

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД НА ТЕМА:

**ИЗГОТВЯНЕ НА МОДЕЛ НА УПРАВЛЕНСКА
СТРАТЕГИЯ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ЗНАНИЯТА И
УМЕНИЯТА НА НАСЕЛЕНИЕТО НА БЪЛГАРИЯ ЗА
ОКАЗВАНЕ НА ПЪРВА ПОМОЩ**

**За присъждане на образователна и научна степен „доктор“ по
професионално направление 3.8. Икономика**

Докторант:

Андриан Георгиев

Научен ръководител:

проф. д. ик. н. Соня Милева

СОФИЯ

2022 г.

Дисертационният труд съдържа 173 страници, от които 17 страници приложения. Структуриран е в увод, три глави, заключение, 3 приложения, 38 таблици и 37 фигури. Библиографията обхваща 108 източника, от които 41 на кирилица, 67 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита с решение на УНС, протокол №4 от 18 януари 2023 г. и решение на АС, протокол № 4 от 25 януари 2023 г. на Международно висше бизнес училище, където докторантът е зачислен в самостоятелна форма на докторантура.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 15 май 2023 г. от 10:00 ч. в заседателна зала „Академичен съвет“ на Център за дистанционно обучение, гр. София, на заседание на научно жури в състав:

Вътрешни членове:

1. проф. д-р Цветан Илиев Петков, Международно висше бизнес училище
2. доц. Стела Иванова Балтова, Международно висше бизнес училище

Външни членове:

3. проф. д-р Цветелина Милчева Петрова-Готова, Медицински университет – София
4. проф. д-р Албена Христова Вуцова, Софийски университет „Свети Климент Охридски“
5. доц. д-р Светла Богданова Бонева, Университет за национално и световно стопанство

Материалите по защитата са публикувани в Интернет страницата на Международно висше бизнес училище и са на разположение във висшето училище.

Съдържание

I. Списък на използваните съкращения	4
II. Увод	5
III. Структура на дисертационния труд	6
IV. Обща характеристика на дисертационния труд	7
V. Кратко съдържание на дисертационния труд	11
VI. Заключение.....	49
VII. Приноси на докторската дисертация.....	53
VIII. Научни публикации, свързани с дисертационния труд	54

I. Списък на използваните съкращения

ABD	Автоматичен външен дефибрилатор
ACA	Американска сърдечна асоциация
BCK	Български Червен кръст
BCA	Внезапен сърдечен арест
ECP	Европейска квалификационна рамка
ESR	Европейски съвет по ресусцитация
ZBK	Закон за Българския Червен кръст
ZDP	Закон за движение по пътищата
ZZBUT	Закон за здравословни и безопасни условия на труд
IPI	Институт за пазарна икономика
KPP	Кардиопулмонална ресусцитация (изкуствено дишане и непряк сърдечен масаж)
MVP	Министерство на вътрешните работи
MFKCHP	Международна федерация на Червения кръст и Червения полумесец
NZOK	Национална здравноосигурителна каса
HC	Национален съвет
HCИ	Национален статистически институт
ПП	Първа помощ
CAF	Common Assessment Framework Обща рамка за оценка
EENA (GDPR)	European Emergency Number Association Европейската асоциация за спешни номера General Data Protection Regulation Общият регламент относно защитата на данните
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation Международен комитет за връзка по реанимация

II. Увод

В съвременния свят необходимостта от уменията за оказване на първа помощ (ПП) е все по-належаща. Инциденти се случват често и вероятността да станем очевидци на такъв се повишава значително. Времето за пристигане на линейките не може да се сведе под 5 до 8 минути, което налага необходимостта от свидетелите на инцидента или първите отзовали се да окажат ПП при животозастрашаващи наранявания и състояния.

Тъй като в България, до 2019 г., трудно се откриваше съвременна статистика за това, какво е отношението на обществото към оказването на ПП, както и какви са степента и мащабът на обучените да окажат помощ в случай на нужда, се организира и проведе авторско национално онлайн проучване (февруари-октомври 2019 г.), за да се научи повече по темата. Настоящата докторска дисертация си поставя за цел да направи оценка и анализ на подготовката на населението на България по ПП към настоящия момент и да предложи модел на управленска стратегия за повишаване на знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП. Целта се постига чрез разглеждане на аспекти в две направления: (1) обективни фактори (в т.ч. обзор на нормативната уредба на България, добри европейски практики и медицинска обосновка за значимостта на темата) и (2) субективни фактори (лично възприятие на обществото за подготовката си, оценено чрез провеждане на втора вълна на авторското национално онлайн проучване „ОБЩЕСТВОТО И ПЪРВА ПОМОЩ“).

Докторската дисертация включва две части – теоретична и емпирична.

В теоретичната част е направен задълбочен обзор на това къде и как се среща понятието „първа помощ“ в българското законодателство, обзор на добрите европейски практики за подготовка на населението да окаже помощ при нужда, значимостта на темата, целта, методите, същността на проблематиката и необходим инструментариум за разработване на емпирично изследване.

Емпиричната част съдържа анализ на получените резултати от проучването, разпределен по секции, препоръки на база тези резултати и насоки за бъдещо развитие на ПП в България. На база резултатите от обзора на нормативната уредба, практиките, медицинската обосновка и субективното възприятие на обществото за подготовката си по ПП, се предлага, разглежда и детайлизира осъществяването на модел на управленска стратегия и обучителна система за повишаване на знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП и по-конкретно – учителите от прогимназиален и гимназиален курс на обучение и тяхното разпространение сред учениците.

Авторското проучването, което е използвано в тази докторска дисертация, е реално и е проведено, както следва: 1) Вълна 1: в периода септември – октомври 2019 г. и 2) Вълна 2: октомври 2021 г. – март 2022.

Ш. Структура на дисертационния труд

Дисертационният труд съдържа 173 страници, от които 17 страници приложения. Структуриран е в увод, три глави, заключение, 3 приложения, 38 таблици и 37 фигури. Библиографията обхваща 108 източника, от които 41 на кирилица, 67 на латиница.

Съдържание

Увод	9
ГЛАВА 1: Анализ и оценка на законодателната и нормативна база в България, касаещи знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП	15
1.1. Терминологични уточнения и преглед на нормативната уредба	15
1.2. Икономически аспекти и финансиране на спешната помощ в България	26
1.3. Сравнителен бенчмаркинг анализ на добри практики от водещи европейски страни	34
ГЛАВА 2: Подход и методологически инструментариум за провеждане на емпирично проучване за подготовката и готовността на населението на България да окаже ПП в случай на инцидент или при остра форма на заболяване	50
2.1. Критичност на знанията и уменията за оказване на адекватна ПП в първите минути от инцидента и самооценка на населението в България	50
2.2. Подход за разработване на модел на управленска стратегия	59
2.3. Методологически инструментариум за провеждане на емпиричното изследване	67
ГЛАВА 3: Разработване и апробация на модел на стратегия за повишаване на знанията и уменията за оказване на ПП на конкретната целева група	83
3.1. Резултати от експерименталното изследване, определящи модела за повишаване знанията и уменията на обществото по ПП	83
3.2. Разработване на модел на управленска стратегия за повишаване готовността и увереността на населението за оказване на ПП	106
3.3. Апробация и валидиране на системата за обучение по ПП	128
3.4. Икономическа обосновка за необходимостта от модел на управленска стратегия и повишаване на знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП	135
Заключение	141
Използвана литература	148
Приложения	157
Приложение 1	157
Приложение 2	162
Приложение 3	172

IV. Обща характеристика на дисертационния труд

Докторската дисертация следва структура, която превежда процеса на разглеждане, изследване, констатиране и препоръки по отношение на поставената тема през няколко етапа.

Актуалност и значимост на изследваната проблематика

Актуалността на темата се изразява в това, че непознаването и неразличаването на различни спешни ситуации, както и необходимостта от оказване на ПП, се превръщат във все по-осезаем проблем. Негативните последици от ненавременна, неадекватна, закъсняла ПП имат крайно негативни и/или фатални последици както върху здравето и качеството на живот на пострадалите, така и върху финансовите аспекти на здравната ни система за последващо лечение на последициите. За да могат да бъдат постигнати трайни и значими резултати е необходим системен, стратегически подход за елиминиране на последиците от това незнание, както и устойчив модел и механизъм, гарантиращ ефективност на процеса. От управленска гледна точка фокусът трябва да бъде върху установяване на връзките и зависимостите на различните участници, техните роли и отговорности в оказването на първа помощ.

На първо място, това са оказващите ПП, които не се ограничават само до помагане на пострадали в дадена ситуация, а и до запазване на собственото здраве и живот¹. Литературният анализ по темата показва, че проблемът е слабо изучен в България. Липсва както адекватна правна рамка за реагиране в такива ситуации, така и надеждно и пространствено емпирично изследване на знанията и уменията за оказване на ПП. На второ място, това са институционалните структури на Спешна помощ и свързаните звена, които са обект на управление и бюджетиране като част от националната здравна система. На трето място, това са структурите на Българския Червен кръст (БЧК), които са междинно звено, отговорни за провеждането на задължително обучение за оказване на ПП, само и единствено за получаване на свидетелство за управление на МПС. На четвърто място – широк кръг от други участници (общински структури, неправителствени организации и др.) и заинтересовани лица, имащи пряко и косвено отношение към своевременното оказване на ПП на обществени места.

Извеждането на концепция и разработването на модел, осигуряващ устойчивост в обучението за оказване на ПП, би послужило и като основа за създаване на предпоставки за целенасочени политики, които да подобрят здравето и качеството на живот на населението, предотвратявайки развитието на тежки инциденти и проявата на остри форми на заболявания. Това би имало и положителен икономически ефект върху всички заинтересовани лица, включително намаляване на разходите за екипите на Спешна помощ, болничен престой и лечение на пострадалите.

В настоящия дисертационен труд понятието „*първа помощ*“ се разглежда като набор от действия и мерки в случай на остра форма на заболяване или нараняване, които би следвало да се предприемат до пристигане на специализиран екип (преди всичко Спешна помощ) (Zideman et al., 2021). В някои ситуации, това са и екипи на Водноспасителната и Планинскоспасителната служби на БЧК, полиция, пожарна и др. Във връзка с това е необходимо да се изучи възможността и готовността за реакция на възможно най-голям брой хора от населението на България.

Дискусионните въпроси, които се поставят в разработката, както и направените анализи, са на база теоретични и емпирични проучвания, обзор и анализ на европейски

¹ Вж. *The role of the first aider*. St John Ambulance. 2021. Available from: <https://www.sja.org.uk/get-advice/i-need-to-know/the-role-of-the-first-aiders/>. [Accessed 16.06.2022].

добри практики и личен опит от участие на автора в процеса на обучение по ПП на различни видове групи от обществото.

Цел и задачи на докторската дисертация

Основната цел на докторската дисертация е *изследването на знанията и уменията на населението за оказване на ПП, като се създаде и апробира концептуален модел за тяхното повишаване.*

Задачи на докторската дисертация:

1. Ситуационен анализ на българската нормативна уредба в областта на оказване на ПП. Сравнителен бенчмаркинг анализ на добри практики от водещи европейски страни.
2. Провеждане на емпирично проучване за подготовката и готовността на населението на България да окаже ПП в случай на инцидент или при остра форма на заболяване.
3. Разработване и апробация на модел на стратегия за повишаване на знанията и уменията за оказване на ПП на примера на конкретната целева група.

Обект и предмет и времеви диапазон на изследването

Обект на дисертационното емпирично изследване са наличието на познания и нагласи в българското общество за предоставяне на ПП.

Предмет на изследването са възможностите за формиране на знания и умения за оказване на ПП сред българското общество, и по-конкретно – учителите от прогимназиален и гимназиален курс на обучение и тяхното разпространение сред учениците.

Времевият обхват включва две направления – обзор на нормативната уредба на България, обобщаващ периода на най-рано приетият закон (ЗБЧК, 1995 г.), до наши дни. И втори период – този на емпиричното изследване и съпоставката му за двете разглеждани вълни – от февруари 2019 г. до март 2022 г.

Изследователски въпроси

Конкретните изследователски въпроси, включени в емпиричното проучване са:

1. Каква е оценката/самооценката за подготовката на българското общество да извърши кардиопулмонална ресусцитация (КПР), в случай на внезапен сърдечен арест (ВСА)?
2. Какви са нагласите на българското общество и готовността му за приемане и/или използване на автоматични външни дефибрилатори (АВД) на обществени места?
3. Каква готовност проявява българското общество да прилага мерки за оказване на ПП в случай на инцидент (отчитане на готовност за действие)?
4. Каква е оценката на адекватността и готовността на българското общество да окаже ПП при животозастрашаващ инцидент?

Научноизследователска теза и хипотези

Защитаваната теза е, че приложението на модел за формиране и развитие на умения за оказване на ПП ще доведе до повишаване и развитие на адекватни знания и умения сред представителите от целевите групи. Това ще има пряко отношение върху понижаване на смъртността, респективно оптимизиране на разходите (при болнично лечение, за поддръжка на екипи на Спешна помощ и др.), качеството на живот и постигане на стратегически цели в сектора на здравеопазването.

Работните хипотези включват:

1. Липсата на законова и нормативна регулация, оказва негативно влияние върху поддържане на знания и умения за оказване на ПП сред българското общество.
2. Ниският дял обучени хора по ПП, както и отсъствието за система за мониторинг и оценка/самооценка на нивото на знания и умения са основните фактори, отговорни за незадоволителна самооценка на българското общество за оказване на ПП.
3. Прилагането на национален модел на управленска стратегия ще доведе до значително, трайно и устойчиво повишаване на знанията и уменията за оказване на ПП сред българското общество.

Методически инструментариум

В процеса на реализиране на теоретико-емпиричното изследване е използван следният **методологически инструментариум**:

1. Литературен обзор и критичен анализ на наличната вторична информация по темата, свързана с оказване на ПП и подготовката на населението.
2. Ситуационен анализ и първични данни от авторско национално проучване „Обществото и първа помощ“ от 2019 г. (вълна 1) (Вж. Приложение 1).
3. Проведено емпирично проучване „Обществото и първа помощ II“ от 2022 г. (вълна 2) с цел изследването на знанията и уменията на населението за оказване на ПП.
4. Разработване и апробиране на концептуален модел за повишаване подготовката на населението по оказване на ПП въз основа на конкретната целева група - учители от прогимназиален и гимназиален курс на обучение и тяхното разпространение сред учениците.

Проведеното изследване използва въпросник с отворени и затворени въпроси и информационни екрани за двете последователно проведени проучвания през 2019 г. и 2022 г..

Източници на информация

Изследването се базира на събирането и прегледа на наличните вторични данни от редица нормативни актове, действащи в България – Закон за Българския червен кръст (ЗБЧК), Закон за движение по пътищата (ЗДП), Закон за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ), наредби, стратегии и други. Разгледани са и добри практики в европейски страни (Германия, Австрия, Норвегия, Англия) и доклади на международни организации, работещи по темата – Европейски съвет по ресусцитация (ЕСР), Американска сърдечна асоциация (АСА), Международна федерация на Червения кръст и Червения полумесец (МФЧКЧП), Европейска асоциация на спешния номер 112 (EENA 112) и други.

Докторската дисертация използва целево събрана, обработена и анализирана първична информация в резултат на сравнението на данни от две последователно проведени проучвания през 2019 и 2022 г.

Ограничения

Основно ограничение и допускане, е това, че *докторската дисертация няма за цел изготвяне на стратегия, а индикативен модел на управленска стратегия за повишаване на знанията и уменията в областта на ПП, апробирана на примера на конкретна целева група*. В обсега на всички анализирани стратегически документи, не е установено оказването на ПП да е самостоятелен обект на анализ и оценка. Именно за

това, в резултат на задълбочено проучване на нормативната база, отчитайки резултатите от проведените емпирични проучвания, докторантът си поставя за цел да разработи концептуален модел, позволяващ преодоляването на идентифицираните дефицити при подготовката и обучението за оказване на ПП, на примера на конкретна целева група.

Към ограниченията на изследването е, че не се отчита профилът на респондентите, като обществото се разглежда съвкупно, без да се конкретизират различните специфики на съставните му части.

От методологическа гледна точка **ограничение** е и начинът за формиране на извадката на принципа на отзовалите се, както и всички ограничения на онлайн инструментариума за провеждане на емпирични изследвания.

Полезност и оригиналност

Полезността и оригиналността на изследването се изразява в цялостния обзор и критичен анализ на нормативната уредба на България по темата, както и събраната първична информация по отношение подготовката на населението за оказване на ПП от два сравнително отдалечени един от друг периода – 2019 г. и 2022 г. Проведените проучвания са първи по рода като представителност и национален обхват и могат да послужат като основа за провеждане на политики в областта на здравеопазването и оказването на ПП. Липсата на данни по темата допринасят за **оригиналността** на изследването, върху които е разработената докторската дисертация.

V. Кратко съдържание на дисертационния труд

В глава първа, „Анализ и оценка на законодателната и нормативна база в България, касаещи знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП“, се прави обзор на терминологични уточнения и преглед на нормативната уредба, разглеждат се икономическите аспекти и финансиране на спешната помощ в България и се прави сравнителен бенчмаркинг анализ на добрите практики от водещите европейски страни.

Прегледът започва като се установи наличието (или отсъствието) на конкретна дефиниция за това какво е ПП и кой може да оказва такава.

Терминът „първа помощ“ се среща в текстовете на три от законите на Република България:

1. Закон за Българския Червен кръст (ЗБЧК),
2. Закон за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ),
3. Закон за движенията по пътищата (ЗДП).

Присъствието на понятието „първа помощ“ в ЗБЧК се ограничава до споменаването му само в две от точките на съответния закон:

- чл. 4 (1) (Предишен текст на чл. 4, изм. - ДВ, бр. 80 от 2011 г., в сила от 14.10.2011 г.), т. 2, буква в;
- чл. 4 (1) (Предишен текст на чл. 4, изм. - ДВ, бр. 80 от 2011 г., в сила от 14.10.2011 г.), т. 4.

При навлизане в по-голяма дълбочина в нормативната уредба, се достига до Наредба №24 от 2 декември 2002 г. за условията и реда за обучение за оказване на първа долекарска помощ от водачи на моторни превозни средства . Въпреки, че в наредбата са упоменати начинът (цялата наредба) и обхватът на обучението по ПП (чл. 9), тук отново не се открива търсеното определение и това кой може да оказва ПП.

