

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ  
КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“**

---

Катя Ефтимова Попова

**ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ГРИЖИТЕ ЗА  
ВЪЗРАСТНИ И СТАРИ ХОРА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА  
ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“

Област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт  
Професионално направление 7.4. Обществено здраве  
Научна специалност: „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**Научни ръководители:**

Проф. д-р Жени Стайкова Николова дмн,  
Проф. Иванка Костова Стамболова дм

**Рецензенти:**

Доц. Антоанета Зографова Терзиева дм  
Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска дм

**София, 2019**

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен Катедрен съвет на катедра „Здравни грижи“ при Факултет по Обществено здраве на Медицински университет- София.

Дисертационният труд се състои от 193 страници и е онагледен с 16 таблици, 49 фигури, 3 схеми и 5 приложения.

Библиографската справка включва 176 заглавия, от които 126 на кирилица и 50 на латиница.

### **Научно жури:**

Проф. Галина Стамова Чанева дм

Доц. Антоанета Зографова Терзиева дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев дмн

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска дм

Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов дм

### **Резервни членове:**

Доц. Мария Иванова Димитрова дм

Проф. д-р Невяна Георгиева Фесчиева дм

Публичната защита ще се състои на 16.10. 2019 г. от.....ч. в зала №... на Факултет по Обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоана- ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в Сектор „Наука“ на Деканата на ФОЗ, МУ София, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София и на Интернет страницата на МУ София.

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

<b>СЪДЪРЖАНИЕ</b>		<b>стр.</b>
<b>I. Въведение</b>		5
<b>II. Цел, задачи, материали и методика на изследванията</b>		7
<b>III. Резултати</b>		13
1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на възрастни и стари хора		13
2. Анализ на резултатите от анкетното проучване на лица, грижещи се за възрастни и стари хора		21
3. Анализ на резултатите от анкетното проучване на медицински сестри, работещи в доболничната помощ		30
4. Анализ на резултатите от анкетното проучване на студенти от професионално направление „Здравни грижи”		39
<b>IV. Дискусия, ограничения</b>		52
<b>V. Изводи и препоръки</b>		63
1. Изводи		63
2. Препоръки		65
Приноси		66
Публикации във връзка с дисертационния труд		67

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АПМП	Амбулатория за първична медицинска помощ
БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
ДЗО	Доброволно здравно осигуряване
ЕС	Европейски съюз
ЗЗО	Закон за здравно осигуряване
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурено лице
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
МЗ	Министерство на здравеопазването
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НПО	Неправителствена организация
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ООН	Организация на обединените нации
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПМП	Първична медицинска помощ
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СЗО	Световна здравна организация

## I. ВЪВЕДЕНИЕ

Под влияние на промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, външната миграция предимно на млади хора, жизнения стандарт, политическите промени и др., през последното десетилетие се наблюдават съществени промени във възрастовата структура на населението (79).

Възрастните и стари хора са много разнородна група, в резултат на промените настъпващи в тях от здравен, психологически и социален аспект. Това налага създаване на интердисциплинарно сътрудничество и алтернативни съвременни подходи за организация и предлагане на качествени здравни и социални грижи. Възрастните хора имат различни здравни потребности и поради тяхното нарастване в обществото, здравните системи трябва да бъдат адаптирани за да се осигурят необходимите грижи и да се обезпечи достойно остаряване в добро здраве и подпомагане.

Цялостната и бърза промяна в демографската структура и здравно състояние на населението оказва огромен натиск върху здравните, социалните, финансови и икономически системи на всички държави, което изисква гъвкави политики и ефективни модели за да се отговори на завишените потребности и изисквания на населението.

Глобалните процеси и развитието на факторите на макросредата в здравеопазването през последните десетилетия налагат осъществяване на промяна на здравните системи в посока към междусекторно сътрудничество и предоставяне на интегрирани здравни и социални услуги. Подобряването на координацията и комуникацията в структурите в системите на здравеопазване и социалните дейности е от ключово значение за повишаване на ефективността и ползите в процеса на въвеждане на интегрирани грижи (129).

Прогнозите на Организацията на обединените нации (ООН) предвиждат през 2025 г. делът на хората над 65-годишна възраст сред възрастното население да достигне до 26.2% в Източна Европа.

Демографска ситуация през 2017 г. в Р България се характеризира с продължаващо намаляване и застаряване на населението по данни на Националния статистически институт (76). В края на 2017 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 481 908, или 21.0% от населението на страната. В сравнение с 2016 г. делът на населението в тази възрастова група нараства с 0.3 процентни пункта, а спрямо 2001 г. - с 4.1 процентни

пункта. В 22 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5 от населението на областта.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието.

Здравно-демографска и икономическа криза, забавената и неефективна реформа в здравеопазването в България се отразява негативно върху качеството на здравните грижи и услуги.

Според СЗО „качествени здравни грижи са тези, които представят най-добрия здравен резултат – максимум полза и минимум риск за пациента; демонстрира отличен професионализъм от всички, участващи в помощта; ефективно и рационално използване на ресурсите; високо ниво на удовлетвореност и самочувствие на пациентите, най – добрите възможни здравни резултати.”(111).

Заниженото качество на здравните грижи засяга най- вече уязвимите групи от населението- деца, хора с увреждания, възрастни и стари хора.

Съществен елемент от реформите на здравните системи в Европа е предоставяне на „интегрирана грижа” като стремеж да преодолее традиционното деление между здравна и социална грижа.

Интегрираните грижи включват всички свързани с потребностите на човека аспекти – от организацията и управлението им до професионалните умения на доставчиците на тези грижи. Те трябва да се разбират по скоро като средство да се подобри достъпа, удовлетвореността на потребителя и качеството на предоставените грижи (127). Това означава координация и комуникация между различни специалисти от здравните и социални институции ( 128).

Прилагането на интегрирани грижи за възрастни и стари хора се обуславя от очертаните насоки в европейски и национален план за деинституционализиране на гериатричните грижи като се създаде цялостна, децентрализирана инфраструктура по местоживееене за предоставяне на достъпни, многообразни и индивидуализирани грижи.

## **II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА**

### **ЦЕЛ**

Да се проучат и анализират потребностите и нагласите на възрастни и стари хора и техните обгрижващи за необходимостта от интегрирани медико-социални грижи и да се разработи модел, позволяващ прилагане на качествени грижи и услуги за гериатрични пациенти /клиенти в Бургаска област.

### **Задачи:**

1. Да се проучи и анализира международното и национално законодателство, както и специализираната литература по проблемите на възрастните и стари хора и техните обгрижващи.

2. Да се направи исторически преглед и сравнителен анализ на моделите за организация и прилагане на здравни грижи, в контекста на концепциите за здравни грижи и тяхната релевантност в обгрижването на възрастни и стари хора.

3. Да се анализира европейския опит за организиране и прилагане на интегрирани гериатрични грижи в социална среда.

4. Да се изследват и анализират специфичните потребности от грижи за възрастни и стари хора, които биха подобрили качеството им на живот.

5. Да се проучат и анализират медико-социалните проблеми в семействата и близките, обгрижващи възрастни и стари хора.

6. Да се проучат и анализират нагласите на старите хора и техните обгрижващи за използване на услугите в Център за интегрирани гериатрични грижи и приоритетните видове услуги, които да се предоставят в този център.

7. Да се проучи и анализира мнението на медицински сестри, работещи в първичната медицинска помощ, относно организацията и професионалните отговорности в областта на гериатричните грижи;

8. Да се проучи и анализира мотивацията на бъдещите специалисти по здравни грижи за професионална реализация в областта на гериатрията.

9. Да се разработи Модел за организиране на интегрирани грижи за възрастни и стари хора.

10. Да се разработят Методически насоки за компетенции на Експерт по гериатрични грижи.

## Хипотеза

Организацията на грижи за възрастните и стари хора не предлага цялостен холистичен подход за комплексно решаване на техните здравно-социални проблеми, което да повиши удовлетвореността на потребителите и да подобри качеството им на живот.

Специфичността на потребностите на възрастните и стари хора и нереструктурираните здравни и социални системи са предизвикателство за професионална реализация на специалистите по здравни грижи в областта на гериатричните грижи.

**Обект на изследването** са потребностите на възрастни стари хора от медико- социални грижи.

**Предмет на изследване** е процеса на организиране и предоставяне на грижи и услуги за възрастни и стари хора като фактор за подобряване качеството им на живот.

## Контингент на изследването

Анкетното проучване е проведено през 2016-2018 г. В изследването на участват 937 респонденти, от тях:

- 360 възрастни и стари хора, живеещи в домашна среда;
- 160 лица, обгрижващи възрастни и стари хора;
- 125 медицински сестри, работещи в АПМП;
- 140 студенти от професионално направление „Здравни грижи”.

За проучване мнението от апробиране на модел за мобилен екип за превантивни грижи са изследвани:

- 152 възрастни и стари хора от гр. Бургас

Проучването на **възрастните и стари хора** и **техните обгрижващи** е проведено на територията на Бургаска област в тринадесетте общини, в различни по големина градове и села на случаен принцип.

Проучването на **медицински сестри**, работещи при общопрактикуващи лекари е проведено на територията на всички 13 общини в Бургаска област.

Изследваните **студенти** са от професионално направление „Здравни грижи” и се обучават в Университет „Проф. д-р А. Златаров”- Бургас.

## Признаци на изследване

### *Признаци за изследване на възрастни и стари хора:*

- възрастова, демографска и социална структура;
- структура на заболяемостта;
- оценка на здравето състояние;
- здравни и социални потребности
- достъп до здравни и социални услуги;
- желание за ползване комплексни услуги в гериатричен център;
- видове услуги, които да се предоставят в този център.

### *Признаци за изследване на грижещи се за стари хора:*

- възрастова, демографска и социална структура;
- оценка на здравето състояние на старите хора;
- здравни и социални потребности;
- достъп до здравни и социални услуги;
- оценка на натовареността, свързани с грижи;
- желание за ползване комплексни услуги на гериатричен център;
- видове услуги, които да се предоставят в този център.

### *Признаци за изследване на медицински сестри*

- възрастова и демографска структура;
- професионален опит;
- дейности в първичната медицинска помощ;
- степен на професионална автономност;
- знания и умения на медицинската сестра в ПМП;
- достъп до здравни грижи на възрастни и стари хора;
- мотивация за повишаване на професионална квалификация.

### *Признаци за изследване на студентите:*

- достъп до здравни грижи на възрастни и стари хора;
- форми за организация на гериатрични грижи
- желание за професионална реализация;
- желание за специализация в областта на гериатричните грижи.

## Методология на изследването

### 1. Етапи на проучването

#### ➤ Подготвителен етап:

Проведе се в периода: януари 2016 г. – април 2016г.

- Критичен анализ и синтез на научната литература по темата.
- Подготвяне на методиките за изследване, определяне на извадката и формиране на отделните гнезда по случаен принцип.

#### ➤ Изследователски етап:

- Първи етап: изработване на анкетни карти.

Проведе се в периода: май 2016 г. – юни 2016 г.

Втори етап: реализиране на анкетните проучвания.

Проведе се в периода: септември 2016 г. – юни 2018 г .

Анкетиране на възрастни и стари хора- I група- септември 2016- март 2017 г.

Анкетиране на възрастни и стари хора- II група (след апробиране на екип за мобилни грижи) - септември 2017 г.- декември 2017 г.

Анкетиране на грижещи се за възрастни и стари хора - септември 2016- март 2017 г.

Анкетиране на медицински сестри, работещи в АПМП- септември 2016- март 2017 г.

Анкетиране на студенти- юни 2016 – януари 2018 г.

Всички анкетиранни лица са изразили съгласие за участие в проучването.

В инструкцията на анкетните карти е отбелязано, че изследването е за научни цели. Може да се приеме, че степента на надеждност на данните е висока поради анонимния характер на анкетата, както и поради напълно доброволния характер на участие.

След провеждането на изследването се извърши статистическа обработка на данните.

#### ➤ Заключителен етап:

Проведе се в периода: февруари 2018 г. – януари 2019 г.

- Обработка, анализ на резултатите, изготвяне на изводи и препоръки.
- Разработване на Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора.

- Разработване на методически насоки за компетенции на Експерт по гериатрични грижи.

### Органи за наблюдение

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигане на по – голяма точност. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие на РК на БАПЗГ, АПМП и дипломант студенти.

Всички сътрудници, които подбрахме, предварително бяха запознати с целта и методиката за извършване на изследването. Всички сътрудници бяха обучени за работа с инструментариума.

## 2. Методи на проучването

За реализиране на целите на изследването са използвани следните методи:

✓ **документален метод** -проучване и анализ на научна литература и нормативни документи по разглеждания проблем; историческо развитие на сестринските компетенции, философии и концепции за здравни грижи в контекста на гериатричните грижи; исторически преглед и сравнителен анализ на модели за организация на здравни грижи.

✓ **социологически метод**- организирано и проведено анкетно проучване, чрез индивидуални анкетни карти (въпросници) различни за всяка група респонденти;

Анкетни карти за изследване на мнението на респондентите са разработени специално за целта (Приложение 1, 2, 3, 4, 5). Във въпросниците преобладават закритите въпроси, но са включени и полуоткрити въпроси. Използвани са разнообразни въпроси – многовариантни, ординални скали формулирани като оценка с която анкетирания може да се съгласи (или не се съгласи) в различна степен – „да”, „по-скоро да”, „по-скоро не” и „не”, дихотомни въпроси с два възможни отговора – „да” и „не”.

✓ **статистически методи** за обработка, систематизиране и обобщение на получената информация:

За статистическата обработка на данните е избран статистическия пакет SPSS ver. 19. Възприетото критично ниво на значимост за отхвърляне на нулевата хипотеза  $H_0$  е  $\alpha = 0,05$  ( $Z$  критерий = 1,96), при гаранционна вероятност 95%.

- При статистическата обработка на събраната първична емпирична информация са използвани следните математико-статистически методи: дескриптивна статистика – определяне на относителни дялове.

- Тестове за изследване на зависимости между описателни данни:

- $\chi^2$  на Пирсън – в случаите, когато се изследват зависимости между описателни данни с две или повече категории. Теста се основава на кръстосана таблица (таблица на спрегнатост);

- Точен тест на Фишер – използва се като алтернатива на теста  $\chi^2$  на Пирсън за проверка на работната хипотеза – когато повече от 20% от клетките в таблицата на спрегнатост имат очаквани честоти по-малки от 5 и/или някоя клетка има очаквана честота по-малка от 1;

- Коефициент на контингенция на Крамер (V) - за ориентировъчна оценка на степента на проявление на установените с  $\chi^2$  - метода зависимости (за таблици с две и повече категории).

- Тестове за сравняване на относителни дялове – Z тест.

- Резултатите от проведените анализи се представят чрез:

- Честотни таблици – едномерни и двумерни таблици на честотното разпределение – абсолютни честоти – определяне на броя на единиците в отделно взета група; относителни честоти - определяне на структура чрез относителни дялове (броя на единиците в отделно взета група спрямо общия брой единици в съвкупността) и на разновидността на признаците, характеризиращи различните параметри (разновидностите на възможните отговори на поставени въпроси).

- Двумерни таблици на честотното разпределение (крос-табулация) между категорийни величини.

- Графичен анализ – онагледяване на получените резултати са представени в таблици и диаграми на Microsoft Excel 2016.

### III. РЕЗУЛТАТИ

#### 1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на възрастни и стари хора.

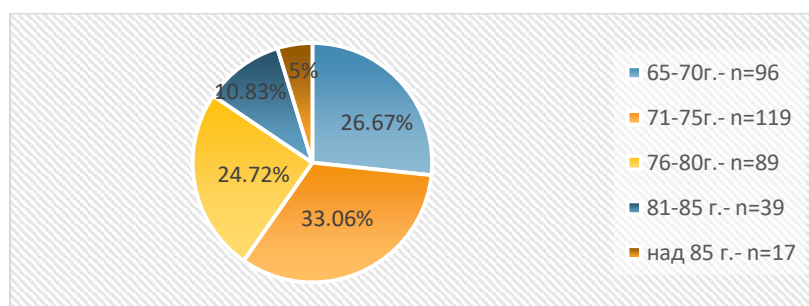
Проучването е проведено в села и градове в 13-те общини от Бургаска област сред 360 възрастни и стари хора, живеещи в домашна среда. Анкетното проучване обхваща 170 (47,22%) респонденти от градове и 190 (52,78%) от села. Разпределението на респондентите по общини е посочено в Таблица 1.

**Таблица 1.** Разпределение на респондентите по общини

Общини Бургаска област												
Айтос	Бургас	Каме- но	Кар- но- бат	М. Търно- во	Несе- бър	Помо- рие	Примо- рско	Руен	Созо- пол	Сре- дец	Сунгу- рларе	Ца- ре- во
Брой изследвани лица												
25	58	23	32	18	28	34	24	39	18	21	23	17
Относителен дял %												
6.94	16.11	6.39	8.89	5.00	7.78	9.44	6.67	10.83	5.00	5.83	6.39	4.73

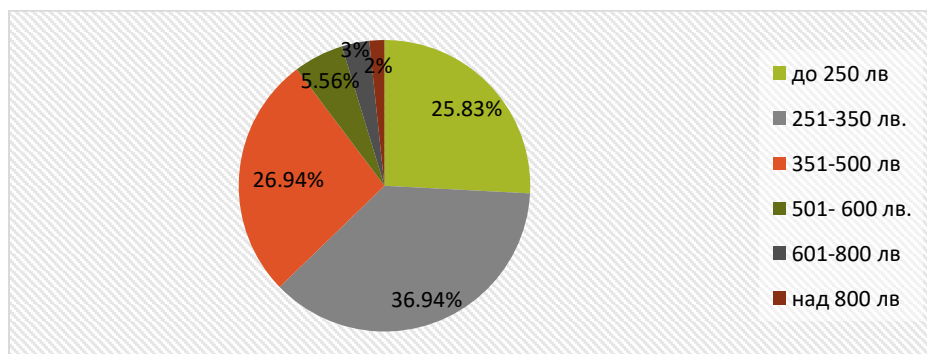
Най-големият брой респонденти 229 (63.61%) посочват, че имат семейство, но над една трета- 131 (36.39)% живеят сами, което е риск за физическа, психологическа и социална изолация.

