Медицински университет – София

Факултет по обществено здраве

Катедра „Социална медицина”

КАЧЕСТВО НА СЕСТРИНСКИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В НЕВРОЛОГИЧНАТА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН

«ДОКТОР»

По докторска програма **« Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията»,** в професионално направление **7.4 Обществено здраве** от област на висше образование **7. Здравеопазване и спорт.**

Докторант: Величка Цветанова Атанасова

Научен ръководител:
доц. д-р Лидия Георгиева, дм

София 2018г.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на **Катедра „Социална медицина”** на Факултет по обществено здраве при МУ – София.

Дисертационният труд е съдържа 148 страници и включва 51 таблици , 20 фигури и 2 приложения. Библиографската справка включва 227 заглавия, от които 122 са на кирилица и 105 на латиница.

НАУЧНО ЖУРИ:

1. **Проф. Галина Стамова Чанева, дм –** от академичния състав на МУ - София
2. **Доц. д-р Лидия Младенова Георгиева, дм –** от академичния състав на МУ – София
3. **Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн –** външен член за МУ - София
4. **Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм –** външен член за МУ - София
5. **Доц. д-р Катя Петрова Попова-Юрукова, дм –** външен член за МУ - София

Резервни членове:

1. **Проф. д-р Анжелика Спасова Велкова-Монова, дмн –** от академичния състав на МУ - София
2. **Доц. д-р Колечка Веселинова Шопова-Козалиева, дмн –** външен член за МУ - София

Публичната защита ще се състои на 28 Май 2018г. от 13 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. Бяло Море № 8, гр. София.

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

СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ 11

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР 14

2.1. Същност на качеството на здравните грижи като приоритет на здравната система 14

2.1.2. В света 14

2.1.2. У нас 18

2.2. Качество на здравните грижи в световната практика. 24

2.2.1. Развитие на идеята за оценяване качеството на грижите 24

2.2.2. Индикатори за качество на здравните грижи 24

2.2.3. Политика за качество на сестринските здравни грижи. 26

2. 3. Подходи, методи и техники (системи) за качество на здравните грижи. 28

2.3.1. Подходи за качествени сестрински здравни грижи. 28

2.3.2. Методи и техники(системи) за оценяване на качеството на сестринските здравни грижи и натовареността на сестринския труд. 30

2.4. Качество на сестринските здравни грижи и отчитане на грешките и инцидентите в процеса на болничните грижи за пациентите 33

2.5. Мнението на пациентите като важен критерий за оценка на качеството 35

2.5.1. Качество на здравните грижи и удовлетвореност на пациентите 36

2.6. Организационни модели за оценяване качеството на здравните грижи. 38

2.7. Законови и нормативни документи по отношение качеството на сетринските здравни грижи в нашата страна. 39

2.8. Медицинският одит - съвременен метод за оценка качеството на здравните грижи 43

2.8.1. Проблеми при осъществяването на одита 44

2.8.2. Нови подходи в осъществяване на политиката за качество и медицински одит 45

2.9. Концепцията за тотално управление на качеството 46

3. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ и МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО 49

3.1. ЦЕЛ: 49

3.2. ЗАДАЧИ: 49

3.3. МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО 49

3.3.1. Предмет на изследване 49

3.3.2. Логически единици на изследването 50
3.3.3. Технически единици на изследването 50
3.3.4. Обем на изследването 50
2.3.5. Признаци на изследване 50
3.3.6. Място и време на изследване 52
3.3.7. Методи за събиране на първична информация: 52
3.3.8. Математико-статистически методи за анализ на първичните данни. 53
4. АНАЛИЗ И ДИСКУСИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО 55
4.1. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТАТА НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ 55
4.1.1. Демографски характеристики 55
4.1.2. Професионална подготовка 58
4.1.3. Протоколи и материално-техническа осигуреност 59
4.1.4. Комуникационни и информиращи функции 60
4.1.5. Оценка на време и персонал 64
4.1.6. Оценка на стреса 65
4.1.7. Комуникационната култура 68
4.2. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ И ДИСКУСИИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТИТРАНЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В КЛИНИКИТЕ /ОТДЕЛЕНИЯТА/ НА УМБАЛ И ОМБАЛ. 69
4.2.1. Демографски и професионални характеристики 69
4.2.2. Сравнителен анализ на качество на сестринските здравни грижи. 72
4.2.3. Оценка на персонала и базата 78
4.2.4. Работа, обучение, стрес 79
4.3. АНАЛИЗ И ДИСКУСИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ – АНКЕТА НА ПАЦИЕНТИ 82
4.3.1. Демографски характеристики 82
4.3.2. Удовлетвореност от сестринските здравни грижи 83
4.3.3. Удовлетвореност от организацията на болничното хранене и вътрешен ред 87
4.3.4. Удовлетвореност от справянето с болката 90
4.4. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТИТРАНЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ В КЛИНИКИТЕ /ОТДЕЛЕНИЯТА/ НА УМБАЛ И ОМБАЛ. 94
4.4.1. Разпределение на респондентите по демографски и социални показатели .. 94

4.4.2. Удовлетвореност на пациентите от сестрински грижи и вътрешен ред - сравнение 96

4.4.3. Удовлетвореност от мениджмънт на болката и нивото на качество на грижата 100

5. ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ 103

6. МОДЕЛ ЗА АДАПТИРАНЕ И ОЦЕНЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ В КЛИНИКИТЕ /ОТДЕЛЕНИЯТА/ ПО НЕРВНИ БОЛЕСТИ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ. 105

7. ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА БЪРНАУТ СИНДРОМ (ПРОФЕСИОНАЛНО ИЗЧЕРПВАНЕ) 108

7.1. Обосновка на програмата 108

7.2. Цел на програмата 108

7.3. Характеристика на програмата 108

7.4. Форми на работа 109

7.5. Очаквани резултати 109

7.6. Възможни рискове 109

8. ПРЕПОРЪКИ 110

8.1. Към МЗ и НЗОК 110

8.2. Към МУ, филиалите на МУ и ФОЗ 110

8.3. Към БАПЗГ 110

8.4. Към болничния мениджмънт 110

8.5. Към МЗ и РЗИ 111

8.6. Към здравните политици, законодатели и обществото 111

9. ПРИНОСИ 112

9.1. Приноси с научно-теоретичен характер 112

9.2. Приноси с практико-приложен характер 112

10. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД . 113

11. ЛИТЕРАТУРА 114

12. ПРИЛОЖЕНИЯ 129

12.1. Анкетна карта за медицински сестри 129

12.2. Анкетна карта за пациенти 138

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ

Таблица 1. Оценка на респондентите относно въведени протоколи за здравни грижи, осигуряващи осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичните стационари 60

Таблица 2. Степен на информираност на респондентите относно критериите на качеството на сестринските грижи 63

Таблица 3. Самооценка на респондентите относно времето, което отделят за разговори с пациента, за да се запознаят с проблемите му и да предоставят необходимата за него информация 63

Таблица 4. Самоценка на респондентите относно времето, което отделят за извършване на назначените манипулации. 64

Таблица 5. Самооценка на респондентите относно недостиг на персонал, адекватен на броя на пациенти, за които се грижат. 65

Таблица 6. Пряката работа с хора ми причинява твърде много стрес. 65

Таблица 7. Станах по-безчувствена към хората, откакто работя тази работа. 66

Таблица 8. Когато се събудя сутрин имам желание да отида на работа. 67

Таблица 9. Участие на респондентите относно курсове за професионална комуникация. 68

Таблица 10. Разпределение на респондентите по пол – общо и по групи лечебни заведения 69

Таблица 11. Разпределение на респондентите по възрастова група – общо и по групи лечебни заведения 70

Таблица 12. Разпределение на респондентите по степен на образование – общо и по групи лечебни заведения 70

Таблица 13. Разпределение на респондентите по общ трудов стаж – общо и по групи лечебни заведения 71

Таблица 14. Разпределение на респондентите по специален трудов стаж – общо и по групи лечебни заведения 71

Таблица 15. Разпределение на респондентите по трудов стаж в съответното лечебно заведение – общо и по групи лечебни заведения 72

Таблица 16. Разпределение на респондентите по трудов стаж в неврологично отделение – общо и по групи лечебни заведения 72

Таблица 17. Разпределение на респондентите относно подготовката, която имат за да бъдат извършени качесвени сестрински грижи в неврологичната клиника (отделение) 73

Таблица 18. Разпределение на респондентите по отношение на съгласието им, че съществуващата в сестринската практика документация отразява всички дейности на медицинските сестри в неврологичната клиника (отделение) 73

Таблица 19. Оценка на респондентите относно въведени протоколи за здравни грижи, осигуряващи осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичните стационари. 74

Таблица 20. Обобщаващи статистически характеристики на въпроси от 20-ти до 28-ми по групи лечебни заведения. Резултати от сравнителния анализ 75

Таблица 21. Самоценка на респондентите относно времето, което отделят за извършване на назначените манипулации 76

Таблица 22. Самооценка на респондентите относно недостиг на персонал, адекватен на броя на пациенти, за които се грижат 77

Таблица 23. Самооценка на респондентите по отношение заетостта при попълване на твърде много документация 77

Таблица 24. Самооценка на респондентите относно недостиг на персонал, адекватен на броя на пациенти, за които се грижат 78

Таблица 25. Оценка на респондентите по отношение проблеми с оборудването в болницата 78

Таблица 26. Самооценка на респондентите относно ролите им в неврологичното отделение 79

Таблица 27. Самооценка на респондентите по отношение чувството на изтощеност в края на работния ден 79

Таблица 28. Самооценка на респондентите относно чувството на стрес при пряка работа с хора 80

Таблица 29. Участие на респондентите относно курсове за професионална комуникация 80

Таблица 30. Разпределение на респондентите в зависимост от участието им в курсове за следдипломно обучение 81

Таблица 31. Удовлетвореност на анкетираните пациенти относно отношението на медицинските сестри при информиране и разяснение на вътрешния ред на неврологичното отделение 85

Таблица 32. Разпределение на респондентите в зависимост от удовлетвореността им от качеството на сестринските грижи и желанията им за промени в отношенията и обслужването на медицинските сестри към пациентите 86

Таблица 33. Удовлетвореност на анкетираните пациенти по отношение осигуреност на необходимата тишина. 88

Таблица 34. Удовлетвореност на респондентите от грижите за личната им хигиена. ... 88

Таблица 35. Разпределение на анкетираните пациенти по отношение усещане за болка или дискомфорт по време на изследванията и сестринските манипулации в неврологичното отделение. 90

Таблица 36. Разпределение на респондентите относно мнението им за промяна на условията в болничната стая. 92

Таблица 37. Разпределение на респондентите по пол – общо и по групи лечебни заведения 95

Таблица 38. Разпределение на респондентите по възрастови групи – общо и по групи лечебни заведения 95

Таблица 39. Разпределение на респондентите по образование – общо и по групи лечебни заведения 96

Таблица 40. Удовлетвореност на респондентите от сестринските грижи при постъпване в неврологичното болнично отделение 96

Таблица 41. Удовлетвореност на респондентите от сестринските здравни грижи за по-лесна адаптация при постъпване в неврологичното болнично отделение 97

Таблица 42. Удовлетвореност на респондентите относно отношението на медицинските сестри 97

Таблица 43. Разпределение на респондентите по отношение мнението им за сестринските грижи при постъпване в отделението и времето за настаняване на болничното легло 98

Таблица 44. Удовлетвореност на респондентите по отношение обслужването на медицинските сестри и от качеството на сестринските здравни грижи 98

Таблица 45. Удовлетвореност на респондентите относно организацията на болничното хранене 99

Таблица 46. Удовлетвореност на анкетираните пациенти по отношение осигуреност на необходимата тишина 99

Таблица 47. Удовлетвореност на пациентите по отношение хигиената в отделението 100

Таблица 48. Разпределение на респондентите по отношение мнението им за усещане на болка или дискомфорт по време на изследванията и сестринските манипулации в неврологичното отделение 100

Таблица 49. . Удовлетвореност на респондентите по отношение грижите на медицинските сестри, за да бъде облекчена болката им 101

Таблица 50. . Разпределение на респондентите относно мнението им за промяна на условията в болничната стая 101

Таблица 51. Удовлетвореност на респондентите относно общото им впечатление от качеството на сестринските здравни грижи в отделението 102

СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ

Фигура 1. Разпределение на респондентите по пол 55

Фигура 2. Разпределение на респондентите по възраст 56

Фигура 3. Разпределение на респондентите по степен на образование 56

Фигура 4. Разпределение на респондентите по семейно положение 57

Фигура 5. Разпределение на респондентите по общ трудов стаж 57

Фигура 6. Разпределение на респондентите по участие в ръководството 58

Фигура 7. Въпрос: Материално - техническата база позволява ли осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичната болнична помощ? 59

Фигура 8. Самооценка на респондентите относно подробното информиране на пациента за терапевтичните процедури 61

Фигура 9. Самооценка на респондентите за осигуряване на добра комуникация с пациентите. 62

Фигура 10. Разпределение на респондентите в зависимост от участието им в курсове за следдипломно обучение. 69

Фигура 11. Разпределение на респондентите по пол. 82

Фигура 12. Разпределение на респондентите по възрастови групи. 82

Фигура 13. Удовлетвореност на анкетирание пациенти от отношението на медицинските сестри. 83

Фигура 14. Удовлетвореност на респондентите по отношение времето при постъпване в отделението и настаняване на болничното легло 84

Фигура 15. Удовлетвореност на респондентите по отношение обслужването на медицинските сестри и от качеството на сестринските здравни грижи 86

Фигура 16. Удовлетвореност на респондентите от организацията на болничното хранене 87

Фигура 17. Удовлетвореност на пациентите от хигиената в отделенията по нервни болести 89

Фигура 18. Удовлетвореност на респондентите по отношение грижите на медицинските сестри, за да бъде облекчена болката им. 91

Фигура 19. Удовлетвореност на респондентите от качеството на сестринските здравни грижи в неврологичноте отделения. 93

Фигура 20. Разпределение на респондентите по отношение желанието им да постъпят отново в това отделение, за да се лекуват от същото заболяване. 94

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС – Български лекарски съюз

БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

НС – Народно събрание

МЗ – Министерство на здравеопазването

МУ – Медицински университет

ФОЗ – Факултет по обществено здраве

НРД – Национален рамков договор

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

СЗО – Световна здравна организация

ЕС – Европейски съюз

ЗЗОЛ – Задължително здравно осигурени лица

ЗСОМСААМС – Закон за съсловната организация на медицинските сестри акушерки и асоциираните медицински специалисти

РЦЗ – Регионален център по здравеопазване

РЗИ – Регионална здравна инспекция

ЛЗ – Лечебно заведение

УМБАЛ – Университртска многопрофилна болница за активно лечение

ОМБАЛ – Общинска многопрофилна болница за активно лечение

САЩ – Съединени американски щати

ISO – Международна организация по стандартизация

NANDA – Северноамериканска асоциация по сестринска диагноза

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Във всички национални здравни системи качеството е възприето и регламентирано като неоспорим приоритет. Реализирането на съвременните здравни реформи осезателно повиши необходимостта от **динамичен мониторинг и регулиране** на качеството на медицинската помощ с оглед неговото ефективно управление.

Бъдещето, както на сестринството, така и на грижите за здравето зависи от различните взаимно влияещи се елементи, които отразяват тенденциите в обществото, икономическите условия и човешките ценности. С навлизането на обществото в XXI век настъпи значителна промяна в компонентите на сестринството като процес. Променя се обществото, което води до промени в здравните системи, а оттам и темата за качеството на здравните грижи става все по-актуална в сферата на здравеопазването. Това се дължи на факта, че лечебните заведения се стремят да предоставят по-високо качество на медицинско обслужване за пациентите от една страна, а от друга страна на медицинските специалисти, които се стремят към стандартизиране на професионалната практика с цел гарантиране определено ниво на качество на здравните грижи.

Качеството може да има различни определености в зависимост от гледната точка: качество за болния; за институциите, предоставящи здравни грижи; за здравноосигурителните институции, за обществото. Качеството за пациента се определя в зависимост от неговите здравни потребности и неговите очаквания от грижи и услуги. За институциите, предоставящи здравни услуги и грижи, качеството включва точна диагностика, адекватно и ефикасно лечние и предоставяне на грижи, отговарящи на потребностите на пациентите. Качеството от гледна точка на системата се отнася до ефикасността на предоставяните услуги и рентабилно управление, за да се достигне добро здравословно състояние на населението. За обществото качеството се измерва чрез оптимизиране на ресурсите и ползата за цялото общество (11).

Промените в системата на здравеопазването до голяма степен се определя, както от националната така и от европейската световна икономика. Бъдещето на лечебните заведения ще зависи преди всичко от избора на пациентите или по-скоро от нивото на предложеното „качество” на здравни грижи. Много здравни заведения в западноевропейските, централните и източноевропейските държави са ангажирани с дейности по осигуряване на качеството на медицинската дейност. Част от тези дейности са обусловени от външни фактори, като например законодателство по

осигуряване на качеството и връзката цена-ефективност. Главните двигатели за осигуряване на качеството на повечето места са професионалистите – лекари и медицински сестри, както и болничните ръководители, извършвайки оценка и контрол на качество в процеса на оказване на здравна помощ (11,13).

С навлизането на новия век много нови предизвикателства очакват сестринското съсловие. Сестринската професия се променя, стимулирана от технологичния напредък в здравната помощ. Атмосферата на икономически ограничения и политически промени поставят сестрите пред нови възможности и предизвикателства. Сегашната здравна среда в болшинството 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 познания и опит за подобряване на здравните грижи и да подпомага създаването на ефективна организация. Това е област, която не е достатъчно изучена и разработена. Те могат обаче да развиват уменията си и да изграждат доверие, чрез което ще заслужат необходимия статус за влияние върху здравната политика.

Може да се каже, че сестринската професия преминава своето развитие от милосърдие към болните и нуждаещите се от грижи, към техническо изпълнение на лекарските назначения, а по-късно и към събиране и анализ на информация и вземане на решение в рамките на своята компетентност. Най-общо казано това са етапи на емоционално, техническо и творческо развитие на сестринската професия.

Мястото на здравните грижи в съвременното общество, където властват законите на пазарната икономика, се определя от развитите във времето концепции и теории, дефиниращи философията на грижите. Те именно са рамката, за да може да се очертае основното направление на качеството на здравните грижи в сложната съвкупност на медицинското обслужване и измерителите на понятието качество (11).

У нас настъпиха промени в образованието на медицинските сестри. Те се обучават в университети от висококвалифицирани преподаватели, имат съсловна организация, която защитава техните интереси (има какво да се желае още в тази посока) и това именно налага изучаването и провеждане на мероприятия за повишаване качеството на здравните грижи в сестринската практика (3).

Законовите и нормативните документи позволяват експери-ментирането на различни подходи, методи и средства, но е необходимо те да бъдат приемани и утвърждавани в практиката като работещи инструменти и добри практики или по-скоро управленски средства позволяващи постигането на желаните резултати.

Темата за качеството на здравните грижи, за тяхното оценяване и контрол е не само актуална, но е наложително да се реформира съществуващата практика в посока на нейната ефективност и рентабилност.

Актуалността на проблема за качеството на здравните грижи, потребността от промяна на съществуващата практика в лечебните заведения, клиниките/отделенията по нервни болести и липсата на комплексно изследване на съществуващите проблеми към настоящия момент са основания за провеждане на изследването.

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

2.1. Същност на качеството на здравните грижи като приоритет на здравната система

Важно предизвикателство на здравната реформа е управлението на качеството на медицинската помощ. В тази насока обществената нагласа поставя нови предизвикателства пред здравните мениджъри.

Качеството не е нов термин. Въпросът за качеството на медицинската помощ е стар, колкото е стара и човешката история. Клетвата на Хипократ е все още крайъгълният камък на качеството на медицинската помощ и днес: лекарят трябва да обслужва нуждите на пациента и основното правило е да не вреди.

По отношение на предоставящите грижи доброто качество означава да се правят „правилни неща по правилен начин". Компонентите на високото качество включват висока степен на професионализъм, ефективно използване на ресурсите, минимален риск за пациента, удовлетвореност на пациента и положително влияние върху здравето. Здравната реформа поставя като основен приоритет предоставянето на достъпни и качествени медицински грижи за населението. Министерство на здравеопазването като институция провеждаща държавната здравна политика. При измерването на качеството на здравните грижи се установява вариабилността при предоставянето им и колкото тя е по-малко изразена, толкова по-качествено са предложените грижи.

2.1.2. В света

Според Международната организация по стандартизация ISO 8402 от 1994г., качеството е съвкупност от свойства и характеристики на продукт или услуга, които позволяват задоволяване на изразени или подразбиращи се (скрити) нужди.

Световната здравна организация определя качеството на грижите комплексно: „Предоставяне на всеки пациент избор от диагностични и терапевтични действия, които ще му осигурят отличен резултат по отношение на здравето, в съответствие с актуалностите на медицинската наука, на най-добра цена за същия резултат, при възможно най-малък риск от ятрогения и за неговата най-висока удовлетвореност по отношение на процедурите, резултатите и човешките взаимоотношения вътре в системата на грижите". Тази дефиниция включва следните основни направления: вид на дейностите; резултати; актуално състояние на науката; цена и риск (90).

Според определение на СЗО „Общественото здравеопазване е наука и практика за предотвратяване на болестите, удължаване на живота и укрепване на здравето чрез организираните усилия на цялото общество".

В системата на общественото здраве медицинските сестри, са важен и ценен ресурс, който е крайно време да бъде обективно оценен, за да се подобри общественото здраве и да се намалят икономическите показатели и разходи за здравеопазване (90).

Според А. Жекери, качеството на сестринските грижи се определя „съответствие на изработени норми, възприето от професията. Те представляват приноса на сестринската професия за здравеопазването, за индивида и за населението" (205).

През 1984г Световната здравна организация публикува Ръководство за определяне на стандарти в сестринската практика, което е разработено от работна група на медицински сестри от различни сфери на среща в Брюксел (90,196).

Указанията са основани на достигнатите от групата изводи:

- Да се разработят основни стандарти, които са приложими във всички области на сестринската практика. След като стандартите се уточнят може да се пристъпи към написване на специфичните стандарти.
- В първата фаза, основните стандарти да се установят за медицински сестри, занимаващи се директно с грижи за пациента. Развитието на стандарти за дейността на администрацията и обучението да се осъществи в по-късна фаза.
- Първата фаза да се концентрира върху установяване на стандарти, свързани със структурата и процеса на дейността.

Стандартът за структура включва оборудване, средства, осигуряващи удобство и съществено необходими за извършване на здравните услуги.

Стандартите за извършване на дейността очретават специфичните сестрински дейности, които са необходими за постигане на целите на грижите за пациента.

За да се постигне приемливо от всички заинтересовани страни качество, е необходимо да се провежда политика, насочена към непрекъснато осигуряване на качеството. За да се измери и оцени качеството на предоставените грижи от изпълнителите на медицински услуги е от значение въвеждането на комплекс от мероприятия, насочени към събиране на информация, която да потвърди дали са постигнати целите на дадена програма или дейност. Информацията, получена от измерването е необходима за определяне дали:

- населението в различните региони се обслужва по различен начин;
- медицинската помощ се отклонява от стандартите;

- пациентът е удовлетворен и какво е функционалното му състояние;
- цената за предоставената здравна услуга е разумна.

Оценката на качеството е процес на формиране на мнение на базата на събиране на информация, което трябва да потвърди дали са постигнати целите на дадена програма или дейност и представлява т.нар. „измерителен етап".

Качеството може да се опише като непрекъснато усъвършенствуване в четири области:

- Персонално професионално усъвършенствуване;
- Позитивна комуникация и доброжелателство;
- Интердисциплинни екипи;
- Умело разпределение на проблемите и делегиране на функции.

При оценката на качеството се използват определени процедури и протоколи.

Процедури: серия от действия, предназначени за извършването на дадена рутинна дейност в определена област.

Протоколи: местни описания на процеси или действия в хода на процеса. Базират се на стандартите и определят качеството на конкретните процедури в заведението. Помагат да се установи какво може и какво трябва да се направи.

В литературата се дискутират разнообразни подходи, методи и критерии за оценка качеството на здравната дейност. Изтъкват се трудностите в тази насока поради специфичния характер на съвременното здравеопазване (В. Борисов, М. Маринов, Ц. Воденичаров, A. Donabedian и др.). За да се оцени обаче качеството в здравеопазването е нужно преди всичко да се определи общото понятие качество (6).

Според А. Донабедиан могат да се определят три **главни подхода** за оценка на качеството:

1. Структурен - организацията и наличните ресурси на оказваното обслужване,
2. Процесен - събитията и дейностите, които се извършват,
3. Изходен – крайните резултати в медицинското обслужване.

Съществуват определени показатели и техники за управление на качеството. Показателите за качество са варианти, чиято стойност показва степента на реализираното качество. В идеалния вариант показателите са свързани с крайния (истинския) резултат, но в някои случаи са нужни и показатели за междинните резултати.

Във фазата на разработване на показателите за качество е важно професионалните организации да бъдат въвлечени в процеса, така че да се получи съгласие в крайната селекция. Без поддръжката на професионалистите показателите ще се ползват с ниско доверие и възприемчивост.

Качеството включва (обобщава) в себе си представите за адекватност, ефективност, полезност, безопасност, икономичност, които се представят като отделни аспекти на качеството. Затова в методологичен аспект специално внимание следва да се отделя на тези понятия (9).

Понятия, които се използват при оценка на качеството са:

Адекватността показва в каква степен здравната дейност съответства на здравните потребности на населението (адекватност на здравната дейност). Освен това адекватността може да се разглежда и като степен на съответствие на използваните ресурси - материални, човешки, време (адекватност на ресурсите).

Ефикасност (efficacy) - показва теоретично вероятната полза от прилагането на дадена медицинска технология, установена при идеални (експериментални) условия. Обикновено измерването на ефикасността става чрез т.нар. контролирани клинични опити.

Ефективност (effectiveness) е конкретно установената полза от прилагането на дадена медицинска технология при обичайни реални условия, т.е. това, което фактически е получено като полезен резултат. Ефективността представлява степента на постигането на поставената цел. Следователно ефективността винаги е сравнение между две състояния, между два последователни отрязъка от време.

Икономичност или продуктивност (efficiency) - съотношение между фактическите резултати и стойността на използваните ресурси (адекватност на здравната дейност на ресурсите).

Безопасността представлява степента на допустимия здравен риск. Това е доста важен аспект на качеството именно на здравната дейност. Много от критериите за качеството на медицинската помощ са фактически измерители на риска, например вътреболнични инфекции, ятрогенни състояния и др.

Когато се оценява качеството на медицинската помощ първо трябва да се оценят показателите за **истинските резултати** – дават ли те негативни ефекти върху медицинската помощ. Необходимо е да се изследва и **процесът**, за да се установи къде се къса веригата. Особено важно значение в управлението на качеството придобиват

ясните критерии за неговата оценка. Все по-голямо значение има мнението на пациента като критерий за качеството на медицинската помощ (12).

Европейската асоциация на медицинските асоциации подкрепя активно политиката за развитие на качеството на медицинската помощ (Quality care development-OCD), като препоръките са следните: националните медицински асоциации трябва да поемат ръководната роля в развитието на качеството на медицинската помощ като общата цел е да се подобри помощта на пациентите.

2.1.2. У нас

Качеството на здравеопазването е един от основните фактори за ефективно изразходване на наличните здравни ресурси. В започналата у нас здравна реформа специално приоритетно внимание в тази насока следва да се отдели на взаимодействието между болничната помощ, извънболничната помощ и първичната медицинска помощ. Това се обуславя от обстоятелството, че качеството на извънболничната помощ на населението (която е най-масова) в решаваща степен определя общото ниво на качество на дейността на цялата национална здравеопазна система.

В съществуващите три Национални здравни стратегии (от 1995, 2001, 2008г.) и СТРАТЕГИЯТА ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В Р БЪЛГАРИЯ 2013 – 2020 г. е подчертано, че развитието на качеството в областта на здравеопазването се основава на непрекъснатото му подобряване, като се отчитат три фундаментални принципа:

- Фокусиране към потребителите, техните изисквания, нужди и очаквания.
- Развитие на процесите (редуциране на излишните процеси, осигуряване взаимосвързаност на процесите и т.н.).
- Тотално въвличане на всички участници в процеса.
- Новата философия, приета на Световния конгрес на Международния Сестрински Съвет в Тайпе (2005г.) е, че медицинската сестра не обгрижва лекаря, а болния и здравия човек и е приета норма – **една медицинска сестра се грижи за четирима болни. Всеки следващ болен за обгрижване увеличава вероятността за влошаване на качеството на предоставените здравни грижи.** В светлината на тези принципи в хода на здравната реформа у нас ще се внедри и развие национална система за управление качеството на

здравеопазните дейности в това число повишаване качеството на сестринските здравни грижи в съответствие със съвременните европейски стандарти (93).

Националната здравноосигурителна каса като институция защитава интересите на здравноосигурените лица в България и насочва усилията си към създаване на предпоставки за въвеждане на система за мониториране и подобряване на качеството. Концепцията на НЗОК за качеството е насочена към разглеждане на компонентите на качеството и измерване на качеството чрез стандартизиране на начините за оценка, както към различните професионалисти, така и към различните региони (76).

През последните години все повече нараства интереса на пациентите и населението от качеството на здравната помощ, която получават. В това отношение медиите засилват особено техния интерес, както с информации за нови и ефективни методи на лечение, така и с конфликти, свързани с предоставянето на помощта – например грешки и пропуски. От друга страна, политиците и здравните власти изискват документация по осигуряване на качеството и подобряването на здравните грижи. Този интерес се засилва особено много от факта, че съществуват значителни противопоставяния, проблемния подход по гарантиране качеството на здравната помощ във връзка с недостига на лимитираните бюджетни средства. Интересите на обществото изискват да се очаква получаването на здравна помощ с най-високо качество. Някои инспирирани от свободния пазарен механизъм реформи на системите за здравна помощ доведоха до предоставянето в ръцете на индивидуалния изпълнител на отговорности за икономизиране на здравната помощ /болници, медицински центрове, общо практикуващи лекари/, като разбира се, извършващите разплащането държат сметка за качеството, което ще получат. Разкриването на частната медицинска практика не е свързано с осигуряване на система за качеството на помощта, която те предлагат, като резултатите за оценката се основават изцяло на перцепциите на пациентското задоволство, което е само един елемент от оценката на качеството.

Основна цел на лечебните заведения е непрекъснато усъвършенстване на качеството. От възникването на медицинската наука, лекарите и медицинските сестри се стремят да разрешават проблеми в областта на качеството без да са запознати с теориите и проучванията на учените в тази посока. Качеството на здравните грижи и услуги за всички тях е една ежедневна грижа, за да може пациентът да си тръгне удовлетворен, в добро или подобрено здравословно състояние.

Направени са редица разработки във връзка с качеството на медицинската помощ у нас от някои автори: Воденичаров Ц. (18), Борисов В.(10), Маринов М.(55), Иванова Т.(44), Иванов Л.(41) и др. Публикувана е обстойна монография върху качеството на медицинската помощ от Зл. Петрова, К. Чамов, Ст. Гладилов (11,55, 76).

Според В. Борисов при анализа на качеството често се среща една терминологична несъобразност. Говори се за "ИЗМЕРВАНЕ на качеството". Ако качеството *се измерва*, то всъщност става дума за количество. Правилно е да се говори за ОЦЕНКА на качеството. Друг е въпросът, че тази *оценка* може да ползва като иформационна база определени статистически показатели (10).

В. Борисов счита, че в областта на здравното обслужване качеството е по-трудно установимо и контрулируемо в сравнение с редица други сфери на социалния живот като причините за проблемите са главно две: невъзможност за директно и моментно оценяване и многофакторна обосновеност на качеството на здравното обслужване. Освен това В.Борисов счита, че проблемът за качеството на здравеопазването има не само чисто медицинско и етично хуманно значение, но представлява интерес и от гледна точка на управлението и финансирането на здравеопазването в условията на здравно-осигурителна система (9,10).

Според Т. Иванова моделът за качество на медицинската помощ следва да включва: ситуационен анализ, определяне на целите, определяне на интервенционните дейности, дефиниране на проблема, мониторинг, оценка и устойчивост. Във всеки от тези етапи е много важно използването на съответните показатели (44).

Л. Иванов казва, че качеството на медицинското обслужване се формулира като модел, включващ динамична и статична (резултативна) страна на качеството, включващ логична връзка между факторите и съдържателните аспекти на медицинското обслужване (43).

Въпросът за ролята на медицинската помощ за благополучието на обществото е в каква степен тя може да бъде осигурена и предложена на населението. Стефан Гладилов и колектив подчертават, че в здравеопазването качеството на медицинската помощ зависи в най-голяма степен от:

- Броя на медицинските кадри и степента на тяхната квалификация;
- Броя, вида, мощността на здравните заведения и тяхното разпределение;
- Обема на финансовите средства, заделени за здравеопазването;
- Техническото ниво на медицинската помощ.

Имайки предвид състоянието на тези компоненти на медицинската помощ, здравният мениджър следва да търси най-ефективния и едновременно с това най-икономичния модел за предоставяне на здравна помощ (26, 27, 28).