Преминавайки към прочита на следващия закон – Закон за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ), се открива по-значително присъствие на понятието „първа помощ“ в сравнение с предходния. Споменато е на четири места:

- чл. 20 (1), т.1 (изм. - ДВ, бр. 40 от 2007 г., изм. - ДВ, бр. 88 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.),
- чл. 20 (1), т. 2 (изм. - ДВ, бр. 40 от 2007 г.),
- чл. 20 (2) (Изм. - ДВ, бр. 18 от 2003 г., изм. - ДВ, бр. 102 от 2006 г., изм. - ДВ, бр. 40 от 2007 г., изм. - ДВ, бр. 102 от 2008 г., изм. - ДВ, бр. 93 от 2009 г., в сила от 25.12.2009 г.),
- чл. 26 (1) (Изм. - ДВ, бр. 40 от 2007 г.), т. 2 (изм. - ДВ, бр. 40 от 2007 г.)

В текстовете на ЗЗБУТ се упоменава кой може да окаже ПП на работното място, но не и какво на практика означава тя като понятие. Прави впечатление, че обхватът на обучението се оставя в ръцете на съответния работодател. Тези текстове будят дискусии в различни специализирани форуми и онлайн групи, включително и сред специалисти от служби по трудова медицина.

При разглеждането на третия закон, Закона за движение по пътищата (ЗДП), се вижда, че понятието е формулирано с една от валидните му конструкции – „първа долекарска помощ“. ПП се споменава в чл. 152 (2), която разисква изискванията за получаване на свидетелство за управление на моторно превозно средство, част от които е обучението по ПП и чл. 152а, т. 2, която споменава условията и реда за обучение. Едва тук, при разглеждането на ЗДП, се дава определение за това какво представлява „първа долекарска помощ“ в раздел „Допълнителни разпоредби“.

С изключение на ЗДП, който профилира и ограничава понятието „първа помощ“ само и единствено до случаите на пътно-транспортно произшествие, прегледът на законовата уредба приключва с липсата на конкретика по темата.

Поради тази причина, за да се даде по-ясна дефиниция, е необходимо тя да се заеме от най-авторитетните организации в областта. Най-актуалното определение за ПП е публикувано, заедно с предпоследните насоки за оказване на ПП, от ЕСР, АСА и Международният комитет, който работи по въпросите, свързани с ресусцитацията (International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)). И трите институции се обединяват и дават много кратко, но в същото време разбираемо определение за това какво е ПП, какво трябва да може да прави оказващия ПП, и какви са целите на ПП:

„Помощта и първоначалните грижи, които се оказват при остро заболяване или нараняване. Извършва се от свидетел на инцидента или първия пристигнал на място. Оказващият първа помощ е някой, обучен да оказва първа помощ, който следва да разпознае, прецени и приоритизира нуждата от мерки за първа помощ, окаже помощ, използвайки съответните умения, оцени доколко може да помогне и да търси допълнителна помощ, когато е необходима. Целите на първата помощ са да се спаси живот, да се облекчи болката, да се предпази от допълнителни наранявания, да се подпомогне възстановяването на пострадалия.“

Липсата на ясни обхват, граници, препоръки и модели за развитие на ПП в българското законодателство се отразява пряко не само върху общественото здраве, качеството на живот, но има и сериозно икономическо влияние. Сред ключовите въпроси се открояват сложността и неефективността на разпределянето на финансовите средства в сектора на здравеопазването, и по-конкретно, тези за спешна помощ, които не са от полза за обществото. В този смисъл се констатираят насоки, които показват, че в структурата на Спешна помощ, чиято дейност се заплаща от държавата, трябва да постъпват само тежките и сериозни случаи, които изискват незабавна лекарска помощ и лечение на пациентите (Иванова, 2020), като се изключват инциденти от по-лек характер. Оказването на ПП, освен животоспасяващо, е пряко свързано и с други комплексни въпроси като готовност и желание за оказване на помощ, знания и умения за това и/или прехвърляне на отговорността към централите за спешна помощ.

Тревожност буди въпросът как ще се приоритизира и кой ще определя тежестта на нараняването. Ако това са очевидците на инцидента, ще могат ли те адекватно да преценят състоянието на пострадалия без специализирана подготовка? Това е ключов момент, който обуславя необходимостта от обучение на населението по ПП. В конкретния случай изясняването на проблема би могло да спомогне 1) за реална преценка на нивото на тежест на дадено нараняване или състояние и 2) ако споменатите насоки не бъдат реализирани, то обучението по ПП ще спомогне за намаляване на разходите за обезпечаване на екипите на СМП, като им позволи да се фокусират върху тежките инциденти.

В Националната здравна стратегия (2014-2020), в раздел Политика 4.2, се споменава, че *„Анализът на състоянието на системата за спешна медицинска помощ показва наличието на множество проблеми, които, на фона на нарастващото обществено недоволство от нейната дейност, налагат извършване на радикални промени в структурата, организацията, функциите, в качеството на дейността и финансирането ѝ.“*² В този текст се посочва още, че недостатъчното финансиране е една от причините за влошаващата се кадрова осигуреност, недостатъчна квалификация и мотивация на работещите в СМП. Ако се редуцира броят на поетите случаи от тази

² Вж. *Национална здравна стратегия*. Министерство на здравеопазването на Република България. 2013. Достъпен на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia_2014-2020.pdf. [Прегледан на 16.06.2022].

служба, без да се намалява възнаграждението им, качеството на предлаганите услуги ще се повиши и по този начин неудовлетвореността и здравната несигурност на обществото ще намалее. Това потвърждава, че провеждане на обучения по ПП на обществото ще е полезно необходимо, за да може то да реагира при по-леки случаи, а специалистите да се фокусират върху по-тежките такива.

В Националната здравна стратегия³ е налице стремеж за подобряване на спешната извънболнична медицинска помощ чрез реализиране на различни политики, обвързани с конкретни резултати. Един от очакваните резултати е осигуряване на своевременност на обслужването – до 30 минути на повече от 95% от пациентите. От медицинска гледна точка, в много от случаите на животозастрашаващи наранявания и състояния това е прекалено дълъг период на изчакване, при който до пристигане на линейката да е настъпил летален изход за пострадалия. Реализирането на обучения по ПП би спомогнало за това да се поддържа животът на нуждаещите се в тези решаващи 30 минути. *Изводът, който се налага е, че освен икономически, знанията и уменията за оказване на ПП имат и хуманен аспект.*

Необходимостта от стратегически модел за осигуряване на обучение за ПП се потвърждава и от броят на регистрираните повикванията на СМП. Въпреки че броят на обслужените болни надхвърля 95% за периода 2000-2019 г., той не надминава 99%.⁴ Останалите от 1% до 5% случаи, в които специализираните служби не могат да реагират, биха могли да се покрият от обучени да оказват ПП. В допълнение на това, общият процент повиквания към СМП би могъл да се намали с организиране на координирани и целенасочени обучения по ПП. Освен това ще се намали натовареността на екипите на СМП, ще се намалят разходите, които генерират и ще се повиши мотивацията и удовлетвореността на медиците.

Към икономическите ползи от разработването на стратегически модел за обучение по ПП се отнасят още и намаляването на последващите болнични разходи след настъпването на инцидент. България е страната с най-ниски отделени разходи/бюджет за здравни грижи. По официални данни от Евростат разходите за здравеопазване от 626 евро⁵ биха могли да се оптимизират при намаляването с намаляването на броят на постъпилите за болнично лечение при адекватна реакция на очевидците на инцидент или остра форма на заболяване. Ефектът би бил значителен, като се има предвид, че по данни на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Националния рамков договор⁶ разходите за болнична медицинска помощ представляват 74.08%, а тези за първична извънболнична медицинска помощ едва 9.9% от годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности за 2022 г. които са на обща стойност 3 670 771.5 хил. лв.

В заключение на обзора и критичния анализ на нормативната база на България е необходимо „да бъдат подкрепени мерки за въвеждане на обучение по оказване на ПП за всички, които участват в Единната спасителна система, както и за доброволни

³ Пак там.

⁴ Вж. *Здравеопазване 2021*. Национален статистически институт. 2022. Достъпен на: https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2021.pdf. [Прегледан на 16.06.2022].

⁵ Вж. *Healthcare expenditure statistics*. Eurostat. 2019. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics&fbclid=IwAR2sVHE0mgigBRwJ58DTKwayBNiNhhX_yroFYV3KLqwiClxNpa6GkPps23Y#Healthcare_expenditure. [Accessed 16.06.2022].

⁶ Вж. *Договор № РД-НС-01-4-14 от 24 август 2022 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между националната здравноосигурителна каса и българския лекарски съюз за 2020 - 2022 г. (дв. бр. 7 от 2020 г.)*. Министерство на здравеопазването. 2020. Достъпен на: https://www.nhif.bg/get_file?uuid=E83D1421D683F85AE05304098C0A3239. [Прегледан на 19.09.2022].

организации“.⁷ Приоритетът вече присъства в проекта за Национална здравна стратегия на Министерството на здравеопазването, което потвърждава значимостта на темата на дисертацията и необходимостта от стратегически управленски решения насочени към обучението за оказване на ПП.

Глава първа продължава с разглеждане на икономическите аспекти и финансиране на спешната помощ в България. България отделя 7.1% от БВП за здравеопазване, което е под средната стойност за ЕС от 9.9%⁸. Това е увеличение от 54.3 % спрямо стойността през 2009 г.⁹. Към 2019 г. разходите за здравеопазване на глава от населението (коригирани с разликите в покупателната способност) са най-ниски в ЕС – 1273 евро. Въпреки това, анализът показва значително нарастване на разходите за здравеопазване (на глава от населението) - между 2009 г. и 2019 г. с 83% спрямо средния ръст с 28% в ЕС¹⁰.

В доклада на Европейската комисия се констатира, че **българската здравна система е основана върху схема за задължително социално здравно осигуряване, като доброволното здравно осигуряване играе малка роля (1.6%)**. В него се посочва, че през 2019 г. публичното финансиране представлява 60.6% от общите разходи за здравеопазване. Това е увеличение от 54.3% спрямо стойността през 2009 г. и е най-високият отчетен дял на обществени разходи за здравеопазване от 2005 г. насам. На глава от населението това означава, че през 2019 г. публичното финансиране възлиза на 771 евро, нараствайки с 377 евро в сравнение с 2009 г.

Въпреки, че системата за социалното здравно осигуряване в България се основава на принципа на универсализма, значителна част от българското население не е осигурено. По данни на НЗОК¹¹ от 2020 година, според които към края на 2019 г. малко над 1 милион души (14.8 % от населението) не са били здравноосигурени. По данни на Министерството на финансите този дял е около 10%. Големият брой неосигурени лица представлява сериозна причина за безпокойство с оглед на достъпа до медицинска помощ¹².

От друга страна, допълнително, **директните плащания от пациентите представляват голям дял от разходите за здравеопазване и са повече от два пъти по-високи от съответните разходи в ЕС**. Те представляват 37.8% от разходите за здравеопазване през 2019 г. – най-високият дял в ЕС, приблизително 2.5 пъти по-висок от дела за ЕС като цяло. През 2019 г. директните плащания от пациентите за здравни услуги, с изключение на дългосрочните грижи, представляват 4.4% от крайното потребление на домакинствата в България – най-големият дял сред държавите от ЕС, за които има налични данни. Ключовите фактори за високия дял на директните плащания включват услуги, извън обхвата на здравноосигурителния пакет, и доплащането за част от услугите, включени в пакета, особено лекарства.

Нерегламентираните плащания представляват значителен дял от разходите на домакинствата за здравеопазване и допринасят за финансовия натиск върху домакинствата (Zahariev et al., 2018). Това изчисление се доказва и с цитираните в

⁷ Вж. *Проект за национална здравна стратегия 2021-2030*. Министерство на здравеопазването. 2020. Достъпен на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/12/29/proekt_na_natsionalna_zdravna_strategiia_2021-2030.pdf. [Прегледан на 16.06.2022].

⁸ Вж. *State of Health in the EU. България. Здравен профил на страната 2021*. Европейска комисия. Достъпен на: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf. [Прегледан на 13.09.2022].

⁹ Пак там.

¹⁰ Пак там.

¹¹ Вж. *Годишни отчети на НЗОК*. Национална здравноосигурителна каса. 2020. Достъпен на: <https://www.nhif.bg/page/2035>. [Прегледан на 19.09.2022].

¹² Вж. *State of Health in the EU. България. Здравен профил на страната 2021*. Европейска комисия. Достъпен на: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf. [Прегледан на 13.09.2022].

доклада данни от Евробарометър, които посочват, че 10% от българите са плащали неофициално на лекар, медицинска сестра или болница.

От допълнителните директни плащания за здравеопазване в България катастрофалните здравни разходи са с най-високи в ЕС. Като катастрофални разходи се определят разходите за директни плащания от домакинствата, които надхвърлят 40% от общите разходи на домакинствата без разходите за издръжка (т.е. храна, жилище и комунални услуги). През 2018 г. приблизително 19% от домакинствата в България съобщават, че са направили катастрофални здравни разходи – почти три пъти повече от средното за държавите от ЕС, за които има налични данни. Приблизително две трети от всички катастрофални разходи в България са концентрирани сред най-бедните домакинства; този дял е по-голям, отколкото в други държави с високи равнища на катастрофалните разходи като Литва и Латвия¹³.

Като извод се отбелязва, че при така очертаната обща ситуация на високите здравни разходи и липсата на финансова защита на домакинствата е ясно, че тя представлява риск от обедняване или задълбочаване на бедността на домакинствата с най-ниски доходи.

Въпреки увеличаването на разходите за здравеопазване, смъртността е почти два пъти по-висока от средната за ЕС (427 на 100 000 души спрямо 256 за ЕС). Основният принос за това има трайната висока смъртност от сърдечносъдови заболявания и рак. Случаите на преждевременна смърт от инсулт са 4 пъти повече спрямо средното за ЕС, а тези на исхемична болест на сърцето – 1.5 пъти повече от средното за ЕС¹⁴. Тези случаи представляват общо 42% от всички смъртни случаи, дължащи се на лечими причини¹⁵.

В България болничното лечение взема огромен превес над превенцията, а политиките за профилактика и промоция на здравето имат силно ограничено въздействие. Разходите за болнично лечение спрямо доболничната помощ са в пропорция 5:1 при средно за ЕС 1.5:1, а средногодишните доходи на глава от населението за превенция са 34 евро спрямо 89 евро средно за ЕС¹⁶. Тези случаи представляват общо 42% от всички смъртни случаи, дължащи се на лечими причини¹⁷.

Разходите за доболнична помощ през 2019 година са 0.6% от БВП при средно 2.3% в ЕС, за сметка на това разходите за болнична помощ са над средните в ЕС (3.1%) – 3.4%¹⁸.

Отчитайки недостига на медицински сестри (и средна възраст 55 г.), фактът, че 63% от лекари са над 51 годишна възраст както и други структурни проблеми на здравеопазването, може да се заключи, че е налице огромен негативен натиск върху здравната система, който намалява нейната ефективност.

Изключително важна роля в цялостния процес на предоставяне на медицински услуги имат неотложната и спешната медицинска помощ. В доклад на Министерството

¹³ Пак там.

¹⁴ Вж. *Преглед на публичните приходи и разходи на Република България*. Министерство на финансите. 2021. Достъпен на: <https://www.minfin.bg/bg/1532?fbclid=IwAR30G7I8aiid-RAc8CAkBL5WE8Wqz0EJ4C9QL5JyFqj0aRlyzd5EWDfSpyU>. [Прегледан на 13.09.2022].

¹⁵ Вж. *State of Health in the EU. България. Здравен профил на страната 2021*. Европейска комисия. Достъпен на: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf. [Прегледан на 13.09.2022].

¹⁶ Вж. *Преглед на публичните приходи и разходи на Република България*. Министерство на финансите. 2021. Достъпен на: <https://www.minfin.bg/bg/1532?fbclid=IwAR30G7I8aiid-RAc8CAkBL5WE8Wqz0EJ4C9QL5JyFqj0aRlyzd5EWDfSpyU>. [Прегледан на 13.09.2022].

¹⁷ Вж. *State of Health in the EU. България. Здравен профил на страната 2021*. Европейска комисия. Достъпен на: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf. [Прегледан на 13.09.2022].

¹⁸ Вж. *Преглед на публичните приходи и разходи на Република България*. Министерство на финансите. 2021. Достъпен на: <https://www.minfin.bg/bg/1532?fbclid=IwAR30G7I8aiid-RAc8CAkBL5WE8Wqz0EJ4C9QL5JyFqj0aRlyzd5EWDfSpyU>. [Прегледан на 13.09.2022].

на финансите¹⁹ се прави разграничение между двата вида помощ – неотложна и спешна. Неотложната медицинска помощ е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чийто живот не е пряко застрашен, но се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок. Спешната помощ е дейност за оказване на спешна медицинска помощ на болни и пострадали лица, намиращи се в състояние, което пряко застрашава живота им²⁰. В докладът на Министерството на финансите, се изтъква, че неясното разграничение на двете специализирани медицински дейности произтича от незавършената реформа в първичната медицинска помощ и създава функционални проблеми на организацията им²¹.

За да се зададе конкретика и рамка на настоящото докторско изследване и да се направи по-дълбинен разрез на темата, се налага необходимостта организиране на сравнителен бенчмаркинг анализ на добрите практики от водещи европейски страни. Такъв обзор е наложителен, за да се възприеме конкретен адекватен начин на запитване на основни въпроси, свързани с оказването на ПП, направи последваща съпоставка на получените данни и резултати и на база на това да се положат основи за пренасяне на положителен опит и практики от страни с развита система в тази област.

Усилията на страни като Англия, Норвегия и Германия да обучат²² огромна част от гражданите си (над 70%) са повече от оптимистични и внасят спокойствие за цялото общество. Въпреки цитираните проценти, остава важен въпросът каква част от обучените, всъщност, са реално готови да реагират при необходимост.

През 2018 г. Британският Червен кръст съвместно със St. John Ambulance Service и Британската сърдечна фондация публикува резултати от проучване,²³ в което се посочва, че едва 5% от анкетиранияте възрастни се чувстват уверени да реагират в ситуация на инцидент. Резултатите доказват жизненоважната необходимост от провеждане на обучения по ПП още в училищата, за да се преодолее липсата на знания и увереност на обществото, още в ранна възраст. Изследването дава да се разбере, че само 1 на 20 (5%) хора биха се почувствали знаещи, уверени и готови да действат в тези три сценария - 95% от хората не биха го направили. Необходимостта от повторни обучения по ПП е нещо, което Британският Червен кръст потвърждава, цитирайки Джо Мълиган, ръководител на обучителните програми по ПП в организацията.

Проучване в Норвегия, проведено през април 2014 г. от Norstat telemarketing company (Осло, Норвегия), извежда данни, че между 1000 интервюирани по телефона 90% са преминали обучение по ПП, като 54% от тях са преминали такова в рамките на последните 5 години. (Vakke et al., 2017) От 43%, които са били в ситуация, изискваща да се окаже ПП, 89% са оказали ПП в тази ситуация. Това са данни, които за пореден път подкрепят твърдението, че уменията за оказване на ПП се забравят и трябва периодично да бъдат опреснявани.