Разпределението по пол е 33.06% (119 анкетирани) мъже и 66.94% (241 анкетирани) жени. Участниците в анкетирането по възрастова структура са представени във Фиг.1:



**Фиг. 1.** Възрастова структура на респондентите

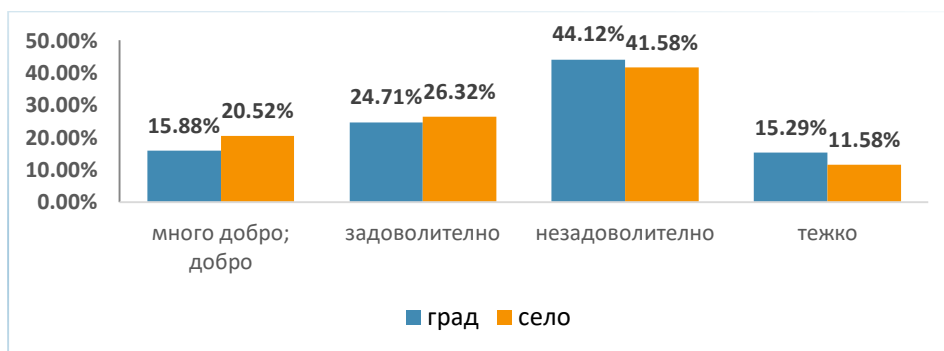
Анализът на доходите на възрастните и стари хора не е положителен фактор за добро качество на живот и възможности за правилна физическа, психологическа адаптация към настъпилите промени с възрастта. 62.78% от анкетираните живеят с месечен доход под определената линия на бедност за страната, а 89.72% с доход под удовлетворяващия основните нужди, съгласно приетите за страната.



**Фиг.2.** Разпределение на анкетираните според месечен доход

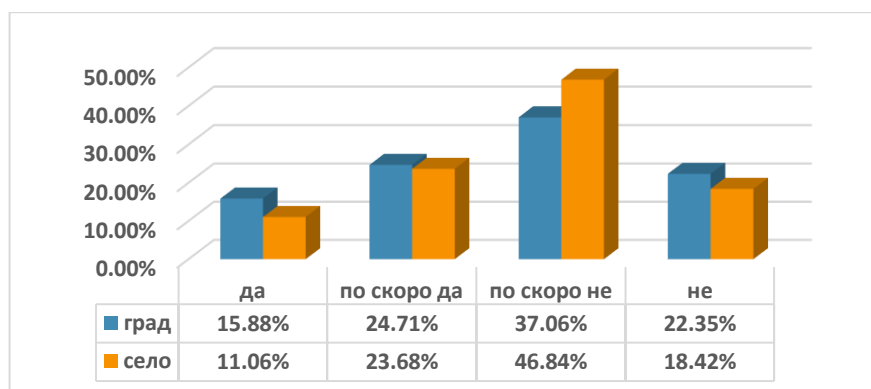
На въпроса „Какви диагностицирани заболявания имате?“ анкетираните възрастни и стари хора посочват, че имат между 2 и 3 хронични заболявания - средно 2,56. Водещо място заемат сърдечно- съдови заболявания с 68.06%; второ място – заболяванията на дихателната система-43.06%, на трето място заболявания на опорно-двигателния апарат- 34,44%; четвърто място с 31.11% са заболяванията на храносмилателната система; 30.28% от анкетираните посочват, че имат ендокринни заболявания; заболявания на ЦНС- 16,39%; следват заболявания на отделителна и пикочополовата система- 14.44,%;заболявания на ПНС- 11.94% заболявания на жлъчно-чернодробна област- 3,33%; 2,8 % имат онкологични заболявания. Само 0,56% посочват, че нямат никакви заболявания.

На въпроса „Как определяте здравословното си състояние?“ водещ отговор е „незадоволително“ 42.78% (154 респонденти), следва „задоволително“ с 25.56% (92 респонденти). Като „много добро“ и „добро“ посочват 158 анкетирани (18.33%), а 48 (13.33% ) определят здравословното си състояние като „тежко“. Разпределението по градове и села е представено на фиг.3:



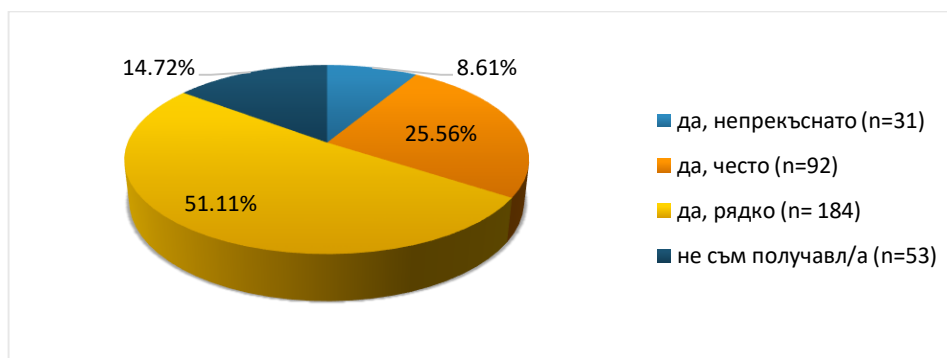
**Фиг.3.** Оценка на здравословното състояние

Изследва се удовлетвореността на възрастните и стари хора от достъпа до здравни грижи в населеното място. Резултатите показват в по-висока степен неудовлетвореност- с „ по- скоро не“ и „не“ са отговорили 225 от респоденти (62.50%). В позитивната част на скалата са 135 анкетирани (37.50%). Разпределението на отговорилите в градовете и селата е представено на фиг. 4, което не показва статистически значима разлика ( $\chi^2(3) = 4,33$   $p=0.0228$ ):



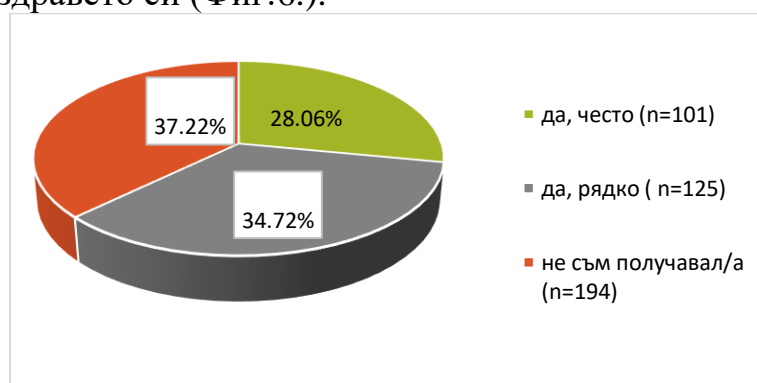
**Фиг.4.** Достъп до здравни грижи в населеното място

На въпроса „Получавате ли писмена или устна информация от лекаря или медицинската сестра, свързани с грижи (хранене, хигиенни грижи, движение, прием на лекарства и др.) при Вашите здравословни проблеми?“, отговорите се разпределят: „непрекъснато“ и „често“ получават информация 34.17% от респондентите, 65.83% посочват, че „рядко“ или „никога“ не са получавали компетентна информация. Във фиг.5 са посочени по- детайлно получените отговори:



**Фиг. 5.** Здравна информираност за грижи при хронични заболявания

На уточняващия въпрос доколко старите хора получават информация за възрастовите особености и промените в организма, както и подходи, поведение за съхраняване на здравето си и предпазване от заболявания и възникване на усложнения, едва 28,06% от респондентите се чувстват достатъчно информирани. Останалите над 70% не се чувстват сигурни как да управляват здравето си (Фиг.6.).

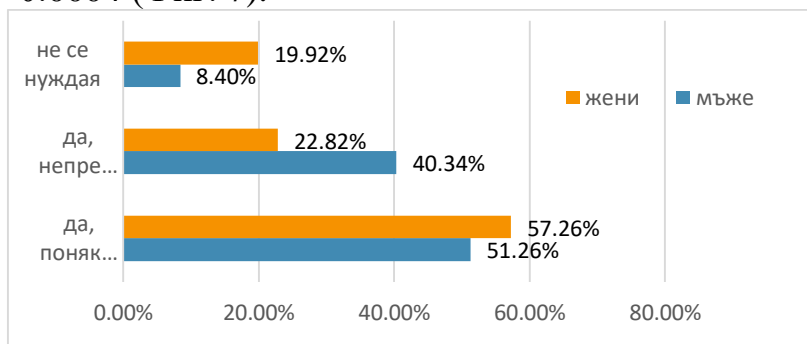


**Фиг. 6.** Здравна информираност за грижи, свързани с възрастовите особености

Сравнителния анализ показва, че здравните специалисти подценяват необходимостта от здравно обучение на старите хора, което ще помогне на възрастния човек да управлява успешно здравословното си състояние, недопускане на усложнения и да има добро качество на живот. Здравните специалисти negliжират потребността на възрастните и стари хора да познават възрастовите промени, като фактор за адаптация на старите хора в променящата се среда и необходимост от специален подход при прилагане на здравни грижи за тях.

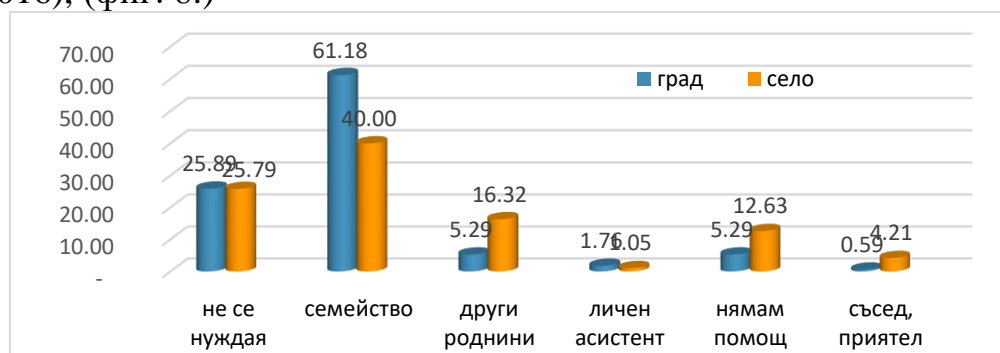
На въпроса за необходимостта от грижи за ежедневни дейности 302 (83.89%) от респондентите посочват, че се нуждаят от непрекъснатата или

частична помощ, 58 (16.11%) отричат да имат нужда от помощ. Разпределението между половете показва, че жените се чувстват по-автономни в осъществяване на ежедневните дейности. Сравнителния анализ показва статистическа значима разлика по отношение на пол -  $\chi^2(2) = 15,62, p=0.0004$  (Фиг. 7):



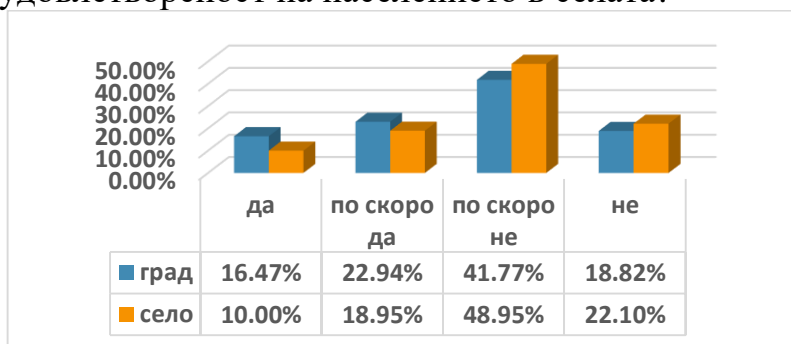
**Фиг.7.** Необходимост от грижи за ежедневни дейности

Респондентите, които се определят като нуждаещи се от грижи получават помощ основно от своите семейства, с които живеят-180 (50,00%) и 40 (11.11%) получават помощ от други роднини. Тревожен е факта, че 33-ма (9.17%) от анкетираните стари хора посочват, че се нуждаят от ежедневна помощ, но няма кой да им помага, като този процент при живеещите в селата е 12,63% (24 респонденти). В проучването 25.83% (93 респонденти) изразяват мнение, че не се нуждаят от помощ. Лични асистенти имат само 1.39% от анкетираните, също 2.50% получават грижи от съсед, приятел. При сравнителния анализ на данните за осигуряване на сжедневна помощ, получени от старите хора, живеещи в град или село, се наблюдава статистически значима разлика ( $\chi^2(3) = 23,01 p=0.00016$ ), (фиг. 8.)



**Фиг. 8.** Лица, осигуряващи помощ за ежедневни дейности

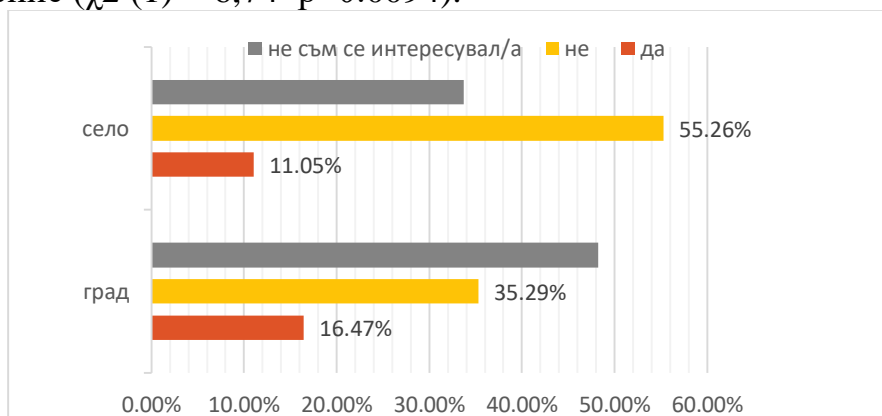
Мнението на възрастните и стари хора за достъп до социални услуги в населеното място е в областта на негативната част на скала- 164 (45.56%) респонденти отговарят „по скоро не“ и „не“ -74 (20.56%). При 47 (13.05%) от анкетираните считат категорично, че имат достъп до социални грижи и 75 ( 20.83%) отговарят „по- скоро да“. Няма статистически значима разлика между градове и села-  $\chi^2 (3) = 5,05$   $p=0.1682$ . Резултатите по териториалното разпределение са представени на фиг.9., което показва по- висока неудовлетвореност на населението в селата:



**Фиг.9.** Достъп до социални услуги в населеното място

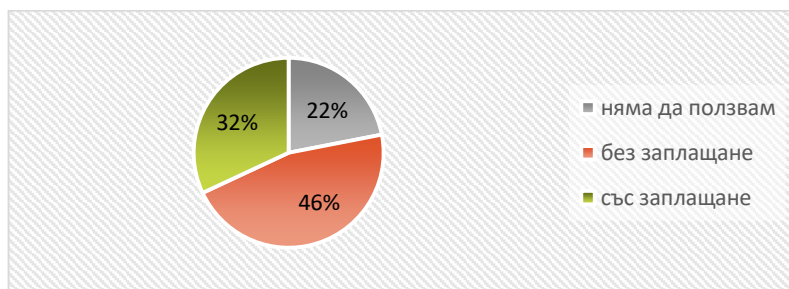
При провеждане на сравнителен анализ за мнението на старите хора за степен на достъп между здравни и социални услуги също не се отчита статистически значима разлика.

На въпроса „Има ли във Вашето населено място Комплексен център за здравни и социални услуги за стари хора?“ само 49 (13,61%) от респондентите посочват, че има в населеното място, където живеят, 165 (45,83%) отговарят отрицателно, а 146 (40,56%) нямат информация (Фиг.10). Налице е много висока степен на значимост според географското разпределение ( $\chi^2 (1) = 6,74$   $p=0.0094$ ).



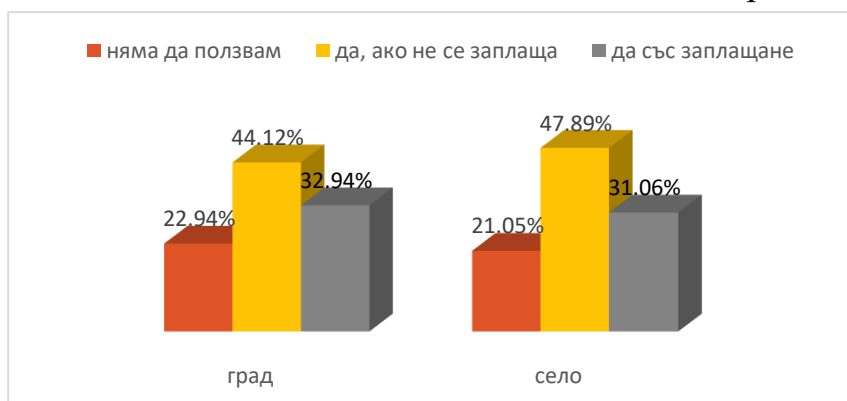
**Фиг.10.** Наличие на Комплексен център за медико-социални услуги в населеното място

Проучване на нагласите на старите хора да ползват услугите на Център за медико-социални грижи показва: 79 (21.94%) от анкетираните са категорични, че няма да ползват услугите му. Останалите респонденти биха се възползвали под различна форма и при определени условия. 166 (46.11%) ще ползват предоставените грижи и услуги, ако не трябва да плащат, а една трета -115 (31.95%) са готови да заплащат определена такса (Фиг. 11).



**Фиг. 11.** Желание за ползване на медико- социални услуги

Разпределението на нагласите на респондентите, според местоживеене е показано на Фиг. 12. и не показва статистически значима разлика.



**Фиг. 12.** Нагласи за ползване на услуги в Комплексен център за медико-социални грижи

Няма изразена зависимост между финансовите възможности на анкетираните и мотивация за ползване на услуги в Център за медико-социални грижи и услуги.

В анкетното проучване е търсено мнението на старите хора за начина на организиране на Комплексен център за медико-социални грижи- видовете услуги, от които имат потребност възрастните хора. Респондентите посочват в отговорите си средно между 4-5 задължителни услуги (4,33).

Според възрастните и стари хора необходимите грижи и услуги се ранжират, както следва (Таблица 2.):

**Таблица 2.** Видове грижи и услуги в Комплексен гериатричен център

Ран жир а не	Видове грижи и услуги	Общо		град		село	
		Брой отгово ри	Относи телен дял в %	Брой отг.	Отн. дял в %	Брой отг.	Отн. дял в %
1.	Измерване на артериално налягане, пулс, ЕКГ	276	76.67	130	76.47	146	76.84
2.	Консултации с лекар-специалист	251	69.72	114	67.06	137	72.11
3.	Провеждане на лабораторни изследвания	249	69.17	111	65.29	138	72.63
4.	Получаване на консултации по здравни проблеми	191	53.06	84	49.41	107	56.32
5.	Провеждане на беседи за предпазване от усложнения на заболяванията	152	42.22	79	46.47	73	38.42
6.	Рехабилитационни процедури	120	33.33	73	42.94	47	24.74
7.	Предлагане на грижи и услуги в дома	102	28.33	53	31.18	49	25.79
8.	Консултация със социален работник	72	20.00	30	17.65	42	22.11
9.	Консултация с психолог	69	19.17	41	24.12	28	14.74
10.	Провеждане на срещи разговори със свои връстници, участие в културна програми	45	12.50	26	15.29	19	10.00
11.	Юридически консултации	24	6.67	9	5.29	15	7.89
12.	Консултации за организиране на финансите	7	1.94	4	2.35	3	1.58

Получените резултати отразяват не само желание за сигурност и достъп до медицински и здравни грижи и услуги на възрастните и стари хора, но и желание от обучение и повишаване на здравна информираност, необходимост от общуване и преодоляване на социалната изолация.

Резултатите от посочените потребности на старите хора показват дефицит на организирани интегрирани структури за медицински, здравни, психологически, социални и други грижи и услуги, които да намали бюрокрацията, да повишат достъпа на старите хора до различни видове услуги, като елемент за подобряване качеството им на живот.

