

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ  
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН”

---

**Цветка Василева Бойчева**

**ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА ПАЛИАТИВНИ  
ГРИЖИ**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т  
НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“**

*Област на висшето образование 7. Здравеопазване и спорт  
Професионално направление 7.4. Обществено здраве  
Докторска програма „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“*

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:**

Доц. Мария Иванова Димитрова, дм

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

Проф. Галина Стамова Чанева, дм

Проф. Елена Грозева Желева, дп

София 2021г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защитата от Катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ на Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при Медицински университет София.

Дисертационният труд съдържа 200 страници и е онагледен с 58 фигури, 20 таблици, 3 схеми и три приложения. Библиографската справка включва 139 заглавия, от които 103 на кирилица и 36 на латиница.

Научно жури:

1. Проф. Галина Стамова Чанева, дм – вътрешен член за МУ – София
2. Доц. Евгени Господинов Иванов, дм – вътрешен член за МУ – София
3. Доц. Диана Кръстева Иванова, дм – външен член за МУ – София
4. Проф. Елена Грозева Желева, дп – външен член за МУ – София
5. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм – външен член за МУ – София

Резервни членове:

1. Доц. Пепа Рашкова Бикова-Иванова, дм – вътрешен член за МУ – София
2. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм – външен член за МУ – София

Публичната защита ще се състои на 14.10.2021г. от 12,00 ч. във Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в отдел Наука на Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София и на интернет страницата на МУ – София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на същите в дисертационния труд.

## СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение .....	4
I. Цел, задачи и методология на проучването.....	5
II. Анализ на резултатите от проучването .....	11
1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на близките на пациентите .....	11
2. Анализ на резултатите от анкетното проучване на професионалистите по здравни грижи .....	21
3. Анализ на резултатите от анкетното проучване на ръководителите в здравеопазването .....	36
III. Модел за предоставяне на палиативни грижи .....	49
IV. Програма за обучение на професионалистите по здравни грижи за прилагане на модел за предоставяне на палиативни грижи .....	60
V. Проект на учебна програма за придобиване на специалност „Палиативни грижи“ за професионалисти по здравни грижи .....	62
Изводи .....	67
Препоръки .....	68
Заключение .....	69
Приноси .....	70
Списък на публикациите свързани с дисертационния труд .....	71

## ВЪВЕДЕНИЕ

*„Неизбежно всеки човешки живот достига своя край. Най-важният приоритет пред какъвто и да било друг, е грижата за този край да дойде по възможно най-достоеен и безболезнен начин. Това е приоритет не само на медицинската професия и на здравеопазването, това е приоритет на всяко общество, семейство и индивид.“ СЗО*

През последните десетилетия напредъка в медицинската наука и въвеждането на нови диагностични технологии подобриха ефективността на медицинската помощ. В резултат на това се увеличи средната продължителност на живота. С дълголетие обаче нараства честотата на хроничните и дегенеративни заболявания, нараства и относителната част от живота прекаран в болести и страдания. Това наложи промяна в целите на съвременната медицина, а именно облекчаване на болката и страданието, грижа за хората, които не могат да бъдат излекувани, осигуряване на спокойна и достойна смърт.

Палиативните грижи са подход, който има за цел да подобри качеството на живот на неизлечимо болните и техните семейства. Това се постига чрез предотвратяването и облекчаването на страданието, ранна идентификация, оценка и лечение на болката и другите физически, психически, социални и духовни проблеми.

Според Световната здравна организация потребността на хората от палиативни грижи непрекъснато ще нараства, което ще е предизвикателство пред здравните системи на страните. Ключова роля в съвременното здравеопазване се отрежда на палиативните грижи. Те задоволяват физическите, психическите, социалните, културните и духовни потребности на неизлечимо болните пациенти. Насочени са към семейството и близките на болните. Осигуряват подкрепа и обучение, помагат на хората да преодолеят мъката и скръбта от загубата на близък човек.

Темата за грижата в края на живота неизменно повдига множество сериозни въпроси, които стават още по-сложни заради недостатъчните човешки и финансови ресурси в здравеопазването и непрекъснатото развитие и утвърждаване на нови научни и медицински методи, имащи за цел да подобрят качеството на човешкия живот, оптималното му удължаване и поддържане.

# **I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО**

## **1. ЦЕЛ**

Целта на настоящето проучване е да се установи и анализира съществуващата организация и управление на палиативните грижи, на базата на което да се предложи модел от методически подходи за осигуряване на достъпни и качествени здравни грижи за неизлечимо болни пациенти в съответствие със специфичните за тях и близките им потребности.

## **2. ХИПОТЕЗА**

Създаването на добре функционираща организация за палиативни грижи, адекватна на здравеопазването в страната е възможност за осигуряване и гарантиране на качествени здравни грижи за пациентите и техните семейства.

## **3. ЗАДАЧИ**

За постигането на набелязаната цел са поставени следните **задачи**:

1. Анализ и оценка на организацията и управлението на грижите за неизлечимо болни пациенти и специфичните им потребности.
2. Проучване на нагласите на медицинските специалисти и техните ръководители за оказване на професионални грижи за нелечимо болен пациент в домашни условия с помощта на екип за палиативни грижи.
3. Проучване удовлетвореността на близките (семействата) от здравните грижи при съществуващата организация за предоставяне на палиативни грижи.
4. Проучване на мнението на здравните специалисти и техните ръководители относно въвеждането на специалност „Палиативни грижи“ за професионалисти по здравни грижи.
5. Разработване на модел от научно обосновани методически подходи, методи и средства за осигуряване на качествени палиативни грижи.
6. Определяне на основните аспекти на програма по „Палиативни грижи – оценка на потребностите и план за грижи“ за следдипломно обучение на професионалисти по здравни грижи.

7. Изработване на проект на учебна програма за специалност „Палиативни грижи“ за професионалисти по здравни грижи

#### **4. ПРЕДМЕТ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Предмет на проучването са палиативните грижи.

#### **5. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Обект на проучването са организацията и управлението на палиативните грижи, като фактор за осигуряване на достъпни и качествени грижи за болните и техните семейства.

#### **6. ТЕХНИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА ПРОУЧВАНЕТО**

В представения дисертационен труд, като технически единици на изследването са 30 лечебни заведения и социални домове в 14 населени места на територията на Република България. Това са градовете София, Перник, Монтана, Търговище, Мадан, Кюстендил, Ямбол, Дряново, Велико Търново, Русе, Стара Загора, Плевен, Варна и Сливен.

Изследването е проведено в:

- ✓ лечебни заведения за болнична помощ, които са многопрофилни болници за активно лечение – университетски и специализирани, комплексни онкологични центрове: УМБАЛ „Царица Йоанна ИСУЛ“ ЕАД; УСБАЛ по онкология ЕАД гр. София; ВМА – София; „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“ гр. София; УМБАЛ „Св. Анна“ АД – София; „Първа МБАЛ – София“ ЕАД; МБАЛ „Рахила Ангелова“ АД гр. Перник; МБАЛ „Д-р Стамен Илиев“ АД гр. Монтана; МБАЛ – Търговище АД; МБАЛ „Проф. Д-р Константин Чилов“ ЕООД – гр. Мадан; МБАЛ „Д-р Никола Василев“ гр. Кюстендил; МБАЛ „Св. Пантелеймон“ АД гр. Ямбол; Комплексен онкологичен център – Велико Търново ЕООД; Комплексен онкологичен център – Русе ЕООД; УМБАЛ „Канев“ АД Русе; Комплексен онкологичен център – Стара Загора ЕООД; УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД гр. Плевен; МБАЛ – Сливен ВМА.
- ✓ други лечебни заведения – хосписи: Хоспис „Парадайс“ – София; „АлфаМед“ Хоспис гр. Търговище; Хоспис Мадан ЕООД; „Регионален хоспис“ ЕООД гр.

- Дряново; Хоспис „ТРАКАТА МЕД“ гр. Варна; Хоспис „Елиноор“ Стара Загора; Хоспис – Лек Стара Загора; Хоспис – Сезони Стара Загора;
- ✓ социални домове: ДСХ гр. Ямбол; ДМСГД гр. Ямбол; ПК – гр. Варна; Дом за възрастни хора и хора с деменция – с. Болярско.

## **7. ЛОГИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

В рамките на изследването са обособени три основни логически единици:

1. Близки (член на семейството) на тежко болни пациенти.
2. Професионалисти по здравни грижи оказващи грижи за тежко болни пациенти/палиативни грижи. Работещи в:
  - ✓ хоспис;
  - ✓ в отделение за палиативни грижи;
  - ✓ в отделение за тежко болни пациенти.
3. Ръководители в здравеопазването:
  - ✓ Директор на лечебно заведение;
  - ✓ Управител на хоспис;
  - ✓ Началник отделение;
  - ✓ Главна медицинска сестра;
  - ✓ Старша медицинска сестра/рехабилитатор.

## **8. ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ НА ЛОГИЧЕСКИТЕ ЕДИНИЦИ**

### ***8.1. Признаци за близки на тежко болни пациенти:***

- ✓ Признаци, отразяващи социалния статус;
- ✓ Признаци, свързани с качеството на предлаганите грижи;
- ✓ Признаци, свързани с нуждата от професионална помощ и обучение;
- ✓ Признаци, свързани с организационни форми и модели за палиативни грижи.

### ***8.2. Признаци за професионалисти по здравни грижи***

- ✓ Признаци, отразяващи социалния статус
- ✓ Признаци, отразяващи професионални характеристики;
- ✓ Признаци, свързани с качеството на предлаганите грижи;
- ✓ Признаци, свързани с организационни форми и модели за палиативни грижи.

### **8.3. Признаци за ръководители**

- ✓ Признаци, отразяващи социалния статус;
- ✓ Признаци, отразяващи професионални характеристики;
- ✓ Признаци, свързани с мениджмънта на здравната организация;
- ✓ Признаци, свързани с организирането и управлението на палиативните грижи.

## **9. ХАРАКТЕР НА ПРОУЧВАНЕТО**

Проучването е комплексно и включва:

- ✓ Наблюдение и оценка на мнението на близките на тежко болните пациенти;
- ✓ Наблюдение и оценка на мнението на специалистите по здравни грижи, оказващи грижи за тежко болни пациенти/палиативни грижи;
- ✓ Наблюдение и оценка на ръководителите в здравеопазването.

## **10. ОБЕМ НА ПРОУЧВАНЕТО**

В проучването са обхванати общо 1166 респондента, от които:

- ✓ 602 близки (член семейство) на тежко болни пациенти;
- ✓ 376 професионалиста по здравни грижи;
- ✓ 188 ръководители в здравеопазването.

Всички анкетирани лица са изразили доброволно съгласие за участие в проучването.

## **11. ОРГАНИ НА НАБЛЮДЕНИЕ**

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигането на по-голяма точност. Събирането на информацията е осъществено с разрешението на директорите на лечебните заведения, със съдействието на главните медицински сестри и старшите медицински сестри/рехабилитатори.

Подбраните сътрудници бяха предварително запознати с целта и методиката на извършване на изследването, а също така и обучени за работа с инструментариума.

## **12. МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Проучването е проведено през 2017 и 2018 година в посочените 30 лечебни заведения и социални домове. Работата е извършена самостоятелно с разрешението на Изпълнителните директори и Управители на лечебните заведения. Използвано е сътрудничеството на ръководителите по здравни грижи.

## **13. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО**

### ***13.1. Методи за събиране на емпиричния материал***

При подбора на методите се ръководихме от целта и задачите на изследването. Използвани са документален, социологически и статистически метод.

#### ***13.1.1 Документален метод***

Използван за събиране на информация от специализирана литература, относно организацията и управлението на палиативните грижи и нормативни документи.

#### ***13.1.2. Социологически метод***

Основава се на използването на пряка индивидуална анкета. За целта са изработени три вида анкетни карти:

- ✓ Анкетна карта 1 за близки на тежко болни пациенти (Приложение 1); Анкетната карта съдържа 18 въпроса.
- ✓ Анкетна карта 2 за професионалисти по здравни грижи извършващи грижи за тежко болни пациенти/палиативни грижи (Приложение 2); Анкетната карта съдържа 26 въпроса.
- ✓ Анкетна карта 3 за ръководители в здравеопазването (Приложение 3); Анкетната карта съдържа 24 въпроса.

### ***13.2. Методи за обработка на емпиричния материал***

#### ***13.2.1. Статистически метод***

Данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v. 25. с качествени и количествени параметри за идентифициране на проблемите. Използвана е методична и консултативна помощ на медицински статистик. При анализиране на получените данни от проучването са използвани следните статистически методи:

- ✓ Честотен анализ на качествени променливи с абсолютни честоти, относителни честоти, кумулативни относителни честоти;
- ✓ Вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение, доверителен интервал на средната стойност;
- ✓ Метод за проверка на хипотези за търсене на връзки между качествени променливи (Chi-square tests: Pearson Chi-Square, Likelihood Ratio, Linear-by-Linear Association).

Използвано е критично ниво на значимост 0.05. Нулевата хипотеза е отхвърлена при стойност на  $p \leq 0.05$  (George and Mallery, 2003; Field, 2006).

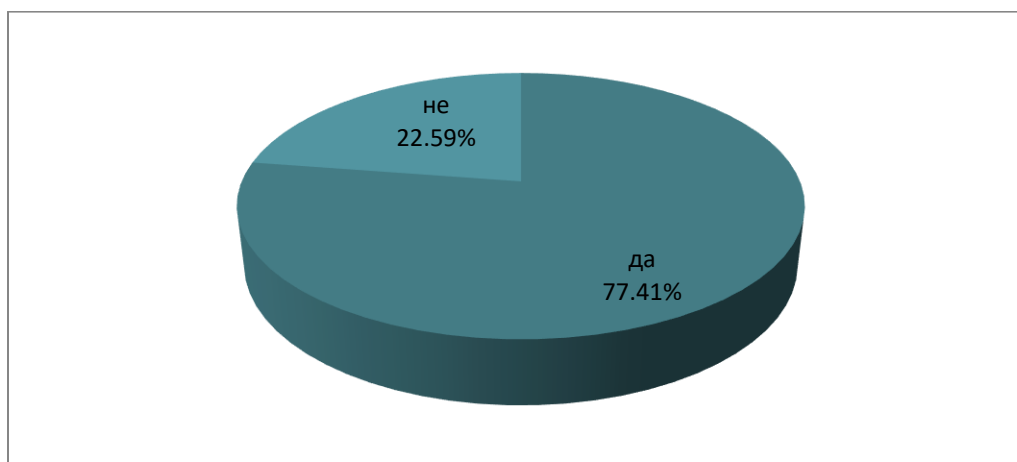
## II. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

### 1. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА БЛИЗКИТЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ

#### *Социален профил на близките на пациентите*

Обобщените резултати показват, че социалният профил на близките на неизлечимо болните пациенти включва, най често, работещи лица със средно образование, от женски пол, на възраст от 41 до 60 години.

#### *Организационни форми на грижи за тежко болни пациенти – предпочитания и опит на близките на пациентите*



**Фиг. 1. Налагало ли се е да полагате грижи за тежко болен близък**

Резултатите показват, че 77,41 % от анкетираните лица притежават личен опит в оказването на грижи за свой близък тежко болен, докато едва 22,59 % не са полагали такива грижи до сега (Фиг. 1).

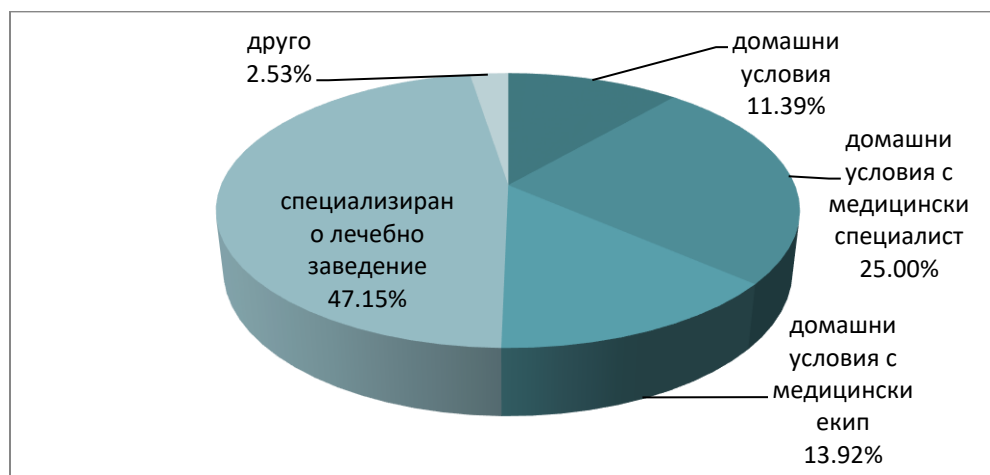
Това съответства на непрекъснато нарастващата заболяемост от хронични и дегенеративни заболявания, както и на значително повишаващата се честота на новите случаи от онкологични заболявания през последните десет години, за които увеличението

спрямо всяка предходната година с около 350,2 - 447,2 случая на сто хиляди души население.

**Табл. 1. Места за осъществяване на грижите за тежко болни пациенти**

Кой и къде осъществяваше грижите за вашите близки?	Отговори	Относителен дял [%]
	лице без медицинско образование в домашни условия	
лице с медицинско образование в домашни условия		<b>20,14%</b>
в лечебно заведение		<b>16,25%</b>
в специализирано лечебно заведение		<b>14,84%</b>
друго		<b>3,53%</b>
не посочили отговор		<b>7,77%</b>

Повече от една трета от респондентите 37,46 % са отговорили, че за техните близки са се грижили сами в домашни условия. 20,14 % са посочили пак домашни условия за грижите, но със участието на медицинско лице. Отговор „в лечебно заведение“ са посочили 16,26 % от анкетираните. „В специализирано лечебно заведение “ са отговорили 14,84 %. Отговор „друго“ са избрали едва 3,53 %, като под „друго“ са вписали хоспис. Не са посочили отговор само 7,77 % (Табл. 1). Повече от половината анкетирани лица са посочили домашните условия с или без участието на медицинско лице



**Фиг. 2. Най-подходящ начин на извършване на грижи за тежко болни пациенти според техните близки**

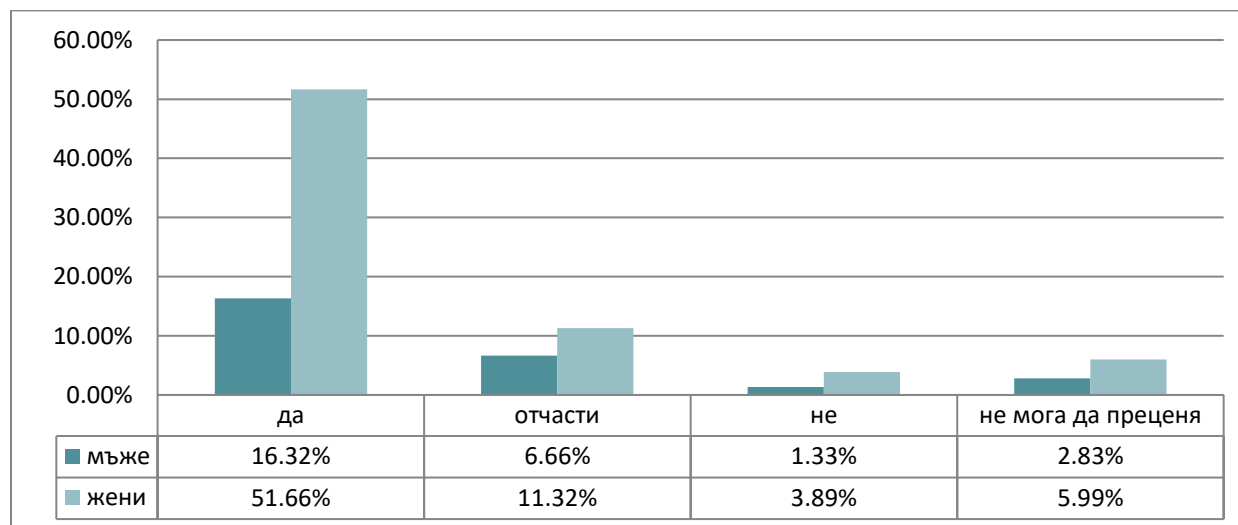
Резултатите от проучването показват, че най-подходящият начин на извършване на грижи за тежко болни пациенти, според техните близки, е в специализирано лечебно заведение – 47,15 %. Грижите в домашни условия с участието на медицинско лице са

предпочетени от 25,00 %. В домашните условия с помощта на медицински екип са посочили 13,92 %. Предпочитание за грижи в домашни условия с участието на близките са предпочетени от 11,39 %. Едва 2,53 % са посочили отговор „друго“ с уточнение като „хоспис“ (фиг. 2).