Глава първа завършва с разглеждане на добри практики за подготовка на населението в Европа. Това включва основна подготовка на населението от гледна точка на законова регулация и наличие на АД за обществено ползване. На база на този обзор се обобщава приносът на тези страни и се предлага приложението му в държавите, които биха могли да се възползват от този опит и да повишат цялостната подготовка на населението си за оказване на ПП. Събраната информация се синтезира и анализира,

¹⁹ Пак там.

²⁰ Вж. *Финансиране и управление на здравеопазването - теоретични основи, модели, проблеми и тенденции*. Министерство на финансите. Достъпен на: <https://www.minfin.bg/document/2891:1>. [Прегледан на 13.09.2022].

²¹ Пак там.

²² Забележка: Тук става въпрос за ОБУЧЕНИ хора, а не за това какъв процент от обучените БИХА ОКАЗАЛИ ПП в случай на нужда.

²³ Вж. *Press release - new research shows just 5% of adults have the skills and confidence to provide first aid in emergency situations*. 2018. British Red Cross. Available from: <https://tinyurl.com/44znmwz9>. [Accessed 16.06.2022].

като на база на това се изготвят две групи критерии: **Група 1** – критерии за подбор на изследваните обекти в проучването и **Група 2** – критерии за разглеждане и сравняване на изследваните обекти.

Критерият, по който се избират изследваните обекти, се позовава на наличната и общодостъпна вторична информация, използвайки данни от една от най-авторитетните организации в областта – МФЧКЧП, публикувани през 2009-та година в доклада „First aid for a safer future Focus on Europe - Advocacy report 2009“²⁴. По негова оценка, обзорът и анализът разглеждат и приемат критерий „**процент на населението, подготвено да окаже ПП**“ в 22 европейски държави. За да се стесни обхватът на прегледа на добрите практики, се въвежда втори критерий – **праг от над 80% обучено население**. За целите на обзора и анализа се приема, че държавите с най-висок процент обучено население имат и най-добри практики в подготовката по ПП. На тази характеристика отговарят само три от изследваните държави, което свежда фокуса на този разбор до Норвегия, Германия и Австрия.

Предвид, че темата е тясно профилирана, то източниците на информация са с ограничен брой. Сведения за подготовката на населението по ПП и обезпечеността с АВД, се открива в специализирани издания, изследвания и публикации на организации, които работят в областта. По отношение на значимостта на използваните критерии, избраните такива, дефинират състоянието на всяка една от изследваните страни и се групират в 4 раздела:

А) Законова регулация, регламентираща обучението по ПП на различни групи от населението.

В) Обучения по ПП в рамките на местното дружеството на Червения кръст.

С) Законова регулация, която регламентира аптечки, оказване на ПП от очевидец, защита на оказалия ПП от съдебно преследване.

Д) Законова регулация, регламентираща употребата на АВД.

Таблица 1. Сравнителна характеристика на Норвегия, Германия и Австрия, по 19 показатели

№	Показател	Норвегия	Германия	Австрия
А	Законова регулация, регламентираща обучението по ПП на различни групи от населението			
1	Кандидат-шофьори (непрофесионалисти)	✓	✓	✓
2	Професионални шофьори (на такси, автобуси, училищни автобуси и др.)	✗	✓	✓
3	Учители, образователен персонал	✓	✓	✗
4	Служители на фирми (ПП на работното място)	✗	✓	✓
5	Студенти по медицина	Няма данни	✓	✓
6	Студенти учещи за медицински сестри	Няма данни	✓	✓
7	Специалисти, които се грижат за деца	✓	✓	✗
8	Специалисти, които се грижат за възрастни хора	✗	✓	✗
9	Полицаи	✗	✓	✗
10	Училища: ученици и студенти	Програми	✗	✗

²⁴ Вж. *First aid for a safer future Focus on Europe - Advocacy Report*. The International Federation of Red Cross and Red Crescent. 2009. Available from: https://issuu.com/ifrc/docs/first_aid_europe. [Accessed 16.06.2022].

В Обученията по ПП в рамките на местното дружество на Червения кръст				
11	Валидност на сертификатите за преминато обучение по ПП	Безсрочни	Безсрочни	Безсрочни
12	Дружеството на Червения кръст предоставя възможност за опреснителни курсове	✓	✓	✓
С Законова регулация, която регламентира аптечки, оказване на ПП от очевидец, защита на оказалия ПП от съдебно преследване				
13	задължава наличие на аптечка в моторните превозни средства	✗	✓	✓
14	задължава хората да окажат ПП в случай на инцидент	✗	✓	✓
15	пази хората, оказали ПП да бъдат съдени (<i>Закон за добрия самарянин</i>)	✗	✓	✗
D Законова регулация, регламентираща употребата на автоматични външни дефибрилатори (АВД)				
16	Употреба на АВД от немедицински лица	✓	✓	✓
17	Законова рамка, която урежда употребата на АВД	Няма данни	✓	✓
18	АВД достъпни на обществени места	✓	✓	✓
19	Дружеството на червеният кръст участва в обучението на немедицински лица за употреба на АВД	✓	✓	✓

При наличието на АВД на обществени места, прецизно картографирани и/или използвайки мобилно приложение за бързото им откриване при нужда, случаите на ВСА с летален край в извънболнична среда биха могли да бъдат значително намалени. За съжаление, до момента, употребата на АВД в Европа остава неравномерна, но 75% от държавите имат регистър с наличните АВД. (Gräsner et al., 2021)

Общата оценка за хората, пострадали в това състояние, според ЕСР, цитирано в проучването на European Registry of Cardiac Arrest (EuReCa), което се провежда в 27 европейски държави, са както следва: 3000 случая на година за Норвегия (0,06% от населението), 100 000 случая за Германия (0,12% от населението) и 6000 случая за Австрия (0,06% от населението)(Gräsner et al., 2016).

Според същото това проучване, случаите на ВСА в Европа са 350 000, като 100000 от тях биха могли да бъдат спасени, ако КПП са приложени незабавно и преди пристигането на линейка. Това означава, че случаите с успешен завършек могат да се повишат с 31%, което ще намали цифрите на фатално завършили случаи за Норвегия, Германия и Австрия.

Към април 2017 г. оценката за Норвегия е, че страната разполага с над 20 000 АВД.²⁵ Страната въвежда национален регистър за местоположението на дефибрилаторите. Съвместно със службите, които обслужват спешния номер в Норвегия и на който човек може да се обади за линейка, създават приложение Help 113 App.²⁶ Целта е повечето

²⁵ Вж. *New defibrillator registry in place*. Norway Today. 2022. Available from: <https://norwaytoday.info/news/new-defibrillator-registry-place/>. [Accessed 16.06.2022].

²⁶ Вж. *Hjelp 113-appen – hele Norges nødapp!*. Norsk Luftambulans Stiftelsen. 2022. Available from: <https://norskluftambulans.no/hjelp113/>. [Accessed 16.06.2022].

спортни зали/клубове, компании и институции да регистрират наличните си АВД, като по този начин се улесни значително достъпа до тях в случай на нужда.

Данните за Германия не са категорични. Съгласно доклад на Европейската асоциация за спешни номера коментира, че броят на обществените АВД на територията на цялата страна не е известен, но със сигурност надхвърля 40 000, като това е броят на онези машини, които се поддържат от Фондация Björn Steiger. (Rose et al., 2020). Вероятната причина да няма точен брой на инсталираните машини е, че въпреки че в Германия съществува регулация за тяхната употреба (Medical Device Directive (MPBetreibV)), докладът на EENA 112 съобщава, че в страната не е задължително да се докладва на властите в случай, че устройство бъде инсталирано.

Според доклада на EENA 112 в Австрия не е задължително да се докладва на властите за инсталирането на АВД, но е препоръчително. Това, от своя страна, дава по-ясна възможност за проследяване общия брой на инсталираните машини, който възлиза на 5000 бр. По този начин се предоставя по-лесна възможност наличните АВД да бъдат картографирани и съответно достъпа до тях да се улесни. Допълнително предимство е, че според общинския сайт на гр. Виена, съществува мобилно приложение („Samaritan“), което може да бъде инсталирано безплатно.²⁷ То използва GPS система, за да локализира потребителя и след това да предложи най-близко намиращото се АВД. Приложението дава и инструкции за оказване на ПП в случай на ВСА.

Най-впечатляващата добра практика се прилага в Норвегия. За по-бърза и ефективна реакция при сърдечен арест се използва потенциална възможност за въвеждането на иновация - дронове, които биха могли да транспортират АВД до мястото на инцидента. В подробен доклад Томас Рутуелт от Норвежкия университет по наука и технологии разглежда как тази иновация може да бъде приложена. (Rootwelt, 2016) Към настоящия момент идеята е доста амбициозна, тъй като, от една страна изисква сериозна финансова инвестиция, а от друга - засяга много правни области, включително и регулации по отношение на въздухоплаването на безпилотни апарати. Въвеждането на подобна технология може значително да повиши процента на оцелели в случаи на сърдечен арест, значително се скъсява времето от спиране на сърцето до първата дефибрилация. Демонстративна симулация, за това как би изглеждала тя, може да бъде разгледана тук.²⁸

По отношение достъпността на апаратите, освен вече описаното приложение, което работи съвместно със спешния номер 113, съществуват и други приложения като Staying Alive, което също може да се сваля безплатно от ап сторовете на Android и iOS операционни системи за мобилни устройства. Характерна специфика на Staying Alive приложението е, че ако човек е обучен да оказва ПП при състояние на ВСА, то той се регистрира с телефона си и може да получава известия. Подобно приложение (iHelp) съществува и в Словения и България.²⁹ То картографира и визуализира всички хора, които могат да окажат помощ в радиус от 500 метра.

Добър пример за окуражаването на хората да не се притесняват да използват АВД в Германия е облекченият режим, при който могат да се инсталират машините. Няма конкретни изисквания относно спецификацията на АВД, като тази регулация важи както за корпоративния сектор, така и за обществено достъпните машини. За да може използването им да е лесно и навременно, местата на които са поставени са обозначени със съответните отличителни знаци и достъпът до кутиите, в които се съхраняват устройствата, не е затруднен. По този начин всеки човек, в случай на нужда, може да го

²⁷ Вж. *More defibrillators for Vienna - every second counts*. City of Vienna. 2021. Available from: <https://www.wien.gv.at/english/health-socialservices/defibrillators.html>. [Accessed 16.06.2022].

²⁸ Вж. *TU Delft - Ambulance Drone*. TU Delft. 2016. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=y-rEI4bezWc>. [Accessed 16.06.2022].

²⁹ Вж. *iHelp е приложение осигуряващо безопасност за вас, семейството и приятелите ви*. iHelp. 2020. Достъпен на: <https://ihelp-bulgaria.com/>. [Прегледан на 16.06.2022].

използва, като не се налага да преминава предварителен курс на обучение. Възможно е човек, който никога не е работил с АВД, да го използва правилно, тъй като машината дава ясни гласови команди на съответния местен език. Разбира се, това не омаловажава препоръката хората да бъдат образовани по темата, тъй като със сигурност, преминаването през образователни програми за правилната употреба на АВД, повишава тяхното спокойствие и готовност да помогнат в случай на ВСА.

Сходна е ситуацията в Австрия, като според доклада на EENA 112 практически всеки човек може да закупи и инсталира АВД. Подобно на Германия, в Австрия не е задължително да се докладва това събитие, но е със силно препоръчителен характер. За да се окуражи докладването за новоинсталирани АВД и съответно да се подобри картографирането на наличните машини, всеки човек може да регистрира апарата си на сайта <https://definetzwerk.at>. Всички налични дефибрилатори се картографират на сайта www.144.at/defi. Докладът отбелязва, че при задължителните курсове по ПП за придобиване на правоспособност за управление на моторно превозно средство всеки кандидат трябва задължително да премине през обучение за оказване на КПП с и без АВД. Поставя се и ясна граница за употребата на автоматични и неавтоматични (болнични) дефибрилатори. Вторият вид може да бъде използван само от медицински лица в СМП.

Не на последно място по значение е разработване и приемане на законодателство, категорично закрилящо оказващия ПП от правни последици, какъвто е *Законът за добрия самарянин* по примера на Германия. Тук особено силен акцент трябва да се постави на факта, че, освен медицински лица, трябва да бъде защитен и обикновеният гражданин. Тревожен е фактът, че до момента само под 15% от държавите в Европа са приели подобна законова рамка. Въпреки съществуването на такъв закрилящ закон, хората все още се притесняват да окажат ПП. Категорично трябва да бъдат елиминирани и текстове в законодателството, будещи много дискусии в обществени форуми по отношение на двусмислието в тях. Такъв пример е, че ако човек се окаже в ситуация на инцидент и не окаже ПП, то той може да понесе финансова санкции или затвор, какъвто е случаят във Франция. Но, ако окаже и пострадалият загине, помагачият може да бъде подведен под съдебна отговорност. (Jaesk et al, *****)

В заключение, използването и адаптирането на добрите практики от посочените европейските страни, е силен инструмент за повишаване на знанията и уменията на обществото в България за оказване на ПП.

Цитираните национални проучвания в Германия и Англия служат за основа на това да започне процес по изучаване на слабите места в законодателството на страната ни, като се отчете позицията на обществото по темата.

Заимстването на програми за задълбочено обучение по ПП в училищата също е практика, която ще съчетае сътрудничеството между формалния (училища) и неформалния (неправителствени организации) сектор на образованието – нестандартен подход, за реализирането, на който са необходими междуведомствени усилия както от страна на министерства, така и от страна на неправителствения сектор. Въвеждането на общински програми за ранна дефибрилация, по примера на цитираните държави, и организиране на информационни кампании е аспект, който би намалил жертвите на ВСА.

Не на последно място, особен акцент, върху който трябва да се положат усилия за развитие, е приемането на законодателство, което категорично да предпазва от съдебно преследване добронамерено оказалите ПП. Съдейки по натрупания опит от цитираните държави в тази област, навременното решаване на всички възникнали проблеми в България ще увеличат увереността и готовността на обществото ни да реагира в случай на нужда.

Глава втора, „Подход и методологически инструментариум за провеждане на емпирично проучване за подготовката и готовността на населението на България да окаже ПП в случай на инцидент или при остра форма на заболяване“, започва с обсъждането на критичност по отношение знанията и уменията за оказване на адекватна ПП в първите минути от инцидента и самооценка на населението в България. Важността на придобиване на уменията за оказване на ПП се налага и от факта, че дори най-бързите линейки в света не могат да пристигнат на мястото веднага след подаване на сигнал към спешните служби. Според данни, представени от Националната здравна служба на Великобритания,³⁰ средното време за пристигане на линейка на мястото на инцидента при животозастрашаващо състояние, налагащо извършването на кардиопулмонална ресусцитация (КПР) (*изкуствено дишане и непряк сърдечен масаж*), не може да се сведе под 7 минути. Това означава, че човек, изпаднал в подобно състояние, може да умре докато пристигне екип на СМП. За оцеляването на пострадалия, от изключителна важност е очевидците на инцидента да започнат да оказват ПП до пристигането на линейка.

До 2019 г. в България трудно се откриват актуални данни за подготовката на населението за оказване на ПП. Това инициира авторското проучване „Обществото и първа помощ“.³¹ То се организира и проведе с подкрепата на Училище по първа помощ на FirstAidbg.com и фондация „Първите три минути“, а инициатор и организатор на изследването е авторът на настоящата докторска дисертация.

Основната цел на проучването беше да се достигне до максимален брой хора и да се получи ясна самооценка за това как обществото възприема подготовката си да оказва помощ в случай на инцидент или остра форма на заболяване.

От друга страна, проучването цели да се изследва отношението на населението към оказването на ПП като акт на помощ, както и как то възприема поставянето на животоспасяващата апаратура АВД на обществено място.

Проучването се провежда в периода февруари-октомври 2019 г. с брой достигнати респонденти 3334 човека, от които 756 мъже и 2578 жени. Резултатите обхващат всички 28 области на България, като първоначалната цел за достигане на минимум 15 човека от област е изпълнена. По-голямата част от участниците в проучването са жени на възраст от 25 до 44 години, които живеят в София и имат висше образование - бакалавърска или магистърска степен.

За целите на проучването беше използван полуструктуриран онлайн въпросник с продължителност в рамките на 5-7 минути.

Изводът е, че основното притеснение на хората да окажат първа помощ е страхът от това да не навредят на пострадалия, поради липса на актуални знания и наличие на опреснителни курсове по ПП. Резултатите показваха, че много голям процент от хората не са преминавали курсове за оказване на ПП през последната една година. Други данни показват, че има хора, които са преминавали подобни обучения само веднъж в живота си – по време на кандидат-шофьорските курсове преди повече от 5 години. В тези случаи самите респонденти се определят като неадекватни да окажат ПП в случай на нужда.

Получените резултати са солидна база, доказваща необходимостта от провеждане на опреснителни курсове. Основните данни и изводи за това как обществото възприема подготовката си по ПП, са представени в Приложение 1.

От гореизложеното се правят следните изводи:

³⁰ Вж. *Ambulance response times*. Nuffield Trust. 2022. Available from: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/ambulance-response-times>. [Accessed 16.06.2022].

³¹ Пак там.

