

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

Михаела Тихомилова Мирева

**Мениджмънт на здравните грижи при
хронични заболявания**

**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»

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ

Проф.Галина Стамова Чанева, дм

СОФИЯ, 2019

СЪДЪРЖАНИЕ

I. Първа глава - Литературен обзор	7
1. Здравните грижи като елемент на здравни услуги в съвременното здравеопазване	7
1.1 Концепции за управление на здравните грижи	9
1.2 Приоритети в качеството на здравните	12
1.3 Комплексност на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания	19
1.4 Потребност от обучение на пациентите в процеса на здравни грижи	25
1.5 Значението на здравните грижи за пациентите с хронични заболявания	31
2. Мениджмънт на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания	35
3. Хронични заболявания, водещи до потребности от здравни грижи и рехабилитация за пациентите	46
3.1 Респираторни заболявания	52
3.2 Захарен диабет	54
3.3 Сърдечно-съдови заболявания	57
3.4 Хронична бъбречна недостатъчност и хемодиализа	60
3.5 Неврологични заболявания	63
3.6 Дегенеративно-ставни заболявания	67
4. Водещи рискови фактори при хроничните заболявания	73
3.7 Употреба на тютюневи изделия	73

3.8	Злоупотреба с алкохол	76
3.9	Нездравословно хранене	77
3.10	Намалена физическа активност	79
5.	Медико-социални проблеми на пациентите с хронични заболявания и стратегии за справяне с болестта	81
6.	Същност и характеристика на рехабилитацията при хроничните заболявания	91
7.	Социални дейности при пациенти с хронични заболявания.....	96
II.	Втора глава – Цел, задачи и методика на проучването	101
III.	Трета глава – Анализ на резултатите от проучването	107
	Изводи	171
	Препоръки	174
	Приноси	175
	Заключение	176
	Използвана литература	177
	Приложение	191

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АСП – Агенция социално подпомагане

БАПЗГ - Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ДЕЖ – Дейности от ежедневиия живот

ЕР - Експертно решение

ЗИХУ – Закон за интеграция на хората с увреждания

ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения

ЗПОО - Закон за професионалното образование и обучение

ЗСОМСААМС - Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти

ЛЗ – Лечебни заведения

МБАЛ - Многопрофилна болница за активно лечение

МЗ – Министерство на здравеопазването

МЦ – Медицински център

НЗ – Нервни заболявания

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НПО – Неправителствена организация

НРД – Национален Рамков Договор

НСИ – Национален статистически институт

НЦООЗ- Национален център по обществено здраве и анализи

ОПЛ – Общо практикуващ лекар

ПЗГ – Професионалисти по здравни грижи

ПМС - Постановление на министерски съвет

СЗО – Световна здравна организация

СМП – Спешна медицинска помощ

ССЗ – Сърдечно – съдови заболявания

ТЕЛК – Териториална експертна лекарска комисия

ХБН – Хронична бъбречна недостатъчност

ХЗ – Хронично заболяване

ХНБ – Хронични незаразни болести

ЦНС – Централна нервна система

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на съвременното здравеопазване се основава не само на развитието на медицинската наука, но и на прилагането на теоретичните постановки за организациите и съпровождащите ги неизбежни промени. В съвременното общество пациентите не могат да се нарекат само потребители на здравни услуги, те трябва да бъдат активни участници в сложния процес на здравно обслужване, като се използват всички потенциални възможности за адекватно поведение при диагностицирано хронично заболяване.

Тъй като не всички болести състояния имат еднакъв ход на протичане, ролите на пациентите, семействата и специалистите се променят с прогресирането на болестта. Фазите в развитието на болестта поставят определени изисквания към поведението на близките и специалистите, оказващи помощ на семейството.

Двадесет и първи век е век на здравните грижи. Този факт се обуславя предимно от бързото развитие на диагностичните, терапевтичните и фармацевтични медицински технологии, които, от една страна допринасят за справянето с нелечими досега заболявания и състояния, но от друга, ги „натрупват” като хронични заболявания, водещи често до инвалидизация.

В днешно време хроничните заболявания са съществена заплаха за здравето на населението и са предпоставка за все по-голямо предизвикателство за здравните грижи. Влияейки съществено върху здравната система, хроничните заболявания все повече повишават търсенето на здравните услуги и разходи за тяхното извършване. Това прави изграждането на качествена здравна политика сложен и противоречив процес, в основата на който стоят традиционни принципи, свързани главно с

хуманните принципи на медицината - справедливост, медицинска етика, права и информираност на пациента, достъпност и здравословен стил на живот. Доброто управление на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания, може да доведе до съществени ползи, свързани с: подобряване достъпа на услуги, по-високо качество на предоставени грижи, намаляване на разходите и удовлетвореност на самите пациенти.

Първа глава - Литературен обзор

1. Здравните грижи като елемент на здравните услуги в съвременното здравеопазване

Здравните грижи са вид услуга, която включва медицинските грижи за пациентите, като общ медицински подход от страна на лекарите и медицинските сестри.

В сегашния модел на здравеопазването в България намесата на медицинските специалисти става тогава, когато пациентите започнат да търсят медицинска помощ при настъпване на острия стадий на болестта. При този модел има ограничени възможности за планиране и привличане на широк спектър от здравни специалисти, в резултат на което лекаря остава в центъра на модела, което води до оскъпяване на целия процес на лечението. Това включва проучване от страна на доктора на медицинската история на пациента, назначаване на изследвания и проверка на резултатите, извършване на рутинни превантивни грижи, преглед и лечение и насочване към специалисти, което е съпроводено с редица документи.

Съвременните условия на живот налагат нова философия на здравната стратегия, която да създаде нова ценностна система за усвояване на знания и умения за здравословен стил на живот. Това може да се постигне чрез повишаване на информираността на семейството и здравно възпитание на пациента. Изискванията към семействата се обуславят от социалните, медицинските и педагогическите изисквания, свързани с опознаване на здравето на болния и с формирането на нов тип здравно отговорно поведение.[6]

Налице е потребност от усвояване на правила и стандарти, създавани на базата на нови професионално-медицински и управленски функции, усвояване на нов начин на мислене и поведение на специалистите по здравни грижи, и всичко това в контекста на цялата реформа, като вниманието е насочено към пациента. Пациентите с хронични заболявания изискват комплекс от грижи, които да включват координация, диагностика, наблюдение и поддържащо лечение. Необходима е съгласуваност между различните сектори на здравеопазването с цел подпомагане на ефективността на системата, качеството на грижите, качеството на живот и удовлетвореността на потребителите.

Безусловно, необходима задача става доближаването на здравеопазването до всекидневния живот на хората с фокус върху грижите за осигуряване на живот, който да бъде максимално свободен от рисковете за здравето, предизвикващи болест и инвалидност. Налага се в днешните условия да се формира адекватна рамка на здравните грижи със съответно съдържание и форми, базираци се на принципите на медицинската етика и здравната промоция.[2]

Това изисква структурни, функционални и управленски промени, както и нуждата от нови насоки в организацията и управлението на здравните грижи в болницата.

Съвременната оценка следва да се основава и на редица качествени критерии, като: отношение на населението към различните видове здравно обслужване; търсене на психосоциален комфорт в процеса на здравното обслужване; възпитателно-здравни потребности; информационни потребности на пациентите; потребност от здравословна жизнена среда; специфични потребности на рискови групи от населението.[88]

Съчетаването на качествените и количествените критерии като: потребности от болнична и доболнична помощ, позволява да се преодолее тесния медико-клиничен подход при оценката на здравните потребности и да се обогати със социално-етични и личностово-психологични аспекти.

1.1 Концепции за управление на здравните грижи

В световната сестринска практика са разработени няколко основни концепции за управление на здравните грижи.

Първата поддържа тезата, че ръководителят по здравни грижи трябва да разполага с необходимите ресурси за да предостави специфичните грижи, съобразени с потребностите на пациентите. Осигуряването на необходимо качество и количество на персонала за предоставяне на същите е чрез действия, напътствия, подкрепа, обучение и осигуряване на благоприятна за развитието на личността среда.

Втората концепция призовава, медицинските сестри, които се занимават с управлението на грижите, да насърчават “здравето” на заобикалящата среда. Тя предлага следните системи на взаимодействие, а именно личностна, междуличностна и обществена. Тази социална перспектива позволява на медицинската сестра – ръководител, да направи осъзнат избор с оглед на такава организация на грижите, която е ориентирана към здравето и благополучието на личността.

Интерес представлява и друга една концепция, която предлага синтез на теориите за адаптация и за системите, които се прилага към организацията на сестринските грижи. Развитието и разрастването на организацията зависят

от способността ѝ да се адаптира към външните и вътрешни фактори, които пораждат промените. Адаптацията се осъществява във всяка от четирите системи – физическа, на изпълняваната роля, междуличностна и на взаимната зависимост. Този модел помага да се открият проблемите в управлението и да се предложи специфична и ефикасна намеса.

С навлизането на новия век много нови предизвикателства очакват сестрите. Сестринската професия се променя, стимулирана от технологичния напредък в здравната помощ. Атмосферата на икономическите ограничения и политически промени поставя сестрите пред нови възможности и предизвикателства. Сегашната здравна среда в повечето райони на света се характеризира с конфликт между икономическите ограничения и нарастващите нужди и потребности от здравна помощ. В такава атмосфера сестринската професия трябва да използва своите експертни познания и опит за подобряване на здравните грижи и да подпомага създаването на ефективна здравна политика.[1]

Настъпващите сериозни промени в обществото, в системите на здравна помощ, в стила и начина на живот на хората, несъмнено се отразяват на потребностите и на изискванията към сестринските грижи.

Стремителното нарастване на разходите за здравно обслужване, от една страна, и неговата незадоволителна ефективност, от друга страна, пораждат обществена неудовлетвореност. Затова правителствата на всички страни търсят пътища за нови здравно-политически решения за преценка и реформа на здравеопазните системи.

В повечето страни е завършено първото поколение реформи, с което се полага основите на националните системи на здравеопазване и разширяване

на системите за социално осигуряване. Всички страни по света осъществяват второто поколение реформи, утвърждаващо промоцията на първичната здравна помощ, като средство за достигане на универсален обхват със здравни грижи и ключов елемент за реализацията на стратегията на СЗО "Здраве за всички до 2000 година" и "Здраве за всички през 21-ви век". Третото поколение реформи в края на 20-ти век е насочено към по-пълно удовлетворяване на повишените изисквания на хората, полагане на повече усилия за осигуряване на достъп на бедните до здравните услуги и поставяне на ударение върху начина на финансиране, управление и оценка на дейността на здравните системи.

Нарастващите потребности от медицинска помощ при ограничените финансови ресурси през последното десетилетие поставя на преден план въпросите за пълноценното използване на медицинските сестри за подобряване достъпността и качеството на медицинското обслужване, както и за ролята на сестринските служби при ограничаване на здравните разходи.

Сестринските здравни служби в Европа следва да се разглеждат в следните няколко актуални аспекта: като политика за развитие; като ръководство; като законова и нормативна рамка; като съвременна роля на медицинската сестра в профилактиката в първичната помощ, в болничната помощ и палиативните грижи. От съществено значение са също правата, задълженията, условията на труд, сестрите и акушерките като човешки ресурси в системата на здравеопазване, тяхното обучение, качеството на грижите, научните изследвания в областта на грижите, съсловните организации и международните контакти.

Дейностите на сестринските здравни служби са твърде разнообразни – от извършването на високо технологични изследвания в академичните центрове до процедури от първичната здравна помощ в изолирани селски райони. Това разнообразие затруднява формулирането на всеобхватна политика за развитие в тази област. Въпреки това сестринското дело следва да бъде обект на стратегическо планиране, осъществявано с активното участие на обучени и компетентни в тази насока медицински сестри. Политиката за развитие на сестринските здравни служби следва да бъде интегрална част от националната здравна политика и да бъде насочена към постигането на точно дефинирани национални цели.[48]

Потребността от съществено влияние на сестринското съсловие върху процеса на разработка на националната здравна политика се подкрепя и от Конвенция 149 на Международната организация на труда, в която се казва: “Всяка държава членка, която ратифицира тази конвенция ще трябва да я възприеме и приложи по начин съобразен с националните условия, а националната политика по отношение на сестринските здравни служби и сестринския персонал следва да бъде изработена в рамките на обща здравна програма, с оглед да се осигури такова количествено и качествено развитие на сестринските грижи.

1.2 Приоритети в качеството на здравните грижи

Подобряване качеството на здравните грижи е задължителна предпоставка за повишаване на медицинското равнище на болницата.

Според СЗО качествена здравна услуга е тази, която „предоставя на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности,

осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и при достигане на най-добро удовлетворение по отношение на процедурите, резултатите и хуманността на здравната помощ“.

Високото качество означава:

- висока степен на професионализъм;
- ефективно използване на ресурсите;
- минимален риск за пациента;
- удовлетвореност на пациента;
- положително влияние върху здравето;

Качествените здравни грижи се развиват в следните различни направления:

- Обучение на персонала;
- Търсене на по – добра мотивация за тяхната реализация;
- Внедряване на нови технологии;
- включващ промоция, превенция и профилактика на здравето и благосъстоянието на човека;
- Непрекъснатата професионална подготовка и квалификация;

Качеството на здравните грижи се изразява в предоставянето на всеки пациент на дейности, подобряващи здравето му и осигуряващи удовлетвореността му.[13]

По смисъла на Национален Рамков Договор “Качествена здравна услуга” е тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука, при оптималната цена за същия резултата, при минимален ятрогенен

риск и при достигане на възможно най-голямо удовлетворение по отношение на процедурите на резултатите и хуманност на здравните грижи.

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 по 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.[116,118]

Качеството на болничната помощ е съвкупност от признаци, условия и свойства на даден болничен продукт или процедура, използвана в процеса на предоставяне на болничната помощ и задоволяващи изцяло или надхвърлящи очакванията на определена група лица или индивидуален пациент.

Ефективността и качеството на здравните грижи в най-голяма степен зависи от професионалната компетентност на здравните кадри. Професионалната компетентност се разглежда като взаимодействие и синтез от ценности, знания, умения, професионални и личностни качества. За здравните професионалисти качеството се отнася до скала за оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, сигурност и предоставяне в подходящ момент. Според тях качеството изисква наличие на навици, ресурси и условия, необходими за подобряване

здравето на пациента, знания и умения да се изпълняват професионалните задължения.[107]

В основата на формирането на качествени сестрински грижи за населението са: подобряване на обучението, развитие на научните изследвания в областта на сестринската дейност и приложението на получените резултати в практиката.

Качеството в здравеопазването отразява ключовата концепция за разглеждане на компонентите на качеството:

- Достъпност. Това е възможността всички да получават една и съща медицинска помощ. Достъпът до услугите по здравеопазване не трябва да зависи от географски, икономически, социални, културни, организационни и езикови бариери.
- Своевременност. Лечението трябва да бъде предоставено в подходящия за това момент, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие или усложнение на заболяването.
- Ефективност. Това е установена полза от прилагането на дадена медицинска технология и лечение при реални условия, т.е. фактически полезен резултат. Чрез ефективността се отчита степента, при която извършените процедури и дейности са предоставени в съответствие с изискванията за добра медицинска практика с цел достигане на оптимален резултат.
- Ефикасност. Способността на дадена интервенция или процедура да донесе ползата, каквато процедурата би донесла в идеални условия. Идеалните условия са строго контролирани и наблюдавани условия, например в рамките на рандомизирани контролирани клинични проучвания.

- Продуктивност. Степента, до която е отчетена полза от приложените медицински грижи, при минимум усилия и ресурси.
- Непрекъснатост. Това е степента, при която отделният епизод от медицински грижи се координира и интегрира в общата схема на предоставяне на медицинска помощ. Тази характеристика означава, че пациентът получава изцяло необходимата медицинска помощ без прекъсвания, забавяне, излишни повторения в процеса на диагностиката и лечението. Спазването на този принцип се осигурява от това пациентът да бъде наблюдаван от един и същ лекар, да се водят точни вписвания в медицинските документи, чрез точна организация и приемственост между различните нива и служби.
- Приемливост. Това е степента, при която услугите съвпадат или надвишават очакванията на информираните потребители.
- Уместност. Това е степента, при която потенциалните ползи от интервенцията превишават възможния риск. За оценка се използва относителната степен на използваемост на дадени интервенции.
- Безопасност. Това е степен на предотвратяване на потенциален риск при предоставяне на медицинска помощ. Безопасността води до минимум риск от възможни травми, инфекции, странични ефекти на лечението и други нежелани последици.
- Професионална компетентност и техническа обезпеченост. Това е степента, при която изпълнението на процедурите от медицинските специалисти е в съответствие със съвременните стандарти и познания.
- Междупersonни взаимоотношения. Това са взаимоотношения между медицинския персонал и пациентите,

медицинските професионалисти и техните ръководители, организациите по здравеопазване и населението като цяло.

- Удобство (комфорт). Тук се включват външният вид на здравните заведения, персоналът, материалните обекти, комфортът, чистотата, конфиденциалната обстановка и др.

- Удовлетвореност. Качеството на медицинската помощ се оценява от пациентите и медицинските специалисти. За пациентите удовлетвореността е постигане на съвпадение между техните очаквания, нужди и реално получената медицинска помощ. Според медицинските специалисти качеството изисква наличие на навици, ресурси и условия, необходими за подобряване здравето на пациента, знания и умения да се изпълняват професионални задължения.

В основата на формирането на качествени сестрински грижи за населението са: подобряване на обучението, развитие на научните изследвания в областта на сестринската дейност и приложението на получените резултати в практиката. Според Г. Чанева качеството на сестринските грижи в болницата трябва да отговаря на очакванията на пациента и на неговите потребности както по отношение на техническото изпълнение на грижите и процедурите, така и по отношение на взаимоотношенията с персонала [115].

В различните схеми на качеството в здравните дейности и досега се използват предложените от А. Донабедиан и Р. Максвел концепции, в които успешно се прилагат и развиват, от позицията на здравеопазването, наложилите се вече в индустрията и другите стопански области схващания на У. Шухарт, У. Е. Деминг, Дж. М. Джуран и други автори.

Концепцията на А. Донабедиан включва:

Структурата – наличните сгради, в които са разположени звената за непосредствено оказване на здравната помощ, както и тези, които подпомагат дейността ѝ; структурата и окомплектоването на персонала, на работните екипи, на административното управление, на наличната техника и оборудване;

Процесите – достъпа до съответните процедури и различните дейности, свързани с непосредственото оказване на здравната помощ (диагностика, лечение, профилактика, рехабилитация и др.) или по изразу на Донабедиан, “грижите сами по себе си”;

Резултатът, или “изходът” от процеса – ефектът от дейността спрямо пациента, като удължаване на живота, премахване или облекчаване на страданието, намаляване на болката, удовлетвореност на пациента от грижите.

Концепцията на Р. Максвел е по-разширена и включва:

- Достъп до здравната помощ;
- Релевантност (уместност, съответствие) – достатъчност според нуждите;
- Ефективност (результатност) – ползата за отделния пациент, която може да се отчете като подобряване или влошаване на състоянието;
- Равнопоставеност – качеството на здравната помощ да е еднакво за бедни и богати, за различните етнически гурпи, за граждани и селяни, за млади и стари;
- Социална възприемчивост – обществото да може да възприеме резултатите от оказваната му здравна помощ и нейната цена;

- Ефективност и икономичност – постигане на необходимия ефект при минимални разходи на ресурси;

Качеството в здравеопазването трябва да покаже как и доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.[96,127]

1.3 Комплексност на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания

От голямо значение за успешния мениджмънт на здравните грижи при хронични заболявания е употребата на комплексни грижи. Пациентът става активен участник в управлението на болестта си. Според СЗО комплексните грижи представляват цялостен и координиран комплекс от услуги, които са планирани, управлявани и прилагани на отделни пациенти на услугата от различни организации и от различни професионалисти. По своята същност непрекъснатите грижи са комплексен набор от планирани и управлявани услуги за определена група пациенти със специфични нужди предоставяни от различни здравни и социални организации и професионалисти. Комплексните грижи служат за подобряване на координацията и комуникацията между различните доставчици и осигуряване на грижи в зависимост от специфичните потребности на пациента. Съществен елемент на реформата на здравната система е да се преодолее точно това деление между здравна и социална грижа. Това означава координация и комуникация между различни специалисти от здравните и социалните институции. Всяка от тези области има свой начин на работа и това доказва необходимостта от трансформиране на досегашните услуги за хронично болните пациенти. Необходим е опит да се свърже системата от здравни грижи (спешна,

първична медицинска и специализирана) с други хуманни системи за грижа (образователни, професионални услуги) за да се подобрят резултатите.[125]

Ефективното прилагане на комплексните грижи среща трудности от административен и организационно-културен характер. Неблагоприятни фактори, пречещи на развитието на комплексните грижи са:

- Изоставяне на законодателството от действителното развитие на грижите;
- Тромави правила и разпоредби;
- Различия в запасите и потоците на финансовите ресурси;
- Недостатъчно добра информационна инфраструктура и обратна връзка;
- Липса на достатъчно добре обучен персонал в областта на комплексните грижи;
- Недостатъчна координация между различните сектори;
- Ограничен избор за потребителя на услуги, дължащ се на недостиг и липса на прозрачност;
- Неясни задачи и отговорности на участващите;
- Недостатъчно инициативи за междусекторно сътрудничество;

Благоприятни фактори: нарастваща гъвкавост на грижите.

Основни компоненти в модела за комплексни грижи при пациенти с хронични заболявания в България са:

- Изготвяне на план програма за предоставяне на здравни грижи при хронично болни пациенти;
- Изготвяне на план програма за предоставяне на социални услуги при хронично болни пациенти;
- Формиране на екипи от различни участници;

- Болници за активно лечение, болници за продължително лечение и рехабилитация и социални услуги, специалисти по информационни технологии;
- Формиране на екип за управление и финансиране на дейностите и задачите;
- Разпределение на ролите, задачите и отговорностите;
- Осигуряване на финансиране;
- Включване на електронни технологии за наблюдение и управление на състоянието на пациентите;
- Обучение на специалистите, пациентите и техните близки и доброволците;
- Координация на услугите и на дейността;
- Осъществяване на ефективни комуникации и партньорства на мултидисциплинарните екипи със здравната администрация и международни партньори;

Формиране на мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ:

- **Лекарят** – Той е основното и най-важното звено в мултидисциплинарния екип независимо в каква специалност работи – ортопед, невролог, ендокринолог, ревматолог или друга специалност. Неговата отговорност е и най-голяма. Лекарят предоставя медицинска помощ на пациенти, като прилага правилата за добра медицинска практика.

Осъществява консултантска, диагностична и лечебна дейност. Осъществява медицинска дейност след получаване на информирано съгласие от пациента или от неговия законен представител. Предоставя ясна и достоверна информация за здравословното

състояние на пациента и методите за евентуалното му лечение. Отразява извършената дейност в съответната медицинска документация.

Своевременно назначава и извършва консултативни прегледи, диагностични изследвания и процедури. Планират и провеждат лечебни програми с цел профилактика, лечение и рехабилитация на хроничното заболяване.

- **Медицинска сестра** - Тя е лицето, което стои най-близо до лекаря в процеса на лечение и възстановяване на болния с хронично заболяване. Тя е и първият му помощник и до голяма степен от нея зависи правилното и навременно изпълнение на лечебната програма. Медицинските сестри вземат дейно участие в обучението в дейности от ежедневиия живот. Като например – да научи болният да се облича, да се съблича, да се храни, да се премества от едно място на друго /легло в инвалидна количка и обратно, от леглото на санитарния стол и др./. тя едновременно е и най-близо до болния. Ако е добър професионалист болният ще ѝ вярва изключително много. Отговаря за качеството на обслужване на пациентите и спазване правилата за добра медицинска практика и трудовата дисциплина и подобряване на качеството на здравната гига. Планират, ръководят или участват в програми за консултиране и обучение на хронично болни и техните близки както в болничното лечение на пациентите, така през продължителното наблюдение и домашно лечение.[8]

- **Рехабилитатор** - участва активно в изготвяне на рехабилитационната програма на болния. Той създава план програма за кинезитерапевтичен подход и ръководи рехабилитацията в този процес. Той е отговорен и за подбирането на най-подходящите средства от

кинезитерапията, които ще позволят и дадат най-добрия възстановителен ефект. При изготвянето на тази програма рехабилитатора получава инструкции от лекаря и се съобразява с възрастта, пола и вида на заболяването, както и със стадия на развитието ѝ. Съобразно тези обстоятелства рехабилитатора извършва активна или пасивна кинезитерапия, обучение в дейности от ежедневието и ползване на помощни средства. В редица случаи той извършва различни функционални тестове – слабост на мускулите, ъглометрия, равновесие, походка и др. Рехабилитатора е този, който въвежда нови и съвременни кинезитерапевтични методики и активно допринася за повишаване качеството на здравната грижа, обучението в самообслужване на хронично болния и неговите близки.

- **Логопеди** - Този вид кадри в рехабилитацията играят важна роля. Те намират много важно дори водещо място при т.нар. афазии като подпомагат формирането на пълноценни представи за околния свят; развива познавателните процеси (възприятие, внимание, памет, мислене, въображение); подпомагат фината моторика, помага за преодоляване на специфичните логопедични трудности при лица със сензорни, интелектуални, соматични проблеми; възстановява езиковите функции след инсулти и черепно-мозъчни травми (подобряване на комуникацията - говор, писане, четене);

- **Психолог** - Те също са водещи при психо-социалната рехабилитация. Те са задължителен член на мултидисциплинарния екип. Психологът активно работи за подобряване на психоклимата в семейството. Следи и подпомага адаптирането към социалния живот на пациента с хронично заболяване.

По време на дейността си осъществява следните основни функции:

- Преки – психодиагностика, в това число скрининг и интервенционна работа (корекции и формиране).

- Косвени – превантивна, консултативна, организационна, обучаваща и научно-изследователска работа.

Проучва и съдейства за разрешаването на проблемите чрез диагностициране, скриниране на затрудненията, нарушенията, диагностициране на социално-психологичните отношения и взаимодействие. Идентифициране на проблемите и подпомагане за предотвратяването им. Проучване и подпомагане за снемане на напрежението и стреса. Предлага антистресови програми. Проучване и решаване на проблеми с общуването. Повишаване на психологическата култура на пациента с хронично заболяване и неговите близки.

- **Социални работници** – Те са водещите при провеждането на социалната рехабилитация. Те също са задължителен член в мултидисциплинарния екип екип. Те са натоварени с отговорната задача за разрешаване на социалните проблеми на болния. Извършват социална диагностика на базата, на която решават и социалните проблеми, които са многобройни и от най-различно естество, организира предоставянето на социални услуги и консултации на клиента с хронично заболяване. Организира и участва в разработването на индивидуален профил на клиентите, обхващащ техните качества, възможности, познания, дарби и потенциал, организира и участва в разработването на индивидуални и/или групови планове за социални услуги и консултации.

Осъществява социална работа по отделен случай като участва в предоставянето на социални услуги.

Тази група от специалисти образува т.нар. мултидисциплинарен екип организиращ и осъществяващ здравни грижи за болни с хронични заболявания.[25]

С въвеждането на комплексни грижи се осъществява свързване на структури, финансови и човешки ресурси, разпределение на икономическия риск, а също и здравно познание с цел подобряване на грижите за пациентите. Стратегиите за изграждане на здравни знания и умения на населението включват дейности, имащи за цел да направят достъпно здравното образование, чрез прилагането на нови методи за обучение. Здравното възпитание е насочено към медицинските екипи и към пациентите и техните семейства. Ниската грамотност от своя страна води до влошено здравно състояние на населението, до увеличаване на риска от пациентски и лекарски грешки, до увеличаване на хоспитализациите и до нарастване на публичните и личните разходи за здравеопазване. [90]

1.4 Потребност от обучение на пациентите в процеса на здравни грижи

Стратегиите за изграждане на здравни знания и умения на населението включват централизирани дейности , имащи за цел да направят достъпно здравното образование чрез прилагането на нови методи за обучение. В този процес важно място е отделено на членовете на медицинския екип, които трябва да осъзнават, че промоцията не е равна на здравна беседа. При нея се търси личната мотивация, определени стъпки на сестрата, лекаря и на

индивида в дадена насока за промяна в мисленето и в поведението на цялото семейство, с цел укрепване на позитивното здраве.[84]

Във всекидневната практика на медицинския екип се налага да обучава пациентите и техните семейства в различни дейности, свързани със заболяванията, профилактиката, превенцията, здравното състояние, прогнозите и др.[120] Обучението на хората допринася за повишаване на информираността за различните рискови фактори и за заболяванията във всеки период от развитието на човека, а това спомага за промяна в поведението на хората към здравословен стил на живот и опазване собственото здраве в добро състояние за по-продължителен период от време.

Основно психично преживяване на пациента е отношението му към собственото заболяване. Начинът по който болният възприема болестта дава отражение върху поведенческите му реакции. Поради това редица автори изследват отношението и поведението на болния по време на заболяване.

Г.Дестунис представя следните типове отношение на личността към болестта:

- Страх от болестта, с прояви на загриженост и описания, но и с вяра и надежда в добрия изход;
- Пренебрегване, подценяване и отрицателно отношение към болестта;
- Безразличие, нехайство и срам от болестта;
- Търсене на болестта, с прояви на „бягство в болестта“;

Често се срещат болни, които се „съпротивляват“ на болестта и отказват да отидат на преглед, нарушават диетичния режим или прекъсват лечението си. Мотивите могат да бъдат реакция на слабост, необоснован оптимизъм или страх от диагнозата и прогнозата.

Според М. Ачкова съществуват четири типа отношение на личността към здравето.

- Оптимистичното до неоснователно оптимистично и нехайно отношение. Това са личности които омаловажават ранните симптоми на заболяването си. Най- често е защитна реакция на личността прикриваща страха от заболяването;
- Фаталистично отношение към собственото здраве - Тези личности са убедени, че нищо не зависи от тях, а здравословното им състояние се определя от външни фактори;
- Песимистично отношение, до хипохондрична ангажираност за собственото здраве. При този тип личности се наблюдават търсене на помощ, изследвания и консултации при най-незначителни и обясними здравни проблеми;
- Реалистично отношение към собственото здраве. Това са личности, готови да водят здравословен начин на живот и да поемат отговорност за здравето си;

Изложените виждания са основание да приемем, че познаването на личността на пациента и отчитането на психичното му състояние са фактори съдействащи за формиране на адекватно професионално поведение на медицинските специалисти. [3]

Обучение на пациента се осъществява в три сфери: познавателна, емоционална и психомоторна:

Чрез познавателната сфера здравият или болен човек усвоява нови знания, факти, научва се да анализира информация, да разграничава важната информация, която му е необходима, от тази, която не е съществена. Болният научава за рисковите фактори на неговата възраст или за неговото заболяване, как да се храни диетично, съобразно болестта, каква да бъде

двигателната му активност, какви са рисковите при нездравословно поведение и до какви последици може то да доведе.

Емоционалната сфера на обучението позволява на болния или здравия човек да промени поведението си, като изразява това с чувства, мисли, мнение и оценка на някои фактори.

Психомоторната сфера на обучението предоставя възможност на болния или здравия човек да усвоява нови умения вследствие на умствената си и физическата си дейности и при многократното им изпълнение формиране на съответните навици. Когато е готов психически, физически и емоционално да осъществява дейностите от ежедневието, той започва да се чувства уверен и способен в себе си.

Процесът на обучение може да бъде с различна продължителност в зависимост от индивидуалните характеристики на пациента и вида и тежестта на заболяването.[98]

Обучението на пациентите и техните близки е ефективно, когато:

- Има ясна цел и мотивация за получаване и усвояване на знания;
- Медицинските специалисти имат положително отношение към обучаваните и техните близки;
- Осъществява се асоциативна връзка между новата информация и миналия опит и знанията на пациента;
- Прави се връзка между получените знания и практическото им приложение;

Трябва да се вземат в предвид също възрастта, образованието, здравословното състояние, самочувствието, диагнозата и прогнозата на заболяването. При провеждане на обучението знанията се усвояват много по-добре и са по-трайни, когато се спазват следните изисквания:

- Да се използва техника за ефективна комуникация;

- Да се изслушва пациента внимателно;
- Да се проявява търпение към обучаваните;
- Да се изказват похвали и да се поощряват успехите в обучението и изпълнението;
- При необходимост да се правят почивки, съобразявайки се със състоянието и възможностите на пациента, за да се усвои ефективно новата информация;

При хората с хронични заболявания често се случва да допускат грешки в процеса на своето лечение. Такива грешки могат да бъдат допускани и от хората, които им помагат да се справят в ежедневието си. При хората с диабет например подобни грешки могат да бъдат провокирани от факта, че диабетиците се нуждаят от лечение и на други, придружаващи и провокирани от диабета заболявания (високо кръвно налягане, затлъстяване, болести на бъбреците, полиневропатия). Това често се среща и при ревматоидните заболявания. И двете категории лица – диабетици и ревматоидно болни, често взимат лекарства с висок риск – например инсулин, като същевременно с това приемат и други лекарства. А това изисква знания и повишено внимание.[7]

Последиците от подобни грешки все повече налагат и повишават значимостта на образованието и обучението не само на хронично болния, но и на неговите близки. Повишаването на адекватното знание на хронично болния и семейството му, както за заболяването, така и за последиците от възможните грешки, се повишава възможността те да бъдат избегнати, а от тук и излишните усложнения.

Обучението и предоставянето на адекватно знание трябва да бъде системно. Това се налага поради факта, че хронично болния може да забрави, да negliжира това, което е научил поради прекомерна увереност в

собствените си възможности, а всичко това може да доведе до влошаване на здравните показатели. Това е особено валидно за хората с повече от едно аутоимунно заболяване – например ревматоидно и диабет.[128]

Правилното и полезно обучение на човека с хронично заболяване и неговото семейство може да му помогне да води по-здравословен живот, с по-високо качество и по-ниски нива на стрес. В процеса на лечение е много важно всички да се съобразяват с досегашния опит на човека с хронично заболяване, натрупан в процеса на живот с него. Това е особено важно за медицинските специалисти и близките му.

Доброто обучение, натрупването на адекватно знание за болестите, както при хронично болния, така и сред близките му, е добра гаранция за по-ефективно сътрудничество между лекарите и хронично болните, а от тук и за по-добро лечение. Това може да се превърне в гаранция, че хронично болния няма да пренебрегва препоръките на лекаря, а близките ще му оказват по-добра и действена подкрепа и грижа с по-малък разход на физическа и психична енергия.

Доброто обучение и образование на хронично болния и неговото семейство може да бъде не само правилен отговор на заинтересоваността им от болестта и перспективите ѝ на развитие, но също да повиши усещането за компетентност, равнището на оказваната помощ и на възможностите на всички да участват по-активно и ефективно в първичната и вторична профилактика на диабета или ревматоидните заболявания.[64]

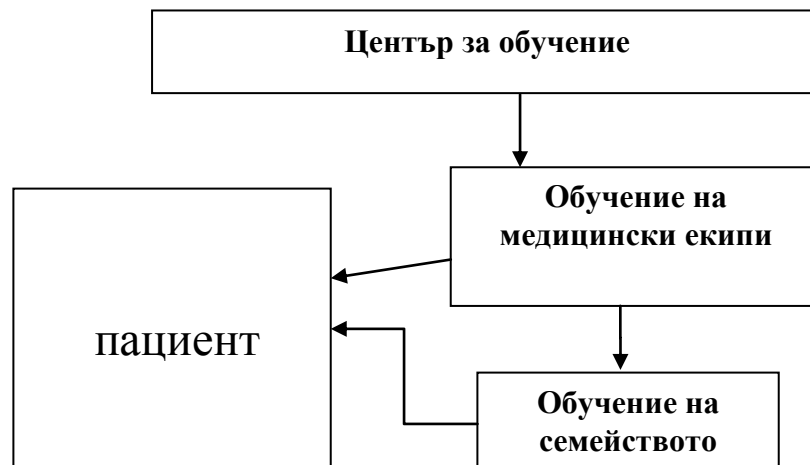


Схема номер 1

Обучението постига поставените цели, когато са изпълнени следните три условия: желанието и готовността за обучение на пациента и близките му, способността за обучение и обкръжаващата обстановка. Обучението за справяне с болестта, промененото здравно поведение и преодоляване на затрудненията водят до повишаване качеството на живот с хронично заболяване.[95]

1.5 Значението на здравните грижи за пациентите с хронични заболявания

Здравните грижи са ориентирани към ограничаване заболяемостта, хронифициране и смъртността от най-честите социалнозначими заболявания, като обхващат различни възрастови и социални групи. За да се постигне това са необходими действия, свързани с:

- Промоцията на здравето и профилактиката на болестите да бъдат приоритетни задачи, залегнали в нормативни документи, касаещи

дейността на специалистите по здравни грижи при семейните лекари и в центрове за здравни грижи;

- Подобряване на качеството на живот на хората с хронични заболявания, хората с увреждания и лицата в неравностойно положение чрез създаване на центрове за здравни грижи и осъществяване на координация между социалните, здравните и лечебните институции;

Здравната система трябва да удовлетворява очакванията на хората, да зачита тяхното човешко достойнство, конфиденциалност и автономност, да ги обслужва качествено и навременно, да предоставя удобства, достъп до мрежи за социална подкрепа и избор на изпълнител на медицинска помощ. Това са и критериите за отзивчивост на здравните системи към гражданите, разработени от СЗО.

Населението, живеещо в отдалечени и труднодостъпни райони, както и хората от уязвими групи продължават да изпитват сериозни трудности при получаването на здравни грижи. Нарушени са връзките между първичната извънболнична помощ и болничната помощ, социалните и здравните институции. Нарушени са приемствеността и качеството на оказваните здравни грижи, а по-често такива липсват.[118]

За да се осигурят необходимите здравни грижи за пациентите с хронични заболявания е необходимо:

- Създаване на нормативна база за разкриване на центрове за здравни грижи. Осигуряване на дългосрочни грижи за възрастни хора. Развитие на система от заведения за долекуване, продължително лечение и възстановяване;
- Създаване на нормативна база за разкриване на групови практики по здравни грижи;

- Създаване на нормативна база за разкриване на индивидуални практики по здравни грижи;
- Регламентиране на компетенциите на предоставящите здравни грижи в извънболничната сфера и разработване на механизми на заплащане, обвързани с количеството и качеството на дейността им;
- Подобряване на достъпа на гражданите до здравната система чрез насочено издирване на застрашени групи от населението;
- Подобряване на информираността на населението за възможностите, проблемите и отговорностите на всички участници в системата на здравеопазване;
- Повишаване качеството на предоставяните здравни услуги;

Налага се в днешните условия да се формира адекватна рамка на здравните грижи при хроничните заболявания със съответно съдържание и форми, базиращи се на принципите на медицинската етика и здравната промоция [15]

- Непрекъснато повишаване квалификацията на специалистите по здравни грижи, работещи в спешната помощ;
- Създаване на условия /материални и финансови/ за бързо реагиране при аварии, бедствия, терористични актове и катастрофи в съответствие с европейските стандарти;
- Сработване на екипи с постепенно въвеждане на новите професии – «Парамедик» и «Здравен асистент»;
- Изработване и въвеждане на критерии за „спешност” и „неотложност” при възникнал здравен проблем;

Необходим е нов подход за организация на дейностите, извършвани от специалистите по здравни грижи в съвременната болница, ефективно контролиране на разходите, подбор и мотивиране на персонала, непрекъснато повишаване на квалификацията му и задоволяване потребностите от здравни грижи.[12]

С осъществяването на широка рехабилитационна дейност се допринася пациентите с хронични заболявания да възстановят състоянието си или да са във възможност да осъществят своите жизнени функции. Рехабилитацията си поставя благородната цел, чрез комплекс от мероприятия да предпази от инвалидизиране, както и да рехабилитира хората с хронично заболяване, като възстанови максимално тяхното психо - физическо състояние, професионалните и икономически възможности, за да заемат отново своето място в обществото, съответстващо на тяхното здравословно състояние. Така интересът към развитието на рехабилитацията на болните с хронично заболяване непрекъснато нараства не само в национален, но и в световен мащаб. Това засилва потребността от укрепване и разширяване на отговорностите и функциите на специалистите по здравни грижи в системата на здравеопазването. Всичко това предполага медицинската сестра и рехабилитатора да се съобразяват с хроничното заболяване, общото състояние, пола, възрастта, интересите, образованието, семейството, ценностите, интелекта и особеностите на личността (личностните и характеровите особености), социалната среда, с която е свързан болният, както и с други фактори на базата на общата оценка за състоянието на пациента:

- Оценка на потребностите от грижи на пациентите с хронични заболявания;

- Контрол на изработването на плана за сестрински грижи от старшите сестри на отделенията и прилагането му;
- Контрол на качеството на здравните грижи, съответстващо на потребностите на пациентите;
- Организиране на непрекъснатост на здравните грижи;
- Контрол на лечебното хранене и диетичния режим на болните;
- Контрол на двигателния режим на пациентите;
- Определяне нуждите от обучение на пациентите и техните близки за грижите, свързани със заболяването;

2. Мениджмънт на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания

Мениджмънт (от английски *management*) или управление, както се нарича още на български, в бизнес сферата и организационните активности е действието по „събиране на хората заедно“ за извършването на определена желана цел. Мениджмънтът обхваща планирането, организирането, управление на персонала, ръководството, насочването и контролирането на организация (група от един или повече човека или юридически субекта) или усилието за постигане на дадена цел. Също това е управлението на човешките ресурси, финансовите и технологични ресурси, както и природните ресурси.