### ***Проблеми и потребности на семействата с неизлечимо болен***

Без съмнение, основната тежест на грижите към неизлечимо болните пада върху техните близки. Роднините преживяват голям стрес, а негативните емоции и затруднените социални контакти променят начина на живот на цялото семейство. Близките се нуждаят от професионална помощ и подкрепа, от специализирани обучения да за осигурят по добро качество на живот на болните и на тях самите. Проблемите с икономически и социален характер и недостига на време са основни за семействата с неизлечимо болни.

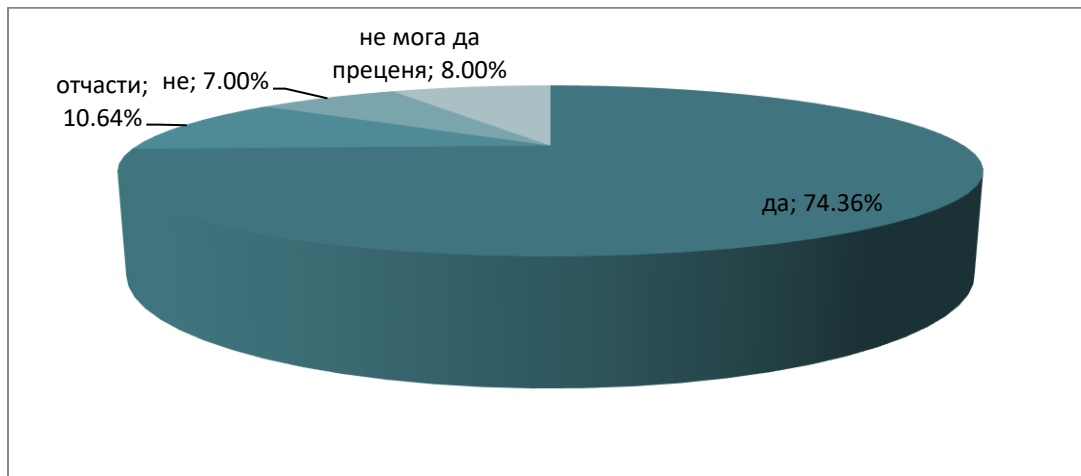
Желанието на близките да получат професионална помощ и подкрепа при оказване на грижи за тежко болен член на семейството е представено на Фиг. 3.



**Фиг. 3. Желание на близките за професионална помощ и подкрепа**

Повече от две трети от респонденти (общо мъже и жени - 67,98 %) са посочили, че се нуждаят от професионална помощ и подкрепа за да осигурят определено качество на живот на болните. Отговор „Отчасти“ са посочили общо 17,98% от анкетираните. По-малко от 6,00 % от лицата са заявили, че не се нуждаят от професионална помощ и подкрепа, а по-малко от 9,00% не могат да преценят как да отговорят (Фиг. 3).

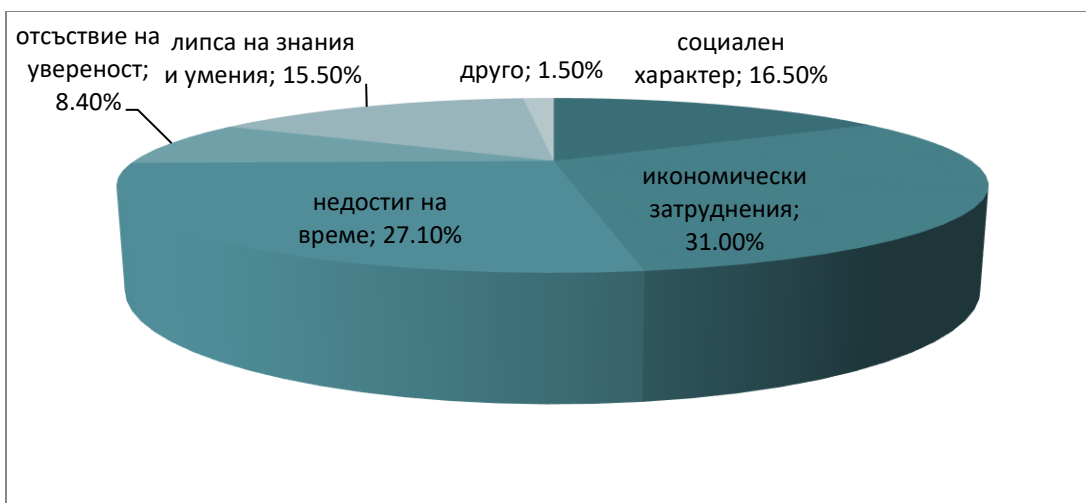
Роднините имат своите притеснения дали ще могат да се грижат добре за болния, как ще се справят със спешни ситуации, правилно ли е да държат пациента в къщи, дали да приемат съвет от приятели и съсед. Това обуславя мотивацията им за участия в обучения, насочени към грижите за тежко болните представено във Фиг.4.



**Фиг. 4. Желание на близките за обучение**

Повече от две трети – 74,36 % са посочили своето категорично желание за обучение свързано с грижите към неизлечимо болен. 10,64 % отговарят уклончиво, едва 7,00 % не желаят да участват в обучения, а 8,00 % не могат да преценят (Фиг. 4). Близките се нуждаят от специализирани обучения да за осигурят по добро качество на живот на болните и на тях самите. Тези резултати са индикативни за необходимостта от разработване на програми за обучение на близките на тежко болните пациенти, като неразривна част от добрите практики в областта на палиативната медицина.

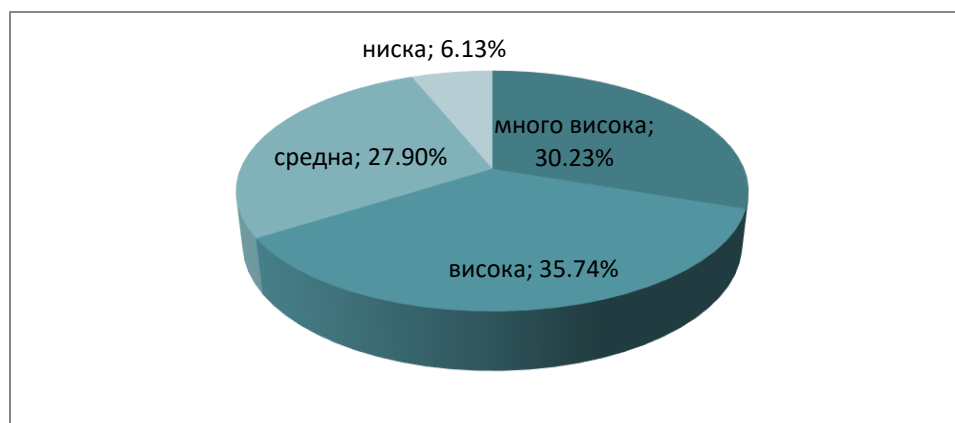
Освен трудностите свързани със здравословното състояние на болния, семействата срещат и редица други проблеми.



**Фиг. 5. Проблеми на близките свързани с грижите за неизлечимо болен**

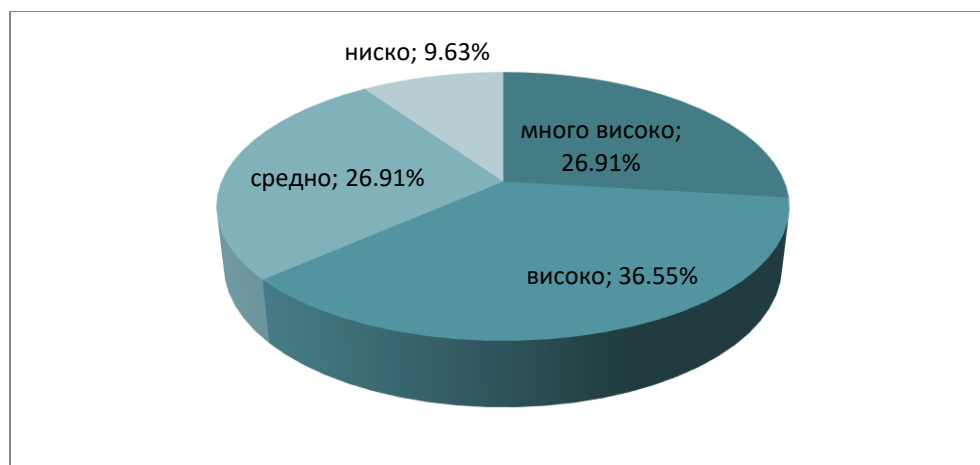
Според резултатите на първо място са проблемите с икономически характер – 31,00 %, следвани от недостига на време – 27,10 %, трети по тежест са социалните проблеми – 16,50 %, на четвърта позиция са трудностите породени от липсата на знания и умения – 15,50 %, на пред последно място е поставено отсъствието на увереност с 8,40 % и последни се нареждат лицата посочили отговор „Друго“ – 1,50 % (Фиг. 5).

Ситуацията породена от състоянието на болния променя начина на живот на цялото семейство.



**Фиг. 6 Промяна в начина на живот на семействата с неизлечимо болни**

За 35,74% от анкетираните, тези промени са във висока степен, много висока са посочили 30,23%, като средна степента на промяна е отразена при 27,90% от близките и 6,13% са заявили в ниска степен (Фиг. 6). Семействата с неизлечимо болен са подложени на постоянно психическо и физическо натоварване породено от непрекъснатите грижи и разнообразните нужди на болния.



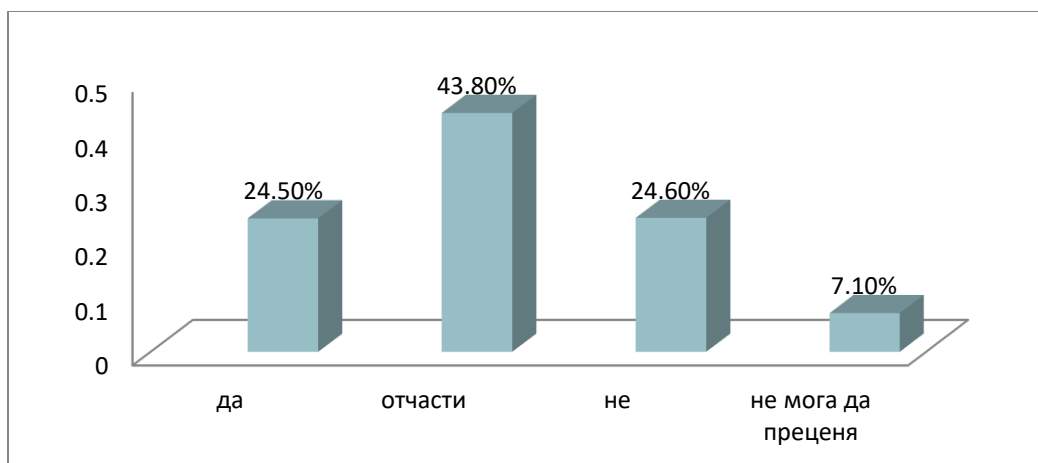
**Фиг. 7. Ниво на преживян стрес в семействата с неизлечимо болни**

Роднините преживяват голям стрес. 36,55% от тях заявяват, че степента на изживения стрес е висока, с еднакъв относителен дял от 26,91% са посочили средна и много висока степен и 9,63% от близките определят нивото на преживения стрес като ниско (Фиг. 7).

***Удовлетвореност на близките на пациентите от качеството на палиативните грижи***

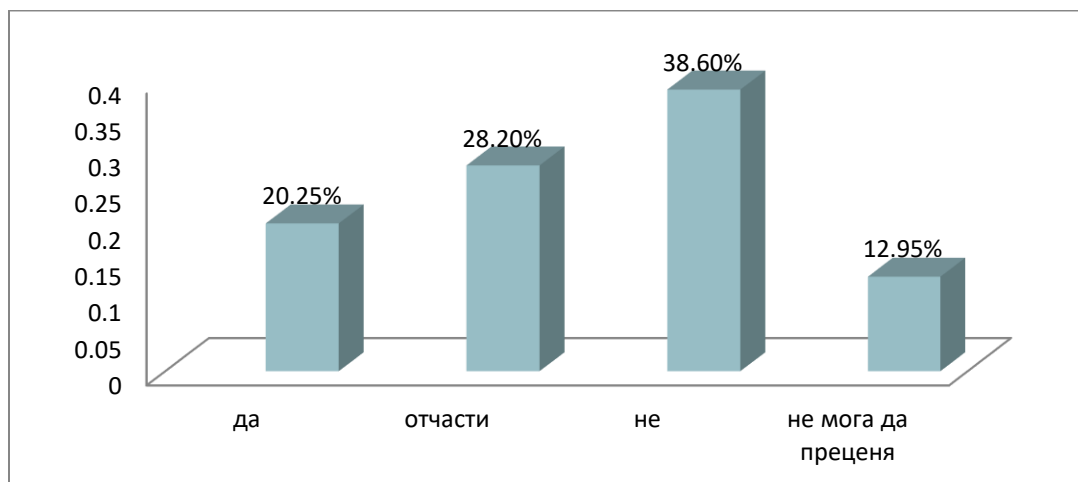
В центъра на палиативните грижи винаги е пациентът и неговото семейство. Екипният подход е водещ при разрешаването на комплексните проблеми на тежко болните и техните близки. Потребностите на болните, нуждаещи се от палиативни грижи и техните семейства са специфични и едновременно с това разнообразни. Освен здравословен проблем, съществуват и духовни, социални и психически нужди.

Емоционалната грижа и подкрепа за пациента и неговото семейство е в основата на добрите палиативни грижи. На Фиг. 8 са представени данните от проучването на удовлетвореността на близките от задоволяването на емоционалните потребности на болните.



**Фиг. 8. Удовлетворение на емоционалните потребности на неизлечимо болните според техните близки**

Едва 24,50 % от анкетираните считат, емоционалните им потребности са удовлетворени. Според по-голямата част от близките (43,80 %), емоционалните потребности на неизлечимо болните за които се грижат са удовлетворени отчасти. Значителен е относителният дял и на анкетираните, които отговарят с „не“ – 24,60 %, а 7,10 % не могат да преценят (Фиг. 8). Създаването на емоционално поддържащи отношения с пациента зависи от добрите комуникативни умения на здравните специалисти, от техните знания и опит. Осигуряването на обучения насочени към подобряване на комуникативните умения на специалистите по здравни грижи ще подобри качеството на грижите за тежко болните пациенти.



**Фиг. 9. Удовлетворение на духовните и културни потребности на неизлечимо болните според техните близки**

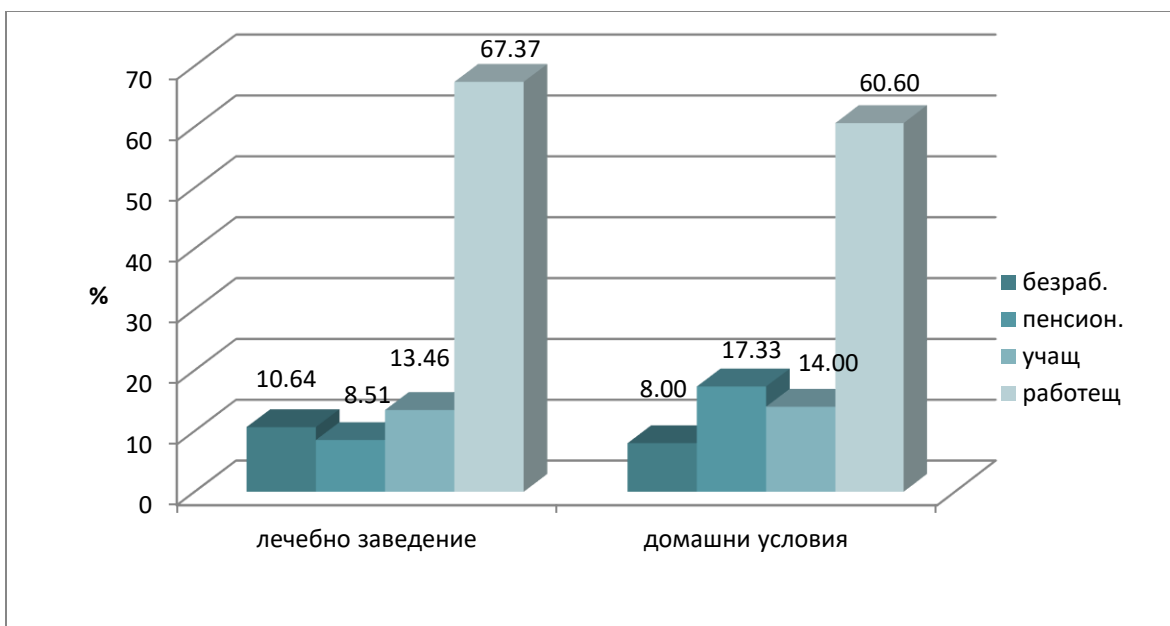
От резултатите се вижда, че духовните и културни потребности на неизлечимо болните не са удовлетворени, което се посочва от 38,60 % от техните близки, или според 28,20 % са само отчасти задоволени. Едва 20,25 % от близките дават положителен отговор, а 12,95 % нямат мнение.

Подкрепата, осигурена от екипа за палиативни грижи е безценна за пациента и неговото семейство при удовлетворяване на емоционалните, духовни и културни потребности. Палиативната грижа включва и помощта към семейството за преодоляване на загубата на близък човек. Осигуряването на обучения насочени към подобряване на комуникативните умения на специалистите по здравни грижи ще подобри качеството на грижите за тежко болните пациенти.

### ***Статистически значими зависимости при резултатите от проучването на мнението на близките на пациентите***

Направените изследвания разкриват статистически значими зависимости между трудовата заетост на близките на пациентите, от една страна, с предпочитаната от тях форма на палиативните грижи ( $p = 0,001 < 0,05$ ), и мнението им относно необходимостта от професионална помощ и подкрепа за запазване на определено качество на живот ( $p = 0,000 < 0,05$ ), от друга, а също така, между желанието на близките на пациентите да участват в обучение и тяхната възраст ( $p = 0,001 < 0,05$ ).

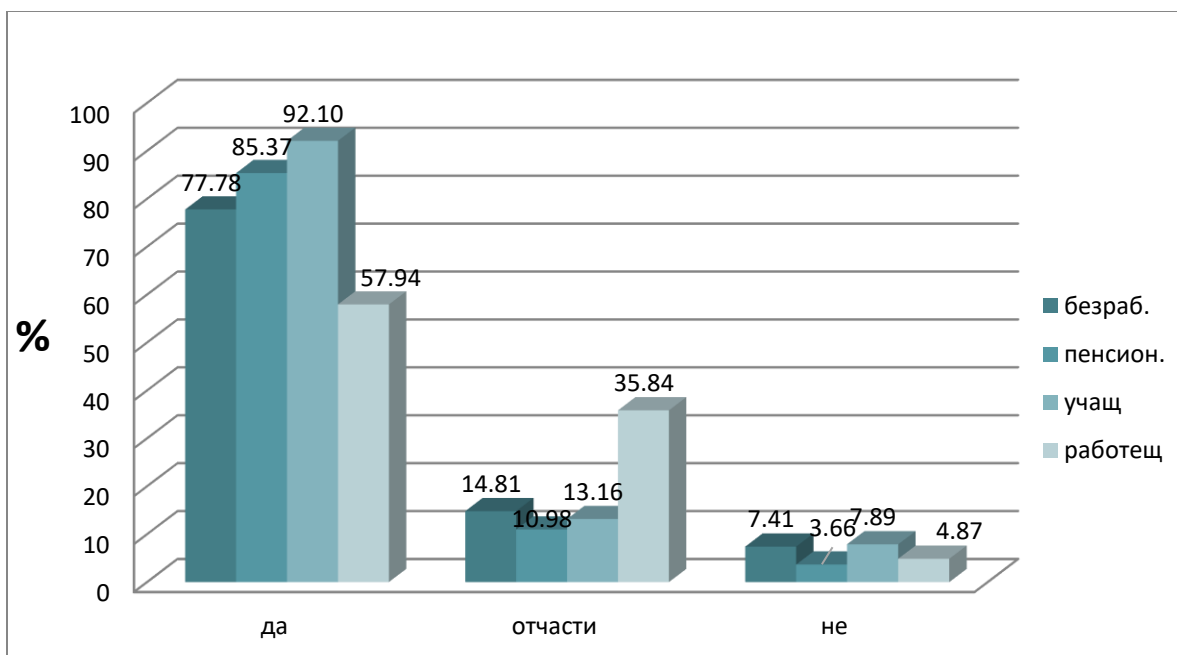
На Фиг. 10 са представени данните от статистическата зависимост между предпочитаната от близките на пациентите форма за палиативни грижи и трудовата им заетост.