Оценката на качеството е изходен момент в управлението на качеството в здравното обслужване. Оценяването е възможно след въвеждането на определени професионални стандарти и обучение на персонала за спазването им (9).

Наложително е приемането на критерии и стандарти за лечебни методи и процедури, доказали своята ефективност в медицинската практика, с оглед осигуряване на качество на медицинската помощ, съчетано с достъпност до здравни грижи за всички социални слоеве от населението (111).

Стандартите могат да бъдат институционални, системни, национални и международни. Институционалните стандарти са определени параметри, които се използват в процеса за сравняване на унифицирани резултати и се прилагат там където са налице специфични особености за които няма възприети такива. Те създават предпоставка за методите и подходите за проверка на внедрените техники и системи (56, 63).

М. Маринов казва, че качеството на здравните грижи е съвкупност от признаци, условия и свойства на даден продукт или процеура, използвани в процеса на предоставяне на здравна помощ, задоволяващи изцяло или надхвърлящи очакванията на определена група лица или пациент (55).

Според П. Маринова у нас от няколко години се изграждат условия за развитие на сестринската професия, без да са изградени законовите условия на сестринската автономност. Прилаганите сестрински грижи нямат планов израз, като практическите дейности носят технократичен и манипулативен характер. Ориентацията към лекаря, а не към пациента, намалява отговорностите на медицинската сестра, обременява ги с чужди такива и създава условия за неприложимост на комплексния и индивидуален подход към болния, като го лишава от пълноценни и качествени здравни услуги и е една от причините за девалвиране на грижите като цяло (56,57,).

С. Маркова подчертава важността на проблема за рентабилността в здравопазването, като приема, че повечето медицински сестри са оформили вече много силни чувства и отношение по този проблем (62,60).

Според Г. Гранчарова най-добрият начин за гарантиране на качеството на предоставените здравни грижи е разработването на философия, стандартите за сестрински грижи и техните цели. Формулирането на философията и целите е елемент

на стратегическото планиране, което доказва едновременното осъществяване на основните функции на мениджмънта. Контролните механизми включват акредитационни процедури, използване на консултанти, средства за оценяване, визитации, доклади, инспектиране и сестрински одити (31).

А. Петков прилага немска аналитична методика, както и швейцарска такава за изчисляване на необходимия сестрински персонал, основаваща се на базовата стойност на здравните грижи; стойности на грижите за различните групи пациенти; стойност за всеки приет пациент и стойност за обслужването на пациенти на дневен стационар. Прилагането на научни подходи и методики при управлението на персонала е гаранция за повишаване качеството на здравните грижи (74).

За повишаване качеството на здравните грижи в болничната помощ, освен измеримите критерии, стандарти и показатели е необходимо да се определи съответното място и роля на организационната култура, за да се гарантира комплексния подход към качеството. Медицинската етика и организационно поведение като научни дисциплини представят редица етични интервенции и модели на поведение, които подпомагат успешността и качеството на мениджмънта на лечебните заведения (24).

В националната здравна стратегия като приоритетно направление е разработване и усъвършенстване на националната система за развитие на качеството, която следва да има една обща цел: всички изпълнители на здравна помощ да развият ефективна система за качество в собствените си здравни заведения от всички равнища и профили (69).

Една от предпоставките за влошаващото се качество на здравните грижи според констатацията на **Стратегията за развитие на здравните кадри в Република България за периода 2013-2020г.** е това, че ръководствата на лечебните заведения не зачитат и не заплащат допълнителни възнаграждения на специалистите по здравни грижи с по-висока квалификация и степен на образование.

Непрекъснатото обучение на медицинските специалисти в това число медицинските сестри е изключително важно в условията на лавинообразно развитие на медицинската технология и практика. Необходими са нови знания и умения за извършване на високоспециализирани грижи и манипулации.

Според ръководството на БАПЗГ продължаващото обучение трябва да бъде задължителен, а не препоръчителен елемент в системата на здравеопазването (93).

Необходимите действия са:

1. Ежегодно планиране на необходимия брой специалисти по здравни грижи на база на националната здравна карта, съобразено с нуждите на регионите и общините и в зависимост от възрастовите характеристики и нужди на населението. в перспектива.

2. Използване на данни от регистъра на БАПЗГ с цел управление на човешките ресурси /необходими кадри за системата на здравеопазване/ по възраст и специалности.

3. Регламентиране на отговорности в длъжностните характеристики в зависимост от изискванията на длъжността и адекватна квалификация на кадрите.

4. Участие на БАПЗГ в разработване на системи за стимулиране на добрите мениджъри в областта на здравните грижи.

5. Промяна в ЗЛЗ по отношение на статута на ръководителите по здравни грижи, възлагане на правомощия и отговорности за автономно управление на здравните грижи.

6. Създаване на Отдел по здравни грижи към Министерство на здравеопазването.

7. Разработване на Наредба за провеждане на конкурсите за ръководители на здравните грижи, за подобряване управлението на грижите за болните и намаляване процедурните нарушения при провеждането на конкурсите по места.

8. Регламентиране на продължаващото обучение като задължителен, а не препоръчителен елемент за работа в системата на здравеопазването, обвързан с финансови стимули.

- Въвеждане на регламенти за задължително преминаване на продължаващо обучение по специалности;
- Обвързване на продължаващото обучение със лицензионен режим – получен сертификат по ЗСОМСАМС.

9. Разработване на системи за обучение на управленските екипи.

10. Въвеждане на специализирана документация за здравни грижи и актуализиране на учетните и отчетните документи, водени от специалисти по здравни грижи.

11. Разработване на пакети по „Здравни грижи” стандартни и разширени, които да дават възможноост за остойностяване труда и грижите на медицинските специалисти от финансиращите институции.

12. Подобряване на взаимодействието с ангажираните в процеса държавни институции, синдикални и пациентски организации, неправителствени организации за формулиране на политиката в областта на здравните грижи, нейната реализация, оценка и контрол (93).

Добре е да се подчертае, че днес лицензираните медицински сестри получават адекватно финансиране, съобразно сертификатифицирането по ЗСОМСАМС и НРД – 2017г. (60, 93).

2.2. Качество на здравните грижи в световната практика.

2.2.1. Развитие на идеята за оценяване качеството на грижите

Оценяването на грижите се институционализира пред 1972г в САЩ чрез закон, който създава „Национална система за контрол на медицинската професия". Многобройните публикации през последните години показват насоката на оценяването на грижите, а именно от „опасни грижи" към „идеални грижи"(120,136,140,173).

През 1998г в САЩ се създава модел за оценяване качеството на сестринските здравни грижи, в резултат на създадената национална програма за качество към Националния институт за стандартизация и технология на САЩ към Департамент Търговия. Директорът на тази програма г-н Хари Херц е и ръководител на т.нар. Малкълм Болдридж (Malcolm Baldrige Award), който представлява адаптиран модел за качество на организациите и институциите, предоставящи здравни грижи.

2.2.2. Индикатори за качество на здравните грижи

Организацията Малкълм Болдридж изработва следните индикатори за постиженията в болничните заведения по отношение на здравните услуги:

- Постижения в областта на грижите - намаляване на времето за прием на пациента, недопускане на вътреболничните инфекции, понижаване на продължителността на болничния престой, намаляване на инфекциите, увеличаване на амбулаторните грижи за хронично болните пациенти, качество на живот след хоспитализация.
- Професионални постижения – намаляване на пропуските и грешките, развитие на грижите в съответствие със законодателството, повишаване на продуктивността.
- Постижения, свързани с пациентите – доверие на пациентите, оплаквания, резултати от анкети за удовлетвореност на пациентите.
- Пазарни и финансови постижения – стойността прибавена от дейността на персонала, различни финансови съотношения, участие в пазара.

- Функционално състояние: психическо и физическо състояние на пациентите, социални фактори, борба с болката и измерване на риска.
- Координация на услугите: ефикасност на здравните грижи, умесност на лечението.
- Клинични компетенции – компетенции на персонала по отношение на грижите, степен на образование.
- Клинични резултати – вътреболнични инфекции, заболеваемост, повторни приеми на пациент в болницата.
- Финансови резултати – директна и индиректна стойност, продължителност на престоя.
- Измерване на удовлетвореността – изучават се перспективите за пациента, неговия опит в лечебния процес, адекватност на информацията, обучение, оценяване качеството на живот по време на лечението (136).

Националната лига на медицинските сестри в САЩ публикува ръководство за самооценка на здравните грижи, което включва около 600 въпроса разпределени в следните пет групи:

- отнасящи се до нараняване и нанасяне на вреда на пациента;
- отнасящи се до определяне на потребностите на пациента;
- отнасящи се до планиране на грижите;
- свързани с изпълнението на грижите;
- статистически данни за оздравелите и леталните случаи.

Освен външния контрол на качеството на здравните грижи, професионалистите решават, че самите те е необходимо да осъществяват контрол на качеството на своите дейности (141). Автооценяването на сестринската практика се развива не само в САЩ, но и в много страни от Европа, както и в целия свят.

Приложени ефективно, стандартите за здравни грижи и услуги помагат да се дефинират, организират, приложат и оценят грижите за пациента. За постигането и реализирането на добри практики за качествено извършване на здравните грижи е небходимо да се разглежда като подход за разрешаване на проблем на пациента, в съответсвие с неговата индивидуалност (119, 142,146,174,207).

2.2.3. Политика за качество на сестринските здравни грижи.

Политика, ориентирана към качество на здравните грижи се развива във Франция след приемане на Закона от 31-ви юли 1991г за болничната реформа, в който лечебните заведения (обществени и частни) се задължават да провеждат политика за оценяване на качеството. През 1996г с постановление от 24-ти април се създава Национална агенция за акредитация и оценяване в здравеопазването (Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante ANAES). През 1995 и 1996г в продължение на 15-18 месеца във Франция са реализирани 2 програми насочени към осигуряване на качество, включващи около 200 лечебни заведения. При изработването на методиката за оценяването са включени редица френски и чуждестранни експерти.

Използваният метод включва 4 етапа:

- идентификация на процеса;
- описание на процеса;
- конструкция на нов процес;
- подобряване на процеса.

Целта на тези програми е да се демонстрира провеждането на проект за качество на здравните грижи в лечебното заведение, за да се достигне до институционализиране на подхода за продължително подобряване на качеството (Demarche Continue de la Qualite). Въвеждането на този подход включва следните 3 етапа:

- промяна в поведението на персонала във всички йерархични нива;
- промяна на обичайния подход за работа;
- промяна на резултатите от процеса (211).

През 1978г. е приет закон, който определя автономната роля на френските медицински сестри (212, 215). Той спомага за развитието и регламентирането на процеса за оказване на здравни грижи, досието за същите и малко по-късно въвеждането на сестринска диагноза. Върху тази законова база се развива и усъвършенства концепцията за качеството на сестриските здравни грижи в болничните отделения. Констатира се, че постигането и осигуряването на качество, когато здравните грижи се развиват в следните насоки: техническа, икономическа, организационна и хуманна(122,125,136,138,147,167). Здравните грижи включват следните основни дейности:

- анализ на състоянието на пациента;
- използване на подхода за поставяне на сестринска диагноза;

- планиране на грижите;
- извършване на назначенията на лекаря и контрол на страничните ефекти от лечението;
- работа с досие за здравни грижи, което осигурява непрекъснатост, контрол и организация на грижите.

В отговор на концепцията за качеството в областта на здравните грижи се разработват и въвеждат процедури и протоколи, които представляват описание на сестринските дейности в съответствие с изискванията за качество (61,62,110). Планирането на грижите е научен подход за работата на медицинските сестри, който се среща в литературата като „процес за сестрински грижи". Състои се в определяне на здравните грижи, които са необходими на всеки пацеент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на здравните грижи интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Този подход се осъществява в процеса на комуникация чрез устна и писмена форма (92,94,95,109,154).

Според Ръководството за работа на сестринските отделения във Франция „планът за здравни грижи се определя съобразно сестринската диагноза и се прилага в зависимост от профила (особеностите) на пациента. Той съдържа индивидуално адаптирани дейности.”

Министерството на здравето и социалното осигуряване на Република Франция публикува законите регламентиращи качеството на сестринските здравни грижи (215, 223) :

- Закон за болничната реформа от 31.07.1991г.(Loi 91-748);
- Закон отнасящ се до сигурността при преливането на кръв и кръвни продукти от 04.01.1993г. (Loi 93-5);
- Закон отнасящ се до общественото здраве и социална защита от 18.01.1994г. (Loi 94-43);
- Постановление от 24.04.1996г. относно реформата на обществената и частна хоспитализация . (Ordonnance 96-346);
- Закон отнасящ се до гарантирането на правата при палиетивните грижи от 29.07.1998г. (Loi 98-657);
- Декрет 2002-194 от 11.02.2002г, свързан с дейностите на професионалистите, упражняващи професията на медицинската сестра.

Според текста в Декрета: „Упражняването на сестринската професия включва анализ, организация, реализация на сестринските грижи и здравните услуги и тяхната оценка, използване и събиране на клинични и епидемиологични данни и участие в дейности по превенция, както и здравно обучение".

Министерството публикува документи, в които нормите за качествени здравни грижи в сестринската практика са насочени в следните направления:

- Прием на пациента;
- Проект за сестрински здравните грижи;
- Сестрински интервенции за пациента;
- Извършване на присъщите за сестринската практика дейности;
- Изписване на пациента от болничното заведение;
- Основните аспекти на професионалната практика.
- Тези норми са групирани в следните 3 области:
- Прием на пациента;
- Престой на пациента в болничното заведение;
- Напускане, изписване.

Към всяка норма са описани критерии за стандартно поведение на медицинската сестра, които са разделени на:

- Характеристика на ресурсите;
- Характеристика на процесите;
- Характеристика на резултатите.

Законовото регламентиране на норми и стандарти в сестринската практика допринася за определяне на общите постановки за качество на здравните сестрински грижи, които от своя страна са основа за качество на здравните услуги във всяко лечебно заведение.

2. 3. Подходи, методи и техники (системи) за качество на здравните грижи.

2.3.1. Подходи за качествени сестрински здравни грижи.

2.3.1.1. Класически подход.

Класическият подход за оценяване качеството на здравните грижи се основава на концепцията Донабедиян, която включва следните три нива (11,55, 64,71,72,153):

- ресурси за оказване на здравни грижи - оценяване на количеството персонал и неговата квалификация; определяне на максималната структура за оказване на качествени здравнигрижи; изучаване броя на пциентите и правилното разпределение на медицинските сестри по направления, включително извършване на високо-технологични изследвания и поцедури; времето за обгрижване на един пациент; инфраструктурата-архитектура, разположение, материали.
- оценяване на процеса на оказване на здравни грижи -провеждане на редица проверки, като се изхожда от концепцията за грижите и ангажираността към пациента.
- резултати от извършване на здравните грижи - измерване автономността на пациентите и състоянието на пациента при изписването му от здравното заведение.

2.3.1.2. Подход за сестрински здравни грижи.

Редица автори описват концепции и теоретични постановки на подхода за сестрински здравни грижи с цел определяне на автономните функции на медицинските сестри (82,122,124,138,146,154,167,174). Този подход включва:

- Събиране на информация (данни) – обикновено на основата на стандартен въпросник или на основата на концептуален модел за здравни грижи и др.
- Формулиране на проблем - с цел поставяне на сестринска диагноза и определяне на потребностите на пациента от обгрижване.
- Изработване на индивидуален план за сестрински здравни грижи, съдържащ дейности, отговарящи на поставените цели.
- Реализация на дейностите.
- Оценяване - изучаване на получените резултати от извършените здравни грижи.

Упражняването на сестринската професия се основава именно на този подход, който позволява избора на философия, създава възможности за индивидуален подход към пациента, задължава медицинските сестри да извършват комуникация /разговори и обучения/ с пациентите. Подходът се реализира чрез работа на медицинските сестри с досие на пациента, в което се документира проблема на същия и плана за здравните грижи. Документирането на сестринските здравни грижи е предпоставка за тяхното измерване, оценяване и повишаване на качеството.

2.3.2. Методи и техники(системи) за оценяване на качеството на сестринските здравни грижи и натовареността на сестринския труд.

В медицинската литература са описани редица методи, които се използват за оценяване качеството на сестринските здравни грижи и натовареността на медицинските сестри (53, 149).

2.3.2.1. Система за натовареността и цената на здравните грижи.

/BAK-B.ewohner-пенсионер; A.Arbeit-натовареност; K.Kosten-цена./

Тази система е развита в немската част на Швейцария, с цел да направи прозрачна работата на медицинската сестра в рамките на един ден и свързаната с тази дейност цена. Въпреки, че може да бъде прилагана във всички лечебни заведения, независимо от сложността на организацията, тя се прилага само в медикосоциални заведения (124, 219, 220, 223,227).

2.3.2.2. Състояние на клиента.

/Method Rhys Hearn-EDS''Etat du Client"/

Австралийската система "Състояние на клиента" (EDS) - методът е разработен в заведения за продължителен престой и е приложен на практика в Австралия и кантон de Vaud /Швейцария/ (112). Методът включва оценяване на здравните грижи в следните насоки:

- функционално състояние на клиентите;
- продължителност на работа на персонала;
- ефективно използване на ресурсите от различните категории персонал;
- основни функции на заведението;
- мнение на персонала за собствената им натовареност.

2.3.2.3. Система (Техники) за измерване и анализ на натовареността при извършване на сестрински здравни грижи.

/SEP-SYSTEM DE MESURE ET D, ANALIZE DE LA CHARGE EN SOINS/

Системата за измерване и анализ на натовареността при оказване на сетрински услуги (SEP) е инструмент за измерване на натовареността на сестринските грижи в болници за активно лечение. Той е разработен в Университетската болница в Цюрих /Швейцария/. Събраните данни за ежедневната натовареност на персонала и индивидуалните здравни сестрински грижи за пациента позволява да се остойностят

/оценят/ сестринските грижи. Данните се събират чрез стандартизиран въпросник от всеки един пациент по отношение на директните и индивидуални сестрински грижи, които се извършват 24 часа в здравното заведение. Проучва се и квалификацията на персонала-диплома,стаж,степен на интеграция в екипа (126).

2.3.2.4. Минимално сестринско резюме.

/RIM Belge/

Тази ситема се въвежда в Белгия със Закон от 14.08.1987г., като се прилага за национално измерване на качеството на сестринските здравни. Сестринското резюме допълва клиничното, психиатричното и финансовото резюме (171,173).

Системата (RIM) позволява постигането на следните цели: медицинската сестра да има индивидуален подход към пациента; дейностите на медицинските сестри в клиниката/отделението/ да дават отражение върху стойността за финансиране на един ден болничен престой; доказване на необходимостта от човешки ресурси; представлява движеща сила за подобряване качеството на здравните грижи.

Техниките в системата създават възможност за: характеризиране на сестринските здравни грижи в зависимост от основните направления; не се прави количествен анализ; не се прави връзка с натовареността на сестрите; позволява да се изработи профил на предоставените сестрински грижи; фотография на клиниката /отделението/ за здравни услуги от гледна точка на профила на пациентите.

Използваните данни включват: данни за здравното заведение; данни за клиниката/отделението/-тип, брой легла, брой кабинети за функционална диагностика, код на клиниката/отделението; данни, свързани с персонала - брой на хората брой часове на ден; данни, свързани с пациента - пол, години, вид на престоя (амбулаторно или стационарно), продължителност на деня; положени сестрински здравни грижи за пациент: 23 фактора на здравните грижи; обичайните ежедневни дейности.

Типовете здравни грижи се разглеждат в следните групи:

- основни здравни грижи /хигиена, движение, хранене и хидратация през устата, отделяне - уриниране и дефекация/;
- технически здравни грижи /хранене и хидратиране чрез сонда, грижи за трахеостомиран или интубиран пациент, инфекциозна изолация, вземане на венозна и капилярна кръв за изследване, провеждане на медикаментозна терапия-интрамускулно, интравенозноно, интрадермално, субкутанно, перорално/;

- качествени здравни грижи /грижи за устната кухина, профилактика на декубитус, помощ при обличене с цивилно облекло, обучение за самостоятелен способ при напускане на болницата/;
- несоматични здравни грижи /сестринска анамнеза-първи ден, ангажиране с емоционална криза, здравни грижи при дезорганизирани пациенти/;
- здравни грижи, свързани с грижи за наблюдение /витални параметри-24 часа, физични параметри, наблюдение на пациент на екстензия или други външни фактори, наблюдение при постоянно венозно вливане/.

Методът не отчита натовареността на персонала с изключение натовареността при основните / базовите/ здравни грижи, т.е.-хигиена, движение, хранене и хидратация през устата, изпразване на тазови резервоари.

Оценяването е направено от Министерството на здравеопазването в Белгия, като след отчитането е взето решение оценяването на здравните грижи, чрез този метод (RIM) да допринася 0.5% от цената на един ден болничен престой.

2.3.2.5. Индивидуални сестрински грижи за пациента.

/SIIPS-Soins Infirmiers Indiwidualises a la Personne Soignee/

Може да се каже,че Индивидуалните сестрински грижи за пациента (SIIPS) е система, даваща цялостна и систематична представа за ежедневните грижи към един пациент. Този метод е насочен към получените от пациента грижи, а не към натовареността на персонала, той е приложим за всички лечебни заведения, с изключение на спешните центрове, операционен блок и еднодневни стационари. Много добре е адаптиран към пациенти с хронични заболявания (169,170).

2.3.2.6. Метод за планиране на грижите и проект за сестринско проучване.

/Methodes PLAISIR AND PRN-Planifikation Informatisee des Soins Infirmiers and Reguis Projet Recherche Nursing/

Методите”Планиране на грижите”и „Проект на сестринско проучване”са разработени от професор Чарлз Тилкин и неговият екип в Канада. Двата метода са лицензирани.”Планиране на грижите”(PLAISIR) е приложен в Канада, Швейцария и Германия (149,150,151).

Методът Планиране на грижите е ориентиран към биопсихосоциалния профил на пациента и планиране на необходимите сестрински здравни грижи.

Методът „Проект на сестринско проучване” е способ за измерване натовареността на небходимостта от сестрински здравни грижи за определен пациент за 24 часа.

Проектът за сестринско проучване позволява разглеждането на три елемента на натовареността на персонала, оказващ здравни грижи:

- директни и индиректни грижи;
- комуникации от страна на ползвателя;
- административни дейности, издръжка и разноски.

Измерването се провежда по предварително разработено ръководство за всеки пациент за 24 часа. Потребностите на пациентите са разпределени в осем зони: потребности от дишане;
потребности от хранене; потребност за отделяне; хигиена; подвижност; комуникации; лечение; диагностични методи.

Дейностите по осъществяване на сестринските здравни грижи са ранжирани 249 фиша, всеки от които съдържа: код, цел, описание, клинична ситуация, правила за използване, стойност в точки. Времето се измерва за една услуга, извършена от средно професионална медицинска сестра при средни условия, като се изисква спазването на добро качество проектът за сестринско проучване е средство за остойностяване дейността на екипа, осъществяващ сестринските здравни грижи.

От представените модели, техники и системи става ясно, че качеството на сестринските здравни грижи е неразривно свързано с класификацията на сестринските грижи, която е предпоставка за тяхното оценяване. Съществен момент е измерването на натовареността на сестринския персонал и отчитане на извършените сестрински дейности за пациента. Индивидуалният подход към пациента се основава и на оценката на неговата зависимост от сестринския персонал, като на тази основа се разработва плана за сестринските здравни грижи. Тези организационни модели и системи за здравни грижи са предпоставка и гаранция не само за качество, но и за рентабилни и ефективни сестрински здравни грижи.

2.4. Качество на сестринските здравни грижи и отчитане на грешките и инцидентите в процеса на болничните грижи за пациентите

В доклада на Международния сестрински съвет (Conseil International des infiermieres) от 2002г., разработен съвместно с международната федерация на фармацевтите (Federation Internationale des Pharmaciens) и Световната асоциация на

медиците (L'Association Medicale Mondiale) се представят данни за редица проучвания относно констатираните рискове за пациента и необходимостта от повече информация относно нежеланите инциденти, които могат да се случат в лечебните заведения, в лекарските кабинети, аптеките, в дома на пациента (213,215,223).

Като нежелани инциденти в болницата се определят: падане, декубитус, грешки при провеждане на медикаментозното лечение, вътреболнични инфекции, както и случаите на повторна хоспитализация. Това води до повишаване продължителността на лечение, нарастване на леталитета в болнична среда. Финансовата стойност на тези явления за САЩ е изчислена на 18 000 - 30 000 млн. долара годишно, за Великобритания (по данни на System national de santé britanique) – 2 милиарда лири годишно.

Най-често препоръките към здравните професионалисти са следните:

- поемане на активна роля при оценяване качеството на здравните грижи;
- подобряване на комуникацията с пациента и с другите здравни професионалисти;
- информиране на пациента относно съществуващите рискове;
- подобряване на цялостната система свързана със здравните грижи;
- сигнализиране за нежеланите инциденти на съответните служби.

Редица автори проучват нежеланите ефекти, грешките и инцидентите като измерители на качеството на сестринските грижи (118,171,179,180,181).

Подобряване качеството на сестринските здравни грижи се свързва с внедряване система за докладване на инциденти (11,14,). Подходът се базира на схващането, че предотвратяването на злополуки се постига по-добре не чрез индивидуални промени, а чрез промени в системата. Целта на въвеждането на такава система е не да се определи персонална вина, а да се направят изводи, които да предпазят системата от пропуски и грешки в бъдеще.

Намаляването на грешките и създаването на безопасна среда е възможно при ясна политика и начин на действие, компетентността на медицинските сестри и възможностите за повишаване на квалификацията, емоционалната и прихологическа среда, както и интегрирането на пациента и неговите близки в процеса на медицинското обслужване.

2.5. Мнението на пациентите като важен критерий за оценка на качеството

В съвременното здравеопазване и в частност в общата болничната помощ, пациентът не е само пасивен обект на въздействие от медицинския персонал. Пациентът е активен участник в здравеопазния процес и партньор на лекаря. Затова както препоръчва К. Пасхалидис трябва да се улесни и активизира дейността на неправителствените пациентски организации като полезен коректив и регулатор на процесите на здравното обслужване на населението и в частност в областта на първичната медицинска помощ.

Липсата на социологическа информация за мнението на пациентите е едновременно причина и следствие на почти липсващия публичен дебат във всички етапи на здравната реформа – в нейния замисъл и концепция, в нейното реализиране и в оценката на нейните първи резултати (позитивни или негативни). В същото време в редица други страни именно благодарение на адекватно отношение към обществената оценка за здравната реформа здравните политици и мениджъри успешно преодоляват нейните рискове и негативни тенденции и вземат своевременни управленски решения за оптимизиране на процесите на промяна в интерес на общественото здраве (В. Борисов) (11,15,).

Социологическата информация ще позволи да се регулират процесите на промяна в здравеопазването от гледна точка на обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки (8).

Медицинската дейност, наред с всичко друго, е и специфично **социално взаимодействие.** Проблемът на подобно взаимодействие най-често е в това, че единият е в позиция на сила, а другият не е. Но това разграничение според редица експерти не е полезно или вярно в съвременния свят. В този смисъл прякото **взаимодействие и сътрудничество** между здравния професионалист и пациента е абсолютна необходимост. (А. Ефтимова, М. Балашкова, Т.Златанова, Р.Златанова и др.).

Добрата комуникация между тези две страни способства за по-високо взаимно доверие, за по-пълна взаимна информираност относно проблемите на здравето на пациента и по този начин става фактор на качеството на здравните грижи. Недоволството от пациентите и тяхното последващо недостатъчно следване съветите на лекаря са често поради неспособността им да разберат и запомнят това, което обикновено доста бързо им е казано от лекаря.

Във връзка с изложеното **комуникационните умения** на здравния професионалист трябва да бъдат осъзнати и признати като приоритетни в неговата

професионална оценка. Наложително е комуникационните умения да бъдат регламентирани като задължителен елемент в професионалната оценка медицинския персонал и в акредитацията на лечебните заведения (122).

Според редица експерти трябва да се преодолее установеното подценяване на удовлетвореността на пациентите като критерий за оценка качеството на здравното обслужване и на ефекта от провежданите промени в здравната система. Редица автори подчертават все по-нарастващата необходимост от анализ и познаване на мнението на пациентите относно различни аспекти на медицинската дейност (М.Попов, Зл. Петрова, К. Пасхалидис, Р.Златанова, Б.Борисова и др.).

2.5.1. Качество на здравните грижи и удовлетвореност на пациентите

Проблемът за качеството е изключително актуален, поради повишаване потребностите на пациентите. Пациентите стават все по - информирани по отношение на болничното лечение. Рисковите ситуации, опасностите и възможностите за допълнителни увреждания от определени интервенции и лечения създават у пациентите мнение за болничното обслужване. Същите проявяват все по- големи изисквания и към хотелската част от обслужването в лечебното заведение.

С Наредба N10 от 2 декември 2015г. се определят редът, начинът и критериите за проучване удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, закупувана от НЗОК. В 2016г. наредбата бе отменена (70).

Европейската харта за правата на пациентите делигира: право на превантивни мерки, предпазващи го от заболяване; право на достъп до здравни услуги; право на информация; право на съгласие във вземането на решения за неговото здраве; право на свободен избор между различните лечения и изпълнителите им; право на тайна и конфиденциалност; право на спазване на стандартите за качество; право на избягване на ненужно страдание и болка и др. (36, 51).

Съществуват многобройни проучвания за удовлетвореността на пациентите от качеството на сестринските здравни грижи, като редица от тях доказват, че качеството на сестринските грижи свързано с удовлетвореността на пациентите (64,113,114,119, 131,132, 171, 190, 180, 186, 192, 194, 203).

Удовлетвореността на пациента се основава на обективни и субективни параметри (10,15,51,77,113,114). По време на своята хоспитализация пациентът е

изправен пред стресови ситуации, свързани с неговото заболяване или с живота в болничната среда. Степентта на неудовлетвореност на пациента ще зависи не само от важността на здравословния му проблем, но и от появата на непредвидени проблеми.

Подобряването на удовлетвореността в болнични условия изисква:

- намаляване възможността за поява на проблеми или намаляване степента на здравословния проблем на пациента;
- предразполагане на пациента в самото начало и поставянето му в подходяща среда.

Пациентът е в основата на подхода за качество на здравните грижи и трябва да се има в предвид следните основни цели:

- достъпност и справедливост;
- компетентност - възможностите и правоспособността на лечебното заведение, предлагащо здравни услуги по отношение потребностите на пациента;
- информация - пациентът трябва да участва, до колкото е възможно, при провеждане на лечението и затова е необходимо да получи достъпна информация за това;
- продължителност - осъществяване на координация между различните специалисти, между вътрешни и външни структури;
- сигурност - възможните рискове трябва да бъдат отстранени или намалени, за което пациентът трябва да бъде информиран;
- прием на пациента и хотелски услуги - пациентът има право да получи топло и професионално приемане, с чувство на уважение и зачитане на неговата личност, в зависимост от своето финансово участие в този процес пациентът има право да изисква предоставяне на висококачествени хотелски услуги от болничното заведение;
- своевременно и навреме проведено лечение - предоставеното на пациента лечение и здравни грижи трябва да бъдат необходими и адекватни;
- ефективност- рационално използване на ресурсите;
- ефикасност- оценяване на постигнатите резултати като се има в предвид подобряване на здравословното състояние на пациента, както и продължителността и качеството на неговия живот;
- удовлетвореност - до каква степен предоставение грижи са отговорили на очакванията на пациента;

- приложимост (адаптивност) - структурата на здравните грижи трябва да се развива в съответствие с развитието на техниката, медицинската наука, икономиката, професионалната квалификация на медицинските специалисти, в т.ч. и медицинските сестри, както и в съответствие с очакванията на пациента.

Проучване удовлетвореността на пациентите от качеството на сестринските здравни грижи е особено съществен елемент от цялостния процес на качественото медицинско обслужване, защото медицинските сестри се грижат за потребностите на пациента по време на неговия болничен престой и осъществяват продължително наблюдение, както и непрекъснато общуване.

2.6. Организационни модели за оценяване качеството на здравните грижи.

В Института Густав Руси (Institut Gustave Roussy) във Франция е направен експеримент за информационно управление на качеството на здравните грижи. Констатирано е съществено нарастване на цената на болничното обслужване във Франция, което от своя страна обуславя гарантирането на най-добрите грижи за пациента (194, 223, 224).

В института Густав Руси е разработен модел за оценяване качеството на здравните грижи, който е базиран на класификацията на Донабедиян, на 3 нива:

- анализ на ресурсите;
- анализ на процесите;
- анализ на резултатите.

При анализ на ресурсите, качеството на здравните грижи се свързва с осигуряването на достатъчно и добре обучен персонал и управление.

Анализът на процеса включва изработени норми на процедури, покриващи всички дейности на екипа осъществяващ грижите. Те позволяват извършване на бърз и периодичен контрол на здравните грижи и тяхната специфичност, която трудно може да бъде контролирана от външните оценители. Анализът се извършва на 2 нива:

- Първо – дали се прави или не се прави;
- Второ – прави се оценка на качеството на изпълнение на здравните грижи.

При извършване на оценяването на здравните грижи в Института Густав Руси е възприет модел ориентиран към процедури – резултати.

Оценяването на здравните грижи, осъществявани от медицинските сестри е насочено към извършване на продължителни, адаптирани и индивидуални грижи.

