

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

СТЕФКА МИТКОВА ГЕОРГИЕВА

СЪВРЕМЕННИ ОРГАНИЗАЦИОННИ ФОРМИ НА ХИРУРГИЧНИ
ГРИЖИ

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. МАГДАЛЕНА БАНЧЕВА АЛЕКСАНДРОВА, ДМ

ПРОФ. ГАЛИНА СТАМОВА ЧАНЕВА, ДМ

РЕЦЕНЗЕНТИ

ПРОФ. МАГДАЛЕНА БАНЧЕВА АЛЕКСАНДРОВА, ДМ

ДОЦ. ДИАНА КРЪСТЕВА ИВАНОВА, ДМ

София, 2017

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 228 страници и е онагледен с 3 таблици, 33 фигури и 10 приложения.

Библиографската справка включва 137 заглавия, от които 31 са на кирилица и 106 на латиница.

Научно жури:

Проф. Магдалена Банчева Александрова, дм

Проф. Галина Стамова Чанева, дм

Доц. Иваничка Атанасова Сербезова, дм

Доц. Диана Кръстева Иванова, дм

Доц. д-р Катя Петрова Попова – Юрукова, дм

Резервни членове:

Проф. Силвия Младенова Младенова, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Публичната защита ще се състои на 19.10.2017г. от 11:00 часа в зала № 1 на Факултет по обществено здраве, УМАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ - АКТУАЛНОСТ И ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА	4
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА ИЗСЛЕДВАНЕТО	8
II. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ	14
2.1 <i>Анализ на резултатите от анкетното проучване на медицинските сестри</i>	14
2.2 <i>Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациентите относно удовлетвореността им от организацията на хирургичните грижи</i>	25
III. АДАПТИРАН МОДЕЛ ЗА РАННО СЛЕДОПЕРАТИВНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ	35
IV. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА АДАПТИРАНИЯ МОДЕЛА ЗА РАННО СЛЕДОПЕРАТИВНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ.....	38
ЕКСПРТНА ОЦЕНКА НА АДАПТИРАНИЯ МОДЕЛ ЗА РАННО СЛЕДОПЕРАТИВНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ (РСВ)	48
ИЗВОДИ.....	50
ПРЕПОРЪКИ.....	52
ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	53
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	54

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

1. БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
2. ДСГ - Диагностично свързани групи
3. КЖ - Качество на живот
4. НЗОК - Национална здравноосигурителна каса
5. НИ - Нозокомиални инфекции
6. РСВ - Ранно следоперативно възстановяване
7. СЗО - Световна здравна организация
8. СПИН - Синдром на придобита имунна недостатъчност
9. ТЕМ - Трансанална ендоскопска микрохирургия
10. EDS - Австралийска система „Състояние на клиента“
11. EHS - Европейска асоциация по хернии
12. ESC - Равностойност на грижите
13. Fast-track – Бърза писта
14. GSH - Антиоксидантен глутатион
15. SEP - Система за измерване и анализ на натовареността при оказване на грижи
16. SIIPS - Индивидуални сестрински грижи
17. RIM - Минимално сестринско резюме

ВЪВЕДЕНИЕ

АКТУАЛНОСТ И ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА

„The immediate challenge to improving the quality of surgical care is not discovering new knowledge. But rather how to integrate what we already know into practice.“

„От предизвикателството за подобряване на качеството на хирургичните грижи не се откриват нови знания, а по-скоро как да се интегрират на практика тези, които ние вече знаем.“

Мото на ERAS

В началото на 21 век се наложи да бъдат извършени реформи на здравните системи в почти всички държави в света. В повечето обаче те все още продължават. Основните причини са: задълбочаващата се световна икономическа криза, застаряване на населението, увеличаване на хроничните заболявания.

Всичко това налага да се извърши анализ на съществуващите ресурси в здравната система с цел да се разработят ефективни системи за грижи. Международният опит показва, че за да се преодолее кризата в здравеопазването е необходимо рационално използване на сестринския персонал и съкращаване на болничния престой на пациентите.

Независимо от разнообразието в професионалните роли и функции на сестринството, през последното десетилетие се провеждат различни изследвания, които показват положителни данни за ефективността на сестринските дейности. Установява се, че специалистите по здравни грижи осигуряват добро качество на здравните грижи при по-ниска цена.

Качеството на здравните грижи се изразява в предоставянето на всеки пациент на дейности, подобряващи здравето му и осигуряващи удовлетвореността му.

Подобряването на качеството на дейността на съвременната болница изисква да се следи непрекъснато удовлетвореността на пациентите от предлаганите медицински услуги. За пациентите качеството се основава на множество критерии, при които субективността има голяма роля за крайната удовлетвореност. За тях качествена е тази услуга, чието реално предоставяне се приближава максимално до очакванията им. Пациентите вече не се смятат за пасивни получатели на услуги. Те изискват повече отношение на качеството на грижите и вече не приемат безусловно решенията и действията на здравните професионалисти. Пациентите обръщат най-голямо внимание на резултатността и достъпа до медицинска помощ. Така характеристиките, отнасящи се до удовлетвореността на пациентите, оказват влияние непосредствено върху здравето на населението.

В последните години все по-голямо значение се отдава на ранното възстановяване на пациентите след операция и запазване на качеството на живот, без това да нарушава основните хирургични правила и принципи. Въпреки напредъка в съвременната хирургия и анестезиология, значителна част от пациентите претърпели хирургично лечение страдат от постоперативни усложнения.

От края на миналия век в хирургията настъпиха революционни промени. Въвеждането на лапароскопските и други миниинвазивни техники, използването на нови протезни материали при херниопластика, нови техники и методи в офталмологичната хирургия, артроскопските операции и др. позволяват голям обем операции да бъдат обект на амбулаторно или еднократно лечение.

Създадени са мултимодални подходи и системи, в които участват хирург, анестезиолог, медицинска сестра и рехабилитатор и които имат за цел ранно възстановяване на пациентите – физическо и социално, минимален болничен престой, превенция на следоперативните усложнения, минимална следоперативна болка. Като резултат от това

освен преките медицински и социални ползи се доказва и значителна икономическа ефективност.

В световната медицинска практика се наложиха няколко такива мултимодални системи, които рутинно се прилагат в практиката и доказват своята ефективност.

В условията на българската здравна система медицинското поведение се базира на спазване на стандартите по различните медицински специалности – хирургия, анестезиология и интензивно лечение, здравни грижи и др., но не съществува модел, който да интегрира правилата за комплексно поведение

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Цел на изследването

Целта на настоящото проучване е разработването и прилагането на модел за ранно следоперативно възстановяване, съкращаване болничния престой и повишаване качеството на живот на пациентите след хирургична интервенция.

Хипотеза

Предоставянето на ефективни сестрински грижи е важно средство за постигане целите на здравната организация, за висока продуктивност и удовлетвореност на пациентите от здравните грижи. Разработването и прилагането на модел за ранно следоперативно възстановяване би подобрило реадaptацията и ресоциализацията им, както и повишаване качеството им на живот.

Задачи на изследването

1. Установяване на необходимостта и възможностите за промяна на организацията на хирургичните грижи чрез анкетно проучване на медицинските сестри.
2. Проучване на удовлетвореността на пациентите и разкриване на основните проблеми в организацията на приема и болничния престой на пациентите в хирургичните клиники и отделения.
3. Анализиране на модели за ранно следоперативно възстановяване в други държави с утвърдени в тази насока методики.
4. Анализиране на организацията на хирургичните грижи, включваща предоперативната подготовка на пациента и грижите в следоперативния период.

5. Разработване на управленски модел за хирургични грижи, на основата на описани в специализираната литература модели – Fast-track, ERAS и др.
6. Извършване на сравнителен анализ между две групи сравними пациенти “С” и „БЕЗ“ приложен модел за ранно следоперативно възстановяване.
7. Провеждане на експертна оценка на разработения управленски модел.

Методология на изследването

Предмет на изследването

Управление и организация на грижите в хирургичните отделения/клиника.

Обект на изследването

Обект на проучването са медицински сестри работещи в хирургични клиники и пациенти след проведена хирургична интервенция.

Техническа единица на наблюдението

Изследването е проведено чрез анонимни анкетни карти на медицински сестри работещи в хирургични клиники и пациенти претъртяли хирургична интервенция анкетирани в деня на изписването и при първи контролен преглед.

Логическа единица на изследването:

- Медицински сестри, грижещи се за пациенти с хирургични интервенции
- Пациенти с хирургични интервенции

Признаци на наблюдение на логическите единици:

- признаци, свързани с организацията на грижи в хирургични клиники и отделения;
- признаци, свързани с удовлетвореността на пациентите от организацията на хирургичните грижи и обучение;

- признаци, свързани с характеристиките на управленските модели за повишаване ефективността на болничния престой;

Обем на проучването

Обхванати са общо 1690 респонденти, от които:

- 1490 пациента с хирургична интервенция, от които 300 анкетирани пациента; 639 пациента на които е приложен Модела за ранно следоперативно възстановяване и контролна група от 551 пациента, при които не е приложен модела.
- 200 медицински сестри работещи в хирургични клиника.