Основните функции на мениджмънта са взаимно свързани в определена логическа последователност в етапи, представени в управленския цикъл:

- Оценка на ситуация—определяне на целите—Управленско решение—Организиране;

- Взимането на управленски решения е основна функция на мениджмънта на здравни грижи;
- Типове управленски решения:
 - Краткосрочни – в рамките на няколко месеца;
 - Средносрочни – до 2-3 години;
 - Дългосрочни – до 5-10 години;

Съществуват 3 нива на здравен мениджмънт:

- Висш мениджмънт;
- Координиращ мениджмънт;
- Оперативен мениджмънт; [17]

Здравния мениджмънт е специфичен модел на общата теория и практика на мениджмънта. [27]

В националната здравна система висшият мениджмънт е представен от министерството на здравеопазването. Координиращия мениджмънт се осъществява от регионалните центрове по здравеопазване. Оперативният мениджмънт се представлява от изпълнителните директори на лечебните заведения и др. [16]

Анализът на добрите управленски практики дава възможност да се изведат две ключови характеристики на успешния здравен мениджмънт.

Това са:

- Нова управленска култура - в структурата и начина на финансиране, но също и в подходите, в дейността, в стила на мислене;
- Ефективност – тук са необходими умения за увеличаване на ползата от здравните услуги при относително ограничени ресурси;

Комплексния подход при съвременното лечение на хроничните заболяванията, придружено с активни качествени грижи и висока

информираност могат да ограничат появите на усложнения в общата тенденция за подобряване качеството на живот.[130]

Управлението на здравните грижи при хронични заболявания трябва да бъде насочено към сътрудничество между здравните и социалните организации. Необходимо е уеднаквяване на приоритетите на отделните структури, а пациентът да бъде поставен в центъра на грижите. Необходими са механизми за финансиране, които да насърчават мултидисциплинарната работа в екип. Управлението на грижите е свързано с непрекъснато повишаване на качеството на грижите, оценка на лечебните интервенции и резултатите от тях. За постигането на ефективни и навременни за пациента грижи могат да се приложат различни модели на интегрираните грижи, в които са застъпени пълната или частична координация и интеграция. Информационните системи и телемедицината могат да подобрят значително организационните структури и процеси в системите на здравеопазване.[19]



Схема номер 2

За анализ и оценка на здравното състояние на пациентите с усложнения при хронични заболявания е необходимо да се обърне внимание на:

- пол, възраст, рискови фактори на средата;
- Значението и ролята на превенцията с последваща рехабилитация;
- Индивидуални мерки за запазване и възстановяване на физическия и психосоциален статус на болния;
- Професионален опит засягащ въпросите за трудоспособността;
- Здравни знания и умения за здравословен начин на живот;^[26]

Ролята на здравния мениджмънт е водеща при дефиниране на професионалните компетенции и полето на действие на различните специалисти, членове на мулти – дисциплинарния и рехабилитационен екип.

Водеща тенденция в модерния здравен мениджмънт е общото повишаване на управленската култура в здравната организация и ангажирането на по-широк кръг специалисти в управленския процес.

За да се разбере правилно ролята на специалистите по здравни грижи за осъществяване на същите трябва да се изясни сферата и обхвата на тяхната практическа дейност. Тя обхваща три взаимнозастъпващи се сфери:

- персонална система – личността /пациента/, като съвкупност от социални характеристики – култура, ценности, потребности, мотивация и др.;
- интерперсонална система – социалната група като хомогенна или хетерогенна съвкупност от личности, обединени от някакъв признак;
- социална система – обществото с неговите динамични здравни потребности и здравни приоритети;

Очевидно е реалното пространство, в което професионално се извяват специалистите по здравни грижи в тези три нива.[76]

Мениджмънтът на здравните грижи е управленски процес за осигуряване на ефективно функциониране на здравната система с оглед постигане на определени цели. Проблемът за ефективното управление, използването и развитието на ресурсите и в частност на човешките е ключов в здравния мениджмънт. Човешките ресурси имат особено значение за здравеопазването. При осъществяването на дейностите по управление на човешките ресурси се отчита, че те са взаимосвързани, което дава възможност по-точно и конкретно да се формулират целите, което е предпоставка за систематичност и ефективност на управленския процес. Както всеки управленски цикъл, така и управлението на човешките ресурси представлява един непрекъснат цикъл на последователно изпълнение на основните управленски функции–планиране, организиране, ръководство и контрол.[11,27]

От правилното планиране зависи до голяма степен успеха на мениджъра. Необходимо е да се вземе предвид моделът за предоставяните грижи, нужното образователно ниво и познания, бюджетните ограничения, необходимият и наличен персонал.

Изграждането на реалистична здравно-управленска концепция се определя от следните фактори:

- здравни потребности на обществото;
- налични здравни ресурси;
- ценностна система на обществото;

Тези фактори не се разглеждат изолирани един от друг, а взаимосвързани като триада на реалистичната здравна политика. Това означава, че трябва непрекъснато да се проучват потребностите на

обществото или на определените региони в частност, като се определят важните приоритети. Здравните ресурси трябва да са адекватни на потребностите от здравни дейности за да може да се говори за ефективно и качествено извършване на медицинските дейности.

Мениджърът по здравните грижи трябва да познава и знае:

- пиковите периоди на напускане на персонала;
- периоди с най-голям брой хронично болни пациенти в болниците;

От огромно значение е факторът „ време ”, който все още е подценяван от здравните мениджъри. Времето трябва да има своя ясна структура. Причините за неефективността на времевия ресурс се разделят на две групи.

Първа група (субективни причини, наложени от самите нас):

- Лошо планиране, следствие от не добра организация в средата в която се работи;
- Отлагане–най-често се среща при изпълнение на неприятни, но важни задачи;
- Неумение да се разпределя работата–в случаи на самоувереност, липса на доверие в другите;
- Перфекционизъм–губи се много повече време за една дейност, от колкото е необходимо;
- Ангажиране с прекалено много задачи. (синдром на героя) – необходимо е реалистично мислене, базиращо се на познаване на собствените възможности и подреждане на задачите по приоритети;
- Липса на самодисциплина–неясни лични цели, умора и разсеяност, липса на информация и др.;

Втора група. Причини наложени отвън:

- Намеси–Прекъсване изпълнението на неотложни задачи;

- Променящи се приоритети-предизвикват объркване и се срещат най-често когато събитията се развиват много бързо;
- Неорганизиран ръководител–неясно формулираните задължения стават предпоставка за загуба на време;
- Липса на ясни пълномощия–всеки трябва да е наясно с дадените му отговорности;
- Неопитен персонал, чужди грешки, повреди в апаратура, променени крайни срокове;

Ясната представа за необходимостта от ефективно използване на времето, допринася за по-добрата организация на работа на здравните кадри. В определен смисъл времето се определя като приоритетен стратегически ресурс на здравеопазването.[18]

Ефективното управление в сферата на здравните грижи позволява едновременно задоволяване на две основни цели–повишаване на производителността и удовлетворяване на потребности и очаквания. Управленските дейности, които извършва всеки мениджър са със сложни причинно-следствени връзки помежду си.

Управление на персонала:

- Планиране на специалистите по здравни грижи за различните клинични отделения и сектори чрез анализ на основната трудова заетост посменно;
- Изработване и въвеждане на програма за подбор на човешките ресурси;
- Изработване на критерии за оценяване качеството на положените здравни грижи и регламентиране на сроковете за извършване на оценката;
- Актуализация на длъжностните характеристики;

- Изработване на технически фишове и протоколи за качествени здравни грижи;
- Изработване на проект – план за обучение на медицинските специалисти в курсове за следдипломна квалификация насочени към грижи за хроничните заболявания
- Изработване на програми за обучение на пациенти;

За организацията на здравните грижи и повишаване ефективността им в лечебното заведение е необходимо правилното определяне на времето, изразходвано за полагането на качествена здравна грижа за един болен което се влияе от следните фактори:

- Медицинска насоченост на здравното заведение;
- Състояние на болния – възраст, степен на самостоятелност;
- Фаза на заболяването;

Сформиране на работни екипи трябва да бъде съобразено с:

- Конфликти, възникващи в професионалната област;
- Проблеми на общуването;
- Проблеми, свързани с грижите за болния;
- Спазване на медицинска тайна;
- Синдром на изпепеляването;

За ефективни здравни грижи можем да говорим когато са организирани и планирани правилно, когато имаме намален болничен престой, намален брой усложнения, по – малко пациенти с влошаване. Качеството на здравните грижи е приоритет на националната здравна стратегия, то е фактор на устойчиво развитие на лечебното заведение

и се явява елемент на нейната конкурентноспособност чрез пазара на здравните услуги.

За да се постигнат определени цели в сферата на здравните грижи са необходими конкретни действия, свързани с:

- Качеството и контрола на медицинската помощ;
- Планиране;
- Подбор;
- Управление;
- Квалификация;
- Заплащане на труда;
- Опазване на общественото здраве чрез здравни грижи;
- Извънболнична помощ;
- Здравни грижи за майките и децата;
- Спешна медицинска помощ (СМП);
- Болнична помощ;
- Образование, специализация и научна дейност;

За гарантиране на качеството на медицинска помощ на пациентите с хронични заболявания са въведени редица инструменти – медицински стандарти, клинични пътеки, акредитация и други. За съжаление в малко от тях се споменава за здравни грижи - няма приети национални стандарти за здравни грижи, няма минимални стандарти за съотношение на специалисти по здравни грижи към обгрижвани пациенти. Извършените акредитации на ЛЗ отчитат намален брой на специалисти по здравни грижи, но ЛЗ получават отлични оценки. Въпреки създадената Агенция за Медицински Одит и зачестилите проверки, няма становище на МЗ за системните организационни грешки, част от които са и пренебрежителното отношение и недооценяване ролята на здравните грижи. Проблемите се задълбочават, не се използва

пълноценно потенциала на добре обучените и квалифицирани специалисти по здравни грижи, което води до ниска ефективност на здравеопазването.[8,9]

Необходими са мерки свързани с:

- Приемане на национални стандарти по здравни грижи;
- Приемане и утвърждаване от министъра на здравеопазването на правила за добра здравна грижа и контрол по спазването им;
- Въвеждане на задължително минимално съотношение на специалисти по здравни грижи спрямо броя и тежестта на пациентите;
- Промяна в наредбата за акредитация - анализ и преоценка на действащата система за акредитация, изготвяне и внедряване на нови критерии и показатели, отчитащи дейностите по здравни грижи;
- Промени в нормативната уредба, свързани с извършване на акредитация или друга оценка на качеството, като тази оценка се обвърже с финансирането на дейността на Лечебните заведения. т.е. за по-високо качество да се получи по-голямо финансиране и съответно заплащане на персонала;
- Изграждане на национално приета система за контрол на качеството на здравните грижи, чрез която да се осъществява;
- външен контрол - от специализираните държавни институции с участие на подготвени специалисти по здравни грижи;
- административен контрол- чрез разписани национално утвърдени правила;
- Законодателно регламентиране на отговорностите на БАПЗГ за гарантиране качеството на здравните грижи–провеждане, регистриране и контрол на продължаващото обучение и сертификацията;

За поддържане на висока професионална компетентност и отговорност на специалистите по здравни грижи:

- Подбор на персонал;
- Обучение на персонала;
- Обучение на стажанти;
- Контрол на работните графици;
- Контрол върху дейността на медицинските сестри и останалия персонал;
- Осъществяване на комуникации на хоризонтално и вертикално ниво;
- Повишаване на собствената компетентност;
- Връзка с обществеността за отчитане на мнението и създаването на подходящ имидж на лечебното заведение.

Подборът на специалисти по здравни грижи е затруднен най-вече поради техния недостиг. Назначават си и се наемат лица по критерии, които не винаги са съобразени със спецификата на предстоящата работа. Няма нормативен документ според който по-квалифицираните кадри да са предпочитани за заемане на определена длъжност. Въпреки, че отговорни за качеството на здравните грижи са професионалистите по здравни грижи, в настоящия момент доминираща е ролята на лекарите при подбора на кадри. Главната медицинска сестра е ръководител по здравни грижи в лечебното заведение и е отговорна за качеството им. В Извънболничната дейност проведените научни изследвания по темата доказват, че при практики с 1600 осигурени лица, медицинската сестра има 98% заетост със здравни грижи. Качеството на здравните услуги и най-вече профилактичните и промотивни грижи на първично ниво имат значителни пропуски /по данни от проверки на РЗИ/.

Здравните грижи не се разглеждат като една от важните дейности в системата на здравеопазване, с определена сфера на автономия и отделно ръководство. Ролята на професионалиста по здравни грижи в 21 век е различна. Европейска практика е професионалистът по здравни грижи да се приема за равноправен партньор в екипа, както в предоставянето на медицински и здравни грижи, така и в управлението.[131]

Социално-икономическата перспектива играе все по-голяма роля в управлението, лечението и рехабилитацията на хроничните заболявания. Затова е необходимо подобряване на взаимодействието с ангажираните в процеса държавни институции, синдикални и пациентски организации и неправителствени организации за формулиране на политиката в областта на здравните грижи, нейната реализация, оценка и контрол.[11,31]

3. Хронични заболявания, водещи до потребности от здравни грижи и рехабилитация за пациентите

Хроничните заболявания, наричани още незаразни болести представляват състояния или заболявания на организма, които протичат за дълъг период от време и прогресират бавно, а симптомите се различават, в зависимост от вида на заболяването. Според Комисията за хроничните болести към СЗО хроничното заболяване се определя като „всяко смущение или отклонение от нормата, което има една или повече от следните характеристики: трайни са, предизвикват инвалидност, предизвикани са от необратими патологични промени, изискват рехабилитационно третиране или според всички очаквания ще налагат продължителен надзор, наблюдение или грижи“. Въпреки, че се наричат хронични заболявания, тези състояния се отличават с неинфекциозни причинители. Характерно за хроничните заболявания е, че болните се нуждаят от непрекъснати медицински грижи.

Своевременната диагностика е изключително важна с цел ранното откриване на болестта и назначаването на подходящо лечение. Според данни на СЗО, хроничните заболявания са едни от водещите причинители на смъртност в света. Едно от най-трудно обяснимите свойства на хроничната болест е способността ѝ да атакува човек внезапно и за продължително време. Това създава несигурност и неопределеност в живота и засяга почти всяка сфера от него, тъй като поражда множество медико-социални проблеми както за отделния индивид, така и за обществото.

През последните години хроничните заболявания отбелязват високо разпространение сред населението, поради което те са и един от приоритетните проблеми на здравната политика на редица страни. Основните медицински дейности за разрешаване на здравните проблеми на болните с хронични заболявания са:

Здравен скрининг – това са различни изследвания /лабораторни, клинични, социологични и др./ които имат за цел оценката на здравното състояние на индивида и най-вече откриване на здравните проблеми.

Лечение – въздействие с цел да се разреши здравният проблем на индивида, за да премине към групата на здравите или условно здравите.

Долекуване – период, през който се намалява интензивността на лечебния процес преди неговото завършване.

Рехабилитация – специфично въздействие от медицински, социални, психологически, педагогически и други мероприятия, насочени за предотвратяване на развитието на патологичните процеси с цел ранно и адекватно възвръщане на болните към своите реални функции.

Диспансеризация – метод на работа, който включва комплекс от медицински, социални и обществени мероприятия за активно издирване, активно наблюдение и активно възстановяване.

За хората с описаните състояния световните здравни програми си поставят три фундаментални цели: Профилактика /Prevention/, Възстановяване /Rehabilitation/, Равни възможности /Equalization of opportunities/[125]

Основните хронични незаразни болести – сърдечно-съдови заболявания, хронични респираторни болести и диабет са причина за 60% от всички смъртни случаи в световен мащаб, 80% от които са в страните с ниски и средни доходи. В България за 2010 г. те са причина за над 80% от смъртните случаи, като водещи са болестите на органите на кръвообращението с 67.5%, следвани от злокачествените новообразувания с 15.1% и др. Основно те се причиняват от общи, модифицируеми, предотвратими рискови фактори, като тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност и злоупотреба с алкохол. Разрастването на епидемията от хронични заболявания увеличава тяхното негативно влияние върху социално-икономическото развитие на обществата.[50] Бедността, глобализацията, урбанизацията и стареенето на населението са основните фактори, допринасящи за разпространението на тази епидемия. Продължава нарастването на честотата на разпространение на рисковите за хроничните заболявания фактори. Здравните системи, особено в развиващите се страни не са подготвени да отговорят ефективно и равнопоставено на здравните нужди на населението по отношение на хроничните незаразни заболявания.

По отношение на превенцията и контрола на хроничните заболявания, Световната здравна организация е приела глобална стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания и план за действие към нея. В отговор на нарастващите нива на заболяемост и смъртност от хронични заболявания и негативното социално-икономическо въздействие, което те оказват на

обществата, Общото Събрание на ООН свиква среща на високо равнище през септември 2011 г. с дневен ред превенция и контрол на незаразните болести.

Конференцията е дефинирана като „ключов триъгълен камък” в международната кампания срещу хроничните заболявания и има три основни цели:

- да се изтъкне мащаба на негативното социално-икономическо въздействие на хроничните неинфекциозни заболявания;
- да се преразгледа международния опит и превенцията и контрола на хроничните заболявания
- да се предоставят доказателства за острата необходимост от засилване на глобалните и национални инициативи в превенцията на хроничните заболявания като част от националните здравни стратегии и програми за устойчиво развитие;

Продуктът на конференцията–„Московската декларация” по своето съдържание представлява ръководен политически документ, който дълго време ще направлява както националната, така и международната политика за здраве. Подписалите декларацията се ангажират с действия на правителствено, министерско и международно ниво.

Московската световна конференция е първата сериозна стъпка в глобалния процес на активизиране на борбата с хроничните неинфекциозни заболявания.

Заклучителният документ на срещата подчертава значението на превенцията и контрола на незаразните болести в световен мащаб, отбелязва предизвикателствата и негативното социално-икономическо влияние, което те имат, особено върху развиващите се страни. Документът изтъква основната роля и отговорностите, които Правителствата имат при предприемането на мерки и действия за превенция и контрол на хронични

болести и отбелязва значението на международното сътрудничество в тази област. Отбелязва се, че разпространението на хроничните болести може значително да бъде ограничено, чрез подобряване и укрепване на националните политики и здравни системи; намаляване на разпространението на рисковите фактори; засилване на международното сътрудничество; провеждане на научни изследвания; регулярен мониторинг и оценка.

Следващият етап е конференцията на високо ниво, свикана от ООН в Ню Йорк. Тя приема план за действие за превенция на хроничните заболявания, насочен към четири основни групи заболявания, изведени като приоритет поради мащаба на разпространението и значението им за глобалното развитие:

- Сърдечно-съдови заболявания;
- Злокачествени заболявания;
- Захарен диабет;
- Хронични респираторни заболявания;

Планът за действие включва шест основни цели:

- да се повиши вниманието към хроничните заболявания на глобално и национално ниво, а превенцията и контролът на тези заболявания да се интегрират в политиката на всички правителствени сектори;
- всяка страна да разработи национална политика и план за превенция и контрол на хроничните заболявания;
- да се насърчават по всички всевъзможни механизми и програми за намаляване на честотата на основните споделени, подлежащи на въздействие рискови фактори за хронично заболяване: тютюнопушене, нездравословно хранене, липса на физическа активност и прекомерна употреба на алкохол;

- Да се подкрепя изследователската работа за превенцията и контрола на хронични заболявания;
- Да се поощрява партньорството в превенцията и контрола на хроничните заболявания;
- Да се мониторира заболяванията и факторите, които ги повлияват и да се оценява прогреса на превенцията на национално, регионално и глобално ниво;

В нашата страна от четирите приоритетни групи заболявания има изграден и функциониращ единствено национален раков регистър. Въпреки активните усилия на много заинтересовани неправителствени и професионални организации и приетата от Народното събрание декларация, все още няма функциониращ диабетен регистър, а за изграждане на сърдечно съдов и регистър на респираторни заболявания не е и поставян въпрос на национално ниво.

Докато в повечето страни включително и нашата, отдавна съществува добре развита система за епидемиологичен надзор на инфекциозните заболявания, мониторирането на хроничното заболяване е подценено, дори negliжирано и неразвито в системите на общественото здравеопазване. Това важи особено много за мониториране на рисковите фактори на заболяванията. Все пак здравните политики на световно ниво чрез международни организации като СЗО и ООН продължават настоятелно да отправят препоръки за изграждане на системи на надзор за хронични заболявания.

Подходите за надзор са различни. В развитите страни се инвестира в :

- Надзор чрез изграждане и поддържане на регистри за разнообразни групи заболявания;

- Мониториране чрез провеждане на регулярни срезови проучвания сред представителни извадки от населението, най-често с целоченка на честотата на основните рискови фактори и заболявания;

Целта на регистрите е: „продължително, системно събиране, анализ и интерпретиране на индивидуални данни, свързани със здравето и навременното им разпространение до политици и здравни професионалисти. Работеща система за надзор е най-важното звено в системата на общественото здравеопазване във всяка страна, а генерираната информация с добро качество е от ключово значение за планиране и провеждане на адекватна здравна политика”.

За разлика от регистрите, които работят постоянно, в продължение на години и десетилетия, срезовите проучвания са епизодични, но повтарянето им през определени интервали позволява отчитане на динамиката в честотата на заболяванията и рисковите фактори.

В идеалния случай, добрата здравно-информационна система трябва да поддържа и двата начина за събиране на информация за хронични заболявания – регистри и мониториране.

3.1 Респираторни заболявания

Хроничните респираторни заболявания се проявяват регулярно през определен период от време, като техните симптоми могат да се наблюдават в продължение на няколко месеца. И в двата случая респираторните заболявания могат да доведат до фатален край, ако не бъдат лекувани.

Причините за поява на респираторно заболяване могат да са най-различни. Много често те са свързани с околната среда и замърсения въздух.

Влошеното качество на живот, недохранването и ниската хигиена също биха могли да станат причина за поява на някои от тях.

Тяхното развитие може също така да е повлияно от някои лоши навици като употреба на алкохол, тютюнопушене и прием на наркотични вещества. От друга страна, голяма част от хората са наследствено предразположени към дадено респираторно заболяване, така че шансът то да се прояви, дори и при пребиваване в здравословна среда, пак остава. Макар и различни, респираторните заболявания често протичат с едни и същи симптоми. Тези състояния се характеризират с кашлица, висока температура (около 38-40°C), задух, запушен нос, отпуснатост, трудно дишане, замаяност, гърлобол, отделяне на секрети от носа, отделяне на храчки, уголемяване на сливиците, подуване на лимфните възли. По-рядко могат да са налице и симптоми като зачервяване и подпухналост на лицето, парене на очите, замъглено зрение, конюнктивит, диария, лош дъх, втрисане и др. Респираторните заболявания са много и различни. Те засягат както децата, така и възрастните. Еднакво повлияни от тях са и мъжете, и жените. Ето някои от тях, с които се сблъскваме най-често:

Сенна хрема - състоянието е алергична реакция на организма, и по точно на горните дихателни пътища към алергени. Сенната хрема се проявява през определен период от време, най-често през пролетта, когато разцъфтяват дърветата. Понякога хората, страдащи от сенна хрема, могат да са чувствително още към прах, гъбични спори и косми от животни. Сенната хрема е съпроводена с кихане, запушен нос, зачервяване и сълзене от очите, отделяне на секрети от носа, повишена телесна температура.[124]

Астма - състоянието представлява хронично възпаление на бронхите. То се разпознава по променлива повтаряща се симптоматика. Обикновено протича с кашлица, стягане в гърдите, диспнея, хриптене и др. Астмата може

да е причинена от различни фактори. Понякога тя се свързва с фамилна обремененост, а друг път-с околната среда.[126,]

Бронхит - представлява възпаление на белия дроб. Бронхитът може да бъде остър и хроничен. Заболяването се появява вследствие на вируси или има бактериален произход. Може да се дължи и на дългогодишна употреба на цигари. Бронхитът протича с хрема, суха кашлица, болки в гърлото, висока температура и др. За да се открие и диагностицира едно респираторно заболяване, трябва да се извърши преглед от медицинско лице. По правило диагнозата се поставя на основата на характерната клинична картина. Разбира се, за да се установи заболяването, може да се наложи пускането на лабораторни изследвания. За целта се вземат назален и фарингеален секрет. По този начин може да бъде открит първопричинителят на заболяването. Ако състоянието е по-сериозно се назначават кръвни изследвания, бронхиален лаваж, медиастиноскопия с биопсия на лимфни възли и др.[129]

Със способите на рехабилитацията се подобряват белодробната вентилация, укрепва и се координира дихателната мускулатура, подобрява се кръвоснабдяването на белите дробове, задълбочава се дишането. Всичко това води до подобряване на газообмена в белия дроб, стимулиране на имунитета и подобряване на реактивността на белия дроб за справяне с болестта.[54]

3.2 Захарен диабет

Захарният диабет или по-често наричан само диабет, представлява група от метаболитни заболявания, при които нивото на кръвната захар (глюкозата) е значително над нормата. От своя страна глюкозата е източник на енергия за клетките и участва в обмяната на веществата.

Инсулинът е хормон, който контролира нивото на глюкозата в кръвта. Ако организмът не произвежда инсулин или ако клетките не реагират на

него, нивото на глюкозата се покачва. И това представлява диабет. Нормогликемия е състояние с нормални стойности на кръвната захар. Високите стойности се наричат хипергликемия, а ниските хипогликемия.

Диабетът е сериозен медико-социален проблем за всички страни в света. За една година по причини, свързани с него в света умират 3.5 милиона души. Заболяването засяга 7.80% от населението на ЕС, като се очаква до 2025 г. техният дял да достигне 9.10%. В България разпространението на захарния диабет придобива застрашаващи размери и засяга 8.30% от населението, като смъртността съставлява 23.3 на 100 000.9 Около 75,00% от диагностицираните диабетици са с лош метаболитен контрол, което води до развитие на усложнения-миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, слепота, ампутации на крайниците и хронична бъбречна недостатъчност.

Дългосрочната прогноза и качеството на живот на диабетно болните зависят от развитието и тежестта на късните усложнения, като диабетна ретинопатия, диабетна нефропатия, макроангиопатия, мозъчно-съдова болест и исхемична болест на сърцето. Рискови фактори, водещи до възникване на това заболяване са затлъстяване, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност, фамилна анамнеза. Съчетаването на диабета с хипертония, повишен серумен холестерол и тютюнопушене увеличава многократно риска за здравето. Проучвания установяват съкращаване на продължителността на живота с 5-10 години при болни на възраст над 40 години. Най-честите причини за смърт при захарен диабет тип 2 са сърдечно-съдови заболявания и бъбречна недостатъчност.[24]

Захарният диабет може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение. Опитът на водещите страни показва, че ранната диагноза, ефективната профилактика и лечение на диабета и неговите усложнения, както и обучението на пациентите са от съществено

значение за ограничаване на заболяемостта, на появата и прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността. Това би довело до подобряване на качеството на живот на хората с диабет и значително снижаване на разходите за заболяването.

Три са основните типове диабет-**захарен диабет тип 1**, **захарен диабет тип 2** и гестационен диабет. Има и други, които обаче са вторични. Те са следствие от други заболявания или прием на субстанции, спиращи производството на инсулин.

Захарен диабет тип 1. От този тип диабет страдат около 10,00% от хората имащи диабет. Захарният диабет тип 1 е автоимунно заболяване. Автоимунни заболявания са тези, при които имунната система започва да атакува собствените си клетки и тези на тялото вместо бактерии, вируси, гъбички и др. Имулната система произвежда специфични белтъчни молекули. Тези молекули атакуват отговарящите за производството на инсулин клетки в панкреаса. По този начин нивото на кръвната захар се покачва и организма заболява от диабет тип 1. Този тип диабет се нарича още „инсулино-зависим”, а също така и започващ в млада възраст. Причините за заболяването не са съвсем ясни. Наследствена обремененост и предразположеност са едни от основните фактори. Появява се предимно до юношеска възраст, което е и причина за едно от широкоразпространените му наименования, но разбира се може да се срещне при всяка възраст.[133,142,148]

Захарен диабет тип 2. Този тип диабет е най-широко разпространен. Среща се при хора над 45, а още по-често над 55 годишна възраст. При този тип диабет клетките или не реагират на произвежданото количество инсулин или то не е достатъчно за нуждите на организма. Поради тази причина бета клетките на панкреаса (клетките произвеждащи инсулин) започват да

произвеждат още и още инсулин. Идва един момент, в който техните възможности биват изчерпани и след това, нивото на инсулин в кръвта намалява и започва увеличаване на кръвната захар. По-големия процент от хората страдащи от диабет тип 2 са с наднормено тегло. Хора в чиито семейства има болни от **захарен диабет**, са по-предразположени към това заболяване.[109] Други фактори, които увеличават вероятността за развитие на диабет тип 2 са повишено кръвно налягане, диета богата на мазнини, консумация на големи количества алкохол, заседнал начин на живот и др.[75,138]

Чрез рехабилитация се подпомагат обмяната на веществата в тъканите и в органите, процесите на асимилация и дисимилация, и усвояването на хранителните вещества. Благоприятно се въздейства върху обмяната на белтъците и полипептидите в кръвта, което стимулира регенеративните процеси в тъканите и ускорява трофичните процеси.[54,74]

Важно е поддържането на телесно тегло близо до здравословните норми, правилното хранене и активния начин на живот. За лечение се прилагат само инжекции с инсулин, който се създава по изкуствен път в лабораторни условия.

3.3 Сърдечно-съдови заболявания

У нас въпреки тенденцията към намаляване на смъртността от болести на органите на кръвообращението през последните години, стандартизираният показател за България (611,3 на 100 000, 2008 г.) остава значително по-висок в сравнение с този за ЕС–236,3 на 100 000 за 2008 г.5 В България ССЗ са водеща причина за смъртност-през 2010 г. 67,5% от смъртните случаи в България се дължат на тях. Основните фактори на риска

за възникване на ССЗ са хипертония, диабет, тютюнопушене, високи кръвни нива на липиди, ниска физическа активност, нездравословен модел на хранене, затлъстяване и обременена фамилна анамнеза. Те често съществуват заедно, което увеличава многократно риска за здравето и налага те да бъдат третираны по комплексен начин. Пациенти с артериална хипертония имат двойно по-висок риск от инфаркт на миокарда, а при хипертония и силно увеличени нива на холестерола, рискът от инфаркт на миокарда е приблизително 15 пъти по-висок.[120]. Рискът от заболяване на периферните артерии се повишава три пъти при пушачи, които имат артериална хипертония. В болшинството от случаите острият повърхностен тромбофлебит се проявява на фона на варикозно променени вени на долния крайник (варикофлебит) и се явява често усложнение на хроничната венозна болест или постфлебитния синдром (10 пъти по-често) [110]. Варикозно променените вени представляват особено благодатна среда за развитие на тромбофлебит, поради наличието на дегенеративни промени във венозната стена и забавения кръвоток. При варикофлебитите поради развитието на дилатация и атрофия на стената, вените са възпалени и запълнени с голямо количество тромботични маси.[106,122] Атрофията на мускулния и еластичния слой на венозната стена е причина възпалената вена да не може да отреагира със спазъм и плътно да обхване формирания във венозния лумен тромб. Поради тази причина варикофлебитите крият по-голяма опасност от БТЕ и супуративни усложнения.[111,112,.113]

Превантивните стратегии за контрол на сърдечносъдовите заболявания се основават на въздействие върху факторите на риска, водещи до тяхното възникване. Повечето от сърдечносъдовите инциденти са предотвратими, ако срещу посочените фактори на риска се предприемат интегрирани действия.[44]

Първичната и вторичната превенция включва групи от стратегии по промоция на здравето, обвързващи се с намаляването на специфичните рискови фактори—редуциране употребата на никотин, затлъстяването, по-адекватни навици при хранене, увеличаване на физическата активност. Те изискват институционално съдействие, образование на населението, адекватна информационна система за мониторинг на заболяемостта и разпространението на рисковите фактори и компетентна медицинска общественост. Тези дейности трябва да имат популационно базиране и индивидуална насоченост. Популационно базирани програми, функциониращи с цел промяната на начина на живот и навиците се превръщат в общовалиден способ за здравно-политически решения в помощ на общественото здравеопазване.[92]

Прилагането на програмен подход при решаването на проблемите от сърдечно-съдовите заболявания обхваща следните компоненти:

- обучение, целящо намаляване на рисковите фактори;
- политика на хранене;
- промотиране на физическите дейности намаляване на телесната маса;
- медицинско обгрижване;
- адекватна болнична и доболнична помощ;
- рехабилитация;
- редуциране употребата на никотин;[148]

Рехабилитацията при сърдечно-съдовите заболявания стимулира работата на кардиалния и екстракардиалния фактор за поддържане на хомеостазата. Вследствие засилената проприорецепция се увеличава връзката в коровите процеси- кортико-висцерални и висцеро-кортикални, които са в основата на изграждането на условнорефлекторни връзки. Чрез

рехабилитация се постига : подобряване дейността на сърцето; преразпределение на съдовия тонус; намаляване на венозния застой; ускоряване на кръвотока; преразпределение на кръвта; поддръжка на еластичността на кръвоносните съдове; разширяване на коронарните съдове и се отварят нови капиляри и подобряване на трофиката на сърдечния мускул.[46,68]

3.4 Хронична бъбречна недостатъчност и хемодиализа

Хроничната бъбречна недостатъчност е синдром, при който вследствие на различни хронични бъбречни заболявания настъпва необратима загуба на основните бъбречни функции: отделителна (екскреторна), регулираща (хомеостатична) и инкреторна (ендокринна). Хроничната бъбречна недостатъчност е състояние, което представлява краен етап от множество хронични заболявания на бъбреците. Основните заболявания, които водят до бъбречна недостатъчност, се групират в няколко групи:

- Гломерулонефрити;
- Пиелонефрити, туберкулоза на бъбреците;
- Съдови заболявания–хипертония, стеснение на бъбречната артерия и др;
- Заболявания, нарушаващи дренажа на бъбреците и оттичането на урината–бъбречни камъни, тумори на пикочните пътища;
- Вродени аномалии на бъбреците–наследствена поликистоза, вродени хидронефрози и др;
- Обменни заболявания–подагра, диабет;
- Лупус, склеродермия;

Увреждат се основните бъбречни функции: Нарушения в отделителната (екскреторната) функция на бъбреците. Намалява екскрецията на азотните продукти от белтъчната и пуриновата обмяна. Повишават се уреята, креатининът, пикочната киселина, гванидините, ароматните амини и др. Те водят до уремичен перикардит, кардиомиопатия, полиневропатия, хемолиза. Нарушава се водно - електролитната хомеостаза. Може да има дехидратация или хиперхидратация, хипонатриемия, хипернатриемия, хипокалиемия, хиперкалиемия, хипермагнезиемия. Нарушава се калциево-фосфорната обмяна. Има хипокалциемия и хиперфосфатемия. Развива се остеопороза. Нарушава се и алкално-киселинното равновесие. Възниква метаболитна ацидоза поради нарушение на ацидогенезата, амониогенезата и изконсумиране на бикарбонатния резерв. Нарушения в ендокринната функция на бъбреците. Намалява синтеза на еритропоетин в бъбреците, затруднено е превръщането на 25-(ОН)-Д₃ в 1,25(ОН)₂Д₃, който е най-активен метаболит на витамин Д. Намален е клирънс на някои хормони: фоликулостимулиращ хормон, лутеинизиращ хормон, пролактин и др. В стадия на изразена хронична бъбречна недостатъчност се появяват характерни симптоми, които в следващите стадии се засилват. Кожата е бледа, суха, с жълтеникав цвят. В терминален стадий има белезникави кристалчета от урея. Болните имат упорит сърбеж, виждат се следи от разчесване. Анемично-хеморагичен синдром. Установява се нормохромна и нормоцитна анемия. Тя има комплексна генеза—дължи се на намалена продукция на еритропоетин, подтиснат костен мозък от азотните тела в кръвта, хемолиза, железен дефицит. Настъпват нарушения в кръвосъсирването и има склонност към кръвоизливи—подкожни, от носа, венците, от гениталиите у жените и др. Дължат се на намаляване на броя на

тромбоцитите, повишената чувствителност на капилярите. Болните се оплакват от сухота в устата, жажда, безапетитие, уринозен дъх от устата. Те имат гастритни и ентероколитни оплаквания—гадене, повръщане, коремни болки, диария. Прояви от дихателната система. Дишането става шумно и дълбоко (Кусмаулово дишане) при развитие на метаболитна ацидоза. Може да възникне белодробен оток, пневмония, плеврит. Наблюдава се артериална хипертония, която води до обременяване на лявата камера. В напреднал стадий възниква сърдечна недостатъчност, появява се и перикардит. Има болки в областта на сърцето, задух при усилие, лесна умора, тахикардия, перикардиално триене, кардиомегалия. Болните се оплакват от болки в крайниците (полиневрити). Има главоболие, мускулни потрепвания, гърчове, съзнанието постепенно се замъглява и накрая болните изпадат в уремична кома. Тези прояви се дължат на мозъчен оток. Зрителната острота намалява, болните се оплакват от тъмни петна пред очите. Откриват се конюнктивални и корнеални калцификати, кръвоизливи в ретината Болните имат упорити болки в костите, възникват спонтанни фрактури. Налице е остеомаляция и остеопороза.[153,154]

Хемодиализа - хемодиализата е процедура, при която кръвта на болния се филтрира и "пречиства" от отпадните азотсъдържащи вещества, ненужната вода и соли. Чрез хемодиализата се регулира артериалното кръвно налягане и баланса на електролитите (калий, натрий, хлор, фосфор и калций). Прилага се при наличие на бъбречна недостатъчност, в отделни случаи при спешни състояния на предозиране на медикаменти и прием на отрови. Хемодиализа се прилага в случаите, когато консервативното лечение не дава резултат и стойностите на креатинина в кръвта достигат 885 ммол/л (при диабетици тази стойност е по-ниска). Под внимание се взимат редица други показатели като ниво на калия и фосфатите в кръвта, киселинност на кръвта, стойности на

кръвното налягане и др. Хемодиализата може да се осъществи в болнични или домашни условия. Хемодиализата крие някои възможни усложнения, предизвикани от бързата промяна във водно-електролитния състав на кръвта и телесните течности. Наблюдават се мускулни крампи и спадане на кръвното налягане. Спадането на кръвното налягане се проявява като слабост, замаяност, гадене. Диализата компенсира само отделителната функция на бъбреците, без да замести отделяните от тях хормони, влияещи върху кръвотворенето и обмяната на костите. Дългогодишното провеждане на хемодиализа води до специфични усложнения, като бъбречна хипертония, бъбречно обусловено страдание на костите, бъбречна анемия, сетивно-моторна полиневропатия, кожни увреждания със сърбеж, перикардит, белодробен застои, хроничен хепатит, амилоидоза, кисти на бъбреците, ускорена атеросклероза, мозъчна деменция.[79]

Рехабилитацията подпомага да се нормализира отделителната функция на бъбреците, да се ускори обратното развитие на възпалението и регенеративните процеси, да се преодолее спазъма на уретрите и да се възстанови тяхната перисталтика. Чрез общоукрепващи упражнения, съчетани с дишане, упражнения за релаксация, дозирано ходене, близък туризъм и закаляване се подпомага увеличаване съпротивителните сили на организма и предпазване от усложнения и рецидиви.[54,68]

3.5 Неврологични заболявания

Неврологичните заболявания освен, че икономически и психологически обременяват хората и семействата им, често водят до инвалидизация, загуба на трудоспособността и трайно намалени възможности за ресоциализация.

Неврологичните заболявания засягат централната и периферна нервна система. Понякога те са наследствени, а друг път се дължат на възпалителни процеси в тялото. Ранното диагностициране е изключително важно за ефективното лечение на неврологичните заболявания.[73]

Мозъчно-съдова болест - Инсултът или "mozъчен удар" представлява остро нарушение на кръвоснабдяването на мозъка. Това може да се дължи или на запушване на съда от тромб или ембол (исхемичен инсулт) или на разкъсване на мозъчен съд (хеморагичен инсулт). Мозъчните клетки са особено чувствителни към недостига на кислород и хранителни вещества и умират само няколко минути след прекъсване на кръвоснабдяването им. В резултат на нарушената мозъчна функция настъпва и нарушение на множеството жизнени функции, контролирани от мозъка, което се проявява със съответни симптоми. Инсултът е на четвърто място по причина за смърт и представлява абсолютно спешно състояние - навременното лечение значително повишава шансовете за оцеляване и възстановяване.

Рискови фактори:

- високо артериално налягане;
- диабет;
- тютюнопушене;
- затлъстяване и повишен холестерол;
- употреба на орални контрацептиви;
- заболявания на сърдечно - съдовата система;
- злоупотреба с алкохол;
- периферна артериална болест;

Пол - мъжете имат по - висока честота на инсултите и в по - млада възраст, но жените имат по - висока смъртност от инсулт.[89]

Паркинсон - Болест на Паркинсон е прогресивно невродегенеративно заболяване, което се проявява най-вече при хората над 55-годишна възраст. При Паркинсон се увреждат клетките, които синтезират допамин в човешкия мозък. Болестта на Паркинсон е хронично и прогресиращо заболяване на мозъка, пациентите имат затруднен контрол върху движенията на тялото и това състояние се влошава с прогресиране на болестта. Накрая те стават неспособни да изпълняват ежедневните си дейности. Симптомите на болестта на Паркинсон са резултат от загубата на нервни клетки в мозъка, която засяга контрола на движенията, както и други сфери като - настроение, сън и мисловна дейност. Не е известна точната причина за загубата на нервни клетки, но се смята, че включва комбинация от генетични фактори, фактори на околната среда и стареене.[89]

Болестта на Паркинсон е едно от най-честите неврологични (на нервните клетки) заболявания. През 2004 година тя е засегнала приблизително 5.2 милиона мъже и жени, като от 4 до 20 нови случая се установяват на всеки 100 000 души всяка година.[131] Болестта на Паркинсон обикновено се развива при хора между 55 и 65 години, въпреки че ранни форми на болестта могат да се проявят и преди 40 годишна възраст. Проучване в 5 европейски страни е установило, че 1.6 % от населението на възраст над 65 години страда от болестта на Паркинсон.[145]

Множествена склероза - Множествената склероза (*Encephalomyelitis disseminata*, известна още и като *Дисиминативна склероза* или съкратено МС) е автоимунно възпалително невродегенеративно хронично заболяване с неизяснена етиология и вероятна генетична предразположеност. Като ключов фактор в развитието ѝ могат да бъдат факторите на околната среда и инфекциозни причинители. МС засяга мастната миелинова обвивка

на аксоните на човешкия главен и гръбначен мозък. Това причинява демиелинизация и образуването на лезии в мозъка, което води до широк спектър от признаци и симптоми. Заболяването се развива най-често в ранните години на зрелостта, като се среща по-често при жените. Разпространението му варира в широки граници между 2 до 150 болни на 100 000 души. МС е описана за първи път през 1868 г. от Жан Шарко.[53]

Деменция - болестно състояние, при което се нарушават висшите корови функции в човешкото съзнание. Първо се засяга паметта, след което концентрацията и емоциите, отразявайки се на ежедневните дейности на болния;[78]

Невралгия - заболяване на периферните нерви, започващо с внезапна и силна болка, която постепенно се разпространява по цялото тяло. Болката може да трае между няколко секунди и няколко минути.

