

**II-ра КОНФЕРЕНЦИЯ НА АСОЦИАЦИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ПО
ОБЩА/ФАМИЛНА МЕДИЦИНА
ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА**

СБОРНИК ДОКЛАДИ И РЕЗЮМЕТА

България, Пловдив,
10-13 ноември 2011 г.

ОРГАНИЗАТОРИ НА КОНФЕРЕНЦИЯТА:

Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България и
Асоциация на лекарите по обща/фамилна медицина от Югоизточна Европа

СЪСТАВИТЕЛСТВО И РЕДАКЦИЯ:

Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България и
Асоциация на лекарите по обща/фамилна медицина от Югоизточна Европа:
*ст.н.с. д-р Георги Иванов дмн, Председател на БНДОМ, д-р Любомир Киров, Председател на НСОПЛБ и зам.-
председател на БНДОМ, доц. д-р Митко Горанов, доц. д-р Пенка Переновска, доц. д-р Коста Костов,
доц. д-р Гриша Матеев, инж. Донка Димитрова проф. д-р Благвест Пехливанов, доц. д-р Петранка Троянова,
доц. д-р Златко Трифонов*
*Примариус д-р Любин Шукриев, Президент на Асоциацията на лекарите по обща/фамилна медицина от
Югоизточна Европа - Македония, Примариус д-р Катерина Ковачева - Македония, Проф. д-р С. Малин - Канада,
Примариус д-р Горица Зафировска – Пироска - Македония, д-р Азияда Бегалник – Босна и Херцеговина,
Проф. д-р Илхами Юнлюоглу – Турция, Проф. д-р Окай Башак - Турция, Проф. д-р Янко Керсник - Словения,
Примариус д-р Мариана Мойкович – Сърбия, д-р Сузана Станкович - Сърбия*

Националност на авторите: многонационална
Медицина, Научна, Първо издание

Издател:

Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България (НСОПЛБ)
Октомври 2011 г., София

ISBN 978-954-92577-3-1

СЪДЪРЖАНИЕ

ЧАСТ I - РЕЗЮМЕТА	6
НАПРАВЛЕНИЕ 1 - ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯТ/СЕМЕЙНИЯТ ЛЕКАР МЕЖДУ МОРАЛА, ПРАВИЛАТА И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ИНТЕРЕСИ	7
IS THERE A NEED FOR MEDICAL ETHICS EDUCATION IN PRIMARY CARE?	7
PART ONE: WHO ARE WE? GP/FAMILY PHYSICIAN IN THE CONTEXT OF ETHICS	7
RESEARCH ABOUT MEDICAL ETHICS IN SOUTH-EAST EUROPE	7
FAMILY DOCTOR – BETWEEN MORAL AND PRINCIPLES IN ACCORDANCE WITH FAMILY VIOLENCE	7
НАПРАВЛЕНИЕ 2 - ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ/СЕМЕЙНИТЕ ЛЕКАРИ И НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ В ОБЛАСТТА НА ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА В СТРАНИТЕ ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА	8
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE REPORT OF GROUP PRAXIS OF CHOSEN DOCTORS FOR ADULTS	8
ОБХВАЩАНЕ И ЕФЕКТИВНОСТ НА ПРОФИЛАКТИЧНАТА ДЕЙНОСТ НА ОПЛ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ 2010 ГОДИНА	9
МЕТФОРМИНЪТ ПРИ ЛИЦА С НАРУШЕН ГЛЮКОЗЕН ТОЛЕРАНС И НАДНОРМЕНО ТЕЛЕСНО ТЕГЛО	9
ПРОУЧВАНЕ ВЪРХУ СЕРУМНИТЕ ЛИПИДИ ПРИ БОЛНИ ОТ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ С НОРМАЛНО ТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ	9
НАПРАВЛЕНИЕ 3 - ОБРАЗОВАНИЕ (ПРОФЕСИОНАЛНО ОБУЧЕНИЕ) ПО ОБЩА/СЕМЕЙНА МЕДИЦИНА: СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ, ПРОДЪЛЖАВАЩО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ, ДР.	10
IS THERE A NEED FOR MEDICAL ETHICS EDUCATION IN PRIMARY CARE? PART TWO: WHAT & HOW ARE WE DOING AND WHAT WE SHOULD DO IN THE CONTEXT OF EDUCATION?	10
ОБУЧЕНИЕ И ОПЛ	10
EDUCATION OF THE NURSE, AS A MEMBER OF THE PROFESSIONAL TEAM IN THE FAMILY MEDICINE	11
GENERAL EVALUATION OF POSTGRADUATE EDUCATION OF FAMILY MEDICINE IN SOUTH EASTERN EUROPE	11
ETHICS AND MEDICINE-IMPORTANCE IN THE PRIMARY HEALTH CARE	12
ПРИЛОЖЕНИЕ НА РЪКОВОДСТВОТА ЗА ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ И ЧЕСТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – ГАРАНЦИЯ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ	12
НАПРАВЛЕНИЕ 4 - НОВОСТИ В ДИАГНОСТИКАТА, ЛЕЧЕНИЕТО И РЕХАБИЛИТАЦИЯТА НА ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ	13
ВЛИЯНИЕ НА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА В ИЗВЪНБОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ И ПРОМЕНЕТЕ В КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА БОЛНИТЕ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ	13
СЪВРЕМЕННИ ПРОБЛЕМИ НА ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ И РОЛЯ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ	14
ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯТ ЛЕКАР И РЕВМАТИЧНИ ПРОЯВИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ	14
HYPERTENSIO ARTERIALIS - PRACTICE REVISION	15
NURSING SERVICES AT HOME AND THE APPROACH TO OLD PATIENT IN TURKEY	15
НАПРАВЛЕНИЕ 5 - МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТИ, ПРАВИЛА ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА, РЪКОВОДСТВА ЗА ПОВЕДЕНИЕ (GUIDELINES)-ВЪВЕЖДАНЕ В ПРАКТИКАТА И ВЪЗДЕЙСТВИЕТО ИМ ВЪРХУ ЕЖЕДНЕВНИЯ ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН ПРОЦЕС В СТРАНИТЕ ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА	15
DIABETES MELLITUS IN CHILDREN - GOLD STANDARD-(ADVICE/RECOMMENDATIONS)	15
ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ – РОЛЯТА НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР В ДИАГНОСТИЧНИЯ И ЛЕЧЕБЕН ПРОЦЕС	16
НАПРАВЛЕНИЕ 6 - VARIA	17
СТРЕС И ПРОЯВИ НА УМОРА В ЕЖЕДНЕВНАТА ДЕЙНОСТ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР ОТ СТАРОЗАГОРСКИ РЕГИОН	17
WHY AM I HERE? CONFERENCES FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION	17
ПРОУЧВАНЕ СТЕПЕНТА НА ИНФОРМИРАНост НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ И НАСОКАТА ИМ ПРИ РАННА ДИАГНОЗА НА ИМУННИ ДЕФИЦИТИ	18
ПРИЛОЖЕНИЕ НА НЯКОИ ХОМЕОПАТИЧНИ ПРЕПАРАТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ДИСФОНИЯ	18
INFLUENCE OF WATER'S QUALITY ON PEOPLE'S HEALTH	18
РЕТИНОПАТИЯ НА НЕДОНОСЕНИТЕ СЪЩНОСТ, ПОВЕДЕНИЕ, ПОСЛЕДИЦИ	19
СКРИНИНГОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЗРИТЕЛНИЯ АНАЛИЗАТОР НА ДЕЦА ОТ 3 ДО 6 ГОДИНИ В РАЙОН "ЮЖЕН", ГРАД ПЛОВДИВ	19
KNEE INJURIES AND THE PRESENTATION OF A CASE: PATELLAR TENDON RUPTURE	20
ВЪРХУ НЯКОИ АСПЕКТИ НА РАБОТАТА НА ОПЛ В ИНФОРМАЦИОННА СРЕДА	20

МНОГОСТРАННО СПОДЕЛЯНЕ, ПРЕНАСОЧВАНЕ И ПРЕРАБОТВАНЕ НА УЕБ-БАЗИРАНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА НУЖДИТЕ НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ОБЩА МЕДИЦИНА	20
ПОСТЕРНА СЕСИЯ – ПО НАПРАВЛЕНИЯ	20
DEONTOLOGICAL ASPECT OF LABOUR OF THE SPECIFIED GENERAL PRACTITIONER IN SERBIA	20
SMOKING PROBLEM AMONG PRIMARY CARE DOCTORS, AND THEIR ATTITUDES ABOUT SMOKING PATIENTS, IN ESKISEHIR/TURKEY	21
PROBIOTIC USE IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION IN CHILDREN	21
RETROSPECTIVE EXAMINATION OF CHILDREN AGED 1-24 MONTHS HOSPITALIZED WITH THE DIAGNOSIS OF ASPIRATION PNEUMONIA	22
SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF CHILDREN FOLLOWED-UP WITH THE DIAGNOSIS OF ASTHMA	22
ABUSE AND NEGLECT OF THE ELDERLY: ATTITUDE AND PRACTICE OF THE MEDICAL TEAM	22
CONTENTS AND PRIORITIES OF CARDIOLOGY EDUCATION WITHIN THE CURRICULUM OF FAMILY MEDICINE RESIDENCY EDUCATION IN TURKEY	23
ARTERIAL HYPERTENSION AS A RISK FACTOR IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE	23
HEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PARAMETERS IN HYPERTENSIVE PATIENTS	24
THE USAGE OF ASPIRIN AND CLOPIDOGREL WITH ISCHAEMIC HEART DISEASE	24
COMPARISON OF LUNG GRAPHY AND THORAX COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS IN CHILDREN WITH TUBERCULIN SKIN TEST POSITIVE	25
APPLICATION AND INTERPRETATION OF TUBERCULIN SKIN TEST IN CHILDREN	25
CURRENT APPROACHES TO CHILD URTICARIA	25
DISCOVERING OF RISK FACTORS FOR THE GETTING OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES	26
SY GULLAIN-BARRE ACUTE INFLAMMATORY SENSORIMOTOR POLYNEUROPATHY CASE	26
PROFILE OF A GROUP OF ELDERLY IN TURKEY – DAILY LIVING ACTIVITIES AND CHRONIC DISEASES	26
BLOOD PRESSURE CONTROL AFTER CAROTID ENDARTERECTOMY TO PREVENT HYPERPERFUSION SYNDROME: THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONER	27
METABOLIC CONTROL OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES	27
MEDICAL STANDARDS AND THEIR APPLICATION AT THE PUBLIC TRANSPORTATION ENTERPRISE (PTE) - SKOPJE, MACEDONIA	28
ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ - ДОБРА ПРАКТИКА ПРИ ПЛАНИРАНЕ И РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	28
БАРИЕРИ И ТРУДНОСТИ ЗА ПЪЛНОЦЕННО РЕАЛИЗИРАНЕ НА ХОЛИСТИЧНИЯ ПОДХОД В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	29
THE EVALUATION OF PARENTS' KNOWLEDGE LEVELS BY SURVEY BEFORE EDUCATION ABOUT ADOLESCENT HEALTH	29
THE EVALUATION OF ULTRASONOGRAPHIC FINDINGS IN PREGNANTS WITH TRISOMY 18 (EDWARDS SYN- DROME)	30
PRIMARY HEALTH CARE REFORM IN TURKEY: WHAT WAS LACKING BEFORE? WHAT THE REFORM OFFERED?	30
ПРОБЛЕМИ В УПРАВЛЕНИЕТО НА КОНФЛИКТИТЕ В БОЛНИЧНАТА ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ	30
ВЪРХУ НЯКОИ АСПЕКТИ НА КАЧЕСТВОТО НА ПСИХИАТРИЧНИТЕ ГРИЖИ	31
STRESS AT THE WORKPLACE OF HEALTHCARE WORKERS	31
INDICATORS OF QUALITY AT THE PRIMARY HEALTHCARE, BIJELO POLJE	32
PREVENTIVE PROGRAMS-PRIORITIES OF THE REFORM OF PRIMARY HEALTHCARE	32
EFFECT OF DONE® ON QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH ARTHROSIS	32
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES IN THE FUNCTION OF GENDER	33
IMPACT OF THE OPERATIONS LENGTH THE DRIVERS OF SENSORY, MOTOR AND MENTAL ABILITIES IN TERMS OF URBAN PUBLIC TRANSPORTATION	33
УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ КАТО МЕТОД ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО	34
MALONDIALDEHYDE LEVEL IN THE CORD BLOOD OF NEWBORN INFANTS	34
RELATIONSHIP BETWEEN SMOKING AND CHRONIC DISEASES	34
OBESITY AND RISK OF COMORBIDITY	35
ОЦЕНКА НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ОТ ПАЦИЕНТИТЕ	35
FREQUENCY OF HYPERCHOLESTEROLAEMIA WITH THE PATIENTS WITH ARTERY HYPERTENSION	36
EPIDEMIOLOGY OF CANCER IN ELDERLY ABOVE 60 YEARS	36
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC DISEASES	37
OSTEOPOROSIS (OSTEOPENIA) AND SERUM LIPIDS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN	37

ACUTE CYANIDE POISONING CAUSED BY APRICOT KERNELS IN TWO SIBLINGS	38
THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND APPLICATIONS OF FATHERS ABOUT BREAST MILK DETERMINED BY FACE-TO-FACE INTERVIEW	38
ЧЕСТОТА, ИНТЕНЗИТЕТ И СРЕДНО ПРЕТЕГЛЕНА СИЛА НА ПРОЯВА НА ПРИЗНАЦИТЕ НА BOS (BURNOUT SYNDROME) СРЕД ОПЛ В БЪЛГАРИЯ	39
НАЛИЧИЕ НА НЯКОИ СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И РИСКОВИ ФАКТОРИ СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ОПЛ И ВРЪЗКАТА ИМ СЪС СИНДРОМА НА ИЗПЕПЕЛЯВАНЕТО (BURNOUT SYNDROME-BOS)	39
СЪОТНОШЕНИЕТО АРО В/АРО А- I- ПО- ДОБЪР ПОКАЗАТЕЛ В СРАВНЕНИЕ С ТС/HDL- C, LDL-C/ HDL-C NON-HDL-C/ HDL-C ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ БАЛАНСА МЕЖДУ ПЛАЗМЕНИТЕ ПРОАТЕРОГЕННИ И АНТИАТЕРОГЕННИ ЛИПОПРОТЕИНИ	40
РЕГУЛАТИВНИТЕ СТАНДАРТИ ПРИ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ - СРЕДСТВО ЗА ВЪЗПИРАНЕ ИЛИ ПРЪТ В КОЛЕЛОТО НА РЕФОРМАТА	40
CANADIAN PRIMARY HEALTH CARE	41
ЧАСТ II - ПЪЛНИ ТЕКСТОВЕ	42
ОБХВАЩАНЕ И ЕФЕКТИВНОСТ НА ПРОФИЛАКТИЧНАТА ДЕЙНОСТ НА ОПЛ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ 2010 ГОДИНА	43
ETHICS AND MEDICINE-IMPORTANCE IN THE PRIMARY HEALTH CARE	46
ПРИЛОЖЕНИЕ НА РЪКОВОДСТВОТА ЗА ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ СОЦИАЛНО-ЗНАЧИМИ И ЧЕСТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – ГАРАНЦИЯ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ	48
DISCOVERING OF RISK FACTORS FOR THE GETTING OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES	50
ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ - ДОБРА ПРАКТИКА ПРИ ПЛАНИРАНЕ И РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	53
БАРИЕРИ И ТРУДНОСТИ ЗА ПЪЛНОЦЕННО РЕАЛИЗИРАНЕ НА ХОЛИСТИЧНИЯ ПОДХОД В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	57
PRIMARY HEALTH CARE REFORM IN TURKEY: WHAT WAS LACKING BEFORE? WHAT THE REFORM OFFERED?	60
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES IN THE FUNCTION OF GENDER	62
IMPACT OF THE OPERATIONS LENGTH THE DRIVERS OF SENSORY, MOTOR AND MENTAL ABILITIES IN TERMS OF URBAN PUBLIC TRANSPORTATION	64
УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ КАТО МЕТОД ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО	65
ЧЕСТОТА, ИНТЕНЗИТЕТ И СРЕДНО ПРЕТЕГЛЕНА СИЛА НА ПРОЯВА НА ПРИЗНАЦИТЕ НА BOS (BURNOUT SYNDROME) СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ	68
НАЛИЧИЕ НА НЯКОИ СОЦИАЛНО-ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И РИСКОВИ ФАКТОРИ СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ И ВРЪЗКАТА ИМ СЪС СИНДРОМА НА ИЗПЕПЕЛЯВАНЕТО (BURNOUT SYNDROME)	70
VIOLENT BEHAVIOR AGAINST DOCTORS	72

ЧАСТ I РЕЗЮМЕТА

НАПРАВЛЕНИЕ 1**ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯТ/СЕМЕЙНИЯТ ЛЕКАР МЕЖДУ МОРАЛА, ПРАВИЛАТА И ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ИНТЕРЕСИ****IS THERE A NEED FOR MEDICAL ETHICS EDUCATION IN PRIMARY CARE?****Part one: WHO ARE WE? GP/FAMILY PHYSICIAN IN THE CONTEXT OF ETHICS**

Nazan Karaoglu, MD, Associate Professor of Family Medicine,

Medical Education and Informatics Department, Meram Medical Faculty of Selcuk University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: Being a kind, considerate and honorable professional practitioner is noted to be an important element of a good doctor. Pellegrino defines professionalism as “those qualities and modes of conduct proper to professions”. Professionalism means to have some personal attributes such as ethical practice, self-awareness and responsibility for action. What is the situation for general practice/family medicine? Is there a need for medical ethics education or not?

OBJECT: The aim of this presentation is to remind the importance of ethics education for general practitioner/family physicians with the discussion from the literature.

DATA AND METHODS: This is mainly a literature review about the issue pointing out why ethics is important in general practice/family medicine.

RESULTS: There are some characteristics of general practice/family medicine that generate ethical problems like social and cultural diversity of patient population. Manson says that general practitioner/Family physicians are in the front line of organizational and social change which needs a special ability to adapt to the increasing complexity of medical care options, expectations of personal and professional accountability, the predicted increase in cultural diversity of patients, and the constant evolution in health system organization. In respect to ethics there are tensions between various values of patients and physicians in their professional roles. College of Family Physicians of Canada identified six “key principles and actions” of professionalism which are specific to family medicine. The provision of ethical and altruistic care is one of them.

CONCLUSIONS: General practice/ family medicine is a specific profession which must have specific education, skills and ethic standards. As a specific profession with specific conditions we must learn how to balance out personal and professional values with the values of patients, colleagues and society.

Key words: Medical ethics, education, professionalism, general practice, family medicine, primary care

RESEARCH ABOUT MEDICAL ETHICS IN SOUTH-EAST EUROPE

Nazan KARAOGU, MD, Associate Professor of Family Medicine,

Medical Education and Informatics Department, Meram Medical of Selcuk University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: The association of general practice/family medicine of South-East Europe has twelve members. Before discussing ethical matters and solutions we should determine the current situation in these countries. The main idea of this presentation is “Research about ethical issues is one of the reflections of the interest of researchers about ethics”.

OBJECT: The aim of this presentation is to determine the current situation, research numbers according to PubMed data.

DATA AND METHODS: With words “medical ethics” we made a research in PubMed. Secondly, we added words “primary care, general practice, general practitioner, family medicine, family physician” to our research. For the third part, all these words were searched with the names of member countries.

RESULTS: The word “medical ethics” brought 59.890 article and automatic list showed “journal of medical ethics, Islamic medical ethics, medical ethics principles, medical ethics case, medical ethics education, Jewish medical ethics, medical ethics abortion and medical ethics autonomy”. While “medical ethics, general practice” words were showing 1589 articles, there were 2434 articles with “medical ethics, general practice” words. Greece was the member country which had the highest number of articles with 270 articles with words “medical ethics plus Greece”.

CONCLUSIONS: Of course it is just a literature review according to PubMed data. Studies depending on the national literature may be more realistic. It is a known fact that if you don't write what you did it means that you did not. But it is obvious that we, the members of the association of general practice/family medicine of South-East Europe should know, write, discuss and teach ethics and ethical matters more.

Key words: Medical ethics, primary care, general practice, family medicine, South-East Europe

FAMILY DOCTOR – BETWEEN MORAL AND PRINCIPLES IN ACCORDANCE WITH FAMILY VIOLENCE

G. Miteva – PHI Dr. Gordana Miteva, Sveti Nikole, Republic of Macedonia

INTRODUCTION: Violence is present in many people's life all around the world and it reaches to all of us. Some people can't escape the violence, it stays behind locked door, away from other's view. In all countries women are often victims of violence of some close relative. The term family violence is violence between relatives in one family. It can appear in all families, indiscriminately of economic and cultural status. Family violence can be:

PHYSICAL/SEXUALLY VIOLENCE: breaking stuffs, hanging, beating, forcing of sexual intercourse.

PSYCHOLOGICAL/EMOTIONAL VIOLENCE: victim's isolation, jealousy and control of victim.

GOAL OF WORK: To distinguish types of family violence and how much of them are registered in institutions.

MATERIAL AND METHODS: In a period of 6 years in the ordination have come 40 women and 2 men. Through conversation is affirmed existing family violence.

RESULTS: Through this research is determinate:

PHYSICAL VIOLENCE: 72% of women have physical violence, bruises, abdominal injuries, fractures, eye injuries, scars, scalds, decrease physical functioning, invalidity.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE VIOLENCE: 28% of women have gynecological disorder, abortions, not planned pregnancy and sexual diseases.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS: 80% of interviewed patients are depressed and anxious, have disorder of appetite and sleeping, loose self-confidence, have feeling of shame and guilt, psychosomatic disorder, posttraumatic stress and smoking.

SUICIDE BEHAVIOR AND SELF INJURING: 1% of murders and suicides.

From the total number of patients only 11.9% have informed institutions about family violence and its solving or 7.5% women and 1 man.

CONCLUSION: Because violence is so often present, it is considered as a part of human been – appearance for which it should be react, and not to prevent it. It is usually considered as a question in the part of “law and order”, where medical persons have role only on solving its consequences.

НАПРАВЛЕНИЕ 2

ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ/СЕМЕЙНИТЕ ЛЕКАРИ И НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ В ОБЛАСТТА НА ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА В СТРАНИТЕ ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE REPORT OF GROUP PRAXIS OF CHOSEN DOCTORS FOR ADULTS

Ms Mirjana Dobrovic – Milosevic, Slobodan Vukotic, Health Centre, Podgorica, Montenegro, Ms Marina Roganovic, Spec. Hospital, Dobrota, Kotor, Montenegro

AIM: By the analysis of results obtained by information technology, we have tried to evaluate the results of work in our institution with the emphasis on the workload and work quality of the chosen doctors (CD) for adults.

METHOD: The comparative analysis of the report of the group praxis of CD for adults for the period 2008, 2009 and 2010, by the use of information technology.

RESULTS: The total number of the revised patients in 2008 was 452164, 4862 per CD; in 2009 it was 538156, 5787 per CD and in 2010 it was 587647, 7565 per CD.

The number of preventive services in 2008 was 15205, 163.5 per CD; in 2009 it was 27180, 292.3 per CD and in 2010 it was 27500, 348 per CD.

The number of curative services in 2008 was 560272 or 6024.4 per CD, in 2009 it was 570892 or 6138.6 per CD and in 2010 it was 685119 or 8672.4 per CD.

The number issued recipes in 2008 was 704228 or 7572.3 per CD, in 2009 it was 690817 or 7428.1 per CD and in 2010 it was 850562 or 10766.6 per CD.

The number of orders for ampoule therapy in 2008 was 71335 or 767.3 per CD, in 2009 it was 84187 or 1012.8 per CD and in 2010 it was 129232 or 1635.9 per CD.

The number of patients sent to bio-chemical laboratory in 2008 was 88845 or 955.3 per CD, in 2009 it was 128614 or 1382.9 per CD and in 2010 it was 153449 or 1942.4 per CD.

The number of patients sent to roentgen and ultra-sound diagnostics in 2008 was 47630 or 512.1 per CD, in 2009 it was 66341 or 713.3 per CD and in 2010 it was 70590 or 893.5 per CD.

The number of patients sent to specialist examinations in 2008 was 154798 or 1664.5 per CD, in 2009 it was 207206 or 2228.0 per CD and in 2010 it was 229835 or 2909.3 per CD.

The number of patients sent to hospital treatments in 2008 was 2501 or 26.9 per CD, in 2009 it was 7023 or 75.5 per CD and in 2010 it was 8838 or 111.9 per CD.

The number of house visits in 2008 was 3060 or 32.9 per CD, in 2009 it was 5366 or 57.7 per CD and in 2010 it was 7818 or 99 per CD.

CONCLUSION: A significant increase of the number of revised patients and a constantly increasing of CD workload. The increase of preventive services number. A significantly increased number of house visits. What is worrying is the increase of number of totally issued recipes, orders for ampoule therapy, number of patients sent to biochemical laboratory, roentgen and ultrasound diagnostics as well as to specialist revisions and hospital treatment.

Key words: chosen doctor, preventive revisions, curative revisions

ОБХВАЩАНЕ И ЕФЕКТИВНОСТ НА ПРОФИЛАКТИЧНАТА ДЕЙНОСТ НА ОПЛ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ 2010 ГОДИНА

д-р Христо Димитров, д-р Любомир Киров

УВОД: Настоящото изследване изследва профилактичната дейност на ОПЛ, обема и съдържанието на профилактичния преглед при лицата над 18 годишна възраст в Република България през 2010 г.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: да се проучи степента на обхващане на подлежащите лица с профилактичен преглед, ефективността и последващите дейности и факторите, които ги определят.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: директно проучване на документацията, съставяна за всеки профилактичен преглед

РЕЗУЛТАТИ: Обхващане като процент от подлежащите по възраст и пол. От обхванатите процент на установени отклонения от БМИ, артериално налягане, липиден профил, СС риск.

ИЗВОДИ: Мотивация на пациентите за провеждане на профилактичен преглед, причини за неявяване, причини за неизвършване на предложените последващи действия (изследвания, консултации, терапия) и фактори, които ги определят.

Ключови думи: профилактика, ефективност

МЕТФОРМИНЪТ ПРИ ЛИЦА С НАРУШЕН ГЛЮКОЗЕН ТОЛЕРАНС И НАДНОРМЕНО ТЕЛЕСНО ТЕГЛО

доц. д-р Стефка Владева, д-р Красимир Кулински

УВОД: Наднорменото телесно тегло се превръща в глобална епидемия, засягаща всички възрасти. То се асоциира с висока честота на захарен диабет, сърдечно-съдови, респираторни и гастроинтестинални заболявания, мозъчно-съдови увреждания, остеоартрити, неоплазми, психологични нарушения. Значителна част от лицата с обезитет имат нарушен глюкозен толеранс, който остава дълго време неразпознат. Практиката отдавна наложи метформина като първи лечебен избор на захарен диабет тип 2. В търсенето на терапевтични стратегии, които еднакво успешно да повлияват различните прояви на затлъстяването се дискутира приложението на този бигванид при лица с наднормено тегло без захарен диабет.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Да се оцени въздействието на метформин върху нарушения глюкозен толеранс и наднорменото телесно тегло.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Обхванати са 22 лица със затлъстяване и нарушен глюкозен толеранс – 14 жени и 8 мъже, на възраст 48-58г. Индексът на телесна маса при 8 от тях е 25,0-29,9 kg/m², при 12 - 30-34 kg/m², а при 2 - над 34 kg/m². Изследван е гликиран хемоглобин А1с, гликемия на гладно и 2ч. след обременяване със 75g глюкоза. Показателите са проследени в началото, на 3-я месец и в края на 6-месечен период, през който е назначен хранителен режим от 2000-2500 кал дневно и метформин 1500-2500 mg/24ч.

РЕЗУЛТАТИ: През 3-я месец при 6 души гликемичните показатели са близки до референтните стойности. В края на проучването глюкозотолерансната крива при 17 болни е нормализирана, а при останалите 5 – с тенденция към снижаване. Гликираният хемоглобин А1с е редуциран с $1 \pm 0,2\%$ при 19 от пациентите. Телесното тегло е намалено с $5 \pm 1,3$ kg, като това е по-изразено в групата с нормализирана гликемия и при лицата по-високостепенно затлъстяване. При 3 души се наблюдава стомашно-чревен дискомфорт, без да се наложи прекъсване на лечението. **ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ):** Метформинът се превръща в първо средство на терапевтичен избор при лица с нарушен глюкозен толеранс и наднормено тегло. Лечебният курс следва да започва с 3x500 mg и при добра поносимост да се увеличи до 2500 mg дневно. Екипът от личен лекар и ендокринолог е в центъра на ранния скрининг, своевременния старт на лечението и препятстване прогресията на това комплексно метаболитно нарушение.

Ключови думи: метформин, глюкозен толеранс, телесно тегло

ПРОУЧВАНЕ ВЪРХУ СЕРУМНИТЕ ЛИПИДИ ПРИ БОЛНИ ОТ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ С НОРМАЛНО ТЕГЛО И ЗАТЪЛЪСТЯВАНЕ

д-р Красимир Кулински, доц. д-р Стефка Владева

УВОД: Захарната болест и затлъстяването имат редица общи метаболитни нарушения, между които е дислипидемията. Нейните параметри не винаги корелират с телесното тегло. Нарушенията в липидния профил включват както количествени така и качествени промени и се сочат като важен предиктор за метаболитни нарушения в организма.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Докладът представя проучване, чиято цел е анализ на серумните липиди при диабетици с нормално и наднормено тегло.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Изследвани са 94 болни от захарен диабет на възраст 25-70г., от които 59 с наднормено и 35 – с нормално тегло. Контролната група обхваща 34 здрави лица. Изследвани са следните параметри: общ холестерол, HDL-холестерол, съотношението общ холестерол:HDL-холестерол, LDL-холестерол, триглицериди, кръвноразхарен профил, гликиран хемоглобин А1с, индекс на телесна маса.

РЕЗУЛТАТИ: Общият холестерол при диабетно болните е в право пропорционално отношение с телесното тегло и е сигнификантно по-висок в сравнение със здравите лица. HDL-холестеролът при затлъстелите диабетици е сигнификантно понижен / $p < 0,001$ /, съпоставен с контролната група. При здравите контроли се констатира

незначимо по-ниско серумно ниво на триглицериди спрямо диабетно болните. По-изразено е покачането на общия холестерол и понижението на HDL-холестерола при диабетичите с обезитет $/7,8\pm 0,4; 1,0\pm 0,2$ mmol/l/ в сравнение с тези с нормално тегло $/6,6\pm 0,6; 1,6\pm 0,3$ mmol/l/. Различията при LDL-холестерол и триглицериди между същите групи са статистически незначими. По-високото телесно тегло кореспондира с по-висока стойност на съотношението общ холестерол:HDL-холестерол, с акцент при лицата с диабет ($6,7\pm 0,7:1$)

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Захарният диабет се съпътства от повишаване на атерогенните липидни компоненти, както при нормално, така и при наднормено телесно тегло. Общопрактикуващият лекар има ключова роля в навременното диагностициране на дислипидемията с последващо изграждане на ефективен диетичен и медикаментозен модел на лечение, а с това и сигурна превенция на кардиоваскуларните усложнения.

Ключови думи: захарен диабет, серумни липиди, телесно тегло

НАПРАВЛЕНИЕ 3

ОБРАЗОВАНИЕ (ПРОФЕСИОНАЛНО ОБУЧЕНИЕ) ПО ОБЩА/СЕМЕЙНА МЕДИЦИНА: СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ, ПРОДЪЛЖАВАЩО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ, ДР.

IS THERE A NEED FOR MEDICAL ETHICS EDUCATION IN PRIMARY CARE? Part two: WHAT & HOW ARE WE DOING AND WHAT WE SHOULD DO IN THE CONTEXT OF EDUCATION?

Nazan Karaoglu, MD, Associate Professor of Family Medicine,

Medical Education and Informatics Department, Meram Medical Faculty of Selcuk University, Konya, Turkey

INTRODUCTION: The word "doctor" means 'to teach'. A teacher is someone acknowledged as a guide or helper in processes of learning. Teaching is a necessary professional attribute for doctors. The General Medical Council (GMC), stated in its 2006 version of the document Good Medical Practice that all doctors should be willing to contribute to teaching and those doctors involved in teaching should adopt the skills, attitudes and practices of a good teacher. Commitment to ongoing education is one of the principles of professionalism which are specific to family medicine.

OBJECT: The aim of this presentation is to discuss the challenges, clues and future projections of ethics education for general practitioner/family physicians through different aspects of the matter.

DATA AND METHODS: This is a literature review about medical ethics education in general practice/family medicine from past to the future.

RESULTS: As medical educators family physicians have a lot of responsibilities such as being a information provider in the clinical context, being a role model on the job and being a resident assessor etc. Besides, medical ethics education in family medicine needs some different dimensions beginning from self awareness to analytical approach to obligations and law.

CONCLUSIONS: We can begin to teach residents about what the term "profession" means. As Jacobson mentioned especially with our professional role modeling residents and students can see equity, clinical wisdom and ethical values in action.

To teach and evaluate social part of the medicine like ethics and professionalism presents the most challenging part of education. Coulehan notes the great conflict of the young physicians between humanistic values and dehumanizing features of the health care system.

As Pellegrino pointed as a profession we should have standards of education in ethics also.

Key words: Medical ethics, education, professionalism, general practice, family medicine, primary care

ОБУЧЕНИЕ И ОПЛ

Севдалина Алекова, Валентин Стоянов, Ваня Славова, Боряна Парашкевова,

Станислава Михайлова, Магдалена Платиканова, Юлиана Маринова

УВОД: Мултидисциплинарният подход в общата медицинска практика изисква разнородни знания и компетентности от страна на общопрактикуващия лекар. Следдипломната квалификация и продължаващото медицинско обучение дават възможност за професионално израстване и усъвършенстване на придобитите знания и умения.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Целта на настоящото изследване е да проучи мнението на ОПЛ относно регламента и програмата за придобиване на специалност „Обща медицина“, както и да определи отношението и нагласата на фамилните лекари за участие в различни форми на продължаващо медицинско обучение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Изследването се базира на социологическо проучване сред общопрактикуващите лекари от Старозагорски регион. Използвана е пряка пощенска анкета със стандартен въпросник. При обработката на данните са приложени съвременни математико – статистически методи, даващи възможност за реална оценка на получените от анкетата данни.

РЕЗУЛТАТИ: Голям процент от семейните лекари считат, че придобиват допълнителни знания и умения по време на специализацията по Обща медицина. Основните трудности, които срещат са свързани с организацията на време. Анкетирания общопрактикуващи лекари изразяват желание да участват в различни форми за продължаващо

медицинско обучение по превенция, ранна диагностика и нововъведения в медицинските изследвания и апаратура.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Следдипломното обучение и достъпът до актуална медицинска информация посредством участие в медицински курсове, научни форуми и семинари повишава в значителна степен качеството и ефективността в работата на всеки общопрактикуващ лекар.

Ключови думи: ОПЛ, СДО, продължаващо медицинско обучение

EDUCATION OF THE NURSE, AS A MEMBER OF THE PROFESSIONAL TEAM IN THE FAMILY MEDICINE

Prof. d-r Lenche Mirchevska, Phd, Higher medical school – Bitola, R. Macedonia; Ass. d-r Snezhana Mojsoska, Phd, Faculty of security -Skopje, R. Macedonia; D-r Zhulijana Vojnovska, Clinical hospital, Bitola, R. Macedonia

INTRODUCTION: In many European countries and in the world, meets organized a new discipline called "Family Medicine", with four new terms which can be found in medical literature: family medicine, family practice, family doctor, family nurse. In R. Macedonia there is an organizational activity in the primary health care so-called „general medicine" (care for one family member or the adult population), which can perform activities of the family medicine, but lacks experience and organization of health care to whole family.

OBJECT(TASKS): The aim of this paper is to show the organization, tasks, the role of the family physician and the family nurse in other countries, whose experience may help in clarification of this term and helping to organize in our country. Also the aim is to display some parts of the study program for specialization of the nurses to the family practice.

DATA AND METHODS: The aim of this paper is to show the organization, tasks, the role of family physician and family nurse in other countries, whose experience may help in clarification of this term and helping to organize in our country, using descriptive epidemiological methods. During the assembly of the study program are incorporated recommendations from the European Directives (2005), for the regulated professions.

RESULTS: In this paper we present some concepts and operational activities such as family medicine, the role of family doctor-practitioner and of the family practice nurse. The study program includes the following subjects: health care in the family, primary health care, internal medicine with care, diagnostic-therapeutic methods, management of some acute and chronic diseases, oncology and palliative therapy, promotion of the health, prevention of diseases and health of the children.

CONCLUSIONS: The nurse in the family medicine is capable of providing health care. There are need of change in the thinking about the future engagement of nurses in the family, especially in preventive activities and overall health care and education for self-help to all family members, nursing specialization and continuing medical education.

Key words: family medicine, family doctor, family nurse, family practice, primary health care

GENERAL EVALUATION OF POSTGRADUATE EDUCATION OF FAMILY MEDICINE IN SOUTH EASTERN EUROPE

Ilhami Unluoglu

Eskisehir Osmangazi University, Medical Faculty, Department of Family Medicine Eskisehir/Turkiye

South Eastern Europe(SEE) is one of the important geo-political areas of the world and also one of the important corner stones of civilization and culture. The people of Balkan countries have common culture because they had been living together for centuries.

When we look at the basic principles of family medicine(FM), we can conclude that solution that we need for the problems in FM practice should also be similar in the region.

Postgraduate education(PGE) is also very important in FM and it is usually one of the popular topics of the activities of Association of General Practice/Family Medicine of South-East Europe (A GP/FM SEE).

There had been studies about the development of primary health care in the SEE region for nearly 50 years, but; it is difficult to define (açıklamak) a real date of acquaintance with FM, because of terminological problems, of general medicine and family medicine.

PGE for FM was firstly initiated in Serbia and Slovenia in 1960s in Turkiye in 1985 and in 1990s in Bosnia and Herzegovina, Bulgaria and in 2009 in Macedonia. It will start in 2012 in Montenegro.

Duration of PGE is 2-3 years (depending on previous working experience) in Bosnia and Herzegovina, 3 years in Bulgaria, Macedonia and Turkiye and 4 years in Serbia and Slovenia.

