

УНИВЕРСИТЕТ ПО БИБЛИОТЕКОЗНАНИЕ И ИНФОРМАЦИОННИ ТЕХНОЛОГИИ

**ИНСТИТУТ ЗА НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
И ОБУЧЕНИЕ НА ДОКТОРАНТИ**

Д-р Славчо Сотиров Близнаков

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА ПРИ СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

за присъждане на образователната и научна степен ”доктор”
по докторантска програма “Организация и управление
на информационните процеси” в професионално направление
3.5. Обществени комуникации и информационни науки

Научни ръководители:

Проф. д.н. Ирена Йорданова Петева

Проф. д.м.н. Димитър Христов Раев

София * 2020

СЪДЪРЖАНИЕ

УВОД	4
ПЪРВА ГЛАВА. СОЦИАЛНАТА РАБОТА – ФАКТОР ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ И ПОСТИГАНЕ НА СОЦИАЛНО И ПСИХОЛОГИЧЕСКО БЛАГОПОЛУЧИЕ	9
1. Обществено здраве - същност и състояние	9
2. Социалната работа – фактор за подобряване на общественото здраве	18
3. Социалната работа като част от обществените отношения ...	42
ВТОРА ГЛАВА. ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА СОЦИАЛНО- ЗНАЧИМИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ	51
1. Характеристика и класификация на социално-значимите заболявания	51
2. Особености на епилепсията като социално-значимо заболяване	65
3. Социалната работа при хора с епилепсия	70
ТРЕТА ГЛАВА. СОЦИАЛНАТА РАБОТА С БОЛНИ ОТ ЕПИЛЕПСИЯ – ЕМПИРИЧНИ ПРОЕКЦИИ	79
1. Цел, задачи, методи и хипотези на емпиричното изследване	79
2. Едномерно разпределение на отговорите на лицата на въпросите от анкетната карта	83
3. Взаимовръзки между твърденията на хората с епилепсия, анкетирани в изследването	95
4. Анализ на мненията на анкетираните лица, споделени в открития въпрос на анкетата	103
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	106
ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА	110
ПРИЛОЖЕНИЕ	

Проблемът с хората с епилепсия привлича вниманието на научната общност. Доказателство за това са увеличения брой публикации, както и научните форуми, посветени на темата. Наши и чуждестранни автори дават обяснение на това заболяване и посвещават изследвания на грижите, полагани за епилептиците. Значителна част от публикациите са посветени на същността на епилепсията, на причините довеждащи до заболяването, както и на критериите за диагностицирането му и формите на неговото проявление. Освен това, част от тях са посветени и на помощта, която е необходима на епилептиците за по-успешното им вграждане в социалната среда. В същото време, няма достатъчно изследвания, последвани от убедителни обяснения, за спецификата на социалните грижи за хора с епилепсия. Теории, които да обслужват както непосредствените грижи, така и подготовката на социални работници за работа с хора с епилепсия. На решаването на този проблем е посветено настоящото изследване. В него е предложена и емпирично потвърдена хипотеза на автора, че епилептиците „не са луди“, „не са заразни“, а са хора, които се нуждаят от специфични грижи и помощ от държавата и заболяването им е лечимо.

Издавам своята благодарност към преподавателите на Университета по библиотекознание и информационни технологии и неговия Ректор, които дълбоко уважавам. Благодаря и на моите колеги и приятели за оказаната помощ и съдействие в процеса на изследването.

Д-р Славчо Близнаков

УВОД

Най-общо казано социалната дейност е помощ на отделния индивид, група, общност или семейство, което е изпадало в определена беда, житейска криза, риск или несполука. Социалната дейност има за цел да осигурява качествен стандарт на живот на всички членове на обществото. Това може да се постигне, чрез ефективни политики и стратегии, които водят до равновесие между индивидуалната жизнена дейност, условията на средата и защитата от жизненото неблагополучие. Заради това социалната дейност влиза в пряко взаимовръзка със социално-значимите заболявания. Те засягат по-младата и активна част от обществото. До голяма степен тези заболявания са свързани със значими социални, медицински, икономически и психологически щети за самите болни и техните семейства.

Актуалността на разгледания проблем в тази научна разработка се измерва с това, че им тенденция в увеличаването на ръста на хора със социално-значими заболявания, а социалната дейност, нейните цели и функции спомагат за ефективното преодоляване и интегрирането на тези хора в системата на обществото.

Целта на това изследване е да проследи отношението и ефективността на социалната дейност към индивидите имащи заболяването епилепсията, което е едно от социално-значимите заболявания на нервната система.

Обект на настоящата разработка е епилепсията, като социално-

значимо заболяване, което се нуждае от допълнителни насоки подобряващи ефективността на социалната дейност.

Предмет на изследването е взаимовръзката между социалната дейност и социално-значимите заболявания, като възможност за по-добра интеграция на хората с тези заболявания в общността.

Изследователският проблем е породен от дефицита на социални грижи за хората с епилепсия и затрудненията, които те срещат в процеса на социалното си вграждане в обществото, което снижава качеството им на живот.

Хипотеза на изследването

Работната хипотеза на изследването е формулирана в съответствие с обекта, предмета, целта и задачите му, а именно: допуска се, че хората със социално-значимото заболяване епилепсия не получават достатъчно внимание от структурите, призвани да оказват социална помощ, както поради слаба информираност на хората с епилепсия за ресурсите, които могат да ползват, така и поради недостатъчната подготовка на социалните работници за работа със социалната група, наречена условно „епилептици“.

За постигането на целта и проверка на хипотезата е необходимо да бъдат решени следните изследователски **задачи**:

- Издирване на релевантната на изследвания проблем литература, проучване на теоретичните му аспекти и проследяване на дискусиите по него в международен и национален мащаб.
- Изследване на отношението на болните с епилепсия към социалната дейност, насочена към епилептиците.

- Анализиране на нагласите на хората с епилепсия за ползване ресурсите на социалните дейности.
- Да се предложат действия за преодоляване на проблема със социалната помощ, предназначена за хора с епилепсия.

Методологията на изследването се базира на фундаменталното схващане за априорната неопределеност, непостоянството, сложността и нееднозначността на социалните феномени, които са резултат на социални взаимодействия в реалния живот, в случая сблъсъкът на хората с епилепсия със социалната среда и опитите им да се адаптират към нея. Даже гледната точка на изследователя се повлиява от това взаимодействие. Поради това, знанието за изучавания феномен, социални дейности – хора с епилепсия, може да се осмисли само в контекста на съответното социално взаимодействие.

Методологията на изследването е мултидисциплинарна, тъй като няма научен подход който да е в състояние самостоятелно да разкрие всички аспекти на същността, съдържанието и функционирането на социалните организации, оторизирани да извършват социални дейности.

Различното в конкретното изследване е приложението в рамките на историческия подход на т.нар. „Изследване на случаи/казуси“ (Case Study).¹ Този метод е детайлно описан в множество публикации, в които подробно са разгледани неговите приложения. От една страна методът позволява да се изследват важни теми, които не се покриват от други методи. От друга страна, другите методи покриват много теми по-добре отколкото изследването на конкретни случаи. Той се използва за най-детайлно изучаване на исторически събития с уговорката, че те съдържат факти, обстоятелства и добри практики, които не винаги имат

¹ Сурмин, Ю. и др. Ситуационный анализ, или анатомия Кейс-метода. – Киев: Центр иноваций и развития, 2002 г.

репрезентативен характер. Въпреки че използването на този метод крие риск от известна описателност и „хронологизация“ за сметка на анализа, той има потенциала да произвежда предпоставки за контекстуализиране на събитията, така необходими за тяхното интерпретиране в смисъла на разглеждания научен проблем.

Крайният научен продукт на настоящото изследване е ново знание за социалната помощ, оказвана в рамките на социалните дейности, на хората с епилепсия. Неговата новост се състои в създаването на нов концептуален пораждащ модел, който описва и обяснява зрелостта на процеса на взаимодействие между хората с епилепсия и социалния работник.

Методи на изследването:

- Проучване и интерпретация на научна литература в областта на социалните дейности и работата с хора с епилепсия.
- Анализ на нормативни актове, свързани с работата с хора заболяването епилепсия.
- Проблемен анализ на резултати от научните изследвания и разработките на специализирани звена на ЕС и България, научни организации от страни – членки на ЕС, и публикации на европейски и български учени, експерти и специалисти, статистическа и социологическа информация от национални изследвания в областта социалната работа с хора с епилепсия.
- Проучване на социалната дейност при хора с епилепсия чрез анкетен метод.
- Статистически методи за обработка и анализ на получените данни.

Ограничения на изследването

Изследваните лица са пациенти на УМБАЛ „Св. Анна“. Контактите им със здравната система и структурите за социална помощ са проследени в периода от 2015 година до 2020 година. Дисертационното изследване е

времево ограничено в рамките на пет годишен период. Беседите са водени изключително с пациентите. Само в отделни случаи и с техните близки.

Етапи на изследването:

- Анализ на специализираната литература.
- Разработване на теоретичен модел на изследваното явление.
- Подготовка на анкетна карта и провеждане на пилотно изследване.
- Анализ на резултатите от пилотното изследване и коригиране на инструментариума.
- Провеждане на анкетното проучване сред хората с епилепсия.
- Логически оглед и контрол на анкетните материали.
- Въвеждане на данните от анкетното проучване в статистическия пакет IBM SPSS Statistics 21.
- Статистически анализ на получените резултати.
- Интерпретация на получените резултати.
- Обобщения и изводи от осъщественото проучване

ПЪРВА ГЛАВА.

СОЦИАЛНАТА РАБОТА - ФАКТОР ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ И ПОСТИГАНЕ НА СОЦИАЛНО И ПСИХОЛОГИЧЕСКО БЛАГОПОЛУЧИЕ

1. Общественото здраве - същност и състояние

Здравето винаги е заемало едно от челните места в йерархията на ценностите на българина. Ето защо една от най-важните функции на държавата е опазване и възстановяване на здравето и повишаване на качеството на живот на всеки гражданин. Здравето е не само право на всеки гражданин, гарантирано от Конституцията на страната (чл. 52, ал. 3 и др.), но и задължение на всеки, свързано със спазването на законодателството и поддържането на здравословен начин на живот, водещ до по-високо благополучие.

Световната здравна организация дефинира здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъг“². Това състояние се предизвиква от множество фактори на средата, като: семейно-битовата среда, професионално-трудовата среда, обществено-битовата среда, както и факторите на обкръжаващата социално-икономическа среда: политически, технологични, икономически, законодателни, религиозни и др.

В множество международни документи е признато правото на здраве. Това са: Всеобщата декларация за човешките права; Международното споразумение по социално-икономическите права, Конвенцията за правата на детето, Конвенцията за изкореняване на всички

² Преамбюл към Устава на Световната здравна организация, приет от Международната конференция по въпросите на здравеопазването, Ню Йорк, 19-22 юни 1946 г.; подписан на 22 юли 1946 г. от представителите на 61 държави (Официален архив на Световната здравна организация, бр. 2, стр. 100) и влязъл в сила на 7 април 1948 г.

видове дискриминация срещу жените и Европейската социална харта.

Това е правото на всеки да се радва на различните услуги, както и подходящи условия на живот, които са необходими, за да остане здрав човек. Правото на здраве включва не само услугите в здравеопазването, а също и достъп до безопасна питейна вода, подходящи санитарни условия и подслон, подходяща храна, здравословни условия на работа и околна среда, както и достъп до подходящо образование и информация, свързани със здравето.³

Съгласно приетите международни документи в областта на човешките права, здравните услуги и база трябва да са достъпни, достижими, приемливи и с добро качество за всички, без дискриминация:

✓ Достъпност означава, че обществената база за здравеопазване, стоки и услуги, както и здравните програми, трябва да са достъпни в достатъчно количество в страната.

✓ Достижимост означава, че здравната база, стоките и услугите трябва да са физически и икономически достъпни за всеки, без дискриминация и трябва да има възможност за търсене, получаване и предаване на информация по отношение на здравните въпроси. Например, здравната база за хората трябва да е близо до мястото, където живеят те (включително селските райони и малките градове) и трябва да има обществен транспорт, който да позволява хората да достигат лесно до нея. Работното време трябва да е удобно за хората. Здравните бази да са безплатни или много евтини, така че хората да могат да си ги позволят. Информацията, свързана със здравето, трябва да е леснодостъпна, без дискриминация.

³ Комитет за икономически, социални и културни права, Генерален коментар 14, Правото на най-високия достижим стандарт за здраве (Двадесет и втора сесия, 2000). U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000): Сборник генерални коментари и генерални препоръки, приети от органите, създадени с договорите за правата на човека, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev. 6 at 85 (2003).

✓ Приемливост означава, че стоките и услугите трябва да са културно подходящи и да уважават медицинската етика. Например лекарите и сестрите трябва да са обучени как да говорят на младите хора и децата. Атмосферата в здравния център трябва да бъде подкрепяща и неосъждаща за младите хора.

✓ Качество означава, че здравната база, стоки и услуги трябва да са научно и медицински подходящи и с добро качество⁴. Например, здравната информация трябва да е обоснована научно, а услугите, както и лекарствата, трябва да са с добро качество.

Важна страна от прокламираното право на здраве е активното и информирано участие на населението във вземането на решения, свързани със здравето.⁵ Комитетът по икономически, социални и културни права към ООН определя, че «Страните-участнички следва да осигуряват безопасна и подкрепяща среда за юношите и децата, която да осигурява възможност за участие в решенията, отнасящи се до тяхното здраве, да изграждат умения за живота, да получават съответната информация, да получават съвет и да преговарят за избора на здравно поведение, който правят.»⁶

В Европа правото на здраве се защитава в Европейската социална харта. Тя задължава европейските страни да вземат мерки да насърчават здравето и да осигуряват медицинска помощ в случай на заболяване.

С цел осигуряване на ефективно упражняване на правото на здраве, договарящите се страни поемат задължението, директно или в сътрудничество с обществени или частни организации, да предприемат необходимите мерки, които заедно с останалото, включват и следното:

1. отстраняване, доколкото е възможно, на причините за недоброто здраве;
2. осигуряване на консултативна и образователна база за поощряване

⁴ Генерален коментар 14, *supra*, n. 7, at, para 12.

⁵ Генерален коментар 14, *supra*, n.7, at, para 1.

⁶ Генерален коментар 14, *supra*, n.7, at, para 23.

на здравето и насърчаване на индивидуалната отговорност в областта на здравето;

3. предотвратяване, доколкото е възможно, на епидемии и други заболявания.

Хартата се следи от Европейския комитет по социални права. Всяка година Комитетът преглежда докладите, представени от страните - членки и решава дали ситуацията в страната по отношение на здравето и другите социални и икономически права е в съответствие с Европейската социална харта. В допълнение към това, някои европейски организации и национални НПО могат да подадат колективно оплакване срещу страната или комитета.

Състоянието на здравето в различните страни се определя от социално-икономически фактори, както и от политиката, която ги катализира и определя околната среда, където хората живеят.⁷

Твърде често това не е въпрос само на икономически растеж. Той е важен за развитието, но без равномерно разпределение на ресурсите дори може да задълбочи неравенството. Някои развиващи се страни като Куба, Коста Рика и Шри Ланка, както твърди СЗО, са успели да постигнат добри нива на здравеопазване, въпреки относително ниския си икономически ръст.⁸

Както става ясно, работата не е само в недостига на средства. Понякога те се използват твърде нерационално и проблемът е в ефективността на използваните ресурси. Анализът на Световната здравна организация показва, че някои страни съществено изостават от индустриално развитите държави по обема на финансиране на здравеопазването, но изоставането е и по крайните показатели за резултатност от дейността на системите за здравеопазване (табл. 1).

⁷ <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/>, 26.7.2020 г. 9.50.

⁸ Пак там.

Таблица 1. Ранжиране на страните по разходи и резултати от дейността на системата на здравеопазване.⁹

Страна	Размер на разходите за здравеопазване на глава от населението	Относителни показатели за резултатност на здравеопазването	
		Показатели за здравето на населението	Интегрален показател на дейността на системата на здравеопазване
САЩ	1	72	37
Швейцария	2	26	20
Германия	3	41	25
Франция	4	4	1
Италия	11	3	2
Япония	13	9	10
Великобритания	26	24	18
Чехия	40	81	48
Полша	58	89	50
Естония	60	115	77
Литва	71	93	73
Русия	75	127	130
БЪЛГАРИЯ	96	92	102
Румъния	107	130	160

В случая е важен субективният аспект на благополучието. Очевидно е, че когато се добавят и други аспекти на живота като работа, финанси, връзки и здраве оценяването на нивото на удовлетвореност от живота като цяло довежда до косвено сравнение на текущото състояние с формираните отнапред очаквания, тъй като хората могат да имат високо ниво на удовлетвореност по обективни показатели, но да имат други очаквания.

Както се вижда от казаното по-горе, здравето е важен аспект, който хората винаги имат предвид, когато оценяват качеството си на живот и нивото си на удовлетвореност. В тази връзка някои здравни показатели се оказват ключови за състоянието на общественото здраве (табл. 2).

⁹ WHO World Health Report. 2000, P. 152 – 155.

Таблица 2. Здравни показатели и показатели за смъртност¹⁰

Показатели	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	ЕС28 2015
Очаквана продължителност на живота	71,1	71.2	71.0	71.6	72.5	73.8	74.7	80.6
Очаквана продължителност на живота - мъже	68,4	68.0	67.4	68.4	69.0	70.3	71.2	77.9
Очаквана продължителност на живота - жени	73,9	74.7	74.9	75.0	76.2	77.4	78.2	83.3
Смъртност, SDR на 100 000 души	л.д.	л.д.	2034	2042	1861	1688	1660	1036
Смъртност, мъже , SDR на 100 000 души	л.д.	л.д.	2441	2409	2291	2092	2060	1287
SDR всякакви причини, мъже, 0 – 64 години	501	550	618	561	553	496	525	282
SDR всякакви причини, мъже, >65 години	8416	8245	8318	8283	7918	7356	8400	5435
Смъртност, жени , SDR на 100 000 души	л.д.	л.д.	1697	1744	1530	1382	1361	849
SDR всякакви причини, жени, 0 – 64 години	267	252	258	251	230	210	227	140
SDR всякакви причини, жени, >65 години	6692	6260	6329	6356	5625	5085	6041	3775

Бележка: л.д. липсват данни; SDR: стандартизиран коефициент на смъртност (standardized death rate).

Кризата, породена от непознатия на медицината до този момент вирус, разкри някои недостатъци на здравните системи и в частност на българската. За нея обаче съществува още един проблем, който все още не е ясно експлициран, но може да бъде видян зад числата на статистиката.

Например, средната продължителност на живота за страните от ЕС е 79,86 години – 76 за мъжете и 82 години за жените. За България средната възраст е 73,83 години - 70,37 години за мъжете и 77,37 години за жените.

Съществува мнение, че увеличената продължителност на живота не е непременно свързана с по-добро качество на живот. Това означава, че т.нар. традиционни измерители на общественото здраве, както позитивни, така и негативни които показват средното или общо ниво на здраве в популацията са остарели и е необходимо да бъдат допълнени от други показатели, доколкото те измерват само един аспект на общественото здраве. Необходимо е използването на нови, съвременни интегрални показатели за оценка на това явление.¹¹

Казаното е в контекста на прилагането на един здравен показател от

¹⁰ Eurostat 2018; WHO HFA 2017.

¹¹ Asada, Y. Assessment of the health of Americans: the average health-related quality of life and its inequality across individuals and groups. Popul. Health Metr. 2005, Jul 13; 3:7.

международната класификация, а именно очакваната продължителност на живота във физическа дееспособност (Disability-free life expectancy), т.е., средният брой години, които индивидът се очаква да преживее без нарушения на физическата дееспособност, ако моделите на смъртност и физическа дееспособност останат непроменени. Под физическа недееспособност се разбира всяко ограничение или липса на способност, вследствие на увреждане, за извършване на дейност по начин или в диапазон, считан за нормален за човека.¹²

Още един показател за измерване на общественото здраве е очакваната продължителност на живота, свободна от социална недостатъчност (Handicap-free life expectancy), което означава средния брой години, които индивидът се очаква да преживее, ако моделите на смъртност и състояние на социална недостатъчност не се променят. Под социална недостатъчност в случая се разбира препятствие за даден индивид в резултат на увреждане или недееспособност, което ограничава или не позволява пълноценното изпълнение на ролята, която е нормална за този индивид.¹³

Състоянието на общественото здраве, коментирано по-горе, показва, че по редица показатели България отстъпва на усреднените за Европейския съюз. Както сочат анализите, то е в пряка зависимост от проявите на някои ключови показатели, детерминиращи общественото здраве и които не са в полза на България (табл. 3).