## 2. Анализ на резултатите от анкетното проучване на обгрижващи възрастни и стари хора.

Проучването е проведено в различни населени места от 13-те общини в Бургаска област. Изследването е сред хора, полагащи гериатрични грижи **най-малко четири часа седмично**.

От 160 изследвани -75 (46.87%) живеят в градове и 85(53.13%) в села (виж Табл.3.).

**Таблица 3.** Разпределение на анкетираните по общини

Общини Бургаска област												
Ай тос	Бургас	Каме но	Кар но бат	М. Търново	Несе бър	Помо рие	Примо рско	Руен	Созо-пол	Сре дец	Сунгу рларе	Ца ре во
<b>Брой изследвани лица</b>												
<b>12</b>	22	11	16	11	12	14	10	17	9	8	10	8
<b>Относителен дял %</b>												
<b>7.50</b>	13.75	6.87	10.0	6.87	7.50	8.75	6.25	10.63	5.63	5.00	6.25	5.00

От тях 143 (89,38%) са жени и 17 (10,62%) мъже. Възрастовата структура на респондентите е показана в Таблица 4.

**Таблица 4.** Възрастова структура на обгрижващите

Възраст	20-30г.	31-40г.	41-50г.	51-60г.	61-70г.	71-80г.
<b>Брой (n)</b>	2	36	64	46	10	2
<b>отн. дял- %</b>	1.25	22.50	40.00	28.75	6.25	1.25

Преобладаваща част от обгрижващите са близки родственици- 153 (95,63%), като 103 (67,32%) от тях са деца, 39 (25.49%)- внуци, 11 (7.18%)- съпрузи на старите хора. Само 7 (4,37%) от изследваните не са роднини. Тревожен е факта, че 12 (7,50%) от лицата, полагащи грижи се отнасят към групата на възрастните и стари хора.

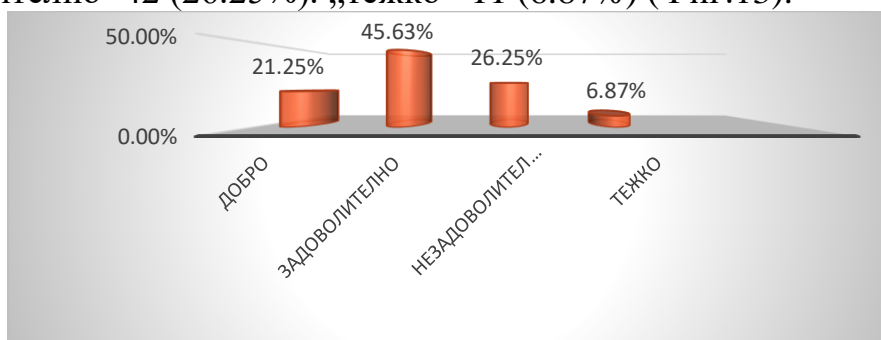
По голяма част от обгрижващите са семейни- 126 (78,75%), несемейни – 7 (4,38%), разведени-10 ( 6,29%), вдовици- 15 (9,37%), не са отговорили- 2 (1.25%). По-голяма част от анкетираните имат по две или три деца – 96 (48,70% и 11,25% ), едно дете- 56 (35%), нямат деца- 6 (3,75%) от изследваните, 2 (1.25%) не са посочили.

Възнаграждение за положените грижи получават само 9 (5.63%)от анкетираните.

Месечният доход на член от семейството посочен от респондентите е нисък. Само 40 (25.00%) декларираат, че имат доход над определения за удовлетворяване на основните нужди. Най-голяма част от анкетираните посочват доход между 300-500 лв.- 118(73.75%).

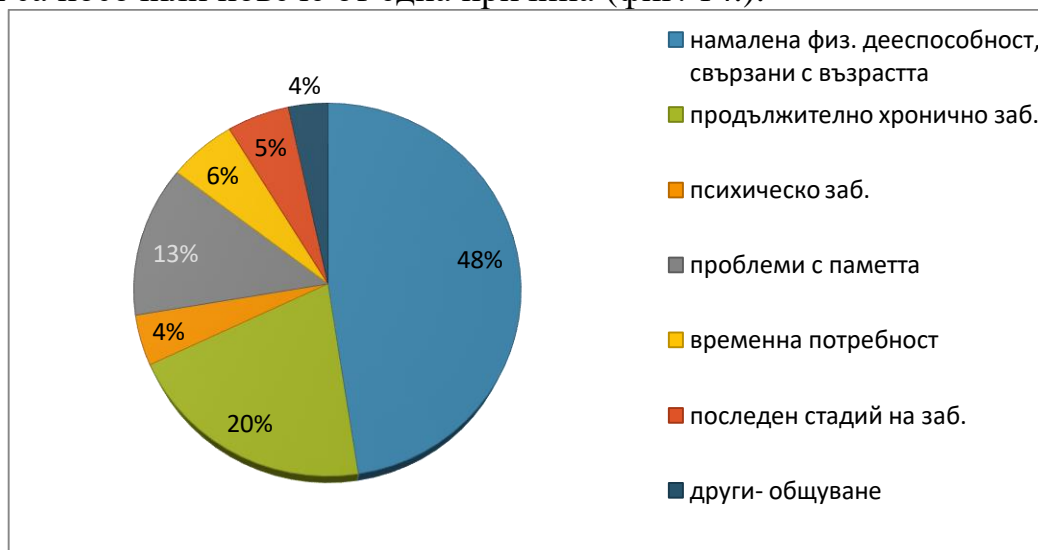
При обгрижваните възрастни и стари хора- 36 (22.50%) са мъже и 124 (77,50%)- жени, като 58 (36,25%) имат съпруг/а; 102 (63,75%) - вдовец/ вдовица/ разведени.

Изследваните лица определят общото здравословно състояние на старите хора като „добро”- 34 (21.25%); „задоволително”- 73 (45,63%); незадоволително- 42 (26.25%). „тежко”-11 (6.87%) (Фиг.13).



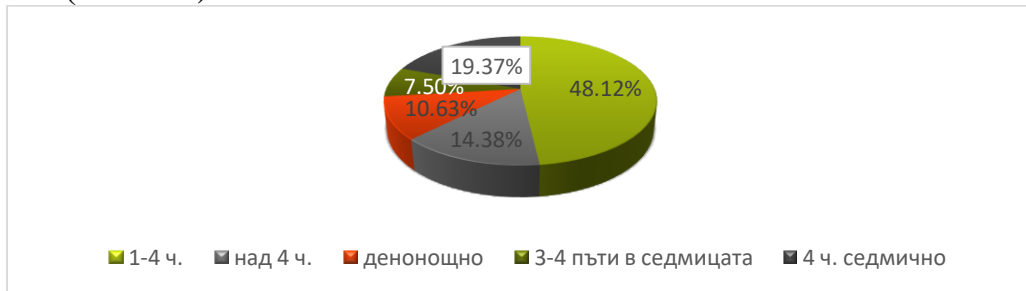
**Фиг. 13.** Здравословно състояние на старите хора

Основните причини, които респондентите посочват за необходимост от грижи за старите хора са свързани както с физически проблеми, така и от психологически и социален характер. Отговорите са приравнени към 100%, защото респондентите са посочвали повече от 1 отговор- 46 (28.75%) от тях са посочили повече от една причина (фиг. 14.):



**Фиг. 14.** Видове причини за оказване на грижи

Проучено е времето, което отделят близките за оказване на грижи за старите хора. Почти половината от респондентите посочват, че отделят време за грижи между 1-4 часа на ден –77 (48,12%). Повече от 4 часа на ден -23 (14.38%), денонощно- 17 (10,63%). Останалите изследвани се разпределят, както следва: 3-4 пъти в седмицата –12 (7,50%). При 31 (19,37%) от изследваните лица отделеното време за грижи е 4 часа седмично (Фиг. 15).



**Фиг. 15.** Време за полагане на грижи през седмицата

Проучена е продължителността на грижите, които оказват близките във времето (Фиг. 16), което отразява високото им физическо и психическо натоварване- повече от 2/3 (61.25%) от респондентите се грижат за възрастен човек повече от 1 година:



**Фиг. 16.** Продължителност на грижите

На въпроса „Кога за последен път сте имали време за почивка от грижи за възрастния човек?“, резултатите показват значително физическо и психическо натоварване на анкетираните, което е по-ясно изразено в селата. Подробно резултатите са представени в Таблица.5:

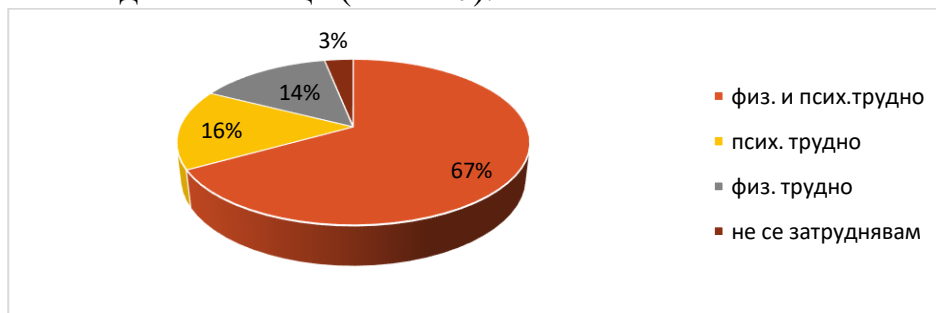
**Таблица 5.** Време за почивка на обгрижващите

отговор	село		град		общо	
	брой	отн. дял %	брой	отн. дял %	брой	отн. дял %
този месец	11	12.94	17	22.67	28	17.50
повече от 1 месец	14	16.47	26	34.67	40	25.00
повече от 6 месеца	23	27.06	24	32.00	47	29.38
повече от година	37	43.53	8	10.66	45	28.12
общо	85	100	75	100	160	100

При обгрижващите от селата се отчита много висока натовареност, което показват и статистическите показатели ( $\chi^2(3) = 23.06$   $p=0.0001$ ).

Ангажираността на респондентите в гериатрични грижи, недостатъчно време за почивка е сериозен риск за качеството на живот както на обгрижващите, така и на обгрижваните. Домашните грижи съдържат много трудности, в това число за здравето на полагащите грижи, тяхното благополучие и социалните им контакти. Понякога семействата трябва да понесат значителни лишения, за да се грижат за възрастните си роднини. Проблемът се усложнява от това, че не винаги са достатъчно подготвени да се справят с подобна ситуация, ако липсва достатъчната подкрепа. Могат да възникнат конфликтни ситуации и различни видове малтретиране на стария човек.

Тези опасения се потвърждават и от отговорите на следващия въпрос „Считате ли грижите за възрастните хора за трудна задача?“-107 (66,87%) от респондентите отговарят „да, физически и психически е трудно“; „не се затруднявам“ посочват 25 (15.63%); „психическото натоварване е по-голямо“- 23 (14.37%); „физическото натоварване е по-голямо“ отговарят 5 (3.13%) от изследваните лица (Фиг. 17).



**Фиг.17.**Трудности при полагане на грижи

В рамките на изследователския процес се проучи мнението на близките за удовлетвореност от достъпа до здравни и социални услуги, които да ги подкрепят в грижите за старите хора. От анализа на резултатите се отчита значителна степен на неудовлетвореност на респондентите от достъпа до структурите, предоставящи здравни и социални услуги. По отношение на здравните грижи отговорилите с „не“ и „по- скоро не“ са 104 (65.00%). За затруднен достъп до социални услуги са отговорили 101(63.13%) от респондентите. Сравнителния анализ не показва статистическа разлика по отношение удовлетвореността на вида услуги-  $\chi^2 (3) = 0.78, p=0.8542$ .

Според териториалното разпределение резултатите за удовлетвореността се разпределят по следния начин:

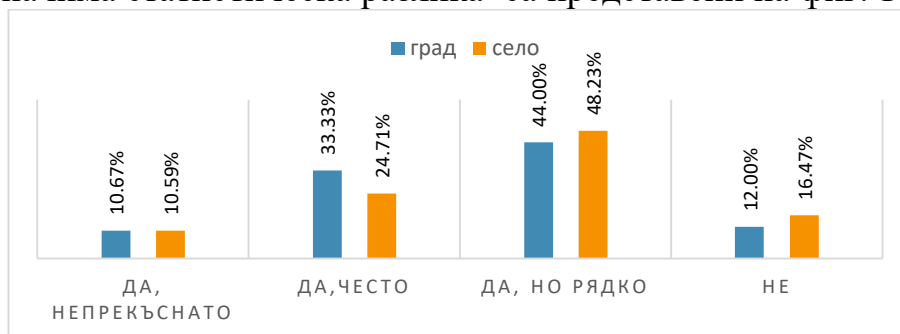
- **в градовете:** здравни услуги- „да“ и „по-скоро да“ само 38.67% от респондентите, социални услуги- „да“ и „по-скоро да“-41.33% от изследваните;
- **в селата:** здравни услуги- „да“ и „по-скоро да“ само 31.76% от респондентите, социални услуги- „да“ и „по-скоро да“-34.12% от анкетираните.

Сравнителния анализ за изследване на удовлетвореността не показва статистическа разлика както по отношение на вида услуги, така и според териториално разпределение: за градовете-  $\chi^2 (3) = 7.815 p=0.855$ ; за селата-  $\chi^2 (3) = 7.815 p=0.752$ . По детайлизирано резултатите са представени в Таблица 6:

**Таблица.6.** Удовлетвореност от достъпа до здравни и социални услуги в общността

видове услуги удовлетв.	град		село		общо		
	Брой (n)	Отн. дял %	Брой (n)	Отн. дял %	Брой (n)	Отн. дял %	
<b>здравни услуги</b>							
да	11	14.67	10	11.76	21	13.12	
по-скоро да	18	24.00	17	20.00	35	21.88	
по-скоро не	<b>29</b>	<b>38.67</b>	<b>34</b>	<b>40.00</b>	<b>63</b>	<b>39.38</b>	
не	17	22.66	24	27.24	41	25.62	
<b>социални услуги</b>							
да	15	20.00	7	8.24	22	13.75	
по-скоро да	16	21.33	21	24.71	37	23.13	
по-скоро не	<b>28</b>	<b>37.44</b>	<b>36</b>	<b>42.35</b>	<b>64</b>	<b>40.00</b>	
не	16	21.33	21	24.70	37	23.12	

Анкетното проучване очертава мнението на обгрижващите за необходимостта да имат адекватна информация за подходи, методи и техники от компетентни специалисти в извънболничната помощ за полагане на грижи, която те не получават. На въпроса получават ли информация и консултация от здравните специалисти за прилагане на грижи за стария човек, респондентите посочват: „да“ – 17 (10.63%); „по скоро да“ - 46 (28.75%); „по-скоро не“ - 74 (46.25%); „не“ - 23 (14.37%). Резултатите според териториално разпределениена изследваните лица не показват значима статистическа разлика са представени на фиг. 18:



**Фиг.18.** Информираност за подходи, методи и техники за адекватни грижи

Респондентите бяха попитани от каква помощ имат нужда за извършване грижи в областта на ежедневните дейности на стария човек. Изследваните лица посочват средно между 4-5 дейности, при които имат нужда от помощ възрастните и стари хора, поради което отговорите надхвърлят 100% . Получените отговори се ранжират по следния начин:

**Таблица 7.** Нужда от помощ за ежедневни дейности

място	Ежедневни дейности	Брой отговори	Относителен дял %
1.	Почистване на дома	124	77.50
2.	Приготвяне на храна	112	70.00
3.	Прием на лекарства	109	68.13
4.	Покупки от магазин	86	53.75
4.	Хигиенни грижи	85	53.12
5.	Общуване	49	30.63
6.	Обличане	43	26.86
7.	Хранене и прием на течности	40	25.00
8.	Разходка извън дома	38	23.75
9.	Придвижване в дома	24	15.00
9.	Организиране на финанси	17	10.63
	<b>Общо</b>	<b>727</b>	<b>454.37</b>

На въпроса „От какви здравни и социални услуги се нуждаете при обгрижване на възрастния човек?“, обобщените резултати подредиха мнението на респондентите по следния начин (посочени са между 2-3 услуги):

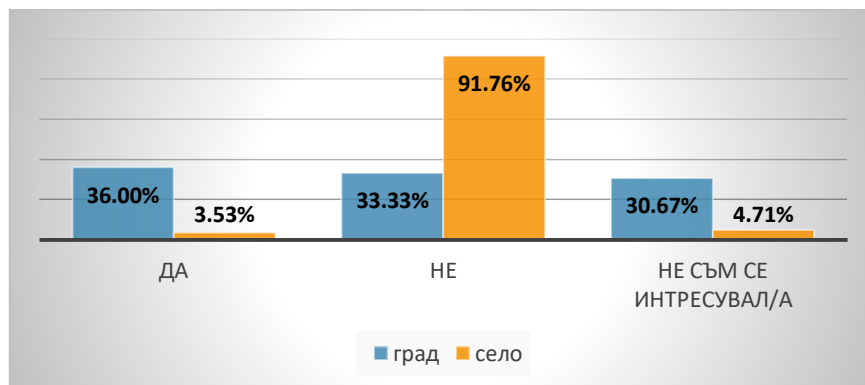
**Таблица 8.** Желание за здравни и социални услуги в Комплексен гериатричен център

потребности ранжиране		общо		град		село	
		брой отг.	Отн. дял %	брой отг.	Отн. дял %	брой отг.	Отн. дял %
<b>1.</b>	Консултация и помощ от специалист по здравни грижи	<b>96</b>	<b>60.00</b>	43	57.33	53	62.35
<b>2.</b>	Финансова подкрепа	<b>78</b>	<b>48.75</b>	38	50.66	40	47.09
<b>3.</b>	Информация за заболяванията, методи за грижи	<b>63</b>	<b>39.38</b>	32	42.67	31	36.47
<b>4.</b>	Технически средства, които да улеснят процеса на обгрижване на възрастния човек	<b>45</b>	<b>28.13</b>	16	<b>21.33</b>	29	<b>34.12</b>
<b>5.</b>	Регулярна здравна и социална услуга (по няколко часа или един ден в седмицата) , която да дава което да осигури почивка за близките	<b>36</b>	<b>22.50</b>	19	25.33	<b>17</b>	20.00
<b>6.</b>	Обмен на информация и опит от други хора, които полагат грижи за възрастни хора	<b>35</b>	<b>21.88</b>	26	<b>34.67</b>	9	10.59
<b>7.</b>	Временна здравна и социална услуга (1-2 седмици), която да осигури почивка за близките	<b>34</b>	<b>21.25</b>	17	22.67	<b>17</b>	20.00
<b>8.</b>	Обучение по практически аспекти на грижите	<b>32</b>	<b>20.00</b>	15	20.00	<b>17</b>	20.00
<b>9.</b>	Технически средства, които да улеснят придвижването на възрастния човек	<b>25</b>	<b>15.63</b>	18	<b>24.00</b>	7	8.24
<b>10.</b>	Оценяване на потребностите на възрастния човек от грижи	<b>9</b>	<b>5.63</b>	6	8.00	3	3.53

Резултатите отразява желанието на обгрижващите да оказват качествени и ефективни грижи за старите хора, като очакват професионална подкрепа от специалисти.