Полиневрит - заболяване на нервите, което е причинено от инфекция или алергична реакция. Засяга нервните стволоче на гръбначно-мозъчната система

Радикулит - Това е едно от най-честите заболявания на периферните нерви. Трябва обаче да се отбележи, че в същност тях-ната честота е по-малка, защото диагнозата радикулит се поставя много по-често, отколкото се среща. С такава диагноза напч. се кръщават едва ли не всички болки в кръстно-поясната област, когато в същност се касае за заболяване на мускулите, съединителната тъкан или ставите. Проявите по един радикулит (на няколко или много коренчета на нерва) са много типични. Той започва остро или под-остро (за няколко часа или 1-2 дни), като понякога първите симптоми са след ставане от сън, след слизане от превозно средство, след екскурзия или след физическо натоварване и се изразяват в болка в съответната област и ограничение на дви- женията поради засилващата се

болка. Коренчевата (радикулитната) болка е много характерна - тя се усилва при всяко налягане (кихане, кашляне и др.), като се излъчва към зоната, в която се намира периферният нерв, съставен от тези коренчета. Мускулите в тази област са опънати, болезнени, има болка при натиск в съответните на коренчетата нерви. Трябва също така да се отбележи, че докато радикулитите в шийната област и в областта на гръдния кош по-рядко се грешат, то радикулитите в кръстно-поясната област най-често се диагностицират неправилно. Както радикулитите, така и мускулните и ставно-мускулните заболявания най-често са от токсично-инфекциозни причини иди пренапрежения (внезапни или хронични). В известен брой от случаите те са резултат на заболявания на съседни органи и системи.[89]

Рехабилитацията при неврологичните заболявания подобрява силата, подвижността и равновесието между процесите на възбуждане и задържане. Чрез потискане на патологичните процеси се разрушават патологичните стереотипи и се създават механизми за адаптация и приспособяване, функционална тренировка и обучение на загубени функции, подобряване на протективните реакции и появяване на психо-емоционалния тонус. Обучението в дейностите от ежедневието, ползването на помощни средства и ерготерапевтичните методи за създаване на компенсаторни механизми подпомагат социалната интеграция и адаптация на пациента.[49,68,74]

3.6 Дегенеративно-ставни заболявания

Дегенеративни ставни заболявания – това са най-често срещаните ставни увреждания. До голяма степен те се определят като неизбежни състояния, които са резултат от хода на времето. Дегенеративните костни заболявания са причинени от износването на ставите в ежедневието,

прогресивни деструктивни процеси, които оставят трайни поражения в организма.

Остеоартрит - Остеоартритът е дегенеративно заболяване на ставите. Характеризира се с болка, кратка сутрешна скованост, понякога със слабо възпаление и оток на засегнатата става. Оплакванията се успокояват при покой и се засилват при движение. При Рo изследване се установяват характерни промени в ставите – стеснение на ставната цепка, формирането на остеофити /шипове/. Дегенеративните ставни заболявания се разделят на две основни групи – първични /свързани с възрастта /и вторични/ след травми, инфекции в ставата, подагра или други метаболитни нарушения, свръхнатоварване на ставата.

В групата на първичните дегенеративни заболявания основните стави, които се засягат са: колянна, тазобедрена, първите интерфалангеални стави на пръстите на ръцете, с образуването на възли, наречени Хаберденови възли. В групата на вторичните ставни заболявания спада засягането на всяка става и на гръбначния стълб.

Артрозата - най-честото дегенеративно заболяване с локализация:

- гръбначен стълб - 45%
- коленна става – 38%
- тазобедрена става – 12%

Според съвременните хипотези се развива между биомеханични несъответствия и способността на хиалинния хрущял да понесе натоварването.

Спондилоартроза - Спондилоартрозата е дегенеративно заболяване на гръбначния стълб, което засяга интервертебралните стави и междупрешленните дискове. Заболяването протича с болки в гръбначния

стълб, най-често в лумбалната област. Дисковата херния е състояние при което се нарушава целостта на междупрешленните дискове – настъпва разкъсване на фиброзния слой на диска и излизането на ядрото му през образуваните цепнатини. Образува се дискова херния. Тя притиска нервните коренчета в резултат на което се изявява радикулерен синдром /най- често известен като исшас/. Най-честата причина за появата на дискова херния е рязкото движение, претоварването на лумбалната област, неправилна позиция на тялото. Появата на дискова болест е фактор за развитието на остеофити /шипове/. Остеофитите са средство на компенсиране от организма на преразпределението на натоварването на гръбначния стълб. Появили се като защитна реакция, с времето те се превръщат в допълнително увреждащ нервните влакна фактор и задълбочаване на гръбначните болкови синдроми. Винаги трябва да се има предвид, че гръбначният стълб поддържа изправеното положение на тялото. [72]

Гонартроза - Гонартрозата представлява дегенеративно заболяване на колянната става. Тя може да бъде едностранна или двустранна. Протича със силна болка в коляното, понякога с оток и зачервяване. Постепенно ставата се деформира, настъпва ограничение в движението, а в по-тежките случаи се развива анкилоза – състояние на пълна загуба на подвижност в ставата.

Коксартроза - представлява дегенеративно ставно заболяване на тазобедрената става. Тя може да бъде едностранна или двустранна. Може да се развие в резултат на вроден дефект на тазобедрената става или, което е особено често след травма на тазобедрената става. Често заболяването на тазобедрената става рефлектира към колянната става от същата страна и се появяват болки и в нея. [39]

Артрити - Артритите са разнообразна група възпалителни заболявания на ставите. Те се делят на:

- **Инфекциозен артрит, Остър бактериален /септичен/ артрит** - Инфекциозният артрит има остро начало, обикновено засяга една от големите стави, най-често колянна или гревнена. Често има предхождащо увреждане на ставата – напр. травматично, или манипулация върху ставата. Инфекциозният артрит може да се развие и в хода на тежка инфекция засягаща организма /сепсис/. Протича с много висока температура, оток, зачервяване и силна болезненост в засегнатата става. При пункция се установява повишен брой на левкоцитите в ставата.

- **Ревматоиден артрит** - Ревматоидният артрит е сериозно системно заболяване, което спада към групата на автоимунните заболявания и засяга синовиалните мембрани на ставите. Той има хроничен и прогресиращ ход и често води до инвалидизация. Засяга по-често жените, като най-често започва между 20 и 40 годишна възраст. Ревматоидният артрит започва по-често неусетно със субфебрилна температура, сутрешна скованост на малките стави на ръцете, с постепенно обхващане и на по-големите стави. Понякога началото може да бъде остро, предизвикано от инфекция, хирургическа интервенция или силен стрес. Засягането на ставите е симетрични. Сутрешната скованост и болка с оток на засегнатите стави са отличителни черти на заболяването. Рентгенологично се установява възпалителен процес на синовиалната мембрана на ставите, деминерализиране на подлежащите кости, образуването на панус и разрушаването на хрущяла. С напредването на заболяването настъпва пълно разрушаване на ставните структури и образуването на

анкилоза. Ревматоидният артрит е заболяване на целия организъм. Заболяването има хроничен ход с чести обостряния. Разработени са много схеми за лечението на заболяването, като е задължително болният да се обръща към лекар-специалист ревматолог.[20]

- **Болест на Бехтерев** - Болестта на Бехтерев спада към групата на серонегативните спондилоартропатии. Тя се характеризира с хронична болка в гръбначния стълб при млади хора, прогресивно ограничаване на движенията на гръбначния стълб, засягане временно /в 50%/ или постоянно /в 25%/ на периферните стави, сакроилиачните стави и увеит. Заболяването започва обикновено в кръстната област на гръбначния стълб с ограничение на движенията. Постепенно заболяването обхваща и другите отдели на гръбначния стълб, като се достига до пълна ограниченост на движенията му. Това рефлектира и върху дихателните движения на гръдния кош, поради засягането на костовъртебралните стави. С напредването на заболяването целият гръбначен стълб загубва своята подвижност. В 3-5 % от болните се засяга сърдечно – съдовата система с развитието на инсуфициенция на аортната клапа и нарушения на проводимостта. Най-ранните промени са в сакроилиачните стави, като за ранно диагностициране на заболяването е подходящо да се проведе КАТ изследване. По-късно промените в сакроилиачните стави са видими и при нормално рентгеново изследване.[64]

Травми на опорно-двигателната система - Травмите на опорно-двигателната система са особено чести. Тяхната честота нараства непрекъснато главно поради две причини – застаряването на населението и битовия травманизъм и автомобилните катастрофи. Към травмите на опорно-

двигателната система се включват – изкълчванията, навяхванията, счупванията. Най-общо те се характеризират с разтягане, разкъсване на околоставни и ставни структури – сухожилия, ставни капсули, мускули и счупване на кости. Каквито и да са по сложност счупванията за тяхното по-бързо зарастване са необходими допълнителни количества от калций, магнезий и вит Д. Това се отнася с особена сила за сложните счупванията лекувани оперативно с имплантирането на пирони. При тяхното оздравяване процесите на калциране протичат по-бавно и е подходящо те да бъдат подпомогнати с допълнителен прием на калций. Остеопорозата, наред със забавените процеси на регенерация при възрастните хора е допълнителен фактор за по-бавното заздравяване на счупванията. [10]

Остеопороза - Остеопорозата е заболяване на костите, което се характеризира с намалена костна плътност. При това заболяване процесите на разграждане на костта преобладават над процесите на изграждането ѝ. Основни причини за развитие на остеопорозата са нарушение на хормоналния баланс – ниско ниво на естрогени и андрогени, имобилизация, някои ендокринни заболявания като Болест на Къшинг, приложение на глюкокортикостероиди за лечение на различни заболявания, хиперпаратиреоидизъм, злокачествени заболявания. Тютюнопушенето при жените и прекомерната употреба на алкохол при мъжете са рискови фактори за развитието на остеопороза. Заболяването се среща значително по-често при жени в менопауза отколкото при мъже на същата възраст. Наричат остеопорозата “тихия враг”, защото това е заболяване, което не дава съществени оплаквания, които да насочват към неговото диагностициране, освен болки в гръбначния стълб, които биха могли да имат и много други причини. Заболяването днес се диагностицира много по-често най-вероятно поради повишената информираност на пациентките и поради повишения

стремеж на лекарите за неговото ранно диагностициране, поради порасналите възможности за неговото ранно лечение и профилактиране. Остеопорозата е опасна с нейните усложнения – спонтанни фрактури на прешлени и бедрената кост в областта на шийката на бедрената кост. По-малко от половината пациенти оживяват, поради тежките усложненията, с които е свързано това състояние. Днес заболяването се диагностицира точно с Dual energy X-ray /DEXA/ изследване, резултатите от което са приети за златен стандарт за диагнозата на заболяването. [5]

Дегенеративните заболявания са заболявания, чиято честота нараства и все по-често се среща сред младите хора в активна трудова възраст. Това определя и социалната значимост на тези заболявания.

Рехабилитацията подпомага и стимулира възстановяването на засегнатата структура, повлиява трофиката, се улеснява и регулира регенерацията. Благоприятства обратното развитие на атрофичните и дегенеративно-дистрофичните процеси и се възстановява движението. [68,97]

4. Водещи рискови фактори при хроничните заболявания

Основните рискови фактори за хронични заболявания – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност, са широко разпространени в България. [114]

4.1. Употреба на тютюневи изделия

Тютюнопушенето е една от доказаните, водещи предотвратими причини за болестност и смъртност. По данни на СЗО всяка година, над 5,6 милиона души в целия свят умират преждевременно от заболявания, свързани с тютюнопушенето. Над 5 милиона от тях са настоящи и бивши

пушачи и над 600 000 са непушачи, изложени на пасивно тютюнопушене. До 2030 г. смъртността се очаква да достигне 8 милиона годишно. Ако подобни тенденции се запазят, през 21 век тютюнопушенето ще е причина за смърт на около 1 милиард души. Смята се, че повече от 80% от тези смъртни случаи ще са в страните с ниски и средни доходи. В Европа тютюнопушенето формира 12.2% от глобалното бремене на болестите (3-28.8% в отделните страни) и е причина за 2,30-21,00% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.50% от всички болести и 12.40% от смъртните случаи. Изчислено е, че приблизително 650 000 граждани на ЕС умират преждевременно всяка година заради употребата на тютюн, включително и непушачи. Съгласно оценките на Световната банка цената, която плаща здравната система на дадена държава за последствията за здравето от употребата на тютюневи изделия съставлява между 0.10% и 1.10% от брутният вътрешен продукт в различните страни. Тютюнопушенето е широко разпространено у нас. Ако през 1952 г. са пушили 13,70% от българските граждани, то през 2007 г. тютюнопушенето е разпространено сред 45,20 % българите. В последните години се очертава тенденция към ограничаване на тютюнопушенето – през 2008 г. са пушили 38,80%, през 2011 г. – 36,00%, а през 2012 г. като пушачи се самоопределят 34,00%. Голяма загриженост предизвиква тютюнопушенето при българските деца. От изследваните 13-15 годишни деца през 2008 г. 16 правилите опит да пушат са 58.80%, като 56.10% са момчета и 61.30% са момичета. От тях учениците, които са запалили първата си цигара преди 10-годишна възраст, са 21.20% (26.60% момчета и 16.30% момичета). Пушилите цигари през последния месец са 28.20%, като 24.40% са момчета и 31.60% са момичета. Непушещите, склонни да пропушат са 31.20%, като 27,00% са момчета и 36.40% са момичета. На пасивно тютюнопушене у дома са изложени 71.90%

от 13-15 годишните български деца. Значително високо е равнището на тютюнопушене и сред 15-16 годишните български деца – 38,90% през 2011 г., от които 32,70% момчета и тревожно високо равнище за момичетата-45,60%.

Заради тютюнопушенето у нас се увеличава броят на новите случаи със злокачествени тумори на белия дроб–през 2008 г. са регистрирани 3996 новозаболели, които са с 43.30% повече от тези през 1970 г. (2266). Тенденция за увеличаване или нарастване има както при мъжете, така и при жените. При мъжете, по причина на тютюнопушенето, най-висок е относителният дял на смърт от рак на белия дроб, в сравнение с други класове болести или нозологични единици. Например във възрастта на 45-64-годишните 93,00% от смъртните случаи от рак на белия дроб се дължат на тютюнопушенето; при 35-44-годишните относителния дял е 85,00%, а над 65 години-86,00%. При жените, както и при мъжете делът на настъпила смърт от рак на белия дроб, свързани с тютюнопушенето, е най-голям за възрастовите групи: 35-44 г.-21,00%; 45-64 г.-50,00% и над 65 г.-29,00%. При жените на възраст 45-64 години всеки втори смъртен случай от рак на белия дроб се дължи на тютюнопушенето.

Висок е относителният дял на смъртните случаи при мъжете от болести на органите на кръвообращението, дължащи се на тютюнопушенето. Те се разпределят във възрастовите групи: 45-48,00% и 35-43,00%, т.е. почти всеки втори смъртен случай от болести на органите на кръвообращението при мъжете се дължи на тютюнопушенето. При жените по отношение на приноса на тютюнопушенето в смъртността от болести на органите на кръвообращението, данните показват, че във възрастовите категории 35-44 г. тя е 9,00%, а 45-64 години–10,00%, т.е. в сравнение с мъжете, делът на

смъртните случаи, дължащи се на тютюнопушене при жените, е значително по-нисък.

4.2. Злоупотреба с алкохол

Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9,20% от общото бреме на болестите в развитите страни. По данни на СЗО, от 2 милиарда души по света, които консумират алкохолни напитки, 76,3 милиона души са с диагностицирано разстройство по причина на алкохола. 2,5 милиона души по света са починали през 2004 г. от болести, свързани с алкохолната злоупотреба, включително 320 000 млади хора между 15 и 29 години. Алкохолната консумация е отговорна за 3.80% от общата смъртност в света през 2004 г. и 4.60% от общата заболяемост. Алкохолът е причина за около 20-30% от случаите на заболяване на хранопровода, цирозата на черния дроб, епилептичните припадъци, убийствата и пътнотранспортните произшествия в света.

В Европейския съюз вредната и рисковата консумация на алкохол е третият най-голям рисков фактор за влошено здраве (при количество от 11 литра абсолютен алкохол (АА) за година на човек), отговорен за 195 000 смъртни случая всяка година, наброяващи 12,00% от преждевременната смъртност при мъжете и 2,00% от преждевременната смъртност при жените. Най-висок процент на общо употребяващи алкохол в Европейския съюз, според публикувания през 2010 г. „Евробарометър”, се открива в Дания (93,00%), Швеция (90,00%) и Холандия (88,00%), а най-нисък – в Португалия (58,00%), Италия (60,00%) и Унгария (64,00%).

Резултатите от „Национално изследване на факторите на риска, свързани с начина на живот сред население на възраст 25-64 г.”¹⁹ проведено от Националния център по общественото здраве и анализи (НЦООЗ), показва, че 23,20% от населението (39,50% от мъжете и 7,30% от жените) употребяват

алкохол редовно. 13,80% (19,80% от мъжете и 3,80% от жените) консумират концентрати всеки ден. По данни на Националния статистически институт²⁰, отразяващи проведено Европейско здравно интервю, което е част от Европейската система на здравни изследвания, се вижда, че нито веднъж не са употребявали алкохол 16,90% от мъжете и 42,90% от анкетираните жени или общо 30,50 % за страната; от 4 до 6 пъти седмично алкохол консумират 4,80% (7,50% мъже и 2,20% жени), а всеки ден алкохол се консумира от 6,10% български граждани (10,40% мъже и 2,10% жени). Отчетени са нива и на „тежко епизодично пиене“: 62,10% българи никога не са пили 6 и повече питиета при един повод, но ежемесечно те са 7,20% (8,40 % мъже и 4,30% жени), ежеседмично 2,40% (2,08% мъже и 1,40%) и ежедневно или почти всеки ден–0,50% (0,70 % мъже и 0,00% жени).

По отношение на подрастващите „Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици“ (ESPAD), провеждан съвместно от НЦООЗ и Националния център по наркомании, показва, че сред 16-годишните, употребата на поне едно питие през последните 30 дни е при 57,00% през 1999 г., 65,00% през 2003 г., 66,00% през 2007 г. и 65.20% през 2011 г. Резултатите показват, че през 2007 г. 21,00% от учениците (25,00% момчета и 18,00% момичета) са се напивали поне веднъж през последните 30 дни, като през 2011 г. тези проценти са съответно 20,40% (23,60% и 18,10%).^[77]

4.3. Нездравословно хранене

Негативните характеристики на храненето, както и неблагоприятните тенденции в модела на хранене на населението в България, водят до увеличаваща се честота на наднормено тегло и затлъстяване, включително и при децата, висока заболяемост и смъртност от хронични болести, свързани с храненето. Епидемията от затлъстяване поставя едно от най-

сериозните предизвикателства пред общественото здраве в европейския регион.[80]. Разпространението на затлъстяването се е увеличило 3 пъти през последните 2 десетилетия. Половината от всички възрастни и една пета от децата в страните на европейския регион са с наднормено тегло. От тях една трета са вече със затлъстяване и броят им бързо нараства. В България също се наблюдава неблагоприятна тенденция за увеличаване разпространението на затлъстяването при децата. Данните от националното представително проучване на храненето и хранителния статус на учениците в България, проведено през 1998 г., показва например, че при децата на 7-8-годишна възраст с наднормено тегло са 23,30%, като 7,20% от тях са със затлъстяване, докато при проведеното през 2008 г. изследване при същата възрастова група наднорменото тегло се е увеличило и се наблюдава при 30,60% от изследваните деца, като 13,60% от тях са със затлъстяване. Децата и от двата пола от 1 до 5 години също са рискова група за наднормено тегло, което се установява при 9,50% от тях. Свръхтеглото и затлъстяването допринасят в голяма степен за развитието на незаразните заболявания, намаляват продължителността на живота и повлияват неблагоприятно неговото качество. Повече от 1 милион от смъртните случаи в региона се дължат на заболявания, свързани със свръхтеглото. Тенденцията е особено тревожна при децата и юношите, която преминава по-нататък в епидемия в зряла възраст и повишава здравния риск за следващото поколение. Затлъстяването повлиява силно икономическото и социалното развитие: 6,00% от разходите за здравни грижи в европейския регион се дължат на затлъстяването и свръхтеглото при възрастното население. Допълнително свръхтеглото и затлъстяването водят до поне 2 пъти по-високи индиректни разходи (дължащи се на преждевременна смъртност, намалена работоспособност и свързани с това загуба на доходи).

В нашата страна са налице сериозни предизвикателства в областта на храненето. Необходимо е предприемане на дейности за намаляване разпространението на наднормено тегло и затлъстяване сред населението, особено при децата; намаляване консумацията на готварска сол; реформулиране на храните с цел подкрепа на здравословен модел на хранене и осигуряване на качествени и безопасни храни за цялото население; намаляване честотата на анемията при кърмачета, малки деца и жени в детеродна възраст, със специален фокус към социално слабите групи; създаване на регулаторни механизми за намаляване въздействието на рекламата на храни и напитки, допринасящи за нездравословен модел на хранене, предназначени за деца.

4.4 Намалена физическа активност

Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. Тя формира 3,50% от глобалното бреме на болестите в европейския регион на СЗО (от 1,80% до 5,60% за отделните страни) и е причина за 3,30-11,20% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4,30% и 7,70%. С недостатъчна физическа активност в света са над 60,00% от населението. Не практикуват никакъв спорт около 50,00% от европейците, като с най-висок дял е България (82,00%), следвана от Гърция (79,00%), Унгария (71,00%), Румъния (69,00%), Италия (67,00%), Полша (66,00%) и Латвия (65,00%). Ниската физическа активност, заедно с редица други фактори на риска, води до по-висока заболяемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др. Комбинациите от ниска физическа активност, повишено артериално налягане, повишен холестерол, наднормена телесна маса или затлъстяване увеличават многократно риска за здравето на хората. Обездвиженият начин

на живот е широко разпространен сред всички възрастови групи на населението в България. По данни на национално изследване за факторите на риска за хроничните неинфекциозни болести сред население 25-64 г., над 80,00% от анкетираните са с недостатъчна физическа активност през свободното време. Не практикуват въобще физически упражнения 74,60% от тях (включително поради болест и инвалидност). Веднъж седмично и по-рядко извършват физически упражнения 13,90% от изследваните; 2-3 пъти седмично са физически активни едва 6,40% от тях. Ниска е честотата на извършваните енергични и умерени физически натоварвания през седмицата, недостатъчна е тяхната продължителност. Особено сериозен е проблемът с ниската физическа активност при децата в ученическа възраст. Физическите занимания, в рамките на учебните програми в училищата, са недостатъчни за поддържане на добро здраве, което налага извършването на допълнителни физически натоварвания през свободното време.

Изследване за честотата и продължителността на физическата активност на учениците на възраст 7-19 г., извън училищната програма, показва, че само 14,00-21,00% от момчетата и 8,00-11,40% от момичетата извършват умерена физическа активност поне 1 час дневно. По-малко от ½ час е продължителността на физическата активност при 42,50% от момчетата и 51,00% от момичетата на 7-10 г. и 30,00% от момчетата и 45,00% от момичетата на 10-19 г. Висок е относителният дял на учениците, които не извършват или извършват рядко (по-малко от 1-3 пъти месечно) физическа активност през свободното време – 11,00-16,00% от момчетата и 17,00-27,00% от момичетата. Най-голяма е неактивността сред момичетата на 14-годишна възраст.

Посочените изследвания показват, че е налице нарастващо обездвижване на населението в страната, което налага разработването и реализирането на национална политика в тази област.

5. Медико-социални проблеми на пациентите с хронични заболявания и стратегии за справяне с болестта

Промяна в цялостния досегашен ритъм на живот – болестта доминира в живота на човека като налага свой ритъм и свои изисквания: вземане на лекарства (често по схема), периодични посещения при лекар и провеждане на различни контролни изследвания, спазване на определен хранителен и двигателен режим и др. Тези промени се преживяват различно от отделните хора.

Промяна на външния вид - болестта (или лечението ѝ) може да доведе до такива промени, като: бързо отслабване или напълняване, окапване на косата, загуба на крайник или части от него, поява на открити рани и др. Тези състояния могат да предизвикат психологически промени в личността.

Влошава се психическото самочувствие, личната самооценка и емоционалната стабилност- хроничното заболяване често предизвиква емоционални и психични смущения и проблеми, независимо дали са признавани или отричани. Различни противоречиви емоции могат да се редуват като усещане и външна изява – понижаване на настроението, раздразнителност, прояви на агресия, страх, паника, безразличие. Тези емоционални състояния могат да се превърнат в бариера пред социалните контакти на болните с хронични заболявания.

Намаляват функционалните (физическите) възможности. Това може да се окаже важна предпоставка за възникване на съпътстващи заболявания и до поява или задълбочаване на инвалидността.

Променя се ценностната йерархия на човека - хроничното заболяване подлага на сериозна преоценка смисъла на живота.

Появява се висока степен на риск от инвалидизация - много хронични заболявания (ревматичните, неврологичните и др.) ясно манифестират перспективата за инвалидизация. Това е особено травмиращо в първите етапи на болестта. Мнозинството хора си дават ясна сметка, какви са негативните последици от една евентуална бъдеща инвалидизация, в т.ч. и поради появата на т.нар. символни бариери.

Нарушават се социалната стабилност и отношения в семейството-необходимостта от повече грижи за човека с хронично заболяване, отпадането на някои семейни задължения и социални роли, появата на нови, нетипични такива и психологическа нестабилност.

Нарушават се възможностите и способностите за преодоляване на наличните социални бариери - човекът с хронично заболяване се изправя често пред изцяло нов, неподозрян досега проблем. Редица елементи на социалната и физическата среда се превръщат в трудно преодолими или непреодолими социални бариери – проблем, с който не всички хора успяват да се справят и това често диктува степените на самоизолация. Например при ходене се изпитва силна болка, а тротоарите са неравни, стъпалата на превозните средства в публичния транспорт високи, настилките в много публични сгради са хлъзгави.

Ограничава се достъпа до пазара на труда- отпадането на редица професионални роли, загубата на работа, намаляването на финансовите средства, увеличението на разходите за лечение и влиянието на много други фактори силно редуцират достъпа на човека с хронично заболяване до пазара на труда, достъпа до пазара на стоки и услуги.

Всички тези процеси често протичат едновременно и взаимно проникват в себе си и влияят с различна посока и сила върху живота на човека с хронично заболяване и живота на неговото семейство. Заедно със самото хронично заболяване, оказват огромно влияние върху психиката на човека, върху психологическия климат в семейството, върху социалните измерения на личния и семейния живот.[65, 66]

Интердисциплинарният подход позволява да се определят биологичните, психологичните и социалните фактори, участващи във всички етапи на здравето и болестта. Биопсихосоциалният модел се счита като ръководна рамка за прилагането на психологичната теория и научните доказателства по отношение на здравето, болестта и здравеопазването.

Изследванията на влиянието на възрастта върху здравето извеждат редица критични периоди в живота на човека. Това са периоди, когато се осъществяват дълбоки промени в психологичните структури и процеси, изискващи от всеки човек да се адаптира и да се справи с тези промени. Счита се, че психосоциално индуцираните заболявания се свързват с несъответствия между очакванията на хората и самите реални ситуации. Такива несъответствия са чести във време на социална депривация, при конфликти на социални роли, при бързо осъществяващи се промени.[63]

Изследванията върху житейските събития от раждането до смъртта установяват, че дълбоката привързаност в отношенията между хората изгражда силен психологичен ресурс за справяне на личността със стресовите ситуации. Себеуважението и способността за решаване на проблеми са много ценни ресурси на човека за справянето му с житейските събития.

Редица изследвания очертават теоретичната рамка за осигуряване на културално чувствителна здравна помощ. Важни компоненти са:

- Културалната идентичност – включително културалните ценности на самите пациенти, техните убеждения и приоритети.
- Ценностната ориентация – природата на отношенията на хората един към друг, смисълът на живота, времето като ценност в дадена култура, взаимоотношенията между хората и природата.
- Комуникационният стил – език и предпочитания, диалект на хората, невербално поведение, обичаи на общността, специфични убеждения и практики, свързани със здравето.
- Стилът на обучение – предпочитания към формалния или неформален начин на обучение, традиционни подходи на обучение, здравна просвета с или без нови подходи а активно участие в процеса на обучение.
- Религиозните практики – предпочитания, вярвания, ритуали, забрани.
- Здравни убеждения – отношение към алтернативната медицина, как се отговаря на болката, отношение към болестта и боледуването.
- Семейни взаимоотношения – роля на семейството, стил на живот, вземане на решения, ангажименти с другите в семейството.

Ролята на поведенческите фактори в развитието на разстройствата и хроничните заболявания става все по-ясна. Различните форми на поведение се считат за ключови за успеха на първичната, вторичната и третичната превенция, както и на здравната промоция. Всяка привичка на човека има ред характеристики – причина, поддържане, промяна и рецидив. Голямо внимание се отделя напоследък на това как най-добре да се съчетаят успехите на индивидуализираните подходи с призивите на мас-медиите за промяна на някои прицелни здравни привички.[37,135]

Психологичните характеристики и убеждения на човека, проявеното от него отношение към здравето, се включва в опита, който хората придобиват в здравето и болестта. Те се обособяват като познавателни фактори и имат важно значение за здравето.

Съвременните изследвания върху личността и болестта идентифицират два ключови психологични фактора, които участват в процеса на протичане на болестта: личност и стил на справяне и устойчивост на стреса от житейските събития.

Изследванията дадоха възможност да се идентифицират широко приложими принципи на поведение. Това са: личностен контрол на собственото здравно поведение и на самите стресови ситуации; лични усилия за контрол на болките; адаптиране към хроничната болест и инвалидност.

Постигнати са редица успехи в концептуализирането и измерването на високо-рисковите психофизиологични процеси в организма. Установени са патогенни за здравето механизми като:

- реакции – прояви на тревожност или депресия в отговор на разнообразните стресове на околната среда в ежедневието на човека.
- Поведенчески реакции – зависимост от алкохол, психоактивни вещества и никотин.
- Психологични реакции – сърдечни адреналинови реакции, ендокринни реакции.

Разработените модели на психосоциалните фактори разкриват как най-добре да структурираме влиянията и да изградим системата от вярвания и компетенции на човека. Тези модели показват, че личностната активност зависи от наследствените характеристики, предишния опит и социализацията на човека.

Справящо се поведение е процесът на мениджмънт на външните и вътрешните повишени изисквания към човека, които се възприемат като изпитание или са надхвърлящи ресурсите на неговата личност. Справянето се състои от форми на поведение и психични отговори, чийто дизайн е с цел да се преодолеят, намалят или понесат тези повишени изисквания.

Справящите се механизми биват три вида:

- психологични ресурси – те представят способностите на хората – себеуважението, чувството за компетентност, чувството за контрол, който човек има върху живота си.
- социални ресурси – те представляват подкрепата, която хората получават. Обикновено тя се оценява като емоционална подкрепа, но все по-често погледът се насочва към другите компоненти на социалната подкрепа – предоставянето на необходимата информация и сътрудничество.
- специфични отговори за справяне – те представят усилията на хората за справяне със специфичните изисквания на живота и включват различни техники, като релаксация, биофийдбек, спортуване. Справящите се техники включат и познавателните механизми за контрол на събитието при неговата интерпретация и разглеждането му като предизвикателство.[94]

Последните две десетилетия показват нарастваща увереност, че много аспекти на психологията са добре интегрирани в здравните дейности. Чрез идентифицирането на рисковите фактори и чрез изграждането на програми за подкрепа на хората да постигнат здравословен стил на живот, психологията има сериозен принос в усилията на обществото за опазване на здравето. В клиничната практика психологията все повече идентифицира ползите и

отговорностите на различните групи за самопомощ на консултациите, на програмите за себеуправление.[32]

Като се идентифицират различни рискове за здравето индивидите се нуждаят от обучение как да променят рисковото си поведение, както и как да се справят с рисковия си статус. Все по-мащабно психологичните подходи се прилагат и в процеса на стареене, включително и за научаване как да се живее с хроничната болест и инвалидност. Съществува обширна литература, демонстрираща успеха на психологията в анализирането на житейските умения.[43]

Житейските умения са тези личностни, социални, познавателни и физически умения, които подпомагат хората да контролират и ръководят своя живот, да изградят капацитет да живеят с промяната и сами да продуцират промяна в своята среда.

Успешните програми за себеуправление са програми за научаване, които осигуряват подходящи знания и умения, отношения, вярвания и перцепции, които детерминират степента, в която всеки човек изгражда и поддържа подходящ режим на себеуправление. Затова обучението трябва да бъде постоянен компонент на продължителното обгрижване на пациентите в клинични условия.

Здравните екипи трябва да дадат на пациентите и на техните семейства достатъчна психологична подкрепа, за да ги улеснят да преживеят психологичната криза, при една сериозна диагноза и да изградят ново виждане за живота. Вниманието трябва да бъде насочено върху хората с увреждания. Има нужда от изграждането на подходящи дейности и служби, тъй като до момента те са определено недостатъчни за много от хората с увреждания, които са изложени на риск за остър и хроничен психологичен и емоционален дисстрес.[41, 98]

Особено полезно е, ако специалистите обучават хората как да комуникират по-ефективно в здравеопазването. Хората трябва да се научат да бъдат по-чувствителни към своите собствени чувства, към другите, така че когато са уязвими, тази уязвимост да бъде третирана с грижовност и респект. Сред основните компоненти, които повлияват комуникацията в медицинската практика никога не е толкова централен, колкото концепцията за човешкото самосъзнание.[61]

Концепцията за самосъзнанието на човека представя начина, по който човек се изявява. Напоследък има огромен брой научни доказателства за активната, компетентна мотивация на хората. Това означава мотиви, подтикващи хората да игнорират защитеността и сигурността и да предприемат нови, трудни предизвикателни задачи. В този контекст пациентът става активен фактор в лечението и терапевтичните взаимоотношения.[42]

Стратегиите за здравно обучение са насочени да повишат индивидуалната и колективна отговорност за поведението и стила на живот, които застрашават здравето и благополучието на човека. Здравните програми са насочени към знанията и уменията, необходими на хората да преодолеят бариерите за успешен здравословен живот така, че повечето от тях да могат да имат по-широк и лесен избор за здравословен живот.

Появата на хронично заболяване поставя нови изисквания към човека с това заболяване и към останалите членове в семейството. Променят се рязко вижданията за живота и света, всички те са изправени пред необходимостта да се справят със страха, несигурността и нововъзникналите здравни потребности, нарушава се психологическият комфорт, които във времето се проявяват различна степен. Предизвикателствата, които поставя болестта пред живота на семейството и ресурсите за справяне. Това включва

разбиране на начина, по който членовете в семейството определят здравето и боледуването, колко внимание се обръща на симптомите, вземането на решение кога и дали да се търси помощ, определяне степента на придържане към медицинските предписания и подкрепата, които си оказват в период на криза.[28, 30]

Фазите в развитието на болестта поставят определени изисквания към поведението на близките и специалистите, оказващи помощ на семейството. Първоначалната фаза се характеризира с определяне на водещата роля за вземането на решения и до каква степен ще се споделя информацията в семейството. Ролята на болния се свързва с осигуряване на информация и следване на предписанията, както и да се научи да се справя с болестта. Членовете на семейството трябва да бъдат гъвкави и да подкрепят лечението. Хроничната фаза е най-продължителна и тя се характеризира с адаптивност и спазване на сложен медицински и рехабилитационен режим, в която ролята на семейството е да оказва подкрепа и запазване на психологическия комфорт в семейството.

Индивидуалните промени, появяващи се с боледуване в семейството, създават ефект на вълна и означават промяна за всички негови членове. Изправено пред болестта, семейството трябва да се адаптира към значителни промени в ролите, структурата и моделите на свързване. Действията се определят и от личните ресурси, от физическата и емоционалната енергия, интелекта, увереността и прага на издръжливост на стрес, от начина, по който човек приема предизвикателствата /борбено, пасивно, оптимистично или песимистично/. [35, 37]

Във всяко семейство членовете се различават в нагласите си към болестта и имат различни очаквания към поведението. Независимо дали се работи с физически или психологически аспекти на здравните грижи,

изключително важно е да помагаме на семействата да запазят психологическия комфорт в семейството.

Грижите за болния се отразяват съществено върху организацията на семейството, тъй като болестта променя условията, в които хората живеят и всички те трябва да се обучат за полагане на грижи. Чрез обучението на членовете на семейството се допринася за адаптиране на пациентите и техните близки към тяхното състояние или към болестта, осигуряване или запазване на максимален комфорт, избягване или намаляване на рисковите фактори, промяна на начина на живот.[28]

В ситуацията, когато член от семейството се разболява от хронична болест, именно то се превръща в основната среда, в която хронично болния живее. Семейството има огромно значение за човека с хронично заболяване, защото:

- създава и/или адаптира по подходящ начин физическото пространство в и около дома, което е най-подходящо за него и неговото заболяване,
- в една или друга степен контролира протичането на болестта, наблюдава проявите ѝ,
- създават условия за полагане на грижа
- извършва по-простите лечебно-обгрижващи действия, наблюдава поведението на болния;
- не рядко се оказва връзката между хронично болния и външния свят;
- подкрепя финансово, социално и емоционално болния.
- мотивира за грижа за здравето

Предизвикателствата на хроничните заболявания са, че поставят затруднения на личността, семейството му и обществото, загубват се

основните функции, социалните контакти, има болка, налагат реорганизиране на личността за да се справи с промените. [65]

6. Същност и характеристика на рехабилитацията при хроничните заболявания

Рехабилитацията /според определението на СЗО/ представлява „използване на всички средства, насочени към редуциране на степента на нетрудоспособност и инвалидност, както и към обучение на хората с трайна нетрудоспособност да получат оптимална социална интеграция“.

Рехабилитацията е комплекс от съвместно и координирано провеждани медицински, социални, педагогически и професионални мероприятия при лица с намалена трудоспособност поради заболяване или други увреди с оглед постигане на възможна максимална физическа, психическа и трудова годност.

Световния доклад за хората с увреждания на СЗО и Световната банка / World Report on Disability, 2011/ дефинира рехабилитацията като „съвкупност от мерки, които подпомагат индивидите със затруднения или увреждания да достигнат и поддържат оптимално функциониране във взаимодействие с околната им среда“.[70]

Съществува значителна и постоянно нарастваща нужда от рехабилитация в световен мащаб, която е особено задълбочена в слаборазвитите и развиващите се държави. Наличието на рехабилитация на достъпни цени е необходимост на много хора с увредено здравословно състояние да останат независими колкото може по-дълго, да участват в образователните процеси, да са икономически продуктивни и да изпълняват смислени роли в живота. Величината и обхвата на растящата нужда от

рехабилитация дават сигнал и водят до спешна нужда от концентрирано и координирано глобално действие от всички заинтересовани страни. [149]

По смисъла на приетия през 2004 г. у нас Закон за интеграция на хората с увреждания рехабилитацията е последователен и непрекъснат възстановителен процес, който подпомага човека с увреждане да достигне оптимално физическо, интелектуално, психическо и социално равнище на дейност, като му осигуряват възможности за промяна на живота към по-висока степен на независимост.[60]

Цялостната рехабилитация не е нито само медицинска, нито пък само социална по своята същност и характер, а е разумна приемственост между медицинската и социалната страна на проблема, поради това тя трябва да се нарича медико-социална рехабилитация. Медико-рехабилитационните мероприятия се разширяват постепенно във втория и в третия етап, провеждани обикновено в болница за активно лечение или в специализирана болница за рехабилитация. Успоредно с медицинските проблеми започва и решаването на редица социални проблеми, с цел правилното трудово професионално обучение или преквалификация за пълната или частична ресоциализация на болния с хронично заболяване.

Рехабилитацията е един от фундаментите, както на цялостното лечение, така и на превенцията на инвалидността.

Лечението на всички **хронични заболявания** е спешно и неотложно. Веднага след поставянето на диагнозата лекуващият лекар назначава курс на лечение, който се различава при различните заболявания и случаи. Своевременното откриване на заболяването и адекватното лечение са ключови фактори за излекуването или подобряването на начина на живот.

Рехабилитацията има важна роля по време на хроничната фаза на заболяването, за да подпомогне поддържането на функционалното състояние

и ограничаване на патологичните последствия, оценка на рехабилитационния потенциал, осигуряване качество на живот на хронично болните, чрез навременен, компетентен и правилен подбор на средства и методи от специализираната медицинска практика; участие в изготвянето на медицинската експертиза за разрешаване на професионалните и социални проблеми на застрашените от инвалидизация лица. [68, 73]

Изключително важно е да се определи влиянието на болестта върху функционалния статус и способността за самостоятелно справяне в ежедневието. Функционалният статус се представя от няколко елемента – справяне с основните и инструментални ежедневни дейности и социални роли на личността, състояние на подвижност. Функционалната дееспособност на лицата за справяне с основните ежедневни дейности представлява тяхната компетентност да полагат грижи за себе си и да извършват самостоятелно шест базисни дейности – хранене, къпане, обличане, използване на тоалетна, лягане и ставане от леглото, контрол над тазовите резервоари.