Място и време на проучването

Проучването е проведено в периода от 01.09.2014 г. до 01.01.2017 година.

Проучването е проведено в 14 хирургични клиници в София и страната:

Първа МБАЛ – гр. София, Пета МБАЛ – гр. София, УМБАЛ „Св.Анна“ – София, ВМА, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МБАЛ – Благоевград, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – гр. Плевен, МБАЛ -гр. Самоков, МБАЛ „Рокфелер“- гр. Петрич.

Използвани методи на проучването

- ❖ Документален метод – Направихме проспективен и ретроспективен анализ на данните от лист история на заболяване и болнична компютърна информационна система Gama codmaster версия 8.28.7.11880. Анализирани са критериите пол, възраст, предоперативен и следоперативен болничен престой, основно и съпътстващи заболявания, параклинични изследвания, извършени инструментални изследвания, вид на оперативната интервенция, срокове за следоперативно захранване и раздвижване, настъпили ранни и късни следоперативни усложнения – видове, проява, честота. От анамнезата

отделихме специално внимание на предоперативната подготовка на пациентите, както и наличието на вредни навици и елиминирането им в предоперативната подготовка. Специално внимание отдаваме на превенцията, компенсирането и медикацията на съпътстващите заболявания. Следоперативният период и изписването на пациентите приключват със запознаването им с хигиенно-диетичния режим след изписването, както и получаване на брошура с писмени указания за това как ще протече неусложнения такъв период, възможни усложнения и симптомите на тяхната клинична проява, кога и при какви случаи да бъде потърсена консултация с общо практикуващ лекар, кога с опериращия лекар, кога е необходим прием на медикаменти и кога е необходима рехоспитализация.

❖ Социологически метод - проведено е анкетно проучване с пациенти и медицински сестри с анкетни карти специално разработени за целта, като подборът е на случаен принцип. Всички анкетирани лица са изразили съгласие за участие в проучването. Пряка индивидуална анкета с пациенти – Приложение 2 и пряка индивидуална анкета с медицински сестри – Приложение 1.

❖ **Статистически метод** – обработката и анализът на данните са извършени със статистически пакет SPSS версия 17.0. Резултатите са представени като средни стойности \pm стандартно отклонение.

За сравнение на променливите е използван Т-тест на Стюдънт (Student's t-tests) и едномерен вариационен анализ. За статистически значимо е приемано $p < 0.05$. Проведен е и корелационен анализ между различни показатели.

➤ Определяне на относителния риск за усложнение – индекс на риска – R_w . Този индекс показва колко пъти е по-голяма вероятността пациентите от изследваната група в това проучване да развият усложнение в сравнение с контролната група (референтната група). Определяне на доверителен

интервал (CI) на риска. Именно той дава информация за максимално допустимото отклонение на репрезентативната оценка на риска от истинското му значение. Чрез доверителния интервал оценяването на силата на връзката се обобщава за цялата популация. Доверителния интервал CI при задължителната за по-задълбочени проучвания доверителна вероятност $P=0,99$ (а не другата често използвана стойност - $0,95$).

➤ Определяне на долната граница (ДГ) на доверителния интервал. Ако ДГ на доверителния интервал е по-голямо число от единица, то проучвания фактор е рисков и е със значимо влияние за развитие на усложненията. Ако 1 лежи в доверителния интервал, то приемаме връзката между предполагаемия фактор и усложненията за статистически незначима (или потенциално подвеждаща). По този начин заедно с χ^2 критерия още веднъж се потвърждава или отхвърля хипотезата за влиянието на проучвания фактор за развитието на усложнения.

➤ Тестът Wilcoxon е непараметричен тест, предназначен да оцени разликата между две поведения или условия, при които групите са корелирани. По-специално, той е подходящ за оценка на данните от проект за повторно измерване в ситуация, при която не са изпълнени предпоставките за тест на зависими проби. Така например може да се използва за оценка на данните от анализ, който разглежда влиянието на прехабилитацията на пациентите върху ускореното следоперативно възстановяване.

При този тест нулевата хипотеза означава, че медианите на двете анализирани групи са идентични.

➤ χ^2 тест. Този тест анализира връзката между две категорични променливи - например пол (мъже и жени) и навик за пушене (пушач и непушач).

Нулевата хипотеза доказва независимостта на разглежданите променливи (така например връзка между пола на пациента и риска от следоперативни усложнения са независими една от друга).

II. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

2.1 Анализ на резултатите от анкетното проучване на медицинските сестри

Организацията на здравните грижи може да бъде ефективна и да осигурява необходимото качество на грижите единствено ако има разработен модел на здравни грижи, които да определят и ефективността на резултатите.



Фиг.1. Действащи модели на организация на здравни грижи прилагани в клиниките на респондентите

Според получените резултати, на въпроса за наличието на определен модел на организация на грижите в хирургичните клиники, медицинските сестри, които отговарят положително са 47,00%, а тези посочили отговор „отчасти“ – 51,00%. Действително, след въвеждането на „клиничните пътеки“ от НЗОК се създаде организация, която се съобразява с изискванията на пътеките, но това не е организация базирана на теоретичен модел на здравни грижи, който трябва да бъде разработен за грижите в хирургичните клиники/отделения и да отразява специфичните сестрински дейности и отговорности.



Фиг.2. Мнение на респондентите относно ефективното използване на човешките ресурси

Според резултатите относно мнението на анкетираните хирургични сестри, използването на човешките ресурси е ефективно според 47,00% и само „отчасти“ ефективно според 51,00%. Тези данни показват, че е необходимо да се направи промяна в организацията на грижите, при която да се използват по-пълноценно и по-ефективно медицинските специалисти. Голямото натоварване на хирурзите в операционната зала води до по-голямата ангажираност и отговорност за медицинските сестри в хирургичната клиника. Необходима е обаче организация, която точно да регламентира дейностите и професионалните ангажименти на медицинските сестри по отношение на грижите за пациентите в предоперативния и следоперативния период.



Фиг.3. Качество на грижите в зависимост от организацията

Качеството на грижите в хирургичната клиника до голяма степен се определя от създадената организация. Необходимо е да се разработят и въведат ясни и конкретни измерители за качество на грижите в предоперативния период и за следоперативния период. По този начин ще може да се измерва резултата от грижите и да се оценява качеството на грижите като цяло.



Фиг.4. Мнение на медицинските сестри относно предоперативната подготовка в доболничната помощ

Според медицинските сестри, работещи в хирургичните клиники, пациентите са само отчасти подготвени за предстоящата хирургична

интервенция в доболничната помощ. По-малко от 1/3 от анкетираните посочват напълно положителен отговор и също толкова са посочили отрицателен отговор. Тези резултати определено показват, че подготовката на пациентите за предстоящата хоспитализация в хирургична клиника не е достатъчна и се налагат допълнителни изследвания и подготовки, които нарушават създадената организация на оперативна дейност.



Фиг.5. Готовност на медицинските сестри до участват с конкретни дейности и отговорности в предоперативната подготовка на пациентите

Медицинските сестри от хирургичните клиники определено считат, че е необходимо те да участват по-активно в предоперативната подготовка на пациента и да имат възможност за консултиране и обучение на пациента. Медицинските сестри от доболничната помощ не са достатъчно квалифицирани относно хирургичните грижи и те не могат да провеждат необходимото наблюдение и обучение на пациента. Положителен отговор на този въпрос са посочили 46,00% от анкетираните, но не малко от тях – 23,00% отговарят отрицателно, може би поради страх от по-голяма натовареност и ангажираност с допълнителни дейности.



Фиг.6. Готовност за промяна в организацията на грижите водеща до повишаване ефективността

Мнението на медицинските сестри относно промяната на организацията на грижите в хирургичните клиники е разнопосочно. Положително са отговорили 38,00% от анкетираните, „само отчасти“ са посочили 31,00% и също толкова са избрали отрицателен отговор. Тези резултати показват, че една част от медицинските сестри имат желание да бъде направена промяна, но има и друга част, която не желае да се променя организацията.



Фиг.7. Мнение на анкетираниите относно загубата на време поради пропуски и грешки

Определено може да се каже, че в хирургичните клиники времето не се използва ефективно поради допускането на пропуски и грешки в предоперативната подготовка на пациентите. Планирането на хирургичните интервенции, подготовката на хирургичните екипи и на медицинските консумативи е много скъпо струваща организация, която за съжаление може да бъде провалена от неправилно проведената подготовка на пациента.

Развитието на медицинската наука, навлизането на модерните технологии в здравеопазването и по-конкретно в хирургията налага необходимостта от промяна на организацията на грижите в хирургичните клиники.



Фиг.8. Създаване на нови организационни модели съобразени с общото състояние на пациента

Създаването на нова организация на хирургичните грижи, която да бъде съобразена с общата състояние на пациента, не се приема особено от

хирургичните медицински сестри. Положителен отговор на този въпрос са посочили само 46,00%, „само отчасти“ – 35,00%, а отрицателен отговор – 19,00%. Може би тази промяна е твърде сериозна и поради тази причина медицинските сестри я приемат с определени резерви, а може би не са достатъчно мотивирани за поемане на по-голяма отговорност.