**Фиг. 10. Зависимост между предпочитаната от близките на пациентите форма на палиативните грижи и трудовата им заетост ( $p = 0,001 < 0,05$ )**

При безработните и учащите не съществуват съществени различия в предпочитанията за това къде да се осъществяват грижите за неизлечимо болните пациенти – в лечебно заведение или в домашни условия, като разликите в стойностите са незначителни – съответно 2,64 % и 0,54 %. Най-значими са различията при пенсионерите, при които относителния дял на предпочитащите домашните условия за палиативни грижи е повече от два пъти по-голям от този на пенсионерите отдаващи предпочитания на лечебните заведения – съответно 17,33 % срещу 8,51 %. Това съответства на различията в мнението на работещите, като относителният дял на тези, които предпочитат грижите за близките им да се предоставят в лечебно заведение е по-голям с около 7,00 % (Фиг. 10).

Аналогични, до голяма степен, са и данните предоставени в Фиг. 11 показващи статистически значима зависимост между мнението на близките на пациентите за необходимостта от професионална помощ и подкрепа за запазване на определено качество на живот и трудовата им заетост.

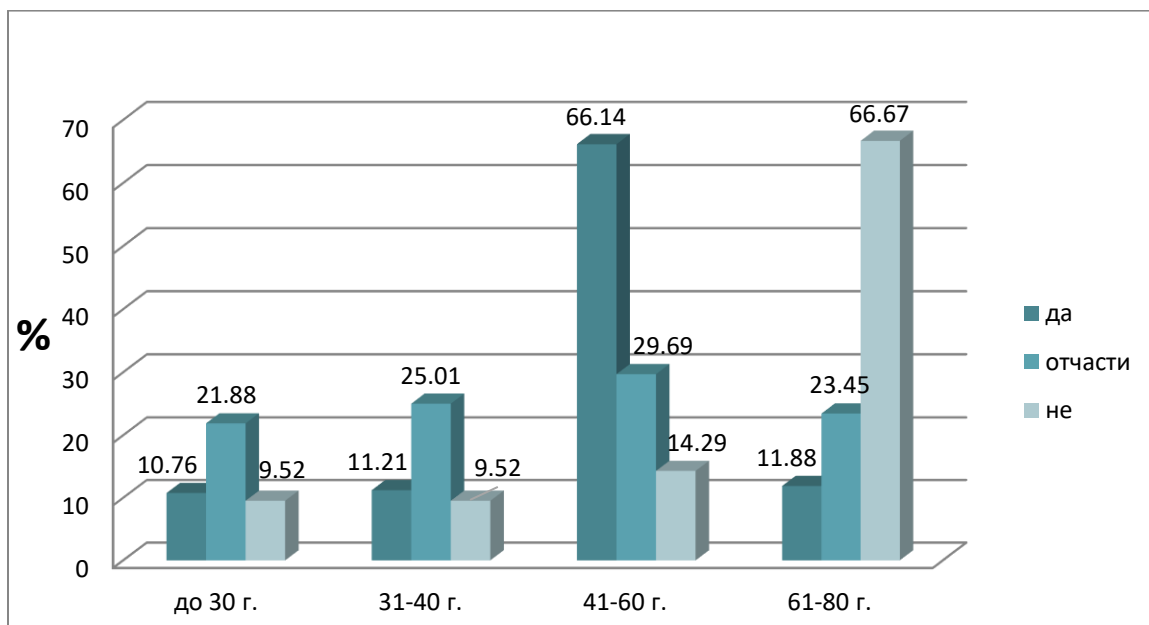


**Фиг. 11. Зависимост между необходимостта от професионална помощ и подкрепа за запазване на определено качество на живот и трудовата заетост на близките на пациентите ( $p = 0,000 < 0,05$ )**

Резултатите показват, че 92,10 % от учащите, 85,37 % от пенсионерите и 77,78 % от безработните считат това за безусловно необходимо, докато най-нисък в тази група е относителният дял на работещите – 57,94 % (Фиг. 11). При близките на пациентите, считащи, че за поддържане на качеството на живот не им е необходима допълнителна помощ, или подкрепа им е необходима само отчасти, съотношенията са неясно разпределени, което се определя от ниския абсолютен брой на анкетираните в тези групи.

Получените закономерности са обусловени от социално-икономически и психологически фактори. От четирите обособени за целите на изследването социални групи, именно работещите са тези, на които е най-трудно да предоставят грижи при домашни условия, независимо от очакванията за по-високи доходи и възможности за осигуряване грижи срещу допълнително възнаграждение. Същевременно, уседналият начин на живот, в повечето случаи, на пенсионерите, както и предполагаемата по-голяма привързаност към дома, определят по-високият относителен дял на предпочитанията за грижи при домашни условия. Социално-икономическият фактор притежава най-голяма тежест и при зависимостта между необходимостта от подкрепа за поддържане на качеството на живот и трудовата заетост на близките на неизлечимо болните.

Анализът на данните на Фиг. 12 ясно показва значението на възрастта на близките за тяхното желание и готовност да участват в обучение за предоставяне на грижи за неизлечимо болните пациенти.



**Фиг. 12. Зависимост между желанието на близките на пациентите за участие в обучение и тяхната възраст ( $p = 0,001 < 0,05$ )**

Резултатите показват най-ясно изразено желание за обучение при близките на пациентите на възраст от 41 до 60 г. В тази възрастова група 66,14 % от анкетираните са изявили готовност за обучение, 29,69 % са отговорили “отчасти”, а 14,29 % са посочили, че не желаят да бъдат обучавани (Фиг. 12).

При близките на пациентите на възраст от 61 до 80 г. са регистрирани противоположни резултати, като преобладава относителният дял на респондентите, които нямат желание да се обучават – 66,67 %. Отчасти готовност за обучение са декларирали 23,45 %, а безусловно желание за това са посочили едва 11,88 % (Фиг. 12). Разпределението във възрастовите групи до 30 г. и 31-40 г. е почти еднакво, като преобладава относителният дял на анкетираните имащи желание за обучение само отчасти – съответно 21,88 % и 25,01 %. Делът на близките с положителен или отрицателен отговор и в двете групи е приблизително равен – между 9,52 % и 11,21 % (Фиг. 12).

Статистическият анализ на получените резултати потвърждава разностранния характер на проблемите при тежко болните пациенти и техните семейства. Решаването им

и осигуряването на достъпни и ефективни палиативни грижи изисква комплексен подход, който да обхваща спецификата на различните социални групи.

## **2. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ**

### ***Социален и професионален профил на професионалистите по здравни грижи***

На базата на представените резултати, може да се приеме обобщена профилна характеристика на групата на професионалистите по здравни грижи, която включва следните параметри: медицинска сестра, със средно специално/полувисше образование, без завършен курс за следдипломно обучение през последните пет години, работеща в отделение за тежко болни пациенти, на възраст от 41 до 50 години.

### ***Организация и качество на палиативните грижи според професионалистите по здравни грижи***

Медицинската сестра има основна роля при оказването на палиативните грижи. Тя е най-дълго и най-често в контакт с пациента и знае най-добре от какво се нуждае болният и неговите близки. Всичко това подчертава необходимостта от проучване и анализ на мнението на професионалистите по здравни грижи относно организацията на грижите за неизлечимо болни пациенти, като основа за повишаване на тяхното качество и ефективност.

**Табл. 2. Основен мотив на професионалистите по здравни грижи за избор на работно място**

Основен мотив	Брой	Относителен дял [%]
Желание за грижа за тежко болни пациенти	<b>122</b>	<b>32,45</b>
По-добро заплащане	<b>158</b>	<b>42,02</b>
Липса на друго свободно работно място	<b>61</b>	<b>16,22</b>
Друго	<b>35</b>	<b>9,31</b>
Общо	<b>376</b>	<b>100,00</b>

Може да се приеме за естествено, че най-голям относителен дял от анкетираните – 42,02 %, посочват като основен мотив по-доброто заплащане. За 32,45 % от респондентите изборът им на работно място е продиктуван от желанието да се грижат и помагат на тежко болните пациенти. Липсата на друго свободно работно място е причината при 16,22 %, а 9,31 % са посочили отговор „друго“ (Табл. 2).

Грижата за живота и здравето на хората е в основата на медицинската професия, но неизбежно съвременните социално-икономически реалности и разбираня на обществото изтъкват на преден план финансовият фактор като водещ при професионалната ориентация на кадрите. Близо една трета от специалистите по здравни грижи (32,45 %) мотивират своя избор на работно място в съответствие с философията на сестринската професия в нейната емоционална и техническа същност, което е показателно за моралния и професионален облик на медицинската сестра.

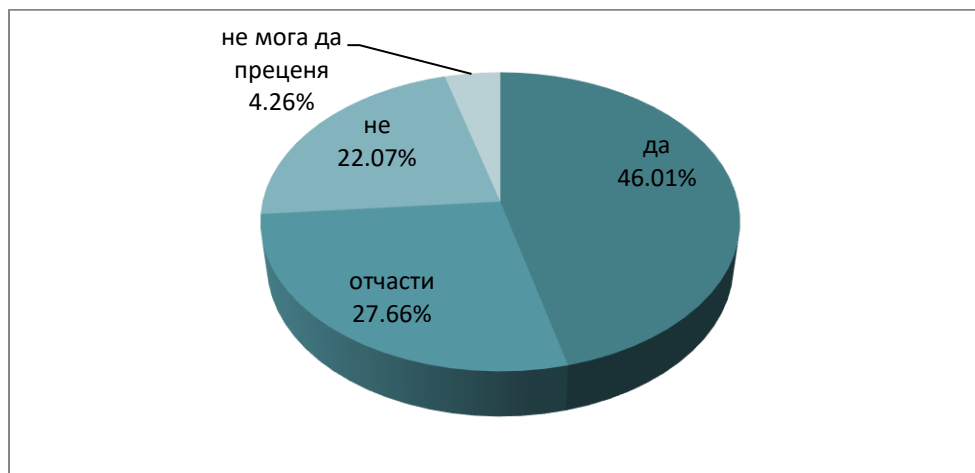
Независимо, че в болниците възможностите за животоспасяващи манипулации и медикаменти са по-големи, спецификата на душевното състояние на неизлечимо болните изисква особен подход и среда за грижите. За пациентите, настанени в хосписи ситуацията е различна, а още повече това важи за грижите по домовете, оказвани от екипи за палиативни грижи.

**Табл. 3. Най-подходящо място за предоставяне на палиативни грижи според професионалистите по здравни грижи**

Място	Брой	Относителен дял [%]
Хоспис	<b>142</b>	<b>37,77</b>
Отделение за палиативни грижи	<b>106</b>	<b>28,19</b>
Дневен център	<b>52</b>	<b>13,83</b>
Домашни условия	<b>50</b>	<b>13,30</b>
Друго	<b>26</b>	<b>6,91</b>
Общо	<b>376</b>	<b>100,00</b>

Данните от проучването показват, че според 37,77 % от анкетираните, най-подходящо място за грижи за неизлечимо болни пациенти е хоспис (Табл. 9). 28,19 % от респондентите посочват за това отделение за палиативни грижи, 13,83 % - дневен център, 13,30 % - домашни условия и 6,91 % дават отговор „друго“ (Табл. 3).

В този контекст, важно условие представлява възможността професионалистите по здравни грижи да оказват палиативни грижи в домашни условия. На Фиг. 13 е показано разпределението им в зависимост от тяхната готовност да оказват грижи в домашни условия.

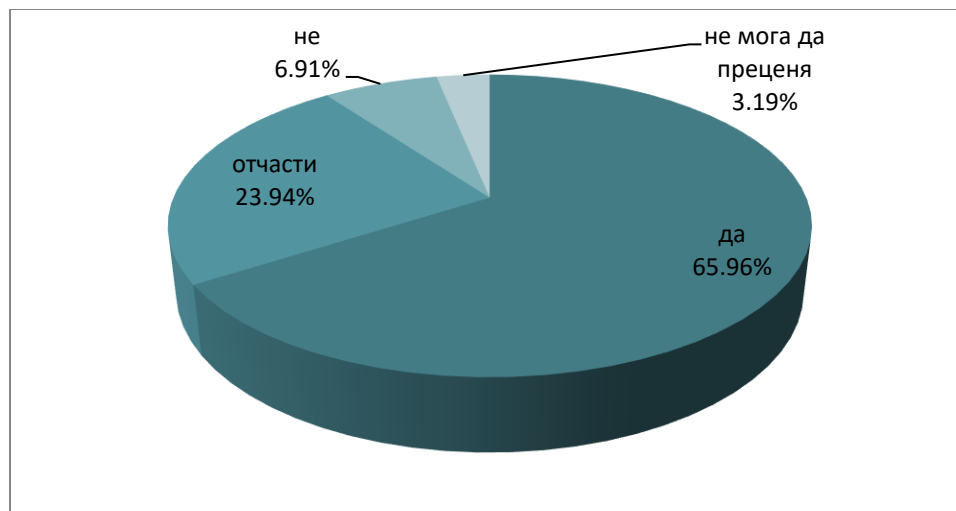


**Фиг. 13. Разпределение на професионалистите по здравни грижи в зависимост от готовността им да оказват палиативни грижи в домашни условия**

Почти половината от тях (46,01 %) заявяват своето желание да оказват професионални грижи в домашни условия. Отчасти съгласни са 27,66 %, категоричен отказ декларират 22,07 % от респондентите, а 4,26 % не могат да преценят (Фиг. 13).

Ясно регламентиране на участието на професионалистите по здравни грижи в екипите за палиативни грижи в домашни условия и осигуряване на по-добро финансиране неминуемо би повишило и тяхната готовност за грижи по домовете, което ще спомогне за по-голяма достъпност, качеството и ефективност на грижите в съответствие с нуждите на пациентите и техните семейства.

По-добро качество на живот имат неизлечимо болните за които се грижи екип от специалисти в домашни условия. Това се обуславя от много фактори, основно значение сред които има подкрепящото присъствие на семейството и близките.

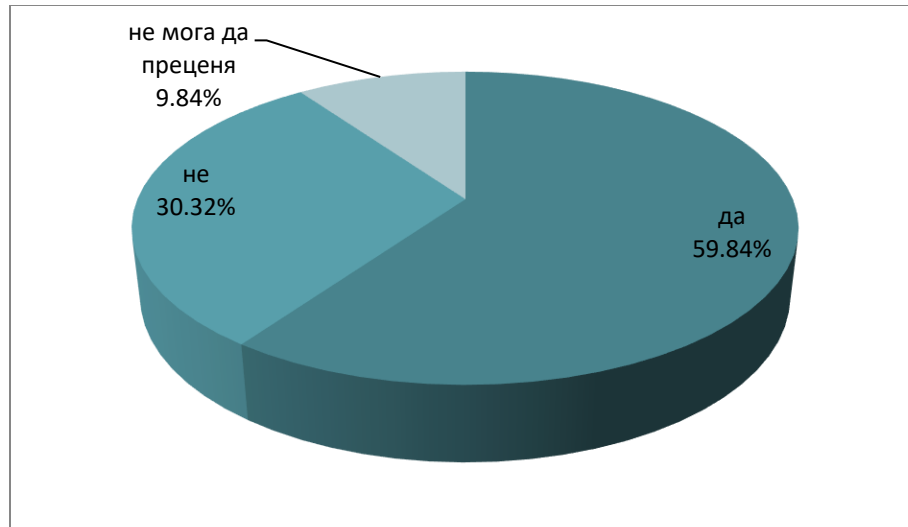


**Фиг. 14. Считате ли, че пациентите се чувстват по-добре когато в грижите за тях участват и техните близки?**

Според 65,96 % от анкетираните професионалисти по здравни грижи, участието на близките в грижите за болните подобрява състоянието на пациента. 23,94 % от респондентите считат, че това е така отчасти. Едва 6,91 % от анкетираните не смятат, че участието на близките има влияние върху чувствата на пациента, а 3,19 % не могат да преценят (Фиг. 14).

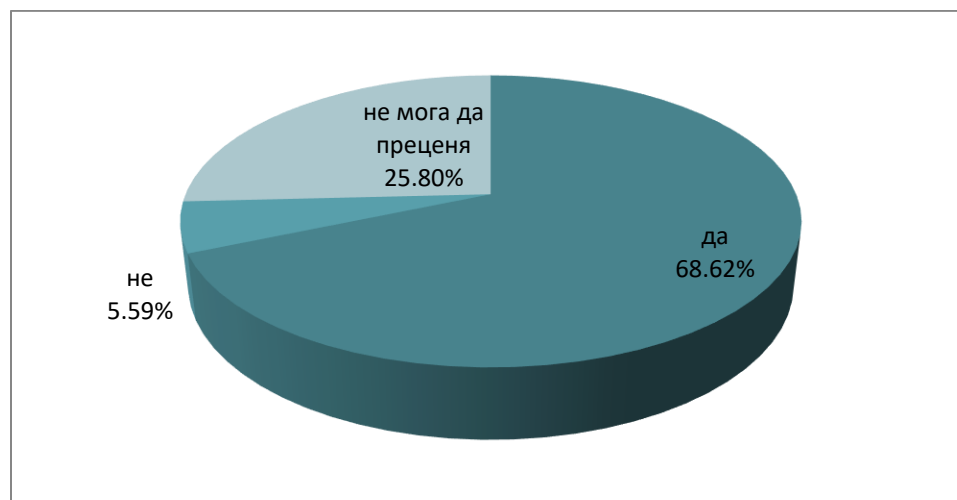
Важна част от стратегията на реформите в здравеопазването и системата на образованието, в съответствие с европейските разбирания за развитие на научния потенциал, е създаването на условия за непрекъснато повишаване на квалификацията и продължаващо обучение на работното място, като условие качество и ефективност на здравните услуги.

На Фиг. 15 са предоставени данните от проучването на желанието на професионалистите по здравни грижи да участват в специализирано обучение



**Фиг. 15. Желание на специалистите по здравни грижи за участие в специализирано обучение свързано с палиативните грижи**

От резултатите се вижда че, мнозинството от анкетираните (59,84 %) декларират желание за участие в специализирано обучение свързано с палиативните грижи. Близо една трета от специалистите по здравни грижи (30,32 %) не желаят да участват в такова обучение, 9,84 % не могат да преценят (Фиг. 15). Вероятно, значителният дял на нежелаящите е обусловен от съмнения за осигуряване на необходимите условия за обучение и липсата на ясна нормативна база, регламентираща извършаването на палиативни грижи по домовете.



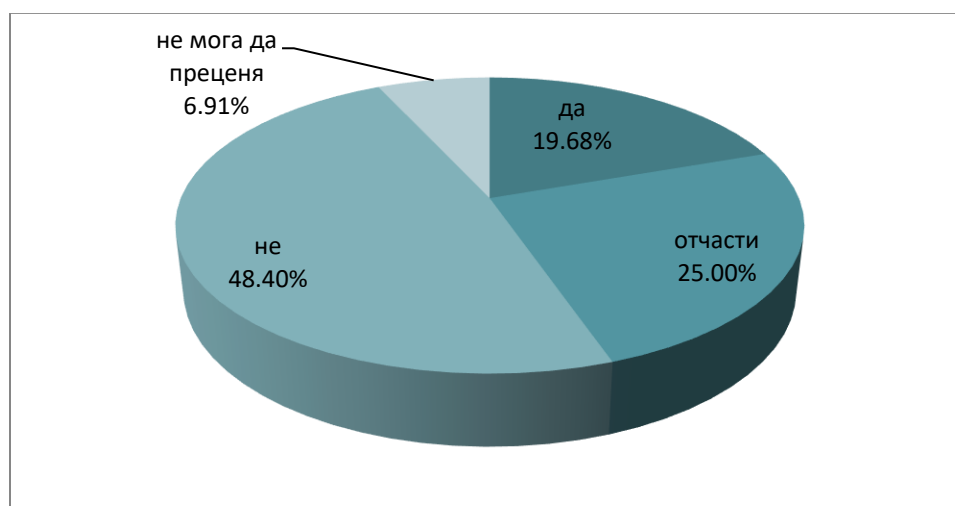
**Фиг. 16. Необходимост от въвеждане на специалност „Палиативни грижи“ според специалистите по здравни грижи**

Повече от половината анкетирани (68,62%) считат това за необходимо, едва 5,59 % от респондентите отговарят отрицателно, а 25,80 % не могат да преценят (Фиг. 16) .