¹² Мутафова, М. Интегрални индикатори за оценяване на здравето на населението. С., 2007, Пропелер, с. 291.

¹³ Пак там.

Таблица 3. Избрани детерминанти на здравето (2014 г.) (в %)

Показатели	България	ЕС
Дял на хората на 15 и повече години, които пушат ежедневно	27,3	18,4
Дял на жените на 15 и повече години, които пушат ежедневно	19,9	15,1
Дял на хората (15-24 г.), които пушат ежедневно	20,5	15,5
Употреба на алкохол сред възрастните	11,3	10,0
Дял на младежите на 15 и повече години с наднормено тегло и затлъстяване, декларирано от самите тях	20,0	18,0
Дял на възрастните с наднормено тегло и затлъстяване, декларирано от самите тях	15,0	16,0
Дял на младежите на 15 и повече години, които консумират плодове поне веднъж дневно	38,4	50,1
Дял на младежите на 15 и повече години, които консумират зеленчуци поне веднъж дневно	35,4	55,7

Данните сочат, че консумацията на алкохол в България е подобна на средната за ЕС. Но докато в много европейски страни се наблюдава тенденция към снижаване, в България тя расте. Освен това България не е в съответствие с тенденциите на някои други средни за ЕС показатели, имащи отношение към здравословния начин на живот, като високото кръвно налягане и консумацията на плодове. Подобно на общото увеличаване на затлъстяването, то нараства, макар и по-умерено, и в България.

Що се отнася до имунизационното покритие в България, то е традиционно високо, но през последните години бележи спад и е под средното за ЕС. През 2015 г. процентът на имунизирани срещу морбили е 91.5%, срещу дифтерия, коклюш и тетанус (като % от броя на децата между 12 и 23 месеца) е 90.7%, срещу детски паралич – 90.7%, срещу хепатит (като процент от едногодишните деца) – 91.6%.

Анализът на данните разкрива факта, че здравната система страда от съществени слабости, които допринасят за неудовлетворителното здравно състояние на населението. Здравните неравенства между градското и селското население, както и неравенствата в достъпа до здравната система

продължават да нарастват. Подобрието в здравното състояние на населението, отразено в някои здравни индикатори, е неудовлетворително, а други индикатори дори се влошават. Това е картината, която безпристрастно рисува здравната статистика. Очевидно е необходима спешно здравна стратегия, която да набележи контурите на национална програма за укрепване на общественото здраве. Основите на подобна стратегия биха могли да изглеждат като показаните на фигурата по-долу (фиг. 1).



Фиг. 1. Концептуални основи на стратегията за укрепване на общественото здраве.¹⁴

¹⁴ Наумов, И.А. Общественное здоровье и здравоохранение. Минск, 2013, ISBN 978-985-06-2298-3.

Ситуацията с някои заболявания, наречени социално значими и разпространени сред населението, изглежда още по-зле. А те никак не са безобидни, какъвто е случаят със страдащите от епилепсия. В тази връзка изключително много се залага на социалната работа, която заедно със здравните грижи трябва да породи синергичен ефект по посока на подобряване качеството на живот на хората. На това са посветени следващите страници на дисертационното изследване.

2. Социалната работа – фактор за подобряване на общественото здраве

Социалната работа би могла да се определи като една от разновидностите на човешката дейност, чиято цел е да направи по-добър живота на хората, които се намират в житейски затруднения и проблематични ситуации. Тя се определя като помощ на отделния индивид, група, общност или семейство, което е изпаднало в беда, криза, риск или житейска несполука.

Една от основните цели на социалната работа е да подобри живота на всеки член на обществото като оказаната помощ би могла да претърпи промяна в зависимост от географските, социално икономическите, народопсихологическите и политическите условия на живот. Освен това, тя се влияе и от индивидуалното развитие на хората и общностите в които те живеят.

Социалната работа е специфична дейност, чието осъществяване изисква специфична подготовка на тези, които я извършват. Освен това, необходимостта да следва динамичните промени на обществото изисква непрекъснат научен съпровод, който да подготвя и да подпомага реализирането на промените в средствата, формите и методите на социалната дейност, да прогнозира и обосновава необходимостта от инвестиране на обществени средства в тази важна, превърнала се в необходимост, подпомагана и насочвана от държавата дейност. Ето защо,

изучаването на обществените потребности, анализът на достъпните към даден момент ресурси, предлагането на адекватни към конкретната ситуация модели за справяне е резултат от интердисциплинарните усилия на специалисти от различни клонове на науката (фиг. 2).



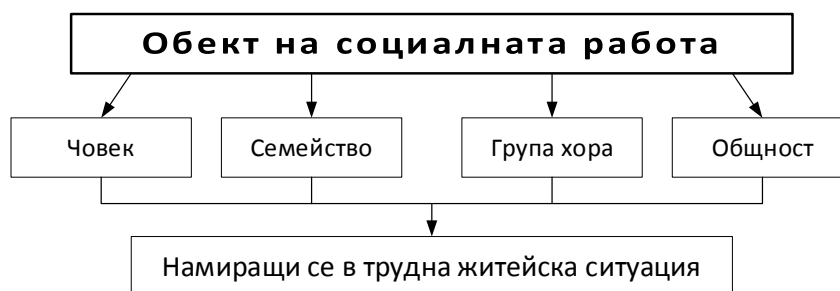
Фиг. 2. Взаимовръзка на социалната работа с други научни дисциплини.¹⁵

В исторически план социалното подпомагане води своето начало от помощта за спасяването на рода, по-късно намира отражение в оказване на жизнена помощ на ближния, намира израз в разнообразни форми на благотворителност и подкрепа, а на съвременния етап достига до институционализирането и превръщането на дейността по подобряване живота на хората в елемент от функционирането на държавата чрез разработване на различни политики и практики.

Според някои автори социалната дейност е насочена към оказване на помощ на хора, които се нуждаят от нея и са неспособни без нея да разрешат жизнените си проблеми, а в много случаи и да живеят (фиг. 3).¹⁶

¹⁵ Холостова, Е. Социальная работа в схемах. Москва, ISBN 978-5-394-01656-1, 2012, с. 30.

¹⁶ Жуков, В.И. и коллектив (2011). „Технологии социальной работы“. „Омега-Л“, Москва.



Фиг. 3. Обект на социалната работа.¹⁷

Предмет на социалната работа е хармонизацията на социалните отношения в обществото и постигане на оптимално ниво на жизнена дейност и на взаимоотношения между неговите членове. Така тя изпълнява и редица функции (фиг. 4).



Фиг. 4. Функции на социалната работа.¹⁸

Редица изследователи на социалната работа са се опитали да

¹⁷ Холостова, Е. Социальная работа в схемах. Москва, ISBN 978-5-394-01656-1, 2012, с. 18.

¹⁸ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 8.

определят модели за социална работа, които по същество са в основата на подходите и типовите технологии в практикуването на социалната работа. В резултат съществува една класификация, която е в научно обръщение.

1. Интеракционен модел. В него човекът, който се нуждае от помощ се проявява като личност със собствен енергиен ресурс, който решава свои задачи и се извява като субект в подпомагащия процес. Социалният работник също се оценява като субект със собствена индивидуалност, детерминирана от такива характеристики като менталитет, компетентност, социален статус и т.н. В подпомагащия процес двамата са взаимно свързани и взаимно зависими. Резултатът от съвместните им усилия е както рехабилитацията и интеграцията на клиента, така и професионалната реализация на социалния работник.

2. Медицински модел. Това е тристранен процес за организиране на познавателната активност на специалиста, която се определя в операциите изследване, диагноза, лечение и заключение (прогноза). Не се използва често в социалната работа, тъй като самата му характеристика предполага диагностични и терапевтични функции, които сами по себе си са приоритет на други специалисти (лекари, психолози, психиатри), а не толкова на социалния работник.

3. Модел „практик-изследовател”. Най-общата и кратка дефиниция за този модел е умението на социалния работник да анализира и оценява собствената си практическа дейност и да прави обобщения на практическия си опит. Тази формулировка предполага много добра теоретична и практическа подготовка на специалиста, която му служи за фундамент при постигане на целите му. Съпроводена е с развитие на личната му познавателна дейност – умения да вижда и отделя проблема, да подбира и използва методи за неговото изследване, да оценява и обобщава резултатите и на тази основа извършва прогноза, която е с проективен характер.

4. „Феминистки” модел на социалната работа. Той засяга на пръв поглед не толкова глобални проблеми на изследователската област – неравностойно положение на жени в обществото и спецификата на социалната работа в него. Моделът предполага широк обхват от проблеми на жените – малтретирани, безнадеждно или хронично болни, поставени в положение на расова или полова сегрегация и др.

Наличието на различни виждания за същността на социалната работа само по себе си е положително. По този начин се разкриват възможности за оценяване на социалните явления и роли на социалния работник и превръщането на социалната работа от стихийно и епизодично проявяване на съпричастност и милосърдие в научнообоснована, практически организирана и законово регламентирана, професионална дейност. В интерес на научната добросъвестност е необходимо да се направи уточнението, че по отношение на същността и характера на социалната работа като научна и учебна дисциплина все още няма единно мнение. Терминологичното несъответствие се простира в определения като „социални дейности”, „социално подпомагане”, „социална педагогика”, „социална рехабилитация”, „социална работа”. Всяко от тези определения има своята логика и носи определено съдържание и акцент, които намират израз в самата формулировка.¹⁹

В рамките на предложените по-горе модели се прилагат специфични методи на социалната работа. Те са съвкупност от способности и средства за взаимодействие между социалния работник и клиента във връзка с достигане на набеязаните цели.

Най-популярното определение за метод на социалната работа е система от правила за помагащо взаимодействие, която е детерминирана от принципите на социалната работа и на чиято база социалният работник и

¹⁹ <http://research.bfu.bg:8080/>

клиента избират конкретни действия водещи към реализиране на поставените цели. Методът е модел на поведение.

Обща характеристика на методите. Това е осъзната система от действия, чиито ред и последователност се определят от социалния работник. Методът принадлежи на социалния работник. Той задава хода на нещата и наблюдава клиента в процеса на помагане. На практика изборът на план се решава от социалния работник в хода на контакта с клиента.

Съществуват някои фактори, които оказват влияние при избора на метод:

- Косвени – общо значение имат особеностите на социалната практика и условията за социална работа.

- Преки – свързани са с непосредствените нужди на социалния работник и на клиента в подпомагащия процес. Те формират конкретните нагласи за действие на социалния работник. Това са специфика на конкретния случай; наличие на определена нормативна уредба; фаза на процеса на работа с клиента; време, с което се разполага; лични особености на социалния работник: образование, опит, квалификация; особености на личността на клиента: пол, възраст, житейски опит. При избора на метод на социална работа по различен начин участват социалния работник, конкретния клиент и социалната служба. Тези три субекта имат различен принос за подбор на метод за социална работа.

Социалният работник избира метод въз основа на собствената си компетентност, в зависимост от особеностите на клиента и институцията, която представлява. Влияние върху избора на метод оказва готовността за действие на социалния работник, степента на познаване на отделните техники и методи, умението да ги използва, да анализира съответните ситуации.

Социалната служба осигурява средата за работа, регламентира и ограничава избора на метод. Методът трябва да кореспондира с целта,

политиката на организацията, материалните и човешките ресурси.

При избора на метод следва да се спазват някои изисквания, като:

- Методът да съответства на целите на клиента.
- Да отговаря на нуждите на клиента.
- Да е ефективен при дадените обстоятелства.
- Да съответства на възможностите на клиента, социалния работник

и социалната служба.

- Да е осигурен с време и други необходими ресурси.
- Да отчита влиянието на другите системи върху клиента.
- Да показва системност и да няма вътрешни противоречия.

Съществува голямо разнообразие от методи, като:

1. Общи и специфични:

- Общите намират приложение при голям брой случаи.
- Специфичните се прилагат при определени случаи или групи

клиенти /психодрама/.

2. Собствени и заимствани:

- Собствените методи са създадени в резултат на интеграция между социалната практика и теория;
- Заимстваните методи принадлежат на други науки и са адаптирани за нуждите на социалната работа.

Според обслужваните клиенти: за индивидуална работа, за работа със семейства, с група, с общност.

Според целта на интервенцията:

- Метод за превенция насочен към стабилизация и достъп до лични ресурси;
- Метод за реинтеграция насочен към рехабилитация и защита;
- Метод за развитие насочен към социализация и развитие на личността.

Според средата, в която се прилагат:

- Метод за интервенция в среда близка до семейната;
- Метод за интервенция в специализирани институции.

Според източника на информация:

Словесни - източника на информация е словесен: консултация, интервю;

Нагледни образни: наблюдение, проучване на документи и опит;

Практически действени: всички ролеви игри, тренинги за социални умения, автотренинги, психодраматичен метод. Това са поведенчески интервенции фокусирани върху определени проблеми.

Социалната работа предлага на обществото помощ за по-ефективно социално функциониране, като по този начин индивидите биха могли да постигнат по-значими личностни цели и да установяват равновесие между своята жизнена дейност и условията на средата, в която пребивават. Това се реализира чрез дейността на всеки социален работник, изпълняващ своите функции (фиг. 5).



Фиг. 5. Функции на социалния работник.²⁰

²⁰ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 8.

Естествено е да се предположи, че показаните на фигурата функции могат да бъдат изпълнени само от специалист, подготвен да извършва специфична работа, свързана със социална помощ, поддръжка, корекция и реабилитация на отделен човек или различни категории групи от населението. При работата с хора с епилепсия съществуват още особености, което предполага специфичен подход в професионалното образование. Натовареният с изпълнението на посочените функции служител следва да бъде избран въз основа на потвърдени от практиката критерии, да е получил необходимата подготовка, съответстваща на оптималното изпълнение на функционалните му задължения и да е в състояние на ситуативна готовност за изпълнение на конкретната задача. Последното се постига, когато върху базовата специализирана подготовка се надграждат умения, свързани с конкретния случай. В зависимост от сложността на случая ситуативната подготовка може да се осъществи чрез кратък брифинг или няколкодневни занимания със специалисти. Принципен модел за формиране личността на социалния работник е показан на долната фигура.



Фиг. 6. Модел за формиране личността на социалния работник.²¹

Един от основните приоритети, съгласно Закона за социалното подпомагане на Република България е предоставянето на държавни средства с цел подпомагане на индивидите, групите или семействата, които средства са под формата на парични помощи или услуги. Тази форма на социално подпомагане е насочена към тези индивид или групи, които се намират в житейско неблагополучие и безпомощност.²²

За да стане ясна характеристиката на социалната работа би следвало да се разгледа същността на понятието „неблагополучие“ в индивидуалната жизнена реалност. Въз основа на това би могло да се изведе логическата схема на съдържателните елементи и процесуалните подходи в структурата на помагащата дейност.

Най-общо казано, неблагополучието предполага неуспех, несполука или пропадане в трудна до нерешима житейска ситуация, водеща до

²¹ Шмелева, Н.Б. Введение в професия „Социальная работа“. М., ISBN 978-5-394-01246-4q 2013, с. 117.

²² Министерството на труда и социалната политика, (2016). Закон за социалното подпомагане.

преживяване на нещастие, гибел, безизходица, слабост и т.н.

Това неблагоприятие би могло да бъде провокирано от доста разнообразна палитра на обективни и субективни фактори, като:

- Социални промени/ проблеми
- Професионални промени/ проблеми
- Премеждия
- Бедствия
- Неволя
- Пропуски
- Грешки
- Недостатъци
- Ситуации, с които човекът не може да се справи сам.²³

В подобни ситуации и проблеми потребностите на индивида достигат до фрустриране и невъзможност за намиране на изход от натрупаните индивидуално-значими проблеми. На основата на водещите проблеми, провокиращи неблагоприятието и доминиращите психически и поведенчески ефекти от тяхното наслояване, могат да се определят и няколко характерни за ситуациите аспекти:

- Материално-битово неблагоприятие
- Финансово-икономическо неблагоприятие
- Здравно-физическо неблагоприятие
- Социално-статусно неблагоприятие
- Психично-поведенческо неблагоприятие
- Семейно-ресурсно неблагоприятие.²⁴

Тези житейски неблагоприятия не биха могли да се нарекат константни състояния, тъй като различни индивиди преживяват жизнените

²³ Колектив. (2003). Основы социальной работы, коллектив. М.

²⁴ Леков, К. (2002). Основы на социалната работа. Благоевград.

промени по различен начин. Всяко едно състояние, резултат от настъпил проблем може да се тълкува по различен начин, например богат не винаги значи щастлив или пък овдовял не винаги значи нещастен. Всяка една интерпретация от страна на индивида съобразно неговото моментно състояние, резултат от неблагоприятните фактори, бива схващана по различен начин. Може да се каже, че до голяма степен различната интерпретация на проблема или ситуацията зависи от потребностите, ценностите, житейският опит и дори мирогледа на индивида. До голяма степен това, как той ще се справи със ситуацията също зависи от неговото моментно психологическо и емоционално състояние, както и от миналия му опит.

Точно заради това в индивидуално-психологически план неблагоприятието би могло да се интерпретира като съвкупност от преживявания, които отразяват отношението на човека към фрустрираните потребности, ситуацията за безизходица и усещането за безпомощност.

От тук може да се обобщи, че индивидуалните характеристики на всеки един случай до голяма степен зависят от първопричините за неблагоприятието на индивида, които са възникнали в индивидуалната жизнена реалност, разбирани като причини, фактори и условия, провокиращи фрустрирането на потребностите и в крайна сметка, водещи до загуба на равновесието между индивидуалната жизнена дейност и условията на живот.

Всичко това води до изпадане в състояние на невъзможност за удовлетворяване на своите нужди и постигане на личните си цели. Ситуацията, в която би могъл да изпадне индивидът води до разпад на уменията за социално вграждане.

Съществуват няколко индивидуални дефицита на жизнената

реалност, които биха могли да се поставят в две основни групи:²⁵

Първата група са обективно обусловените дефицити, предизвикани от независещи от индивида обстоятелства. Тези обстоятелства могат да бъдат:

- Заболявания и физически увреждания
- Възраст
- Безработица
- Етническа принадлежност
- Семейна подкрепа
- Бедност
- Бедствия
- Гибел
- Условия, които не намират причинно следствена връзка с

личността и поведението на конкретния индивид.²⁶

Другата група са субективно обусловени дефицити, които са провокирани от личностните нагласи, способностите, уменията, поведението и взаимоотношенията на индивида със заобикалящата го среда.

Може да се каже, че това са случаи при които се очаква индивидът да може да се справи сам, но това може да не се случи поради ред субективни причини, като:

- Недостатъчна социална компетентност;
- Неадекватни умения за социално вграждане;
- Занижена личностна зрялост;
- Деструктивни поведенчески модели ;
- Особености на характера.

²⁵ Петрова, Н. (2001). Основи и методи на социалната работа. София.

²⁶ Пак там.

По-подробно, факторите, обуславящи потребността от социална помощ са посочени на следващата фигура (фиг. 7).²⁷



Фиг. 7. Фактори, обуславящи потребността от социална подкрепа.

За да се определи общата насоченост на помагачата дейност би следвало на първо място да се разберат първопричините за жизненото

²⁷ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 37.

състояние. По този начин ще е налице съобразен отговор на обществото по отношение на нуждите на хората в социално неравностойно положение.

Когато нуждите биват обективно обусловени се очаква предлагането на материална и институционална помощ. Тя може да бъде под различни форми (фиг. 8).



Фиг. 8. Форми на социалната помощ.²⁸

В някои случаи при субективно обусловени нужди би могло да се прилагат различни начини на социално-педагогическа помощ като:

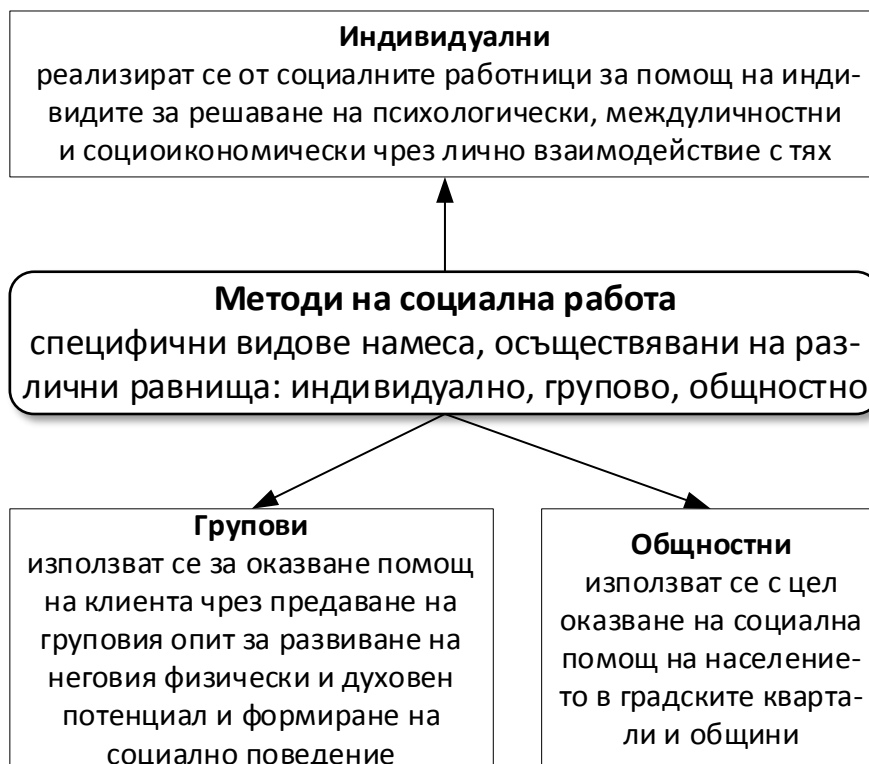
- „Помощ за самопомощ”;
- Предполагаща образование;
- Професионална квалификация;
- Психо-социална рехабилитация;
- Други възможности, свързани с развитие на личностния капацитет

на нуждаещите се.