Медицинските сестри извършват качествени здравни грижи при прилагането на методология наречена „подход за сестрински грижи”. Този подход включва 4 етапа:

- Събиране на данни и анализирането им за идентифицирането на здравен проблем на пациента.
- Определяне на целите на здравните грижи, изработени от екипа и болния в съответствие с открития проблем.
- Планиране и адаптиране на дейностите по осъществяване на здравните грижи.
- Оценка на дейностите.

При събирането на данни медицинската сестра се води от концептуален модел за медицински (сестрински) грижи на Вирджиния Хендерсон, тъй като по този модел протича обучението на медицинските сестри във Франция. Според модела на Хендерсон хората имат 14 основни нужди. Медицинската сестра събира информацията относно нуждите или индентифицира проблем в сферата на здравните грижи в съответствие с нейните компетенции (регламентирани от Декрета за компетенциите от 17.07.1984г.). Откритият проблем се дефинира като сестринска диагноза, основаваща се на знанията и специфичната технология на сестринската професия. Медицинските сестри от Института Густав Руси са обучени и прилагат лист с 50 сестрински диагнози, разработени от Северноамериканската асоциация по сестринска диагноза (NANDA).

След поставяне на сестринската диагноза, медицинската сестра изработва писмен план за здравни грижи, съдържащ цели и дейности за решаване на проблемите на пациента. Поставената цел е така формулирана, че резултатът да бъде наблюдаван и измерен. Дейностите по осигуряване на здравните грижи могат да бъдат: технически, за обучение и по отношение на взаимоотношенията. Те съдържат предложение, което е свързано с ресурсите в института и нивото на компетентност на персонала.

Медицинската сестра попълва кодирано досие на пациента, което след хоспитализацията се изпраща в комисия по оценката. Тази комисия осъществява оценяването по стандартни таблици, а данните се обработват с информационна система – Програма за управление и статистически анализ (PIGAS Programme Interactif de Gestion et d’Analyse Statistique).

2.7. Законови и нормативни документи по отношение качеството на сетринските здравни грижи в нашата страна.

В България Законът за лечебните заведения (чл.70) регламентира функциите на главната медицинска сестра по отношение на качеството на здравните грижи, а именно:

„Главната медицинска сестра организира, координира и отговаря за качеството на здравните грижи". Според чл. 79, ал. 1 „Съветът по здравни грижи е консултативен орган на главната медицинска сестра по организацията, координацията, икономическата ефективност и качеството на сестринските грижи (39,37).

Главната медицинска сестра и съветът по здравни грижи имат отговорност за създаване на организация, гарантираща предлагането на качествени (сестрински) грижи за пациентите, обслужвани в съответното лечебно заведение, но няма конкретна форма, която да посочва необходимите мероприятия, които трябва да се организират по отношение на качеството на здравните грижи в болничните заведения. Липсват документи, които да посочват механизмите за осъществяване на тези дейности. Не е създадена институция, която да оказва методична помощ на главните медицински сестри и на Съвета по здравни грижи за създаването на организация, както и осъществяване форма на контрол и оценка на дейностите за подобряване на качеството.

Разработени са медицински стандарти по основните медицински специалности, които обаче не включват специфични стандарти за сестрински грижи. В тях не са описани здравните (сестрински) грижи за пациентите, а само в някои, може да се открият текстове отнасящи се за отделни дейности на медицинските сестри, но в други - няма дейности отнасящи се до сестринските грижи. Така например в медицинския стандарт „анестезия и интензивно лечение", приет със Заповед РД09-511 от 19.07.2001г. на Министъра на здравопазването, медицинската сестра се счита за член на екипа и извършва дейности по длъжностната характеристика; работи съгласно протокол, регламентиращ нейната дейност (наблюдение – мониторинг), манипулации, назначения, общи грижи, а по отношения на всеки конкретен пациент изпълнява нарежданията на ръководителя на екипа за интензивно лечение.

В квалификационната характеристика за специалността „Медицинска сестра в раздела за обща характеристика за професията на медицинската сестра е написано, че медицинската сестра е длъжна" (46) :

- Да предпазва, възстановява и подобрява здравето на лицата и независимостта на виталните им психически и физически функции, като се съобразява с личността на всеки един от тях и с техните психологически, социални, икономически и културни особености.
- Да съдейства за събирането на информация и за методите, които ще бъдат използвани от лекаря, за да постави диагноза.
- Да участва в оценяване нивото на зависимост на лицата.

- Да участва в клиничното наблюдение на пациентите и прилагането на терапия.

От тези формулировки е ясно, че медицинската сестра събира информация, за да съдейства на лекаря, а не за да формулира проблем основаващ се на нуждите на пациента от здравни грижи или поставянето на сестринска диагноза. Предпазването, възстановяването и подобряването на здравето на лицата е осъществимо от професионална гледна точка, чрез изработване на план за здравни грижи, съдържащ съответните цели, дейности за постигане на целите и резултати, които могат да бъдат оценявани. Участието в оценяване нивото на зависимост на лицата и участието в клиничното наблюдение, трябва да има своето измерение с термините, подходите и методите на професионалните сестрински грижи.

В резултат на проект по Програма ФАР на Министерството на здравеопазването „Преструктуриране на парамедицинския сектор в България”- BG 9301/02/05, съвместно с европейски консултанти бяха разработени нови учебни планове и програми за обучние на медицински сестри, акушерки и всички останали специалисти и бе осъществена промяна на полувисшето медицински образование във висше образование степен „специалист по здравни грижи”, а на по – късен етап обучение на медицинските сестри в МУ, ФОЗ и придобиване степен бакалавър и магистър по здравни грижи (1, 2, 3, 41,46).

През последните години се утвърди провеждането на акредитация на лечебните заведения като една от техниките за оценяване на качеството на здравните грижи. Акредитацията на лечебните заведения се осъществява по разработени критерии и показатели, регламентирани в наредба на МЗ (Наредба 18, от 2005г.). Оценяването на здравните (сестрински) грижи се осъществява само в критерия „дейности на медицински стандарти” (Критерии 5), където се изисква лечебното заведение да има собствени диагностично-терапевтични алгоритми, протколи и технически фишове, но няма изисквания, на които те да отговарят. Каква е гаранцията за правилността на изработените протколи и технически фишове и тяхното спазване и какви са резултатите от прилагането им? Това именно са въпросите, на които трябва да се отговори, за да се обоснове качественото извършване на сестринските здравни грижи (63,68).

Изработването и въвеждането само на технически фишове и протколи не са гаранция за качествени сестрински здравни грижи. За да се отговори на постановките на СЗО по отношение стандартите за здравни грижи и да се доближим до практиката на медицинските сестри в европейските държави е необходимо въвеждането на нов подход в сестринската дейност, определящ нейните автономни функции. Необходимо е

повишаване на професионалната квалификация на медицинските сестри завършили полувисшите медицински институти по отношение анализа на състоянието на пациента и изработването на индивидуален план за здравни грижи. В здравните заведения е желателно да се провежда изследване на натовареността на сестринския персонал и въвеждането на научни методи за определяне потребностите от медицински сестри (90).

Съсловната организация на медицинските сестри и акушерките създава национален съвет по качеството на здравните грижи, но липсват конкретни фукции на съвета по отношение на осигуряването, контрола и оценяването на качеството на сестринските грижи (Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, 2005г.) (38).

Разработените от НЗОК клинични пътеки, чрез които се осъществява финансирането на болниците съдържат само определени сестрински дейности, без да съдържат автономните функции и отговорностите на медицинските сестри (40, 78,117).

В клиничните пътеки **липсват** хигиенните грижи и храненето на пациентите, което означава, че те не са остойностени и болниците не получават финансиране за тези дейности. Медицинските сестри могат да ги извършват, но могат и да не го правят. За да се осигури качество на здравните грижи в болничните заведения, клиничните пътеки трябва да съдържат не само високотехнологичните медицински изследвания, но и осъществяването на здравни грижи отговарящи на базовите нужди и потребности на пациента. Все още е в проект въвеждането на клинично свързани групи.

От съществуващите нормативни документи може да се каже, че в тях има само общи постановки за качеството на здравните грижи в болниците, но **липсват конкретни специфични стандарти**, гарантиращи качеството на здравните грижи, както и критерии за оценяването им.

Обзорът на литературата показва, че темата за качеството и оценка на качеството на сестринските здравни грижи е особено актуална във връзка с провеждането на реформите в здравопазването и преструктурирането на образованието на медицинските сестри. Практическата реализация на мероприятията за повишаване качеството на здравните грижи в лечебните заведения се осъществява чрез прилагането на научнообосновани и утвърдени подходи, методи и средства, които нямат пълно приложение на този етап в сестринската практика в страната. Качеството на здравните грижи имат съществен принос за повишаване ефективността на лечебните заведения и

за утвърждаване приноса на сестринските здравни грижи,като важна част от качеството на медицинската помощ в съвременното здравеопазване.

2.8. Медицинският одит - съвременен метод за оценка качеството на здравните грижи

През последните две десетилетия в управленската практика на здравеопазването се наложи т.нар. **медицински одит**, който е начин за оценка на качеството на медицински здравни грижи чрез:

- измерване на договорените дейности, извършени от страна на изпълнителите;
- оценка и контрол на съответствието на предоставените грижи спрямо утвърдените стандарти
- подобряване на дейностите.

Финансовият одит е елемент на управленския процес и представлява система от действия за целесъобразно, законосъобразно и икономично разходване на финансови средства по всички плащания, извършвани при предоставянето на здравни грижи и за взимане на рационални управленски решения.

Административният одит е начин за проследяване спазването на правилата за осъществяване на административните и управленските процеси на здравните грижи.

Осигуряването на качеството е процес, чрез който качеството и съответствието на грижата за пациента и/или изпълнението на структурата се документира и оценява от една отговорна за това експертна група в рамките на един мултидисциплинарен екип. Медицинският и административният одит са двете страни на един и същ процес. Докато медицинският одит е главно механизъм за подобряване качеството на здравните грижи, доставяни на обществото, административният одит е главно начин за подобряване качеството на административния и управленския процеси, подкрепящи доставянето на грижите (79,112).

Според Зл. Петрова тези два аспекта са неделими и изискват:

- Ръководство, вътрешна убеденост и ангажираност за подобряване;
- ангажимент от страна на всички заинтересовани институции;
- организационна инфраструктура;
- избор на въпроси, които трябва да се оценяват;
- избор на население, което следва да се оценява;
- определяне на стандарти;
- събиране на данни;

- документиран анализ;
- предприемане на съответни действия за извършване на необходимите промени за подобряването.

Разлика в понятието контрол и одит:

Единствената допълнителна характеристика, която си струва да се дефинира, е че одитът е циклична дейност и предлага систематична рамка за изследване, проучване и оценка и за въвеждане на промени и подобрения на надзора.

Контролът на даден вид дейност, правенето на преглед, инспекция, ревизия, по принцип се смятат за "еднократна" дейност и не съдържат елементите на създаване на стандарти, анализ, оценка и подобряване на дейността (79, 112).

2.8.1. Проблеми при осъществяването на одита

2.8.1.1. Институционални

- липса на единна политика в осигуряване и контрол на качеството;
- дублиращи се контролни функции и чести законодателни и структурни промени, касаещи звената за контрол в различни институции (НЗОК, МЗ);
- висока натовареност на сега съществуващите експерти натоварени с контролни функции в РЦЗ, РЗОК, РЗИ– малък брой експерти, тенденция към увеличаване броя на договорите и договорните партньори на НЗОК, извършване на предварителен и последващ контрол, свързан с обемна документация;
- недостатъчно прецизно прилагане на разработените методики и материали, отнасящи се до контрола;
- неадекватно използване на наличния инструментариум;
- недостатъчно ниво на развитие на информационните системи и липса на софтуерни продукти в РЦЗ, РЗОК за получаване на ежемесечна информация, необходима за осъществяването на контрола;
- липса на информация на национално ниво и възможност за координация между отделните институции.

2.8.1.2. Професионални

- недостатъчен брой кадри, убедени в целта на одита;
- липса на достатъчен брой експерти по специалности с готовност да се занимават с проблемите за качество на здравните грижи;

- недостатъчна квалификация и познания в областта на медицинския одит.

2.8.1.3. Организационни

- недостатъчна координация между различни контролни звена;
- административни по отношение на издаване на заповеди за проверка, ползване на различни видове констативни протоколи;
- недостатъчно прилагане на разработения инструментариум за извършване на проверки;
- недостатъчно техническо обезпечаване на дейностите по инспекциите – транспорт, компютри, средства за комуникация, работни места в проверяваните обекти.

2.8.1.4. Законови

- регламентиране на медицинския контрол в различни закони (ЗЗО, Закон за здравето, НРД и др). в различен обем и задачи, в някои случаи дублиращи се;
- Съществуващата в момента възможност контролираните да договарят с контролните органи методиката за контрол и размера на санкциите;
- невъзможност за извършване на внезапна проверка само въз основа на легитимиращ документ и съобразно длъжностната характеристика на контролния орган.

2.8.1.5. Личностни

- субективизъм при осъществяване на контрола и налагане на санкциите;
- липса на убеденост и мотивация при изпълнение на дейностите по контрола;
- негативизъм от страна на проверяваните спрямо дейностите по контрол.

2.8.2. Нови подходи в осъществяване на политиката за качество и медицински одит

Те се основават на описаните по-горе основни постановки, практиката на НЗОК в осъществяване на контрол на договорните партнъори, Националната здравна стратегия 2008- 2013 и стратегия за развитие на здравните грижи в Р. България 2013 – 2020г. Наред с това е необходимо да се има в предвид предложенията по приключилия проект на Световна банка “Реформа в здравния сектор”, различни проучвания и анализи (Sanigest-2008), препоръки на Европейския съюз за политиките по качество, Програмата на Световния алианс за безопасност на пациентите към СЗО и др. Налага се

изводът, че е необходима съществена промяна в действащия модел на Осигуряване на качеството и Медицински одит и нови насоки във връзка и с намеренията на Правителството в сектора Здравеопазване. В правно-нормативен аспект това може да се постигне чрез изменение и допълнение на пакет от нормативни документи (69, 93,45, 47, 48):

- Закон за здравното осигуряване
- Закон за лечебните заведения
- Закона за бюджета на НЗОК
- Закон за здравето и други поднормативни актове.

От гледната точка на институциите, предоставящи здравни услуги, проучването CASPE (Clinical Accountability, Service Planning and Evaluation; (1994) посочва седем "критични за успеха фактори" за програмите за клиничен одит, чието наличие или отсъствие определя характеристиките на успеха. Това са:

Лидерство. Това изглежда най-силно определя успеха на програмите за одит.

2.9. Концепцията за тотално управление на качеството

Напоследък в практиката оценъчната дейност става чрез съчетаване на елементи от различните посочени по-горе подходи с особен акцент върху оценката на процеса. Този комплексен подход в литературата се означава като мениджмънт на цялостното качество **(Total Quality Management).**

Новият комплексен подход налага да се преодолее оценката на качеството, основана изключително върху професионалното мнение на лекаря.

За една по-цялостна оценка на качеството са нужни критериите и на други професионалисти в здравеопазването – психолози, икономисти, статистици (4,5, 64,98,117, 120).

Моделите за тотално управление на качеството имат следните ключови характеристики:

Фокусиране към клиента / пациента

Това е организационна стратегия, ръководена от нуждите и очакванията на потребителите.

Организациите зависят от своите потребители и затова е необходимо те да познават и разбират настоящите и бъдещи нужди на потребителя, да отговарят на неговите изисквания и очаквания.

Установяване на лидерство

Основна задача на лидерите в една организация е да установят единство на целите и да направляват дейностите в съответна посока. Те трябва да съумеят да създадат и поддържат среда, в която всеки член на колектива да се чувства напълно съпричастен на целите на организацията.

Участие на персонала

За да бъде успешно развитието на подхода, е необходимо участие и подкрепа от страна на целия персонал. Всеки трябва да се стреми да допринесе за успеха на организацията. Приоритет се дава на работата в екип.

Процесно ориентиран подход

Желаният резултат се постига по-лесно, ако ресурсите и дейностите се управляват като процес. Всички дейности, извършени в организацията, трябва да се разглеждат като процес. Така например тези процеси могат да бъдат: свързани със системата (приемане на болни, изписване на болни, прехвърляне на пациенти от едно отделение в друго), клинични (предписване на лекарства, копиране на болката), управленчески (управление на риска, оценка на изпълнението).

Системен подход към управлението

Ефективността и ефикасността от работата на организацията се увеличава, ако се идентифицира, разбира и управлява система от взаимосвързани процеси за достигане на поставените цели. Всеки процес в рамките на системата трябва да бъде измерен и оценен.

Непрекъснато подобряване

Този принцип може да бъде наречен ключов за философията на тоталното управление на качеството. При достигане на определени етапи е необходима нова оценка, поставяне на нови цели и достигане до нови резултати. Цикълът на Деминг PDCA (Plan-Do-Check-Act) демонстрира тази непрекъснатост на подобряването.

Решения, основани на данни

Ефективните решения и дейности се базират на анализ на данни. Не бива управлението да се основава на субективни мнения. Анализът на данните позволява решението да бъде взето при редуцирани възможности за риск. Разглеждането на т.нар. процес „от факти към дейности" позволява на управляващия да вземе най-доброто решение .

Взаимна изгода на участващите страни

Организацията и пациентите са независими страни, но достигането на взаимна изгода от дейностите е предпоставка за успех. За тази цел е необходимо осъществяване на непрекъсната обратна връзка към нуждите на пациента и всички участници в процеса на предоставяне на здравни грижи.

Непрекъснатото анализиране на организационния процес има основно значение за подобряване на здравните грижи. При протичането на всеки процес се наблюдават вариации. Някои от тях са контролирани, а други не подлежат на контрол. Целта е да се сведат до минимум вариациите. Тогава може да се говори за реално тотално подобряване на качеството.

❖

3. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ и МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

3.1. ЦЕЛ:

Да се проучат и анализират мнението на медицинските сестри и удовлетвореността на пациентите относно качеството на предоставените сестрински здравни грижи в неврологичната болнична помощ.

3.2. ЗАДАЧИ:

1. Да се проучи научната литература, действащото законодателство и регламенти по отношение на качеството на сестринските здравни грижи в нашата и в други държави.

2. Да се проучи мнението на медицинските сестри относно организацията на сестринските грижи в болнични условия на неврологичните отделения.

3. Да се проучи самооценката на медицинските сестри, относно собствените си нива на стрес /изтощение и да се изготвят препоръки за справяне.

4. Да се проучи мнението на медицинските сестри, за качеството на сестринските грижи в неврологичните отделения.

5. Да се проучи удовлетвореността на пациентите от качеството на сестринските грижи в неврологичните болнични клиники / отделения.

6. Да се направи сравнителен анализ на получените резултати в Университетски многопрофилни болници и Общински многопрофилни боници.

7. Да се разработи модел и препоръки за адаптиране и оценяване на качеството на сестринските здравни грижи в неврологичните болнични отделения, съгласно практиката в другите държави, политиката за качество в СЗО и българското законодателство.

3.3. МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

3.3.1. Предмет на изследване

За предмет на настоящето изследване определяме качеството на сестринските грижи в неврологичните болнични клиники/отделения.

3.3.2. Логически единици на изследването

Медицинските сестри, работещи в неврологичните клиники/отделения на девет болници в страната.

Пациентите преминали на лечение в неврологичните клиники/отделения на изследваните девет болници в страната.

3.3.3. Технически единици на изследването

В изследването на случаен принцип бяха избрани 12 неврологични клиники/отделения в страната и бяха изпратени въпросници и анкетни карти, от които отговориха 9, а именно клиниките по нервни болести на 4 университетски болници и неврологичните отделения на 5 многопрофилни болници за активно лечение на територията на страната: УМБАЛ „ Г. Странски „ – Плевен, УМБАЛ „Свети Георги" - Пловдив, УМБАЛ - Русе, УМБАЛ - Бургас, МБАЛ „ Тракия" – Стара Загора, МОБАЛ „С. Черкезов"- В. Търново, МБАЛ „Свети. Иван Рилски" – Дупница, МБАЛ „СВ. Петка"- Видин, МБАЛ „ Света Анна" – Варна.

3.3.4. Обем на изследването

Анкетирани са 100 медицински сестри от 136, работещи в неврологичните клиники/отделения на девет болници в страната. Анкетната карта съдържа 90 въпроса, разпределени по раздели:

2.3.5. Признаци на изследване

АНКЕТНАТА КАРТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ СЪДЪРЖА 90 ВЪПРОСА ГРУПИРАНИ ПО РАЗДЕЛИ.

I. Обща информация за респондентите:

- демографски характеристики на респондентите.

II. Качество на сестринските здравни грижи се изследва по следните основни признаци:

- обхват на сестринските дейности в неврологичните клиники/отделения;
- приложението на индивидуален план за сестрински грижи за пациентите;

- оценка на материалната база и качеството на материалите, с които работят медицинските сестри;
- документиране на грижите и работа със сестринско досие;
- въведени протоколи за здравни грижи
- причини за влошаване качеството на грижите в неврологичните клиники/отделения;
- комуникационни и информиращи функции;
- оценка на време и персонал;
- самооценка на медицинските сестри, относно собствените си нива на стрес /изтощение;
- комуникационна култура.

III. Работа и обучение на анкетираните медицински сестри по отношение на следните признаци:

- обучение и компетенции на медицинските сестри в неврологичната болнична помощ за осъществяване на качествени сестрински грижи;
- обучение на медицинските сестри относно комуникационна култура;
- системното посещение на курсовете и семинарите за следдипломна квалификация и продължаващо обучение, организирани от ФОЗ на МУ София, други медицински университети и от БАПЗГ.

АНКЕТНАТА КАРТА НА ПАЦИЕНТИТЕ СЪДЪРЖА 34 ВЪПРОСА ОТНОСНО СЛЕДНИТЕ ОСНОВНИ ПРИЗНАЦИ:

- демографски характеристики на респондентите;
- оценка на пациентите за качеството на сестринските грижи;
- удовлетвореност на пациентите по отношение на приемането им в неврологичната клиника /отделение, провеждането на изследванията и качеството на провеждане на терапевтичния план;
- удовлетвореност на пациентите по отношение на провежданите хигиенни грижи и хранене в клиниката /отделението;
- удовлетвореност на респондентите по отношение грижите на медицинските сестри, за да бъде облекчена болката им;

- удовлетвореност на анкетираните пациенти по отношение осигуреност на необходимата тишина;
- удовлетвореност на анкетираните пациенти от отношението на медицинските сестри;
- разпределение на респондентите по отношение желанието им да постъпят отново в това отделение, за да се лекуват от същото заболяване.

3.3.6. Място и време на изследване

Изследването се проведе от месец юни 2016г. до месец февруари 2017 г. в девет болници на страната.

Изследването се извърши самостоятелно с разрешение на Изпълнителните директори на болниците.

Използвано е сътрудничеството на главната и старшите медицински сестри на неврологичните клиники/отделения във всяка болница.

3.3.7. Методи за събиране на първична информация:

Източници на информация:

Нормативни актове:

- Закон за лечебните заведения (1999).
- Медицински стандарти на МЗ.
- Квалификационна характеристика на МЗ за придобиване на висше образование на обазователно-квалификационна степен - „Бакалавър”от професионално направление „Здравни грижи” за специалността ”Медицинска сестра”.
- Ръководство за стандарти в сестринската практика на Световната здравна организация (1984г.).
- Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (2005г.).

Болнични документи.

Мнение на респондентите, изследвано чрез разработени анкетни карти, след проведеното проучване в неврологичните клиники/отделения на девете болници в страната.

Събраната информация е обработена и анализирана статистически чрез сортиране в статистически таблици, отразяващи търсените закономерности.

Социологически методи:

- Документален метод
- Анкетен метод - проведе се пряка анонимна анкета с медицински сестри и пациенти. Използвани са адаптирани въпросници, прилагани в страните от Европейската общност.

3.3.8. Математико-статистически методи за анализ на първичните данни.

Обем на извадката за медицинските сестри

Обема на извадката е изчислен по формулата:

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1-p) \times N}{\Delta^2 \times N + (t^2 \times p \times (1-p))}$$, където:

t – гаранционен множител;

Δ – пределно допустимата грешка, възприета за проучването;

p – относителен дял на изучавания параметър;

N – обема на изследваната популация (медицински сестри работещи в неврологично отделение, техният брой е 450)

При изчисляване обема на извадката допускаме максимално стандартно отклонение, то се получава при относителен дял на изучавания параметър p=50%. Възприетата максимална грешка е 10% и доверителната вероятност е 95% (t=1,96), В този случай обема на извадката е n=79 души.

В изследването са анкетирани 100 медицински сестри, работещи в неврологично отделение. В най-лошия случай (стойност на оценявания параметър 50%), този брой ще осигури максимална грешка от 8,6% или доверителния интервал на този параметър при 95% статистическа вероятност ще бъде (41,4% ÷ 58,6%).

Статистически методи

- Дескриптивна статистика
  - Средни стойности (средна аритметична и медиана) – мерки за оценка на централната тенденция;
  - стандартно отклонение – мярка за оценка на разсейването;

- честотни таблици - *абсолютни честоти* – броят на единиците в отделно взета група; *относителни честоти* – броят на единиците в отделно взета група отнесен към общия брой единици в съвкупността;
- графично представяне на резултатите - стълбовидни и секторни диаграми за представяне на обобщаващите статистически характеристики и относителните честоти.

- Методи за проверка на хипотези
  - Тест на Колмогоров-Смирнов при една извадка (One-Sample Kolmogorov-Smirnov test) – за сравнение на формата на честотните разпределения на количествените променливи с формата на нормалното разпределение;
  - Хи-квадрат тест (Chi-square test) или точен тест на Фишер (Fisher's exact test) – за изследване на зависимости между описателни (категорийни) данни с две или повече категории. Теста се основава на кръстосана таблица (таблица на спрегнатост);
  - Непараметричен тест на Ман-Уитни (Mann-Whitney test) при сравняване на две независими групи – използва се при рангови данни или когато формата на честотното разпределение е различна от формата на нормалното разпределение.

Избраното критично ниво на значимост е α=0,05. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато P стойността (P-value) е по-малка от α, т.е. гаранционната вероятност е 95%.

За обработка на данните от проучването е използван специализирания статистически пакет SPSS версия 13.0

За графична обработка, онагледяване и презентация са използвани продуктите на Microsoft Office.

За ефективното използване на посочените методи е ползвана методично-консултативна помощ на медицински статистик.

4. АНАЛИЗ И ДИСКУСИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

Осъществената от нас анонимна социологическа анкета на медицински сестри (100) и на пациенти (520) дава интересна информация относно качеството на сестринските здравни грижи в неврологичния стационар. В настоящата ще изложим анализ и дискусия на резултатите от анкетата на медицински сестри и на пациенти.

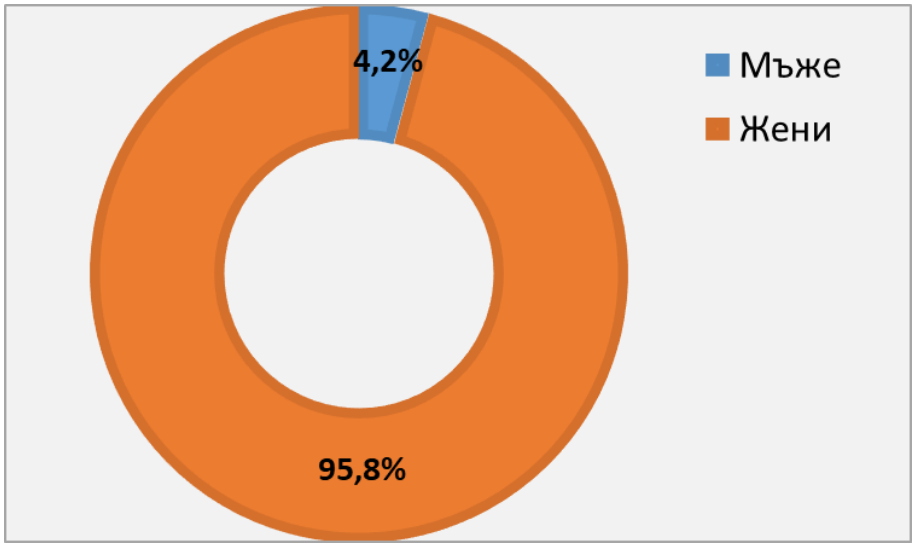
4.1. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТАТА НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

4.1.1. Демографски характеристики

4.1.1.1. Пол

Разпределението на анкетираните специалисти по здравни грижи по пол е представено на фигура 1.

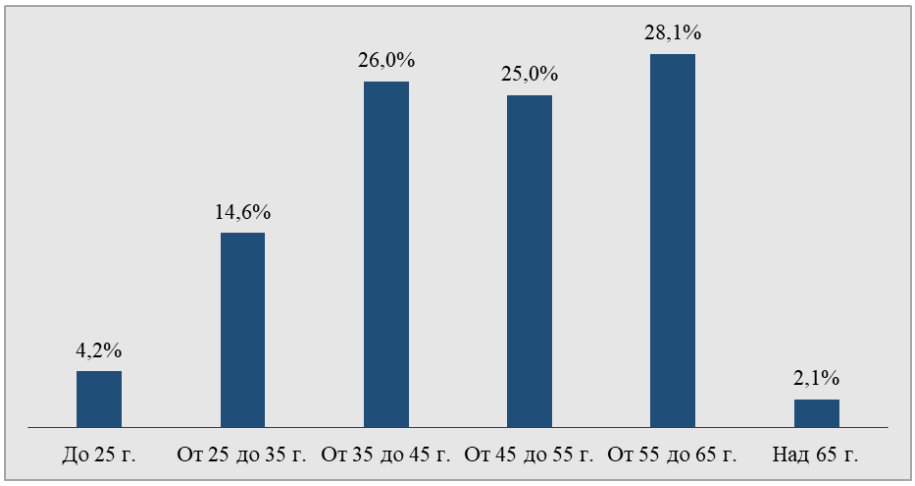
Фигура 1. Разпределение на респондентите по пол



Преобладаваща част от анкетираните са жени – 95,8%, което е репрезентативно за реалността в България.

4.1.1.2. Възраст

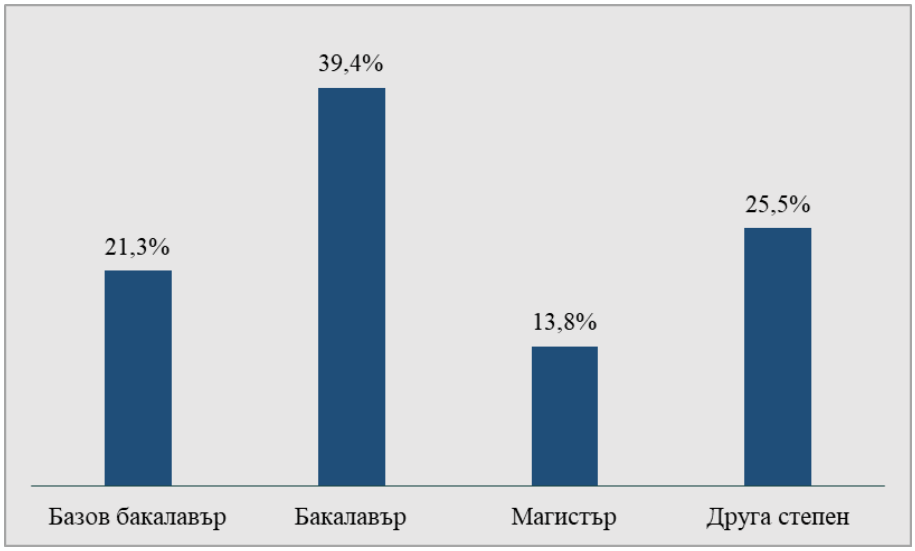
Фигура 2. Разпределение на респондентите по възраст



Нашите данни показват, че по отношение на възрастта най-голям дял от анкетираните попадат във възрастовата група 55-65 години (28,1%), а най – нисък относителен дял от акетираните медицински сестри беше във възрастовата група до 25г. (4,2%), следвана от групата на респондентите от 25 до 35г. (14,6%). Това говори за застаряване на работещите сестри в неврологичната помощ както и за липса на интерес у младите медицински сестри за работа в неврологичните стационари (Фиг 2).

4.1.1.3. Професионална квалификация

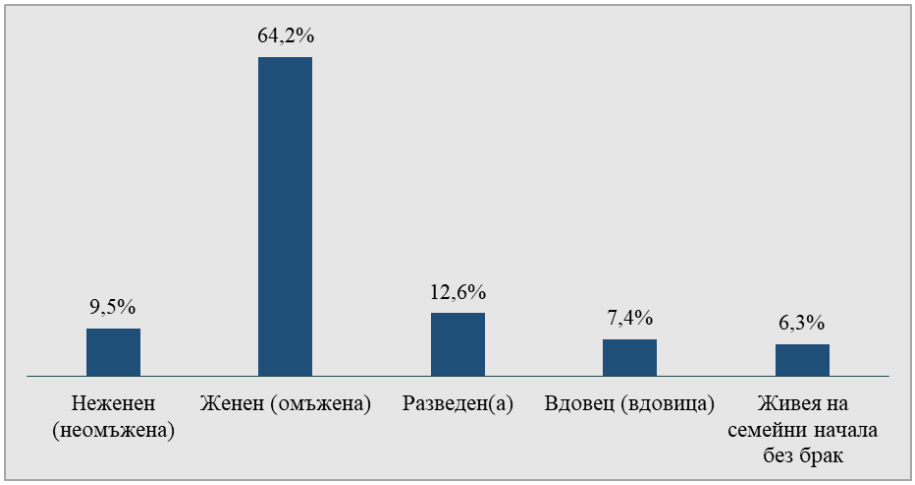
Фигура 3. Разпределение на респондентите по степен на образование



Резултатите от анкетирането показват, че повече от половината са с образователна степен бакалавър и магистър. Това говори, че е налице обективна възможност за овладяване и въвеждане на новите съвременни подходи за анализ, оценка и реализиране на високо качество на сестринските здравни грижи (фиг.3).