Прави впечатление високият процент колебаещи се, което може да се обясни с липсата на достатъчно ясна нормативна база регламентираща възможностите за извършване на палиативни грижи в домашни условия и възможностите за повишаване на квалификацията.

Проучването показва, че предоставяните палиативни грижи в системата на здравеопазване не успяват напълно да удовлетворят духовните и културни потребности на терминално болните. Причината се дължи на факта, че за голяма част от неизлечимо болните грижите се оказват в болници за активно лечение и отделения, където условията не са подходящи за тези пациенти. Поради голямата натовареност на персонала и липсата на време за общуване не може да се изградят емоционално подкрепящи взаимоотношения с пациента. Болният няма възможност за уединение със своите близки, няма възможност да сподели своите чувства и притеснения.

Медицинските сестри осъществяват непрекъснат контакт и наблюдение на болните, което изисква умения за комуникация с пациентите и техните близки, стриктно спазвайки границите на своята професионална компетентност. Тази комуникация често е възпрепятствана поради различни обективни и субективни фактори. Обикновено, като причина за това се посочва липсата на достатъчно време.



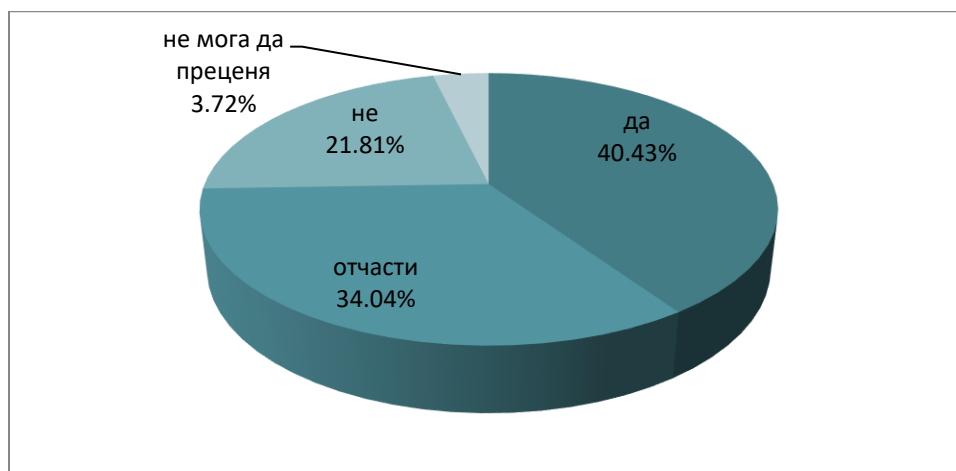
**Фиг. 17. Наличие на достатъчно време за общуване на специалистите по здравни грижи с всеки пациент**

Данните представени на Фиг. 17 показват, че едва 19,68 % от анкетираните професионалисти по здравни грижи смятат за достатъчно времето за комуникация с пациента, докато според 25,00 %, това е така само отчасти. Близко половината от респондентите (48,40 %) посочват, че не разполагат с достатъчно време за общуване с пациента, а 6,91 % не могат да преценят.

### ***Въздействие на палиативните грижи върху професионалистите по здравни грижи***

Грижите за болните в края на живота им са емоционално натоварващи и трудни за всички. Пълноценната комуникация между професионалистите по здравни грижи и пациентите е условие за качество на грижите. Разговорите със семейството и близките на болния могат да са изключително полезни в работата. Това е основния начин за получаване на по-пълна информация за културните и духовни ценности и предпочитания на пациента.

На Фиг. 18 са предоставени данните от проучването на професионалистите по здравни грижи за наличието на напрежение и натовареност в работата им.



**Фиг. 18. Самооценка на професионалистите по здравни грижи за наличие на напрежение и натовареност в работата**

По данни на проучването 40,43 % от професионалистите по здравни грижи „се чувстват напрегнати и натоварени в работата си“. „Отчасти напрегнати и натоварени“ са 34,04 %, 21,81 % „не са натоварени и напрегнати“ и 3,72 % „не могат да преценят“ (Фиг. 18).

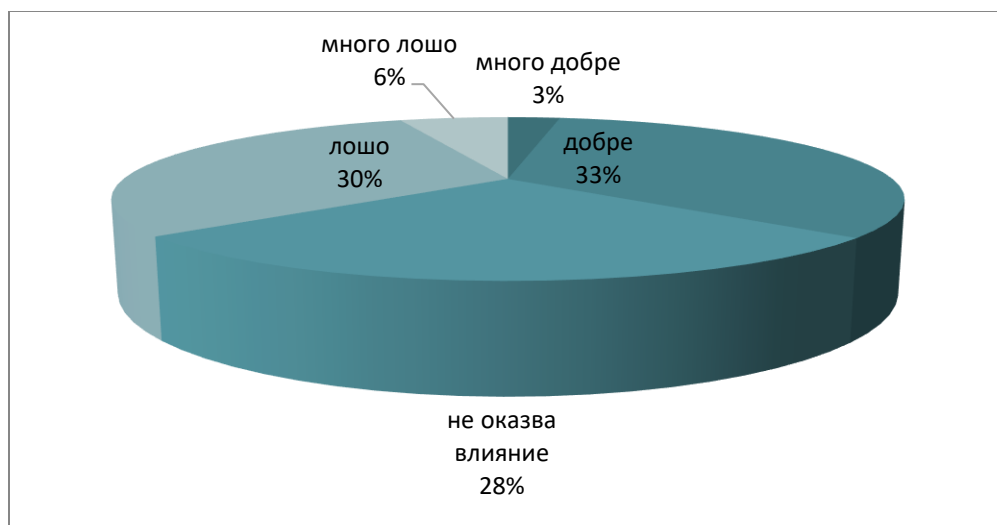
Наличието на подкрепящи междупрофесионални отношения и възможности за повишаване на професионалната квалификация, са фактор за намаляване на стреса и напрежението в работата с терминално болни пациенти. Специализираното обучение за персонала е част от добрите практики в палиативните грижи.

**Таблица 4. Самооценка на професионалистите по здравни грижи за напрежение и натовареност в работата в зависимост от наличието на следдипломно обучение**

Наличие на напрежение и натовареност в работата на ПЗГ	Има курс за СДО през последните 5г.		Няма курс за СДО обучение през последните 5г.		Общо	
	Брой	Отн. дял %	Брой	Отн. дял %	Брой	Отн. дял %
„Да“	28	7,45	124	33,78	152	40,42
„Отчасти“	33	8,78	95	25,27	128	34,04
„Не“	44	11,70	38	10,11	82	21,80
„Не мога да преценя“	6	1,60	8	2,13	14	3,72
<b>Общо</b>	<b>111</b>	<b>29,52</b>	<b>265</b>	<b>70,48</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

Всеки трети от професионалистите по здравни грижи (33,78 %), които нямат завършен курс за следдипломно обучение свързано с грижите за неизлечимо болен през последните 5 години, се чувства напрегнат и натоварен в работата си, а всеки четвърти (25,27 %) посочва, че това е така отчасти. При респондентите, които имат завършен курс за следдипломно обучение, този относителен дял е значително по-малък – съответно 7,45 % и 8,78 % . Относителният дял на анкетираните, които не са напрегнати и натоварени е общо 21,80 %, като той е приблизително равно разпределен между анкетираните с и без завършен курс за следдипломно обучение – съответно 11,70 % и 10,11 % (Табл. 4).

На Фиг. 19 са представени данните от проучването за това какво влияние оказва работата върху емоционалното състояние на медицинските специалисти.



**Фиг. 19. Оценка на специалистите по здравни грижи за отражението на работата върху емоционалното им състояние**

Резултатите от проучването показват, че при 27,90 % от респондентите не се отчита емоционално натоварване. За 30,30% от анкетираните, грижите за неизлечимо болен се отразяват лошо върху емоционалното им състояние, а за 5,60 % - много лошо. Една трета от анкетираните (33,50 %) смятат, че работата оказва позитивно влияние върху емоционалното им състояние, а 2,70 % се чувстват емоционално много добре (Фиг. 19).

**Таблица 5. Самооценка на емоционалното състояние на специалистите по здравни грижи в зависимост от работното място**

Влияние на работното място върху емоционалното състояние на ПЗГ	Хоспис		Отделение за палиативни грижи		Отделение за тежко болни		Друго		Общо	
	Брой	Отн. дял %	Брой	Отн. дял %	Брой	Отн. дял %	Брой	Отн. дял %	Брой	Отн. дял %
„Добре“	24	6,38	18	4,78	74	19,68	18	4,78	136	36,17
„Не оказва влияние“	13	3,46	34	9,04	48	12,77	10	2,66	105	27,93
„Лошо“	14	3,72	36	9,57	73	19,41	12	3,19	135	35,90
<b>Общо</b>	<b>51</b>	<b>13,56</b>	<b>88</b>	<b>23,40</b>	<b>197</b>	<b>52,39</b>	<b>40</b>	<b>10,64</b>	<b>376</b>	<b>100,00</b>

При работещите в отделение за тежко болни, относителният дял на позитивно и негативно оценяващите емоционалното си състояние е приблизително равен – съответно 19,68 % и 19,41 %. По-малко (12,77 %) са работещите в отделение за тежко болни пациенти, които не считат, че емоционалното им състояние е свързано с работната среда.

В отделенията за палиативни грижи, най-малък е относителният дял на анкетираните, които оценяват положително въздействието на работната среда върху емоционалното си състояние – 4,78 %. Делът на респондентите, при които работата с тежко болни пациенти се отразява негативно на емоционалното им състояние, или не оказва влияние е приблизително равен - съответно 9,57 % и 9,04 %. Най-благоприятна работна среда съществува за работещите в хоспис, които са общо 13,52 % от всички анкетиранни професионалисти по здравни грижи. Близко половината от тях (6,38 %) определят емоционалното си състояние като положително, 3,72 % като „лошо“, а 3,46 % считат, че грижите за неизлечимо болни пациенти не им влияят (Табл. 5).

Непрекъснатото продължаващо обучение повишава професионалната рутина и намалява емоционалното напрежение, свързано с грижите за неизлечимо болните. Естеството на работа на екипите за палиативни грижи се характеризира с интензивни професионални взаимоотношения и продължително въздействие на страдание и смърт. Грижата за умиращите пациенти е свързана с висока емоционална и лична ангажираност. Добрите палиативни грижи изискват задължително и грижа за персонала, която да включва психологическа оценка и подкрепа, профилактика и безопасност.

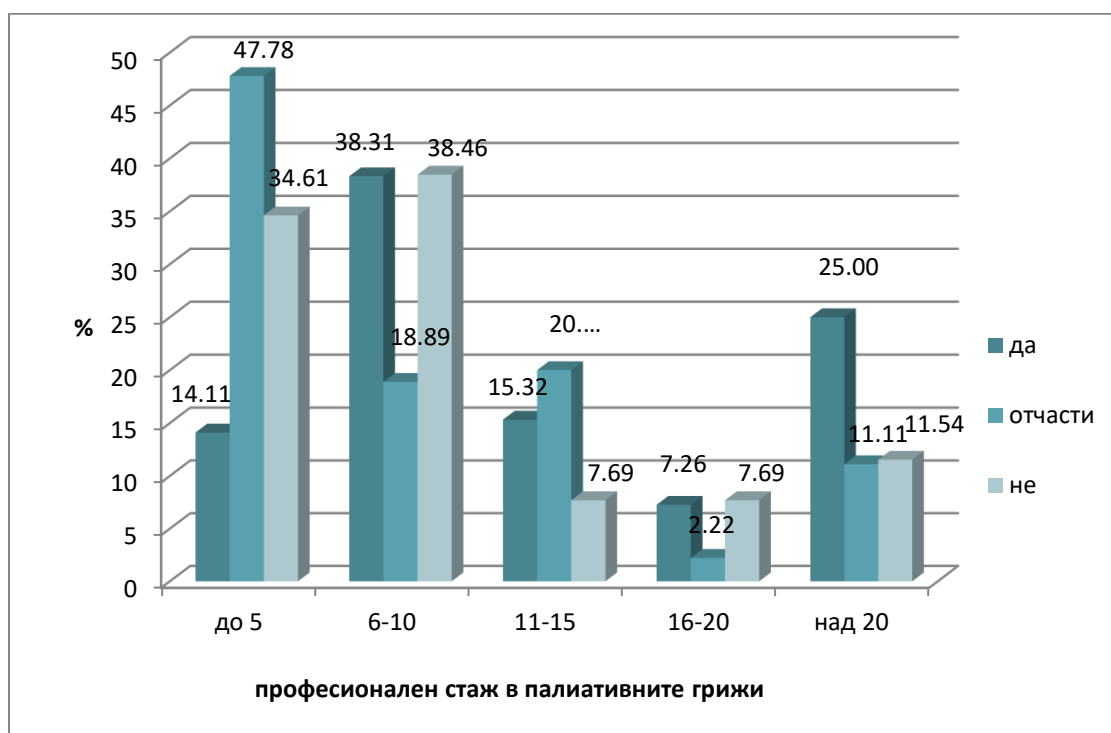
### ***Статистически значими зависимости при резултатите от проучването на мнението на професионалистите по здравни грижи***

Статистическият анализ на резултатите от проучването показва статистически значими зависимости между професионалния стаж на анкетираните, свързан с палиативните грижи, с мнението им относно участието на близките в грижите за тежко болните пациенти ( $p = 0,005 < 0,05$ ), както и по отношение въздействието на работата върху емоционалното им състояние ( $p = 0,001 < 0,05$ ).

Също така, статистически значими зависимости се разкриват между мнението на професионалистите по здравни грижи по отношение удовлетворяването на емоционалните потребности на пациента и работното им място ( $p = 0,000 < 0,05$ ), и между наличието на

напрежение и натовареност в работата в зависимост от това дали са завършили курс за следдипломо обучение през последните пет години ( $p = 0,000 < 0,05$ ).

Опитът на специалистите по здравни грижи, придобит при осигуряване на палиативни грижи, им предоставя възможност за компетентно мнение и правилни решения при удовлетворяване потребностите на тежко болните пациенти. На Фиг. 20 са предоставени данни за статистическа зависимост между професионалния стаж на медицинските специалисти и мнението им относно участието на близките в грижите за пациентите.

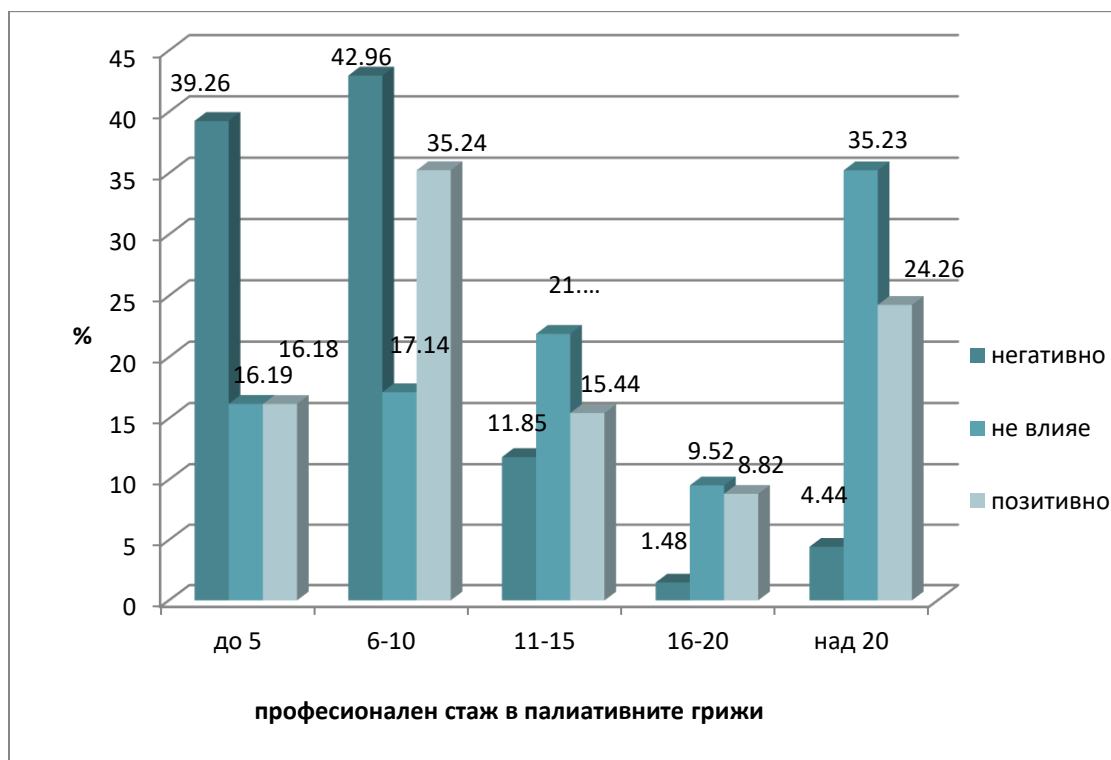


**Фиг. 20. Зависимост между професионалния стаж на специалистите по здравни грижи и мнението им относно участието на близките в грижите за пациента ( $p = 0,005 < 0,05$ )**

От резултатите се вижда, че с натрупване на професионален стаж в палиативните грижи, съотношението между анкетираните, като цяло, се променя в полза на тези, които възприемат положително участието на близките при обгрижването на пациента. Докато при респондентите с професионален стаж до 5 години, положително отговарят 14,11 %, „отчасти“ – 47,78 % и отрицателно – 34,61 %, при анкетираните със стаж над 20 години, дялът на възприемащите положително участието на близките е повече от два пъти по-голям

(25,00 %) от този на респондентите, които отговарят „отчасти“ (11,11 %) и отрицателно (11,54 %) (Фиг. 20).

Ролята на професионалния стаж, особено в конкретно направление, е още по-ясно забележима в данните представени на Фиг. 21, които показват неговото значение за отражението на работата върху емоционалното състояние на специалистите по здравни грижи.

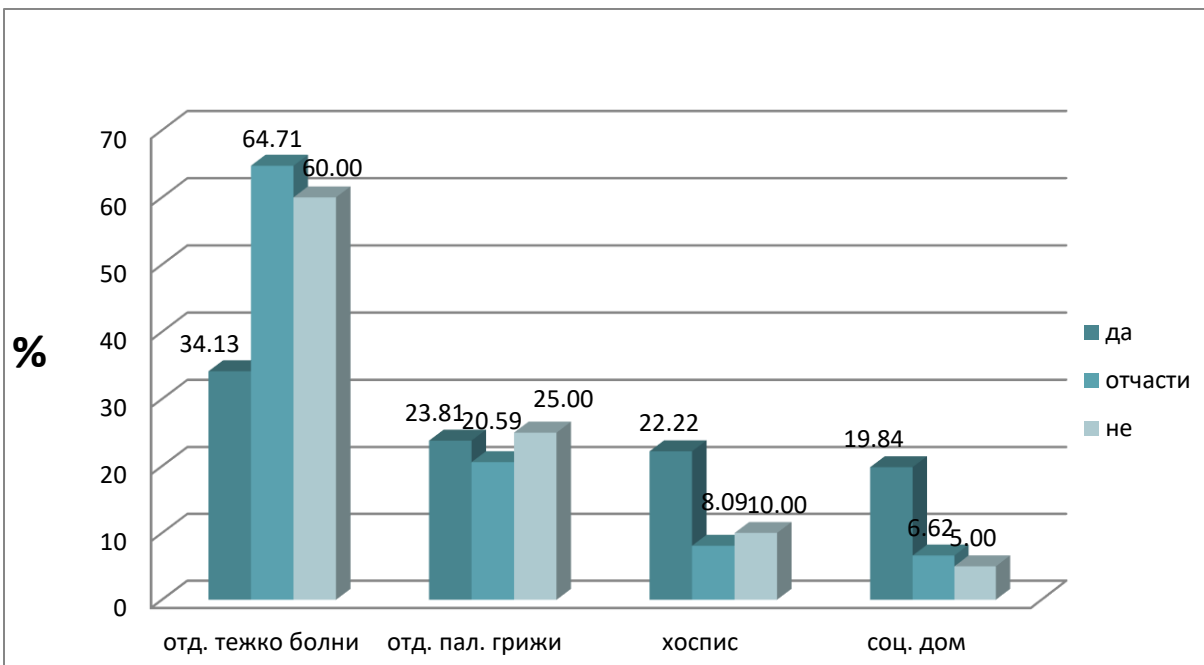


**Фиг. 21. Зависимост между професионалния стаж на специалистите по здравни грижи и отражението на работата върху емоционалното им състояние ( $p = 0,001 < 0,05$ )**

Както се вижда от резултатите, с увеличаване на стажът, респективно с натрупване на опит и рутина, негативното влияние на работната среда намалява. При анкетираните със стаж до 5 години, относителният дял на тези, които посочват, че работата с тежко болни се отразява негативно на емоционалното им състояние е 39,26 %, което е повече от два пъти от общия дял на респондентите, отговарящи „отчасти“ (16,19 %) и позитивно (16,18 %). С натрупване на професионален стаж над 10 години, намалява влиянието на стреса от работата с тежко болните пациенти. При анкетираните със стаж на 20 години, негативно отражение на работата върху емоционалното им състояние са посочили едва 4,44 %. Най-

много – 35,23 %, смятат, че работната среда не указва влияние, а 24,26 % считат, че тя има позитивно влияние (Фиг 21).