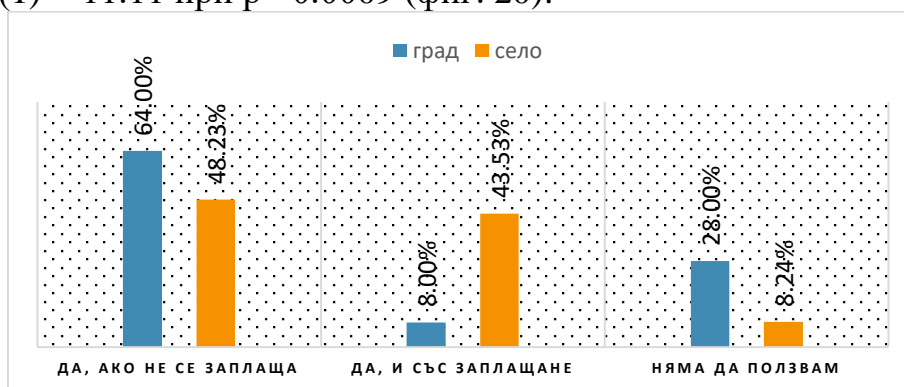
На въпроса „Има ли във Вашето населено място Комплексен център за здравни и социални услуги за стари хора“, 103 (64.38%) от анкетираните

отговарят с „не“; 30 (18.75%) - „да“; „не съм се интересувал“ посочват 27 (16.87%) респонденти. Налице е статистическа значимост на връзка между населеното място и наличието на интегрирана грижа при провеждане Chi-square-Tests- $\chi^2(1) = 40.62$  при ниво на значимост  $p = 0.0001$ . Резултатите според териториалното разпределение на изследваните лица е посочено на Фиг.19:



**Фиг. 19.** Наличие на Комплексен център за здравни и социални услуги в населеното място.

При изследване нагласите на респондентите при какви условия ще ползват услугите при наличие на Интегриран гериатричен център, повече от половината 92 (57,51%) посочват „да, ако не се заплаща“; с равен брой отговори по 29 (18.13%) са „да, дори и да се заплаща“ и „не бих ги ползвал“. Налице е разлика в нагласите на изследваните за заплащане на услуга по териториален показател със статистическа значимост Chi-square-Tests -  $\chi^2(1) = 11.11$  при  $p = 0.0009$  (фиг. 20):



**Фиг.20.** Нагласи за ползване на услуги

Проучени са предложенията на респондентите за видовете здравни и социални грижи и услуги, които са необходими в Център за гериатрични

грижи. Респондентите посочват между 4-5 вида услуги, затова процентите надхвърлят 100%. На Таблица 9 са посочени предложенията според предпочитанията на обгрижващите:

**Таблица 9.** Необходими грижи и услуги в Интегриран гериатричен център.

Място	Необходими услуги	Общо		град		село	
		Брой отг.	Отн. дял %	Брой отг.	Отн. дял %	Брой отг.	Отн. дял %
1.	Измерване на основни жизнени показатели	130	81.25	67	89.33	63	74.12
2.	Консултации с лекар-специалист	119	74.38	57	76.00	62	72.94
3.	Получаване на консултации по здравни проблеми	80	50.00	38	50.67	42	49.41
4.	Рехабилитационни процедури	75	46.88	36	48.00	39	45.88
5.	Провеждане на беседи за предпазване от усложнения на заболявания	73	45.63	35	46.67	38	44.71
6.	Предоставяне на грижи в дома	69	43.13	33	44.00	36	42.35
7.	Провеждане на лабораторни изследвания	62	38.75	28	37.33	34	40.00
8.	Организиране на групи по интереси за старите хора	31	19.38	20	26.67	11	12.94
9.	Консултация със социален работник	30	18.75	12	16.00	18	21.18
10.	Консултация с психолог	28	17.50	18	24.00	10	11.76
11.	Организиране на групи за поддръжка от хора, грижещи се за гериатрични пациенти	12	7.50	7	9.33	5	5.88
12.	Юридически консултации	5	3.13	3	4.00	2	2.35
13.	Консултации за организиране на финансите	4	2.50	3	4.00	1	1.18

При направения сравнителен анализ няма значими разлики в предпочитанията на респондентите по географски признак. Резултатите показват ясно изразен дефицит от обучение, информираност, подкрепа и грижа за лицата, обслужващи стари хора, липса на добра комуникация със специалисти. Друга услуга, която посочват анкетираните е предлагане на почасова или по- дългосрочна грижа.

### 3. Анализ на резултатите от анкетното проучване на медицински сестри от Амбулатории за първична медицинска помощ (АПМП)-индивидуални и групови практики.

Направеният статистически анализ очертава, че населението над трудоспособна възраст, съотнесено към активното население (от 15 г. до 64 г.) в Бургаска област за периода 2010-2016 г, се е увеличило от 22,6% до 27,4% (с 4,8%). Това е обща тенденция за цялата страна по данни на НСИ. За същия период броя на АПМП в Бургаска област са намалели по данни на РЗИ и НСИ, както е посочено в таблица 10.

**Таблица 10.** Брой АПМП в Бургаска област

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2017
АПМП- индивидуални практики	263	258	243	229	222	212
АПМП- групови практики	12	14	14	14	11	5

В настоящото проучване са изследвани 125 медицински сестри, работещи в индивидуални и групови практики на АПМП на територията на Бургаска област в 13 общини (Таблица 12.). Разработената анонимна анкетна карта включва няколко групи въпроси: възрастова и професионална структура, дейности на медицинската сестра в първичната медицинска помощ (ПМП), автономност при провеждане на здравни грижи, организация на гериатрични грижи, мотивация за следдипломно обучение, степен на удовлетвореност от професионалната реализация.

**Таблица 11.** Брой практики за АПМП и респонденти по общини

Общини- област Бургас												
Ай тос	Бур гас	Каме но	Кар но бат	М. Търно во	Несе бър	Помо рие	Примо рско	Руен	Созо- пол	Сре дец	Сунг урла ре	Ца ре во
<b>брой индивидуални/ групови АПМП</b>												
14	121/1	6	2/2	1	11/1	7/1	3	13	6	6	8	5
<b>брой респонденти- медицински сестри</b>												
6	81	2	5	1	6	6	1	6	3	3	3	2

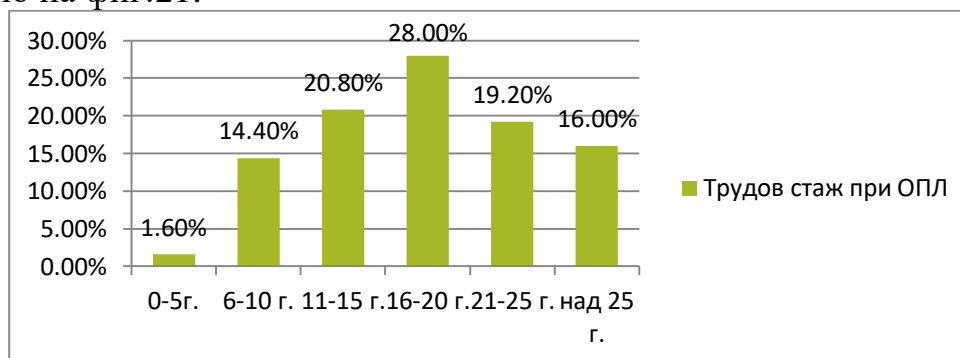
При изследване на възрастовата структура на медицинските сестри се очерта ясна тенденция за застаряване на работещите в извънболничната помощ при ОПЛ. От Таблица 12. е видно, че работещите пенсионери са

4%, а в период от 10 години ще се пенсионират 51,2% от изследваните лица. От резултатите може да се направи извода, че младите медицински сестри не се насочват за професионална реализация към първичната медицинска помощ. Само 3,2% са до 35 г. и 12% до 40 г. (таблица 12).

**Таблица 12.** Възрастова структура на респондентите

възраст	20-30г.	31-35г.	36-40г.	41-45г.	46-50г.	51-55г.	56-60г.	над 60г.
Брой (n)	0	4	15	11	26	30	34	5
Относителен дял (%)	0,00	3,20	12,00	8,80	20,80	24,00	27,20	4,00

От отговорите на респондентите за продължителността на работа им при ОПЛ може да се обобщи, че няма тежест сред тях. Медицинските сестри имат голям трудов стаж в областта на ПМП, а преди реформата и като „участъкови медицински сестри”. Повече от 20 г. трудов стаж при ОПЛ имат 44 (35,20%) от респондентите. По подробно разпределение е направено на фиг.21:



**Фиг. 21.** Трудов стаж при ОПЛ

Чрез анкетата са изследвани основните дейности, които най-често извършва медицинската сестра в ПМП в реалната практика. Дадена е възможност да се дадат няколко отговора, като респондентите са посочили между 4-5 (средно 4,4). Според мнението на респондентите отговорите се разпределят последния начин:

- ✓ Организирам приема в кабинета на ОПЛ- 125 (100%);
- ✓ Изготвям необходимата документация- 125 ( 100%);
- ✓ Извършвам инжекционни манипулации по назначение на ОПЛ-116 (92,8%);
- ✓ Измервам основни жизнени показатели и правя ЕКГ – 102 (81,6%);
- ✓ Провеждам промотивни и профилактични дейности – 34 (27,2%);

- ✓ Давам консултации за домашни грижи (хранене, хигиена, двигателна активност и др.)- 33 (26,4%);
- ✓ Правя домашни посещения- 10 (8%).

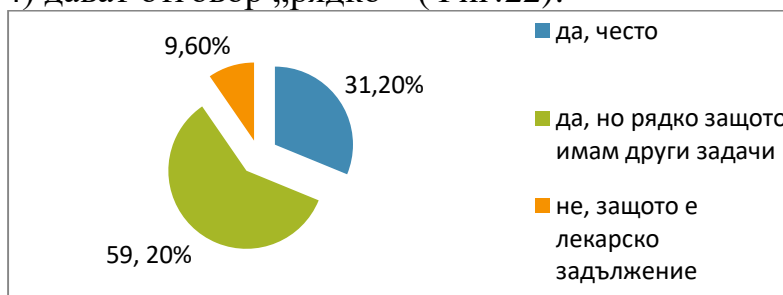
При анализа на резултатите може да се твърди, че медицинската сестра извършва дейности ориентирани повече към клиничната, а не към превантивната медицина, каквито са съвременните тенденции.

Изследвано е мнението на респондентите за знанията и уменията, които трябва да притежава съвременната медицинска сестра, работеща в първичната медицинска помощ.

Изследваните лица са посочили между 5-6 отговора (средно 5,8). Анализът на резултатите потвърждава извода от горепосочената констатация, че медицинските сестри все още отдават приоритет на знанията и уменията, насочени към болния, а не към здравия човек. Резултатите се ранжират по следния начин (брой отговори/ %):

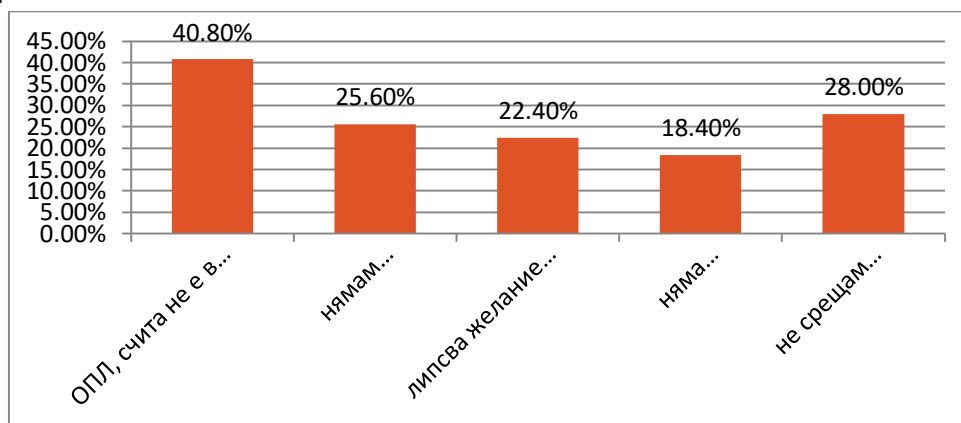
- ✓ Клинични (медицински) знания- 125 (100%)
- ✓ Компютърни умения – 125 (100%)
- ✓ Знания и умения за основни сестрински дейности (в т.ч. манипулации)- 125 (100%)
- ✓ Комуникативни умения – 98 (78.40%)
- ✓ Превантивни знания и умения- 78 (62.40%)
- ✓ Организационни умения- 67 (53.60%)
- ✓ Медико-педагогически знания и умения- 66 (52.80%)
- ✓ Медико-психологически знания и умения-59 (47.20%)

Чрез проучването е изследвано участието на медицинската сестра в здравно- образователни беседи или други форми на обучение, насочени към пациентите или тяхното обкръжение. От резултатите е видно, че системно обучение се провежда само при 39 (31,20%) от респондентите. Тревожно е твърдението на 12 (9,60%) от здравните специалисти, че тази дейност не е в обсега на техните задължения. Повече от половината анкетирани (74) дават отговор „рядко“ (Фиг.22):



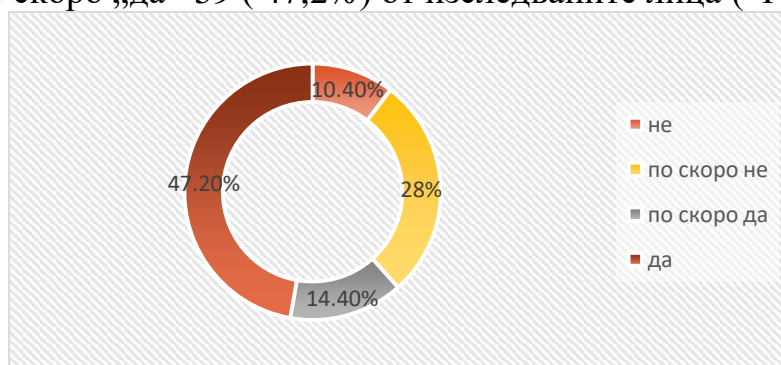
**Фиг.22.** Провеждане на здравно- образователни дейности от медицинската сестра

Респондентите бяха попитани за трудностите, които срещат при здравното обучение на пациентите и техните близки. В анкетната карта е дадена възможност да се посочи повече от един отговор. Само 35 (28%) от анкетираните отговарят, че не срещат трудности. Останалите изследвани лица са посочили между 2-3 отговора (2,6). Като водеща причина е посочена „ОПЛ счита, че това не е в моите компетенции”-51 (40.80%) от анкетираните; на второ място е „нямам достатъчно време”- 32 (25.60%); трета позиция заема отговор „липсва желание от пациентите” -28 (22.40%); следва „няма необходимата материална база”- 23 (18.40%). (виж фиг. 23).



**Фиг. 23.** Трудностите, които срещат медицинските сестри при здравното обучение

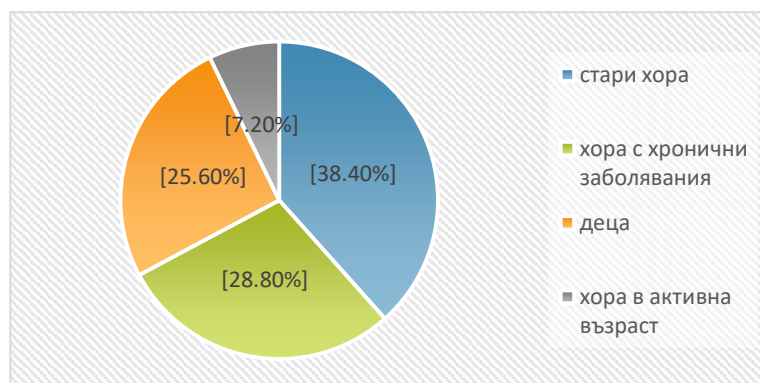
Чрез анкетното проучване се проследява мнението на медицинската сестра за възможностите да изпълнява своите автономни функции, посочени в квалификационната характеристика и утвърдената Наредба. Резултатите показват, че 48 (38,4%) от респондентите дават негативни отговори „не” и „по скоро не”. С „категорично „да” са отговорили само 18 (14,4%), а „по скоро „да”-59 ( 47,2%) от изследваните лица ( Фиг.24):



**Фиг. 24.** Изпълнение на автономни функции

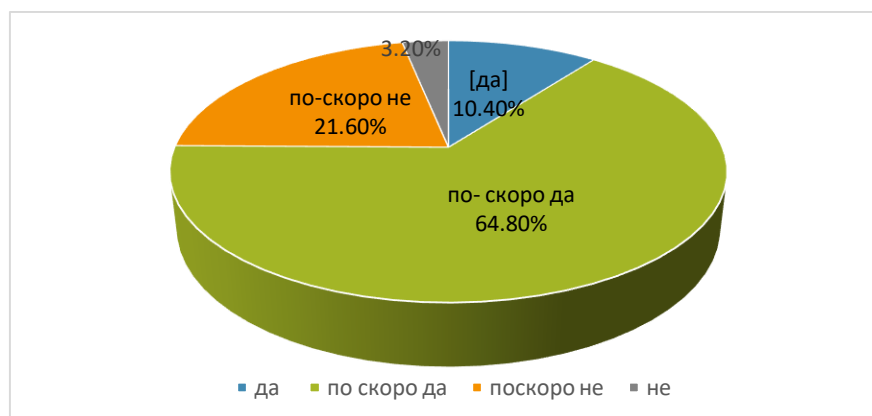
От анализа на резултатите в горепосочените два въпроса можем да изразим мнение, че е необходимо да се повиши информираността на лекарите за промените в съвременното здравеопазване и функциите на медицинската сестра като част от здравния екип. Създаването на Стандарт за здравни грижи ще повиши увереността и ще даде по-голяма свобода на медицинската сестра да осъществява автономните си функции.

На респондентите се зададе въпрос относно групите пациенти, търсещи здравна помощ най-често от ОПЛ. Според изследваните лица 38,4% са стари хора; 28,80% са хора с хронични заболявания, независимо от възрастта; трета позиция са деца с 25,6% и последни с 7,20% са хората в активна възраст ( Фиг.25.).



**Фиг. 25.** Контингент на АПМП

В рамките на изследването медицинските сестри бяха попитани има ли осигурен достъп на възрастните и стари хора до доболнична помощ. Според респондентите 13 са отговорили категорично „да“, 81- „по-скоро да“, 27- „по- скоро не“ и 4-„не“ (Фиг.26):

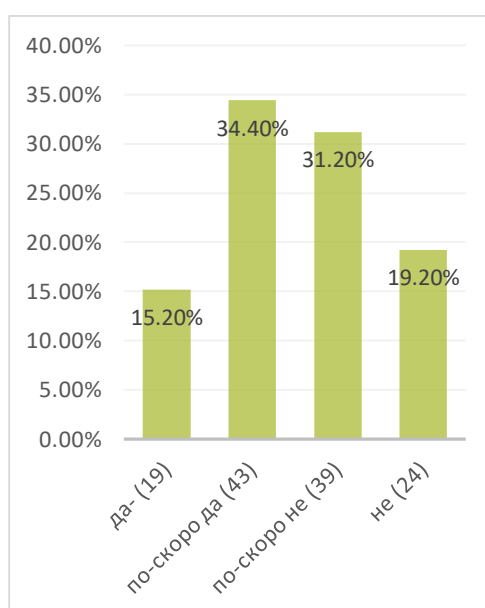


**Фиг. 26.** Достъп на старите хора до доболнична помощ

Получените резултати се различават от мнението на старите хора и техните обгрижвачи за достъп до здравни грижи.