When we look at the ratio of the clinical (hospital) rotations and field (practice, family medicine center/training practice...) the ratio is generally 50%, but in Bulgaria field duration is more than 50% of total. But, field (rotation) is less than %50 only in Macedonia and 3-years-group in Bosnia and Herzegovina.

Turkiye has nearly 2500 FM specialists, The number is 1739 in Bulgaria, 1516 in Serbia, 600 in Slovenia, 533(335+198) Bosnia and Herzegovina and 30 in Macedonia. If we compare these numbers according to the population; (FM specialist/1000000 population): Slovenia 300, Bulgaria 217, Serbia 207, Bosnia and Herzegovina 124, Turkiye 34, Macedonia 15.

In Bosnia and Herzegovina, Macedonia and Slovenia PGE for FM speciality is properly fit to needs of primary care, but; in Bulgaria, Serbia and Turkiye there are some points that can be developed in education.

In Turkiye there are 71 medical faculties in nearly 160 universities and there are 45 FM departments. In other countries

there are 2-5 universities and except Macedonia, which has one FM department in 3 universities, all the universities have FM departments in the region.

When we look at 3 main significant problems in PGE of the countries; most of them (at least 4 countries) have;

- Insufficient number of residents, lack of motivation to enter speciality,
- Insufficient education, inadequate regulation, unadjusted education program, lack of elaborated program,
- Financial problems and support during speciality education.

But, the most commonly encountered problem of the FM in the field is financial income/support in the region. IT is followed by insufficient number of trained mentors/academic staff, insufficiency in education, insufficient time for education and problems with Health Insurance System (at least 2 countries)

Most common proposals to be done to improve PGE were as follows:

- Development of training program according to needs, re-organization of clinical rotations, e-learning,
- Better financial support,
- Regulation of program for creating education time for mentors, and continuing education of educators and mentors,
- Enough FM residents and supporting of them,
- Collaboration between Ministries (Health-Education), associations, decision makers....

We can see there are many common problems in PGE of FM in the region and we can solve them with developing collaboration and sharing the experiences.

ETHICS AND MEDICINE-IMPORTANCE IN THE PRIMARY HEALTH CARE

Lj. Sukriev, Center of the Family Medicine, Medical Faculty Skopje,

K. Stavrik, Center of the Family Medicine, Medical Faculty Skopje

Aim of this article is to enhance our knowledge and awareness about the medical ethics that help the doctors to solve a lot of ethical dilemmas in their daily practice. The root of ethics in integral part of medicine arrives from the times of Hippocrates, V century B. C. and in XVIII century the book "Hilandaric medical ethic codex" is written in which is stated that no one may care only for themselves but also for their loved ones. One of the most important and consequential reasons for the rise of ethical problems in health care comes from the development and growth of health-care technology. Today besides the strong progress of civilization the world is still full of aggression, conflicting interests and contradictions, people experience many surprises and many disappointments. In these hard circumstances an unanswered question comes up. What is the position of ethics in medicine at the beginning of the XXI century and how do ethics help physicians to find answers to questions about values, right, responsibilities, doctor behavior and everyday decision-making. Ethical dilemmas often are results of the disagreement between the medical professionals and colleagues, patients, communities and society. Six of the values that commonly apply to medical ethics are dignity of the patient, autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, truthfulness and honesty. Principles such as these do not by themselves give answers how to handle a particular situation, but can serve to guide doctors on what principles ought to actual circumstances. Those principles should support the doctors in their daily work to solve ethical dilemmas for patient's life and death. Often the patients and the community can have a strong influence to that ethical dilemma. It is important to introduce the ethical standards that can be applied in daily work. Integration of ethics in undergraduate and postgraduate teaching curricula is an important issue that will help the medical professionals proper to conduct medical dilemmas and bring right decisions. The final objectives are to discuss the different approaches of ethical values, to understand the specificity of medical ethics and to explain the role of WDA.

Key words: medical ethics, medicine, education, primary health care

ПРИЛОЖЕНИЕ НА РЪКОВОДСТВАТА ЗА ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ И ЧЕСТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – ГАРАНЦИЯ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ

д-р Илина Величкова, д-р Любомир Киров

УВОД: Работата на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) трябва да отговаря на изискванията за качество на медицинската дейност. За тази цел, е необходимо ОПЛ да се въоръжи със знания, умения, воля, емпатия и време. Създаването и имплементирането на ръководства за поведение (guidelines) в ежедневната практика на ОПЛ е ключов момент в този процес. По дефиниция, Ръководството за поведение представлява „систематично изградени изложения, чиято цел е да подпомагат лекаря и пациента при вземането на правилните решения относно здравната грижа при специфични клинични обстоятелства“. Изготвените и публикувани у нас Ръководства за поведение на ОПЛ предоставят на лекарите ясно определяне на нивата на компетентност за действие, отговорност и начин на взаимодействие между ОПЛ и останалите части на системата на здравеопазване, адаптирани към спецификата на българските реалности и съвременни подходи при лечение, което води до полза за пациента и улеснение за лекаря в ежедневната практика. ОПЛ в България разполагат със 8 такива ръководства- „Фебрилни състояния при деца“; „Ръководство за поведение (РП) на ОПЛ при АХ“; „РП на ОПЛ при дислипидемии“; „РП на ОПЛ при диспепсия“; „РП на ОПЛ при ГЕРБ“; „РП на ОПЛ при ДХП“; „РП на ОПЛ при главоболие“; „Поведение на ОПЛ при

вакцинопрофилактика". Ползата от приложението им в практиката се илюстрира от данните на проведеното от НСОПЛБ И ЗЕНТИВА БЪЛГАРИЯ проучване.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Метод на регистрация: индивидуално стандартизирано интервю; методика на извадката: случаен подбор; обем на извадката: 750 общопрактикуващи лекари (750 планиран) от различни райони на България, с или без призната специалност по Обща медицина в анонимна анкета.

РЕЗУЛТАТИ:

- Мнозинството от интервюираните общопрактикуващи лекари имат **чести срещи със случаи на артериална хипертония**. 50%-имат между **20 и 50 такива пациента на седмица**, 30%-повече от 50 такива пациента е около 20%-по-малко от 20 случая на седмица.
- Около **две трети** от всички общопрактикуващи лекари (60%) **знаят за издаденото от НСОПЛБ "Ръководство за лечение на артериална хипертония в общата практика"**.
- 40% от запитаните **знаят за Ръководството и разполагат с него** (лично или в груповата практика). Около 20% **знаят за Ръководството, но не разполагат с него**. Около 3-4% от ОПЛ **не знаят чие издание е Ръководството, макар че разполагат с него** (лично или в груповата практика). Около 35% от всички запитани **не знаят за Ръководството и не разполагат с него** (нито лично, нито в груповата практика).
- Около една трета от общопрактикуващите лекари, които **имат личен екземпляр от Ръководството**, са го получили по време на **конференция или семинар**, около 45% - **от медицински представител**, а общо около 10% заявяват, че Ръководството е пристигнало при тях **по пощата** или го имат от **колега**.
- Около 40% от лекарите, които имат свой екземпляр от Ръководството, го ползват **поне веднъж седмично** (в това число 15% заявяват, че го ползват **всеки ден**). Около 20% го ползват **по-рядко от един път месечно**, а около 10% **не го ползват**.
- Общопрактикуващите лекари, които имат Ръководството, го използват основно с **две цели: при избора на лечение** (около 45% от случаите) или **за да си припомнят характеристиките на артериалната хипертония** (около 35% от случаите).
- Около 60% от всички запитани лекари нямат друго подобно ръководство за артериална хипертония. Около 15% имат, но не могат да посочат чие издание е. 4: от анкетираните посочват друго ръководство (**на Българското кардиологично дружество**). Около 5% посочват като такъв тип ръководства, притежаваните от тях **учебници**.

ОБСЪЖДАНЕ: Налага се изводът, че създаването и имплементирането на Ръководствата за поведение в ежедневната практика са изключително важен фактор за поддържане квалификацията на ОПЛ и оказват значително положително влияние върху модела, по който ОПЛ определят подхода и вида на лечение. Явна е тенденцията ОПЛ да ползват изготвените за тях Ръководства, като се предпочитат помагала, създадени от ОПЛ за ОПЛ в сътрудничество с тесни специалисти в съответната област. Всичко това определя категорично необходимостта да продължи изготвянето и имплементирането Ръководства за поведение, като бъдат обхващани все повече заболявания и състояния.

НАПРАВЛЕНИЕ 4

НОВОСТИ В ДИАГНОСТИКАТА, ЛЕЧЕНИЕТО И РЕХАБИЛИТАЦИЯТА НА ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ

ВЛИЯНИЕ НА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА В ИЗВЪНБОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ И ПРОМЕНЕТЕ В КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА БОЛНИТЕ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

д-р Хариета Елкова, д-р Невена Иванова

УВОД: През последните години има тенденция за увеличаване на броя на болните с МСБ понесли мозъчен инсулт и увеличаване на тежестта на моторните и сензитивни последици. Доказано е, че ранната и системна качествена рехабилитация на болните и в извънболнични условия т.е. след тяхното изписване от стационарните рехабилитационни отделения има висока ефективност върху намаляне на отрицателните последиствия и за подобряване на качеството им на живот.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Да се установи каква част от болните прекарвали мозъчен инсулт след тяхното изписване провеждат рехабилитация в извънболнични условия и какви са резултатите и тяхното влияние върху качеството им на живот.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Изследването включва наблюдение на 128 пациента прекарвали мозъчен инсулт и какво е извършвано в извънболнични условия.

МЕТОДИКА: Бяха използвани 2 групи методи – анкети за характеризиране на субективната оценка на пациента и обективни – специфични тестове за определяне на физическото състояние, моториката и сензитивността.

РЕЗУЛТАТИ: От изследваните лица 128 бр. Едва 60% са провеждали рехабилитация в амбулаторни условия и/или в дома. От тях пълна рехабилитационна програма т.е. максимално използване на всички физикални фактори е било възможно при 45%. Само при 15% от болните инициатори за извършване на рехабилитация са ОПЛ, а при 75% това е станало по инициатива на самите болни или на техните близки. Най-често рехабилитацията в извънболнични условия е извършвана от частни лица срещу заплащане от пациентите. При изследваните лица след 6 месеца се установява, че тези при които е извършвана рехабилитация санастъпили промени в обективното състояние както и по отношение на субективните оплаквания. При тези, при които не е извършвана рехабилитация, независимо от

неиния вид промените – субективни и обективни са много незначителни.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ):

1. При болни, при които се провежда и активна извънболнична рехабилитация се установяват промени влияещи положително върху качеството им на живот.
2. Организирането и провеждането на извънболнична рехабилитация все още в най-висока степен зависи от активността на пациентите и близките им, а не от ОПЛ.
3. Провеждането на рехабилитация в извънболнични условия не е достатъчно добре уредено нормативно от гледна точка на организация, отговорност и провеждане.

Ключови думи: качество на живот, мозъчен инсулт, рехабилитация

СЪВРЕМЕННИ ПРОБЛЕМИ НА ПАЛИАТИВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ И РОЛЯ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ

доц. Петранка Троянова, д-р Галина Костадинова

УВОД: Палиативните грижи са основна част от цялостната борба с рака. За една трета от онкологично болните в света те са единственият реалистичен човешки изход, който може да подобри качеството на техния живот. За сега в България организирането на палиативните онкологични грижи е свързано с редица трудности.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Целта на проучването е да се анализират съвременните проблеми на палиативните грижи при онкологично болни, да се посочат възможностите за развитие на модерно симптоматично лечение и да се определи ролята на общопрактикуващите лекари при провеждането им.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проведено е анонимно анкетно проучване сред 243 общопрактикуващи лекари. За събиране на данните е използвана специално разработена анкетна карта. Данните са анализирани с помощта на статистическа програма SPSS.

РЕЗУЛТАТИ: Получените от настоящото проучване данни показват, че у нас липсва единна стратегия относно реализацията на палиативните грижи при онкологично болни. Общопрактикуващите лекари се затрудняват при провеждането на симптоматично лечение и организирането на грижи за инкурабилните пациенти с рак.

Причините са свързани с 1/ Липсата на студентско обучение и на следдипломна квалификация по палиативна медицина, които да запознаят здравните кадри с философията и възможностите на съвременната палиация; 2/ Неефективната колаборация между персонала на онкологичните заведения и общопрактикуващите лекари; 3/ Остарялата и неадекватна нормативна уредба, която не отговаря на съвременните изисквания; 4/ Емоционалното натоварване на медицинските специалисти, което прави непривлекателна работата в областта на палиативните онкологични грижи.

Ключови думи: общопрактикуващи лекари, онкология, палиативни грижи

ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯТ ЛЕКАР И РЕВМАТИЧНИ ПРОЯВИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ

^{1,2} Доц.д-р Мария Панчовска – Мочева,д.м.

¹ ВМА – МБАЛ, Пловдив-Клиника по вътрешни болести

² Медицински университет, Пловдив -Катедра по пропедевтика на вътрешните болести

РЕЗЮМЕ. Ревматологията е мултидисциплинарна наука, която показва известно сходство с канцерогенезата. Известни в практиката са ревматичните маски на злокачествените тумори – т.нар. паранеопластичен синдром. Всеки лекар е срещал трудности при ранното диагностициране на тези прояви, нерядко с последващо неправилно лечение и влошаване на състоянието.

В основата на паранеопластичните ревматични процеси участват инфекциозни (основно вирусни), имунологични, генетични, химични и други фактори. Преобладават имунните и автоимунни механизми, като значително по-рядко се касае за директна инвазия на тумора в ставните и периставни структури.

Общата характеристика на паранеопластичен синдром в ревматологията включва:

1. Връзка с неоплазма
2. Развитие паралелно или непосредствено след туморния процес
3. Подобрене след успешно лечение на тумора /хирургично или консервативно/
4. Подновяване на ревматичните прояви след рецидив или метастазирание на тумора
5. Незадоволителен отговор на ревматичните прояви към провежданото лечение

Достиженията в ревматологията и онкологията определят нови възможности относно диагнозата и лечението на паранеопластичните ревматични прояви.

Ключови думи: злокачествени тумори, ревматични прояви, паранеопластичен синдром.

HYPERTENSIO ARTERIALIS - PRACTICE REVISION

M.Tošković, B. Subašić, V. Peranović, V. Zelović, K. Rašković, L. Isailović, N. Donović, L. Delević, A. Bajramspahić, L. Radunović, V. Paunović - Montenegro Health Centers: Podgorica, Bar, Cetinje, Nikšić, Petrovac, Tivat, Kotor, Bijelo Polje, Berane, Andrijevica

ARTERIAL HYPERTENSION is a major, independent risk factor of cardiovascular disease, stroke and heart failure, as well as chronic kidney disease. Effective control of BP (blood pressure) achieved in the world is about 27% of treated hypertensive.

AIM OF PRACTICE REVISION is to compare the previous work with the new guidelines for family medicine.

It was used "Practice Revision of Management Hypertension" questionnaire, the data were obtained at random medical records of patients diagnosed with BP, period September 2010- April 2011.

RESEARCH RESULTS

Total number of examined medical records was 4883, female patients 2812 (57%), male patients 2071(43%). Number of subjects aged less than 30 years was 401 (8%), from 30 to 50 years was 1130(23%), subjects over 50 years were 3352(69%). Average age was 58.

Processing of recorded risk factors, we can observe the following:

BMI was recorded for 1492 patients (30,5%), BMI >25 for 760 (15,5%). Number of patients with the smoking status was 1372 (28%), patients with recorded glicemia was 3098 (63,5%), with diabetes 865 (17,7%), cholesterol was recorded to 2852 patients, patients at risk TC> 5 was 1419(29%).

EKG was recorded for 2532 patients (52%), average BP the last three months was 148/96. Number of patients whose BP meets the satisfactory "gold standard" is 943 (19%).

Drugs used for treatment of BP:ACEis 3207 (65,5%), beta-blockers 1780 (36.5%), Ca channel blockers 1357 (28%) furose-mid 1028 (21%), thiazide diuretics 710 (19%), others 155 (3.2%). Number of patients under monotherapy was 1002 (20.5%), two drugs combination was 2425(49.6%), three drugs 1347 (27.5%).

SUMMARY

Analyzed patients fall into a category with mild hypertension (stage I).

Should strive to increase the number of patients with "gold standard", because that is the optimum BP, regardless of age.

Managing of medical record is incomplete.

It is necessary to adopt a protocol to treat high BP.

NURSING SERVICES AT HOME AND THE APPROACH TO OLD PATIENT IN TURKEY

Dr.Aslan Yildirim

Department of Family Medicine, Kavak State Hospital, Samsun, Turkey

ABSTRACT With the increase of the expectancy of average lifetime at all ages in parallel with the developments in the fields of health and science, it is expected that population of the old all over the World will exceed 16% in 2050. Therefore, it will be useful to feature the geriatric nursing services while determining the nursing targets towards future. Comprehensive geriatric evaluation must be done for the determination of the major health problems observed at advanced/ further ages. This evaluation requires a multi-disciplinary approach because it is formed of many components such as cognitive functions, mood, functional capacity of the all organs, nutrition, mobility, incontinence, sight, hearing, self-care, physical environment and social support besides present chronic diseases. The coordination of indoors nursing services, which are newly put into practice in Turkey, with the curtail step nursing services constitutes the fundamental of this approach. We are of the opinion that our country will realize the target of "Healthy Aging", which the World Health Organization proposed for the whole World with the application of indoors nursing services, the accessibility of health services and with the increase of the quality of health services offered.

НАПРАВЛЕНИЕ 5

МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТИ, ПРАВИЛА ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА, РЪКОВОДСТВА ЗА ПОВЕДЕНИЕ (GUIDELINES)-ВЪВЕЖДАНЕ В ПРАКТИКАТА И ВЪЗДЕЙСТВИЕТО ИМ ВЪРХУ ЕЖЕДНЕВНИЯ ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН ПРОЦЕС В СТРАНИТЕ ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА

DIABETES MELLITUS IN CHILDREN - GOLD STANDARD-(ADVICE/RECOMMENDATIONS)

Julia Boskovic, JZU Bijelo Polje, Montenegro

BACKGROUND: Diabetes mellitus is a metabolic disorder, diabetes, multiple etiology. Main feature is the lack of or inadequate insulin secretion, which causes disorder of metabolism of carbohydrates, fats and proteins.

This implies the appearance of hyperglycemia, increased glycogenolysis decreased glycogen synthesis and increased gluconeogenesis.

Development of diabetes mellitus-a few typical situation:

- Prediabetes

- Clinically manifested diabetes
- Partial remission - Honeymoon
- Permanent dependency on insulin

Objective: The aim of the presentation is to compare current practice with modern practice.

- To emphasize the importance and role of selected doctors in primary health care.
- to emphasize the importance of timely diagnosis, treatment, prevention of complications
- to emphasize the importance of good metabolic control and gold standard
- Regular glucose self-determination-self-control
- Ketone-control in cases of high t, high blood glucose values
- 1x in the three months HbA1c
- 1x year (serum lipid levels, TPO, TSH, FT4, antiendozomijalnaAt, skringingna nephropathy)

METHODS: We retrospectively analyzed the medical records of 8251-from DZ (Bijelo Polje, Ulcinj, Bar, Budva, Pljevlja) found that of 15 patients-dg Diabetes mellitus type I.

Insight in the patient's data were collected:

- Average age-9, 4
- number of children women suffering from DM-8
- number of children he [male sex suffering from DM-7
- The number of patients enrolled in the annual examinations board-11
- The number of patients with unregistered annual examinations-4
- The number of patients-made serum lipid levels-11; undone 4
- Registration HbA1c-15
- Average HbA1c-9, 1
- No. screening patients done in other autoimmune diseases-0
- made-TSH, T4, TPO in 7 patients;undone/unregistered 8
- done antiendozom.At n 7 patients ;undone/unregistered8
- controlled by TA 8 patients,uncontrolled TA in 7 pat.
- The number of patients who had undergone screening for nephropathy-9 not done in 6 patients

The type of treatment of patients with diabetes;

- Diet and physical activity
- insulin-bolus regime

Conclusion:

- Diabetes mellitus is one of The most common serious chronic diseases in childhood.Currently not be a permanent cure, but diabetes can be controlled, and the children have a healthy, active life.
- Requires a timely diagnosis
- Patient should have their chosen doctor and the doctor for diabetes newly DM remains hospitalized here because of education 1-2 weeks, and still participates in treating endocrinologist, psychologist, dietician, social worker, elected pediatrician.
- Is necessary to implement properly the basic principles of therapy-treatment by the selected doctor
- It is necessary to properly implement electronic processing of patient records
- Require a power connection of adequate primary and secondary levels

ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ – РОЛЯТА НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР В ДИАГНОСТИЧНИЯ И ЛЕЧЕБЕН ПРОЦЕС

Десислава Колева-Георгиева

Клиника по очни болести, УМБАЛ „Св. Георги“ЕАД, Пловдив

УВОД: Диабетната ретинопатия (ДР) е водеща причина за слепота и намалено зрение сред населението в работоспособна възраст в развитите страни.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Да се запознаят общопрактикуващите лекари с основните характеристики на ДР (рискови фактори, клиника, методи на диагностика и лечение), както и да се подчертае важната им роля в диагностичния и лечебен процес.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Настоящото изложение се базира на резултати от водещи мултицентрични проучвания върху ДР и международни гайдлайни за диагностика и лечение на заболяването.

РЕЗУЛТАТИ: Раздлеждат се основните епидемиологични данни и рискови фактори за развитието и прогресията на ДР. Описват се клиничните характеристики на заболяването, стадията на ДР (в систематизирана класификация), рутинните и съвременни методи за диагностика, както и съвременните методи за лечение. Обсъжда се ролята на общопрактикуващия лекар в общия диагностично-терапевтичен процес. Като най-близо стоящ до пациента лекар, познаващ общото му здравословно състояние, общопрактикуващият лекар има ключово значение при лечението и проследяването на основните рискови фактори, водещи до прогресия на ДР – хипергликемия, хипертония, хиперлипидемия. Своевременното насочване към офталмолог, от друга страна, е решаващо за навременна диагностика, стадиране и извършване на необходимото лечение. В изложението се изяснява кога и през какъв

интервал трябва да бъдат консултирани с офталмолог диабетците, според изискванията на общоприети международни гайдлайни.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Борбата със слепотата от ДР се състои в ранно диагностициране, лечение на основните рискови фактори, своевременно насочване към специализиран офталмологичен преглед и провеждане на лечение, съобразено с конкретната очна патология. Основно значение в тази борба има добрата колаборация между общопрактикуващия лекар и офталмолога.

Ключови думи: диабетна ретинопатия, слепота, международни гайдлайни

НАПРАВЛЕНИЕ 6

VARIA

СТРЕС И ПРОЯВИ НА УМОРА В ЕЖЕДНЕВНАТА ДЕЙНОСТ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР ОТ СТАРОЗАГОРСКИ РЕГИОН

Магдалена Платиканова, Севдалина Алекова, Ваня Славова

УВОД: Изследването на стреса и умората е особено актуално през последните години. Ежедневната дейност на ОПЛ се характеризира с голямо умствено, емоционално напрежение и прояви на умора, особено в края на работния ден. Ето защо за оценката на стреса и умората при семейните лекари е необходимо да се прилага съвременен подход.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Целта на настоящото проучване е да се установят основните прояви на умора, предизвикани от въздействието на редица стресогенни фактори в дейността на общопрактикуващия лекар и въз основа на това да се разработи система от мероприятия за намаляване на негативното им влияние.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Използвана е пряка пощенска анкетна карта с 10 въпроса, включваща прояви на физическа и нервно-психическа умора в ежедневието на общопрактикуващите лекари от Старозагорски регион. Получените резултати са обработени със следните статистически методи: групиране на данни и алтернативен анализ.

РЕЗУЛТАТИ: В проучването установихме прояви както на физическа така и на умствена умора. Най-честите оплаквания са нарушения в запаметяването, отпадналост и липса на енергия. Като причини посочват системното умствено натоварване, трудностите в организацията на работния процес и комуникациите с ръзличните институции. Общопрактикуващите лекари единодушно отговарят, че имат нужда от повече почивка.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Проучването дава възможност за разработване на система от мероприятия за преодоляване на негативното влияние на някои стресогенни фактори при общопрактикуващия лекар, което респективно ще доведе до намаляване на проявите на умора. Системата е отворена и може да се променя, съобразно условията на съвременето и появата на нови рискови фактори.

Ключови думи: умора при ОПЛ, стрес, ОПЛ

WHY AM I HERE? CONFERENCES FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION.

Nazan Karaoglu, MD, Associate Professor of Family Medicine,

Medical Education and Informatics Department, Meram Medical Faculty of Selcuk University, Konya, Turkey

INTRODUCTION and OBJECT: I want to begin my words with some questions. Why are you here? What attracted you for participation? When I heard about the congress first of all I read the main theme, time and the place of the conference as usual. After a quick check of my program I added the conference website to my list of frequented sites on my computer. During the preparation period I checked the web site for many times, read the instructions again and again. How to prepare the abstract? What is the word limit? What is the abstract format? Again the session topics, read the literature, find out more work etc. etc. If the situation was the same for you please say "yes". Then during this period sometimes before going to bed sometimes in the morning I thought about the congress and I made an informal plan. Of course my experiences scaffold my plan. I think that more or less it is the twentieth or thirtieth conferences I am participating. Then my brain brought different views and remembrances.

The aim of this presentation is to discuss the effect of participating conferences for continuing medical education (CME) for general practitioner/family physicians with own experiences of mine and the audience.

RESULTS: If you wonder my process please come together in Plovdiv. Let's discuss the effect of conferences on our CME. Please think about your own take home messages when you went back home.

CONCLUSIONS AND TAKE HOME MESSAGE: Will be prepared at the end of the session but my common expected take home message will be "I am not alone and yes, I can do like my colleagues from South-East Europe". Isn't it enough for a professional development? May be not? We will see together.

ПРОУЧВАНЕ СТЕПЕНТА НА ИНФОРМИРАНост НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ И НАСОКАТА ИМ ПРИ РАНА ДИАГНОЗА НА ИМУННИ ДЕФИЦИТИ

Севдалина Алекова, Красимира Халачева, Емил Славов

УВОД: Имуниите дефицити са нарушения на имунната система, които при неправилно лечение водят до тежки увреждания на болния, ранна инвалидизация и смърт. Първоначалният контакт на пациенти с увредена функция на имунната система най-често се осъществява в кабинета на ОПЛ. Това предполага поддържане на адекватно ниво на информираност на фамилния лекар по отношение на ранната диагноза на пациенти със съмнение за дефицит на имунната система и наличие на правилен клинично-диагностичен подход.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Целта на настоящото проучване е да анализира степента на информираност на ОПЛ относно дефицитите на имунната система, с оглед подобряване дейността на семейния лекар при ранното откриване и лечение на тези заболявания.

МАТЕРИАЛИ МЕТОДИ: Проведено е социологическо проучване сред общопрактикуващите лекари от Старозагорски регион в периода март-април 2011 година. Използвана е пряка пощенска анкета със стандартен въпросник. При обработката на данните са приложени математико – статистически методи, даващи възможност за реална оценка на получените данни.

РЕЗУЛТАТИ: 50% от общопрактикуващите лекари обсъждат в диференциално-диагностичен план диагнозата дефицит на имунната система, но срещат сериозни затруднения с поставянето и.

Тези затруднения са свързани предимно с назначаването на имунологични изследвания и невъзможността за колаборация със специалисти по Клинична Имунология.

Около 65% от анкетираните фамилни лекари са на мнение, че са недостатъчни формите за продължаващо обучение по отношение на дефицитите на имунната система. Преобладаващата част от семейните лекари считат, че се нуждаят от допълнителна информация относно актуални методи за диагностика на имуноен дефицит, като наред с традиционните форми на обучение- курсове и семинари, посочват и интернет- базирани форми на обучение.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Налице е недостатъчна информираност по отношение на имунните дефицити.

Необходимо е разработване на форми за продължаващо медицинско обучение по актуални въпроси свързани с имунодефицити.

Целесъобразно е откриването на дискусия за корекция на учебните планове и програми за придобиване на специалност Обща медицина с оглед въвеждане на модул Клинична имунология.

Ключови думи: ОПЛ, имунни дефицити, степен на информираност

ПРИЛОЖЕНИЕ НА НЯКОИ ХОМЕОПАТИЧНИ ПРЕПАРАТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ДИСФОНИЯ

Валентин Костов Стоянов

УВОД: В последните десетилетия, наред с успешното навлизане на съвременните технологии в медицината, лекарите все по-често търсят и нетрадиционни, но доказани в практиката методи за диагностика и лечение(1,2,3,4). Хомеопатията е един от тях и се основава на принципа на подобие, малката („безкрайно малката“) доза, динамизацията на медикаментите и индивидуалния подход към пациента. В научната периодика има доста съобщения, доказващи ефекта на тези лекарства при болести на ушите, носа и гърлото.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Целта на настоящата студия е да проучи възможностите за приложение на някои хомеопатични препарати в практиката на ОПЛ при лечението на някои дисфонии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: За период от 5 месеца са наблюдавани 37 пациенти на възраст от 23 до 67 години, страдащи от дисфония. Причините за нея са били както от възпалителен, така и от функционален характер. При всички метод на избор в началния етап на лечението е прилагането на *Homeovox* и *Phosphorus* в комбинация или поотделно. При евентуален неуспех, терапевтичният подход е ревизиран и са включвани АБ и локални аерозолни препарати.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): В заключение се правят изводи за ефективността на хомеопатичните препарати при лечението на дисфонията(особено когато тя е вследствие на остри вирусни ларингити), както и липсата на сериозни нежелани ефекти от приложението им.

Ключови думи: хомеопатия, оториноларингология, дисфония.

Общ брой думи: 191

INFLUENCE OF WATER'S QUALITY ON PEOPLE'S HEALTH

Ms Mirjana Dobrovic – Milosevic, Slobodan Vukotic, Health Centre, Podgorica, Montenegro, Ms Marina Roganovic, Spec. Hospital, Dobrota, Kotor, Montenegro

AIM OF THE PAPER: Analysis of the drinking water quality, according to the Regulations on hygiene soundness of drinking water for the purpose of environmental and people's health protection.

METHOD OF THE PAPER: Analysis of results of analysis and statistical processing of data. The data have been taken from the report of authorized institutions for water quality analysis, for the purpose of determining the physical – chemical and microbiological parameters which are not in compliance with the MAC (maximum allowed concentrations) that are

defined by the Regulations on hygiene soundness of drinking water (The Official Gazette of Federal Republic of Yugoslavia 42/98).

RESULTS OF THE PAPER: During 2010, the physical – chemical analysis was done for the total of 361 samples from the water-pipe system, whereby the basic analysis for 348 samples was done (A) as well as the periodical analysis (B) for 13 samples. The results of all the published the physical – chemical analysis show that 16 samples, or 4.43% of the totally taken samples did not comply with the norms defined by Regulations from the physical – chemical point of view. In the samples of drinking water from installations, water tanks and from the water-pipe network the most frequent discrepancy has been registered regarding blurriness and due to lack of chlorine in 25 samples, or 6.85% from the total number of taken samples. The results of microbiological analysis of drinking water samples show that out of total of 361 samples 85, or 23.55% was in discrepancy with the Regulations. The microbiological discrepancy of 19% relates to the springs and the rest of 4.55% relates to the other causes locations.

CONCLUSION: By viewing the results of analysis, the necessary corrective measure is the improvement of the process of water disinfection by chlorine for the purpose of reduction of the microbiological contamination of water. Apart from following the situation of the spring water quality, it is necessary to start with the concrete activities to provide the necessary conditions to protect this natural resource and enable the safe use for citizens.

Key words: water quality, MAC (maximum allowed concentrations), springs, water disinfection

РЕТИНОПАТИЯ НА НЕДОНОСЕНИТЕ СЪЩНОСТ, ПОВЕДЕНИЕ, ПОСЛЕДИЦИ

В. Маринов, Н. Сивкова, Т. Боева

УВОД: Ретинопатията на Недоносените (РН) представлява вазопрлиферативно заболяване, което засяга недоносени и незрели деца, деца, родени с ниско и екстремно ниско тегло, и се явява в резултат на аберентна васкуларизация на незрялата ретина. Заболяването е сред водещите причини за предотвратима детска слепота в средноразвитите страни, към които се отнася и България

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Да се запознаят Общо Практикуващите лекари със същността на заболяването, времето на изява, показанията и сроковете за скрининг и лечение

Ключови думи: Ретинопатия на Недоносените, скрининг, лечение

СКРИНИНГОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЗРИТЕЛНИЯ АНАЛИЗАТОР НА ДЕЦА ОТ 3 ДО 6 ГОДИНИ В РАЙОН "ЮЖЕН", ГРАД ПЛОВДИВ

В. Маринов, Т. Боева, Н. Сивкова

УВОД: Децата са бъдещето на всяка една нация. Правилното развитие на зрителната система при човека е от изключителна важност за нормалното нервнo-психическо развитие на детето. В България няма ефективна национална стратегия за профилактика на детското зрение. Цялата профилактична дейност е в ръцете на Общопрактикуващите Лекари (ОПЛ).

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Провеждане на офталмологичен скрининг за периода 25 Май – 3 Юни 2010 г. на деца на възраст от 3 до 6 години в произволно избрана Целодневна Детска Градина в район "Южен" град Пловдив, след получаване на информирано съгласие от родителите.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Скринирани бяха 171 деца.

Офталмологичният преглед включваше (по съответния ред на изпълнение):

1. Оглед на глава, лице, орбити, очни ябълки и очни придатъци.
2. Изследване на нативна зрителна острота (едноочно) с апарата "SCOLATEST" (ESSILOR, FRANCE) за деца от 3 до 6 години.
3. Изследване на очедвигателния апарат по метода на Хиршберг и "Cover" и "Cover/Uncover" tests.
4. Изследване на бинокулярно зрение посредством 4 точков апарат на "Wort".

РЕЗУЛТАТИ: От изследваните 171 деца само 10 (5.8%) бяха преглеждани от офталмолог преди нашия скрининг. Отклонения в очния статус открихме при 46 (26.9%) от изследваните деца: понижен визус – 30 деца (17.5%), конвергентен страбизъм – 5 (2.9%), епикантус – 9 (5.3%), коригирана хиперметропия – 2 (1.17), блефарит – 2 (1.17), конюнктивит – 1 (0.6%), често мигане – 1 (0.6%), унилатерална птоза – 1 (0.6%), субконюнктивална хеморагия – 1 (0.6%), цикатрикс след разкъсноконтузна рана на веждата – 1 (0.6%).

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Най-честите причини за понижено зрение във възрастта 3 – 6 години в нашата група са рефракционните аномалии, следвани от страбизма. Ненавременното диагностициране на тези състояния може да доведе до трайно понижено зрение (амблиопия). Това застрашава зрението на един млад и бъдещ трудово активен човек. Прави впечатление големият брой деца, които не са посещавали детски офталмолог до момента на скрининга. Необходимо е продължаване на скрининговото изследване на децата между 3 и 6 години с разширяване на използваните средства.

Ключови думи: скрининг, деца, зрителен анализатор

KNEE INJURIES AND THE PRESENTATION OF A CASE: PATELLAR TENDON RUPTURE

Dr. PinarAcun, Department of Emergency Medicine, İzmir Bozyaka Training And Research Hospital, İzmir, Turkey

Knee injuries are commonly confronted in emergency practices. Patellar tendon rupture is, on the other hand, a kind of knee injury that is rarely observed and it occurs due to trauma such as extensor strain, acute contraction of Quadriceps muscle, chronic tendon degeneration as a result of recurring microtrauma, recurring steroid injections to patella inferior polüne applied in the treatment of patellar tendinitis or due to the non-traumatic reasons such as systemic lupus erythematosus, chronic renal failure and chronic acidosis. In the case of failing to diagnose it early and of failing to cure it, permanent sequelae can develop as a result of Quadriceps atrophy, patellar fibrous band, calcification and degenerative changes on joint face. A case of patellar tendon rupture developed after the on foot fall from high of will be presented in this study.

ВЪРХУ НЯКОИ АСПЕКТИ НА РАБОТАТА НА ОПЛ В ИНФОРМАЦИОННА СРЕДА

Любима Деспотова, Кирил Славейков, Калина Трифонова, Златко Трифонов

УВОД: Електронното здравеопазване несъмнено има много предимства както за пациентите така и за лекари, но неговото въвеждане изправя бъдещи и настоящи лекари пред стена, която те имат различна готовност да преодолеят.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Анализ на готовността за работа в информационна среда и разликите между студенти и лекари

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Обзор на материала

РЕЗУЛТАТИ: Разликите между студенти и лекари са малки, с изключение на чуждите езици и самостоятелно направените уеб сайтове, в които студентите имат значителна преднина, а практикуващите лекари са по-запознати със сайтове за препоръчване на пациенти.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Резултатите са част от голямо проучване, чиито финални резултати предстоят да се публикуват.

Ключови думи: ОПЛ, информационна среда

МНОГОСТРАННО СПОДЕЛЯНЕ, ПРЕНАСОЧВАНЕ И ПРЕРАБОТВАНЕ НА УЕБ-БАЗИРАНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА НУЖДТЕ НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ОБЩА МЕДИЦИНА

Любима Деспотова, Кирил Славейков, Калина Трифонова, Златко Трифонов

УВОД: Съвременните технологии позволяват споделяне онлайн на материали, които да са достъпни за всички, пренасочване на материалите за студенти, специализанти или специалисти и преработване и смяна на формата в зависимост от нуждите на конкретния потребител. Цел и задачи: Анализ на материалите по проект Meducator

Материали и методи: Обзор на материала

РЕЗУЛТАТИ: Съвременна програма с голям брой казуси, тестови въпроси и визуални материали, които могат да се ползват от широка аудитория.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Създават се нови възможности за пълноценно използване на натрупаните образователни ресурси, които да са полезни за различна аудитория, различни цели и лесно достъпни.