4.1.1.4. Семейно положение

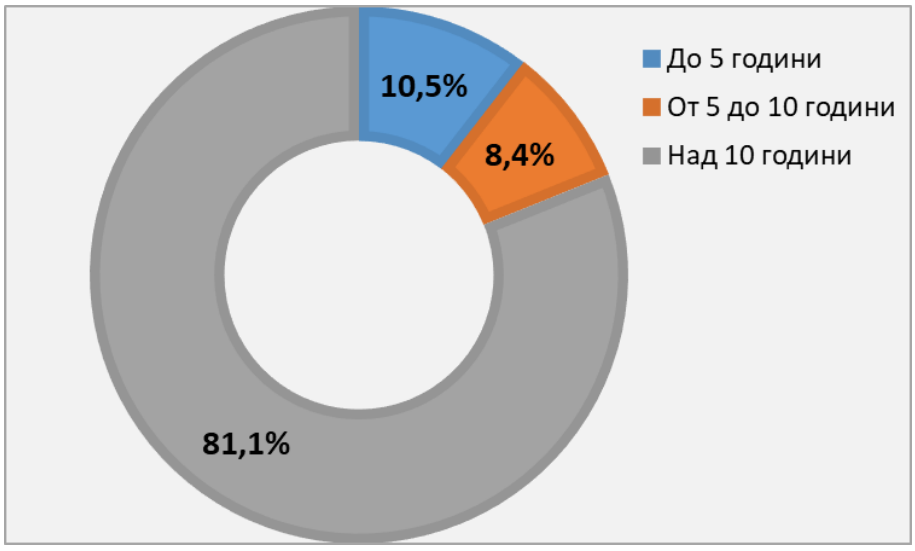
Фигура 4. Разпределение на респондентите по семейно положение



Данните от анкетирането сочат, че около ¾ от анкетираните са семейни със сключен граждански брак, най-малко (6,4%) живеят на семейни начала без брак .

4.1.1.5. Общ трудов стаж

Фигура 5. Разпределение на респондентите по общ трудов стаж

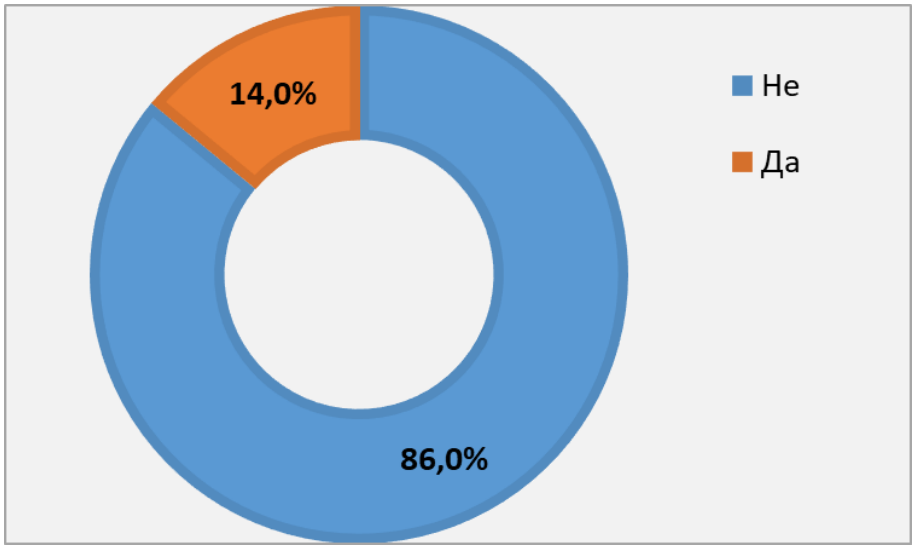


Данните от проучването показват, че над 80% от респондентите са с общ трудов стаж над 10 години. Най-нисък дял заемат тези с трудов стаж от 5 до 10 години (8,4%).

Само 10,5% са със стаж до 5 години, което отново потвърждава тенденцията за застаряване на медицинските сестри и слабият интерес и мотивация за работа в неврологичните стационари (Фиг. 5).

4.1.1.6. Ръководни функции.

Фигура 6. Разпределение на респондентите по участие в ръководството



Резултатите от анкетирането показват, че за ръководни функции съобщават 14,0% от респондентите, а останалите 86% работят като редови медицински сестри (фиг. 6).

Конкретните въпроси за анкетата са представени в Приложението. Анкетираните медицински сестри са с високо образователно ниво и квалификация – 38,5% от тях имат образователна степен **бакалавър**, а 14,5% **магистър**. Това показва, че е налице обективна възможност за овладяване и въвеждане на новите съвременни подходи за анализ, оценка и реализиране на високо качество на сестринските здравни грижи.

4.1.2. Професионална подготовка

Преобладаващата част от медицинските сестри са с голям трудов стаж в тази специалност (Фигура 5). Три четвърти от тях имат стаж по-голям от 10 години. Само 10,5% са със стаж до 5 години, което показва относително слабият интерес и мотивация на медицинските сестри за работа в неврологичните стационари.

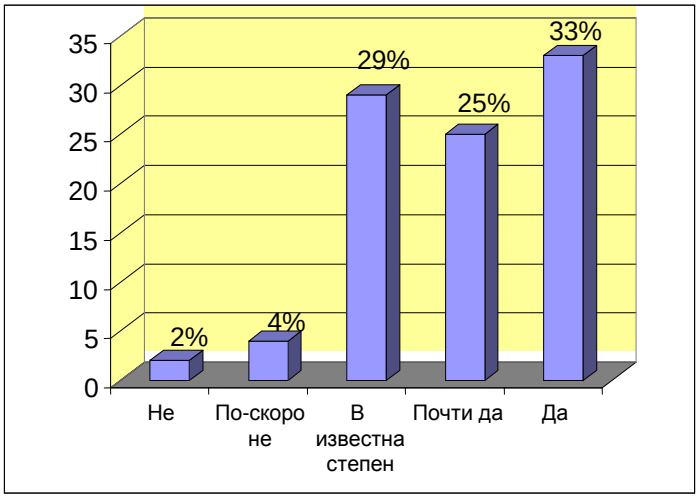
Относно професионалната подготовка, която сестрите имат - в 97% анкетирани са отговорили, че тя е напълно достатъчна, за да бъдат извършени качествени сестрински грижи в неврологичната клиника. Следователно според тези отговори на анкетираните налице са главните обективни предпоставки за реализиране на добро качество на сестрински грижи в неврологичната помощ в съответните стационари.

Резултатите от отговорите в анкетата според нас са достатъчно **обективни**, защото както вече отбелязахме, анкетираните сестри са с висока квалификация и стаж.

4.1.3. Протоколи и материално-техническа осигуреност

Относно зададения въпрос на медицинските сестри за материално – техническата база и възможност за обсъждане на качеството на сестринските грижи в неврологичната болнична помощ, резултатите са представени на следващата фигура.

Фигура 7. Въпрос: Материално - техническата база позволява ли осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичната болнична помощ?



Според по-голям относителен дял от анкетираните медицинските сестри (около58%) материално-техническата база позволява осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичната болнична помощ (фигура 7). Същото се отнася и за данните от отговорите на въпроса доколко медицинските консумативи и материали позволяват извършването на качествени сестрински грижи в неврологичните стационари. Резултатите показват, че има създадени добри условия за извършване на качествени сестрински грижи в неврологичните стационари.

За разлика от нашите резултати при изследването проведено от Галина Чанева (Дисертационен труд за присъждане на научна степен „Доктор", „Качество на сестринските грижи в болницата) близо 1/3 от анкетираните (32,60%) изразяват съгласие, че материално – техническата база позволява извършването на качествени грижи. Данните говорят, че според медицинските сестри болничните условия и болничната среда имат потребност от промяна, за да предоставят условия за извършването на качествени сестрински грижи.

Протоколите за здравни грижи са важен фактор за осигуряване на високо качество на тези грижи. Нашата анкета установи, че в повечето неврологични стационари такива протоколи са въведени изцяло или в значителна степен (таблица 1).

Таблица 1. Оценка на респондентите относно въведени протоколи за здравни грижи, осигуряващи осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичните стационари

Отговори	**n**	**%**
Не	6	7,5
Донякъде	20	21,7
В значителна степен	26	28,0
Напълно	41	42,9
Общо отговорили	93	100,0

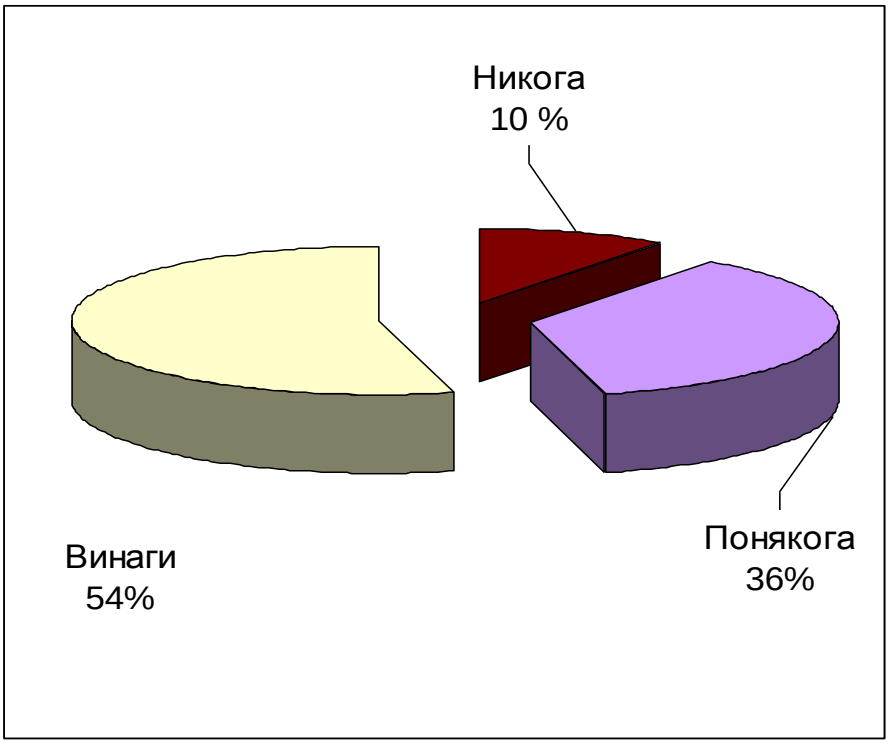
Според 70,9% от анкетираните такива протоколи са въведени в неврологичните отделения, където те работят (налице е достатъчна статистическа значимост на данните). Очевидно е, че за това съществено е допринесъл фактът, че по – голям относителен дял от анкетираните сестри са с образователна степен бакалавър и магистър, получена във ФОЗ.

4.1.4. Комуникационни и информиращи функции

Съществена функция на медицинската сестра е да предостави достатъчно ясна и подробна информация на пациента за всяка една терапевтична процедура, която му се извършва по време на болничния престой.

Резултатите относно **информиращата функция** на медицинската сестра са представени на следващата фигура.

Фигура 8. Самооценка на респондентите относно подробното информиране на пациента за терапевтичните процедури



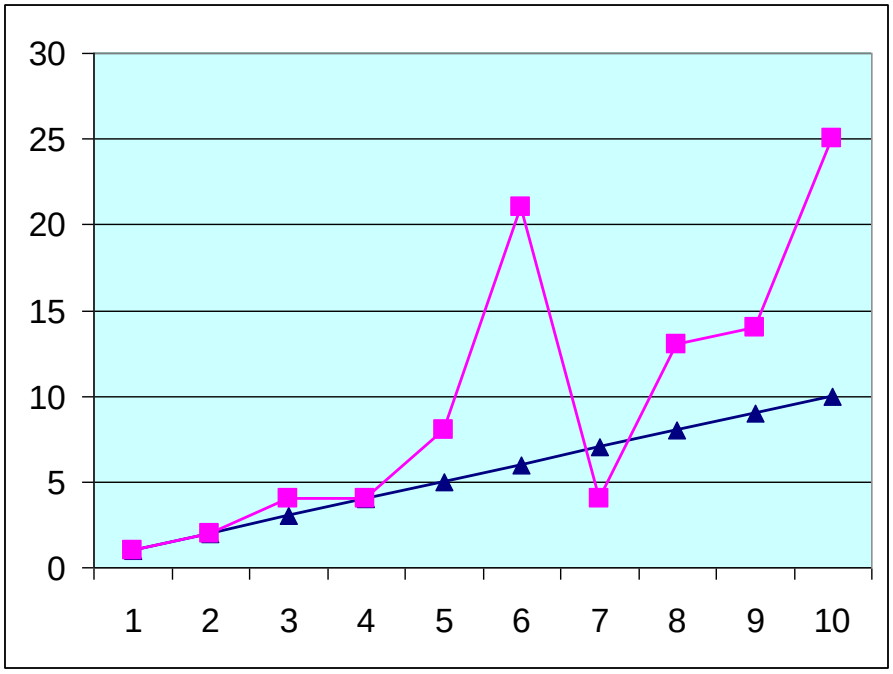
Данните показват, че повече от половината анкетирани (54%) преценяват, че винаги успяват **подробно да информират пациента** за терапевтичната процедура, която трябва да се извърши. Това е сериозен позитивен индикатор за качеството на сестринската дейност. Но заслужава внимание и фактът, че 46% информират пациента само понякога или никога (фигура 8).

Комуникационна функция на медицинската сестра

Изключително важна е **комуникационната функция** на медицинската сестра. Без нейното пълноценно реализиране не може да има съвременно високо качество на сестринските здравни грижи изобщо и в частност в неврологичните стационари.

Комуникационната функция на медицинската сестра при осъществяване на неврологичните сестрински грижи в болничната помощ изисква развитие на уменията, свързани с добра и ефективна комуникация. Медицинската сестра е необходимо да прави оценка на способностите на пациента, да разбира информацията и да му я представя във вид достъпна за неговите способности.

Фигура 9. Самооценка на респондентите за осигуряване на добра комуникация с пациентите.



Отговори по десет степенна скала: от 1 (никога) до 10 (винаги), посочени на фигура 9.

В този контектст специално внимание заслужават данните, отразени на фигура 9, които сочат, че общата тенденция е към разширяване на тази функция – по-голяма част (около 60%) от анкетираните медицински сестри успяват да осигурят винаги или почти винаги добра комуникация с пациентите. Добрата комуникация с пациента има не само организационо значение, но изпълнява и **психотерапевтична роля**.

Според Деспина Георгиева, прилагането на комуникативните техники и умения са насочени към предотвратяване, контрол и управление на междуличностни и организационни конфликти, формиране на доверие чрез емпатийно отношение във всяка от дейностите, извършени от медицинската сестра. Проява на търпение, емпатия, добронамереност и професионализъм при общуването очертават професионалните качества на медицинскта сестра.

От съществена важност е доколко самите медицински сестри са информирани за критериите за цялостна оценка качеството на сестринските грижи.

Таблица 2. Степен на информираност на респондентите относно критериите на качеството на сестринските грижи

Степен на информираност	n	%
Изцяло информирана	7	7,2
В значителна степен	32	33,4
Отчасти информирана	43	43,9
Неинформирана	14	14,5
Общо	96	100,0

Данните показват, че проблемът за оценка на качеството и стремежът за неговото повишаване не могат да бъдат абстрактна величина, а се базират на конкретна информация за критериите и индикаторите за качеството на сестринските здравни грижи. Отчасти информирани са 43,9% от анкетираните медицински сестри, а изцяло информирани са само 7,2%, неинформирани са 14,5%. В тази насока ниската информираност на медицинските сестри за критериите на качеството трябва да бъде преодоляна чрез системна квалификационна дейност.

От съществено значение за медицинската сестра е да разполага **с достатъчно време за разговори с пациента** за да се запознае с проблемите му и да предостави необходимата за него информация, а оттам повишаване качеството на неврологичните сестрински грижи.

Таблица 3. Самооценка на респондентите относно времето, което отделят за разговори с пациента, за да се запознаят с проблемите му и да предоставят необходимата за него информация

Отговори	n	%
Напълно недостатъчно	2	2,1
Не е достатъчно	17	18,1
Донякъде е достатъчно	27	28,7
Достатъчно е	28	29,8
Напълно е достатъчно	20	21,3
Общо отговорили	96	100,0

Данните от таблица 3 сочат, че около половината от анкетираните медицински сестри преценяват, че времето за разговори с пациента и неговото информиране е достатъчно, но останалите около 48,9% от респондентите отговарят, че времето за разговори с пациента не е достатъчно. Това свидетелства, че независимо от добрите намерения и мотивация на медицинските сестри за добро качество на здравните грижи, те нямат достатъчно условия за реализирането на тези намерения.

Ограниченото време за пряк контакт и разговори с пациента по принцип е негативен фактор относно качеството на сестринските здравни грижи.

Подобни на нашите резултати са намерени от Галина Чанева относно времето, което отделят медицинските сестри за разговори с пациента в болницата - само малка част от анкетираните (30.70%) преценяват, че времето за общуване с пациента е напълно достатъчно. Според автора по време на болничния престой е необходимо медицинските сестри да отделят достатъчно време за разговори с пациентите защото, когато те не са информирани тяхното недоволство нараства.

4.1.5. Оценка на време и персонал

Особено важно е доколко е достатъчно времето за пряка професионална дейност–манипулации и други терапевтични процедури. Информация за това ни дава таблица 4.

Таблица 4. Самоценка на респондентите относно времето, което отделят за извършване на назначените манипулации

Отговори	**n**	**%**
Напълно недостатъчно	2	2,2
Не е достатъчно	4	4,3
Донякъде е достатъчно	24	25,8
Достатъчно е	35	37,6
Напълно е достатъчно	28	30,1
Общо анкетирани	96	100,0

Данните показват, че повече от анкетираните преценяват (около 68%), че отделеното време за манипулации е достатъчно, но все пак според една трета от медицинските сестри (33,3%) времето за манипулации е недостатъчно, което създава чувство на неудовлетвореност при предоставяне на сестринските грижи и усещане за несигурност у пациента относно терапевтичния процес.

Пряко отношение към качеството на сестринските здравни грижи има **осигуреността с медицински персонал**, чиито брой за всяка работна смяна трябва да съответства на броя на обслужваните пациенти, съгласно Стратегията за развитие на здравните грижи в България 2013 – 2020г. Новата философия, приета на Световния Конгрес на Медицинския сестрински съвет в Тайпе (2005г.) е, че една медицинска сестра се грижи за 4-ма болни и всеки следващ болен за обгрижване увеличава

вероятността за влошаване качеството на предоставените здравни грижи. В този аспект специално внимание заслужават данните от таблица 5.

Таблица 5. Самооценка на респондентите относно недостиг на персонал, адекватен на броя на пациенти, за които се грижат

Отговори	n	%	групиран %
Много рядко	6	6,4	46,2
Понякога	37	39,8	
Много често	26	28,0	53,8
Винаги	24	25,8	
Общо отговорили	93	100,0	100,0

Според 46,2% от респондентите медицински персонал не достига много рядко или понякога, мнението на повече от половината анкетирани (53,8%) е, че много често или винаги в неврологичното отделение има недостиг на персонал. Това е един сериозен организационен проблем, който е пречка за осигуряване на високо качество на сестринските здравни грижи. Безспорна е нуждата от решаване на този проблем и осигуряване на достатъчно медицински персонал в отделенията по нервни болести.

4.1.6. Оценка на стреса

Качеството на всяка една дейност е в пряка завиимост от **човешкия фактор**. В него се включват такива елементи и признаци като квалификация на персонала, здравно състояние на персонала, мотивация и отношение на персонала към своята дейност.

В този контекст изключително интересни са данните, отразени на таблици 6 и 7.

Таблица 6. Пряката работа с хора ми причинява твърде много стрес

Отговори	n	%	групиран %
Никога	18	19,6	36,0
Няколко пъти годишно или по-рядко	15	16,3	
Веднъж месечно или по-рядко	18	19,6	36,0
Няколко пъти месечно	8	8,7	
Веднъж седмично	7	7,6	
Няколко пъти седмично	15	16,3	28,1
Всеки ден	11	12,0	
Общо отговорили	92	100,0	

Резултатите от анкетирането показват, че при значителна част от анкетираните медицински сестри пряката работа им причинява **стрес**. Всекидневно и ежеседмично имат стрес 28,1% от сестрите, а 36% също имат стрес, но по-рядко.

Данните свидетелстват, че признаци на Бърнаут синдром се забелязва сред медицинските сестри в неврологичните отделения, което е един негативен факт и фактор по отношение качеството на сестринските здравни грижи.

Таблица 7. Станах по-безчувствена към хората, откакто работя тази работа

Отговори	**n**	**%**	**групиран %**
Никога	50	53,2	76,6
Няколко пъти годишно или по-рядко	22	23,4	
Веднъж месечно или по-рядко	4	4,3	16,0
Няколко пъти месечно	8	8,5	
Веднъж седмично	3	3,2	
Няколко пъти седмично	4	4,3	7,5
Всеки ден	3	3,2	
Общо отговорили	94	100,0	100,0

Определен процент(16%), веднъж седмично или няколко пъти месечно и 7,5% - всеки ден и няколко пъти седмично от анкетираните медицински сестри откровено отговарят, че откакто работят в това отделение са станали **по-безчувствени** към хората, респ. към пациентите (табл. 7). Тези данни са изключително интересни и едновременно тревожни, тъй като не може да се очаква високо качество на дейността от медицински пресонал, който е в състояние на хроничен стрес или е безчувствен към пациентите си.

Това състояние на медицинските сестри можем да определим като близко до т.нар. **Бърнаут синдром** (синдром на емоционално изпепеляване или професионално изчерпване).

В тази насока е очевидна нуждата от нови обстойни проучвания и анализи на психоемоционалните проблеми на сестринския персонал въобще и в частност у работещите в неврологичните стационари. На базата на тези анализи биха могли **да се подобрят условията и организацията** на сестринския труд.

В контекста на посочените по-горе признаци за наличие на Бърнаут синдром могат да се цитират и данните от таблица 8. Те отразяват желанието за работа и съответно мотивацията и позитивното отношение на медицинските сестри към тяхната професионална дейност.

Таблица 8. Когато се събудя сутрин имам желание да отида на работа

Отговори	n	%
Никога	6	6,7
Няколко пъти годишно или по-рядко	4	4,5
Веднъж месечно или по-рядко	5	5,6
Няколко пъти месечно	5	5,6
Веднъж седмично	14	15,7
Няколко пъти седмично	23	25,8
Всеки ден	32	36,0
Общо отговорили	89	100,0

Данните от нашето проучване сочат, че 61,8% от анкетираните медицински сестри имат желание за работа всяка сутрин или няколко пъти седмично, което е добър показател за предоставени сестрински грижи, но повече от една трета от респондентите (38,%) нямат такова желание или то е значително по-рядко. Този резултат от анкетирането не трябва да се пренебрегва.

Аналогични резултати са установени при проучвания, извършени от И. Георгиева, Е. Караславова, Д. Тодорова, които са проведени при медицински сестри, работещи в Клиника по детски и генетични заболявания на УМБАЛ „Свети Георги" – Пловдив". Данните показват наличие на психоемоционално изтощение на 48% от изследванитте 46 медицински сестри, като 70% твърдят, че са натоварени с много отговорности и се чувстват уморени в края на работния ден, а 20% от тях съобщават, че винаги си тръгват уморени от работа.

Сходни са резултатите при проведено изследване от М. Тодорова и В. Михайлова. Анкетирани са 96 медицински специалисти по здравни грижи (най – голям дял 68,43% са медицински сестри). Повече от половината респонденти съобщават, че много често сутрин не се събуждат бодри и с желание за работа, а накрая на работния ден се чувстват използвани. Според авторите професионалният стрес се отразява негативно върху психофизиологичното състояние на здравните специалисти и се проявява като персистираща умора, разсеяност раздразнителност при общуването.

4.1.7. Комуникационната култура

Важен елемент на човешкия фактор за качество на здравните грижи са комуникационните умения и **комуникационната култура** на медицинските сестри. Затова е интересно доколко те са обучавани в тази насока.

Таблица 9. Участие на респондентите относно курсове за професионална комуникация

Отговори	**n**	**%**
Не	22	23,7
Разчитам на възпитанието си	20	21,5
Само съм информирана	9	9,7
Обучавана съм	42	45,2
Общо отговорили	93	100,0

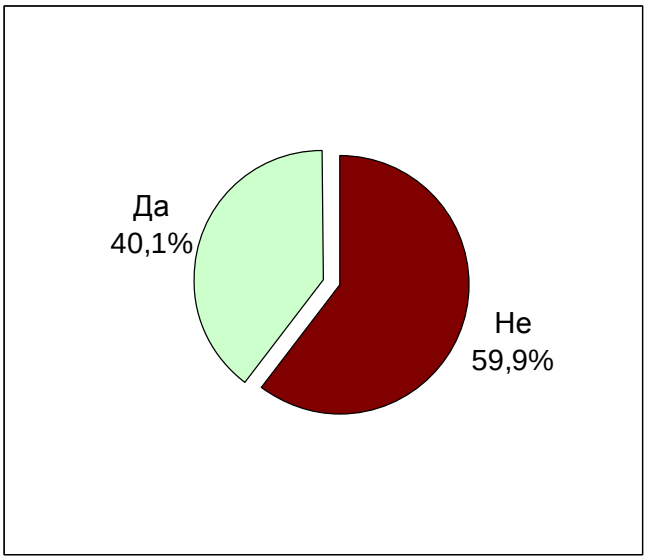
Данните от анкетирането сочат, че 21,5% от медицинските сестри разчитат на своята обща култура и възпитание, а 23,7% не са посещавали курсове за професионална комуникация, т.е. нямат ясна позитивна мотивация за посещение на подобни курсове.

По-малко от половината медицински сестри (45,2%) имат реализирано обучение за професионална комуникация. Това очевидно е недостатъчно и е проблем, който изисква бъдещо системно решаване.

Нашите данни са близки до тези, получени от направеното проучване на Галина Чанева относно участие на медицинските сестри в обучение за професионално общуване. Резултатите показват, че около половината от анкетираните (46,41%) са обучавани по темата за комуникациите в сестринската практика. Според автора от данните става ясно, че медицинските сестри имат потребност от обучение за провеждане на професионално общуване с пациентите и техните близки.

Съществен нерешен организационен проблем, свързан с качеството на сестринските здравни грижи е системното посещение на курсовете и семинарите за **следдипломна квалификация и продължаващо обучение**, организирани от ФОЗ на МУ София, други медицински университети и от БАПЗГ.

Фигура 10. Разпределение на респондентите в зависимост от участието им в курсове за следдипломно обучение



От данните става ясно, че 59,9% от анкетираните не участват в курсове за следдипломно обучение. Тези данни показват необходимост от мотивиране на медицинските сестри за участие в следдипломно обучение, тъй като само по този начин те могат да повишават своята професионална квалификация.

4.2. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ И ДИСКУСИИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТИТРАНЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В КЛИНИКИТЕ/ОТДЕЛЕНИЯТА/ НА УМБАЛ И ОМБАЛ.

4.2.1. Демографски и професионални характеристики

4.2.1.1. Пол

Таблица 10. Разпределение на респондентите по пол – общо и по групи лечебни заведения

Пол	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Мъже	3 (5,4)	1 (2,5)	4 (4,2)	0,638
Жени	53 (94,6)	39 (97,5)	92 (95,8)	

Разпределението на анкетираните специалисти по здравни грижи по пол е представено на таблица 10. Преобладаваща част от анкетираните са жени – 95,8%, което е репрезентативно за реалността в България. Не се наблюдават значими разлики в

относителните дялове по пол между групите Университетски и Областни МБАЛ (p=0.638).

4.2.1.2. Възраст

При изследване на връзката между групата МБАЛ и възрастта се установява статистически значима връзка (p=0.001). В групата на УМБАЛ се наблюдават по-големи относителни дялове в по-ниските възрастови групи в сравнение с ОМБАЛ. При по-високите възрастови групи тази тенденция е обратна (Табл. 11).

Таблица 11. Разпределение на респондентите по възрастова група – общо и по групи лечебни заведения

Възрастова група	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
До 25 години	4 (7,1)	0 (0,0)	4 (4,2)	0,001
От 25 до 35 години	13 (23,2)	1 (2,5)	14 (14,6)	
От 35 до 45 години	17 (30,4)	8 (20,0)	25 (26)	
От 45 до 55 години	11 (19,6)	13 (32,5)	24 (25)	
От 55 до 65 години	9 (16,1)	18 (45,0)	27 (28,1)	
Над 65 години	2 (3,6)	0 (0,0)	2 (2,1)	

По отношение на възрастта относително най-голям дял от анкетираните попадат във възрастовата група 55-65 години (28,1%), което е представително за застаряването сред медицинските сестри, следвана от групите 35-45 и 45-55 г., съответно 26,0% и 25,0%. Най-нисък е делът на респондентите над 65 години (2,1%). Впечатляваща е разликата на работещите във възрастовата група до 25г. – за УМБАЛ (7,1%), а ОМБАЛ (0,0%), което отново говори за липсата на интерес у младите медицински сестри към неврологичните стационари, особено в групата на ОМБАЛ.

4.2.1.3. Професионална квалификация

Установена е статистически значима връзка между групата УМБАЛ и ОМБАЛ и образователната степен (p<0.001).

Таблица 12. Разпределение на респондентите по степен на образование – общо и по групи лечебни заведения

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Базов бакалавър	12 (21,8)	8 (20,5)	20 (21,3)	<0,001
Бакалавър	29 (52,7)	8 (20,5)	37 (39,4)	
Магистър	10 (18,2)	3 (7,7)	13 (13,8)	
Друга степен (посочете каква)	4 (7,3)	20 (51,3)	24 (25,5)	

Данните показват, че с образователна степен бакалавър са над половината от анкетираните в групата УМБАЛ, докато при ОМБАЛ относителният дял е около 1/5. Над половината от анкетираните в групата на общинските МБАЛ са посочили друга степен на образование (по-ниска от възможните за отговор), а в групата на университетските този дял е само 7,3% (Табл. 12).

4.2.1.4. Общ трудов стаж

Таблица 13. Разпределение на респондентите по общ трудов стаж – общо и по групи лечебни заведения

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
До 5 години	10 (17,9)	0 (0)	10 (10,5)	<0,001
От 5 до 10 години	8 (14,3)	0 (0)	8 (8,4)	
Над 10 години	38 (67,9)	39 (100)	77 (81,1)	

Резултатите от анкетирането показват, че в групата на ОМБАЛ всички анкетирани са с трудов стаж над 10 години, докато в другата група този дял е 67,9 %. Това обуславя и установената значима връзка между общия трудов стаж и типа на МБАЛ ($p<0.001$) (Табл. 13)

4.2.1.5. Трудов стаж по специалността

Таблица 14. Разпределение на респондентите по специален трудов стаж – общо и по групи лечебни заведения

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
До 1 година	2 (3,6)	0 (0)	2 (2,1)	<0,001
От 1 до 3 години	6 (10,7)	1 (2,6)	7 (7,4)	
От 3 до 10 години	15 (26,8)	0 (0)	15 (15,8)	
Над 10 години	33 (58,9)	38 (97,4)	71 (74,7)	

Данните от таблица 14 показват, че значимо по-висок относителен дял се наблюдава в групата на ОМБАЛ – 97,4% срещу 58,9% в групата на УМБАЛ ($p<0.001$), а само 2,1% са медицинските сестри с трудов стаж до 1 година в неврологичните отделения, което показва относително слабият интерес и мотивация на медицинските сестри за работа в неврологичните стационари.

4.2.1.6. Трудов стаж в настоящото лечебно заведение

Таблица 15. Разпределение на респондентите по трудов стаж в съответното лечебно заведение – общо и по групи лечебни заведения

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
До 3 години	10 (18,2)	8 (20,5)	18 (19,1)	0,023
От 3 до 10 години	19 (34,5)	4 (10,3)	23 (24,5)	
Над 10 години	26 (47,3)	27 (69,2)	53 (56,4)	

Нашите резултати от анкетирането показват, че в настоящото лечебно заведение над 10 години работят около половината от анкетираните, най-малък е делът на работещите до 3 години в настоящата болница. Отново значимо по-висок дял на работещите над 10 години в сегашното лечебно заведение се наблюдава в групата на ОМБАЛ (p=0.023) (Табл. 15)

4.2.1.7. Трудов стаж в неврологичната клиника (отделение).