Общото състояние на пациента е важен фактор за хирургичните грижи и поради тази причина се въвеждат нови хирургични методи, които да съхраняват органите и тъканите и да позволяват по-бързото възстановяване на пациентите. Грижите в следоперативния период определено се различават в зависимост от състоянието на пациента и възможностите му за самообслужване.



Фиг.9. Степен на важност на водещите показатели за създаване на различни организационни модели

На медицинските сестри беше поставен въпроса за важността на показателите, които имат отношение към организацията на хирургичните грижи. Резултатите показват, че 42,00% от респондентите поставят на

първо място показателите свързани с общото състояние на пациента. На второ място – 38,00% от анкетиранияте, са поставили големината на хирургичната интервенция, на трето място – 14,00% е продължителността на следоперативния период и на последно място – 6,00% - хирургичния метод. Тези резултати определено показват, че организацията на хирургичните грижи трябва да бъде съобразена с общото състояние на пациента и с големината на хирургическата интервенция.



Фиг.10. Наличие на добра комуникация и ефективност между ХК, кабинетите от доболничната помощ и диагностичните структури

Според медицинските сестри при сега съществуващата организация липсва добра комуникация и координация между болничните структури и доболничната помощ по отношение на предоперативния и следоперативния период. Положителен отговор на този въпрос са посочили 27,00% от анкетиранияте и отрицателен отговор – 35,00%. Не малка част – 38,00% отговарят „само отчасти“. Всичко това показва, че е

необходима промяна в организацията, която да бъде от една страна приемлива за медицинските специалисти и от друга – да осигурява по-голяма ефективност и резултатност за пациентите.

Табл.2 Съобразеност на организацията на грижите с потребностите на пациентите

Отговори	Относителен дял [%]
Организацията на грижите е изцяло съобразена с потребностите на пациентите	26,90%
Организацията е само частично съобразена с потребностите на пациентите	61,60%
Организацията не е съобразена с потребностите на пациентите	11,50%

На медицинските сестри беше поставен въпроса за съобразеността на организацията на грижите с потребностите на пациентите от грижи. Според получените отговори 61,60% определят съществуващата организация като само частично съобразена с потребностите на пациентите от грижи. Положителен отговор на този въпрос са посочили 26,90% от анкетираните, а отрицателен – 11,50%. По време на болничния престой в хирургична клиника пациентите претърпяват сериозни манипулации и процедури, които променят не само общото им състояние, но и способностите им за самообслужване. Именно поради тази причина е

важно организацията на грижите да бъде насочена към потребностите от грижи, които твърде динамично се променят в зависимост от промяната в състоянието на пациента.



Фиг.11 Анализ на ситуацията относно превенцията на вътреболнични инфекции

Превенцията на вътреболничните инфекции е една от основните задачи в хирургичните клиники и операционните сектори в съвременните болници. Получените резултати показват, че според по-голямата част от медицинските сестри – 48,00%, тази задача е само отчасти изпълнена. Положителен отговор са посочили 28,00%, а отрицателен – 24,00%. Необходимо е да се направят промени и реформи в организацията на хирургичните клиники/отделения и като приоритет да се има в предвид превенцията на вътреболничните инфекции.



Фиг.12. Възможност за извършване на оценка на резултатите от грижите за хирургично болен

На въпроса, доколко съществуващата организация на грижите в хирургичните клиники, позволява да се извършва оценка на резултатите от грижите за пациентите, 50,00% от медицинските сестри отговарят отрицателно. Положителен отговор са посочили 8,00% от анкетираните. Ето защо е важно да се направят промени в организацията, но тези промени да включват основните елементи на процеса на грижите в хирургична клиника.

2.2 Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациентите относно удовлетвореност им от организацията на хирургичните грижи

Изследването на удовлетвореността на пациентите от организацията на хирургичните грижи е важен показател за необходимостта от провеждане на своевременни промени, които могат да подобрят качеството на болничното обслужване. Постъпването на пациентите в болница за разрешаване на здравословни проблеми по хирургичен път обикновено е съпроводено с голям стрес и негативни емоции от последиците или от възможностите за възстановяване на нормалния начин на живот.

Табл.3 Участие на различните медицински специалисти при подготовката на пациента за прием в хирургична клиника/отделение

Отговори	Относителен дял [%]
Общопрактикуващ лекар /Личен лекар/	13,50%
Медицинска сестра/от практиката на личния лекар/	9,50%
Лекар в приемен кабинет	6,80%
Лекар – хирург, който ще извършва операцията	70,30%

Според получените данни, в подготовката на пациента за предстоящата хирургическа намеса има преди всичко хирурга, който ще извършва операцията – 70,30% от пациентите са посочили този отговор. Участието на личния лекар е посочено от 13,50% от анкетиранияте пациенти, а ролята на медицинската сестра от общата практика е едва 9,50%. Тези данни показват, че предоперативната подготовка на

пациентите с хирургични заболявания е необходимо да се осъществява в клиниките/отделенията по хирургия. Независимо че трябва да се извършват редица изследвания и консултации преди приема на пациента в болницата, важно е поддържането на връзка и координация на подготвителните грижи и медицински дейности с болничния персонал. Поради голямата ангажираност на хирурзите е препоръчително участието на хирургичните медицински сестри при информирането и подготовката на пациента в доболничната помощ. Създаването на организация в хирургичните клиники, при които пациентите могат да бъдат консултирани, информирани и контролирани от компетентни и обучени медицински сестри ще позволи по-ефективна предоперативна подготовка за всеки един пациент.

Табл.4 Време за подготовка на пациента относно хирургическата намеса

Отговори	Относителен дял [%]
На първия преглед	74,30%
На втория преглед	21,60%
Специална консултация за указания и подготовка	4,20%

Значителна част – 74,30% от анкетираните пациенти, посочват че са получили информация относно подготовката за оперативната интервенция още на първия преглед при хирурга. Близо 1/5 са тези, които са подготвени и са информирани на втория преглед, а на консултация и подготовка са повикани едва 4,20% от пациентите.

Тези данни показват, че в хирургичните клиники няма създадена организация, при която пациентите да се подготвят и информират относно предоперативния период и изискванията породени от спецификата на хирургическата намеса. В много случаи обаче, именно поради липса на такава подготовка се налага хирурга да отложи операцията, поради неспазени изисквания от пациента или поради промени в общото му състояние, които не позволяват осъществяването на хирургическите дейности в планирания ден и час. Подготовката на пациента в предоперативния период много често се извършва преди приемането му в хирургичната клиника или отделения, но е необходимо да се осъществява контрол и наблюдение от страна на хирургичните медицински сестри за да не се допускат пропуски и грешки, които нарушават графика на оперативната дейност в болницата.



Фиг.13 Мнение на пациентите относно предоставените указания в предоперативния период

Представените резултати на диаграмата показват, че по-голямата част от анкетираниите пациенти – 62,00% отговарят положително на зададения въпрос относно достатъчно ясно ли е представена информацията и указанията за подготовката в предоперативния период. Трябва да се отбележи, че значителна част от анкетираниите – 27,00% или това са близо 1/3 от пациентите, отговарят на този въпрос отрицателно. Отговор „отчасти“ са посочили 11,00% от респондентите. Тези резултати показват, че е необходимо да се предлага на пациентите информация, която да бъде достъпна и разбираема за тях и да не се допускат пропуски и грешки при подготовката на необходимите изследвания.



Фиг.14 Проблеми и затруднения при провеждане на подготовката

Определено трябва да се подчертае, че пациентите срещат затруднения в подготовката за предстоящата хирургическа интервенция – 64,00% от анкетиранияте отговарят положително на този въпрос. Отрицателен отговор са посочили 27,00%, а отговор „отчасти“ – 9,00%. Тези данни показват, че е необходима сериозна промяна в организацията по планирането на болничния престой в хирургичните клиники и протичането на предоперативния период, както в доболничната помощ, така и при приема на пациента в болницата. Необходимо е приемните кабинети в болничните структури да разширят своята дейност по отношение на провеждане на консултации и напътствия на пациентите за тяхната цялостна подготовка. Важно е също така да се вземат в предвид спецификите при хирургичните заболявания и да се направи оценка на автономността на пациента за самообслужване и справяне с подготовката за хоспитализация.