Обучението на пациентите с хронични заболявания е основно за развитието на знанията и уменията за самопомощ, самообслужване, мениджмънт и вземане на решения, където те и техните близки се чувстват по-добре и функционират по-успешно като партньори в процеса на лечение и възстановяване.

Обучението в дейност от ежедневието на първо място трябва да бъде съобразено със степента на увреждането и с функционалното състояние на пациента с хронично заболяване.[71]

Чрез рехабилитацията при хроничните заболявания се постига:

- Предпазване от рецидиви и подпомагане на оздравителния процес;

- Възстановяване общото състояние на пациента;
- Постепенно възстановяване на функцията;
- Преобучение и адаптация;
- Здравна профилактика и здравна промоция;

Едновременно с активната рехабилитация при хроничните заболявания важно място заема и ерготерапията, която с основната си цел изграждане на умения, подкрепена от подцелите-отвличане на вниманието /разсейване/ и емоционално изразяване/креативна експресия/, подпомага справянето с болестта и повишава качеството на живот.[67]



Схема 3

Интегрирайки тези три цели, ерготерапията се фокусира върху личностните способности-умения, навици, ежедневни дейности, като целенасочена дейност за постигане на независимост, превенция на усложненията от хроничното заболяване и предотвратяване на инвалидност. Ерготерапията включва няколко елемента, улесняващи ресоциализацията, целенасочено овладяване на умения, включване на уменията в дейности, дейностите определят ролите на пациента, а дейностите се извършват в адаптирана според нуждите и възможностите околна среда - т.нар. ЛОДИ – модел / Личност, Околна среда, Дейности, Изпълнение /

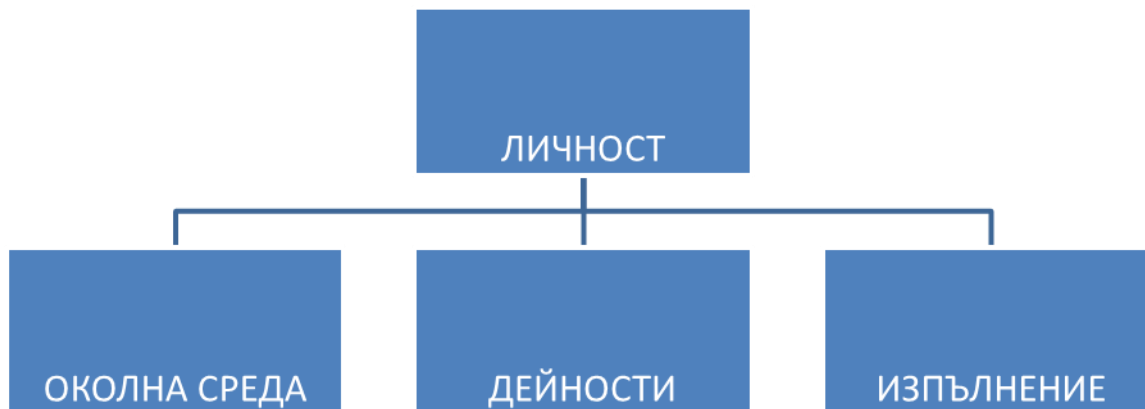


Схема 4

Представява взаимодействие между личността и околната среда, където акцента е върху обучението в ДЕЖ и самостоятелност, сензорно-интеграционно функциониране, използване на специално изработени уреди за улесняване на действия, обучаване на пациента за преминаване на бариери в ежедневието, адаптиране на домашната и социалната среда и обучение на пациента в ползването ѝ и стимулиране на мотивацията.[103,104,105]

Чрез ефективността на грижите и съвместният мениджмънт е възможно да се оцени връзката между различните методи на лечение /и тяхната цена/ и крайният резултат за пациента и обществото.[52]

Рехабилитацията като част от здравните грижи на пациенти с хронични заболявания осигурява континиум от мерки – от болничните грижи до дома на пациента, като по този начин подобрява здравното състояние, редуцира болничния престой и здравните разходи, намалява степента на трайни увреждания и подобрява качеството на живот.[68,69]

7. Социални дейности при пациенти с хронични заболявания

Терминът „социална работа” отразява и определя конкретно направление на човешко познание с отчетлив социономичен, интегративен и практико-приложен характер. Като такава то използва и интегрира знание преди всичко от социалните и от други науки и прилага обобщен опит от практиката, отличаващ се със своите концептуални, емпирични, социално-политически и професионално-етични аспекти.[22]

Социалната дейност все по- отчетливо очертава своето поле, идентичност, методологическа основа, ключови понятия, принципи и методи. В зависимост от динамиката на промените и развитието във времето, социалният контекст, културните условия и традициите, научните постижения в очертаната сфера, които се отличават с конкретна специфика за всяка една страна, съществува почти еднакво мнение, че е трудно да се даде единно определение за социална работа, обхващащо многообразието на единичното в такъв голям мащаб.[47]

В своята цялост тя е насочена към поддържане на благосъстоянието в обществото и откликва на широк спектър от нужди на клиенти (индивиди, семейства, групи, общности) със специфични проблеми, като отчита правата и равните възможности по отношение на възраст, социална, класова, расова и етническа принадлежност, пол, политически убеждения и др.

Социалната дейност се осъществява в различни форми, които могат да се дефинират според:

- обхвата на обслужваните лица- индивидуална или групова
- мястото на обслужваните лица- в домашни условия, социални заведения, бюра по труда, центрове за социално подпомагане и

- вида на оказваната помощ- парична, натурална, настаняване на работа, придобиване на квалификация и др.
- на осъществяване на помощта или услугата- превантивна или по време на възникване на случая; еднократна или периодична
- обхвата на осъществяваните мероприятия- комплексни и единични
- При осъществяване на социалната дейност могат да се формулират следните по - главни цели:
 - постигане на бързо и адекватно подпомагане или обслужване на нуждаещите се лица, семейства, домакинства, социални групи
 - изравняване с европейските стандарти и критерии при осъществяване на социалната работа, като се имат предвид нашите национални традиции и опит
 - постигане на оптимална координация и съгласуване на социалната работа по видове, форми, йерархични равнища
 - оптимално съчетаване на програмно-целевия и ситуационния подходи
- усъвършенстване взаимодействието на социалния работник с клиента в посока на човеколюбие, демократичност и спазване на етиката
- Постигането на тези цели изисква да се набележат и изпълняват редица конкретни финансово, кадрово и организационно обезпечени задачи на национално и на по- ниско равнище, като например:

- изясняване на социално-икономическата обстановка в страната и по региони и насочване към евентуалните източници на ресурси за социална работа
- регулярна изследователска, възпитателна и обучаваща дейност по отделните видове, форми и равнища на социалната работа
- усъвършенстване и актуализиране на законовата и подзаконовата база на социалната работа в съответствие с чуждестранния и националния опит
- подобряване на нормативната база на самата социална работа като заедно с критериите и нормативите на национално равнище се използват и диференцирани критерии и нормативи на по- ниските равнища
- увеличаване дела на неправителствения, частния и религиозния сектор областта на социалната работа
- прилагане на достатъчно апробирани в социалната практика форми и методи на работа
- усъвършенстване организацията и технологията на конкретната социална работа
- повишаване равнището на професионалната квалификация на социалните работници и на помагащите лица
- усъвършенстване на подходите, прилагани от социалните работници към техните клиенти, при спазване на изискванията за адекватно, активно и конструктивно поведение от страна на клиентите

По отношение на работата на социалните работници това означава, че те би трябвало да активизират вътрешните сили в личността за настъпване на

положителни промени в нея. На практика това се осъществява като в процеса на работата социалният работник изразява своето възхищение от силата, която проявява неговият клиент за оцеляване, за продължаване борбата за решаване на съответния проблем. Не е достатъчно една личност да се подслони, нахрани и обезпечи материално, необходимо е да и се окаже съдействие, за да се формира в нея готовност за успешна самореализация, за активно социално поведение и за самостоятелно решаване на възникналите проблеми. Точен израз на тази страна на взаимоотношенията „социален работник- клиент” е прибегването до „силата на клиента”, което означава социалният работник да не обръща особено внимание на собственото описание от страна на личността за тежестта на нейните проблеми, а непрекъснато да я окуражава и да подпомага нейното активизиране, да проявява по- голяма загриженост за възможните изходи от неблагоприятната ситуация и за нейните здравословни проблеми. Така пред социалния работник и хронично болния се поставя въпроса за неговата социална реадaptация, както към самия себе си, така и към средата. Болният трябва да се реадaptира към себе си, защото той вече не е това, което е бил, макар да си остава същият човек. Организмът му може да се е приспособил повече или по-малко успешно към болестта. Сега на болния му предстои да се адаптира към изискванията на болестта, към ограниченията, които тя налага, към семейството, към труда и т.н.[23] Адаптацията като процес, като форма на движение на материята не се прекъсва на видово равнище, т.е. тя е непрекъснатата за вида човек. На индивидуално равнище тя продължава докато съществува индивидът. Обозначаването на даден процес като реадaptация се прави, за да се посочат онези качествени изменения, които настъпват в личността и социалните условия, и не са съществували дотогава. На първо място, социалната реадaptация се различава от социалната адаптация по

това, че реадптирането е съзнателен процес, докато при адаптацията по-често преобладава несъзнателното. Социалната реадптация е един от механизмите на социализацията, защото в процеса на реадптиране индивидът се изправя пред нови изисквания, породени от новата социална среда. Това особено важи за хронично болните, които в резултат на заболяването са изменили физическите и част от личностните си характеристики, променили са се ценностите и тяхната йерархия, променило се е възприемането на индивида от групата, което поставя личността пред нова жизнена ситуация, изискваща съответните познания за нея, за новата група, за новите социални роли.[63]

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Цел и задачи на проучването

Цел на проучването: Да се проучат медико-социалните и организационни проблеми на пациентите с хронични заболявания и техните семейства по отношение на здравните грижи и рехабилитацията за определяне на потребностите от продължаващи грижи и разработване на модел за грижи, чрез който да се осигури здравно-рехабилитационна подкрепа на пациента и семейството, за непрекъснато професионално наблюдение и грижи при настъпване на острата фаза на заболяването или на усложнения.

Задачи:

1. Да се проучи разпространението на хроничните заболявания;
2. Да се установи информираността на пациенти с хронично заболяване относно протичането на болестта и възможностите им за справяне с лечението и усложненията
3. Да се установи удовлетвореността на пациентите по отношение на предоставената им информация във връзка с хроничното заболяване, грижите и рехабилитацията
4. Да се установят информираността и уменията на близките, относно хроничното заболяване и възможността за справяне с усложненията
5. Да се определят потребностите от грижи за хората с хронични заболявания по отношение на медицинските и социалните аспекти;
6. Да се разработи модел за здравни грижи при пациенти с хронично заболяване, включващ мултидисциплинарен екип от специалисти за да се осигури достатъчна информираност, адекватно поведение и грижи за повишаване качеството на живот

7. Да се извърши експертна оценка на разработения модел по отношение на неговата приложимост и ефикасност, на грижите за пациенти с хронични заболявания.

2. Работна хипотеза

Хроничното заболяване оказва негативно въздействие върху социалния и професионалния живот на пациента и психологичния комфорт в неговото семейство. При осъществяването на здравни грижи е необходимо участието на екип от различни специалисти, които да направят точната здравна, рехабилитационна, социална и психологичка оценка за превенция на усложненията от заболяването, осигуряване на по-добро качество на живот и социална адаптация.

3. Методика

Предмет на проучването: Мениджмънт на Здравните грижи за пациенти с хронични заболявания.

Обект на проучването: Пациенти с хронични заболявания, рехабилитатори, медицински сестри и социални работници, извършващи грижи за хора с хронични заболявания, близки на пациенти с хронични заболявания, студенти от специалност „Медицинска сестра“ и „рехабилитатор“

Техническа единица на наблюдението:

Факултет по обществено здраве към Медицински университет – София;

Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ – София

СБР „Панчарево“

ВМА, гр, София;

МБАЛ „Александровска“, гр,София;

УСБАЛНП „Св.Наум“, гр.София;

УМБАЛ „Св.Анна“, гр.София;

МВР – болница, гр.София;

Първа МБАЛ, гр.София;

Пета МБАЛ, гр.София;

Медицински център „Здраве за всеки“, гр.София;

Агенция социално подпомагане, гр.София;

Характер и обем на проучването:

- 132 пациенти, които са хоспитализирани за диагностика и лечение на хроничното заболяване;
- 56 близки и роднини на пациенти с хронично заболяване;
- 84 медицински сестри и рехабилитатори, работещи с пациенти с хронични заболявания
- 76 студенти–медицински сестри и рехабилитатори;
- 20 социални работници, работещи в АСП гр.София;
- 8 експерти от сферата на здравеопазването;

Признаци на логическите единици:

- признаци, определящи честотата на хроничните заболявания
- признаци, свързани с информираността на роднините, относно грижите за хората с хронично заболяване;
- признаци, свързани с потребностите от обучение относно протичане на заболяването;
- признаци, свързани с изготвяне на социална оценка от социални работници
- признаци, свързани с информираността на медицински сестри и рехабилитатори и студенти специалност „медицинска сестра”и

„рехабилитатор“; по отношение на съвременните насоки за грижите, знания и умения при пациент с хронични заболявания

Методи:

- Документален метод–използван е за набиране на информация относно диагнозите на пациентите с хронични заболявания;
- Социологически метод–проведено е пряко анкетно проучване.

За целта са разработени и приложени собствени анкетни карти за събиране на информация от пациентите с хронични заболявания, от медицинските сестри и рехабилитаторите осъществяващи грижи за тези пациенти;

Анкетната карта /Приложение 1/, чрез която се събира информация за проблемите на пациентите с хронично заболяване включва както затворени и отворени въпроси, така също и твърдения.

Анкетната карта /Приложение 2/, чрез която се събира информация от медицинските сестри и рехабилитатори. Информацията от медицинските сестри и рехабилитатори позволява да се установят информираността и степента на умения за самообслужване на пациента с хронично заболяване.

Анкетна карта /Приложение 3/, чрез която се събира информация от роднини на пациенти с хронични заболявания, относно тяхната информираност и умения, свързани със заболяването.

Анкетна карта /Приложение 4/ чрез, която се събира информация от социални работници, осъществяващи социални грижи за тези пациенти.

Анкетна карта /Приложение 5/ чрез, която се събира информация от студенти медицински сестри и рехабилитатори за тяхната подготвеност,

относно обучението на пациенти и техните близки, свързано със справяне с усложненията.

- Експертна оценка – Проведена е експертна оценка по метода Делфи на разработения схематичен „Модел за грижи при пациенти с хронични заболявания“, чрез който се гарантира осъществяване на грижи за хората с хронични заболявания, базирани на техните потребности и включването на всички необходими специалисти.
- Математико - статистически метод-данните от анкетното проучване са обработени със стандартен офис пакет на Microsoft Excel и SPSSv 22

Описателна статистика

Едномерни честотни таблици с изчисляване на:

- Абсолютна честота–брой на валидните отговори по всяка категория на променливата;
- Относителна честота–процент на валидните отговори по всяка категория на променливата от общия брой на анкетираните лица;
- Процент от валидни отговори–процент на валидните отговори по всяка категория на променливата от броя на анкетираните лица с валидни отговори;
- Кумулативен процент-натрупващ се процент от всички категории на променливата.
- Двумерни честотни таблици (Кростаблици 2x2 и $p \times n$ –в зависимост от категориите на променливите) с изчисляване на брой и процент от общия брой на анкетираните лица.
- Графичен анализ: Кръгови диаграми на разпределението;
- Статистически зависимости

Проверка на статистически хипотези за зависимости между две променливи от едно анкетно проучване:

- Коефициент χ^2 (Метод на Пирсън)–използва се при 2×2 Кростаблица, когато очакваните честоти във всяка клетка от таблицата е > 5 ;
- Линеен коефициент χ^2 –използва се при $n \times n$ Кростаблица, когато очакваните честоти във всяка клетка от таблицата е > 5 ;
- Коефициент χ^2 (Метод на Крускал-Уолис)–използва се при $n \times n$ Кростаблица, когато очакваните честоти в някои клетки от таблицата е < 5 ;
- Проверка на статистически хипотези за зависимости между една променлива от различни анкетни проучвания. Линеен коефициент χ^2 –използва се при $n \times 2$ Кростаблица, когато очакваните честоти във всяка клетка от таблицата е > 5 ;

4. Организация на проучването

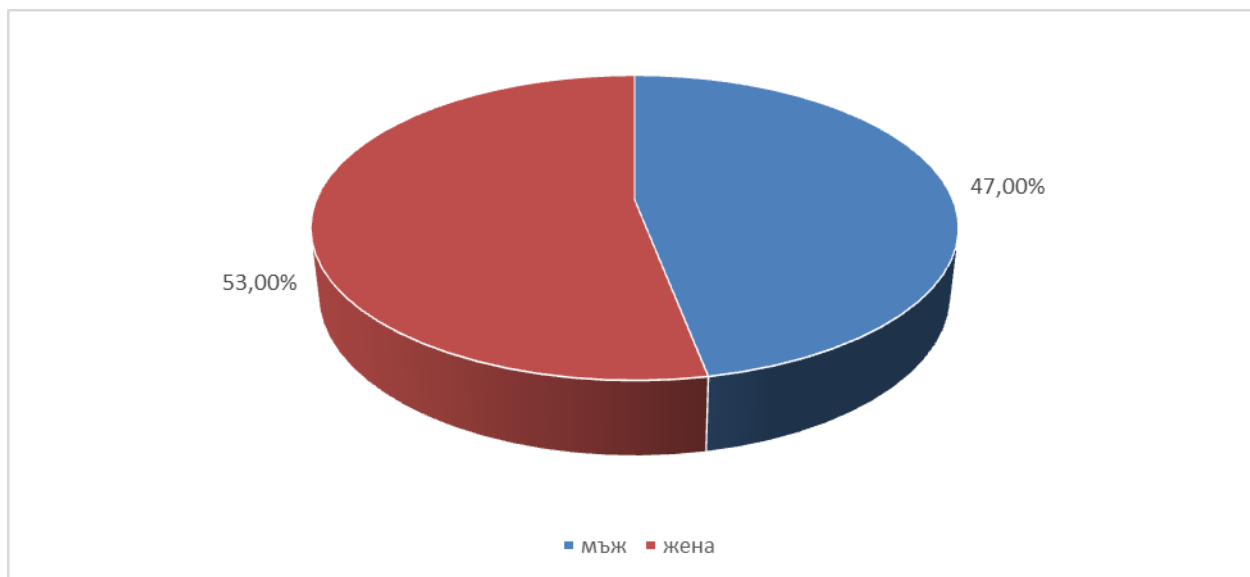
Проучването е проведено от докторантката в следните три етапа:

- Подготвителен етап–изработване на анкетни карти; събиране и анализиране на научна информация;
- Изследователски етап–планиране и провеждане на анкетните проучвания. Анкетните проучвания са проведени в периода 01.05.2017 до 31.10.2018г. Статистическите данни също са обработени през този етап.
- Заключителен етап–анализиране на данните и формулиране на изводи;

ГЛАВА ТРЕТА: АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

1. Изследване и анализ на информираността, удовлетвореността и потребностите от здравни грижи на пациентите с хронични заболявания

Анкетирани са 132 пациента на средна възраст 56,5 г. \pm 12,7 г., като най-младият е на 20, а най-възрастният – на 84 г. Малко над половината от тях 53,00% са жени, а останалите 47,00% - мъже. (Фиг. 1)

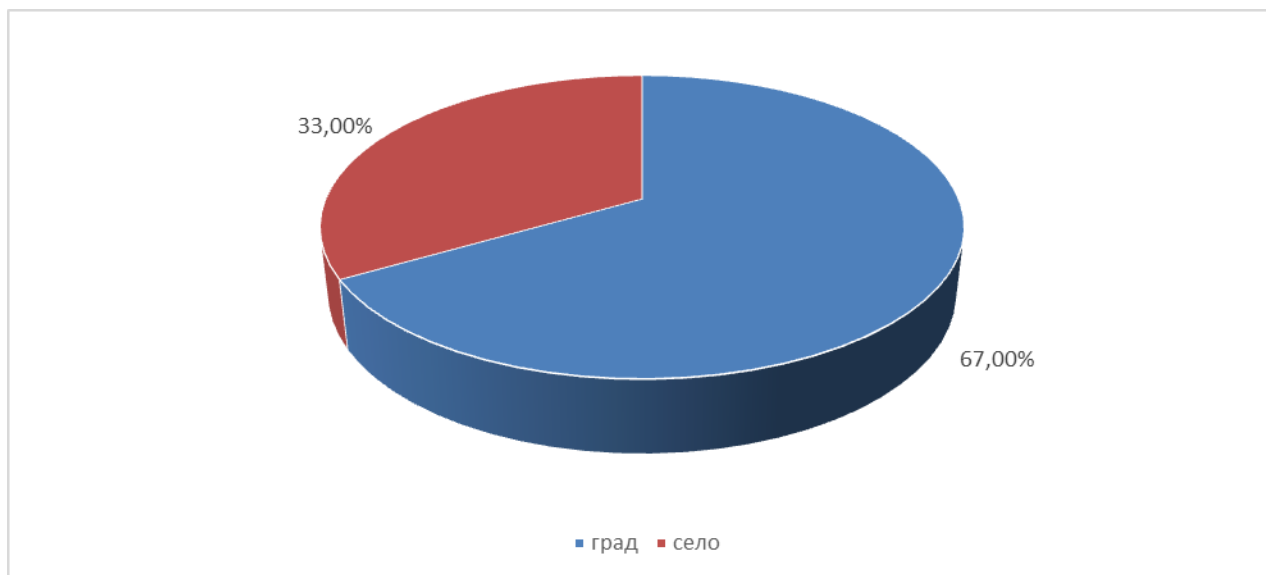


Фиг. 1 Разпределение на респондентите според пола

Според получените резултати, броя на жените преобладава – 53,00% срещу 47,00% на мъжете, като разликата е незначителна. Тези данни показват, че хронични заболявания се наблюдават колкото при жените, толкова и при мъжете. Има малък превес на относителния дял на жените, но като цяло може да се каже, че съществена разлика между двата пола няма. В заключение може да се каже, че полът не е от значение за хроничността на проблема. Боледуват както жените, така и мъжете.

Установена е статистически значима зависимост между пола и възрастта на пациентите и тяхната информираност, относно заболяването им / $p < 0,001$ /

Преобладаващата част от пациентите 66,70% живеят в градове, докато едва един от трима живеят в село. Чувствителната разлика в местоживеенето е резултат преди всичко от механичната миграция на населението към градовете и разликата в смъртността между селското и градско население, според данни на НСИ. Независимо от местоживеенето, от хронични заболявания страда населението и на селата и на градовете. Има отношение към информираността и потребността от и какво обучение се нуждаят. (Фиг. 2)

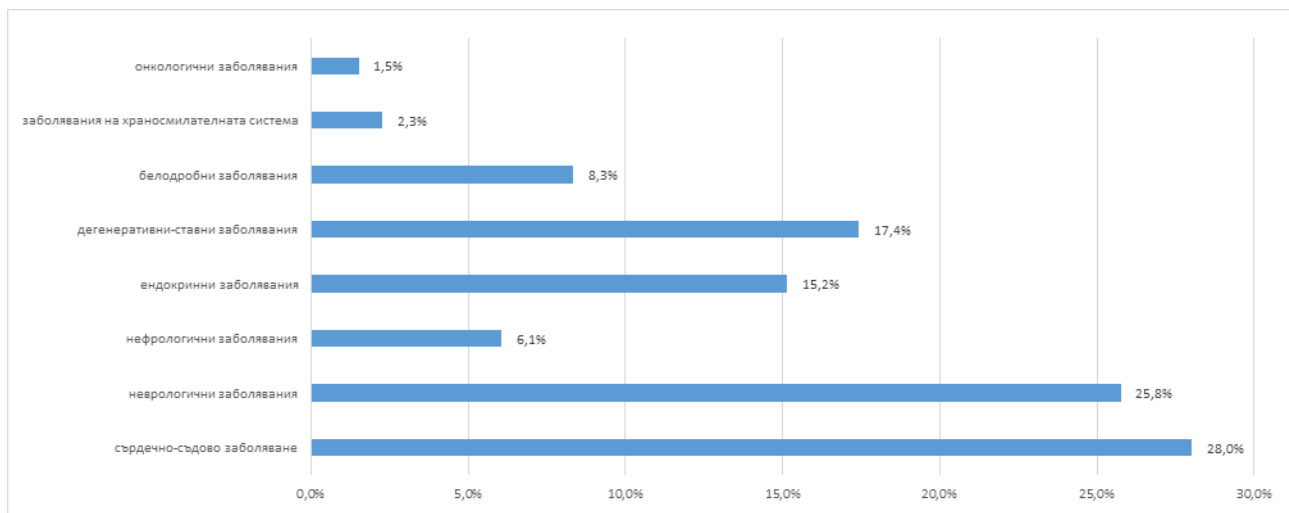


Фиг. 2 Разпределение на респондентите според местоживеене

Най-голям дял сред анкетираните пациенти, заемат тези със сърдечно-съдови заболявания-28,00%, следвани от пациентите с неврологични заболявания-25,8%. Тези заболявания при мъжете са -32,90% за ССЗ и 27,40% за НС, докато при жените – преобладават дегенеративно-ставните заболявания – 21,40% и захарния диабет-17,00%. Тревожен е фактът, че

съществува тенденция към подмладяване и разширяване на епидемията от тези болести. Това увеличава негативното им влияние върху социално-икономическото развитие на обществото.

(Фиг.3)



Фиг.3 Разпределение на хроничните заболявания по нозология

Едновременно с това страхът е типична негативна емоция и преживяване за хората със сърдечно-съдови заболявания. Той се засилва успоредно с активиране на заболяването или засилване на определени симптоми. При хората с бъбречна недостатъчност, които няколко пъти в седмицата са принудени да се подлагат на хемодиализа, доминира фрустрацията, предизвикана от сериозните ограничения в мобилността и социалната им активност—техният ритъм на живот е подчинен на процедурата и целият им живот се планира и живее съобразно времето и качеството на диализата. Тази ситуация сериозно заплашва чувството им за лична независимост и способностите им да контролират живота си и конкретните ситуации, което поражда усещане за безсилие и зависимост от другите. Подобни усещания доминират и в живота на хората с диабет, при

които измерването и следенето на нивата на кръвната захар се превръща в задача номер едно за всеки ден. Ако човекът е и на инсулин това налага строго спазване на часовете за поставянето му, непрекъснатото носене на храна със себе си и др.

При хората с дегенеративно-ставни заболявания—осъзнато или не, доминира несигурността, свързана с това в кой момент ще се появи или ще се усили болката и отпадната двигателна симптоматика. Тази несигурност, заедно с наличието на болка, често провокира раздразнителност, агресивност, понякога дори нетърпимост спрямо други хора.

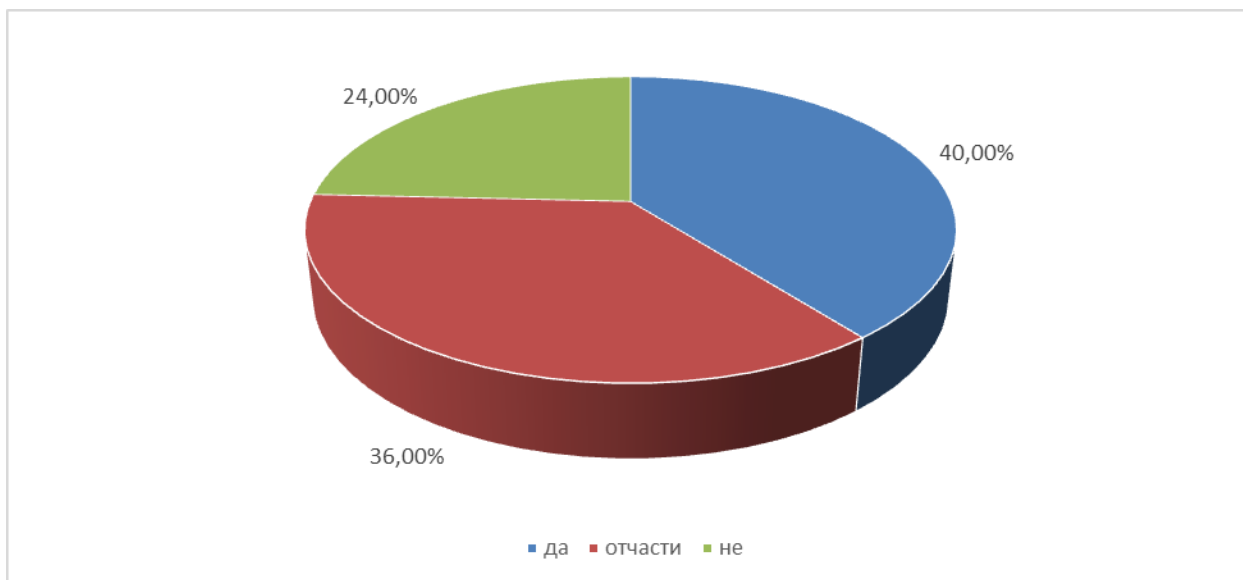
Пациентите от мъжки пол доминират при ССЗ /32,30%/ срещу /24,30% при жените /,при неврологичните/27,40%/ за мъжете и 24,30% за жените, при нефрологичните /6,50%/ и 5,70% за жените, при белодробните /9,70% за мъжете и 7,10 % за жените. При дегенеративно-ставните заболявания превеса е при жените-21,40% срещу 12,90% за мъжете, както и при заболяванията на храносмилателната система- жени 2,90% и мъже-1,60%. От онкологични заболявания са засегнати 2,90% жени, като мъжете не отбелязват. (Табл. 1)/в съотношението процентите са повече от 100%,но няколко пациента са посочили няколко възможни отговори.

Табл.1 Разпределение на хроничните заболявания по пол

Вашето хронично заболяване	Пол:			
	мъж		Жена	
	n	%	n	%
сърдечно-съдово	20	32,3%	15	24,3%

заболяване				
неврологични заболявания	17	27,4%	15	24,3%
нефрологични заболявания	4	6,5%	4	5,7%
ендокринни заболявания	8	12,9%	11	17,1%
дегенеративни-ставни заболявания	8	12,9%	14	21,4%
белодробни заболявания	6	9,7%	5	7,1%
заболявания на храносмилателната система	1	1,6%	2	2,9%
онкологични заболявания	0	0,0%	2	2,9%

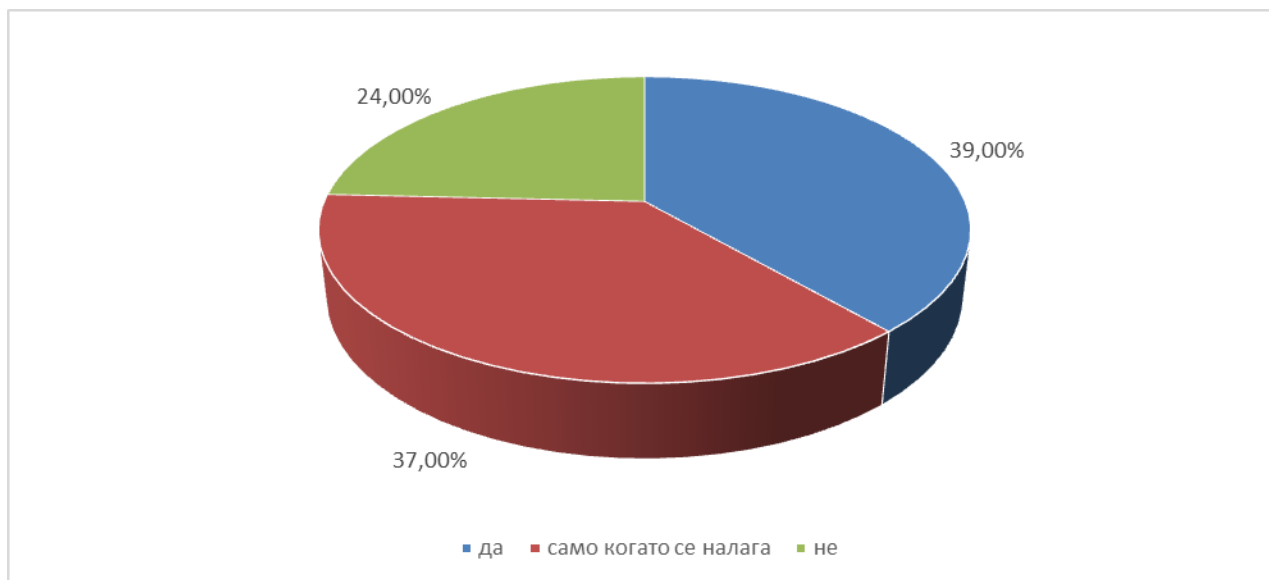
Независимо от мястото на живеене диагностицирането на хроничното заболяване определено води до промяна в начина на живот на пациента и в неговото семейство. Отговор „да“ посочват 40,00% от анкетираните, а отговор „отчасти“ 36,00% от тях. 24,00% посочват, че не са променили начина си на живот. Доколко хроничното заболяване се отразява върху начина на живот, става ясно от представените във фиг. 4 резултати.



Фиг.4 Влияние на хроничното заболяване върху начина на живот

Прогресивния ход на протичане и неблагоприятните здравни последици завладяват живота на човека и стават доминанта, налагаща свой ритъм и изисквания, като вземане на лекарства, периодични посещения при лекар, преминаване през различни клинични изследвания, спазване на определен хранителен и двигателен режим. Всички тези промени се отразяват и преживяват различно от различните хора.

Едва 39,00% от анкетиранияте пациенти са двигателно активни, 37,00% проявяват активност, когато се налага, а 24,00% от тях не са заинтересовани и/или не могат да се движат. Относителния дял на жените е с малка преднина над мъжете (54,00%) и за трите показателя, което показва, че и мъже и жени са еднакво активни, движат се само когато се налага (или не проявяват желание за движение) и/или не могат да се движат. (Фиг 5)



Фиг.5 Разпределение на респондентите, според двигателната им активност

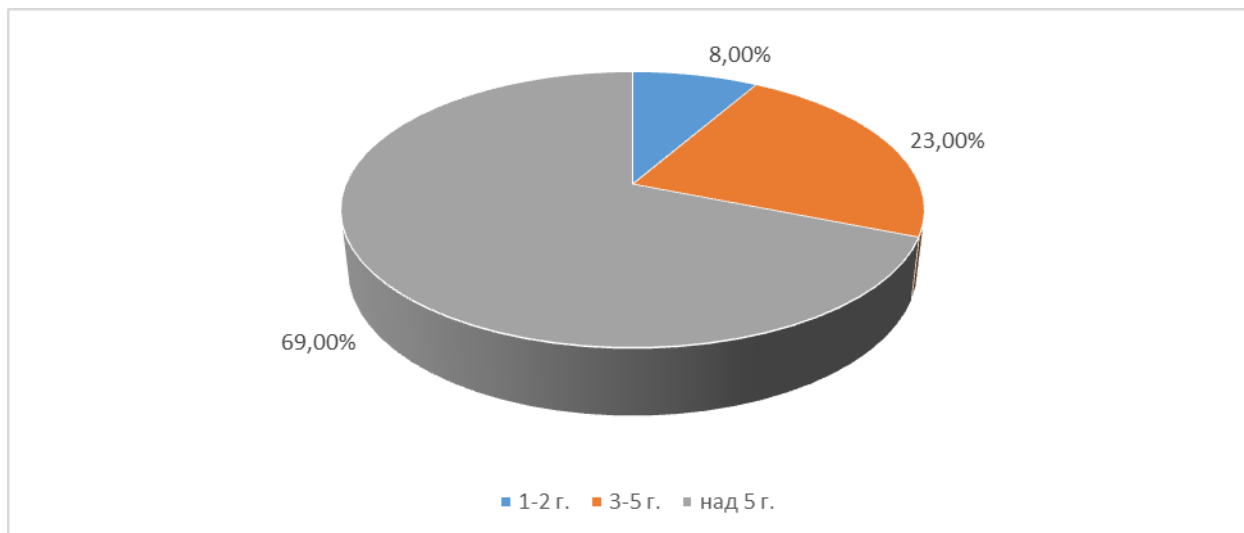
Като цяло способността за физическа активност прогнозира отношението към болестта, вероятно поради засягането на тези възможности при ССЗ, неврологичните и дегенеративно-ставните заболявания, както в периодите на обостряне, така и постепенно в хроничния ход на болестта с настъпването на физическите увреждания. Вероятно за пациентите загубата на подвижността се приема като тежка последица на заболяването. А способността за физическа активност намалява негативното въздействие на болестта и води поддържане на добро общо състояние, психично здраве и качество на живот.

От значение за проучването е да се установи от колко време пациентите са диагностицирани с хронично заболяване. Най-много плаши чувството за неопределеност относно заболяването—дали то ще отmine или ще съпътства болния до края на живота, като постепенно влошава здравето му.

Едно от най-неприятните свойства на хроничното заболяване е да атакува човека внезапно и за продължително време. Това създава несигурност и неопределеност в живота и засяга почти всяка сфера от него. Има

отношение към продължителността на живот с хроничното заболяване и начина да се справят с настъпилите усложнения.

Понякога е трудно за пациентите да приемат поставената от медицинските специалисти диагноза, поради което се нуждаят от психологическа подкрепа. Преобладава относителния дял на поставена над пет години диагноза-69,00%, между три и пет години са 23,00% от анкетираните и 8% са с поставена диагноза от една до две години. Тези, които са диагностицирани отскоро са с по-малко опит и се нуждаят от повече информация за това, как протича заболяването и каква е профилактиката на усложненията. (Фиг. 6)

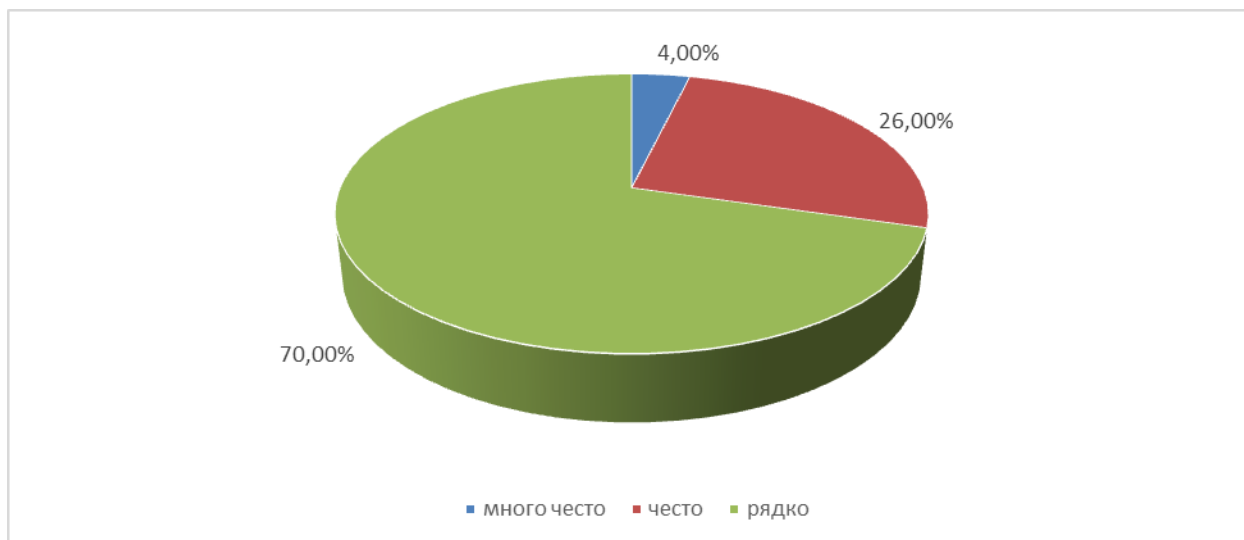


Фиг.6 Разпределение на респондентите според диагностицирането им

От тях 30,00% често постъпват в лечебно заведение, а 70,00% рядко, което показва, че хроничното заболяване когато се лекува и се полагат адекватни грижи, може да не налага често постъпване в болница.

Тези, които са диагностицирани отскоро може би по-често търсят болнична помощ, отколкото тези, при които диагнозата е поставена от по-дълго време, тъй като те натрупват опит и по-рядко постъпват в болница.

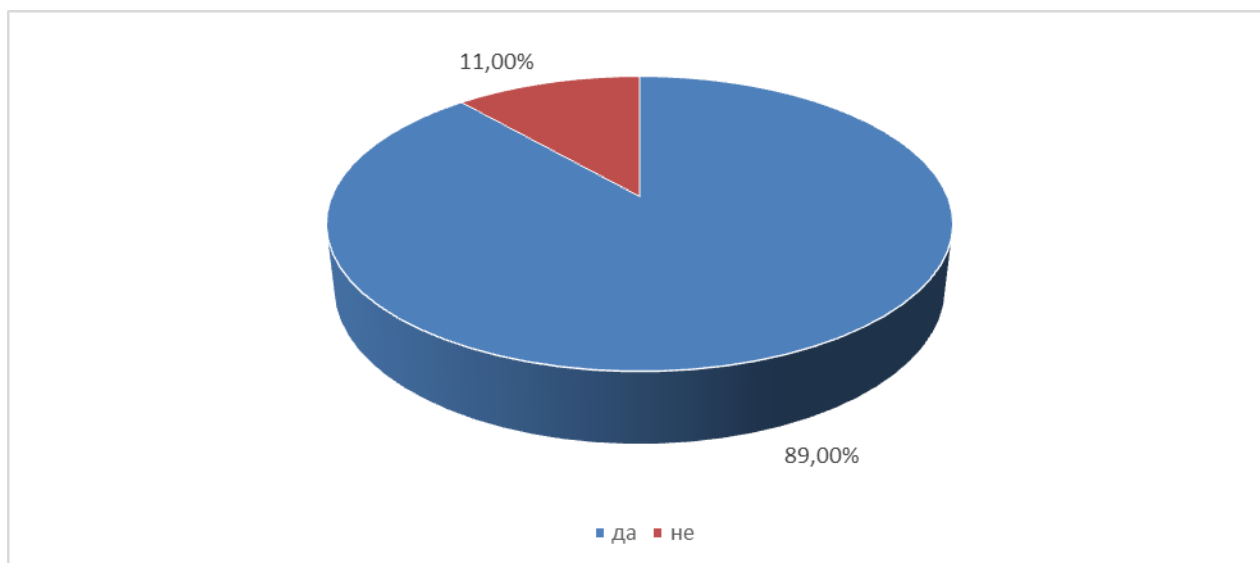
Причините, поради които се налага хоспитализирането са преди всичко свързани с усложненията. (Фиг 7).