Таблица 16. Разпределение на респондентите по трудов стаж в неврологично отделение – общо и по групи лечебни заведения

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
До 1 година	8 (14,3)	0 (0)	8 (8,4)	0,007
От 1 до 3 години	7 (12,5)	7 (17,9)	14 (14,7)	
От 3 до 10 години	17 (30,4)	5 (12,8)	22 (23,2)	
Над 10 години	24 (42,9)	27 (69,2)	51 (53,7)	

Данните сочат, че при този показател тенденцията е подобна, както при трудовия стаж в настоящото лечебно заведение. Над 10 години стаж в неврологично отделение имат 53,7% от анкетираните. Отново в групата на ОМБАЛ този дял е значимо по-висок (69,2%) от съответния относителен дял при УМБАЛ (42,9%) (p=0.007) (Табл. 16)

4.2.2. Сравнителен анализ на качество на сестринските здравни грижи.

Сравнителен анализ на подготовката на медицинските сестри за извършване на качествени сестрински грижи в неврологичните отделения .

Таблица 17. Разпределение на респондентите относно подготовката, която имат за да бъдат извършени качесвени сестрински грижи в неврологичната клиника (отделение)

Подготовката, която имате е напълно достатъчна, за да бъдат извършени качесвени сестрински грижи в неврологичната клиника ((отделение)	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Напълно несъгласен	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (1,1)	0,096
Несагласен	2 (3,6)	0 (0,0)	2 (2,1)	
Донякъде съм съгласен	14 (25,5)	3 (7,7)	17 (18,1)	
Съгласен	16 (29,1)	17 (43,6)	33 (35,1)	
Напълно съм съгласен	22 (40)	19 (48,7)	41 (43,6)	

Данните показват, че анкетираните медицински сестри, работещи в неврологичните клиники на УМБАЛ се самоопределят като напълно обучени, за да извършват качествени сестрински грижи (около 70%), а сестрите, работещи в неврологичните отделения на ОМБАЛ твърдят, че са напълно подготвени да извършват качествени сестрински грижи (близо 92%). За реалната самооценка на медицинските сестри е от значение образователна степен, квалификация, стаж, рутина и пр.

Таблица 18. Разпределение на респондентите по отношение на съгласието им, че съществуващата в сестринската практика документация отразява всички дейности на медицинските сестри в неврологичната клиника (отделение)

Съществуващата в сестринската практика документация отразява всички дейности на медицинските сестри в неврологичната клиника(отделение)	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Напълно несъгласен	2 (3,6)	0 (0,0)	2 (2,1)	<0,001
Несагласен	11 (20,0)	0 (0,0)	11 (11,7)	
Донякъде съм съгласен	19 (34,5)	6 (15,4)	25 (26,6)	
Съгласен	7 (12,7)	18 (46,2)	25 (26,6)	
Напълно съм съгласен	16 (29,1)	15 (38,5)	31 (33,0)	

Резултатите от изследването на таблица 18 показват, че е голям относителният дял на анкетираните медицински сестри от ОМБАЛ, отговорили положително на този въпрос (около 85%), за разлика от анкетираните в неврологичните клиники на УМБАЛ (близо 42%) са съгласни, че сестринската документация отразява всички дейности на медицинската документация, т.е. два пъти по-малко. Колебание изразяват (34,5%) от

анкетираните в УМБАЛ и (15,4%) отговорилите на този въпрос, работещи в ОМБАЛ, а несъгласие (0%) и значително повече от анкетираните (около 24%) в неврологичните клиники на УМБАЛ изразяват несъгласие. Тези данни показват, че медицинските сестри се нуждаят от повече информация, относно работата с документация, както и активното им включване при разработването на сестринските документи особено, работещите в УМБАЛ. За да бъдат остойностени сестринските здравни грижи и да бъде извършван качествен контрол, гарантиращ необходимото качество на грижите е наложително документиране на сестринските грижи като по този начин се даде възможност за регламентиране на пълномощията, отговорностите и дейностите на медицинските сестри. Небходимо е медицинските сестри в неврологичната болнична помощ да имат своя професионална документация, която да допълва медицинската документация и заедно с това да бъде част от досието на пациента.

Таблица 19. Оценка на респондентите относно въведени протоколи за здравни грижи, осигуряващи осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичните стационари

Протоколите за здравни грижи, осигуряващи осъществяването на качествени сестрински грижи са въведени във вашата болница (клиника/отделение/ по нервни болести)	**УМБАЛ n(%)**	**ОМБАЛ n(%)**	**Общо n(%)**	**p**
Несъгласен	5 (9,1)	1 (2,6)	6 (6,5)	0,138
Донякъде съм съгласен	15 (27,3)	5 (13,2)	20 (21,5)	
Съгласен	12 (21,8)	14 (36,8)	26 (28)	
Напълно съм съгласен	23 (41,8)	18 (47,4)	41 (44,1)	

Данните са показателни за убедеността на медицинските сестри в потребността от протоколи за сестрински здравни гражи в неврологичната болнична помощ, а именно анкетираните в УМБАЛ, отговорили положително са повече от половината (около 63,6%), значително по-висок е относителният дял на отговорилите сестри от ОМБАЛ (84%), че са съгласни с твърдението, относно въведените Протоколи за здравни грижи, показател за качествено извършване на сестринските грижи в неврологичната болнична помощ. Донякъде са съгласни, т.е. показват колебание 27,3% от анкетираните медицински сестри в УМБАЛ и значително по-малко са отговорилите колебливо, работещи медицински сестри в ОМБАЛ (13,2%). Несъгласие са дали значително повече анкетирани медицински сестри от УМБАЛ (9,1%,), а от ОМБАЛ е значително по – нисък относителният дял (2,6%).

За да се осигури качество на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ е небходимо да се въведе специализирана медицинска документация и да бъде посочен алгоритъма за извършване на сестрински грижи в клиниките и отделенията по нервни болести на лечебните заведения, т.е. въвеждане на протоколи за здравни грижи. Обикновено изготвянето и въвеждането на тези протоколи се осъществява от главните сестри на болниците и старшите сестри на неврологичните клиники/отделения.

Необходимо е медицинските сестри в неврологичната болнична помощ да отделят достатъчно време за разговори с пациентите, защото постъпвайки в болнична среда, понякога нова и непозната за тях и при липса на достатъчно информация недоволството им нараства, могат да се допуснат и грешки при подготовката им за предстоящите изследвания, манипулации и рехабилитационни процедури и др. На следващата таблица 20 са представени средните оценки на въпроси от 20-ти до 28-ми.

Таблица 20. Обобщаващи статистически характеристики на въпроси от 20-ти до 28-ми по групи лечебни заведения. Резултати от сравнителния анализ

Въпрос	Група	N	Mean	Median	SD	Min	Max	p
Успях подробно да информирам пациента за терапевтичната прицедура, която трябва да се извърши	УМБАЛ	55	7,71	9,00	2,39	1	10	0,712
	ОМБАЛ	39	7,59	9,00	2,18	3	10	
Успях да осигуря добра комуникация с пациентите	УМБАЛ	55	7,31	8,00	2,30	1	10	0,430
	ОМБАЛ	39	7,72	8,00	2,11	3	10	
Успях да обърна достатъчно внимание на нуждите на пациентите	УМБАЛ	54	7,26	7,00	2,21	4	10	0,009
	ОМБАЛ	40	8,53	9,00	1,55	4	10	
Понякога съм толкова уморен/а/ , нямам възможност да се занимавам с изискванията на пациентите	УМБАЛ	54	5,39	6,00	2,49	1	10	0,082
	ОМБАЛ	39	4,44	4,00	2,73	1	10	
Понякога моите лични проблеми влияят върху качеството на сестринските здравни грижи, които предлагам	УМБАЛ	53	2,68	1,00	2,40	1	10	0,721
	ОМБАЛ	40	2,63	1,00	2,58	1	10	
Персоналът не е достатъчно защитен при работа с пациенти с хепатит, СПИН и др.; не сме ваксинирани и не носим ръкавици; има риск от инфекции и за другите пациенти	УМБАЛ	54	4,35	3,50	3,33	1	10	0,306
	ОМБАЛ	40	5,03	5,00	3,21	1	10	

Таблица 20. (Продължение)

Въпрос	Група	N	Mean	Median	SD	Min	Max	p
Успях да осигуря качествени сетрински здравни грижина всички пациенти независимо от тения пол, възраст, етническа принадлежност, местоживеене, сексуална ориентация, религиозни убеждения, социално – икономически статус или образователно равнище	УМБАЛ	55	8,71	9,00	1,62	3	10	0,167
	ОМБАЛ	39	8,77	10,00	2,21	1	10	
Успях да общувам ефективно с всички пациенти, независимо от тяхното образователно ниво	УМБАЛ	55	8,47	9,00	1,91	2	10	0,519
	ОМБАЛ	40	8,20	9,00	1,96	2	10	
За да осигури добра грижа клиниката разчита на близките на пациентите, които поемат част от всекидневните грижи за пациента	УМБАЛ	55	5,25	5,00	2,66	1	10	0,097
	ОМБАЛ	40	4,35	4,00	2,92	1	10	

При извършения сравнителен анализ между двете групи болници, статистически значима разлика между средните оценки при УМБАЛ и ОМБАЛ се установява при въпрос 22 (p=0.009). При този въпрос се наблюдава значимо по-ниска средна оценка в групата на ОМБАЛ, което показва, че в тази група медицинските сестри успяват да обърнат по-малко внимание на нуждите на пациента в сравнение с групата на УМБАЛ, но при твърдението, че медицинската сестра е осигурила добра комуникация с пациентите не наблюдаваме особена разлика и в двете групи анкетирани УМБАЛ (7,31%), а в ОМБАЛ (7,72%). Поради спецификата на работа в неврологичните клиники/отделения е наложително да бъдат информирани близките и придружителите на пациентите, което е основна предпоставка за осъществяване на качествени сестрински грижи в неврологичната болнична помощ.

Таблица 21. Самоценка на респондентите относно времето, което отделят за извършване на назначените манипулации

Достатъчно ли е времето, което отделяте за извършване на назначените манипулации?	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Напълно недостатъчно	2 (3,7)	0 (0)	2 (2,2)	0,055
Не е достатъчно	3 (5,6)	1 (2,6)	4 (4,3)	
Донякъде е достатъчно	19 (35,2)	5 (12,8)	24 (25,8)	
Достатъчно е	16 (29,6)	19 (48,7)	35 (37,6)	
Напълно е достатъчно	14 (26,0)	14 (35,9)	28 (30,2)	

Голям е относителният дял на медицинските сестри от ОМБАЛ (около 85%) отговорили, че времето за извършване на назначените манипулации е достатъчно, а анкетираните медицински сестри от неврологичните клиники и отделения на УМБАЛ (около 56%). Смятаме, че поради по-голямата натовареност на медицинските сестри от УМБАЛ и липсата на достатъчен човешки ресурс (визираме медицински сестри) получаваме впечатляващата разлика в отговорите на този въпрос, а това е приоритет за повишаване качеството на сестринските здравни грижи.

Таблица 22. Самооценка на респондентите относно недостиг на персонал, адекватен на броя на пациенти, за които се грижат

Отговарям за твърде много пациенти по време на смяна	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Никога	0 (0,0)	2 (5)	2 (2,1)	0,076
Много рядко	2 (3,6)	1 (2,5)	3 (3,2)	
Понякога	20 (36,4)	19 (47,5)	39 (41,1)	
Много често	23 (41,8)	17 (42,5)	40 (42,1)	
Винаги	10 (18,2)	1 (2,5)	11 (11,6)	

Данните, показани на таблица 22 сочат, че относителният дял на отговорилите анкетирани медицински сестри, положително на този въпрос е значително по-голям (18,2%), много често (41,8%) в УМБАЛ в сравнение с отговорилите медицински сестри в ОМБАЛ (2,5%) и много често - 42,5%. Данните отразяват липсата на мотивация и недостатъчното желание за работа на медицинските сестри в неврологичната болнична помощ.

Таблица 23. Самооценка на респондентите по отношение заетостта при попълване на твърде много документация

Имам твърде много документация за попълване	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Никога	1 (1,9)	1 (2,6)	2 (2,2)	0,364
Понякога	6 (11,3)	9 (23,1)	15 (16,3)	
Много често	24 (45,3)	12 (30,8)	36 (39,1)	
Винаги	22 (41,5)	17 (43,6)	39 (42,4)	

Резултатите от изследването онагледени на таблица 23 показват, че относителният дял на отговорилите медицински сестри, работещи в УМБАЛ е 86,8%, а анкетираните медицински сестри в ОМБАЛ (74,4%) твърдят, че много често и винаги имат много документация за попълване. Това можем да си обясним, освен с

повишената заетост така също с липсата на автономни функции на медицинските сестри.

4.2.3. Оценка на персонала и базата

Таблица 24. Самооценка на респондентите относно недостиг на персонал, адекватен на броя на пациенти, за които се грижат

Няма достатъчно персонал за броя пациенти, за които се грижим	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Много рядко	1 (1,9)	5 (12,8)	6 (6,5)	0,030
Понякога	18 (33,3)	19 (48,7)	37 (39,8)	
Много често	17 (31,5)	9 (23,1)	26 (28)	
Винаги	18 (33,4)	6 (15,4)	24 (25,9)	

Данните на таблица 24 показват значителна разлика на отговорилите медицински сестри в УМБАЛ, че винаги не достига медицински персонал, респективно медицински сестри (33,4%), в сравнение с респондентите в ОМБАЛ (15,4). Това е един изключително наболял проблем силно намалелия обем работещи медицински сестри, което това пряко се отразява на качеството на сестринските здравни грижи.

Таблица 25. Оценка на респондентите по отношение проблеми с оборудването в болницата

Оборудването в болницата създава проблеми	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Никога	3 (5,5)	12 (30,8)	15 (16)	0,002
Много рядко	13 (23,6)	4 (10,3)	17 (18,1)	
Понякога	26 (47,3)	20 (51,3)	46 (48,9)	
Много често	13 (23,6)	3 (7,7)	16 (17)	

Данните сочат, че наблюдаваме съществена разлика в отговорите на анкетираните медицински сестри в УМБАЛ (23,6%) и ОМБАЛ (7,7%), оборудването в болницата им създава проблем. Доброто функциониране на апаратурата в неврологичните клиники/отделения на лечебните заведения имат съществен принос за повишаване качеството на сестринските здравни грижи.

Таблица 26. Самооценка на респондентите относно ролите им в неврологичното отделение

Ролите в моята клиника/отделение/ не са ясни	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Никога	24 (46,2)	19 (50,0)	43 (47,8)	0,141
Много рядко	9 (17,3)	10 (26,3)	19 (21,1)	
Понякога	7 (13,5)	7 (18,4)	14 (15,6)	
Много често	7 (13,5)	0 (0,0)	7 (7,8)	
Винаги	5 (9,6)	2 (5,3)	7 (7,8)	

Резултатите от изследването показват, че отговорилите медицински сестри, работещи в УМБАЛ много често и винаги в около 24% са повече от анкетираните медицински сестри в ОМБАЛ (5,3%), че не са им ясни ролите в клиниката/отделението, където работят. Това е индиректен показател за недостига на медицински сестри в клиниките/отделенията по нервни болести на УМБАЛ.

4.2.4. Работа, обучение, стрес

Таблица 27. Самооценка на респондентите по отношение чувството на изтощеност в края на работния ден

Чувствам се изтощен/а в края на работния ден	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Никога	1 (1,8)	3 (7,9)	4 (4,3)	0,002
Няколко пъти годишно или по-рядко	4 (7,3)	7 (18,4)	11 (11,8)	
Веднъж месечно или по-рядко	3 (5,5)	3 (7,9)	6 (6,5)	
Няколко пъти месечно	6 (10,9)	9 (23,7)	15 (16,1)	
Веднъж седмично	6 (10,9)	9 (23,7)	15 (16,1)	
Няколко пъти седмично	12 (21,8)	5 (13,2)	17 (18,3)	
Всеки ден	23 (41,8)	2 (5,3)	25 (26,9)	

Данните от анкетното проучване показват, че е значима разликата в отговорите на медицинските сестри, работещи в УМБАЛ (около 74%), но в ОМБАЛ са само (около19%) медицинските сестри, които се чувстват изтощени в края на работния ден. Никога или много рядко се чувстват изтощени анкетираните медицински сестри в УМБАЛ (9.1%), а в ОМБАЛ (26,1). Това състояние на медицинските сестри можем да определим като близко до т.нар. **Бърнаут синдром** (синдром на емоционално изпепеляване или професионално изчерпване), особено анкетираните сестри в УМБАЛ.

Бихме искали да подчертаем, че резултатите показват по – висока оценка и по – високи очаквания, у медицинските сестри, работещи в УМБАЛ, които остават нереализирани. Убедени сме, че това се дължи на по – високата степен на образование и следдипломна квалификация (продължаващо обучение, специализации и пр.), а оттам и възможността да бъдат по – критични и самокритични.

Таблица 28. Самооценка на респондентите относно чувството на стрес при пряка работа с хора

Пряката работа с хора ми причинява твърде много стрес	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Никога	9 (17)	9 (23,1)	18 (19,6)	0,451
Няколко пъти годишно или по-рядко	6 (11,3)	9 (23,1)	15 (16,3)	
Веднъж месечно или по-рядко	11 (20,8)	7 (17,9)	18 (19,6)	
Няколко пъти месечно	4 (7,5)	4 (10,3)	8 (8,7)	
Веднъж седмично	4 (7,5)	3 (7,7)	7 (7,6)	
Няколко пъти седмично	10 (18,9)	5 (12,8)	15 (16,3)	
Всеки ден	9 (17)	2 (5,1)	11 (12)	

Резултатите от изследването на таблица 28 показват, че анкетираните медицински сестри от УМБАЛ (около 36%) и респондентите в ОМБАЛ (около 18%) съобщават, че пряката работа с хора им причинява твърде много стрес, което е показател за по-голямата натовареност на медицинските сестри в неврологичните клиники/отделения на УМБАЛ, поради занижения човешки ресурс в неврологичните стационари.

Таблица 29. Участие на респондентите относно курсове за професионална комуникация

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Не съм обучавана/а	12 (22,6)	10 (25)	22 (23,7)	0,043
В общуването разчитам на възпитанието си	7 (13,2)	13 (32,5)	20 (21,5)	
Само съм информиран/а	4 (7,5)	5 (12,5)	9 (9,7)	
Обучаван/а съм	30 (56,6)	12 (30)	42 (45,2)	

Данните показват, че относителният дял на отговорилите положително на този въпрос анкетираните медицински сестри в УМБАЛ е значително по-висок (56,6%) от

отговорилите медицински сестри, работещи в ОМБАЛ, че са обучавани (30%). Изключително важна е комуникативната функция на медицинската сестра с пациентите и с близките им, без която не може да има съвременно високо качество на сестринските здравни грижи.

Таблица 30. Разпределение на респондентите в зависимост от участието им в курсове за следдипломно обучение

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Не участвам	20 (37,7)	17 (42,5)	37 (39,8)	0,029
По-скоро не	6 (11,3)	13 (32,5)	19 (20,4)	
По-скоро да	13 (24,5)	5 (12,5)	18 (19,4)	
Участвам	14 (26,4)	5 (12,5)	19 (20,4)	

Данните в таблица 30 показват, че е значима разликата на анкетираните медицински сестри отговорили отрицателно на този въпрос от клиниките/отделенията на УМБАЛ (близо 49%) и отговорилите работещи медицински сестри в ОМБАЛ (приблизително 75%). Участватвалите са едва (26,4%) – УМБАЛ и (12,5%) анкетирани медицински сестри в ОМБАЛ, което е изключително притеснително. Съществен нерешен организационен проблем, свързан с качеството на сестринските здравни грижи е системното посещение на курсовете и семинарите за следдипломна квалификация и продължаващо обучение, организирани от ФОЗ на МУ София, други медицински университети и от БАПЗГ.

В последните години намалява значително броят на медицинските сестри, а се повишава обемът на работа. Разбира се не без значение е, че медицинските сестри в пенсионна възраст продължават да работят, поради липса на достатъчен специализиран човешки ресурс. Нужно е да се работи в посока предоставяне на качествени сестрински здравни грижи, отговарящи на потребността на пациентите и подпомагане на оздравителния процес. Резултатите от анкетирането на пациентите в неврологичните клиники и отделения на УМБАЛ и ОМБАЛ показват, че е необходимо да се подобрят хигиенно-битовите условия, болничното хранене, броят на медицинските сестри с оглед по-добро качество на грижите, включително и професионалното им отношение.

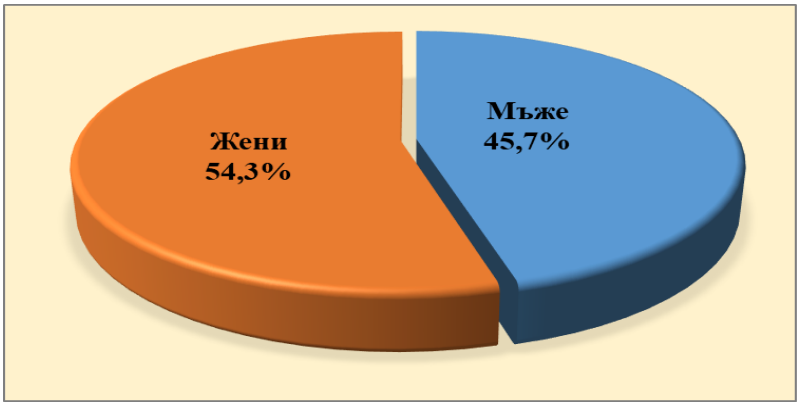
4.3. АНАЛИЗ И ДИСКУСИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ – АНКЕТА НА ПАЦИЕНТИ

4.3.1. Демографски характеристики

Анкетираните пациенти са лекувани един или повече пъти в съответното неврологично отделение. Данните показват, че повече от половината от пациентите се лекуват **повече от един път** в това отделение - 26% се лекуват втори път и 17% трети път и повече (общо 43%).

4.3.1.1. Разпределение на респондентите по пол

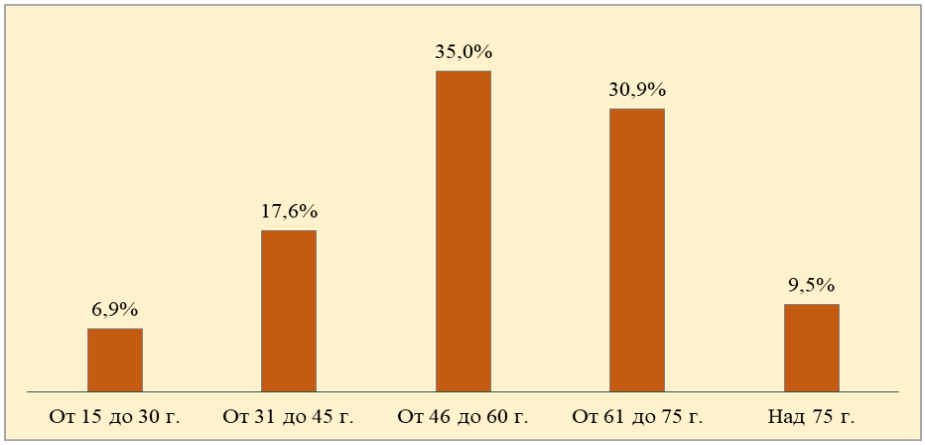
Фигура 11. Разпределение на респондентите по пол.



Данните показват, че около 46% от анкетираните са мъже, а 54,3% от анкетираните респонденти са от женски пол, което говори за по – честа заболеваемост при жените.

4.3.1.2. Разпределение на респондентите по възраст

Фигура 12. Разпределение на респондентите по възрастови групи.



Резултатите от изследването показват, че най-много от анкетираните пациенти са на възраст между 46-60 години (35,0%). На второ място са пациентите на възраст от 61-75г., които са близо една трета от респондентите, а най – малък е относителният дял на пациентите от 15 – 36 годишна възраст (6,9%) (Фиг.12). Забелязва се, че заболеваемостта при пациентите в активна възраст е най – висока.

4.3.2. Удовлетвореност от сестринските здравни грижи

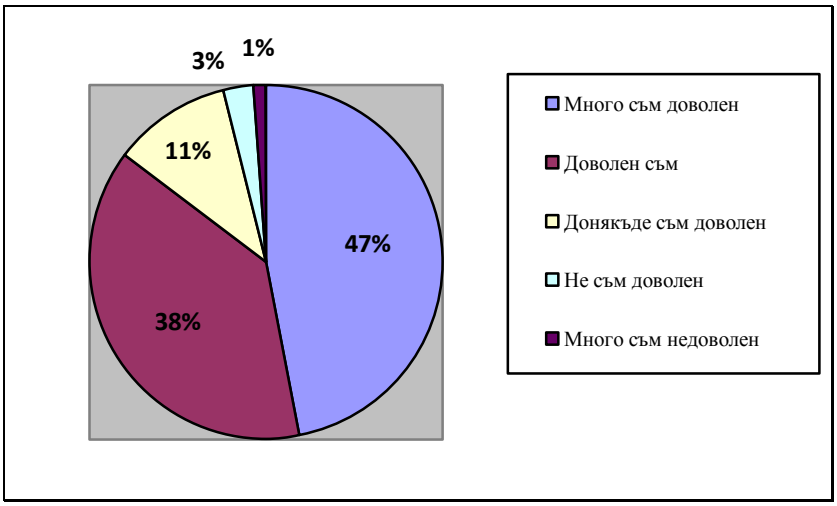
Удовлетвореност на пациентите по отношение качество на сестринските здравни грижи за по- лесна адаптация при постъпване в неврологичното болнично отделение.

Почти половината 42,7% от анкетираните пациенти са много доволни от грижите, които полагат за тях сестрите в отделението, изобщо недоволни и в малка степен доволни от грижите на сестринския персонал са едва 2,7% от анкетираните. Качеството на предлаганите сестрински здравни грижи, очевидно е резултат от адекватно управление от страна на ръководството на клиниката.

Важна част от лечебния процес е състоянието на комфорт и спокойствие на пациентите в неврологичните стационари. До голяма степен за това допринасят медицинските сестри с тяхното внимание и отношение към пациентите.

Резултатите относно **удовлетвореността** на пациентите от отношението на медицинските сестри са представени на следващата фигура.

Фигура 13. Удовлетвореност на анкетирание пациенти от отношението на медицинските сестри



Данните сочат, че 47% от анкетираните са отговорили, че са много доволни от отношението на сестрите към тях. Едва 3% от пациентите са много недоволни от отношението на персонала към тях. Това показва, че въпреки натовареността в трудовия процес, медицинските сестри се стремят да обгрижат пациентите пълноценно, с необходимото уважение към личността на болния и с разбиране към проблемите му, но е необходимо да продължат да се квалифицират относно професионално отношение към паиентите (фиг. 13).

Подобни са резултатите от проучването на Галина Чанева. Над половината от анкетираните респонденти като цяло са много доволни от отношението на медицинските сестри. Според автора данните посочват необходимостта от обучение на сестрите относно компетенциите им за професионално отношение към пациентите.

Необходимостта от спазване на режима в клиниката е с цел да се осигурят у болния стереотипи, чрез които да се преодолее по-бързо болестното състояние, да се приспособи към новата среда, което е преди всичко задача на медицинската сестра.

Фигура 14. Удовлетвореност на респондентите по отношение времето при постъпване в отделението и настаняване на болничното легло

Резултатите от изследването показват, че постъпилите пациенти в болшинството 62% отговарят, че са били настанени в болничната стая на леглото си веднага и малък процент 10,6% са били настанени след повече от един час от приемането им в клиниката/отделението, което е добър показател за бързата адаптация на пациента към болничната среда, но е нужно повече внимание от страна на медицинските сестри.

Аналогични са резултатите от проведеното изследване на Галина Чанева. Половината от анкетираните пациенти (50,90%) посочват, че са удовлетворени от положените грижи към тях за адаптирането им към болничната обстановка. Недоволните са малка част – 1,70%, резултатите показват необходимост от повече внимание от страна на медицинските сестри за да се приспособят пациентите към специфичните болнични условия и среда.

Таблица 31. Удовлетвореност на анкетираните пациенти относно отношението на медицинските сестри при информиране и разяснение на вътрешния ред на неврологичното отделение

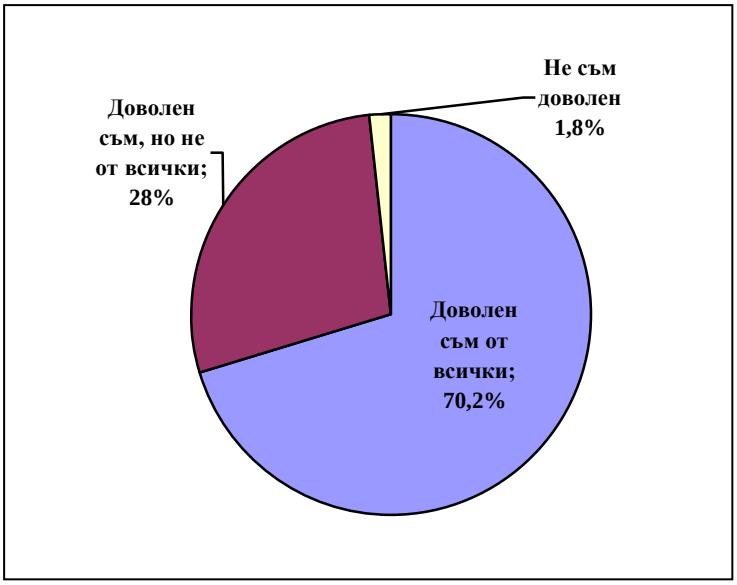
Отговори	**n**	**%**
Лекар	79	15,6
Медицинска сестра	383	75,7
Санитар	20	4,0
Друг болен	3	0,6
Други лица	1	0,1
Не ми е разяснен вътрешния ред	20	4,0
Общо отговорили	506	100,0

В подкрепа на казаното до тук, данните от таблицата показват, че сестрите информират в 75,7% болните за вътрешния ред, а лекарите 15,6%. Само 4% са информирани от санитарите в клиниките и на 4% въобще не им е разяснен вътрешния ред.

Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е една от основните цели в управлението на здравеопазната система. Ролята на професионалиста по здравни грижи в 21 век е различна. Европейска практика е професиона-листът по здравни грижи да се приема за равноправен партньор в екипа, както в предоставянето на медицински и здравни грижи, така и в управлението.

Резултатите относно **удовлетвореността** на пациентите от обслужването на медицинските сестри са представени на следващата фигура.

Фигура 15. Удовлетвореност на респондентите по отношение обслужването на медицинските сестри и от качеството на сестринските здравни грижи



Повече от половината анкетирани 70,2% са доволни от обслужването на медицинските сестри, недоволни от предлаганите медицински грижи са само 1,8% от пациентите. Напрежението на работното място води до свръхнатовареност, което от своя страна неминуемо води до допускане на пропуски и грешки поради недостиг на хора и време; основен проблем са липсата на комуникация, както и претовареност с административни задачи на медицинските специалисти. Това ограничава времето, което трябва да се отдели на пациента.

Таблица 32. Разпределение на респондентите в зависимост от удовлетвореността им от качеството на сестринските грижи и желанията им за промени в отношенията и обслужването на медицинските сестри към пациентите

Отговори	n	%
Доволен съм от обслужването и сестринските грижи	302	61,4
Да бъдат по-контактни	56	11,4
Да бъдат по-информирани	17	3,5
Да ми вдъхнат доверие в сполучливия изход от заболяването	33	6,7
Да ми отделят повече време за съвети по изпълнение на назначеното лечение	30	6,1
Да се отзовават своевременно на повикване	32	6,5
Да бъдат по-внимателни и отговорни при извършване на манипулациите	14	2,8
Да съблюдават по високо качество при извършване на сестриските грижи	8	1,6
Общо отговорили	492	100,0

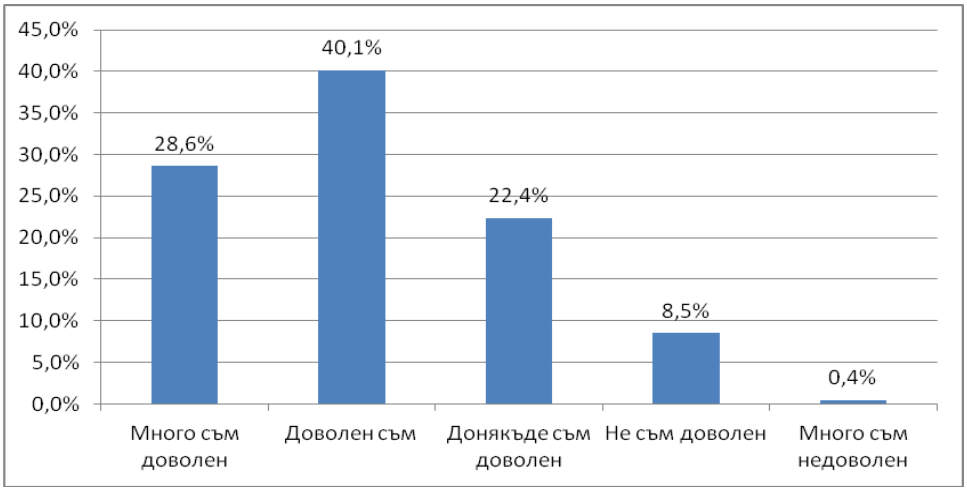
Голям относителен дял (61,4%) от анкетираните пациенти са доволни от обслужването от медицинските сестри, 11,4% биха искали сестрите да отделят повече време за комуникация със своите пациенти. Останалите препоръки от страна на пациентите се разпределят в почти равни проценти: да им се вдъхва повече увереност в положителния изход от лечението, да се отзовават на повикванията, да информират пациентите си и т.н.