Ключови думи: Многостранно споделяне, пренасочване, преработване

ПОСТЕРНА СЕСИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЯ

DEONTOLOGICAL ASPECT OF LABOUR OF THE SPECIFIED GENERAL PRACTITIONER IN SERBIA

MD Milica Nikolić-Urošević, General Practice Specialist, Medical Center "Vračar", Belgrade, Serbia

INTRODUCTION: The term Medical Deontology encompasses rights and obligations related to a medical profession as well as ethical principles of conduct and regulations related to knowledge. Deontology includes: Medical Law, Behavioral Psychology, Medical Hodegetics (user study and application of regulations in medicine).

OBJECT (TASKS): The aim of this paper is to explain the deontological aspect of labour of a general practitioner and legal duties and obligations of a medical profession in the Republic of Serbia.

DATA AND METHODS: Medicine characterizes its independence and accountability. The independence of the profession is based on knowledge but lately it is constantly being limited by "Drug List" in the domain of prescribing treatments to patients. Accountability is a result of the state's decision to limit powers of doctors because of the independence and autonomy in their work and is defined by obligations of the specified doctor according to the Health Care Law. It presents legal basis for determining moral, legal and financial liabilities of a specified doctor derived from doctors' obligations.

Obligations to the patient-ethical responsibilities are not precisely defined by the Law. They are based on humanity, everyone has the right to health and medical assistance. Communication with a patient and his family requires an approach that will allow effectively meeting of the health requirement and provide quality health service according to ethical norms.

The Code of Professional Ethics of the Medical Association of Serbia stipulates duties to oneself and colleagues.

Duties to the community are defined by obligations to keep and improve public health, control of infectious diseases, carry out socio-medical work and to protect the environment.

Legal obligations are constituted by official regulations. Non-conformance with these regulations leads to legal, i.e. criminal responsibility of a doctor

CONCLUSION: Doctors do not acquire adequate knowledge of deontology by undergraduate studies nor do they get basic information of medical and non-medical risks to health.

Key words: deontology, Medical ethics, official regulations

SMOKING PROBLEM AMONG PRIMARY CARE DOCTORS, AND THEIR ATTITUDES ABOUT SMOKING PATIENTS, IN ESKISEHIR/TURKEY

Aynur Ozturk Ozer, Murat Unalacak, Ilhami Unluoglu

INTRODUCTION: Smoking is one of the most important public health problems in both the world and our country. A lot of people die from smoking each year all of the world. People usually start smoking before 18 years old. For this reason, general practitioners (GPs) may have an important role to encourage quitting smoking.

OBJECT (TASKS): The aim of this study is to evaluate the relationship between the GP who is smoking or not smoking behaviors to the patients for quit smoking in Eskisehir / Turkey .

DATA AND METHODS: This descriptive study was carried out in Eskisehir from 01.09. 2010 – 01.05.2011. The data was collected by a questionnaire including the Fagerström Nikotine Dependence Test. The data was evaluated by the SPSS 13.0 program.

RESULTS: Total 103 GPs were included in the study. Sixty one of GPs were male and 42 were female. The number of non-smokers, smokers and ex-smokers were 43(41,7%) , 35(33,9 %) and 25 (24.3 %), respectively. Forty-eight GPs (19 current -smokers and 29 non smokers) were asking about smoking to all of the patients, 53 GPs (15 current -smokers , 37 non smokers) wanted to ask smoking to their patients but did not have enough time, and 2 GPs (both non-smokers) were not asking about smoking to their patients.

CONCLUSIONS: In Turkey GPs have an important position to help people for quitting smoking, they want to help their patients, but they need to be informed and motivated about treatment of smoking.

Key words: Smoking, primary care, attitude

PROBIOTIC USE IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION IN CHILDREN

Seçil Gunher Arıca¹, Vefik Arıca², Cahit Özer³

¹ *Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Asist Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

² *Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Pediatric, Asist Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

³ *Mustafa Kemal University Medical Faculty, The chair of Department of Family Medicine, Assoc Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

ABSTRACT. Probiotics are effective as a protector in certain cases. Probiotics may be used in order to relieve the disease or prevent its recurrence in the case of respiratory tract infections during the periods of starting nursery school or school. Additionally, probiotics may be used for protection in order to prevent the recurrence of another infection in a short time following a broad-spectrum treatment.

It is important to raise the awareness of public of increasing the consumption of fermented dairy products including yogurt and kephir, which are contained in the consumption patterns of Turkish society, and vegetables and fruits which are the natural sources of prebiotics.

A wide range of investigations performed recently reported that when probiotics are used, the symptoms (fever, coughing, and nasal congestion) of viral diseases such as cold and flu take a shorter time, the need to use antibiotics is reduced, and the number of days children take off from school due to the sickness has been decreased. The use of probiotics has been concluded to reduce the risk of upper respiratory infection and ensure that the infection takes a shorter time.

It is necessary to use primarily natural probiotic foods for a healthy life and to prevent upper respiratory infection, and use products containing probiotics when required.

Key Words: probiotic, upper respiratory tract infection, protection

RETROSPECTIVE EXAMINATION OF CHILDREN AGED 1-24 MONTHS HOSPITALIZED WITH THE DIAGNOSIS OF ASPIRATION PNEUMONIA

Murat Doğan¹, Seçil Arıca², Vefik Arıca³

¹ Şişli Etfal State Hospital, Pediatric Clinic, MD, İstanbul, Turkey

² Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Asisst Proff Dr, Hatay, Turkey

³ Mustafa Kemal University Medical Faculty, Pediatric Clinic, Asisst Proff Dr, Hatay, Turkey

INTRODUCTION In our study, we aimed to investigate cases with aspiration pneumonia retrospectively in order to reveal the risk groups for children with aspiration pneumonia, to determine preventable aspects and to minimize mortality and morbidity with treatment.

MATERIAL AND METHOD It is a therapeutic and epidemiological case-comparison study conducted with 30 cases, who were hospitalized in the infant unit of our hospital with the diagnosis of aspiration pneumonia. Diagnosis of aspiration pneumonia was established by anamnesis, physical examination, AP Chest X-Rays and laboratory results.

RESULTS Mean age of our case group was 3.02 ± 3.87 months and 19 of those (63.3%) were female, whereas 11 of those (36.7%) were male. Mean age of mothers of cases was determined as 23.3 ± 6.77 years, whereas mean age of fathers was identified as 28.5 ± 6.8 years. No significant results could be obtained from the statistical comparison of what number child were cases with aspiration pneumonia. Average length of stay of patients receiving inpatient treatment in the service was 12.17 ± 4.23 days. No difference was identified when length of stay of patients hospitalized in our service due to a second attack after they had suffered aspiration pneumonia was compared to patients with no attacks.

CONCLUSION In conclusion, no difference, which would cause risks regarding length of stay at hospital and complication development, was determined between regimes in the treatment of aspiration pneumonia. However, it is evident that these treatment regimes are developed through a combined clinical and laboratory evaluation for factors and pathogens to be predicted and determined.

Key words: aspiration, child, pneumonia

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS and RISK FACTORS OF CHILDREN FOLLOWED-UP WITH THE DIAGNOSIS OF ASTHMA

Nurgül Önder¹, Seçil Arıca², Derya Sıkar¹, Vefik Arıca³, Sami Hatipoğlu⁴

¹ Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Family Medicine Clinic, MD, İstanbul, Turkey

² Mustafa Kemal University Medical Faculties, Family Medicine Department, Asisst Proff Dr, Hatay, Turkey

³ Mustafa Kemal University Medical Faculties, Pediatric Clinic, Asisst Proff Dr, Hatay, Turkey

⁴ Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, The chair of Pediatric Clinic, MD, İstanbul, Turkey

BACKGROUND: It was aimed to show multi-factorial asthma with polygenic transmission was in close relationship with the negative environmental conditions.

OBJECTIVES AND METHODS: In our study, file records of children with asthma have been examined retrospectively, and their sociodemographic characteristics and risk factors have been recorded into the survey forms.

RESULTS: The prevalence of asthma in schoolchild ages in USA is 8.5-12.2%, whereas this rate is found 2.8-18.4% in Turkey. It has been recorded that the majority of disease symptoms have been developed before 5 years of age. Most of the families were living in homes with humidity, which were suitable for settled dusts and mites. Indoor smoking rate was high. It was recorded that most of the patients requested care from the emergency services due to the increase in air pollution especially in winter months.

CONCLUSION: It was noted that multi-factorial asthma with polygenic transmission was in close relationship with the negative environmental conditions. We believe that determining the lifestyle conditions of patients and families with asthma and educations to be given on this issue will reduce the high cost of the disease and improve the life quality.

Key Words: asthma, environmental factors, sociodemographic characteristics

ABUSE AND NEGLECT OF THE ELDERLY: ATTITUDE AND PRACTICE OF THE MEDICAL TEAM

Guzel Discigil, Ahmet Iscibasi.

Family Medicine, Adnan Menderes University, Turkey

AIM: In recent years there has been an increased emphasis on violence and abuse within the community. Elderly people are the common victims of the abuse. We aim to determine the practice and approach of doctors and nurses to abuse and neglect of the elderly.

METHOD: Sixty eight doctors and nurses filled out a questionnaire included questions about their attitude and practice regarding to abuse and neglect of the elderly.

RESULTS: There were 35 doctors and 33 nurses participated in the study. Mean age was 29.8 (20-49). Majority of them reported that they consider elderly abuse and neglect as a common social (98%) and a medical (79%) problem. Furthermore decubitis, lacerations, bruises and burns were thought to be a potential sign of neglect and physical abuse. Neglect (66%) and economical (79%) and psychological (65%) abuse were the most common types whereas physical (12%) and

sexual abuse (1%) was the least experienced types in their practice. Children followed by spouses were thought to be the most common abusers. Of the total 23 (33%) met elderly abuse in a social environment, whereas 21 (31%) met in their own medical practice. Most of them (68%) preferred to talk to a family member when they suspect or identify abuse or neglect.

CONCLUSION: Neglect and abuse of the elderly is a common problem in medical care including primary care settings. Family physicians should be aware of this problem and pay special attention to any sign of neglect, economical and psychological abuse.

CONTENTS AND PRIORITIES OF CARDIOLOGY EDUCATION WITHIN THE CURRICULUM OF FAMILY MEDICINE RESIDENCY EDUCATION IN TURKEY

Ilhami Unluoglu, Murat Unalacak

One of the milestones about the studies about primary care services in our country is the appearance of family medicine (FM) residency education within the Regulations about Residency in Medicine in 1983. In this Regulation, education was expressed as a combination of rotations (Internal Medicine, Pediatrics, Psychiatry, Obstetrics and Gynecology, and Emergency Medicine).

In 1985, FM residency students and specialists started to criticize the problems about curriculum and content of FM residency training. First report about this subject was broadcasted in 1992 by the Association of Family Medicine Specialty. Needed subjects about cardiology, which were desired to take place in internal medicine rotation of FM Residency, were declared in this report for the first time.

While studies for improving residency education were going on, health transition program, which was initiated in 2003, was spread to all cities of Turkey up to the end of 2010. Included in this program, following the 1st stage, was the 2nd stage educations, which included 37 knowledge modules and 3 modules for skills.

After its establishment, Turkish Board of Family Physicians (TAHYK) leded the studies for improving residency education. TAHYK declared the studies about core competencies of FM by a report in 2007, including a change in rotations of residency; one month rotation of cardiology within the six month rotation of internal medicine.

A new arrangement was made within the Regulations of Residency Education and declared on 18.07.2010, adding cardiology as a rotation to FM residency, congruent with the report of TAHYK.

According to the result of sum of all studies within this period of time, the 12 subjects related with cardiology, in order of importance, are as follows:

Hypertension and ischemic heart disease

Cardiac failure

Arrhythmias

Peripheral vessel diseases

Dyslipidemias

Acute rheumatic fever

Cardiac valvular diseases

Endocarditis

Electrocardiogram

Shock

Cardiopulmonary resuscitation

Key words: Family Medicine, residency education, cardiology

ARTERIAL HYPERTENSION AS A RISK FACTOR IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Milan Nikolic¹, Nikola Jordanov²

⁽¹⁾ *Institute of Occupational Health „Serbian Railways“ Belgrade, Department Nis, Serbia*

⁽²⁾ *Health Center Dimitrovgrad, Serbia*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Arterial hypertension is a leading cardiovascular risk factor and it is associated with the increased risk of myocardial infarction.

OBJECT: The aim of this study was to examine the prevalence of hypertension and its relation to the coronary heart disease (CHD).

DATA AND METHODS: A total of 188 patients (116 men; average age 59,31±7,22 years) with a history of CHD were examined. They had a standard medical check-up which involved a structured questionnaire, physical examination, standard serum biochemical analysis and electrocardiogram (ECG).

RESULTS: Arterial hypertension was the common risk factor in patients with CHD, and it was detected in 87,77% of coronary patients. Hypertension, as the only risk factor, was found in 16,49% of patients, but it was more prevalent associated with another (30,32%) or two other risk factors (28,19%). Dyslipidemia was the most frequently associated risk factor to hypertension, and this combination had 60,64% of patients with CHD. Of all hypertensives, 18,18% had monotherapy,

31,52% received two antihypertensive drugs, and 50,30% received at least three drugs for the treatment of hypertension. Despite the hypertension treatment, nearly two-thirds of hypertensives (65,46%) had inadequate blood pressure control. Blood pressure (BP) in hypertensives with CHD was significantly greater than blood pressure in normotensives with CHD (systolic BP: $145,25 \pm 11,21$ vs $128,45 \pm 10,33$ mm Hg $p < 0,001$; diastolic BP: $89,13 \pm 7,26$ vs $84,51 \pm 6,27$ mm Hg $p < 0,01$). Left ventricular hypertrophy, by ECG, was found in 5,85% of patients and they were all hypertensives.

CONCLUSIONS: This study showed a high prevalence of hypertension in patients with CHD. Poor blood pressure control, in addition to complications and other risk factors, is the main problem that further increased their already high cardiovascular risk.

Key words: arterial hypertension, coronary heart disease, risk factors, blood pressure

HEMATOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PARAMETERS IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Milan Nikolic - Institute of Occupational Health „Serbian Railways“ Belgrade, Department Nis, Serbia

Nikola Jordanov - Health Center Dimitrovgrad, Serbia

INTRODUCTION: Clinical studies suggest existing abnormalities in blood viscosity and some biochemical parameters in hypertension. Hematocrit is the most important determinant of whole blood viscosity.

OBJECT: The aim of this study was to determine the hematological and biochemical parameters in hypertensive patients.

DATA AND METHODS: The study included 265 hypertensives and 178 normotensives (control group) aged 31 to 82 years. Complete blood count, fasting glucose, lipids, uric acid, fibrinogen, BUN, creatinin, sodium, potassium and calcium levels were obtained.

RESULTS: Mean levels of hemoglobin (HGB), hematocrit (HCT) and platelets (PLT) were significantly higher in the hypertensive group compared to the normotensive group: $141,73 \pm 12,05$ vs $144,91 \pm 12,39$ g/L for HGB ($p < 0,01$); $41,49 \pm 3,59$ vs $42,70 \pm 3,76$ % for HCT ($p < 0,001$); $261,88 \pm 59,59$ vs $284,83 \pm 52,76$ for PLT ($p < 0,05$). There were no significant differences between these two groups in the levels of other parameters of blood count (RBC, MCV, MCH, MCHC and WBC). Among biochemical parameters, hypertensives had significantly higher mean levels of uric acid ($p < 0,001$), glucose, total cholesterol, LDL cholesterol and triglycerides ($p < 0,0001$ for all) and lower level of HDL cholesterol ($p < 0,001$) when compared to normotensives. Hypertensives, also, had a significantly higher serum sodium level but a significantly lower potassium level ($p < 0,05$ for all) than normotensive subjects. No differences were found in levels of serum fibrinogen, BUN, creatinin and calcium between the hypertensive and the normotensive group.

CONCLUSIONS: These results support the thesis that hypertension has significant changes in hematological aspect and biochemical parameters. It is concluded that these laboratory analyses should be considered in the understanding of the aetiology and management of hypertension.

Key words: hypertension, blood count, lipids, glycemia, uric acid, elektrolits

THE USAGE OF ASPIRIN AND CLOPIDOGREL WITH ISCHAEMIC HEART DISEASE

Dr.Tatjana Pavlovic, Dr.Jasmina Ivancevic

THE AIM: To show the extent to which our patients use two basic medicines, Aspirin and Clopidogrel, to prevent and control undesirable thrombosis.

Methodology: The research employed a questionnaire. Seventy patients with ischaemic heart disease have been interviewed.

RESULTS: 14 men have stabile angina pectoris. Aspirin is regularly used by 12(85,7%), from time to time by one man (7,1%), while one interviewee never used it. 19 women have stabile angina pectoris, 12 take Aspirin regularly (63,15%), 5 from time to time (26,3%), 2 take nothing because of stomach bleeding (10,5%). None of them takes Clopidogrel combined with Aspirin. Out of 3 women with unstable angina pectoris, 2 take Aspirin regularly, and Clopidogrel from time to time, when they have enough money to buy it, while one woman takes both medications regularly. Out of 9 men with myocardium, only 2 take Aspirin and Clopidogrel, 3 only Aspirin, while the rest take nothing. It is only that 100% men and women with implanted stent use Aspirin and Clopidogrel, 6 men and 3 women.

CONCLUSION: Despite the unambiguous benefit that can be obtained by double therapy, few our patients use it because of its high price.

Keywords: Aspirin, Clopidogrel, antiagregation therapy.

Literature: Clinical Cardiovascular Pharmacology, Tomislav Kazic, Zvonko Rumboldt

Internal Medicine, Stanoje Stefanovic

Etiopathogenesis of Ischaemic Heart Disease, Ostojic, Stefanovic, Vukcevic

Recommendations for How to Prevent Ischaemic Heart Disease, National Guide of Clinical Practice

COMPARISON OF LUNG GRAPHY AND THORAX COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS IN CHILDREN WITH TUBERCULIN SKIN TEST POSITIVE

Evrin Efe¹, Vefik Arica², Murat Doğan³, Seçil Gunher Arica⁴

¹*Bakirkoy Training and Research Hospital, Pediatric Clinic, MD, İstanbul, Turkey*

²*Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Pediatric, Asisst Proff Dr, Hatay, Turkey*

³*Şişli Etfal Training and Research Hospital, Pediatric Clinic, MD, İstanbul, Turkey*

⁴*Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Asisst Proff Dr, Hatay, Turkey*

OBJECTIVE: Benefit of thorax computed tomography was investigated when lung graphy remains insufficient in the diagnosis of tuberculosis.

FINDINGS: Average age of cases was 110,38±42,8 months. Lung graphy results of 36,4% of cases were abnormal while 63,6% were normal. Results of 30,9% (n=17) were abnormal while 69,1% (n=38) of cases were normal. No compliance is observed between results of CT and Lung graphy (p<0.05). Lung graphy was found to have a low positive true diagnosis value, a higher negative true diagnosis value. A significant difference is observed between tuberculosis sighting case and scar numbers of BCG (p<0.05).

MATERIAL AND METHOD: 55 patients across children with tuberculin skin test (TST) positive nonspecific symptom who applied to the tuberculosis polyclinic of our hospital were investigated between ages of 0-18, determined positivity in their TST test or with tuberculosis contact story. Age, gender, complaining, TST results, existence/number of BCG scar, underlying disease, contact status, cigarette exposure, laboratory findings, Lung graphy and thorax CT findings of patients were compared.

RESULT: Taking lung graphy and thorax CT is beneficial and significant in the investigation of tuberculosis disease in patients with positivity of tuberculin skin test. Computed tomography is more sensitive method in comparison to lung graphy in terms of all findings.

Keywords: tuberculosis, tuberculin skin test, lung graphy, computed tomography

APPLICATION AND INTERPRETATION OF TUBERCULIN SKIN TEST IN CHILDREN

Vefik Arica¹, Seçil Gunher Arica², Cahit Özer³

¹*Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Pediatric, Asisst Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

²*Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Asisst Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

³*Mustafa Kemal University Medical Faculty, The chair of Department of Family Medicine, Assoc Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

ABSTRACT. TCT Tuberculin skin test (TCT) indicates whether the individual is infected by tuberculosis bacillus or not, does not provide information about the disease. It may be indirectly helpful in diagnosis of the disease.

Although tuberculosis is a known very old disease, still continues to be an important health issue in both developed and developing countries because of its morbidity, mortality and economical effects.

Pathophysiology of tuberculosis is complicated. Existence of a delay between the infection and disease also makes events more uncertain. Patients with active pulmonary tuberculosis may be asymptomatic, may have slight mild-level of dry cough or may present a symptom such as fever, asthenia, chest pain, dyspnea, weight loss, night sweating and cough excreting bloody pituitary.

A complete evaluation for tuberculosis should include the story, chest x-ray, physical examination, tuberculin skin test, microbiological smears and cultures. A serological test may be included. Early diagnosis and treatment significantly decrease mortality and morbidity. It is a disease difficult to diagnose since this slowly reproducing microorganism can be determined in pituitary of the patient in a limited number and due to difficulties in the culture.

Keywords: Tuberculin skin test, tuberculosis, infected

CURRENT APPROACHES TO CHILD URTICARIA

Seçil Gunher Arica¹, Vefik Arica²

¹*Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Asisst Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

²*Mustafa Kemal University Medical Faculty, Department of Pediatric, Asisst Proff Dr, MD, Hatay, Turkey*

SUMMARY. Urticaria is a common skin disease which is easily diagnosed. In contrast to the ease of its diagnosis, the underlying etiologic factors are often difficult to determine. Urticaria has diverse clinical presentations and causes. In addition to the difficulties in differential diagnosis, recognition of skin rashes as an early sign of a serious adverse reaction to urticaria may be very important to both pediatricians and dermatologists. Urticaria may be life-threatening in children and early diagnosis is of prognostic importance. In the last few decades an increasing understanding of the pathomechanisms involved in urticaria has highlighted the heterogeneity of different subtypes. Urticaria has a profound impact on quality of life and performance. Effective treatment is thus required in all cases where avoidance of eliciting factors is not feasible. The importance of a detailed history regarding triggering factors such as infections, drugs and foods in the evaluation of patients with urticaria was emphasized.

Key Words: urticaria; pathogenesis; therapy

DISCOVERING OF RISK FACTORS FOR THE GETTING OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES

Prim.dr Biljana Cimbalević, Prim. dr Nada Vukadinović, dr Ljiljana Maksimović

Health Center Kruševac, Serbia

With reform of primary health care, doctors get a role Gatekeeper. Their main tasks, is to identify risk factors for chronic noncommunicable diseases (CND). In addition to age, gender and heritage, which we can not change, risk factors such as obesity, blood sugar, cholesterol, triglycerides, elevation of pressure, waist circumference, physical activity, smoking, those who can to correct and maintain the desirable values.

OBJECTIVE: To show the presence of risk factors among healthy population for CND, and significant difference in risk between the sexes.

METHOD: It was performed epidemiological study. Used the data of preventive examinations that were conducted at the Health Center Krusevac. All data were statistically analyzed (mean, SD, t-test, χ^2 -test).

RESULTS: The study included 553 patients, average age 46.53 ± 12.46 years: 463 women and 90 men. We observed the usual risk factors. BMI in males was $25.14 \pm 4.73 \text{ kg/m}^2$ and for females $24.36 \pm 5.38 \text{ kg/m}^2$. The difference is not statistically significant ($t=0.0607, p<0.1$). Men had slightly higher glycemia ($4.48 \pm 0.75 \text{ mmol/l}$) than women ($4.12 \pm 0.49 \text{ mmol/l}$), and this difference is very highly statistically significant ($t=5.8, p>0.001$). Cholesterol levels in women was $4.85 \pm 1.67 \text{ mmol/l}$ and for men $4.94 \pm 1.1 \text{ mmol/l}$. The difference is not statistically significant ($t=0.49, p<0.1$). Men had slightly higher levels of triglycerides ($1.89 \pm 1.09 \text{ mmol/l}$) than women ($1.74 \pm 1.14 \text{ mmol/l}$), but the difference was not statistically significant ($t=1.154, p<0.1$). Systolic blood pressure among men was $131.47 \pm 17.67 \text{ mmHg}$, while among women, $123.93 \pm 23.02 \text{ mmHg}$. This difference is highly statistically significant ($t=2.98, p=0.001$). Diastolic pressure was higher among men ($81.94 \pm 10.12 \text{ mmHg}$) than among women ($79.9 \pm 10.11 \text{ mmHg}$). The difference was statistically significant ($t=2.39, p=0.01$). As non-smokers claimed to 63.33% men and 61.98% women. The difference is not statistically significant ($\chi^2=0.0149$). Physically active men, 78.6% and 78.89% women. The difference is not statistically significant ($\chi^2=0.0069$).

CONCLUSION: The values of risk factors are close to the desired value. Men are at slightly greater risk than women, but this difference is statistically significant for age and diastolic pressure, a highly significant value for sugar, systolic pressure.

Key words: risk factors, preventative care, the risk of chronic noncommunicable diseases.

SY GULLAIN-BARRE ACUTE INFLAMMATORY SENSORIMOTOR POLYNEUROPATHY CASE

Julia Boskovic, JZU Bijelo Polje, Montenegro

INTRODUCTION-Poliradikulitis-Guillain-Barre syndrome, an acute inflammatory poliradikulopatija, usually a result of infection of the respiratory or gastrointestinal systems. Symptom-muscle weakness-paralysis, symmetrical paralysis, usually of the lower extremities, often the top, the whole musculature.

GOAL-Display rare syndrome-principles in the diagnosis and treatment and the importance of clinical examination.

METHOD-descriptive His medical history interview, physical examination, ophthalmological, radiological and biochemical investigations.

A case-troubles began two days earlier with pain in the legs, weakness in hands and feet and trouble walking. 10 days ago had diarrhea without blood or mucus, afebrile. Reviewed ID-IBD hospitalized neurology, neurological findings in the progression / transferred to the Institute for zdr. Mother and Child Belgrade. From the status of a boy 13 years TM 64 kg, conscious, afebrile, vital functions of regular leather usual color, turgor and preserved elasticiteta. Glava and neck: Bogra. Chest: respiratory powered ausk cor et Pulmo boRF 18 / min. TA 115 / 60, SF 89 / min. Abdomen: boEkstremiteti: no edema, deformity, pokretni. Genitalije: boNeurološki: sitting alone, not standing, not walking. cranial nerves bo.Tonus limb muscles decreased. Hands lift them above your head and bend at the elbow. Mild weakness of the forearm muscle weakness expressed hands and fingers. Feet minimum pulls on the floor, impossible dorsal and plantar flexion of the fingers. Touch and pain disorders osjeća. Nema sfinktera. MTR weakened the hands, the feet are extinguished Personal: vaccinations regularly. Family: boLab analysis: CK 649 LDH 217 SE 136 13 Hb urine glucose 5.7 coproculture bo bo jonogram in granicama. Oftalmolog: boEEG / CT endokraniuma-NAD boPrimio the iv Ig-upon receipt / improvement immediately, he relied on his feet. EMNG / points to the severe acute sensorimotor neuropathy caused by inflammatory demyelination and lesion aksona. Primjenom iv. Ig halt disease progression. At discharge a significant neurological deficit, is sent to rehabilitation.

CONCLUSION-Timely diagnosis based on anamnesis, observation, review of all patients and biochemical analiza. Većina patients recover within a few weeks. The greatest danger-during the acute phase of illness from respiratory paralysis.

PROFILE OF A GROUP OF ELDERLY IN TURKEY – DAILY LIVING ACTIVITIES AND CHRONIC DISEASES

Authors: Guzel Discigil¹, Nil Tekin²

¹Family Medicine, Adnan Menderes University, Turkey

²Narlidere Geriatric Center, Izmir, Turkey

AIM: Elderly health is an interest of focus in family medicine. It is important to determine current status in order to understand health and social needs of the elderly. We aimed to evaluate daily living activities and chronic diseases in a group

of elderly living in a geriatric center.

METHODS: One hundred elderly, living in Narlidere Geriatric Center, Izmir, Turkey volunteered to be included in the study. Daily living activities were evaluated and chronic diseases were recorded from the medical records.

RESULTS: There were 60 female and 40 male elderly in the study. Mean age was $77,36 \pm 6,11$ years (range 65-93). Of the total % 36 was high school graduate whereas % 28 was college graduate, % 44 was married, % 41 was widowed and % 80 had at least one child. Mean stay at the geriatric center was $4,61 \pm 2,36$ years (range 1-9). Seventy two of the elderly got full points from the daily living activities scale. Eleven elderly were using walking device and 29 of them had at least one fall history. Seventy three elderly had hypertension diagnosis while only 2 of them had high blood pressure during the examination. Twenty two of them had type 2 diabetes, 19 of them had osteoporosis and 17 had coronary artery disease.

CONCLUSION: Majority of the elderly had no function loss in terms of daily living activities. However almost one third of them had fall history. Hypertension, diabetes, osteoporosis and coronary artery diseases were the most prevalent diseases. Falls and hypertension seems to be the most prominent health problems.

Key words: elderly care, chronic diseases, falls

BLOOD PRESSURE CONTROL AFTER CAROTID ENDARTERECTOMY TO PREVENT HYPERPERFUSION SYNDROME: THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONER

B.Sarac, M. Antic, A.Dobrosavljevic

INTRODUCTION Carotid occlusive disease might be asymptomatic or presented with symptoms and signs of TIA, CVI or global vascular ischemia. Treatment comprises best medical treatment, deployment of endovascular stent or carotid endarterectomy (CEA). CEA is prophylactic procedure and presents removal of carotid plaque at bifurcation level with reconstruction of the artery thereafter. Hyperperfusion syndrome is often neglected complication which results in intracerebral bleeding caused by overload of blood into fragile, empty small cerebral vessels. Finally, patient is dying related to bleeding caused by uncontrolled high blood pressure.

The adequate treatment in this situation is lowering of postoperative high blood pressure, (mostly below 130 mmHg). These might be specially challenging in patients with preoperatively high pressure. In our country the patients dismiss hospital 4th postoperative day. Further controls are scheduled for surgical outpatient clinic or general medicine practitioners who are not always aware of this complication. In period up to 2 months the cause of headache, dizziness, vertigo, hyperesthesia in contralateral extremities might be caused by hyperperfusion. Before use of analgetic, high blood pressure must be excluded. In cases of malignant hypertension patient must be referred to intensive care unit. In mild, but symptomatic arterial hypertension use of calcium antagonists should be advised.

MATERIAL AND METHODS We analyzed of medical charts of all patients treated at Service of House Medical and Palliative Care, Dom Zdravlja Nis, Serbia. Patients after CEA were identified and medical data were evaluated.

RESULTS Out of 3000 patients, 35 were seen after carotid endarterectomy (30 patients were seen the first day after hospital dismissal. In 4 of 35 patients were identified symptoms of hyperperfusion syndrome (severe headache in three, hyperesthesia in contralateral arm). In all patients blood pressure was above 160 mmHg. In three patients symptoms disappeared after intravenous antihypertensive therapy; in one with uncontrolled hypertension was referred to hospital where minor intracerebral bleeding on the operation site was registered on CT scan. The patient recovered completely after ICU treatment.

CONCLUSION Hyperperfusion syndrome is dangerous and life threatening condition after CEA. General practitioner must be aware of this complication to prevent it.

METABOLIC CONTROL OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Lečić R., Segić-Petrovic R., Simić S. - Health Centre Krusevac

INTRODUCTION: Diabetes mellitus (DM) is a metabolic disease that characterized by increased levels of glucose regulated blood. Bad disease leads to acceleration of atherosclerosis, and therefore the number of macrovascular (myocardial infarction, stroke, arteriosclerosis of the lower extremities) and microvascular complications (diabetic retinopathy, nephropathy and polyneuropathy).

The aim is to determine how many patients with type 2 diabetes under control their disease.

Research method: This retrospective analysis reviewed the cards of the registered patients with type 2 DM. Studied the values of fasting plasma glucose and HbA1c.

Results of research: of 987 of the registered patients, 108 (10.9%) are treated from type 2 DM, among them are 69 women (63.9%) and 39 (36.1%) men. The mean age of patients is 64.6 ± 6.9 years. Most patients are in the age category 55-64 years, 44.4%. 78 examinees (7.2%) were treated with oral therapy, while 30 (2.8%) received insulin. The mean value of duration of diabetes was 7.0 ± 5.0 years. Patients with insulin suffer significantly longer (12.3 ± 4.8) than those with oral therapy (5.0 ± 3.4). Less than 5 years experience 51.3% have diabetes of patients on oral therapy and only 6.6% on insulin therapy. Everybody, with experience of more than 15 years, were transferred to insulin. The mean fasting plasma glucose was 7.7 ± 1.6 mmol/l. Patients on oral therapy have lower values (7.5 ± 1.6) than patients treated with insulin (8.2 ± 1.5). Well-

regulated glucose have 34.2%, or 38.5% on oral therapy, and only 23.3% of patients on insulin therapy. The mean value HbA1c of examinees was $7.5 \pm 1.2\%$. The exactly half of examinees (50%) had satisfactory regulated diabetes, that is 64.1% of patients treated with oral, and only 13.3% on insulin therapy. If we compare the mean values HbA1c of patients on insulin therapy (8.5 ± 1.0) and those on oral therapy (7.1 ± 1.0), we'll find a statistically significant difference ($p < 0.01$), so we conclude that patients treated with oral therapy regulate better their illness.

CONCLUSION: Only half of patients with DM type 2 regulate their disease in a satisfactory way. Patients on insulin therapy were less regulated than those with oral therapy, which can be explained by significantly longer duration of disease, and inadequate dose of insulin, because of fear of hypoglycemia. The selected doctor must follow the state of his diabetes, advise them on healthy lifestyle and teach them to tailor insulin doses, how they would hold optimal control, their illness, and thus avoid or delay the complications.

Key words: diabetes mellitus, blood glucose, HbA1c

MEDICAL STANDARDS AND THEIR APPLICATION AT THE PUBLIC TRANSPORTATION ENTERPRISE (PTE)-SKOPJE, MACEDONIA

Olga Sokolovska

INTRODUCTION: PTE-Skopje has about 1200 employees. Our medical team observed 200 professional drivers and 600 mechanics (working at mechanical press, tire management and drilling). The professional drivers fall under The Official Traffic Rulebook, while the mechanics fall under The Official Medical Rulebook of Mechanics Standards.

PURPOSE: The purpose of this study is to implement the medical standards onto the observed groups and to evaluate their work performance.

MATERIAL AND METHOD: The medical examination of the professional drivers includes: clinical examination, lab analysis (complete blood tests such as glucose, urine, cholesterol etc.) and consultative specialists examinations (eyes, ears, nerves etc.) The results are applied onto medical certifications for drivers of D-category. The mechanics undergo the same examinations, but they receive their medical reports in accordance with The Rulebook of Periodical Medical Examinations. Both, drivers and mechanics have to complete these examinations every 18 months.

RESULTS: Out of 200 professional drivers, 150 pass the health and job regulations, for 30 change of job positions is suggested, and 20 are forwarded to The Disability Retirement Commission (DRC). Out of 600 mechanics, 500 pass the health and job regulations, for 50 change of job position is suggested and 50 are forwarded to the DRC.

CONCLUSION: The application of the newest medical standards as stated in The Rulebook of Periodical Medical Examinations, are greatly contributing to a healthy and more prosperous work force.

ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ - ДОБРА ПРАКТИКА ПРИ ПЛАНИРАНЕ И РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Боряна Левтерова, Донка Димитрова, Любомир Киров, Невена Иванова, Росица Райчева, Ангел Джамбов

УВОД: Оценката на здравните потребности е процес, насочен към анализ на факторите влияещи върху здравето на населението и заема основно място при взимане на решения при разпределението на ресурси в здравеопазването. В България липсват достатъчно проучвания за оценка на здравните потребности, основани върху социалния модел на здравето. Това е причина за неефективни и неприемливи решения в социалното управление и системата на обществено здравеопазване. Общопрактикуващите лекари работят дълготрайно и в близък контакт с общността и това позволява идентификация на най-значимите здравни потребности на конкретни целеви групи.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Цел на настоящото проучване е определяне и оценка на здравните потребности на конкретни групи от населението в общата медицинска практика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проучване на представителна извадка от 100 ОПЛ (25 % извадка) в Пловдивска област чрез структуриран въпросник за пряка анонимна анкета.

РЕЗУЛТАТИ:

Резултатите от изследването отразяват мненията и оценките на ОПЛ в 4 направления:

- фактори с най-значимо отражение върху здравето състояние на ЗОЛ в тяхната листа
- фактори, които могат да бъдат значимо повлияни
- възможни интервенционни политики - най-подходящи за максимизиране на ефекта при специфични целеви групи в общността с която работят
- необходими ресурси и осъществимост на желания ефект от дейности насочени към здравето на целеви групи

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Полученият модел за оценка на здравните потребности позволява да се разработят интервенционни политики насочени към конкретни групи в общността и дейности, които позволяват в най-голяма степен постигане на желания здравен ефект.

Ключови думи: оценка на здравни потребности, целеви групи, първична медицинска помощ

БАРИЕРИ И ТРУДНОСТИ ЗА ПЪЛНОЦЕННО РЕАЛИЗИРАНЕ НА ХОЛИСТИЧНИЯ ПОДХОД В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Донка Димитрова, Боряна Левтерова, Любомир Киров, Невена Иванова, Ангел Джамбов

УВОД: Мисията на общата медицинска практика е да осигурява непрекъснати, висококачествени и адекватни на здравните потребности на хората медицински грижи, основани на холистичния подход и продължителната връзка на пациентите с избран от тях общопрактикуващ лекар, който да решава до 80% от здравните им проблеми и да координира достъпа до другите нива на система на здравеопазване и социални дейности.

В условията на икономическа криза тази мисия се осъществява в условията на засилващо се социално разслоение, безработица, нарастваща бедност, маргинализация, наркомания, и др. и появата на големи групи от хора в неравностойно положение – социално слаби и хронично болни хора, инвалиди и др.. Влошаването на показателите за здравето състояние на населението и обществената неудовлетвореност, налагат да се направят изводи за дисбаланса във възможностите на здравната система да отговори на здравните потребности на различни групи от населението и да прилага комплексен подход основаващ се на социалния модел на здравето.

ЦЕЛТА на представеното проучване е да изследва бариерите, които възпрепятстват пълноценното реализиране на холистичния подход в дейността на общопрактикуващите лекари и възпрепятстват оказването на комплексна, продължителна и интегрирана медицинска помощ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проучването обхваща 100 общопрактикуващи лекари (25% случайна извадка) от Пловдивска област и се провежда по метода на пряка индивидуална анкета.