На Фиг. 22 са представени данните, показващи зависимостта на мнението на специалистите по здравни грижи относно удовлетворяването на емоционалните потребности на пациентите и работното им място.



**Фиг. 22. Зависимост между мнението на специалистите по здравни грижи относно удовлетворяването на емоционалните потребности на пациентите и работното им място ( $p = 0,000 < 0,05$ )**

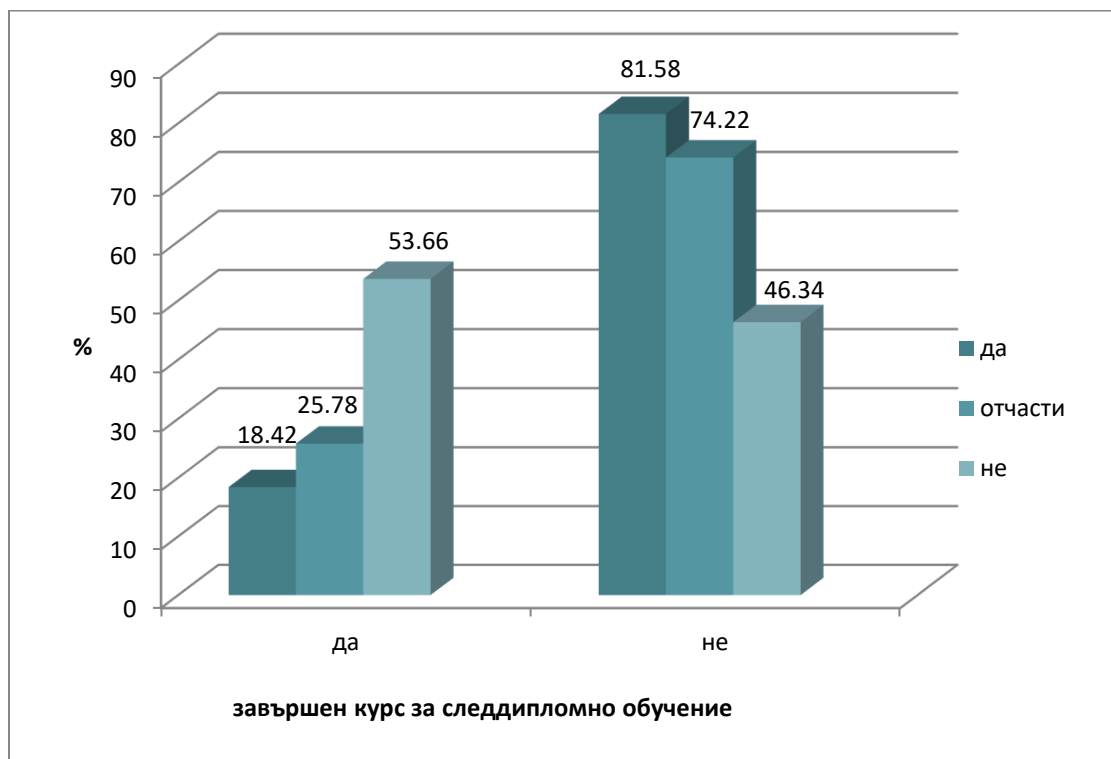
Резултатите показват, че в отделенията за тежко болни пациенти е най-трудно да бъдат удовлетворени емоционалните потребности на пациентите, като значително преобладава относителният дял на анкетираните, които смятат, че тези потребности не са удовлетворени (60,00 %) или са частично удовлетворени (64,71 %). Много по-малък (34,13 %) е дялът на респондентите, които считат, че в отделенията за тежко болни могат да се удовлетворят емоционалните потребности на пациентите.

Докато при работещите в отделения за палиативни грижи, мнението на анкетираните е приблизително равномерно разпределено (между 20 и 25 %), съотношението между относителния дял на респондентите в хосписите и в социалните домове се променя. Преобладава дялът на специалистите по здравни грижи, които считат, че емоционалните потребности на пациентите са удовлетворени. 22,22 % от работещите в

хоспис отговарят положително, 8,09 – „отчасти“ и 10,00 % дават отрицателен отговор. Подобно е съотношението в отговорите и при анкетираните в социалните домове, съответно – 19,84 %, 6,62 % и 5,00 % (Фиг 22).

Тези резултати могат да се обяснят със спецификата във функциите на отделните здравни заведения. Обикновено отделенията за тежко болни пациенти и палиативни грижи се намират в болниците за активно лечение, където голямата натовареност на персонала и липсата на време за общуване възпрепятства изграждането на емоционално подкрепящи взаимоотношения с пациента. В хосписите и социалните домове болният има по-големи възможности за уединение със своите близки, за споделяне на чувства и мисли.

На Фиг. 23 са предоставени данните за връзката между напрежението и натовареността на специалистите по здравни грижи в работата им в зависимост от наличието на завършен курс за следдипломно обучение през последните пет години.



**Фиг. 23. Зависимост между наличие на напрежение и натовареност в работата и наличието на завършен курс за следдипломно обучение през последните пет години ( $p = 0,000 < 0,05$ )**

От резултатите се вижда, че професионалистите по здравни грижи, които са завършили курс за следдипломно обучение се приспособяват много по-успешно към работата и средата. Едва 18,42 % от тях посочват наличие на напрежение и натовареност, 25,78 % смятат, че това е така само отчасти, а повече от половината – 53,66 % не се чувстват натоварени и подложени на напрежение (Фиг. 23).

Противоположни са резултатите при анкетираните, които не са завършили курс за следдипломно обучение през последните пет години (Фиг. 23). Най-голям е относителният дял на респондентите, посочващи наличие на натовареност и напрежение – 81,58 %, което е около четири пъти повече в сравнение с тези, преминали допълнително обучение след дипломирането си (18,42 %). 74,22 % отговарят „отчасти“ и най-малко в тази група – 46,34 % е делът анкетираните, които посочват липса на натовареност и напрежение.

Всичко това потвърждава необходимостта от провеждане на мероприятия и създаване на условия за повишаване на квалификацията на професионалистите по здравни грижи в съответствие със съвременните европейски практики за непрекъснатост на обучението като средство, не само за повишаване качеството и ефективността на грижите, но и като фактор за пълноценно участие в мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи.

Резултатите от статистическия анализ на данните от проучването са показателни за главните аспекти на мероприятията за повишаване на качеството на палиативните грижи, които трябва да са ориентирани към осигуряване на достатъчен брой квалифицирани кадри, като условие за достъпност и ефективност на грижите за тежко болните пациенти и техните близки. Това може да се подпомогне чрез въвеждане на единен модел на грижите, което е свързано и с разработване на програма за обучение на професионалистите по здравни грижи и близките на пациентите.

### **3. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

Работата в системата на здравеопазването, особено по отношение на грижите за неизлечимо болни пациенти, се отличава с определена специфика, която се обуславя от индивидуалния и разностранен характер на потребностите, както на пациента, така и на неговите близки. Това определя редица изисквания към ръководителите в лечебните

заведения. Освен знания и умения за изпълняване на ръководни и административни функции, те трябва да притежават компетенции за оценка на качеството на грижите и прилагане на модели за управление с цел неговото повишаване.

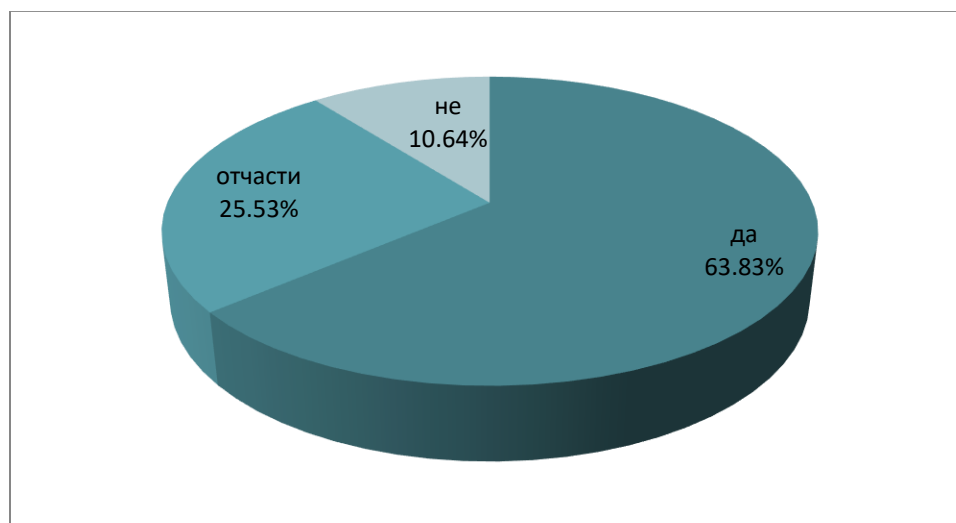
### ***Социален и професионален профил на ръководителите***

На базата на направените проучвания може да се направи обобщената характеристика на социално-професионалния профил на ръководителите в здравеопазването, която включва следните параметри: старша медицинска сестра, с магистърска степен, на възраст от 41 до 50 години, притежаваща общ професионален стаж от 21 до 40 години, от които между 11 и 30 години като ръководител.

### ***Организация и качество на палиативните грижи според ръководителите в здравеопазването***

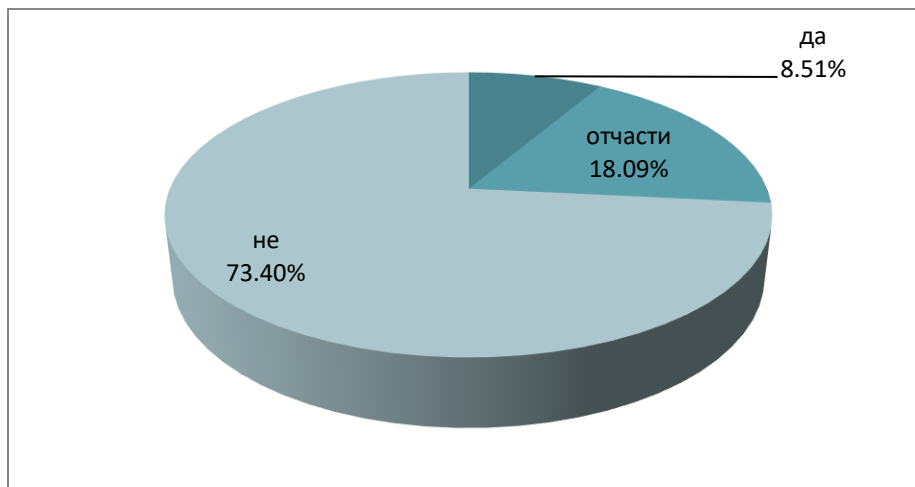
Прилагането на ефективни и резултатни здравни грижи е възможно при осигуряването на достатъчен брой и с необходимата професионална квалификация персонал. От значение е също така и наличието на необходимите материални ресурси за осъществяване на дейността. Това е основата, която в зависимост от създадената организация и прилаганите методични подходи, гарантира качеството на медицинската помощ в съответствие с принципите на съвременния здравен мениджмънт.

На Фиг. 24 е показано мнението на ръководителите относно недостига на кадри в организацията, която управляват.



**Фиг. 24. Мнение на ръководителите относно недостига на кадри в организацията, която управляват**

Повече от две трети от анкетиранияте (63,83 %) посочват, липсата на достатъчно кадри, 25,53 % считат, че това е така отчасти, а едва 10,64 % от ръководителите смятат, че разполагат с достатъчно кадри (Фиг. 24).

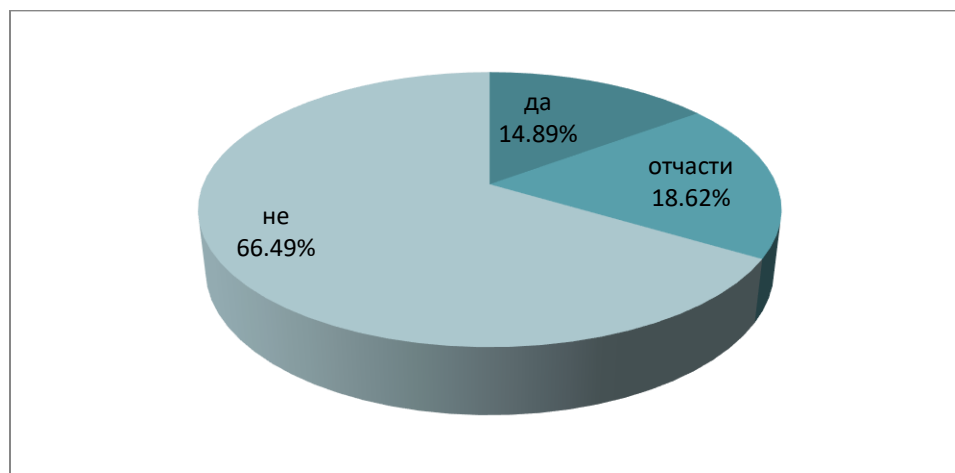


**Фиг. 25. Наличие на необходимите материални ресурси за осъществяване на дейността**

От резултатите се вижда, че 73,40 % от анкетиранияте посочват липсата на достатъчно материални ресурси. Според 18,09 % от тях, организацията, която ръководят е осигурена отчасти, и само 8,51 % считат, че разполагат с необходимите материални ресурси за предоставяне на качествени и ефективни здравни грижи (Фиг. 25). Осигуряването на лечебните заведения с достатъчно количество качествени материали и консумативи има основно значение за качеството на грижите, а също така оказва влияние върху мотивацията на персонала и определя до голяма степен удовлетвореността на пациентите.

Ефективното управление на дейностите в здравеопазването изисква адекватна оценка на качеството им. Тя се основава на установяване ефективността на здравното обслужване, като съвкупност от медицинска, социална и икономическа ефективност. Основната цел на мониторингът на качеството на медицинската помощ е да се установи доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психическото равновесие и социалното благополучие, както и удовлетвореността на пациентите, като фактор за икономическата стабилност на лечебните заведения.

На Фиг. 26 са представени данните от проучването за наличие на система за мониторинг на качеството.



**Фиг. 26. Наличие на система за мониторинг на качеството**

Резултатите показват, че според две трети от анкетираниите ръководители в здравеопазването (66,49 %) не съществува система за мониторинг на качеството. 18,62 % считат, че това е така отчасти, а едва 14,89 % от ръководителите могат да оценяват качество на базата на постоянна система за мониторинг (Фиг. 26). Това представлява предпоставка за намаляване ефективността и качеството на здравните грижи, обусловено от липсата на ясно дефинирани показатели за тяхната оценка.

**Табл. 6. Контрол на дейностите извършвани от членовете на екипа**

Контрол	Брой	Относителен дял [%]
Ежедневен	87	46,28
Седмичен	79	42,02
Месечен	20	10,64
Друго	2	1,06
Общо	188	100,00

От резултатите се вижда, че по-малко от половината от анкетираниите ръководители (46,28 %) упражняват ежедневен контрол. Значителен е относителния дял на ръководителите, които правят това един път седмично - 42,02 %, или месечно - 10,64 % (Табл. 6). Подобряването на организацията в работата и повишаването на качеството

предполага намаляване на този относителен дял. За това може да спомогне изпълването на единна информационна система, която би повишила възможностите на ръководителите за контрол.

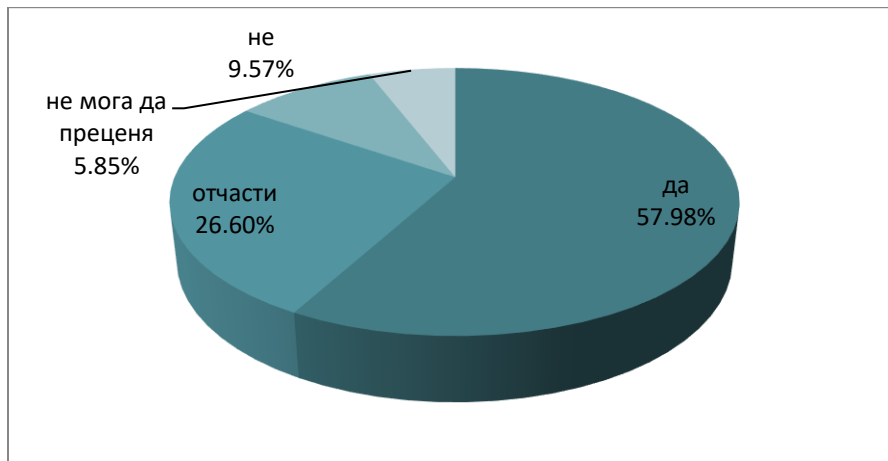
**Табл. 7. Най-подходящо място за предоставяне на палиативни грижи според ръководителите в здравеопазването**

Място	Брой	Относителен дял [%]
Хоспис	<b>74</b>	<b>39,36</b>
Отделение за палиативни грижи	<b>51</b>	<b>27,13</b>
Дневен център	<b>23</b>	<b>12,23</b>
Домашни условия	<b>27</b>	<b>14,36</b>
Друго	<b>13</b>	<b>6,91</b>
Общо	<b>188</b>	<b>100,00</b>

Съответствие се наблюдава и по отношение на мнението на ръководителите за най-подходящото място за предоставяне на палиативни грижи. Подобно на мнението на специалистите по здравни грижи (Табл. 9), най-голям е относителният дял на ръководителите, които считат за това хоспис – 39,36 % (Табл. 18). Според 27,13 % най-подходящо място е отделение за палиативни грижи, 14,36 % препоръчват грижите да се извършват при домашни условия, и 12,23 % в дневен център (Табл. 7).

Международният опит и мнението на специалистите по здравни грижи, показват значението на грижите за неизлечимо болните пациенти в домашни условия (Фиг. 14). Семейната среда оказва благоприятно влияние върху емоционалното състояние на пациентите и е предпоставка за по-добро качество на живот. В този контекст, важно място в цялостния процес на палиативните грижи, заема възможността за отдаването им в домашни условия. Това изисква ясно регламентиране на участието на специалистите по здравни грижи в екипите за палиативни грижи в домашни условия, което се потвърждава и от мнението на ръководителите в здравеопазването.

На Фиг. 27 са посочени данните от проучването при ръководителите в здравеопазването за необходимостта от промени в нормативната уредба за осигуряване на палиативни грижи в домашни условия.

