

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

МИЛОСЛАВА ДОНЧЕВА ИЛИЕВА

МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
КОРЕМНА ТРАВМА

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН
„ДОКТОР“

Област на висшето образование 7. „Здравеопазване и спорт“
Професионално направление 7.4. „Обществено здраве“
научната специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

ДОЦ. Д-Р ЦВЕТОМИР ИВАНОВ ДИМИТРОВ, ДМ

ДОЦ. Д-Р ТОДОР ДИМИТРОВ ЧЕРКЕЗОВ, ДМ

РЕЦЕНЗЕНТИ

ПРОФ. Д-Р СТАНКА МАРКОВА СТАНЧЕВА, ДМ

ДОЦ. Д-Р ТОДОР ДИМИТРОВ ЧЕРКЕЗОВ, ДМ

София
2018

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

Дисертационният труд съдържа 157 страници и е онагледен с 9 таблици, 32 фигури, 5 схеми и 3 приложения.

Библиографската справка включва 116 заглавия, от които 92 на кирилица и 24 на латиница.

Научно жури:

Доц. д-р Цветомир Иванов Димитров, дм

Доц. д-р Тодор Димитров Черкезов, дм

Проф. д-р Станка Маркова Станчева, дм

Доц. Диана Кръстева Иванова, дм

Доц. Албена Николаева Андонова, дм

Резервни членове:

Проф. Галина Стамова Чанева, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Публичната защита ще се състои на 25.06.2018 г. от 13:00 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 Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София, и на интернет страницата на МУ-София.

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

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение.....	5
I. Цел, задачи и методология на проучването.....	8
1.1. Цел, задачи.....	8
1.2. Хипотеза.....	8
1.3.Обект на проучването.....	9
1.4. Предмет на изследването.....	9
1.5. Техническа единица на наблюдението.....	9
1.6. Логическа единица на изследването.....	9
1.7. Признаци на наблюдение на логическите единици.....	10
1.8. Обем на проучването.....	10
1.9. Място и време на проучването.....	11
1.10. Методи на проучването.....	11
II. Анализ на резултати от проучването.....	13
2. 1. Демографска характеристика на анкетирания ПЗГ.....	13
2.2. Анализ на резултати от анкетно проучване на ПЗГ.....	14
2.3. Демографска характеристика на студентите.....	31
2.4. Анализ на резултатите от проучване на студентите.....	32
III. Управление на хирургични здравни грижи.....	36
Заключение, изводи и препоръки.....	46
Заключение.....	46
Изводи.....	48
Препоръки.....	49
Приноси.....	50
Публикации във връзка с дисертационния труд.....	51

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АМР - антимикробната резистентност

БАПЗГ - Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ВБИ - Вътреболничните инфекции

ГИТ - Гастро-интерстиналния тракт

ЗПОО - Закон за професионалното образование и обучение

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

ИСМО – Инфекции, свързани с медицинското обслужване

МБВ – Механична белодробна вентилация

НСИ – Национален статистически институт

ПВК – Периферна венозна канюла

ПЗГ – Професионалисти по здравни грижи

ПМС - Постановление на министерски съвет

СЗО – Световна здравна организация

ВЪВЕДЕНИЕ

Сестринството е своеобразен синоним на милосърдие. Грижата за човек е основна дейност на сестринската професия, а това изисква качества като търпение, постоянство и професионализъм. Съвкупността от тези качества е подплатена и с вътрешна мотивация и с желание да се помага на страдащия човек. Тези качества са от значение за всяка професия. Но за медицинската са задължителен елемент. В условията на пазарна икономика и промяна на социално икономическите нагласи на работещите в България от значение за постигнатите резултати в работния процес има мотивация за труд. Професията на медицинската сестра е натоварена с големи отговорности и то за живота на човека, което я прави силно стресираща. Професията на медицинската сестра е призвание и всеки отдал се на нея влага много чувства. Медицинските сестри извършват своята професионална дейност в името на доброто на пациента.