РЕЗУЛТАТИ: Резултатите от проучването разкриват действието на множество бариери, които ограничават възможностите и мотивацията на ОПЛи за пълноценно и ефективно реализиране на холистичния подход. Те са свързани с икономически, организационни, социално-политически, образователни, психологически и др. лимитиращи фактори.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Регулативната и финансово-икономическа рамки на първичната помощ се отличават със значителен дисбаланс. Те са основно насочени към ограничени аспекти на здравните проблеми и оставят извън фокус психо-социалните потребности на хората със здравни проблеми, като не позволяват ефективно осъществяване на мисията на общата медицина.

Дейностите свързани с оказване на комплексни и непрекъснати грижи и координиране на различни медицински и социални услуги са силно пренебрегвани при вземане на управленски решения, което силно демотивира изпълнителите на медицински дейности, компрометиращо реализирането на мисията на общата медицинска практика и има негативно влияние върху ефективността на ПМП.

Ключови думи: обща медицинска практика, холистичен подход, здравни потребности

THE EVALUATION OF PARENTS' KNOWLEDGE LEVELS BY SURVEY BEFORE EDUCATION ABOUT ADOLESCENT HEALTH

Selda Handan Karahan, Nurdan Tekgül, Nurhayat Dirik, Emine Karademirci

INTRODUCTION: Adolescence is characterized by a number of cognitive, emotional, physical and attitudinal changes, which can be a cause of conflict on one hand and positive personality development on the other.(1)

The home environment and parents are still important for the behaviors and choices of adolescents. Adolescents who have a good relationship with their parents are less likely to engage in various risk behaviors, such as smoking, drinking, fighting, and/or unprotected sexual intercourse.(2)

OBJECT (TASKS): The aim of this study is to evaluate parents' knowledge levels by survey before education about adolescent health.

DATA AND METHODS: 27 parents' who applied for adolescent health education to İzmir Tepecik Research and Education Hospital, Alsancak Adolescence Center on 2011, March were included in this study. Parents' knowledge levels were evaluated by a survey before adolescent health education.

Demographic characteristics, age, marital status, knowledge levels and attitudes about adolescent health were asked before education about adolescent health.

RESULTS: All the parents' were married.(n=27) 37 % of parents' were high school graduates. (n=27)

55,5 % of parents' were housewives.(n=27)

92,5 % of parents answered 'yes' to 'Do you think adolescence period is more risky than other periods?'.(n=27)

75 % of parents' answered 'yes' to 'Are you ready to your adolescent sharing their feelings and thoughts with you?'.(n=27)

44,4 % of parents' wanted health professionals give sex education to their adolescents.

CONCLUSIONS: Adolescence period is an unique time for maturation and growing up. The attitudes of parents will change the future of their adolescents in a very well way if they are educated by health professionals.

Key words: Adolescence, education, parent

THE EVALUATION OF ULTRASONOGRAPHIC FINDINGS IN PREGNANTS WITH TRISOMY 18 (EDWARDS SYNDROME)

Selda Handan Karahan, Ayşe Özkan, Nurdan Tekgül, Cüneyt Eftal Taner

INTRODUCTION: Trisomy 18 (Edwards Syndrome) is the second most worldwide frequently observed autosomal trisomy. It is inspected once in every 6000-8000 labors. Intrauterine growth retardation is detected in 84% of newborns with Trisomy 18 karyotype.

OBJECT (TASKS): To report the ultrasonographic findings of Trisomy 18 diagnosed by karyotype analysis during pregnancy.

DATA AND METHODS: First and/or second trimester ultrasonographic findings of 12 cases with Trisomy 18 diagnosed by karyotype analysis performed for advanced maternal age, increased risk in biochemistry tests and ultrasonographic structural anomalies were evaluated.

RESULTS: Ultrasonographic findings of 12 cases with Trisomy 18 were reviewed in a group of 3255 karyotype analysis between 2007- 2010. In one case ultrasonographic findings were found normal (8.3%). In 4 cases Nuchal Translucency was increased (33%). In 2 cases (16.6%) subcutaneous edema, cardiac anomalies, anomalies of one artery one ven, choroid plexus cysts, cystic hygroma were detected. Semilobed holoprosencephalies, omphalocele, pes equinovarus, ventricular septal defect, lemon sign, cerebellar anomalies, cardiac anomalies (echogenic focus in tricuspid valve), structural anomalies in hands, (middle phalanx hypoplasia, contraction in fetal hands) increased echogenicity in intestines, pleural effusion were detected in one cases.

CONCLUSIONS: Exact diagnosis of Trisomy 18 is provided by karyotype analysis. In cases with ultrasonographic structural anomalies Trisomy 18 should be considered.

Key words: Trisomy 18 (Edwards Syndrome), karyotype analysis

PRIMARY HEALTH CARE REFORM IN TURKEY: WHAT WAS LACKING BEFORE? WHAT THE REFORM OFFERED?

Prof. İlhami Unluoglu, M.D., Prof. Murat Unalacak, M.D.

There are nearly 135 000 physicians and about 36 000 of them are practitioners (have no vocational training) in Turkey. There are about 2000 family physicians (specialist) in the country.

There are 71 medical schools in Turkey and more than 6000 new medical doctors are graduated each year.

Health services were mainly state hospital based in Turkey, up to the health reform in 1961; "The Law on Socialization of Health Services", which aimed to direct the healthcare system towards primary healthcare (PHC). Primary healthcare settlements, named health posts and health centers, were established. Some of the problems could not be solved over the 50 years since the law had been launched. Only 2-4% of the national budget was dedicated to health, hospitals were persistently used as the first point of entry to the healthcare system. There was low confidence to knowledge and skills of practitioners, and at the site of physicians there was ongoing stress of residency program entrance examinations, as all physicians felt obligation to be a specialist due to low professional status of practitioners in the community.

The main goal is to increase the quality and efficiency of PHC while modulating family medicine (FM) into the existing structure. Although the implementation of FM services is at the centre of the health policy debates of the day, there are many barriers to the development of FM and other reforms, such as; political opposition, the existing PHC system, university attitudes.

The reform program consists of the following basic principles:

- Achieving health insurance for all citizens,
- Providing universal access, while raising the quality of medical care,
- To emphasize preventive services, health promotion and primary curative care,
- Ensuring efficiency in service provision, effective use of limited resources,
- Separating financing from the provision of healthcare services.

Key words: Primary Health Care, reform, Turkey

ПРОБЛЕМИ В УПРАВЛЕНИЕТО НА КОНФЛИКТИТЕ В БОЛНИЧНАТА ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ

доц. д-р Мариана Арнаудова, д.м.

УВОД: Възникването на конфликтите в една организация може да има и положителен ефект като спомогне за постигане на целите и като цяло.

ЦЕЛ: Да проучим факторите за възникване на конфликти в Трета психиатрична клиника на УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна и да предложим някои стратегии за справяне с тях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Обект на проучването са 20 човека, които обхващат всички длъжности в Клиниката. Използвахме пряка анонимна анкета с 34 въпроса.

РЕЗУЛТАТИ: Клиниката е задоволително осигурена с различни кадри като 85% са жени. Преобладава възрастовата група 46-55г(35 %). Заплащането се оказва един от основните мотивиращи фактори за 90 % от анкетираните. Липсата на информираност как се оформя то предизвиква голям процент на неудовлетвореност (85 %), включващ в себе си отговорите като категорично „не“ и по-скоро „не“. Най-неудовлетворени са представителите на по-

младите възрастови групи. Персоналът на Клиниката определя атмосферата като спокойна и равнопоставена (75 %) и само 25 % я определят като хладна с формални контакти. В Клиниката има ясно изградени неформални групи, които са добре познати на ръководителя. Клиниката се характеризира с ниска степен на конфликтност. Основни причини за конфликти независимо от възрастта и длъжностната принадлежност на членовете на екипа са проблемите, свързани с характера на отделните членове на екипа, професионални въпроси, материалното възнаграждение. Въпреки семейните си проблеми 95 % от анкетираните не са влияят от тях при контактите си с пациентите. Откритите сблъсъци са по-често срещаната форма на конфликти в сравнение с "ударите под кръста".

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Успешното мотивиране на персонала чрез обвързване на оценяването със заплащането и кариерното развитие, периодичното проучване на мотивационния профил на персонала, използването на разнообразни материални и нематериални стимули, ясното очертаване на статута на всеки член, на неговите права и задължения до голяма степен биха намалили повечето конфликти. От значение са характеровите особености и степента на психологическа съвместимост между отделните членове. Подобрената комуникация по вертикала и хоризонтала е важна стъпка към осигуряване на добра работна атмосфера.

Ключови думи: управление, конфликти, психиатрична болнична помощ

ВЪРХУ НЯКОИ АСПЕКТИ НА КАЧЕСТВОТО НА ПСИХИАТРИЧНИТЕ ГРИЖИ

доц. д-р Мариана Арнаудова, д.м.

УВОД: Съвременното разбиране за психиатрична помощ изисква осъществяване на болничното лечение при зачитане на правата, личната тайна, личното пространство и други потребности на тази категория пациенти.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Цел на проучването е да се изследва и оцени качеството на предлаганите услуги в Трета психиатрична клиника на УМБАЛ „Св. Марина“ - гр. Варна.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Обект на проучването бяха 30 пациента на Трета психиатрична клиника при УМБАЛ „Св. Марина“ - гр. Варна. Използвахме пряка анонимна анкета с 30 въпроса.

РЕЗУЛТАТИ: Средната възраст на анкетираните пациенти е 65 год. \pm 8. По отношение на половото разпределение мъжете и жените са разпределени по равно.

Удовлетворени от административните процедури и отношението към тях в приемния кабинет са едва 43,30 %, докато по-голямата част от тях (76,70%) са удовлетворени от отношението при приема в самото отделение.

Информираността на пациентите за тяхното състояние и лечение е един от основните показатели за качеството на дейността на лечебното заведение. От отговорите, които са получили на въпросите си са доволни 64,30 % от пациентите. По отношение на техните права само 3,30 % са посочили, че правата им не са били спазени, като причините са били свързани със свободното им движение извън сградата.

Над 90 % от пациентите са доволни от отношението на медицинските специалисти към тях. Средната оценка по десетобалната система, която пациентите дават по отношение на техния престой е $7,16 \pm 1,11$.

Информацията за терапията и грижите има значителна права зависимост с качеството на грижите ($r = 0,60$; $p < 0,01$), облекчаването на болката ($r = 0,56$; $p < 0,01$) и уважаването на правото на уединение ($r = 0,51$; $p < 0,01$).

Качеството на грижите в лечебното заведение корелира с информацията за терапията, уважението на правото на уединение, отношението по време на изследванията и отношението при приема в отделението.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Освен базата, квалификацията и възможностите за пациентите, цялостното отношение на медицинския екип в голяма степен участва в оценката на провежданите грижи.

Ключови думи: анкета, психиатрично обслужване, качество на грижи

STRESS AT THE WORKPLACE OF HEALTHCARE WORKERS

Bajramspahić Alma- Health Care Center, Bijelo Polje, Montenegro

INTRODUCTION. Stress at workplace is a reaction to unpleasant aspects of work, work environment and organization of labor.

AIM. Research of stress at workplace of healthcare workers.

DATA AND METHODS. Research was conducted at the Healthcare Center in Bijelo Polje. The instrument of the research is an anonymous questionnaire.

RESULTS. 76% of respondents are females. The average age of employees is 45 years, the average work experience is 22 years. 52% obtained high school diploma, and 35% with university degree. Healthcare workers represent 86%. 32% are satisfied with their work, 13% are not satisfied, 41% cannot assess their current situation. After work, emotional exhaustion feel 37%, physical exhaustion is felt by 39%, 16% feel exhaustion at the thought of work, while more than half of employees are tired after work.

51% consider their work to be interesting and stimulation, half considers that they work too much. 67% consider their work to be stressful, while 70% have difficulties sleeping. 85% consider that their patients demand too much from them. 50% are not satisfied with the relation of the public and media towards healthcare workers. 14% consider themselves as a victim of mobbing in an earlier period, and in the previous year 10% believe to be victims of mobbing.

CONCLUSIONS. Health related disorders are caused by stress at workplace is represented through a great variety of psychological consequences, and if the exposure to stress lasts longer than a year, then it causes the occurrence of: artery hypertension, stress-peptic ulcer, musculoskeletal and immunological disorders and malignant diseases. Stress at workplace is a loss to all and requires promotional and preventive programs.

Key words: stress, work, healthcare workers

INDICATORS OF QUALITY AT THE PRIMARY HEALTHCARE, BIJELO POLJE

Delevic L, Bajramspahic A, Agic R. - Health Care Center, Bijelo Polje, Montenegro

INTRODUCTION: Improving the quality of work of healthcare institutions is an integral part of everyday activities of healthcare workers and represents a continuing process aiming to achieve higher levels of efficiency and efficacy at work.

AIM: Monitoring of objective indicators of quality of providing healthcare services.

DATA AND METHODS: In Healthcare Center in Bijelo Polje we analyzed: number of prescriptions, number of lab analyzes, X-ray guidance and number of specialized consultative examinations per doctor, from 01.3 to 31.3.2011

RESULTS: Health services of chosen doctors for adults were analyzed: relation between the number of preventive examinations and registered patients is 0.09. The average number: of visits to the doctor is 2592, curative examinations is 2285, preventive examinations is 200. Per doctor, number of prescriptions is 3400, while biochemical analyzes are 798, X-ray, 318, specialized-consultative examinations 861.

Health services of chosen doctors for children were analyzed: relation between the number of preventive examinations and registered patients is 0.52. The average number: of visits to the doctor is 3571, curative examinations is 2963, preventive examinations is 938. Per doctor, number of prescriptions is 1033, biochemical analyzes are 552, X-ray 102, specialized-consultative examinations 310.

Health services of chosen doctors for women were analyzed: average number of visits to the doctor is 1197, preventive examinations is 675. Per doctor, number of prescriptions is 407, biochemical analyzes 378, X-ray 21, specialized-consultative examinations 296.

CONCLUSIONS: Continual monitoring of indicators of quality of healthcare balances the quality of healthcare services, supports application of good experiences, reduces costs, but does represent an additional burden to doctors balancing between medicine and economic interests.

Key words: indicators of quality, economic interests

PREVENTIVE PROGRAMS-PRIORITIES OF THE REFORM OF PRIMARY HEALTHCARE

Agic Rasim, Bajramspahic Alma, Health Care Center, Bijelo Polje, Montenegro

INTRODUCTION. Through the reform of primary healthcare that started in 2004, health system is diverted towards improving the health of population. In accordance with the Program of Health Protection in Montenegro and the Regulation on scope of the rights and standards of healthcare, chosen doctors are obliged to provide preventive examinations.

AIM. To demonstrate the results of reform of Primary Healthcare in terms of implementation of preventive programs.

MATERIAL AND METHOD. Analysis of preventive programs in Health Care Center, Bijelo Polje in 2010. Method: epidemiological-retrospective.

RESULTS. Health Care Center provided 50579 preventive services to beneficiaries: chosen doctors for children 29265, doctors for adults 12544, chosen doctors for women 4724, unit for support 3654, Center for children with special needs 326, Center for lung diseases and TBC 66. The fulfillment of planned examination is 76.19% of chosen doctor for adults, 142.9% for children and 60.88% for women, at the Center for lung diseases is 16.75%, Center for children with special needs – 28.23% and 47.2% at the Unit for support.

The overall planned number of preventive examinations for children is 20 480, for adults is 16638, for women 7760, at the center for lung diseases 394, the center for children with special needs 1155 preventive examinations, the unit for support 7737.

CONCLUSION. The evaluation of the implementation of preventive examinations is conducted semi-annually. The service for health protection of pre-school children in 2008 conducted 7695 systematic, 4307 control examinations. 63920 visits to the children in Counseling were conducted, 25913 students were encompassed by the systemic examinations. Prior to the reform, there was no statistical data of preventive examination of the adults.

Key words: Prevention, priority

EFFECT OF DONE[®] ON QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH ARTHROSIS

Prim. mr. sci.dr Nada Vukadinović, Prim. dr Biljana Cimbaljević, Health Center Kruševac

Arthrosis reduce the quality of life. DONA[®] (glucosamine sulfate) act symptomatically and slows the progression of the disease by preventing further damage to cartilage and partly led to its renewal and thus improving quality of life of patients.

THE AIM was to estimate whether DONA[®] affects the quality of life.

METHOD is to fill 15 D questionnaire (H. Sintonen, Finland) before and after 4 months using DONA[®] (glucosamine sulfate 1500 mg) 1 per a day.

RESULTS The study included 30 patients, of which 24 women and 6 men, mean age 63.76. Before the inclusion of DONA[®], medium quality was 0.6830 and 0.8148 after using the drug. If we look at the years the quality has increased: in groups of up to 59 years from 0.8039 to 0.9308, with groups of up to 69 years from 0.6917 to 0.8213 and in those over 70 years from 0.4988 to 0.6432. All this is highly statistically significant. If we are looking individual measures of quality: the mobility was increased from 0.0283 to 0.0589 ($t = 14.3$ $p = 0.001$), fatigue is reduced from 0.0438 to 0.061 ($t = 5.18$ $p = 0.001$), sleep is enhanced with 0.0361 to 0.0544 ($t = 2.588$ $p = 0.05$); performing common activities improves from 0.0393 to 0.0592 ($t = 9.57$ $p = 0.001$); symptoms and discomfort decreased from 0.0245 to 0.0434 ($t = 10.12$ $p = 0.001$), mental suffering is reduced from 0.0419 to 0.0509 ($t = 6.42$ $p = 0.001$) and vitality is enhanced from 0.0497 at 0.0614 ($t = 2.51$ $p = 0.05$).

THE CONCLUSION is that the DONA[®] (glucosamine sulfate 1500 mg) led to significant improvement in quality of life.

Key words: 15D questionnaire, arthrosis, DONA[®]

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES IN THE FUNCTION OF GENDER

Prim.mr sci.dr Nada Vukadinović, Prim.dr Biljana Cimbaljević, Health Center Kruševac

Quality of life is the individual perception their environmental positions in the existing culture and system of values and establishes indicators that show how patients are functioning and how the disease limits their activities.

THE AIM is to measure the quality of life of patients with chronic diseases and find specific areas of quality that are not satisfactory and to see the influence gender on him.

METHODS is filling out the 15D questionnaire (H. Sintonen, Finland). The questionnaire was filled by chronic cases in february 2010. at the Home Health Kruševac.

RESULTS : The research included 150 examinee mean age 68.86, of which 55 men and 95 women. Total quality is 0.7675 ± 0.15 ; in women was 0.7643 ± 0.15 , in men 0.7732 ± 0.15 . There is no statistically significant differences. At the special characteristics men are better moving, sleep statistically significantly better than women ($t = 2.14$ $p = 0.05$). They are less depressed and have less mental suffering. Statistically significant are more vital than women ($t = 2.3$ $p = 0.05$). Women hear better, have less problems with discharge, better performing normal activities, especially in the group over 80 years, which is statistically significant ($t = 2.5$ $p = 0.05$). Women are highly statistically significant better speak than men ($t = 3.25$ $p = 0.01$). Quality of life declines with age. The mean value of quality is the same in both sexes in the group to 59 years. From 59 years to 79 years, quality of life of men is higher than the quality of women.

CONCLUSION : Quality of life in both sexes decreased significantly after 69 years, at women gradually and at men rapidly, so the lowest quality of life have men over 80 years.

Key words: 15D, quality of life, gender.

IMPACT OF THE OPERATIONS LENGHT THE DRIVERS OF SENSORY, MOTOR AND MENTAL ABILITIES IN TERMS OF URBAN PUBLIC TRANSPORTATION

Paraskeva Kostovska, Medikal Centar "JSP", Goran Avramovski, "Denticija", Lj. Sukriev, "Army Hospital", Skopje, R.Makedonija

Exploring the impact of the length of working time for drivers for the safe management bus. OBJECT: To determine whether there are differences in the ability of concentration on speed and accuracy of recording the driver after operation compared to the level of tracking ability and function prior to working. METHOD: Were taken 60 drivers from the D category of working time 6-7 hours in a JSP test: Paper and pencil, is examined the ability of observing the concentration, speed and accuracy of observing the details in a time interval. Testing is done before the drivers start to work, on the working environment during and after of 6-7 working hours. The results are graphically represented. RESULTS: Impact of length of operation significantly affects the ability of concentration and speed accuracy of observation (Fig. 1 and 2) DISCUSSION: To manage the motor vehicle needs to have visual perception and concentration. Whether the driver will react on time and properly in everyday traffic situations depends on his alertness. These results point to driver fatigue comes as a consequence of the length of continuous day-time conditions of public transport which significantly will disrupts the concentration. The results showed that after 3 hours of work comes to the subjective and objective manifestations of fatigue, so after 6 hours of work without break comes to a significant reduction, especially at certain psychomotor abilities declining visual function and efficiency-especially mental alertness of the driver, the accuracy of observing and delayed reflexes which means that a driver working for 6 hours work time without a break is incapable of safely driving a motor vehicle. CONCLUSIONS: Continuous-working time longer than 6 hours under such condition in public transport affects the changes. Therefore should be introduce a brake of 30 minutes, this imposes a necessary time in preventive sense.

Key words: impact, operations lenght,drivers

УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ КАТО МЕТОД ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО

Ралица Златанова Златанова-Великова, Тихомира Златанова Златанова

УВОД: Качеството на здравното обслужване е приоритет на всяка здравна система. Поради своята сложност здравната дейност има множество критерии за оценка на качеството. В съвременните здравни реформи все по-голямо внимание се отделя на гледната точка на пациента. Удовлетвореността на пациентите е един от многобройните методи за оценка на качеството.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Целта на настоящото изследване е да се проучи и анализира удовлетвореността на пациентите от общопрактикуващите лекари, като се оцени качеството на оказаната медицинска помощ.

За постигането на целта си поставихме следните задачи, които се свързват с определянето на:

1. Удовлетвореността на пациентите от работата на обслужващите ги ОПЛ.
2. Оценката на оказаната им медицинска помощ.
3. Доверието на пациента към личния лекар преди влизане и след излизане от кабинета.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проведохме анкетно проучване сред 629 пациента от цялата страна през месец април 2011 г. Количествените анализи са правени със статистическия пакет приложна програма SPSS 17.0.

РЕЗУЛТАТИ: Получените резултати показват, че 47.4% от анкетитаните пациенти са напълно удовлетворени от работата на личния си лекар, 37.7% са удовлетворени отчасти, а не малка част 9.2% не са удовлетворени и 5.7% не могат да преценят. Отлична оценка на медицинската помощ оказана им от ОПЛ дават 23.8% от анкетираните, много добра – 37.7%, а добра 23.4%.

Голямото доверие на пациентите към личния им лекар намалява само с 1.9% след излизане от кабинета. Паралелно с това се увеличава незначително относителния дял на хората (с 1.5%), които имат малко доверие към ОПЛ преди влизане в кабинета след излизането им. Няма доверие на избраните от тях лични лекари след излизане от кабинета 9.7% от анкетираните.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Гарантирането на качеството в областта на здравеопазването трябва да се осигурява в различни насоки, една от които е постоянно изучаване на мненията на потребителите по отношение на нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги.

Ключови думи: удовлетвореност, ОПЛ, качество

MALONDIALDEHYDE LEVEL IN THE CORD BLOOD OF NEWBORN INFANTS

¹Sayat Gülbayzar, ²Seçil Arıca, ³Vefik Arıca, ⁴Sami Hatipoğlu, ⁵Ayşem Kaya, , ⁶Güner Karatekin

¹Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Pediatric Clinic, MD, İstanbul, Turkey

²Mustafa Kemal University Medical Faculties, Family Medicine Department, Asist Proff Dr, Hatay, Turkey

³Mustafa Kemal University Medical Faculties, Pediatric Clinic, Asist Proff Dr, Hatay, Turkey

⁴Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, The chair of Pediatric Clinic, MD, İstanbul, Turkey

⁵Istanbul University Institutes of Cardiology, Biochemistry Department, İstanbul, Turkey

⁶Zeynep Kamil Training and Research Hospital, Pediatric Clinic, Asoss. Proff Dr, İstanbul, Turkey

OBJECTIVE In this study of ours, we aim to demonstrate that measurement of Malondialdehyde (MDA) level in the umbilical cord blood of newborn infants born via caesarean section (C/S) and normal vaginal delivery (NVD) is indicative of oxidative stress during the perinatal period.

MATERIAL AND METHOD Our study was conducted between January 2006-April 2006 on 15 newborns born via elective C/S, 15 newborns born via emergency C/S and 15 newborns born via normal vaginal delivery in Bakirkoy Training and Research Hospital. Complete blood count, total bilirubin, glucose, creatinine phosphokinase (CPK), uric acid, iron, blood gas and Malondialdehyde levels were determined in the umbilical cord blood.

RESULTS Malondialdehyde level in the umbilical cord blood in emergency C/S and NDS group was found to be statistically and significantly higher compared to elective C/S group. In emergency C/S group, it was determined that Malondialdehyde level increased as the oxygen saturation of the umbilical cord blood increased. In NVD group, a positive correlation was detected between total bilirubin and Malondialdehyde level in the umbilical cord blood. In emergency C/S group, Malondialdehyde level was recorded to be high in the infants with high level of uric acid in the umbilical cord blood.

CONCLUSION We concluded that Malondialdehyde level in the umbilical cord blood would direct us in the treatment as an indication of perinatal oxidative stress and that it was significant in terms of preventing permanent damages, which might develop in future.

Keywords: Malondialdehyde, oxidative stress, newborn

RELATIONSHIP BETWEEN SMOKING AND CHRONIC DISEASES

Dr.Snjezana Renovcevic – Bogdanovic, specialist of general practice, Dr.Svetlana Petrovic, specialist of general practice

INTRODUCTION: Smoking greatly increases the risk of heart disease and blood vessels, leading to the development of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Smoking increases the symptoms of anxiety and neuroses worse.

OBJECT: The objective was to determine the relationship of smoking with certain diseases (neurosis, lung disease-COPD and high blood pressure-hypertension).

Data and methods: Covers 50 different smokers of both sexes (23 men and 27 women). The average age of all patients was 52.1 years. In men, the ratio of the following:

RESULTS: The most frequent hypertension - 11 (47.8%) patients had elevated blood pressure. Some fewer patients with COPD 10 (43.5%), and at least a neurosis 8 (34.8%). COPD is most frequent in the age group ≥ 70 years, half of patients - 5 (50%) of 10 men who have lung disease. In women, the ratio of different: Most of them suffering from neurosis 18 (66.7%) out of 27 women (100%). HTA has a 13 (48.2%) women, but at least the ones who have lung disease 10 (37%). All three diseases in women are most represented in the age group 50-59 years Neuroses lead in the total number of 26 patients (52%) of 50 (100%) of respondents, and 36% women and 16% men. Slightly less hypertensive patients 24 (48%), including a small number of women 13 (26%), and at least has a lung disease, or COPD - 20 (40%) of smokers-an equal number of men-women- 10 (20%).

CONCLUSIONS: Looking at all patients who smoked, most diseases there is a neurosis, followed by high blood pressure, and then lung disease in third place in terms of frequency.

Total number of words used: smoking, hypertension, COPD, neuroses

OBESITY AND RISK OF COMORBIDITY

Dr. Snjezana Renovcevic – Bogdanovic, specialist of general practice, Dr. Svetlana Petrovic, specialist of general practice

INTRODUCTION: Obesity is defined as $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Size of intraabdominal adipose tissue is estimated by measuring waist circumference.

OBJECT: The aim of study was to determine how many patients have a high body weight.

DATA AND METHODS: We tested 50 patients. Testing was done on the basis of the categories of nourishment tables-BMI in two national guide for physicians.

RESULTS: First we made categories of nourishment according to BMI. Compared to the total number of men most are overweight-13 (72.2%). Normal weight have 16.7% men and 11.1% are obese. And for women the highest percentage is in the category of overweight 15 (46.9%), normal body weight have (14-43.7%), and at least are obese, 9.4%. We, also, showed status of nourishment according to waist circumference (cm). Among men there are most overweight 9 (50%). Slightly less, 7 (38.9%) are with normal weight, at least are obese, only 2(11.1%). Most women have normal weight, 15 (46.9%). The lowest percentage is among women with overweight, 6 (18.7%) and obese are 11(34.4%). Next we did was percentage ratio of the categories of nourishment for women and men according to BMI and waist circumference. Most men have excessive nutrition status 61.1%, less are well nourished, 27.8% and at least are obese -11.1%. In women, normal weight have 45.3%, 32.8% are overweight and the percentage of obese increased to the amount of 21.9%. We presented a risk of comorbidity based on categories of nourishment for all respondents. 36.5% were normal weight, and their risk of developing complication is average. 47% patients were overweight and they have slightly increased risk. 16.5% are obese-they have a very increased risk .

CONCLUSIONS: The number of obese adult patients is increased at the expense of reducing normal weight, indicating that obesity takes hold in Serbia.

Total number of words used: Obesity, BMI, waist ,circumference, risk.

ОЦЕНКА НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ОТ ПАЦИЕНТИТЕ

Тихомира Златанова Златанова, Ралица Златанова Златанова-Великова

УВОД: Интересът към комуникацията в кабинета на лекаря нараства след 1990 година в Западна Европа и САЩ. Причините са свързани с полагането /например в САЩ/ на националната здравноосигурителна система върху частни принципи, което води до трансформация на ролята на пациента в роля на клиент. У нас с въвеждането на здравното осигуряване също навлязоха пазарни механизми в здравеопазването. Ето защо темата за комуникативните методи е актуална.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Целта на настоящото изследване е да представи оценката от пациентите на комуникативните умения на техните общопрактикуващи лекари.

За постигането на тази цел си поставихме следните задачи свързани с мнението на пациентите за:

1. Настроението, което поддържа личният им лекар при разговор с тях.
2. Вниманието на ОПЛ по време на разговора.
3. Начина, по който информира своите пациенти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проведохме анкетно проучване сред 629 пациента от цялата страна през месец април 2011г. Количествените анализи са правени със статистическия пакет приложна програма SPSS 17.0.

РЕЗУЛТАТИ: Данните показват, че оптимистично настроение в различна степен поддържат личните лекари при разговорът си с пациентите според 81.9% от анкетираните. Според 10.7% настроението е безразлично, а песимистично е според 7.5% от взелите участие в анкетното проучване пациенти. Само 44% от пациентите са на мнение, че техния личен лекар ги слуша винаги внимателно. Според 14.9% от анкетираните ОПЛ им обяснява

набързо за начина и времето на вземане на лекарствата.

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): Комуникативни умения на семейния лекар трябва да бъдат осъзнати и признати като приоритетни в неговата професионална оценка. Това се обуславя от три главни фактора:

1. Комуникационните умения на лекаря в най-голяма степен определят характера на общественото мнение за здравната система.
2. Имат първостепенна профилактична и лечебна роля.

Определят степента на доверие на пациентите (населението), към отделния лекар и към медицината въобще, (а оттук косвено и степента на самолечение, на сътрудничество с лекаря и т.н.)

Ключови думи: комуникативни умения, ОПЛ, пациенти

FREQUENCY OF HYPERCHOLESTEROLAEMIA WITH THE PATIENTS WITH ARTERY HYPERTENSION

Zorica Cupać, doctor specialist in General Medicine, Health Center Kruševac, Serbia

Hypertension means a continuous increase of blood pressure. According to the definition of the US Comitee for prevention, discovery, evaluation and curing (YNCI) of hypertension – hypertension is defined when the sistola pressure is 140 mmHg or higher and the diastola pressure is 90 mmHg or higher or when patient has an anti-hypertension therapy.

OBJECTIVE OF THE RESEARCH: To prove that there is a direct relation between Hypercholesterolaemia and artery hypertension, that is the patient having high lipid values mostly have higher tension values.

THE METHODS OF THE RESEARCH: The metods are based on the analysis of the patient`s cards facts, which were being followed from june 2007, till the end of the year – the age of patient being up to 50.

RESULTS: The examination included 60 patients with higher values, more female than male (40 female, 20 male). The values of cholesterol were from more than 8,5 to less than 5,5 mmol/l. The values of blood pressure were from 240/160 to 120/80 mmHg. With nine patients TA 270/160 mmHg, the values of cholesterol were higher than 8,5 mmol/l, 35 patients TA 240/120 mmHg, the values of the cholesterol were higher than 7,5 mmol/l, fourteen patients TA 180/100 mmHg, the values of the cholesterol were higher than 6,5 mmol/l. With two patients TA 120/80 mmHg, cholesterol was lower than 5,5 mmol/l.

CONCLUSION: The maximum values of blood pressure have a direct relation with highest blood cholesterol values, especially at the moment of the first patients examination, that is at the moment of taking them into the study.

Key words: Hypertension, hypercholesterolaemia, risk factors

m	9	35	14	2
TA	270/160	240/110	180/100	120/180
chol	>8,5	>7,5	>6,5	<5,5

chol	>8,5	>7,5	>6,5	<5,5
female	13	11	12	4
male	7	3	8	2

EPIDEMIOLOGY OF CANCER IN ELDERLY ABOVE 60 YEARS

B. Sarac, M. Antic, A. Dobrosavljevic, B. Rakic, V. Bankovic

Dom zdravlja Nis, Klimn, Serbia

The early diagnosis and treatment of cancer in elderly above 60 years is nowadays common because of awareness and identification of risk factors, widespread use of screening programs, as well as health system investments.

AIM. To present the frequency of different cancer according to gender and age in KLIMN (Service of House and Palliative Care, Dom Zdravlja, Nis, Serbia).

PATIENTS AND METHODS. Analysis of medical charts of patients treated at KLIMN identified 316 patients: 189 females (59.8%) and 127 males (40.2%). This cohort of patients is analyzed.

RESULTS. The most frequent cancer in females is breast cancer in 97 patients (51.3%), followed by lung cancer in 33 females (17%), and endometrial, ovarian and cervical cancer in 29 patients (9%).

The most frequent cancer in males is lung cancer in 37 patients (29%), followed by prostate cancer in 19 patients (14%) and colon cancer in 23 patients (18%).

Deeper insight in epidemiology of cancer in elderly is showing that many of the causes can be prevented: cessation of smoking, reduction of overweight, adequate nourishing, alcohol intake with moderation, sun protection, more physical activity, removal of colon polyps, screening test for occult bleeding, rectal touché, as well as regular gynecological examination.

In 2/3 of patients we identified specific risk factors, as well as bad habits. Among our patients were those where radical cure (medical or surgical) was not possible. Palliative treatment provides satisfactory quality of life, without pain. Desti-

nation therapy was of benefit to the patients, but to the patient's family too.

CONCLUSION. Diagnosis of asymptomatic disease provides chances for curable treatment. In cases of advanced disease palliative care could provide destination therapy with successful quality of life.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC RHEUMATIC DISEASES

*Andjelka Mičeta, Dragoslava Mišetić, Biljana Stevanović, Mirela Bojović
Dom zdravlja "Dr Milutin Ivković"- Palilula, Beograd*

BACKGROUND. Quality of life stands out as an important indicator of health, and has a special role in evaluating the health status of patients with chronic and degenerative diseases. The patient is often better able to judge his own state of health.

AIMS is to describe and compare the health-related quality of life and to identify impact of social and demographic characteristics on it- among patients with chronic rheumatic diseases, residents of two parts of one urban municipality (central and peripheral).

METHODS. The study was conducted in general practice of the Health Center "Dr. Milutin Ivković"-Palilula, in two branches: Stara Palilula- the central part and Dunavski venac, suburb of the city, from 12 to 16 April 2010, among patients with some of the chronic rheumatic diseases. Section of General Medicine of the Serbian Medical Society recommended EQ-5D questionnaire.

RESULTS. The investigation involved 67 patients on the Dunavski venac and 80 at Stara Palilula. Inflammatory and degenerative rheumatic diseases are equally represented. A higher percentage of people declare themselves in bad health in Stara Palilula, in the group of older than 65 years (37,5% vs 23,9%). Usual activities 12.5% inhabitants of Stara Palilula is unable to perform, which is three times more than in Dunavski venac while the most reported problems in both territories are moderate pain and moderate problems with mobility. The values of the subjective assessment of health conditions are deteriorating with age, particularly in the age group over 65 years in the Stara Palilula.

CONCLUSIONS. Beside the differences between gender, education, age groups and regions, there are no substantial differences in estimation of quality of life between patients with rheumatoid diseases.

Key words: rheumatic diseases, quality of life, assessment of health status

OSTEOPOROSIS (OSTEOPENIA) AND SERUM LIPIDS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Andjelka Mičeta, Dom zdravlja, "Dr Milutin Ivković"- Palilula

BACKGROUND. The aging of the general population leads to the increasing prevalence of osteoporosis and cardiovascular diseases. Many studies have shown that the low bone mineral density correlated with increased risk for cardiovascular disease, but there is no definitive proof.

AIMS was to examine the relationship between serum lipid levels and osteoporosis (osteopenia) in postmenopausal women.

METHODS. Postmenopausal women, randomly selected, have been examined by a doctor during 2009. In addition to medical history, physical examination data were taken, to determine the number of risk factors for osteoporosis, based on which was recommended osteodensimetry DEXA and laboratory analysis. The first group consisted of 20 patients, with confirmed, by DEXA osteodensitometry, osteopenia or osteoporosis. The control group consisted of 20 patients who did not meet the criteria for increased risk for osteoporosis or after the DEXA osteodensitometry had confirmed normal results of bone density. Laboratory tests included the measurement of serum lipids.

RESULTS. Mean age is constant (63.7 vs. 60.7 years) in both groups, with and without osteoporosis (osteopenia), mean BMI is approximate and is 28.6 kg/m² vs. 28.1 kg/m², and 75% of participants in both groups were overweight. The measured laboratory values were also very approximate: the average value of total serum cholesterol in the group with osteoporosis and osteopenia is increased and is 6.4 mmol / l, and in the other group is 6.3 mmol / l. The average values of high-density lipoprotein cholesterol and low-density lipoprotein cholesterol, triglycerides and glucose were almost identical in both groups. The measured laboratory values of serum lipids showed no statistically significant difference between the two groups.