При реализирането на социалната работа се прилагат различни

²⁸ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 8.

методи, които придават специфика и конкретизират формите (фиг. 9).



Фиг. 9. Методи на социална работа.²⁹

Структурата на социалната дейност се характеризира с четири обобщени компонента:

- Материално и здравно подпомагане;
- Институционална защита;
- Обучение и образование;
- Психологическа подкрепа.

Може да се каже, че тази схема не е елементарна, тъй като проблемите и ситуациите на неблагополучие на хората не са универсални и всеки от тях има свои индивидуален характер, при който се наблюдава вплитане на множество фактори и условия, спомагащи или затрудняващи ефектите

²⁹ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 7.

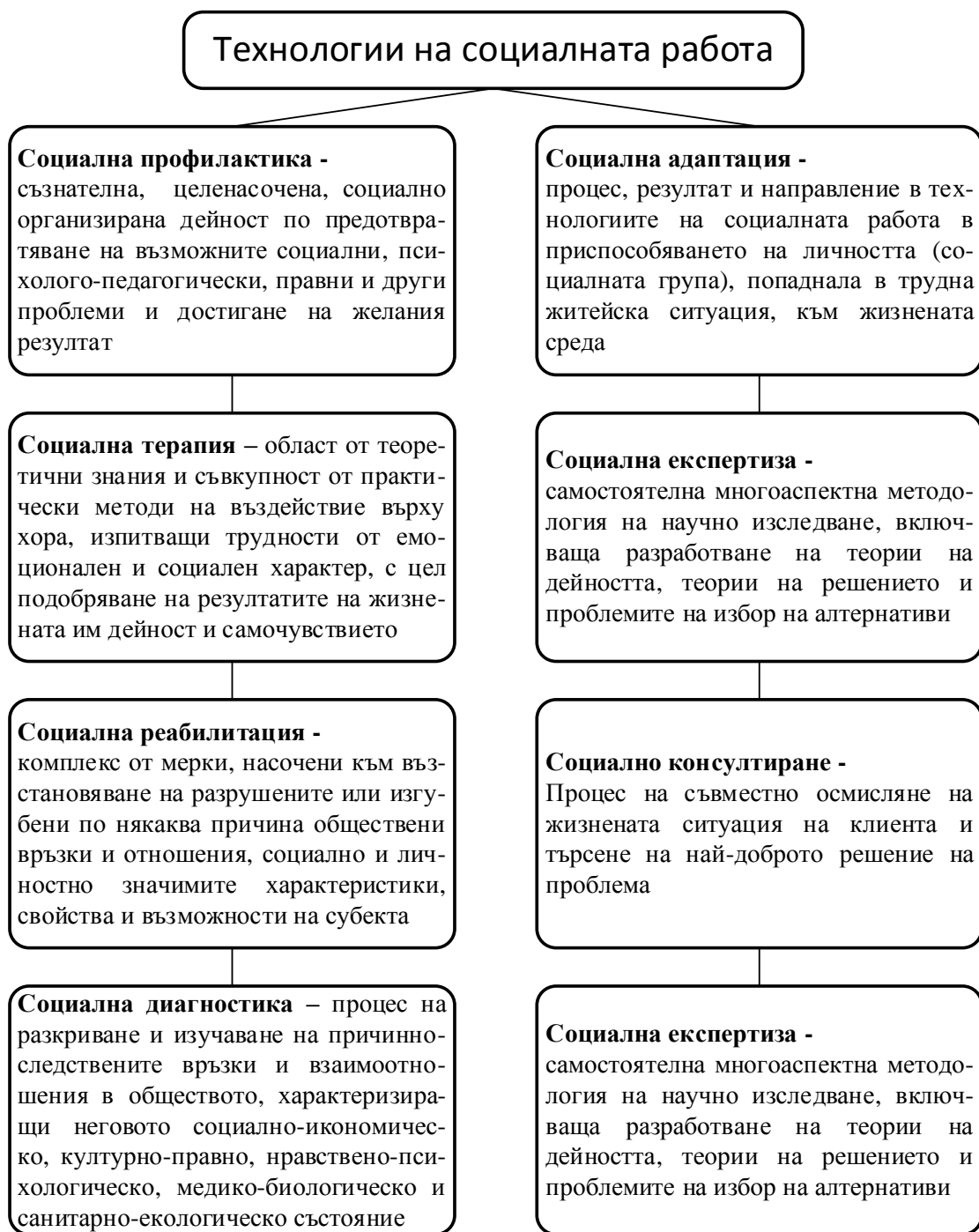
от предлаганата помощ.

Н. Петрова определя социалната работа като изключително трудна и обусловена от множество фактори, когато идва като помощ от страна на обществото за решаване на социално-значими проблеми на неговите членове. Поради този факт, крайният резултат зависи от редица разнообразни и специфични условия. Някои от тях са:

- Конкретния социален проблем.
- Възрастовите особености на нуждаещия се.
- Специфичните личностни особености и индивидуална житейска история.
- Социално-икономическите условия в конкретния регион, населеното място и непосредственото социално обкръжение.
- Народопсихологичните, етническите, религиозните, моралните и други културни особености
- Равнището на компетентност на социално-помагащите институции и организацията на междуинституционалните връзки.³⁰

Освен това, следва да се разгърне целият набор от технологии на социалната работа, за да постигне оптимален резултат (фиг. 10).

³⁰ Петрова, Н. (2001). Основи и методи на социалната работа. София.



Фиг. 10. Технологии на социалната работа.³¹

За да бъде максимално ефективна и да постига съответните цели, социалната дейност трябва да бъде реализирана като поредица от различни

³¹ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 28.

подпомагащи дейности.

За да има резултат от социалната работа институционалният и организационен капацитет на гражданската общност е необходимо да е налице и да е развит в степен, съответстваща на нивото на развитие на общността. Също така, следва да са налични и поддържани в актуално състояние националните и регионалните приоритети, политики и стратегии, тъй като именно националните и гражданските институции предоставят възможността за помощ и подкрепа. Те планират, съхраняват и насочват ресурсите за реализирането на подкрепа. Те са отговорни и за подготовката на кадри на национално и регионално ниво, които да извършват тази дейност.

В този момент поради обективни, а и субективни причини, страната се намира в сложна ситуация на криза. На повърхността все по-зримо се очертава здравната криза, но икономическата, която води след себе си и социална криза вече започват да се усещат.

Въздействието на икономическата криза върху здравното състояние на населението следва логиката на връзката между икономиката и здравеопазването – в подобни на сегашния период на рецесия първоначално спадът се отразява върху финансирането на здравната система, както и върху доходите на населението, а това от своя страна води до намаляване на търсенето здравни услуги, както и до ограничаване на обхвата на социалното здравно осигуряване. Следващите последствия са свързани с ограничаване на достъпа до здравни услуги, влошаване на качеството на живот и като резултат от всичко това – влошаване на здравния статус на населението (фиг. 11).



Фиг. 11. Модел на влиянието на икономическата криза върху здравеопазването и здравното състояние.³²

Социалната работа преследва определени цели и функционира при организация, която гарантира постигането на тези цели. Целите са един от основните структурни компоненти на социалната работа. Важно е те да бъдат добре и ясно дефинирани, тъй като от това зависи начинът на организация и практическата реализацията на подпомагащите дейности в конкретна ситуация. Нещо повече, във всяка сфера от обществения живот, която потребява продукта от социалната работа, целта има специфичен характер който следва да бъде съобразена дейността (фиг. 12).

³² Адаптирано по: College, M. Economic cycles and health: towards a sociological understanding of the impact of the recession on health and illness. *Social Science Medicine*, Vol. 16(22), 1982; Waters, H., F. Saadah, M. Pradhan. The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*, Vol. 18(2), 2003; Yang, B.M., N. Prescott, E.Y. Bae. The impact of economic crisis on health care consumption in Korea. *Health Policy and Planning*, Vol. 16(4), 2001.



Фиг. 12. Социална работа в различни сфери на живота.³³

От своя страна целеполагането е една от основните управленски функции, която е ориентирана към субектите на помагаща дейност във времето и социалното пространство. Целите насочват социалната подпомагаща дейност към точните и съответни потребности на гражданското общество от социалните услуги обособяване на тяхната ресурсна обеспеченост и достижимост. Това до голяма степен зависи и от наличният потенциал на организацията, която е доставчик на съответните услуги било то общината, някоя институция, НПО или други.³⁴

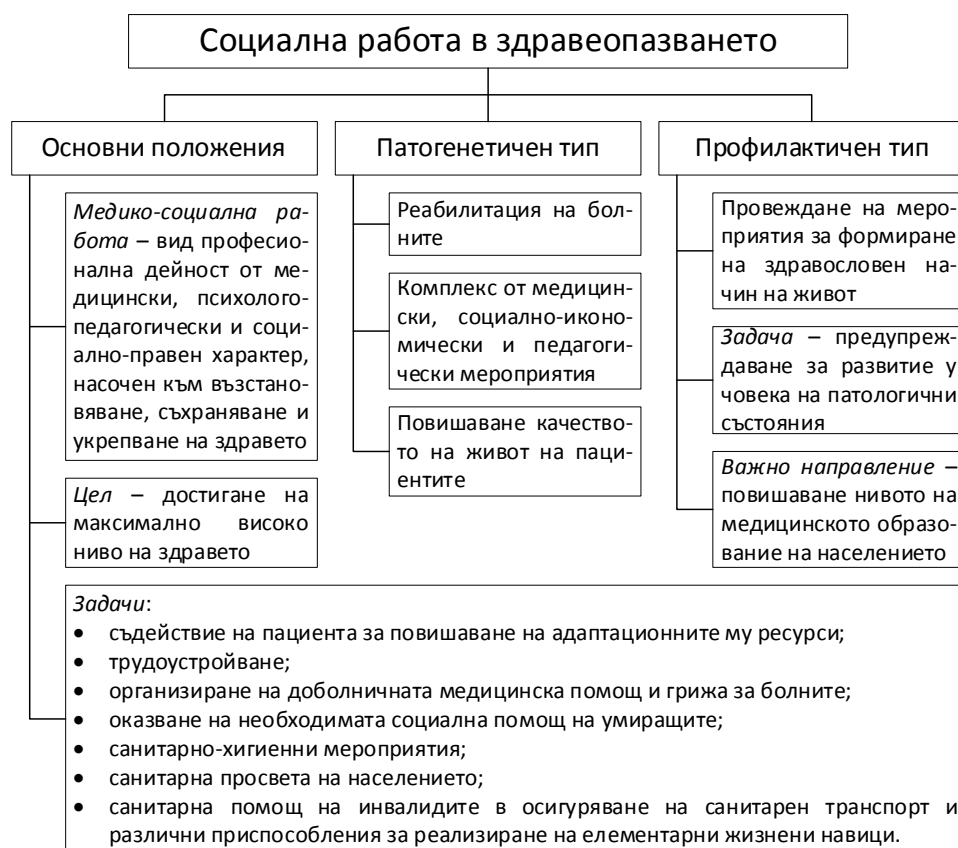
Може да се каже, че целите означават конкретни крайни желани резултати, които една организация или личност би желала да постигне в

³³ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 9.

³⁴ Тодорова, М. (2005). Помагало по методи на социалната работа. В. Търново.

процеса на работа. Всички организационни структури са многоцелеви. Съществуват различни видове цели като икономически, социални, маркетингови, иновационни, инвестиционни, лични и други. Съдържателните характеристики и взаимоотношеност на целевите особености предопределят предназначението и структурата на дейността.

За да се постигне желаният ефект от поставените цели в една организация те трябва да съответстват на реалните потребности на хората, а също така и на възможностите на организацията. Такъв е случаят със здравеопазването, върху чиято директна връзка със социалната работа бе акцентирано в началото (фиг. 13).



Фиг. 13. Социална работа в здравеопазването.³⁵

За постигането на целите е необходимо да има добре изготвена и

³⁵ Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015, с. 12.

балансирана стратегия, съставена от определена политика и действия. За да бъдат постигнати конкретни цели те трябва да отговарят на няколко условия – да бъдат реални, постижими, конкретни и съобразени с дейността на организацията.

Стратегията е разработена политика въз основа на целеполагане, предвиждане на бъдещото развитие, прогнозиране на процесите и резултатите от дейността и техните последствия, потребностите от ресурси и пътищата за достигане на целите.

Целите и стратегията са взаимосвързани и промените в едното повлияват върху другото. В крайна сметка, основната задача е да бъдат постигнати конкретни крайни резултати в актуалната ситуация.

Конкретното и ясно формулиране на съдържателни и организационни характеристики на целите на социално-подпомагащите дейности повишава ефективността на изходните позиции и съответстващата реализация на капацитета на социално-подпомагащата система.

Необходимо е да бъде изградена връзка между целите и стратегията на социалното-подполагане, съгласуваност и подчиненост на целите спрямо стратегията. Всичко това налага съобразяване и познаване на различни фактори и условия, които имат решаващо значение за ефективността на помагащата дейност. Поради този факт е необходимо да има съобразяване с различни обективни предпоставки:³⁶

- Социалната работа е насочена към хората, намиращи се в ситуация на житейско неблагополучие и безпомощност.
- Социалната работа е помощ за по-ефективно социално функциониране, постигане на личностните цели и установяване на равновесие между индивида и условията на средата.
- Първопричина за неблагополучието на хората са дефицитите в

³⁶ Тодорова, М. (2005). Помагало по методи на социалната работа. В. Търново.

индивидуалната жизнена реалност: обективно обусловени дефицити и субективно обусловени дефицити.

- В случаите на обективно обусловени нужди се очаква предлагането на материална помощ, разбирана като подобряване на условията на живот.

- В случаите на субективно обусловени нужди се очаква предлагането на социално-педагогическа помощ, разбирана като „помощ за самопомощ”, т.е. възможности, свързани с развитие на личностния ресурс на нуждаещите се.

- Социалната работа не е количествен сбор от предопределени услуги и още по-рядко само една от тях.

- Социалната работа е държавна дейност и държавата определя условията за нейната реализация – чрез закони, финансиране, подготовка на специалисти, научни изследвания и т.н. Дори и когато помощта се реализира от частни организации и с частни средства, държавата си запазва правото на контрол за законност и хуманност.

- Получаването на помощ и подкрепа е доброволна дейност и никой не може да бъде принуждаван да ползва такава.

Главната цел на социалната работа е да осигурява качествен стандарт на живот на всички членове на обществото. Това може да се постигне, чрез реализиране на ефективни политики и стратегии, които гарантират постигане на равновесие между индивидуалната жизнена дейност, условията на средата и защитата от жизненото неблагополучие.³⁷

Също така подпомагането на индивидите, общностите и групите в процеса на тяхната интеграция и социална адаптация, а също така оказва влияние върху социалните и личностни проблеми.

Това е важна цел в управлението и организацията на обществото за

³⁷ Леков, К. (2002). Основи на социалната работа. Благоевград.

реализирането на социално-подпомагащи практики, които да допринасят до известна степен за реализирането на целта, без да се очаква цялостното постигане.

Операционното ниво на формиране на главната цел е важно за социалната работа. Тази цел е настъпване на промени в живота на индивидите, които нямат възможност или не са в състояние да се справят самостоятелно. Решаването на проблема би могло да промени социалните условия и да се поддържа неблагоприятното в поносими граници.

В резултат на тази оперативна цел би могло да се предположи очакваният резултат от реализацията на помагащата дейност да е:³⁸

- Подобряване на условията на живот, разбрано като социална промяна.
- Оптимизация на управлението и организацията на помагащите дейности, разбрано като институционална промяна.
- Повишаване на личностния и поведенчески ресурс на хората в нужда, разбрано като личностна промяна.

Посочените аспекти в социалната работа могат да съществуват при единство между главната цел, операционните цели и стратегията. Липсата или подценяването на който и да било от тях крие риск от обезсмисляне на останалите два и води до самоцелно разходване на средства и човешки ресурс в помагащия процес.

3. Социалната работа като част от обществените отношения

С Конституцията на Република България се гарантира осигуряване на качествен стандарт на живот на всички членове на обществото и тяхната защита от жизнено неблагоприятие.³⁹ Това може да се случи чрез реализиране на ефективни политики и практики. Разпоредбите на

³⁸ Леков, К. (2002). Основи на социалната работа. Благоевград.

³⁹ Велико народно събрание (1991). Конституция на Република България

Конституцията имат непосредствено действие и другите закони не могат да противоречат.

В Преамбюла на Конституцията се прокламират общочовешките ценности. Те от своя страна имат основополагаща значимост за процеса на реализация на социално-помагащите политики и практики:

- Свобода, мир, хуманизъм, равенство, справедливост и търпимост.
- Издигането на правата на личността, нейното достойнство и сигурност във върховен принцип.
- Опазване на националното и държавното единство и решимост за създаване на демократична, правова и социална държава.⁴⁰

Така са изведени общонационалните ценности. Те от своя страна намират интерпретация като основни начала на Българската конституция, където се откриват основите на главните принципи за изграждането, организацията и реализирането на социално-помагащите дейности. Някои от тях са:⁴¹

- Република България гарантира живота, достойнството и правата на личността и създава условия за свободно развитие на човека и на гражданското общество.
- Всички хора се раждат свободни и равни по достойнство и права. Не се допускат никакви ограничения на правата или привилегии, основани на раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние.
- Семейството, майчинството и децата са под закрила на държавата и обществото.
- Трудът се гарантира и защитава от закона.

Правото на подобрен живот на всички членове на обществото и

⁴⁰ Паризов, П. (2000). Организация и управление на социалните дейности. Благоевград.

⁴¹ Велико народно събрание (1991). Конституцията на Република България.

защитата от жизнено неблагоприятно положение намират израз в Основните права и задължения на гражданите, посочени в Конституцията:

- Всеки има право на живот. Никой не може да бъде подлаган на мъчение, на жестоко, безчовечно или унижаващо отношение, както и на насилствена асимилация.

- Всеки има право на лична свобода и неприкосновеност. Всеки има право на защита срещу незаконна намеса в личния и семейния му живот и срещу посегателство върху неговата чест, достойнство и добро име.

- Изучаването и ползването на българския език е право и задължение на българските граждани. Гражданите, за които българският език не е майчин, имат право наред със задължителното изучаване на българския език да изучават и ползват своя език.

- Свободата на съвестта, свободата на мисълта и изборът на вероизповедание и на религиозни или атеистични възгледи са ненакърними. Никой не може да бъде преследван или ограничаван в правата си поради своите убеждения, нито да бъде задължаван или принуждаван да дава сведения за свои или чужди убеждения.

- Всеки има право да изразява мнение и да го разпространява. Това право не може да се използва за накърняване на правата и доброто име на другото и за призоваване към насилствена промяна на конституционно установения ред.

- Всеки има право да търси, получава и разпространява информация. Осъществяването на това право не може да бъде насочено срещу правата и доброто име на другите граждани, както и срещу националната сигурност, обществения ред, народното здраве и морала.

- Гражданите могат свободно да се сдружават. Забраняват се организации, чиято дейност е насочена срещу суверенитета, териториалната цялост на страната и единството на нацията, към разпалване на расова, национална, етническа или религиозна вражда, към

нарушаване на правата и свободите на гражданите.

- Гражданите имат право на жалби, предложения и петиции до държавните органи.

- Бракът е доброволен съюз между мъж и жена. Законен е само гражданският брак. Съпрузите имат равни права и задължения в брака и семейството.

- Отглеждането и възпитанието на децата до пълнолетието им е право и задължение на техните родители и се подпомага от държавата. Жената майка се ползва от особената закрила на държавата. Децата, родени извън брака, имат равни права с родените в брака.

- Децата, останали без грижата на близките си, се намират под особената закрила на държавата и обществото.