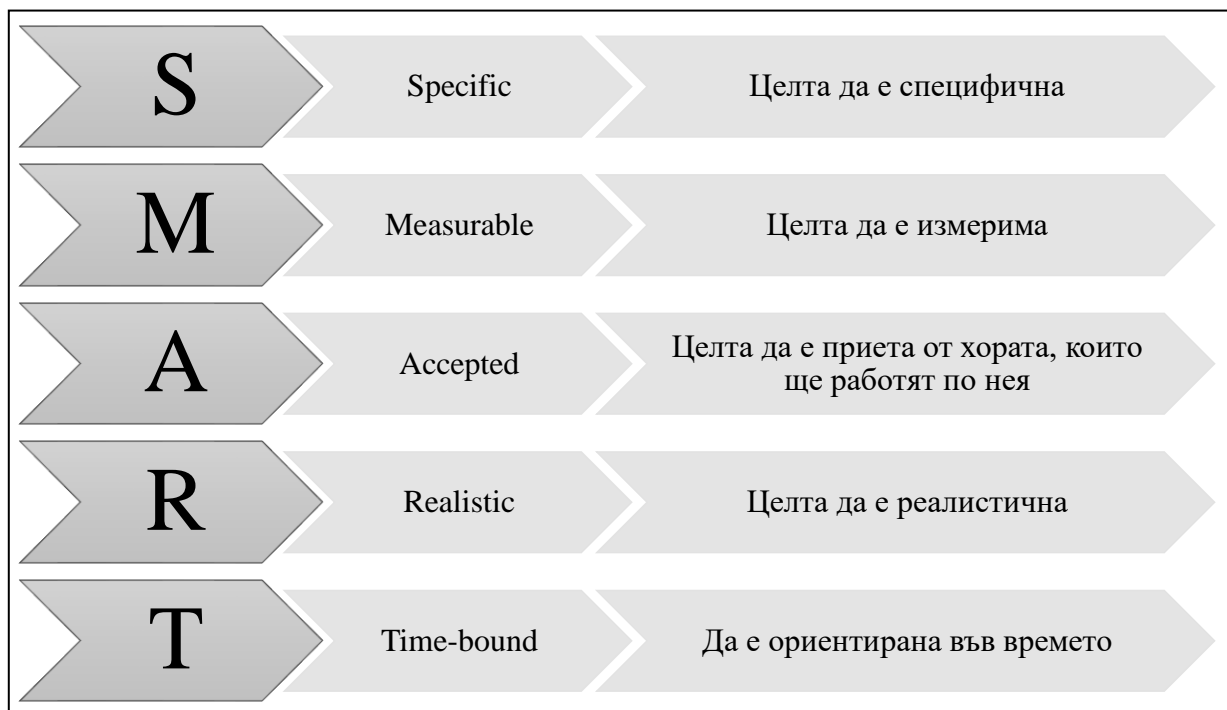
Извод 1.: Все по нарастваща е необходимостта от повишаване и/или затвърждаване на знанията и уменията на обществото за оказване на ПП и употреба на животоспасяваща техника АД.

Извод 2: Изготвянето на предложение за модел на управленска стратегия и въвеждането на законова рамка за задължителни опреснителни курсове по КТР, и изобщо ПП, ще анализира тази необходимост и България ще достигне, и дори надмине, прага от 30% обучено население – такова, каквото се счита за приемливо на европейско ниво.

Извод 3: Хората се страхуват да оказват ПП поради липса на достатъчно подготовка и периодично опресняване на знанията и уменията, които имат.

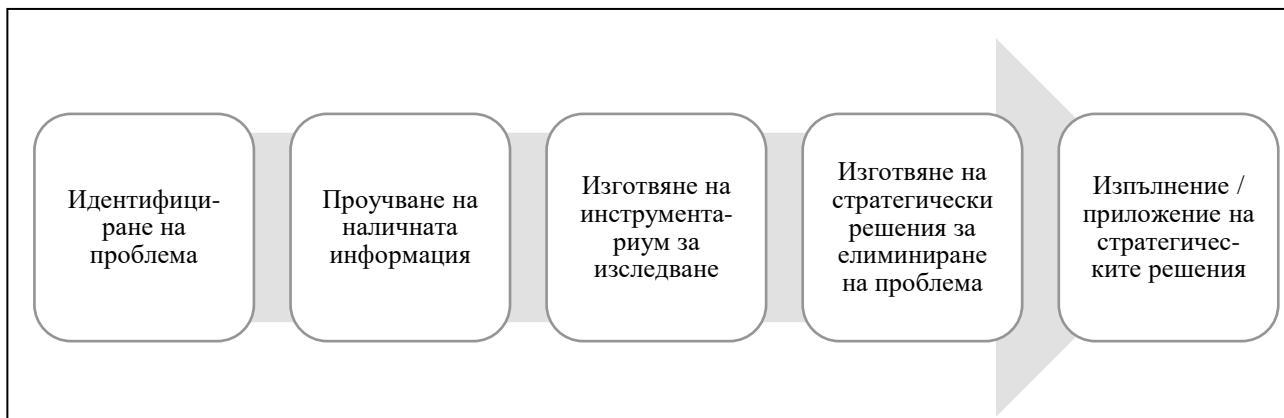
Глава втора продължава с описание на избрания подход за разработване на модел на управленска стратегия. За целите на докторската дисертация се използва подходът на SMART целеполагане като най-подходящ за дефиниране на целите като конкретна, измерима, приемлива, реалистична. (Macleod, 2013) Абревиатурата има различни нюанси на думите, които се използват в нея, но най-общоприетата формулировка е следната.

Фигура 1. Графично представяне на SMART модела за целеполагане



За модел на взимане на управленски решения, който да се използва за нуждите на настоящия труд, се възприема петстъпкова схема, както следва:

Фигура 2. Петстепенен модел за постигане на целта на настоящата докторска дисертация



В по-детайлен разрез на управленския модел, чрез отразяване на конкретните нужди за изпълнението на целта на докторската дисертация, моделът и алгоритъмът на действие изглеждат по следния начин:

Таблица 2. Детайлно представяне на модела за взимане на решение за постигане на целта на докторската дисертация

№	Етап на управленско решение	Детайли за постигане на целта на докторската дисертация
1	Идентифициране на проблема	<ul style="list-style-type: none"> липса на задължителен характер на обученията по ПП, освен тези за придобиване на правоспособност за управление на моторно превозно средство, организирани и провеждани от БЧК; липса на законова регулация за повтаряемост на обученията по ПП с цел поддържане на ниво на теоретични знания и практически умения; недостатъчни/рядко срещани актуални данни за подготовката на населението на България по ПП; и др.
2	Проучване на наличната информация	<ul style="list-style-type: none"> преглед на законовата уредба на България в областта на оказването на ПП – ЗБЧК, ЗДП, ЗЗБУТ и други нормативни актове, наредби и стратегии; проучване за наличието на данни за подготовката на населението по ПП – процент обучено население; и др.
3	Изготвяне на инструментариум	<ul style="list-style-type: none"> разработване на инструмент за национално онлайн проучване; пробиране на инструмента за националното онлайн проучване (10 човека); събиране на данни (полева работа) за национално онлайн проучване;

		<ul style="list-style-type: none"> • оценка и анализ на събраните данни от национално онлайн проучване; • надеждност и валидност на използваните инструменти; • изследвана група; • и др.
4	Изготвяне на стратегически решения за елиминиране на проблема	<ul style="list-style-type: none"> • провеждане на втора вълна на национално онлайн проучване за оценка на настоящата картина в областта на ПП; • изготвяне на модел на управленска стратегия за повишаване на знанията, уменията и готовността на обществото за оказване на ПП – опреснителни обучения по ПП, съобразно нуждите, произтичащи от резултатите от проучването (КПР, силно кръвотечение и др.); • заинтересовани страни, които биха участвали в процеса – правителствени и неправителствени организации; • и др.
5	Изпълнение / приложение на стратегическите решения	<ul style="list-style-type: none"> • предвид факта, че стъпка 5 би изисквала мултидисциплинарни и междуведомствени усилия на множество заинтересовани страни (както физически лица, така и институции), то стъпката ще бъде засегната бегло в настоящата разработка в нюанса на това какви постъпления на предложенията от т.4 би следвало да се направят.

Времевата рамка на разработване на дисертационния труд е реализирана и визуализирана по модел на Диаграмата на Гант:

Таблица 3. Времева рамка на докторската дисертация

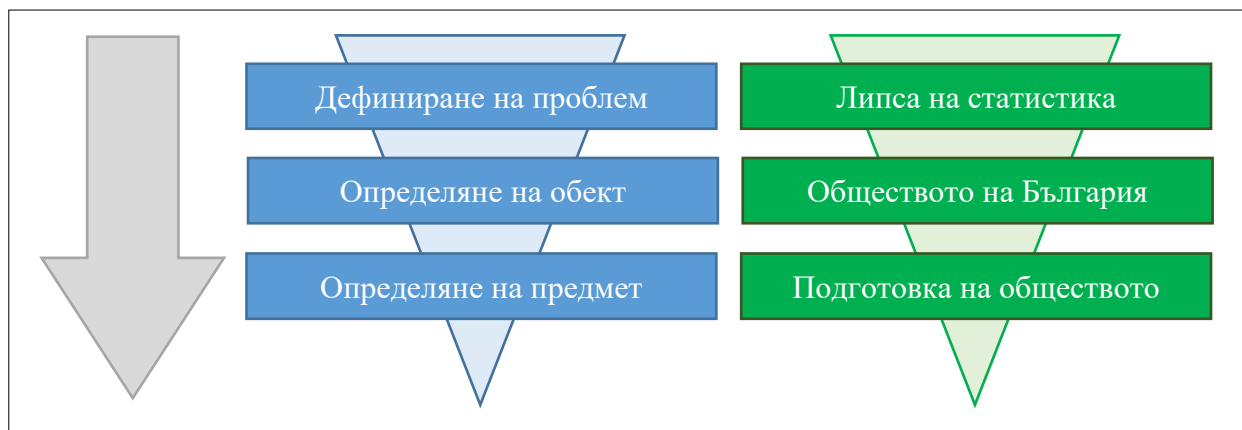
Етап	се 21	ок 21	но 21	де 21	ян 22	фе 22	ма 22
1. Ревизиране на структурата на докторската дисертация. <i>Адаптация спрямо ресурсите и откритията по време на докторантурата.</i>							
2. Литературен обзор и критичен анализ. <i>Обзор и критичен анализ на нормативната уредба на България, обзор и анализ на добрите европейски практики по темата, медицинска обосновка за необходимостта от оказване на ПП и др.</i>							
3. Избор на модел за разработване на докторската дисертация. <i>Обзор, анализ и избор на модел за управленски решения, обосновка и др.</i>							
4. Подбор на методологически инструменти за реализиране на емпиричното изследване							

<i>Избор и разработване на инструменти за онлайн анкета, видове извадки, селекция на типове въпроси, дефиниция на очакванията и др.</i>							
5. Тестване и апробация на въпросника за онлайн проучване.							
6. Полева работа.							
7. Обобщаване на временните резултати от националното онлайн проучване. <i>Основни изводи, сравнителна характеристика между вълна 1 и вълна 2 на проучването и др.</i>							
8. Тестване и апробация на предложения метод.							
9. Изготвяне модел за управленска стратегия.							

Глава втора продължава с разглеждане на методологическия инструментариум за провеждане на емпиричното изследване. В емпиричното проучване са формулирани обект и предмет на изследването. Следва се логическа последователност и процесът е организиран във вертикална посока. Дефинира се проблем, преминава се през определяне същността на желания обект на изследване и се достига до конкретните му характеристики и специфики – предмет.

Следващата фигура илюстрира пренасянето на този подход (проблем – обект – предмет) в конкретни измерения и специфики на настоящото проучване.

Фигура 3. Подход за определяне на „проблем–обект–предмет“ на емпиричното изследване



Предвид характера на избрания метод (онлайн проучване), обект на изследването наличието на познания и нагласи в българското общество за предоставяне на ПП сред хора от всички възрасти, които могат и използват свободно Интернет. Проучването се извършва чрез свободна за достъп платформа, със стихийната извадка на принципа на отзовалите се. Целта е да се съберат максимално много данни за конкретен период от време. Въпреки това, на база данни от онлайн платформи (Фейсбук)³² за активността на потребителите, то предполагаемият профил на изследвания обект се изгражда от образовани мъже и жени на възраст между 25 и 45 години.

Настоящата разработка цели да събере достатъчно всеобхватни и представителни данни за подготовката на населението за оказване на ПП и да ги сравни с предходен период – 2019 г. По този начин организациите, които се занимават с това да обучават населението по ПП, ще получат адекватна и реалистична оценка на ситуацията, за да

³² Вж. *Facebook Insights*. Училище по първа помощ на FirstAidbg.com. Достъпен на (само за администратори): <https://www.facebook.com/firstaidbg/>. [Прегледан на 16.06.2022].

насочат усилията си целево по отношение на периодичност, специфика, техника или конкретен начин на обучение.

Допълнителна задача, която дисертационният труд си поставя е да се разбере как се е променила готовността на обществото за приемане на идеята за поставяне на обществени АВД през изминалите 2.5 години. За постигане на целта проучването отговаря на няколко основни изследователски въпроса:

1. Каква е оценката/самооценката за подготовката на българското общество да извърши кардиопулмонална ресусцитация (КПР), в случай на внезапен сърдечен арест (ВСА)?
2. Какви са нагласите на българското общество и готовността му за приемане и/или използване на автоматични външни дефибрилатори (АВД) на обществени места?
3. Каква готовност проявява българското общество да прилага мерки за оказване на ПП в случай на инцидент (отчитане на готовност за действие)?
4. Каква е оценката на адекватността и готовността на българското общество да окаже ПП при животозастрашаващ инцидент?

Последователността за постигане на поставените цели за оценка и анализ на подготовката на населението на България по ПП преминава през следните етапи:

Разработване на въпросник.

Въпросникът на настоящото изследване е методично конструиран инструмент за събиране на данни, който е ориентиран към изследване на добрия опит на респондента по време на попълването. (Dillman et al., 1999) Това гарантира, че той е прецизиран и специфициран в конкретната област на изследване, посредством консултиране със специалисти, които имат задълбочени познания по проблема. При разработването на този инструмент от методологията се съобразяват редица фактори като: структура на проучването, тип въпросник (структуриран, полуструктуриран, неструктуриран), брой на секции във въпросника, брой въпроси в конкретна секция, вид на конкретните въпроси, формулировка на всеки въпрос, необходимост от задаване на конкретен въпрос, дължина на въпросите, ред на въпросите, дължина на цялото интервю, общото оформление на въпросника и др.

Апробиране на въпросника

Въпросникът се тества с малка на брой тестова група респонденти. По този начин се организира предварителна оценка на това дали въпросите са еднозначно зададени и дали смисълът им се разбира коректно. Проследяват се реакциите на респондентите, а именно дали имат желание да отговорят, дали зададените по този начин въпроси са интересни/атраактивни. Тестовата група от 10 човека е подбрана по начин, по който не включва експерти от конкретната област. След провеждането на този етап се налагат промени в структурата и начина на задаване на въпросите или тяхната цялостна формулировка. След организиране и провеждане на този етап действителната полева работа започва.

Събиране на реални данни е третият основен момент в постигането на целите на проучването от настоящия труд. Извършва се с реални респонденти и цели да събере предварително предвиденото количество данни. Тази част преминава през няколко етапа:

1. „*soft launch*“ или „частично стартиране/ мек старт“ на проекта. Основната цел е въпросникът да бъде пробирани още веднъж за смисъл и целесъобразност на представените въпроси. Този етап е съществен и спомага да се провери дали разработеният въпросник и програмираната в него логика функционират

правилно. Конкретен пример, подлежащ на тази проверка, е последователността от въпросите, свързани с познаването на АВД. Ако респондентите отговорят с „Не“, системата визуализира екран с обяснителен текст лис илюстрация. Ако отговорът е положителен, то този допълнителен екран не се визуализира и респондентът може да премине към следващия въпрос от секцията. Тази проверка е важна, за да се валидира техническото обезпечаване на проучването. В противен случай се рискува, при техническа грешка, някои от въпросите да останат без отговори.

2. „*full launch*“ или „пълно стартиране“ на проучването се извършва само когато предходните етапи са проведени и достоверността и правилното функциониране на проучването, от техническа гледна точка, е потвърдено.
3. **Оценка, анализ и интерпретация на събраните данни** е последният и най-важен етап от цялото проучване. След приключването му, данните са в суров вид (*raw data*) и подлежат на първоначална обработка, подбор, изчистване на грешки и невалидни/нелогични записи (*bad cases*). След организирането на тази стъпка получените данни са приведени в четим за анализаторите вид, включително графики, таблици, схеми, фигури. С помощта на тези елементи се извеждат тенденции, правят се интерпретации, поставят се конкретни препоръки и се очертават перспективи за подобряване на изследваната област. Например, в конкретния случай, проучването от 2022 г. показва, че над 96.17% от интервюираните 1516 човека приемат идеята за поставяне на АВД на обществени места и това дава солидна база на национално ниво да се вложат усилия за променяне на законовата рамка по темата, както и за това да се обучат повече хора за работа с тези устройства.

Положителни страни, определящи избрания метод на емпирично проучване

Целта на двете национални онлайн проучвания - от 2019 г. и 2022 г. за наличието на познания и нагласи в българското общество за предоставяне на ПП е да се достигне до максимален брой хора. Това налага необходимостта да се избере метод на проучване, който може да достигне до голям брой хора за кратко време, да е с минимални разходи, да има възможност за бърза обработка на частичните данни (*partial/ interim data*) чрез наличните софтуерни решения, които съвременните платформи за работа с проучвания предлагат. Изборът за организиране на *онлайн* въпросник е най-логичен за целите на проучването. Положителните страни на подхода са представени в следващата таблица. (Nayak et al., 2019; Evans et al., 2005)

Таблица 4. Положителни страни на онлайн проучванията

Положителни страни
Ангажираност и динамика на респондентите
Еднакво възприятие за начина на задаване на въпросите
Екологичност
Избягва се възможността респондентите да си влияят помежду си
Интерактивност
Кратко време за провеждането
Многократно по-евтини от традиционните проучвания
Незабавна обратна връзка
Неограничен брой на извадката
Обработване на данни чрез софтуер
Получаване на множество данни за единица време и др.

Инструментариум на работа, надеждност и валидност на използваните инструменти и изследвана група

При избора на инструментариум на проучването, естеството на търсената информация е определящият фактор, по който се избира методът за провеждане на допитването. След това се налагат фактори като това колко бързо данните трябва да бъдат събрани, типа на изследваните обекти, големината на изследователския екип, техническите възможности и компетентност на екипа за обработка на получените данни, бюджет и др.

В целите на настоящото прочуване се включва и целта да се достигне до максимално възможен брой хора за ограничен период от време. Това определя избора на инструментариума да бъде под формата на полуструктуриран онлайн въпросник (Виж Приложение 2.). Въпросите са предварително подредени и редът им е фиксиран. По време на полевата работа последователността на задаваните въпроси не се променя. По този начин се гарантира, че всеки един респондент вижда въпросите по един и същи начин като другите. При този тип онлайн проучвания се елиминира и субективизмът при попълване на интервю с интервюиращ/анкетатор (face to face/ F2F интервюта).

Надеждност и валидност на използваните инструменти

Точността на данните, събрани за социално-демографски и други изследователски въпроси от фактически тип, е от изключително значение, ако изследователят иска да направи каквото и да е твърдение относно събраните данни. Точността, като характеристика на качеството на данните, е, може би, най-важният въпрос от всички. (Singh, 2011)

От получените общо 1619 попълнени интервюта за проучването през 2022 г., общият брой единици в извадката от достигнати хора, е 93,63%. Броят на сметени за невалидни интервюта е 103.

Изследвана група

Проучването се стреми да достигне до максимален брой хора, които използват Интернет. В този смисъл избраният тип извадка е *стихиен*, т.е. включва най-достъпните елементи/лица или всички онези, които са се отзовали, (Bhardwaj, 2019) например, анкета, публикувана във вестник.