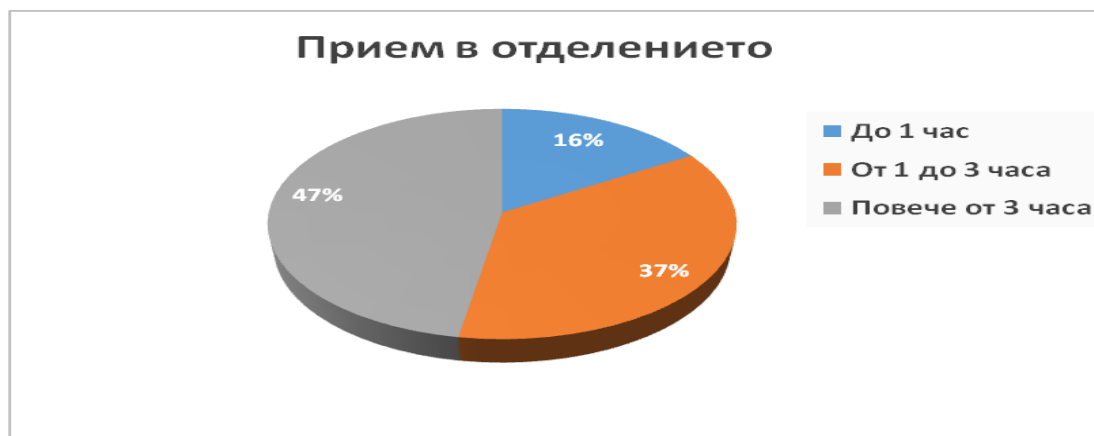


Фиг.15 Удовлетвореност на пациентите от организацията на приема в клиниката/отделението

На въпроса по отношение на удовлетвореността на пациентите от организацията на приема в хирургичната клиника, резултатите показват, че едва половината от анкетиранияте пациенти – 54,00% са отговорили положително. Отрицателен отговор са посочили около 1/3 от анкетиранияте – 28,00%, а отговор „отчасти“ – 18,00%. Тези резултати показват, че пациентите като цяло не са удовлетворени от организацията, която

съществува в хирургичните клиники за постъпването на пациента по повод хирургично лечение.

Удовлетвореността на пациентите до голяма степен се определя и от времето, което се отделя за да бъде осъществено приемането на пациента в клиниката. На фиг. 3.16 са представени данните по отношение на отделеното от пациента време за постъпване в хирургична клиника:



Фиг. 16 Време за осъществяване на приема в клиниката/отделението

Близо половината от анкетираните пациенти – 47,00% посочват, че са били ангажирани повече от 3 часа за да бъде осъществено приемането им в хирургична клиника. Отговор „от 1 до 3 часа“ са посочили 37,00%, а отговор „до 1 час“ – едва 16,00%. Това означава, че пациентите на които предстои хирургическа намеса са принудени да чакат с часове пред кабинета за прием. Ето защо удовлетвореността на пациентите не може да бъде висока по отношение на хирургичното лечение. Необходимо е да се направи промяна в организацията на приемните кабинети за да се съкрати времето за чакане на пациентите, още повече че това са пациенти на които им предстои хирургическа интервенция.

Постъпването на пациентите в хирургична клиника изисква попълването на определена медицинска документация, както от общопрактикуващия лекар, така също и от редица медицински

специалисти. Мнението на пациентите относно срещането на трудности и проблеми с документацията е представено на фиг.7:



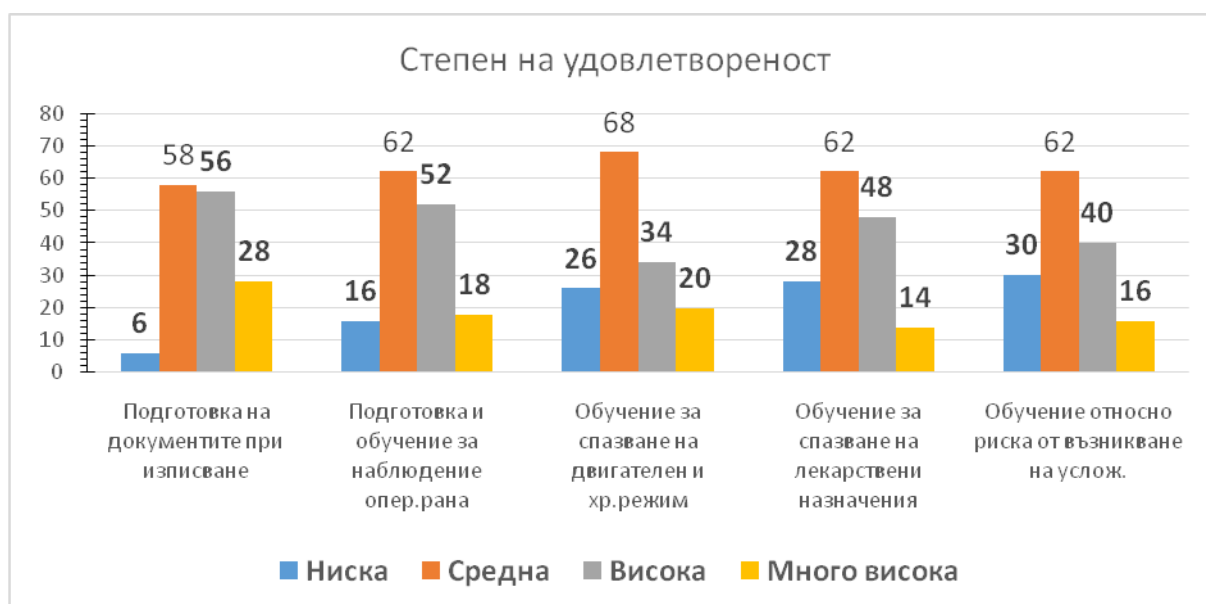
Фиг.17 Проблеми и затруднения при събирането и подготовката на медицинската документация

Получените резултати на този въпрос показват, че положителен отговор са дали 36,00% от анкетиранияте, а отрицателен отговор – 41,00%. Не малка част - 23,00% от пациентите отговарят „отчасти“. Попълването и съхраняването на медицинската документация е сериозен и отговорен момент от лечението на пациентите и е крайно време в този процес да бъдат въведени съвременните информационни средства чрез които от една страна ще се намали времето за чакане на пациентите и от друга – медицинската документация да се съхранява и попълва само и единствено от медицинските специалисти. Крайно наложително е медицинската документация да се съхранява и да се изпраща на електронни носители и да се обменя между медицинските специалисти, а не да се предоставя в хартиен вариант на пациента.



Фиг.18 Удовлетвореност на пациентите относно организацията за въвеждане в операционната зала

Близо половината от анкетираните пациенти – 54,00% посочват, че не са удовлетворени от организацията по въвеждането им в операционната зала. Положителен отговор на този въпрос са дали едва 19,00%, а мнението на 27,00% е „отчасти“. Определено трябва да се подчертае, че пациентите не са удовлетворени от начина и от организацията при които се осъществява тяхното придвижване от хирургичната клиника в операционния блок. Особено когато се налага пациентите да бъдат транспортирани чрез асансьорите на болницата за да се стигне до операционните зали, напълно възможно е стресът при пациентите да се покачва още повече.



Фиг.19 Степен на удовлетвореност от грижите в следоперативния период

По-задълбоченото изучаване на степента на удовлетвореност на пациентите показва, че тя е най-ниска при обучението на пациентите относно рисковите фактори и възникването на усложнения след хирургичната интервенция, както и при обучението за спазване на назначената лекарствена терапия.

Получените резултати показват също, че степента на удовлетвореност на пациентите от грижите и дейностите в следоперативния период са преди всичко определени като „средна“ степен и стойностите на относителния дял на акетираните са малко над 50,00%.

Висока степен на удовлетвореност е посочена по отношение на подготовката на документацията за изписване на пациента, както и по отношение на обучението за наблюдение на оперативната рана.

Много висока степен на удовлетвореност се наблюдава и при всички дейности от следоперативния период, но в много ниски стойности на относителния дял.

Обучението на пациентите и подготовката им за самообслужване са важен елемент на следоперативния период. Краткият престой на пациента в болницата предполага възстановяването след оперативната намеса да се осъществява в домашни условия, но при спазване на всички изисквания за да не се допускат усложнения и възпалителни заболявания.



Фиг.20 Възрастови групи на респондентите

Анкетираните пациенти са разпределени по групи и прави впечатление, че най-висок относителен дял имат пациента на възраст от 61 до 70 години – 34,00%. На второ място е възрастовата група от 51 до 60 години – 25,00%, а на трето място – от 41 до 50 години – 13,00%. Възрастовата група от 71 до 80 години е 12,00%. Останалите възрастови групи включват относителен дял, който по-малък от 10,00%.

Тези резултати показват, че пациентите на хирургичните клиники са преди всичко хора в активна или пенсионна възраст – от 40 до 80 години. Освен възрастта важно е също да се анализира и пола на пациентите. Данните са представени на следващата фигура:



Фиг.3.21. Разпределение на респондентите по пол

Може определено да се каже, че няма съществена разлика в относителния дял на мъжете и жените, които се приемат за лечение в хирургичните клиники – 54,00% - мъже и 46,00% - жени. Хирургичните клиники е необходимо да разполагат с достатъчен брой болнични стаи за да може да се приемат пациенти и от двата пола и да се осигуряват необходимите болнични условия.