- Гражданите имат право на труд. Държавата се грижи за създаване на условия за осъществяване на това право. Никой не може да бъде заставян да извършва принудителен труд.

- Гражданите имат право на обществено осигуряване и социално подпомагане. Старите хора, които нямат близки и не могат да се издържат от своето имущество, както и лицата с физически и психически увреждания се намират под особена закрила на държавата и обществото.

- Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Никой не може да бъде подлаган принудително на лечение и на санитарни мерки освен в предвидените от закона случаи.

- Всеки има право на образование. Училищното обучение до 16-годишна възраст е задължително. Основното и средното образование в държавните и общинските училища е безплатно. Държавата насърчава образованието, като създава и финансира училища. Тя упражнява контрол

върху всички видове и степени училища.

- Всеки гражданин има право на защита, когато са нарушени или застрашени негови права или законни интереси. Основните права на гражданите са неотменими. Не се допуска злоупотреба с права, както и тяхното упражняване, ако то накърнява права или законни интереси на други.

- Гражданите са длъжни да спазват и изпълняват Конституцията и законите. Те са длъжни да зачитат правата и законните интереси на другите. Религиозните и другите убеждения не са основание за отказ да се изпълняват задълженията, установени в Конституцията и законите.

За държавната организация и развитие е от важно значение да бъде осигурено социалното благополучие на хората и промяната на причините, които са провокирали или довели до жизненото неблагополучие на индивидите. Тези промени, които държавното управление може да предприеме са в полза на изменения на действителността, която не отговаря на потребностите на голяма част от населението на страната.⁴²

Основанията за това могат да бъдат няколко. Едното от тях е нарастването на общото обедняване на населението в България. Друго основание е неблагоприятното развитие на трудовата заетост и заплащането на труда. Поредното основание за настъпващи промени е недостатъчният капацитет на социалните фондове. Маргинализирането на големи групи от хора и развитие на социалната патология, която крие риск за криминализиране и виктимизиране на много хора е друго основание. Настъпващите промени в организацията и управлението на социално-помагащите институции. Липса на конкретни и ясни приоритети в социалната политика на държавата.

По много причини тези изменения се възприемат като изключително

⁴² Паризов, П. (2000). Организация и управление на социалните дейности. Благоевград. Благоевград : ЮЗУ Н. Рилски, УДК:36.07(497.2)(075.8)

опасни. За да се справят със социалното неблагополучие на обществото е необходимо да се обърне внимание на причините, които водят до него. След това би могло да се говори за предприемане на адекватни мерки за отстраняването на проблемите.⁴³

В много случаи мерките за превенция не са достатъчно ефективни. Понякога дори благоприятстват негативното влияние върху големи групи хора от обществото, а също така спомагат и за формирането на устойчиви нагласи за живота, които се отразяват за сметка на обществените фондове. Това понякога води до криминализация на социално-неравностойната личност.

В други случаи пък би могло да се наблюдава механичното пренасяне на чуждестранен опит или самоцелно разхищаване на финансовите средства и човешките ресурси.

След като България стана член на Европейският съюз социалната политика на държавата претърпя някои промени, но се усети липсата на ясна посока и единна стратегия, целяща подобряването на качеството на живот в страната.

За да се постигнат някакви промени в социалната политика на страната е нужно да се обърне внимание на няколко важни въпроса, които да бъдат насочени към държавата, държавните институции и обществените структури. Такива въпроси са:⁴⁴

- Необходимост от глобална стратегия с ясни, надеждни и постижими приоритети и цели, които да дават отговор на гражданските нужди и потребности от социално-подпомагащи дейности.
- Целите да бъдат ясно определени, а резултатите от тяхната реализация да водят до очаквания, които да намерят ясно разположение във

⁴³ Паризов, П. (2000). Организация и управление на социалните дейности. Благоевград. Благоевград: ЮЗУ Н. Рилски, УДК:36.07(497.2)(075.8)

⁴⁴ Пак там.

времето.

- Посочване на средствата чрез които ще се реализира конкретната стратегия.

Социалната политика съставлява ръководните идеи за развитието на социалното законодателство и неговото ефективно прилагане. Социалната политика очертава основните насоки на промените, които налагат в организацията и управлението на социално-помагащата практика, критериите за преценка на действащите подходи, форми, средства за социална закрила и социални услуги, принципите за интеграция на хората в неравностойно социално положение и гарантиране на човешките права.

Може да се каже, че ефективната социална политика е чужда на конюнктурните, субективните и политическите особености. От друга страна ефективността на социалната политика се разглежда като обективна оценка на закономерностите в динамиката и промените настъпващи в качеството на живот на населението, актуалният ръст и настъпващите тенденции в схемата на социалната несправедливост.

Осъществяването на социалната политика налага планирането на определена система от мерки, които имат общодържавен, регионален и обществен характер. Тази система има за цел да осигури по-високо качество на живот на хората и ограничаване на причините, водещи до неблагополучия в жизнената реалност.

Системата от мерки е насочена към осъществяване на различни действия на държавата, държавните институции, обществените формирвания и гражданите по тяхното прилагане.⁴⁵

От тук може да се направи изводът, че социалната работа има двукомпонентна взаимно зависима реализацията. От една страна социалната дейност е система от мерки, които са насочени към

⁴⁵ Паризов, П. (2000). Организация и управление на социалните дейности. Благоевград. Благоевград : ЮЗУ Н. Рилски, УДК:36.07(497.2)(075.8)

подобряване на качеството на живота, социалното-подпомагане чрез средства и услуги на гражданите и предпазване от неблагоприятни преживявания.

От друга страна социалната дейност е система от разнообразни действия, които имат определена последователност и предварително зададена цел. Тези действия се предприемат от различните държавни и обществени институции, и от самите граждани. Тези действия са насочени към реализирането на поставените цели изграждащи същността на социалната политика.

Помощта и закрилата, предоставена от социалната политика и дейност покрива обширна гама от социално-политически проблеми, проблеми на социалното, гражданското и административното законодателство.

Системата от мерки не винаги може и трябва да бъде насочена към непосредствената социална неравнопоставеност. Детерминирани мерки и обезпечаващите ги дейности могат да имат различен социален, икономически или културен характер. Дори биха могли да бъдат ограничени по своя обхват и предмет на насоченост.

Разглеждана в схемата на обществените отношения, социалната работа е дейност, която оказва пряко влияние и засяга социалната и обществената системи.

Една от главните цели на помагащата дейност е да намали социалната несправедливост и да поддържа в поносими граници явления като бедност, дискриминация, дезинтеграция и т.н.

Твърди се, че за да се „омекоти“ социалната несправедливост би следвало да се реализират няколко основни стратегически аспекта:⁴⁶

- Социално подпомагане;

⁴⁶ Паризов, П. (2000). Организация и управление на социалните дейности. Благоевград: ЮЗУ Н. Рилски, УДК:36.07(497.2) (075.8).

- Пенсионно осигуряване и социална закрила на наемния труд;
- Обезщетяване при безработица;
- Социално и здравно осигуряване;
- Гарантиране на равни възможности в образованието, професионалното обучение, здравеопазването, общественото обединяване;
- Предоставяне на социални услуги;
- Закрила на децата;
- Социална интеграция на хората в неравностойно социално положение.

Посочените стратегии до известна степен съставляват и оформят съдържателната рамка на социалната политика.

Резултат от социално-адекватните стратегии ще повиши ефективността на социалната политика. Единственото условие е, че тяхната политика ще бъде обезпечена със съответстващи на нуждите на практиката програми, планове за действие и т.н., които се осъществяват на всички равнища на социалната работа в условията ефективна организация и управление.⁴⁷

⁴⁷ Паризов, П. (2000). Организация и управление на социалните дейности. Благоевград. Благоевград: ЮЗУ Н. Рилски, УДК:36.07(497.2)(075.8)

ВТОРА ГЛАВА.

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА СОЦИАЛНО-ЗНАЧИМИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Характеристика и класификация на социално-значимите заболявания

Социално-значимите заболявания са един сериозен проблем свързан с общественото здраве. Това са заболяванията, които оказват най-силно влияние върху сформирането на профила на смъртността и заболяемостта в една страна. Те засягат по-младата и активна част от обществото. До голяма степен тези заболявания са свързани със значими социални, медицински, икономически и психологически щети за самите болни и техните семейства. Също така тези заболявания са свързани с разходи на държавните, обществените и частните фондове, които покриват времената неработоспособност на индивида в следствие на тези заболявания.⁴⁸

Световната здравна организация нарича тези заболявания хронични незаразни заболявания. Според данни посочени от СЗО хроничните незаразни болести (ХНБ) всяка година вземат живота на 41 милиона души, което се равнява на 71% от всички смъртни случаи в световен мащаб. Всяка година 15 милиона души умират от ХНБ на възраст между 30 и 69 години. Това са над 85% от тези "преждевременни" смъртни случаи, които се срещат в страните с ниски и средни доходи на населението.⁴⁹

Сърдечно-съдовите заболявания са причина за повечето смъртни случаи от ХНБ, или 17,9 милиона души годишно, следвани от рак (9,0 милиона), респираторни заболявания (3,9 милиона) и диабет (1,6 милиона).

⁴⁸ Грънчарова, Г. (2016). Социална медицина. Медицински университет. Плевен.

⁴⁹ GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724.

Тези четири групи заболявания съставляват над 80% от всички преждевременни смъртни случаи от ХНБ.

Може да се каже, че употребата на тютюн, липсата на физическа активност, употребата на алкохолни напитки и нездравословните диети увеличават риска от смърт от ХНБ.⁵⁰

От СЗО твърдят, че откриването и лечението на ХНБ са ключови компоненти за справянето и овладяването на тези заболявания. Неинфекциозните болести известни също като хронични заболявания, са с продължителност и са резултат от комбинация от генетични, физиологични, екологични и поведенчески фактори.

Основните видове ХНБ са сърдечно-съдови заболявания (като сърдечни пристъпи и инсулт), рак, хронични респираторни заболявания (като астма) и диабет. ХНБ несъразмерно засягат населението в страните с нисък или среден доход, където се случват повече от три четвърти от световните смъртни случаи.

Хората от всички възрастови групи, региони и държави са засегнати от ХНБ. Тези състояния често се свързват с по-възрастните групи от обществото, но доказателствата показват, че 15 милиона от всички смъртни случаи, дължащи се на ХНБ, настъпват между 30 и 69 години.⁵¹

Всички членове на обществото са уязвими към рисковите фактори, които допринасят за ХНБ, независимо дали са от нездравословни диети, липсата на физическа активност, излагане на тютюнев дим, тютюнопушене и прекомерна употреба на алкохол.

Може да се каже, че тези болести са пряко повлияни от различни тенденции като бърза непланирана урбанизация, глобализация на нездравословния начин на живот и застаряването на населението.

⁵⁰ GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724.

⁵¹ Пак там.

Признаците за воденето на нездравословни диети и липсата на физическа активност могат да се появят при индивидите като повишено кръвно налягане, повишена кръвна захар, повишени липиди в кръвта и затлъстяване. Те се наричат метаболитни рискови фактори, които могат да доведат до сърдечно-съдови заболявания, които са и водещите ХНБ.⁵²

СЗО посочва някои рисковите фактори, които оказват влияние върху обществото и водят до развиването на социално-значими заболявания. Първата група фактори са свързани с поведението и навиците на населението.

Употребата на тютюн, слабата или липсата на физическа активност, нездравословната диета и прекомерното използване на алкохол, повишават риска от ХНБ.

Вредата от тютюнопушенето и последиците от тютюневият дим отнема живота на над 7,2 милиона смъртни случая всяка година и се очаква да нарасне значително през следващите години. Повече от 4.1 милиона годишни смъртни случаи са причинени от прекомерната употреба на сол. Смъртта на повече от 3,3 милиона души годишно се дължи на ХНБ, включително и злокачествени образувания са причинени от прекомерната употреба на алкохол и спиртни напитки.

Друга важна група са метаболитните рискови фактори. Според СЗО, те допринасят за развиването на четири ключови метаболитни промени, които увеличават риска от ХНБ.⁵³

- Повишено кръвно налягане
- Наднормено тегло / затлъстяване
- Хипергликемия (високи нива на кръвната захар)

⁵² GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724

⁵³ GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet, 2016; 388(10053):1659-1724

- Хиперлипидемия (високи нива на мазнини в кръвта)

От гледна точка на смъртните случаи, водещият метаболитният рисков фактор в световен мащаб е повишено кръвно налягане (към което се дължат 19% от смъртността в световен мащаб), последвано от наднормено тегло и затлъстяване и повишена кръвна захар.

Налице са социално-икономически последици от ХНБ. Тези заболявания водят до застрашават напредъка към Програмата за устойчиво развитие до 2030 г., която включва целта за намаляване на преждевременната смъртност с една трета до 2030 г.

Бедността е тясно свързана с ХНБ. Бързото нарастване на икономическите последици от ХНБ се очаква да възпрепятства инициативите за намаляване на бедността в страните с ниски доходи, особено чрез увеличаване на разходите за домакинство, свързани със здравеопазването. Уязвимите и социално слаби хора стават по-болни и умират по-рано от хората с по-високи социални позиции, особено защото са изложени на по-голям риск да бъдат консумират и използват по вредни продукти, като тютюн или нездравословни хранителни продукти, а и имат ограничен достъп до здравни услуги.

При ниското ниво на приходи и високите стойности на услугите свързани със здравните грижи за ХНБ водят до затруднения на обществото да получи по-качествена помощ. От друга страна отделянето на финансови средства за по-качествени здравни услуги принуждава милиони хора да живеят в бедност и затруднява цялостното развитие на човечеството.⁵⁴

Важен начин за контролиране на ХНБ е да се съсредоточи политиката върху намаляването на рисковите фактори, свързани с тези заболявания. Съществуват „евтини“ решения за правителствата и другите

⁵⁴ GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724.

заинтересовани страни за намаляване на общите модифицируеми рискови фактори. Наблюдението на напредъка и тенденциите на ХНБ и техния риск са важни за насочване на политиката и приоритетите.

За да се намали въздействието на ХНБ върху индивидите и обществото, е необходим цялостен подход, който изисква всички сектори, включително здравеопазването, финансите, транспорта, образованието, селското стопанство, планирането и други, да си сътрудничат за намаляване на рисковете, свързани с ХНБ, и да насърчават интервенциите за предотвратяване и контрол.

Инвестирането в по-добро управление на ХНБ е изключително важно. Управлението на ХНБ включва откриване и лечение на тези заболявания и осигуряване на достъп до рехабилитационни грижи за нуждаещите се. Основните интервенции, свързани с ХНБ, могат да бъдат постигнати чрез подход на първичната здравна помощ за засилване на ранното откриване и навременно лечение. Доказателствата показват, че такива интервенции са отлични икономически инвестиции, защото ако се предоставят рано на пациентите, те могат да намалят необходимостта от по-скъпо лечение.

Малко вероятно е държавите с недостатъчно здравно осигуряване да предоставят универсален достъп до основни интервенции в областта на ХНБ. Интервенциите за управление на ХНБ са от съществено значение за постигане на глобалната цел за 25% относително намаляване на риска от преждевременна смъртност от ХНБ до 2025 г. и целта на СЗО да бъде намалена с една трета от преждевременната смъртност от ХНБ до 2030 г.⁵⁵

Програмата за устойчиво развитие от 2030 г. признава ХНБ като основно предизвикателство за устойчивото развитие. Като част от дневния ред, държавните и правителствените ръководители се ангажираха да

⁵⁵ GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724.

разработят амбициозни национални програми до 2030 г., за да намалят с една трета преждевременната смъртност от ХНБ чрез превенция и лечение.

Тази цел идва от срещите на високо равнище на Общото събрание на ООН по въпросите на ХНБ през 2011 и 2014 г., които потвърждават ролята на СЗО за лидерство и координация в насърчаването и наблюдението на глобалните действия срещу ХНБ. Общото събрание на ООН ще свика трета среща на високо равнище по въпросите на ХНБ през 2018 г., за да направи преглед на напредъка и да постигне консенсус по пътя напред, обхващащ периода 2018-2030.

За да подпомогне страните в техните национални усилия, СЗО разработи Глобален план за действие за превенция и контрол на ХНБ 2013-2020 г., който включва девет глобални цели, които имат най-голямо въздействие върху смъртността от глобални заболявания. Тези цели са насочени към превенция и управление на ХНБ.

Рисковите фактори са водещи за формирането на превантивния подход в епидемиологията и медицината на ХНБ. Има различни критерии, които определят даден клас заболявания като ХНБ. Тези критерии са:

- високо ниво на смъртност и заболяемост сред популацията и очертаваща се неблагоприятна динамика;
- да засяга голяма част от лицата в активна възраст;
- да има висок дял в структурата на причините за умирения сред населението и особено при лицата в активна възраст;
- да има висок относителен дял в структурата на разходите за лечение и рехабилитация;
- да изисква намесата на висококвалифицирана и специализирана медицинска помощ и високо ниво на техническо оборудване;
- да налага комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти и използване на високотехнологични процеси;
- да нанася значителни социални, икономически и психологически

щети на индивидите, семействата им и обществото като цяло;

- значително да натоварва обществените фондове и социалните служби поради продължителна нетрудоспособност и инвалидизация.⁵⁶

В развитите страни е характерно нарастването на социално-значимите заболявания, което е свързано със застаряването на населението и с широкото разпространение на рискови фактори от стила на живот на населението. В тези страни сериозен обществено-здравен проблем представляват инфекциозните заболявания, перинаталните причини и недохранване.

Концепцията за рискови фактори е водещо направление в съвременната превантивна медицина. Според нея социално-значимите заболявания са резултат преди всичко от неблагоприятното въздействие на неголям брой поведенчески и психосоциални, биологични фактори и тези на околната среда.

Можем да кажем, че съществуват множество класификации на рисковите фактори в зависимост от положените в основата им критерии. Ние ще разгледаме рисковите фактори като първични и вторични.⁵⁷

- Първични рискови фактори - редица неблагоприятни фактори от околната среда, начина на живот, генетични и други ендегенни влияния.

- Вторични рискови фактори - представляват болестни състояния с хронично протичане, развили се под влияние на първични рискови фактори, които впоследствие стават значими рискови фактори за други заболявания.

Най-широко използвана е класификацията на рисковите фактори според тяхната природа: биологични, генетични, психологични, поведенчески, социални, метеорологични, екологични и др.

Обществото понася тежест от нарастващото разпространение на

⁵⁶ Грънчарова, Г. (2016). Социална медицина. Медицински университет. Плевен

⁵⁷ Горанов, М. (2001). Основи на общата медицина. Висш медицински институт. Плевен.

ХНБ. Тези заболявания водят до нервно психичните разстройства, сърдечно-съдовите заболявания, малигнените неоплазми и хроничните белодробни заболявания. Травмите (предумишлените и непредумишлени) представляват също значим обществен-здравен проблем.

Разбира се, съществуват и хронично инфекциозни заболявания, като към тази група се включват няколко такива като малария, туберкулоза и полиомиелит. Друго важно заболяване, което може да се определи, че има социално-значим характер в световен мащаб е СПИН. В света има заразени над 60 милиона души. Налице са и икономическите последици от разрастването на СПИН – епидемията, изразяващи се в силно нарастване на разходите поради временна и трайна нетрудоспособност, нужда от наемане на нови работници и преквалифицирането им за покриване на медицинските разходи и застраховки, забавяне на общия икономически растеж, намаляване на brutния вътрешен продукт, недостиг на квалифицирани кадри, силно обедняване на домакинствата и др.⁵⁸

В България социално-значимите заболявания са:

- Болести на органите на кръвообращението;
- Злокачествени новообразувания;
- Хронични заболявания на дихателната система;
- Туберкулоза;
- Травми, злополуки и отравяния;
- Болести на нервната система и сетивните органи;
- Захарен диабет;
- Психични разстройства.

Според данни от Министерството на здравеопазването, можем да кажем, че България е сред световните лидери по висока смъртност от социално-значими заболявания.⁵⁹

⁵⁸ Горанов, М. (2001). Основи на общата медицина. Висш медицински институт. Плевен.

⁵⁹ Грънчарова, Г. (2016). Социална медицина. Медицински университет. Плевен

- Смъртност от мозъчно-съдова болест;
- Темп на увеличаване на умиранията от сърдечно-съдови заболявания и исхемична болест на сърцето;
- Степен на „подмладяване” на смъртността от сърдечно-съдови заболявания;
- Повишена смъртност сред мъжете.