При този тип извадки се определя само качествената характеристика на обекта, но не и количествената. Подобни извадки се формират при публикуване на линк към проучването на даден Интернет сайт, Фейсбук група или страница. В този случай се разчита очакваните респонденти да проявят активност и да попълнят онлайн въпросника. Не може да се очаква гарантирана успеваемост или да се запълни планираната квота (например жени на възраст 25-34 г., с висше образование, от област Пловдив).

По дефиниция, за понятието „представителност“, тази извадка е непредставителна, т.е. нарушено е правилото всички хора да имат равен шанс да участват в проучването. Предвид факта, че проучването е онлайн, вероятността да се включат хора над определена възраст, например, отпада.

Съществува позиция, съгласно, която подобен тип извадка може и да бъде представителна, ако се постигнат голям брой успешни интервюта. Това следва от Закона на големите числа в статистиката, който казва, че с увеличаване на броя на еднакво разпределените, произволно генерирани променливи, тяхната извадкова средна (средна) се доближава до теоретичната им средна (Routledge, 2016).

Когато се говори за онлайн проучвания трябва да се има предвид въвеждането на регламента за защита на личните данни (GDPR), влязъл в сила на 25 май 2018 г..

Изследователите трябва да бъдат особено внимателни към този аспект от проучването и да гарантират, че всички участници са информирани и са потвърдили съгласието си данните им да бъдат обработвани.

Глава трета, „**Разработване и апробация на модел на стратегия за повишаване на знанията и уменията за оказване на ПП на конкретната целева група**“ започва с разглеждането на резултатите от експерименталното изследване, определящи модела за повишаване знанията и уменията на обществото по ПП. За изходни данни относно проучване на знанията и уменията за оказване на ПП послужиха събраните данни от проведено авторско национално онлайн проучване „Обществото и първа помощ“, проведено през 2019 г.³³ Резултатите от него бяха обобщени и анализирани и това спомогна да се направи ситуационен анализ и моментна картина на нагласите на обществото спрямо темата за оказване на ПП.

Проведеното първо проучване ясно откроява редица проблеми при оказването на ПП. Поради липсата на системни усилия и конкретни мерки с оглед преодоляване на изведените проблеми, се налага повторно проучване с цел констатиране наличието на критичните области на интервенция и необходимостта от разработване на модел на стратегия. Между двете проучвания, на практика не са предприемани никакви действия за въздействие и промяна на констатираните дефицити на национално ниво. Резултатите от проведеното проучване през 2019 г. намират широк обществен интерес, провокират обществени дискусии и навлизат в периметъра на внимание на неправителствения сектор и по-конкретно школите за предоставяне на обучение по ПП. Независимо от активната гражданска позиция на неправителствени организации, проблемът остава нерешен на национално ниво и изисква различен подход за повишаване на знанията и уменията за оказване на ПП. Организацията от неправителствения сектор работят и достигат до една много малка част от обществото, но опитът им ясно откроява необходимостта от по-мощни и системни действия за обучение и подготовка за повишаване на знанията и уменията на обществото.

За да може да се констатира, анализира и отчете промяната в поведението на даден изучаван обект, то инструментите, с които се изследва той, трябва да са едни и същи. Поради тази причина и двете вълни на проучването използват един и същ въпросник. В проведеното второ проучване са добавени два допълнителни въпроса в секцията за демография – населено място и доход на респондентите. Причината за това е, че информацията относно размера на дохода ще спомогне да се изследва дали заплащането за курсове по ПП е от значение и следователно биха могли да си го позволят само хора с висок доход.

Профилът на респондентите е от изключително значение по отношение на целевите сегменти в рамките на модела за стратегически решения и запълване на идентифицираните празнини от знания и умения.

В настоящото проучване е отпаднал въпросът за това какви медикаменти респондентът би дал на пострадал в случай на инцидент или при остра форма на заболяване. От изследователска гледна точка този въпрос не би имал приложна полезност за резултатите от проучването.³⁴

³³ Вж. *Обществото и първа помощ – национално проучване*. Фондация "Първите три минути". 2019. Достъпен на: <https://www.tinyurl.com/1f0eif1a>. [Прегледан на 16.06.2022].

³⁴ Уточнения:

1. Проучването „Обществото и първа помощ II“ е иницирано само за целите на настоящата докторска дисертация.
2. Предвид целите, периода на организиране и провеждане на вълна 2, проучването е събрало 1516 завършени интервюта.
3. Въпреки това, вече може да се работи с тези резултати, т.к. според Закона за големите числа, всяка една извадка над 1000 единици в нея, е представителна.

Следващата таблица представя кратка съпоставка на периода, метода и вида на извадката за съответните две вълни на проучването, както и разяснение защо точно този подход е избран.

Таблица 5. Продължителност, метод и извадка на проучванията от 2019 г. и 2022 г.

Компонент	2019 г.	2022 г.
Период на провеждане	14 февруари – 20 октомври 2019 г. (<i>8 месеца</i>)	25 октомври 2021 – 25 март 2022 г. (<i>5 месеца</i>)
Метод	Методът, който е избран за провеждане на националното онлайн проучване, е <i>онлайн полуструктурирано интервю (Computer assisted personal interviewing (CAPI))</i> . Този метод е избран на база нуждите от достигане до максимално много хора за сравнително кратък период от време и със сравнително ниски разходи за организиране и провеждане.	
Извадка	Предвид избрания метод, видът на извадката е <i>стихийна, според отзовалите се</i> , характерна за анкети, публикувани на Интернет сайт, като се очаква хората да са активната страна и да поемат инициативата да попълнят предложеното им проучване.	
Общ брой участници в проучването	3334 успешни интервюта	1516 успешни интервюта

За да се анализират получените резултати, на база предходен период (вълна 1) се организират сравнителни таблици, за да се види какво е покачането или понижаването на отделните стойности в конкретни въпроси.

За секция „ДЕМОГРАФИЯ“, се констатира, че по време на вълна 1 от проучването бяха обхванати всички 28 области на България, като първоначалната цел от достигане на минимум 15 човека от област беше изпълнена. Това гарантира покритие на цялата територия на страната и това е още един белег, че проучването може да претендира за представителност. Вълна 2 от проучването също гарантира покритие на цялата територия на България, но на този етап от развитието на изследването, все още не са достигнати минимум 15 човека от област. Това е и една от целите, които настоящото проучване си поставя, а именно да достигне и дори надмине покритието, което вълна 1 осигури като резултати.

На този етап от проучването, сравнителната характеристика между вълна 1 и вълна 2 показва, че относителният дял на участващите жени в изследването се е покачил със 7.24%. Данните демонстрират, че по-голямата част от участниците в проучването са на възраст от 25 до 44 години, които живеят в София и имат висше образование – бакалавър или магистър. Ако се направи по-детайлен разрез на годините, то относителният дял на

4. За да могат да се приравнят и съпоставят резултатите от вълна 1 и вълна 2, в рамките на настоящата докторска дисертация, ще се работи не в абсолютни стойности, а в процентно отношение.
5. За да може да се постигне по-голяма концентрираност на конкретиката, придържайки се към основната цел на настоящата докторска дисертация, то експозето, което е свързано с представянето и анализа на данни на секциите „Кардиопулмонална ресусцитация (КПР)“, „Автоматичен външен дефибрилатор (АВД)“, „Първа помощ“ и „Допълнителни казусни въпроси, свързани с оказването на ПП“, ще се спре само на основни въпроси, които имат приложно значение за настоящия труд. Съпоставянето на данни се предлага в табличен вид.

възрастовата група 25-34 г. доминира за вълна 1, докато 35-44 г. е преобладаващ за вълна 2. Въпреки това, погледнато като съвкупност, този сегмент 25-44 г. продължава да е доминантен и задържа трендът на участие и в двете вълни. Този е и очакваният профил, предвид онлайн активността на различните възрастови групи и групи, разпределени по полов белег, предвид данните, които са налични и в онлайн платформи, например Facebook Insights, Instagram Insights и др.

По отношение на месечния доход, не може да се коментира разлика, т.к. както беше описано по-рано в настоящата докторска дисертация, този въпрос не беше включен във въпросника за вълна 1.

Втора секция, „КАРДИОПУЛМОНАЛНА РЕСУСЦИТАЦИЯ (КПР)“, показва, че процентът на хората, които знаят какво означава понятието КПР, се е увеличил с 8.8% спрямо предходния период. Това идва да покаже, че понятието започва да приема все по-голяма приемственост сред обществото и да не се приема просто като чужд термин означаващ изкуствено дишане и сърдечен масаж. От друга страна, това демонстрира и, че населението е готово все повече и повече да приема темата за подготовката си сериозно и да възприема техниката КПР като животоспасяваща манипулация, която трябва да се окаже без забавяне в случай на ВСА. За това говорят и данните на следващите въпроси. Също така, този положителен процент на изменение свидетелства, че усилията, които полагат организациите, занимаващи се с организиране и провеждане на курсове по ПП дават положителен ефект.

Таблица 6. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q5

Q5. Знаете ли какво е кардиопулмонална ресусцитация (КПР)?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	37.04%	45.84% ▲
Не	62.96%	54.15% ▼

Както по време на вълна 1, така и във вълна 2, идеята на авторското национално проучване е не само да има дескриптивен характер и да събере първична информация, но и да има образователен такъв. За онези от респондентите, които са отговорили, че не знаят какво представлява терминът КПР, онлайн анкетата предлага информационен екран с разяснения.

Следващите въпроси от проучването, навлизат в по-голяма дълбочина и дават отговор на въпроси като регулярност на преминаване на обученията по КПР, готовност да се окаже КПР на непознат и др.

Таблица 7. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q7

Q7. Преминавали ли сте обучение/курс по КПР?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	48.86%	52.84% ▲
Не	51.14%	47.16% ▼

Таблица 8. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q8

Q8. Преди колко време сте преминали обучение/курс по КПР?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
През последната 1 година	21.12%	19.98% ▼
1 - 2 години	11.79%	14.48% ▲
2 - 5 години	19.09%	22.60% ▲

Повече от 5 години	45.73%	43.32% ▼
Не мога да си спомня	2.27%	2.62% ▼

Над половината от участниците са преминавали обучение по КПР и е задоволителен фактът, че относителният дял на тези хора, спрямо предходния период, се е повишил с 4.18%. За съжаление обаче, общият процент на хората, които са преминали през това обучение в последната 1 година е намаляло и едва достига 1/5 от участниците в проучването. Това е едва около 10% от анкетиранияте респонденти, което е далеч от 30% европейски минимум и трябва да се полагат значителни усилия в повишаването на тези проценти.

Извод: Необходим е механизъм, който да гарантира по-честото преминаване на курсове по КПР, предвид, че това е животоспасяваща манипулация.

Интерес представляват отговорите на въпрос Q14A, *съпоставени* с отговорите на въпрос Q8. Въпрос Q14A пита участниците през колко време биха преминавали обучение/курс по КПР. Не може да се твърди еднозначно, без допълнителни и по-задълбочени изследвания, дали разминаването в тези отговори е парадоксално или не. Въпреки повишаването на готовността на анкетиранияте участници да преминават обучения/курсове по КПР, спрямо предходен период, все още се наблюдава липса на действие от страна на обществото. Тук се поставя актуалният въпрос по какъв точно начин, трябва да се намери допирна точка между готовността и мотивацията да се преминават такива обучения/курсове – дали това да са стимули под различна форма от страна на държавата, дали да се ползват облекчения в цените на обученията/курсовете по КПР. Може да се разгледа и хипотезата за повишаване броя на информационните кампании, като това ще постави допълнителни въпроси на кой ще се възложат, кой ще ги изпълнява, по какъв начин ще бъдат финансирани и кой ще съблюдава контролът по изпълнение на въпросните кампании.

Извод: Съществува слабо място между готовността на обществото да преминава курсове по КПР и начина за стимулирането му да се обучава.

Данните от другите въпроси в секцията, показват, че над 98% от участниците смятат, че населението трябва да преминава обучения по КПР и биха отделили между 4 часа и 2 дни на всеки 2-3 години, за да се обучават. И по време на вълна 2 от проучването, тази тенденция остана почти непроменена от трендът през 2019 г. Това е изключително обнадеждаващ факт, което означава, че темата не е чужда на обществото и при наличие на *стандартизирани програми* и метод на обучение, хората биха се отзовали в смисъла на това да се научат как да оказват КПР в случай на нужда, както и да полагат усилия за поддържане и опресняване на тези знания и умения.

Повече от 86% от участниците биха извършили КПР на непознат при необходимост, като повечето знаят, че забавянето на КПР за човек със спряло сърце може да доведе до трайни увреждания в мозъка. Тези, които не биха предприели КПР, на непознат най-често се притесняват от *недостатъчната си подготовка*. Относителният дял на хората, които са дали тези отговори, неизненадващо, е един и същ и за двата изследвани периода на вълна 1 и вълна 2. Този извод поставя още по-силен акцент върху необходимостта от регулярно опресняване на теоретичните знания и практическите умения по темата, за да може да се гарантира, че в случай на нужда, обществото ще предприеме необходимите действия.

Секция „АВТОМАТИЧЕН ВЪНШЕН ДЕФИБРИЛАТОР (АВД)“, демонстрира, че е забележителна разликата в повишаване на осведомеността за това какво е АВД. Спрямо предходния период, относителният дял на хората, които са запознати със същността на устройството, се е повишил с цели 17%. Много е вероятно това, от своя страна, да води и до общото повишаване на готовността на хората да го използват в случай на ситуация

на ВСА. Приръстът е с 6% по отношение на тази тема. По време на вълна 1, близо 92% от участниците смятат, че поставянето на АВД на обществени места е важно. Задоволителен е фактът, че тези проценти са се повишили с 4, спрямо миналия изследван период.

Освен всичко останало, тези данни демонстрират и много добра атестация по отношение усилието на организациите, които се занимават по темата с популяризация на АВД в България. Местата, на които може да се инвестират допълнителни усилия са свързани с повишаване общият процент на населението, което проявява готовност и се чувства уверено на използва АВД. Европейският минимум от 30% е преминал. Следващата цел със сигурност е достигане до процент, сходен с тези, които демонстрират страни като Германия, Норвегия и Австрия, цитирани в обзора на нормативната уредба и добрите европейски практики по темата.

Една от най-важните секции е „ПЪРВА ПОМОЩ (ПП)“. Подобно на предходните две секции, така и тази започва с опознавателни по темата въпроси. В началото респондентите биват питани дали знаят какво представлява терминът „първа помощ“, според най-актуалната дефиниция на ЕСР. Този въпрос бива последван от въпроси свързани с това дали анкетиранията са попадали в ситуация, в която е било нужно да се окаже ПП и съответно дали са оказали такава. Необходимостта от тези въпроси се корени в това да се провери дали наистина е вярна хипотезата, че уменията за оказване на ПП не са нещо, което се налага да използва всеки човек, всеки ден, постоянно и ежедневно и съответно тези интензитетът на теоретичните знания и практическите умения с течение на времето избледняват, което поражда и нуждата от опреснителни курсове и периодична повторемост.

Таблица 9. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q18

Q18. Знаете ли какво е първа помощ, съгласно насоките на Европейския съвет по ресусцитация (ЕСР) и Американската сърдечна асоциация (АСА) от 2015 г.?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	39.86%	44.99% ▲
Не	60.14%	55.01% ▼

Таблица 10. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q19

Q19. Попадали ли сте в ситуация, която изисква да имате адекватни умения за оказване на първа помощ?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	37.64%	37.73% ▲
Не	62.36%	62.27% ▼

Таблица 11. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q20

Q20. Оказахте ли помощ в тази ситуация?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	76.41%	80.07% ▲
Не	23.59%	19.93% ▼

Както е видно от получените данни, макар и само с 5%, познанията за това какво представлява „първа помощ“ като термин са видни. Това е поредната положителна оценка за приноса на организациите, които се занимават с организиране и провеждане на курсове по ПП.

Впечатление прави, че относителният дял на хора, които са попадали в ситуация, която изисква да оказат ПП не се е променил. Той се запазва около 1/3 от броя на анкетираните. Разбира се, този факт има две измерения – положителен, който в случая има аксиоматичен характер и не би следвало да се разсъждава върху това дали някой човек е попадал в инцидент или не. Но от другата страна стои отрицателният аспект, който показва, че липсата на среда, в която дадено знание и умение може да бъде упражнявано, води до това те да избледняват след време. В тази плоскост, следва да се разсъждава върху необходимостта от това знанията и уменията за оказване на ПП да не са просто пасивен арсенал за човек, а активно да се полагат грижи за поддържане на доброто им ниво.

Интерес будят и данните от отговорите на въпрос Q20, а именно, че готовността да се окаже ПП в случай на инцидент се е повишила с около 4% спрямо предходния изследван период. Двата човешки фактора за това дали някой би оказал ПП при нужда са готовност и увереност. От данните става видно, че около 4/5 от анкетираните биха го направили и това се гарантира с 80% от отговорите. На практика, единият фактор да се окаже ПП, готовност, е налице. За справка, аспектът по отношение на увереност, се разглежда в следващите въпроси от проучването.

Следващата тройка въпроси, Q23, Q24 и Q25 дава отговор за преминалите обучения/курсове по ПП, мястото и/или институцията към която съответното такова е преминало и броя на преминалите обучения до момента от страна на анкетираните респонденти.

Таблица 12. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q23

Q23. Преминавали ли сте някога обучение/курс по първа помощ?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	71.78%	78.43% ▲
Не	28.22%	21.57% ▼

Таблица 13. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q24 (в абсолютни стойности)

Q24. Къде сте преминали това обучение/курс? (може да посочите повече от едно място)		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Към организация или професионален учебен център	312	229
Към специализиран учебен център по първа помощ	256	225
На работното място	333	204
За военна/ скаутска/ водноспасителна/ охранителна или друг вид подготовка	225	90
Като част от курс по първа помощ за кандидат шофьор	1625	797
Друго	331	145

Таблица 14. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q25

Q25. Колко пъти сте участвали в обучение/курс по първа помощ?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
1	58.13%	52.14% ▼
2	21.02%	21.03% ▲
3	6.60%	10.09% ▲
4 или повече	14.25%	16.74% ▲

Данните от въпрос Q23 показват, че над 78% от анкетираните отговарят, че някога са преминавали курсове по ПП в живота си. Съпоставено със страните от литературния обзор и добрите европейски практики, този висок брой изглежда много повече от задоволителен на пръв поглед. Ако, обаче, се направи по детайлен разрез и в този процент се кросират данни от Q24 и Q25, то общият процент рязко намалява. При филтриране на данните по следните критерии: 1) преминавали обучение/курс по ПП и 2) преминавали обучение/курс по ПП по време на кандидат-шофьорски изпит и 3) преминавали обучение само веднъж в живота си, то относителният дял на тези хора възлиза на заплашителната стойност от 39.86%. Предвид факта, че изпит за кандидат-шофьорски курс в България се полага около 18-тата годишнина на човек и доминиращата извадка е на възраст 25-44 години, то става ясно, че има пропуск от поне 7 години, в които хората не опресняват знанията и уменията си свързани с ПП. В допълнение на това е и фактът, че както по-рано в настоящата докторска дисертация се спомена, Стратегията на БЧК за обученията по ПП също констатира това слабо място – единственото задължително място, на което човек преминава курс по ПП е въпросният кандидат-шофьорски курс. Притеснителна е тенденцията, че в случай на инцидент 4 от 10 човека не биха могли да реагират поради липса на актуални знания и умения за оказване на помощ при нужда. Въпреки това, 78.59% от хората вярват, че курсът ги е подготвил адекватно (въпрос Q27).