Фиг.7 Разпределение на респондентите, според постъпването им в лечебно заведение

Хроничните заболявания се развиват бавно, продължават дълго, често съпътствани с тежки усложнения за което са необходими знания и умения за да останат пациентите по-дълго активни.

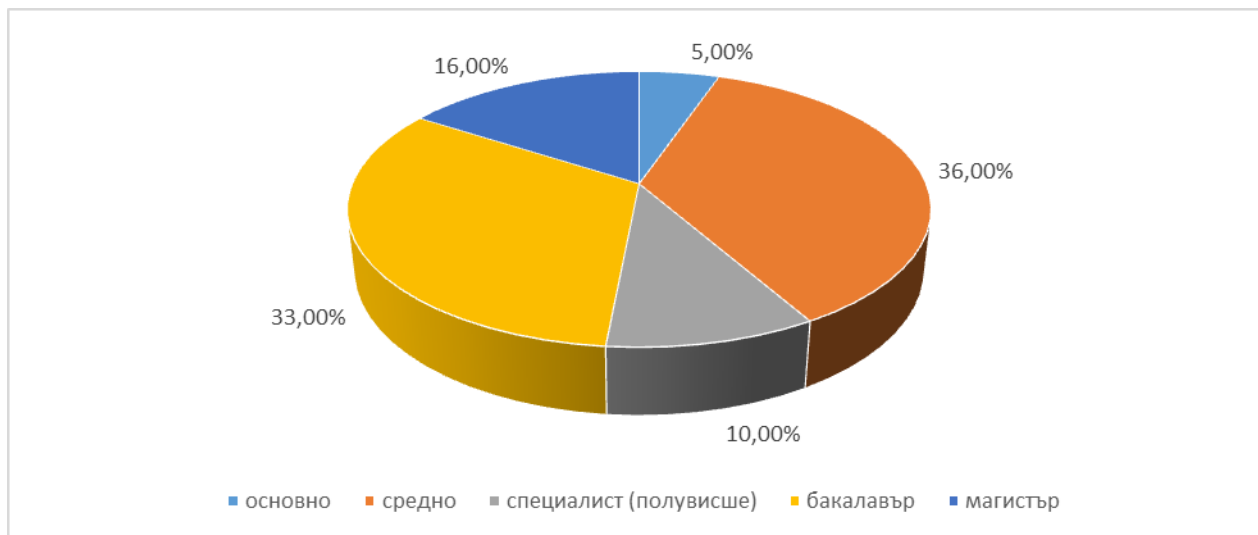
При 89%,00 от включените в проучването пациенти са установени усложнения. (Фиг 8). Липсата на информираност и ранна диагностика водят до усложненията на болестта. Влиянието на ССЗ заболявания и диабетът може да се намали ,чрез здравословен начин на живот, а МС и деменцията могат да се бъдат управлявани, за да се помогне на пациентите да запазят добро качество на живот.



Фиг.8 Разпределение на респондентите,според настъпилите усложнения

Ето защо е важно пациентите и техните близки да бъдат обучени и подготвени да се справят при възникване на възможните усложнения. Например пациентите с диабет и техните близки трябва да са подготвени да разпознават клиничните симптоми на хипогликемията и хипергликемията, какво може да се направи в домашна обстановка и кога трябва да потърсят лекарска помощ. На фиг.3 резултатите показаха превес на ССЗ и неврологичните заболявания, които се манифестират с усложнения и инвалидизация, поради което 12,90% от анкетиранията са посочили, че имат нужда от услугите на логопед за справяне с говорната афазия, 6,10% от ерготерапевт за обучение в ползване на помощни средства и 15,20% от психологическа подкрепа. За обучение на пациента в справяне със заболяването и изграждане на навици е необходим мултидисциплинарен екип от специалисти.

Относителния дял на анкетиранията със средно образование е 36,00%, а с образователна степен „бакалавър” 33,00%. (Фиг.9)

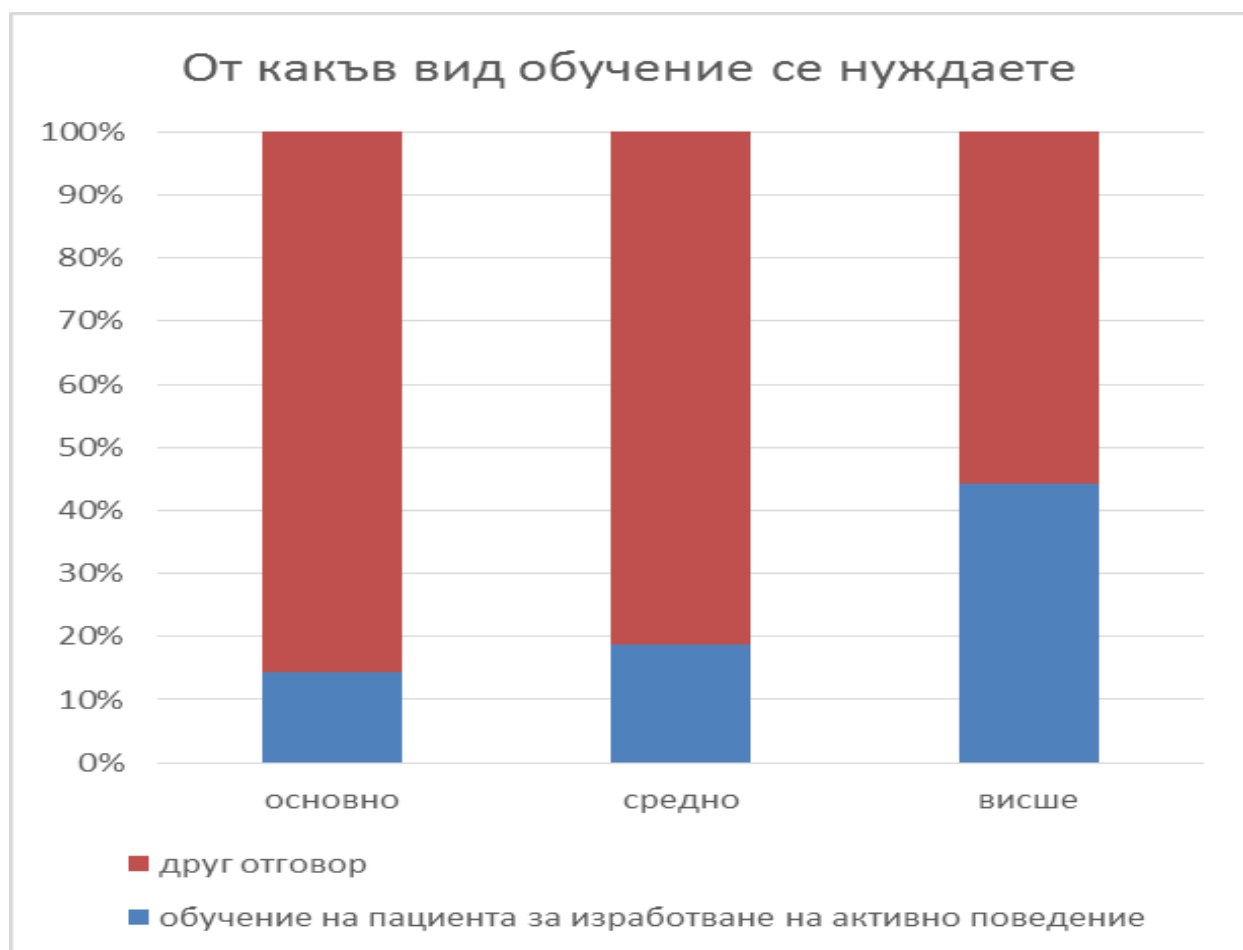


Фиг.9 Разпределение на респондентите според образованието

Образованието е пряко свързано с доброто обучение. Натрупването на адекватни знания за болестта е добра гаранция за по-ефективно сътрудничество между медицинските специалисти и болния, а от тук и за по-добро лечение. Образованието и доброто обучение може да бъде не само правилен отговор на заинтересоваността им от болестта и развитието ѝ, но също да повишава усещането за компетентност, което гарантира по-активно участие. Прави впечатление, че хората с по-нисък образователен ценз изявяват желание за обучение на самия пациент с цел по-голяма самостоятелност. Хората с по-високо образование, желаят самите те да са информирани повече, за да си бъдат полезни и да разбират болестта по-добре. Установена е статистическа значимост между образованието на пациентите и от какво обучение се нуждаят. ($p < 0,007$)

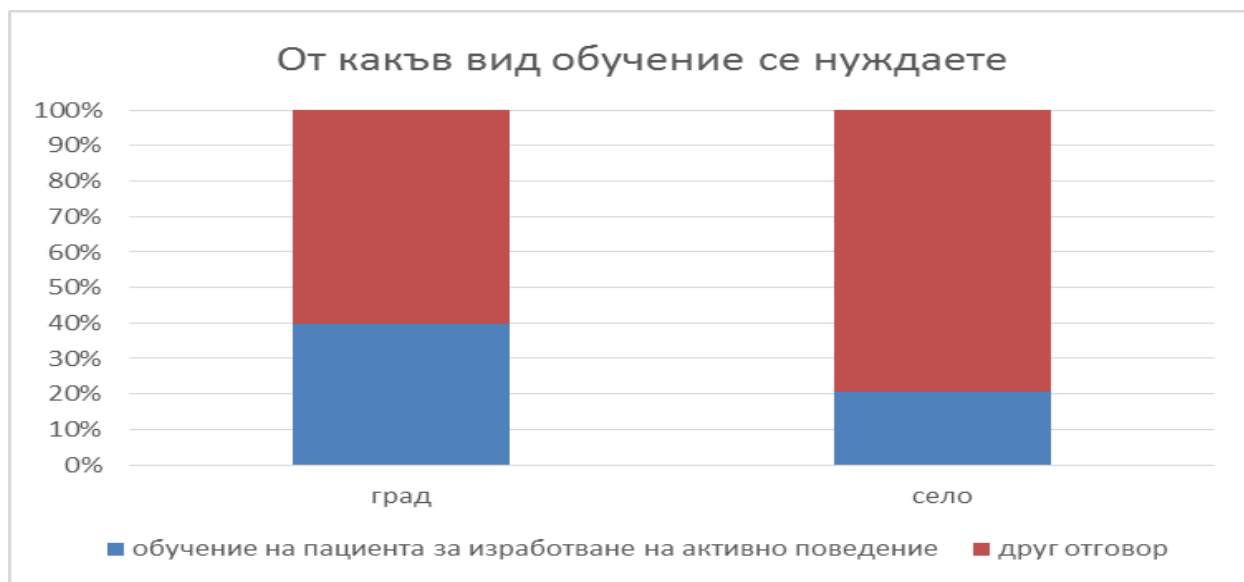
Нагледно отговорите се виждат и от графичното изображение. Анкетирани с висше образование искат да надградят информация, за изготвяне на по-активно поведение, за да имат личен контрол и контрол на

лечението, вярвайки, че заболяването зависи повече от тяхното поведение.
(Фиг.10)



Фиг.10 разпределение на пациентите според степента на образование

Разликата между хората живеещи в градовете и селата, по отношение на обучение за активно поведение при обучението на пациента, е 40,00% към 20,00%. (Фиг. 11)

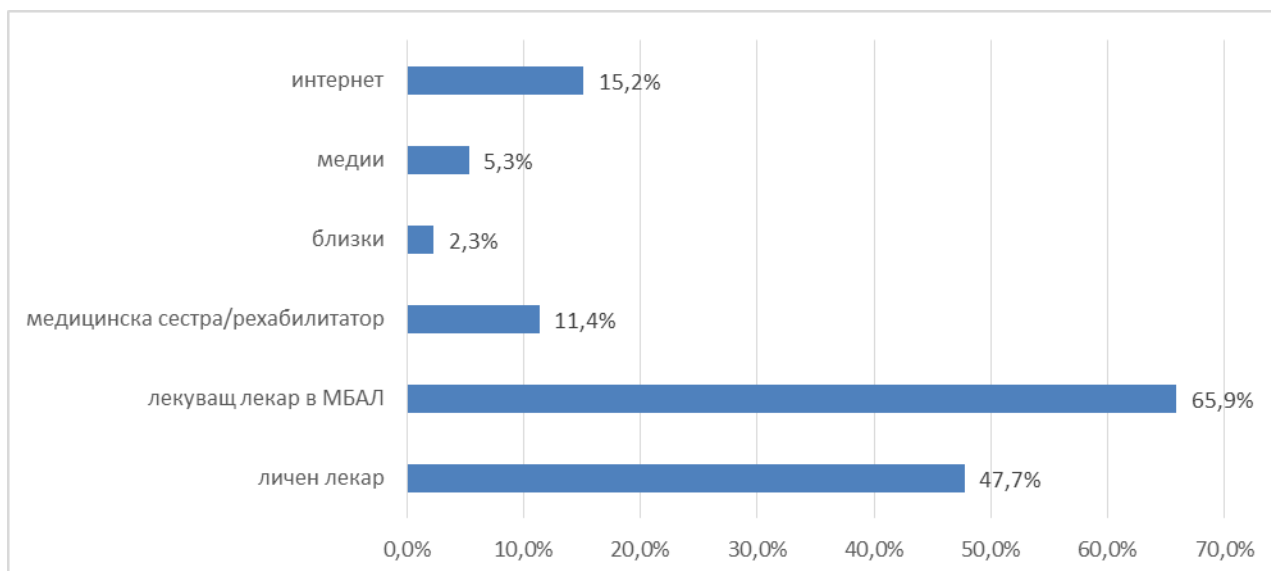


Фиг.11 Разликата между хората живеещи в градовете и селата

Хората живеещи в селата, нямат информация, за да преценят колко малко знаят и с колко малко информация разполагат за проблеми, касаещи здравето им. Като цяло резултатите показват, че могат да бъдат обучавани как да се справят с грижите в домашна среда, стига да има къде и от кого да бъдат обучавани.

Важно е да се разбере доколко хората са информирани, относно хроничното заболяване и проблемите които могат да възникнат във времето.

Установяването на нивото на информираност на пациентите е необходимо, за да се планира и осъществи тяхната подготовка и обучение за продължаване на адекватни грижи в домашни условия и при настъпване на усложнения. 65,90% от респондентите се информират за своето заболяване от лекуващ лекар в МБАЛ. 47,70% от анкетираните получават информация от личен лекар, 11,40% от тях използват като източник на информация медицинска сестра или рехабилитатор и 18,50% черпят информация от интернет и медии. (Фиг 12)



Фиг.12 Източник на информация,относно заболяването

Пациентите с хронични заболявания имат потребност от информация и обучение, за да се предотвратят възможните усложнения от една страна и от друга да извършват грижи адекватни на развитието на хроничното заболяване. Обучението и информирането на пациентите по въпросите касаещи здравето е важна функция на продължаващата здравна грижа. Чрез обучаването на хората, в зависимост от заболяването и възрастта медицинските сестри и рехабилитатори помагат на хората да разберат как да променят своето поведение, за да подобрят качеството си на живот с хронично заболяване.

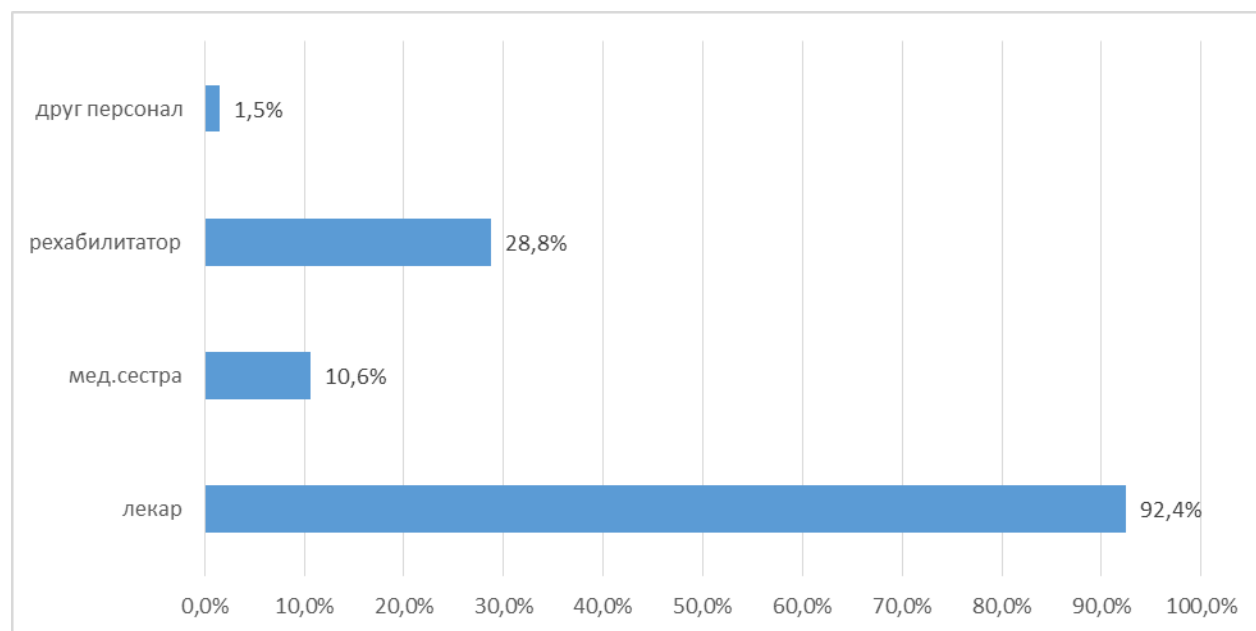
По-голямата част от анкетираните посочват, че желаят да се информират относно заболяването си от лекар и към него се обръщат при възникнали проблеми, както и потребността на новодиагностицираните пациенти да им се обяснят настъпващите промени. Това показва, че е необходимо осигуряване от ОПЛ или лекуващ лекар в МБАЛ на стриктен контрол и мониторинг на хроничното заболяване. Първоначално е трудно да бъде възприета цялата информация, поради което пациентите трябва да имат възможност за

непрекъснатата комуникация с медицински специалисти и информирането, относно заболяването да се осъществява от компетентни лица.

Отчита се статистическа значимост между източника на информация и удовлетвореността на пациентите, относно информацията ($p < 0.001$)

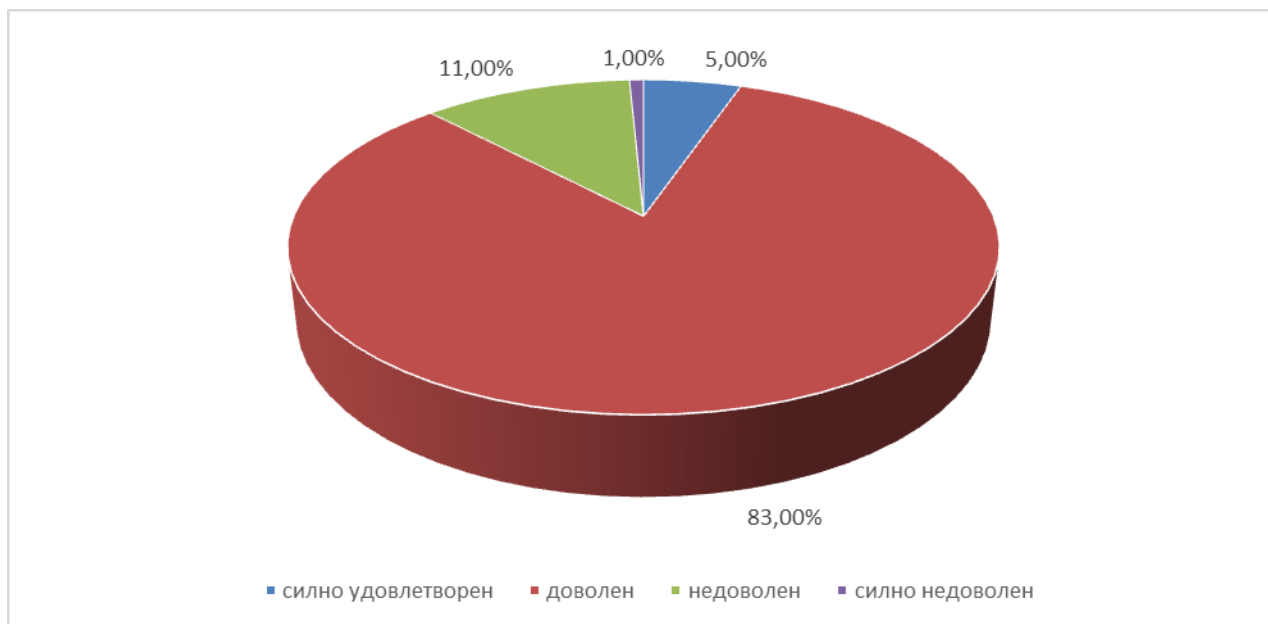
Като картината не се променя и когато по време на престоя си в лечебното заведение, пациентите разчитат при възникнали проблеми и усложнения да бъдат информирани от лекари – 92,40%, медицински сестри – 10,60% и от рехабилитатори – 28,80%. По-големият процент за рехабилитаторите се предполага, за последващи процедури и помощ при възстановяването им.

Пациента се нуждае от информация за развитието на болестта и за начина, по който повлиява живота му. Тези знания получава от медицинските специалисти. (фиг.13)



Фиг.13 Източник на информация при възникнали въпроси в болница

Получените резултати относно удовлетвореността на пациентите от предоставената информация показват, че най-голям е относителният дял на пациентите посочили, че са само “доволни“ – 83,00% ,“Силно удовлетворени” са 5,00%, а пациенти, които са „недоволни ” са 11,00%. “Силно недоволни” са 1,00 %. Тези данни определено показват, че информацията предоставена на пациентите удовлетворява в значителна степен техните потребности.(Фиг 14)



Фиг.14 Удовлетвореност на пациентите от получената информация

Медицинското обслужване и оказаните сестрински грижи в болниците удовлетворява почти всички анкетирани. Силно удовлетворени от пребиваването си в болницата са 6,50 % от пациентите, а 86,00 % са доволни, като неудовлетвореност посочват 12,90% от анкетираните. (Фиг 15)



Фиг. 15 Удовлетвореност на пациентите от сестрински грижи

Грижите, обучението и информирането на пациентите по въпросите касаещи здравето е важна функция на сестринския персонал. Познавайки рисковите фактори за заболяванията и усложненията медицинските сестри помагат на хората да разберат как да променят своето поведение, за да запазят собственото си здраве. Доверието и обратната връзка между пациентите и медицинските сестри са от изключително важно значение за осъществяването на качествени здравни грижи. На въпроса - може ли да се доверите на медицинската сестра, положително отговорилите са с най-голям относителен дял 65,90%, 26,50% от анкетираните се доверяват, но само на определени сестри и само 7,60% не могат да се доверят и споделят своите здравословни проблеми.

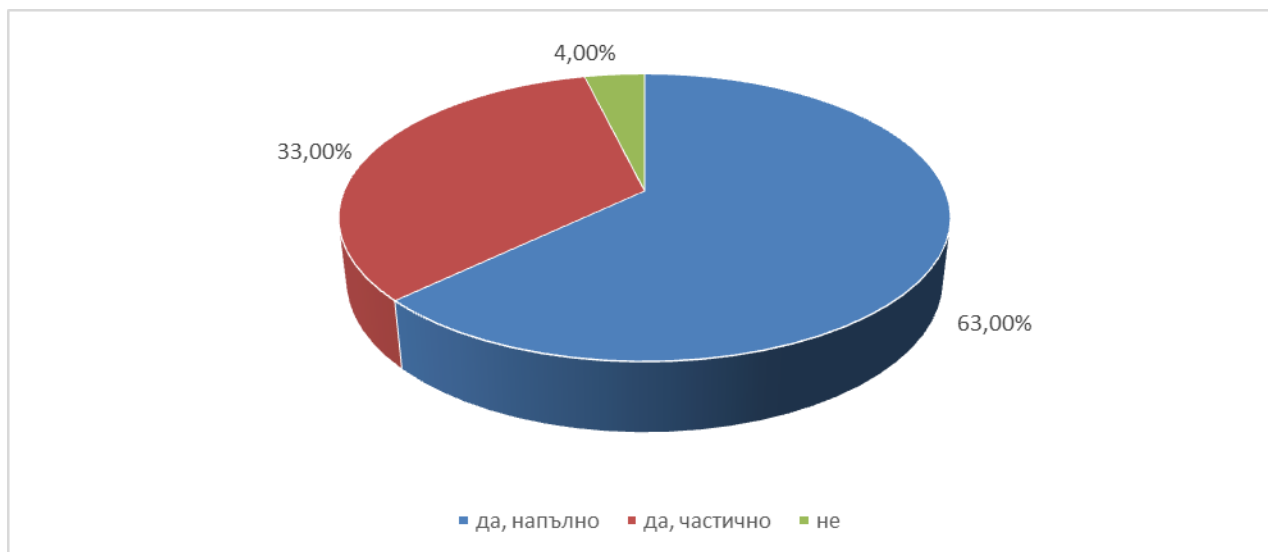
Резултатите показват, че 57,10% от анкетираните са получили информация за лечението на своя близък, но 42,90% посочват, че информацията им е частична и за да осъществяват помощ и подкрепа имат потребност от информация. (Табл. 2)

Табл. 2 Информираност на семейството

въпрос	отговор	брой	Отн. дял %
Получихте ли информация и указания за назначената на Вашия близък лечебно-рехабилитационна програма	Да,напълно	32	57,10%
	Да,частично	24	42,90%
	Не	0	0.00%
		56	100,00%

Постъпването в болнично заведение на пациент с хронично заболяване най-често е свързано с обостряне на симптоматиката или настъпило усложнение. Тези обстоятелства са свързани с промяна или изготвяне на нов хигиенно-диетичен и двигателен режим.

Прави впечатление, че има пациенти (4,00%) които посочват, че изобщо не са получавали информация по тези въпроси, а 33,00% не са толкова категорични в отговорите си и са частично информирани, а напълно информирани са 63,00% от анкетираните лица, въпреки че пациентите с хронични заболявания трябва да са добре обучени и информирани относно хигиенните грижи, диетата и двигателния режим, които трябва да спазват както в лечебното заведение, така и в домашни условия. (фиг.16)

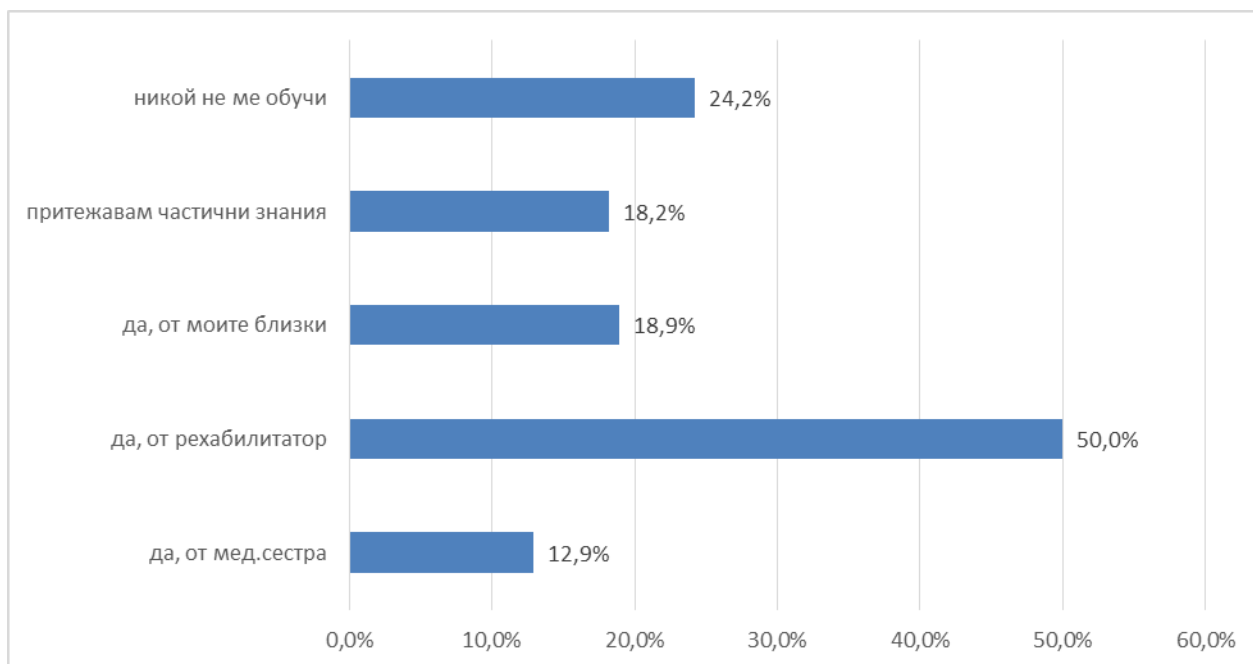


Фиг. 16 Информираност на пациентите, относно хигиенно-диетичния и двигателен режим

Резултатите по отношение на обучението на пациентите за извършване на дейности от ежедневиия живот са значително разнообразни.

Данните показват, че най-голям е относителният дял на пациентите, които са разчитали на рехабилитатори – 50,00%, на медицински сестри – 12,90%, от близките са съдействали за ДЕЖ на 18,90% от анкетираните. Немалък е и относителният дял на анкетираните, които притежават частични умения – 18,20% и „никой не ме обучи“ – 24,20% съобщават, че изобщо не са обучавани, въпреки, че са имали такива потребности, което показва, че проведеното обучение удовлетворява 2/3 от пациентите.

Големия относителен дял на посочилите „рехабилитатор“ е свързан с доминиращите проценти на неврологичните, сърдечно-съдовите и дегенеративно-ставните заболявания, при които отпадната двигателна симптоматика и страдащите ДЕЖ са приоритет за пациента при възстановяване. (Фиг. 17)



Фиг. 17 Обучение на пациента по време на болничния престой в ДЕЖ

На въпроса „Смятате ли, че Вие и вашите близки притежавате знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?“ относителният дял на анкетираните, имащи такива знания и умения е значително нисък, видно от Табл. 3.

Табл. 3 Самооценка на пациентите относно знанията и уменията за полагане на грижи

Смятате ли, че Вие и вашите близки притежавате знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние	да, напълно	12	9,1%
	да, частично	111	84,1%
	не	9	6,8%

Установена е значимост между социалните групи и информираността, относно заболяването ($p < 0.015$)

Получените резултати показват, че най-голям е относителният дял на пациентит–84,10 %, които притежават частични знания и умения за грижи

насочени към техните потребности и проблеми, като от тях 6,80% посочват че не притежават. Положителен отговор са посочили едва 9,10% % от анкетираните. Процеса за подобряване на здравословното състояние при хронично болните пациенти е продължителен с основна задача адекватни знания и умения за полагане на грижи. Това налага обучение и самообучение в движение.

Резултатите от табл.2 ясно показват, че пациентите които имат частични знания и умения се нуждаят от допълнителна информация за продължаващо възстановяване в домашна обстановка, което се доказва с отговор на въпроса- „имате ли нужда от информация за продължаващото Ви лечение в домашна обстановка“, където с „нуждая се от помощ“ отговарят 40,20% и „информиран съм частично“-36,40% от анкетираните, 20,50% разчитат на това, че „близките ми са информирани“, а едва 2,90% нямат никаква информация.

Продължаващата здравна грижа при хроничните заболявания е насочена към съхранение на болния като личност и да запази своята самостоятелност, като целта е да бъде улеснен процеса на превъзможване на болестта и да се създаде възможност да се води качествен живот, въпреки хроничното заболяване. Изключителни са ролите на медицинската сестра и рехабилитатора в този процес, който помага на болния да трансформира представата за себе си, да се адаптира и реорганизира, за да се промени към новия начин на живот.

Големият относителен дял - 82,10% от анкетираните, посочват, че са информирани, но не достатъчно, което показва, че се нуждаят от допълнителна информация за да осъществяват помощ и подкрепа в домашна обстановка. Информирани са 14,30%, а тези които нямат информация и имат нужда от такава са 3,60% от близките. (Табл. 4)

Табл. 4 Мнението на близките относно нуждата от допълнителна информация

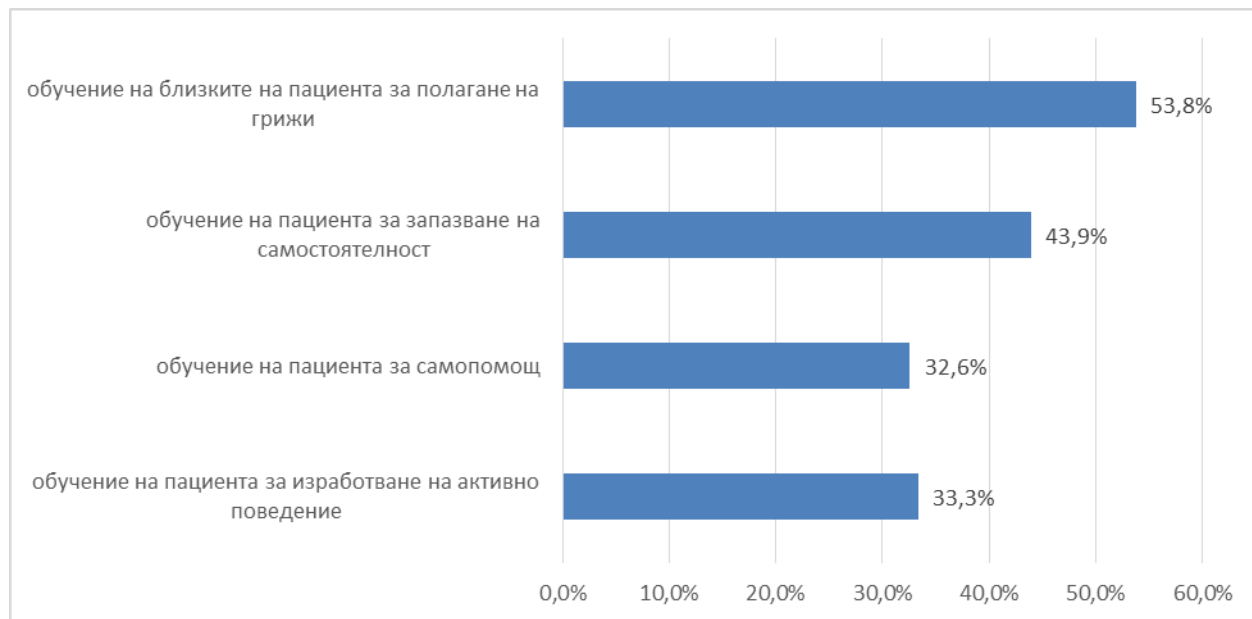
въпрос	отговор	брой	Отн. дял %
Нуждаете ли се от допълнителна информация за продължаващото лечение на Вашия близък в домашна обстановка	Информиран съм напълно	8	14,30%
	информиран съм частично и имам нужда от допълнителна информация	46	82,10%
	нямам никаква информация и се нуждая от такава	2	3,60%
		56	100,00%

Повишаването на нивото на информираност се отразява на дуализма между „физическия“ компонент, който означава внимание към целия контекст на външните фактори, взаимодействащи в положителен или отрицателен смисъл с пациента и неговите проблеми и потребности и „обучението“, компонент който представлява една от целите на здравните грижи.

Здравното обучение е цялостен процес, в който медицинските сестри и рехабилитатори помагат на пациентите за формирането на личната здравна култура при възникване на хроничното заболяване. От резултатите се вижда, че за 53,80% от пациентите е от изключително значение техните близки да бъдат обучени в полагане на грижи, проявява на разбиране и подкрепа на всички негови усилия. Голям е и относителния дял-43,90% на пациентите, които желаят да се обучат в запазване на самостоятелност, което е свързано с високия процент инвалидизиращи обстоятелства при хроничните заболявания. 32,60% от анкетираните имат желание да са подготвени да си помогнат сами, което е свързано с факта, че 33,00% от респондентите живеят на село, може би сами и с недобра инфраструктура, което ограничава достъпа до здравни грижи и забавя помощта. Не е за пренебрегване и факта, че

33,30% искат да изработят активно поведение за контрол на симптомите, справяне с дистреса и получаване на помощ от средата. Отчита се статистическа значимост между обучението, от което се нуждаят и удовлетвореността на пациента. ($p < 0,026$)

(фиг. 18)/ /процентите надвишават 100%, тъй като анкетитараните са посочили повече от един отговор/



Фиг.18 Мнение на пациентите от какво обучение се нуждаят

Здравното обучение е цялостен процес, в който медицинските сестри и рехабилитаторите помагат на пациентите за формирането на личната здравна култура при възникване на хроничното заболяване –знания и умения, убеждения и нагласи, здравна мотивация, навици и поведение, за да намалят рисковите фактори за заболяванията и подобряване качеството на живот.

Съществена е информацията, която получаваме за необходимостта от обучение на близките, като обучение за двигателния режим са посочили 50,00% от анкетираниите, информация за превенция на усложненията са

поискали 62,50%, обучение за полагане на грижи 17,90%, а 10,70% обучение в хигиенно-диетичен режим. Отчита се статистически значима зависимост между социалните групи и от какво обучение се нуждаят. ($p < 0,041$)

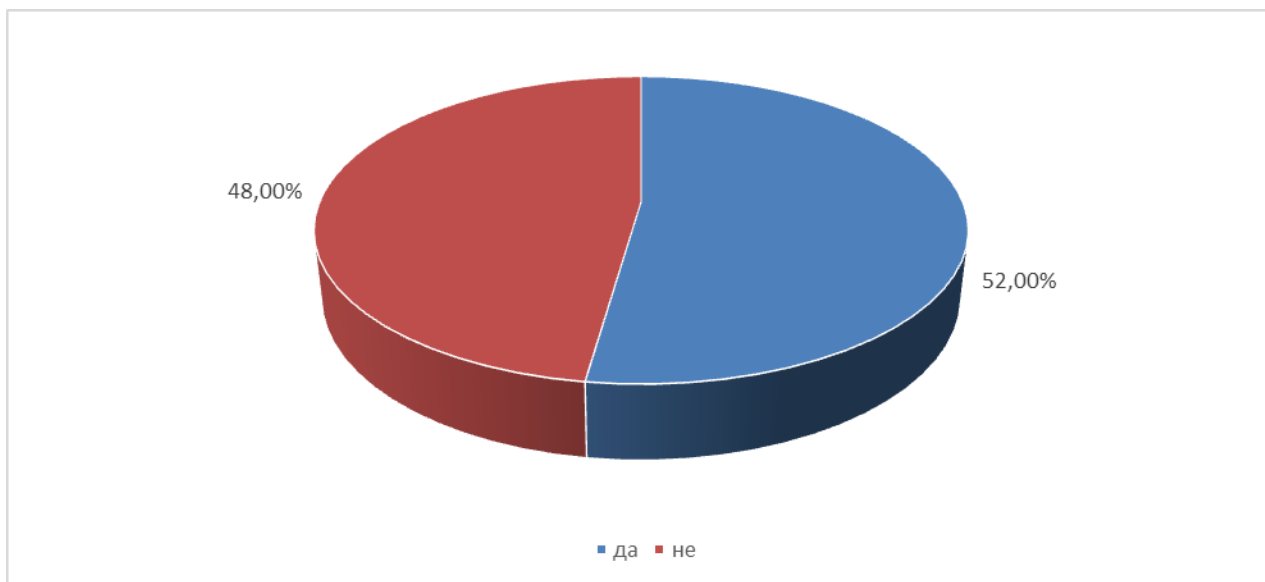
Тези резултати показват, че близките на пациентите с ХЗ имат нужда от обучение, знания, умения и увереност относно грижите и потенциалните проблеми, които могат да възникнат. (Табл.5)

Табл. 5 Мнение на близките относно обучението, от което се нуждаят /процентите надвишават 100%, тъй като анкетитараните са посочили повече от един отговор

въпрос	отговор	брой	Отн. дял %
От какъв вид обучение за обгрижване на Вашите близки се нуждаете	обучение за хигиенно диетичен режим	6	10,70%
	обучение за двигателен режим	28	50,00%
	обучение за полагане на грижи	10	17,90%
	обучение за предотвратяване на усложнения	35	62,50%

Въпреки положителната мотивация в повечето случаи хроничното заболяване води до инвалидизация. Като най-честата причина за намаляване на работоспособността са ССЗ, неврологичните, заболяванията на ОДА и болестите на ендокринната система, което провокира нашето внимание, тъй като е свързано с продължаващата здравна грижа и обучение.