Таблица 4. Ключови фактори, водещи до социално-значими заболявания⁶⁰

Сърдечно-съдови заболявания	Мозъчно-съдови заболявания (инсулт)
<ul style="list-style-type: none"> • Хипертонията, лабилна или постоянна, систолична или диастолична, умерена или тежка е независим фактор за сърдечно-съдовите заболявания за всяка възраст и пол. • Нарушеният глюкозен толеранс или диабетът са допълнителни атерогенни фактори, особено при жените. • Фамилната обремененост също се отчита като допълнителен риск; • Тютюнопушене; • Липса на физическа активност; • Храни, богати на мазнини 	<ul style="list-style-type: none"> • Сърдечно заболяване; • Предсърдно мъждене • Систолична хипертония; • Систолична хипертония; • Левокамерна хипертрофия; • Диабет; • Прекомерна употреба на мазнини и въглехидрати с храната; • Тютюнопушене; • Фамилна обремененост; • Нисък социално-икономически статус; • Стар инсулт или епизоди на преходно нарушение на мозъчното кръвообращение.

Забележка: Таблица 4 е адаптирана от Салчев, П. „Социална медицина и здравен мениджмънт“.

Поради този факт е на лице една хипотеза свързана със демографско застаряване на нацията. България е сред най-застарелите страни в света, но

⁶⁰ Салчев, П. (2009). Социална медицина и здравен мениджмънт, „Дилиджентис“ ЕООД, София.

данните за стандартизираната и повъзрастовата смъртност показват, че застаряването на населението не може да обясни тенденциите на смъртността.

Здравословното състояние на българското население може да се обясни най-точно с разпространението на рисковите фактори, които оказват влияние върху населението.

Най-мощното проучване върху рисковата констелация на българското население е участието на България в програмата „СИНДИ”. Чрез интервю и изследване на кръвното налягане, ръст и тегло при 586 316 души над 15-годишна възраст е събрана информация за честотата на основните рискови фактори сред различните възрастово-полови групи.⁶¹

Резултатите от това проучване сочат, че рисковите фактори, които оказват влияние на българското население включва 11 компоненти:⁶²

- Тютюнопушене;
- Нерационално хранене;
- Артериална хипертония;
- Наднормена телесна маса;
- Алкохолна консумация;
- Дислипидемия;
- Диабет;
- Адинамия и хиподинамия;
- Психо-социален дистрес;
- Наследствено предразположение;
- Замърсяване на околната природа и трудова среда.

Както се вижда на посочените данни, тютюнопушенето е един от най-значимите рискови фактори. Нерационалното хранене е втората водеща причина за наличието на ХНБ сред българското население. До

⁶¹ Грънчарова, Г. (2016). Социална медицина. Медицински университет. Плевен.

⁶² Пак там.

голяма степен с него се свързват различни случаи като заболявания и преждевременна смърт от диабет, затлъстяване, артериална хипертония, онкологични заболявания и др. Едно от централните звена на тази зависимост е липидния метаболизъм. Традиционно високата консумация на сол е много важен детайл в нездравословното хранене на българското население.

Съществува един ефективен измерител, който отразява количеството на броя на умиранията, но и влиянието на преждевременната смърт и инвалидност и да обедини двете въздействия в една мерна единица. Този измерител позволява да се даде нова гледна точка на здравно-политическите решения, които са нужни за подобряването на здравния статус на населението в страната.

Въведеният индикатор се нарича „години изгубен живот поради преждевременна смърт или инвалидност“ (Disability-Adjusted Life Years „DALY’s“). Този индикатор се изчислява като един надежден измерител на тежестта на заболяванията върху общественото здраве.⁶³

Можем да кажем, че преждевременната смърт се определя като умиране, което се случва преди възрастта, при която индивида би загубил живота си при стандартна и средна продължителност на живота в даденото населено място.

Тежестта на заболяванията, следователно, представлява разликата между действителния здравен статус на дадена популация и здравния статус на референтна популация.

Класификация на социално-значимите заболявания

В България социално-значимите заболявания са:

- Болести на органите на кръвообращението;
- Злокачествени новообразувания;

⁶³ Грънчарова, Г. (2016). Социална медицина. Медицински университет. Плевен.

- Хронични заболявания на дихателната система;
- Туберкулоза;
- Травми, злополуки и отравяния;
- Болести на нервната система и сетивните органи;
- Захарен диабет;
- Психични разстройства.

Първата група, която ще разгледаме е тази на сърдечно-съдовите заболявания, като се включват заболяванията исхемична болест на сърцето, артериална хипертония и мозъчно-съдова болест.

Основните фактори, които водят до тези заболявания са:⁶⁴

- Хипертонията е независим фактор за сърдечно-съдовите заболявания за всяка възраст и пол.
- Нарушеният глюкозен толеранс или диабетът са допълнителни атерогенни фактори, особено при жените.
- Фамилната обремененост също се отчита като допълнителен риск;
- Тютюнопушене;
- Липса на физическа активност;
- Храни, богати на мазнини

Голяма част от проучванията на смъртността от сърдечно-съдови заболявания показват расови, полови и регионални различия.

Първичната и вторичната профилактика включват група от дейности за промоция на здравето, свързани с намаляване на специфичните рискови фактори – намаляване на тютюнопушене и затлъстяване, по-добри хранителни навици, увеличена физическа активност. Те изискват институционална подкрепа, образование на населението, адекватни информационни системи за мониториране на заболяемостта и разпространението на рисковите фактори и добре информирана

⁶⁴ Салчев, П. (2009). Социална медицина и здравен мениджмънт, “Дилиджентис” ЕООД, София.

медицинска общественост. Тези дейности трябва да са популационно базирани и индивидуално насочени. Популационно базираните програми, създадени с цел промяна на начина на живот и навиците, като метод за намаляване на рисковите фактори са се превърнали в общоприети елементи на здравно-политическите решения и на мерките предприемани от общественото здравеопазване.

Другата голяма група са злокачествените заболявания. Те заемат втората позиция като заболявания причинили смърт на населението в развитите страни. Тези заболявания водят след себе си много страдания и тежко икономическо бреме за обществото, индивида и семейството, изразяващо се с повишени потребности от медицински услуги, загуба на работоспособност и преждевременна смърт. За съжаление, честотата на разпространение на злокачествените заболявания в България непрекъснато се увеличава. Най-често разпространените злокачествени заболявания, които са довели до смъртни случаи в България са белодробни образувания, колоректален, образния на простата, на гърдите, на черния дроб и на яйчниците.⁶⁵

Като първи профилактика в такива случаи се препоръчва:

- Спиране на тютюнопушенето.
- Диета богата на плодове, зеленчуци, зърнени и бедни на мазнини храни.
- Ограничаване експозицията на слънчевата светлина.
- Премахване експозицията на известните ни рискови фактори.
- Намаляване на химическата експозиция – напр. Пестициди
- Имунизация против хепатит В.
- Намаляване риска от полови контакти с различни партньори.

Вторичната профилактика е тясно свързана с провеждането на

⁶⁵ Салчев, П. (2009). Социална медицина и здравен мениджмънт, “Дилиджентис” ЕООД, София.

изследвания и различни експериментални лечения, в случаи на неефективни действия се приема и хирургическа намеса.

Другата група е тази на травмите и отравянията. Тази група заема челно място както в България, така и в световен мащаб. Тези усложнения се категоризират като увреждания на здравето, включваща пътно-транспортните произшествия, отравянията, самоубийствата, убийствата и насилието – в дома и навън. Този тип увреждания на здравето са водеща причина за загуба на потенциалните години живот и се превръщат в основен фокус на обществото и на социалната медицина и общественото здравеопазване.

Туберкулозата е следващото заболяване. За него СЗО препоръчва ваксинация в BCG веднага след раждането като част от общозадължителната имунизация. Контролът върху заболяването е насочен към:

- Откриване на лица с клинично активна туберкулоза.
- Диагностични методи: микробиологично изследване на храчки, кожна туберкулодиагностика.
- Търсене и откриване на лица в групи с висок риск (социално слаби, затворници, малцинствени групи).
- Търсене и лечение на контактните.
- изолация за начална терапия.
- Лечение (основно амбулаторно) на пациенти с активна форма на туберкулоза.
- Контрол на околната среда.

Болести на нервната система са следващата група част от ХНБ. Те са:

- Болест на Алцхаймер.
- Паркинсонова болест.
- Множествената склероза.

- Епилепсия.
- Травми на главата и гръбначния мозък.

Тези заболявания, често водят до инвалидност, понижаване или загуба на трудоспособност, преждевременна смърт. Те също са свързани с високи разходи за лечение и последваща рехабилитация, която има цел да възстанови поне част от нормалните функции на организма, които се увредени в следствие на заболяването.

В групата на социално-значимите заболявания биват включени:

- Сифилис.
- Гонорея.
- Хламидиоза.
- Трихомониаза.
- Папирола вирусни инфекции.
- HIV/СПИН.

Посочените полови заболявания са лечими, с изключение на СПИН. Важно е да се каже, че при по късно откриване и неправилно лечение биха могли да доведат до различни усложнения в организма. Дори биха довели до нарушаване на репродуктивните функции на индивидите или могат да бъдат предадени на поколението при бременност.⁶⁶

Именно затова специалистите в областта на общественото здравеопазване и обществото като цяло трябва да създадат специфични мерки за контрол, ранно откриване и лечението им.

2. Особености на епилепсията като социално-значимо заболяване

Епилепсията се определя като хронично мозъчно разстройство. То се характеризира с група дълготрайни неврологични нарушения, които се

⁶⁶ Салчев, П. (2009). Социална медицина и здравен мениджмънт, “Дилиджентис” ЕООД, София.

проявяват под формата на повтарящите се епилептични пристъпи поради ексцесивни разряди на мозъчните неврони.⁶⁷

За това състояние се знае много отдавна. Епилепсията е едно от най-старите познати състояния на света – открити са описания на заболяването, които са на няколко хиляди години. Хората, които страдат от епилепсия, и членовете на техните семейства са предпочитали да крият тази диагноза – това се случва често и в наши дни. Експертите от Световната организация по здравеопазване отбелязват, че „в продължение на столетия епилепсията е била заобиколена от страх, неразбиране, дискриминация и социално неодобрение. В много страни това неодобрение се наблюдава и до днес и може да повлияе върху качеството на живот на хората, които страдат от това разстройство, а също и върху техните семейства.“

Възможно е епилепсията да се развие във всяка възраст, макар че в 70% от случаите болестта се диагностицира при деца или подрастващи. Освен това тя често поражда и хора в старческа възраст. Причините за възникването на епилепсия може да са най-различни: прекарани инфекции, неврологични заболявания, например инсулти.

Много хора мислят, че диагностицираните с епилепсия са обречени на доживотни страдания. Това съвсем не е така. Днес около 70% от случаите на епилепсия се поддават на лечение и в много от случаите се постига ремисия. Важно при това е придържането на пациента към лечението, тоест своевременният прием на изписаните препарати и спазването на определен режим. Например, налага се тотално ограничаване на алкохола.

Много разпространена е заблудата, че приемът на противоепилептични препарати се съпровожда с редица сериозни усложнения и затова хората гледат на тези лекарства подозрително.

⁶⁷ Миланов, И., Божинова, В., Търнев, Ив. (2014). Българска неврология. Национален консенсус за диагностика и лечение на епилепсията. Том 15, бр. 1. София.

Разбира се, тези лекарства са доста сериозни и се приемат само по лекарско предписание и контрол, но не трябва да се отказваме от тях – последиците от пристъпите на епилепсия са много по-опасни за организма. Приемът на всеки изписан препарат започва с минимална доза, постепенно увеличавайки я до такава, която да е подходяща за всеки конкретен пациент.

Епилепсията бива дефинирана от Световната Лига за борба с епилепсията (International League Against Epilepsy, ILAE) и Международното Бюро за Епилепсия (International Bureau for Epilepsy, IBE) като „мозъчно разстройство, характеризиращо се с трайно предразположение за генериране на епилептични пристъпи и с невробиологичните, когнитивни, психологични и социални последствия от това състояние”.

Епилептичните пристъпи са епизоди от внезапно настъпващо количество или качествено разстройство на съзнанието, сензорните, двигателните и автономните функции на индивида. Те са израз на хиперсинхронните разряди на коровите неврони.

От локализацията на разрядите в мозъчната кора и разпространението им в мозъка зависи проявлението на епилептичните пристъпи.

Епилепсията се определя като хронично неврологично заболяване, когато са на лице най-малко два спонтанни припадъка. Ако е на лице един епилептичен припадък индивидът може да се диагностицира със заболяването епилепсия само при условие, че е на лице корова увреда (абнормен неврологичен статус, интелектуален дефицит, патология в невроизобразяващото изследване) или епилептиформна абнормност в ЕЕГ. Има и случаи, при които не се диагностицира епилепсията и това е когато припадъците възникват поради остри увреждания на мозъчните структури като инсулти, травми, енцефалити, а другият случай е при метаболизъм

(хипогликемия, синкоп, интоксикация) и фебрилитет.

В България болните от епилепсия са около 50 000 души. Може да се каже, че средно новооткритите заболявания за една година са между 20 – 50 случая. Важно е да се отбележи, че е по -висок процентът в детска възраст и по-малък при старческа възраст. При около 50% от случаите болестта епилепсия започва от 15-16 годишна възрастни. Фебрилни гърчове получават 2-5% от децата до 5 г. възраст.

Срещат се няколко разделения на епилепсията:

- Генетична.
- Симптоматична.
- С неизвестна етиология.

Генетична (ILAE, 2010) е епилепсията, която възниква в резултат на известен или предполагаем генетичен дефект. Епилептичните пристъпи са основните симптоми на самото заболяване. За проявлението на заболяването допринася влиянието и на външните фактори. Повечето генерализирани епилепсии са генетични като детската и ювенилната абсансна епилепсия, синдрома на Dravet, генетичната (генерализирана) епилепсия с фебрилни гърчове плюс (GEFS+), и някои фокални епилепсии като автозомно-доминантната нощна фронталнодялова епилепсия (ADNFLE), автозомно-доминантна парциална епилепсия със слухови халюцинации (ADPEAF) и др.

Вторият вид симптоматична епилепсия е свързана с редица фактори. Някои от тях са: ⁶⁸

- Малформации на коровото развитие (хемимегаленцефалия, хетеротопии и др.).
- Неврокутанни синдроми (туберозна склероза, синдром на sturge-weber и др.).

⁶⁸ Миланов, И., Божинова, В., Търнев, Ив. (2014). Българска неврология. Национален консенсус за диагностика и лечение на епилепсията. Том 15, бр. 1. София.

- Перинатална патология.
- Тумори.
- Краниални травми.
- Съдови, възпалителни и дегенеративни заболявания на ЦНС.

Според ILAE (2010 г.) е необходимо заменяне на термина „симптоматична“ със „структурна/метаболитна“ тъй като това позволява групирането на структурни лезии, които биват придобивани при ЦНС, лезии с генетични причини и метаболитни такива.

ILAE (2010 г.) успява да групира симптомичната епилепсия в основни групи и видове:

- Хипокампадна склероза.
- Тумори - глиоми, DNET, ганглиоглиоми, олигодендроглиоми.
- Малформации на коровото развитие:
 - Фокални корови дисплазии.
 - Хемимегаленцефалия.
 - Малформации на коровото развитие с невуси.
 - Шизенцефалия, лисенцефалия, холопрозенцефалия.
 - Корови дисплазии.
 - Хетеротопии.
 - Хамартоми.
- Мозъчно-съдови малформации.
 - Кавернозни ангиоми, артерио-венозни малформации (AVM).
 - Синдром на Sturge-Weber.
- ЦНС инфекции - менингити, енцефалити, абсцеси.
- Имуно-медиирани ЦНС възпаления.
 - Енцефалит на Rasmussen, лимбичен енцефалит и др.
 - Васкулити.
- Хипоксично-исхемични (локални инфаркти, дифузни хипоксично-

исхемични увреди, перивентрикулна левкомалация), мозъчни кръвоизливи, венозни тромбози.

- Травми.
- Вродени.
 - Туберозна склероза.
 - Прогресивни миоклонични епилепсии.
 - Метаболитни синдроми.
 - Каналопатии.
 - Митохондриални болести.
 - Хромозомни аберации.

При социално-значимото заболяване епилепсия е нарушен балансът между така наречените „възбудни“ и „потискащи“ процеси, които са част от невронната система, но по някакви причина присъства нарушения на тяхната функция. В този смисъл епилептичните припадъци се тълкуват като пристъпи настъпващи в резултат на невронната активност, която се разпространява в невронните мрежи, може да обхваща определени участъци от мозъчната кора или да бъде насочена към подлежащи структури, като от тази невронна активност се определя характеристиката на припадъка.⁶⁹

3. Социалната работа при хора с епилепсия

Настоящото изследване се центрира върху епилепсията като социално-значимо заболяване поради няколко причини.

На първо място в процеса на издирване на релевантната литература и извършеният обзор на социалната работа и социално-значимите заболявания се открива фактът, че един от основните проблеми е липсата на обособяването на заболяването епилепсия и подчертаване на неговия

⁶⁹ Миланов, И., Божинова, В., Търнев, Ив. (2014). Българска неврология. Национален консенсус за диагностика и лечение на епилепсията. Том 15, бр. 1. София.

специфичен характер, който се проявява както в поведението на заболялия, така и в поведението и отношението на най-близкото социално обкръжение към него.

В действителност съществуват много и разнообразни социални институции и услуги, които предлагат опора и подкрепа на епилептично болните в различни социални аспекти. Министерството на труда и социалната политика отделя специално внимание на няколко основни нюанса:⁷⁰

- Труд и доходи.
- Заетост и безработица.
- Социални грижи.
- Социално осигуряване.

Може да се каже, че голяма част от услугите и социалните дейности са насочени в различни насоки. Някои от тях обхващат социално-значимите заболявания като обществен казус, но при малка част от тези направления би могло да става въпрос за подкрепата на хора с епилепсия. На територията на страната съществуват различни центрове като центрове за обществена подкрепа за деца и възрастни, центрове за социална рехабилитация и интеграция на деца и възрастни и други центрове, насочени към рехабилитация, защита, подкрепа, настаняване и грижа за деца и възрастни.

Не може да се изключи фактът, че тези центрове биха оказали подкрепа на индивидите със заболяване епилепсия и техните семейства, но в действителност тяхната социална насоченост е в друг аспект. При такъв поглед на нещата може да се каже, че липсва конкретна институция, която да е насочена към подкрепа и помощ на хората с епилепсия.

Съществува неправителствена организация сдружение "Асоциация

⁷⁰ Кузманова, Р. (2016). Социалните услуги и институции в България – утвърждаване, развитие и перспективи.

на родители на деца с епилепсия”. Тази асоциация има за цел да съдейства за социална интеграция на децата, младежите, девоичките и възрастните, страдащи от епилепсия. Други нейни цели са: ⁷¹

- Подобряване на условията на живот на болните от епилепсия.
- Изграждане на централизирана медицинска помощ за болните.
- Набиране на полезна информация, свързана с лечението и социализирането.
- Създаване на специализиран център в помощ на обучението на страдащите от епилепсия, включително подготовката на педагогически и други кадри за работа с болните от епилепсия.
- Създаване на дневни центрове за деца, младежи и девоички, страдащи от епилепсия или други заболявания, както и в подкрепа на лица, които са били обект на дискриминация поради заболяването епилепсия или други заболявания.
- Морална и финансова подкрепа на родителите, грижещи се за подрастващи, страдащи от епилепсия, включително и чрез осъществяване на стопанска дейност, в която те да вземат участие.
- Център за връзки и информация с идентични организации в Европа и света.
- Подробно информиране на родителите на децата, юношите и девоичките, болни от епилепсия, относно социалните им права и постиженията на световната медицина в областта.
- Осигуряване на членство в европейски и световни организации.
- Насърчаване на всяка инициатива, насочена в подкрепа на осъществяване целите на сдружението и съвпадаща с изискванията на действащото в Република България законодателство.

Тази асоциация създава „Дневен център за деца и пациенти с

⁷¹ Устав на Националната асоциация на родителите на деца с епилепсия

епилепсия“ през 2017 година. Центърът се намира в град София. Там се полагат грижи за над 40 деца и младежи с тежка форма на епилепсия. Центърът има за цел да подпомага семействата и хората с епилепсия като им предоставя грижи, опит и експертни мнения на специалисти. Асоциацията е получила делегиран държавен бюджет за да извършва дейностите в държавата.

Вторият основен проблем е необходимостта от повече социални работници, които да бъдат запознати с епилепсията като социално-значимо заболяване, следователно да имат добра социално-медицинска подготовка, чрез която да оказват необходимата подкрепа на хората болни от епилепсия.

Третият проблем е фактът, че епилепсията не е посочена като важно заболяване със социален характер в Националната здравна стратегия. Националната здравна стратегия (2014-2020) не е приета от Народното събрание. Въпреки това тя е водещият стратегически документ, който конкретизира целите за развитие на системата на здравеопазването до 2020 г. Документът е приет от Министерски съвет на Република България на 21.09.2013 г.