На въпроса извършват ли се домашни посещения при възрастни и стари хора от медицинските сестри. Според получените резултати тази дейност не е приоритет на медицинските сестри. По-голяма част от изследваните лица- 93 (74.40%) отговарят „рядко, за извършване на инжекционни манипулации“, „регулярно“- 7 ( 5.60%), „не“- 25 (20.00%).

При изследване мнението на медицинските сестри доколко възрастните и стари хора имат достатъчни знания и умения да поддържат здравословното си състояние, резултатите се разделят почти наполовина между позитивната и негативната част на скалата, както е показано на фиг. 27:



**Фиг. 27.** Знания за самостоятелно поддържане на здравословно състояние от старите хора

Резултатите показват, че е необходимо медицинските сестри да притежават специфични знания и умения в областта на гериатричните грижи поради нарастващия контингент на възрастни и стари хора и особеностите при тяхното обгрижване.

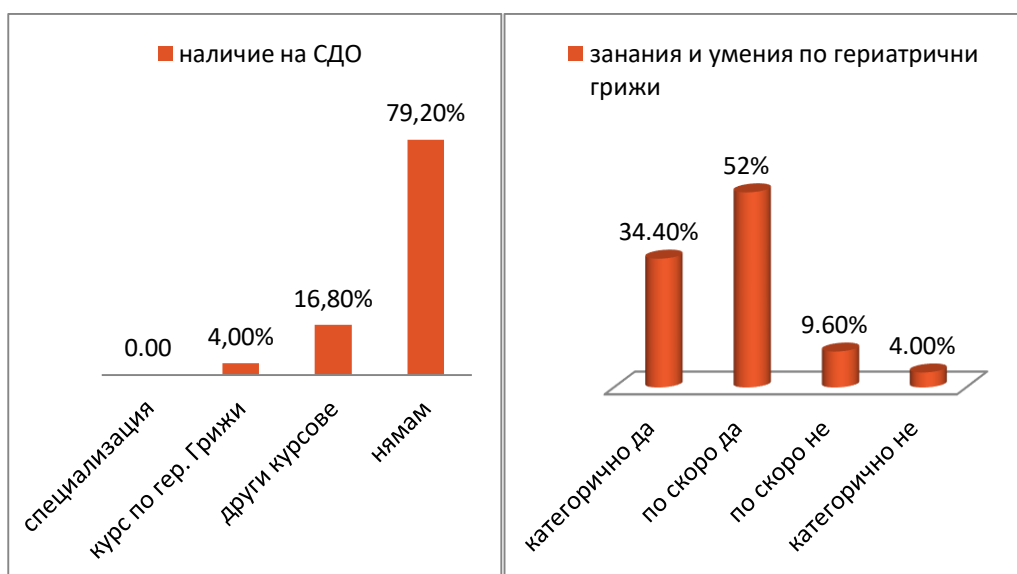
На въпроса дали медицинските сестри са изучавали гериатрични грижи в базисното си медицинско образование само 11,20% отговарят с „да“, 10,40% „не помнят“ и 78,40% отговарят „не“. Получените резултати са съпоставими с възрастовата структура на респондентите, тъй като едва

през 2005 г. съгласно новите Единни държавни изисквания бяха въведени учебните дисциплини „Сестрински грижи за възрастни“, „Гериатрия“, „Сестрински грижи по домовете“.

За да направим изводи за квалификацията на изследваните медицински сестри, относно знанията и уменията им в областта на гериатричните грижи бяха зададени два въпроса, в които се потърси обективна информация и субектната позиция на респондентите (Фиг.28 и фиг. 29).

На фиг.28 е представена обобщена информация за проведено следдипломно обучение на изследваните медицински сестри, което показва много негативни резултати относно непрекъснатата квалификация на специалистите в ПМП (99 от анкетираните (79,2%) не са участвали в никакви форми на продължаващо обучение).

От анализа на резултатите представени на фиг. 29 можем да направим изводи, че медицинските сестри, които имат дълъг практически опит се считат за достатъчно квалифицирани, за да оказват качествени здравни грижи за стари хора. От изследваните медицински сестри на възраст до 45 г.- 16 (53.33%) не се чувстват достатъчно подготвени да полагат грижи за старите хора.



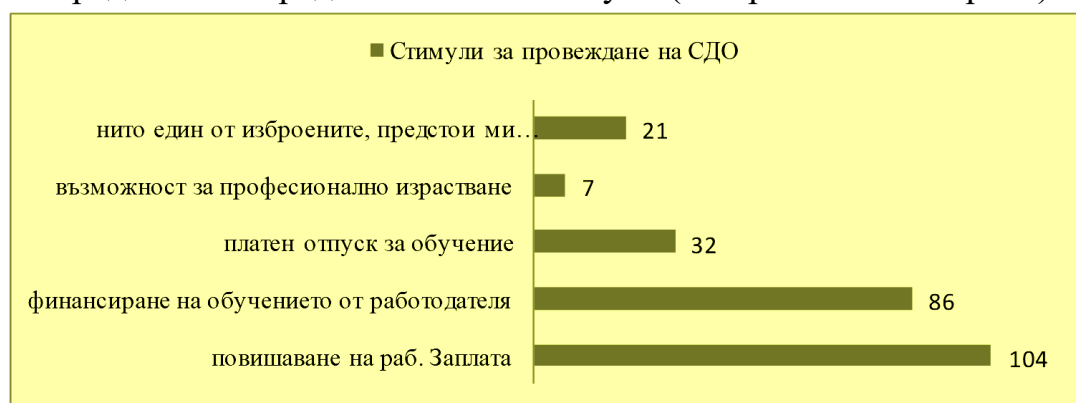
**Фиг.28.** Проведено СДО от медицинските сестри

**Фиг.29.** Субектна оценка на медицински сестри

За да се изясни желанието на респондентите да повишават квалификацията си в областта на гериатричните грижи към тях са зададени допълнителни въпроси. Само 18 (14,40%) от медицинските

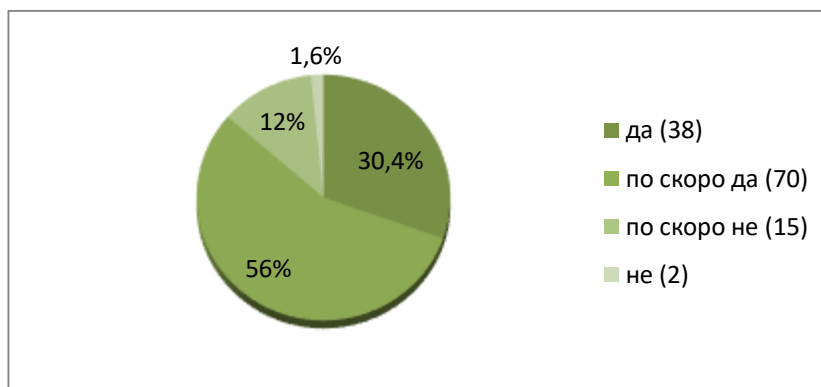
сестри дават категоричен отговор „да, имам желание”. При 26 (20,8%) от изследваните желанието е съпроводено с условие „да, ако се изисква за работното място”. 41 (32,80%) от медицинските сестри посочват „бих специализирала в други области на здравните грижи”. При 25 (20%) от специалистите изразяват категорично „нямам желание” и 19 (12%) дават отговор „не съм запозната с формите за повишаване на квалификация”. Липсата на мотивация сред над една трета от изследваните лица може да се обясни с възрастовия състав, на част от който му предстои пенсиониране в предстоящите пет години.

Друг изследван проблем е мнението на медицинските сестри в ПМП за стимули, които биха ги мотивирали да повишават професионалната си квалификация. На респондентите бе дадена възможност да посочат повече от един отговор. При обобщаване на резултатите средно са посочени два отговора. Водещ стимул при медицинските сестри за професионално усъвършенстване е „да води до повишаване на работната заплата”- 83,30%; на второ място и трето място следват отговорите „обучението да се финансира от работодателя”- 68,80% и „да се осигурява служебен отпуск за обучение”- 25,60%. Само 5,6% от здравните специалисти посочват „да дава възможност за професионално израстване”. На „други“ 8,4 % от респондентите е посочено „предстои ми пенсиониране”. На фиг. 30 са представени предпочитаните стимули (по брой на отговорите):



**Фиг. 30.** Стимули за повишаване на квалификацията (по брой отговори)

В анкетното проучване е изследвано мнението на медицинската сестра за включването към екипа на ОПЛ „патронажна медицинска сестра”, която да извършва домашни посещения и консултации за хронично болни и стари хора. Респондентите изразяват позитивно отношение към предложението, като 86,40% посочват отговор „да” и „по скоро да”. По-детайлно резултатите са представени на фиг. 31.



**Фиг. 31.** Необходимост от „патронажна медицинска сестра”

Не толкова категорично здравните специалисти приемат възможността да работят на тази длъжност - само 38,40% от тях. Останалите предпочитат позиция на медицинска сестра-амбулаторен прием- 61,60%.

Медицинските сестри подкрепят възможността за създаване на самостоятелни общински структури, които да оказват комплексни медико-социални грижи за възрастни и стари хора в домашна среда (Виж фиг. 32).



**Фиг. 32.** Създаване структури за комплексни медико-социални грижи в дома

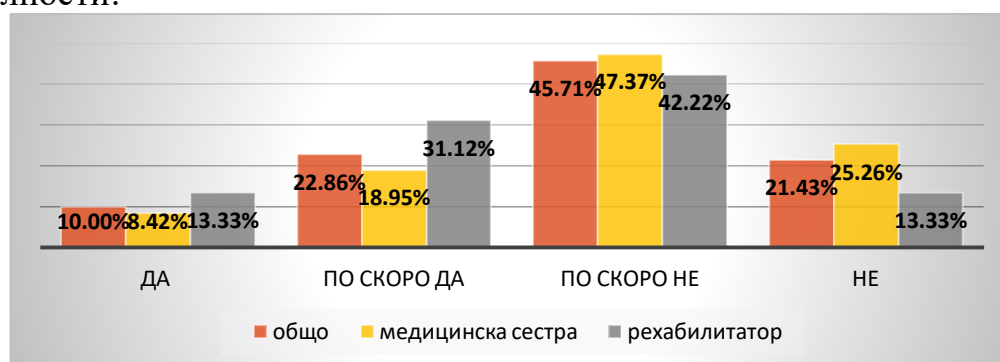
Друг изследван показател в проучването е степента на удовлетвореност на медицинската сестра от професионалната си реализация. Използвана е 5-степенна скала. Обобщените данни показват резултати в позитивния спектър на удовлетвореност – 52 (41,60%) са посочили отговори „много силна” и „силна”, а 51 (40,80%) от здравните специалисти- „умерена”. В негативна част на скалата са отговорите на (22) 17,60% от респондентите - „слаба” и „никаква”.

#### 4. Анализ на резултатите от анкетното проучване на студентите от професионално направление „Здравни грижи“.

Изследването е проведено сред студенти от професионално направление „Здравни грижи“. От 140 изследвани студенти- IV курс: 95 са от специалност „медицинска сестра“ /ОКС „бакалавър“/ и 45 от специалност „рехабилитатор“/ОКС „професионален бакалавър“/, които са III курс. Изборът на студенти е обоснован от завършването на пълния курс от теоретична и учебно-практическа подготовка през различни звена на здравна и здравно- социална система за оказване на гериатрични здравни грижи.

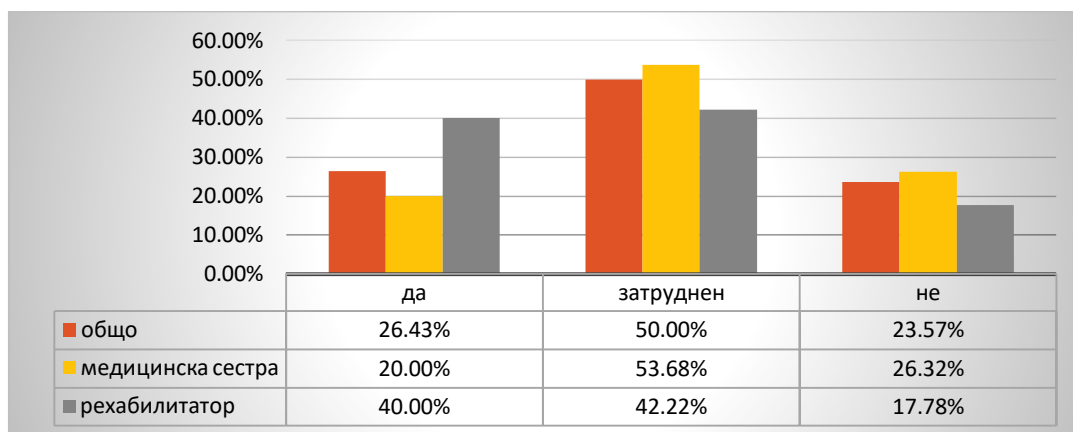
На въпросите, изследващи спазване правата на възрастните и стари хора за достъп и прилагане на качествени здравни грижи, наблюденията на студентите показват доста негативна оценка.

На въпроса: „Считате ли, че се спазват правата на възрастните и стари хора за прилагане на адекватни здравни грижи?“, само 46 (32.86%) от респондентите отговарят с „да“ и „по- скоро да“ и 94 (67.14%) – „по- скоро не“ и „не“. На фиг.33 са представени по- детайлно резултатите по специалности:



**Фиг. 33.** Спазване на правата за прилагане на качествени грижи за стари хора

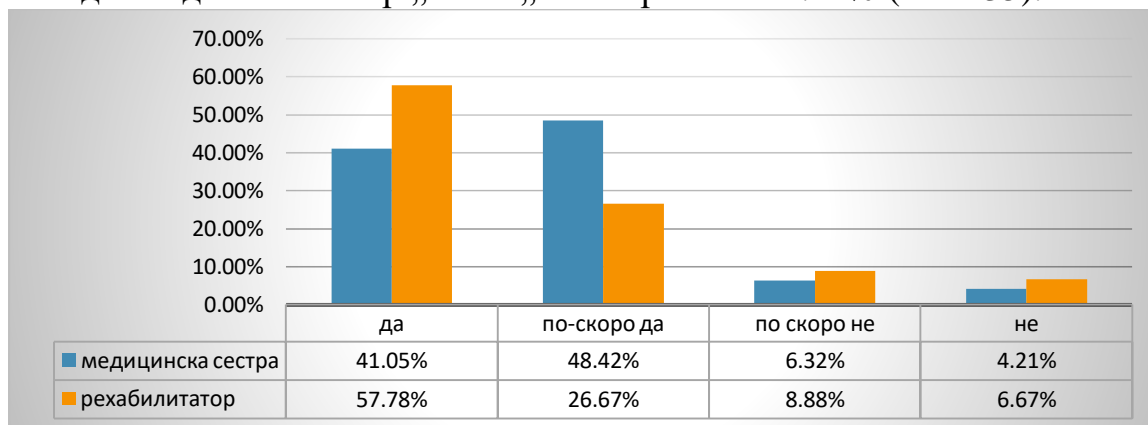
Мнението на студентите за осигурен достъп на старите хора до здравни грижи и услуги е показано на Фиг.34:



**Фиг.34.** Достъп на възрастните и стари хора до качествени здравни грижи

Преобладават отговори „затруднен“ достъп -19 (42.22%) от рехабилитаторите и 51 (53.68%) от медицинските сестри и „не“- съответно 8 (17.78%) и 25 (26.32%). Само 37 (26.43%) от студентите изразяват мнение, че старите хора имат достъп до качествени здравни грижи. Данните съответстват на редица европейски проучвания за удовлетвореността на българските потребители от качеството на здравните услуги.

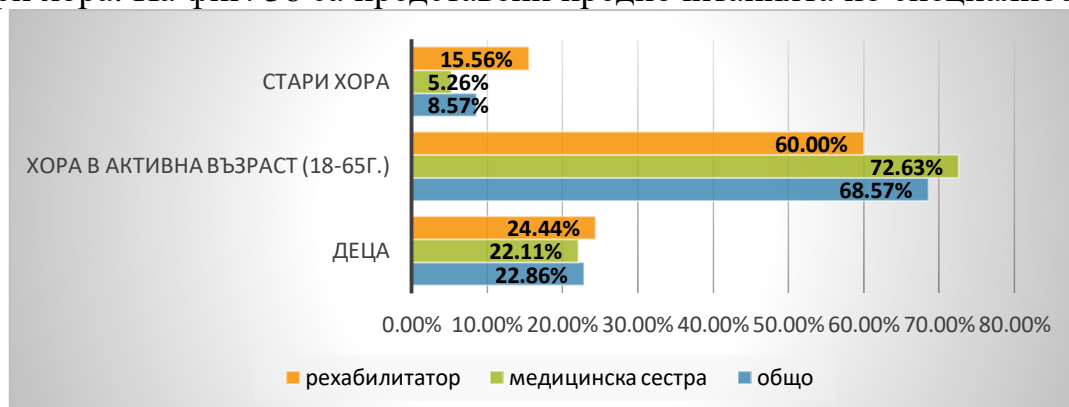
Изследвано е отношението на студентите към необходимостта за създаване на интегрирани центрове за гериатрични грижи. С „да“ и „по скоро да“ отговарят 123 (87,86%) от студентите, останалите 17 респонденти дават отговор „не“ и „по-скоро не“- 12.14% (Фиг. 35):



**Фиг.35.** Необходимост от създаване на Интегриран център за гериатрични грижи

На въпроса „За какъв контингент хора според възрастовата структура бихте искали да се грижите?“, Водещо място в предпочитанията на студентите (96 респонденти) са „хора в активна възраст“– 68.57%, следва

„за деца“ – 32 студенти ( 22.86%). Само 12 (8.57%) от бъдещите специалисти имат желание да прилагат здравни грижи за възрастни и стари хора. На фиг. 36 са представени предпочитанията по специалности:

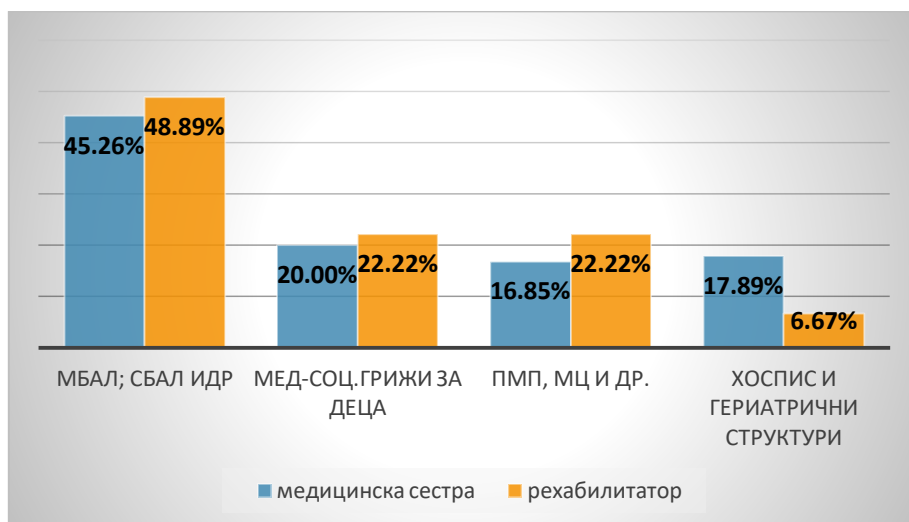


**Фиг.36.** Желание за прилагане на здравни грижи, според възрастова структура

На уточняващия въпрос, относно желанието за професионална реализация, студентите показват нежелание да изберат лечебни заведения и други медико-социални структури, които обгрижват хора над 65 години.