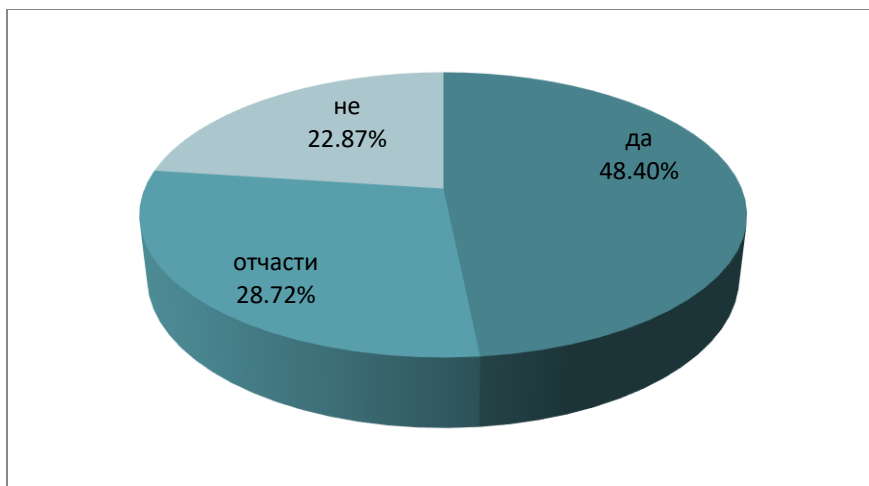


**Фиг. 27. Необходимост от промяна на нормативната уредба за осигуряване на палиативни грижи в домашни условия**

Повече от половината (57,98 %) смятат, че са необходими промени в нормативната уредба (Фиг. 27), 26,60 % от анкетираните считат, че тя трябва да се промени отчасти, 9,57 % не виждат необходимост от промени, и 5,85 % не могат да преценят.

Всяка здравна организация се стреми да предложи по-високо качество на предлаганите здравни услуги. Един от факторите за качеството на здравните грижи е квалификацията на персонала. Познаването на специфичните потребности на неизлечимо болните пациенти и техните близки е условие за ефективност и качество на палиативните грижи. Те включват не само манипулации и процедури в болничните отделения. Още по-често се налага осъществяване на грижи в домашна обстановка, което е свързано с решаване на проблеми, както в медицински, така и социален аспект. Това също потвърждава необходимостта от специализирано обучение на здравните специалисти, изискващо провеждане на курсове за следдипломно обучение.

Професионалните изисквания към работещите с неизлечимо болни пациенти включват специфични познания с разнообразна насоченост. Резултатите от проучването на възможностите, които имат ръководителите за организиране на следдипломно обучение са представени на Фиг. 28.

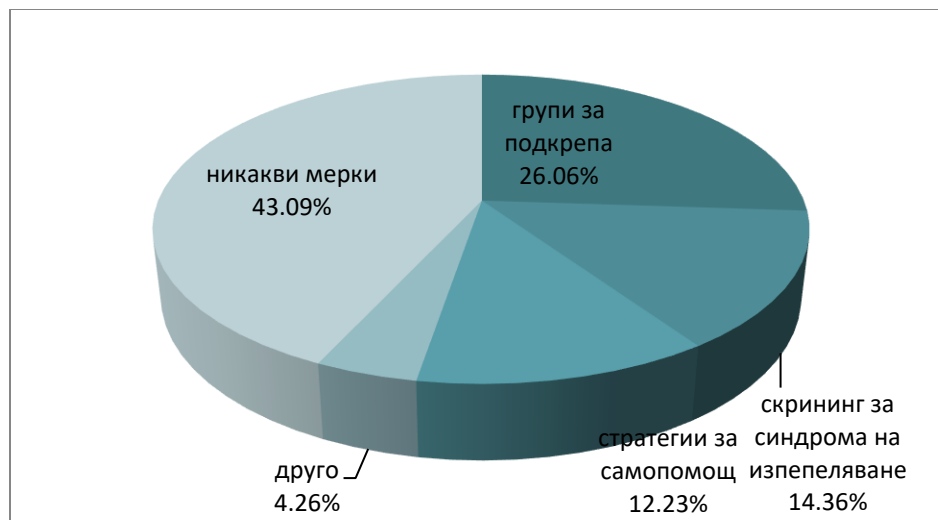


**Фиг. 28. Организиране на курсове за следдипломно обучение**

По-малко от половината от анкетираните ръководители в здравеопазването (48,40%) посочват, че разполагат с възможности и организират такова обучение. 28,72 % от респондентите отговарят „отчасти“, а 22,87 % отговарят отрицателно (Фиг. 28).

Развитието на човешкия потенциал представлява основен фактор за устойчивото развитие на всяка една организация в условията на пазарна икономика. Достъпността, качеството и ефективността на грижите са пряко свързани с наличието на достатъчен брой квалифицирани здравни специалисти. Това подчертава необходимостта от следдипломно обучение на специалистите по здравни грижи, което има положителна роля за развитие на техните компетенции, повишаване на мотивацията и възможностите им за професионална реализация.

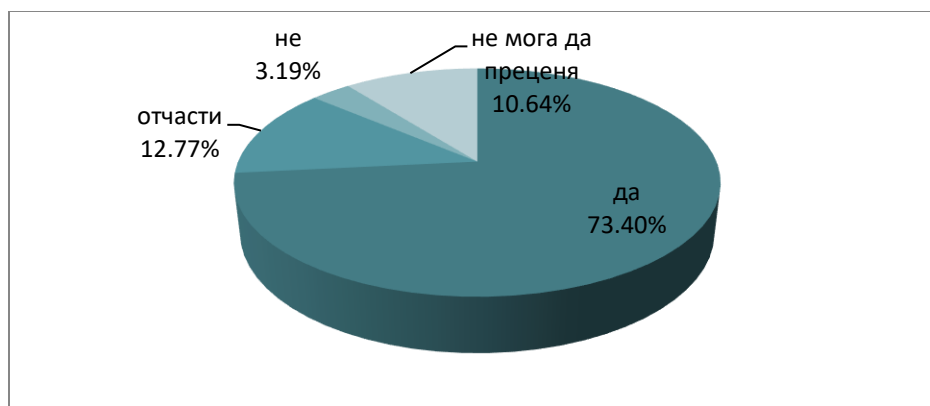
На Фиг. 29 са предоставени данните за мерките използвани при оценката и профилактиката на емоционалната безопасност в лечебните заведения за тежко болни пациенти.



**Фиг. 29. Мерки за оценка и профилактика на емоционалната безопасност**

Според резултатите от проучването сред ръководителите мерките, които предприемат за оценка и профилактика на емоционална безопасност са следните: групи за подкрепа 26,06 %, скрининг за синдрома на изпепеляване 14,36 %, прилагане стратегии за самопомощ 12,23 %, друго 4,26 %. Тревожен е фактът, че с най-висок относителен дял (43,09 %) са респондентите, които посочват, че не предприемат никакви мерки за оценка и профилактика на емоционалната безопасност на екипа (Фиг. 29). Основно задължение на ръководителите в здравеопазването е да създават подходяща работна среда за здравните специалисти. По отношение на грижите за неизлечимо болни пациенти, това е свързано най-вече с емоционалната безопасност на членовете на екипа за палиативни грижи и изисква адекватна оценка на нейната профилактика. Рутинното професионално обучение не е достатъчно за работещите за първи път в областта на палиативните грижи.

Разностранният характер на изискванията към здравните специалисти, осигуряващи грижите за неизлечимо болни пациенти показва необходимостта от въвеждане на специалност „Палиативни грижи“, което се потвърждава и от мнението на ръководителите в здравеопазването представено на Фиг 30.



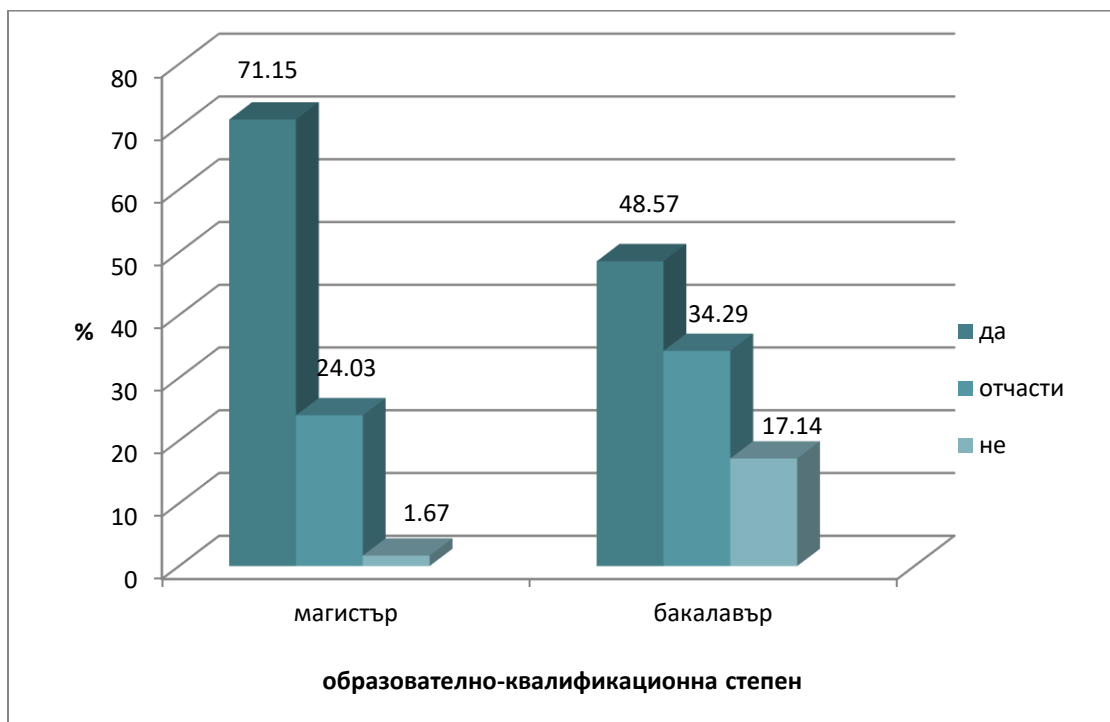
**Фиг. 30. Необходимост от въвеждане на специалност „Палиативни грижи“ според ръководителите в здравеопазването**

Мнозинството от тях (73,40 %) посочват тази необходимост, едва 12,77 % считат, че това е така само отчасти, 3,19 % отговарят отрицателно, а 10,64 % от респондентите не могат да преценят (Фиг. 30). Въвеждането на специалност „Палиативни грижи“ за медицински сестри и други професионалисти по здравни грижи ще утвърди и подобри предлаганите палиативни грижи, което от своя страна ще доведе до възможно най-добро качество на живот за неизлечимо болните пациенти и техните близки.

***Статистически значими зависимости при резултатите от проучването на мнението на ръководителите в здравеопазването***

Статистическият анализ на резултатите от анкетното проучване на ръководителите в здравеопазването показва статистически значими зависимости между образователно-квалификационната степен на ръководителите и мнението им относно необходимостта от промяна в нормативната уредба за осигуряване на палиативни грижи в домашни условия ( $p = 0,000 < 0,05$ ), между общият им професионален стаж и организирането на курсове за следдипломно обучение ( $p = 0,026 < 0,05$ ), а също така статистически значими са зависимостите между професионалният стаж на ръководителите на ръководна длъжност, от една страна, и наличието на система за мониторинг на качеството на предлаганите услуги ( $p = 0,004 < 0,05$ ), и контролът на дейностите на членовете на екипа ( $p = 0,009 < 0,05$ ) от друга.

На Фиг. 31 е показана зависимостта между образователно-квалификационната степен на ръководителите и мнението им относно необходимостта от промяна в нормативната уредба за осигуряване на палиативни грижи в домашни условия.



**Фиг. 31. Зависимост между образователно-квалификационната степен на ръководителите и мнението им относно необходимостта от промяна в нормативната уредба за осигуряване на палиативни грижи в домашни условия ( $p = 0,000 < 0,05$ )**

71,15 % от магистрите считат това за напълно необходимо, 24,03 % за отчасти необходимо, и едва 1,67 % от тях не смятат, че са нужни промени в нормативната уредба (Фиг. 31). При бакалаврите разпределението по относителен дял е съответно – 48,57 %, 34,29 % и 17,14 %. Резултатите ясно показват, че ръководителите притежаващи магистърска степен значително по-категорично заявяват необходимостта от по-точно регламентиране на условията при които специалистите по здравни грижи биха могли да отдават грижи за тежко болни пациенти в домашни условия, което подчертава значението на образователно-квалификационната степен за формирането на управленски качества при ръководителите.

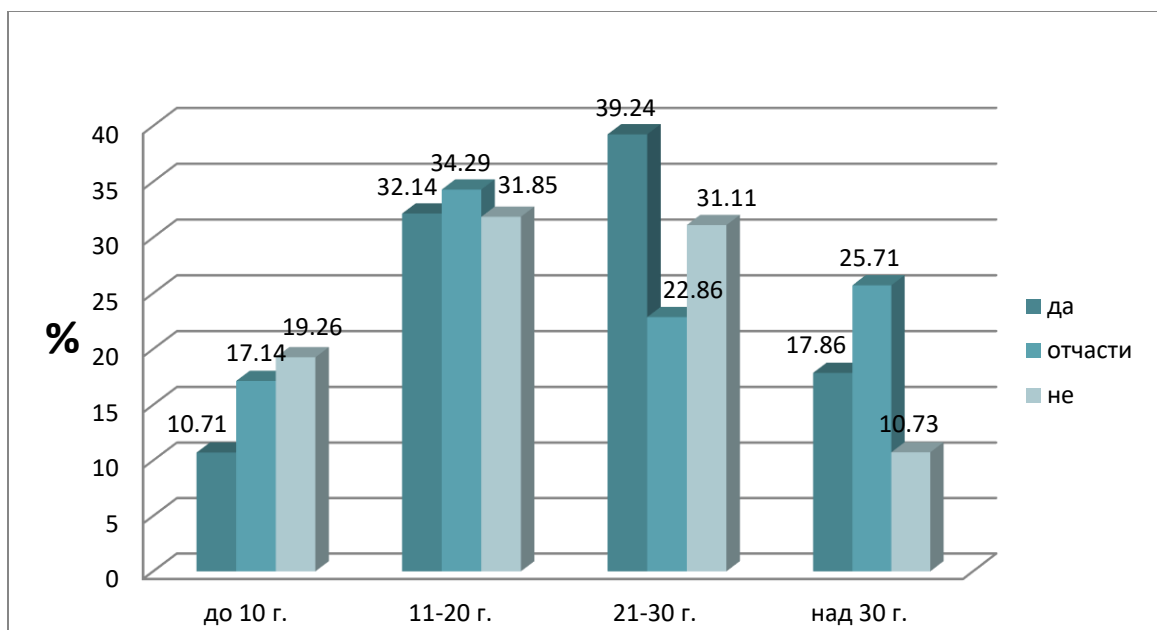
На Фиг. 32 са представени данните за статистическата зависимост между общия професионален стаж на ръководителите и организирането на курсове за следдипломно обучение.



**Фиг. 32. Зависимост между общия професионален стаж на ръководителите и организирането на курсове за следдипломно обучение ( $p = 0,026 < 0,05$ )**

От данните се вижда, че с увеличаване на професионалния стаж на ръководителите (най-вече до 40 години), в съответствие с придобиване на повече професионален опит, нараства и тяхната увереност в необходимостта от организиране на курсове за следдипломно обучение. Ако при анкетираните със стаж до 30 години преобладава относителния дял на тези, които смятат, че това е само отчасти необходимо, то с натрупване на повече професионален опит, съотношението се променя и при ръководителите със стаж между 31 и 40 години, преобладава относителният дял (54,95 %) на ръководителите, оценяващи положително значението на следдипломното обучение (Фиг. 32). Значението на опита и рутината за качествата и възможностите на управленския персонал се разкриват и по отношение ролята на техния професионален стаж като ръководители.

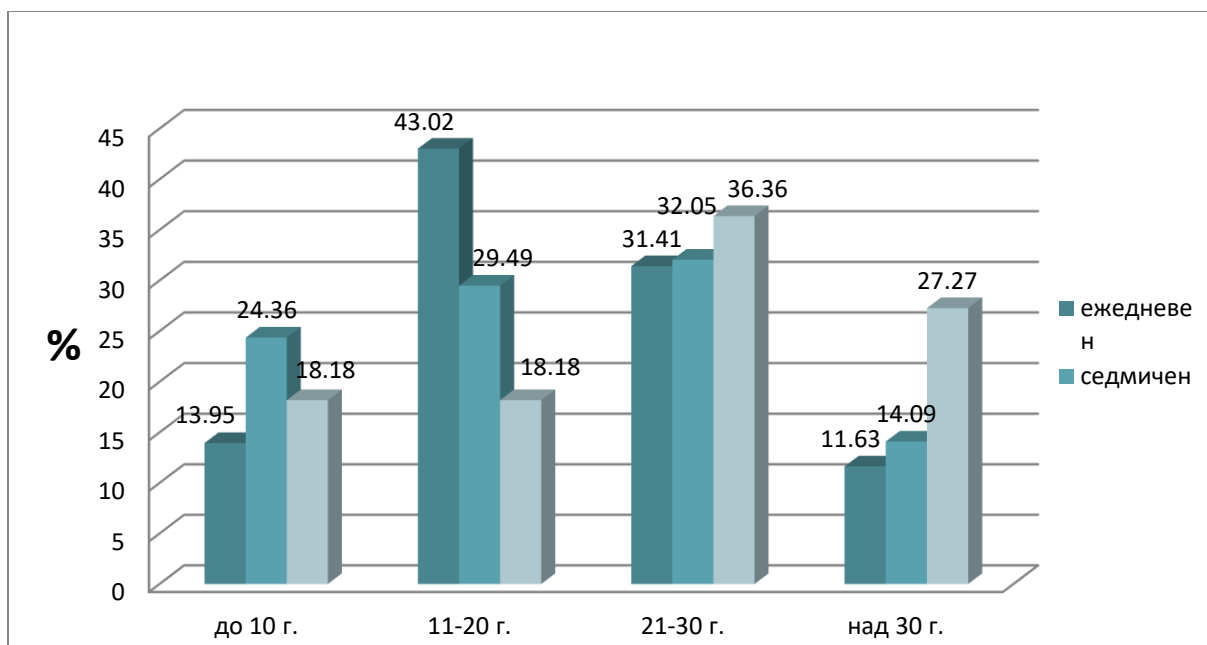
На Фиг. 33 са представени данните за статистическа зависимост между професионалния стаж на ръководителите на ръководна длъжност и наличието на система за мониторинг на качеството на предлаганите здравни грижи.



**Фиг. 33. Зависимост между професионалния стаж на ръководителите на ръководна длъжност и наличието на система за мониторинг на качеството на предлаганите услуги ( $p = 0,004 < 0,05$ )**

Резултатите показват, че с натрупване на управленски опит при ръководителите, се увеличава наличието и използването на система за мониторинг на качеството на извършваните дейности. Най-малък е относителния дял на ръководителите със стаж на ръководна длъжност до 10 години, които заявяват наличието на такава система – 10,71 %, а най-голям, при тези със стаж между 21 и 30 години – 39,24 % (Фиг. 33).

Аналогична статистически значима зависимост се разкрива и между професионалният стаж на ръководителите на ръководна длъжност и контролът на дейностите на членовете на екипа показана на Фиг. 34.



**Фиг. 34. Зависимост между професионалният стаж на ръководителите на ръководна длъжност и контролът на дейностите на членовете на екипа ( $p = 0,009 < 0,05$ )**

С най-голям относителен дял са ръководителите осъществяващи ежедневен контрол, които притежават професионален стаж в управлението между 11 и 20 години – 43,02 %, а най-малък, тези със стаж до 10 години – 13,95 %, и над 30 години – 11,63 % (Фиг. 34). За относителното разпределение при ръководителите от последната група вероятно основна роля има самоувереността от дългогодишния опит и професионалната рутина, като водещи фактори при вземане на управленски решения и планиране на дейностите.

На базата на статистическия анализ на резултатите от проучването, може да се предположи, че при ръководителите в здравеопазването, които притежават магистърска образователно-квалификационна степен, с общ професионален стаж от 31 до 40 години и стаж като ръководители между 11 и 30 години, най-благоприятно се съчетават рутината, мотивацията за работа използване на съвременни и научнообосновани подходи в дейността им по организация на работата.

### III. МОДЕЛ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

Моделът е предназначен за пациенти с продължаващо, животоограничаващо заболяване в домашна обстановка. Медицински лица и други професионалисти предоставят палиативни грижи и услуги на пациенти насочени общопрактикуващ лекар (ОПЛ). На Схема 1 е представен модела за палиативни грижи.