Според СЗО над 5 000 000 души годишно загиват от травми, като смъртността при тях е 83,7 % на 100 000 население. Най - висок процент на смъртност е във възрастовите групи между 15 и 29 годишна възраст - 24%, между 30 и 44 годишна възраст – 23%, между 45 и 59 годишна възраст – 15%. Това е най-продуктивната и перспективна в икономическо отношение група. На първо място като причина за травмите се посочват: ПТП – 28%, престъпност 12%, удавяне 10%, отравяне и война - 9%, падания – 8 % и изгаряне – 6 %.

Историята на хирургията е свързана с тази на медицината. Хирургията е възникнала в дълбока древност от нуждата на първобитния човек преди всичко да лекува своите рани,получени от ежедневната битка за оцеляване. Тя се е развивала непрекъснато през вековете. Натрупаните опит и знания, предавани от поколение на поколение, постепенно

довеждат до създаване на определени лечебни системи. За историята писмените сведения и източници са основополагащи. В зависимост от къде идват тези сведения се оформят историческите периоди в Хирургията.

През 1919г. със създаването на първата катедра по хирургия към Медицинския факултет в гр. София се поставя началото и основите за развитието на българската хирургия. Първият ръководител на хирургична катедра е проф. д-р Парашкев Стоянов(1871-1940г.), който има големи заслуги за развитието на хирургията и напредъка на българската медицина. Закритите и откритите увреди на корема в мирно време са доста чести. Това се обяснява със сравнително голямата повърхност на корема спрямо цялото човешко тяло. Във военно време процентът на коремните наранявания е сравнително малък м/у 5 и 8 %, тъй като голяма част от наранените загиват още на бойното поле. Бързото навлизане на индустрията и широкото навлизане на техниката в бита, селското стопанство и транспорта са важни фактори за нарастване на травматизма и по специално на коремния травматизъм. По съвременни данни коремните травми в мирно време съставляват около 20% от всички травми.като преобладават закритите коремни увреди.

През 1918г. се създава Медицинският факултет в София. Спешната хирургия през това време се осъществява от хирургичните отделения на болниците и клиники при Софийския университет. Първоначално Катедра по спешна хирургия се обособява в ИСУЛ, а след това към МА. През 1951г. се създава Института за бърза медицинска помощ „Н.П.ПИРОГОВ“ на база на съществуващата по това време място на болница на Червения кръст. Първия ръководител на Катедрата по спешна хирургия става проф.А.Луканов. След него ръководители стават проф. В. Матеев, проф. Пинкас, и др. допринесли много за развитието на хирургията. Оттогава в

България спешната хирургия се отделя като специален клон на общата хирургия.

Спешната медицинска помощ заема важен дял в общата система и организация на медицинското обслужване на населението. Тя е една от най-главните системи в здравеопазването. Особено важен отдел в спешната медицина е спешната хирургия.

Лечебният процес и грижите за пациенти с коремни травми изискват мултидисциплинарен подход. Положителните резултати зависят от състава на екипа и тясното сътрудничество между членовете му. В центъра на този екип стои медицинската сестра изпълняваща ролята на координатор на всички дейности от лечебния процес. Грижите при пациенти с коремни травми поставя изисквания към базовата подготовка и компетентност на медицинските сестри, като комплекс от знания, умения и професионално поведение с готовността за спешни и навремени интервенции. Прилагането на сестринския процес за адекватни грижи при тези пациенти се основава на познания за патофизиологията, физиологията, целите на лечението и превенцията на усложненията, което е предизвикателство пред професионализма на медицинските сестри.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1.1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване е да се установи информираността и компетенциите на професионалистите по здравни грижи относно поведението при пациенти с коремна травма и да се разработи модел за мениджмънт на здравните грижи и алгоритми за спешни грижи и лечение.

ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Проучване и анализ на европейския опит за основните постановки и модели на сестринските грижи при пациент с коремна травма.
2. Проучване мнението на студентите по специалност „медицинска сестра” относно знанията и уменията за грижите при пациент с коремна травма.
3. Проучване мнението на професионалисти по здравни грижи, работещи в лечебни заведения по отношение на професионалната им подготовка за спешни грижи и лечение на пациент с коремна травма.
4. Разработване на стандартни алгоритми за здравни грижи при пациент с коремна травма.
5. Да се разработи модел за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с коремна травма и спешни състояния за осигуряване на качествено и ефективно лечение.