CONCLUSIONS. In the present study is not established significant correlation of elevated serum cholesterol and osteoporosis (osteopenia). Difficulty makes their high frequency in the postmenopause and more pronounced presence of both components with progress of postmenopause.

Key words: osteoporosis (osteopenia), cholesterol, postmenopausal women

ACUTE CYANIDE POISONING CAUSED BY APRICOT KERNELS IN TWO SIBLINGS

*Gulcin Ozkan, İpek Karci, Murat Anil, Ozkan İlhan, Ruya Atesli, Isin Yaprak
Tepecik Teaching and Training Hospital, Pediatric Emergency Department, Izmir, Turkey*

INTRODUCTION

Cyanide poisoning is a potentially fatal event. There are cyanogenic glycosides in more than 1000 plants. In Turkey, cyanogenic glycosides are known as amygdaline. They are present in the seeds of bitter almond, peach cherry, apple and apricot. Amygdaline (d-mandelonitrile-B-D-glucoside) is a cyanogenic compound found in the apricot core. Cyanide causes anoxia of tissues at cellular level by blocking cytochrome oxidase. This reaction is more apparent in the heart, kidney and lungs. Anaerobic metabolism occurs owing to hypoxia and lactic acid is produced.

Two cases of children with cyanid poisoning caused by ingestion of apricot kernels were presented to highlight the differential diagnosis should be considered in critically ill children.

CASE 1. A two and a half year old-girl was admitted to the emergency department with the complaints of vomiting and confusion. According to the story from his mother, it learned that she ate 4-5 kernels of apricot 3-4 hours before with her sister (Case 2) and her complaints began one hour before. In her physical examination Glasgow coma scale 9, blood pressure 95/43 mm-Hg, pulse rate 145/min, respiration rate 29, oxygen saturation in room air 98%, and body temperature was 36.6°C. There was no pathological findings in examinations of other systems. The laboratory tests showed metabolic acidosis (pH=7.26; pCO₂:25; HCO₃:11.2; lactate:6; base excess:-14.2). The other basic laboratory analysis and ECG examination were in normal limits. In 12-hour of follow-up, all the pathological signs of the patient disappeared. Only oxygen and fluid support were given to the patient. During this period, only oxygen and fluid support were given to the patient. The patient was discharged after 1 day.

CASE 2. A four year old-girl was admitted to the emergency department with the complaint of vomiting. According to the story from his mother, it learned that she ate unknown number of apricot kernels 3-4 hours before and her complaints began one hour before. In her physical examination Glasgow coma scale 15, blood pressure 92/51 mm-Hg, pulse rate 149/min, respiration rate 20, oxygen saturation in room air 99%, and body temperature was 36.5°C. There was no pathological findings in examinations of other systems. The basic laboratory analysis, blood gas analysis, and ECG examination were in normal limits. In 12-hour of follow-up, all the pathological signs of the patient disappeared. During this period, fluid support were given to the patient. The patient was discharged after 1 day.

CONCLUSION In areas like Turkey where apricot kernel poisoning occurs, emergency departments should be aware of the condition and have sufficient experience in its management.

References

1. Akyildiz BN, Kurtoglu S, Kondolot M, Tunc A. Cyanide poisoning caused by ingestion of apricot seeds. *Ann Trop Pediatr* 2010;30:39-43
2. Peddy SB, Rigby MR, Shaffner DH. Acute cyanide poisoning. *Pediatr Crit Care Med* 2006;7:79-82
3. Renklidag T, Karaman GA. Siyanür Zehirlenmesi. *Sted* 2003;9:350-353

THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND APPLICATIONS OF FATHERS ABOUT BREAST MILK DETERMINED BY FACE-TO-FACE INTERVIEW

*İpek Karci, Gülçin Özkan, Kayı Eliaçık, Ali Rahmi Bakiler
Pediatrics Department of Tepecik Education and Research Hospital, İzmir, TURKEY*

ABSTRACT

BACKGROUND: Breast feeding (BF) has important protective effects on the survival of infants and decreases risk for many early-life diseases. The purpose of this study was to assess the fathers' effect on BF in Turkey.

METHODS: Data on 122 children less than 2 years of age were obtained from the interview which was done in Tepecik Education and Research Hospital.

RESULTS: Almost all fathers (96.7%) were aware of breastmilk should be the first nutrient. More than half (62.3%) knew about colostrum and 86.8% said it must be given to infants. As the education level increases the knowledge about initiation time and awareness about breastfeeding becomes better (p 0.001). 65 (53.3%) fathers didn't approve breastfeeding in public areas and excuse of all was privacy.

CONCLUSIONS: The BF rate in Turkey is low and falls well short of the expected levels needed to achieve a substantial reduction in child mortality. By training mothers in perinatal period and Baby Friendly Hospital Initiative the stage of early BF initiation and dissemination of BF has upgraded. But still only feeding with breastmilk in the first six months isn't 100%. Especially in the patriarchal and developing countries like us to reach the desired grade fathers who generates the half of the society must be included in the projects.

ЧЕСТОТА, ИНТЕНЗИТЕТ И СРЕДНО ПРЕТЕГЛЕНА СИЛА НА ПРОЯВА НА ПРИЗНАЦИТЕ НА BOS (Burnout syndrome) СРЕД ОПЛ В БЪЛГАРИЯ

(Резултати от представително проучване на автора - 2007/2008 г.)

д-р Любомир Киров

УВОД: Разпространението на BOS добива характеристиките на епидемия сред ОПЛ в XXI век. Проявите на синдрома повлияват сериозно психоемоционалния статус и физическото здраве на лекарите, както и качеството на медицинската услуга. Това налага мащабно и задълбочено проучване на разпространението на BOS и неговите прояви.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Да определи честотата, интензивността на проява и коефициента на средно претеглена честота и сила на въздействие на всеки признак.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В проучването участваха 397 общопрактикуващи лекари, избрани на случаен принцип. От тях 232 (58.44%) са жени и 165 (41.56%) - мъже. Бе ползван въпросник MBI и методът за определяне на среднопретеглената честота и сила на проява (ст.н.с. д-р Георги Иванов, д.м.н). Резултатите са статистически значими и валидни за професионалната група на ОПЛ в България- $P(X^2) < 0.001$.

РЕЗУЛТАТИ: Сред признаците на емоционално изтощение при ОПЛ с най-голяма честота на изява е усещането на лекаря, че е изхабен в края на работния ден. 45% от отговорилите посочват, че се чувстват така ежедневно, 21.12% - поне няколко пъти седмично и 10% - поне веднъж седмично, което означава, че за 76.76% от отговорилите това усещане е налично ежеседмично с различна честота. Втори по честота е признакът, отразяващ чувството на ОПЛ, че „работят прекалено много“. 77.85% от отговорилите изпитват този признак ежеседмично. Силата на въздействие според коефициента на средно претеглената сила и на двата признака е еднаква - 0.78 (± 0.14). Чувството, че работата ги унищожава, е посочено като ежедневно усещане от 19.31% от отговорилите. 60.15% са посочили, че никога или няколко пъти годишно са изпитвали признаците на деперсонализация, а процентът на лекарите, при които тези признаци са били без никаква или с много слаба сила е общо 37.18%. Специфични за България са честотата и силата на проява на признаците на личностно представяне (себепредставяне) на ОПЛ 68.21% ежедневно с лекота преодоляват бариерите в общуването с пациентите си. За 63.57% да разбират с лекота пациентите си е ежедневие, а 53.99% считат, че всеки ден се справят ефективно с проблемите на болните.

ИЗВОДИ: Признаците на емоционално изтощение сред ОПЛ са значимо проявени като честота и сила на въздействие, което предполага и висок процент на разпространение на BOS сред лекарите от тази професионална група. Анализът на резултати за признаците на деперсонализация се очертава високата професионална и лична отговорност и морал на лекаря спрямо живота и здравето на своите пациенти. ОПЛ оценят високо своето ниво на себепредставяне, което е признак на виталност.

Ключови думи: Емоционално изтощение, деперсонализация, себепредставяне, ОПЛ, BOS

НАЛИЧИЕНА НЯКОИ СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И РИСКОВИ ФАКТОРИ СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ОПЛ И ВРЪЗКАТА ИМ СЪС СИНДРОМА НА ИЗПЕПЕЛЯВАНЕТО (BURNOUT SYNDROME-BOS)

(Резултати от представително проучване на автора - 2007/2008 г.)

д-р Любомир Киров

УВОД, ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: Част от проявите на BOS са посъщество сериозни социалнозначими заболявания или състояния, които представляват рисков фактор за поява на болест. Част от тях са: хипертония, диабет, заболявания на ГИТ, злоупотребата с алкохол, тютюнопушене, медикаменти, безсънието, които биха могли да имат подчертано отрицателен ефект върху личността, близките и качеството на предоставяната услуга, съответно реципиентите, което е сериозно основание да бъде изследвана тяхната честота сред ОПЛ, което бе целта на нашето проучване.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В проучването участваха 397 общопрактикуващи лекари, избрани на случаен принцип. От тях 232 (58.44%) са жени и 165 (41.56%) - мъже. Разпределение по възраст: до 35 години, 36-40, 41-51, 51-55, 55-60 и над 60 годишна възраст. С най-голям брой участници е възрастовата група 41 до 51 години - 203 (51.13%), което представлява над половината от участниците в проучването, следвана от групата 36-40 години - 84 (21.16%) и 51-55 (10.83%). Резултатите са статистически значими и валидни за професионалната група на ОПЛ в България- $P(X^2) < 0.001$. Бе ползван специално изработен за целта въпросник, чрез който беше изследвано разпространението на хипертоничната болест- ХБ (по степен на тежест), диабета (ИЗТД и НИЗТД), безсънието, употребата на алкохол, седативни средства и повишаване броя на цигарите

РЕЗУЛТАТИ: 62.0% от анкетираните страдат от хипертонична болест като 34.4% са с лека степен на ХБ, 27.1% с умерена и 0.5% с тежка степен. Честотата на ХБ е много по-висока сред ОПЛ, сравнена с тази сред общата популация, при която за лицата на възраст от 25 до 64 г. честотата на АХ у нас е 40,1%, като при тези над 45 г. честотата е 50,3%. 9.9% от анкетираните са с диабет като 8.1% са с НИЗД, а 54% от анкетираните страдат от безсъние. При част от участниците в проучването е налице повече от едно от упоменатите заболявания. 13.4% от пушачите, които изпитват ниска степен на БАС са увеличили броя на цигарите. Това са направили и 22.6% от пушачите със умерена и тежка степен на изява на БАС.

ИЗВОДИ: Налице зависимост между наличието и тежестта на BOS от една страна и изследваните заболявания и поведенчески модели от друга. Не може да се заяви категорично, че връзката във всички случаи е етиологична, но

със сигурност е налице подчертан синергичен или адитивен ефект. Би могло да се предполага, че в определени случаи BOS е вероятна причина за съответната проява-например при тютюнопушенето, алкохола, медикаментите и донякъде утежняващ фактор, докато при заболяванията, BOS има, по-скоро утежняващ ефект в ролята на сериозен рисков фактор. В същото време, появата или развитието на рисковите поведенчески модели, също би могла да направи по-тежки някои от проявите на БАС и да го утежни. Тези данни са сериозно основание да се предприемат мащабни мерки за справяне с BOS сред ОПЛ в България.

Ключови думи: BOS, ОПЛ, социално значими заболявания, поведенчески модели, рискови фактори

СЪОТНОШЕНИЕТО аро В/аро А- I- ПО- ДОБЪР ПОКАЗАТЕЛ В СРАВНЕНИЕ С ТС/HDL- C, LDL-C/ HDL-C nonHDL-C/ HDL-C ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ БАЛАНСА МЕЖДУ ПЛАЗМЕНИТЕ ПРОАТЕРОГЕННИ И АНТИАТЕРОГЕННИ ЛИПОПРОТЕИНИ

Найденова Г.,¹ Цекова М., Велкова А.²

¹ Клиника по кардиология и интензивно лечение МУ- Плевен УМБАЛ "Д-р Г. Странски";

² Катедра "Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология"- МУ-Плевен

УВОД: Нивата на про- и антиатерогенните липопротеини са най- важните рискови фактори за сърдечно- съдовите заболявания. Съществуват доказателства, че отношението аrolipoprotein(аро) В/ аrolipoprotein А-I е по-добър показател за вероятността за сърдечносъдови събития в сравнение с други съотношения като общ холестерол/ HDL-C (high-density lipoprotein cholesterol), non-HDL- C/HDL-C или LDL-C/ HDL-C. Съотношението аrolipoprotein(аро) В/ аrolipoprotein А-I е прост , единствен и обобщаващ показател за липопротеин -свързания риск със сърдечно- съдовите заболявания. Аrolipoprotein(аро)В/ аrolipoprotein А-I е силен клиничен индикатор на метаболитния синдром и има значение за предсказване на сърдечносъдовия риск.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО: Да се определи доколко съотношението аroВ/ароА-I в сравнение със съотношенията общ холестерол/ високоплътен холестерол (ТС/ HDL-C), нископлътен холестерол(LDL-C/ HDL-C и non-HDL- C/HDL-C, е по- значимо за определяне на баланса между плазмените проатерогенни и антиатерогенни липопротеини.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проведено беше описателно срезово проучване в Плевенския регион за периода 2010–2011 г. сред 500 клинично здрави хора, от които 40,2% мъже и 59,8% жени. В критериите за включване са лица над 18 годишна възраст без преживян сърдечносъдов инцидент и без захарен диабет.

Изследователската методика включва стандартизирано интервю за оценка на рисковите фактори и лабораторно изследване с биохимичен анализатор „Cobas Integra 400 (Roche)“ на : кръвна захар на гладно, серумни триглицериди, общ холестерол, HDL-холестерол, LDL- холестерол, аполипопротеин А- I и аполипопротеин В

От изследваната група бяха отдиференцирани лицата с MetС според критериите на International Diabetes Federation.

Данните са анализирани чрез компютърна програма SPSS.

РЕЗУЛТАТИ: От изследваната популация бяха отдиференцирани лицата с метаболитен синдром- 32,6% мъже 46г. и 26,7% жени. За цялата група се изследваха аroВ/ароА-I , общ холестерол/HDL-C, LDL-C/ HDL-C , non-HDL- C/ HDL-C. Анализира се възможността за определяне баланса между плазмените проатерогенни и антиатерогенни липопротеини чрез съотношенията аroВ/ароА-I , общ холестерол/HDL-C, LDL-C/ HDL-C , non-HDL- C/HDL-C.

ИЗВОДИ:

1. Честотата на метаболитния синдром е по- голяма при мъжете.
2. Отношението аroВ/ароА-I нараства при хора с метаболитен синдром с увеличаване на броя на компонентите му.
3. Съотношението аroВ/ароА-I е по- добър показател за определяне баланса между плазмените проатерогенни и антиатерогенни липопротеини в сравнение с холестерол/HDL-C, LDL-C/ HDL-C , non-HDL- C/HDL-C.

Ключови думи: отношение аroВ/ароА-I, общ холестерол/HDL-C, LDL-C/ HDL-C , non-HDL- C/HDL-C, сърдечно- съдовия риск.

РЕГУЛАТИВНИТЕ СТАНДАРТИ ПРИ ОБЩО- ПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ - СРЕДСТВО ЗА ВЪЗПИРАНЕ ИЛИ ПРЪТ В КОЛЕЛОТО НА РЕФОРМАТА

д-р Данчо Поповски, Общопрактикуващ лекар, председател на Кооперация „АГППМП Николов и сие“

УВОД:

„Медицина ли? Това е толкова просто
и толкова сложно,
колкото самият живот..“

А.П.Чехов

От векове е известно, че медицината е хуманна дейност, а ние всички лекари добре познаваме и Хипократовата клетва, където се казва: „Аз ще препоръчам на болните подходящ режим според познанията си и ще ги защитавам от всички вредни неща.“ Но едва ли има общопрактикуващ лекар, който да не се сблъскавал с проблема свързан с лимитиране на направленията за консултации и изследвания определени от Националната здравна каса и тук

стои актуален въпроса: До колко сме отдадени на пациентите и как се грижим за тях, когато сме бюрократично „лимитирани“ да ги изследваме.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ: До известна степен сме съгласни, че не може без разчети. Защото веднага ще настане едно безкрайно писане, което би застрашило финансовата стабилност на здравния фонд.“ Самата етимология на думата лимит, сама по себе си е стряскаща и тя се обяснява със синоними, като „граница, предел, ограничение, край.“ В тази връзка регулативните стандарти при общо практикуващите лекари или лимитите на практика са средство за възпиране на дейността и прът в колелото на здравната реформа. Този проблем все още не е решен, но и продължава да се задълбочава от централно наложената от НЗОК политика по приложение на методиката за отпускане на направления по райони и от липсата на права от страна на ОПЛ. Увеличаващите се здравни потребности на населението се конфронтират с лимитираните средства за здравноосигурителни плащания, което изправя системата пред остър социален проблем. При предварително определени средства и сравнително неподдаващи се на предварително изчисление здравни потребности, за да се гарантира финансовата стабилност на системата, следва да се намери регулиращ и ограничаващ механизъм за контрол върху разходите за медицински услуги.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Метод на логическия анализ от различни статии и публикации

РЕЗУЛТАТИ: За пръв път НРД'2011 не съдържа разпоредби, относими към въпросите за ограничаване заплащането на медицинската дейност. Член 3 от ЗБНЗОК за 2011 г. дава право на НЗОК всяко тримесечие към договорите с изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ да определи:

1. Броя на назначаваните специализирани медицински дейности.
2. Стойността на назначаваните медико-диагностични дейности.

Това е добре познатият механизъм на т. нар. „регулативни стандарти.“ Приемайки факта, че разходите, заплащани от НЗОК, са ограничени, за ОПЛ е препоръчително да се намерят съответните механизми, гарантиращи правата на пациентите, и в същото време – защитаващи и самата практика на ОПЛ, които работят в условия на административна регулация на дейностите. По думите му, от следващата година може парите за изследвания и профилактични прегледи да бъдат отделени изцяло от регулативните стандарти на общопрактикуващите лекари. И разбира се това е малък лъч надежда и ще бъде може би удовлетворение не само за НСОПЛБ, които от доста дълго време предлагат - Регулативните стандарти за профилактична дейност и диспансеризация да не бъдат лимитирани и да не влизат в Регулативен (рестриктивен) стандарт, а това „да бъдат присъщо необходими разходи, определени по силата на закона, а не вследствие на решението и знанията на лекаря“, както изтъква председателят на НСОПЛБ Д-р Л. Киров.

Литература:

1. *Национална здравна стратегия 2008 – 2013*
2. *Киров Л. За направленията, стандартите и медицината накратко, статия*
3. в. „Телеграф“
4. в. „Посоки“
5. *www.forum.bg - Регулативните стандарти, хроничен проблем в работата на ОПЛ.*

ИЗВОДИ (ЗАКЛЮЧЕНИЯ): 1.Регулативни стандарти трябва да има. 2.РС трябва да бъдат само за острите заболявания. 3.На регулация не трябва да подлежат профилактичните и диспансерните прегледи. 4.Всички консултации и изследвания, назначени от ТЕЛК трябва да бъдат заплащани от самия ТЕЛК.

Ключови думи: Регулативни стандарти, НЗОК, ОПЛ.

CANADIAN PRIMARY HEALTH CARE

C. Mallin MD, Canada

Canada's universal health care system has been instrumental in providing its citizens with outstanding longevity. A key component has been a robust primary care system. Each province is responsible for the health of its residents and there is variability in the primary care systems therein. In all provinces health care expenditures are rising rapidly because of multiple factors including technology, drugs and physician costs. Family Medicine is in an up-swing across the country as governments realize the importance of the generalist to successful cost-effective care. Increasing importance is being placed on multi-disciplinary out-of-hospital practices to deliver timely treatment for acute care and for improved outcomes in chronic diseases. Family Medicine training programs are recovering from the reduced popularity of 10 years ago. In Ontario, approximately 40% of the medical school graduates are choosing Family Medicine. This talk will explore the challenges and successes of Family Practice with a focus on the Ontario experience.

ЧАСТ II ПЪЛНИ ТЕКСТОВЕ

ОБХВАЩАНЕ И ЕФЕКТИВНОСТ НА ПРОФИЛАКТИЧНАТА ДЕЙНОСТ НА ОПЛ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ 2010 ГОДИНА

д-р Христо Димитров, д-р Любомир Киров

Профилактичните прегледи при лицата над 18 годишна възраст в Република България през 2010 г., съгласно Наредба №39 на МЗ, включват снемане на анамнеза и подробен обективен статус. При тяхното провеждане общопрактикуващите лекари (ОПЛ) попълват амбулаторен лист за извършен профилактичен преглед и го прилагат в здравното досие на здравно осигурените лица (ЗОЛ).

В настоящата публикация са представени данни за профилактичната дейност на ОПЛ, обема и съдържанието на профилактичните прегледи в произволно избрана практика за първична медицинска помощ.

ЦЕЛ на проучването беше да се проучи степента на обхващане на подлежащите лица с профилактичен преглед, ефективността на изпълнение, последващите дейности и факторите, които ги определят.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За целите на проучването, от списъка на договорните партньори на РЗОК, беше избрано произволно населено място и практика за първична медицинска помощ регистрирана в него.

Извършен беше анализ на документацията, съставяна за всеки профилактичен преглед – амбулаторен лист, анкетна карта и резултати от проведени параклинични и инструментални изследвания в ИППМП от гр. Велико Търново в периода 01. 01. 2010 – 31.12.2010 г.

Наред с анализа на документи беше проведено и анкетно проучване сред ЗОЛ, регистрирани в практиката, подбрани по метода на достъпността, относно най-честите причини за отказ от участие в провеждане на профилактичните дейности.

Получени бяха данни за следните елементи от съдържанието на профилактичния преглед, отразени в медицинската документация в няколко направления:

1. Дейности извършвани от ОПЛ

1. Изчисляване на индекс на телесна маса
2. Оценка на психичен статус
3. Изследване острота на зрение
4. Измерване на артериално налягане
5. Електрокардиограма
6. Изследване на урина с тест-ленти за: Протеин, Глюкоза, Кетонни тела, Уробилиноген/билирубин, рН
7. За жени мануално изследване на млечни жлези.

2. Назначени медико-диагностични изследвания:

1. Определяне на кръвна захар при наличие на рискови фактори
 - Хипертония
 - Дислипидемия (общ холестерол над 5,5 ммол/л и/или триглицериди над 2,8 ммол/л)
 - Затлъстяване (БМИ над 25 кг/кв.м.); Заседнал начин на живот; Фамилна анамнеза за ЗД – роднини по първа линия със ЗД (родители, братя и сестри)
 - Анамнеза за диабет по време на бременност или раждане на едър плод (над 4 кг.)
 - Анамнеза за овариална поликистоза.
2. Изследване на общ холестерол /TC/, HDL-холестерол /HDL-C/ и триглицериди /TG/.

3. Данни от извършването на оценка чрез Анкетната карта за:

- **Антропометрични показатели** (възраст в години, пол, обиколка на талията, ръст, тегло, артериално налягане)
- **Биохимични показатели** (общ холестерол, HDL холестерол, триглицериди и кръвна захар)
- **Лична анамнеза** за тютюнопушене, заседнал начин на живот, диабет по време на бременност, раждане на едър плод (над 4 кг), овариална поликистоза, полипоза на дебелото черво, болест на Крон, улцерозен колит, злоупотреба с алкохол, наличие на захарен диабет, продължителна хормонозаместителна терапия, доброкачествена дисплазия на млечната жлеза, секреция от гърдата.
- **Фамилна анамнеза** (за първостепенни родственици - родители, братя, сестри, деца) за захарен диабет, за ранно заболяване на сърдечно-съдовата система, за злокачествено новообразуване на дебелото черво, злокачествено новообразуване на простатата, за злокачествено новообразуване на млечната жлеза, за злокачествено новообразуване на маточната шийка, за злокачествено новообразуване с друга локализация.
- **Изчисляване на сърдечно-съдовия риск по Фрамингамските критерии**

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Обхващане на подлежащите лица с профилактичен преглед

В представеното проучване е видна много висока степен на обхват – средно 83% от подлежащите на профилактичен преглед.

Интересна особеност е, че най-нисък е процентът на обхващане с профилактичен преглед във възрастовата група

31 – 40 години, а най-висок в групата 51 – 60 години.

Получените данни за обхващането на пациентите като брой по възраст и пол и като процент от подлежащите по възраст и пол са представени в табл.1, табл.2 и табл.3.

Табл. 1

Структура на пациентската листа над 18 годишна възраст												
Пол	общ брой регистрирани		Възrastови групи									
	Бр.	%	18-30г.		31-40г.		41-50г.		51-60г.		над 60г.	
			Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Общо	1016	100	169	17	208	20	110	10	282	28	247	24
от тях:												
мъже	550	54	86	51	122	59	44	40	144	51	154	62
жени	466	46	83	49	86	41	66	60	138	49	93	38

Табл.2

Здравно-осигурени лица над 18 годишна възраст в пациентската листа												
Пол	общ брой регистрирани		Възrastови групи									
	Бр.	%	18-30г.		31-40г.		41-50г.		51-60г.		над 60г.	
			Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Общо	889	86	138	82	161	77	93	85	255	90	242	98
от тях:												
мъже	479	87	68	79	96	79	36	82	128	89	151	98
жени	410	88	70	84	65	76	57	86	127	92	91	98

Табл.3

Извършен профилактичен преглед на лица над 18 годишна възраст												
Пол	общ брой регистрирани		Възrastови групи									
	Бр.	%	18-30г.		31-40г.		41-50г.		51-60г.		над 60г.	
			Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Общо	741	83	111	80	122	76	84	90	238	93	186	77
от тях:												
мъже	405	85	53	78	72	75	32	89	123	96	125	82
жени	336	82	58	83	50	77	52	91	115	91	61	67

Ефективност на изпълнение на профилактичните и последващи дейности и резултати.

Данните от проведените антропометрични измервания показват, че от всички 741 пациенти с **наднормено тегло (ИТМ 25 - 30)** са общо 36%, съответно 39% за мъжете и 31% за жените, като разпределението по възрастни групи е следното: във възрастовата група 18–30 години е 30% общо, 43% при мъжете и 17% при жените; във възрастовата група 31-40 години е 29% общо, 36% при мъжете и 18% при жените; във възрастовата група 41–50 години е 35% общо, 44% при мъжете и 29% при жените; във възрастовата група 51–60 години е 40% общо, 41% при мъжете и 39% при жените и във възрастовата група над 60 години е 39% общо, 37% при мъжете и 39% при жените.

Със **затлъстяване (ИТМ > 30)** са общо 34% - 35% за мъжете и 32% за жените, като разпределението по възрастни групи е следното: във възрастовата група 18–30 години е 9% общо, 7% при мъжете и 10% при жените; във възрастовата група 31-40 години е 30% общо, 39% при мъжете и 18% при жените; във възрастовата група 41–50 години е 35% общо, 34% при мъжете и 35% при жените; във възрастовата група 51–60 години е 41% общо, 39% при мъжете и 43% при жените и във възрастовата група над 60 години е 41% общо, 40% при мъжете и 44% при жените.

Наблюдава се значителен дял на лицата с наднормено тегло и затлъстяване, като тенденцията на нарастване с възрастта е особено отчетлива в групата пациенти със затлъстяване.

При проведените профилактични прегледи са назначени изследвания на всички 741 пациенти. От тях лабораторни резултати са получени общо от 596 пациенти или 80% от назначените, като този относителен дял е незначително по-висок при жените 81% - респективно 79% за мъжете.

Най-ниска степен на изпълнение се наблюдава във възрастовата група 31-40 години - 68% общо, 65% при мъжете и 72% при жените, а най-висока във възрастовата група над 60 години - 88% общо, 85% при мъжете и 95% при жените.

В другите възрастови групи резултатите показват близки стойности без значими различия между двата пола - 77% общо при 18-30 години, при 41-50 годишните изпълнението е 79% (84% при мъжете и 75% при жените); а при групата 51-60 години - 83% общо.

От представените резултати на общо 596 пациенти е установена смесена дислипидемия (отклонения в ОХ и ТГ) в 128 изследвания или 17% от пациентите с профилактичен преглед, респективно 21% за мъжете и 13% за жените, разпределени по възрастови групи както следва: във възрастовата група 18-30 години е 7% общо, 9% при мъжете и 5% при жените; във възрастовата група 31-40 години е 14% общо, 21% при мъжете и 4% при жените; във възрастовата група 41-50 години е 18% общо, 22% при мъжете и 15% при жените; във възрастовата група 51-60 години е 23% общо, 28% при мъжете и 17% при жените и във възрастовата група над 60 години е 18% и за двата пола.

Наблюдава се ясна тенденция на нарастване на дислипидемията с нарастване на възрастта, като най-висока е във възрастовата група 51-60 години. При по-възрастните има известно намаляване при мъжете и продължаващо нарастване при жените.

Изследване на въглехидратната обмяна чрез измерване на кръвната глюкоза на гладно е извършена при всички 596 пациенти, провели лабораторни изследвания. Отклонения (стойности над 6,0 ммол/л) са установени при 74 изследвания (10%) от пациентите с профилактичен преглед, респективно 12% за мъжете и 7% за жените, разпределени по възрастови групи както следва: във възрастовата група 18-30 години е под 1% общо (един пациент мъж) и 0% при жените; във възрастовата група 31-40 години не са установени отклонения; във възрастовата група 41-50 години е 8% общо, 16% при мъжете и 4% при жените; във възрастовата група 51-60 години е 13% общо, 17% при мъжете и 11% при жените и във възрастовата група над 60 години е 19% общо, 22% при мъжете и 13% при жените.

Наблюдава се ясна тенденция на нарастване на нарушението на въглехидратната обмяна с нарастване на възрастта, като най-висока е във възрастовата група над 60 години, като много по-изявено е при мъжете.

Динамиката на изчисления сърдечно-съдов риск (ССР) показва, че умерен ССР 10-20% е изявен във възрастовите групи над 40 годишна възраст и нараства с възрастта, а висок 20-30% и много висок над 30% е ССР в групите над 50 годишна възраст.

Извършените профилактични дейности са позволили да бъдат открити заболявания от Захарен диабет и Артериална хипертония. Захарен диабет е установен при 51 пациенти, от тях 32 мъже и 19 жени, от които във възрастовата група 41-50 години при 2 мъже и 2 жени, във възрастовата група 51-60 години при 10 мъже и 11 жени и във възрастовата група над 60 години при 20 мъже и 6 жени.

Артериална хипертония е установена при 301 пациенти, от тях 188 мъже и 113 жени, от които във възрастовата група 18-30 години при 5 мъже; във възрастовата група 31-40 години при 11 мъже и 3 жени; във възрастовата група 41-50 години при 13 мъже и 17 жени, във възрастовата група 51-60 години при 72 мъже и 58 жени и във възрастовата група над 60 години при 87 мъже и 35 жени.

Анализът на получените данни показва тревожни резултати:

1. Много висок процент на пациенти с наднормено тегло и затлъстяване, който нараства с възрастта.
2. Нарастващ с възрастта процент на отклонения в липидния и въглехидратен профил, обуславящ значителния брой пациенти с новооткрит Захарен диабет и Артериална хипертония, както и с умерен и висок Сърдечно-съдов риск.

Фактори, които детерминират ефективността на профилактичната дейност на ОПЛ.

Много важно условие за изпълнението на програмата за профилактика е успешната мотивация на пациентите за провеждане на профилактичен преглед. Тази закономерност се наблюдава и при степента на изпълнение на назначените лабораторни изследвания.

За установяване причините за невявяване на профилактичен преглед бе проведена анкета сред 20 пациенти, при която се установи, че причините за невявяване на профилактичен преглед са:

- невъзможност за отсъствие от работа – 11 пациенти (55%)
- страх от убождане при изследванията – 6 пациенти (33%)
- нежелание за извършване на преглед – 3 пациенти (15%)

Резултатите показват, че е необходима промяна в нормативната база, осигуряваща възможност на пациентите за извършване на профилактичен преглед и свързаните с него изследвания.

ИЗВОДИ Тези резултати са базирани на малък брой пациенти и не претендират за представителност, но насочват към разширяване на обхвата на такова проучване с включване на значително по-голям брой пациенти на национално ниво.

Дори и при съществуващите ограничения се налага извода за необходимостта от още по-активни действия и институционален „натиск“ от страна на НСОПЛБ и БНДОМ върху отговорните за здравната политика държавни структури – Комисия по здравеопазване към НС, Министерство на здравеопазването, НЗОК за създаване и реализиране на дългосрочна комплексна стратегия за превенция и профилактика на рисковите фактори,

повишаване на информираността и ангажираността на пациентите за извършване на профилактични прегледи, адекватно планиране на финансови средства за подобряване здравното състояние на нацията.

Библиография:

1. Чачевски Н., Д. Димитрова, Н. Иванова. *Нагласи на общопрактикуващите лекари и възможности на практиките за първична медицинска помощ за извършване на скринингова дейност. Сп. Обща медицина, т.VIII, кн.4, 2006, 5-9 ISSN 1311-1817*
2. Чачевски Н., Димитрова Д., Иванова Н. *Обем на извършваната скринингова дейност в практиките за първична медицинска помощ. Сб. II Национален конгрес по обща медицина с межд. участие, Пловдив, 26-29 октомври, 2006: стр.1*
3. Асенова Р., Р. Димова, Д. Димитрова, Н. Иванова. *Промоция на здравето в дейността на общопрактикуващите лекари в Пловдивски регион. Сп. Съвременна медицина, 4, 2003: 18-23 ISSN 0562-7192*

ETHICS AND MEDICINE-IMPORTANCE IN THE PRIMARY HEALTH CARE

Lj.Sukriev, Military Hospital Center, Skopje, Republic of Macedonia

K.Sravric, Medical University "Sn.Kiril and Metody" Clinic of pediatric, Skopje, Republic of Macedonia

Historically, medical ethics was part of the medicine since Hippocrates, 5th century BC. Hippocrates, the Greek doctor, often regarded as the father of western medicine and medical ethics, has written his work more than 2000 years ago. Hippocrates established medicine as a profession and today all physicians give Hippocratic that they will act only for the good of their patients, and keep the patients' interests in front of their own interests (1,7). The Highlander medical codex published in 13th century was everyone should take care not only for themselves, but also about the others. (2,7)

Today, despite the enormous progress of civilization, people experience a lot of surprises and many disappointments. The world reached a peak in the technical and technological progress and media has entered in all sectors of society and in medicine. On the other hand, despite progress, we have a change of moral values. Today, at the time of globalization and the rise of economy, it would be good to preserve humanity. Globalisation, the world process, which at the same time connects and separates, shows us as a partner with a thousand faces but, also as an opponent without face. Karl Gustav Jung wrote: "The phenomenon of life and the phenomenon of man are too wide and too unavailable. I understand and recognize myself less, as I become older."

Today's world is full of aggression, opposing interest and contradictions. In this and such a world, it is difficult for the people to cope. Numerous information and diverse interpretation of issues and events are offered. The name of today is increasingly closed to themselves and distrustful towards the world. The genetic engineering, technological revolution, rapid progress, it all seems to change our lives and worry us. The man of today is an enigma, a world for themselves, but at the same time is a subject to change. One's behavior is a result of genetic factors, as well as strong environmental influence. The man of today must have morality and the human person is created through the educational activities of parents, families and institutions, as well as positive environmental action. The man is a social being, and environment makes it a good or bad, happy or unhappy.

Today, at the end of the twentieth century and the beginning of twenty-first century in the world often there are double standards, double moral. Humanists rightfully wonder, what will happen to the man and this planet in the future. In the current conditions of restructuring and democratization of society, a lot of controversial conceptions of society are not legally regulated, not can be viewed all moral issues.

Viewed through this prism, the question is what the today position of ethics in medicine is, and how ethics helps doctors to find answers to questions about values, right and responsibilities for the conduct of doctors and decision-making. Simply put, ethics is the study of morality, careful and systematic thinking and analysis of moral decisions and behavior before, now and in the future. Ethics is primarily a question of knowledge, while the morality is a matter of action.

Ethics should provide rational criteria in order that people behave properly. Ethics has always been an important component of medical practice, and ethical principles-respect for persons, obtaining consent from the patient for treatment, confidentiality and belief, are the basis for the doctor-patient relationship.

The aim of teaching ethics is to prepare physicians to understand the difficult situation and deal with them in a rational and principle manner. Ethics has also an important role in the interaction of doctors and society, the doctor and his colleagues, as well as in performance of medical investigations and research. Doctors, through their personal commitment to their job, represent ethics and therefore they cannot be passive, they can't stay aside (6)

Thanks to the enormous technological development, medicine has seen great progress. Health policy establishes control over medical decision at all levels, and other obligations are set to the health care sector, apart from treatment and cure of patients. Health policy imposes an additional role of physicians, to conduct social policy, and become the guardian of social heritage.

Nowadays there are different aspects of the moral responsibilities of physicians in creation and implementation of health policy (6).

These responsibilities are:

1. The doctor has to respect the trust given to him and to be guided by the interests of patients
2. The doctor provides accurate and reliable information to those who create health policy. In this way, a doctor is

involved in decision-making, crucial to the organization of health services and distribution of health budget.

3. The doctor, like everyone else has an obligation to work in favour of justice and social interests.
4. The doctor has to take care of rules and regulations stipulated by law in order to provide economic and effective medical care. In that way, the patient's wishes and doctor's assessment are correlated with the socioeconomic needs.
5. Physician is primarily responsible moral person (in addition to all listed)

Recently medical ethics was greatly influenced by the promotion of human rights. In a pluralistic and multicultural world in which we live, in a world with many different moral traditions, relevant international agreements relating to human rights are the basis for medical ethics, which is acceptable everywhere, crossing national and cultural borders. Medical ethics is also in close relation with the law. However, law and ethics are not identical. Very often, ethics prescribe higher addition, laws vary from country to country, while ethics is applied regardless of national boundaries (3).

To answer to the expectations not only from students but also from patients, physicians should understand and practice the key values of medicine: to provide high quality care, to be concerned with the individual and with the community and to manage resources effectively. These values, along with respect of basic human rights and high standards of ethics are the key values which are expected of doctors.