От девет възможности за отговор на въпроса: „В какъв вид лечебни и здравни заведения бихте искали да работите?“, водещо място при специалност „медицинска сестра“ имат болниците за активно лечение и специализирани болници и центрове (МБАЛ,СБАЛ, КОЦ, ЦПЗ и д.)–43 респонденти (45.26%), следват заведения, оказващи медико-социални грижи за деца- 19 (20.00%), на трето място-16 (16.85%) от изследваните лица посочват различни структури в първичната и друга извънболнична помощ. В специализирани структури за възрастни и стари хора имат желание да работят само 10 (10.53%) и в хоспис-7 (7.37%) от анкетираните студенти- медицински сестри (Фиг.41) .

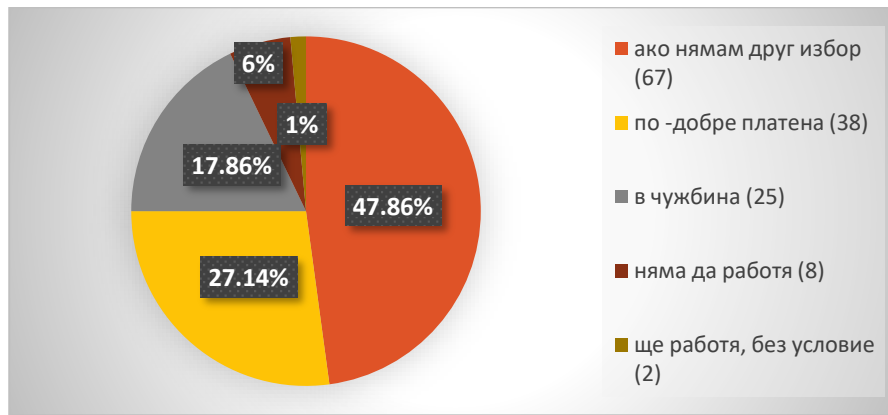
При студентите от специалност „реабилитатор“ предпочитанията са: болници за активно лечение и специализирани болници и центрове (СБР и др.)- 22 (48.89%); медико-социални заведения за деца- 10 (22,22%); лечебни заведения в извънболничната помощ също с 22.22%. Респондентите- рехабилитатори поставят в дъното на класацията - хоспис и специализирани структури за обгрижване на стари хора с 6.67% (Фиг.37):



**Фиг.37.** Предпочитания за професионална реализация

На уточняващ въпрос "При какви условия бихте работили в лечебни и други здравни заведения, предоставящи специализирани грижи за възрастни и стари хора?", 43 (45.26%) студенти от специалност „Медицинска сестра“ посочват на първо място „ако не мога да си намеря по –добра работа, свързана с професията“. На второ място бъдещите медицински сестри поставят с 27.37% „ако е по –добре платена“. Отговорът „ако е в чужбина, защото е по- добре платена“ е на трето място с 21,05%, „никога не бих работил/а“ посочват 2 респонденти (2.11%). Само 4,21% от анкетираните студенти- медицински сестри изразяват желанието да се реализират в структури обгрижващи възрастни и стари хора.

При студентите от специалност „рехабилитатор“ също на първо място с 53.33% е „ако не мога да си намеря по –добра работа, свързана с професията“. На втора позиция е отговор „ако е по –добре платена“ с 26,67%; трето място-„ако е в чужбина, защото е по- добре платена“ с 11,11%. Само 4 от изследваните студенти-рехабилитатори не поставят условия и имат желание да работят в областта на гериатричните грижи. Обобщеното разпределение е посочено на фиг. 38:



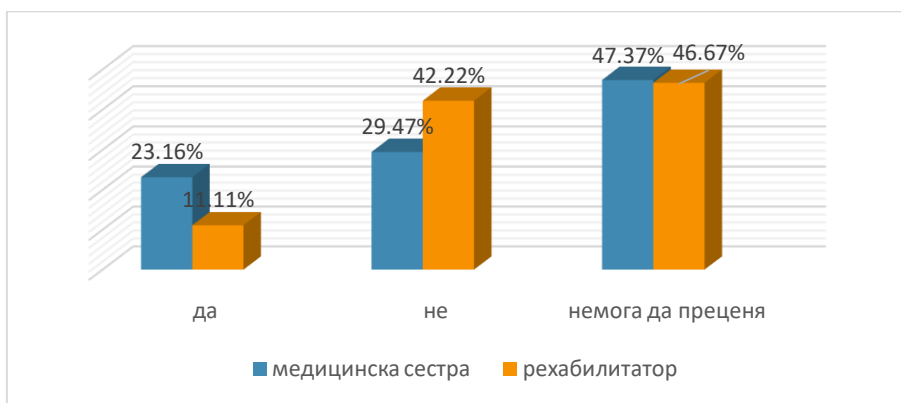
**Фиг.38.** Условия за работа в областта на гериатричните грижи

За да се детайлизират демотивиращите фактори, на студентите се зададе въпроса: „Какви са причините за да нямате желание да се грижите за възрастни и стари хора?“. Получените резултати се ранжират по следния начин:

- ❖ работата е тежка и не добре платена-52.86% (n=74);
- ❖ работата е трудна и неквалифицирана-22.15% (n=31);
- ❖ други причини- 12,14% (n=17);
- ❖ нямам достатъчно знания и умения да се грижа за стари хора- 7.14% (n=10);
- ❖ нямам бариери за да работя с този контингент хора- 5.71%(n=8).

Водеща причина за липсата на интерес към гериатричните грижи студентите определят ниското заплащане, трудността при обгрижване на старите хора. Като „**други причини**“ изследваните посочват липсата на търпение, трудности при общуване, невъзможността за пълно възстановяване или липса на подобрение в здравето на възрастните хора, което ги демотивира. Налице е недостатъчната информираност на част от студентите за специфичните интердисциплинарни знания и умения, които трябва да притежават.

Желанието на бъдещите специалисти за усъвършенстване и професионално развитие в областта на гериатричните грижи показва, че 41,4% от студентите рехабилитатори и 47,3% от студентите медицински сестри все още не са достатъчно ориентирани за бъдещата си специализация, което е обяснимо с липсата на професионален опит. Категорично не желаят да се развиват в това направление на здравните грижи са 24,3% от медицинските сестри и 41,4% от рехабилитаторите. Студентите от специалност „Медицинска сестра“, които биха специализирали гериатрични грижи са 28,4% (фиг.39):



**Фиг. 39.** Желание за специализация по гериатрични грижи

Резултатите от направеното проучване посочват, че пред обучението по гериатрични грижи на студентите от професионално направление „Здравни грижи“ стоят не малко предизвикателства. Наложително е да се организира процес на обучение и възпитание, който да подготви здравни специалисти с необходимите компетенции, за да се отговори на нарасналата обществена потребност от осъществяване на гериатрични грижи.

Водеща е ролята на преподавателя по здравни грижи при планирането, организирането и реализирането на педагогическа дейност, която да насочи, подпомогне и мотивира студента, в съответствие с неговите интереси и индивидуални възможности при ученето, да осъзнае потребностите на обществото и своето място в грижата за възрастните и стари хора.

Познаването същностната характеристика на интерактивните методи и включването им от преподавателя в обучението на студентите е фактор, който прави обучителния процес по-ефективен. Използването им поставя студентите в активна позиция. Прилагането на дискуссионни методи по време на семинари и упражнения, решаване на казус, включването на метода на конкретните ситуации, дава възможност на студентите да затвърдят и разширят знания за възрастните и стари хора, да придобият опит за самостоятелно идентифициране и решаване на проблеми, да представят различни подходи и интерпретации. В този процес преподавателят е в ролята на модератор, който стимулира оригиналното мислене, добрата аргументация и провокира изказване на различни мнения и гледни точки.

Участието на студенти в реализиране на изследователски проекти им помага за формиране на интелектуална автономност, критично мислене,

както и възможност да реализират идеи за свои собствени цели. При подготовката за провеждане на практическото обучение на студентите в медико-социални общински структури: Дом за стари хора, Домашен социален патронаж, както и в лечебни заведения от извънболничната помощ: индивидуални и групови практики в доболничната помощ е важно да се ползват дискуссионни и ситуационни методи.

Ангажирането на студентите в извънаудиторни дейности е част от обучението по гериатрични грижи. Това е още една възможност за практическо приложение на усвоените знания и умения в извънуниверситетската среда.

Получените резултати насочват, че съществуват достатъчни възможности за преподавателските екипи да намерят подходящите педагогически подходи към младите хора за постигане на осъзнат избор и удовлетворяваща професионална реализация. В рамките на научното изследване и прилагане на интерактивни методи за обучение се създаде:

***Мобилен екип за превантивни грижи за стари хора.***

Сформираха се интердисциплинарни мобилни екипи от доброволци, в които се включиха студенти от здравно и социално направление. В организация и провеждане на срещите участваха студенти от професионално направление „Здравни грижи” (медицинска сестра, рехабилитатор/ медицински ерготерапевт, помощник фармацевт), „Социални дейности“, психолог от неправителствена организация (Схема 1.):



**Схема 1.** Структура на мобилен екип от доброволци за превантивни грижи

Под ръководството на преподавател студентите подготвиха актуална информация за възрастните хора относно различни здравни, социални и психологически проблеми- хигиена, хранене, двигателна активност при често срещани заболявания в третата възраст; прием на лекарства-правила; форми и начини за психологическа подкрепа; форми и изисквания за социална защита.

Апробиране на дейността на мобилните екипи се осъществи със съдействието на Община Бургас. Разработените дейности и задачи се осъществиха в десет Клуба за възрастни и стари хора и в Дом за възрастни хора на територията на гр. Бургас. Основният акцент бе насочен към повишаване на знания и формирането на уменията на възрастните и стари хора за независим живот в домашна среда.

В процеса на срещата се осъществи презентация по темите, групова и индивидуални беседи по вълнуващи възрастните хора проблеми. На участниците бе предоставена и в писмен вид полезна здравна и социална информация, под форма на брошури и технически фишове.

Под ръководството на преподавател по здравни грижи студентите проведоха физикални, антропометрични изследвания и някои експресни лабораторни тестове (артериално кръвно налягане, пулс, индекс на телесна маса, коремна обиколка, кръвна захар, 3-глицериди, урея).

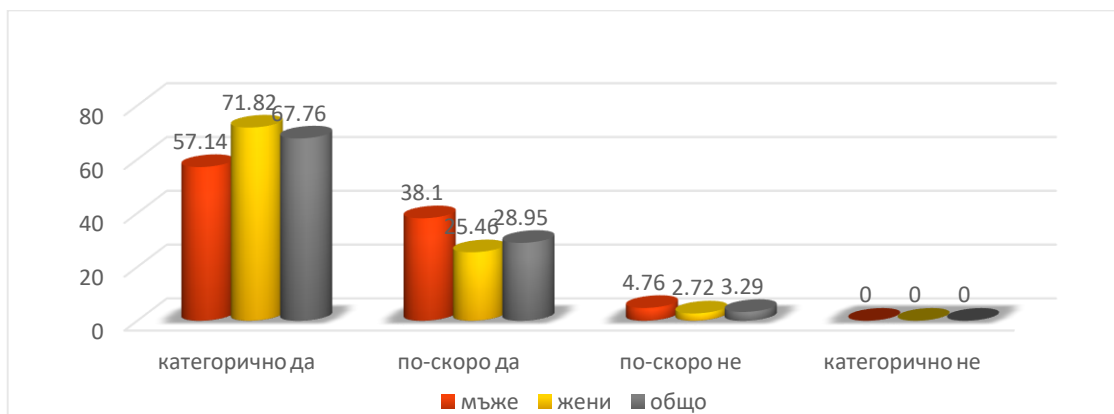
По време на целия процес се проведе целенасочено наблюдение на студентите и старите хора. Наблюденията показва висока мотивация при подготовка и провеждане на информационните срещи, непрекъснато подобряване на комуникационните умения и увереността в професионалната подготовка на бъдещите специалисти. При провеждане на беседите и разговорите студентите предоставяха информацията научно-обосновано, достъпно и в рамките на своите компетенции. Наблюдението на старите хора показва висока степен на внимание, интерес и активност- по всяка тема се зададоха поне по 2 въпроса. При индивидуалните беседи активно бяха търсени съвети по конкретни здравни проблеми.

На финала на срещата се проведе анонимно анкета за получаване на обратна връзка, относно удовлетвореност и полезност от инициативата. В анкетата бе заложена четиристепенна скала за оценяване. В изследването участваха 152 респонденти, от тях 110 жени и 42 мъже. Разпределението по възрастов състав е представено в Таблица 13:

**Таблица 13. Възрастова структура**

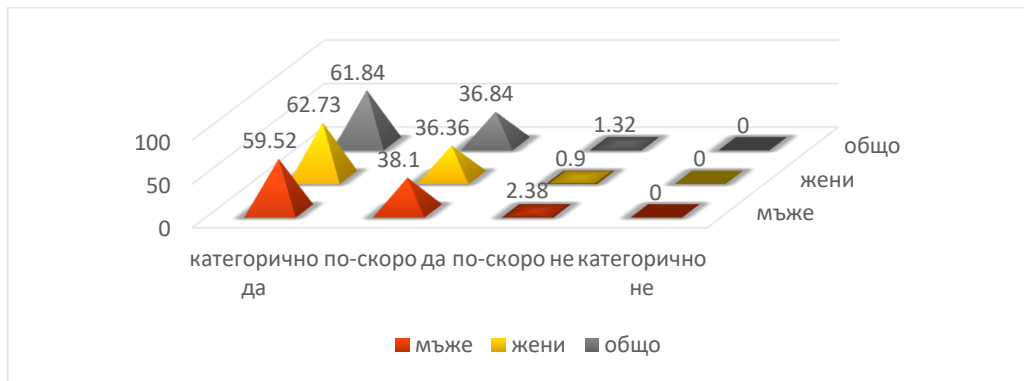
възраст	общо		мъже		жени	
	брой	относителен дял %	брой	относителен дял %	брой	относителен дял %
<b>65-70 години</b>	49	32,24	16	38,10	33	30,00
<b>71-75 години</b>	48	31,58	11	26,19	37	33,63
<b>76-80 години</b>	32	21,05	11	26,19	21	19,10
<b>над 80 години</b>	23	15,13	4	9,52	19	17,27
<i>общо</i>	<b>152</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

На въпроса „Интересна ли е за Вас предоставената информация?“ с „категорично да“ са отговорили 67,76% от анкетираните, 28,95% са посочили „по скоро да“ и само 3,29% дават негативен отговор „по скоро не“. Няма нито един отговор „категорично не“. Според получените резултати, жените изразяват по-голяма позитивна категоричност, че предоставената информацията е интересна за тях, което е видно от данните на **фиг.40.**:



**Фиг. 40.** Интерес към предоставената информация

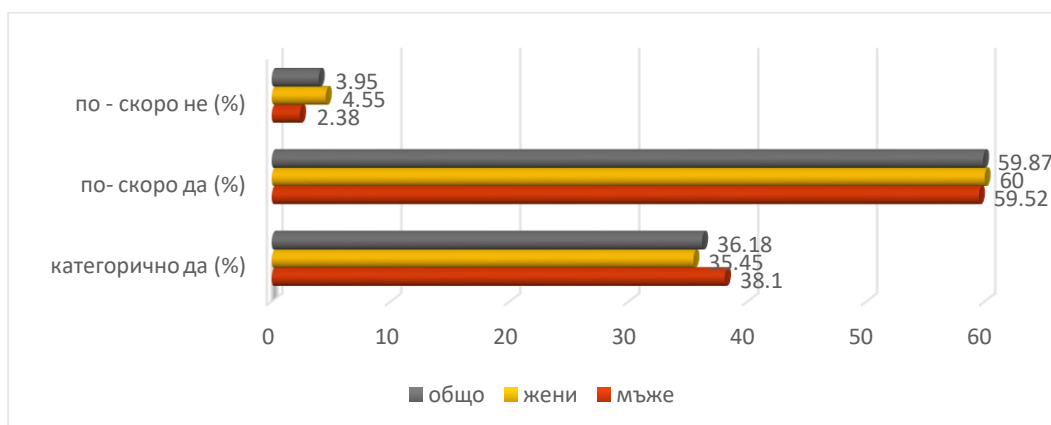
До колко са полезни предоставените съвети и информация, 61,84% от респондентите са категорични, че съветите са полезни за тях, 36,84% посочват отговор „по скоро да“ и едва 1,32% от възрастните хора отговарят „по скоро не“. Детайлното разпределение на отговорите е посочено на **фиг.41:**



**Фиг. 41.** Полезност на получените съвети

В резултат на анализ на резултатите от горепосочените отговори може с голяма увереност да се каже, че предоставената здравна, социална и психологическа информация е била актуална, ценна и поднесена по подходящ начин за възрастните хора.

За да се проучи, доколко предоставените съвети и информация са повлияли на респондентите да изменят нездравословните навици, им бе зададен следния въпрос „Ще спазвате ли дадените съвети?“. Анализът на резултатите показва, че за възрастните хора е трудно да променят дългогодишно установения начин на живот и създадените навици. Само 36,18% от анкетираните са категорични, че ще спазват съветите, 59,52% посочват „по скоро да“ и 3,95% отговарят „по скоро не“. Отговорите на мъжете показват по- висока мотивация да променят вредните си навици, което е показано на **фиг. 42**:



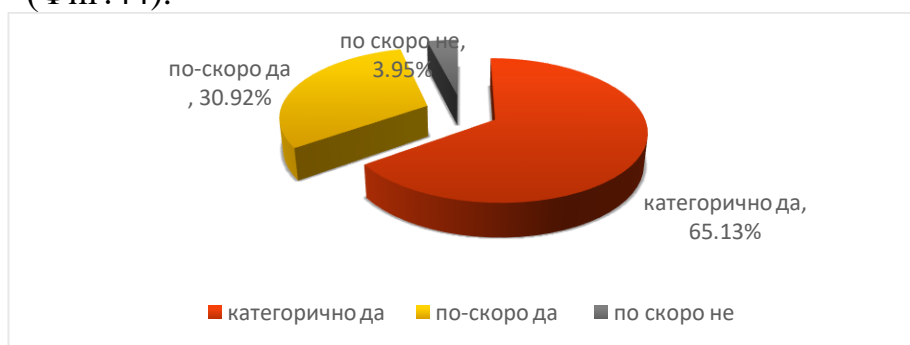
**Фиг. 42.** Мотивация за спазване на предоставените съвети

По-голяма част от респондентите са убедени, че спазването на предоставените съвети ще им помогне да поддържат продължителен, активен и пълноценен живот. Само 1,32% от възрастните хора отговарят „по скоро не”, а останалите 98,68% дават отговори „категорично да” и „по скоро да”(фиг.43).