В националната програма за превенция на хроничните заболявания се посочва битката със сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични белодробни болести и диабет. Забелязва се, че липсват болестите на нервната система, като част от тях е и епилепсията. Необходимо е да се вземат мерки с цел включване и на епилепсията в националните стратегии, тъй като в България хората с епилепсия са около 75 хиляди и над 30 хиляди от тях са деца. Тъй като следва да се подготвят и приемат нови документи за следващите пет години – Национална здравна стратегия и План за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия 2030, което беше обявено още през месец февруари тази година на проведения Седми национален бизнес форум „Бъдещето на здравната

система – Хоризонт 2030“, резултатите от настоящото изследване могат да послужат като един от аргументите за включване на епилепсията като заболяване със социален характер.

Както вече стана ясно, липсата на ясна национална политика за справянето със заболяването епилепсия води до необходимост от ясно определяне на дейностите на социалния работник при работата му със семейства и индивиди със заболяването. Социалният асистент е лице, предоставящо комплекс от услуги, насочени към социална работа и консултации на потребителите, свързани със задоволяване на потребностите от организация на свободното време и осъществяване на контакти (Правилник за приложение на Закона за социално подпомагане). А по-горе бяха показани и функциите му.

Най-общо казано в ролята си на подпомагащо хората със социално-значими заболявания лице, социалният асистент има някои основни права и задължения, които са регламентирани от:

- Закона за социалното подпомагане.
- Правилника за прилаган на Закона за социалното подпомагане.
- Длъжностната характеристика на социалния асистент.

Съгласно длъжностната характеристика на социалния асистент той има следните задължения:⁷²

- Организира и осъществява ежедневната дейност, осигуряваща необходимите санитарно-хигиенни, битови и социални условия за осигуряване на нормален живот на индивида, включително помощ при общуването и поддържането на социални контакти, развлечения и занимания в дома и извън него.
- Предоставя еднократни социални услуги (битови, административни, медицински, др.) по молба на индивида за основно почистване на

⁷² Жечева, А. (2015). Наръчник на социалния асистент в България, София.

помещенията, обитавани от него, при подаване на документи в пенсионен отдел, Дирекция „Социално подпомагане, Общината, и др., при снабдяване с помощни средства, при изготвяне на необходимите документи за явяване пред ТЕЛК, РЕЛК, както и при настаняване или напускане на болница, грижи след болнично лечение, рехабилитация и др.

- Съдейства за ефективната социална интеграция на индивида, като след съгласуване с Дирекция „Социално подпомагане“ окуражава активността на индивида като спомага за организирането на срещи и осъществява контакти с други лица.

- Грижи се за здравето и безопасността на индивида, като предлага мерки за намаляване или отстраняване (ако е възможно) на рисковете в дома му, а при спешен случай незабавно информира личния лекар на човека и неговите близки.

- Спазва поверителността на факти и обстоятелства, станали му известни при изпълнение на служебните му задължения, освен в случаите, когато застрашават здравето и живота на индивида.

Социалните работници са изключително важни в процеса на лечение и разбиране на едно социално-значимо заболяване. Те изпълняват разнообразни дейности и функции, които имат за цел да подкрепят хората в справянето им с едно социално-значимо заболяване.

Може да се каже, че дейностите на социалния работник при подпомагането на хора със заболяване епилепсия са:

- Информационно обучение на пациента и семейството за заболяването епилепсия.

- Осигуряване на образователни програми за семейната общност и като цяло общественото.

- Подпомагане при идентифицирането и получаването на ресурси като специални образователни програми, центрове за отдих (където децата или възрастните със специални нужди могат да прекарват известно време,

за да могат семейства им да си почиват).

- Осигуряване на домашни и здравни помощници, здравни осигуровки, центрове за професионална рехабилитация и насочване към психолози и други психиатрични работници.

- Подпомагане на индивидите с епилепсия, които са преживели дискриминация, като ги насочат към специални групи за подкрепа.

- Обществено-правна подкрепа.

- Подпомагане или помощ от асоциации и фондации в помощ и подкрепа на хората с епилепсия (в случая една национална асоциация).

- Информиране на лекаря за проблеми, които могат да имат социалните отношение към медицинските проблеми.

- Подпомагане при кризисни ситуации чрез насочване на пациенти към лекари.

- Изпълняване на функция на съветници или терапевти.

Сесиите за консултиране осигуряват важно място за хора с епилепсия, за да обсъждат социални и лични проблеми, които лекарят няма време или опит да адресира.

Консултативните сесии могат да бъдат особено полезни за децата, като им помагат да разберат въпросите за независимостта, зрелостта и личностното израстване. Понякога социалните работници помагат да се установи кога свръхзащитеността на родителите неблагоприятно засяга дете с епилепсия. Те се използват и за решаване на други вътрешни проблеми. Като цяло консултативните сесии спомагат за обсъждане, поставяне в перспектива, по-добро разбиране и справяне с проблемите, които по някакъв начин се отнасят или засягат лечението на епилепсия.

В законодателните мерки предоставени от Република България свързани със социалното подпомагане липсват ясно определени насоки за ефективната работа на социалния работник с хората болни от социално-значимото заболяване епилепсия.

Това от друга страна е още една причина, поради която предмет на настоящата разработка е епилепсията като социално-значимо заболяване. Изключително важно е, за да бъдат децата и възрастните с това заболяване успешно интегрирани в обществото, да бъдат въведени задължения, които социалният работник да изпълнява спрямо дейността и работата с която е ангажиран.

Едно от тези задължения би могло да бъде ефективната комуникация и изграждането на партньорство между индивида, семейството, близките и самия социален работник. От изключително важно значение е социалният асистент да общува с болния от епилепсия и неговите близки. Ефективната комуникация спомага за по-добрата и ефективна работа от страна на социалния асистент, като този процес допринася за ефективната обмяна на информация между индивида, близките му и социалния асистент. Обменът на информация е от важно значение за успешното изпълнения на задълженията на социалния асистент.

Важно е социалният асистент да следи общуването между индивида със социално-значимо заболяване и себе си. Добре е неговото внимание да е насочено както към вербалната, така и към невербалната комуникация. Човешката рече е универсално средство за общуване, което изразява нашата мисъл. Заедно с речта, обаче, човек използва и неречеви средства, за да изразява себе си.

Други задължения, които могат да бъдат включени в работата на социалния асистент, когато извършва определени дейности с индивиди, които имат социално-значимото заболяване епилепсия са:

- Насочване на полезна информация към индивида и неговите близки.
- Оказване на адекватна помощ при необходимост.
- Даване на адекватни съвети и насоки за това, как да се води пълноценен социален живот при наличието на епилепсия.

- Упражняване на различни терапевтични дейности и напътствия, които да водят до понижаване на вероятността за нови пристъпи.
- Запознаване с правата на хората със социално-значими заболявания с цел по-добра интеграция.
- Постигане на по-ефективна комуникация и общуване между индивида и отделните социални групи.
- Спомагане за поддържането на нормален живот при наличието на социално-значимо заболяване като епилепсия.

Посочените задължения имат за цел да насочат вниманието на социалните институции към необходимостта от формиране на по-добра и ефективна система от социални дейности, които да подпомагат индивидите със социално-значими заболявания, като епилепсия и заболявания, които водят до „изолиране“ на индивидите от обществото, а също така се оказват пречка за воденето на нормален и пълноценен живот в очите на останалите.

Ролята на социалния асистент и социалните дейности при работата с хора болни от епилепсия е да спомогне за тяхното успешно интегриране в обществото, като по този начин те започнат да усещат подкрепа от страна на близките, асистента и държавата като цяло. Освен това, те ще повишат чувството си за лична ценност и ще осъзнаят собствената си полезност както за другите, така и за себе си.

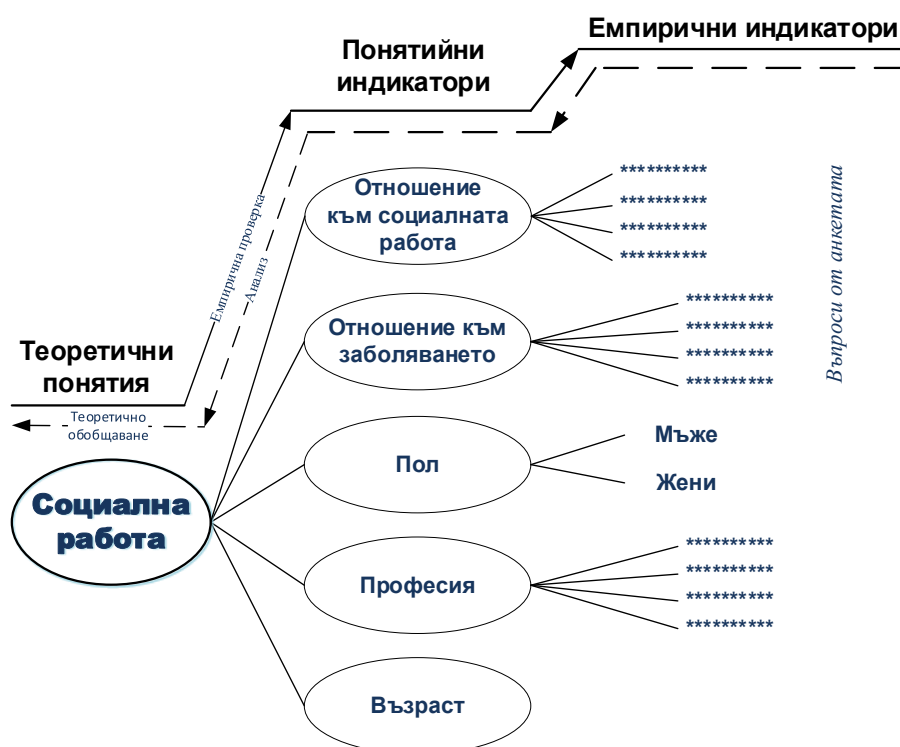
ГЛАВА ТРЕТА.

СОЦИАЛНАТА РАБОТА С БОЛНИ ОТ ЕПИЛЕПСИЯ

– ЕМПИРИЧНИ ПРОЕКЦИИ

1. Цел, задачи, методи и хипотези на емпиричното изследване

Проучването на достъпната литература по проблемите на социалната работа, ориентирана към болните от епилепсия, дефинирана като социално значимо заболяване естествено довежда до необходимостта изграденият теоретичен модел да бъде проверен емпирично. Естествено е процедурата по извършване на подобна проверка да се подчини на утвърдени в практиката модели. На фигурата по долу е показан модел за последователно преминаване от теоретични понятия към емпирични индикатори, проверка „на терен“ и обратно възхождане към теоретични обобщения, изводи и препоръки.



Фиг. 14. „Превеждане“ на хипотезите на изследването в система от индикатори за тяхното измерване.

Целта на емпиричното изследване е да бъдат проучени информираността и отношението на хората с епилепсия към възможностите на организираната социална дейност да им помогне за безпроблемно вграждане в условията на социума и нагласите да използват тези възможности.

Емпиричното изследване се организира, за да се решат следните научни задачи:

- Да се установи степента на информираност на хората с епилепсия по отношение на изградената система за социално подпомагане.
- Да се анализират източниците на информация за наличните ресурси в държавата за облекчаване на социалното вграждане на хората с епилепсия в социалната среда.
- Да се проучат нагласите на хората с епилепсия за използване на възможностите, предоставени от държавата.
- Да се изследва в каква степен заболяването пречатства упражняването на професията.

Приложени са разнообразни методи, които позволяват навлизане в дълбочина на проучваното явление. Те са: изследване на документи, беседи с пациенти, страдащи от епилепсия, методът „кейс стъди“ (изследване на случай), който позволи по-подробно анализиране на типични прояви на хора с епилепсия, анкетен метод*.

При провеждането на емпиричното изследване се предполага, че:

- Хората с епилепсия в различна степен преживяват трудностите, които тя им причинява при реализирането на професионалните им занимания.
- Различни са представите на хората с епилепсия за възможностите и степента на обхват на социалната работа, както и административните

* Анкетната карта е приложена в края на дисертационния труд.

процедури, посредством които те могат да използват ресурсите и.

- Хората с епилепсия не познават в достатъчна степен нормативната база, уреждаща възможностите за използване на ресурсите на социалната работа.

- Хората с епилепсия, поради индивидуални различия, семейна среда и жизнен опит, срещат различни трудности при вграждането си в социалната среда.

- Социалните работници не познават спецификата на епилепсията и поради това не са достатъчно ефективни при оказване помощ на пациентите.

Анкетната карта се състои от 13 въпроса, като 12 от тях са с принудителен избор с три възможни отговора „Да“, „Не“ и „Не съм убеден/а“ или „Понякога“. Един от въпросите в анкетата е открит, при който респондентите изразяват своето мнение по отношение на подобряването на социалната работа в полза на хората със заболяване епилепсия.

Проведено е пилотно изследване с 20 пациенти при условия, аналогични със същинското изследване. В хода на изследването са коментирани елементи от анкетната карта, формулировки на въпроси, пораждащи трудности при попълването. Анкетната карта и срещаните трудности при пилотното изследване са коментирани във фокус-група. Впоследствие са коригирани някои от въпросите, както и е променен дизайна на анкетната карта. Размножени са необходимия брой карти и е осигурено подходящо помещение за провеждане на анкетирането.

Изследвани са 122 лица, като 52 от тях са жени (42,6%), а 70 са мъже (57,4%), на възраст между 20 и 75 години (Mean = 44; SD = 14 години).

След първоначалния оглед и логическия контрол на анкетните карти за установяване на пълнотата и коректността на попълването им, са бракувани 7 (седем) карти. Останалите, след подходящо кодиране на

въпросите, са въведени в Excel 2016, а впоследствие и обработени с IBM SPSS Statistics 21.

Срещат се най-разнообразни професии, които хората упражняват. Най-често срещаните професии са логопеди, педагози, икономисти, офис мениджъри, финансисти и други. Условно професиите са разделени на две групи: професии при които преобладаващо се работи самостоятелно, напр. шофьор и професии, упражняването на които е свързано с други хора, напр. учител. По полов признак те се разпределят, както е показано в таблицата.

Таблица 5. Професии на пациентите, групирани по признаците „работа с хора“ и „работа самостоятелно“.

Пол	Професия	Брой	%
Мъже	Работа с хора	18	25,7
	Работа самостоятелно	52	74,3
	Общо	70	100,0
Жени	Работа с хора	19	36,5
	Работа самостоятелно	33	63,5
	Общо	52	100,0
Общо	Работа с хора	37	30,3
	Работа самостоятелно	85	69,7
	Общо	122	100,0

Изборът на професия на изследваните лица с епилепсия очевидно не е случаен. Би било наивно, в рамките на това изследване, да се коментират причините за такъв избор. Обикновено те са комплексни и това какво ще работи даден човек зависи от множество фактори. Безспорен факт е обаче, че само една трета от изследваните (30,3%) упражняват професии, които налагат непрекъснато и директно общуване с хора. В това отношение мъжете показват по-силно притеснение, в сравнение с жените (25,7% за мъжете, срещу 36,5% за жените) и разчитат проявите на заболяването като

слабост, която те не са в състояние да контролират. Очевидно са необходими допълнителни и по-задълбочени проучвания на причините, предизвикали подобен избор, но и в беседите с пациентите те споменават, че се притесняват от невъзможността да контролират внезапно възникнали епилептични реакции, особено пред непознати хора.

Попълването на анкетните карти е извършено в спокойна обстановка в кабинета на лекаря, след проведена консултация по инициатива на пациента.

2. Едномерно разпределение на отговорите на изследваните лица на въпросите от анкетната карта

Анкетната карта е организирана така, че започва с въпрос, който изяснява ефектите на заболяването епилепсия върху професията, която упражняват изследваните лица. Много професии, поради развитието на технологиите, усъвършенстване на условията за труд, а и голяма част от потенциално опасните дейности вече са заменени от машини, са достъпни за хора с припадъци. Освен това мерките за сигурност намаляват риска за епилептиците значително. Един разумен избор на професия зависи точно както при здравите хора на първо място от способностите, интересите и дарбите, както и от конкретното образование. Като има предвид казаното, човекът с епилепсия следва да има отговор и на няколко специфични, отнасящи се само до тази социална група хора, въпроси. Например:

- предусеща ли припадъците;
- настъпва ли загуба на съзнание;
- припадъците предизвикват ли падане с наранявания или други необичайни реакции;
- колко дълго трае фазата на реориентиране след припадък;
- колко чести са припадъците.

При отчитане на тези фактори, може да се изготви индивидуален анализ на рисковия потенциал в желаната професия със съдействие на компетентни лица от отделенията по рехабилитация към бюроа по труда или към структурите за професионално образование.

Професии с наднормен личен рисков потенциал са неподходящи, работни места с външен рисков потенциал като възможен причинител на припадъци трябва да бъдат изключени. Също професии, където интензивно се работи на смени, включително и нощен труд, могат често да бъдат проблематични за епилептика.

В резултат на многогодишни изследвания науката разполага с описани варианти при които епилепсията е от значение при избора на професия. Твърди се, че хората с епилепсия не са възпрепятствани в професионалната си годност при повечето професии, когато:

- след медикаментозна терапия са свободни от припадъци за повече от две години;
- след оперативна намеса са свободни от припадъци повече от една година;
- след повече от три години се докажат припадъци само по време на сън или в момента на събуждане;
- изключително при припадъци с несъществена работно-медицинска симптоматика (без падане, наранявания, загуба на съзнание или смущения в моториката).

Резултатите с отговорите на изследваните лица са показани на таблиците по-долу, следващи всеки въпрос от анкетната карта.

Въпрос: Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	23	32,9
	Не	38	54,3
	Понякога	9	12,9
	Общо	70	100,0
Жени	Да	15	28,8
	Не	23	44,2
	Понякога	14	26,9
	Общо	52	100,0
Общо	Да	38	31,2
	Не	61	50,0
	Понякога	23	18,9

Безпокойство буди фактът, че около една трета от изследваните лица смятат, че заболяването им пречи да упражняват професията си. Ако към тях прибавим и тези, които твърдят, че понякога им пречи, без, разбира се да са посочили честота, но щом го посочват, следователно е забележимо в ежедневието им, страдащите в професионален план от ефектите на заболяването стават твърде много. Особено при жените процентът на срещащи затруднения в професията, в резултат от проявите на заболяването, е твърде висок. Дали това е в резултат на субективно усещане или са обективни пречките няма значение, долкото преживяването е негативно и произтича от наличието на бариера пред оптималното справяне с професионалните задължения.

Въпрос: След диагностицирането с епилепсия, получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	43	61,4
	Не	22	31,4
	Не съм убеден	5	7,1
	Общо	70	100,0
Жени	Да	38	73,1
	Не	10	19,2
	Не съм убеден	4	7,7
	Общо	52	100,0
Общо	Да	81	66,4
	Не	32	26,2
	Не съм убеден	9	7,4

От разпределението на отговорите на този въпрос става ясно, че здравната система относително добре си е свършила работата. Около две трети от хората с епилепсия, едновременно със съпътстващата справка за епикризата са получили и допълнителна медицинска информация относно спецификата на заболяването. Относително висок е процентът на мъжете, които или не са проявили интерес или са подценили допълнителната информация, поради пренебрегване на подробностите, които биха им дали възможност да се справят по-добре с последиците и безпроблемно да се приспособят към новите условия. Изглежда това обяснява разликата от повече от 10% в ущърб на мъжете, които смятат, че им липсва допълнителната информация. Вероятно това са го установили при срещата със старите условия, но утежнени с елементите, които епилепсията е прибавила, изискващи друг прочит на действителността, нови умения и прилагане на актуална стратегия за справяне с тях.

Причината да има толкова много отговори „Не“ плюс „Не съм убеден“, вероятно се дължи на факта, че голяма част от хората, които са

анкетирани са били диагностицирани с това заболяване в ранна детска възраст и не биха могли да знаят, дали е била налице подробна медицинска информация.

Въпрос: Беше ли Ви предоставена допълнителна информация за социалните дейности, които могат да Ви бъдат полезни?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	34	48,6
	Не	29	41,4
	Не съм убеден	7	10,0
	Общо	70	100,0
Жени	Да	31	59,6
	Не	18	34,6
	Не съм убеден	3	5,8
	Общо	52	100,0
Общо	Да	65	53,3
	Не	47	38,5
	Не съм убеден	10	8,2

По подобен на описания по-горе начин на реагиране от страна на респондентите изглежда картината на отговорите на този въпрос. Отново мъжете, които са с 10% по-малко от жените (48,6% мъже и 59,6% жени), докладват, че им липсва информация за социалните дейности, чийто ресурси могат да използват с това заболяване (41,4% мъже и 34,6% жени).