The modern doctor is aware of the increased needs and loads that modern medical sciences impose. Patients nowadays are well informed and may know a lot about medicine and they use their right to seek detailed explanations on their diseases and suffering. However, they may not be informed about unknown areas, the ambiguous cases and the fact that medicine treats all diseases, but cannot cure all patients. Today, in spite of available science, technology, subspecialist teams, additional investigations and consultations, the doctor cannot give answer to all questions. Geneva declaration of the World Medical Association obliges all doctors that "The health and life of my patient will be my first consideration". International Code of medical ethics, Helsinki Declaration and 70 other conventions of the World Medical Association are accepted and they determine how a doctor should treat his work and people, whose concern about the health and lives are entrusted to him. (6)

What should the doctor take in to account in his work:

1. The doctor is obliged to maintain good moral and to respect all the ethical codes of their profession even in case of medical risk, such as AIDS or other infectious diseases.
2. A doctor in performing their work shall never be guided by personal gain
3. It is forbidden doctors to give advice or carry out any medical intervention that is not in the interests of patients
4. The doctor devotes his knowledge to his patient. If a disease or treatment shall exceed his ability, he is obliged to refer patients to another specialist
5. The doctor must provide emergency care to everyone in all circumstances
6. To communicate with his colleagues on a manner as he want them to treat him. "My colleagues will be my brothers". Jealousy, envy, hatred, gossip, quarrels and emotional intolerance have no place among doctors and medical staff. And is it still so?
7. Medical elitism is not in the interest of patients
8. Each patient has the right to the truth. However, in case of malignant disease or other incurable diseases, numerous ethical dilemmas occur. benevolent deception is doubtful approach. (5)
9. More and more there are deviations from the orthodox position on euthanasia, which in some countries is formally legalized. (5)
10. Adherence to the principles of empathy is the duty and ethical obligation of all doctors. It means that the doctor should treat colour, sex, status, look, economic power and other
11. Doctors will respect the secrets that are confident to him through his profession or in his daily practice with patient. Without trust there is no medicine.

Like everyone else, and doctors have rights and responsibilities, and medical ethics would be incomplete if it does not deal with the issue of how doctors should be related with others: patients, colleagues and society. This opinion and attitude of medical ethics is becoming more important in terms of doctors in many countries experiencing severe frustrations when working in the profession: limited funding, the organization of health services and the sensationalist media reports of medical errors and unethical behavior of physicians. (6)

The World Medical Association has adopted and accepted several documents on the rights of doctors, as follows:

1. The position on freedom of doctors to attend meetings of doctors since 1984
2. The declaration of independence and professional freedom of physicians from 1966
3. The position of professional responsibility for standards in health care since 1995
4. Declaration of support for doctors who refuse to participate or to accept the use of torture or other form of cruel and inhuman acts of 1997
5. Position on the ethical guidelines of the international engagement of doctors from 2003

Public research in many countries shows that the doctor's profession is one of the most valuable professions and it has great confidence. Doctors provide services that are priceless values for individual patients, and for society as a whole. A small number of professions have the opportunity to give greater pleasure than medicine, providing liberation of patients from pain and suffering.

Doctors often forget that they have the responsibility to themselves and to their families. To be a doctor means to be dedicated to your call, but also they have to take care of their own health. Besides avoiding regular health risk factors, like smoking, prolonged working hours, night duties, responsibility, use of medications and the doctor needs to be aware of the burn-out as a significant risk factor of the profession.

We should think about the future of medical ethics that depends on the future of medicine in large part. At the beginning of the twenty-first century medicine is developing with great speed so that we cannot assume that the practice will be the same when today's medical students become doctors, and even less to know what changes will occur by the time they retire. However, medical ethics should be flexible and subject to changes that will occur in medicine as a result of the development of science, and the influence of social and economic factors, there will always be sick people who will always have the need of care and treatment.

Doctors traditionally take care of: health promotion, prevention of disease, and management of health system. These activities have a number of ethical dilemmas and challenges in daily work, so permanent development of medical ethics is required.

Principles of medical ethics the American medical Association are:

- I. A physician shall be dedicated to providing competent medical care, with compassion and respect for human dignity and rights
- II. A physician shall uphold the standards of professionalism, be honest in all professional interactions, and strive to report physician deficient in character or competence, or engaging in fraud or deception, to appropriate entities
- III. A physician shall respect the law and also recognize a responsibility to seek changes in those requirements which are contrary to the best interests of the patient.
- IV. A physician shall respect the rights of patients, colleagues, and other health professionals, and shall safeguard patient confidences and privacy within the constraints of the law.
- V. A physician shall continue to study, apply, and advance scientific knowledge, maintain a commitment to medical education, make relevant information available to patients, colleagues, and the public, obtain consultation, and use the talents of other health professionals when indicated.
- VI. A physician shall, in the provision of appropriate patient care, except in emergencies, be free to choose whom to serve, with whom to associate, and environment in which to provide medical care.
- VII. A physician shall recognize a responsibility to participate in activities contributing to the improvement of the community and the betterment of public health.
- VIII. A physician shall, while caring for a patient regard responsibility to the patient as paramount.
- IX. A physician shall support access to medical care for all people.

Poradi svoeto znacenje medicinskata etika go zazema svoeto mesto vo nastavnite programi na medicinskite fakulteti sirom svetot. Rezolucijata za vklucuvanje na lekarskara etika vo nastavnite programi bese usvoena na 51-to Svetsko zasjedanie na lekari vo Telaviv, Izrael 1999 g.

Osnovnoto prasanje e da kaj lekarite se predizvika razbiranje za potrebite od kontinuirano razmisluvanje za etickata vaznost na medicinata, a osobeno za toa kako lekarite keg i resavaat etickite prasanja so koi ke se srekaat vo sopstvenata praksa.

Spored Svetskata federacija za medicinsko obrazovanie (WFME), medicinskite fakulteti mora da go utvrdat i vo nastavnata programa da go vklucat pridonesot na lekarskata etika vo stvaranjeto na efikasna komunikacija, klinicko donesuvanje odluki i eticki postapki.

Literature:

1. Gillon R. *Deontological foundation for medical ethics* Brit Med J. 1985
2. Djurdjevic N. *Pretpostavljeni pristanak na lecenje pacijenata U: Medicinsko pravo I Medicinska etika, Beograd, Institut drustvenih nauka 1994*
3. Kalicanin P. *Medicinska etika i medicinsko pravo, Zemun 1999*
4. Boskovski K. *Deontologija, Skopje, 1998*
5. Andonov V. *Umiranje I smrt, Skopje, 2001*
6. Vilijams Dj. *Priracnik po etika za lekari, SLA, 2003*
7. Milovanovic D. *Etika u medicine kroz vekove, Lazarevac, 2000*

ПРИЛОЖЕНИЕ НА РЪКОВОДСТВОТА ЗА ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ И ЧЕСТИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – ГАРАНЦИЯ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ

д-р Илина Величкова, д-р Любомир Киров

УВОД

Работата на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) трябва да отговаря на изискванията за качество на медицинската дейност. За тази цел, е необходимо ОПЛ да се въоръжи със знания, умения, воля, емпатия и време. Създаването и имплементирането на ръководства за поведение (guidelines) в ежедневноата практика на ОПЛ е ключов момент в този процес. По дефиниция, Ръководството за поведение представлява „систематично изградени изложения,

чиято цел е да подпомагат лекаря и пациента при вземането на правилните решения относно здравната грижа при специфични клинични обстоятелства”(1,2) Изготвените и публикувани у нас Ръководства за поведение на ОПЛ предоставят на лекарите ясно определяне на нивата на компетентност за действие, отговорност и начин на взаимодействие между ОПЛ и останалите части на системата на здравеопазване, адаптирани към спецификата на българските реалности и съвременни подходи при лечение, което води до полза за пациента и улеснение за лекаря в ежедневната практика. ОПЛ в България разполагат със 8 такива ръководства- „Фебрилни състояния при деца“; „Ръководство за поведение (РП) на ОПЛ при АХ“; „РП на ОПЛ при дислипидемии“; „РП на ОПЛ при диспепсия“; „РП на ОПЛ при ГЕРБ“; „РП на ОПЛ при ДХП“; „РП на ОПЛ при главоболие“; „Поведение на ОПЛ при ваксинапрофилактика“. Ползата от приложението им в практиката се илюстрира от данните на проведеното от НСОПЛБ И ЗЕНТИВА БЪЛГАРИЯ проучване. (3).

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Да се проучи приложението на ръководствата за поведение на ОПЛ при социално значими и чести заболявания, да се направи оценка на това приложение и да се надграждат знания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е независимо маркетингово проучване през 04.- 05.2008г за приложението на ръководството за поведение на ОПЛ при АХ. Обхванати са ОПЛ от различни райони на България, със или без специалност ОМ в анонимна анкета. Метод на регистрация:индивидуално стандартизирано интервю;методика на извадката: случаен подбор;обем на извадката: 750 общопрактикуващи лекари (750 планиран) от различни райони на България, с или без призната специалност по Обща медицина в анонимна анкета.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Реформата в ПИМП направи наложителни промени в обхвата на дейността на ОПЛ, като напр. интернистите да работят и с деца, които са най-уязвимия контингент в общите практики. Така, ръководството за фебрилни състояния при деца беше много полезно специално за тази група ОПЛ.

Друг аспект в дейността на ОПЛ е, че те винаги са имали водеща роля в диагностиката, лечението и проследяването на пациентите с АХ. АХ , може би е най-честото заболяване,което е повод за посещение на възрастните пациенти в кабинета на ОПЛ. РП на ОПЛ при АХ внесе допълнително яснота, актуалност и увереност при лечението на това заболяване. Нарастна изписването на медикаменти с фиксирани продукти и дози. Започна да се прави оценка на ССР с цел снижаването му.Не е маловажно,че междувременно отпадна едно ограничение от страна на НЗОК, кой да назначава АХ терапия.ОПЛ определя сам АХ-та терапия на своите пациенти,без да е длъжен постоянно да се консултира с кардиолог. Това ръководство и огромното значение на проблема АХ,станаха повод да се направи маркетингово проучване на тази тема сред ОПЛ през 2008 г. Бяха включени 750 ОПЛ от цялата страна.

Големият брой пациенти с АХ, преминаващи средно на седмица за консултация в първичните практики, за пореден път потвърждават социалната значимост на проблема и полезността на такова ръководство.

Резултатите отнасящи се до лечението прилагано при пациенти с АХ са изключително задоволителни. 97,6% от пациентите са на медикаментозно лечение, 92,4% са на диета и 76,4% имат физическа активност. 63,9% от колегите изписват комбинация с фиксирани медикаменти за лечение на АХ. Основните начини за получаване на ръководството са чрез медицински представител и на конференции. 41,3% от колегите имат ръководството,а 36% го нямат.

След анализ на резултатите от приложението на ръководствата са установи, че:

- Мнозинството от интервюираните общопрактикуващи лекари имат **чести срещи със случаи на артериална хипертония**. 50%-имат **между 20 и 50 такива пациента на седмица**, 30%- повече от 50 такива пациента е около 20%-по-малко от 20 случая на седмица.
- Около **две трети** от всички общопрактикуващи лекари (60%) **знаят за издаденото от НСОПЛБ “Ръководство за лечение на артериална хипертония в общата практика”**.
- 40% от запитаните **знаят за Ръководството и разполагат с него** (лично или в груповата практика). Около 20% **знаят за Ръководството, но не разполагат с него**. Около 3-4% от ОПЛ **не знаят чие издание е Ръководството, макар че разполагат с него** (лично или в груповата практика). Около 35% от всички запитани **не знаят за Ръководството и не разполагат с него** (нито лично, нито в груповата практика).
- Около една трета от общопрактикуващите лекари, които **имат личен екземпляр от Ръководството**, са го получили по време на **конференция или семинар**, около 45% - **от медицински представител**, а общо около 10% заявяват, че Ръководството е пристигнало при тях **по пощата** или го имат от **колега**.
- Около 40% от лекарите, които имат свой екземпляр от Ръководството, го ползват **поне веднъж седмично** (в това число 15% заявяват, че го ползват **всеки ден**). Около 20% го ползват **по-рядко от един път месечно**, а около 10% **не го ползват**.
- Общопрактикуващите лекари, които имат Ръководството, го използват основно с **две цели: при избора на лечение** (около 45% от случаите) или **за да си припомнят характеристиките на артериалната хипертония** (около 35% от случаите).
- Около 60% от всички запитани лекари **нямат** друго подобно ръководство за артериална хипертония. Около 15% имат, но не могат да посочат чие издание е. 4: от анкетираните посочват друго ръководство (**на Българското кардиологично дружество**). Около 5% посочват като такъв тип ръководства, притежаваните от тях **учебници**.

Лечението на дислипидемията, като фактор за висок ССР и елемент от метаболитния синдром, стана приоритет в работата на ОПЛ в съответствие със съвременните принципи на лечение. В РП на ОПЛ при дислипидемии са дадени основните насоки за действие при този проблем, които е абсолютно задължително да бъдат предприети с цел снижаване на рисковете за пациента и удължаването на живота му. Факт е, че нарастна значително броят на пациентите, които получават липидопонижаваща терапия при ССЗ, МСБ и диабет. ОПЛ напълно самостоятелно назначава липидопонижаващата терапия на своите пациенти. За съжаление, както навсякъде по света, комплайънсът на пациентите за постоянна липидопонижаваща терапия е незадоволителен. Такава е и статистиката дори в страни, като Франция, където тези медикаменти се реимбурсират напълно.

РП на ОПЛ при диспепсия и ГЕРБ, дават насоки за работа при най-честите заболявания на храносмилателната система. Много често се подценява значението на тези проблеми, тъй като не представляват директна заплаха за живота на пациента. В същото време снижават значително качеството му на живот, не се познават от населението и често не се съобщават. Понякога имитират и много други заболявания, поради което ролята на ОПЛ е още по-важна.

Проблемът ДХП е изключително важен за мъжката популация над 50 годишна възраст. Дълго време той оставаше встрани от основната дейност на ОПЛ. РП на ОПЛ при ДХП дава възможност на ОПЛ да бъдат по-компетентни и по-полезни на своите пациенти в решаването на този проблем и да не са само диспечери, които изпращат на уролог пациенти, които вече са с такава дисфункция, че сами настояват за това. Ще трябва да се промени както мисленето на пациентите, така и на лекарите, относно ролята на ОПЛ при лечението на ДХП. ОПЛ трябва със своите компетентни съвети и коментарии на обективните резултати, да убеди пациента, че може да му бъде полезен и в лечението на това заболяване. Отново ОПЛ може свободно да назначава терапията за ДХП от лекарствения списък на НЗОК, без да е необходима консултация с уролог.

Вече 1 година ОПЛ разполагат и с РП на ОПЛ при главоболие. Социален проблем, който довежда в кабинета по-често млади хора, които са неработоспособни в резултат на това оплакване. В същото време то е трудно доказуемо, може да е симптом на много широка гама заболявания, както и то самото да е заболяване, което прави ръководството ценен пътеводител по пътя за изясняване на този важен проблем. Дори след множество консултации и изследвания ОПЛ е този, който трябва да обобщи информацията и да даде следваща насока на пациента, докато не се стигне до окончателна диагноза и лечение.

ИЗВОДИ:

Налага се изводът, че създаването и имплементирането на Ръководствата за поведение в ежедневната практика са изключително важен фактор за поддържане квалификацията на ОПЛ и оказват значително положително влияние върху модела, по който ОПЛ определят подхода и вида на лечение. Явна е тенденцията ОПЛ да ползват изготвените за тях Ръководства, като се предпочитат помагала, създадени от ОПЛ за ОПЛ в сътрудничество с тесни специалисти в съответната област. Всичко това определя категорично необходимостта да продължи изготвянето и имплементирането Ръководства за поведение, като бъдат обхващани все повече заболявания и състояния.

Библиография

1. Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In Field MJ, Lohr KN eds.
2. Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Washington DC: National Academy Press, 1992 2;
3. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR et al. for the Evidence Based Medicine Working Group. Users' guides to the
4. Medical Literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? JAMA 1995;
5. Langley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care--practitioners' perspectives. Fam Pract. 1998 Apr;15(2):105-111. [PubMed]
6. НСОПЛБ, ЗЕНТИВА Лечение на артериална хипертония" - изследване сред общопрактикуващи лекари (2008).

DISCOVERING OF RISK FACTORS FOR THE GETTING OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES

Prim.dr Biljana Cimbalević, Prim. dr Nada Vukadinović, dr Ljiljana Maksimović
Health Center Kruševac, Serbia

With the reform of primary health care doctors receive gatekeeper role. One of their main tasks, besides the treatment, is to identify risk factors for chronic non-communicable diseases, to act on them and to prevent the occurrence of disease. In addition to age, gender and heritage, which we cannot change, risk factors such as obesity, blood sugar, cholesterol, triglycerides, high pressure, waist circumference, physical activity, smoking, is what we can adjust and maintain the desired values.

OBJECTIVE: To show the presence of risk factors among healthy population for CND, and significance of the difference between the sexes in risk factors.

Method: Epidemiological study was preformed. The data that was used was from preventive examinations that were conducted at the Health Center Krusevac. All data was statistically analyzed (mean, SD, t-test, χ^2 -test).

WORK RESULTS: The study included 553 patients, average age 46.53 ± 12.46 years: 463 women, average age 46.02 ± 11.9 years and 90 men, average age 48.98 ± 14.37 years - Table 1 .

Table 1: Distribution of patients by sex and age

Age/sex	Men	Women	Total
19-34	17	70	87
35-44	16	144	160
45-54	19	128	147
55-64	28	101	129
65-74	8	16	24
≥75	2	4	6
Total	90	463	553
Average	48,98	46,02	46,53
SD	14,37	11,9	12,46

The largest number of respondents was in the age group 35-44 years (160), and the least was from those older than 75 years (6).

We observed the usual risk factors: BMI, glucose, cholesterol, triglycerides, systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure, smoking, physical activity.

First, we observed body mass index as a measure of obesity TABLES 2 and 3.

Table 2: Representation of obesity by sex (%)

BMI (kg/m ²)	Women	men	total
16-24,9	54	45,5	52,62
25-29,9	29,37	40	31,11
30-34,9	13,39	13,33	13,38
35-39,9	2,16	0	1,81
≥40	1,08	1,11	1,08

Most of the respondents (52.62%) had a desirable BMI values, 54% women, 45.5% of men. Increased body mass was in 31.11% of respondents: 29.37% female and 40% male. Other respondents were obese, of which 1.08% were extremely obese.

TABLE 3: Mean values of BMI, by age

Age	women	men	t-score	P
19-34	22,23	24,53	1,82	< 0,05*
35-44	23,74	26,56	2,97	<0,001**
45-54	25,26	25,6	0,28	<0,1
55-64	26,98	25,53	1,3	<0,1
65-74	27,19	22,25	2,64	<0,001**
≥75	23,5	20,5	0,77	<0,1
total	24,36	25,14	0,607	<0,1

Among women, BMI values increase with age, the biggest were in the group 65-74 years, while the biggest in men were in the group 35-44 years. Gender differences in the amount of BMI were not statistically significant, except in the 19-34 year group, which is statistically significant and the groups 35-44 and 65-74 years, which is highly statistically significant difference.

Diabetes mellitus is increasingly present in the population, so the detection of blood glucose is important for early diagnosis of this disease. Among our respondents, 97.47% had a value of glucose below 6.1 mmol/l (95.05% women and 94.44% men). The glucose level over 7 mmol/l had a 1.44% of the respondents (1.08% of women, men 3.33%). The glucose level was increasing with age - TABLE 4. Average glucose level among women were 4.12 mmol / l and for men 4.48 mmol/l. This difference is very highly statistically significant. High statistically significant differences between the sexes exist in the age groups 35-44 and 45-54 years.

TABLE 4: Average values of blood glucose

Age	Women	Men	t-score	P
19-34	4,3	4,3	/	/
35-44	4,55	4,3	3,33	<0,001**
45-54	4,19	4,5	3,1	<0,001**
55-64	4,65	4,57	0,1	<0,1
65-74	5,49	4,58	0,245	<0,1
≥75	6,57	5,42	1,22	<0,1
total	4,12	4,48	5,8	>0,001***

Normal cholesterol levels, lower than 5.2 mmol/l had 55.8% of respondents (54% women and 65.55% men). High cholesterol levels, more than 6.2 mmol/l, had 15.19% of the respondents (16.41% women and 8.9% of men). Cholesterol levels were increased with age, and women cross the border after the 45-year and men after the 55. – TABLE 5

TABLE 5: Average values of cholesterol

Age	Women	Men	t-score	P
19-34	4,77	4,61	0,78	<0,1
35-44	4,81	4,54	1,42	<0,1
45-54	5,38	4,94	1,66	<0,1
55-64	5,46	5,18	1	<0,1
65-74	5,63	5,46	0,4	<0,1
≥75	5,79	5,5	0,3	<0,1
total	4,85	4,94	0,49	<0,1

Gender differences were not statistically significant in any age group.

Normal triglyceride levels, lower than 1.7 mmol / l, had 68.35% of the respondents (69.98% women and 60% men). Risk values of triglycerides, more than 2.3 mmol / l, had 14.11% of the respondents (12.74% women and 21.11% men). Women had elevated cholesterol levels after the 55-year, and men after 45. TABLE 6. In the age groups 19-34 and 45-54 years there is a statistically significant difference in triglyceride values between women and men, while the difference between the sexes in all patients was not statistically significant

TABLE 6: Average values of triglyceride

Age	women	men	t-score	P
19-34	1,32	1,62	2,38	<0,01*
35-44	1,49	1,7	1,5	<0,1
45-54	1,75	2,01	2,05	<0,01*
55-64	1,79	2,06	1,125	<0,1
65-74	1,66	2,15	1,61	<0,1
≥75	2,14	1,15	1,59	<0,1
total	1,74	1,89	1,154	<0,1

Hypertension is a significant risk factor for CVD, and the disease per se, so the detection level of systolic and diastolic pressure is important in order to prevent this disease.

Normal values of SBP, less than 120 mmHg, had 43.22% of the respondents (46.22% women and 27.78% men). High normal SBP, 120-129 mmHg, had 21.7% of respondents (20.52% women and 27.78% men). Mild systolic hypertension had a 10.49% of the respondents (9.72% women and 14.44% men). Hypertension I0, STA = 140-159 mmHg, had 17.54% of the respondents (16.63% women and 22.22% men). Hypertension II0 (SBP= 160-179 mmHg) had 5.97% of the respondents (5.83% and 6.67% of women by men). SBP value of more than 180 mmHg had 1.08% of the respondents (1.08% of women, men 1.11%). In the age groups 19-34 and 35-44 men had much more value to SBP and these values are highly significant and statistically significant. In participants older than 75 years this difference is very significant. The difference between the SBP and the amount of all respondents were highly statistically significant-TABLE 7

TABLE 7: Average values of SBP

Age	women	Men	t-score	P
19-34	108,78	124,4	2,66	<0,001**
35-44	118,57	129,06	2,19	<0,01*
45-54	126,52	122,1	0,88	<0,1
55-64	137,87	135,98	0,49	<0,1
65-74	140	148,12	1,045	<0,1
≥75	145	169,5	3,49	>0,001***
total	123,93	131,47	2,98	<0,001**

DBP, normal value, lower than 80 mmHg, had 42.86% of the respondents (44.92% women, 32.22% of men). High normal value of DBP (80-84 mmHg) had 38.53% of the respondents (37.58% women, 42.22% of men). Mild diastolic hypertension had 3.43% of the respondents (3.67% of women, men 2.22%). Diastolic hypertension I0 (DBP = 90-99 mmHg) had 9.4% of the respondents (8.21% of women, 15.55% men), and II0 (DBP = 100-109 mmHg) 5.24% of the respondents (4, 75% of women, men 7.78%). DBP values over 110 mmHg had a 0.72% of all, and that is 0.86% of women and noman.

TABLE 8: Average values of DBP

Age	Women	Men	t-score	P
19-34	72,96	79,15	3,3	<0,001**
35-44	77,68	81,87	1,64	<0,1
45-54	80,43	79,42	0,404	<0,1
55-64	83,68	83,75	2,31	<0,01*
65-74	84,44	87,62	0,63	<0,1
≥75	75	82	3,29	<0,001**
total	79,19	81,94	2,39	<0,01*

Average values of DBP are higher among men than among women, and this difference is highly statistically significant. Very high statistical significance of differences in the amount of a DBP between the sexes in age groups 19-34 and in the older than 75 years, while the difference between the sexes in the age group 55-64 is highly statistically significant. Smoking is a widespread habit. 37.8% of respondents declared as smokers: 38.02% women and 36.67% men. Non-smokers were 62.2% of respondents: 61.98% women and 63.33% men. The difference between men and women, smokers and nonsmokers was not statistically significant ($\chi^2 = 0.0149$).

One of the healthy lifestyles is physical activity. Physically active were 78.66% of the respondents (78.62% women, 78.89% of men), while 21.34% of all are inactive (21.38% women, 21.11% of men). The difference between women and men and between physically active and inactive is not statistically significant ($\chi^2 = 0.0069$).

Conclusion: Based on an investigation, the value of the risk factors are close to desirable values. Men were slightly more in risk than women, and this difference is statistically significant for the age and the average value of diastolic pressure, and highly statistically significant for the average values of glucose, systolic blood pressure. For other risk factors, difference in average values between men and women was not statistically significant. This is important since the increasing number of patients with DM and CVD.

REFERENCES

1. D. Zigic et al.: *Risk factors and chronic noncommunicable diseases; Methodological guidelines, Section of General Medicine SLD, Belgrade, 1998. God.*
2. Ivkovic - Lazar T.: *Obesity; Novi Sad: Faculty of Medicine, 2004. God.*
3. Stokic E.: *Obesity is a disease that is cured, Novi Sad, Faculty of Medicine, 2004. God.*
4. *National guide for physicians in primary care: Prevention of type 2 diabetes, the Ministry of Health of Serbia, EAR, EPOS, 2005. God.*

ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ- ДОБРА ПРАКТИКА ПРИ ПЛАНИРАНЕ И РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Боряна Левтерова¹, Донка Димитрова¹, Любомир Киров², Невена Иванова¹, Росица Райчева³, Ангел Джамбов⁴,

¹ Катедра Здравен мениджмънт, икономика на здравеопазването и обща медицина, ФОЗ, МУ-Пловдив

² Национално Сдружение на Общопрактикуващите Лекарци в България

³ РЗИ-Пловдив

⁴ Медицински факултет, МУ-Пловдив

Оценката на здравните потребности се извършва най-често при наличието на значими неравенства и неравнопоставеност. Основната цел на този процес е доведе до формирането на конкретни политики и решения за преодоляването на различията в системата на здравеопазване и подобряване на здравето на населението. Необходимостта от оценка на здравните потребности възниква и поради настъпили и настъпващи промени в медицинските технологии, в очакванията на обществото и повишени изисквания по отношение на предоставяната медицинска помощ; поради необходимостта от регулиране на "индуцираното" потребление и др..

Всичко това както и ограничените ресурси на здравеопазването, изискват постоянна преоценка на приоритетите, с оглед по-пълното удовлетворяване на реалните здравни потребности. В България липсват достатъчно проучвания за оценка на здравните потребности, основани върху социалния модел на здравето, който включва комплексна оценка на факторите детерминиращи възможността на индивида да осъществява своя жизнен потенциал и ефективно функциониране в социалната и икономическа среда. Това е причина за често вземане на неефективни или неприемливи решения в социалното управление и системата на обществено здравеопазване.

Годините на преход и здравни реформи в страната бяха свързани и със значително влошаване на показателите за здравното състояние на населението и нарастваща обществената неудовлетвореност. Това налага да се направят изводи за дисбаланса във възможностите на здравната система да отговори на здравните потребности на различни групи от населението и да прилага комплексен подход основаващ се на социалния модел на здравето. (1)

Анализът и оценката на здравното състояние и на здравните потребности на конкретни групи от населението, както и на влиянието на различните фактори върху здравето и здравните услуги, могат да спомогнат

за създаване на подходящи подходи и програми при решаване на конкретни управленски проблеми, предоставяне на ефективни услуги на гражданите, както и да се извършва планиран, научно обоснован и контролиран процес на управление на различни нива в здравната система и др.

Оценката на здравните потребности включва широк спектър от дейности, който включва както епидемиологична оценка на разпространението и броя на засегнатите лица, така и оценка на качеството и достъпността на здравните услуги, както и оценките на лицата със здравни проблеми и общността за състоянието на здравето и възможностите за подобряване.

Извършването на такава оценка изисква разбирането за „потребности“ от една страна като индивидуалната оценка на възникващите несъответствия между желаното и възприемано като приемливо състояние на здравето и реалността и от друга като форма на експертна (епидемиологична, здравно-политическа, организационно-управленска) оценка за съответствието с възможностите и достъпните ресурси в системата на здравеопазване. (2,3)

Общата медицинска помощ представлява дългосрочно медицинско обслужване както на здрави, така и на болни, провеждано в общността от лекар, който отделя всеотдайно внимание на личността, семейството и социалната среда, като извършва и координира голямо разнообразие от медицински и немедицински дейности, съобразени с жизнените условия и специфични потребности на избралите го лица. (2)

Така общопрактикуващите лекари работят дълготрайно и в близък контакт с общността и това позволява идентификация на най-значимите здравни проблеми на избралите ги лица, както и определянето на конкретни целеви групи и специфични дейности насочени към подобряване на тяхното здраве, както и да участват активно в идентифициране на други фактори, извън сферата на дейност на общата медицинска практика, които оказват най-значимо влияние върху качеството на живот на техните пациенти. (2)

ЦЕЛТА на представеното проучване е определяне и оценка на здравните потребности на конкретни групи от населението в общата медицинска практика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проучването обхваща 100 общопрактикуващи лекари (ОПЛи) - 25% случайна извадка от сключилите договор със здравната каса в Пловдивска област, проведено се по метода на пряка индивидуална анкета в периода 01.04.2011-02.07.2011г. За целите на проучването е разработен специален инструментариум, включващ няколко панела въпроси – за оценка на: а) здравните потребности и факторите влияещи върху необходимостта от координирани грижи за целеви групи от регистрираните в практиката лица; б) възможностите за реализиране на комплексни дейности в общата медицинска практика и с участието на други специалисти и институции на здравната и социална системи, в) професионални и демографски характеристики на участващите изпълнители и техните практики. Анкетният инструментариум е разработен след проучване на добрата практика установена в други страни и апробиран след обсъждане в експертна фокус група за гарантиране на конструктивна валидност. (4,5,6)

Данните за участниците в проучването са представителни за изследваната професионална съвкупност в пловдивска област (общопрактикуващи лекари). Преобладаваща част са жените (n=54, 66.7%), участниците с трудов стаж като общопрактикуващи лекари (ОПЛи) над 5г. (n=77, 95.1%), работещите в индивидуални практики (n=69, 85.2%) и тези в практики от градски тип (n=52, 64.2%). Повече от половината практики имат регистрирани между 800 и 1500 здравноосигурени лица (n=46, 56.8%), а всяка трета практика има листа от 1500 до 2000 души (n=22, 27.2%), като вътрешно груповите разлики са статистически значими (P<0.001).

Статистическата обработка на данните се извърши с SPSS 19.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ: Дълготрайната и непрекъсната връзка между общо практикуващ лекар и лицата, които са го избрали предполага наличието на многостранна информация както за здравните проблеми на пациентите, така и за тяхното отражение върху семейната и социална среда на болния и настъпилите ефекти върху качеството на живот особено при наличието на хронични и дълготрайни заболявания.

Фактори с най-значимо отражение върху здравното състояние на здравноосигурените лица в тяхната листа

Получените данни показват, че според 77,5% (62) от участващите лекари те разполагат с информация за наличието на разнообразни здравни проблеми на всички или по-голяма част от своите пациенти, а 65,4% (53) – познават отражението им върху различни аспекти на качеството на живот.

Анкетираните ОПЛи идентифицират като приоритетни по отношение на най-значимо намаление на качеството на живот, свързано с наличието на здравни проблеми, някои групи пациенти, сред които се отличават възрастните хора над 65 години (n=56, 69.1%), лицата с инвалидност (n=48, 59.3%), лицата без здравноосигурителни права (n=45, 55.6%) и тези в неравностойно положение (напр. самотни, бездомни и др.) (n=43, 53.1%). (табл. 1)

Табл.1 Групи лица, регистрирани в практиките за първична медицинска помощ, при които се установява най-значимо навлягане на качеството на живот (групираны според основни критерии, използвани при оценката на здравни потребности)

Групи лица	Градски райони		Извънградски райони		Неблагоприятни и отдалечени населени места		Общо	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
По възраст								
Деца 0-5г.	11	13,6	3	3,7	3	3,7	17	21,0
Деца 6-14г.	11	13,6	5	6,2	3	3,7	19	23,5
Подрастващи и младежи 15-24г.	10	12,3	2	2,5	4	4,9	16	19,8
Хора в активна трудова възраст	10	12,3	8	9,9	2	2,5	20	24,7
Възрастни (над 65г.)	32	39,5	12	14,8	12	14,8	56	69,1
По пол								
мъже	25	30,9	9	11,1	12	14,8	46	56,8
жени	25	30,9	9	11,1	12	14,8	46	56,8
По здравно състояние								
Лица с инвалидност	23	28,4	17	21,0	8	9,9	48	59,3
Лица с хронични заболявания	17	21,0	9	11,1	8	9,9	34	42,0
По социално-икономически статус								
Лица в неравностойно положение (напр. самотни, бездомни и др.)	19	23,5	14	17,3	10	12,3	43	53,1
Етнически и религиозни малцинства	11	13,6	6	7,4	5	6,2	22	27,2
Здравно неосигурени	20	24,7	16	19,8	9	11,1	45	55,6

Сред факторите, които имат най-значимо влияние върху здравословното състояние на пациентите, ОПЛи посочват на основно икономически детерминанти като „разходите за здравни услуги“ (n=62, 76,6%), „нивната на доходите“ (n=43, 53.1%), както и нарушената „достъпност на здравните услуги“ (n=38, 47.0%), което отразява настъпилите тежки неравенства в резултат от икономическата криза и извършените неефективни реформи.

Оценките за здравното състояние и потребностите на пациентите показват приоритетното значение, което имат за изследваните практики дейностите свързани с наличието на сърдечно-съдови (90,2%) и мозъчно-съдови заболявания (60,5%), диабет (43,2%), онкологични заболявания (29,6%), инвалидност (14,8%) и др.

В проучването бяха включени и рискови поведенчески фактори, които влияят пряко върху здравното състояние. Данните посочват, че сред посочените фактори на първо място за популацията, която обслужват анкетираните ОПЛи значение имат: наднорменото тегло (32,1%), нездравословното хранене (25,9%), употребата на тютюневи изделия (22,2%) и наркотични вещества (12,3%).

Сред тези дейностите, които могат да бъдат извършени в първичната медицинска помощ, за подобряване на здравето на населението при тази констелация от проблеми, най-голяма значимост ОПЛи отдават на необходимостта от обучение на хронично болните (84%) и профилактиката чрез здравно обучение на цялата популация (81,4%), както и извършването на скрининг за ранното откриване на заболявания (79%) и повишаването на качеството на диагностичния процес като цяло (80,2%). Редица проучвания показват недостатъчно ефективното извършване на тази дейност у нас. (7)

Общопрактикуващите лекари отчитат изключителното значение което имат координацията с други специалисти (63%) в здравната система, провеждането на рехабилитация и долекуване (53,1%), оказването на медицинска помощ в дома на пациентите (45,7%) и в много голяма степен режима на отпускане на лекарствени средства (70,4%).

Всички тези фактори бяха в значителна степен повлияни от извършените промени в здравната система – въвеждането на лимити и регулативни норми, закриването на лечебни заведения, ограниченията за назначаване на терапия и непрекъснати промени в лекарствените списъци, неефективното разпределение на ограничените

средства и ресурси и др.

Удовлетворяването на потребността от достатъчни по обем качество дейности в тези направления изисква в значителна степен за бъдат преразгледани регулативните стандарти и системата за разпределение на ресурсите в здравеопазването, включително диференцирано и целевото финансиране в първичната медицинска помощ. Това би могло да стане при ангажирано участие и в сътрудничество със заинтересованите институции и по-широк кръг от участници.

Възможности за реализиране на комплексни дейности в общата медицинска практика и с участието на други специалисти и институции на здравната и социална системи.

Участниците в проучването бяха помолени, като част от процеса на оценка на здравните потребности и възможностите за тяхното удовлетворяване да посочат други заинтересувани участници и институции, които по тяхно мнение биха могли да подпомогнат реализирането на политики и локални програми по отношение на трите най-значими здравни проблема в тяхната практика (т.е. такива, които засягат голям брой лица или имат силно негативно отражение върху качеството им на живот). При изразяване на мнения анкетиранияте лекари трябваше да се съобразят с реалните възможности за реализиране на програми и дейности за подобрене, както и с отношението и ролята на основните „ангажирани страни“.

Данните от проучването показват, че според ОПЛи дори решаването на здравните проблеми с най-висок приоритет това зависи в най-голяма степен от самите пациенти (n=37, 453,7%). На второ място участниците виждат своята роля и тази на други медицинските специалисти (n=24, 29,6%) и много малка част имат нагласата да очакват реално участие и сътрудничество от страна на държавните институции, местни власти и личности с влияние в общността и най-малко от граждански организации, вкл. пациентски. (табл.2)

Табл.2 Оценки на анкетиранияте ОПЛи за участници, които биха могли да допринесат за решаване на приоритетните проблеми и удовлетворяване на здравните потребности

Участници	Приоритетни проблеми (здравни потребности по ранг)					
	1		2		3	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Самите пациенти	37	45,7	41	50,6	28	34,6
Мед. професионалисти	24	29,6	27	33,3	30	37,0
Влиятелни личности в общността	3	3,7	1	1,2	3	3,7
Граждански организации	2	2,5	0	0	0	0
Местни власти	3	3,7	3	3,7	4	4,9
Държавни институции	6	7,4	1	1,2	7	8,6

Повече от 50,6% ОПЛи „в повечето случаи“ търсят сътрудничество със специалисти в извънболничната медицинска помощ, а 38,3% (31) търсят „при крайна необходимост“ лекари в болничната помощ. Наред с това участниците търсят само при „крайна необходимост“ сътрудничество с социални работници и рехабилитатори. Голяма част от тях „не търсят“ сътрудничество с неправителствени организации (33,3%).