1.2. ХИПОТЕЗА

Осигуряването на ефективни здравни грижи за пациентите с коремна травма е възможно, чрез повишаване на професионалната квалификация на медицинските сестри от всички структури на здравната система по отношение на грижите за пациенти с коремна травма и въвеждане на

стандартни поведенчески алгоритми в извънболничната и болничната помощ.

1.3. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО са професионалисти по здравни грижи от спешна медицинска помощ, болнична помощ и извънболнична помощ, както и студенти от специалност „медицинска сестра” на ФОЗ при МУ – София.

1.4. ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО – организация и спешност на здравните грижи при пациенти с коремни травми.

1.5. ТЕХНИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА НАБЛЮДЕНИЕТО

Факултет по обществено здраве към Медицински университет – София;

УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД, гр.р. София;

УМБАЛ „Света Анна” АД, гр. София;

МИ - „МВР“, гр.София;

УМБАЛ-„Царица Йоана - ИСУЛ“, гр. София;

Военноморска болница град Варна;

Военна болница, гр. Пловдив;

„Пета МБАЛ“ АД, гр. София;

„Първа МБАЛ“ АД, гр. София;

МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД, гр. Кърджали

1.6. ЛОГИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

- Медицински сестри от различни структури за болнична помощ:
 - ✓ Хирургични отделения;
 - ✓ Операционен блок;
 - ✓ спешни приемни отделения;
 - ✓ спешна медицинска помощ;

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигане на по-голяма точност. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие и сътрудничество на главни и старши медицински сестри; и медицински сестри работещи в спешни медицински центрове в страната и преподаватели на специалност „Медицинска сестра”. Всички сътрудници, които подбрахме, предварително бяха запознати с целта и методиката за извършване на изследването.

- ✓ Студенти от специалност „Медицинска сестра“ след трети семестър на обучение от Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве.

1.7. ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ НА ЛОГИЧЕСКИТЕ ЕДИНИЦИ

- ✓ признаци, определящи професионалните характеристики на респондентите;
- ✓ признаци, свързани с организацията на грижите в лечебни заведения
- ✓ признаци, свързани с потребностите от обучение на медицински сестри и студенти
- ✓ признаци, свързани с информираността на медицински сестри и студенти специалност „медицинска сестра” по отношение на съвременните насоки за грижите, знания и умения при пациент с коремна травма.

1.8. ОБЕМ НА ПРОУЧВАНЕТО

При проучването са включени лица, които са изявили доброволно желание за участието си.

обем на респондентите е 600 броя, от които:

- общият брой на анкетиранияте професионалисти по здравни грижи е 550, както следва:

- ✓ операционен блок –150 на брой;
- ✓ хирургични отделения –150 на брой;
- ✓ спешни приемни отделения – 250 на брой;

- общият брой на анкетиранияте студенти – 3-ти и 4-ти курс – 50 бр.

1.9. МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО:

Проучването е проведено през 2017- 2018 година във ФОЗ на МУ – София, университетски болници в гр. София и многопрофилни болници в гр. Пловдив, гр. Варна и гр. Кърджали. Работата е извършена самостоятелно с разрешение на изпълнителните директори на болниците и декана на ФОЗ на МУ –София. Използвано е сътрудничеството на ръководителите на здравни грижи във всяка болница.