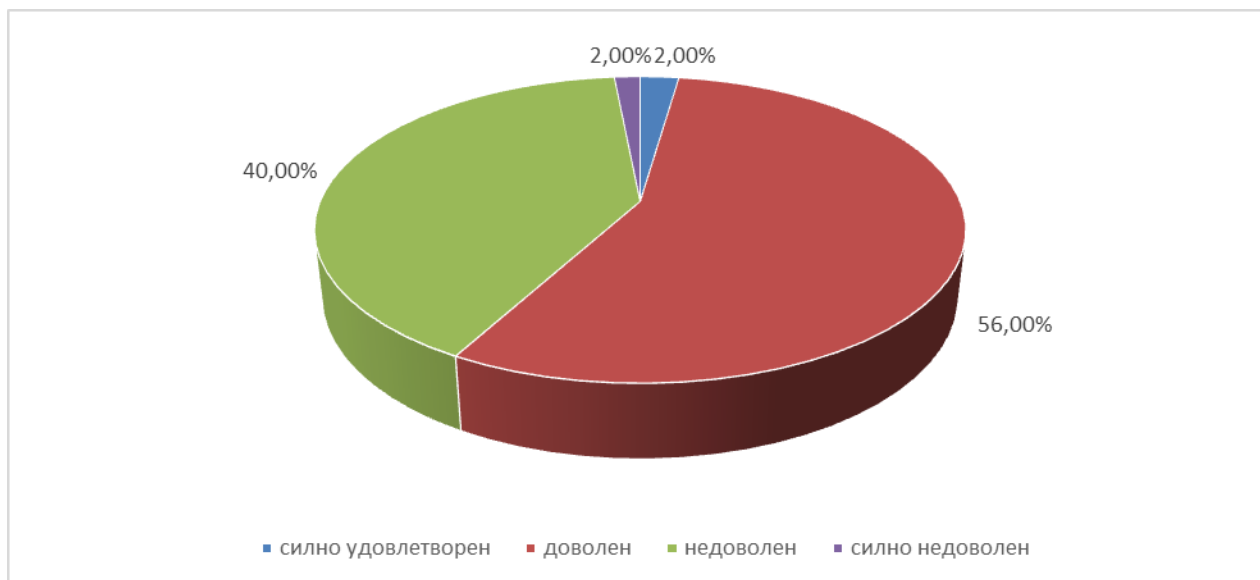
Лицата, които са с намалена работоспособност са с по-голям относителен дял - 52,00%, а 48,00% от анкетираните посочват, че нямат определена група инвалидност. ССЗ и неврологичните заболявания манифестират перспектива за инвалидизация, особено травмиращо в първите етапи на болестта. (Фиг. 19)



Фиг.19 Имате ли определена група инвалидност?

Лицата, които са с намалена работоспособност са с по-голям относителен дял - 52,00%, а 48,00% от анкетираните посочват, че нямат определена група инвалидност. ССЗ и неврологичните заболявания манифестират перспектива за инвалидизация, особено травмиращо в първите етапи на болестта. Редица елементи на социалната и физическата среда се превръщат в трудно преодолими или непреодолими социални бариери, проблем с който не всички могат да се справят.

Хроничните заболявания инвалидизират и социално и професионално. Намалената работоспособност, определената група инвалидност с експертното решение на ТЕЛК и живота с хроничното заболяване предполагат да се изрази мнение за удовлетвореността от ползваните социални услуги, което е видно от Фиг. 20 Резултатите показват, че относителния дял на доволните от социалните услуги анкетираните пациенти е най-голям-56,00%, но не е малък и делът на недоволните-40,0%. Силно удовлетворените, както и силно недоволните пациенти са по 2,00%. Местоживеенето на респондентите не е от значение.



Фиг.20 Удовлетвореност на пациентите от предоставяните им социални услуги

Присъствието и наличието на Експертно решение от Териториалната Експертна Лекарска Комисия (ТЕЛК) за инвалидизация не се приема за задължително условие. Водещо значение имат степента на уврежданията и стадия на конкретното заболяване, които се удостоверяват с необходимата за тази цел документация. В тази връзка трудно подвижните възрастни хора или залежалите се вследствие на възрастовите ограничения, без да имат конкретни заболявания, поради които да са лежали в болнични заведения, имат също правото да получат целева помощ. Социалните услуги са дейности в подкрепа на лицата за социално включване и самостоятелен начин на живот, за да се подпомогнат възрастните, хронично болните и хората с трайни увреждания да преодолеят своите затруднения от здравословен характер и да допринесе за подобряването на техния психически, социален и здравен статус.

Тази социална услуга включва както медицинските грижи, така и социални услуги, които подпомагат пациентите за справянето с битови ежедневни дейности. Услугите могат да се предоставят директно в дома на

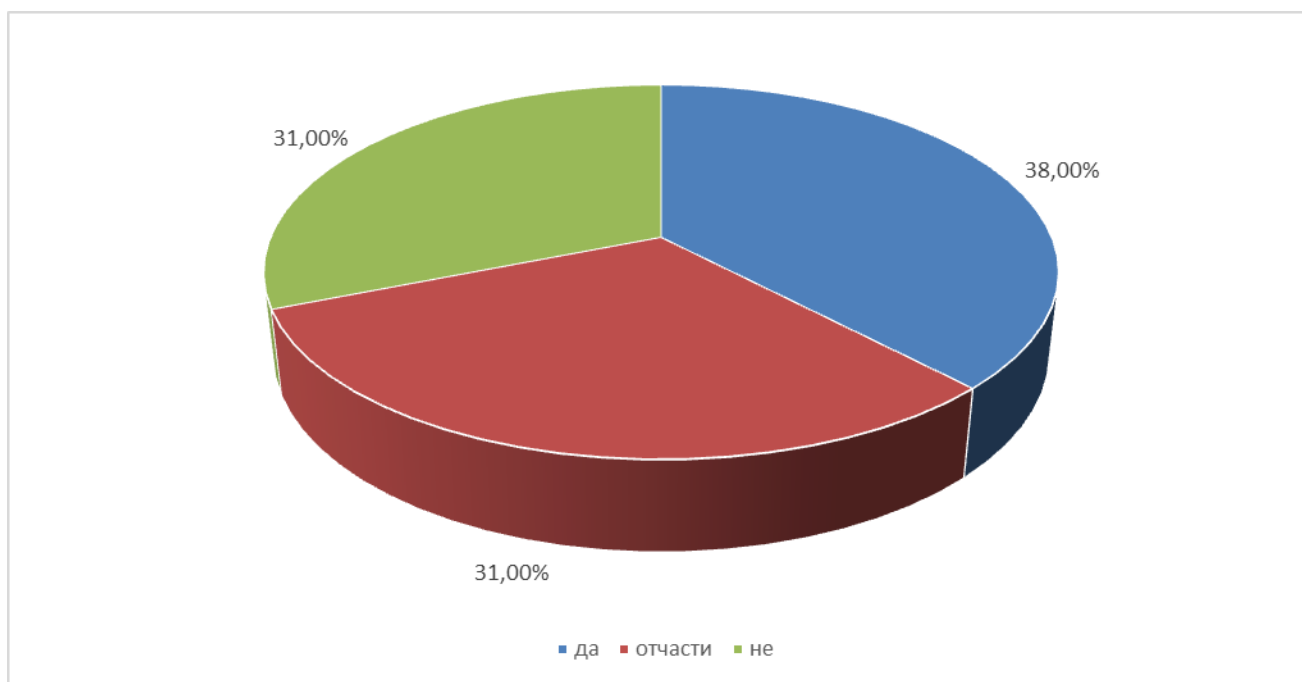
заинтересованите от тях пациенти. Това се осъществява след извършването на индивидуална оценка на нуждите на всеки при стриктното спазване на критериите за добро качество. Внимание се отделя за стимулирането на индивидуалния капацитет на пациентите за самопомощ, като и обучението им в някои похвати за това.

Високия процент недоволни (40,00%) посочват какво според тях трябва да се промени в социалните услуги, за да се подобри качеството им на живот. Мнението на респондентите се разпределя почти равномерно между три от отговорите, с малък превес на тези, които разчитат на помощ от социалните служби за помощ при намиране на работа след настъпване на инвалидизация-14,40%, които след промяна в обстоятелствата при настъпила инвалидизация, вследствие на хроничното заболяване и промяна в статута търсят подкрепа от АСП за помагане при намиране на работа и социално включване. Социални услуги, според нуждите на пациента и подобряване на комуникацията между институциите са с равни относителни дялове-по 13,60%. Лошо отношение са посочили-10,60% и нетолерантност-3,80% от анкетираните. От липса на информация са недоволни 6,80%, а повече безплатни прегледи желаят 7,60%. (Фиг. 21)



Фиг. 21 Мнение на пациентите относно промените, свързани със социалните услуги

Доколко хроничното заболяване се отразява върху професионално развитие и кариера, става ясно от резултатите представени на Фиг. 22.



Фиг.22 Отражение на заболяването върху професионалното развитие и кариера

Разпределени в три групи почти по-равно—38,00% да отрази се, 31,00% отчасти и на 31,00% заболяването не се отразява върху професионалното

развитие и кариера, където относителния дял на жените спрямо мъжете е (Табл. 6)

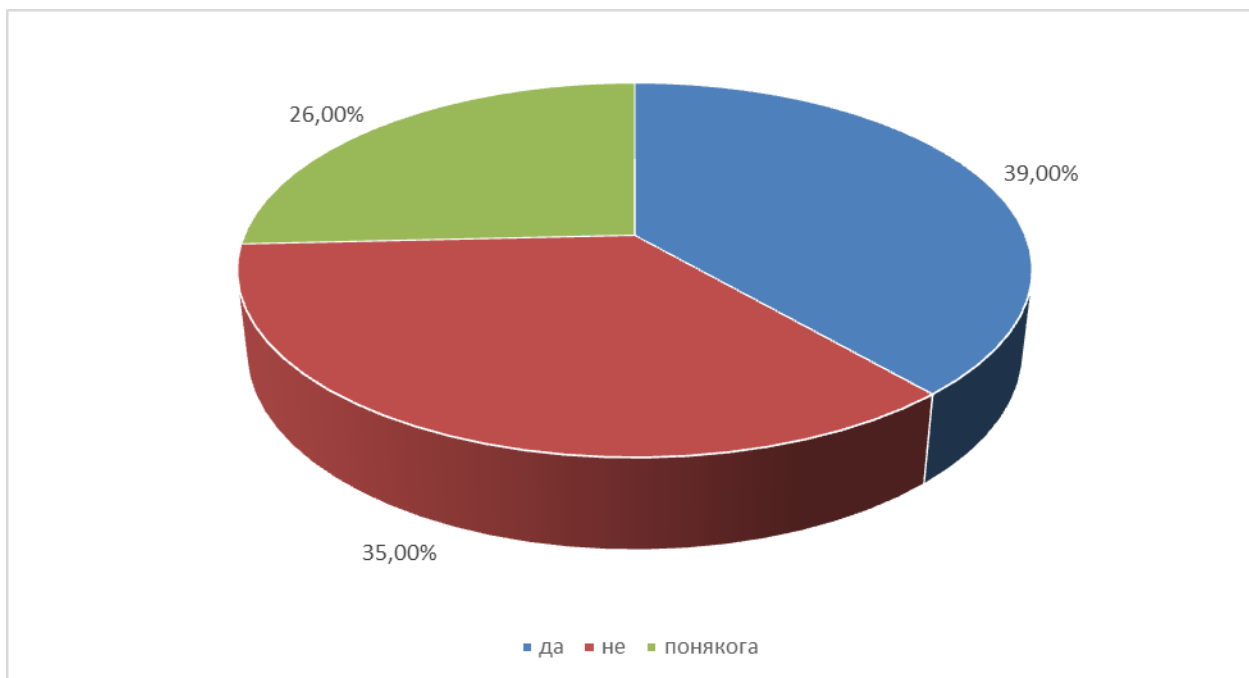
Табл. 6 Повлияване на професионалното развитие

Заболяването отразили се на професионалното Ви развитие и кариера	Отговор:	Бр.	%	Отн. дял мъже	Отн. дял жени
	да	50	37,9	18%	20%
	отчасти	41	31,1	14%	17%
	не	41	31,1	14%	17%
		132	100	Общо 100%	

Таблицата ни показва, че хроничното заболяване повлиява професионалното развитие почти еднакво на жените и мъжете, с малък превес в относителния дял на жените. Тези резултати ни дават основание да смятаме, че значителна част от анкетираните имат възможност да упражняват професията си без да се налага да я променят или да променят плановете си за кариерно развитие. Все пак да имаме в предвид, че по-голямата част от тях отговарят положително което вероятно е свързано със спецификата на заболяването.

Обикновено хроничното заболяване се появява като нежелан гост и заварва пациента и семейството неподготвени. Липсват умения да се помогне на хронично болния и това – особено в началните етапи на болестта може да има различни негативни прояви, дори да е свързано с несъзнателна заплаха за сигурността на семейството на пациента с хронично заболяване.

Как се отразява заболяването на психологическия комфорт в семейството е посочено във Фиг. 23.



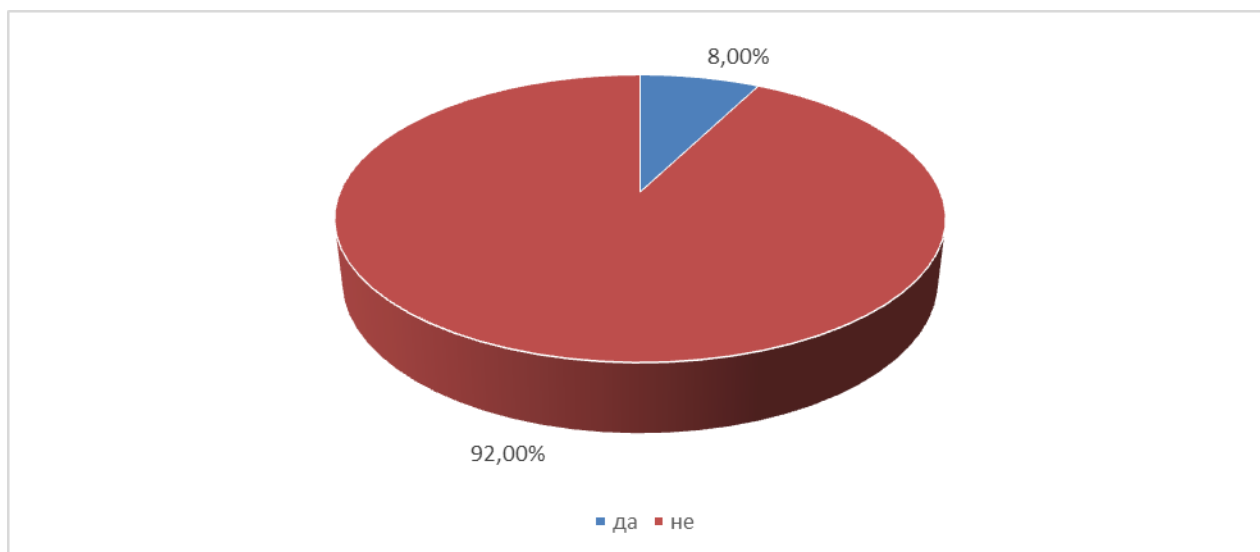
Фиг.23 Отражение на заболяването върху психологическия комфорт в семейството

От получените резултати се вижда, че в семейството се запазва психоклимата. Отговор „да“ посочват 39,00% от анкетираниите, с „не“ са категорични 35,00% и понякога 26,00%. Това ни показва, че повечето семейства успяват да преодолеят негативното въздействие и стресогенността на заболяването и да запазят психологическия комфорт в семейството. Но не малък процент не могат да се справят с отпадане на някои семейни задължения и социални роли, появата на нови нетипични такива, невъзможността да се поддържат досегашните взаимоотношения и ще имат нужда от психологическа подкрепа. От изключително значение е да се запази психологическия комфорт в семейството, защото резултатите от грижите за човека с хронично заболяване нарастват, когато семейството и най-близкото му обкръжение проявяват разбиране и оказват подкрепа.

Необходимо е да се създаде по-добра връзка и координация между семействата и пациентите с хронични заболявания и със сходни проблеми, за да си помагат взаимно, а не всеки един от тях да извървява сложния и труден

път, когато не е достатъчно информиран. В страната има редица институции, чиято цел е да подпомагат семействата в грижите към хронично болните си близки, а спецификата на хроничните заболявания налага по-конкретна помощ и подкрепа, като едни от тях са пациентските организации.

На въпроса дали са получили подкрепа от пациентска организация, поголемият относителен дял-92,00% от анкетиранияте отговарят отрицателно. Положително отговарят само 8,00%. (Фиг 24) Тези резултати определено показват, че пациентите не познават и не получават необходимата помощ и подкрепа от пациентските организации. В същото време, пациентските организации имат големи възможности за участие в проекти и за финансиране на различни инициативи, чрез които да осигуряват помощ и подкрепа на пациентите с различни хронични заболявания, да организират мероприятия по промоция и профилактика.



Фиг. 24 Получаване на подкрепа от пациентски организации

В тази връзка запитани дали са посещавали специално насочени обучения за справяне с болестта и усложненията, 86,00% от отговорилите са категорични, че не знаят за провеждани такива, отговор „не” са посочили

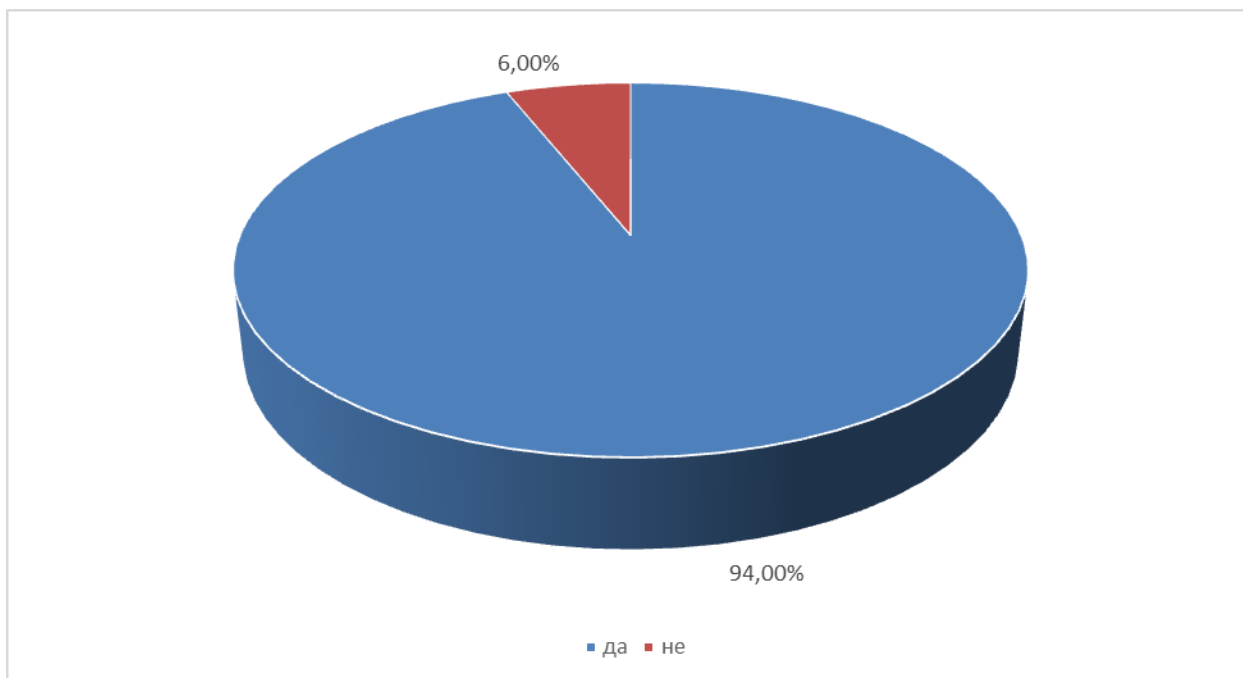
13,00% от анкетираниите и едва 1,00% знаят за съществуването на провеждани мероприятия. (Фиг. 25)



Фиг. 25 Мнение на пациентите за провеждани обучения, свързани със заболяването

Тези резултати може би се дължат на факта, че има институции, но липсва механизъм и конкретна организация, при която всеки пациент с хронично заболяване да получи необходимата информация грижи и подкрепа, а на семейството и близките му възможност за обучение от квалифицирани медицински специалисти.

Съществена информация за изследването ни дава и следващия въпрос към пациентите, дали биха посещавали център за профилактика и професионална помощ, свързани със заболяването. Категорични в желанието да посещават център за професионална помощ и подкрепа са изказали 94,00% от анкетираниите и едва 6,00% не биха. (Фиг 26)

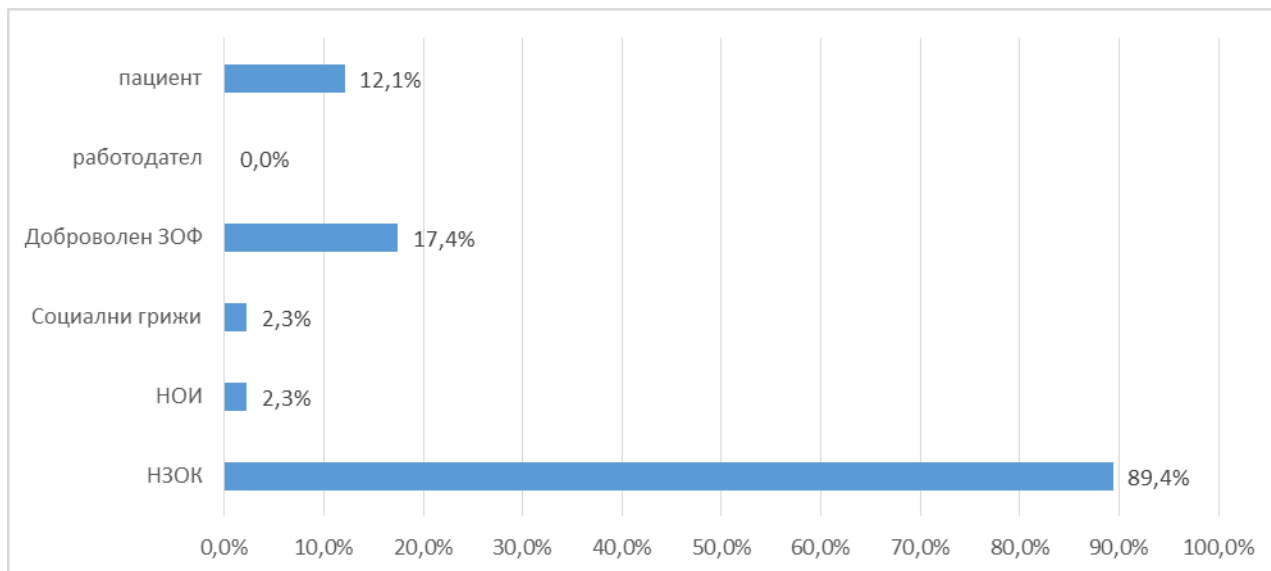


Фиг. 26 Мнение на пациентите за посещение на специализиран център за подкрепа

Медицината е област, която постоянно се развива и научните изследвания разширяват възможностите за по-ефективно лечение на хроничните заболявания. Ето защо на пациентите и техните близки трябва да се предоставя възможност за обучение от квалифицирани медицински специалисти. Необходимо е също така да се използват възможностите на съвременните технологии и да се осигурява дистанционна връзка и обучение между съответните специалисти и пациентите. Всичко това е възможно да бъде осъществено единствено, когато има създадена организация, която посочва отговорностите на всяка една институция и на всеки един специалист, осъществява комуникацията между тях, както и да се определи участието и отговорността на пациента за собственото му здраве.

Въпреки различните източници на финансиране, средствата в здравеопазването винаги са ограничени и това затруднява достъпа за немалка част от нуждаещите се. От анкетиранияте пациенти–89,40% разчитат изцяло

на финансиране от НЗОК, следват ЗОФ – 17,40%, лично финансиране – 12,10%. Социално бедното население на страната не разчита и не получава финансова помощ за лечението си от работодателя. Участието в процеса на здравно финансиране при лечение от НОИ и социалните грижи са представени с минимален относителен дял – по 2,30%. (Фиг 27)



Фиг. 27 Източници на финансиране на лечението

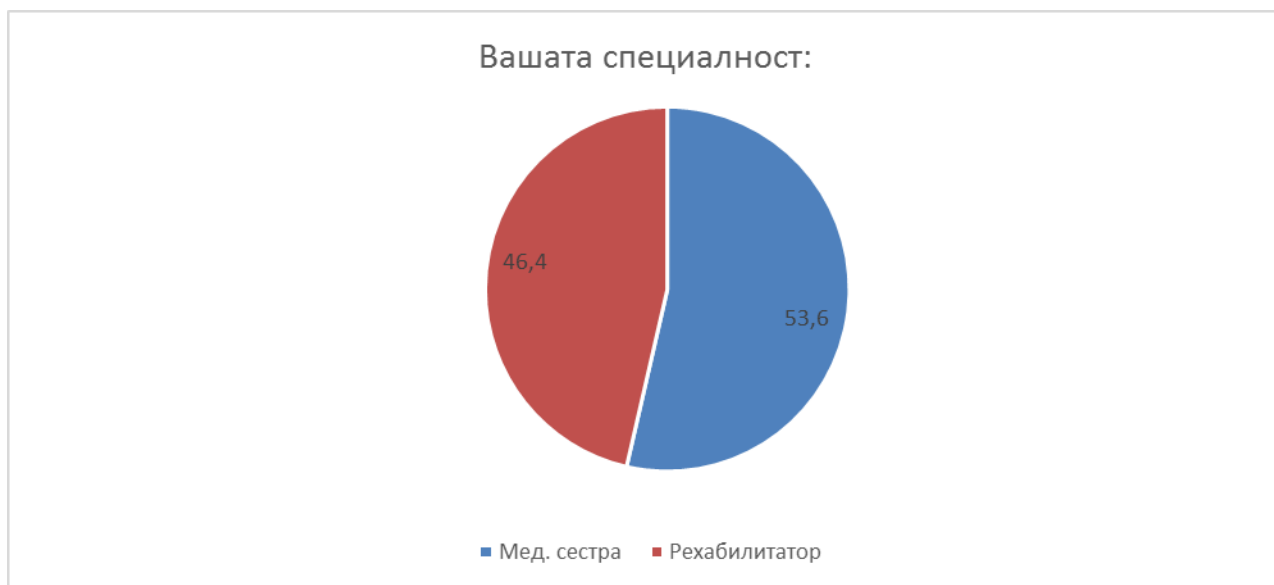
2. Квалификация на медицинските сестри, рехабилитатори, социални работници и студенти по отношение на грижите за пациенти с хронични заболявания.

2.1 Квалификация на медицинските сестри и рехабилитатори по отношение на грижите за хронично болни пациенти

Спецификата на медицинската помощ и здравните грижи при пациента с хронично заболяване, изисква специалисти от различни области да работят заедно в интерес на пациента. Това налага един по-различен интегриран подход, обхващащ всички свързани с потребностите на пациентите аспекти от организацията и управлението до професионалните умения на доставчиците на тези грижи. Медицинските сестри и рехабилитаторите се

налага да разрешават разнообразни ситуации при изпълнение на професионалните си задължения. В сътрудничество освен със съответния лекар, те взаимодействат и с други професионалисти.

Медицинските сестри са с по-голям относителен дял 53,60%, а рехабилитаторите 46,40%. (Фиг 28).



Фиг.28 Разпределение на медицински сестри и рехабилитатори по специалност

Основните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно и по назначение от лекар са: предоставяне и събиране на здравна информация, промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите, предоставяне на медицински и здравни грижи, осъществяване на манипулации, оказване на спешна медицинска помощ, разработване на проекти, провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи. Рехабилитатора участва активно в изготвяне на рехабилитационната програма на болния. Той създава план програма за кинезитерапевтичен подход и ръководи рехабилитацията в този процес. Той е отговорен и за подбирането на най-подходящите средства от кинезитерапията, които ще позволят и дадат най-добрия възстановителен ефект. Рехабилитатора е този,

който въвежда нови и съвременни кинезитерапевтични методики и активно допринася за повишаване качеството на възстановителния процес.

Данните по отношение на образованието на специалистите по здравни грижи показват, че най-голям е относителният дял на тези, които са със степен на образование „бакалавър“ - 41,70%, по-малко образование имат-специалист 21,40 % от анкетираните; Магистърска степен имат 34,50 % от анкетираните, а средно специално образование имат 2,40 %. (Фиг 29).

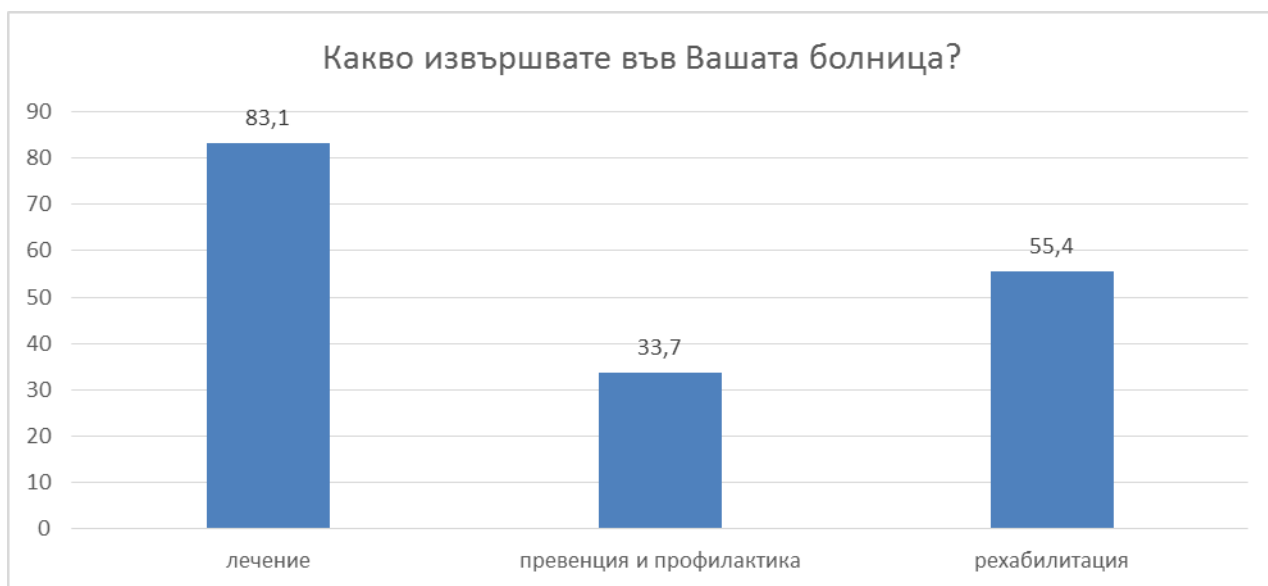


Фиг.29 Разпределение на специалистите по здравни грижи според степента на образование

Това голямо разнообразие в образованието на медицинските сестри е в резултат на проведените реформи в областта на професионалното и университетско образование в страната през последните години. Главната цел е подготовка на висококвалифицирани здравни специалисти, способни да прилагат и развиват научно - медицинските знания и умения в медицинската практика и здравеопазването. Тя произтича от неговата обществена мисия, свързана с държавната политика за развитието на висшето медицинско

образование, медицинската наука и здравеопазването в Република България, както и от принципите на Болонската декларация и Директивите на Европейския съюз.

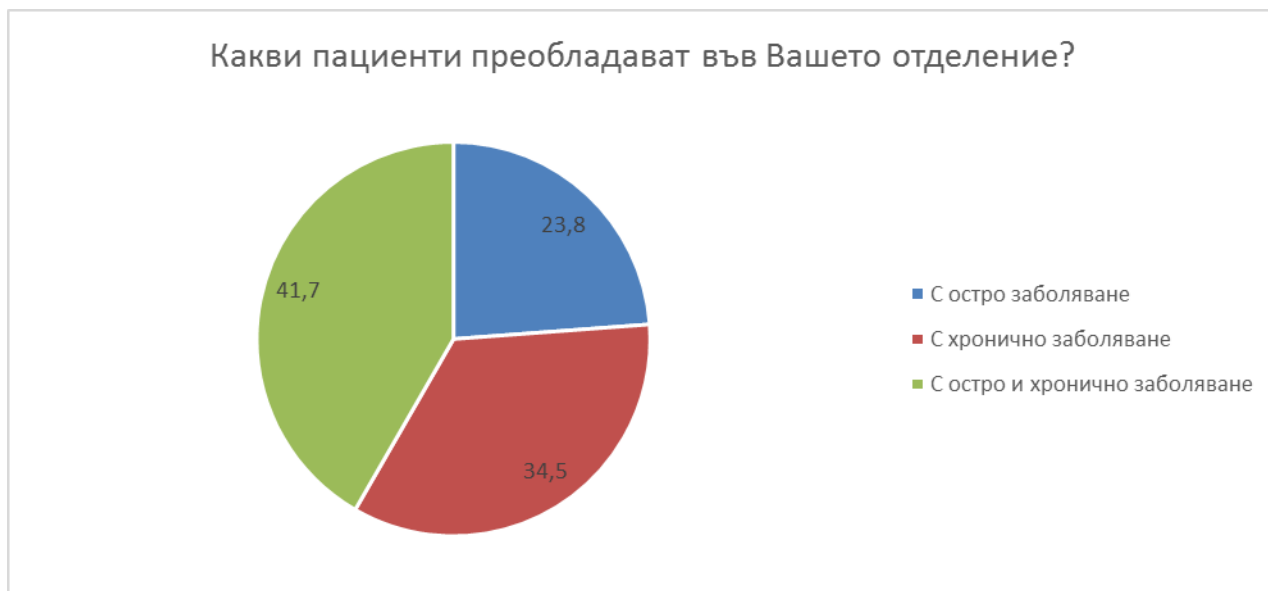
Относителния дял на посочилите лечение е най-голям - 83,10% ,тъй като е голям броя на анкетираниите от многопрофилни болници за активно лечение, 55,40% са дейностите по рехабилитация на пациентите и 33,70% превенция и профилактика,защото те съпътстват целия лечебен процес. (Фиг. 30) (процентовото отношение е по-голямо от 100% ,поради комбинираните дейности,които се извършват в болниците)



Фиг.30 Дейности,извършвани в болничното заведение

Пациентите с най-голям относителен дял – 41,70% са с остро и хронично заболяване, което е свързано с многопрофилността на болничното заведение, в което постъпват за лечение и остри и хронични заболявания. Преобладаващи хронични заболявания са посочили 34,50% от анкетираниите, а 23,80% са с остро заболяване. (Фиг 31). Хроничните заболявания са свързани с честа хоспитализация, поради обостряне на симптоматиката или

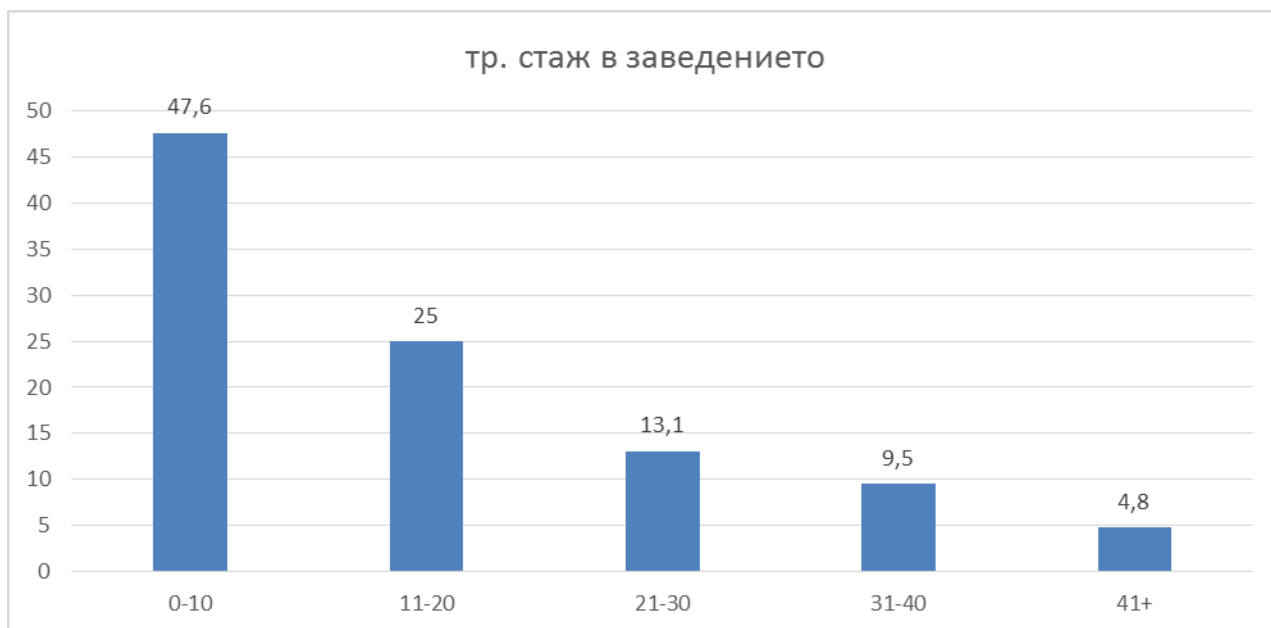
настъпили усложнения, както и за клинични изследвания и префилактични прегледи.



Фиг.31 Преобладаващи пациенти в лечебното заведение

Важно за настоящото изследване бе, да се проучи трудовият стаж на медицински сестри и рехабилитатори, пряко свързан с опита за профилактика и консултиране на лицата с хронични заболявания, оценка на здравните проблеми и съветване на лица с повишен здравен риск, съставяне план за сестрински грижи и оказване помощ на лицата за тяхната ресоциализация, реадаптация и рехабилитация.

Медицинските сестри и рехабилитатори посочили трудов стаж между 0-10 год. в лечебното заведение, са с най-голям относителен дял-47,60%, следвани от работещи в посочената болница от 11-20 год.-25,00%, между 20-30 год. посочват 13,10% от анкетираните, 30-40 год.-9,50% и най-малък е процента с над 40 год. трудов стаж-4,80%. (Фиг. 32) Тези резултати са важни за изследването, тъй като са свързани с опита, който натрупват медицинските сестри и рехабилитатори, пряко свързан с оценката на потребността от здравни грижи за хронично болния пациент.



Фиг.32 Трудов стаж на медицински сестри и рехабилитатори

Всяко хронично заболяване изисква определянето на потребностите от грижи в зависимост от неговите нужди и състояние. Всеки пациент има нужда от индивидуален подход, който се определя от оценка на потенциала на пациента и неговите потребности. Резултатите дали медицинските сестри и рехабилитатори, извършват оценка на възможностите са показани на Фиг. 33. Положителни са отговорите на 77,30% от анкетираните, като от тях 45,20% отговарят „да, винаги” и 32,10% - „да, понякога”. Отрицателно с „не“ отговарят 15,50 % и „не ми влиза в задълженията“ 7,10 % от анкетираните медицински сестри и рехабилитатори. Установена е статистическа значимост между трудовия стаж на медицински сестри и рехабилитатори и извършването на оценка на възможностите на пациентите. ($p < 0,024$)

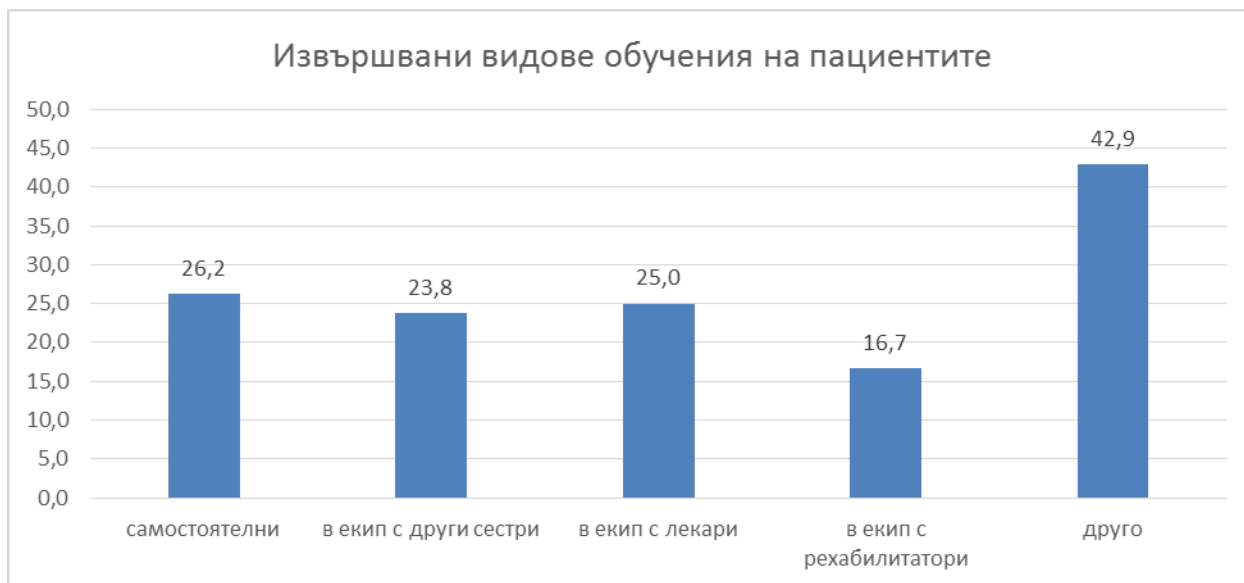


Фиг.33 Оценка на възможностите на пациента от медицински сестри и рехабилитатори

Оценката на възможностите и потребностите от грижи е част от методичен подход, който изисква определено обучение и квалификация на медицинските сестри и рехабилитатори. На основата на потребностите от грижи се изработва индивидуален план за грижи, чрез който се гарантира пълноценен начин на живот на болния. Планирането на грижите позволява да се поддържат в норма всички онези показатели, които се нарушават в резултат на болестта и адекватна двигателна активност.

Опитът, комуникативните знания и умения на медицинската сестра и рехабилитатора са от особено значение при провеждане на здравно обучение на пациентите. Обучението се определя като комуникативна дейност, чрез която хората биват адекватно информирани, осъзнават същността на проблема, получават необходимите умения и придобиват увереност, че са в състояние да предприемат мерки за подобряване качеството на своя живот. На въпроса дали участват в обучението положителен отговор са дали 52,30% от анкетираните; 31,00% са посочили понякога и не участват 16,70%.