III. Модел за ранно следоперативно възстановяване (РСВ)

Ефективното предоставяне на сестрински грижи е важно средство за постигане на целите на здравната организация, за висока продуктивност и удовлетвореност на сестрите от тяхната дейност. Моделът за предоставяне на сестрински грижи отразява философията на организацията и зависи от нейната структура, обезпеченост и разпределение на сестринския персонал и от броя и характеристиките на популациите на пациентите.

Управленският модел за хирургични грижи е необходимо да включва три основни етапа, през които преминава пациента – преоперативен, интраоперативен и постоперативен.

В етапа за ранно следоперативно възстановяване се включват дейности подобни на алгоритъмът от медицински грижи, който се прилага на пациентите в следоперативния период, но чрез модела се надгражда този алгоритъм и се постигат по-добри резултати: използват се пациентите и техните семейства като ресурс в планирането и управлението на собственото им възстановяване и грижи в следоперативния период; обединяват се двете най-добри звена: организацията на грижите за пациента и клиничното управление, като същевременно се гарантира, че пациентите получават най-добрите грижи на базата на вече направени и изпитани клинично проучени програми и по този начин пациентът получава най-добрите грижи според неговият медицински статус; превръщане на болничният престой колкото се може по-малко психологически травмиращ.

Моделите за РСВ могат да бъдат анализирани в техните три основни периода – предоперативен, интраоперативен (непосредствено преди, по време на операцията и в ранния следоперативен период) и постоперативен. И докато във втория – интраоперативния, период основната задача стои пред лекарите – хирурзи и анестезиолози, и задачите на операционните сестри по този протокол са единствено в осигуряване на нормотермия на

пациента, то най-съществената тежест и отговорност от предоперативната подготовка и следоперативните грижи са на медицинската сестра.

Схема на Модел за ранно възстановяване след операция (задачи и роля на медицинската сестра)

Предоперативен период:

- Информация за естеството на заболяването;
- Информация за начините за лечение – оперативно, консервативно, алтернативно;
- Информация за опита и възможностите на лечебни заведения и специалисти (в България и евент. в чужбина);
- Препоръки за диетичен режим – преимуществено приемане на въглехидратна храна 20 дни преди операцията, спиране на хранене 6 часа преди операцията, спиране на прием на течности 2 часа преди операцията;
- Спиране на прием на алкохол – 20 дни преди операцията;
- Спиране (ограничаване на тютюнопушенето) – 20 дни преди операцията.
- Максимално кратък предоперативен болничен престой – по възможност амбулаторни предоперативни подготовка и изследвания и хоспитализация в деня на операцията;

Интраоперативен период:

- Осигуряване на нормотермия;
- Периоперативна чревна подготовка;
- Избягване на употребата на назогастрални сонди и катетри (доколкото е възможно);
- Периоперативна антибиотична профилактика;

Следоперативен период:

- Борба и профилактика на болката;

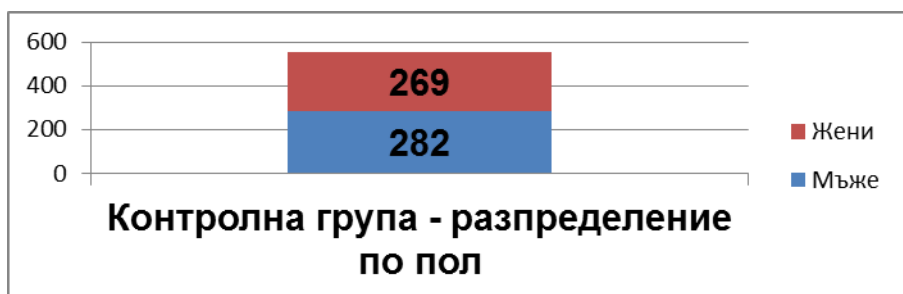
- Профилактика и медикация на следоперативното гадене и повръщане;
- Антитромботична профилактика;
- Профилактика на раневата инфекция;
- Ранно хранване;
- Ранно раздвижване;
- Ранно премахване на сонди, катетри, венозни източници;
- Ранна дехоспитализация;
- Информация за следболничния период – при какви случаи е необходим контакт с лекар и кога е наложителна рехоспитализация.

IV. Анализ на резултатите от приложението на модела за ранно следоперативно възстановяване

Модела за ранно следоперативно възстановяване приложихме при 639 планово оперирани пациенти в Клиника по ендоскопска и обща хирургия на Първа МБАЛ София ЕАД за периода 1 януари 2016 г. – 31 декември 2016 г. При първоначалния преглед на пациентите е предоставена Информационна брошура, специфична за тяхното заболяване (приложение 3).

Контролната група се състои от 551 сравними пациенти на същото хирургично звено, оперирани през 2015 г., при които не е прилаган Модела за ранно следоперативно възстановяване.

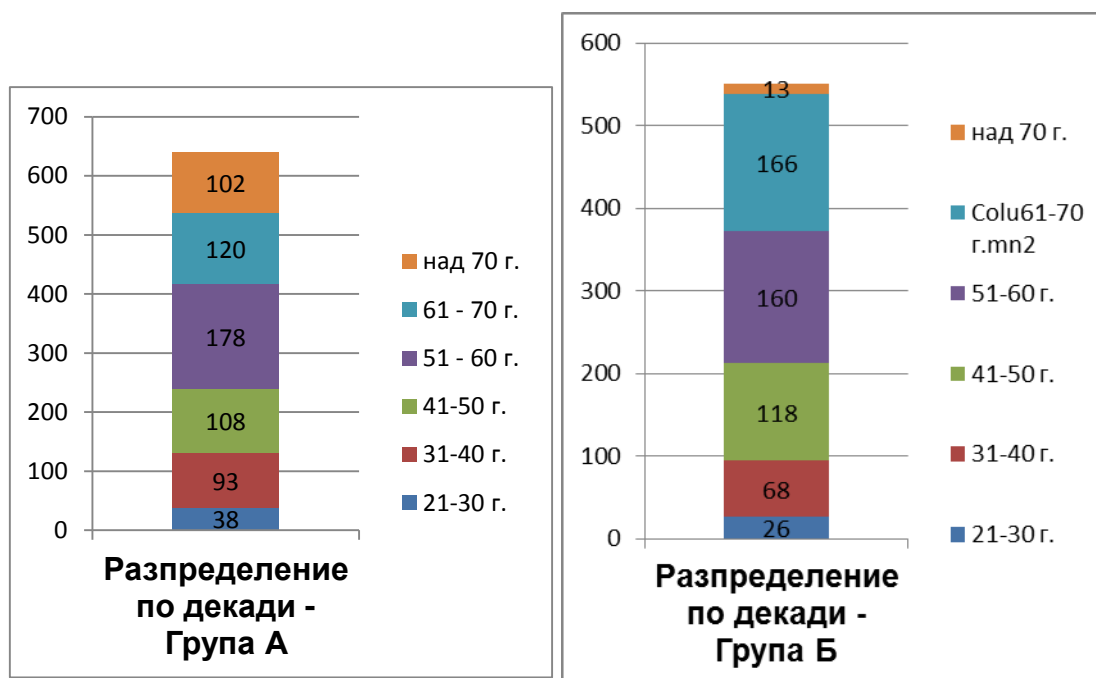
Разпределението на пациентите от изследваната и контролната групи показваме графично:



Фиг.22 Разпределение на пациентите по пол

Възрастта на пациентите в анализираната група е 57,5 г. (21÷88 г.), а в контролната е 53,4 г. (24÷82 г.).

На следващите графики показваме възрастовото разпределение в двете групи по декади:



Фиг.23 Разпределение на пациентите по възраст

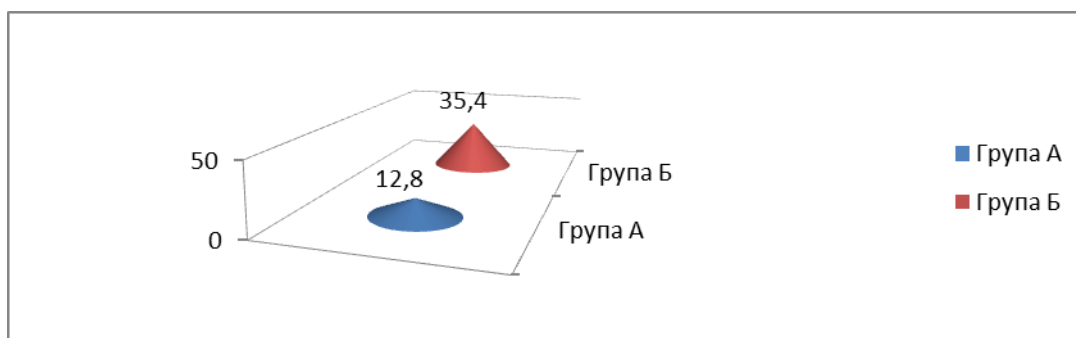
Анализирани критерии:

- Предоперативен болничен престой (часа);
- Срок на следоперативно хранване (часа);
- Срок за следоперативно раздвижване – с помощ и самостоятелно (часа);
- Срок за възстановяване на чревния пасаж (дефекация и флатуленция) (часа);
- Следоперативна ранева инфекция (брой случаи, процент);
- Следоперативен болничен престой (дни);
- Рехоспитализация (брой случаи, процент);
- Качество на живот след операция при пациентите от анализиранията и контролни групи (точки);

Предоперативен болничен престой:

Предоперативният болничен престой в Група А е средно 12,8 часа ($2,4 \div 26$ часа), а този в Група Б е почти три пъти по-висок – 35,4 часа ($25 \div 49$ часа):

Както нашето, така и други системни проучвания доказват почти закономерното присъствие на болнична флора в заведения, свързани с дълготраен престой на болните. Често циркулиращите микроорганизми са мултирезистентни. Продължителното престояване на новопостъпилите пациенти в тази обстановка създава повишен риск за контаминация, за колонизация с антибиотично резистентни щамове и по-чести следоперативни инфекции на раните.