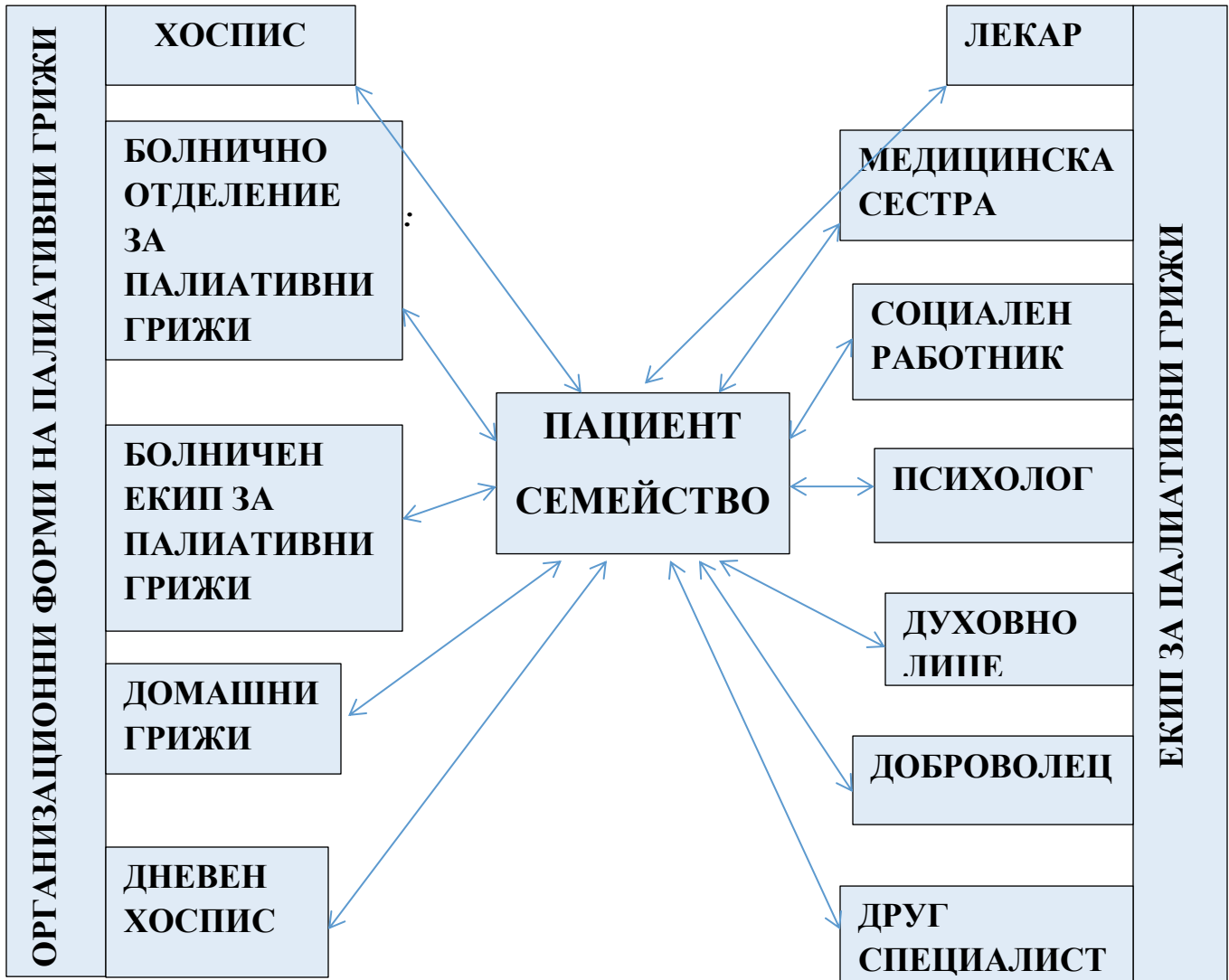


Схема 1. Модел за палиативни грижи

### **Модела има за цел:**

- ✓ Да предоставя грижи за пациенти с животоограничаващо заболяване, независимо от диагнозата;
- ✓ Удовлетворяване на потребностите от палиативни грижи на нуждаещите се пациенти и техните семейства по време на заболяването и след смъртта;
- ✓ Осигурява грижи в дома на пациента;
- ✓ Изгражда партньорство между специализираната палиативна помощ, първичната медицинска помощ и семейството;
- ✓ Обучение и подкрепа на семейството да се справи с проблемите породени от заболяването на близкия.

### **Принципите залегнали в основата на модела са следните:**

- ✓ Животоограничаващо заболяване е това което причинява физическа и психическа болка и страдание, води до невъзможност човек да изпълнява определени задължения и роли в живота, очаква се в близко бъдеще да причини смърт на пациента;
- ✓ Пациента и семейството му се обслужват като едно цяло, защото заболяването повлиява цялото семейство, а семейството оказва влияние върху състоянието на болния;
- ✓ Палиативните грижи са мултидисциплинарни и са неразделна част от системата на здравеопазване. Всеки човек има право на достъп до палиативни грижи;
- ✓ Качеството на живот може да бъде подобро чрез достъп до физическа, психологическа, емоционална, социална и духовна подкрепа, предоставена по подходящ начин съобразен с индивидуалните и културни особености на пациента;
- ✓ Пациентите и техните семейства активно участват в грижите и вземането на решения, получават информация за предстоящите възможности свързани със здравното състояние;
- ✓ Пациентите имат право да прекарват възможно най-много време в своя собствен дом;

- ✓ За пациентите и техните семейства се грижи обучен и квалифициран персонал, които зачита правата на пациента, спазва етичните норми и стандарти в медицинската практика;
- ✓ Ефективна комуникация, осигурена 24 часова телефонна връзка при необходимост;
- ✓ Координиране и интегриране на предлаганите грижи с първичната медицинска помощ/ОПЛ и специализираната палиативна грижа предлагана в ЛЗ.

### **РЕГИСТРАЦИЯ**

За извършване на медицински грижи и услуги в общността на територията на Република България, съобразно действащото законодателство е необходима регистрация по ЗЛЗ. Възможните варианти са два:

1. Като лечебно заведение хоспис без стационарни легла по чл. 28 ЗЛЗ, регистрация по чл. 11 от НАРЕДБА № 19 ОТ 22 ЮЛИ 1999 Г. ЗА ВОДЕНЕ НА РЕГИСТЪР НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ И ХОСПИСИТЕ;
2. Като звено към медицински и диагностично-консултативен център по чл. 17а. ЗЛЗ.

### **УПРАВЛЕНИЕ**

Управител на хоспис е медицински специалист. На звеното към МЦ и ДКЦ е лице с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалностите „лекарски асистент“, „медицинска сестра“ или „акушерка“ с професионален стаж не по-малко от две години.

### **ФИНАНСИРАНЕ**

Финансирането може да бъде:

1. Частно – лични вноски на ползвателите на грижите и услугите;
2. Смесено – с участието на фондации, общини, по проекти, дарители и др.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ**

Организацията на работа се осъществява според изработените вътрешноорганизационни документи като:

1. Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред;
2. Правила за взаимодействие и координация с външни структури – включва взаимоотношения със структурите на извънболничната помощ/ОПЛ, болнична

помощ/стационарни отделения за палиативни грижи, социални и здравни институции и организации;

3. Длъжностни характеристики на персонала;
4. Ценоразпис на медицинските и не медицински услуги;
5. Протоколи по здравни грижи;
6. Алгоритми на поведение в критични ситуации;
7. Работни графици;
8. И други.

### **ПЕРСОНАЛ**

Персонала на практиката за палиативни грижи в общността се състои от:

1. Управител;
2. Медицински сестри и други професионалисти по здравни грижи;
3. Социални работници;
4. Лица с не медицинско образование;
5. По-договор може да ползват услугите на психолози, юристи, духовни лица, лекари и други специалисти според нуждите;
6. Доброволци.

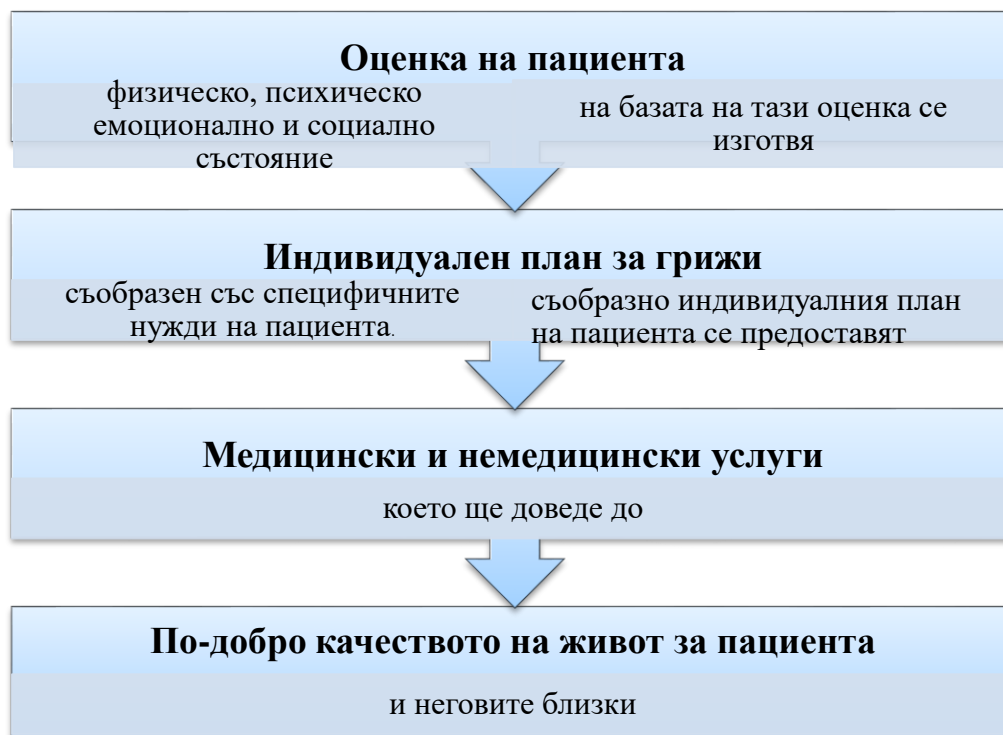
### **ДЕЙНОСТИ**

Дейностите обхващат: управлението на болката и другите физически симптоми; покриват психологическите, емоционалните, социалните и духовните проблеми на пациента; включват подкрепа и обучение на семейството; обучение и емоционална безопасност за персонала и информиране на обществеността.

Дейностите при модела за палиативни грижи в общността са насочени към пациента, семейството, персонала и обществото.

#### **I. Дейности към пациента**

На Схема 2 са посочени основните дейности насочени към пациента, които се осъществяват в три последователни стъпки водещи до подобряване качеството на живот.



### Схема 2. Дейности за пациента

**Оценка на пациента** включваща неговото физическото, психическото емоционалното и социално състояние. На базата на тази оценка се изготвя **Индивидуален план за грижи** съобразен със специфичните нужди на пациента.

Съобразно индивидуалния план за грижи на пациента се предоставят **Медицински и немедицински услуги** което ще доведе до **РЕЗУЛТАТ = По-добро качеството на живот за пациента** и неговите близки.

Оценка на състоянието на пациента е разработена върху основата на холистичния обхват на палиативните грижи. Оценяват се областите:

1. Управление на болестта
  - ✓ Първична диагноза
  - ✓ Вторична диагноза
  - ✓ Прогноза

- ✓ Странични ефекти от проведените терапии
- ✓ Алергии

## 2. Оценка на физическото състояние

- ✓ Болка и други физически симптоми
- ✓ Ниво на съзнание
- ✓ Подвижност, преглъщане, екскреция
- ✓ Сетивност – слух, зрение, мирис, вкус, допир
- ✓ Физиологични нужди – дишане, циркулация, уриниране и др.
- ✓ Хранене и хидратиране
- ✓ Кожа – наличието на рани и др.
- ✓ Навици – тютюнопушене, употреба на алкохол и т.н.

## 3. Психологическа оценка

- ✓ Личност, силни страни, поведение, мотивация
- ✓ Въздействие на заболяването върху пациента и близките му
- ✓ Депресия, тревожност, суицидни опити
- ✓ Емоции – гняв, дистрес, безнадеждност, самота
- ✓ Независимост, достойнство, самоконтрол
- ✓ Страхове – от смъртта, от изоставяне и др.
- ✓ Конфликти – вътреличностни и междуличностни
- ✓ Чувство за вина
- ✓ Стрес
- ✓ Личностни ресурси за справяне

## 4. Социална оценка

- ✓ Културни ценности, вярвания и практики

- ✓ Семейни роли, връзки, приятели, общност
- ✓ Изолация, изоставяне, помирение, подкрепа
- ✓ Интимност, сексуалност, поверителност
- ✓ Призвание, отдих, ритуали, хоби
- ✓ Финансови възможности, разходи
- ✓ Правни нужди – пълномощно, завещание, последна воля
- ✓ Попечителство, настойничество
- ✓ Семейна подкрепа за грижи
- ✓ Специални нужди

#### 5. Духовна оценка

- ✓ Значение и стойност на духовността за личността
- ✓ Ценности и убеждения
- ✓ Обреди, ритуали, символи, икони
- ✓ Духовна подкрепа
- ✓ Екзистенциални въпроси

#### 6. Ежедневие

- ✓ Отговорности, планиране
- ✓ Лични грижи
- ✓ Домакински дейности
- ✓ Домашни любимци
- ✓ Достъп до телефон, транспорт, инфраструктура, отдалечен регион
- ✓ Специални нужди

#### 7. Грижа в края на живота

- ✓ Управление на физиологичните промени в последните часове на живота
- ✓ Предпочитано място на смъртта
- ✓ Подготовка за очакваната смърт
- ✓ Обявяване на смъртта, обреди и ритуали, погребение

- ✓ Донорство на орган

## **II. Дейности насочени към семейството и близките**

1. Оценка на семейството
  - ✓ демографски характеристики, членове на семейството
  - ✓ култура, лични ценности, убеждения, практики
  - ✓ образование, грамотност, контакти, информация
  - ✓ наличие на други болни в семейството
2. Навременна и подходяща информация и комуникация
3. Отзивчиви грижи към семейството
4. Обучение на семейството
5. Участие на семейството в грижите за болния
6. Грижи по време на смъртта
7. Грижи след смъртта, за преодоляване на загубата и скръбта

## **III. Дейности насочени към персонала**

1. Обучение и професионално развитие
2. Оценката и профилактиката на емоционалната безопасност

## **IV. Дейности насочени към обществото**

1. Информационни – целящи запознаване на гражданите и медицинските структури в областта за дейността и услугите, които се предоставят: разпространение на информационни материали; организиране на срещи и кампании и представяне на палиативните грижи
2. Взаимодействие и добра комуникация с: извънболничната медицинска помощ; ОПЛ, социални и здравни заведения, институции и специализирани ЛЗ за палиативни грижи
3. Водене на медицинска документация и отчетност

## **ФУНКЦИОНИРАНЕ**

ОПЛ насочва пациента към хосписа/МЦ. Хосписа/МЦ в лицето на неговия Управител сключва договор с пациента и неговите близки. Предмет на договора са оказването на медицински и не медицински грижи и услуги. Хосписа/МЦ осигурява:

1. Професионална медицинска грижа в дома на пациента – контрол на болката другите физически симптоми (дихателни, стомашно-чревни, урологични, кожни, психични състояния, неврологичен дефицит, двигателна активност, хранене, хидратиране и др.).
2. Зачитане волята и правата на пациента и неговото семейство;
3. Прилагане и контрол на терапия назначена от ОПЛ или друг специалист;
4. Съгласуване на грижите с ОПЛ и семейството;
5. Социални услуги;
6. Психологическа, емоционална и духовна грижа и подкрепа;
7. Предоставяне на подробна информация за състоянието на пациента за усложненията и рисковете от терапията и прогноза за хода на заболяването;
8. Подкрепа и обучение на семейството;
9. Консултации със специалисти – с медицинско и не медицинско образование;
10. Постоянна 24 часова телефонна връзка;
11. Настаиване в специализирано ЛЗ при необходимост.

**Пациента и неговото семейство са длъжни да:**

1. Съдействат на екипите;
2. Вземат активно участие във избора на решения за вида на грижите и услугите.

**ОЦЕНКА И КОНТРОЛ**

Оценка на дейността се изготвя на базата на подобреното качество на живот на пациента и удовлетвореността на семейството. Използват се скали за измерване на качеството на живот на пациента и анкети за близките. Оценката е периодична.

Изследванията Quality Metric's SF Health Survey – SF-36; SF-12; SF-8 в здравеопазването са кратки, научно валидни и надеждни мерки за физически и психически здравен статус (Fitzpatrick, 1996; Gilgeous, 1998).

На всеки 2 седмици пациентите попълват анкетна карта по точковата скала (SF-Health Survey) на теста „SF-8”. Отчита се промяната във физическото и психическо здраве на болния, съответно подобро или влошено качество на живот (Табл. 8).

**Табл. 8. Анкетна карта за пациенти**

<b>Въпрос</b>	<b>Отговор</b>
1. Как бихте оценили здравето си като цяло през последните 2 седмици?	Отлично; Много добро; Задоволително; Лошо; Много лошо;
2. През последните 2 седмици в каква степен физическото Ви здраве ограничава обичайните Ви физически активности (ходене, качване по стълби)?	Не, изобщо; Много малко; В известна степен; Доста; Не можех да извършвам физическа активност;
3. През последните 2 седмици колко трудности срещате при изпълнението на ежедневната си работа, в къщи и извън дома, заради физическото си здраве?	Нямах изобщо затруднения; Малко затруднения; Известни затруднения; Доста затруднения; Не можех да извършвам ежедневната си работа;
4. Каква по интензивност телесна болка сте имали през последните 2 седмици?	Никаква болка; Много лека болка; Лека болка; Умерена болка; Силна болка; Много силна болка;
5. През последните 2 седмици колко енергия имахте?	Много; Доста; Средно; Малко; Никаква;
6. През последните 2 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми ограничаваха обичайните Ви социални дейности със семейството и приятелите Ви?	Ни най-малко; Много малко; Донякъде; Доста; Изключително много;
7. През последните 2 седмици в каква степен сте били притеснявани от емоционални проблеми, като тревожност, депресия или раздразнителност?	Ни най-малко; Много малко; Донякъде; Доста; Изключително много;
8. През последните 2 седмици, в каква степен лични или емоционални проблеми са Ви пречели да извършвате обичайната си работа или ежедневни дейности?	Ни най-малко; Много малко; Донякъде; Доста; Изключително много;

Контролът е два вида – вътрешен и външен контрол. **Външният контрол** се осъществява от оторизирани институции на които са вменени задълженията да контролират

медицинските дейности (РЗИ, НЗОК, МЗ и др.). **Вътрешният контрол** се извършва от координатора на грижите и услугите за всеки пациент. Контролира се:

1. Изпълнението на индивидуалния план за грижи;
2. Чек листове попълвани от персонала при всяко посещенията на пациента;
3. Удовлетвореността на пациента.

### **ПОЛЗИ ОТ ВЪВЕЖДАНЕТО НА МОДЕЛА**

Въвеждането на модел за палиативни грижи в общността ще спомогне за интегрирането на тези грижи в здравеопазната система на страната. Ползата от прилагането на модела е:

1. Разширен достъп до комплексни медицински и други професионални грижи и услуги предлагани по домовете на нуждаещите се пациенти, независимо от диагнозата им;
2. Намаляване на разходите за скъпо струващо и ненужно болнично лечение;
3. Намаляване на социалната и икономическата тежест за семействата с неизлечимо болен, породена от заболяването на техния близък;
4. Намалява смъртността в лечебните заведения;
5. Подобряване качеството на живот на пациента и неговото семейство.

Голяма част от неизлечимо болните хора искат да прекарат остатъка от своя живот в домашна обстановка, сред своите близки. Близките от своя нямат необходимите знания, умения и време да се грижат за болните в къщи. Точно това предлага и гарантира моделът за палиативни грижи в общността. Той осигурява необходимите грижи и услуги за пациентите по домовете им. Предоставя помощ и подкрепа на семейството да се справи със ситуацията породена от заболяването. Всеки човек има право на спокойна и достойна смърт.

#### **IV. ПРОГРАМА ЗА ОБУЧЕНИЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА МОДЕЛ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ**

Практическото прилагане на научнообоснован модел за предоставяне на палиативни грижи изисква осигуряване на достатъчен брой здравни специалисти, притежаващи необходимата квалификация и професионални умения, което е свързано с разработване на програма за тяхното обучение. Тя трябва да бъде съобразена с основните дейности на модела с цел качествено им изпълнение в съответствие с медицинските и социални потребности на пациентите и техните близки.