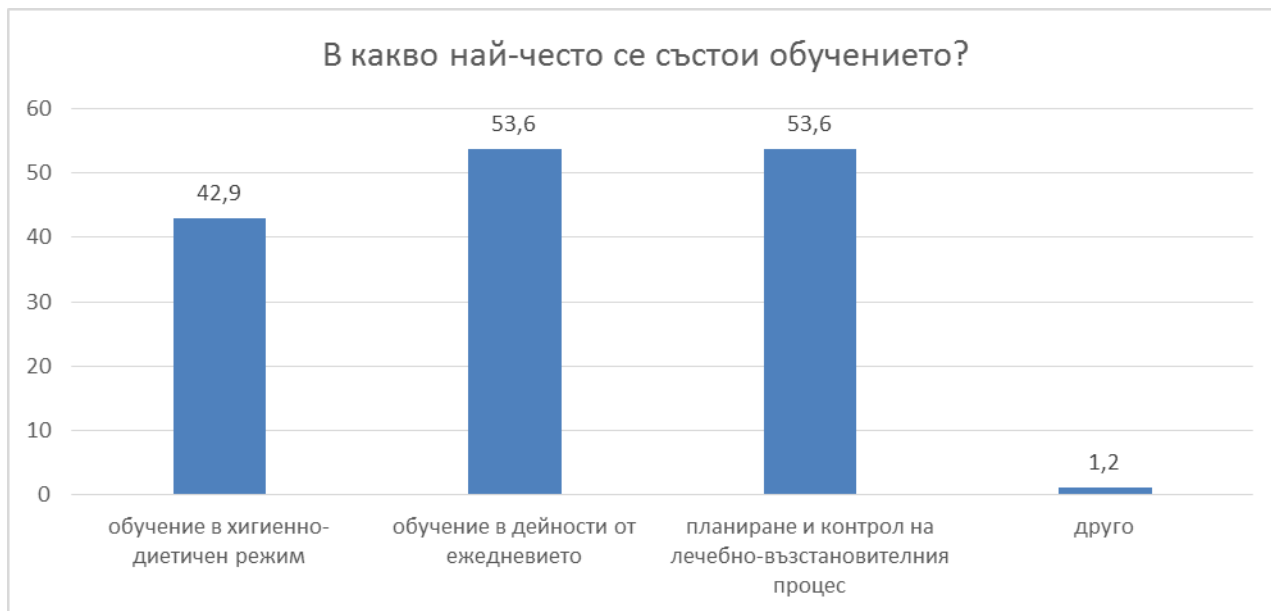
Медицинските сестри и рехабилитатори трябва да използват всички научни и професионални познания, умения, опит и квалификация в полза на пациентите относно превенция, лечение и рехабилитация на болестите, за което трябва да ги обучат. Обучението е екипна дейност, изискваща подкрепа, обучение, съветване и координиране на здравни услуги, насърчаващи самопомощ, като в същото време продължават да осигуряват директни грижи, където са необходими. Тези, които обучават болните, съобщават, че извършват обучението най-често самостоятелно–26,20%, в екип с други медицински сестри–23,80 %, в екип с лекари–25,00 %, в екип с рехабилитатори–16,70%, а най-голям е относителния дял на провеждащи обучение-42,90% в екип с лекари и рехабилитатори/друго/. (Фиг. 34)



Фиг.34 Екипност при обучението на пациенти от мед.сестри и рехабилитатори.
/ процентовото съотношение е повече от 100%,защото са посочени повече от 1 отговор/

На въпроса „В какво най-често се състои обучението на пациентите”, на първо място медицинските сестри и рехабилитатори съобщават, че обучават пациентите в планиране и контрол на лечебно-рехабилитационния процес–53,60 %, следвани от обучение в дейности от ежедневиия живот със

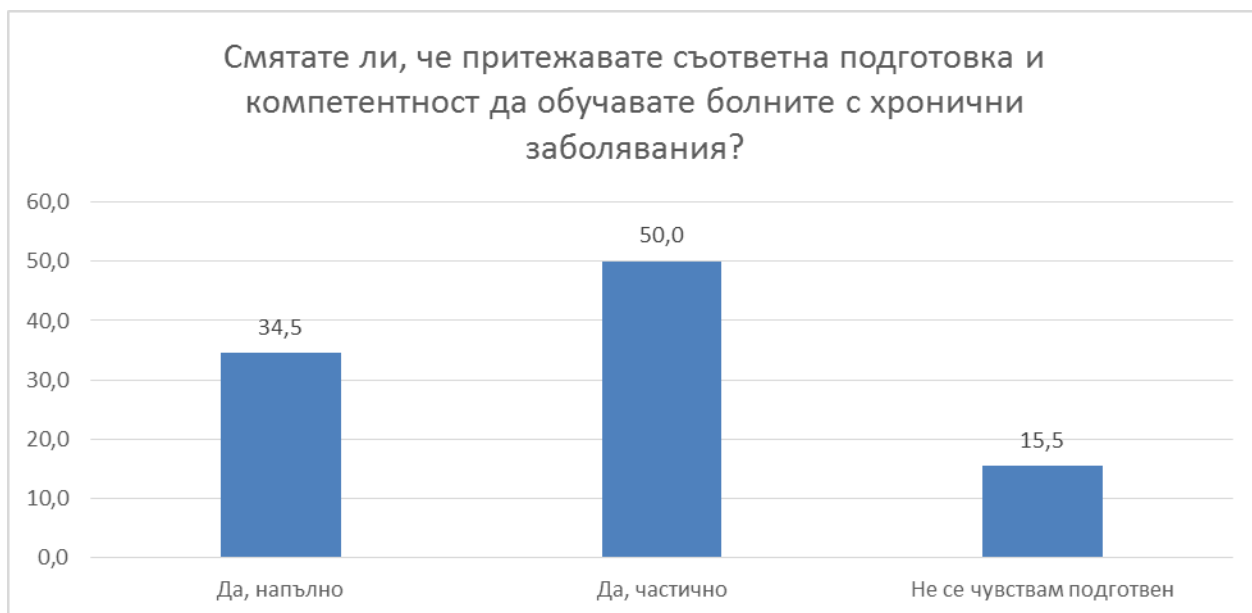
същия процент–53,60 % и обучение в хигиенно-диетичен режим–42,90 %, а 1,2% не конкретизират в какво най-често се състои обучението на пациентите. (Фиг. 35)



Фиг.35 Извършвано обучение на пациентите от медицинските сестри и рехабилитатори.

/получените резултати са повече от 100%,защото обучението е многозначно/

За да могат да обучават пациентите с хронични заболявания и техните близки, медицинските сестри и рехабилитатори трябва да имат съответните знания и умения. Отговорите на анкетираните медицински сестри и рехабилитаторите показват, че по-голямата част от тях–50,00% считат, че само „отчасти“ притежават необходимите знания и умения за да проведат обучението на пациентите. Положително са отговорили 34,50% от анкетираните, а не се чувстват подготвени -15,50%. (Фиг.36)



Фиг.36 Знания и умения на медицинските сестри и рехабилитаторите относно обучението на пациентите с хронични заболявания

Медицинските сестри и рехабилитаторите трябва да имат възможност да повишават своята квалификация, за да могат да провеждат обучението на пациентите и техните семейства по отношение на конкретните потребности, свързани с хроничното заболяване. За да бъдат конкурентно способни на пазара на здравни услуги, трябва да предлагат качествени здравни грижи, пряко свързани и обърнати към пациента за подобряване здравната му култура, навици и умения относно хроничното заболяване. Категорични в отговорите си са 77,40% от респондентите, за които повишаване на квалификацията е абсолютно необходимо; 17,90% считат, че това е необходимо само за определени медицински сестри и рехабилитатори и с най-малък относителен дял са 4,80% посочват ,че за тях не е необходимо. (Фиг. 37) Повишаването на професионалните компетенции за постигане на високи стандарти е непрекъснат процес, основан на реалните и специфичните потребности на отделната обучаваща се личност.



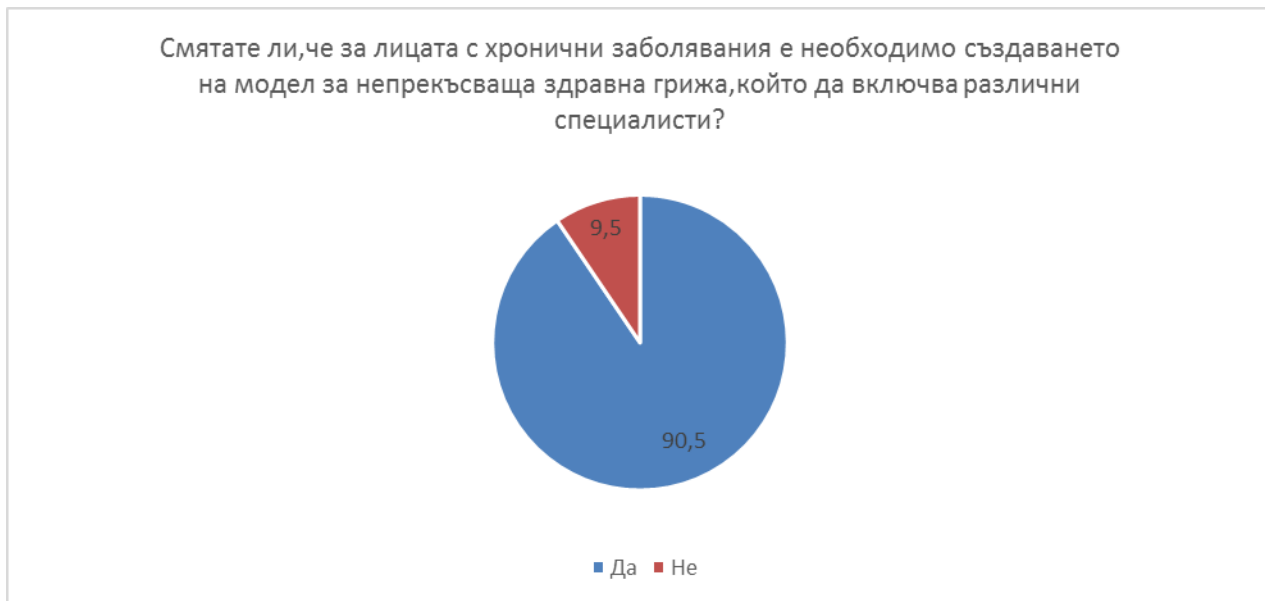
Фиг.37 Необходимост от допълнителна квалификация на мед.сестри и рехабилитатори

Според медицинските сестри и рехабилитатори от болничната помощ, при сега съществуващата организация, пациентите с хронични заболявания получават само медицинско обслужване при острата форма на заболяването или при възникнали усложнения–59,50 %. На второ място е мнението на медицинските сестри и рехабилитатори, че според сега съществуващата организация пациентите и техните семейства се справят доколкото могат–32,10% и на едва 17,90% са осигурени грижи от мултидисциплинарни екипи. (Фиг 38).



Фиг.38 Грижа за пациентите с хронични заболявания.при сега съществуващата организация

За съжаление липсват структури, които да осигуряват именно грижи от мултидисциплинарен екип. Необходимо е пациентите сами да търсят различните специалисти, а много по-ефективно е когато всички те работят в екип. Мнението на медицинските сестри и рехабилитатори, относно създаването на модел за продължаваща здравна грижа, удовлетворяващ потребностите на пациента с хронично заболяване е отбелязано във фигура 39. Като цяло почти всички изразяват съгласие с необходимостта от създаването на по-ефективна организация за грижи за пациентите с хронични заболявания - 90,50%. Отрицателен отговор са посочили само 9,50%.



Фиг.39 Необходимост от създаване на по-ефективна организация за грижа за пациенти с хронични заболявания

За да бъде ефективна една организация е необходимо да се създадат ясни и точни показатели за грижите, които са необходими да се осигуряват на пациентите с хронични заболявания, както и конкретното му участие в цялостния процес. Недопустимо е в съвременните условия да не се задоволяват всички потребности на тези пациенти за пълноценен начин на живот. Хроничното заболяване съпътства целия живот на човека, което означава че той трябва да приеме обстоятелства и да се научи да живее с болестта. Всичко това е възможно да бъде осъществено, само и единствено, когато има създадена организация, която посочва отговорностите на всяка една институция и на всеки един специалист, както и да се конкретизира участието на семейството.

2.2 Мнение на социалните работници за потребностите от социални услуги на лицата с хронични заболявания

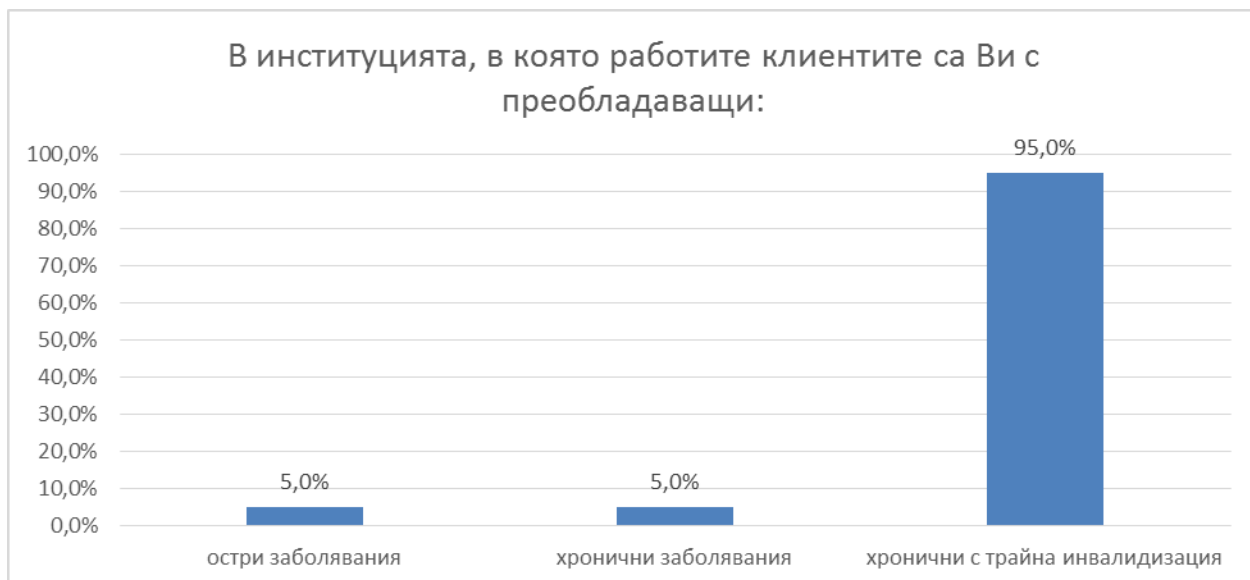
Хроничните заболявания се превръщат във все по-голямо предизвикателство за здравните и социалните грижи. В този контекст трябва да се отбележи, че по-голямата част от здравния подход е организиран около активния и епизодичен модел за грижи, въпреки, че той не отговаря на нуждите на пациента с хронично заболяване. Трябва да се подобри комуникацията между всички специалисти и институции, за да станат по-добри достъпът, удовлетвореността на пациента и качеството на предоставените грижи. Поради големия процент усложнения и намалена работоспособност, пациентите с хронични заболявания имат нужда от интегриран подход, включващ и социалната услуга като част от продължаващата грижа. Това наложи да проучим мнението на социални работници от АСП, за оценката им относно потребностите на лицата с хронични заболявания от социални услуги.

Данните по отношение на образованието на социалните работници показва, че най-голям е относителният дял на тези, които са посочили педагогика-10,00%, социален работник-5,00% от анкетиранияте и социален мениджмънт-5,00% (Фиг. 40). Това голямо разнообразие в образованието на социалните работници е в резултат на проведените реформи в областта на професионалното и университетско образование в страната през последните години.



Фиг. 40 Разпределение по специалност

По отношение на преобладаващите пациенти, най- голям относителен дял–95,00 % от анкетираните са посочили лицата с хронични заболявания и трайно намалена работоспособност, а 5,00% с остри и 5,00% с хронични заболявания (Фиг.41). Социалната подкрепа за хората с хронични заболявания се изразява в осигуряването на достъп до качествени и ефективни социални услуги, отговарящи на потребностите им. Социалната рехабилитация и интеграция на лицата с трайни увреждания се осъществяват спрямо закона за интеграция на хората с увреждания. В закона са регламентирани областите за социална интеграция: медицинска и социална рехабилитация; трудова заетост; образование и професионална интеграция; социално-икономическа рехабилитация;



Фиг. 41 Потребители на социална услуга

ЗИХУ регламентира дейностите по социална рехабилитация и интеграция на хората с трайно намалена работоспособност. Най-голям относителен дял– 85,00% от анкетираните са отговорили, че е необходимо лицата да са освидетелствани от органите на медицинската експертиза, т.е да имат експертно решение на ТЕЛК, а за 15,00% не е от особено значение (Фиг 42).



Фиг. 42 Значение на социалната оценка

Въз основа на медицинската експертиза се извършва социална оценка на възможностите и потребностите на лицата, която касае областите на социална интеграция и е обвързана със степента за процента загубена работоспособност. Социалната оценка се изготвя спрямо потребностите на лицето /по закона/, за да получи полагащите му се помощи, помощни средства, социални услуги и др.

Почти всички анкетирани - 90,00% са посочили, че за лицата с хронични заболявания е необходим модел за продължаваща грижа, тъй като въз основа на проучванията се установява, че липсва комплексен подход за лицата с хронични заболявания за неговото обучение и това на близките му, а за 10,00% това не е необходимо (Фиг 43).



Фиг. 43 Мнението на социалните работници относно модел за продължаваща грижа

Резултатите показват, че най-голям относителен дял 70,00% посочват, че лицата с ХЗ се справят сами, доколкото могат. 10,00% отбелязват, че лицата получават медицинско обслужване при усложнения. Според 10,00% получават достатъчни социални услуги, а за 10,00% са

осигурени социални грижи от мултидисциплинарен екип (Фиг 44). Преобладава мнението, че липсва екипната работа, където ефективните грижи изискват планиране, организиране и документация за изработване на индивидуален план за грижа, включващ дейностите по медицинска и социална рехабилитация.



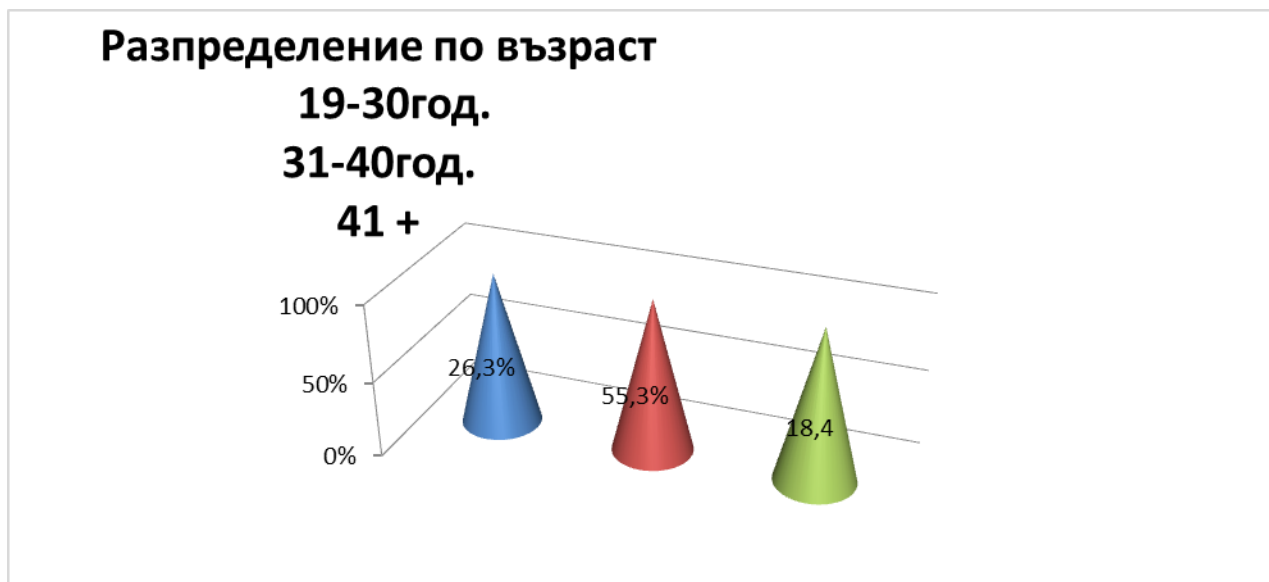
Фиг. 44 Мнението на социалните работници относно услугата за лица с ХЗ

2.3 Обучението на медицинските сестри и рехабилитатори като гаранция за качество на тяхната дейност.

През последните години в нашата страна настъпиха съществени промени в нормативната уредба, регламентираща обучението на медицинските сестри и рехабилитатори. С наредба бяха определени професионалните дейности, които сестрите и рехабилитатори могат да изпълняват самостоятелно или по назначение на лекаря. Всяка оценка е насочена към установяване степента на постигане на целите на системата. Оценката на качеството в обучението на медицинските сестри и рехабилитатори трябва да покаже как и доколко се получават необходимите теоретични и практически знания за подобряване на резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите. За да упражняват компетентно своята дейност сестрите и рехабилитаторите се нуждаят от висококачествено базово и следдипломно образование и от обучение, продължаващо през целия живот. Това наложи да проучим мнението на студентите от специалност „медицинска сестра” и „рехабилитатор“, за оценката им по отношение на тяхната теоретична и практическа подготовка за работа с пациенти с хронични заболявания.

Общият брой на анкетираните студенти от специалности „Медицинска сестра” и „Рехабилитатор“ след втори и трети семестър на обучение от Медицински университет–София, Факултет по обществено здраве и Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ е 76. Възрастовата характеристика на студентите показва, че най-голяма е групата на студентите до 30 годишна възраст–55,3 %. На второ място са студентите на възраст над 30 години–26,3%, а на трето място над 40 години–18,4 %. Тези данни показват, че студентите които се насочват към обучението по специалностите

„медицинска сестра“ и „рехабилитатор“ са от различни възрастови групи, което от своя страна показва тяхната силна мотивация за избора на тази професия. Възможностите за професионална реализация е водещата мотивация за повечето студенти от тези специалности. (Фиг 45)



Фиг 45 Разпределение на анкетираниите студенти по възраст

По-голям е относителният дял на анкетираниите медицински сестри 59,00 %, и на второ място са рехабилитаторите-41,00 %.(Фиг. 46) Важно е за проучването да се установи информираността и компетенциите на медицинските сестри и рехабилитатори по отношение на грижите за пациенти с хронични заболявания.



Фиг.46 Разпределение по медицинска специалност

В системата на общественото здраве медицинските сестри и рехабилитаторите, са важен и ценен ресурс, който трябва да бъде обективно оценен, за да се подобри общественото здраве и да се намалят икономическите показатели и разходи за здравеопазване.

Най-голям е относителния дял на студентите посочили ССЗ, като най-честа причина за непрекъснатост на здравната грижа-60,50%, отговор неврологични заболявания са посочили-46,10% и на трето място според анкетираните са ендокринните заболявания -34,00%. (Фиг. 47) Останалите проценти са разпределени между дегенеративно-ставните заболявания, нефрологичните, белодробните и онкологични заболявания. Хроничните заболявания при пациентите са много и разнообразни по природа и специфика, което от своя страна се отразява на потребностите от здравни грижи.



Фиг.47 Мнението на студентите за хроничните заболявания, водещи до инвалидизация.

/процента надвишава 100%,защото са посочени повече от един отговор/

Като основни дейности на медицинската сестра и рехабилитатора при лечението на пациентите в многопрофилните болници са-61,80% извършване на дейности по планиране и контрол лечебния процес; 61,80% обучение в ДЕЖ; 53,90 %-извършване на сестрински манипулации; 9,20 % работа с компютър и документи, 13,20 % работа с апаратура и 35,50 % смятат, че най-важно е следенето на соматичните показатели.(Фиг 48). Хроничните заболявания са много на брой, протичат специфично и индивидуално, поради което общите компетенции на медицински сестри и рехабилитатори включват широк диапазон от дейности.



Фиг.48 Мнението на дейностите при лечението на пациентите с хронични заболявания

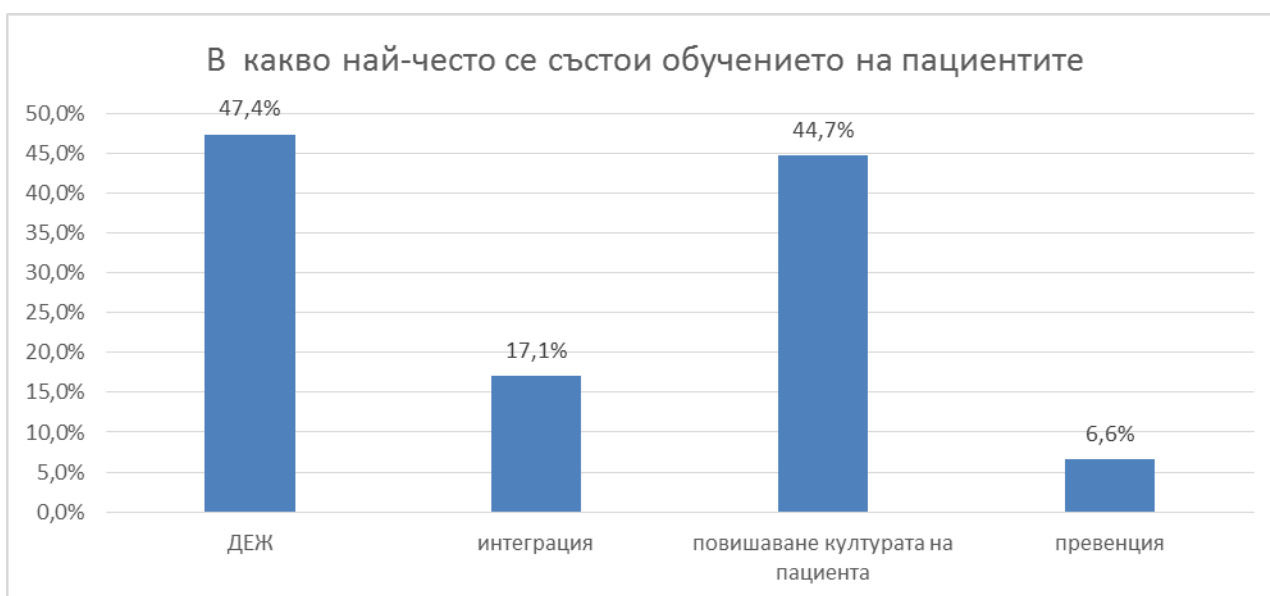
/сборът на процентите е повече от 100%,защото са посочили повече от един отговор/

Пациентите с хронични заболявания имат нужда от обучение което да бъде организирано според поставените диагнози и потребности. Те се планират и прилагат в отговор на променените нужди на пациента от болестния процес, усложненията и нарушената му автономност. Относно нуждата от обучение на пациента, повечето студенти дават положителен отговор. Положителен отговор посочват 99,00%, а отрицателен–1,00%. (Фиг 49). Тези резултати показват, че е необходимо обучение в ДЕЖ в предвид заболяванията, които преобладават и с които студентите работят по време на учебно-практическата си подготовка.



Фиг.49 Мнението на студентите относно нуждата от обучение на пациента

Част от студентите смятат за най-важно обучението на пациента в дейности от ежедневието-47,40 %, докато за 44,70% от анкетираните повишаване здравната култура на пациента е по-важна, 17,10% смятат,че пациента има нужда да се интегрира, а 6,60% от превенция на усложненията. (Фиг 50)



Фиг.50 Мнение на студентите за обучение на пациентите

/сборът на процентите е повече от 100%,защото са посочили повече от един отговор/

Получените резултати показват, че трябва да се наблегне върху теоритичните знанията и практически умения на студентите при пациенти с хронични заболявания, тъй като 57,00% от анкетираните осъзнават необходимостта от още опит и познания и посочват, че са подготвени, но само по определени въпроси. 26,00% са уверени в своите знания и смятат, че те са напълно достатъчни, а 17% изпитват несигурност. (Фиг 51)

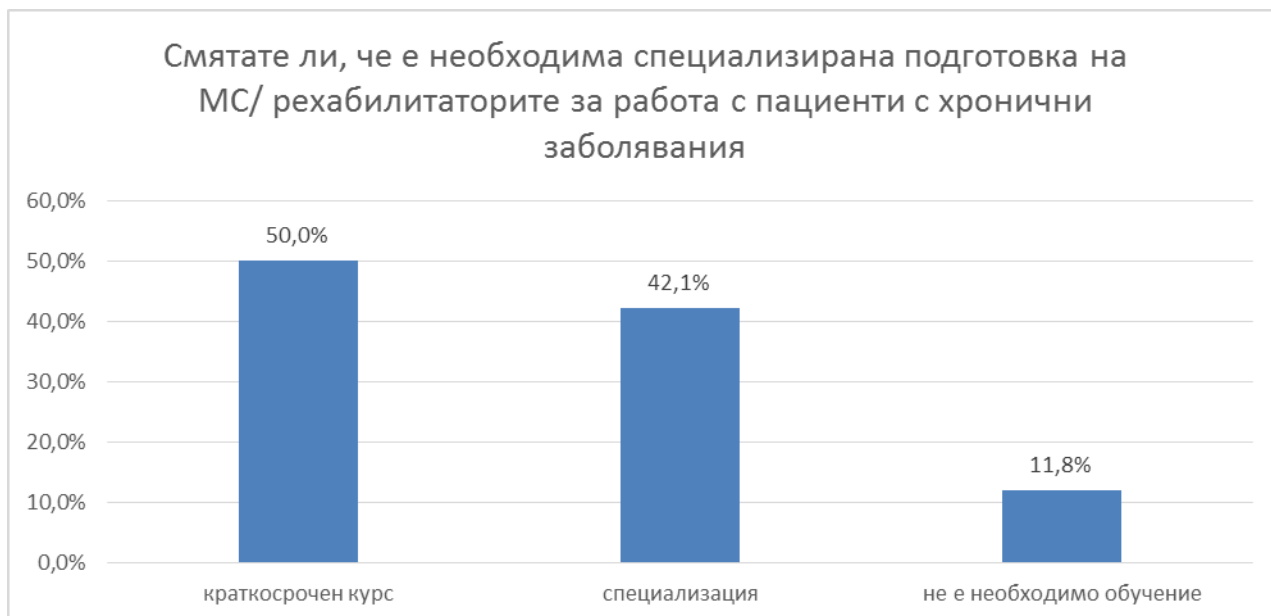


Фиг 51 Самооценка на студентите относно компетентността си

Грижите за пациенти с хронично заболяване са важен елемент от лечебния процес. Те се планират и прилагат в отговор на променените нужди на пациента и неговите потребности. Затова медицинската сестра и рехабилитатора трябва да притежават определен обем от знания за конкретното хронично заболяване.

За да могат да упражняват компетентно своята дейност, почти всички студенти смятат, че е необходимо допълнително обучение на сестрите и рехабилитаторите под различни форми. Половината от тях-50,00 % смятат, че то е необходимо като краткосрочен курс, а за 42,20 % е необходима сериозна

подготовка тип специализация. За 11,80% обучение не е необходимо. (Фиг 52)



Фиг.52 Мнение на студентите относно необходимостта от допълнителни обучение /сборът на процентите е повече от 100%,защото са посочили повече от един отговор/

По-нататъшното развитие и кариера на бъдещите медицински сестри и рехабилитатори в значителна степен зависи от успешния процес на тяхната адаптация към професията изобщо и по-специално към конкретната месторабота. Професионалната кариера е свързана с тяхната представа и личната им оценка за професионалните перспективи. Значителен е делът на анкетиранияте студенти, 83,00%, от които смятат, че съществува перспектива за професионална кариера в център за интегрирана грижа за хронично болни. (Фиг. 53) Това ни дава основание да смятаме, че те са наясно със своите професионални интереси, ценности и очаквания.



Фиг.53 Мнение на студентите относно професионалната кариера в център за интегрирана грижа

III. Мениджмънт на комплексните здравни грижи

1. Модел за грижи при пациенти с хронични заболявания

Създаването на организация за грижи при пациенти с хронични заболявания трябва да отговаря на следните изисквания:

- Осигуряване на непрекъснато наблюдение и грижи, основани на потребностите на пациента в зависимост от развитието на болестта и обучение за превенция на усложненията
- Осигуряване на мултидисциплинарен екип от специалисти, които да наблюдават, изследват и да провеждат терапевтични процедури на пациента с ХЗ
- Осигуряване на добра координация и комуникация между структурите в доболничната и болничната помощ, социалните и

учебни институции за информиране на всички, имащи взаимоотношения с пациента с ХЗ

- Обучение и подпомагане на семейството за полагане на грижи

Основна цел на грижите за пациент с хронично заболяване трябва да бъде осигуряване на адекватно лечение, на второ място трябва да бъде превенцията на усложнения и на трето място – обучение на неговите близки. За да бъде постигнато всичко това са необходими много и различни специалисти, като тяхното участие и намеса трябва да са съобразени със съответните потребности от грижи и от специфични дейности и услуги.

Мениджмънта на модела включва: разпределение на ролите, задачите и отговорностите; контрол на дейностите; осъществяване на ефективни комуникации и партньорства между мултидисциплинарния екип:

- Централното място в структурата на модела трябва да се осигури на пациента с неговите потребности и желания
- Медицинска оценка и клинично наблюдение от медицински специалист
- Обучение на специалистите за предоставяне на качествена здравна грижа и превенция на усложненията
- Обучение на пациентите и техните близки за оказване на грижа в домашна обстановка
- Превенция и контрол на усложненията
- Изготвяне на програма за оказване на социални услуги и интеграция при пациенти с ХЗ
- Изготвяне на изготвяне на програма за рехабилитация

Освен мултидисциплинарният екип, който участва в лечението и грижите за пациентите с хронично заболяване, необходимо е да се включват

и много други хора, които със своите дейности ще подобрят качеството му на живот. Ролята на специалиста по здравни грижи е:

- мотивира за грижа за здравето
- обучава пациента и неговите близки в дейности, свързани с обгрижването
- обучава пациента и близките му в извършване на ДЕЖ и самообслужване
- променя и адаптира физическата среда на дома, с оглед потребностите и възможностите на пациента с хронично заболяване
- оказва помощ при овладяване и преодоляване на хроничната, физическа болка и последиците от нея

Медицинските специалисти и всички останали участници в процеса са:

- Лекар със съответната специалност
- Общопрактикуващ лекар
- Медицински сестри
- Рехабилитатор
- Психолог
- Социален работник
- Логопед
- Ерготерапевт
- Роднини и близки на пациента
- НПО в здравния и социалния сектор

Схема на модела за грижи за пациенти с хронични заболявания



Схема 5

Според експертната оценка моделът за грижи за пациенти с хронични заболявания създава възможности за осигуряване на ефективни и качествени грижи за пациентите с хронични заболявания.

Чрез модела се определят професионалните отговорности на всички специалисти, които трябва да участват в здравните грижи за пациенти и техните семейства за справяне с проблемите от медицински, социален и психологически характер.

Създават се условия за предоставянето на здравни грижи за пациентите с хронични заболявания в съответствие с техните потребности. Осигуряват се грижи за превенция на усложненията при хроничните заболявания и подпомагане на пациента и семейството за пълноценен начин на живот.

ИЗВОДИ

1. Преобладаващите хронични заболявания при изследваните респонденти са сърдечно-съдовите заболявания-28,00%, следвани от пациентите с неврологични заболявания-25,8%. Тези заболявания при мъжете са -32,90% за ССЗ и 27,40% за НЗ, докато при жените – преобладават дегенеративно-ставните заболявания – 21,40% и захарния диабет-17,00%. Тревожен е фактът, че съществува тенденция към подмладяване и разширяване на епидемията от тези болести.
2. Според пола на пациентите с хронични заболявания относителният дял на жените е 53,00%, а на мъжете - 47,00%. При значителна част - 89,00% от пациентите с хронични заболявания се посочват усложнения в резултат на заболяването.
3. Значителна част от пациентите – 86,00% с хронични заболявания са удовлетворени от полаганите сестрински грижи, но не са участвали в специализирани обучения относно заболяването.
4. Пациентите считат, че получават достатъчно информацията за лечението на заболяването и грижите в дома, като предпочитат да общуват с квалифицирани медицински специалисти. Всички пациенти посочват необходимост от допълнително обучение, както и организиране на обучение за техните близки.
5. На базата на направеното проучване заболяването се отразява върху двигателната активност на пациента и начина им на живот - 76,00% от анкетираните, като преди всичко оказва въздействие върху професионалното им развитие и кариера, както и върху психологическия комфорт в семейството.

6. Близките на пациенти с хронични заболявания посочват, че са информирани „частично“ относно грижите в дома и имат нужда от повече информация за адекватно поведение при възникване на усложнения - 82,10%. Значителна част от близките посочват необходимост от обучение насочено към изграждане на умения и увеереност за извършване на грижите.

7. На базата на проведеното изследване се установи, че липсва добра координацията и сътрудничеството между различните специалисти - 40,00%. Като цяло анкетираниите пациенти не са удовлетворени от социалните услуги. Почти всички анкетирани - 94,00%, посочват необходимостта създаване на център за комплексни грижи, иавършвани от мултидисциплинарен екип от специалисти.

8. Анализа от проучване мнението на медицинските сестри и рахабилитатори които извършват грижи за пациенти с хронични заболявания в болничната помощ показва, че притежават достатъчно знания и умения за изготвяне оценка на възможностите на пациента- 77,30% от тях. Значителна част от анкетираниите посочват необходимост от СДО относно полагането на качесвени грижи при пациенти с ХЗ.

9. Необходима е промяна в сега съществуващата организация на грижите за пациенти с хронични заболявания според 90,00% от анкетираниите. Според респондентите е наложително да бъде въведен нов модел на организация, при която ще се гарантират качествени и комплексни грижи за пациентите с хронични заболявания.

10. За да се помогне на пациентите с хронични заболявания е необходимо да се подобри координацията между различните специалисти и да се осигури непрекъснато наблюдение и грижи,

обучение относно потребностите на пациента и неговите близки за заболяването за заболяването и превенция на усложненията.

ПРЕПОРЪКИ

Към лечебните заведения:

1. Да се разработят проекти за обучение на пациентите с хронични заболявания от водещите лечебни заведения и специализираните болници за рехабилитация
2. Да се създадат центрове за грижи за пациенти с хронични заболявания, в които да се предоставя помощ от мултидисциплинарни екипи.

Към Медицинските университети:

1. Да се разработят програми за обучение на студентите от специалност „медицинска сестра“ и „рехабилитатор“ под формата на факултативни или свободно избираеми дисциплини, които да са насочени към грижите за пациенти с хронични заболявания.
2. Да се разработят програми за следдипломно обучение на медицински сестри и рехабилитатори по отношение на грижите за пациенти с хронични заболявания от специализираните лечебни заведения и от Медицинските университети.

Към здравеопазването в общините:

1. Да се създадат центрове за грижи за пациенти с хронични заболявания, в които да се предоставя помощ от мултидисциплинарни екипи.

ПРИНОСИ

Приноси с научно - теоретичен характер

- 1 Проведено е изследване на демографската и социална характеристика на пациенти с хронични заболявания и е анализирана заболеваемостта при пациентите с хронични заболявания.
- 2 Извършен е анализ на влиянието на хроничното заболяване върху начина на живот на пациентите и възникването на усложнения.
- 3 Проучена е информираността на пациентите с хронични заболявания относно болестта и превенцията на усложненията.
- 4 Представен е схематичен модел за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания

Приноси с научно - приложен характер

- 5 Анализирани са потребностите от обучение и развитие на професионалната квалификация на професионалистите по здравни грижи по отношение на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания.
- 6 Проучени са потребностите от обучение на пациентите и техните близки по отношение на грижите за пациенти с хронични заболявания.
- 7 Разработен е модел за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хроничните заболявания протичат с редица проблеми за пациентите от различен характер – медицински, психологически и социални. Преодоляването на тези проблеми зависи до голяма степен от културата в семейството и мотивацията на личността и особено от помощта на квалифицирани специалисти. Здравните екипи трябва да дадат на пациентите и на техните семейства необходимата подкрепа и да ги улеснят да преживеят психологичната криза, при една сериозна диагноза и да изградят ново виждане за живота. Различните форми на поведение се считат за ключови за успеха на първичната, вторичната и третичната превенция, както и на здравната промоция.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М., А. Москов, Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, Сестринско дело, 2001, бр.4, стр.20-23 ISSN 1310-7496
2. Александрова М. Планиране, реализация и оценка на грижите определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, 2001, с. 97-100
3. Александрова М., Попов, Т.: За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, с. 440-444
4. Андреев М., Процесът на обучението. Дидактика. София,1996, УИ „Св. Кл. Охридски“
5. Асоциация „ Жени без остеопороза“ 2004-2005, Скринингови изследвания, чрез ултразвукова остеометрия
6. Балабанов П., Здраве на семейството.С.,БАН,1993,612с
7. Балканска П., Л. Чакърва, С. Младенова, А. Чешмеджиева, Психопедагогически подходи за постигане качество и устойчиво развитие на здравеопазването, сп. Управление и образование, 2012 г, том 8, кн. 3, стр. 142–145
8. Бикова П., М. Димитрова, Г. Чанева, Потребности от грижи за пациенти с хронични заболявания в общата практика, сп. Обща медицина, бр. 2, 2015, с. 32-35, ISSN 1311 – 1817
9. Бикова П., Основни аспекти и приоритети на здравните грижи в дома, МУ – Сосия, ЦБМ 2015г.