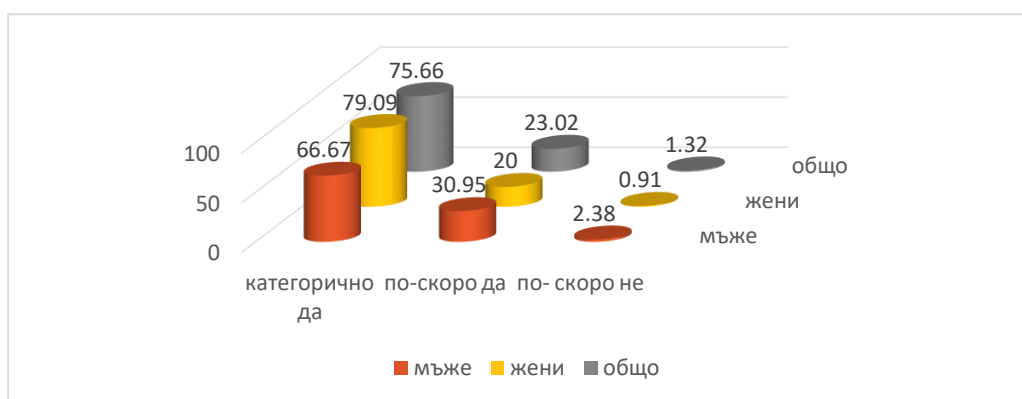
**Фиг. 43.** Значение на предоставените съвети за съхраняване на добро качеството на живот

За повишаване на здравната, психологическа и социална грамотност на възрастните хора е важно повече от тях да бъдат информирани и да осъществяват мотивиран избор за поддържане на здравето си. Това може да се случи чрез специалистите, но е важно и хората в своята среда да разпространяват придобитите знания и умения и да мотивират свои близки и приятели в общността. На въпроса „Бихте ли споделили предоставената информация със свои близки и познати?”, 65,13% от изследваните лица отговарят „категорично да”, 30,92% - „по скоро да” и само 3,95% „по скоро не” (Фиг.44).



**Фиг. 44.** Разпространение на предоставената информация в обкръжението

Резултатите показват колко е необходимо специалистите от различни структури да създадат съвременни организационни форми за повишаването на информираността на възрастните хора в общността. За специалистите е важно мнението на възрастните хора за необходимостта от провеждането на регулярни информационни срещи в мултидисциплинарен екип. Респондентите изразяват позитивни нагласи и считат за полезни и значими тези срещи – 75,66% отговарят „категорично да”. Има различие между мнението на жените (79,09%) и мъжете (66,67%). Негативна позиция изразяват само 1,32% от анкетираните, които считат, че по скоро не е необходимо да се провеждат подобни срещи (фиг. 45.):



**Фиг. 45.** Необходимост от провеждане на информационни срещи

За провеждането в бъдеще на образователни срещи по полезни и вълнуващи възрастните хора теми, бе дадена възможност на възрастните хора да посочат интересуващите ги проблеми. Отговори за интерес към тематика за бъдещи информационни срещи се получиха от 147 изследвани лица (96,71%). Останалите петима респонденти (3,29%) не са посочили отговори. В анкетата е дадена възможност на изследваните възрастни хора да посочат повече от един отговор. В таблица 14 са представени в низходящ ред предпочитанията на възрастните хора. Сумарно отговорите надвишават броя на изследваните лица, тъй като средно респондентите са посочили между 2 и 3 отговора (средно 2,67). Водещите три места заемат здравните теми за грижи при хронични и често срещани заболявания при възрастни хора, поведение при спешни състояния. Интерес и особено внимание предизвикват отговорите на изследваните мъже, които на второ място посочват, че имат нужда от информация за възможностите за ползване на психологическа подкрепа (виж Таблица 14).

**Таблица 14.** Желание за тематика при организиране на периодични информационни срещи

Тематика	мъже		жени		общо	
	брой отговори	относителен дял (%)	брой отговори	относителен дял (%)	брой отговори	относителен дял (%)
хранителен режим при различни хронични заболявания	24	57,14	62	56,36	<b>86</b>	<b>56,58</b>
комплексни грижи при различни често срещани заболявания	20	47,62	56	50,91	<b>76</b>	<b>50,00</b>
поведение при спешни състояния	16	38,09	55	50,00	<b>71</b>	<b>46,71</b>
възможности за ползване на психологическа подкрепа	23	<b>54,76</b>	24	21,82	<b>47</b>	<b>30,92</b>
подходяща физическа активност	14	33,33	29	26,36	<b>43</b>	<b>28,29</b>
специфични хигиенни грижи	8	19,05	26	23,64	<b>34</b>	<b>22,37</b>
възможности за ползване на социални услуги	10	23,81	23	20,91	<b>33</b>	<b>21,71</b>
други: -Грижи при пейсмейкър -грижи при алергични кожни заболявания	1	2,38	1	0,91	<b>2</b>	<b>1,32</b>
общо	<b>116</b>		<b>276</b>		<b>392</b>	

Анализа на резултатите показват, че възрастните и стари хора дават висока оценка за провеждането на информационни срещи с мултидисциплинарни екипи в неформална среда. Включването на студентите по време на обучение като доброволци в мултидисциплинарни екипи повишава качеството на професионалната им подготовка, подобрява мотивацията и увереността за реализиране в областта на гериатричните грижи.

#### IV. ДИСКУСИЯ, ОГРАНИЧЕНИЯ

Въпреки положените усилия на национално и местно ниво все още не може да се постигне съответствие между потребностите на населението в т.ч. старите хора и реализираните здравни грижи и социални услуги. В предлагането на грижи липсва холистичен подход, те са силно фрагментирани, което затруднява достъпа до тях и риск от здравна и социална изолация на уязвимите групи. Сериозно предизвикателство е неравномерното географско разпределение на населението и възможностите за предлагане на разнообразие от грижи и услуги в различните населени места, недостатъчен брой подготвени професионалисти и експерти по гериатрични грижи, както и силно ограничения финансов ресурс.

Приетите концепции и стратегии за комплексни грижи за възрастните стари хора не дават необходимите резултати. Данните на State of Health in the EU България- Здравен профил за страната 2017, отчита че по-голямата част от изразходваните ресурси в здравеопазването са за лекарствени продукти и болнична помощ. При предоставянето на здравни услуги, болничните запазват водеща роля, като равнището на ненужни хоспитализации е от най-високите в ЕС, което се потвърждава и от направените изследвания на Ж. Стайкова (88, 90). Високите равнища на ненужни хоспитализации говорят за слабо развита първична помощ и липса на координация в здравеопазватната система. Като основен проблем в първична помощ е наличие на значителни регионални различия в осигуреността с общопрактикуващи лекари и голямата отдалеченост. Национални проучвания също потвърждават регионалните неравенства, като делът на пропуснатите грижи е по-голям в малките градове и села (Атанасова, Мирчева и Докова, 2016 г.).

Достъпът до здравни услуги е проблематичен и от наличие на висок процент преки плащания на потребителите, което е бариера за уязвимите групи, домакинствата с по-ниски доходи и възрастните хора. Тези негативни резултати се отразяват на качеството и водят до неудовлетвореност на населението от достъп до здравни грижи, особено за хора с ниски доходи и уязвимите групи от населението, каквито са възрастните и стари хора.

Направеното изследване сред възрастните и стари хора и техните семейства в Бургаска област потвърждава международните и национални проучвания. Неудовлетвореност от достъпа до здравни услуги посочват 62.50% от възрастните и стари хора, както и 65% от хората грижещите се за тях. Релевантни са и резултатите на респондентите по отношение на

достъпа до социални услуги. Неудовлетвореност изпитват 66.12% от старите хора и 63.13% от обгрижващите.

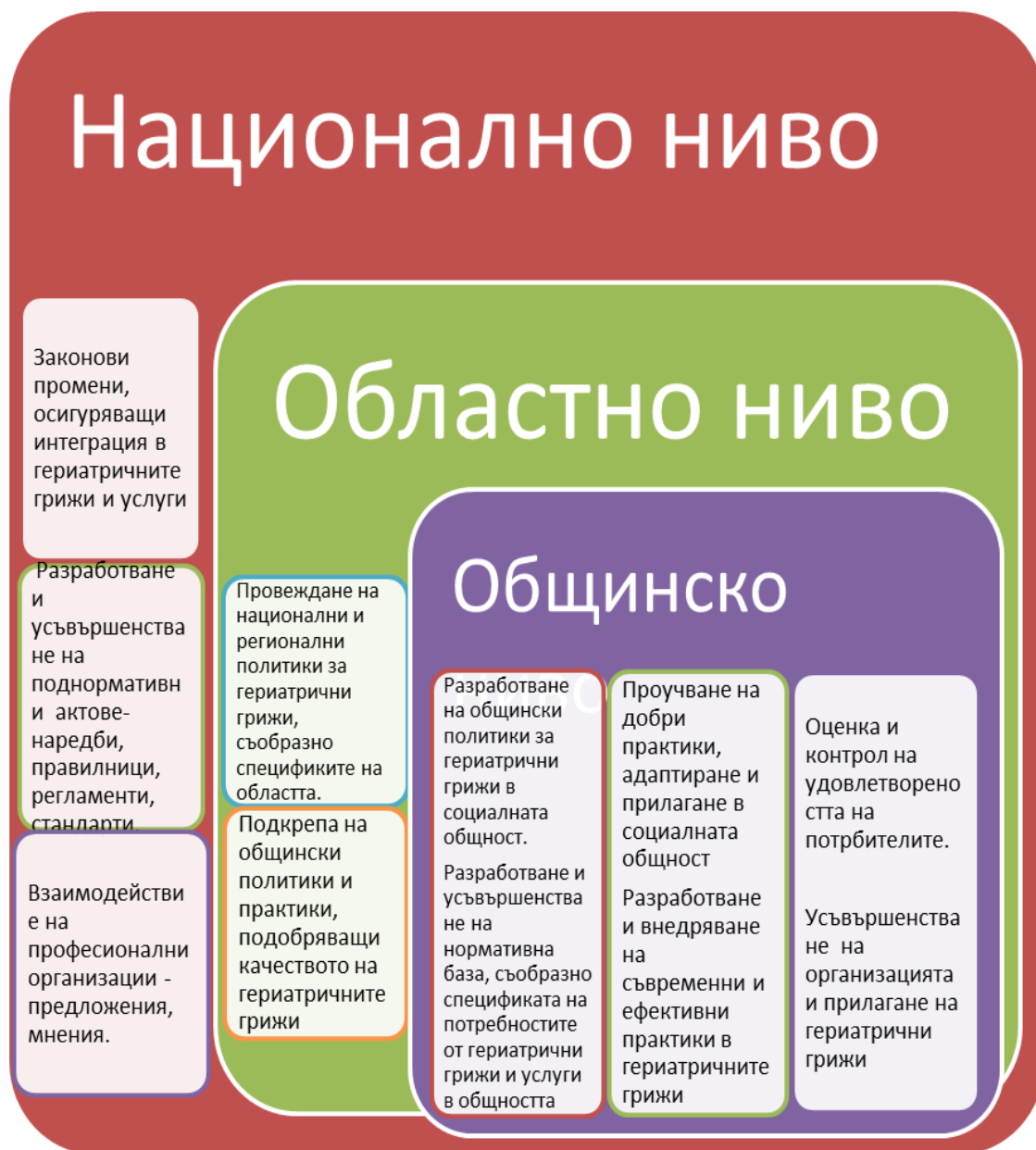
С приетите промени в Закона за здравето е въведена концепцията за интегрирана грижа (2015 г.). С този закон е създаден и разрешен нов тип доставчик на здравни услуги, центрове за комплексни услуги за хора с увреждания и хронични заболявания. Все още обаче липсват създадени правилници, регламенти, стандарти, които да осигурят лесен достъп, ефективна координация и подобряване на здравно-социалните грижи и услуги. Мултидисциплинарен подход при интегрирана подкрепа на хората в домашна среда може да се осъществи чрез правилно организиране, управление и на сътрудничество между различните институции, основно МЗ и МТСП.

Резултатите от проучването показват, че за създадени под различна форма центрове за комплексни медико-социални грижи отговарят 13,61% от възрастните и стари хора, и 18.75% от обгрижващите. Като териториалното разпределение показват значими диспропорции. Според близките, които се грижат за стари хора само 3.53% от тези живеещи в селата дават положителен отговор.

Неусъвършенстваната нормативна база води до неравномерно разпределение на тези структури за интегрирани грижи и недостатъчно разнообразие от мрежи-публични, общински, частни, което да не допуска институционализация на грижите за стари хора. Налице е и малкия брой услуги, които се предоставят. Семействата и близките, които се грижат за стари хора не могат да си осигурят почивка от грижите- само 17.50% от анкетираните имат почивни дни всеки месец. Високата ангажираност води до физическо и психологическо натоварване при 66.87% от респондентите.

Усъвършенстване на законовата и нормативна рамка, приемането на Стандарт за здравни грижи, Стандарт за гериатрични грижи, детайлизиране на Наредба № 1 от 08 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, Стандарта по обща медицинска практика и др. документи ще подпомогне този процес. Един от най- важните документи е приемането на Стандарт за здравни грижи, чрез който да се обективизира нивото на качество на предоставените услуги. Този регламент трябва да даде възможност на здравните специалисти да се включат като достоен партньор в предоставяне и осигуряване на качествени здравни грижи, както и по-добра профилактика и по-добра координация на грижите. На схема 2. е представен организационен модел

за взаимодействие на институциите за осъществяване на интегрирани грижи за възрастни и стари хора.



**Схема 2.** Организационно взаимодействие на институциите за осъществяване на интегрирани грижи за възрастни и стари хора.

Съществуващите структури в доболничната помощ (общопрактикуващ лекар и професионалист по здравни грижи в екип) са предпочитани от старите хора за тяхното обгрижване в областта на медицинската помощ:

манипулации, лекарски визити, изписване на лекарствени средства и осъществяване на връзки с други медицински специалисти. Направеното проучване доказва недостатъчната ефективност на този екип относно осигуряване на информираност, обучение и изграждането на умения за справяне с възникналите проблеми на старите хора в домашна среда, като и недостатъчна подкрепа на семействата, полагащи грижи за зависими членове. Само 34.17% от старите хора и 39.38% от обгрижващите отговарят с „да“ и „по- скоро да“. Проведените в процеса на научното изследване здравно- социални срещи в Клубовете за стари хора показва висока степен на мотивация и нагласи на старите хора за активно участие в процеса на подържане на добро здраве- спазване на предоставените съвети и необходимост от регулярно провеждане на здравни беседи.

Здравно-образователни дейности провеждат системно само 31.20% от изследваните медицински сестри в ПМП. Това е свързано както с обективни, така и субективни причини- голям обем от дейности, пренатоварване на персонала, недостатъчно специалисти, неразбирането на медицинските специалисти (лекарите) за самостоятелната функции на съвременните медицинска сестра в областта на промоция на здравето и превенция на заболяванията и техните усложнения и др.

Създаването на регламенти за взаимодействие на здравните и социални институции чрез спецификата на тяхната предметна дейност ще подпомогне възрастния човек да излезе от тясното медицинско поведение към собственото си здраве.

Въз основа на разгледаните и анализирани съвременни теории, концепции, стратегии и модели, както и анализа на направеното изследване, предлагаме **Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора**, който да преодолее несъответствието между реалните потребности на обществото и състоянието на здравно-социалната система у нас (Схема 3).

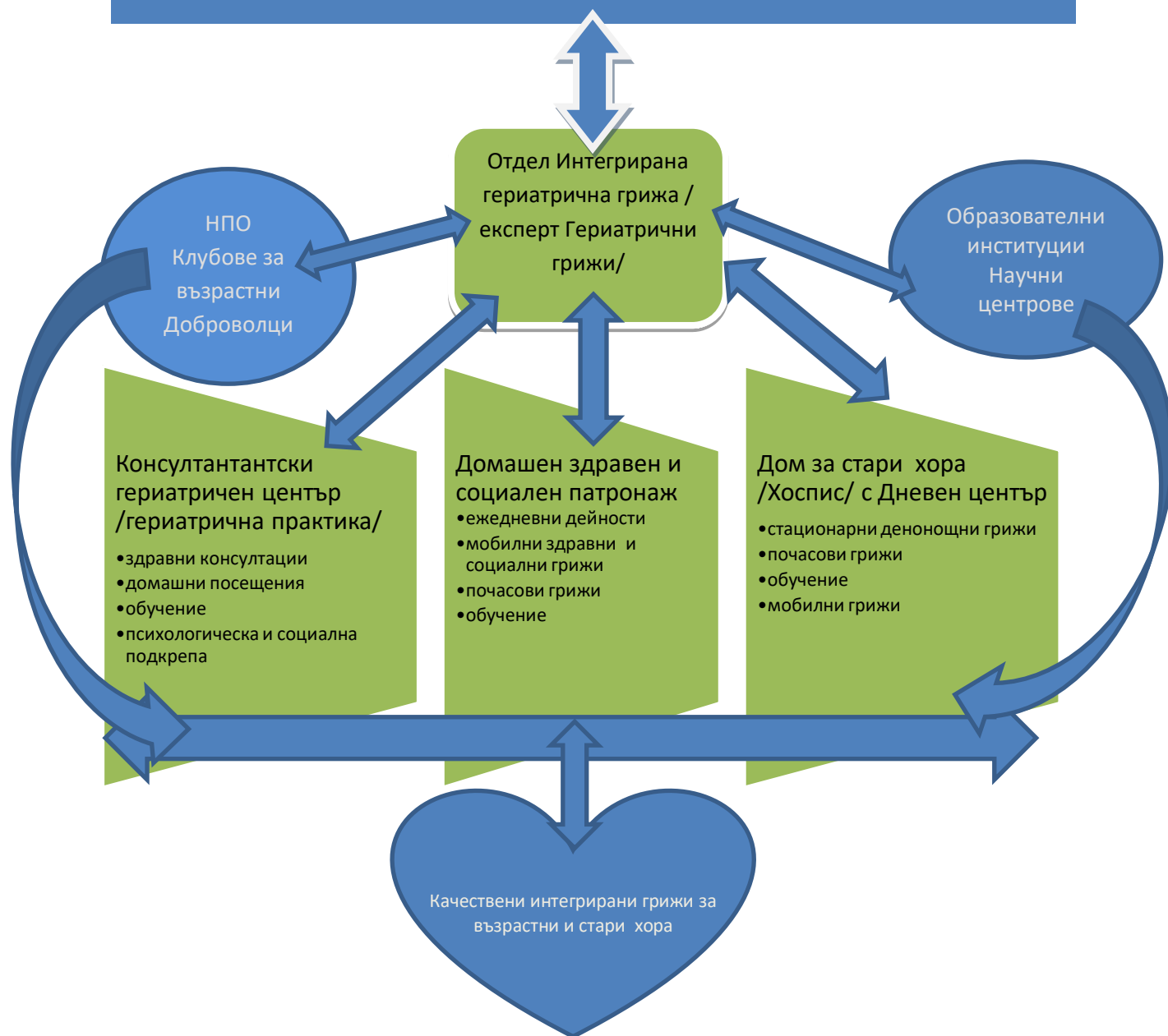
Отчитайки хетерогенността на възрастното население, *водещата идея* на Модела е осигуряване на грижи и подкрепящите услуги, които се осъществяват в различни среди и да включват: промотивни, превантивни, подкрепящи, рехабилитационни, палиативни и грижи за терминално болни, управление на заболяванията, краткосрочни и продължителни грижи. Ефективността на Модела се постига, когато той се прилага в социалната общност. Той трябва да отчита териториалното разпределение, специфичните здравни и социални потребности на старите хора и техните семейства в контекста на тяхната среда – в дома, обществени структури и институции.