Програмата за обучение на професионалистите по здравни грижи за прилагане на модел за предоставяне на палиативни грижи е ориентирана в следните направления:

1. Теоретични основи за практическо участие в мултидисциплинарен екип за предоставяне на палиативни грижи.

2. Комуникативни умения за работа с пациента и неговите близки.

3. Оценка на състоянието и потребностите на пациента: физически, психически, емоционални, социални и духовни;

4. Манипулации и процедури:

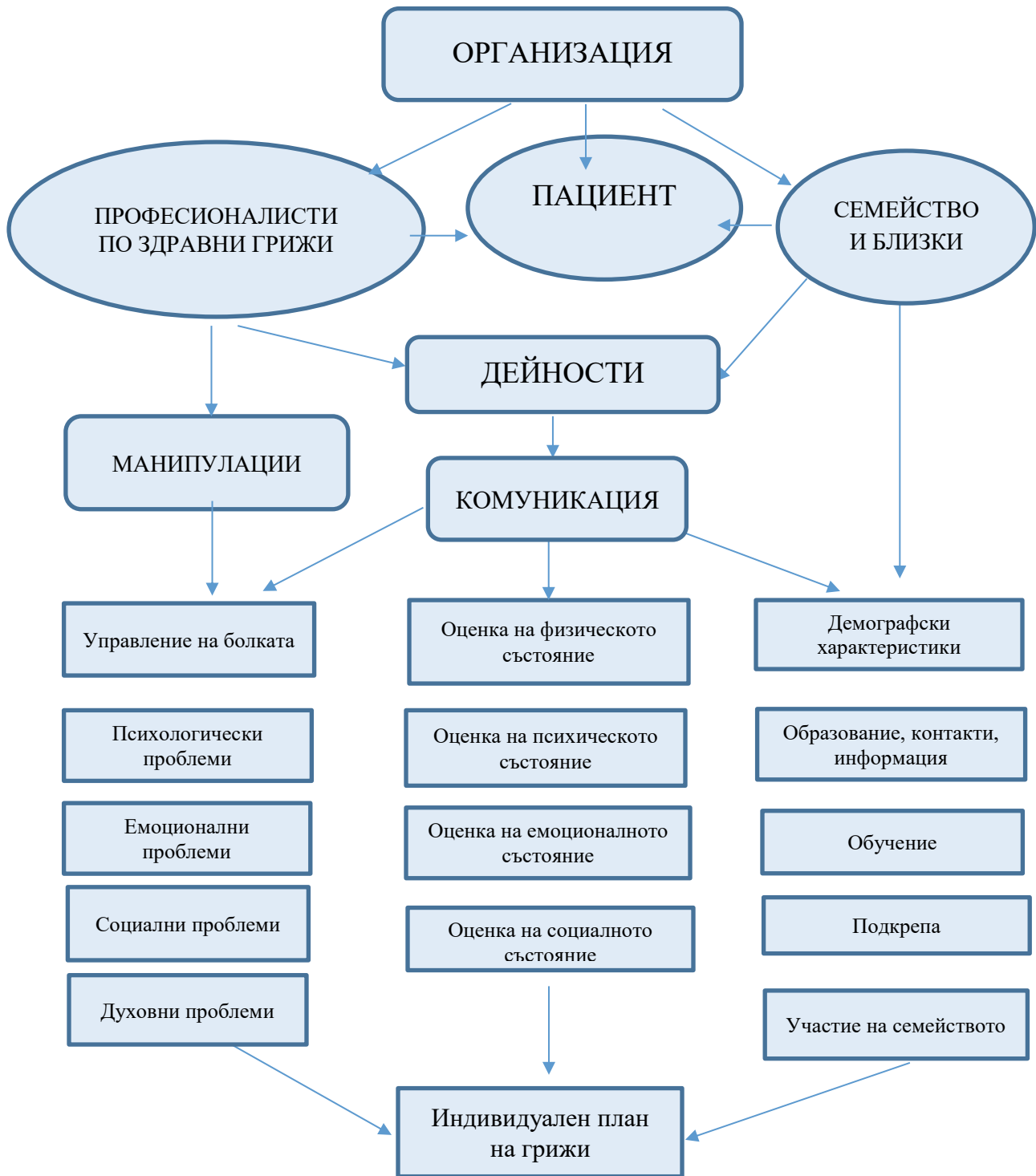
- ✓ управление на болката;
- ✓ хигиена;
- ✓ профилактика;
- ✓ психично равновесие;
- ✓ емоционални потребности;
- ✓ социални проблеми;
- ✓ духовни потребности.

5. Оценка на състоянието и потребностите на близките на пациента:

- ✓ демографски особености и социален статус;
- ✓ подкрепа;
- ✓ обучение.

6. Изготвяне на индивидуален план на грижите;

На Схемa 3 са представени главните аспекти на програмата за обучение.



**Схемa 3. Главни аспекти в обучението за прилагане на модел за предоставяне на палиативни грижи**

## **V. ПРОЕКТ НА УЧЕБНА ПРОГРАМА ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ**

### **ПРОЕКТ НА УЧЕБНА ПРОГРАМА**

#### **„ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ“**

#### **СПЕЦИАЛНОСТ ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ**

### **1. ВЪВЕДЕНИЕ**

**1.1. Наименование на специалността** – „Палиативни грижи“

**1.2. Продължителност на обучението** – 1 (една) година

**1.3. Изисквано базово образование за допускане до обучение по специалността** – образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „професионален бакалавър“ от професионално направление „Здравни грижи“ по специалностите „медицинска сестра“, „акушерка“, фелдшер“ и „рехабилитатор“

#### **1.4. Общи положения**

По специалността „Палиативни грижи“ се подготвят професионалисти по здравни грижи в продължение на една година. Подготовката е практическа и теоретична, обхваща всички основни аспекти на палиативните грижи. По време на специализацията си специализантите полагат колоквиуми по теоретичните дисциплини и стажове. Резултатите се отразяват в Книжката за специализация.

### **2. ДЕФИНИЦИЯ НА СПЕЦИАЛНОСТТА, КОМПЕТЕНЦИИ И УМЕНИЯ**

Палиативните грижи са активни общи грижи за пациенти, чието заболяване не се повлиява от лечение. Те са насочени към облекчаването на болката и другите симптоми, интегрират физичните, психологичните, социалните и духовни аспекти на грижите за пациента. Осигуряват активна система за подкрепа на пациента и неговото семейство. Всеобхватната цел на палиативните грижи е постигането на възможно най-добро качество на живот за пациентите и техните семейства.

Професионалиста по здравни грижи със специалност „Палиативни грижи“ има специфични знания и умения и може да ги прилага при оказване на качествени палиативни грижи. Организира и ръководи мултипрофесионалните екипи за палиативни грижи или е техен член. Оказва специфични грижи с цел удовлетворяване на физическите, социалните, психическите, духовни и културни потребности на пациента. Осигурява обучение, подкрепа и утеха на семейството и близките на болния.

Специалистите по палиативни грижи са необходими и незаменими, както за отделенията по палиативни грижи, така и хосписите и грижите по домовете. Те притежават умения за прилагане на специфични подходи за грижи при палиативни състояния и достойна смърт.

### **3. ЦЕЛ НА ОБУЧЕНИЕТО**

Основната цел на обучението за придобиване на специалност „Палиативни грижи“ е професионалистите по здравни грижи да:

- 1) Придобият специфични знания и умения за оказване на адекватни и професионални палиативни грижи, основани на съвременните тенденции на палиативната медицина и хосписните грижи;
- 2) Придобият и усъвършенстват знания и умения за работа в стационарно отделение за палиативни грижи, хоспис и домашни условия, в мултипрофесионалните екипи за палиативни грижи, като членове и ръководители на екип;
- 3) Извършват професионална оценка на потребностите и изготвят план за грижи съобразен с индивидуалните потребности на всеки пациент;
- 4) Осигуряват спокойна и достойна смърт за болния и подкрепа на близките му.

### **4. ОБУЧЕНИЕ**

Обучението се провежда с активното участие на обучаваните чрез:

- ✓ Лекционни занятия;
- ✓ Дискусия;
- ✓ Работа в екип;
- ✓ Семинари;
- ✓ Изготвяне на план за грижи.

#### **4.1. Учебен план**

Учебният план съдържа 6 модула от 165 часа

Модул 1. Същност на палиативните грижи – 20 ч.

Модул 2. Организация на работа в различните форми за палиативни грижи – 20 ч.

Модул 3. Екипи за палиативни грижи – 15 ч.

Модул 4. Мениджмънт на болката – 30ч.

Модул 5. Оценка на потребностите и план за грижи при пациенти обект на палиативни грижи – 60 ч.

Модул 6. Организация и управление на палиативните грижи – 20 ч.

#### **4.2. Учебна програма**

#### 4.2.1. Теоретична част в шест модула от 165 часа

##### I. МОДУЛ

Същност на палиативните грижи – 20 ч.

1. Възникване и развитие на палиативните грижи
2. Задачи и принципи на палиативните грижи
3. Аспекти на палиативните грижи – физически, психически, социални, културни и духовни
4. Етични проблеми в палиативните грижи, евтаназия

##### II. МОДУЛ

Организация на работа в различните форми за палиативни грижи – 20 ч.

1. Палиативни грижи в стационар
2. Болничен екип за палиативни грижи
3. Хоспис
4. Дневен хоспис
5. Палиативни грижи в домашни условия

##### III. МОДУЛ

Екипи за палиативни грижи – 15 ч.

1. Екипна организация на труда
2. Управление на здравния екип
3. Състав и роли на членовете на екипите за палиативни грижи
4. Комункативни техники и умения
5. Грижа и подкрепа за членовете на екипа

##### IV. МОДУЛ

Мениджмънт на болката – 30ч.

1. Анатомия и физиология на болката
2. Скали за измерване на интензитета и силата на болката
3. Съвременни методи и медикаменти за облекчаване на болката

##### V. МОДУЛ

Оценка на потребностите и план за грижи при пациенти обект на палиативни грижи 60 ч.

1. Специфични потребности на пациентите нуждаещи се от палиативни грижи
2. Оценка на потребностите и изготвяне на план за грижи съобразен с индивидуалните потребности на пациента
3. Наблюдение и контрол на симптомите:

- ✓ Профилактика и лечение на декубитуси;
  - ✓ Хранене;
  - ✓ Диспнея;
  - ✓ Гадене и повръщане;
  - ✓ Констипация;
  - ✓ Нарушение в уринирането;
  - ✓ Тревожност, депресия и делириум;
4. Осигуряване на спокойна и достойна смърт;
  5. Грижи за починал болен;
  6. Обучение и подкрепа на близките и членовете на семейството

## VI. МОДУЛ

Организация и управление на палиативните грижи – 20 ч.

1. Здравно законодателство и нормативни документи
2. Регистриране и документиране на палиативните грижи
3. Партньорство и работа със служби и институции
4. Международен опит в областта на палиативните грижи

### 4.2.2. Практическа част – 320 часа

ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ /СТАЖОВЕ/ - задължителни

Разпределение и продължителност на стажовете

1. Отделение за палиативни грижи в Многопрофилна болница за активно лечение – 80 часа
2. Отделение за палиативни грижи в Комплексен онкологичен център – 80 часа
3. Хоспис – 120 часа
4. Грижи в домашни условия – 40 часа

Всичко 8 седмици по 40 часа = 320 часа

### 4.3. Задължителни колоквиуми и график за полагането им

ТЕМИ НА КОЛОКВИУМИТЕ

1. Възникване, развитие, задачи и принципи на палиативните грижи – 1 месец
2. Аспекти и етични проблеми на палиативните грижи, евтаназия – 2 месец
3. Мениджмънт на болката – скали за измерване и съвременни методи за нейното овладяване – 4 месец
4. Организационни форми за палиативни грижи – 6 месец

5. Мултипрофесионални екипи за палиативни грижи – 7 месец
6. Оценка на потребностите и план за грижи – 9 месец
7. Организация и управление на палиативните грижи – 11 месец

## **5. КОНСПЕКТ ЗА ДЪРЖАВЕН ИЗПИТ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ „ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ“**

1. Същност на палиативните грижи, възникване и развитие
2. Задачи и принципи на палиативните грижи
3. Аспекти на палиативните грижи
4. Етични проблеми в палиативните грижи
5. Евтаназия и палиативни грижи
6. Организационни форми за палиативни грижи
7. Екипи за палиативни грижи – състав, роли и управление
8. Комуникация, общуване и подкрепа
9. Анатомия и физиология на болката – скали за измерване
10. Съвременни методи и средства за облекчаване на болката
11. Специфични потребности на пациентите нуждаещи се от палиативни грижи – оценка
12. Изготвяне на индивидуален план за грижи
13. Профилактика и лечение на декубитуси
14. Наблюдение и контрол на симптомите при диспнея, гадене и повръщане
15. Хранене и констипация
16. Нарушение в уринирането
17. Тревожност, депресия и делириум
18. Спокойна и достойна смърт
19. Грижи за починал болен
20. Грижи за близките и членовете на семейството
21. Документация в палиативните грижи
22. Партньорство и работа със служби и институции
23. Здравно законодателство и нормативни документи в областта на палиативните грижи
24. Международен опит в областта на палиативните гриж

## ИЗВОДИ

1. Най-често грижите за неизлечимо болните се поемат от техните семейства и близки, като това са работещи лица със средно образование, от женски пол, на възраст от 41 до 60 години.

2. Основните проблеми на семействата с тежко болни са с икономически и социален характер, а също и недостига на време. За да осигурят по-добро качество на живот на болните и на тях самите, близките се нуждаят от професионална помощ и подкрепа, както и от специализирани обучения.

3. Предлагащите палиативни грижи удовлетворяват физическите потребности, отчасти задоволяват емоционалните и социални нужди, но духовните и културните потребности на терминално болните остават непокрити.

4. Желанието на професионалистите по здравни грижи да се грижат и помагат на тежко болни пациенти, наред със заплащането, е основен фактор при изборът им на работно място. Медицинските специалисти имат нагласата, желанието и нужния опит да извършват грижи за неизлечимо болни пациенти в домашни условия с помощта на екип за палиативни грижи.

5. Следдипломното обучение насочено към грижите за тежко болни намалява напрежението свързано с работата и подобрява емоционалното състояние на професионалистите по здравни грижи. Оценката и профилактиката на емоционалната безопасност в лечебните заведения предоставящи палиативни грижи не е рутинна практика.

6. Ръководителите в здравеопазването, които притежават магистърска образователно-квалификационна степен, с общ професионален стаж от 31 до 40 години и стаж като ръководители между 11 и 30 години, най-благоприятно съчетават рутината и мотивацията за работа, използват съвременни и научнообосновани подходи в дейността по организацията на работата.

7. За близките на пациентите, професионалистите по здравни грижи и техните ръководители хосписът, като специализирано лечебно заведение е най-предпочитаната организационна форма за предоставяне на палиативни грижи.

8. Поради разнообразният характер на проблемите на неизлечимо болните пациенти и техните близки и удовлетворяването на техните потребности в съответствие със съвременните представи за качество на медицинската помощ е необходимо въвеждането на

специалност „Палиативни грижи“ за медицински сестри и други здравни специалисти, това са заявили анкетираните професионалисти по здравни грижи (68,62%) и техните ръководители (73,40 %).

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към лечебните заведения**

- ✓ Разработване на план и стратегия за непрекъснато обучение на здравните специалисти и повишаване на тяхната квалификация.
- ✓ Организацията на палиативните грижи да се основава на научно обосновани модели в съответствие със спецификата на проблемите и потребностите на неизлечимо болните пациенти и техните семейства.

### **Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи**

- ✓ Разработване на нормативни документи, регламентиращи отдаването на палиативни грижи в домашни условия и участието на професионалистите по здравни грижи в мултидисциплинарните екипи.
- ✓ Разработване на стандарти за качество на палиативните грижите.
- ✓ Инициатива за финансиране на грижите по домовете от НЗОК и общините.

### **Към Медицинските Университети**

- ✓ Разработване на програми за следдипломно обучение на професионалистите по здравни грижи.
- ✓ Въвеждане на специалност „Палиативни грижи“ за медицински сестри и други професионалисти по здравни грижи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Непрекъснатото нарастване на хората нуждаещи се от палиативни грижи налага промяна във формите и моделите на тяхното предлагане. Поради факта, че в страната не са регламентирани, обособени и не функционират всички организационни форми за палиативни грижи, то пациентите, нуждаещи се от тях съответно не получават необходимите медицински и немедицински грижи и услуги. Това от своя страна влошава качеството на малкото оставащ живот при неизлечимо болните.

Липса на нормативна база, която да регламентира доброволния труд, недостатъчната осигуреност с хосписи и институции за предоставяне на палиативни грижи, както и недостига на медицински специалисти, са едни от основните пречки за разпространението на палиативните грижи.

Създаването на модерна система за непрекъснато обучение и професионално развитие на специалистите по здравни грижи е средство за повишаване качеството на палиативните грижи. Добрите комуникативни умения на медицинските специалисти са важен фактор за по-пълното удовлетворяване на специфичните и разнообразни потребности на тежко болните и техните близки.

Въвеждането на специалност „Палиативни грижи“ за професионалисти по здравни грижи ще утвърди и подобри предлаганите палиативни грижи, което от своя страна ще доведе до възможно най-добро качество на живот за неизлечимо болните и техните семейства.

Палиативните грижи са неизменна част от човешкия живот и здравната система на всяка страна е длъжна да осигури спокойна и достойна смърт на тези, които не могат да бъдат излекувани.

Как да осигурим на тежко болните достойна смърт? Спокойна смърт, без болка и страдание, в добра обстановка сред близки хора. Как да помогнем на хората да се справят със загубата на любим човек? Отговорът на тези въпроси се крие в подобряване организацията на палиативните грижи и тяхното интегриране в системата на здравеопазване.

Обществото ни се нуждае от гаранция за достъпни и качествени палиативни грижи, оказвани от високо квалифициран персонал, което може да се постигне само при наличието

на политическа и обществена воля за развитие в съответствие със съвременните европейски стандарти за качество на живот.

## **ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **Приноси с научен и методичен характер**

1. Изследвани са организацията и управлението на грижите за неизлечимо болни пациенти и специфичните им потребности.

2. Анализирани са основните проблеми и потребности на пациентите и техните семейства, както и отражението на работната среда върху специалистите по здравни грижи при съществуващата организация за предоставяне на палиативни грижи.

3. На базата на статистически анализ на резултатите от изследването са установени зависимости между показатели, характеризиращи професионалния профил на здравните специалисти и потребностите на близките на пациентите, които могат да се използват при разработване на мероприятия за повишаване качеството на палиативните грижи.

### **Приноси с научно-приложен характер**

1. Разработен е модел основаващ се на научно обосновани методически подходи, методи и средства за осигуряване на качествени палиативни грижи.

2. Определени са основните аспекти на програма за следдипломно обучение на професионалисти по здравни грижи.

3. Изработен е проект на учебна програма за специалност „Палиативни грижи“ за професионалисти по здравни грижи.

## СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Бойчева Цв., Организационни форми на палиативни грижи – нагласи и потребности на пациентите и техните семейства, Здравни грижи, бр. 3, 2018, ISSN 1312-2592
2. Бойчева Цв., М. Димитрова, Грижа за емоционалната безопасност на професионалистите по здравни грижи работещи с неизлечимо болни пациенти, Здравни грижи, бр. 2, 2019, XVII, ISSN 1312-2592
3. Бойчева Цв., М. Димитрова, Нагласите на професионалистите по здравни грижи за оказване на палиативни грижи по домовете, Здравни грижи, бр. 3, 2019, XVII, ISSN 1312-2592
4. Бойчева Цв., М. Димитрова, Нагласите на професионалистите по здравни григи и техните ръководители за въвеждането на специалност „Палиативни грижи“, Сестринско дело, бр. 3, 2019, LI, ISSN 1310-7496
5. Boycheva, Ts., Dimitrova, M., Problems of families with terminally ill, KNOWLEDGE, Vol. 28. 2., pp. 603 – 608, December, 2018, ISSN 2545-4439, ISSN 1857-923X
6. Boycheva, Ts., Dimitrova, M., Needs of patients needing palliative care, KNOWLEDGE, Vol. 34. 4., pp. 997 – 1002, September, 2019, ISSN 2545-4439, ISSN 1857-923X