4.3.3. Удовлетвореност от организацията на болничното хранене и вътрешен ред

Удовлетвореност на респондентите от организацията на болничното хранене.

Храненето на болните трябва да се провежда съгласно принципите и изискванията на съвременното лечебно хранене и трябва да бъде поднесена навреме, с естетично оформен външен вид. В случая, според заболяването, храната трябва да съдържа достатъчно зеленчуци и плодове. Пациентите проявяват особена чувствителност по отношение на болничното хранене по време на хоспитализация.

Фигура 16. Удовлетвореност на респондентите от организацията на болничното хранене



По-малко от половината анкетирани пациенти са доволни от храната 40,1%, много доволни са 28,6%, в известна степен са доволни – 22,4%, а около 9% не са доволни. Тези резултати показват характерното в последните години за всички болници в страната еднотипно хранене поради ограничен финансов ресурс, който компенсира най – вече медикаментозното лечение на пациентите.

Нашите данни са близки до тези на Галина Чанева. Най – голямата част от анкетираните пациенти (42,30%) посочват, че са доволни от предложената им

организация на болнично хранене, като значителна част от пациентите (13,60%) посочват, че не са доволни. Според автора тези резултати са сигнал за необходимостта от мерки за подобряване на организацията на болничното хранене.

Един от основните фактори за осигуряване комфорт, доверие и уверение в успеха на лечебния процес е **спокойствието** на пациентите по време на стационарното лечение в неврологичното отделение.

Таблица 33. Удовлетвореност на анкетираните пациенти по отношение осигуреност на необходимата тишина

Отговори	**n**	**%**
Беше осигурена напълно	310	65,8
Беше осигурена отчасти	139	29,5
Не беше осигурена	22	4,7
Общо отговорили	**471**	**100,0**

Данните показват, че на повече от половината респонденти (65,8%) им е била осигурена атмосфера на тишина и почивка в стаята, едва 4,7% от пациентите твърдят, че не им е осигурена пълна тишина и спокойствие (Табл. 33).

Състоянието на личната хигиената и тази в стационара е важен фактор за осигуряване на качествени сестрински здравни грижи в неврологичните отделения. По този начин се създават уютни условия за пребиваване на пациентите, това засилва доверието в лечебния процес. Хигиенният контрол се извършва от медицинските сестри и старшата медицинска сестра.

Резултатите са онагледени на табл. 34.

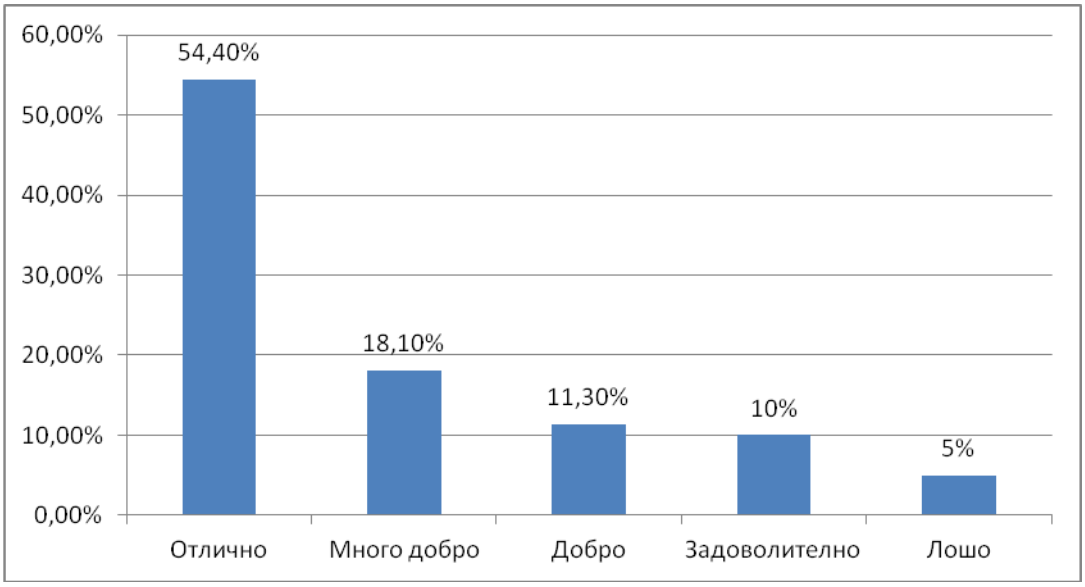
Таблица 34. Удовлетвореност на респондентите от грижите за личната им хигиена.

Отговори	**n**	**%**
Много съм доволен	196	39,1
Доволен съм	217	43,3
Донякъде съм доволен	66	13,2
Не съм доволен	12	2,4
Много съм недоволен	1	0,2
Не мога да отговоря	9	1,8
Общо отговорили	**501**	**100,0**

Доволни 43,3% и много доволни 39,1% са пациентите от полаганите грижи за личната им хигиена, недоволни и много недоволни са едва 2,6% от анкетираните. В тази оценка са визирани положителните резултати от контрола на медицинските сестри и старшите медицински сестри на неврологичните стационари, както и на главната медицинска сестра на съответното лечебно заведение.

Различни от нашите резултати са тези от проучването на Галина Чанева. Само половината от анкетираните пациенти са доволни от грижите за личната им хигиена (49,90%), като недоволните са малка част – 2,70%. Грижите за личната хигиена на пациентите до голяма степен се определя и от материалните условия в отделенията , но това са резултати, които отразяват тревожна тенденция за качеството на сестринските грижи.

Фигура 17. Удовлетвореност на пациентите от хигиената в отделенията по нервни болести



Удовлетвореността на пациентите от хигиената в проучените неврологични отделения като цяло е много добра (54.4%), само 5% дават лоша оценка за хигиената в анкетираните неврологични отделения. Данните показват, че има още какво да се направи за подобряване качеството на хигиената в анкетираните неврологични стационари.

Състоянието на хигиената е важен фактор за осигуряване на качествени сестрински здравни грижи в неврологичните отделения. По този начин се създават уютни условия за пребиваване на пациентите, това засилва доверието в лечебния

процес. Хигиенният контрол се извършва от медицинските сестри, старшата медицинска сестра и главната сестра.

Аналогични са данните на нашето изследване с резултатите от проведеното проучване от Н. Василева и И. Стамболова на 152 изследвани лица в Клиника по урология на УМБАЛ „Александровска" ЕАД, гр. София, които разкриват изключителна удовлетвореност на пациентите (55%) от положените за тях здравни грижи в клиниката. Пациентите на Клиниката по урология оценяват болничната хигиена като много добра (68%). Авторите са убедени, че това се дължи на добрата организация в клиниката и редовният контрол от страна на медицинските сестри, старшата медицинска сестра сестра и главната медицинска сестра на лечебното заведение.

4.3.4. Удовлетвореност от справянето с болката

Уменията на неврологичните медицински сестри по отношение на сестринската техника на манипулации и терапевтични процедури, ползването на лични предпазни средства създават у пациентите чувство на сигурност и спокоен болничен престой.

Резултатите от анкетирането са онагледени на следващата таблица.

Таблица 35. Разпределение на анкетираните пациенти по отношение усещане за болка или дискомфорт по време на изследванията и сестринските манипулации в неврологичното отделение

Отговори	**n**	**%**
Не	325	72,7
Да	39	8,7
Не мога да отговоря	83	18,6
Общо отговорили	447	100,0

Голям е относителният дял от анкетираните пациенти (72,7%), които не са усетили болка или дискомфорт по време на изследвания и манипулации. Има и такива, които са отговорили положително 8,7%, а 18.6% не могат да отговорят на този въпрос.

Да се усъвършенстват знанията и уменията трябва да е приоритетна отговорност на медицинските сестри, защото грижата за човешката болка е целта на медицинските специалисти, с цялата компетентност и състрадание, на която са способни.

Фигура 18. Удовлетвореност на респондентите по отношение грижите на медицинските сестри, за да бъде облекчена болката им

Повече от половината анкетирани (61,2%) са доволни относно сестринските грижи за да бъде облечена на болката им, около 27% по-скоро да, а според 7,2% грижите за тяхната болка е недостатъчна (Фиг. 18). Добрите практики относно копиране на болковия синдром е водещ фактор за комфорт и доверие у пациента към медицинските специалисти, добър показател за качествени сестрински грижи.

Според Н. Василева и И. Стамболова чистотата и уюта на болничната среда имат, както естетическо значение така също намаляват болката и засилват доверието в лечебния процес от страна на пациента.

По време на своята хоспитализация, пациентът е изправен пред стресови ситуации, свързани с неговото заболяване или с живота в болничната среда. Подобряването на удовлетвореността в болнични условия изисква, намаляване на възможността за поява на проблеми или редуциране степента на здравословния проблем, предразполагане на пациента в самото начало и поставянето му в подходяща среда.

Таблица 36. Разпределение на респондентите относно мнението им за промяна на условията в болничната стая

Отговори	n	%
Условията в стаята ми харесват	218	43,9
Да бъдат по-малко болни в стаята	93	18,7
Да не се смесват по-леко болни с по-тежко болни	64	12,9
Да се поддържа по-добра хигиена	13	2,6
Да се подобри обзавеждането	48	9,7
Да не се дава износено болнично бельо	52	10,5
Друго	9	1,8
Общо отговорили	497	100,0

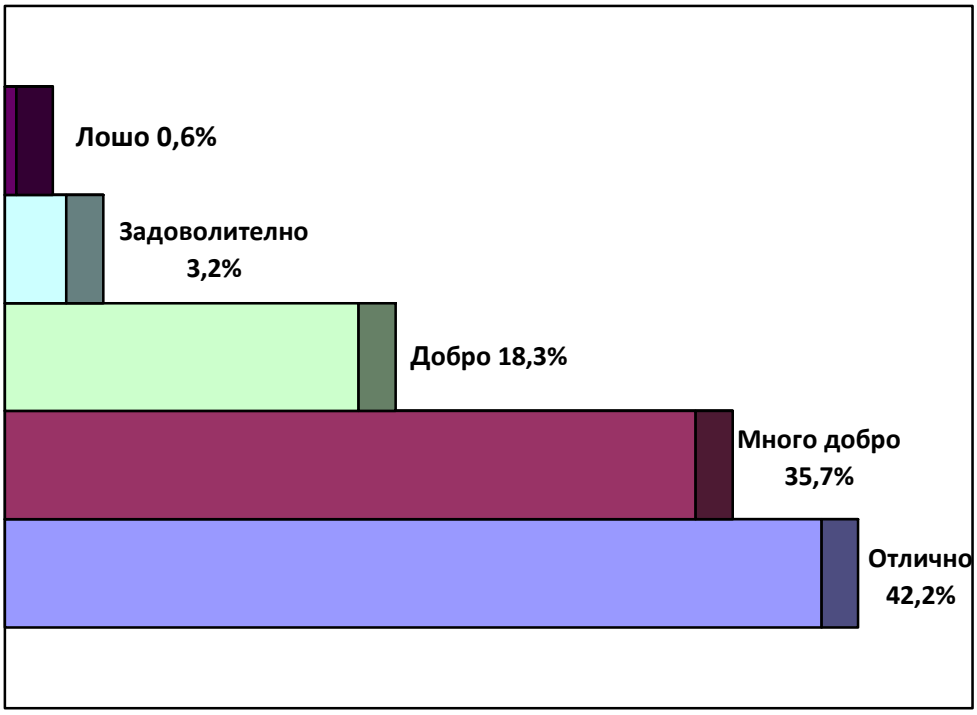
Нашите данни показват, че по – малко от половината (43,9%) от анкетираните пациенти споделят, че условията в стаята им харесват, 18,7% биха искали броя на болните в една стая да бъде намален, също така 10,5% от тях смятат, че болничното спално бельо има нужда от подмяна. Останалите предложения на анкетиранте в малък процент са: за подобряване на обзавеждането, разделяне на тежко болни от такива с по-лек режим. Промяната на болничните стаи в техническо отношение би трябвало да бъде ориентирано към ръководството на клиниката.

Аналогични са данните на нашето изследване с резултатите от проведеното проучване от Н. Василева и И. Стамболова, които разкриват, че 65,13% са с положителна оценка за стаята, в която са настанени, макар че настояват за намаление на броя на леглата в стаята и за наличие на санитарен възел към всяка стая.

Авторите смятат, че тези препоръки са от сферата на изпълнимото и въпреки,че не покриват целия диапазон от потребностите на пациентите, показват нарастващите им изисквания към качеството на получените здравни грижи.

Качеството на грижите, което предлага клиниката трябва да отговаря на очакванията на пациента и на неговите индивидуални потребности, по отношение както на хигиенно – битовите условия в неврологичното отделение, така и на взаимоотношенията с медицинския персонал.

Фигура 19. Удовлетвореност на респондентите от качеството на сестринските здравни грижи в неврологичноте отделения



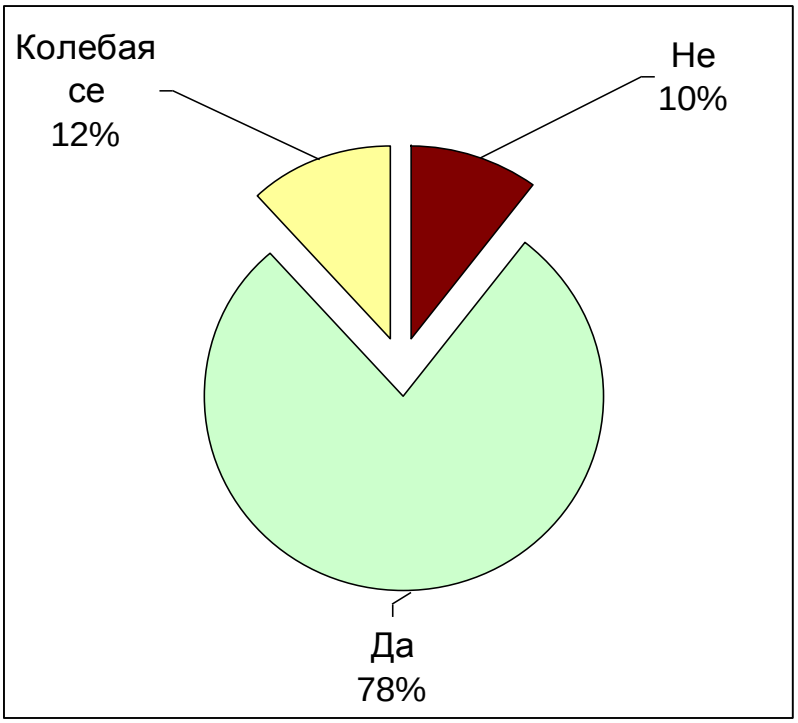
Данните от анкетирането показват, че впечатлението от здравните грижи, което имат пациентите е отлично в 42,2%, много добро в 35,7%, добро, задоволително и лошо е в 22,1%. Трябва да се обърне внимание на последните отговори, защото удовлетвореността на пациентите е критерий за качествено медицинско обслужване (фигура 19).

Сходни с нашето изследване са резултатите, получени от Международен екип от хабилитирани медицински специалисти, В. Грьондахл, Б. Ларсон, И. Карлсон, М. Холлорд, К. Карлстад (Опитът на пациентите относно качеството на здравните грижи и удовлетворението им по време на престой в болница). В качествено проучване с персонална насоченост са направени интервюта с 22 пациенти, изписани от болничното заведение и са определени четири категории и седем подкатегории, описващи опита на пациентите относно качеството на грижите и връзката им с тяхното удовлетворение.

Направено е заключение, че качеството на сестринските здравни грижи, както и хигиенно-битовите условия в болничните заведения са от голямо значение за здравословното състояние на пациентите. Необходимо е старшите сестри внимателно да планират настаняването на всеки пациент, съобразно възраст, патология и др.

Удовлетворението на пациентите може да бъде оценено и чрез един косвен, **индиректен показател** – готовността им да постъпят при нужда отново в същото отделение.

Фигура 20. Разпределение на респондентите по отношение желанието им да постъпят отново в това отделение, за да се лекуват от същото заболяване



Данните от анкетирането показват, че е голям относителният дял (78%) на респондентите които имат желание да се лекуват отново в същото отделение , което е много добър показател за качеството на неврологичните сестрински грижи, но има и 10% отговорили отрицателно, а 12% биха се поколебали да постъпят отново в това отделение.

4.4. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТИТРАНЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ В КЛИНИКИТЕ /ОТДЕЛЕНИЯТА/ НА УМБАЛ И ОМБАЛ.

4.4.1. Разпределение на респондентите по демографски и социални показатели

4.4.1.1. Разпределение на респондентите по пол

Разпределението на анкетираните пациенти по пол е представено на табл. 37

Таблица 37. Разпределение на респондентите по пол – общо и по групи лечебни заведения

Пол	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Мъж	117 (51,3)	118 (41,3)	235 (45,7)	0,023
Жена	111 (48,7)	168 (58,7)	279 (54,3)	

По-малък брой от анкетираните са мъже, около 46%. Наблюдава се статистически значима разлика в относителните дялове по пол между университетските и общинските МБАЛ (p=0.023).

4.4.1.2. Разпределение на респондентите по възраст

Таблица 38. Разпределение на респондентите по възрастови групи – общо и по групи лечебни заведения

Възрастова група	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
От 15 до 30 години	30 (13,2)	5 (1,8)	35 (6,9)	<0,001
От 31 до 45 години	63 (27,8)	26 (9,4)	89 (17,6)	
От 46 до 60 години	77 (33,9)	100 (36,0)	177 (35,0)	
От 61 до 75 години	34 (15,0)	122 (43,9)	156 (30,9)	
Над 75 години	23 (10,1)	25 (9,0)	48 (9,5)	

Нашите данни показват, че е установена статистически значима връзка между вида МБАЛ и възрастовата група (p<0.001). Тази връзка се изразява в това, че в УМБАЛ относителният дял на по-младите пациенти е по-голям в сравнение с тези на ОМБАЛ, а при по-възрастните пациенти е обратно по-голям относителен дял се наблюдава в групата на общинските МБАЛ (Табл.38).

4.4.1.3. Семеен статус

По отношение на семейния статус 50,7% са със сключен граждански брак. В отделните групи лечебни заведения този дял е съответно 45,8% в УМБАЛ и значимо по-висок 54,7% в ОМБАЛ.

4.4.1.4. Разпределение на респондентите по образование

Таблица 39. Разпределение на респондентите по образование – общо и по групи лечебни заведения

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Без образование	11 (5,0)	11 (4,0)	22 (4,4)	<0,001
Начално	15 (6,8)	5 (1,8)	20 (4,0)	
Основно	36 (16,2)	27 (9,7)	63 (12,6)	
Средно	78 (35,1)	163 (58,8)	241 (48,3)	
Полувисше	41 (18,5)	41 (14,8)	82 (16,4)	
Висше	41 (18,5)	30 (10,8)	71 (14,2)	

Резултатите от проучването показват, че в групата на ОМБАЛ със средно образование са 58,8%, а в другата изследвана група този процент е по-малък – 35,1%. При пациентите с полувисше и висше образование по-висок процент са лекувани в УМБАЛ (около 36%) в сравнение с ОМБАЛ (около 25%). Вследствие на това смятаме, че по – младите и образовани пациенти са по – критични към условията в неврологичните стационари, терапевтичния процес, както и към качеството на предоставените сестрински грижи.

4.4.2. Удовлетвореност на пациентите от сестрински грижи и вътрешен ред - сравнение

Таблица 40. Удовлетвореност на респондентите от сестринските грижи при постъпване в неврологичното болнично отделение

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Много съм доволен	67 (29,4)	159 (56,2)	226 (44,2)	<0,001
Доволен съм	117 (51,3)	98 (34,6)	215 (42,1)	
Донякъде съм доволен	36 (15,8)	23 (8,1)	59 (11,5)	
Не съм доволен	8 (3,5)	3 (1,1)	11 (2,2)	

Данните от изследването показват, че броят на доволните пациенти, постъпили в неврологично болнично отделение на ОМБАЛ е значително по-висок (56,2%) от постъпилите пациенти в неврологичните клиники / отделения/ на УМБАЛ (29,4%). Тук освен възрастовата разлика у респондентите в УМБАЛ и ОМБАЛ

значение има достатъчния специализиран човешки расурс, повишения обем заетост на медицинските сестри, както и по – високия пациентски поток в неврологичните клиники на УМБАЛ.

Таблица 41. Удовлетвореност на респондентите от сестринските здравни грижи за по- лесна адаптация при постъпване в неврологичното болнично отделение

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Много съм доволен	65 (28,5)	153 (54,1)	218 (42,7)	<0,001
Доволен съм	108 (47,4)	104 (36,7)	212 (41,5)	
Донякъде съм доволен	43 (18,9)	24 (8,5)	67 (13,1)	
Не съм доволен	10 (4,4)	2 (0,7)	12 (2,3)	
Много съм недоволен	2 (0,9)	0 (0)	2 (0,4)	

Относителният дял на удовлетворените пациенти от сестринските здравни грижи за по-лесна адаптация в неврологичните отделения на ОМБАЛ е два пъти по-голям (54,1) от постъпилите пациенти в неврологичните клиники на УМБАЛ (28,5), което говори за по-лесна адаптация на пациентите в позната среда, възрастта на пациентите също е от значение, образование, социален статус и пр. .

Таблица 42. Удовлетвореност на респондентите относно отношението на медицинските сестри

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Много съм доволен	76 (33,5)	168 (59,8)	244 (48)	<0,001
Доволен съм	99 (43,6)	96 (34,2)	195 (38,4)	
Донякъде съм доволен	41 (18,1)	14 (5)	55 (10,8)	
Не съм доволен	10 (4,4)	3 (1,1)	13 (2,6)	
Много съм недоволен	1 (0,4)	0 (0.0)	1 (0,2)	

От данните става ясно, че е значителна разликата в удовлетвореността на анкетираните пациенти в ОМБАЛ от отношението на медицинските сестри (59.8%) и удовлетвореността на пациентите, постъпили в неврологично отделение на УМБАЛ (33,5%). Това може да се обясни с по-големия обем работа, занижения човешки ресурс

и това, че пациентите са по-критични поради по – високата степен на образование и че в УМБАЛ делът на по-младите пациенти е по-голям в сравнение с тези в ОМБАЛ.

Таблица 43. Разпределение на респондентите по отношение мнението им за сестринските грижи при постъпване в отделението и времето за настаняване на болничното легло

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Веднага	88 (38,6)	228 (80,9)	316 (62)	<0,001
От ½час до 1час	96 (42,1)	44 (15,6)	140 (27,5)	
След повече от 1 час	44 (19,3)	10 (3,5)	54 (10,6)	

Нашите данни показват, че е впечатляваща разликата на пациентите от ОМБАЛ, настанени веднага след приема в неврологичното отделение 80.9% и пациентите от УМБАЛ (38.6%). В университетските болници приема на пациенти е по - висок, освен лечебна се извършва, учебна, изследователска и др. дейности. Необходимо е пациентите да бъдат посрещнати професионално като уникален човек/личност, което включва получаването на персонализирани знания, здравни грижи от компетентен здравен персонал и описание на това как точно пациентите трябва да бъдат посрещнати от медицинските сестри.

Таблица 44. Удовлетвореност на респондентите по отношение обслужването на медицинските сестри и от качеството на сестринските здравни грижи

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Довлен съм от всички	115 (52,3)	229 (84,8)	344 (70,2)	<0,001
Доволен съм, но не от всички	96 (43,6)	41 (15,2)	137 (28)	
Не съм доволен от нито една медицинска сестра	9 (4,1)	0 (0,0)	9 (1,8)	

Висок е относителният дял на отговорилите анкетирани пациенти от ОМБАЛ (84,8%), че са доволни от качеството на сестринските здравни грижи и значително по – нисък (52,3%) от анкетираните пациенти в УМБАЛ. Високата степен на образование и квалификация на медицинските сестри е водещ фактор, но не достатъчен за високо качество на сестринските здравни грижи. В последните години намалява значително броят на медицинските сестри, а се повишава обемът на работа. Разбира се не без

значение е, че медицинските сестри в пенсионна възраст продължават да работят, поради липса на достатъчен човешки ресурс, а също така липса на достатъчен интерес и мотивация у младите медицински сестри за работа в неврологичните стационари.

Таблица 45. Удовлетвореност на респондентите относно организацията на болничното хранене

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Много съм доволен	52 (23)	92 (33,1)	144 (28,6)	0,027
Доволен съм	90 (39,8)	112 (40,3)	202 (40,1)	
Донякъде съм доволен	61 (27)	52 (18,7)	113 (22,4)	
Не съм доволен	21 (9,3)	22 (7,9)	43 (8,5)	
Много съм недоволен	2 (0,9)	0 (0,0)	2 (0,4)	

При сравнителния анализ данните показват, че относителният дял на доволните от организацията на болничното хранене, анкетирани пациенти в неврологичните отделения на УМБАЛ (39,8%)) и ОМБАЛ (40.1%) е почти еднакъв. Тези резултати показват характерното в последните години за всички болнични лечебни заведения в страната еднотипно хранене, чрез договорни отношения с външни фирми.

Таблица 46. Удовлетвореност на анкетираните пациенти по отношение осигуреност на необходимата тишина

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Беше осигурена напълно	98 (47,8)	212 (79,7)	310 (65,8)	<0,001
Беше осигурена отчасти	86 (42,0)	53 (19,9)	139 (29,5)	
Не беше осигурена	21 (10,2)	1 (0,4)	22 (4,7)	

За да се осигури по – добър оздравителен процес е необходимо да бъде осигурен комфорт на пациента, тишината и спокойствието са от основно значение. Напълно е осигурена необходимата тишина в (79,7%) от анкетираните пациенти в ОМБАЛ, докато отговорилите по този начин анкетирани пациенти в УМБАЛ са (47.8%), поради по – високия пациентски поток в университетските неврологични клиники.

Таблица 47. Удовлетвореност на пациентите по отношение хигиената в отделението

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Отлично	55 (24,1)	133 (47,7)	188 (37,1)	<0,001
Много добро	95 (41,7)	86 (30,8)	181 (35,7)	
Добро	47 (20,6)	48 (17,2)	95 (18,7)	
Задоволително	23 (10,1)	11 (3,9)	34 (6,7)	
Лошо	8 (3,5)	1 (0,4)	9 (1,8)	

Резултатите от проучването показват по – висок относителен дял на анкетираните пациенти (47,7%), с отлични впечатления от хигиената в неврологичните отделения на ОМБАЛ в сравнение с анкетирани пациенти в УМБАЛ (24.1%).

Състоянието на хигиената е важен фактор за осигуряване на качествени сестрински здравни грижи в неврологичните отделения. По този начин се създават уютни условия за пребиваване на пациентите, това засилва доверието в лечебния процес.

4.4.3. Удовлетвореност от мениджмънт на болката и нивото на качество на грижата

Таблица 48. Разпределение на респондентите по отношение мнението им за усещане на болка или дискомфорт по време на изследванията и сестринските манипулации в неврологичното отделение

Почувствахте ли някаква болка или дискомфорт по време на изследванията и сестринските манипулации в неврологичното отделение?	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Не	139 (66,5)	186 (78,2)	325 (72,7)	0,015
Да	20 (9,6)	19 (8,0)	39 (8,7)	
Трудно ми е да отговоря	50 (23,9)	33 (13,9)	83 (18,6)	

Резултатите от изследването и сравнителния анализ показват несъществена разлика на отговорилите отрицателно анкетирани пациенти от ОМБАЛ (78,2%), относно болка или дискомфорт по време на сестрински манипулации, и пациентите от неврологичните отделения на УМБАЛ (66,5%).

Таблица 49. Удовлетвореност на респондентите по отношение грижите на медицинските сестри, за да бъде облекчена болката им

Правеше ли се всичко възможно от страна на медицинските сестри, за да бъде облекчена болката Ви?	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Да	95 (42)	213 (76,9)	308 (61,2)	<0,001
По-скоро да	82 (36,3)	52 (18,8)	134 (26,6)	
Недостатъчно	28 (12,4)	8 (2,9)	36 (7,2)	
Не мога да отговоря	21 (9,3)	4 (1,4)	25 (5,0)	

Данните показват, че относителният дял на анкетираните пациенти в отделенията по нервни болести на ОМБАЛ относно удовлетворението от сестринските грижи за да бъде облекчена болката им, е по – висок (76,9%) в сравнение с този на неврологичните отделения в УМБАЛ (42%). Грижите за болковия синдром у пациентите е водещ фактор за осъществяване на качествени сестрински грижи в неврологичните отделения.

Таблица 50. Разпределение на респондентите относно мнението им за промяна на условията в болничната стая

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Условията в стаята ми харесват	81 (36,7)	137 (49,6)	218 (43,9)	0,001
Да бъдат по-малко болни в стаята	51 (23,1)	42 (15,2)	93 (18,7)	
Да не се смесват по-леко болни с по-тежко болни	34 (15,4)	30 (10,9)	64 (12,9)	
Да се поддържа по-добра хигиена	10 (4,5)	3 (1,1)	13 (2,6)	
Да се подобри обзавеждането	24 (10,9)	24 (8,7)	48 (9,7)	
Да не се дава износено болнично бельо (чаршафи, пижами и др)	20 (9,0)	32 (11,6)	52 (10,5)	
Друго	1 (0,5)	8 (2,9)	9 (1,8)	

Резултатите от сравнителния анализ показват, че анкетираните пациенти в отделенията по нервни болести на ОМБАЛ и УМБАЛ отговарят, че условията в болничната стая им харесват като превес имат пациентите от ОМБАЛ (49,6%) и УМБАЛ (36,7%). Пациентите от УМБАЛ (23,1%) и ОМБАЛ (15,2%) предлагат болните в стаята да бъдат по – малко.

Таблица 51. Удовлетвореност на респондентите относно общото им впечатление от качеството на сестринските здравни грижи в отделението

Отговори	УМБАЛ n(%)	ОМБАЛ n(%)	Общо n(%)	p
Отлично	66 (29,2)	146 (52,9)	212 (42,2)	<0,001
Много добро	97 (42,9)	82 (29,7)	179 (35,7)	
Добро	52 (23)	40 (14,5)	92 (18,3)	
Задоволително	8 (3,5)	8 (2,9)	16 (3,2)	
Лошо	3 (1,3)	0 (0,0)	3 (0,6)	

Значително по – висок е относителният дял на анкетираните пациенти с отлично впечатление от качеството на сестринските здравни грижи в неврологичните отделения на ОМБАЛ (52,9%) в сравнение с този на анкетираните пациенти в клиниките по нервни болести на УМБАЛ (29,2), с отлично впечатление от сестринските здравни грижи и много добро (42,9%). Качеството на сестринските здравни грижи, както и хигиенно-битовите условия в болничните заведения са от голямо значение за комфорта и здравословното състояние на пациентите.

5. ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В 97% от анкетираните медицински сестри преценяват, че професионалната им подготовка е достатъчна, за да бъдат извършени ефективни сестрински грижи в неврологичната болнична помощ.
2. Данните от анкетирането показват, че протоколите за здравни грижи са успешно въведени в 70,9%.
3. По-голямата част (56,2%) от респондентите успяват да осигурят добра комуникация с пациентите, което освен организационно значение изпълнява и психотерапевтична функция.
4. Над 50% от респондентите докладват за недостиг на медицински сестри в отделенията по нервни болести.
5. Повече от половината от анкетираните медицински сестри (64,1%) съобщават за хроничен стрес по време на работа, 74% от медицинските сестри са с чувство за изтощеност в края на работния ден, а повече от 1/3 нямат желание за работа всяка сутрин, комбинация от симптоми, които са свидетелство за наличие на „професионално изчерпване“ при сестрите в неврологичната помощ.
6. Близо 60% от анкетираните медицински сестри не посещават курсове и семинари за следдипломна квалификация и продължаващо обучение , организирани от ФОЗ на МУ София, други медицински университети и от БАПЗГ.
7. Съществена част (51,3%) от медицинските сестри, работещи в ОМБАЛ са със степен на образование по-ниска от базов бакалавър, докато в групата на УМБАЛ, повече от половината анкетирани медицински сестри са с образователна степен бакалавър, което е предпоставка за по-качествени сестрински грижи в неврологичните отделения на УМБАЛ.
8. Над половината от анкетираните пациенти (61%) са доволни от сестринските грижи за облечаване на болката им, и само според 7% грижите за тяхната болка е недостатъчна.
9. Според 54,4% от респондентите хигиената в неврологичните отделения като цяло е много добра, само 5% дават лоша оценка за хигиената в неврологичните стационари.

10. По – малко от половината анкетирани пациенти са доволни от болничното хранене в неврологичните стационари (40,1%), много доволни са 28,6% от респондентите, а отчасти доволни и недоволни са около една трета (32,3%).
11. Респондентите в неврологичните отделения на ОМБАЛ са удовлетворени от качеството на сестринските здравни грижи в 84%, а повече от половината (52,3%) са удовлетворените пациенти в клиниките на УМБАЛ.