1.10. МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

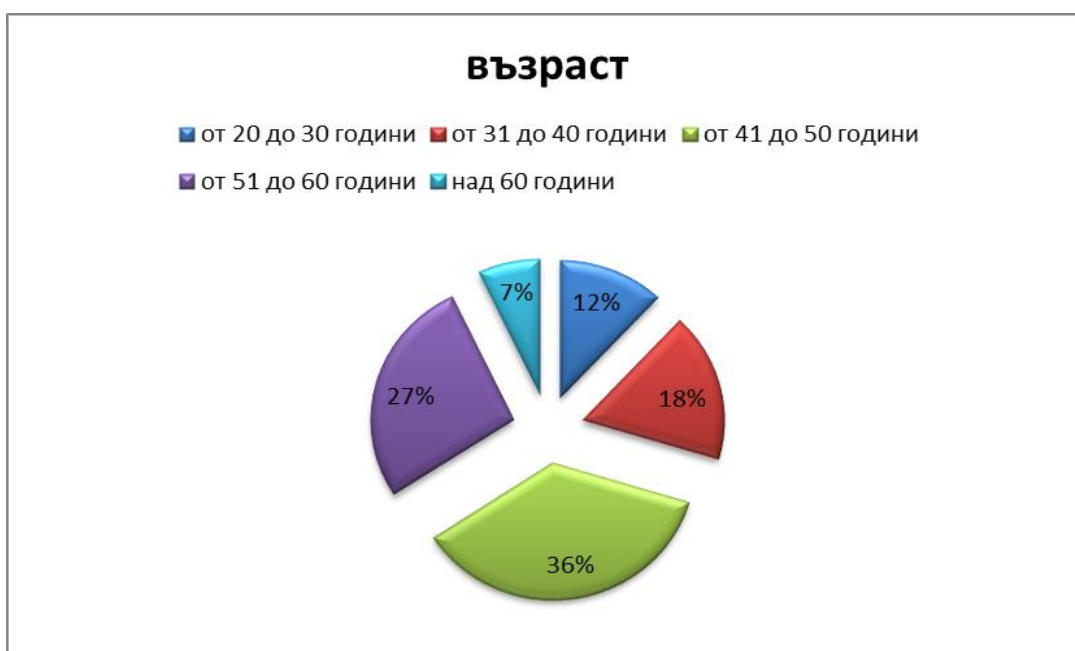
- ✓ **Документален метод** - метод за събиране на информация от специализирана литература, официални документи, нормативни документи;
- ✓ **Социологичен метод** - провеждане на анонимно анкетно проучване на професионалисти по здравни грижи .
 - анкетно проучване на медицински сестри /Приложение 1/. Анкетата съдържа 21 въпроса от затворен тип.
 - анкетно проучване на студенти от специалност „медицинска сестра“ /Приложение 2/
- ✓ **Статистически метод**

- Първоначалната обработка и въвеждане на данните са осъществени със специализиран продукт, а статистическата обработка - с помощта на програмен продукт SPSS и STATISTICA

II. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

2.1. Демографска характеристика на анкетираните ПЗГ

Проучването сред работещите ПЗГ в лечебни заведения за болнична помощ има за цел да установи информираността и компетенциите, относно алгоритъма на поведението и грижите при пациенти с коремна травма .



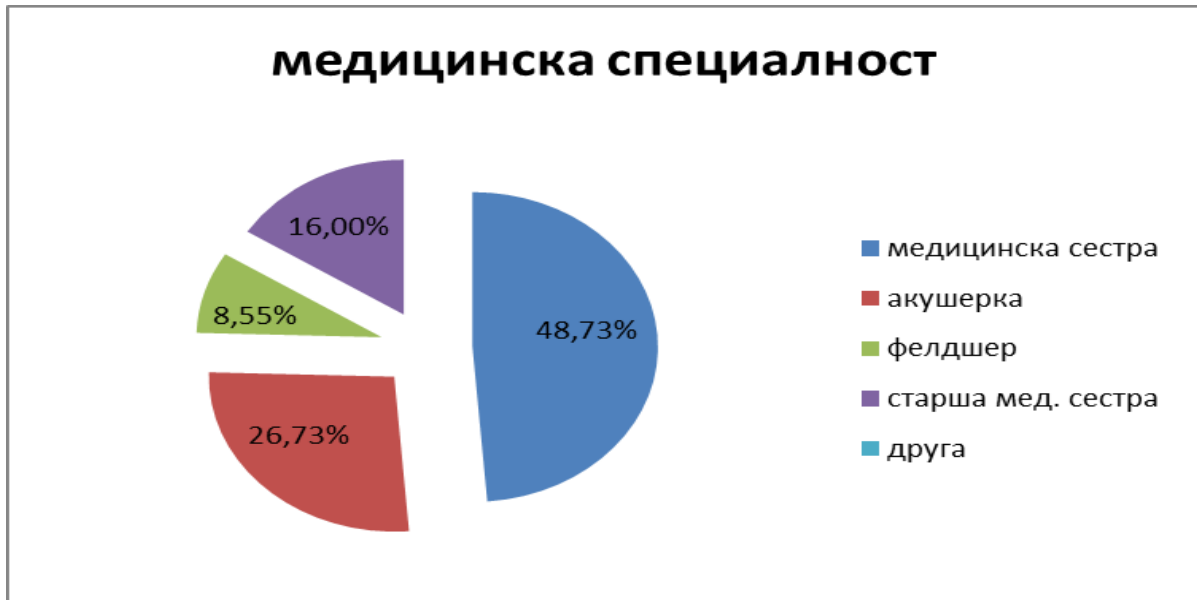
Фиг.1. Разпределение на специалистите по здравни грижи по възраст