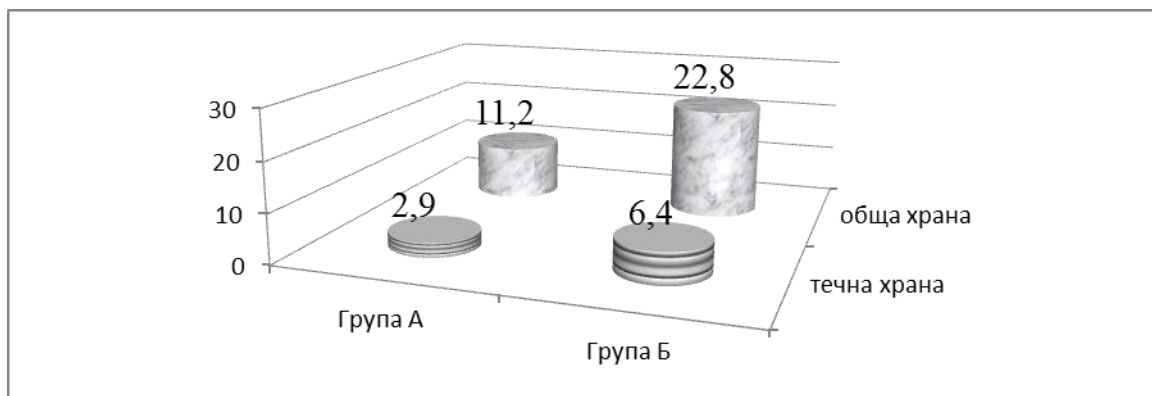


Фиг. 24 Предоперативен болничен престой (часа)

От нашите статистически резултати е видно, че зависимост между предоперативния болничен престой и честотата на следоперативните раневите усложнения, настъпва при престой 3 и повече дни. ($p=0,028$). Това обосновава правилото пациентите да се подготвят предоперативно амбулаторно и постъпват в болница непосредствено преди операцията.

Захранване на пациентите след операция:

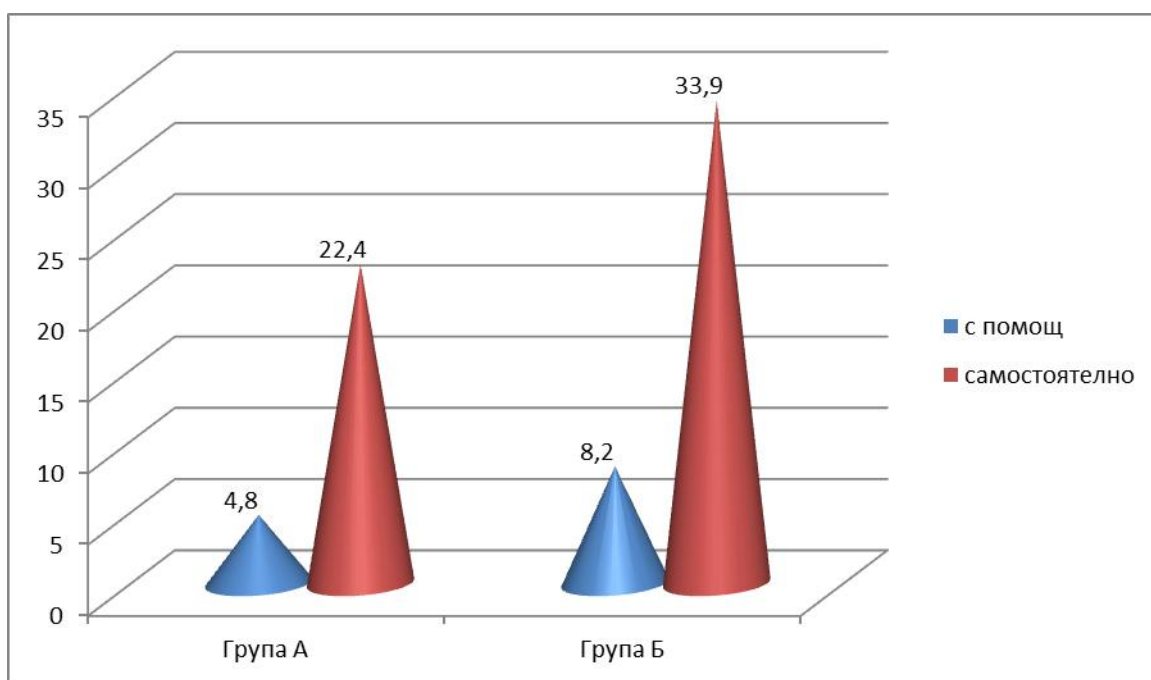
В прилагания от нас модел за ранно следоперативно възстановяване препоръчваме максимално ранно ентерално захранване на пациентите след операция. Няма по-добър и естествен стимулатор на стомашно-чревната моторика от естествено приетата храна. Приемането на храна, нейния вид и количество е строго съобразено с вида на операцията. В анализираната група приемът на течна храна е от 2-я час, а на твърда – след 11-я час, спрямо 6,4 и 22,8 часа в контролната ($p<0,05$).



Фиг. 25 Захранване след операция (часа)

Раздвижване на пациентите след операция

Следващият анализиран от нас критерий е следоперативното раздвижване на пациентите. По литературни данни това е съществен елемент от борбата и превенцията на следоперативните тромбоемболични и белодробни възпалителни усложнения. В изследваната група следоперативното раздвижване е средно след 4,8 с помощ и 22,4 часа – самостоятелно, спрямо 8,2 и 33,9 часа в контролната група ($p < 0,05$).



Фиг.26 Следоперативно раздвижване (часа)

Възстановяване на чревния пасаж

Възстановяването на чревния пасаж е важен критерий в коремната и общата хирургия за преодоляване на следоперативната чревна пареза и нормално протичане на следоперативния период. Възстановеният чревен пасаж позволява пълноценно ентéralно хранене на пациентите ($p=0,39$).

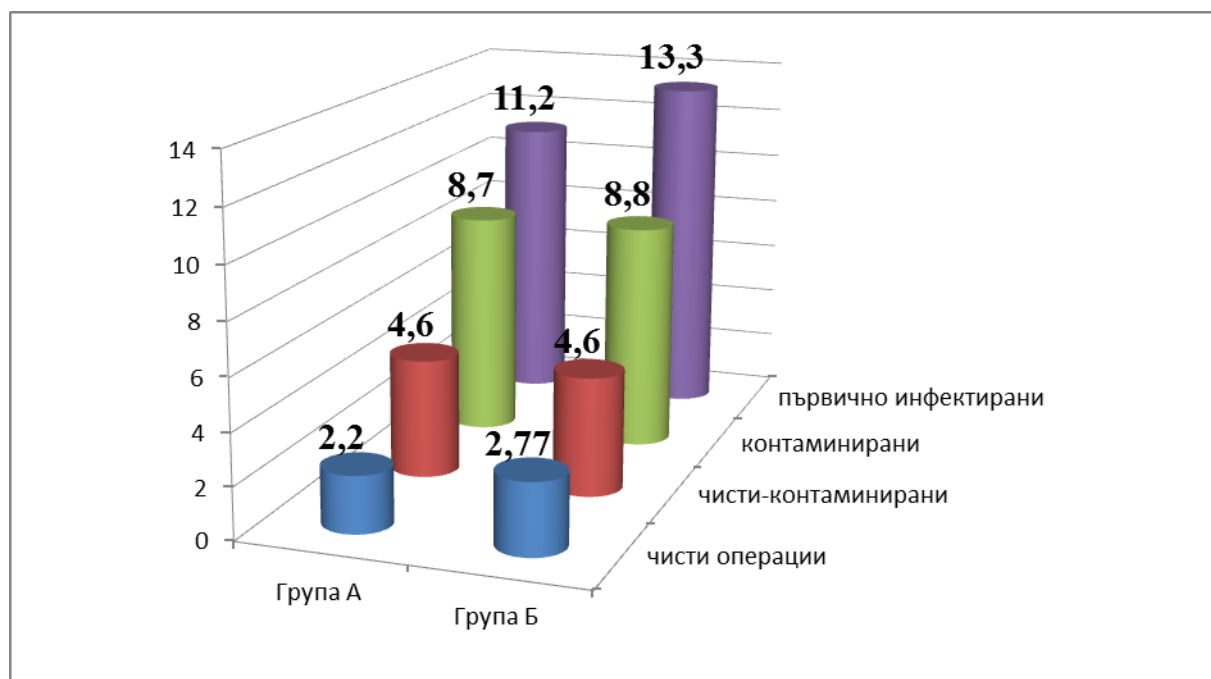


Фиг.27 Възстановяване на чревния пасаж

Следоперативни раневи усложнения

От първичното и безпроблемно заздравяване на оперативните рани и днес зависи в голяма степен успехът на оперативната интервенция. Напротив, раневите усложнения водят до увеличаване на следоперативния болничен престой, а от там - до значително повишаване себестойността на операцията и значителни финансови загуби за болния, здравното заведение, здравно-осигурителната каса. Неизмерими във финансово отношение остават болката и стреса от последващите превръзки, манипулации и т.н. Ето защо са обясними търсенията на хирурзите още от древността на методи и средства за борба и предотвратяване на раневите усложнения.