От проведеното проучване и получените резултати се очертава необходимостта от използването на нови, модерни психологически подходи, които да бъдат прилагани от медицинските сестри при работата им с пациентите.

От получените резултати и направените изводи забелязваме недостиг на медицински сестри в неврологичните отделения, повишен обем на заетост, липса на желание за работа у медицинските сестри, непрекъснат стрес на работното място. Всичко това води до състояние близко до Бърнаут синдром (Синдром на емоционално изпепеляване или Професионално изчерпване), което е негативен индикатор за качеството на предоставените сестрински грижи.

Според данните от изследването, проведено във връзка с темата на дисертационния труд особено внимание трябва да бъде отделено на психологическата подкрепа, която медицинските сестри оказват на пациентите при преодоляването на болката и страданието в неврологичната болнична помощ, съобразена със спецификата на патологията.

Специално внимание трябва да се отдели на теоретични и практически подходи, насочени към осигуряване на възможности за индивидуален подход към пациента, ефективна комуникация с него, умения за работа с досие на пациента и прецизно документиране на сестринските здравни грижи в отделенията по нервни болести като предпоставка за тяхното измерване, оценяване и повишаване на качеството.

На базата на получените данни, направените анализи и изводи предлагаме адаптиран и допълнен Модел за адаптиране и оценяване на качествени сестрински грижи в клиниките/отделенията по нервни болести на лечебните заведения и Програма за превенция на Бърнаут синдром (Синдром на Емоционално изпепеляване или Професионално изчерпване).

6. МОДЕЛ ЗА АДАПТИРАНЕ И ОЦЕНЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ В КЛИНИКИТЕ/ ОТДЕЛЕНИЯТА ПО НЕРВНИ БОЛЕСТИ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ.

На базата на получените данни и направените анализи и изводи предлагаме адаптиран и допълнен Модел за адаптиране и оценяване на качествени сестрински грижи в клиниките/отделенията по нервни болести на лечебните заведения.

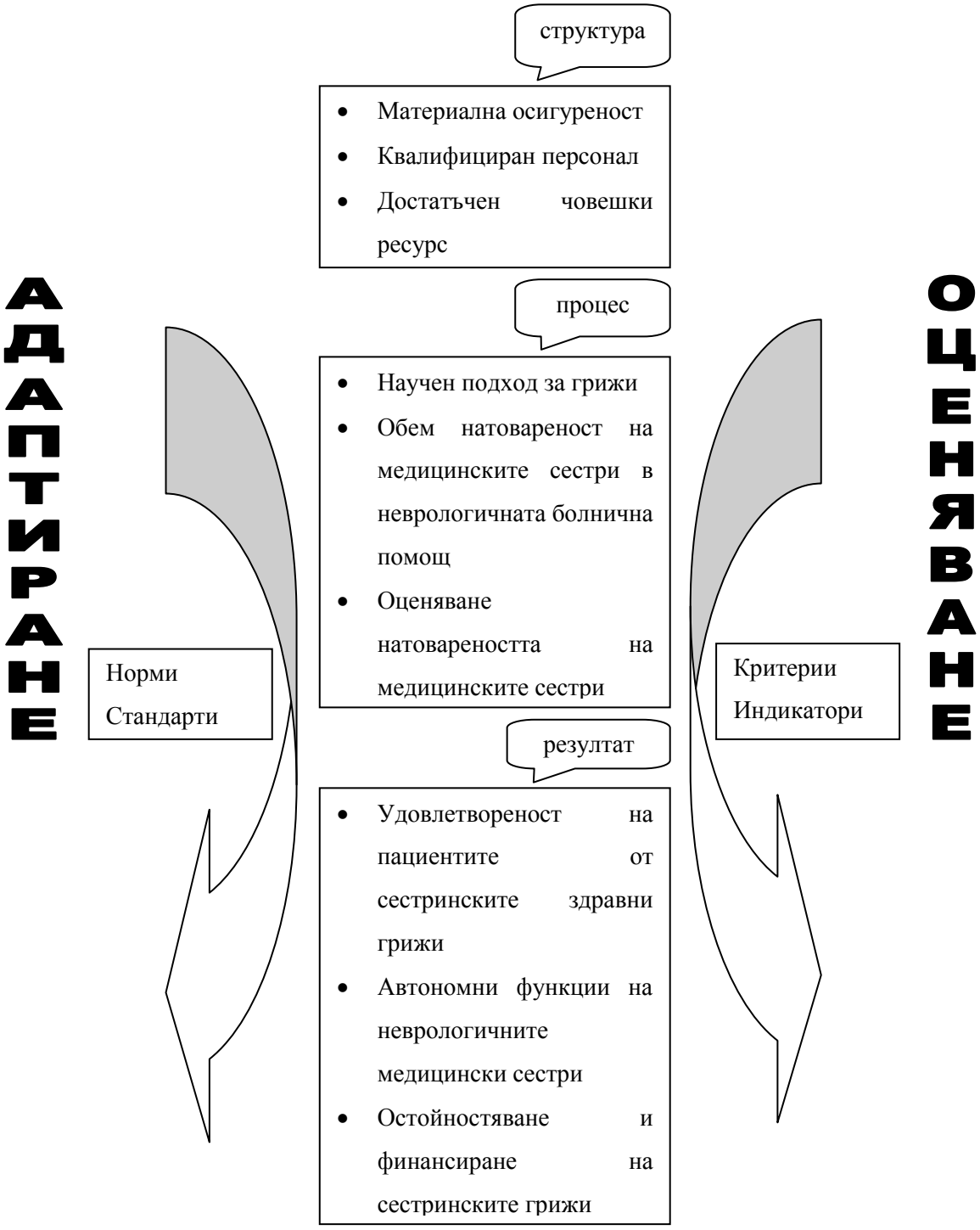
В сферата на здравеопазването при управлението на сестринските здравни грижи са разработени различни концептуални модели.

Процесите на осигуряване на сестринските грижи в неврологичните отделения са насочени към основните елементи от процеса на обгрижване на пациента. Групирани са в следните направления:

- структура;
- процеси;
- резултати.(63)

За да се осъществят качествени сестрински грижи в неврологичната болнична помощ е необходимо да се базира на политика за качество на грижите, да бъде осигурен достатъчно обучен и квалифициран сестрински персонал, както и добра материална база. Качеството на сестринските здравни грижи се определя и от процеса, който гарантира стандартите на сестринската практика. Получените резултати се отразяват в документите, за да бъде осъществен текущ и бъдещ контрол 2150и оценка на качеството на сестринските здравни грижи в неврологичните клиники/отделения на лечебните заведения.

Фигура 29. Модел за адаптиране и оценяване на качествени сестрински грижи в клиниките/отделенията по нервни болести на лечебните заведения



Фигурата е допълнена и адаптирана за медицински сестри в неврологичната болнична помощ, съобразно патологията на пациентите и спецификата на сестринските

грижи. По Галина Чанева Дисертационен труд за присъждане на научна степен „Доктор”, „Качество на сестринските грижи в болницата”.(63)

Проблемът за качеството на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ продължава да е особено актуален, поради спецификата на патологията на пациентите с неврологични заболявания и в контекста на протичащите реформи в законодателството.

В международен план сестринските здравни грижи в нерологичните клиники/отделения на болничната помощ се развиват в посока към индивидуален подход за пациента и осъществяване на професионални сестрински грижи, които отговарят на спецификата на потребностите му.

Безмислено е да се разхищава специализиран човешки ресурс в лицето на медицинските сестри и да продължава действащата практика и към момента медицинските сестри да имат секретарски функции и да изпълняват само назначенията на лекаря, без да прилагат сестрински подход.

За повишаване качеството на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ е наложително да се разработи и въведе система за контрол на сестринските грижи, да се мотивират морално и финансово медицинските сестри. Да бъдат остойностени и финансирани положените сестрински грижи, така щото сестринската професия да се утвърди и получи по-висок статут, съобразно съвременните изисквания за високо качество на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ.

7. ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА БЪРНАУТ СИНДРОМ (ПРОФЕСИОНАЛНО ИЗЧЕРПВАНЕ)

7.1. Обосновка на програмата

На основата на получените данни, направените анализи и изводи предлагаме Програма за справяне с професионалното изчерпване, която да сведе до минимум непрекъснатия хроничен стрес на медицинските сестри на работното място в неврологичната болнична помощ, с някои достъпни мерки и мероприятия.

7.2. Цел на програмата

Да се създадат условия и желание за придобиване на знания, умения с цел бързо възтановяване на медицинските сестри, работещи в неврологичната болнична помощ, чрез група мероприятия, насочени към копиране на стреса, оттам и повишаване на качеството на сестринските грижи в неврологичната болнична помощ.

7.3. Характеристика на програмата

За да се минимизира стреса по време на работа и след това медицинските сестри, работещи в неврологичните отделения препоръчваме да придобият техники насочени в четири направления:

- Смяна на характера на мислене на медицинските сестри, работещи в неврологичната болнична помощ;
- Осъзнаване необходимостта от промяна на дихателния режим в екстремно-емоционална ситуация с оглед превенция на емоционалния стрес и въздействие на дихателните упражнения върху емоционалния баланс на медицинските сестри в клиниките/отделенията по нервни болести;
- Засилване на физическата активност и двигателните упражнения, промени дори в стереотипите на движение на медицинските сестри, съобразно спецификата на работа в неврологичните отделения.
- Промяна на хранителния режим с цел копиране на стреса и професионалното изчерпване.

Предложените препоръки, въведени в практиката може да бъдат инструментариум за превенция на хроничния стрес и професионалното изпепеляване, а оттам за осигуряване на високо качество на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ.

7.4. Форми на работа

За да придобият знания и психологични умения за превенция на професионалния стрес, медицинските сестри е необходимо и наложително да участват в организираните мероприятия от маниджмънта на клиниката/отделението, лекционни курсове последвани от семинарни занятия и дискусии, както и практични упражнения.

Препоръчваме за лектори да се поканят водещи специалисти в областта на психиатрията, психолози и други специалисти, а семинарните и практичните упражнения е добре да се провеждат успоредно с работния процес на медицинските сестри в неврологичната болнична помощ.

7.5. Очаквани резултати

- Медицинските сестри да придобият знания и умения за превенция от професионалния стрес, а заедно с това да разпознават симптомите и последиците от него.
- Медицинските сестри да осъзнаят проблема, да се включат в предложените им мероприятия, да могат да се самоопределят кое за тях е стресогнния фактор в работния процес, така че проблемът да бъде, максимално минимализиран, а оттам - самочувствие и активност на медицинските сестри, както и повишаване качеството на сестринските здравни грижи в клиниките по нервни болести на лечебните заведения.

7.6. Възможни рискове

- Недостатъчно знания и компетенции по управление на здравните грижи;
- Липса на достатъчно човешки ресурс (медицински сестри в неврологичната болнична помощ);
- Значително повишения обем работа на медицинските сестри в клиниките/отделенията по нервни болести на лечебните заведения.

Заключение

За повишаване качеството на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ да се разработи и въведе система с теоретична и практическа насоченост, както и мерки за овладяване стреса на работното място с цел превенция на емоционалното прегаряне и професионално изчерпване е важен фактор за качествени сестрински здравни гражи в неврологичната болнична помощ.

8. ПРЕПОРЪКИ

Решаването на проблема за високо качество на сестринските здравни грижи изисква комплексен подход и решаването на серия досега нерешени проблеми на сестринската професия. Въз основа на проведеното проучване си позволяваме да направим следните препоръки с основна цел оптимизиране и повишаване качеството на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ.

8.1. Към МЗ и НЗОК

Съдействие и търсене на механизми за остойностяване на сестринските здравни грижи като отделен пакет услуги в неврологичната болнична помощ.

8.2. Към МУ, филиалите на МУ и ФОЗ

Медицинските Университети, филиалите на МУ и ФОЗ в страната следва да повишат ефективността на системата за следдипломна квалификация и продължаващо обучение на медицинските сестри. Заедно с това да се създадат и гарантират обективни условия за редовното посещение на курсовете и семинарите, организирани от факултетите по обществено здраве.

8.3. Към БАПЗГ

- Предлагаме да се обсъди ефективна система за продължаващо обучение на медицинските сестри, да се създадат и гарантират условия за редовното посещение на курсовете и семинарите.
- Крайно необходими са нови обстойни проучвания и анализи на психоемоционалните проблеми на сестринския персонал въобще и в частност у работещите в неврологичните стационари (наличие на стрес, Бърнаут синдром и др.). На базата на тези анализи би следвало да се разработят конкретни програми за подобряване условията и организацията на сестринския труд в интерес на повишаване на неговото качество, съвместно с ФОЗ на МУ София и на базата на това да се изготвят научно-базирани препоръки към МЗ.

8.4. Към болничния мениджмънт

- Наложително е болничният мениджмънт да анализира и определи ясни критерии и стандарти за оптимално съотношение броя на „медицински сестри-пациенти” в конкретните болнични стационари, респективно в неврологичните клиники и

отделения на лечебните заведения, съобразени със спецификата на работа. В тази насока безспорна е нуждата от осигуряване на достатъчно медицинси песонал в отделенията. Един от най-големите проблеми, който виждаме, пряко свързан с качеството на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ е застаряването на медицинските сестри и липса на достатъчно работещи медицински сестри в активна възраст в неврологичните клиники и отделения на лечебните заведения.

- Необходимо е да се внедрят проверени и доказани практически подходи за качествени сестрински здравни грижи, насочени главно към индивидуален подход и ефективна комуникация към пациента, достатъчно време за разговори и информиране, умения за работа с досие на пациента и прецизно документиране на сестринските здравни грижи.

8.5. Към МЗ и РЗИ

- Насърчаване и повишаване информираността с по-широко отразяване на дейности, свързани с качеството на сестринските здравни гражи в неврологичната болнична помощ.

8.6. Към здравните политици, законодатели и обществото

- Отдаване на полагащото се внимание към професионалистите по здравни грижи (медицински сестри), споделящи мисията за висок здравен потенциал и осигуряване на по–добро качество на живот за всеки пациент.

❖❖❖

9. ПРИНОСИ

9.1. Приноси с научно-теоретичен характер

1. За първи път у нас е проведено комплексно и задълбочено проучване на качество на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ.
2. За пъви път е изготвен сравнителен анализ на резултатите от проведеното анкетиране на пациенти и анкетираните медицински сестри в клиниките/отделенията по нервни болести на УМБАЛ и ОМБАЛ.
3. Направен е обзор и анализ на добрите практики в чужбина и у нас за оценка на качеството на сестринските здравни грижи.
4. Направени са препоръки към различни държавни институции за промяна на нормативната уредба с цел оптимизиране и повишаване качеството на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ.

9.2. Приноси с практико-приложен характер

1. Разработен е модел за адаптиране и оценка на качествени сестрински грижи в клиниките/отделенията по нервни болести на лечебните заведения, който може и е добре да бъде приложен в неврологичната болнична помощ след обучение на медицинските сестри.
2. Изработена е Програма за превенция на Бърнаут синдром (Синдром на емоционално изпепеляване и Професионално изчерпване).

10. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Атанасова, В**., Л. Георгиева. „Качество на сестринските грижи в неврологичната болнична помощ". Тридесет и шеста научнотехнологична сесия „КОНТАКТ 2015", 30 октомври 2015г. София, Интердисциплинарна гражданска академия, Факултет по обществено здраве, Му-София, НТС по машиностроене „Интердисциплинната идея в действие", Изд. ТЕНТО, София, 2015 , ISSN 1313-9134, стр. 93-98.
2. **Атанасова, В**., Л. Георгиева. „Качество на сестринските здравни грижи съобразно световното и българското законодателство, Тридесет и седма научно-технологична сесия " Контакт 2016", 24 юни 2016, София" Интердисциплинарна гражданска академия, Факултет по обществено здраве, Му-София , НТС по машиностроене, „Гражданската идея в действие", Изд. ТЕНТО, София, 2016 , ISSN 1313-9134, стр.106-114.
3. **Атанасова, В**., Л. Георгиева. „Качество на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ през погледа на пациентите от Отделение по нервни болести на МБАЛ Бургас АД", Тридесет и осма научно-технологична сесия " Контакт 2016", 28 октромври 2016, София,"Интердисциплинарна идея в действие", Изд. ТЕНТО, София, 2016 , ISSN 1313-9134, стр. 225-229.
4. Georgieva **L., V. Atanasova**, B. Borisova. "Professional stress as a determining factor for the qaliti of nursing care in neurological nospital care in Bulgaria", International Journal of Advanced Research (IJAR), Int. J. Adv. Res. 6(2), 1660-1664.
5. **Атанасова, В**., Л. Георгиева. „Удовлетворение пациентов медицинским обслуживанием медсестер и гигиеной в неврологической больнице", Международный научный журнал „Наука и Мир" (№ 3 (55), март).

11. ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, М., А. Москов, Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, Сестринско дело, бр.4, 2001, 20-23.
2. Александрова, М., Комуникация и комуникационни умения при обучението на медицински сестри, Контакт, изд. „ТЕМТО" С., 2007.
3. Александрова, М., Стратегии и технологии в непрекъснатото обучение на медицинските сестри, С., 2007.
4. Апостолов, М., П. Иванова, История на медицината и сестринството, Горекс Прес, София, 1998, 238.
5. Балканска, П., Л. Томов, Здравните и социалните грижи – приоритетни насоки в международната стратегия за действие по политиката за възрастните – 2002, Здравен мениджмънт, С., 2003, 3, 34-38.
6. Борисов, В., Болничен и домашен стационар. В: Ново обществено здравеопазване, С., 1998, т.2, 213-218.
7. Борисов, В., Същност и приоритети на здравната политика, Ново обществено здравопазване, С., 1998, т.1, 38-41.
8. Борисов, В., Медниджмънт на организационната промяна в здравеопазването. Ново обществено здравеопазване, С., 1998, т.1, 322-333.
9. Борисов, В., Синтетична социална медицина, С., 1999, 126.
10. Борисов, В., Специалистът по здравни грижи в управленския процес, Социална медицина, С., 2001, 20-23.
11. Борисов, В., Качество на здравното обслужване, В: Социална медицина, Учебник за медицинските колежи, Акар ПРИНТ, С., 2004, 125-127.
12. Борисов, В. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравиня мениджмънт. 2009, 320.
13. Борисов. В., Мениджмънт на качеството в здравеопазването, В: Здравен мениджмънт, т.1, С., Филвест, 2004, 243-258.
14. Борисов, В., Здравният мениджмънт като функция, В: Здравен мениджмънт, т.1, С., Филвест, 2004, 135-260.
15. Борисова, Б., Р. Златанова. Мнението на пациентите като критерий за здравното обслужване. - В: «Иновации в общественото здраве – проблеми и предизвикателства», 2011.

16. Велчева, Л., Докладването на инцидентите подобрява процесите и намалява грешките, Сестринско дело, бр.4, 2003, 17-24.
17. Воденичаров, Ц., Системата на оценяване – форми и критерии. Хигиена и здравопазване, С., 1993, 1.
18. Воденичаров, Ц., Морални ценности, Ново обществено здравеопазване, С., т. 1, 1998, 497-504.
19. Воденичаров, Ц., Тенденции в съвременните здравноосигурителни системи, Ново обществено здравеопазване, С., т.1, 1998, 260-263.
20. Воденичаров, Ц., Болнично обслужване, В: Социална медицина, Учебник за медицинските колежи, В. Борисов, Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова, Акар ПРИНТ, София, 2004, 108-112.
21. Воденичаров, Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, С., 2006, 75.
22. Воденичаров, Ц., С. Попова, Оценяването в медицинското образование, С., Филвест, 2000, 38.
23. Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, С., 2003, 230.
24. Гънчарова, Г., С. Александрова, А. Велкова. Медицинска етика, ВМИ - Плевен, 2001г.
25. Гатева, Л., Съвременни изисквания към подготовката по етика на професионалистите по здравни грижи, Сестринско дело, 3, 1997, 3-7.
26. Гатева, Л., Уважение към интегритета на пациента – принцип в етиката на здравните грижи, Сестринско дело, 4, 1997, 3-6.
27. Гладилов, Ст., Медицинска помощ и здраве, Икономически аспекти, Здраве, 2002, 7/8, 12-13.
28. Гладилов, Ст., Икономически аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в Република България, С., 2004, 202.
29. Гладилов, Ст., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, С., Princeps, 2003, 398.
30. Гладилов, Ст., Ж. Павлова, А. Чешмеджиева, Цв. Петрова, Икономика на здравеопазването, Ръководство за практически занятия по икономика на здравеопазването, С., Princeps, 2004, 298.
31. Грънчарова, Г., Управление на здравните грижи, ИЦ на МУ – Плевен, 2005, 239-258.

32. Джупанов, А., Г. Боянов, К. Стойчев, Качество, сертификация и държавна гаранция на качеството на военната и специална продукция, УИ „Стопанство", София, 1999, 299.
33. Донали, Дж., Дж. Гибсон, Дж. Иванович, Основи на мениджмънта, Отворено общество, София, 1997.
34. Дракър, П., Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век, „Класика и стил" ООД, С., 2001.
35. Дракър, П., Практика на мениджмънта, „Класика и стил" ООД, С., 2001, 3-21
36. Европейска харта за правата на пациентите, 26.09.2007г.
37. Закон за лечебните заведения,1999, изм. 2005г.
38. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, ДВ бр. 46/03.06.2005г.
39. Закон за здравето ДВ бр.85/2000, изм. Бр.88/2005г., изм. Бр.76/2005г.
40. Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ, бр.70/19 юни 1998г.
41. Закон за висшето образование, ДВ, бр. 27/1995г.
42. Иванов, Л., Мениджмънт на качеството на медицинското обслужване, В: Мениджмънт на здравната организация, Ес Ти Либер, С., 1992, 90-112.
43. Иванова, П., К. Шопова, С. Попова, Проучване върху съвременната историко-медицинска, социално-медицинска и медико-етична учебно-образователна школа, Асклепий, 2002, XV, 15-22.
44. Иванова, Т., А. Димова, Г. Гарева, Качество на здравните услуги, В: Болничен мениджмънт под ред. На проф. Д-р Л. Иванов и доц. д-р Ж. Големанова, „Дийор принт", С., 2005, 260-231.
45. Иванова, Т., Н. Данова, М. Тучева, Ръководство за прилагане на рамков стандарт за палиативни грижи, ФОО, С., 2003, 90.
46. Квалификационна характеристика на МЗ за придобиване на висше образование на обазователно-квалификационна степен - „Бакалавър"от професионално направление „Здравни грижи" за специалността "Медицинска сестра".
47. Кирилов, К., Маркетинг в здравопазването, Класическият маркетинг и маркетинг в здравеопазването, Ново обществено здравеопазване, С., Аквафикс ООД, 1998, 287-296.
48. Кирилов, К., Маркетинг в здравеопазването, АРСО, С., 2001, 160.
49. Кирилов, К., Качества на здравния мениджър, Здравен мениджмънт, С., 1, 2001, 10-14.

50. Костов, Д., Управление на качеството, „Пенсофт", С., 1999, 3-75.
51. К. Лазарова, Тенчев Д., Георгиева Л. Права на пациента в българското здравеопазване съгласно действащата нормативна уредба. *Здравен мениджмънт* 2003, 2: 45-51.
52. Кръстева, Н., Сестрински процес – същност, функции, етапи, Социална медицина, София, бр. 1, 2001, 34.
53. Л. Георгиева. Здравни системи на населението в света. *Здраве на населението в света.* ИК „ГорексПрес", София 2015, 211-227.
54. Л. Георгиева. Методология за разработване на проекти (на английски език). Социална медицина под редакцията на М. Мутафова. Учебник за студенти. АРСО, София 2013, 250-257.
55. Маринов, М., Качество и управление на качеството в здравното заведение, В: Здравната реформа в България II част, Македония прес, 1998, 317-348.
56. Маринова, П., Съвременната медицинска сестра, Социологически, образователни и управленски аспекти, Нов ден, С., 2001, 7-17.
57. Маринова, П., Конфликти в здравеопазването, Възникване, причини и управление, ЕТ „Тодоров – В", Враца, 2002, 85.
58. Маринова, П., Сестрински теории, Грижи за лица с умствени увреждания, Филвест, С., 2002, 49-63.
59. Маркова, Ст., И. Стамболова, Г. Чанева, Стратегия за усъвършенстване на отношението към успешни и рентабилни сестрински грижи. Българска медицина, 1996, 5-6, 73-76.
60. Национален рамков договор, 2017г.
61. Маркова, С., П. Цонов, И. Стамболова, Г. Чанева, Протокол за здравните грижи – средство за качествени здравни грижи, Социална медицина, бр.1/2001, 35-36.
62. Маркова, С., И. Стамболова, Г. Чанева, Автономност и отговорност в сестринската практика, Сестринско дело, бр.2, 2001, 8-12.
63. Медицински стандарти на МЗ, Приложение към чл.1,ал.1, Изм.-ДВ, бр. 106, 2014г.
64. Чанева, Г. Качество на сестринските грижи в болницата. Дисертация, 2006г.
65. Методиката SERVQUAL, като инструмент за измерване на функционалното и техническото качество на услугата. – Медициндски меридиани, 2012, 2.

66. Митова, М., С. Шенкова, С., Младенова, Ролята на педагогическите науки за професионалното формиране на бакалаврите по „Здравни грижи", Сестринско дело, 1999, 2.
67. Маркова, Ст. Статус и проблеми на сестринството в Република България. Сп. Здравни грижи, бр.3, 2005г.
68. Наредба 18 от 20 юни 2005г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, ДВ, бр. 54, 1 юли, 2005.
69. Национална здравна стратегия, Министерство на здравопазването, София, 2001.
70. Наредба N10, Прилижение 2 към чл. 3 от 2 декември 2015г
71. Ново обществено здравеопазване под ред. на В. Борисов, Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, Аквафикс ООД, София, 1998.
72. Основи на болничното управление, под ред. на М. Попов Македония прес, София, 2000.
73. Оценяване в медицинско образование, под ред. на Воденичаров, Ц., С. Попова, Филвест, София, 2000, 133-135.
74. Петков, А., Немска аналитична методика за определяне на необходимостта от сестрински персонал, Социална медицина, бр.2/1996, 32-33.
75. Петков, А., Швейцарска методика за определяне на потребностите от сестрински персонал, Социална медицина, бр.3/1996.
76. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с.
77. Петрова, Зл., В. Младенова. Удовлетвореността на пациента от медицинските услуги - компонент на качеството на здравното обслужване. - Здравен мениджмънт, 2003, 3, 11-15.
78. Петрова, Зл., Ролята на националната здравноосигурителна каса в политиката за качеството на здравеопазването: концепция за качеството на здравеопазването, Здравен мениджмънт, т. 2,3, 2002, 5-6.
79. Петрова, Зл. Медицинският одит – между традицията и иновацията. – Медицински меридиани, 2010, 1, 3-10.
80. Петрова, Цв., Ж. Павлова, Някои аспекти в цените и ценообразуването на стационарните лечебни заведения, Здравен мениджмънт, 2, 2004, 43-47.
81. Попов, М., Б. Давидов, М. Маринов, Хуманизираната болница, С., 2000, 155.
82. Попова, С., Социалната роля на медицинската сестра, Сестринско дело, 1996, 1.

83. Попова, С., Хронична болест и промоция на здравето, Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, ГорексПрес, С., 2001, 34-41.
84. Попова, С., Формиране на умения на пациента за справяне с психосоциални проблеми. Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, ГорексПрес, С., 2001, 133-137.
85. Попова, С., Развитие на сестринството – приоритетни въпроси. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 7-12.
86. Попова, С., Образователни стратегии за справяне с различни здравни проблеми. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 7-12.
87. Попова, С., Комуникация в сестринството – бариери за ефективна комуникация. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 63-70
88. Попова, С., Мониторинг и оценка на консултацията в сестринската практика. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 71-80.
89. Попова, С., К. Юрукова, Комплексни програми за промоция на здравето, Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, ГорексПрес, С., 2001, 25-33.
90. Ръководство за стандарти в сестринската практика на Световната здравна организация,1984г.
91. Рибов, М., Системи за качество, УИ „Стопанство", София, 2000, 358.
92. Ритър, С., Ръководство по психиатрично сестринство. Принципи и процедури, Фондация Невронауки и поведение, София, 1995, 317.
93. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013-2020г.
94. Спасов, Ц., Изследване на начина на взимане на решения в клиничната ситуация от медицински сестри, работещи в пет различни държави, Сестринско дело, бр. 1, 2003, 29-31.
95. Стамболова, В. Мениджмънт и етика в общата медицинска практика. 2008, 104.
96. Стефанов, Н., Управление на качеството, стратегически, оперативни аспекти, подходи и техники, Сиела, С., 2001, 173.
97. Стефанов, Н., Хр. Радев, И. Буров, В. Станчева, Р. Воденичаров, Управление на качеството, С., ИК „Труд и право", 2004, 17-250.

98. Савова, З., Превенция на стрес и професионално изчерпване, Симолини 94, 2012

99. Сурчева, Ж., Признанието за сестринския труд и мениджърите, Здравен мениджмънт, т.2,2,2002, 45-47.

100. Тончева, С., С. Борисова, Планът за сестрински грижи – фактор, повишаващ ефективността на здравното обслужване, Социална медицина, бр. 1, 2004, 35-36.

101. Тончева, С., Р. Велкова, Сестринска диагноза, Здравни грижи, бр. 3, 2004.

102. Цонов, П., Информационният обмен в медицинската практика, Хигиена и здравеопазване, София, бр.2, 1999.

103. Цонов, П., Г. Чанева, И. Стамболова, Специфичната документация като „работен инструментариум", Поредица медицински преглед: Медицински мениджмънт и здравна политика, бр.1, 2002.

104. Чакърова – Гатева, Л., Професионална етика за специалисти по здравни грижи, Булгарика, София, 2001, 179.

105. Чакърова – Гатева, Етичната подготовка на медицинските сестри, Сборник доклади и съобщения, Юбилейна научна конференция „200 години от рождението на д-р П. Берон", Сливен, 27-28 октомври, 2000, Известия на съюза на учените, 2002, 4, 58-59.

106. Чамов, К., Международно здравно сътрудничество, Ново обществено здравопазване, С., Аквографикс ООД, 1998, 248-259.

107. Чамов, К., Съвременната здравна политика и медицинската сестра, Здравен мениджмънт, 2001, 1, 17-21.

108. Чамов, К., Роля и място на медицинската сестра в условията на съвременния мениджмънт, Социална медицина, 2002, 10 (1), 18-22.

109. Чанева, Г., Критерии за качество на здравните грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, 2003, с. 89-93.

110. Чанева, Г., И. Стамболова, Качество на здравните грижи. Протокол за здравните грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, 2003, 79-83.

111. Чанева, Г., И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, 2003, 94-100.

112. Черкезов, Т. Вътрешният одит – нова перспектива в управлението на качеството. – Медицински меридиани, 2017, 1, 3-10.

113. Черкезов, Т. Удовлетвореност на пациентите от болнично лечение. – Медицински меридиани, 2013, 3, 15-22.
114. Черкезова, Л., Тр. Трендафилов, Сравнително проучване на мнението на пациенти за културата на медицинското обслужване, оказвано от медицинските сестри в столични поликлиники, Медицински работник, С., МФ, 1990, 7-8, 23.
115. Черкезова, Л., Някои стимули и ограничители за трудово поведение на медицинските сестри, Медицински работник, С., МФ, 1990, 7-8, 27.
116. Черкезова, Л., Р. Петкова, Влечение на колектива за формиране на отношението на медицинските сестри към своя труд, Медицински работник, С., МФ, 1990, 2, 29.
117. Чобанянева, И., А. Димова, Управление на качеството в здравеопазването, ИК Стено, Варна, 2004.
118. Шипковенска, Е., Л. Георгиева, Генчо Генчев, Пламен Димитров, Йорданка Борисова, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, Делфи, София, 2002, 162.
119. Шипковенска, Е., П. Цонов, Ст. Христова, Здравна реформа от гледна точка интересите на пациента, Социална медицина, С., 1996, 3, 5-6.
120. Шопов, Д. Качество на медицинското обслужване в терапевтичните болнични отделения. Дисертация, 2008, 181.
121. Шопова, К., Въпроси на дехуманизацията в сестринската практика, Социална медицина, 2002, 4, 19-21.
122. Юрукова, К., Терапевтичното поведение – умения за вербална и невербална комуникация. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 93-99.
123. Abrams, R., Monitoring Quality Builds Capacity, In: Nursing productivity: The Hospital's Key to Survival and Profit, Roxane Spitzer, S-N Publications, Inc., Chicago, 1986, 63-77.
124. Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organizational support, and quality of care: cross-national findings. International Journal for Quality in Health Care, 14, 5-13.
125. Ames, A., Perrin, J.M.: Collaborative practice: The Joining of two professions. J. Tenn Med Assoc 73 (8): 557-560, 1980.
126. Aragon, S. et al. Patient satisfaction questionnaires equally acceptable to patients. − Evidence-based Healthcare, 8, 2004, № 3, 125-127.