Още информация по темата за вторият аспект на оказването на ПП, *увереност*, се добива от последващите въпроси Q29 и Q30.

Таблица 15. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q29

Q29. Към днешна дата, смятате ли, че ще знаете какво да направите в случай на спешно състояние или нараняване?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	37.22%	36.74% ▼
Не	27.86%	25.86% ▼
Не знам	34.91%	37.40% ▲

Въпреки, че намаляването на общата увереност, спрямо предходния период е само в рамките на под 1%, то на фона на общата картина, само близо 37% от участниците в проучването вярват, че ще знаят какво да направят в случай на ситуация. Въпрос Q30, чрез отворен отговор, дава възможност на останалите 63% от анкетираните да отговорят защо не вярват или изобщо не знаят дали ще могат да се справят. Обобщавайки данните от вълна 1 и от вълна 2, става ясно, че основните притеснения запазват хомогенността си и през двата изследвани периода. Топ 5 причините, поради които хората се чувстват разколебани в знанията си са: 1) необходимост от опресняване на знанията и уменията; 2) липса на (задълбочено) обучение; 3) зависи от ситуацията; 4) липса на подготовка; 5) липса на увереност.

Сумарно, относителният дял на тези отговори и за вълна 1, и за вълна 2 представляват около 67% от общия брой отговори. Това потвърждава хипотезата, че липсата на обичайно повтарящи се курсове по ПП намалява увереността на хората да действат в ситуация на инцидент или остра форма на заболяване.

Извод: Съществува слабо място между готовността на обществото да преминава курсове по ПП и начина за стимулирането му да се обучава.

Разделът за оказване на ПП в проучването завършва с два въпроса (Q31 и Q32), касаещи това какви мерки за оказване на ПП анкетираните не биха изпълнили.

Таблица 16. Процентно разпределение на отговорите от въпрос Q31

Q31. Има ли някоя мярка за оказване на първа помощ, която със сигурност НЕ бихте изпълнили?		
Отговори	Вълна 1	Вълна 2
Да	21.39%	29.75% ▲
Не	78.61%	70.25% ▼

Броят на хората, за които има мерки за оказване на ПП, които не биха изпълнили, се е повишил с над 8% спрямо изминалия период. Като най-плашещи за изпълнение от участниците се очертават сърдечния масаж и изкуствено дишане, дефибрилация, спиране на силно кръвотечение, които са животоспасяващи мерки. От правилното им прилагане от свидетели на инцидента до идването на екип на Спешна помощ зависи оцеляването на пострадалия.

Друг нюанс, който също така прави впечатление е, че хората реагират на актуалния пандемичен контекст с присъствието на Covid-19. Много голям брой от хората, които не биха направили КПП на пострадал се притесняват именно от заразяване с вируса. Още една ниша, върху която трябва да се работи в смисъла на това да бъде образовано обществото.

Малко след обявяването на пандемична обстановка от страна на Световната здравна организация, ЕСР промени алгоритъма за т.нар. „Основно поддържане на живота“ (Basic Life Support), като го адаптира по начин по който се опазва здравето на оказващия ПП. Адаптираният алгоритъм³⁵ е отделна страна на обучението по ПП в условията на Covid-19, който при разработване на съвременни стратегически и управленски модели за повишаване капацитета на обществото по темата, трябва да се има предвид. Отделно от обучението, е силно препоръчително и да се следват насоките за работа в тази обстановка, постановени от световните организации, работещи в областта³⁶.

Измежду изброените мерки, които хората не биха предприели, се появяват и изключително медицински манипулации, които не се прилагат от немедицински лица при оказване на ПП.

Последната секция от проучването, „ДОПЪЛНИТЕЛНИ ВЪПРОСИ, СВЪРЗАНИ С ПЪРВА ПОМОЩ“, показва, че бяха зададени и няколко казусни въпроси за оказване на ПП, за да се провери как биха реагирали анкетирания при тези ситуации. Отговорите на въпросите по конкретни ситуации за оказване на ПП показват, че по-голямата част от участници познават основните съвременни алгоритми за ПП, но комбинацията с отговори от секцията за мерки, които не биха изпълнили, демонстрира нуждата от опресняване и затвърждаване на знанията за придобиване на увереност и сигурност при попадане в критична ситуация.

Накрая анкетирания респонденти биват питани дали биха се записали на курс по ПП, като им се предлагат разнообразни отговори, които варират от напълно „Да“ до „Не“. Отговорите на този въпрос, от своя страна, ще позволят на организациите, които се занимават с организиране и провеждане на обучения по ПП, да разберат в каква посока и с какви специфики да организират курсовете си. Близо половината от участниците биха се записали на курс по ПП, най-често, ако той е насочен към ежедневните рискове, семейството и децата и се провежда в близост в извънработно време и е безплатен или заплатен от работодателя.

³⁵ Вж. *COVID-19 Guidelines for Basic Life Support*. European Resuscitation Council. 2020. Available from: <https://cms.erc.edu/covid-courses/basic-life-support>. [Accessed 16.06.2022].

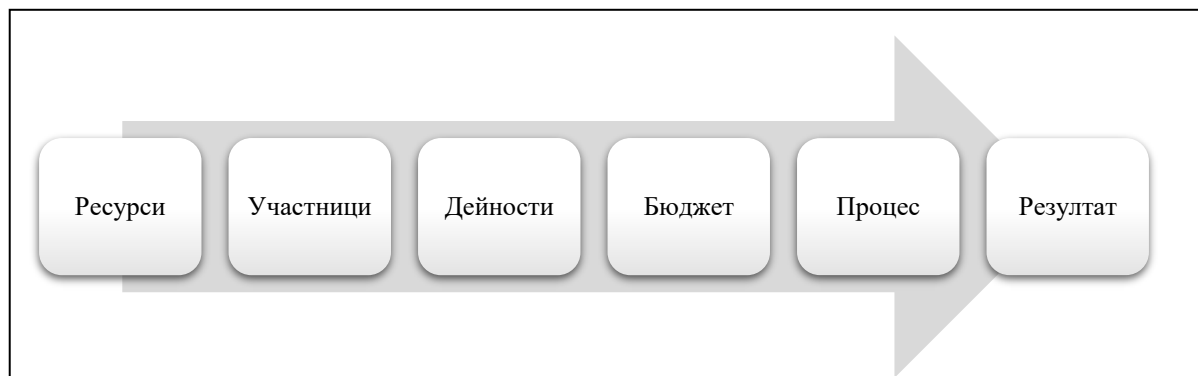
³⁶ Вж. *Насоки на ILCOR за КПП и АД от свидетел на сърдечен арест в контекста на пандемията от COVID-19. Преведено и адаптирано съдържание*. Фондация „Първите три минути“. 2020. Достъпен на: <https://firstaid.bg/wp-content/uploads/2020/04/ILCOR-Covid-19-Guidelines.pdf>. [Прегледан на 16.06.2022].

Цялостното обобщение на данните от емпиричните проучвания през 2019 г. и 2022 г. доказват втората работна хипотеза на докторската дисертация, а именно, че **ниският дял обучени хора по ПП, както и отсъствието за система за мониторинг и оценка/самооценка на нивото на знания и умения са основните фактори, отговорни за незадоволителна самооценка на българското общество за оказване на ПП.**

Във втората част на глава трета, дисертационният труд разглежда структура на модел на управленска стратегия. Обзорът се спира на метода CAF (Common Assessment Framework, CAF), който, според Института по публична администрация, е инструмент за управление на качеството, разработен специално за публичния сектор по инициатива на Европейската мрежа на публичната администрация. Според Института, въпросният модел може да бъде използван успешно в голям диапазон от области на публичния сектор и в същото време да е приложим към организациите с публичен характер на всички нива.

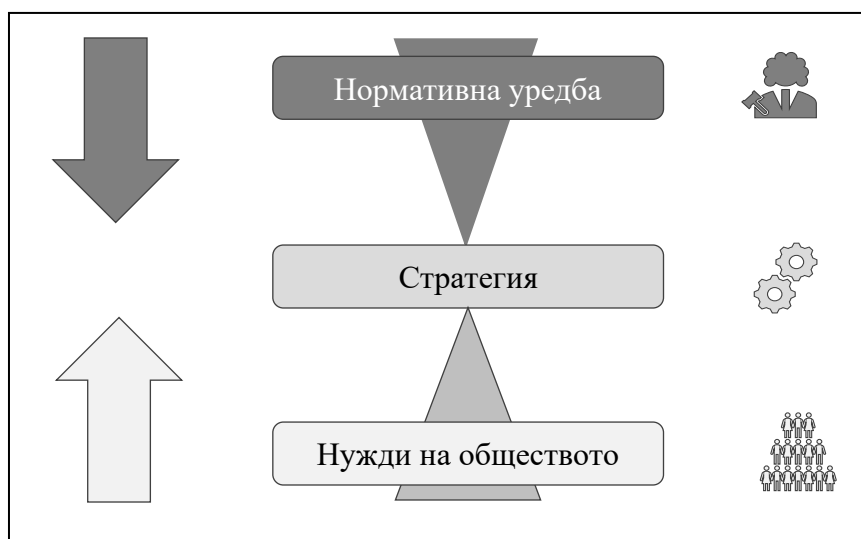
Използвайки като отправна точка структурата на модела CAF, за целите на настоящата разработка се избират следните етапи/елементи, които да бъдат включени по време на разработване на модела на управленска стратегия за повишаване готовността и увереността на населението за оказване на ПП в случай на инцидент или при остра форма на заболяване.

Фигура 4. Процес и стъпки за разработване на управленска стратегия за повишаване готовността и увереността на населението за оказване на ПП



В допълнение на избрания модел на управленска стратегия се използват два вертикални подхода с цел констатирането и съставянето на отделните етапи на реализиране на стратегията. Подход „отдолу → нагоре“ (от изучаване на нуждите на обществото, получени като резултат от проучване към изготвяне на стратегия) и подход „отгоре → надолу“ (от обзор и критичен анализ на националната нормативна база в България и ограниченията ѝ за изготвяне на стратегия за елиминиране на тези слаби места), показани на по-долната фигура.

Фигура 5. Подход при изготвяне на модел на управленска стратегия



Дисертацията няма за цел разработването на стратегия, а *индикативен модел на управленска стратегия за повишаване на знанията и уменията в областта на ПП*.

Националната здравна стратегия 2030 е **водещият стратегически документ за сектор „Здравеопазване“**, който представя **дългосрочната визия за развитието му**, стратегическите цели и приоритети, както и конкретни политики за тяхното изпълнение. Оказването на ПП извън спешната медицинска помощ не е експлицитно включено като приоритет в Националната здравна стратегия. Дефинираният обект на изследване – наличието на познания и нагласи в българското общество за оказване на ПП, излиза извън обхвата на Националната здравна стратегия, в която ПП касае само специалистите от спешна медицинска помощ. Предложеният авторски модел се опитва да запълни установената празнина в правната и нормативна регулация (Глава 1), като отчита и реалните потребности и нужди на обществото (проведени емпирични проучвания, Глава 3).

Моделът на управленска стратегия съдържа:

1. Актуално състояние
 - 1.1. Законодателната и нормативна база в България, касаещи знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП
 - 1.2. Институции и организации отговорни за изпълнението на политики в областта на ПП
2. Предизвикателства пред обучението по ПП
 - 2.1. SWOT анализ на вътрешните и външните за средата фактори
 - 2.2. Оценка на нивото на знанията и уменията за оказване на ПП
3. Стратегически цели и приоритети (резултатна ориентация)
 - 3.1. Мисия, визия, приоритетни области
 - 3.2. **Разработване на система за обучения по ПП**
 - 3.2.1. Дефиниране на критерии за оценка и определяне на ниво
 - 3.2.2. Разработване на онлайн инструмент за оценяване (тестване)
 - 3.2.3. Определяне на качеството, степента и нивото на обучение
 - 3.3. Осигуряване на качествено и ефективно обучение по ПП
 - 3.4. Осигуряване на достъпност до обучения по ПП в контекста на учене през целия живот

3.5. Засилване участието и отговорността на всички заинтересовани страни за повишаване нивото на знания и умения за оказване на ПП

4. Финансиране

5. Мерки и дейности

Основният принос на модела е предложението за създаване на **онлайн инструмент за оценка и самооценка на знанията и уменията за оказване на ПП**. От една страна, това ще позволи да се организират анализ и оценка на нивото на знанията, а от друга ще послужи за основа за оптимизиране на качеството на предлаганото обучение.

Входна точка в процеса на изготвяне и оптимизиране на модел на управленска стратегия е наличието на ниво на знания и умения за оказване на ПП. На база вече посочената необходимост от наличие на знания и умения за реакция при инцидент или остра форма на заболяване се определят стратегическите цели за обучението на обществото. След определяне на целите – достигане поне до 30% обучено население (европейски минимум), готовност за реакция при инциденти и намаляване на здравните последици от остри форми на заболявания, се изготвят критерии за оценка за определяне на ниво. Критериите се изготвят от специалисти в областта на ПП. Организира се тестване и оценяване с помощта на онлайн инструмент³⁷. Въвеждането на онлайн инструмент (в модела) за предварително тестване и определяне на нивото по ПП е принос на докторската дисертация в модела. Този инструмент би имал съществено значение, както за определяне на нивата на знания, респективно качество на преминато до момента обучение, така и за личната мотивация и убеденост на населението да окаже ПП в случай на инцидент или остра форма на заболяване като цяло.

След обобщаването на резултатите от тестовия процес, се разглежда критерий „Ниво на постигнати резултати“. Специалистите по ПП определят какъв е прагът (в процентно отношение), преминаването на който ще се зачита, че е тествания човек има задоволително ниво на знания и умения за оказване на ПП. При незадоволителен резултат, ще се планират и провеждат основни курсове по ПП. След провеждане на тези курсове, участниците в тях, ще се тестват отново, по начинът, описан в точка 3.3. Аprobация и валидиране от настоящата докторска дисертация. В случай резултатът преминава предварително определения праг, следва да се планират и провеждат опреснителни курсове, веднъж годишно, според препоръките на европейските и световни организации, работещи в областта. Процесът приключва с постигане на предварително заложените стратегически цели. За да се гарантира успеваемостта на този модел, се планира провеждане на периодичен мониторинг на обучените хора. Тази част от процеса ще се извършва по време на опреснителните ежегодни курсове по ПП.

С цел постигането на приложимост и стесняване на фокуса на настоящия труд, изборът на група се спря върху учителите от гимназиален курс на обучение. Идеята е, че след като те бъдат обучени, ще предадат знанията и уменията си за оказване на ПП на своите колеги и ученици. Така ще бъдат възпитани навици, възприемането на които може да се окаже животоспасяващ фактор при инцидент или остра форма на заболяване.

Съществуват проучвания, които показват пропуски на учителите за справяне в извънредни ситуации на инциденти или проявления на заболявания. (Eze et al., 2015) Непосредствено след преминаване на обучения по ПП се наблюдава значителна разлика в уменията и знанията за справяне с подобни ситуации. (Li et al., 2020) (Alkhotani et al., 2022) Въпреки това, с течение на времето, тези умения избледняват за период от 6 месеца, което налага необходимостта от повторение на обученията. (Papaleo et al., 2022)

³⁷ Вж. Тест: Първа помощ (основно ниво). Фондация “Първите три минути”. 2022. Достъпен на: <https://forms.gle/o4WYZAzpnU9tRnXLA>. [Прегледан на 02.09.2022]

Доводите за избор на конкретната група могат да се разгледат в няколко направления – видове инциденти в училище и нормативна база, която урежда присъствието на медицински работник в тази среда.

Според проучването *“Инциденти, които изискват първа помощ в училищата: Могат ли учителите да окажат първа помощ?”* (Faydali et al., 2018) около 10% до 25% от случайните (непредумишлените) инциденти с деца се случват на територията на училищата или в пряка близост до тях. Високият процент е сериозна предпоставка, която добавя тежест към необходимостта училищният персонал (в т.ч. учители, административни работници, медицински лица, охранители и др.) и учениците от гимназиален курс на обучение да бъдат обучени как да оказват ПП. В следствие е необходимо да се работи за изграждане на устойчивост и регулярност при провеждането на подобни обучения и да се създаде стройна тенденция и повтораемост, която да поддържа необходимо ниво на знания и умения.

Според данни от същото проучване 45.3% от учителите, обучаващи деца на възраст от 6 до 15 години, 81% от тях са запознати с ПП и основните ѝ принципи, но само 23% твърдят, че имат адекватни познания, с които наистина да помогнат в случай на инцидент. В този смисъл, един от основните изводи, които проучването прави е, че актуализирането на знанията на учителите по отношение подготовката им за оказване на ПП е важно за осигуряване на безопасна образователна среда.

Разглеждайки втория аспект за избор на целева група – нормативната уредба, става ясно, че според Наредба №3 от 27.04.2000 г. в детските заведения и училища се организират здравни кабинети, като чл. 3 (1) постановява, че *“Дейността на здравните кабинети се осъществява от медицинска сестра или фелдшер с образователно-квалификационна степен специалист или бакалавър.”*³⁸ Въпреки че чл. 6 от същата Наредба гласи, че медицинските специалисти преминават ежегодно обучение по ПП, по предварително изготвен график от Директора на съответното заведение, не се детайлизира с каква продължителност е то и какъв точно материал се включва в обученията.

Друг проблем, който възниква е физическата ограниченост и възможностите за оказване на ПП в случай на нужда. (Балева, 2020) Проблем произлиза от чл. 5, който въвежда минимален брой ученици, обслужвани от един медицински специалист – 800. В същия чл. 5 (1), се споменава, че *“Когато в две или повече училища, намиращи се на територията на една община, учат по-малко от 800 ученика, медицинският специалист може да обслужва и повече от едно училище.”*

В заключение може да се каже, че целта е да се постигне ефектът „Pay it Forward“, очертан за първи път от Катрин Райън Хайд.³⁹ Тя описва феномен, подобен на доминото, при който един акт на доброта създава каскада или верижна реакция на доброта. По същия начин, като се достига до ключови учители в училища, обучени за оказване на ПП при животозастрашаващи наранявания и състояния, те предават тези умения на свои колеги и ученици. Така ще се постигне ефект на мултиплициране, чрез който ще се достигне до максимален брой хора със сравнително минимални усилия.