Ефикасността на гериатричните грижи е фокусирането им в социалната общност (ниво община, населено място), което осигурява индивидуализиране на грижите след отчитане на био-психо-социалните аспекти на здравето на всеки потребител и комплексно оценяване на потребностите. При създадения *Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора* в социалната общност важен акцент е включване в структурата на общинската администрация на *Експерт по гериатрични грижи*, който да организира и координира дейността между доставчици на здравни и социални грижи, различни групи специалисти, Висшите училища, неправителствени и други организации, доброволци (**Схема 3**). Това ще повиши достъпността и ефективността на гериатричните грижи в социалната общност. Създаването на разнообразни форми за подкрепа и взаимопомощ разширява възможностите за съхраняване и подобряване качеството на живот на старите хора.

*Приоритет* на грижите и услугите е прилагане на подход за промоция на независимостта за възрастните и стари хора и интердисциплинарен подход при разрешаване на комплексни проблеми. Важни акценти в Модела са:

- ✚ осигуряване на устойчив механизъм за прилагане на непрекъснат процес на грижи и услуги чрез ефективно мулти- и интерпрофесионално сътрудничество;
- ✚ формиране на уменията на възрастните и стари хора за независим живот в домашна среда чрез провеждане на промотивно-превантивни дейности;
- ✚ осигуряване на необходимата компетентна подкрепа на семействата при предоставяне на качествени грижи за възрастния човек (**Схема 3**).

**ОБЩИНСКО НИВО  
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТЕГРИРАНИ ГЕРИАТРИЧНИ  
ГРИЖИ**



**Схема 3.** Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастните и стари хора

Този Модел може да се осъществи чрез създаване на гериатрични практики в ПМП и разширяване на дейностите на вече съществуващите структури в социалната общност, като Домашен социален патронаж, Домовете за стари хора и др. В тези институции могат да се оказват интегрирани здравно- социални услуги, почасова грижа, дневна грижа, да се осъществяват информационни и образователни срещи както за възрастните и стари хора, така и за хора, участващи в обгрижването им.

Създаване на групови практики по гериатрични грижи (гериатричен център), включващи специалисти в областта на здравни и социални услуги (медицинска сестра, медицинска сестра по социални дейности, лекарски асистент, гериатричен асистент и др.) дава възможност за преодоляването на протективния подход в здравните грижи. Тези практики е необходимо да са в тясно взаимодействие с общопрактикуващите лекари.

Тяхното администриране преобладаващо трябва да се осъществява от общинските структури. Те могат да бъдат разположени в МЦ, ДКЦ, АПМП, АСМП и др., които до голяма степен са съобразени с териториалното разпределение на населението. По този начин ще се подобри достъпа до превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция, както и обезпечаване на комплексна, ефективна подкрепа на семействата, полагащи грижи за стари хора с намалена автономност. Чрез създадени добри регламенти, инструкции и информационно осигуряване се осъществява непрекъснат процес за грижи, съобразно здравословно и социално състояние на стария човек.

Осъществяването на следдипломно обучение на специалистите по здравни грижи е затруднено, което показват резултатите от проучването на медицинските сестри в доболничната помощ. Една от основните обективни причини са разпоредби в Стандарта по обща медицинска практика, където повишаването на квалификацията на медицинските сестри има препоръчителен характер и се оставя на субективната преценка на лекаря, който се явява работодател на тези специалисти. Това създава бариери за непрекъснатото им усъвършенстване и квалификация.

Не са създадени задължителни регламенти за стимулиране на медицинските сестри, повишили квалификацията си. Формираната гериатрична структура на общинско ниво има отговорността да организира и контролира процеса на непрекъснато обучение и квалификация на специалистите по гериатрични грижи, което ще подпомогне подобряването на качеството на предлаганите услуги. Тази

структура трябва да взаимодейства с професионалните организации (напр. БАПЗГ) и висшите училища в този процес.

За ефективното прилагане на интегрирани грижи е необходима промяната в начина на обучение на професионалистите от здравеопазната и социалната система. Към момента професионалното мислене на специалистите е ориентирано още по време на образованието им към специализация и фрагментация. Формирането от образователните институции на нов начин на мислене в бъдещите специалисти, освободен от професионални и институционални граници и насочен към комплексност и цялостност на грижата чрез партньорство, ще подобри качеството на гериатричните грижи.

Осъществяване на взаимодействие с научните организации и центрове, висшите училища, които имат отношение към възрастните хора със създаване на съвременни технологии за контрол на здравето, за развитието на геронтологията и гериатрията.

Привличането на пациентски организации, неправителствени организации, здравни клубове за възрастни граждани могат да предложат услуги за формиране на умения за самопомощ. Възможностите за оказване на самопомощ са свързани с изграждане у личността на жизнени умения, вкл. и умения за укрепване на здравето. Жизнените умения позволяват на хората да контролират и управляват своя живот, да се справят с изискванията и предизвикателствата на всекидневния живот. Те включават и уменията за справяне с хроничните болести. В изброените организации членуват компетентни хора по много специфични въпроси, относно домашното обслужване на тежко болни, хранителен режим при някои болести, режим на труд и почивка, психо-социална рехабилитация. Те могат да участват активно в обучението на семейството на възрастните хора при тяхното обгрижване. Членовете на доброволческите организации могат да измерват артериално налягане, тегло, кръвна захар и могат да осъществяват различни здравно-възпитателни дейности. В много страни е доказана ефективността в оказване на подкрепа на възрастни хора от съществуващите здравни клубове за възрастни. В България може да се ползва опита на неправителствени организации като Сдружение за диабетни грижи, за хора с увреждания, за онкологично болни и др. Социална подкрепа се оказва от административни структури на местно ниво за осигуряване на различни видове облекчения, финансова подкрепа и домашни грижи. Други социални центрове създават възможност за разнообразяване на формите за организиране и включване в културни събития, отид, срещи с приятели. Този подход подобрява

взаимодействието между регионални и национални структури с неправителствения сектор при предоставяне на здравни и социални услуги за възрастни.

Сътрудничеството и партньорство с бизнес организации ще подпомогне и стимулира предоставянето на разнообразни и достъпни за старите хора технически съвременни средства, облекчаващи здравната, социална и психологическа адаптация, както и за финансиране и развитие на допълнителни здравни услуги. По този начин се постига балансирано и резултатно взаимодействие между държавната подкрепа и предприемаческата активност, повишава се мотивацията и стимулирането на заетите с предоставянето на услугите.

Преодоляване на негативното отношение на по- младата част от обществото, което показва стереотипизиране и дискриминиране на хора заради напредналата им възраст, може да се осъществи в училищна среда чрез включване на децата в различни инициативи за подкрепа на възрастните и стари хора. По този начин се възпитава хуманно отношение и солидарност между поколенията, изграждат се ценности на уважение и зачитане на човешкото достойнство.

Включването на електронните и печатни медии в изграждане на позитивния образ на старите хора, презентирание на добри практики в гериатричните грижи, участие в инициативи за промотиране на здравословния начин на живот разширява начините и формите за качествени гериатрични грижи и създаване на подкрепяща социална среда.

Разработения *Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастните и стари хора* преодолява дефицита от пълноценни гериатрични грижи чрез алтернативни съвременни подходи за организация и провеждане на качествени здравни и социални грижи. Акцентира се на създаването на възможности при старите хора за повишаване на личната отговорност за здраве, себеподпомагане и социална подкрепа.

В представения Модел основна роля за организиране и управление на процеса за осигуряване на качествени грижи е *Експерт по гериатрични грижи*. В Таблица 15. са представени Методически насоки за основните компетенции на Експерта:

**Таблица 15.** Методически насоки за компетенции на експерт по гериатрични грижи в социалната общност.

<b>Компетенции</b>	<b>Основни изисквания и дейности</b>
Професионални	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Притежава знания и умения да осигурява интегрирани и непрекъснати грижи за популацията на възрастните хора и тяхното обкръжение в социалната общност като: анализира, идентифицира и интерпретира био-психо-социалните потребности, планира, осигурява и оценява ефективността на приложените грижи.</li> <li>❖ Спазва законите и политиките, свързани със старите хора, като организира прилагането на оптимални грижи и подкрепа на благосъстоянието на старите хора и техните семейства в социалната общност.</li> <li>❖ Спазва етичните стандарти и професионалните норми, както и високи лични стандарти за поведение.</li> <li>❖ Повишава професионалните си знания и усъвършенства уменията си с цел подобряване качеството на грижите за стари хора.</li> <li>❖ Подобрява и осъвременява собственото си професионално поведение с оглед предлагане на висококачествени грижи и подкрепа за старите хора в общността.</li> <li>❖ Обсъжда и решава конфликти в екипа.</li> </ul>
Организационни	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Разработва, адаптира и внедрява дългосрочни политики и дейности, свързани с грижите и услугите за старите хора и тяхното обкръжение на местно и организационно ниво.</li> <li>❖ Планира и координира програми и мрежи за грижи и услуги изпълнявани от професионалистите от различни организации, като прилага холистичен подход.</li> <li>❖ Създава регламенти и процедури за безопасно и ефективно преминаване през нивата на грижи и подкрепа, което да осигури непрекъснатост на грижите за стария човек при изменения степента на автономност и различни социални фактори.</li> <li>❖ Оценява ефективността на предлаганите грижи и идентифицира необходимостта от нови видове услуги за старите хора и техните семейства, както и приема инициативи за разработването им.</li> <li>❖ Демонстрира лидерски качества в екипа.</li> </ul>
Комуникативни	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Поддържа взаимоотношения и ефективна комуникация с професионалистите за обезпечаване на интегрирани грижи и подкрепа на старите хора и техните</li> </ul>

	<p>семейства в общността.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Създава и поддържа мулти- и съвместно сътрудничество с други организации, институции за постигане на оптимални здравни и подкрепящи грижи за старите хора.</li> <li>❖ Инициира създаването на партньорство с бизнес структури и научни организации за финансиране и внедряване на технологични новости, подобряващи качеството на живот на старите хора в общността.</li> <li>❖ Взаимодейства с медиите и приобщава обществеността към инициативи свързани със здравето и благосъстоянието на старите хора- създава позитивен образ в обществото.</li> </ul>
Образователни	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Използва образователни стратегии за промотиране на самостоятелността, самочувствието и качеството на живот на старите хора.</li> <li>❖ Осигурява на прозрачност и достъп до информация на старите хора и семействата за предлаганите здравни грижи, социални услуги и обществени програми.</li> <li>❖ Съветва и консултира различни групи професионалисти по здравни и социални грижи.</li> <li>❖ Организира и контролира непрекъснато обучение и квалификация на специалистите по гериатрични грижи съвместно с професионалните организации и висшите училища.</li> <li>❖ Съдейства и участва в обучението на бъдещите професионалисти за прилагане на качествени комплексни грижи.</li> </ul>
Изследователски	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Следи и анализира научни и практически проучвания, свързани с осигуряване на грижи и подкрепа за старите хора и техните семейства.</li> <li>❖ Съобразява се с новите тенденции в професионалната литература с фокус към подобряване на грижите и услугите за старите хора и техните семейства.</li> <li>❖ Разработва протоколи, стандарти и процедури за промоция на качеството, ефикасността и ефективността на грижите, осигурявани за старите хора.</li> <li>❖ Инициира и провежда проучвания в общността за оценка удовлетвореността на потребителите от качеството на предлаганите грижи и услуги.</li> <li>❖ Подпомага и извършва практически изследвания като спазва биоетичните норми и правила.</li> </ul>

## V.ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

### 1. Изводи

В резултат на проведеното научно изследване могат да се направят следните **изводи**:

1. В резултат на нереформираните здравна и социална системи са налице диспропорции в териториалното разпределение на предоставяните здравно-социални грижи и услуги, което затруднява достъпа на старите хора до тях и създава риск за здравна, психологическа и социална изолация;
2. Липсват изградени мрежи за интегрирани грижи за възрастните и стари хора, които да осигурят поддържане на техния оптимален физически, психологически и емоционален статус;
3. Семейството и грижещите се за възрастни и стари хора не получават достатъчна здравна, социална и психологическа подкрепа от специалистите, което нарушава качеството им на живот и затруднява оказването на ефективни гериатрични грижи;
4. Възрастните и стари хора и техните обгрижвачи проявяват желание за повишаване на здравните и социални знания и умения, които да осигурят поддържане на добро здравословно състояние и независим живот;
5. Медицинските сестри в първичната медицинска помощ са ориентирани към прилагане на протективен подход в здравните грижи и не полагат достатъчно грижи в промотивно-профилактичната област;
6. Направеното изследване показва, че професионалната реализация на медицинските сестри в първичната здравна помощ е непривлекателна за младите специалисти;
7. Сред медицинските сестри в доболничната помощ се отчита висока степен на демотивация за повишаване на професионалната квалификация в областта на гериатричните грижи, което според тях е

обусловено от силно ограничените функции на медицинските сестри в първичната медицинска помощ и липса на финансови стимули;

8. Налице е несъответствие между реалните потребности на обществото от специалисти по гериатрични грижи и липса на мотивация сред бъдещите здравни специалисти да се развиват в това направление;
9. Водеща причина за демотивацията на студентите е заплащането, което не е адекватно на комплексните изисквания за грижа към възрастните и стари хора.
10. Всички изследвани групи изразяват положителна нагласа за необходимостта от изграждане на комплексни центрове за гериатрични грижи на местно ниво;
11. Медицинските сестри одобряват разнообразяване на формите за оказване на гериатрични грижи; за разширяването на екипа на ОПЛ с включването на „патронажна медицинска сестра”, която да извършва домашни посещения и консултации за хронично болни и стари хора.

## 2. Препоръки

### *Към МЗ и МТСП*

1. Създаване на правилници, регламенти, стандарти, които да осигурят лесен достъп, ефективна координация и подобряване на здравно-социалните грижи и услуги за възрастните и стари хора.
2. Създаване на ефективна система за дългосрочно финансиране на гериатричните грижи, чрез оптимални, социално поносими здравно и социалноосигурителни схеми и вноски или данъчно облагане.

### *Към МЗ*

1. Приемане на Стандарт за здравни грижи и в частност Стандарт за гериатрични грижи, чрез които да обективизира нивото на качество на предоставените услуги и да даде възможност на здравните специалисти да се включат като достоен партньор в предоставяне и осигуряване на качествени здравни грижи, както и по-добра профилактика и по-ефективна координация на грижите.
2. Да се направят промени в Стандарта по обща медицинска практика, в който повишаването на квалификацията на медицинските сестри да има задължителен характер, както и задължителни регламенти за стимулиране на медицинските сестри, повишили квалификацията си.

### *Към Общинските администрации:*

1. Създаване в структурата на общинската администрация на *Експертно звено по гериатрични грижи*, което да организира и координира дейността между доставчици на здравни и социални грижи, различни групи специалисти, Висшите училища, неправителствени и други организации, доброволци. Това ще повиши достъпността и ефективността на гериатричните грижи в социалната общност. Създаването на разнообразни форми за подкрепа и взаимопомощ разширява възможностите за съхраняване и подобряване качеството на живот на старите хора.
2. Създаване на групови практики по гериатрични грижи (гериатричен център), включващи специалисти в областта на здравни и социални услуги (медицинска сестра, медицинска сестра по социални дейности, лекарски асистент, гериатричен асистент и др.), които да са в тясно взаимодействие с общопрактикуващите лекари.

## **Приноси**

В резултат на направеното изследване могат да се посочат следните **приноси**:

### ***научно- теоретични***

- направен е задълбочен анализ на международното и националното законодателство за осигуряване на комплексни грижи за възрастните и стари хора и техните семейства;
- изследвани, анализирани и са обобщени потребностите на възрастните и стари хора и техните семейства от здравни и социални услуги, което да осигури качество на грижите и удовлетвореност от потребителите.

### ***научно-приложни***

- представен е организационен модел за взаимодействие на институциите за осъществяване на интегрирани грижи за възрастни и стари хора;
- изработен е Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора, който да осигури непрекъснат процес на грижи и подкрепящите услуги, осъществявани в различни среди, които включват: промотивни, превантивни, подкрепящи, рехабилитационни, палиативни и грижи за терминално болни, управление на заболяванията, краткосрочни и продължителни грижи;
- разработени са Методически насоки за компетенции на Експерт по гериатрични грижи в социалната общност.

### ***с потвърдителен характер***

- осъществения научно-педагогически експеримент на мобилен екип за превантивни грижи показва, че възрастните и стари хора дават висока оценка на здравно-социалните образователни срещи с мултидисциплинарни екипи в неформална среда. Включването на студентите по време на обучение като доброволци в интердисциплинарни екипи повишава качеството на професионалната им подготовка, подобрява мотивацията и увереността за реализиране в областта на гериатричните грижи.

## ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Попова, К., Ив. Стамболова. Гериатрични грижи в доболничната помощ- предизвикателства за медицинската сестра. сп.Управление и образование, т. XIV, кн. Здравни грижи (5), с.43-51, 2018, ISSN 13126121.
2. Попова, К. Биоетични аспекти на здравните грижи за възрастни и стари хора, В: Сборник доклади от Международна конференция „Стареене, здраве, гериатрични грижи”- Стара Загора, с.107-116, 2017, ISBN 978-954-338-141-8.
3. Popova, K. Elderly and older people health and social protection with in social community. Knowledge International Journal, vol. 22, № 2, Skopje 2018, Social sciences, pp. 567-572; ISSN 2545-4439.
4. Popova, K., G. Terzieva. Geriatric care – necessity and tendencies. Knowledge International Journal, vol. 17, № 3, Skopje 2017, Medicine and natural sciences, pp. 1155-1163; ISSN 2545-4439