127. Arthur, D., (1995). Measurement of the professional self-concept of nurses: developing a measurement instrument. Nurse Education Today, 15, 328-325.
128. Attree, M., Patients' and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care, Journal Adv. Nursing, 2001, Feb., 33(4), 456-66.
129. Beckmann, U., Baldwin, I., Durie, M., Morrison, A., & Shaw, L., (1998). Problems associated with nursing staff shortage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australia Incident Monitoring Study (AIMS-ICU). Anesthesia and Intensive Care, 26, 396-400.
130. Bednash, G. (2000). The decreasing supply of registered nurses: inevitable future or call to action? Journal of the American Medical Association, 283, 2985-2987.
131. Beeken, J.E. (1997). The relationship between critical thinking and self-concept in staff nurses and the influence of these characteristics on nursing practice. Journal of Nursing Staff Development, 13, 272-278.
132. Bernardin, H.J, Beatty, R.W.: Performance Appraisal: Assessing Human Behavior at Work. Boston, Kent, 1984.
133. Bernier, M., Démarche de soins individualisés pour une qualité des soins ou du raisonne, ent diagnostique a la pratique clinique en soins infirmiers, In: Actes des journées d'étude; Arcachon; 1996, 51-58.
134. Berthou, A., Outils de mesure de la charge en soins infirmiers, IfG, 1995, 141.
135. Black, M.A., Medical nursing, Second Edition, Sprighouse Corporation, Pennsylvania, 1995, 119-180.
136. Blaney D, Hobson C: Cost-effective nursing practice, Philadelphia, 1988.
137. Blaney D, Hobson C: Development and psychometric analysis of a scale to measure attitude toward cost effectiveness in nursing. In Waltz C.F, Strickland OL: Measurement of Nursing Outcomes. NY, Springer.
138. Blaney D, Hobson C., McHenry J.,: Improving the cost effectiveness of nursing practice in a hospital setting, J Contin Educ Nurs.
139. Boyle, K., Power in nursing: A collaborative approach. Nurs Outlook 32: 164-167, 1984.
140. Bradshaw, L. (1999). A service in crisis? Reflections on the shortage of nurses in the British National Health Service. Journal of Nursing Management, 7, 129-132.
141. Bryant, R., M. Graham, T. Tigar, Advanced practice nurs: a study of client satisfaction, Journal American academy nursing practice, Feb., 2002, 14(2), 88-92.

142. Buerhaus, P.I., Staiger, D.O., & Auerbach, D.I. (2000). Implications of an aging registered nurse workforce. Journal of the American Medical Association, 283, 2948-2954.
143. Business Week: How A&P pattens profits by sharing them. December 22, 1986, p 44.
144. Burhin, F., D. Elkai, Système qualité et services de soins: position charnière du personnel, In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 1998, 5-40.
145. Carrol, S.J., Schneier, C.E.,: Performance Appraisal and Review Systems. Glenview, IL, Scott, Foresman, 1982.
146. Champion-Daviller, M.N., Diagnostics infirmiers, normes du qualité des soins et accréditation, In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 1998, 79-94.
147. Chauvel, A., Résoudre un Problème: Méthode outils pour une meilleure qualité, Dunod, Paris, 1992, 65-72.
148. Clark, K., L.B. Normile, Critical care admissions criteria in community based hospitals: a pilot study with implications for quality management, Journal Nursing care Quality, 2000, Oct. 15(1): 32-41.
149. Cowin, L. (2001). Measuring nurses' self-concept. Western Journal of Nursing Research, 23, 313-325.
150. Creasia, J., B. Parker, Instructor's manual for Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice, Mosby-Year Book, 1991, 16-18.
151. Curtin, L., Nursing in the year 2000: Learning from the future. Nurs Man 17: 7-8, 1986.
152. Curry, J.P., Wakefield, D.S., Price, J.L., et al: Determinants of turnover among nursing department employees, Res Nurs Health 8:397-411, 1985.
153. Dracup, K., Critical Care Nursing, In: Annual review of nursing research, vol. 5, 1987, 107-133.
154. Dufour, O., Diagnostics et Clinique infirmière pour la qualité des soins, In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 1998, 49-61.
155. Edgerton, S., Philosophical Analysis, In: Paths to knowledge: Innovative Research Methods for Nursing, National League for Nursing, NY, 1998, 169-182.
156. Feldstein, P., The market for registered nurses, In: Health care economics, Third edition, Delmar publishers inc., 1988, 406-436.
157. Fink-Aaron, S., et al., Improvement Program in non-veterans administration hospitals: initial demonstration of feasibility, Annual surgical, 2002, Sep,: 236(3): 344-53.

158. Formarier, M., G. Poirier-Coutansais, Initiation a la recherché en soins infirmiers, Lamarre-Poinat, Paris, 1988, 111-112.
159. Guide de l'utilisateur – Système PRN, Entente des Hôpitaux Luxembourgeois, Révision le 22 nov. 1999, 129.
160. Guide PLAISIR, EROS, 1993, 197.
161. Guide pour la mise en place d'une démarche qualité a l'hôpital sous la coordination de la Délégation a l'évaluation médical, Direction de la prospective et de l'information médicale, Edition: Délégation a la Formation et a la Communication, Assistance publique hôpitaux de Paris, 1995, 113.
162. Gordon, M., Nursing diagnosis : process and application, Second edition, McGraw-Hill Book Company, 1987, 515.
163. Hakel, M. D: Personal selection and placement. Ann Rev Psychol 37: 351-380, 1986.
164. Health care reforms. The Ljubljana Charter on reforming health care. Health Care Trans., 1, 1997, N 3,7.
165. Hemsley-Brown J., & Foskett, N.H. (1999). Career desirability: young people's perceptions of nursing as a career. Journal of Advanced Nursing, 29, 1342-1350.
166. Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. Psychological Review, 94, 319-340.
167. Hobson, C.J., Gibson, F.W.: Capturing supervisor rating policies: A Way to improve performance appraisal effectiveness. Personnel Admin 29 (3): 59-68, 1984.
168. Hobson, C.J. Hobson R.B., Hobson J.J.: Why managers use criticism instead of praise. Supervisory Management 30 (3): 24-31, 1984.
169. Hobson, C.J., Meade, M. E., Soverly, D: CE: Out-dated notions can't update nurses. Nurs Man 16: 35-38, 1985.
170. Hospital discharges fall below 150 per 1,000. Washington Actions on Health, October, 13, 1986.
171. Ivancevich, J., M., Matteson, M.T.,: Organizational Behavior and Management. Plano, TX, Business Publications, 1987.
172. Jacobs, Ph., G. Deloughery, Economics of health care, In: Issues and trends in nursing, Grace Deloughery, Mosby Year Book, St. Louis, 1991, 67-94.
173. Johnson, J.E. (2000). The nursing shortage: from warning to watershed. Applied Nursing Research, 13, 162-163.99
174. Kenney, J., The evolution of nursing science and practice, In: Issues and trends in nursing, Grace Deloughery, Mosby Year Book, St. Louis, 1991, 31-65.

175. Kerouac, S., J. Pepin, F., Ducharme, A. Duquette, F. Major, La pensée infirmière: conceptions et stratégies, Editions Maloine, 1994, 97-134.
176. Knafl, K., K. Cavallari, D. Dixon, The Organizational Context of Nursing Care, In: Pediatric Hospitalization: Family Nurse Perspectives, Scott Foresman and Company, USA, 1988, 201-218.
177. Kovner, Ch., Ch. Jones, Ch. Zhan, P. Gergen, J. Basu, Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996, Health Service Research, Jun. 2002, 37(3): 611-29.
178. La méthode SIIPS, Edition Lamarre.
179. Lair-Hillion, M.L., Centre de Recherche Public Santé.
180. Larrabee, J., L. Boldeu, Defining patient-perceived quality of nursing care, Journal Nursing Care Quality, 2001, Oct., 16(1): 34-60; quiz 74-5.
181. Latimer, J., M. Spubler-Gaugban, Quality assurance and Riske Management, In: Management Issues in critical care, Birdsall C., Mosby Year Book, St. Louis, 1991, 113-130.
182. Leddy, S., J. Mae Pepper, Conceptual Bases of Professional Nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1989, 3-61.
183. Ludwig, U. Hospitals in a competitive market in Germany – Opportunities of professional marketing and effective communication. - In: Challenges of delivering health in the enlarged Europe – experience and perspectives from member states and associated countries. Proceedings, European Health Conference, Sunny Beach, Bulgaria 2006, 57-65.
184. Madsen, N.L., Harper R. W.: Improving the nursing climate for cost containment. J Nurs Admin 15(3): 11-16p, 1985.
185. McCloskey, J.,: Influence of rewards and incentives on staff nurse turnover rate. Nurs Res 23:239-247, 1974.
186. Meretoja, R., E. Eriksson, H. Leino-Kilpi, Indicators for competent nursing practice, Journal Nursing Management, Mar., 2002, 10(2), 95-102.
187. Morin, D., Mesure de résultants en soins infirmiers: satisfaction des usagers, Researche soins infirmiers, 1999, Sep., 58, 95-102.
188. Mowry, M.M., Korpman, R.A.,: Evaluating automated information systems. Nurs Economics 5(1): 7-12, 1987.

189. Needleman, P. Buerhans, S. Mattke, M. Stewart, K. Zelevinsky, Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals, English Journal medicine, 2002, May, 30, 346 (22): 1715-22.
190. Oermann, M.H., S.L. Dillon, T. Templin, Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives, Journal Healthcare Quality 2000, Nov.-Dec., 22(6) :9-11 ; quiz 12.
191. O'Leary, J., Sh. Wendelgass, H. Zimmerman, Winning Strategies for Nursing Managers, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1986, 114-152.
192. Peters T.J., Waterman R.H.J.,: In Search of Excellence, New York, Harper & Row, 1982.
193. Pietrasik, A., Démarche des soins: mode d'emploi, In: Les guides de l'infirmière: magazine, Lamarre, Paris, 1990, 15-23.
194. Rafferty, A.M., J. Ball, L.H. Aiken, Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care, Quality Health care, 2001, Dec. 10, suppl. 2: 32-7.
195. Rafferty, A.M., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs, 20,43-53.
196. Raymond, G., Improving patient satisfaction: a control chart case study, Journal ambulatory care management, 2002, Jul.25(3): 78-83.
197. Registered Nurses in eleven countries. International Journal of Nursing Studies, 36, 387-396.
198. Rinke, L., Outcome measures in home care: State of the Art, National League for Nursing, New York, 1987, 63.
199. Rinke, L., Outcome measures in home care: vol. I Research, National League for Nursing, New York, 1987, 204.
200. Ritter, B., Diagnostics infirmiers, langage spécifique: un atout pour la qualité des plans de soins; In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 1998, 111-122.
201. Roncoli, M., Whitney, F.,: The limits of medicine spell opportunities for nursing, Nurs Health Care 7(10): 531-534, 1986.
202. Sandovski, U., H. Salmen, M. Bergman, V. Neiman, H. Bessler, M. Djaldehi, Patients' satisfaction with the staff function in an emergency department, Journal emergency medicine, Jun., 2001, 8(2): 117-22.
203. Sarrouille, R., Une expérience de gestion informatisée de la qualité des soins, Informatique et santé: Spriger-Verlag France, Paris, 1989(1): 173-183.

204. Schaffer, P., G. Vaughu, C. Kenner, F. Donohne, A. Longo, Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective, Journal Pediatric Nursing, 2000, Dec., 15(6), 373-7.
205. Schneider B, Schmitt N: Staffing Organizations, 2nd ed Glenview, IL, Scott, Foresman, 1986.
206. Schnee, E. J., Robbins, W.A., Robbins, C.L.: Profit-sharing plan in non-profit hospitals. Nurs Man Feb. 24-27, 1986.
207. Smith, E.F., Michael, W.B., & Gribbons, B. (2007). A construct validity study of a self-concept scale for a sample of hospital nurses. Educational and Psychological Measurement, 57, 494-504.
208. Sovie M, D: A correlation study of nursing patient classification, DRG, other significant patient variables and cost of patient care. In Davis A, Levine E: The National Invitational Conference on Nursing Productivity, April 16-18, 1986.
209. Sovie, M., A. Jawad, Hospital restructuring and its impacts on outcomes: nursing staff regulation are premature, Journal nursing administration, 2001, Dec., 31(12): 588-600.
210. Spitzer, R., Nursing productivity: the hospital's key to survival and profit, S-N Publications, Chicago, Illinois, 1986, p.216.
211. Stinglhamber-Vander Borght, B., Infirmière pп genèse et réalité d'une profession, De Bouck-Westmael, Bruxelles, 1991, 101-105.
212. Strasen, L: Key Business Skills for Nursing Managers. Philadelphia, JB Lippincott, 1987.
213. Tucker, J., The moderators of patient satisfaction, Journal Management medicine, 2002, 16(1): 48-66.
214. Uniform guidelines on employee selection procedures. Federal Register 43, 1978.
215. Wasserfallen, J.B., P. Droz, J. Tissot, La gestion des risqué en milieu hospitalier: exigencies et implications, Review medicine Suisse Romande, 2001, Nov. 121(11): 795-9.
216. Waxman, H., Using Outcomes Assessment for Quality Improvement, In: Outcomes assessment in clinical practice, ed. Sederer, Lloyd, B. Dickey, Williams and Wilkins, Baltimore, 1995, 25-33.
217. Wiard, H.,: Why manage behavior? A case for positive reinforcement. Hum. Resource man 11(2): 15-20, 1972.
218. World Health Organization Regional office for Europe Copenhagen, Nursing standards: toward better care, In: Guidelines for standards of nursing practice, 1984.

219. www.ahrq.gov
220. www.anaes.fr
221. www.espaceinfirmier.com
222. www.icn.ch
223. www.nursingworld.org
224. www.sante.gouv.fr
225. www.who.int
226. www.aar-site.org
227. www.science-spirit.com

12. ПРИЛОЖЕНИЯ

12.1. Анкетна карта за медицински сестри

Въпросникът изследва организацията на сестринските здравни грижи в неврологичната болнична помощ с цел подобряване качеството на сестринските грижи, квалификацията, мотивацията и обучението на медицинските сестри.

Анкетата е анонимна и се провежда с научно-практическа цел.

Уважаема госпожо, господине!
Повишаването на културата на медицинското обслужване, както и качеството на сестринските здравни грижи в неврологичните болнични клиники и отделения не би могло да се извърши, без да се проучи мнението на медицинските сестри. Затова най-учтиво ви молим да отговорите на поставените вапроси, като оградите с кръгче номера след избрания от Вас един отговор.

Разчитаме на Вашата отзивчивост!
Предварително Ви благодарим!

I. Обща информация.

1. Пол?

Мъж.....1

Жена.....2

2. Каква степен на професионална квалификация имате?

Базов бакалавър.....1

Бакалавър.....2

Магистър.....3

Друга степен (посочете каква).....4

3. Към коя от посочените възрастови групи принадлежите?

До 25 години.....1

От 25 до 35 години.....2

От 35 до 45 години.....3

От 45 до 55 години.....4

От 55 до 65 години.....5

Над 65 години.....6

4. Семейно положение?

Неженен (неомъжена).....1

Женен(омъжена).....2

Разведен(а).....3

Вдовец(вдовица).....4

Живея на семейни начала без брак.....5

5. В коя болница работите? .....

6. Колко години е общият Ви трудов стаж?

До 5 години.....1

От 5 до 10 години.....2

Над 10 години.....3

7. Колко години е трудовият ви стаж по специалността?

До 1 година.....1

От 1 до 3 години.....2

От 3 до 10 години.....3

Над 10 години.....4

8. Колко години работите в болницата?

До 3 години.....1

От 3 до 10 години.....2

Над 10 години.....3

9. Колко години работите в неврологичната клиника (отделение) ?

До 1 година.....1

От 1 до 3 години.....2

От 3 до 10 години.....3

Над 10 години.....4

10. Каква длъжност заемате в клиниката? .....

11. Изпълнявате ли ръководни функции? .....

12. Откога работите на тази позиция в клиниката?.....години.....месеца

13. По какъв вид договор работите в болницата? .....

II. Качество на сестринските здравни грижи.

Следващите въпроси се отнасят до материално – тихническата база в неврологичната клиника (отделение), медицинските консумативи и подготовката на медицинските сестри за извършване на качествени сестрински грижи. Моля отбележете верния отговор:

		Напълно несъгласен	Несагласен	Донякъде съм съгласен	Съгласен	Напълно съм съгласен
14	Материално-теническата база позволява осъществяването на качествени сестрински грижи в неврологичната болнична помощ.	1	2	3	4	5
15	Медицинските консумативи и материали позволяват извършването на качествени сестрински грижи в неврологичната помощ.	1	2	3	4	5
16	Подготовката, която имате е напълно достатъчна, за да бъдат извършени качесвени сестрински грижи в неврологичната клиника ((отделение).	1	2	3	4	5
17	Автономните функции са опеделени достатъчно ясно и точно.	1	2	3	4	5
18	Съществуващата в сестринската практика документация отразява всички дейности на медицинските сестри в неврологичната клиника(отделение).	1	2	3	4	5

19	Протоколите за здравни грижи, осигуряващи осъществяването на качествени сестрински грижи са въведени във вашата болница (клиника/отделение/ по нервни болести).	1	2	3	4	5

Следващите въпроси се отнасят до Вашата работа в клиниката (отделението). Моля, прочетете
внимателно въпросите и отбележете доколко сте съгласен/а/ или не със следните твърдения.

		Никога Винаги									Понякога
20	Успях подробно да информирам пациента за терапефтичната прицедура, която трябва да се извърши.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	Успях да осигуря добра комуникация с пациентите.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	Успях да обърна достатъчно внимание на нуждите на пациентите.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	Понякога съм толкова уморен/а/ , нямам възможност да се занимавам с изискванията на пациентите.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	Понякога моите лични проблеми влияят върху качеството на сестринските здравни грижи, които предлагам.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	Персоналът не е достатъчно защитен при работа с пациенти с хепатит, СПИН и др.; не сме ваксинирани и не носим ръкавици; има риск от инфекции и за другите пациенти.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	Успях да осигуря качествени сетрински здравни грижина всички пациенти независимо от тения пол, възраст, етническа принадлежност, местоживеене, сексуална	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	ориентация, религиозни убеждения, социално – икономически статус или образователно равнище.										
27	Успях да общувам ефективно с всички пациенти, независимо от тяхното образователно ниво.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	За да осигури добра грижа клиниката разчита на близките на пациентите, които поемат част от всекидневните грижи за пациента.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

		Напълно недостатъчно	Не е достатъчно	Донякъде е достатъчно	Достатъчно е	Напълно е достатъчно
29	Достатъчно ли е времето, което отделяте за прием на пациента, за да го запознаете с правилника за вътрешния ред на клиниката до настаняването му на определеното за него легло?	1	2	3	4	5
30	Достатъчно ли е времето, което отделяте за разговори с пациента, за да се запознаете с проблемите му и да предоставите необходимата за него информация?	1	2	3	4	5
31	Достатъчно ли е времето, което отделяте за извършване на назначените манипулации?	1	2	3	4	5
32	Достатъчно ли е времето, което отделяте, за да запознаете пациентаза назначените изследвания, които му предстоят?	1	2	3	4	5
33	Достатъчно ли е времето, което отделяте при неговото изписване?	1	2	3	4	5

		Никога	Много рядко	Понякога	Много често	Винаги
34	Отговарям за твърде много пациенти по	1	2	3	4	5

	време на смяна.					
35	Трябва да работя много бързо.	1	2	3	4	5
36	Клиниката е много шумно място.	1	2	3	4	5
37	Имам твърде много документация за попълване.	1	2	3	4	5
38	Няма достатъчно персонал за броя пациенти, за които се грижим.	1	2	3	4	5
39	Има недостиг на консумативи, необходими в работата ни.	1	2	3	4	5

		Никога	Много рядко	Понякога	Много често	Винаги
40	Оборудването в болницата създава проблеми.	1	2	3	4	5
41	Йерархията в моята клиника/отделение / е много стриктна.	1	2	3	4	5
42	Ролите в моята клиника/отделение/ не са ясни.	1	2	3	4	5
43	Ръководството на моята клиника /отделение/ не е справедливо.	1	2	3	4	5
44	Липсва сътрудничество между мен и персонала в клиниката.	1	2	3	4	5
45	Често мисля какво се случва в работата, докато съм в къщи.	1	2	3	4	5
46	Не знам как да се справя с отрицателните си чувства, когато съм на работа.	1	2	3	4	5
47	Има голямо съревнование между мен и колегите ми.	1	2	3	4	5
48	Налага се да се справям с вербално агресивни пациенти.	1	2	3	4	5

49	Страхувам се, че мога да сбъркам.	1	2	3	4	5
50	Трябва да взимам решения в условия на липса на достатъчно време.	1	2	3	4	5
51	Няма възможност да решавам самостоятелно как да върша работата си.	1	2	3	4	5
52	Трябва да обучавам новите си колеги.	1	2	3	4	5

III Вие Вашата работа и обучение.

Моля, прочетете внимателно всяко твърдение и решете дали сте се чувствали така по отношение на вашата работа и Вашата мотивация да я вършите. Ако никога не сте се чувствали по подобен начин, отбележете отговор нула „О" след съответното твърдение. Ако все пак някога сте се чувствали по подобен начин, посочете колко често, като отбележите цифрата от 1 до 6, която най-точно описва колко често сте се чувствал/а/ по съответния начин.

		Никога	Няколко пъти годишно или по-рядко	Веднъж месечно или по-рядко	Няколко пъти месечно	Веднъж седмично	Няколко пъти седмично	Всеки ден
53	Чувствам се емоционално уморена от работата си.	0	1	2	3	4	5	6
54	Чувствам се изтощен/а в края на работния ден.	0	1	2	3	4	5	6
55	Работата с хора по цял ден е голямо напрежение за мен.	0	1	2	3	4	5	6
56	Чувствам се емоционално и физически изцеден/а от много работа.	0	1	2	3	4	5	6
57	Притеснявам се,че работата ме прави все по-нечувствителен/а.	0	1	2	3	4	5	6

58	Чувствам се разочарован/а от работата си.	0	1	2	3	4	5	6
59	Чувствам, че работя прекалено много на работното си място.	0	1	2	3	4	5	6
60	Пряката работа с хора ми причинява твърде много стрес.	0	1	2	3	4	5	6
61	Чувствам се на края на силите си.	0	1	2	3	4	5	6
62	Смятам, че пациентите обвиняват мен за някои от своите проблеми.	0	1	2	3	4	5	6
63	Чувствам се изморена, когато се събудя сутрин и трябва да отида отново на тази работа	0	1	2	3	4	5	6
64	Станах по-безчувствен/а към хората, откакто работя тази работа.	0	1	2	3	4	5	6
65	На работа се чувствам преливаща от енергия.	0	1	2	3	4	5	6
66	Намирам, че работата, която върша, е изпълнена със смисъл и цел и ме мотивира.	0	1	2	3	4	5	6
67	На работа се чувствам силен/а и енергичен/а.	0	1	2	3	4	5	6
68	Работата ми ме изпълва с ентусиазъм.	0	1	2	3	4	5	6
69	Работата ми ме вдъхновява.	0	1	2	3	4	5	6
70	Когато се събудя сутрин имам желание да отида на работа.	0	1	2	3	4	5	6
71	Гордея се с работата, която върша.	0	1	2	3	4	5	6
72	Мога да работя дълго време без прекъсване.	0	1	2	3	4	5	6
73	Работата ми е предизвикателство за мен.	0	1	2	3	4	5	6

		Никога	Няколко пъти годишно или по-рядко	Веднъж месечно или по-рядко	Няколко пъти месечно	Веднъж седмично	Няколко пъти седмично	Всеки ден
74	На работа съм много устойчив/а психически и физически.	0	1	2	3	4	5	6

75	На работа винаги съм упорит/а, дори когато нещата не вървят добре.	0	1	2	3	4	5	6
76	Работата ми носи истинско удовлетворение.	0	1	2	3	4	5	6

Тази част от въпросника се състои от прилагателни, които описват различни чувстваи емоции. Моля, отбележете до каква степен сте се чувствали по този начин през изминалата седмица.

1 2 3 4 5

Съвсем малко Малко Умерено Доста Иключително или много изобщо не

77.....Разстроен/а

78.....Враждебен/а

79.....Бдителен/а

80.....Засрамен/а

81.....Вдъхновен/а

82.....Нервен/а

83.....Решителен/а

84.....Внимателен/а

85.....Изплашен/а

86.....Активен/а

87.....Мотивиран/а

Следващите въпроси са относно Вашето обучение. Моля, прочетете въпросите и оградете с кръгче номера след избрания от Вас отговор.

88 Обучавани ли сте на професионална комуникация, като форма на продължаващо следдипломно обучение?

Не съм обучавана/а 1

В общуването разчитам на възпитанието си.....2

Само съм информиран/а.....3

Обучаван/а съм.....4

89. Участвате ли в обучителни колегиуми и семинари, проведени във Вашата болница /клиника/?

Не участвам.....1

По-скоро не.....2

По-скоро да.....3

Участвам.....4

90. Участвате ли ежегодно в курсовете и семинарите за следдипломна квалификация и продължаващо обучение, организирани от ФОЗ на МУ София, други медицински университети и БАПЗГ?

Не участвам.....1

По-скоро не.....2

По-скоро да.....3

Участвам.....4

❖❖❖

12.2. Анкетна карта за пациенти

Анкетна карта (Въпросник)

за проучване мнението на болни, лекували се в неврологични клиники и отделения на университетски и многопрофилни болнични заведения, относно качеството на сестринските здравни грижи.

Анкетата е анонимна!

Провежда се с научно-практическа цел

Уважаема госпожо, господине

Повишаването на културата на медицинското обслужване, както и качеството на сестринските здравни грижи в неврологичните болнични клиники и отделения не би могло да се извърши, без да се проучи мнението на болните. За това най-учтиво ви молим да отговорите на поставените вапроси, като оградите с кръгче номера след избрания от Вас един отговор. На въпроси N 9, 10, 16, 17, 20 и 23 се допуска да изберете повече от един отговор.

Разчитаме на Вашата отзивчивост!
Предварително Ви благодарим!

1. В коя Университетска или Многопрофилна боиница, неврологична клиника/отделение/ се лекувахте? (посочете тази болница и неврологично отделение, от което сте изписани).

2. Колко пъти сте лекувани в това неврологично отделение /клиника/?

Постъпващи за първи път.....1

Постъпващи за втори път.....2

Многократно постъпващи.....3

3. Колко дни се лекувахте в това неврологично отделение(клиника)?

От 1 до 3 дни.....1

От 4 до 6 дни 2

От 7 до 9 дни 3

От 10 до 14 дни 4

От 15 до 20 дни.....5

Над 20 дни.....6

4. Удовлетворени ли сте при постъпване в неврологичното болнично отделение?

Много съм доволен.....1

Доволен съм 2

Донякъде съм доволен.....3

Не съм доволен 4

Много съм недоволен.....5

5. Удовлетворени ли сте от сестринските здравни грижи за по- лесна адаптация при постъпване в неврологичното болнично отделение (клиника)?

Много съм доволен.....1

Доволен съм 2

Донякъде съм доволен.....3

Не съм доволен 4

Много съм недоволен.....5

6. Удовлетворени ли сте от отношението на медицинските сестри?

Много съм доволен.....1

Доволен съм 2

Донякъде съм доволен.....3

Не съм доволен 4

Много съм недоволен.....5

7. Колко време от постъпването Ви в отделението бяхте настанен на болничното легло?

Веднага.....1

От ½час до 1час.....2

След повече от 1 час.....3

8. След настаняването Ви в отделението/клиниката/, кой Ви разясни вътрешния ред?

Лекар.....1

Медицинска сестра.....2

Санитар.....3

Друг болен.....4

Други лица.....5

Не ми е разяснен вътрешния ред.....6

9. Довлен ли сте от обслужването на медицинските сестри, от качеството на сестринските здравни грижи?

Доволен съм от всички.....1

Доволен съм, но не от всички 2

Не съм доволен от нито една медицинска сестра..... 3

10. Ако не сте доволни от обслужването на медицинските сестри, както и от качеството на сестринските здравни грижи, какво бихте желали да се промени в отношенията и обслужването им към пациентите?

Доволен съм от обслужването и сестринските грижи.....1

Да бъдат по-контактни.....2

Да бъдат по-информирани.....3

Да ми вдъхнат доверие в сполучливия изход от заболяването... 4

Да ми отделят повече време за съвети по изпълнение

на назначеното лечение.....5

Да се отзовават своевременно на повикване.....6

Да бъдат по-внимателни и отговорни при

извършване на манипулациите.....7

Да съблюдават по високо качество при

извършване на сестриските здравни грижи.....8

11. Удовлетворени ли сте от организацията на болничното хранене?

Много съм доволен.....1

Доволен съм 2

Донякъде съм доволен.....3

Не съм доволен 4

Много съм недоволен.....5

12. Ако не сте доволен от храната кои са причините за това?

Доволен съм.....1

Не се спазва назначената диета.....2

Не е достатъчно по количество.....3

Занижени са вкусовите качества на общата храна.....4

Не е разнообразна.....5

Други причини.....6

13. Кой най-често Ви раздаваше храната?

Медицинска сестра.....1

Санитар.....2

Друг болен.....3

Друго лице.....4

14. Осигуряваше ли се при необходимост извънредна подмяна на болничното Ви бельо?

Не ми се е налагало.....1

Осигуряваше с винаги.....2

Осигуряваше се, но не винаги.....3

Не се осигуряваше.....4

15. Кои най-често подменяше болничното Ви бельо?

Медицинската сестра.....1

Санитар.....2

Придружител.....3

Друг болен.....4

Сам си го подменях.....5

Друго лице 6

Не е подменяно изобщо.....7

16. При неоходимост кой Ви даваше подлога?

Не ми се е налагало да ползвам подлога.....1

Медицинска сестра.....2

Санитар.....3

Придружител.....4

Друг болен.....5

Друго лице.....6

Не мога да отговоря.....7

17. При медицинското Ви обслужване извън неврологичната клиника/отделение/ (изследвания, консултации и др.) кой Ви придружаваше?

Не ми се е налагало 1

Медицинска сестра.....2

Санитар.....3

Придружител.....4

Друг болен.....5

Друго лице.....6

Не мога да отговоря.....7

18. Беше ли Ви осигурена необходимата тишина?

Беше осигурена напълно.....1

Беше осигурена отчасти.....2

Не беше осигурена.....3

19. Удовлетворен ли сте от грижите за личната Ви хигиена?

Много съм доволен.....1

Доволен съм 2

Донякъде съм доволен.....3

Не съм доволен 4

Много съм недоволен.....5

Не мога да отговоря.....6

20. Какво е общото Ви впечатление от хигиената в отделението?

Отлично.....1

Много добро.....2

Добро.....3

Задоволително.....4

Лошо.....5

21. Почувствахте ли някаква болка или дискомфорт по време на изследванията и сестринските манипулации в неврологичното отделение?

Не.....1

Да.....2

Трудно ми е да отговоря.....3

22. Правеше ли се всичко възможно от страна на медицинските сестри, за да бъде облекчена болката Ви?

Да.....1

По-скоро да.....2

Недостатъчно.....3

Не мога да отговоря.....4

23. Какво според Вас трябва да се промени във Вашата болнична стая?

Условията в стаята ми харесват.....1

Да бъдат по-малко болни в стаята.....2

Да не се смесват по-леко болни с по-тежко болни.....3

Да се поддържа по-добра хигиена.....4

Да се подобри обзавеждането 5

Да не се дава износено болнично бельо

(чаршафи, пижами и др.).....6

Друго.....7

24. Беше ли задоволена нуждата Ви от четене на (книги, брошури и др.) свързани със заболяването Ви?

Нямах нужда от такава литература.....1

Беше задоволена напълно.....2

Беше задоволена отчасти.....3

Не беше задоволена.....4

25. Беше ли задоволена от четене на друга, несвързана със заболяването литература?

Нямах нужда от такава литература.....1

Беше задоволена напълно.....2

Беше задоволена отчасти.....3

Не беше задоволена.....4

26. Беше ли задоволена нуждата Ви от четене на вестници?

Нямах нужда от четене на вестници.....1

Беше задоволена напълно.....2

Беше задоволена отчасти.....3

Не беше задоволена.....4

27. Беше ли задоволена нуждата Ви от гледане на TV?

Нямах нужда от гледане на TV.....1

Беше задоволена напълно.....2

Беше задоволена отчасти.....3

Не беше задоволена.....4

28. Какво е общото Ви впечатление от качеството на сестринските здравни грижи в отделението /клиниката/?

Отлично.....1

Много добро.....2

Добро.....3

Задоволително.....4

Лошо.....5

29. Качеството на сестринските здравни грижи биха ли били приоритет за Вашето решение да постъпите отново в това отделение, за да се лекувате от същото заболяване?

Не бих постъпил.....1

Бих постъпил.....2

Бих се поколебал.....3

30. Вашето социално положение?

Работник.....1

Служител.....2

Учащ се.....3

Пенсионер.....4

Друго.....5

31. Какво завършено образование имате?

Без образование.....1

Начално.....2

Основно.....3

Средно.....4

Полувисше.....5

Висше.....6

32. Към коя от посочените възрастови групи принадлежите?

От 15 до 30 години.....1

От 31 до 45 години.....2

От 46 до 60 години.....3

От 61 до 75 години.....4

Над 75 години.....5

33. Пол?

Мъж.....1

Жена.....

34. Семейно положение?

Неженен (неомъжена).....1

Женен (омъжена).....2

Разведен (а).....3

Вдовец (вдовица).....4

Живея на семейни начала без брак.....5

❖❖❖