Може да се предположи, че медицинските стандарти за отношение към пациентите, независимо от пола, са еднакви. По-малкият процент мъже, които споделят, че им е предоставена информация за социалните дейности, касаещи хората с епилепсия, вероятно се дължи на по-голямата незаинтересованост и negliжирането на проблема от тяхна страна. Казаното дотук е директно указание към структурите, реализиращи социални дейности, да превърнат, разбира се, всички хора с епилепсия, но

с особено внимание на мъжете, в целева група на информационните си кампании, за да повишат ефективността на своята работа.

Следващият въпрос директно е насочен към възможността за адаптиране на хората с епилепсия към условията на социума, благодарение на помощта, която получават чрез социалните дейности. Картината на отговорите е аналогична с отговорите на предния въпрос.

Отговорите на този въпрос, освен това, предполагат навлизане в подробности относно възможностите на социалните дейности да се включат като необходим ресурс, наред със заобикалящата пациента среда, щадяща човека с проблеми и усилваща личния потенциал, в цялостния процес на социална адаптация на хората с епилепсия.

Въпрос: Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	33	47,1
	Не	33	47,1
	Не съм убеден	4	5,7
	Общо	70	100,0
Жени	Да	31	59,6
	Не	18	34,6
	Не съм убеден	3	5,8
	Общо	52	100,0
Общо	Да	64	52,5
	Не	51	41,8
	Не съм убеден	7	5,7

Тук очевидно става въпрос за реализиране на функциите на социалната система, която следва да провежда широка разяснителна работа, да създава и поддържа надеждна и достъпна за специалистите база, свързана със здравните заведения, да следи в реално време движението на нуждаещите се от социална помощ хора с епилепсия, да реагира гъвкаво и

адекватно на динамиката на техните нужди.

Не е нормално само 52,46% да споделят, че са наясно какво могат да им дадат социалните дейности, с което да улеснят социалното си вграждане, за да живеят с приемливо ниво на качеството на живот. Няма отговор на въпроса относно положението на другата половина от хората с епилепсия. Те как се справят с проблемната си адаптация, след като са извън мрежите на социалните служби. Как понасят несгодите на тежкото си социално заболяване?

Апелът им донякъде се чува в отговорите на следващия въпрос.

Въпрос: Необходимо ли е даване на повече гласност на заболяването епилепсия?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	51	72,9
	Не	11	15,7
	Не съм убеден	8	11,4
	Общо	70	100,0
Жени	Да	41	78,8
	Не	5	9,6
	Не съм убеден	6	11,5
	Общо	52	100,0
Общо	Да	92	75,4
	Не	16	13,1
	Не съм убеден	14	11,5

Силен аргумент за начало на заложеното в настоящия дисертационен труд изследване е негативният ефект от заболяването епилепсия върху живота на болния и върху живота на неговите близки, както и слабата информираност на обществото за проблема. Верността на това съображение се доказва и от данните в таблицата. Както се вижда, повече от две трети от изследваните лица (75,41%) твърдят, че е необходимо да се

даде повече гласност на заболяването и на проблемите, свързани с него. Затова повече настояват жените (78,8%), в сравнение с мъжете (72,9%).

Положителният извод от анализа на данните е, че хората с епилепсия най-вероятно не свързват проблемите, които срещат при адаптирането си към обществото с нежелание на обществото да ги приеме, а с непознаване от страна на обществото на специфичните им проблеми. Това не води до озлобяване срещу другите хора, което от своя страна би подпомогнало хората с епилепсия по-спокойно и уверено да търсят съпричастност и подкрепа.

Въпрос: Необходимо ли е епилепсията да бъде включена в Националната програма за превенция на хроничните заболявания?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	42	60,0
	Не	17	24,3
	Не съм убеден	11	15,7
	Общо	70	100,0
Жени	Да	28	53,8
	Не	10	19,2
	Общо	14	26,9
	Total	52	100,0
Общо	Да	70	57,4
	Не	27	22,1
	Не съм убеден	25	20,5

В отговорите на този въпрос, макар и в по-ниски стойности се вижда желанието на хората с епилепсия за институционализиране на проблема им, което, смятат те, ще улесни справянето им с него. 57,4% смятат, че включването на епилепсията в Националната програма за превенция на хроничните заболявания би облекчило търсенето на възможности за по-лесно справяне. Освен това, признаването на епилепсията на такова

официално равнище за хронично заболяване ще ги изведе от позицията на „просеци“ и ще ги постави в категорията на заслужаващи, хора на които обществото дължи.

Това се потвърждава и от беседите с пациентите. В повечето беседи те посочват, че:

- Епилепсията е социално-значимо заболяване, което в България е пренебрегвано.

- Нужно е даване на повече гласност на проблема в България.

- Необходимо е да се вземат мерки за интеграцията на хората с епилепсия в социалното общество.

- Необходимо е да бъдат взети повече държани мерки и препоръки към социалните дейности в полза на болните от епилепсия.

- Епилепсията е социално-значимо заболяване, което е най-малко засегнато в този документ.

- Има необходимост от създаването на повече центрове за хора с епилепсия.

- Трябва да има повече достъпна информация за самото заболяване.

Към не малкия процент на уверените в необходимостта от институционализиране биха могли да се прибавят и почти една пета от обезверените (20,5%), които или са се сблъскали с администрацията и не вярват, че може да им се помогне или хора, които желаят сами да се справят.

Те могат да бъдат убедени чрез работата на една стройно организирана, ефективно действаща социална система, положителните резултати от която рефлектират и върху тях.

Въпрос: Смятате ли, че социалните работници са запознати със специфичните характеристики на епилепсията?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	21	30,0
	Не	35	50,0
	Не съм убеден	14	20,0
	Общо	70	100,0
Жени	Да	18	34,6
	Не	21	40,4
	Не съм убеден	13	25,0
	Общо	52	100,0
Общо	Да	39	31,97
	Не	56	45,90
	Не съм убеден	27	22,13

В цитираните данни в тази таблица една трета от изследваните лица (31,97%) смятат, че социалните работници не са запознати със специфичните характеристики на епилепсията. Положителният момент от анализа на тези данни е, че хората с епилепсия не са срещу системата, извършваща социални дейности и опитваща се да им помогне, а приписват неуспехите на неосведомеността на социалните работници. Изводът се натрапва и той е, подобряване на специфичните знания и повишаване на квалификацията на социалните работници.

Въпрос: Смятате ли, че трябва да има повече социални работници, тясно специализирани за работа с епилептици?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	47	67,1
	Не	12	17,1
	Не съм убеден	11	15,7
	Общо	70	100,0
Жени	Да	41	78,8
	Не	5	9,6
	Не съм убеден	6	11,5
	Общо	52	100,0
Общо	Да	88	72,13
	Не	17	13,93
	Не съм убеден	17	13,93

Повече от половината изследвани лица (72,13%) смятат, че е необходимо да се включат повече социални работници, специализирани за работа с хора с епилепсия. В отговорите на респондентите прозира потенциал за разширяване мащабите на социалната работа сред тази специфична група нуждаещи се хора. Условието обаче е социалната работа да е специализирана и насочена в оказване на специфична помощ точно на тези хората, страдащи от епилепсия, а не въобще социална помощ на нуждаещи се хора, за която по принцип са подготвени социалните работници.

Както вече беше казано, реакциите и поведението на хората с епилепсия е различно и е съпътствано от редица особености. То се различава от другите заболявания, хората с подобно заболяване имат специфични потребности, ето защо е нужно социалните работници да бъдат специализирани за работа с епилептици. Тогава те ще бъдат по-целенасочени в разпознаване на специфичните нужди на пациентите от тази

група, а и действията им ще бъдат по-ефективни при оказването на помощта.

Въпрос: Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?

Пол	Отговори	Брой	%
Мъже	Да	38	54,3
	Не	26	37,1
	Понякога	6	8,6
	Общо	70	100,0
Жени	Да	27	51,9
	Не	18	34,6
	Понякога	7	13,5
	Общо	52	100,0
Общо	Да	65	53,28
	Не	44	36,07
	Понякога	13	10,66

Половината от изследваните лица заявяват, че биха използвали социален асистент, което е ясен сигнал към социалните служби, че е необходимо да се обърне специално внимание на тази група нуждаещи се хора. Нужно е да се подготвят социални работници със специализация, работа с хора с епилепсия. Да се осигурят необходимите помощни материали, да се насочи логистиката на социалните служби в специфичния сегмент от нуждаещи се хора с епилепсия.

Очевидно е налице силна нужда от държавна намеса в изграждането на центрове за хората с епилепсия, където да могат заедно да обсъждат своите проблеми, да получават подкрепа и да могат да се срещат със съмишленици, чиято цел е постигането на нормален живот и социална интеграция.

3. Взаимовръзки между твърденията на хората с епилепсия, анкетирани в изследването

Необходимостта да се навлезе в начина на мислене, респективно в поведението на изследваните лица с епилепсия, както и да се разкрие повлияването от едни или друг фактор при изказването на определено съждение, наложи използването на двумерен анализ на отговорите на респондентите. По-долу е показана връзката между отговорите от въпросите в анкетата. Те са групирани по двойки така, че да има смисъл при обвързване на съдържанието им. Така се отговаря на въпроса, ако изследваното лице има определено мнение по даден въпрос, то какво е мнението на същото лице по другия въпрос, обвързан смислово с първи. В случая не се прилагат стандартните за подобен вариант процедури и не се цитират статистически показатели, разкриващи връзката, поради това, че в някои от случаите не е изпълнено условието всички клетки да съдържат минимум пет случая, поради ограничения обем на извадката. По-скоро в дадения случай се проследяват очертаващите се тенденции в отговорите на респондентите.

Първата двойка в настоящия анализ е между въпросите: „Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?“ и „След диагнозата епилепсия, получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?“. И двата въпроса са с по три възможности за отговор: „Да“, „Не“, „Не съм убеден“ и „Да“, „Не“, „Понякога“.

При логическия оглед и контрол на анкетните карти, както на тези два въпроса, така и на останалите в анкетната карта, респондентите са отговорили изчерпателно, т.е. няма въпрос, който да е оставен без отговор от някой от респондентите. Анкетните карти са попълвани съгласно дадената обща инструкция и частните инструкции към всеки въпрос (табл. 6).

Таблица 6. Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия? * След диагностицирането с епилепсия, получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?

			След диагнозата епилепсия, получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?		
			Да	Не	Не съм убеден
Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	Да	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	78,9%	18,4%	2,6%
		След диагностицирането с епилепсия, получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?	37,0%	21,9%	11,1%
		% от Общо	24,6%	5,7%	,8%
	Не	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	59,0%	32,8%	8,2%
		След диагностицирането с епилепсия, получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?	44,4%	62,5%	55,6%
		% от Общо	29,5%	16,4%	4,1%
	Понякога	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	65,2%	21,7%	13,0%
		След диагностицирането с епилепсия, получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?	18,5%	15,6%	33,3%
		% от Общо	12,3%	4,1%	2,5%

Разпределението на отговорите на изследваните лица показва, че сама по себе си информацията от медицинска гледна точка, която получават диагностицираните с епилепсия лица не им помага много да се справят с професионалните си задължения. Навярно съществуват и други фактори, които директно препятстват професионалните изяви. Една от причините вероятно е отбелязаната по-горе особеност, че голяма част от пациентите са били диагностицирани с епилепсия в ранна детска възраст, когато тази информация не е имала значение за тях. А трудностите при реализирането на професията са си такива каквито са и усещането за тях очевидно не се повлиява от получената информация за заболяването.

Интерес представлява очертаващата се картина от съчетанието на следващите два въпроса: „Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?“ и „Беше ли Ви предоставена допълнителна информация за социалните дейности, които могат да Ви бъдат полезни?%.

Таблица 7. Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия? * Беше ли Ви предоставена допълнителна информация за социалните дейности, които могат да Ви бъдат полезни?

			Беше ли Ви предоставена допълнителна информация за социалните дейности, които могат да Ви бъдат полезни?		
			Да	Не	Не съм убеден
Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	Да	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	68.4%	23.7%	7.9%
		Беше ли Ви предоставена допълнителна информация за социалните дейности, които могат да Ви бъдат полезни	40.0%	19.1%	30.0%
		% от общо	21.3%	7.4%	2.5%
	Не	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	47.5%	44.3%	8.2%
		Беше ли Ви предоставена допълнителна информация за социалните дейности, които могат да Ви бъдат полезни	44.6%	57.4%	50.0%
		% от общо	23.8%	22.1%	4.1%
	Понякога	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	43.5%	47.8%	8.7%
		Беше ли Ви предоставена допълнителна информация за социалните дейности, които могат да Ви бъдат полезни	15.4%	23.4%	20.0%
		% от общо	8.2%	9.0%	1.6%

И в данните от тази таблица се проявява фактът, че информацията, която са получили, в първия случай за заболяването, а в конкретния случай за социалните дейности, свързани с него, не им е помогнала много за

справянето с професионалните си задължения. Т.е., заболяването поражда редица усложнения в личния и професионалния живот на индивида, грижата за който следва да бъдат комплексни.

В следващата таблица са съчетани въпросите: „Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?“ и „Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?“

Таблица 8. Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия? * Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?

			Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната адаптация?		
			Да	Не	Не съм убеден
Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	Да	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	63.2%	34.2%	2.6%
		Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?	37.5%	25.5%	14.3%
		% от общо	19.7%	10.7%	.8%
	Не	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	49.2%	44.3%	6.6%
		Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?	46.9%	52.9%	57.1%
		% от общо	24.6%	22.1%	3.3%
	Понякога	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	43.5%	47.8%	8.7%
		Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?	15.6%	21.6%	28.6%
		% от общо	8.2%	9.0%	1.6%

Адаптацията е сложен процес на непрекъснато нагаждане към

динамично променящата се среда. Процесът изисква ресурси за даване на адекватен отговор на предизвикателствата на средата, при който индивидът изпитва удоволствие, чувства се полезен, успешен и оптимален в своето поведение.

Процесът на адаптиране изисква непрекъснато да следи промяната в средата и възможностите на индивида да се впише в нея. Освен това, на преценка се подлагат наличните ресурси, личностни и средови, които индивидът може да привлече и да включи в процедура по изравняване на очаквани и налични възможности да се отговаря на предизвикателствата.

Жизнената среда, в която функционира индивидът, като подредена система от елементи има принудителен характер, т.е. изисква от човека, попаднал в нея, да се държи по определен начин. Следователно адаптирането е свързано с усвояването на тази система и модификация на собственото поведение съобразно нейните изисквания. Проблемът очевидно се корени в това, че човекът с епилепсия среща определени затруднения, въпреки желанието си, по обективни причини да се съобрази с изискванията. Ето защо той се нуждае от специализирана социална помощ, за да се впише в трудната за адаптиране среда. И това не е прищявка, липса на възпитание или каквато и да е асоциална съпротива. Става въпрос за обективни дадености, свързани със заболяването, с които обществото следва да се съобрази.

Данните показват, че два пъти повече са лицата, които са получили информация как социалните дейности могат да помогнат за адаптацията им (24,6%) от тези, които срещат затруднения в професията и не са получили информация (10,7%). Въпреки това обаче от анализа на данните и на тази таблица проличава, че съществуват фактори, извън проучени тук, които утежняват съдбата на хората с епилепсия и отново налагат извода, че грижата за тях следва да е комплексна.

Следващата двойка въпроси при които е търсена взаимовръзка е:

„Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?“
и „Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?“.

Таблица 9. Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия? * Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?

			Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?		
			Да	Не	Понякога
Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	Да	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	73.7%	21.1%	5.3%
		Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?	43.1%	18.2%	15.4%
		% от общо	23.0%	6.6%	1.6%
	Не	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	47.5%	39.3%	13.1%
		Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?	44.6%	54.5%	61.5%
		% от общо	23.8%	19.7%	6.6%
	Понякога	Заболяването епилепсия пречи ли Ви да упражнявате своята професия?	34.8%	52.2%	13.0%
		Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?	12.3%	27.3%	23.1%
		% от общо	6.6%	9.8%	2.5%

Повече от две трети от респондентите (73,3%), които срещат проблеми в професията си поради заболяването си заявяват, че биха

потърсили помощта на социален асистент.

Въпросите „Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за адаптацията Ви?“ и „Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ?“ разкриват необходимостта от разширяване на информационната дейност, за да се повиши ефективността на социалните дейности.

Таблица 10. Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за адаптацията Ви? * Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ?

			Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ?		
			Да	Не	Понякога
Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?	Да	Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?	67.2%	21.9%	10.9%
		Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ?	66.2%	31.8%	53.8%
		% от общо	35.2%	11.5%	5.7%
	Не	Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?	35.3%	54.9%	9.8%
		Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ?	27.7%	63.6%	38.5%
		% от общо	14.8%	23.0%	4.1%
	Не съм убеден	Получихте ли допълнителна информация как социалните дейности могат да помогнат за социалната Ви адаптация?	57.1%	28.6%	14.3%
		Вие бихте ли използвали социален асистент, който да Ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ?	6.2%	4.5%	7.7%
		% от общо	3.3%	1.6%	.8%

От данните в таблицата става ясно, че 35,2% от информираните хора за възможностите на социалните дейности, следователно и за конкретната помощ, която могат да получат от социалния асистент, биха го използвали, докато от изследваните лица, които не са получили достатъчно такава информация, само 14,8% биха използвали услугите на социален асистент. Очевидно този нисък процент хора с епилепсия не биха потърсили помощта на социалния асистент защото нямат нужда от такъв, а защото не знаят как или за какво могат да го използват.

Още едно доказателство за ролята на информираността при вземане на решение да използва или да не използва социален асистент е фактът, че от информираните за възможностите на социалните дейности да подпомогнат хората с епилепсия, само 11,5% не биха използвали социален асистент, нещо, което може да се нарече „информирано несъгласие“. Не е налична нужната информация, но вероятно тези хора са намерили други начини или имат други опорни точки, за да се справят. Докато при неинформираните несъгласните да ползват помощта на социален асистент са два пъти повече – 23,0%.

Обобщеният извод само от това сравнение на отговорите на двата въпроса безвъпросно поставя на дневен ред необходимостта от подготвени социални асистенти и разяснителна работа сред хората с епилепсия за възможността да се ползват ресурсите, които държавата е осигурила.

Срещата между нуждаещи се болни и служител, който професионално може да отговори на нуждите им, само би повишило увереността им, че въпреки житейските несгоди, породени от заболяването, държавата чрез социалните си служби стои зад тях, че не са сами в опитите им да преодоляват трудностите на ежедневието.

4. Анализ на мненията на анкетираните лица, споделени в открития въпрос на анкетата

„Какво според вас е необходимо да се направи, за да се усъвършенства социалната работа в полза на хората със заболяване „епилепсия“?“

Това е последният въпрос от анкетната карта и пациентите, преминали консултацията и попълнили въпросника се приканват да споделят свободно, на страниците на анкетата, своето мнение. По-голямата част от изследваните лица са го направили. Преобладаващият апел, разбира се в различни нюанси, е *„Информираност на обществото“* и *„По-голяма гласност“*.^{*} В беседите с тях пациентите често го повтарят, а в изразите им прозира болка, че хората гледат на тях като *„на прокажени“* и *„заразни“*. Чувството, което се опитват да опишат е не точно обида, а по-скоро безсилие пред другите, че не ги разбират и, че не могат да им обяснят, че те са хора като тях и епилептичните припадъци не са опасни за другите, а са реакции на болестта, които не могат да контролират и не са в състояние да потиснат.

Срещат се и по-разгърнати описания на това, което според пациентите следва да се направи: *„Повече организации, заети с правата и помощите за епилепсия“*, пише пациент, който споделя, че среща определени затруднения при набавянето на лекарства. *„Повече гласност, работа с тях и изключително внимание“* е написал пациент, комуто са отказали няколко пъти работа, след като е споделил, че страда от епилепсия. *„Да се дава достатъчно информация на пациентите и техните близки“*, *„Повече гласност и работа на личните лекари с*

^{*} Стилът и правописът на написаното от изследваните лица са запазени.

епилептиците“, предлагат група пациенти. Друг пациент споделя, трудно съдържайки емоциите си, че когато научат за заболяването му, хората странят от него. В анкетната карта той пише: *„Да се обясни на хората, че болните от епилепсия са равностойни с другите и да не се страхуват от нас. Много гении в Европа са страдали от епилепсия. Така също да се свиква с това, че сме болни от тази болест и да продължаваме напред в живота и в работата да се доказваме максимално. Всички болести са от Бог дадени и не трябва да се гневим и да приемем съдбата си такава, каквата е.“* Доста дълго, но емоционално подкрепено мнение. Пациентът е намерил опора във вярата си и се опитва да живее с несполуките на заболяването.