В обучителната система се включват ресурси от три типа: човешки, материално-техническа база, знание, под формата на квалификация за обучения по ПП.

Човешките ресурси включват инструктори по ПП на Училище по първа помощ на FirstAidbg.com и доброволци на фондация „Първите три минути“. Фондация „Първите три минути“ е единствената организация в България, оторизирана от ЕСР да провежда

³⁸ Вж. Наредба 3 от 27.04.2000 г. за здравните кабинети в детските заведения. Министерство на здравеопазването на Република България. 2022. Достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/-549433854>. [Прегледан на 16.06.2022].

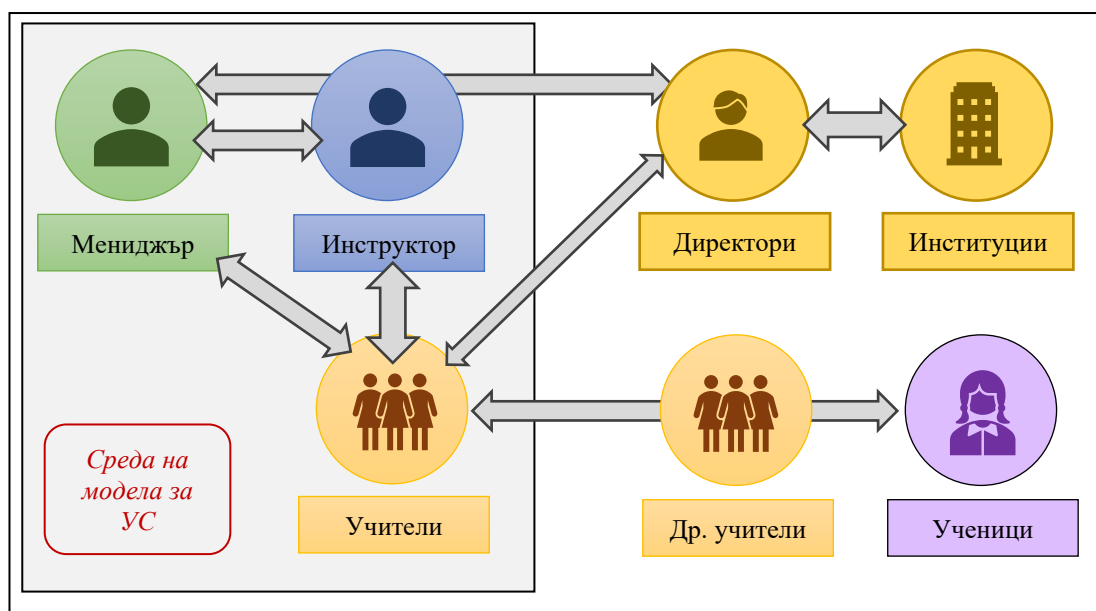
³⁹ Вж. PAY IT FORWARD. A nice (and good movie), or a real thing. Envision Kindness. 2022. Available from: <https://tinyurl.com/2p97zccn>. [Accessed 16.06.2022].

обучения по „Основно поддържане на живота“ (Basic Life Support) и АВД. Инструкторите доброволци към фондацията са преминали обучение за инструктори към ЕСР и имат необходимата квалификация и опит. Материално-техническата база се изразява в цялата необходима екипировка и зала за провеждане на обученията по ПП с учителите. Необходимата екипировка включва: манекени за КПП, симулаторна жилетка за задавяне, превързочни материали (марли, памук, бинтове, триъгълни кърпи), макет за демонстрация на пропадане на корена на езика и други консумативи и материали. Не на последно място са знанията под формата на ресурси. Опитът в областта на някои от инструкторите в Училище по първа помощ на FirstAidbg.com, както и на доброволците на фондация „Първите три минути“ е над 24 години. Всички инструктори са получили знанията и сертификацията си от международни организации, които се занимават с издаването на насоки за оказване на ПП от специалисти и неспециалист.

Участниците в целия процес се разделят на две части:

- участници, които са пряко включени в разглеждания модел;
- участници, извън предела на разглеждания модел, но със значение при последващо реализиране на стратегията.

Фигура 6. Участници и взаимодействие на участници в модела за изграждане на управленска стратегия



На по-горната фигура, в сив правоъгълник, е описана средата, в която ще се реализира модела за управленска стратегия. В него са представени конкретните участници – мениджър, като организатор; инструктори, които провеждат обученията по ПП; учители, които са преки бенефициенти и ще участват в обученията по ПП. Със сиви стрелки е демонстрирано взаимодействието, между всеки един участник, както следва: мениджърът контактува с конкретните директори на избрани училища, за да се включат в пилотен проект → след одобрение от страна на директорите, мениджърът се свързва с учителите, за да уточнят участието им в курса → мениджърът контактува с инструкторите за организация и провеждане на курса → инструкторите взаимодействат с учителите по време на самия курс → мениджърът и инструкторите отчитат резултатите от проведените обучения.

За целите на получаване на по-пълна и ясна картина, как би се разгърнал моделът на управленска стратегия извън границите на настоящата докторска дисертация, в дясната част на фигурата са представени участниците и взаимодействието между тях, които ще взаимодействат при глобализиране на настоящия модел. За целите на настоящата разработка, детайлното разглеждане на тази част от фигурата не е наложително, но тя ще послужи за по-нататъшни дискусии при придаването на задължителен характер на модела, както и обсъждания за организиране на финансови ресурси.

Уточнение за дейностите: Предвид факта, че целта на всяко едно обучение или курс е да се изградят и постигнат определено ниво на знания и умения по темата, би следвало, в последствие, те да бъдат измерими. Когато се целеполагат и залагат индикатори по настоящия модел за управленска стратегия, се използва Европейската квалификационна рамка (ЕКР). Тя е разделена на 8 нива и покриваща три аспекта: 1) знанията, които се дефинират като теоретични или фактологични, 2) умения, описани като когнитивни (включващи използването на логическо, интуитивно и творческо мислене) и практически (включващи ръчна сръчност и използване на методи, материали, инструменти и инструменти), 3) отговорност и самостоятелност, които в рамките на ЕКР се описват като способността на обучаемия да прилага знания и умения самостоятелно и с отговорност.

Според естеството на целта на модела за управленска стратегия, а именно: 1) учителите да бъдат обучени за оказване на ПП при животозастрашаващи наранявания и състояния и 2) в последствие да предадат тези знания и умения на свои колеги и ученици, с помощта и насоките на инструкторите по ПП (в т.ч. изготвяне на ресурсни материали, презентации и др.) според ЕКР, това се определя като ниво 3 и ниво 4.

Дейностите по реализиране на модела на управленска стратегия са организирани в по-долната таблица, на база обзора на нормативната уредба на България, добрите европейски практики по темата и нуждите, произлезли от резултатите на авторското национално онлайн проучване „ОБЩЕСТВОТО И ПЪРВА ПОМОЩ“ (вълни 1 и 2), които бяха разгледани в предходните точки. Дейностите са разделени на 3 части, като условно се разделят на преди, по време и след провеждане на курсовете по ПП.

Таблица 17. Дейности по реализиране на модела на управленска стратегия

Етап	Дейност
Преди курса	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инициране на модела. 2. Инициране на разговори с директорите на избраните училища. 3. Селектиране на учителите, които да се включат в пилотната фаза на модела. 4. Разговори с учителите за включване в курсовете по ПП. 5. Техническо организиране на курса – форми за записване, форми за обратна връзка, структуриране и изготвяне на курса и презентации, организиране на материално-техническата база и др. 6. Напомнящи имейли и указания към учителите къде, как и по кое време ще се проведе курса. 7. Други дейности, належащи в конкретния етап.
По време на курса	<ol style="list-style-type: none"> 8. Организиране на входящ тест по ПП. 9. Провеждане на курса по ПП. 10. Съблюдаване на логистични въпроси. 11. Организиране на обратна връзка.

	12. Организиране на изходящ тест по ПП, за да се отчете резултат (подобен на този от точката „Тестване и апробация“) от провеждането на курса. 13. Други дейности, належащи в конкретния етап.
След курса	14. Обобщаване на резултатите от провеждане на курса – тестове и обратни връзки. 15. Обратна връзка към учителите. 16. Обратна връзка към директорите. 17. Последващ мониторинг и помощ при организиране на курсове по ПП в училищата от учителите, които са присъствали на основния курс. 18. Други дейности, належащи в конкретния етап.

Бюджетът за прилагане на модела на управленска стратегия отново може да се организира и детайлизира като преди, по време и след провеждане на курс по ПП. За целите на настоящата дисертация, той се представя обобщен и примерен размер на финансовите нужди са поместени в следващата таблица.

Таблица 18. Примерен бюджет, необходим за реализиране на модела на управленска стратегия (1 присъствен курс, от 12 курсиста)

№	Перо	Сума (в лв.)
1	Административни разходи	50.00
2	Материали, оборудване <i>Екипировка по ПП, манекени и тренажори, аптечки и др.</i>	75.00
3	Дейности по реализиране на модела на управленска стратегия <i>Заплащане на инструкторите за провеждане на курса, заплащане за съставяне на презентации, наем на зала и др.</i>	535.00
ОБЩО		660.00
Цена за един курсист		55.00

За да се пилотира и апробира модела на управленска стратегия, първоначалното финансиране се набавя чрез кандидатстване по проекти на организации, които подпомагат развиване на образователна дейност (например фондация "Обществен борд на TELUS International в България", който финансира проект „Предай нататък – първа помощ за учители и ученици“,⁴⁰ чийто прототип е предложението в настоящата разработка модел). След успешно прилагане на модела ще се работи върху разработване на програми на национално ниво, в което ще бъдат привлечени различни институции, споменати по-горе. Това ще се организира с цел да се придаде задължителен характер на този модел и съответно да се намерят финансови алтернативи за реализирането му. Последващо финализиране може да се извършва със собствени средства, с държавно финансиране или на проектен принцип.

За да се даде по-голям контекст на това какво е ПП, курсът ще включва и теми свързани със същността, принципите и целите на ПП. Таблицата по-долу показва няколко етапа от организирането на курса и последващото обучение от страна на учителите, които ще провеждат с техните колеги и ученици.

⁴⁰ Вж. Проект „Предай нататък – първа помощ за учители и ученици“. Фондация „Първите три минути“. 2020. Достъпен на: <https://firstaid.bg/projects/obuchenie-na-uchiteli/>. [Прегледан на 16.06.2022].

Таблица 19. Конспект за курсовете по ПП

Аспект	Конспект
<p>Основен курс, 5 учебни часа</p>	<p>ТЕОРЕТИЧНА ПОДГОТОВКА</p> <ul style="list-style-type: none"> • Смисъл, цели и принципи на първата помощ. ПП в условията на Ковид-19. Правилно използване на предпазни средства. • Материали и екипировка – съвременни средства за оказване на ПП • Спасителна верига и приоритети при оказване на ПП. • Нормални жизнени функции и оценка на състоянието на пострададал. • ПП при шок. • ПП при задавяне. • ПП при безсъзнание. • ПП при спиране на нормалното дишане. Използване на автоматичен външен дефибрилатор. • ПП при спешни състояния – припадък, епилептичен гърч, астматичен пристъп, диабетна криза, инфаркт, инсулт. • ПП при силно кръвотечение и шок. • ПП при рани. Предпазване от инфекции. • ПП при изгаряния. • ПП при специфични наранявания – кръвотечение от носа, нараняване на кости и стави, нараняване на главата. • ПП при ухапване, ужилване и алергична реакция. <p>ПРАКТИЧЕСКА ПОДГОТОВКА</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПП при задавяне. • ПП при безсъзнание. • ПП при спиране на нормалното дишане. Използване на автоматичен външен дефибрилатор. • ПП при силно кръвотечение и шок.
<p>Курс в училищата, 5 учебни часа</p>	<p>Основното, на което се препоръчва учителите да наблегнат в училищата е ПП при животозастрашаващите инциденти, при които, след третата минута без кислород в мозъка, започват да настъпват необратими процеси. Този аспект на медицинската обосновка от необходимостта от оказване на ПП беше разгледан в първа точка на настоящата дисертация. Това за мерките за оказване на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПП при задавяне. • ПП при безсъзнание. • ПП при спиране на нормалното дишане. Използване на автоматичен външен дефибрилатор. • ПП при силно кръвотечение и шок. <p>В случай на нужда/необходимост/желание от страна на учителите да разширят този аспект и да засегнат по-голям диапазон от теми, винаги могат да се консултират с екипите на Училище по първа помощ на FirstAidbg.com и фондация „Първите три минути“.</p>

Непосредствените резултати от провеждането на курса по ПП в рамките на модела на управленска стратегия се отчитат посредством: 1) постоянен мониторинг от страна на инструкторите върху учителите по отношение правилното изпълнение на основните техники за оказване на ПП и 2) изходящ тест, резултатите от който, се сравняват тези от

входящия такъв и се отчита прираста на успеваемост (разгледан в точката „Тестване и апробация“).

Преките последващи резултати от прилагане на модела на управленска стратегия са придобиване на съвременни знания и практически умения за оказване на ПП на 10 преподаватели средни училища и повишаване на увереността, мотивацията и чувството за отговорност за действия при реален инцидент. След преминаване на първоначалното обучение по ПП ще последва повишаване на културата на преподаване на заложените в учебния план теми по ПП във всички училища от цялата страна и съответно подобряване на знанията и практическите умения на учениците и учителите, както и повишаване на увереността, мотивацията и чувството за отговорност за действия при реален инцидент от тяхна страна.

В глобален аспект, и предвид факта, че оказването на навременна ПП, спомага за по-бързото, качествено и ефективно възстановяване на пострадалите, това ще спомогне и за намаляване на тежестта върху здравната система и намаляване на последващите разходи за болничен престой.

В заключение, това е инвестиция, която оправдава разходите по развитие от една страна на образователната система по начин, който е иновативен, интерактивен и атрактивен и от друга страна – припознаване на оказването на ПП като важна част от здравната система на България.

Последната, трета точка на глава трета, описва тестването и апробацията на предложения метод, които се извършват посредством контролна извадка. Целта на този етап от емпиричното изследване е да се провери до каква степен хората, които се обучават и преминават през курсовете по ПП възприемат изучаваните теми. За тази цел, в рамките на настоящата докторска дисертация беше разработен инструмент под формата на тест. Целта на този тест е да оцени теоретичната подготовка на участниците в тестовата фаза, като се изисква от курсистите да попълнят теста преди и след курса.

Параметрите на тестването и апробацията на системата за обучение, са поместени в по-долната таблица:

Таблица 20. Параметри на тестването и апробацията

№	Елемент	Описание
1	Етап на емпиричното изследване	Тестване и апробация на предложения метод
2	Инструмент за тестване и апробация	Тест, който се попълва преди и след провеждане на курса по ПП
3	Брой въпроси	- 10 затворени с по 3 отговора, само един от посочените отговори е верен. - 1 отворен въпрос, който изисква отговор от 1 дума. ОБЩО: 11 въпроса
4	Място	Учебен център на Училище по първа помощ на FirstAidbg.com
5	Период на провеждане	29 януари – 13 февруари 2022 г.
6	Брой на участниците	42 човека
7	Начин на подбор на участниците	Стихийна извадка, всички отзовали се Забележка: Участниците са курсисти в практическите курсове по ПП, които Училище по първа помощ на FirstAidbg.com организира и провежда.

8	Критерий за успеваемост	За целите на тестването и апробацията, се приема, че задоволително ниво и положителна оценка за тествания метод, се приема среден процент на успеваемост на 85%.
---	-------------------------	--

По-долната таблица представя получените резултати, които за целите на проучването се разделят на 4 категории: 1) Брой получени верни отговори преди курса – средна абсолютна стойност и средно процентно отношение и 2) Брой получени верни отговори след курса – средна абсолютна стойност и средно процентно отношение.

Таблица 21. Осреднени резултати от тестването и апробацията на контролната извадка

Показател	Средна абсолютна стойност	Средно процентно отношение
<i>Преди</i> курса	5.21	47.40%
<i>След</i> курса	9.55 ▲	86.80% ▲

Предвид постигнатите резултати от 86.80% успеваемост след провеждането на курса, може да се твърди, че методът е достатъчно адекватен и надежден, т.к. успеваемостта преминава предварително планираните нива от 85%.

Трета глава завършва с изясняване на икономическите ползи, стойност и потенциал на обученията по ПП за намаляване на разходите за здравеопазване и в здравната система на България. Определяща за стойността на обученията по първа помощ е полезността, която човек, здравната система или обществото могат да получат чрез придобиване на умения за оказване на ПП. Тази стойност се измерва в годините живот, придобити в пълно качество на живота (QALY – quality-adjusted life years⁴¹) – критерий, който по света се прилага широко в здравеопазването в различни регулаторни контексти, за да се определи полезността му. Това понятие не е в състояние да обхване всички елементи, отговорни за формирането на стойността. Поради липса на данни, настоящата дисертация не си поставя за цел да достигне до измерване на стойността на обученията по първа помощ по този начин.

Рентабилността на обученията по ПП на общата популация е неизвестна, тъй като обучаемите се набират на случаен принцип, а не спрямо конкретни рискове. С тези предварителни допускания и ограничения, са изведени прогнозни ползи и ефекти за разходи за обучение за ПП, като инструмент за оптимизиране на разходите за здравеопазване.

Оказването на ПП и провеждането на обучения за оказване на ПП не са част от разходите на системата на здравеопазване в България (НЗОК, Министерство на здравеопазването). ПП представлява алтернативна стратегия за оказване на помощ при конкретни застрашаващи живота и здравето събития, а обученията се провеждат от Българския Червен кръст и частни лицензирани компании.

Цената на курс по ПП се определя от търсенето и предлагането на пазара на услугата. Към 2022 г.⁴², присъствен курс за обучение по оказване на ПП е на цена от 57.5 лв. (без ДДС), като в рамките на обучението курсистите получават модулни знания и умения да оказват помощ в редица направления, включително за реакция при случаи, когато смъртта е предотвратима като инсулт, сърдечен арест, травми и др.

⁴¹ Вж. *Quality-adjusted life year*. Wikipedia. 2022. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Quality-adjusted_life_year#History. [Accessed 13.09.2022].

⁴² Вж. *Присъствени курсове по първа помощ*. FirstAidbg.com. 2022. Достъпен на: <https://firstaidbg.com/курсове-по-първа-помощ/присъствени-курсове>. [Посетен на: 19.09.2022].