Показваме следоперативните раневи усложнения в проучваната и контролна групи, като анализираме случаите на инфекция в зависимост от септичността на операцията, използвайки критериите на СЗО – чисти, чисти-контаминирани, контаминирани и първично инфектирани ($p < 0,05$).

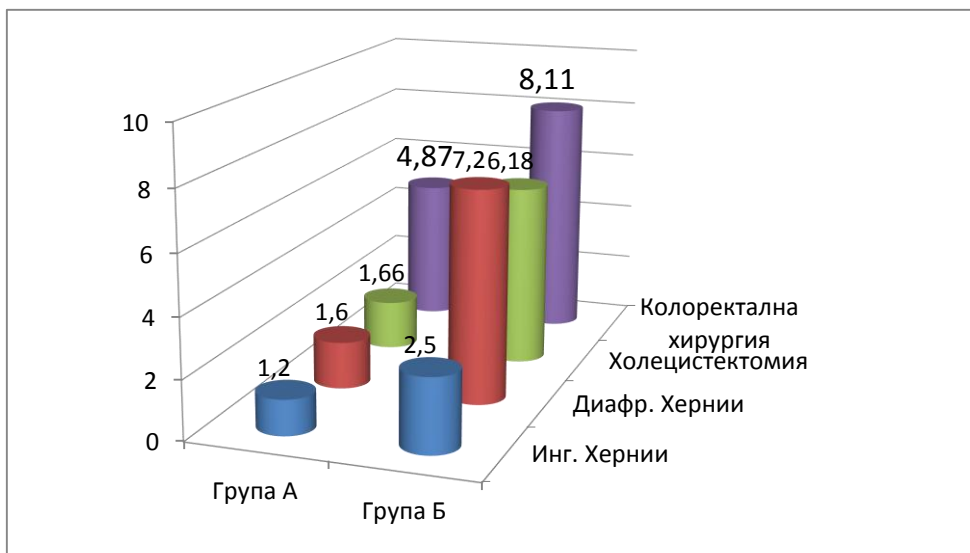


Фиг.28 Процент ранева инфекция

Следоперативен болничен престой

Този критерий е един от основните показатели за качеството на хирургичната дейност и обуславя както финансови ползи, така и социални такива.

На следващата графика показваме следоперативния болничен престой в двете изследвани групи. С цел сравнимост на резултатите анализираме този критерий отделно при всяка от най-честите оперативни интервенции: лечение на ингвинални хернии, операции при диафрагмални хернии, холецистектомия и колоректална хирургия:



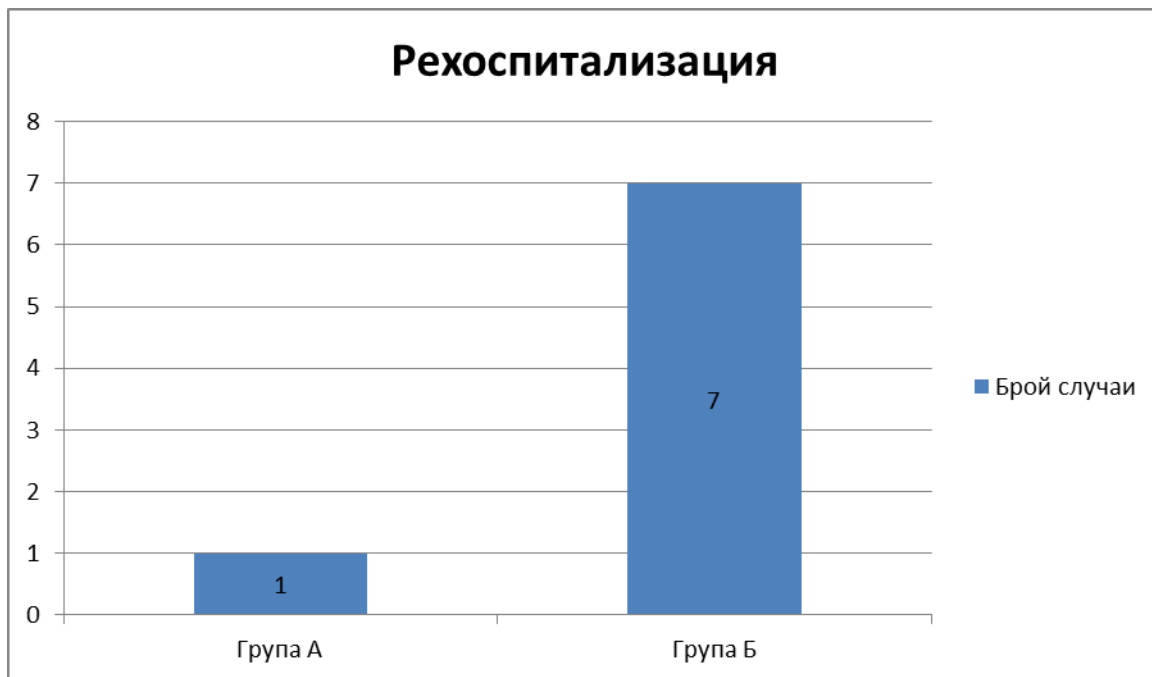
Фиг.29 Следоперативен болничен престой

При всички нозологични групи пациенти, прилаганият от нас метод за ускорено следоперативно възстановяване води до скъсяване на следоперативния болничен престой ($p < 0,05$).

Рехоспитализация

Случаите на рехоспитализация са проблем както в световната медицина, така и в България и са един от критериите за качество на медицинското обслужване.

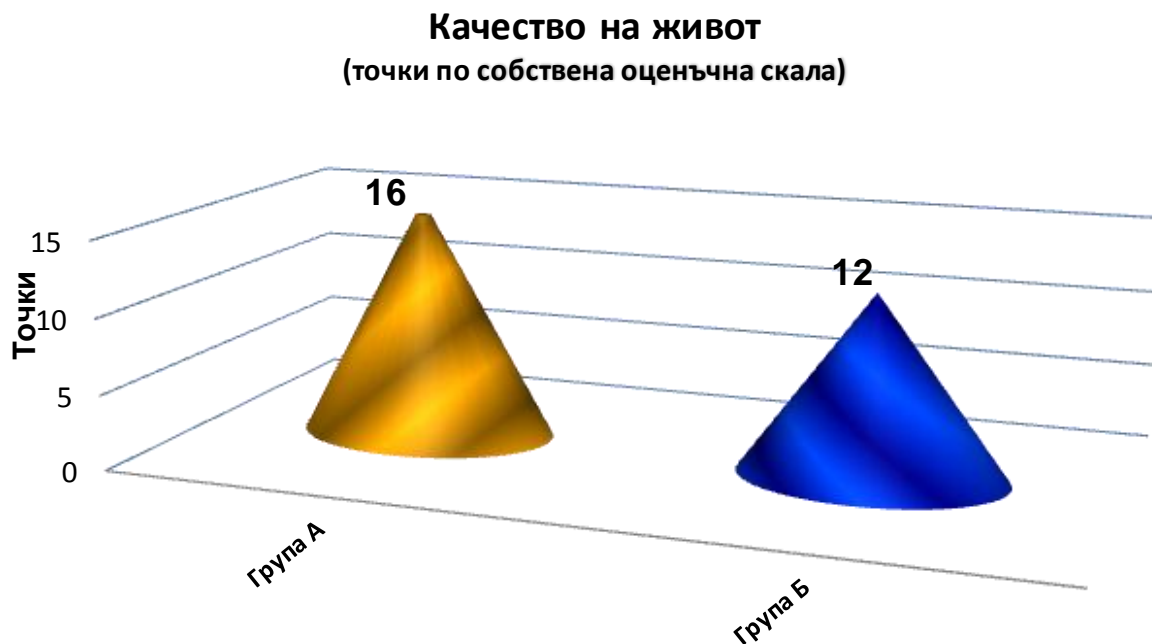
На следващата графика показваме случаите на рехоспитализация в анализирания и контролна групи:



Фиг.30:Брой случаи на рехоспитализация

Качество на живот

Анализираме качеството на живот (КЖ) при прилагане на модела за РСВ като използваме създадената от нас таблица за оценка на Качество на живот и използвайки критериите на EuroQol – EQ-5D, EQ-VAS. Максималният брой точки според тази скала е 18 (здрав индивид), а качеството на живот при пациентите в анализираната група е средно 16 точки (12÷18 точки).