Част от изследваните лица са по-прагматично ориентирани и го изразяват в предложенията си. Те обръщат внимание на подготовката на социалните работници и необходимостта от информиране на обществото със специфичните прояви на епилептично болните. В техните предложения е написано: *„Да бъдат подготвени кадри, които да подпомагат епилептиците да бъдат преобщиени в обществото“, „Осигуряване на повече персонал в тази област, ангажиран с по-тежко болните епилептици“, „Трябва да се знае поведение при епилептичен припадък на обществено място“, „Да се направи програма за оптимизиране работата на социалните работници“, „Всички соц. работници трябва подробно да са запознати със заболяването епилепсия“.* Интересно е предложението на един от пациентите, който призовава да се създаде общност на хора с епилепсия: *„Повече събирания с хора със същото заболяване“,* пише той.

Общото впечатление от отношението на изследваните лица към проблемите, които поражда заболяването е, че не се усеща отчаяние или примиряване със съдбата, а опити да се преодоляват проблемите.

Търсенето на опорни точки и ресурси е в посока навън, от обществото, както и навътре в разгръщане потенциала на индивида. Ето защо, както беше показано по-горе в цитираните мнения на пациентите, няма обидни квалификации или приписване на вина. Наблюдават се разумни, премерени и изпълними предложения, които, ако се приложат, са в състояние да подобрят живота на хората с епилепсия. Разбира се, че има бележки и по отношение на финансирането от страна на държавата, но то по-често се свързва със скъпите лекарства, които трябва да закупуват епилептиците. Молбата им е, ако е в състояние, държавата да поеме една част.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Епилепсията е социално-значимо заболяване, което в България е недостатъчно засегнато. На този етап липсва в националните програми и стратегии отнасящите се до социално-значимите заболявания и поради това стои встрани от грижата на държавата към хората с епилепсия.

Епилепсията се определя като хронично мозъчно разстройство. То се характеризира с група дълготрайни неврологични нарушения, които се проявяват под формата на повтарящите се епилептични пристъпи поради ексцесивни разряди на мозъчните неврони.

Към момента на работата по изследването болните от епилепсия в България са около 50 000 души, с тенденция за увеличаване на техния брой. Средно новооткритите заболявания за една година са между 20 и 50 случая. Важно е да се отбележи, че е по -висок процентът в детска възраст и по-малък при хората в старческа възраст. При около 50% от случаите болестта епилепсия започва от 15-16 годишна възраст. Фебрилни гърчове получават 2-5% от децата до 5 г. възраст. Точно заради това е необходимо да има актуализиране на националните стратегии и политики засягащи социалните-заболявания. Необходимо е да се насочи вниманието към хората със заболяване епилепсия, които се нуждаят от адекватни социални грижи, подкрепа и социални асистенти, които да подпомагат тяхната интеграция, възприемане, да спомагат за по-добра информираност, а също така, да насочват мерки в полза на приемане от страна на общността.

Една от най-важните цели на социалната работа е насочена към управлението и организацията на обществото за реализирането на социално-подпомагащи практики, които да допринасят до известна степен за реализирането на целта, без да се очаква цялостното постигане.

Другата важна цел на социалната работа е свързана с настъпването на промени в живота на индивидите, които нямат възможност или не са в

състояние да се справят самостоятелно. Решаването на проблема би могло да промени социалните условия, за да се поддържа неблагоприятното в поносими граници.

Именно заради това, в настоящото изследване има насоки и препоръки с цел подобряване работата на социалните асистенти при работата им със социално-значимото заболяване епилепсия, което възпрепятства в зависимост от формата, вида и проявлението си нормалния ритъм на живот на болните.

Предложенията и препоръките посочени в настоящата разработка имат за цел да подобрят ефективността на социалната работа, социалните институции и социалните асистенти при работата им с индивиди имащи социално-значимото заболяване епилепсия. Тези препоръки са базисни, но биха могли да се адаптират и развият в зависимост от конкретните случаи. Целта на изследването бе да проследи и представи необходимостта от актуализиране на нормативните актове и длъжностните характеристики на социалните асистенти, с фокус върху тези, които работят с хора с епилепсия.

В резултат от изследването могат да се формулират следните **изводи**:

- Проблемът за социалната работа с хората с епилепсия е актуален и неговото решаване ще помогне за повишаване ефективността на социалните служби.

- Анализът на наличните публикации в областта на социалната работа с хора с епилепсия показва, че липсват утвърдени традиции и приети стандарти за извършването и.

- Пилотното изследване и проучването „на терен“ разкриват картина на социалната работа с хора с епилепсия, непривична за началото на XXI век, белязана е от много недостатъци, неправилно е управлението на ресурсите, слаба е подготовка на човешките ресурси, неефективно се разходват средствата и в крайна сметка е с ниска ефективност.

- Социалните работници, специализирани за работа с епилептици са недостатъчно и не са добре обучени.

- Информираността на обществото за това социално-значимо заболяване е недостатъчно, което лежи в основата на социалното изолиране на хора с епилепсия и трудно намиране на работа от тях.

- Липсват неформални/неправителствени организации, в които болните от епилепсия да се сдружават, да се подкрепят и да си сътрудничат.

- Слаба е активността на социалните организации в издирването и обхващането в програми на хората, болни от епилепсия.

- Съществува потенциал в държавата и здравните заведения за разширяване на социалната дейност с хора с епилепсия.

- Получените от емпиричното изследване резултати осигуряват необходимите научни предпоставки за разработване и изпълнение на стратегия за социална работа с хора с епилепсия, както и за разширяване и задълбочаване на научните изследвания с тях.

Теоретичният анализ и интерпретацията на емпиричните данни позволяват да се направят следните **препоръки**:

- Проблемът за епилепсията и за проблемите на хората със социално-значимото заболяване епилепсия да се направи достояние на обществото по подходящ начин.

- Да се разработят програми и да се отделят необходимите средства от държавния бюджет за увеличаване на специализираните грижи за хора с епилепсия, което ще улесни интеграцията им в обществото.

- Държавата, чрез своите здравни, обществени и неправителствени организации да оптимизира социалните дейности в полза на пациентите с епилепсия.

- Да се създадат повече реално функциониращи центрове за хора с епилепсия.

- Да се създава и разпространява повече и по- достъпна информация

за заболяването епилепсия, което ще направи останалата част от обществото съпричастна към хората с това заболяване.

- Пациентите да бъдат по-добре и своевременно информирани относно функциите и задълженията на социалните асистенти, които могат да им окажат квалифицирана помощ, съобразена .

- Да бъдат увеличени социалните работници за работа с хора с епилепсия, а в подготовката им да се отчита спецификата на заболяването.

Настоящото дисертационно изследване е само опит да се заяви съществуващият проблем с хората с епилепсия и нуждата им от сериозна и навременна социална подкрепа от държавата. То би могло да се разглежда като начална стъпка по пътя на разрешаването му.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Велико народно събрание (1991). Конституцията на Република България.
2. Власов, П.Н. Эпилепсия у женщин: клинические, электрофизиологические, гормональные и терапевтические аспекты// Автореферат докт. дисс. – Моск. Мед. Академия им. И. М. Сеченова. – 2001, с. 48.
3. Генерален коментар 14, *supra*, n. 7, at, para 12.
4. Генерален коментар 14, *supra*, n.7, at, para 1.
5. Генерален коментар 14, *supra*, n.7, at, para 23.
6. Горанов, М. (2001). Основи на общата медицина. Висш медицински институт. Плевен.
7. Грънчарова, Г. (2016). Социална медицина. Медицински университет. Плевен.
8. Жечева, А. (2015). Наръчник на социалния асистент в България, София.
9. Жуков, В.И. и колектив (2011). „Технологии социальной работы“. „Омега-Л“, Москва.
10. Колектив. (2003). Основы социальной работы, колектив. М.
11. Комитет за икономически, социални и културни права, Генерален коментар 14, Правото на най-високия достижим стандарт за здраве (Двадесет и втора сесия, 2000). U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000): Сборник генерални коментари и генерални препоръки, приети от органите, създадени с договорите за правата на човека, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).
12. Кузманова, Р. (2016). Социалните услуги и институции в България – утвърждаване, развитие и перспективи.
13. Леков, К. (2002). Основи на социалната работа. Благоевград.
14. Меджиева, Д. (2018). Превенция на хроничните неинфекциозни болести. E&M Smart Education, бр.2, София.

15. Механджийска, Г. (2017). Как помага клиничната социална работа: области и методи на интервенция. Е-списание Социална работа, бр. 2. София.
16. Механджийска, Г. Методи на социалната работа в сферата на психичното здраве. – В: Живот в общността. Наръчник за професионалисти в организации за психосоциална рехабилитация. Човеколюбие, Пазарджик, 2011.
17. Механджийска, Г. Супервизията в социалната работа. С., Изток-Запад, 2008.
18. Миланов, И., Божинова, В., Търнев, Ив. (2014). Българска неврология. Национален консенсус за диагностика и лечение на епилепсията. Том 15, бр. 1. София.
19. Министерство на здравеопазването, (2015) Национална здравна стратегия, София.
20. Министерството на здравеопазването, (2014). Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020, София.
21. Министерството на труда и социалната политика, (2016). Закон за социалното подпомагане.
22. Мутафова, М. Интегрални индикатори за оценяване на здравето на населението. С., 2007, Пропелер, с. 291.
23. Наумов, И.А. Общественное здоровье и здравоохранение. Минск, 2013, ISBN 978-985-06-2298-3.
24. Национален статистически институт, (2015). Здравеопазване 2014. София.
25. Национален статистически институт, (2016). Здравеопазване 2015. София.
26. Национален статистически институт, (2017). Здравеопазване 2016. София.
27. Национален статистически институт, (2018). Здравеопазване 2017. София.
28. Национален статистически институт, (2019). Здравеопазване 2018. София.

29. Паризов, П. (2000). Организация и управление на социалните дейности. Благоевград. Благоевград: ЮЗУ Н. Рилски, УДК:36.07(497.2)(075.8).
30. Петков, С. Анализ на финансовата тежест на разходите за лекарствени средства за населението в България и избрани европейски страни. Магистърска теза. Медицински университет – Варна, 2016.
31. Петрова-Димитрова, Н. Основи и методи на социалната работа. С., 2001.
32. Преамбюл към Устава на Световната здравна организация, приет от Международната конференция по въпросите на здравеопазването, Ню Йорк, 19-22 юни 1946 г.; подписан на 22 юли 1946 г. от представителите на 61 държави (Официален архив на Световната здравна организация, бр. 2, стр. 100) и влязъл в сила на 7 април 1948 г.
33. Сажина, Н. Социальная работа в схемах и таблицах. Екатеринбург, РГИПУ, ISBN 978-5-8050-0563-4, 2015.
34. Салчев, П. (2009). Социална медицина и здравен мениджмънт, “Дилиджентис” ЕООД, София.
35. Салчев, П. Интегрален болничен бенчмарк индекс. Методология и практическо приложение. ISBN 978-954-91155-6-9, София, 2010.
36. Световната здравна организация, (2012). Здраве 2020 – Европейска рамка за политики и стратегия за 21-ви век.
37. Сурмин, Ю. и др. Ситуационный анализ, или анатомия Кейс-метода. – Киев: Центр иноваций и развития 2002 г.
38. Тодорова, М. (2005). Помагало по методи на социалната работа. В. Търново.
39. Устав на Националната асоциация на родителите на деца с епилепсия
40. Холостова, Е. Социальная работа в схемах. Москва, ISBN 978-5-394-01656-1, 2012.
41. Шмелева, Н.Б. Введение в профессию „Социальная работа“. М., ISBN 978-5-394-01246-4q 2013, с. 117.

42. Щерева, Д. Финансиране на болничните заведения в България. София, МУ-София ЦМБ, 2012, ISBN 978-954-9318-20-3.
43. Asada, Y. Assessment of the health of Americans: the average health-related quality of life and its inequality across individuals and groups. *Popul. Health Metr.* 2005, Jul 13; 3:7.
44. Babones, S. J. Income inequality and population health: correlation and causality. *Soc Sci Med.* 2008, Apr; 66(7):1614-26. Epub 2008 Jan 28.
45. Carruthers, I. Et. P. Philip. Safety first – a report for patients, clinicians and healthcare managers. London& Department of Health; 2006.
46. Chang, H. Determinants of hospital efficiency: the case of central government-owned hospitals in Taiwan, *Omega International Journal of Management Science*, 1998, 26(2):307-317.
47. Diallo, K. Data on the migration of health care workers: sources, uses, and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, August 2004, 82(8).
48. Eurostat 2018; WHO HFA 2017.
49. Gakidou, E., C. Murray, J. Frenk. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 2000, pp. 42-54.
50. GBD (2015). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724.
51. Guidelines for the care of epileptic women of childbearing age. Commission on Genetics, Pregnancy, and the Child. *International League Against Epilepsy*.// *Epilepsy*. – 1989. – Vol. 30. – p. 409 – 410.
52. Hecht, R., A. Batson, L. Brenzel. Making Health Care Accountable. Why performance-based funding of health services in developing countries is getting more attention. In: *International Monetary Fund, Health and Development*, Washington, DS, December 2004. Available from: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/health/eng/hdwi/hdwi.pdf>.

53. Kelly, M. Task-centered practice. – In: Encyclopedia of Social Work. Vol. 4, 20th edition. Ed. By T. Mizrahi and L. Davis. NASW Press and Oxford University Press, N.Y., 2008.
54. Mansell, J. Beadle-Brown, J. Person-centered planning or person-centered action? Policy and practice in intellectual disability services. – Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17, 2004.
55. Marshal, B., G. Kegels. Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility? International Journal of Health Planning and Management, 2003, 18.
56. McLean, T. Interdisciplinary practice. In: Handbook for Practice Learning in Social Work and Social Care. Knowledge and Theory. Ed. By J. Lishman. Jessica Kingsley Publishers, London. 2007.
57. Mladovsky, P., D. Srivastava, J. Cylus, M. Karanikolos, T. Evetovits, S. Thomson, M. McKee. Health policy responses to the financial crisis in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.
58. NASW Standards for Social Work Case Management. National Association of Social Workers, 2013.
59. Neubauer, K. Developing a health workforce policy for the European Union. Bad Gastein, 8.10.2010.
60. Parker, J., G. Bradley. Social work practice: Assessment, planning, intervention and review. Exeter, 2003.
61. Rechel, B. S. Thomson, E. van Ginneken. Health Systems in Transition. Template for Authors. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2010.
62. Rengasamy, S. (2011) Social Case Work. Master of Social Work Course, Madurai Institute of Social Sciences. – <http://wepapers.com>; <http://www.scibd.com>.
63. Rubin, A. Case management. – In: Encyclopedia of Social Work. Vol. 1, 1987.
64. Ruger, J.r, P., D. T. Jamison, D. e. Bloom. Health and the Economy. In: International Public Health, edited by M. H. Merson, R. E. Black, A. J. Mills, Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett, 2001.

65. Sands, R. Clinical social work practice in community mental health. Macmillan Publishing Company, N.Y., 1991.
66. Schneider, K., L. Garrett. The end of era of generosity? Global health amid economic crisis. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, Vol. 4(1), 2009.
67. Thomas, S.V., N. Kondo, S.V. Subramanian, I. Kawachi, Y. Takeda, Z. Yamagata. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *Journal of Epidemiological Community Health*, Vol. 62(10), 2008.
68. Tilbury, T. Casework in Context: A Basis for Practice. Pergamon Press, Oxford, 1977.
69. Turner, F. J. Case management. – In: *Encyclopedia of Canadian social work*. Francis J. Turner, editor. Wilfrid Laurier University Press, Waterloo, 2005.
70. Westert, GP, PP. Groenewegen. Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter? *Health Policy*, 1999, 47.
71. Whitehead, M. The concepts and principles of equity in health. *The Journal of Health Services*, 22, 1992, pp. 429-45.
72. WHO World Health Report. 2000, P. 152 – 155.
73. WHO. (2007). The Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.0 for Use in Field Testing in 2007-2008 (ICPS).
74. WHO. (2007). The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1=0 for Use in Field Testing in 2007-2008 (ICPS).
75. Wim Schellekens. Patient Safety: The New Challenge. *EJHP-P*, Vol.11, 2005/4.
76. World Health Organization, (2003). Epilepsy out of the shadows. A global campaign against epilepsy.
77. Адаптирано по: College, M. Economic cycles and health: towards a sociological understanding of the impact of the recession on health and illness. *Social Science Medicine*, Vol. 16(22), 1982; Waters, H., F. Saadah, M. Pradhan.

The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health care in Indonesia. Health Policy and Planning, Vol. 18(2), 2003; Yang, B.M., N. Prescott, E.Y. Bae. The impact of economic crisis on health care consumption in Korea. Health Policy and Planning, Vol. 16(4), 2001.

ИНТЕРНЕТ ИЗТОЧНИЦИ

78. Национален статистически институт. Здравеопазване. Система на здравни сметки. База данни, 2016. Достъпно на <http://www.nsi.bg/node/3280>.

79. Салчев, П. Инвестиции в здравеопазването и предизвикателствата пред e-health в България. Научен семинар. Департамент „Медикобиологични науки“, НБУ, 2011. Достъпен на: <http://old.nbu.bg/PUBLIC/IMAGES/File/departamenti/medikobiologichni/novini/e-health.pdf>.

80. <http://www.government.bg> Страница на Правителството на Р България

81. <http://www.parliament.bg> Страница на Парламента на Р България

82. <http://www.minfin.bg> Страница на Министерството на финансите на Р България

83. http://www.europa.eu/index_bg.htm Страница на Европейския съюз

84. <http://www.europarl.europa.eu> Страница на Европейския парламент

85. http://www.europa.eu/about/ds_bg.htm Страница на Европейската комисия – Генерална Дирекция

86. <https://www.who.int/> Страница на Световната здравна организация

87. <http://eur-lex.europa.eu/bg> Официален вестник на Европейския съюз

88. Bloom, D.E., D. Canning, D. T. Jamison, Health Wealth, and Welfare. In: International Monetary Fund, Health and Development, Washington, DC, December 2004, Available from: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/health/eng/hdwi/hdwi.pdf>.
89. European Commission, Investing in Health. Commission Staff Working Document Social Investment Package, February 2013. Available from: http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_en.htm#top.
90. <http://research.bfu.bg:8080>
91. http://www.ehfg.org/fileadmin/ehfg/Website/Archiv/2010/Presentations.F6_b/F6b_Neubauer.pdf.
92. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/>, 26.7.2020 г. 9.50.
93. Kapferer, S. The importance of investing in health. The World Economic Forum. Dec 2015. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2015/12/the-importance-of-investing-in-health/>.
94. World Health Organization Regional Office for Europe, European Health for All database (HFA-DB), Available at: <http://data.euro.who.int/hfadb/>.

АНКЕТНА КАРТА

Въпросите, които ще откриете в тази анкета имат за цел да проследят Вашата нагласа и виждане относно заболяването епилепсия и отношението на социалните дейности, а също така и важността в определянето на заболяването като социално-значимо. Данните ще бъдат използвани единствено за изследователски цели.

Анкетата е анонимна. Не пишете имената си!

Благодарим за отзивчивостта!

1. Вашият пол

Мъж - 1

Жена - 2

2. Вашата възраст

3. Вашата професия

4. Заболяването „епилепсия“ пречи ли ви да упражнявате своята професия?

- Да 1

- Не 2

- Понякога 3

5. Когато беше диагностицирано вашето заболяване получихте ли допълнителна информация от медицинска гледна точка?

- Да 1
- Не 2
- Не съм убеден/а 3

6. Беше ли ви предоставена допълнителна информация за това как социалните дейности може да ви бъдат полезни?

- Да 1
- Не 2
- Не съм убеден/а 3

7. Получихте ли допълнителна информация за това как социалните дейности може да ви помогнат със социалната ви адаптация при наличието на заболяването „епилепсия“?

- Да 1
- Не 2
- Не съм убеден/а 3

8. Смятате ли, че е необходимо даване на повече гласност на заболяването „епилепсия“?

- Да 1
- Не 2
- Не съм убеден/а 3

9. Необходимо ли е заболяването „епилепсия“ да бъде включено в Националната програма за превенцията на хроничните заболявания в България? Ако да, защо?

- Да 1
- Не 2

- Не съм убеден/а 3

10. Смятате ли, че социалните работници са добре запознати със специфичните характеристики на заболяването „епилепсия“?

- Да 1

- Не 2

- Не съм убеден/а 3

11. Смятате ли, че трябва да има повече социални работници, които да бъдат тясно специализирани в работата с хората със заболяването „епилепсия“?

- Да 1

- Не 2

- Не съм убеден/а 3

12. Вие бихте ли използвали социален асистент, който да ви помага с информация, подкрепа и медицинска помощ, когато е необходимо?

- Да 1

- Не 2

- Не съм убеден/а 3

13. Какво според вас е необходимо да се направи за да се усъвършенства социалната работа в полза на хората със заболяване „епилепсия“?

.....