10. Богданова К., Г. Чанева, М. Стойчева, П. Кантарева. „Удовлетвореност на пациентите от качеството на здравните грижи в лечебните заведения. Тридесет и седма научно-техническа сесия Контакт, София. Гражданска идея в действие. Сборник статии, изд. „ТЕМПТО“, 2016, 179-187
11. Борисов В., Здравна политика и мениджмънт изд. „График Консулт“ ООД, 1998 ISSN 1313-4981
12. Борисов, В., Качество на здравното обслужване., Социална медицина, учебник за медицинските колежи. Под ред.: В.Борисов, Ц.Воденичаров, С.Попова, С., ГорекПрес, 2001, 20-23
13. Борисов В., Мениджмънт на качеството в здравеопазването, Здравен мениджмънт, I, Филвест, С., 2004г.
14. Борисов, В., Ресурсите на здравеопазването - желаниа и реалности, Здравен мениджмънт, №1, 2001г.
15. Борисов В., Стратегическият мениджмънт между икономиката и етиката,сп. Здравен мениджмънт №2, 2006г.
16. Борисов В., Здравен мениджмънт с основи на здравната политика : Избрани лекции, Филвест, С., 2003г.
17. Борисов В., Здравен мениджмънт, том I, Азбука на здравния мениджмънт. Изд. “Филвест”, София, 2004, с. 249
18. Борисов В., Нерешени или нерешими стратегически дилеми на здравеопазването, Здравен мениджмънт №4, 2006г.
19. Борисов В., Клинична свобода и здравен мениджмънт, Здравен мениджмънт №1, 2002г.
20. Борисова М., Данова Л., Ценова Р. Ролята на медицинската сестра при обучението и прилагане на грижи при пациенти с ревматоиден артрит. МУ-Плевен, 2014

21. Борисова Б., С. Славчев. Необходимост от системен подход към управлението на извънболничната медицинска помощ. Здравна политика и мениджмънт, 1 / 2018, том 18, стр. 38 – 41
22. Боянова В., Целеви и функционални възможности на социалната работа. Пътища на професионализма в социалната работа. Сборник, УИ „Св. Кл. Охридски“ с.24, 2018
23. Боянова В., Ролята и мястото на социалния работник в екипното обслужване на пациент – клиент. Университетската специалност „Социални дейности“ – състояние, проблеми, перспективи. С. 2002
24. Вайтгасер Р., Превенция на захарния диабет, сп. „Диабет и метаболизъм”, №3, 2006 г., София. ISSN 1312-1774
25. Винарова Ж., Ролята на интердисциплинарния екип в здравния мениджмънт, Здравен мениджмънт, №2, 2007г.
26. Визева М., Мениджънт на здравните грижи при захарен диабет втори тип, „Инфодент-Бг ООД”, София, 2015г.
27. Воденичарова А., Потребност от внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система, Здравна политика и мениджмънт, бр.4, 2016г. ISSN 1313-4981
28. Воденичарова Ал., Хр. Гавазова. Етични измерения на социалната отговорност в здравеопазването., Здравна политика и мениджмънт, 4/ 2018, том 18, стр. 28- 31 ISSN 1313-4981
29. Воденичаров Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. София: фондация "Отворено общество", 2003.
30. Воденичаров Ц., В. Нишева, Л. Гатева и съавт., Ръководство по медицинска етика. С., Горекс Прес, 1997.
31. Воденичаров Ц. Медицински и мениджърски професионализъм – потребност от академична и експертна подкрепа в контекста на

организационната промяна в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011, № 4, 3-5 ISSN 1313-4981

32. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, С., 2010

33. Воденичаров Ц. 10 - те принципа на медика и мениджъра. София: издателска къща "Симелпрес", 2010.

34. Воденичаров Ц., С. Попова, Социална медицина. „Еко принт“, С., 2009 ISSN 1310-175

35. Гатева Л., Александрова М.: Етични проблеми на хронично болните и на тези с физически недостатъци. Ръководство по медицинска етика, Горекс Прес, 1997, стр.108-114

36. Гатева – Чакърва Л., Професионална етика за специалистите по здравни грижи, изд. „Булгарика“, С. , 2001

37. Георгиева, Ел., З. Савова, Е.Георгиева, Хроничните незаразни болести – предизвикателства, ИНГА, София, 2014

38. Гацева П., Хигиена и екология, Лакс бук, Пловдив, 2015г., стр. 112-120

39. Ганчев М., Клинична ортопедия, София, 1997, с.150- 343

40. Георгиева Е., З. Савова, Ел. Георгиева, Роля и място на специалистите по здравни грижи в болничната помощ, ИНГА, София, 2015

41. Георгиева Ел., З. Савова, Е.Георгиева, Комуникативни портали в медицината – „Телемедицина“, Съвременна превенция на професионалния стрес, ИНГА, София, 2016

42. Георгиева Ж., Дисертационен труд „Умения за общуване и емпатично поведение към пациентите“, 2015

43. Гюрова В. ”Андрагогия. Изкуството да обучаваме възрастните”, Универсал-Друмев;С.;1998

44. Георгиев Б., Колко е добро лечението на българските болни от сърдечно-съдови заболявания, Кардиология, бр. 1 , 2017г.

45. Георгиев Б., Много болници, а лошо здравеопазване, Кардиология, бр. 3, 2015г.
46. Георгиев Б., Колева, И., Кардиорехабилитация на пациентите със сърдечно-съдова болест, Кардиология, бр. 2, 2011г.
47. Григорова М. Социално – психологически аспекти на рехабилитацията при лица с физически увреждания. 38 Научно- технологична сесия, Контакт, ИНГА, София, 2016
48. Грънчарова Г., Управление на здравните грижи. Плевен, 2005г.
49. Димитрова Е., Мускулна релаксация и стречинг в мануалната терапия, НСА Прес, София, 2008г.
50. Докова К., Мониториране на хронични заболявания и рискови фактори – неотложна задача пред общественото здравеопазване в България, Социална медицина, 4/2011, стр.4-7 ISSN 1310-1757
51. Доралийски А., Управленска политика, Стопанство, С., 2006г.
52. Джустини А., Европейско дружество по ФРМ – перспективи и цели, Физикална медицина, рехабилитация, здраве, С., 2009,2,с.18
ISSN 1312-9417
53. Дренска К., А. Капрелян, И. Димитров, Т. Дренски, Б. Иванов, В. Станева, В. Несторов, Е. Калевска статия „Множествената склероза и психични заболявания“, Сп. Неврология и психиатрия, 3/2016
ISSN 1311-6584
54. Желев В., Физиотерапия при вътрешни и хирургически болести, „Авангард прима“, София, 2013г.
55. Желев В., Физиотерапия при неврологични, неврохирургични и психични заболявания, „Авангард прима“, София, 2012г.
56. Желев В., Класически масаж при заболявания, „Авангард прима“, София, 2010г.

57. Закон за здравето, ДВ бр.70, 2004
58. Закон за лечебните заведения. ДВ бр.62, 1999, доп.бр.108, 2000
59. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти. Обн. ДВ, бр.46 от 03.06.2005
60. Закон за интеграция хората с увреждания Обн., ДВ, бр. 81 от 17.09.2004 г., в сила от 1.01.2005 г., изм., 23.12.2005 г., бр. 105 от 29.12.2005 г., изм. и доп., бр. 91 от 14.11.2017 г., в сила от 1.01.2018 г
61. Златанова Т., Р. Златанова – Великова. Оценка на комуникативните умения на ОПЛ - Сп. Медицински меридиани. 2012, 1-2, 48-52
ISSN 1314-1090
62. Иванова Т., Качество на здравните услуги, НЦОЗ, София, 2005г.
63. Ивков Б. Живот с хронична болка. (Опит за социологическо есе). В: Етически изследвания, Година II, Бр. 2, кн. 2.,2017 ISSN 2534-8434.
64. Ивков Б. Светът на хората с ревматични заболявания. Избрани статии и преводи от личния блог. Том II. Издателство „Омда“, София., 2015, ISBN 978-954-9718-82-6
65. Ивков Б. Здраве, болест, медицина и здравеопазване. Избрани преводи и статии от личния блог. Издателство „Омда“, София, 2014 ISBN 978-954-9719-76-5.
66. Ивков Б. Социология на инвалидността. Избрани преводи и статии от личния блог. Издателство „Омда“, София, 2014 ISBN 978-954-9719-75-8
67. Колева И., Т.Троев, Ц .Пантева, Е.Маринов, Значение на ерго / трудо/ терапията в рехабилитационния процес, Сборник доклади, София, 2009
68. Колева И., Алгоритми за физикална превенция,терапия и рехабилитация на някои често срещани и социално-значими заболявания,РИК Симел , София, 2007г.

69. Колева И., Принципи на съвременната физикална и рехабилитационна медицина, „Симел“,София, 2007г.
70. Колева И., Съвременни тенденции и организационни аспекти в рехабилитацията. Здравна политика и мениджмънт, 3/2016, том 16, стр.38-43 ISSN 1313-4981
71. Колева И., Т. Троев, Ж. Ленс, Н. Христодулу, И. Чавдаров, е. Илиева. Специалност - Физикална и рехабилитационна медицина в България - адаптиране към Европейските изисквания. Превенция и рехабилитация, 3/2009, 1-2, стр. 49-52
72. Кожухаров К. Неоперативна тражматология, Медицина и физкултура, 1994
73. Колева И. Основи на физикалната медицина, физикалната терапия и рехабилитацията /вкл. Ерготерапия и medical Spa/. Второ допълнено издание. Том 1 и том 2, София, РИК „ Симел, 2015,с.659
74. Краев, Т., Учебник по лечебен масаж специална част, „Ерсид“, София, 2007г.
75. Костадинова В., Наднормено тегло, диабет тип 2 и канцерогенеза, Ендокринология, бр.6, 2013г. ISSN 1310-8131
76. Кирилов К. Качества на здравния мениджър, Здравен мениджмънт, т.1,1,2001,с.10-13
77. Лебикян Е. Формиране на здравословен начин на живот при болни със захарен диабет, чрез групово обучение в „малки групи.“ Сборник научни трудове на Русенския университет – 2011, том 50, серия 8.1.
78. Миланов И, Практическа психиатрия, „ Ася-Росен Младенов ”, София, 2011г.
79. Медицински стандарт „Диализно лечение“

80. Милчева Б., Затлъстяването –важен медицо-социален проблем и значим рисков фактор за много хронични заболявания, Здраве и наука, бр. 3, 2015г. ISSN 1314-3360
81. Михайлова Цв., Управление на човешките ресурси – функции и дейности на мениджъра специалист по здравни грижи, Здравна политика и мениджмънт, бр. 3, 2014г. ISSN 1313-4981
82. Михайлова И., А. Маринова, П. Добрилова. Арттерапевтичната трудова дейност в процесите на социализация, ресоциализация и социална адаптация. Science & Technologies, бр. 1, 2015, Стара Загора, с. 159-163.
83. Мутафова Е., Болничен мениджмънт, Дийор принт, 2005г.
84. Младенова С. „Здравно образование”; Артик 2001; 2009; С
85. Младенова С, Здравно възпитание, Педагогика, Теория на възпитанието, Изд. „Везни”, С., 2007г.
86. Насева Е., В. Васева, Т. Кундуржиев, М. Стойчева. Подготовка на биомедицински данни за статистическа обработка и анализ. Военна медицина, бр. 3-4, 2013, стр. 84-87. ISSN 1312-2746
87. Насева Е. Статистиката е точна наука. Но винаги ли? Здравна политика и мениджмънт, 2017, брой 3, стр. 64-66 ISSN 1313-4981
88. Национална здравноосигурителна каса. Национален рамков договор 2012, Допълнителна разпоредба. www.nhif.bg
89. Кисимов Н., Кючуков М., Лесев М., Мавлов Л., Хаджиев Д. Нервни болести, Медицина и физкултура, 1995
90. Петрова Г., Т. Костадинова, А. Йотова, Добри практики за интегрирани грижи в Европа и света - обзор, Социална медицина, 2/2013, стр. 25 – 29 ISSN 1310-1757
91. Петрова Г., Формиране на здравно възпитание в семейството, Здравна политика и мениджмънт, бр.1, 2010г.6 ISSN 1313-4981

92. Перчев И., Кардиологична рехабилитация, Знание, София, 2000г
93. Попов М., Здравният мениджмънт: наука (знание), изкуство (умение) и практика (можене и професия), Здравна икономика и Мениджмънт, №2, 2003г.
94. Попова Ст., Социална медицина (учебник за студенти по управление на здравните грижи), Стено, Варна, 2010г.
95. Попов Т. Педагогика, Теория на обучението, Дидактика, Географи ООД, С., 2005
96. Попов М., Б. Давидов и М. Маринов. Хуманизираната болница – от концепция към осъществяване. София. Фондация Отворено общество, 2000, с.13
97. Рязкова М., Практическа физиотерапия, Знание, София, 1999г.
98. Савова З., Медицинска психология, София, 2012г.
99. Савова З., Превенция на стреса и професионалното изчерпване, С. 2012.
100. Стамболова И., Г. Чанева, Управление на здравните грижи, Филвест, София, 2007г.
101. Стамболова И., Необходимост от ситуационен мениджмънт в здравеопазването, Здравен мениджмънт, №1, 2006г.
102. Гончева С. Медико - социални аспекти на здравните грижи при хронично болни, Здравни грижи бр.4/2014 ISSN 1312-259
103. Топузов И., Ерготерапия първа част, Симел прес, София, 2009г.
104. Топузов И., Ерготерапия втора част, Симел прес, София, 2008г.
105. Топузов И., Ерготерапия трета част, Симел прес, София, 2009г.
106. Топалов Й., В. Анастасов, Ив. Зънзов. Постромбофлебитна болест. Медицина и физкултура. 1988 г. 20-21. 24.

107. Трендафилова А., Дисертационен труд «Психо-педагогически подходи за формиране на комуникативна компетентност при обучението на медицински специалисти» 2017г.
108. Фесчиева Н., Незаразните хронични заболявания – нов фокус на световната политика, Социална медицина, бр.1, 2011г. ISSN 1310-1757
109. Ценов С., Лечение на пациент с диабет тип 2 и сърдечно-съдови рискове, Ендокринология, бр.1, 2017г.
110. Цеков М., К. Гиров, Хирургично лечение на повърхностния тромбофлебит, Ангиология и съдова хирургия. Том XVI , Брой 1, София 2012, 42-45. ISSN 1310-702X
111. Цеков М., К. Гиров, Л. Младенов, Л. Желев. Дълбока венозна тромбоза след тромбектомия на вена Илиака Екстерна и лигатура на вена Сафена Магна по повод на повърхностен тромбофлебит-клиничен случай. Ангиология и Съдова хирургия, София 2014, Том XVII, брой 2/61-64 ISSN 1310-702X
112. Цеков М., К. Гиров , Л. Младенов, Л. Желев, А. Кюркчиев:Флеботомията и флебокутанеоектомията в хирургичното лечение на повърхностния тромбофлебит, Ангиология и Съдова хирургия, София 2015, Том XVIII, брой 1/35-40. ISSN 1310-702X
113. Цеков М., К. Гиров, Л. Младенов. Рядък случай на инфекциозен тромбофлебит. Ангиология и Съдова хирургия, София 2016, Том XIX, брой 1/59-63. ISSN 1310-702X
114. Цветков ЦВ., Здравословен начин на живот – физическата активност и здравето на българина Социална медицина, 4/ 2015, стр. 19 -21 ISSN 1310-1757
115. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет, Изд. „Артик 2001” ООД, София, 2008г.

116. Чанева Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2, 2008г.
117. Чанева Г., Стамболова, И., Управление на здравните грижи. Силвест, С., 2003г.
118. Чанева Г. И. Стамболова. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи, под ред. на С.Попова, „Филвест“,София, 2003, 5-21
119. Чобанянева И., Димитрова, А., Управление на качеството в здравеопазването, Стено, Вн., 2004г.
120. Шипковенска Е., Ч. Начев, Л. Георгиева и кол. Оценка на риска от възникване на исхимична болест на сърцето. Акт. липидология , 1997, 4: 3-10.
121. Асанова, Б., Социальная активность как метод обучения, сборник „Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: VIII Междунар. науч.-практ. интернет-конференция / МНУМН; 2017, ISBN 978-99978-0-261-3, стр 387
122. А. И. Кириенко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин. Острый тромбофлебит. Издательство „Литерра“. 2006. 16
123. The American nephrology Nurses Association, www.annanurse.org
124. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of **asthma**, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. Lancet. 2006;368(9537):733-43.
125. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care : a model for measurement international journal of integrated care 2005;5:3-14
126. Asher MI, Stewart AW, Wong G, Strachan DP, Garcia-Marcos L, Anderson HR, et al. Changes over time in the relationship between symptoms of **asthma**,

rhinoconjunctivitis and eczema: a global perspective from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Allergologia et Immunopathologia*. 2012;40(5):267-74

127. Attree. M. Patients and relatives experiences and perspectives of “good” and “not so good” quality care.-*J.Adv.Nursing*.33,2001, 4, 456-466

128. Brayant.R, M.Graham et T.Tigar. Advanced practice nurse: a study of client satisfaction.- *J.Am.Acad.Nurs.Practice*.14,2002,2,88-92

129. Brunekreef B, Stewart AW, Anderson HR, Lai CKW, Pearce NE. Self Reported Truck Traffic on the Street of Residence and Symptoms of **Asthma** and Allergic Disease: A Global Relationship in ISAAC Phase Three. *Environmental Health Perspectives*. 2009;117(11):1791-98.

130. Burns L. Just how integrated are integrated delivery systems? Results from a national survey, *health care management review* 26, no.1 (2000): 22-41

131. Burns, L.R. 1999 Polarity management ; The key challenge for intergrated health systems. *Journal of healthcare management* 44: 14-31

132. Dorsey ER, Constantinescu R, Thompson JP, Biglan KM, Holloway RG, Kieburtz K, Marshall FJ, Ravina BM, Schifitto G, Siderowf A, Tanner CM. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030 *Neurology* 2007;68(5):384-386.

133. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2000; 23 (Suppl. 1): S4- S19.

134. Hardy, B, Turrell A, Wistow G. Innovations in community care management. 1992

135. Ham C. The ten characteristics of the high-petforming chronic care system. *Health economics and policy law* 2010; 5 (Pt 1):71-90

- 136.** Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*. 1999;77(1):77-110
- 137.** Nagel G, Buchele G, Weinmayr G, Bjorksten B, Chen YZ, Wang H, et al. Effect of breastfeeding on asthma, lung function and bronchial hyperreactivity in ISAAC Phase II. *European Respiratory Journal*. 2009;33(5):993-1002.
- 138.** Nagel G, Weinmayr G, Flohr C, Kleiner A, Strachan DP, ISAAC Phase Two Study Group. Association of pertussis and measles infections and immunizations with asthma and allergic sensitization in ISAAC Phase Two. *Pediatric Allergy & Immunology*. 2012;23(8):737-46.
- 139.** UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998; 352: 837-853.
- 140.** Richeim P., T. Weaver, I. Flader, D. Kendall. Assessment of group versus individual diabetes education. *Diabetes Care*. 25,2002, 269-274
- 141.** Reaven GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988; 37: 1595-1607.
- 142.** Goldstein DE, Little RR, Lorenz RA, et al. Tests of glycemia in diabetes. (Technical review). *Diabetes Care*. 1995; 18: 869-909.
- 143.** Harris MI. Undiagnosed NIDDM: Clinical and public health issues. *Diabetes Care*. 1993; 16: 642-652.
- 144.** Pinhas-Hamiel O, Dolan LM, Daniels SR, et al. Increased incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus among adolescents. *J Pediatr*. 1996; 128: 608-615.
- 145.** Poewe W, Mahlknecht The clinical progression of Parkinson's disease. *Park and Rel Dis* 2009;15(Suppl 4):S28-S32.

146. Lillioja S, Mott DM, Spraul M, et al. Insulin-resistance and insulin secretory dysfunction as precursors of non-insulin-dependent diabetes mellitus. Prospective studies of Pima Indians. *N Engl J Med.* 1993; 329: 1988-1992.
147. Kruszynska YT, Olefsky JM. Cellular and molecular mechanisms of non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Invest Med.* 1996; 44: 413-428.
148. Webster MW, Scott RS. What cardiologists need to know about diabetes. *Lancet.* 1997; 350 (suppl 1): SI23-SI28.
149. Balkau B, Shipley M, Jarrett RJ, et al. High blood glucose concentration is a risk factor for mortality in middle-aged nondiabetic men. 20-year follow-up in the Whitehall Study, the Paris Prospective Study, and the Helsinki Policeman Study. *Diabetes Care.* 1998; 21: 360-367.
150. World Health Organization, Rehabilitation 2030: A Call for Action, Executive Boardroom, WHO headquarters, Geneva, Switzerland, 2017
151. http://pl.wikipedia.org/wiki/Choroba_przewlek%C5%82a
[http://www.uratujmyzycie.org.pl/index.php/dla-rodzicow/29-co-choroba-przewleka-zmienia-w-yciu-czowieka-](http://www.uratujmyzycie.org.pl/index.php/dla-rodzicow/29-co-choroba-przewleka-zmienia-w-yciu-czowieka)
<http://www.luxmed.pl/dla-pacjentow/o-zdrowiu/onkonawigator/on/choroba-przewlekla-przyjaciel-na-cale-zycie-.html>
152. Schapira AHV The management of Parkinson's disease - what is new? *Eur J Neurol* 2011;18(Suppl 1):1-2.
153. http://www.puls.bg/diagnostic/procedure/procedure_161.html
154. <http://www.medik.bg/?page=cat&id=145>
155. <https://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/nefrologiya/hronichna-babrechna-nedostatachnost>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1

АНКЕТА

Уважаеми пациенти,

Целта на настоящата анкета е да установим вашата информираност относно заболяването Ви и медико –социалните потребности , свързани с качеството и ефективността на здравните грижи, които Ви помагат за справянето с него. Запитването е анонимно. Моля, отговорете откровено и ясно, като оградите верния отговор!

ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ
1. Пол	а) мъж б) жена
2. Възраст	.....
3. Местоживеене	а) град б) село
4. Образование	а) основно б) средно в) специалист (полувисше) г) бакалавър д) магистър
5. Вашето хронично заболяване е	.....
6. Срегнахте ли затруднения с диагностицирането на заболяването Ви?	а) да б) отчасти в) не
8. От колко години сте диагностициран с това заболяване ?	а) 1-2 години б) 3-5 години в) над 5 години
9. Имате ли усложнения, свързани със заболяването?	.....

<p>10.Често ли постъпвате в лечебно заведение, поради обостряне или усложнения?</p>	<p>а) много често б) често в) рядко</p>
<p>11. Кой е източникът на финансиране на Вашето лечение?</p>	<p>а) НЗОК б) НОИ в) Социални грижи г) Доброволен здравно- осигурителен фонд д) работодател е) пациент</p>
<p>12. Ако смятате, че сте достатъчно информиран за Вашето заболяване откъде получихте информация?</p>	<p>а) личен лекар б) лекуващ лекар в МБАЛ в) медицинска сестра/рехабилитатор г) близки д) медии е) интернет</p>
<p>13. Получихте ли информация за назначеното Ви лечение?</p>	<p>а) да, напълно б) да, частично в) не</p>
<p>14. Доволни ли сте от получената информация за Вашето лечение и рехабилитация?</p>	<p>а) силно удовлетворен б) доволен в) недоволен г) силно недоволен</p>
<p>15. Доволни ли сте от оказаните сестрински грижи?</p>	<p>а) силно удовлетворен б) доволен в) недоволен г) силно недоволен</p>
<p>16. Смятате ли, че може да се доверите напълно на мед.сестра и споделите здравословните си проблеми?</p>	<p>а) да, мога да се доверя б) да, но само на определени сестри в) не</p>
<p>17. Когато по време на престоя Ви в болницата имате въпроси или възникне проблем към кого предпочитате да се обърнете?</p>	<p>а) лекар б) мед.сестра в) рехабилитатор г) друг персонал</p>

18. По време на престоя Ви в болницата обучени ли бяхте в усвояване на дейности от ежедневиия живот?	а) да, бях обучен от мед.сестра б) да, бях обучен от рехабилитатор в) да, бяха обучени моите близки г) притежавам частични знания д) никой не ме обучи
19. Получихте ли необходимата информация относно хигиенно-диетичния и двигателния режим и грижите свързани със здравословното Ви състояние?	а) да, напълно б) да, частично в) не
20. Смятате ли, че Вие и вашите близки притежавате знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?	а) да, напълно б) да, частично в) не
21. Имате ли нужда от допълнителна информация за продължаващото Ви лечение в домашна обстановка?	а) информиран съм напълно б) близките ми са информирани в) информиран съм частично г) нямам никаква информация д) нуждая се от помощ
22. От какъв вид обучение се нуждаете?	а) обучение на пациента за изработване на активно поведение б) обучение на пациента за самопомощ в) обучение на пациента за запазване на самостоятелност г) обучение на близките на пациента за полагане на грижи
23. Имате ли определена група инвалидност с експертно решение на ТЕЛК и какъв е процента на определената Ви неработоспособност?	а) да% б) не
24. Приемате ли редовно	а) да

медикаменти,свързани със заболяването Ви?	б) само,когато се налага в) не
25.Спазвате ли хранителен режим?	а) да б) само,когато се налага в) не
26.Двигателно активен ли сте?	а) да б)само,когато сее налага в)не
27.Промени ли се начина Ви на живот?	а) да б)отчасти в) не
28.Откъде се информирате за начина си на живот с хронично заболяване?	а)медицински специалист б) от образователни програми в) медии/интернет г)близки д)никой не ме информира, сам избирам как да живея
29.Когато възникне проблем или усложнение,свързани с Вашето заболяване към кого предпочитате да се обърнете?	а) лекар б) медицинска сестра в) рехабилитатор г) друг /моля посочете кой/.....
30.Доволни ли сте от предоставяните социални услуги, свързани с нуждите, породени от вашето заболяване?	а) силно удовлетворен б) доволен в) недоволен г) силно недоволен
31.Ако отговорът Ви е, недоволен“ моля посочете какво трябва да се промени,за да се подобри качеството на живот?	..... ..... ..... .....
32.Участвали ли сте в специализирани	а) да б) неznam за провеждани такива

обучения за справяне с болестта и усложненията ѝ/	в) не
33. Заболяването отразявали се на професионалното Ви развитие и кариера?	а) да б) отчасти в) не
34. Заболяването отразявали се на психологическия комфорт в семейството?	а) да б) не в) понякога
35. Познавате ли пациентски организации, свързани с Вашето заболяване?	а) да б) не
36. Бихте ли посещавали Специализиран център, където ще получавате адекватна информация, профилактика и професионална помощ за вашето заболяване?	а) да б) не

Приложение № 2

АНКЕТНА КАРТА
За медицински сестри / рехабилитатори

1. Вашият пол?	а/ мъж б/ жена
2. На каква възраст сте?	.....
3. Каква длъжност заемате?	.....

4. Вашето образование?	а/ средно б/ специалист в/ бакалавър г/ магистър
5. Вашата специалност:	.....
6. Какъв е Вашият трудов стаж?	.....
7. От колко години работите в това заведение?	.....
8. Как определяте сътрудничеството с лекарите от доболничната помощ?	а/ много добро б/ добро в/ задоволително г/ няма сътрудничество
9. Как определяте сътрудничеството с лекарите от болниците за активно лечение?	а/ много добро б/ добро в/ задоволително г/ няма сътрудничество
10. Как определяте сътрудничеството със Социалните служби?	а/ много добро б/ добро в/ задоволително г/ няма сътрудничество
11. Кой е предпочитаният начин за финансиране на лечението от страна на пациентите?	а/ клинични пътеки от НЗОК б/ програма НОИ в/ заплащане от социални грижи при инвалиди над 90 % г/ финансиране от пациента
12. Доколко ефективно се използват различните начини на	а/ ефективно б/ слабо ефективно в/ неефективно

финансиране?	
13. Какво извършвате във Вашата болница? Възможни са повече отговори	а/ лечение б/ превенция и профилактика в/ рехабилитация г/ друго.....
14. Какви пациенти преобладават във Вашето отделение?	а/ с остро заболяване б/ с хронично заболяване
15. Какви са вашите дейности при лечението на пациентите?	а/ извършване на сестрински манипулации б/ работа с апаратура в/ работа с компютър и документация г/ измерване на соматични показатели д/ обучавам пациентите в дейности от ежедневието е/ други
16. Какво е участието Ви при рехабилитацията на пациента?	а/ обучение в хигиенно-диетичен режим б/ обучение в дейности от ежедневието в/ планиране и контрол на лечебно-рехабилитационния процес г/ друго.....
17. Извършвате ли оценка на възможностите на пациентите за самообслужване?	а/ да, винаги б/ да, понякога в/ не г/ не ми влиза в задълженията
18. Участвате ли в обучението на пациенти с хронични заболявания?	а/ да б/ не в/ понякога
19. Какви видове обучение на пациентите извършвате?	а/ самостоятелни б/ в екип с други сестри в/ в екип с лекари г/ в екип с рехабилитатори д/ в екип с лекари и рехабилитатори
20. В какво най-често се състои обучението?	а/ обучение в хигиенно-диетичен режим б/ обучение в дейности от ежедневието в/ планиране и контрол на лечебно-възстановителния процес г/ друго.....

21. Смятате ли, че притежавате съответна подготовка и компетентност да обучавате болните с хронични заболявания?	а/ да, напълно б/ да, но само по определени въпроси в/ не се чувствам подготвен
22. Смятате ли, че дейностите, които извършва сестрата / рехабилитатора в рехабилитационния екип са достатъчни?	а/ да, напълно б/ да, частично в/ не
23. С кои дейности смятате, че ще бъдете най-полезни?	а/ извършване на сестрински грижи б/ консултиране по здравословни проблеми в/ обучение на пациентите и близките г/ други дейности
24. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряването на качеството на дейността?	а/ повишаване квалификацията на персонала б/ закупуване на медицинска апаратура в/ подобряване на битовите условия г/ подобряване на организацията на дейността д/ подобряване на отношението към пациента е/ друго -
25. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряването на удовлетвореността на пациентите?	а/ повишаване квалификацията на персонала б/ закупуване на медицинска апаратура в/ подобряване на битовите условия г/ подобряване на организацията на дейността д/ подобряване на отношението към пациентите е/ друго -
26. Смятате ли, че е необходимо допълнително обучение за повишаване квалификацията на медицинските	а/ да, абсолютно необходимо б/ да, само на определени мед.сестри и рехабилитатори в /не, не е необходимо

сестри /рехабилитаторите?	
27. Смятате ли, че е необходима специализирана подготовка на медицинските сестри /рехабилитаторите за работа с пациенти с хронични заболявания?	а/ да, много е необходимо б/ да в/ отчасти г/ не, не е необходимо
28. Съществува ли перспектива за професионална кариера в център за интегрирани здравни грижи на пациенти с хронични заболявания?	а/ да б/ не съм сигурен в/ не
29. Смятате ли, че за лицата с хронични заболявания е необходимо създаването на модел за непрекъсваща здравна грижа, който да включва различни специалисти?	а/ да б/ не
30. Как бихте определили осигурените грижи за пациенти с хронични	а/ сами се справят, доколкото могат б/ пациентите с хронични заболявания получават само медицинско обслужване при обостряне или усложнения в/ на пациентите с хронични заболявания са осигурени здравни грижи от мултидисциплинарен екип от специалисти

заболявания при сега съществуващата организация?	
--------------------------------------------------	--

Приложение № 3

АНКЕТНА КАРТА
за студенти

1. Вие сте?	а/ мъж б/ жена
2. Вашата възраст?	.....
3. В коя специалност се обучавате?	.....
4. В кой курс на обучение сте?	.....
5. Според Вас кои са социално-значими хронични заболявания?	..... .....
6. Дайте определение на хронично заболяване/	..... .....
7. С кои хронични заболявания сте се запознали по време на Вашата практическа подготовка?	..... ..... .....
8. Посочете хроничните заболявания, които според вас водят до инвалидизация и нужда от непрекъсната здравна грижа?	..... ..... .....
9. Според Вас какви са най-важните дейности при лечението на пациенти с хронични	а/ извършване на сестрински манипулации б/ извършване на рехабилитационни процедури в/ работа с апаратура г/ работа с компютър и документация

заболявания? (възможен е повече от един отговор)	д/измерване на соматични показатели е/обучение на пациентите ж/други.....
10.Как се определят потребностите от здравни грижи?	а/самостоятелно б/заедно с лекаря в/заедно с пациента г/заедно с рехабилитатора
11.При планиране на здравните грижи медицинската сестра/рехабилитатора извършва ли оценка на здравния и рехабилитационен потенциал на пациентите?	а/да, винаги б/понякога в/не
12.Според Вас пациентите с хронични заболявания нуждаят ли се от обучение за дейностите от ежедневието и подобряване качеството си на живот?	а/да б/не
13.Мислители ,че обучението на пациентите трябва да се извършва от медицинските сестри/рехабилитатори?	а/да б/ не
14.Какви видове обучения трябва да извършват медицинските сестри / рехабилитаторите?	а/самостоятелно б/в екип с лекари в/в екип с медицински сестри / рехабилитатори
15.В какво най-често се състои обучението на пациентите? /моля, посочете	...............
16.Смятате ли,че притежавате съответната компетентност да	а/ да, напълно б/ да,но само по определени въпроси в/ не се чувствам компетентен

обучавате пациентите?	
17. Смятате ли, че дейностите, които извършва сестрата /рехабилитатора в екипа са достатъчни?	а/ да, напълно б/ да, частично в/ не
18. С кои дейности смятате, че ще бъдете най-полезни?	а/ извършване на сестрински/ рехабилитационни грижи б/ консултиране по здравословни проблеми в/ обучение в хигиенно-диетичен режим г/ обучение на пациентите и близките в дейности от ежедневието
19. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряването качеството на дейността?	а/ повишаване квалификацията на персонала б/ закупуване на медицинска апаратура в/ подобряване на битовите условия г/ подобряване на организацията на дейността д/ подобряване на отношението към пациентите е/ друго -
20. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряването удовлетвореността на пациентите?	а/ повишаване квалификацията на персонала б/ закупуване на медицинска апаратура в/ подобряване на битовите условия г/ подобряване на организацията на дейността д/ подобряване на отношението към пациент е/ друго -
21. Смятате ли, че е необходимо допълнително обучение за повишаване квалификацията на медицинските сестри /рехабилитаторите?	а/ краткосрочен курс б/ специализация в/ не е необходимо обучение
22. Смятате ли, че е необходима специализирана подготовка на медицинските сестри / рехабилитаторите за работа с пациенти с хронични заболявания	а/ краткосрочен курс б/ специализация в/ не е необходимо обучение
23. Съществува ли перспектива за професионална кариера в център за интегрирана здравна грижа на пациенти с хронични заболявания?	а/ да б/ не

24.Смятате ли, че създаване на модел за интегрирани здравни грижи би подобрило качеството на живот на пациенти с хронични заболявания?	а/да б/не

Приложение № 4

АНКЕТНА КАРТА

За роднини

1.Вие сте:	а/ мъж б/жена
2.Вашата възраст:	.....
3.Вашето образование:	а/ основно б/ средно в/ специалист (полувисше) г/ бакалавър д/ магистър
4.Вашата социална група	а/ работник б/ служител в/ пенсионер г/ учащ се д/ безработен
5.Вие сте придружител на:	а/ мъж б/ жена в/ на възраст.....
6.Вашият близък има ли определена група инвалидност с експертно решение на ТЕЛК?	а/ да-.....% б/не
7.Вашият близък има ли усложнения, вследствие от хроничното заболяване?	а/да,трайни б/само при обостряне на състоянието в/ не
8.Кой е източникът на финансиране на лечението на Вашия близък?	а/ НЗОК б/ НОИ в/ Социални грижи г/ Доброволен здравно-осигурителен фонд д/ работодател е/ пациент

<p>9.Ако смятате, че сте достатъчно информиран, относно заболяването на Вашия близък откъде получихте информация?</p>	<p>а/личен лекар б/ лекуващ лекар в МБАЛ в/медицинска сестра/ рехабилитатор г/ близки д/ медии</p>
<p>1. Получихте ли от медицинската.сестра /рехабилитатор информация и указания за назначената на Вашия близък лечебно-рехабилитационна програма?</p>	<p>а/ да, напълно б/ да, частично</p>
<p>11. Удовлетворени ли сте от получената информация за проведеното лечение и рехабилитация?</p>	<p>а/ силно удовлетворени б/ удовлетворени в/ недовлетворени г/ силно недовлетворени</p>
<p>12.Удовлетворени ли сте от оказаните здравни грижи?</p>	<p>а/ силно удовлетворени б/ удовлетворени в/ недовлетворени г/ силно недовлетворени</p>
<p>13.Смятате ли, че може да се доверите напълно на медицинската. сестра/рехабилитатора и споделите здравословните проблеми на вашия близък?</p>	<p>а/ да, мога да се доверя б/ да, но само на определени в/ не</p>
<p>14.По време на престоя Ви в болницата Вашият близък обучен ли бе от медицинската сестра / рехабилитатор в усвояване на дейности от ежедневиия живот (самообслужване)?</p>	<p>а/ да, напълно б/ да, частично в/ не</p>
<p>15.По време на престоя Ви като придружител в болницата Вие бяхте ли обучен от медицинската сестра /рехабилитатор относно хигиенно-диетичния режим и грижите, необходими за Вашия близък?</p>	<p>а/ да, напълно б/ да, частично в/ не</p>

<p>16.Смятате ли, че притежавате необходимите знания и умения при полагане на грижи за Вашия близък?</p>	<p>а/ да, бях обучен от медицинска сестра /рехабилитатор б/ бях обучен, но не достатъчно в/ притежавам частични знания г/ никой не ме обучи</p>
<p>17.Нуждаете ли се от допълнителна информация за продължаващото лечение на Вашия близък в домашна обстановка?</p>	<p>а/ информиран съм напълно б/ информиран съм частично и имам нужда от допълнителна информация в/ нямам никаква информация и се нуждаю от такава</p>
<p>18.От какъв вид обучение за обгрижване на Вашите близки се нуждаете? (възможен е повече от един отговор)</p>	<p>а/ обучение за хигиенно диетичен режим б/ обучение за двигателен режим в/ обучение за полагане на грижи г/ обучение за предотвратяване на усложнения д/ друго</p>
<p>19. За да поддържате здравословното състояние на Вашия близък, нуждаете ли се от допълнителна помощ?</p>	<p>а/да б/отчасти в/не</p>
<p>20.Доволни ли сте от Социалните служби?</p>	<p>а/да б/отчасти в/не</p>
<p>21.Получавате ли информация и подкрепа от пациентски организации, свързани с хроничното заболяване на Вашия близък?</p>	<p>а/да б/незнам за съществуването им в/не</p>
<p>22. За подобряване качеството на живот на Вашия близък нуждаете ли се от участието и на други специалисти:</p>	<p>а/социален работник б/логопед в/ерготерапевт</p>
<p>23. Според Вас осигурени ли са достатъчно здравни грижи за хората с хронични заболявания,при сега съществуващата организация?</p>	<p>а/да б/отчасти в/не</p>

24. Смятате ли, че за хората с хронични заболявания е необходимо да се създаде модел за интегрирани грижи включващ различни специалисти?	а/да б/не
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Приложение № 5

АНКЕТА
За социални работници

1. Вашият пол?	а/ мъж б/ жена
2. На каква възраст сте?	.....
3. Вашето образование е :	а/средно б/полувисше/специалист в/бакалавър г/магистър
4. Вашата специалност:	.....
5. В коя институция работите?	.....
6. Какъв е Вашият трудов стаж?	.....
7. От колко години работите на това работно място?	.....
8. В институцията, в която работите клиентите са Ви с преобладаващи:	а/ остри заболявания б/ хронични заболявания в/хронични с трайна инвалидизация
7. В институцията извършва ли се подбор на клиентите нуждаещи се от рехабилитация и /или социална интеграция?	а/ извършва се подбор в зависимост от възрастта б/ извършва се подбор в зависимост от здравословното състояние в/ не се извършва подбор г/ нямам информация
8.Влияе ли вида и степента на увреждането при изработване на социалната оценка?	а/да б/не особено в/не
9.Променя ли се социалната	а/да

оценка във времето и ако настъпят усложнения и/или трайни увреждания?	б/не особено в/не
12. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряването на качеството на дейността?	а/ повишаване квалификацията на персонала б/ подобряване на битовите условия в/ подобряване на организацията на дейността г/ подобряване на отношението към клиентите д/ друго -.....
13. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряването на удовлетвореността на клиентите?	а/ повишаване квалификацията на персонала в/ подобряване на битовите условия г/ подобряване на организацията на дейността д/ подобряване на отношението към клиентите е/ друго -.....
14. Смятате ли, че е необходимо допълнително обучение за повишаване квалификацията на социалните работници, свързано с хроничните заболявания?	а/ да, абсолютно необходимо б/ да, само в определени сектори в /не, не е необходимо
15. Съществува ли за Вас перспектива за професионална кариера в център за интегрирани здравни грижи на пациенти с хронични заболявания?	а/ да б/не съм сигурен в/не
16.Смятате ли, че за лицата с хронични заболявания е необходимо създаването на модел за непрекъсваща здравна грижа, който да включва различни специалисти?	а/да б/не
17.Как бихте определили социалните услуги и грижи за клиентите с хронични заболявания при сега съществуващата организация?	а/сами се справят, доколкото могат б/пациентите с хронични заболявания получават само медицинско обслужване при обостряне или усложнения в/на пациентите с хронични заболявания са осигурени социални услуги и грижи от мултидисциплинарен

	<p>екип от специалисти г/достатъчни социални услуги, в зависимост от социалната оценка</p>
<p>18. Според Вас, чрез Социалната рехабилитация и интеграция подобрява ли се качеството на живот на хората с хронични заболявания?</p>	<p>а/да, значително се подобрява б/да в/не особено г/не</p>

Приложение № 6

ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА

Уважаеми, колеги предлагаме Ви да извършите експертна оценка на разработен – Модел за грижи при пациенти с хронични заболявания.

Благодарим Ви за оказаното съдействие и подкрепа и за изразеното от Вас професионално мнение!

Можете да изразите свободно Вашето мнение.

1. Считате ли, че разработеният модел отразява всички аспекти на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания:

а/ разработеният модел напълно обхваща всички аспекти на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания

б/ разработеният модел само отчасти отразява различните аспекти на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания

в/ моделът много слабо отразява аспектите на здравните грижи при пациентите с хронични заболявания

2. Считате ли, че разработеният модел за грижи при пациенти с хронични заболявания предоставя съвременна организация и мениджмънт на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания:

а/ моделът представя много добра организация и мениджмънт на грижите

б/ моделът само отчасти представя организация и мениджмънт на грижите

в/ представеният модел не представя добра организация и мениджмънт на грижите

3.Разработеният модел ще подобри ефективността и качеството на грижите за пациенти с хронични заболявания:

а/ моделът ще повиши значително ефективността и качеството на грижите

б/ моделът само отчасти ще повиши ефективността и качеството на грижите

в/ прилагането на модела няма да доведе до по-висока ефективност

4.Посочете мнението си относно разработения модел.....