Фиг.3.31

От фигурата се вижда, че качеството на живот на пациентите в анализираната група е значително по-добро в сравнение с това на пациентите в контролната. Най-съществените фактори, които влияят на незначителната промяна в КЖ в групата с приложение на модела за РСВ са липсата на болка, гадене и повръщане, ранно хранване и раздвижване, по-ниска честота и тежест на следоперативните усложнения, ранно изписване и ранна ресоциализация.

Заключение

Хирургическата прехабилитация е нова концепция, която произтича от разбирането, че въпреки нововъведенията в пери-операционната грижа и технологията някои аспекти на следоперативния резултат не са се променили значително. Това вероятно се дължи на други фактори като здравето и функционалното състояние на пациентите, които могат да се променят. Тъй като населението застарява и хирургическата смъртност

намалява, пациентите все повече се стремят към високо качество на живот, реинтеграция в обществото и когнитивно благополучие. Иновационна цялостна оценка на предоперативния риск и прилагането на мултидисциплинарни прехабилитационни програми трябва да бъдат доразвити и тествани, особено насочени към пациентите в риск. Интегрираната роля на физическото упражнение, адекватното хранене и психосоциалния баланс, както и медицинската и фармакологичната оптимизация, заслужават да получат повече внимание.

Предоперативните медицински усилия за оптимизация състоянието на пациентите трябва да се насочат към тези, които имат намалени физиологични резерви, а не към здравите индивиди.

Инспираторното мускулно трениране със стимулираща спирометрия и спиране на тютюнопушенето отчетливо намалява белодробните усложнения в следоперативния период.

Измерването и оценката на риска при по-възрастни хора включва количествено определяне на характеристиките, включително нарушена когниция, функционална зависимост, лоша мобилност, недोхранване, висока коморбидна тежест и наличие на гериатричен синдром.

Прехабилитацията е всеобхватна предоперативна програма, която има за цел да подготви пациента по-добре, за да издържи стресът на оперативната травма и да насърчи по-бързото възстановяване. Това е от решаващо значение за ефективното прилагане на последващите протоколи за лечение.

Програмата включва физическа активност, адекватен прием на енергия и протеини, психични стратегии за намаляване на психологическия стрес и фармакологична оптимизация.

Експертна оценка на адаптирания модел за ранно следоперативно възстановяване (РСВ)

За да се установят положителните и негативните страни на разработения модел, той беше предоставен на експерти – медицински сестри от хирургични клиники и лекари – хирурзи. На експертите беше изпратен материал с описанието на модела и формуляр за експертната оценка.

По отношение на основните етапи и приоритетите на грижите за пациенти с хирургично лечение, всички експерти определено считат, че в представения модел са отразени основните етапи, в които ясно и точно са прецизирани водещите дейности и грижи.

Планирането и осъществяването на една хирургическа интервенция изисква включването на много ресурси и на редица специалисти, поради което е важно да се регламентират ясно и точно отговорностите при организацията на болничния престой на пациента.

Експертите считат, че разработеният модел създава възможност да се направи, както планиране на всички дейности и грижи, така също и отчитане. По този начин организацията на приема, престоя и изписването на пациента от болницата може да бъде остойностена от една страна и от друга – повишава се информираността на пациента и не се нарушават неговите професионални и лични планове.

При сега съществуващата организация на хирургичните грижите не се поставя акцент върху планирането на грижите, както и върху отчитането на резултатите от грижите, като по този начин е трудно да се направи равносметка за ползите от проведеното хирургично лечение.

От съществено значение при промяна в организацията и управлението на здравните грижи е постигането на по-висока ефективност на грижите. Всички експерти считат, че въвеждането на модела ще повиши значително ефективността на организацията на хирургичните грижи. Повишаването на ефективността на организацията на здравните грижи е важен проблем на болничния мениджмънт.

От съществено значение е да се установи, също така приложимостта на модела в практиката. Всички експерти единодушно считат, че описания модел за ранно следоперативно възстановяване е напълно приложим при сега съществуващата организация. Моделът позволява да бъде адаптиран, съобразно спецификата на хирургичното лечение, но е важно да се постигне целта и резултата за пациента.

Всички експерти са на мнение, че разработения модел ще позволи да се предостави повече информация на пациента, което от своя страна е фактор за по-бързото му възстановяване след хирургическата намеса. Грижите в следоперативния период са от съществено значение за превенция на усложненията от една страна и от друга – възстановяване на нормалните функции на организма.

ИЗВОДИ

1. Организацията на хирургичните грижи не е достатъчно ефективна според медицинските сестри, а тя определено е свързана с качеството на болничното обслужване на пациентите. Участието на медицинските сестри от хирургичните клиники в подготовката на пациента за хоспитализация е изключително ограничено, което води до грешки, пропуски и удължаване на предоперативния период.
2. Определено е необходима промяна на организацията на грижите в хирургичните клиники по отношение на съкращаване на предоперативния и следоперативния период чрез по-активното участие на хирургичните медицински сестри, чрез фиксиране на техните професионални отговорности.
3. Най-съществената роля на медицинската сестра в предоперативния период е по отношение информираността на пациента и определяне на параметрите за прехабилитация.
4. Правилно съобразената със спецификата на заболяването и на пациента прехабилитация позволява да се снижи честотата и тежестта на следоперативните усложнения, да се постигне по-ранно възстановяване и по-кратък болничен престой.
5. Периоперативните задачи на медицинската сестра се заключават в борба с болката, превенция на тромбоемболечните и инфекциозни усложнения, осигуряване на нормотермия и ранно раздвижване и хранене на пациентите.
6. Приложението на предложения модел за РСВ позволява снижението на честота и тежестта на следоперативните усложнения и води до скъсяване на следоперативния болничен престой.

7. Приложението на предложени модел за РСВ води до повишение на качеството на живот на пациентите след операция.
8. Приложението на предложени модел за РСВ намалява финансовата стойност на операцията.

ПРЕПОРЪКИ

КЪМ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ:

Да прилагат модели за организация на здравните грижи, основаващи се на описани в литературата модели, за да се повиши ефективността на хирургичните грижи и удовлетвореността на пациентите.

КЪМ МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ:

Да разработят програми за следдипломно обучение на управленския сестрински персонал, за създаването и въвеждането на организационни модели, които да съответстват на потребностите на пациентите от грижи.

КЪМ СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ –БАПЗГ:

Да разработят нормативни документи описващи конкретните професионални отговорности на медицинските сестри в специфичните сектори на здравеопазването и по-конкретно – отговорностите в хирургичните клиники, основаващи се на медицинските стандарти и професионалните им компетенции.

ПРИНОСИ

1. Доказва необходимостта от оптимизация на организацията на хирургичните грижи на медицинските сестри, с оглед избягване на грешки и пропуски и повишаване на качеството на болничното обслужване на пациентите.
2. Изработва и внедрява в клиничната практика Модел за ранно следоперативно възстановяване на пациентите.
3. Определя параметрите на специфична прехабилитация на пациентите, с оглед постигане на ускорено възстановяване след операция.
4. Благодарение на изработения и приложен модел за ранно следоперативно възстановяване се постига по-високо качество на живот на пациентите и по-добри финансови резултати за хирургичните звена.
5. Изработва и внедрява в клиничната практика програма за обучение на пациентите преди операция.
6. Изработва програма за обучение на медицински сестри и студенти за приложение на Модел за ранно следоперативно възстановяване.

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

1. **Georgieva, S.**, I. Zhivkov, A. Terzieva, G. Chaneva, G. Gurbev. Specific of nurse care in patients with morbid obesity. Medimond, ISBN 978-88-7587-730-9, Bologna (Italy), стр.1.
2. **Георгиева, Ст.**, Г. Чанева, М. Александрова, М. Димитрова, И.Живков, Г. Гърбев. Модели за ранно следоперативно възстановяване – медицински, социални и икономически аспекти. Резюмета и доклади от първа и втора научно-практически конференции на Български лекарски съюз проведени през 2014 и 2016 год., ISBN 978-954-616-267-0, ИК „Горекс Прес“, София 2017, стр. 219
3. **Георгиева, С.**, Д. Благоева, К. Богданова, П. Кантарева, Г. Гърбев, Фаст – тракт в хирургията – къде, кога и как? Сп. „Варненски медицински форум“, т.4, 2015, приложение 3, стр. 318
4. Богданова, К., Д. Благоева, П. Кантарева, **Ст. Георгиева**, Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата. сп. „Варненски медицински форум“, т. 3, 2014, прил. 4, стр. 11.