До голяма степен това отразява ниската увереност на участниците във възможностите за постигане на широка подкрепа и консенсус и реално повлияване върху взимането на управленски решения, както за общите приоритети, така и на локално равнище. Тези резултати са свързани с икономически, организационни, социално-политически, образователни, психологически и др. лимитиращи фактори, водещи до понижена мотивация и високи нива на професионално изчерпване. (8)

ИЗВОДИ:

Полученият модел за оценка на здравните потребности позволява да се разработят програми насочени към таргетни групи с най-значимо намаление на качеството на живот, свързано с наличието на здравни проблеми (пациенти над 65 години, особено хронично болни и самотни лица, както и здравно неосигурени лица).

Дейностите свързани с оказване на комплексни и непрекъснати грижи и координиране на различни медицински и социални услуги са силно пренебрегвани при вземане на управленски решения, което силно демотивира изпълнителите на медицински дейности, компрометиращо реализирането на мисията на общата медицинска практика и има негативно влияние върху ефективността на първичната медицинска помощ.

Библиография

1. Hristov J., Ivanov G., Dimitrova D. *Ethical dimensions of the healthcare reform in Bulgaria. Public Health and Health care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration. ISBN 978-960-98825-0-7 Alexandropoulos, 8-10 May 2009 / book of abstracts – p.8/*
2. Иванов, Г., Димитрова, Д. *Въведение в общата медицина и общата медицинска практика. изд. Жанет, Пловдив 2010, стр. 27-31*
3. Иванов Г., Д. Димитрова, Н. Иванова, „Качеството на общата медицинска помощ – съдържание, параметри, диагностика, осигуряване, управление“; Сб. Първи национален конгрес по Обща медицина с международно участие (03.-06.11.2005), Варна, стр.47
4. Gilliam, S.J. *Assessing the health care needs of populations the general practitioner's contribution. British Journal of*

General Practice, October 1992

5. *Health Needs Assessment Questionnaire Wairarapa DHB, 2007*

6. Quigley, R., Cavanagh, S., Harrison, D., Taylor, L. *Clarifying health impact assessment, integrated impact assessment and health needs assessment. Health Development Agency 2003*

7. Чачевски Н. *Скринингът в общата медицинска практика. Дисертация. Пловдив, МУ-Пловдив, 2009*

8. Киров, Л. *Ниво на стреса и свързания с него burnout синдром сред общопрактикуващи лекари в България. Соц. Мед., 16, 2008, №1-2*

БАРИЕРИ И ТРУДНОСТИ ЗА ПЪЛНОЦЕННО РЕАЛИЗИРАНЕ НА ХОЛИСТИЧНИЯ ПОДХОД В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Донка Димитрова¹, Боряна Левтерова¹, Любомир Киров², Невена Иванова¹, Ангел Джамбов³

¹ Катедра Здравен мениджмънт, икономика на здравеопазването и обща медицина, ФОЗ, МУ-Пловдив

² Национално Сдружение на Общопрактикуващите Лекари в България

³ Медицински факултет, МУ-Пловдив

Био-психо-социалната концепция за човека доведе до създаването и прилагането в науката и практиката на специфичен подход на поведение, който е известен като "холистичен" и той има изключително важно значение за медицината.

Мисията на общата медицинска практика е да осигурява непрекъснати, висококачествени и адекватни на здравните потребности на хората медицински грижи, основани на холистичния подход и продължителната връзка на пациентите с избран от тях общопрактикуващ лекар, който да решава до 80% от здравните им проблеми и да координира достъпа до другите нива на система на здравеопазване и социални дейности.

Общата медицинска помощ включва дългосрочни здравни и медицински услуги, провеждани в общността, като се отделя всеотдайно внимание на личността, семейството и социалната среда и се извършва и координира голямо разнообразие от медицински и немедицински дейности, съобразени с жизнените условия и специфични потребности на избралите го лица. (1)

Така фактически се реализира холистичния подход, основаващ се на разбирането, че промяната и възстановяването на био-психо-социалния баланс изисква въздействие върху всяка една от трите компоненти (психична, социална и соматична) за постигане на висока ефективност и ефикасност на медицинската помощ.

Общата медицинска практика създава условия, различни от останалите нива на здравната система, в които прилагането на холистичния подход е трудно осъществимо и дейността е насочена предимно към биологичните и психологични промени у човека. (2)

За съжаление последните години на преход у нас ясно показват, че в условията на икономическа криза мисията на общата медицина трябва да се осъществява в условията на засилващо се социално разслоение, безработица, нарастваща бедност, маргинализация, наркомания, и др. и появата на големи групи от хора в неравностойно положение – социално слаби и хронично болни хора, инвалиди и др.. Влошаването на показателите за здравното състояние на населението и обществената неудовлетвореност, налагат да се направят изводи за дисбаланса във възможностите на здравната система да отговори на здравните потребности на различни групи от населението и да прилага комплексен подход основаващ се на социалния модел на здравето. (3)

ЦЕЛТА на представеното проучване е да изследва бариерите, които пречат на пълноценното реализиране на холистичния подход в дейността на общопрактикуващите лекари и така възпрепятстват оказването на комплексна, продължителна и интегрирана медицинска помощ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проучването обхваща 100 общопрактикуващи лекари (ОПЛи) - 25% случайна извадка от сключилите договор със здравната каса в Пловдивска област. Проведе се по метода на пряка индивидуална анкета в периода 01.05.2011 до 05.07.2011 г. За целите на проучването е разработен специален инструментариум, включващ няколко панела въпроси – за оценка на: а) здравните потребности и факторите влияещи върху необходимостта от координирани грижи за целеви групи от регистрираните в практиката лица; б) възможностите за реализиране на комплексни дейности в общата медицинска практика и с участието на други специалисти и институции на здравната и социална системи, в) професионални и демографски характеристики на участващите изпълнители и техните практики. Анкетният инструментариум е разработен след проучване на добрата практика установена в други страни и апробиран след обсъждане в експертна фокус група за гарантиране на конструктивна валидност. (4,5,6)

Данните за участниците в проучването са представителни за изследваната професионална съвкупност в пловдивска област (общопрактикуващи лекари). Преобладаваща част са жените (n=54, 66.7%), участниците с трудов стаж като общопрактикуващи лекари (ОПЛи) над 5 г. (n=77, 95.1%), работещите в индивидуални практики (n=69, 85.2%) и тези в практики от градски тип (n=52, 64.2%). Повече от половината практики имат регистрирани между 800 и 1500 здравноосигурени лица (n=46, 56.8%), а всяка трета практика има листа от 1500 до 2000 души (n=22, 27.2%), като вътрешно груповите разлики са статистически значими (P<0.001).

Статистическата обработка на данните се извърши с SPSS 19.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

Дълготрайната и непрекъсната връзка между общо практикуващ лекар и лицата, които са го избрали при

прилагането на холистичния подход предполага наличието на многостранна информация както за здравните проблеми на пациентите, така и за тяхното отражение върху семейната и социална среда на болния и настъпилите ефекти върху качеството на живот особено при наличието на хронични и дълготрайни заболявания.

Получените данни показват, че според 77,5% (62) от участващите лекари те разполагат с информация за наличието на разнообразни здравни проблеми на всички или по-голяма част от своите пациенти, но 14,8% признават, че тази информация е непълна и те са информирани само за някои от тях.

Прави впечатление фактът, че всеки трети ОПЛ (n=24, 29,6%) няма достатъчно информация за ефекта на възникващите физически и функционални отражения върху качеството на живот и възможностите за реализиране на жизнения потенциал за физическа, психическа и социална активност на избраните го лица.

Сред факторите, които имат най-значимо влияние върху здравословното състояние на пациентите, ОПЛи посочват на основно икономически детерминанти като „разходите за здравни услуги“, „нивата на доходите“, както и нарушената достъпност на здравните услуги, което отразява настъпилите тежки неравенства в резултат от икономическата криза и извършените неефективни реформи. (табл.1)

Табл. 1 Оценка на ОПЛи за значимостта на факторите детерминиращи здравното състояние на техните пациенти

Фактори	като „най-значим“ и „значим“		
	Бр.	%	Ранг
Разходи за здравни услуги	62	76,6	1
Нива на доходи	43	53,1	2
Достъп до здравни услуги	38	47	3
Здравна култура и информираност на пациентите	32	39,5	4
Жилищни и хигиенни условия	26	32,1	5
Състояние на инфраструктура и транспорт	26	32	6
Семейна среда и обществена подкрепа	22	27,2	7
Трудова заетост	21	25,9	8
Социална изолация	19	23,4	9

Оценките за здравното състояние и потребностите на пациентите показват приоритетното значение, което имат за изследваните практики дейностите свързани с наличието на сърдечно-съдови (90,2%) и мозъчно-съдови заболявания (60,5%), диабет (43,2%), онкологични заболявания (29,6%), инвалидност (14,8%) и др. Сред тези дейности най-голяма значимост ОПЛи отдават на необходимостта от обучение на хронично болните (84%) и профилактиката чрез здравно обучение на цялата популация (81,4%), както и извършването на скрининг за ранното откриване на заболявания (79%) и повишаването на качеството на диагностичния процес като цяло (80,2%). Най-често това са и основните приоритети на общата медицина в страните с развити здравни системи, но редица проучвания показват недостатъчно ефективното извършване на тази дейност у нас. (7)

Наред с това участниците отчитат изключителното значение което имат координацията с други специалисти (63%), провеждането на рехабилитация и долекуване (53,1%), оказването на медицинска помощ в дома на пациентите (45,7%) и в много голяма степен режима на отпускане на лекарствени средства (70,4%). (табл.2)

Табл.2 Ранжиране на различни видове дейности съответстващи на здравните потребности на регистрираните лица в пациентските листи на изследваните практики според оценките на ОПЛи за необходимостта от провеждане

Необходими дейности съответстващи на здравните потребности	Бр.	%	Ранг
Обучение на хронично болни	68	84,0	1
Здравно обучение, вкл. за здравословен начин на живот	65	80,2	2
Повишаване на ефективността на диагностика и терапия, вкл. възможностите за насочване за консултации и изследвания	65	80,2	3
Профилактични прегледи и скринингови изследвания	64	79	4
Облекчаване на режима за отпускане на лекарствени средства	57	70,4	5
По-добро координиране на дейности между ОПЛи, специалисти и болнични заведения	51	63,0	6
Разширяване на възможностите за провеждане на рехабилитация и долекуване	43	53,1	7
Оказване на медицинска помощ в дома	37	45,7	8
Социално подпомагане на самотни хора, инвалиди и др.	31	38,3	9

Всички тези фактори бяха в значителна степен повлияни от извършените промени в здравната система – въвеждането на лимити и регулативни норми, закриването на лечебни заведения, ограниченията за назначаване на терапия и непрекъснати промени в лекарствените списъци, неефективното разпределение на ограничените средства и ресурси и др.

Резултатите от проучването разкриват действието на множество бариери, които ограничават възможностите и мотивацията на ОПЛи за пълноценно и ефективно реализиране на холистичния подход. Така всеки десети (11,1%) ОПЛ признава, че няма възможност да отделя внимание и време по време на медицинските консултации за комплексно обсъждане на здравните проблеми на своите пациенти и тяхното отражение върху качеството на живот или прави това „при крайна необходимост“ и също толкова (9,9%) от участниците не успяват да поддържат ефективна комуникация със семействата и непосредственото обкръжение на своите пациенти.

Неефективна е комуникацията не само между пациентите и техните семейства с общата медицинска практика. Проблемите пред фактическото изпълнение на дейностите изискващи координираните усилия на по-широк екип от участници се отразява в оценката на общопрактикуващите лекари за степента на сътрудничество с други професионалисти и институции.

Всеки трети от анкетирания лекари (30,9%) съобщава, че няма възможност да сътрудничи и подпомага организирането на дейности свързани с рехабилитация и физиотерапия на свои пациенти, 10.1% нямат възможност за ефективно сътрудничество с болнични лекари (за някои от случаите на хоспитализация на пациенти дори няма информация в общите медицински практики) или дори за координирано извършване на диагностика, лечение и рехабилитация съвместно с други специалисти от извънболничната помощ или го правят при „крайна необходимост“ (8,8%).

Повече от половината медицински професионалисти в първичната помощ обичайно „не си сътрудничат“ или „не считат за необходимо“ да работят съвместно с представители на социални служби (51.8%), неправителствени организации (81,4%) или психолози и психотерапевти (55,6%), за преодоляването на ефектите на здравните проблеми върху качеството на живот на засегнатите лица и техните семейства.

В голяма част от случаите тези резултати са свързани с икономически, организационни, социално-политически, образователни, психологически и др. лимитиращи фактори, водещи до понижена мотивация и високи нива на професионално изчерпване.

Изследването показва, че най-честите причини посочвани от участниците за липсата на мотивация и фактическа условия за ефективно прилагане на холистичния подход в общата медицинска практика са „работното натоварване“ (45,3%), продължителността на работното време (18,7%) и „финансирането“ на дейността (13,3%), а 7,4% се затрудняват да определят точни причини, като посочените резултати не зависят от демографските и професионални характеристики на изпълнителите и практиките за първична медицинска помощ, с което потвърждава резултати получени при други изследвани на професионалната група. (8,9)

ИЗВОДИ: Регулативната и финансово-икономическа рамки на първичната помощ у нас се отличават със значителен дисбаланс. Те са основно насочени към ограничени аспекти на здравните проблеми и оставят извън фокус психосоциалните потребности на пациентите, като не позволяват ефективно осъществяване на мисията на общата медицина.

Дейностите свързани с оказване на комплексни и непрекъснати грижи и координиране на различни медицински и социални услуги са силно пренебрегвани при вземане на управленски решения, което силно демотивира изпълнителите на медицински дейности, компрометираща реализирането на мисията на общата медицинска практика и има негативно влияние върху ефективността на първичната медицинска помощ.

Библиография

1. Иванов, Г., Димитрова, Д. Въведение в общата медицина и общата медицинска практика. изд. Жанет, Пловдив 2010, стр. 27-31
2. Иванов Г., Д. Димитрова, Н. Иванова, „Качеството на общата медицинска помощ – съдържание, параметри, диагностика, осигуряване, управление“, Сб. Първи национален конгрес по Обща медицина с международно участие (03.-06.11.2005), Варна, стр.47
3. Hristov J., Ivanov G., Dimitrova D. Ethical dimensions of the healthcare reform in Bulgaria. Public Health and Health care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration. ISBN 978-960-98825-0-7 Alexandropoulos, 8-10 May 2009 / book of abstracts – p.8/
4. Gilliam, SJ. Assessing the health care needs of populations the general practitioners contribution. British Journal of General Practice, October 1992
5. Health Needs Assessment Questionnaire Wairarapa DHB, 2007
6. Quigley, R., Cavanagh, S., Harrison, D., Taylor, L. Clarifying health impact assessment, integrated impact assessment and health needs assessment. Health Development Agency 2003
7. Чачевски Н. Скринингът в общата медицинска практика. Дисертация. Пловдив, МУ-Пловдив, 2009
8. Киров, Л. Ниво на стреса и свързания с него burnout синдром сред общопрактикуващи лекари в България. Соц. Мед., 16, 2008, №1-2
9. Тодорова, М., В. Михайлова. Професионалната удовлетвореност –психоемоционално прегаряне при медицинските специалисти. сп.Управление и образование, 2008 том IV(3), 168-173.
10. Лъчкова М., В. Михайлова. Здравната промоция в дейността на лекаря по обща медицина при смърт на член от семейството -, Обща медицина 3/2002. стр.3-5.

11. Михайлова-Алакиди В., М. Тодорова, Д. Бакова. Същност и роля на социалната анамнеза в напреднала възраст. *Управление и образование, 2010, том VI, (4), 354-357.*

PRIMARY HEALTH CARE REFORM IN TURKEY: WHAT WAS LACKING BEFORE? WHAT THE REFORM OFFERED?

*Prof. İlhami Unluoglu, M.D. *, Prof. Murat Unalacak, M.D.**

**Eskişehir Osmangazi University, Medical Faculty, Dept. of Family Medicine, Eskişehir/Turkiye*

Turkey is the most crowded country of the Balkans region, with a population of 74,8 millions inhabitants. The total surface area is nearly 800 000 square km, and 3% of this area is situated in South-Eastern Europe and the rest in South-Western Asia (Anatolia). Administratively, divided into 81 provinces (cities) (1, 2, 3). 75.5% of the population lives in province and district centers. The number of population living in İstanbul which is the highest populated province is 12 915 158. The half of population is below age 28.8 in Turkey. The median age of the population in Turkey is 28.8 (4).

According to 2008 data, there are 847 Ministry of Health (MoH), 57 university, 400 private, 46 other hospitals, in total 1 350 hospitals in Turkey. The number of legally maximum acceptable beds in total is 188 065, 119 310 of them are in MoH, 29 912 of them are in university, 20 938 of them are in private, 17 905 of them are in other hospitals. Other refers to the hospitals owned by other public establishments and local administrations. In 2008, total number of physicians is 113 151, which are 56 973 specialists, 35 763 practitioners and 20 415 medical residents (4). There are 71 medical schools in Turkey and more than 6000 new medical doctors are graduated each year.

The Turkish MoH has been established in 1920 and made legal arrangements in many fields between the years 1920-1938. Taking into consideration the conditions of this period (after World War-I and the Liberation War of the Republic of Turkey) priority aims of these arrangements were;

- Solving post-war problems,
- Supporting health personnel in quality and quantity,
- Establishing health care structure from urban centers to rural areas,
- Spreading preventive health services (5).

In the period between 1938-1960, legal arrangements and practices were carried out in order to strengthen the central structure and develop policies with social content. The Labor Insurance Institution, which forms the beginning of the Social Security System was established in 1945, thus; the monopoly of the MoH in the field of service and employment was abandoned. Studies regarding the establishment of a Pension Fund were carried out in this period and the coverage of social security started to be expanded. Many laws made in these years are still in force and constitute the basis of the national health organization (5).

An important health reform was launched; "The Law on the Socialization of Health Services" (numbered 224) came into force in 1961. Health policies applied until 1980 were formed within the context of this law. According to the law (numbered 224); health houses (units) and health centers are the basic health institutions in primary health care (PHC) (1,5).

In the first 20 years of this regulation an apparent, but limited improvement in PHC was observed. In the last two decades PHC services and their management have been facing significant problems. The existing health care system (HCS) was organised regarding the needs of the rural population in 1961, but in Turkey today nearly two thirds of the population are living in urban areas. Regulations which were considered to be very suitable for the rural area in the past, appeared to be insufficient for crowded cities. Current HCS are not able to catch up the rapid changes in health care technology and contemporary patients' needs (1). The ratio of budget of the MoH to national budget is limited as 2-4 %. The using of hospitals as the first point of entry to the healthcare system, can not be prevented. The population profile of Turkey seems relatively young, compared with other European countries, but the population is gradually aging. On the other hand, there was low confidence to knowledge and skills of practitioners, and at the site of physicians there was ongoing stress of residency program entrance examinations, as all physicians felt obligation to be a specialist due to low professional status of practitioners in the community (2).

Because of the complexity and the problems in our system, the healthcare reform studies were undertaken to provide permanent solutions to the problems of the sector. The need for changes in healthcare structure was recognised in the early 1980s, and studies towards improvement of the health system have continued since that date. The main goal was to increase the quality and efficiency of PHC while modulating FM into the existing structure (2). "The Health Sector Master Plan Study" was initiated in the end of the 1980s, to solve the complexity in HCS. The reform program consists of the following basic principles:

- *Achieving universal coverage of health insurance for all citizens, thus providing financial access,
- *Providing universal access, while raising the quality of medical care,
- *To give the emphasis on preventive services, health promotion and primary curative care,
- *Ensuring efficiency in the service provision, effective use of limited resources,
- *Separating financing from the provision of HCS,
- *Service provision reform,
- *Restructuring of the PHC services and development of FM,
- *Decentralization of hospitals,

*Health care financing reform, implementing the general health insurance scheme(1, 6).

Despite this detailed plan, the reform process progressed very slowly until 2003.

Development of Family Medicine in Turkey

In Turkey, the speciality training of FM was included in the medical specialization regulations in 1983, and two years later (1985) specialization of FM began in the educational hospitals of MoH, in three big cities of the country ; Ankara, Istanbul and Izmir (1,2,7,8).

According to the medical specialization regulation; the legal mandatory minimum duration of FM residency training is 3 years and it consists of rotations and a year office-based PHC field training. This three-year program includes 5 months of internal medicine (one of this six months is at cardiology department), 5 months of pediatrics, 4 months of obstetrics and gynecology, 1 month of surgery, 2 months of psychiatry rotations and also 18 months office-based PHC field training (9).

The Turkish Association of Family Medicine (TAHUD) was established in 1990, by the pioneers of FM in the country, to serve as a professional organisation for family physicians (FPs) (specialists with vocational training) and to improve the academic clinical discipline of FM. TAHUD has organized 10 national congresses, (the first one; on November 25-26, 1993 in Istanbul), 2 national FM days, many scientific meetings and courses on specific subjects related to FM.

In 1985, the first specific journal in the field was published by the Department of FM of Kocaeli University. Today, although there are some journals related to PHC, "Turkish Journal of Family Medicine" is periodically published by TAHUD as the only peer reviewed scientific journal in the field (8).

FM departments were established in universities upon the decision of the Higher Education Council in August 1993, which was an important milestone in the development of FM in Turkey. The first department was established at Trakya University, Edirne in September 1993 and the first FM specialist academician began to work at Osmangazi University, Eskisehir in May, 1994. Nowadays, FM departments are rapidly developing. More than two thirds of the medical faculties have FM departments (1).

Currently, there are 2000 FPs (specialists) in Turkey. Nearly two thirds of them work in three big cities (Istanbul, Ankara and Izmir). Their workplaces are quite heterogenous; while some of them are working at PHC centers, together with general practitioners, others are working in various institutions that are not related PHC (10).

Current Status of Family Medicine in Turkey

The first law about PHC reform was passed on December 9, 2004. Because of the low number of specialised FPs, the health regulations foresaw that general practitioners working in the national PHC system undergo an initial 7-day in service orientation training. Only physicians who successfully complete this 7 days initial course should be eligible to sign a contract as "family doctor" with the general health insurance. The initial 7 day course ends with a transitional certificate , which will be replaced by a full "family doctor" certificate after successfully completing a one-year on-site second phase in service PHC training.

The pre-pilot implementation began in Duzce on 15 September, 2005. In the beginning of March 2006, ten further pilot cities were declared and right after this announcement, in service training of practitioners started in these cities, as well. Since December 2010, pilot implementation has been completed and every cities in the country have been adopted to the new PHC system.

Also, there are radical changes happening in the social security system of Turkey. Three big social security organizations were abolished and a new organization was established to cover all citizens leading to standardized services for everybody related to retirement and health financing.

On the other hand, there are some barriers in this long journey, such as; political opposition, the existing PHC system, some opponent academic attitudes and some discordance between MoH, TAHUD and TTB (Turkish Medical Association).

"Despite all barriers, it is expected that the importance attributed to primary care services will contribute to the quality of health care in the community, increasing satisfaction among health care users as well as health care personnel."

Key Words: Primary Health Care, reform, Turkey

REFERENCES:

- 1-)Unluoglu I, Ayranci U. Turkey in Need of Family Medicine, "Primary Care"; 2003. Vol.3, pp.988-994
- 2-)Unluoglu I. Health System and Reforms of Primary Health Care in Turkey, "Bulletin of the Association of General Practice / Family Medicine of South-Eastern Europe", vol. 2, p.9
- 3-)World Bank 2009 Turkey Reports, <http://go.worldbank.org/JKLRBNDAR0>
- 4-)What figures say 2010, <http://www.turkstat.gov.tr>
- 5-)Transformation in Health, Ministry of Health of the Republic of Turkey, 2003 December, pp. 7-18.
- 6-)Basak O, Saatci E. The Developments of General Practice/ Family Medicine in Turkey, "The European Journal of General Practice", 1988, vol. 4, pp 126-129
- 7-)Gorpelioglu S, Korkut F, Aytekin F. Family Practice in Turkey, "Family Practice", 1995, vol. 12(3), pp 339-340
- 8-)Ersoy F, Unluoglu I. Family Practice in Turkey: Past, Present and Future; Middle East Journal of Family Medicine , http://www.mejfm.com/journal/July03/index_FamPrac.htm
- 9-)Türkiye aile hekimleri uzmanlık derneği web sayfası, <http://www.tahud.org.tr/bibem/bibem>
- 10-)Topalli R. Aile Hekimlerinin Durumu: Kesitsel bir calisma, "Aile Hekimligi Dergisi", 2003, vol. 7(4), pp. 46-49 (in Turkish)

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES IN THE FUNCTION OF GENDER

Prim.mr sci.dr Nada Vukadinović, Prim.dr Biljana Cimbalević

Health Center Kruševac, Kruševac Home Health

The concept of HRQOL results from well-known broad definition of health and WHO 1s health determines that a state of complete physical as well as, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease and disability. Monitoring patients with chronic diseases are the established, that the assessment of their health status and adherence were not sufficient only objective clinical and laboratory parameters, it is important to patient's own experience of illness and impact on quality of life. WHO establish QoLi definition 1995.2, quality of life is the individual perception of their living culture and position in the existing system of values and establishes indicators that show how patients are functioning and how the disease limits their activities. To assess the quality of life there are two different types of tests:

- general-generic (generic measures). 3
- specific in relation to the disease (disease-specific measures)

15D is a general, 15-dimensional, standardized, self-reckonable questionnaire related quality of life (HRQOL), which can be used as a profile and single index measures. Made by prof. Harri Sintonen⁴ based on a representative sample of the adult population of Finland and by self-report postal survey.

OBJECTIVE

is to measure quality of life of patients and determine the specific area of quality that are not satisfactory and we see the impact of gender on it.

METHOD

15D is filling the questionnaire (with permission of the author Harri Sintonen questionnaire, Finland). The questionnaire contains 15 questions with 5 gradations and covers physical, mental and social aspects of life. Questionnaire was completed in February 2010 by chroniclers in Medical Center in Kruševac.

RESULTS

Data were analyzed by the original program (the sum of all 15 questions gives a one. The study includes 150 mean age 68.86, of which 55 men and 95 women.

Table 1 Schedule of respondents by age and sex

years/sex	Do 59	60-69	70-79	> 80	total	Average age
men	8	15	25	7	55	70
women	15	35	36	9	95	68.14
total	23	40	61	16	150	68,8

The overall quality is 0.7675 ± 0.150 ; in women is 0.7643 ± 0.15 ; in men was 0.152 ± 0.7732 . No statistically significant differences

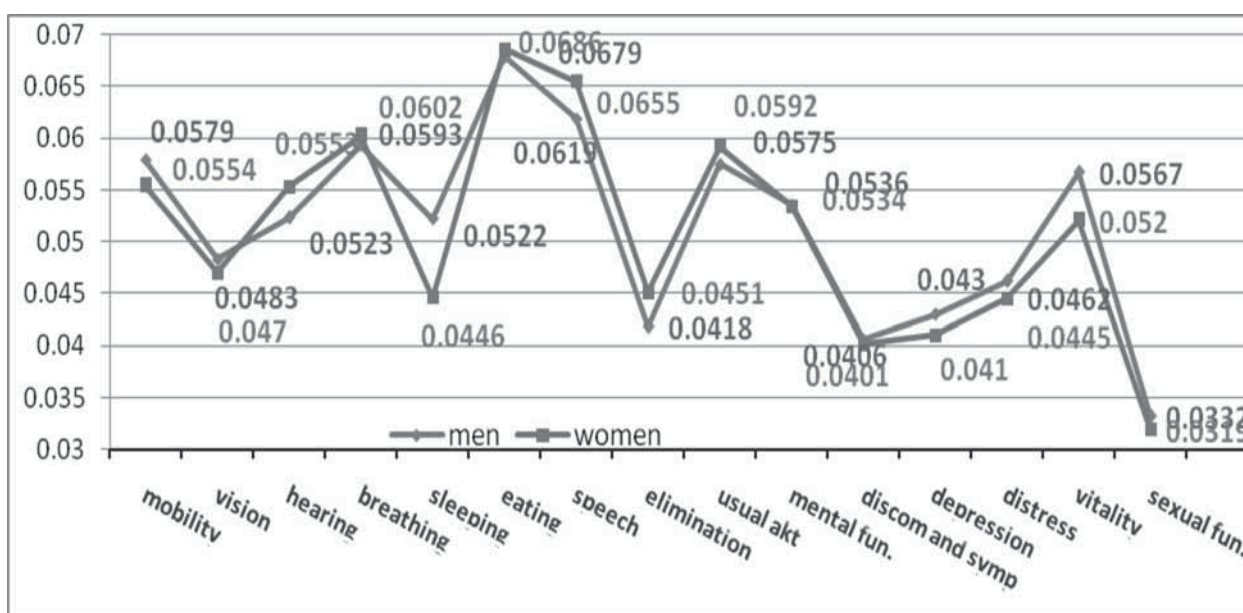


Figure 1 The values of individual characteristics by sex

If the reasons for the quality of the special features we see that men are better go and sleep statistically significantly better than women ($t = 2.14$ $p = 0.05$) Also less depressed and have less mental anguish. Statistically significantly fitter than women ($t = 2.35$ $p = 0.05$) The women can hear better, have fewer problems with discharge, better performing normal activities. statistically significantly better speeches than men ($t = 3.25$ $p = 0.01$)

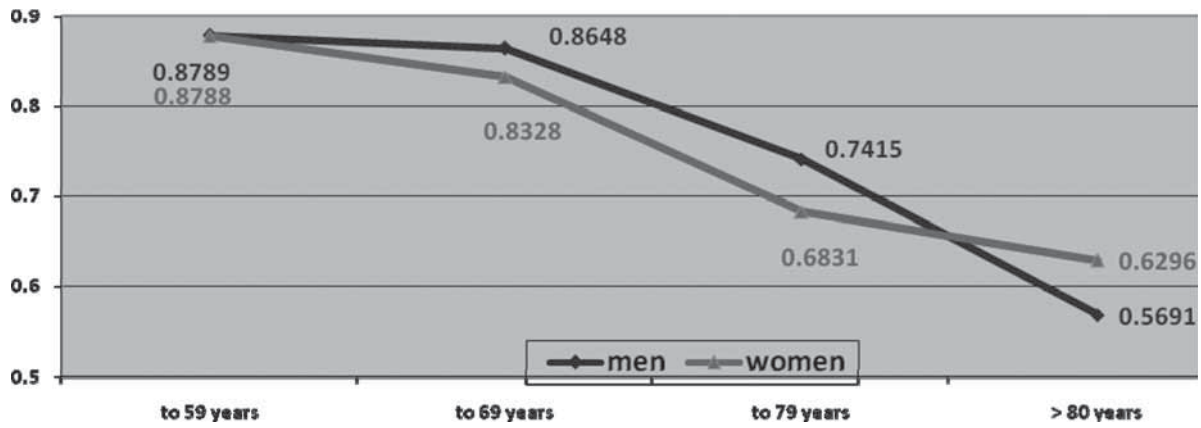


Figure2. Schedule mean values by age and sex

When we follow the mean quality of the years we see that men have a better quality of women after 59 years. life when the quality is the same. In the age group below 79 years. quality varies but there is no statistically significantly. Quality life in both sexes decreased significantly after 69 god. gradually in women and men abruptly so that the minimum quality of men over 80 years.

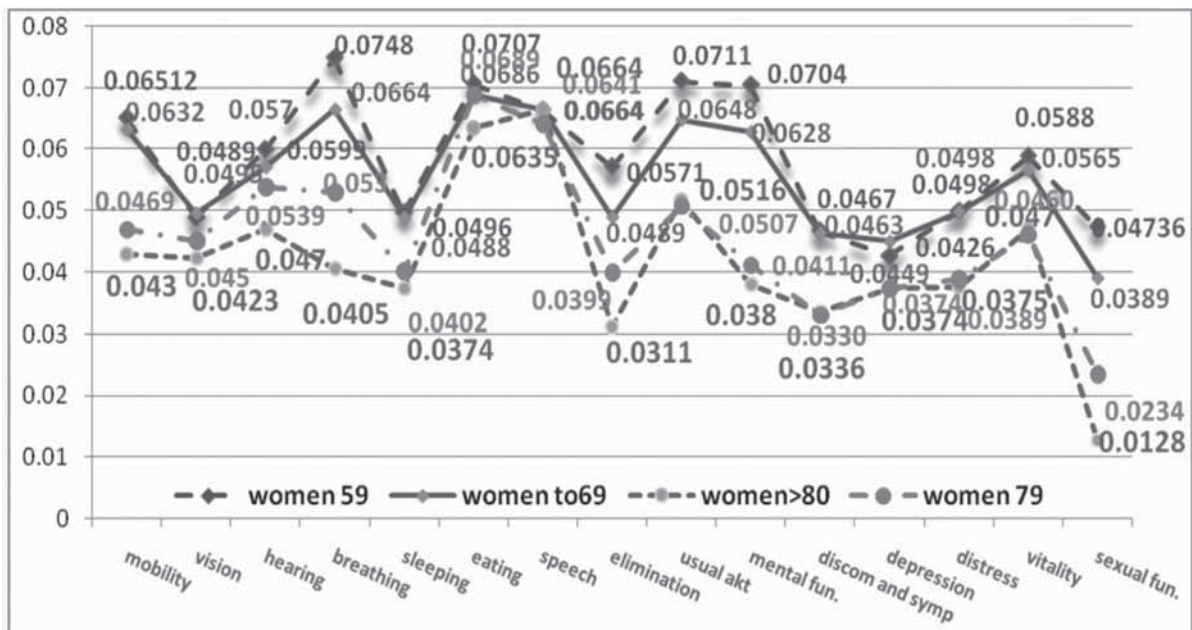


Figure 3. . Schedule mean values by age to women

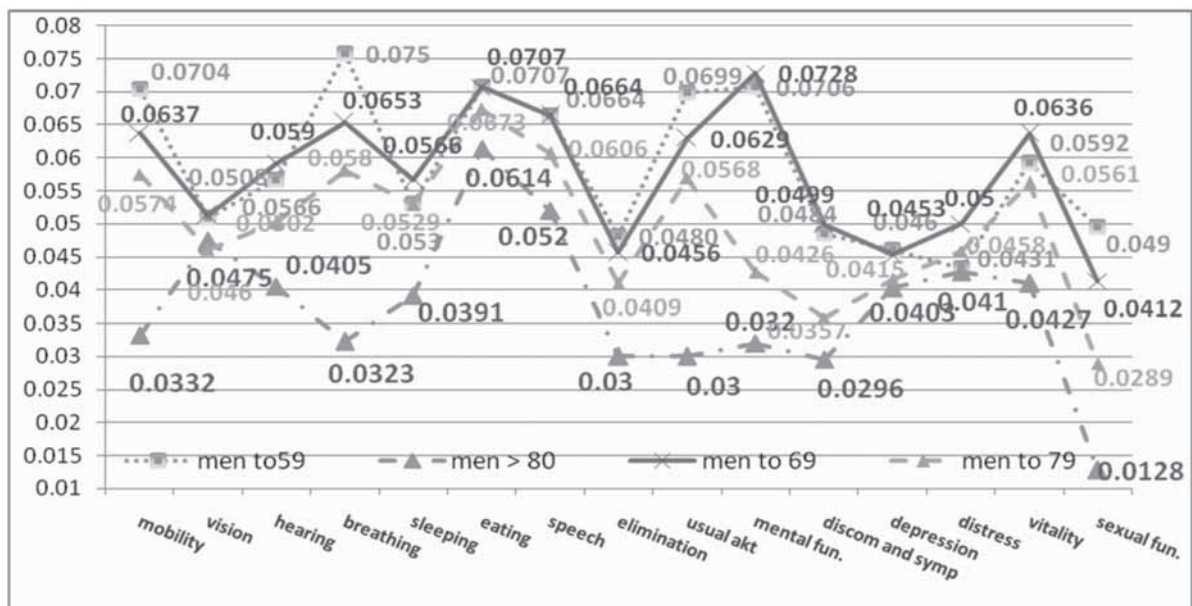


Figure 4. Schedule mean values by age to men

CONCLUSION: Quality of life in both sexes decreased significantly after 69 years, at women gradually and at men rapidly, so the lowest quality of life have men over 80yer

LITERATURE

1. WHOQOL Group. *Measuring Quality of Life: The Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*. Geneva: WHO, 1993.
2. WHO Qol Group *Soc Sci Med*.41,1995.: 1403-1409.
3. Mc'Gee, H., O'Boyle, C.A., Hickey, A., O'Mally, K. i Joyce, C.R.B. *Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and gastroenterology unit population. Psychological Medicine*, 1991; 21, 749-759.
4. Sintonen, H. (2001). "The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications." *Ann Med* 33(may): 328-336.