Икономическите ефекти върху намаляване на разходите за здравна помощ, както и потенциалните директни плащания, които могат да се огромна икономическа тежест за домакинствата, са комплексни, тъй като придобитите знания и умения за оказване на първа помощ в рамките на курса са комплексни, но те могат **хипотетично** да се докажат въз основа на анализа на основните разходи на здравната система при случай на исхемичен мозъчен инсулт.

Случаите на преждевременна смърт от инсулт са 4 пъти повече спрямо средното за ЕС, а това състояние има основен принос за нивата на трайната висока предотвратима смъртност от сърдечносъдови заболявания.

При обучение за оказване на ПП се усвояват техниките за предотвратяване на фатален край и тежки последици при инсулт до пристигането на екип на Спешна помощ. Адекватната намеса означава не само спасяване на живота на пострадалия, но и потенциално спестяване на част от разходите по веригата на оказване на здравна помощ, включително разходите за диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт, определени понастоящем в четири клинични пътеки, най-евтината от която струва 1300, а най-скъпата 3736 лв.⁴³ за сметка цената на курс по ПП, възлизаща на 57.5 лв. От този пример е видно, че разходите за обучение и адекватна намеса са несравнимо по-малки от тези, които биха настъпили, ако ПП не е оказана изобщо и здравната система поеме цялата тежест на разхода. Към тези разходи могат да се прибавят и тези, които биха били спестени за директни допълнителни плащания (лекарства, консумативи и др.), което би облекчило натиска върху домакинствата и рисковете от обедняване.

В проучването „Обществото и първа П“, от 2022 г., 37% от респондентите посочват, че са попадали в ситуация, в която се е наложило да окажат ПП на пострадал. Приблизително 80% от тях са приложили знания и умения за справяне със ситуацията. Дори, ако само те поемат тежестта на разходите за останалите обучени, които никога няма да попаднат в ситуация да окажат ПП, разходът за обучението на хората, които реално ще окажат ПП е приблизително 195 лева. По-долните два примера илюстрират тези изчисления и са на база 100 човека (при цена на курс – 57.5 лв.).

Пример 1: Разход за обучението на хората, които са попадали в ситуация да окажат ПП (N=37).

Разходите за обучение на хората, които са попадали в ситуация да окажат ПП е 2072 лв. (37 човека x 56 лв.). Разходите за обучението на останалите 63 човека, възлиза на 3528 лв. Ако към разходите на първоначалните 37 човека, се приспадат разходите на онези, които никога не са попадали в ситуация да окажат ПП, то общата сума възлиза на 151 лв. Чрез математически запис, изчисленията се изразяват по следния начин:

$$100 - 37 = 63 \times 57.5 = 3622.5 : 37 = 97.90 + 57.5 = 155.4 \text{ лв.}$$

Пример 2: Разход за обучението на хората, които в действителност са оказали ПП (N=30).

Вторият пример разглежда разходите за онези хора, които в действителност са оказали ПП – 80% от 37 човека (приблизително 30 човека). Крайната сума за обучение на такъв човек, който ще поеме тежестта на разходите за останалите, неоказали ПП и непопадали в ситуация да окажат ПП, възлиза на 186.67 лв. Чрез математически запис, изчисленията се изразяват по следния начин:

$$100 - 30 = 70 \times 57.5 = 4025 : 30 = 134.17 + 57.5 = 194.67 \text{ лв.,}$$

което отново е в пъти по-малко от разходите, които здравната система би направила да помогне на пациент с мозъчен инсулт, който не е получил адекватна помощ. Курсовете по ПП дават подготовка за реакция при множество животозастрашаващи състояния (в т.ч. ВСА, задавяне, силно кръвотечение, масивни травми и др.).

⁴³ Вж. *Новите цени на клиничните пътеки – НРД 2020-2022 от 01.05.2022 г.* Медицински център „Св. Троица“. 2022. Достъпне на: <https://tinyurl.com/mry9r3sy>. [Прегледан на 13.09.2022].

Основен извод е, че в България политиките за превенция на здравето са със силно ограничено въздействие, но ясно изразен икономически смисъл и потенциал да оптимизират разходите за здравеопазване. Обученията по ПП могат да са много съществен елемент в балансираното изравняване на разходите за болнично лечение спрямо доболничната помощ, които в момента са в пропорция 5:1 при средно за ЕС 1.5:1. Допълнително са необходими още по-задълбочени анализи на икономическата рентабилност на обученията по ПП и насочването им не само към общата популация на случаен принцип, но и на отделни групи, които имат по-голям шанс да попаднат в ситуация, в която да упражнят умения за оказване на ПП при конкретно състояние.

VI. Заключение

При съвременния начин на живот обществото все по-рядко разпознава различните видове спешни ситуации. Неразпознаването им води до липса на реакция в случаи на животозастрашаващи инциденти или при остра форма на заболяване.

Приносите на изследването се реализират в няколко направления. От теоретична гледна точка, при разработването на модел за постигане на стратегическите цели и преодоляване на системни пропуски, заложи в Националната здравна стратегия (2021-2030) е направеното предложение за разработване и създаване на онлайн инструмент за предварително тества и оценка на нивото на знания и умения за оказване на ПП. От практико-приложна гледна точка – инструментът има изключителна приложимост и значение за широк кръг заинтересовани страни – НПО и организации за обучение по ПП, както и за мотивацията и самооценката за оказване на ПП на населението като цяло. Получените резултати биха послужили за очертаване и повишаване на икономическата ефективност в различни области, за намаляване на разходите за здравеопазване, както и за подобряване качеството на живот на населението.

Направеният критичен анализ на нормативните актове, които действат на територията на България, включително Националната здравна стратегия 2030 свързани с оказването на ПП, както и прегледа на добрите практики в Европа очертават редица проблемни области, които са слабо проучвани в страната. От така направените заключения произтича и актуалността на настоящата докторска дисертация.

Налице са дефицити по отношение на правното регулиране, осигуряване и финансиране на обучението за ПП. Икономически е много по-ефективно да се инвестира в обучение, отколкото в спешна помощ или болнично лечение. Критичността от знания и умения за оказване на ПП през първите минути, значително подобряват шансовете за оцеляване, респективно негативни последици, лечение и качеството на живот като цяло. Изключително трудно е да се прецизират икономическите и финансовите параметри, поради липсата на данни и информация както за вида на спешните случаи, така и за оказалите ПП на място на инцидент.

Отправна точка за очертания ситуационен анализ е проведеното авторско проучване през 2019 г., което разкрива основни пропуски в системата – липса на ясно определение и обхват на ПП, пропуски в законодателството, които категорично да регламентират обученията по ПП и дефицит в насърчаването на регулярно преминаване през такива. Темата се превръща във все по-актуална и значима както от гледна точка на качеството на живот, така и от икономическа перспектива, свързана с изразходване на средства за обслужване на леки инциденти, които биха могли да бъдат обезпечени от хора, обучени да оказват ПП. Именно поради това, с цел задълбочаване, изследване на тенденциите и в търсенето на решения, се провежда втората фаза на авторско национално онлайн проучване, отчитайки промените спрямо предходен период.

При дефинирането на концептуален модел бяха използвани методи като САФ, процесен подход, синтез, дедукция и индукция за определяне необходимостта на ясни стратегически цели и параметри за оценка нивото на знанията и уменията за ПП. Принос на докторската дисертация в модела е предложението за включване на инструмент (онлайн) за оценка и самооценка. Този инструмент би имал съществено значение, както за определяне на нивата на знания, респективно качество на преминато до момента обучение, така и за личната мотивация и убеденост на населението да окаже ПП в случай на инцидент или остра форма на заболяване като цяло.

На база на този теоретико-емпиричен труд, дисертацията предложи и пробира модел за управленска стратегия за повишаване на знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП.

Първият по рода си задълбочен и детайлен ситуационен анализ на регулациите и действията нормативната уредба, засягащи знанията и уменията на населението на България за оказване на ПП, показва основните слаби места в тази област. В законовата уредба на страната все още не се намират текстове, които ясно и еднозначно да констатира задължителен характер за преминаване на обученията по ПП. Единственото място, където се повдига този въпрос, е полагането на изпит за шофьорска книжка. В този смисъл, дори и експерти от Българския Червен кръст, организация, която основно е свързана с оказването на ПП, изказват опасения, че в нито един от текстовете на съответните закони не се предвижда задължителен курс по ПП (освен вече споменатия случай). Също така не се срещат текстове в нормативната уредба, които да регламентират и/или насърчават преминаване на опреснителни обученията по ПП през определен период от време с цел поддържане на адекватно ниво на знания и умения.

Задълбоченият преглед на нормативната уредба, свързан със сферата на здравеопазването, констатира слаби места в два основни аспекта – икономически и хуманен. С липсата на обучени лица, които да окажат ПП, екипите на Спешна помощ се ангажират с това да обслужват инциденти с леки форми на наранявания, като по този начин не могат да се фокусират върху настъпили ситуации със сериозни травми. Случаите, които трябва да обслужват, се увеличават, а заплащането остава едно и също. Това води до силна демотивация на кадровия капацитет и занижаване качеството на предлаганите услуги.

Вторият аспект обуславя факта, че с липсата на обучени цивилни граждани, които да реагират в случай на животозастрашаващи наранявания и състояния, качеството на живот на цялото население се влошава. Животозастрашаващите състояния са такива, при които пострададвал не може да дочака пристигането на линейка, което увеличава и броя на фаталните случаи и влияе върху смъртността като цяло.

Тези опасения се доказват и от резултатите на самооценката на населението за подготовка и мотивация за оказване на ПП, реализирана в двете поредни изследвания, организирани и проведени през относително дълъг период от време помежду си (2.5 години). Въпреки готовността и желанието да окажат помощ в случай на инцидент или остра форма на заболяване, опасенията на хората се коренят в липсата на увереност, произтичаща от недостатъчни и задълбочени теоретични знания и практически умения по ПП.

Принос за изучаване на тази проблемна област е и организираният и проведен мащабен и сравнителен бенчмаркинг анализ на добри практики, който показва, че водещите европейски страни в областта по най-голям процент обучено население са Германия, Норвегия и Австрия. Те успяват, чрез дружествата на Червения кръст или чрез неправителствени организации, да надхвърлят общ брой от 80% преминали през курсове по ПП (количествен показател). Остава неясно дали тези хора биха имали готовност да окажат помощ, ако попаднат в реална животозастрашаваща ситуация (качествен показател). Причината за това е липсата на достатъчно знания и подготовка, и, най-вече, заради отсъствието на законова рамка, която да регламентира повторно преминаване през курсове по ПП през определен период от време. И в трите, разгледани в проучването държави, слабо място се оказва, че сертификатите, получавани за ПП при придобиване на правоспособност за управление на моторно превозно средство, са безсрочни. Допълнително правителствата трябва да насърчават както въвеждането на задължителни обученията в училищата, за да се започне подготовката от най-ранна детска възраст, така и на *задължителни опреснителни курсове след получаване на шофьорска книжка*.

Подобен подход трябва да бъде предприет и на работното място – модел, възприет в Германия и Австрия. Курсовете по ПП на работното място също така трябва да са със

задължителен характер за всички служители, а не само за отделни екипи, които са отговорни за здравословните и безопасни условия на труд. *По този начин човек, който е избрал да не бъде шофьор, също ще има възможността да премине задължителен курс на обучение, който в последствие да бъде повторен през определен период от време.*

Развиването на програми за ранна дефибрилация с АВД е следващият показател, по който трябва да се надгражда, за да се намалят жертвите на ВСА. Водещите в разработването и внедряването на програми за ранна дефибрилация са общините и общинските структури, което, според европейски доклади, все още липсва в много държави членки на ЕС. (EENA, 2020)

Задължителни показатели за успешно въвеждане на апарати за АВД са: 1) стратегическо разположение на АВД с лесна достъпност (търговски центрове, метростанции, гари, летища, училища, университети и др.); 2) картографиране на вече разположените АВД; 3) обучение на потенциални потребители на АВД; 4) включване на обучени хора в аварийни планове; 5) създаване на регистър за успеваемостта от употребата на АВД; 6) провеждане на информационни и образователни кампании за бързо и ефективно разпознаване на ВСА и прилагане на ранна КПП и АВД и други практики, с изпълнението на които ще се намаляват и жертвите на ВСА.

Организираното и проведено авторско национално онлайн проучване „Обществото и първа помощ П“ през 2022 г., събра голям масив от данни. Те потвърждават, че е необходим механизъм, който да гарантира по-честото преминаване на курсове по ПП, т.к. над 30% от населението е преминавало такъв преди повече от 7 години и то само в рамките на кандидат-шофьорски курс. Поради тази и други причини едва 36.74% от анкетираните през 2022 г. определят себе си като уверени за оказване на ПП. С 8.36% нараства, спрямо предходния период (2019 г.), процентът на хората, които не биха оказали конкретни мерки за ПП. Въпреки декларираното в проучването желание на хората да помогнат, липсата на повтарящи се обучения показва слабо място по отношение на готовността да се реагира в случай на инцидент или остра форма на заболяване. Обществото самоопределя увереността си като ниска, поради страх от това да не навредят на пострадалия.

Обработката на отговорите на отворените въпроси демонстрира, че има хора, които се страхуват да оказат ПП, за да не бъдат съдени. Необходимо е приемането на нормативна уредба, като Закона за добрия самарянин по примера на Германия, която ще доведе до предпазване на хората от съдебно преследване и ще намали този страх, когато са оказали добронамерена ПП.

С обобщаването на предходните два етапа от разработването на докторската дисертация се доказват първите две защитавани хипотези, изложени в експозето на разработката, а именно:

1. Липсата на законова и нормативна регулация, оказва негативно влияние върху поддържане на знания и умения за оказване на ПП сред българското общество.
2. Ниският дял обучени хора по ПП, както и отсъствието за система за мониторинг и оценка/самооценка на нивото на знания и умения са основните фактори, отговорни за незадоволителна самооценка на българското общество за оказване на ПП.

Третата хипотеза:

3. Прилагането на национален модел на управленска стратегия ще доведе до значително, трайно и устойчиво повишаване на знанията и уменията за оказване на ПП сред българското общество се доказва емпирично чрез апробирането на модела за обучение на учители от гимназиален курс.

Целевата група е избрана с цел стесняване на фокуса на изготвения модел и да предложи данни от проучвания, които да докажат необходимостта от обучение на училищния персонал. Моделът е апробиран чрез контролна извадка от 42 човека и успеваемостта му надмина предварително заложената цел от 85% - принос, който гарантира ефективността на предложения подход.

Предложението на този модел на стратегия е основа за стартиране на междуведомствена и мултидисциплинарна работа между заинтересованите страни като организации, които провеждат курсове по ПП, училища, образователен инспекторат, Министерството на образованието, Министерството на здравеопазването и др.

Предложеният модел включва обучение на учители в гимназиален курс, които в последствие да предадат знанията и уменията на свои колеги и ученици от горен курс.

Предложеният метод е и универсален, тъй като може да се приложи и при други целеви групи на обществото, в т.ч. служители в големи производствени предприятия, търговски центрове, центрове за градска мобилност и др. По този начин моделът демонстрира още един принос, освен посочения вече, а именно намаляване на разходите за обучение от специалист в тези организации, залагайки на знанията и уменията на конкретни служители, които да влязат в ролята на инструктори по ПП в собствените си организации.

Бъдещото развитие на такава стратегия изисква концентрирана, целенасочена работа и приемственост на темата от страната на училищния персонал и постоянен мониторинг и оценка на извършените дейности, с цел отчитане на ефективността им. При необходимост предложеният модел може да се адаптира, според нуждите, произлезли от обратната връзка, спрямо целевата група.

Настоящата докторска дисертация постига целта си в разработването на обоснован модел на управленска стратегия за повишаване на знанията и уменията на населението на база ситуационен анализ на настоящата обстановка по темата в България, прегледа на добри практики в Европа и самооценката на населението за готовността да реагира в случай на нужда.

Провеждане на изследвания по темата са рационални след една година от имплементирането на модела, за да се констатира каква успеваемост има той сред целевата група, в т.ч. икономически и образователен ефект, засилване ангажираността на обществото към актуален проблем и повишаване качеството на живот на хората.

VII. Приноси на докторската дисертация

Въз основа на направените теоретични и емпирични изследвания на първична и вторична информация, в рамките на дисертационния труд се открояват следните приноси:

1. На базата на анализ на нормативната уредба на България са идентифицирани, проучени и систематизирани дефицитите в българското законодателство относно дефинирането и приложението на термина „първа помощ“. В резултат на това в дисертационния труд е изведена дефиниция на понятието „първа помощ“ като специфична област от критично значение, което да се изучава и развива.
2. Извършен е задълбочен сравнителен анализ на добри практики в европейските страни относно подготовка на населението за оказване на първа помощ в случай на инцидент или при остра форма на заболяване, въз основа на който са предложени насоки за повишаване капацитета на българското общество при оказване на първа помощ.
3. В резултат от проведено национално-представително проучване са изведени емпирично сравнителни характеристики в поведението на българското общество, очертани са тенденции в поведението на изследвания обект и са предложени концептуални виждания за активности и обучения, които да повишат капацитета на обществото за реагиране при необходимост от първа помощ. Важен практико-приложен принос върху неизследван през последните три десетилетия социален проблем.
4. Предложен е модел за разработване на управленска стратегия за повишаване готовността и увереността на населението за оказване на първа помощ. Моделът е апробиран като постигната успеваемост надминава първоначално заложената цел от 85%. Тези резултати оформят най-значимият принос с научно-приложен характер на дисертационния труд.

VIII. Научни публикации, свързани с дисертационния труд

1. Георгиев, Андриан. *Опитът на водещите европейски страни в подготовката на населението в случай на инцидент*. Сборник с доклади от международна конференция "ТУРИЗМЪТ И ГЛОБАЛНИТЕ КРИЗИ". Издателство "АЙ ЕНД БИ". 2021. с. 830-839
2. Георгиев, Андриан. *Европейски практики за намаляване на здравните и социални последици от внезапен сърдечен арест (ВСА)*. списание "МЕДИЦИНА И СПОРТ". Издателство "УНИ - ММ" ЕООД. 2021. брой 3-4. с. 46-51
3. Georgiev, Andrian. Tsanova-Savova, Silvia. *Research, analysis, and assessment of the Bulgarian population's preparedness to provide first aid*. International Journal of Scientific Research and Management. IJSRM ISSN: 2321-3418. 2021. vol 9 No 11. pg. 463-470. <https://ijsrm.in/index.php/ijsrm/article/view/3540>
4. Георгиев, Андриан. *Необходимостта от включването на практика по първа помощ във формалното и неформалното образование, с цел осигуряване сигурността и здравето на децата*. 2022. (под печат)