IMPACT OF THE OPERATIONS LENGTH THE DRIVERS OF SENSORY, MOTOR AND MENTAL ABILITIES IN TERMS OF URBAN PUBLIC TRANSPORTATION

¹Paraskeva Kostovska, ²Goran Avramovski, ³Lj.Sukriev

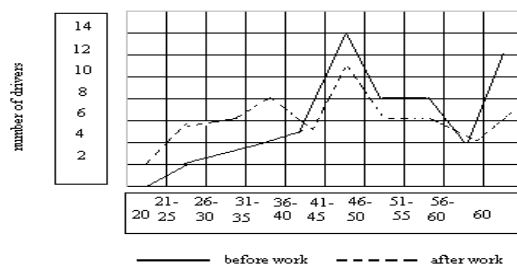
¹Medikal Centar "JSP", ²"Denticija", ³"Army Hospital" Skopje, R.Makedonija

In exploring the impact of the length of working time in drivers for the safe management bus with previously prepared program of psychological testing is covered monitoring of changes

of sensory, psychomotor and mental capabilities influenced the length of operation of drivers in urban public sobrakjaj. Eden part of that program here iznesen. **Object** To determine whether there are significant differences in the ability of concentration on speed and accuracy of recording the driver after operation compared to the level of tracking ability and function prior to rabotenje. **Data and method:** Taken 60 drivers from the D category of working time 6-7 hours a JSP test: Paper and pencil is examined the ability of observing the concentration, speed and accuracy of observing the details in a period interval. Pred to start work testing is done, the environment at work and after hours of 6-7 hours is done testing. The results are graphically prestaveni. **Results** Impact of length of operation significantly affects the ability of concentration and speed accuracy of observation (chart. 1 and 2)

Before and after work notice speed and accuracy

Chart 1

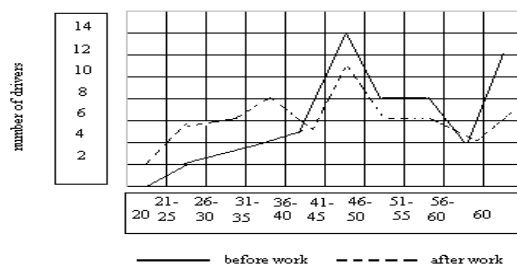


Results of the notice test

Chart 2

Capassility for concentration before and after work

Capassility for notice - concentration



Discussion: To manage the motor vehicle needs to have visual perception and concentration. Is the driver timely true and will react in everyday traffic situations depends on his alertness. These results suggest driver fatigue kojn arises as a consequence of the length of continuous day-time conditions of urban public prevoz. Znachajno I will disturbs concentration. The results showed that after 3 hours work comes to the subjective and objective manifestations of fatigue, so after 6 hours of work without break comes to a significant reduction, especially at certain psihofizioloski abilities declining visual function and efficiency-especially mental alertness of the driver., the accuracy of observing and delayed reflexes which means that a driver working for 6 hours work time without a break is incapable of safely driving a motor vozilo. Conclusions: Continuous-time longer than 6 hours in the words of the urban public transport significantly affects the changes of sensory, motor and mental activities so that dekaistite be considered after that time in terms psihofizioloska not posobni for safe management of buses. why should introduce a pause for 30 minutes during working hours, it imposes a neophodnopotrebno in preventive sense.

УДОВЛЕТВОРНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ КАТО МЕТОД ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО

Ралица Зл. Златанова-Великова, Тихомира Зл. Златанова

УВОД: Качеството на здравното обслужване е приоритет на всяка здравна система. Поради своята сложност здравната дейност има множество критерии за оценка на качеството. Водещо място до сега се отделя на научно-техническите и медико-клиничните критерии, които преди всичко отразяват гледната точка на лекаря. В съвременните здравни реформи все по-голямо внимание се отделя на гледната точка на пациента.

Удовлетвореността на пациентите е един от многобройните методи за оценка на качеството. „Гласът на пациента“ е важно средство за управление на качеството. Чрез проучване на удовлетвореността на пациентите могат да се направят важни изводи за развитието на здравната система и да се оптимизира вземането на решения от здравеопазните институции. [1]

Целта на настоящото изследване е да се проучи и анализира удовлетвореността на пациентите от общопрактикуващите лекари, като се оцени качеството на оказаната медицинска помощ.

За постигането на целта си поставихме следните задачи, които се свързват с определянето на:

1. Удовлетвореността на пациентите от работата на обслужващите ги ОПЛ.
2. Оценката на оказаната им медицинска помощ.
3. Доверието на пациента към личния лекар преди влизане и след излизане от кабинета.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД. Проведохме анкетно проучване сред 629 пациента от цялата страна през месец април 2011 г. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. От анкетираните пациенти 41.3% са мъже и 58.7% жени. Разпределението на респондентите по местоживееене е показано на таблица 1.

Таблица 1. Разпределение на анкетираните пациенти по местоживееене

МЕСТОЖИВЕЕНЕ	АНКЕТИРАНИ ПАЦИЕНТИ
столица	57,9%
град	35,8%
село	6,4%

Количествените анализи са правени със статистическия пакет приложна програма SPSS 17.0. За таблична и графична обработка са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

РЕЗУЛТАТИ. Получените резултати показват, че 47.4% от анкетираните пациенти са напълно удовлетворени от работата на личния си лекар, 37.7% са удовлетворени отчасти, а не малка част 9.2% не са удовлетворени и 5.7% не могат да преценят. /Фигура 2./

Фигура 2. Удовлетвореност на пациентите от работата на ОПЛ



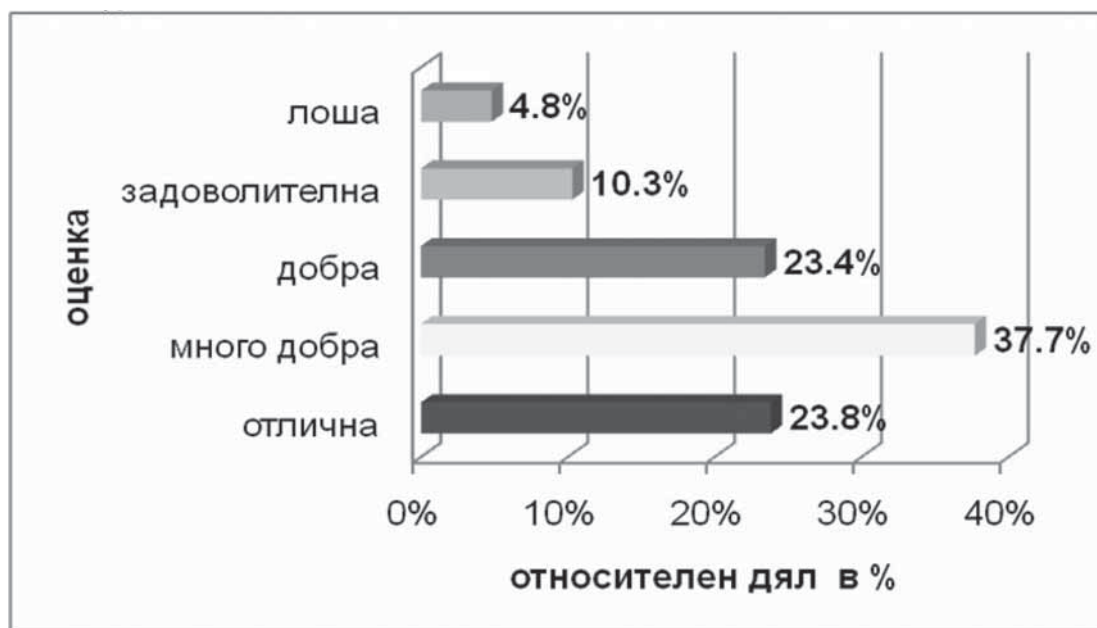
Удовлетвореността на анкетираните пациенти по местоживеене е представена на таблица 1. Получените данни показват, че най-голяма част (50.5%) от жителите на столицата са удовлетворени напълно от обслужващите ги общопрактикуващи лекари, а неудовлетворени от личните си лекари в най-голям процент (10%) са жителите в селата. Този факт може да се обясни с по-трудния достъп на селското население до медицинска помощ, включително първична извънболнична медицинска помощ оказвана от ОПЛ. Това се дължи на обстоятелството, че един ОПЛ обслужва в повечето случаи няколко села и по този начин е на разположение на жителите от едно село най-често само веднъж седмично и то за няколко часа.

Таблица 1. Удовлетвореност на пациентите от работата на ОПЛ по местоживеене

отговори	местоживеене		
	село	град	столица
удовлетворен /а/ съм напълно	37.5	44.0	50.5
удовлетворен /а/ съм отчасти	52.5	38.7	35.4
не съм удовлетворен /а/	10	8.4	9.6
не мога да преценя	0	8.9	4.4

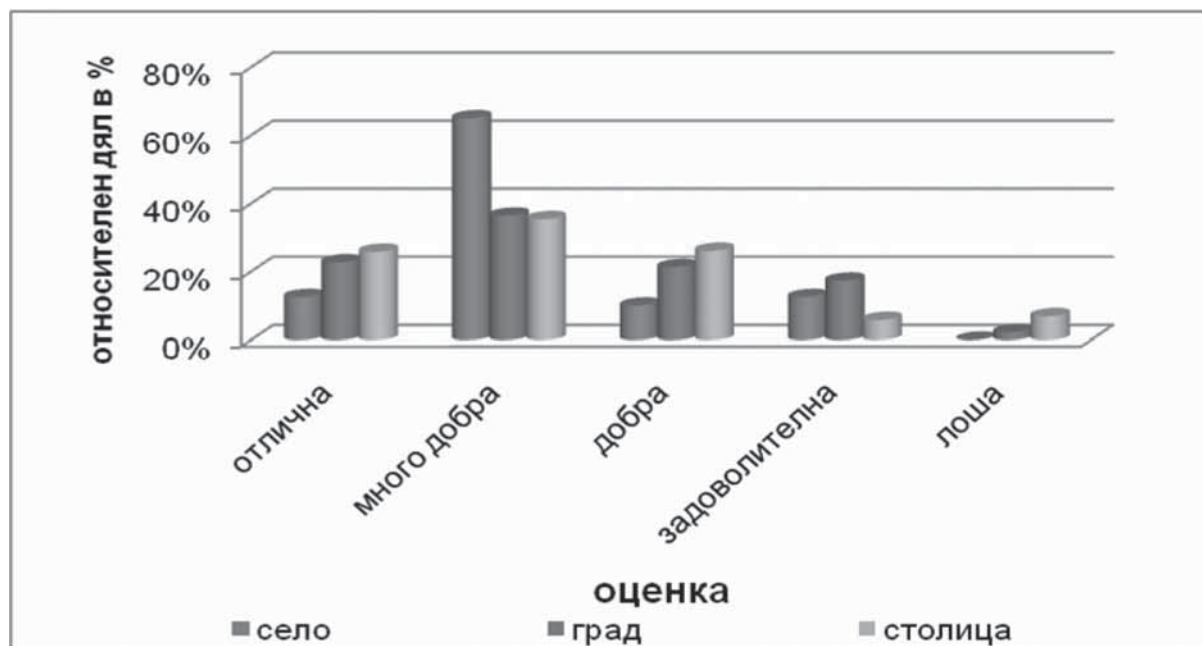
По отношение на оценката, която анкетираните пациенти поставят на личните си лекари за оказаната им медицинска помощ са получени следните резултати - отлична оценка дават 23.8% от анкетираните, много добра – 37.7%, а добра 23.4%. /Фигура 3./ Като цяло пациентите дават висока оценка на обслужващите ги общопрактикуващи лекари, въпреки че около 10% са неудовлетворени от работата им.

Фигура 3. Оценка на медицинската помощ оказана от ОПЛ



Интересен е факта, че въпреки трудния достъп до медицинска помощ 67.5% от анкетираните пациенти живеещи в селата дават отлична и много добра оценка на обслужващия ги общопрактикуващ лекар. Докато 12.7% от анкетираните жители на столицата и 19.5% от анкетираните градски жители оценяват като задоволителна и лоша оказаната им медицинска помощ от личните им лекари. /Фигура 4./ Този немалък процент от недоволни пациенти е тревожен факт, на които трябва да се обърне внимание и да се вземат необходимите мерки за коригиране на проблема, тъй като мнението на пациентите е един от критериите за оценка на качеството на оказаната медицинска помощ.

Фигура 4. Оценка на медицинската помощ оказана от ОПЛ по местоживеене



Оценката, която пациентите дават на личния си лекар може да бъде представена и чрез доверието, което те му гласуват. Ето защо чрез анкетното проучване потърсихме отговори и на този въпрос /Фигура 5./.

Фигура 5. Сравнително представяне на доверието на пациентите към личния им лекар преди влизане и след излизане от кабинета



Голямото доверие на пациентите към личния им лекар намалява само с 1.9% след излизане от кабинета. Паралелно с това се увеличава незначително относителния дял на хората (с 1.5%), които имат малко доверие към ОПЛ преди влизане в кабинета след излизането им. Нямам доверие на избраните от тях лични лекари след излизане от кабинета 9.7% от анкетираните.

Заклучение. Гарантирането на качеството в областта на здравеопазването трябва да се осигурява в различни насоки, една от които е постоянно изучаване на мнението на потребителите по отношение на нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги.

Литература:

1. Петрова Зл., К. Чамов, Ст. Гладилев, *Качеството в здравеопазването - съвременни измерения и тенденции*, Хелт медия груп, София, 2008г, с. 47

ЧЕСТОТА, ИНТЕНЗИТЕТ И СРЕДНО ПРЕТЕГЛЕНА СИЛА НА ПРОЯВА НА ПРИЗНАЦИТЕ НА BOS (Burnout syndrome) СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ

д-р Любомир Киров

Разпространението на BOS (Burnout syndrome) добива характеристиките на епидемия сред общопрактикуващите лекари (ОПЛ) през XXI век. Проявите на синдрома повлияват сериозно психоемоционалния статус и физическото здраве на лекарите, както и качеството на медицинската услуга. Това налага мащабно и задълбочено проучване на разпространението на BOS и неговите прояви.

ЦЕЛТА на представеното проучване е да определи честотата, интензитета на проява и коефициента на средно претеглена честота и сила на въздействие на всеки признак.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В проучването участваха 397 общопрактикуващи лекари, избрани на случаен принцип. От тях 232 (58.44%) са жени и 165 (41.56%) - мъже. Разпределението по възраст на изследваните лица показва, че най-голям е броят във възрастовата група 41 до 51 години - 203 (51.13%), което представлява над половината от участниците в проучването, следвана от групата 36-40 години - 84 (21.16%) и 51-55 (10.83%). Резултатите са статистически значими и валидни за професионалната група на ОПЛ в България - $P_{(χ^2)} < 0.001$.

Наличието на BOS сред ОПЛ се определя от степента на изява на трите компонента на синдрома, която е резултат от честотата на признаците на всеки от тях. Освен честотата, сред отговорилите бе изследван и интензитета на проява на всеки признак и беше определен коефициента на средно претеглена честота и сила на въздействие на всеки признак, което ни дава степента на неговото влияние и сила като прогностичен белег за тежестта на синдрома.

Бе ползван въпросник MBI и методът за определяне на среднопретеглената честота и сила на проява.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Сред признаците на емоционално изтощение при ОПЛ с най-голяма честота на изява е усещането на лекаря, че е изхабен в края на работния ден. 45% от отговорилите посочват, че се чувстват така ежедневно, 21.12% - поне няколко пъти седмично и 10% - поне веднъж седмично, което означава, че за 76.76% от отговорилите това усещане е налично ежеседмично с различна честота. Коефициентът на средно претеглената честота на този признак е най-висока - 0.78 (± 0.15). Важно е, че интензитета (силата) на проява на този признак е също водеща сред отговорилите. 32.42% определят въздействието му като „много силно“. Коефициентът на средно претеглената сила е също най-висок - 0.78 (± 0.12), което определя голямата сила на въздействие на признака върху ОПЛ и значението му, независимо от честотата - голяма или малка, за изявата на BOS. Внимание заслужава фактът, че няма ОПЛ, който да е посочил, че този признак няма сила на въздействие, както макар и в малък процент, това е валидно за останалите признаци в групата. Регистрираните за този признак резултати по безсебепредставянеорен начин определят работата на ОПЛ като изключително тежка и уморителна за лекарите - факт, който е неразривно свързан с BOS.

Втори по честота, но със същия коефициент на среднопретеглена сила на въздействие е признакът, отразяващ чувството на ОПЛ, че „работят прекалено много“. 42.14% имат това чувство всеки ден, 22.50% - няколко пъти седмично и 13.21% - поне веднъж в седмицата. Това означава, че 77.85% от отговорилите изпитват този признак ежеседмично. Независимо от това, че чувството, че работят прекалено много е ежедневно усещане при по-малък брой от отговорилите, отколкото ежедневното усещане, че са изхабени в края на работния ден, силата на въздействие себепредставянеоред коефициента на средно претеглената сила на втория признак е същата като при първия - 0.78 (± 0.14). Това означава, че наличието му, дори при по-малка честота, е сериозен знак за наличието на BOS. Чувството, че работата ги унищожава, е посочено като ежедневно усещане от 19.31% от отговорилите. Ежедневното наличие само на този признак се счита за проява на висока степен на BOS, което безапелационно поставя 19.31% от ОПЛ в групата на високо ниво на BOS и е алармиращ за състоянието на ОПЛ резултат. На този фон, макар и недостатъчно обнадеждаващ, е фактът, че все пак среднопретеглената сила на въздействие на признака е 0.58 (± 0.06), т.е. по-малка от водещите признаци, но за съжаление достатъчно значима статистически. Само 14.93% от отговорилите посочват, че ежедневно се чувстват на края на силите си, 15.55%, че са разочаровани от работата си ежедневно и 8.57% ежедневно вършат с усилие работата си. Значително по-голям е процентът на лекарите, които никога или много рядко са изпитвали тези чувства, което е признак за висока професионална и личностна виталност на ОПЛ и очертава възможност за по-ефективно себепредставянеораване с BOS.

Обобщените резултати за честотата на изява на признаците за емоционално изтощение сред ОПЛ сочат, че при 26.5% от отговорилите те са налице ежедневно, при 15.7% - няколко пъти седмично и при 10.3% - поне веднъж седмично, което означава, че 52.2% от отговорилите имат проява на тези признаци ежеседмично с различна честота. Налице е висока степен на корелация между EE и BOS - 0.883 със Sig. 0.000. Коефициентът на среднопретеглената честота на проява за групата е 0.59 (± 0.9). 57.22% от отговорилите изпитват съответните признаци в степен „много силно“, „силно“ и „средно силно“, като коефициентът на среднопретеглената сила на проява за групата е 0.64 (± 0.08). Налага се изводът, че признаците на емоционално изтощение сред ОПЛ са значимо проявени като честота и сила на въздействие, което предеперсонализацияолага и висок процент на разпространение на BOS сред лекарите от тази професионална група.

Данните за честота и сила на проява на признаците на деперсонализация сред ОПЛ са изключително интересни и значими, тъй като отразяват отношението на лекаря към своите пациенти. 70.51% от отговорилите заявяват, че никога не са изпитвали чувството, че не ги е грижа, какво се случва с пациентите им. 35.05% никога

не са се отнасяли с безразличие към някои пациенти и 34.38% не считат, че работата им като ОПЛ ги прави по-коравосърдечни. На противоположния полюс, т.е. ежедневно изпитват тези чувства в същия порядък са 1.69%, 2.06% и 10.42%. Средният коефициент за групата за среднопретеглената честота на проява е 0.39 ± 0.05 . Силата на проява на признаците на деперсонализация е в степен „много силно“ е налице общо за групата само при 4.79% и преобладават степените „никак“, „много слабо“ и „слабо“. Коефициентът на среднопретеглената сила на проява общо за групата признаци е 0.38 ± 0.05 .

Общо за групата 60.15% са посочили, че никога или няколко пъти годишно са изпитвали признаците на деперсонализация, а процентът на лекарите, при които тези признаци са били без никаква или с много слаба сила е общо 37.18%. Следващата по честота и сила на въздействие група е тази в диапазона „месечно“ и няколко пъти в месеца“, следвана от тази за силата от „слабо“ до „средно силно“. Въпреки по-малката честота и интензитет, налице е значителна степен на корелация между деперсонализацията и BOS- 0.641 със Sig. 0.000). За разлика от резултатите при емоционалното напрежение, чиито неблагоприятни последствия засягат предимно лекаря и в по-малка степен отношението му към пациентите, при признаците на деперсонализация се очертава високата професионална и лична отговорност и морал на лекаря себепредставянеярмо живота и здравето на своите пациенти.

Специфични за България са резултатите от честотата и силата на проява на признаците на личностно представяне (себепредставяне) на ОПЛ, които имат своята генеза във възпитанието и морала на българските лекари, както и се повлияват вероятно от това, че преобладаващата част от ОПЛ са преминали средата на професионалния си път и са изградени като себепредставянеициалисти в своята област. Показателно е, че 68.21% от отговорилите посочват, че ежедневно с лекота преодоляват бариерите в общуването с пациентите си. За 63.57% да разбират с лекота пациентите си е ежедневие, а 53.99% считат, че всеки ден се себепредставянеравяват ефективно с проблемите на болните. Само 6.98%, общо за групата, никога не са изпитвали тези чувства. Изключително висок е коефициентът на среднопретеглената честота на някои от признаците- 0.85 до 0.90, като отклонението в тези случаи е от ± 0.18 до ± 0.23 . Общо за групата коефициентът е 0.73 ± 0.15 . Процентът на посочилите степен на сила на проява на признаците като „много силно“ и „силно“ е също голям- общо 47.8 за групата, като при отделни признаци достига до 68.29%, както е в случая с преодоляване на бариерите в общуването с пациентите. Коефициентът на среднопретеглена сила на проява на посочения признак е 0.81 ± 0.13 , като общо за групата той е 0.70 ± 0.09 .

ИЗВОДИ

Цитираните резултати определят извода, че ОПЛ оценят високо своето ниво на себепредставяне, което е признак на виталност. Налице е слаба степен на корелация между себепредставяне и BOS- 0.231, но с голяма значимост на връзката- Sig. 0.000). Но тази висока оценка би могла да предразполага към конфликт с пречките да бъде упражнявана максимално добре и ефективно професията и оттам индиректно да агравира проявата на останалите признаци на BOS, действайки синергично върху въздействието на факторите на работната среда и тези извън нея. По този начин се формира парадоксален ефект- позитивното (доброто) да води до негативно (лошо).

Обобщеният анализ на данните от нашето проучване сочи, че емоционално изтощение, деперсонализация и висока оценка за нивото на себепредставяне е налична съответно при 80.8%, 70.3% и 65.2% от участвалите в анкетата. Получените резултати са предимно в горния диапазон на цитираните в литературата, което определя разпространението на компонентите на BOS сред ОПЛ в България като един от значимите проблеми, който е свързан със здравето на лекарите в настоящия век.

Библиография

1. Aceves Jorge Luis Anaya, Alma Corina Ortiz García, Danelia Regina Panduro Vargas, Rodríguez Gabriela Ramírez Burn-out syndrome in family doctors and physician assistants in Atención primaria Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria (2006);
2. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113;
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422;
4. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2880-2889;
5. Orzechowska Agata; Talarowska Monika; Drozda Rafal; Mirowska Dorota; Florkowski Antoni; Zboralski Krzysztof; Galecki Piotr, 2008: *The burnout syndrome among doctors and nurses*
6. Иванова Н., Д. Димитрова, Г. Форева, Р. Асенова, Г. Иванов *Професионалният стрес при общопрактикуващи и болнични лекари (сравнителен анализ)*. Сб. Научни доклади от Първа Национална Конференция на Българското общество за изучаване и борба със стреса, Пловдив 2003, 241-250
7. Асенова Р., Yaman K., Soler JK., Д. Димитрова, Н. Иванова, Г. Форева, Г. Иванов. *Психо-емоционално изтощение при общопрактикуващите лекари*. Сб. Научни доклади от Първа Национална Конференция на Българското общество за изучаване и борба със стреса, Пловдив 2003,207-213

НАЛИЧИЕ НА НЯКОИ СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И РИСКОВИ ФАКТОРИ СРЕД ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ОПЛ И ВРЪЗКАТА ИМ СЪС СИНДРОМА НА ИЗПЕПЕЛЯВАНЕТО (BURNOUT SYNDROME-BOS)

д-р Любомир Киров

Богатството от симптоми на бърнаут синдром (БАС) е показателно за широтата и различните измерения на това явление. Палитрата от симптоми не само създава разнообразие в изявата на синдрома, но затруднява обективната оценка поради сложността при определяне на тежестта и съотношенията в проявите на отделните признаци. Част от проявите на БАС са по същество сериозни социалнозначими заболявания или състояния, които представляват рисков фактор за поява на болест. Част от тях са: хипертония, диабет, заболявания на ГИТ и др. Не са рядкост злоупотребата с алкохол, тютюнопушене, медикаменти, безсънието. Това има подчертано отрицателен ефект върху личността, близките и качеството на предоставяната услуга, съответно реципиентите, което е сериозно основание да бъде изследвана тяхната честота сред общопрактикуващите лекари (ОПЛ-и).

ЦЕЛ Да се определи честотата на разпространение на социалнозначими заболявания и поведенчески рискови фактори сред ОПЛ-и.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ В проучването участваха 397 общопрактикуващи лекари, избрани на случаен принцип. От тях 232 (58.44%) са жени и 165 (41.56%) - мъже. Разпределение по възраст: до 35 години, 36-40, 41-51, 51-55, 55-60 и над 60 годишна възраст. С най-голям брой участници е възрастовата група 41 до 51 години- 203 (51.13%), което представлява над половината от участниците в проучването, следвана от групата 36-40 години – 84 (21.16%) и 51-55 (10.83%). Резултатите са статистически значими и валидни за професионалната група на ОПЛ и в България $P_{(\chi^2)} < 0.001$.

Беше ползван специално изработен за целта въпросник, чрез който беше изследвано разпространението на хипертоничната болест- ХБ (по степен на тежест), диабета (ИЗТД и НИЗТД), безсънието, употребата на алкохол, седативни средства и повишаване броя на цигарите.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Това са заболявания и поведенчески модели, някои от които могат да бъдат симптом на БАС, утежняващ останалите му прояви фактор или и двете заедно. Резултатите сочат, че 62.0% от анкетираните страдат от хипертонична болест като 34.4% са с лека степен на ХБ, 27.1% с умерена и 0.5% с тежка степен. Явно, честотата на ХБ е много по-висока сред ОПЛ, сравнена с тази сред общата популация, при която за лицата на възраст от 25 до 64 г. честотата на АХ у нас е 40,1%, като при тези над 45 г. честотата е 50,3%. (1) 9.9% от анкетираните са с диабет като 8.1% са с НИЗТД. Алармиращ е фактът, че 54% от анкетираните страдат от безсъние. При част от участниците в проучването е налице повече от едно от упоменатите заболявания. (Табл. 1)

Табл.1 Разпределение на изследваните ОПЛ-и по наличие на заболявания

ЗАБОЛЯВАНИЯ	Наличие		% от участниците*
	Бр.	% от дадените отговори	
хипертония лека	76	27,2%	34,4%
хипертония умерена	60	21,5%	27,1%
хипертония тежка	1	0,4%	0,5%
диабет I тип	4	1,4%	1,8%
диабет II тип	18	6,5%	8,1%
безсъние	120	43,0%	54,3%
Общо	279	100,0%	126,2%

* надхвърля 100% поради наличието на повече от едно заболяване

Разпределението на ОПЛ по наличието на ХБ, Диабет или безсъние, съчетани с различна степен на БАС показва, че съществува зависимост между честотата на заболяванията и степента на БАС. Например, най-голям е дялът на лекарите с лека, умерена и тежка ХБ, които изпитват висока степен на БАС са съответно 48.4%, 50.0% и 100% в подгрупите. Същата зависимост е валидна за разпределението вътре в групите за диабет и безсъние- 64.7% в групата с НИЗТД и 61.0% сред тези с безсъние. При лекарите с ниска степен на изпитван БАС честотата на лека, умерена, тежка степен на ХБ, НИЗТД и безсъние са по-редки. Очевидни са значимите разлики в разпределението на заболяванията в зависимост от степента на изпитван БАС. (Табл.2)

Табл. 2 Разпределение на изследваните ОПЛи по наличие на заболявания и степен на БАС

СТЕПЕН НА БАС	Заболявания и състояния												Общо	
	хипертония						диабет				безсъние			
	лека		умерена		тежка		I тип		II тип		безсъние			
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%		
ниска степен	20	10,93	9	4,92	0	0	1	0,5	3	1,64	19	10,38	44	24,0
средна степен	12	6,56	15	8,20	0	0	0	0	3	1,64	22	12,02	43	23,5
висока степен	30	16,39	24	13,12	1	0,5	3	1,64	11	6,01	64	34,97	96	52,5
Общо	62	33,9	48	26,2	1	0,5	4	2,2	17	9,3	105	57,4	183	100

Интерес представлява и връзката на някои рискови за здравето фактори (тютюнопушене, употреба на алкохол, седативни средства) и наличния БАС. Получените резултати сочат, че 13.4% от пушачите, които изпитват ниска степен на БАС са увеличили броя на цигарите. Това са направили и 22.6% от пушачите със умерена и тежка степен на изява на БАС, което би могло да се приеме като опит за справяне с БАС или по-вероятно като негативна последица от него $OR=1.150, CI\ 95\% (1.066-1.314)$, което показва зависимост между двата фактора. (Табл. 3)

Табл. 3 Разпределение на изследваните ОПЛ по степен на БАС и увеличена употреба на тютюневи изделия

СТЕПЕН НА БАС	Увеличен брой цигари				Общо	
	да		не			
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Ниска степен	13	3,28	88	22,17	101	25,4
Средна и висока степен	67	16,88	229	57,68	296	74,6
общо	80	20,15	317	79,85	397	100

Зависимостта между степента на изпитвания БАС и повишената употреба на алкохол е значително при ОПЛ в България. Анализът на резултатите потвърждава влиянието на този рисков фактор $OR=1.322, CI\ 95\% (1.188-1.470)$. (Табл. 4)

Табл. 4 Разпределение на изследваните ОПЛи по степен на БАС и увеличена употреба на алкохол

СТЕПЕН НА БАС	Увеличена употреба на алкохол				Общо	
	да		не			
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Ниска степен	1	0,25	100	25,19	101	25,5
Средна и висока степен	30	7,56	266	67,00	296	74,5
общо	31	7,8	366	92,2	397	100

При употребата на седативни средства също съществува увеличение на процента на лекарите, които ги употребяват, в зависимост от тежестта на проява на БАС $OR=1.142, CI\ 95\% (0.982-1.246)$. (Табл. 5)

Табл. 5 Разпределение по степен на БАС и употреба на седативни средства при изследваните ОПЛ

Степен на БАС	Употребата на успокоителни				Общ брой	
$\chi^2 = 6,928\ P_{(\chi^2)} < 0.05$ $r_s = -0,141\ P < 0.05$	Да		Не		отговорили	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
	Ниска	31	7,8	70	17,8	101
Средна и висока	120	30,2	176	44,2	269	74,5
Общо	151	38,0	246	62,0	397	100

Изводи

Анализът на получените резултати сочи, че е налице зависимост между наличието и тежестта на BOS от една страна и изследваните заболявания и поведенчески модели от друга. Не може да се заяви категорично, че връзката във всички случаи е етиологична, но със сигурност е налице подчертан синергичен или адитивен ефект. Би могло да се предполага, че в определени случаи БАС е вероятна причина за съответната проява-например при тютюнопушенето, алкохола, медикаментите и донякъде утежняващ фактор, докато при заболяванията, БАС има, по-скоро утежняващ ефект в ролята на сериозен рисков фактор. В същото време, появата или развитието на рисковите поведенчески модели, също би могла да направи по-тежки някои от проявите на БАС и да го утежни. Тези данни са сериозно основание да се предприемат мащабни мерки за справяне с BOS сред ОПЛ в България.

Библиография

1. Торбова С. Артериалната хипертония - най-значимият рисков фактор за мозъчен инсулт. *Медицински преглед*. 2005; 1: 17-25
2. Freudenberger H.J., *Staff Burnout; J Soc Issues*;1974; 30; 159-165
3. Girdino, DA, Everly, GS, and Dusek, DE, *Controlling Stress and Tension, Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, 1996*
4. Иванова Н., Д. Димитрова, Г. Форева, Р. Асенова, Г. Иванов *Професионалният стрес при общопрактикуващи и болнични лекари (сравнителен анализ)*. Сб. *Научни доклади от Първа Национална Конференция на Българското общество за изучаване и борба със стреса*, Пловдив 2003, 241-250
5. Асенова Р., Yaman K., Soler JK., Д. Димитрова, Н. Иванова, Г. Форева, Г. Иванов. *Психо-емоционално изтощение при общопрактикуващите лекари*. Сб. *Научни доклади от Първа Национална Конференция на Българското общество за изучаване и борба със стреса*, Пловдив 2003,207-213

VIOLENT BEHAVIOR AGAINST DOCTORS

Doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Department of Family medicine, Medical Chamber of Slovenia

INTRODUCTION Violence in the workplace is emerging in modern society and it is an important factor that affects the health of employees and has an impact on the organization of medical institutions and enterprises, especially in terms of protection of persons and facilities. Events, where staff is, either explicitly or implicitly abused, threatened, attacked in circumstances relating to work, are unfortunately becoming more frequent. Violence may take the form of physical or verbal violence, but also includes threats of violence and obstruction of the normal course of work, including intimidation of private security workers, managers and customers. It can be internal or external nature. External source of violence is the one carried out by users of health services (patients, users, customers).

Violence against staff in health care has become an important factor. The British National Health Service (NHS) has therefore adopted the policy of the so-called "Zero tolerance" of violence by the patient and user against doctors, nurses and technicians.

Australian doctor's experience has shown that 73% of those surveyed already had experience with the form of violent and aggressive behavior by patients, 20% of them had experienced a physical assault, which occurred after most commitments made by the major medical centers or hospitals. Aggressive patients were largely dependent on alcohol or drugs and they frequently had a mental illness.

Even in the Canadian study, doctors as reasons for the violence reported the dependence on alcohol and drugs, mental illnesses, socio-economic disadvantages and problems with accessibility to health services. In this study, doctors were naive regarding beliefs about the possibility of the risk of violence in the workplace. It was also observed that doctors lack the skills to deal with potentially violent patients.

Individual forms of violence should necessary be recorded and reported. British NHS records 7 violent incidents on average per thousand employees every month. Nurses and staff who are employed in the emergency rooms report about many attacks.

Due to more frequent and more severe forms of aggressive behavior of patients, the Medical Chamber of Slovenia conducted a study about violence against doctors who perform medical service in Slovenia. The primary aim of this research was to obtain information about the forms and frequency of violent acts carried out by patients and their relatives.

METHODS AND SUBJECTS The questionnaire was sent to all doctors and dentists providing medical service in Slovenia. The data on violence against doctors were collected anonymously, which largely affect the objectivity of the results. Total of 5980 questionnaires have been distributed between doctors and dentists.

RESULTS We sent questionnaires to 5980 members of Medical Chamber. 2161 physicians responded to the questionnaires (only 36.1%). Among all respondents there were 74.5% medical doctors and 25.1% dentists. 62.4% were women and 37.6% men. The average age of respondents was 46.67 years; average length of service was 20.43 years.

Analysis of responses shows that doctors and dentists are exposed to violent behavior of patients quite often. We found that there are significant differences between the sexes: female doctors are more often exposed to these forms of violence:

- Arguing;

- Throwing objects;
- Harassment, intimidation / bullying;
- Visual sexual harassment;
- Physical sexual harassment;
- Sexual harassment with the obscene talk.

Violent behavior were combined into six groups:

- Uncivilized behavior
- Threatening behavior
- Oral or written threats
- Harassment and intimidation / bullying
- Verbal abuse
- Physical attacks.

THE CAUSES OF VIOLENT BEHAVIOR The survey showed that most patients are dissatisfied with the healthcare system as a whole, the shape and extent of the rights deriving from compulsory health insurance and waiting times. Less important, according to doctors, are the following factors: dissatisfaction with the doctor's attitude, dissatisfaction with the infrastructure and facilities and dissatisfaction with the length of the consultation or examination in the clinic.

CONCLUSION The survey results surprised us. A quarter of Slovenian doctors met most forms of violent behavior by patients. Members of the Medical Chamber of Slovenia considered that the situation in the Slovenian health care is critical. The survey results encouraged members of Medical Chamber to organize a meeting with the forensic department and make a plan on how to be a doctor in the future to respond when he or she experiences violent incident.

Doctors in Slovenia, who experience the violent event, have now two options: anonymous phone call to police toll free number 080-1200 is possible. This is designed for those who wish to report about any crime anonymously. All calls are processed in capital of Ljubljana for the whole country. Based on the content of the conversation, policeman record a conversation and forward it to the local competent criminal policeman for further investigation. This can in most cases be obtained before the next day. In cases where the caller wants immediate police intervention is necessary to call the police number 113. The call is admitted to the eleven police administrations. Police officers, who receive calls on this number, have the ability to immediately deploy the appropriate police patrol. In most cases (depending on the urgency of the event), the reaction time is up to 25 minutes. Of note, it is also the issue of an anonymous 113 caller if so desired.

In any case, it would make sense that every health facility cleared of response strategies in case of an act of violence and to identify the role of security guards. In many cases it would be the best if a surgery has the so-called "alarm button" that would be triggered by staff, if the patient starts to be violent. Physical protection of doctors and dentists intimidated by the police is not guaranteed.

Literatura:

1. Wynne R, Clarkin N, Cox T et al. (1997) *Guidance on the Prevention of Violence at Work*. Luxembourg: European Commission, DG-V.
2. National Institute for Occupational Safety and Health Division of Safety Research. 1996. DHHS (NIOSH) Publication No. 96-100. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centres for Disease Control and Prevention).
3. Department of Health. *NHS Zero Tolerance*. London: The Stationery Office, 2002. URL: <http://www.nhs.uk/zerotolerance/>
4. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. *Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia*. *Aust J Rural Health*. 2003 Oct;11(5):231-6.
5. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. *Violence in general practice: perceptions of cause and implications for safety*. *Can Fam Physician*. 2008 Sep; 54(9): 1278-84.
6. D'Urso P, Hobbs R. *Agression and the general practitioner*. *BMJ* 1989; 298 (6666): 97-98.
7. Black D, Guthrie E. *Doctors safety: who cares? (Personal view)*. *BMJ* 1990; 300: 1471.
8. Magin P, Adams J, Ireland M, Joy E, Heaney S, Darab S. *The response of general practitioners to the threat of violence in their practices: results from a qualitative study*. *Fam Pract*. 2006; 23 (3): 273-8.
9. Elston MA, Gabe G, Denney D, Lee R, O'Beirne M. (2002) *Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners*. *Sociol Health Illn* 24: 575-598.
10. Gough P, Goss RM, Jordan S. *Violence in the workplace. The nurses experience*. *BMJ* 2001; 323 (7325): 1362-1364.
11. Wright NM, Dixon CA, Tompkins CN. *Managing violence in primary care: an evidence-based approach*. *Br J Gen Pract*. 2003; 53 (492): 557-62.
12. Dobnikar B, Pegan V, Vidmar V, Markoli S, Čok G, Bulc M, Pinter Ž. *Rezultati ankete o nasilju nad zdravniki*. Accesible at <http://72.14.235.132/search?q=cache: EaemDhaT2kcJ:www.zzs-mcs.si/library/includes/file.asp%3FFileId%3D700+Rezultati+ankete+o+nasilju+nad+zdravniki&cd=1&hl=sl&ct=clnk&gl=si>

Бележки / Notes /

Бележки / Notes /

Бележки / Notes /