Във възрастовата група от 51 г. до 60 г. попадат 27,09% , а 17,64% са от 31 г. до 40 г. Най-малък е относителния дял (7,09%) на респондентите над 60 г., следван от тази в диапазон между 20 и 30 г.(12,00%). Най-голям е дялът на ПЗГ между 41 и 50г. – 36,18%

По данни на БАПЗГ средната възраст на медицинските сестри в страната е 53 години, което показва нужда от млади специалисти в областта на здравните грижи. През 1990 г. сестрите в България са били 56 000, към момента са 25 000, като голяма част от тях са вече в пенсионна възраст, но продължават да работят. Медицинските сестри ще бъдат все

по-търсени и на фона на глобалната тенденция за застаряване на населението.

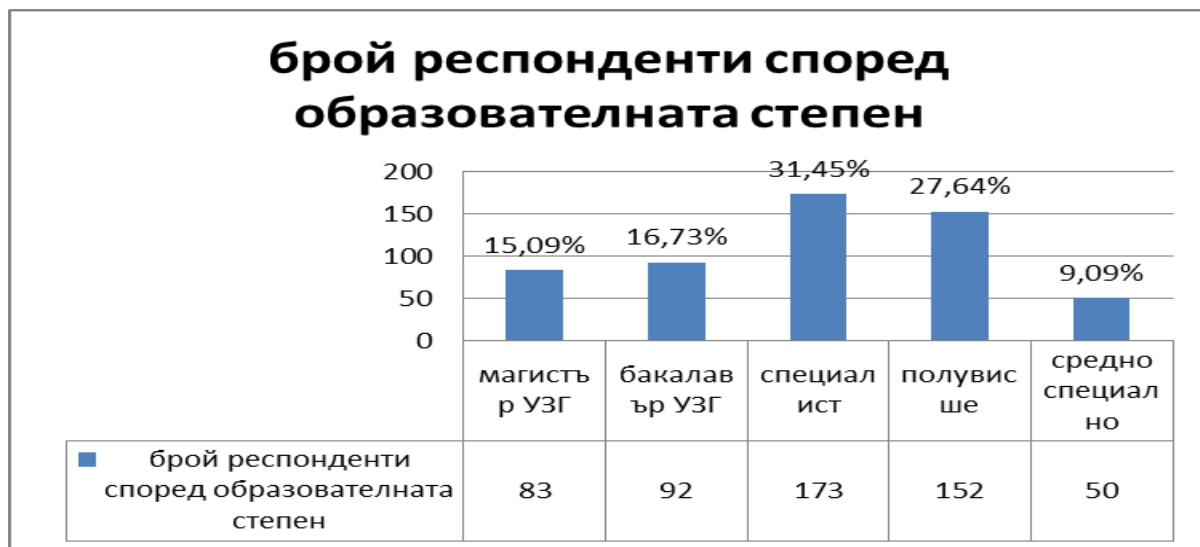
2.2. Анализ на резултати от анкетно проучване на професионалистите по здравни грижи



Фиг.2. Разпределение по медицинска специалност и заемана длъжност

Най-голям е относителният дял на анкетираните медицински сестри 48,73%, на второ място са акушерките – 26,73%, фелдшерите 8,55%, а старшите медицински сестри са 16,00%. Важно за проучването е да се установи информираността и компетенциите на медицинските сестри по отношение на грижите за пациенти с травми. Образованието на медицинските сестри, акушерките и другите професионалисти по здравни грижи е на много високо ниво и отговаря на Европейската директива 55 от 2013 г. за признаване на професионалната квалификация. В системата на общественото здраве медицинските сестри, акушерките, рехабилитаторите, медицинските фелдшери, лаборантите - медицински и рентгенови са важен и ценен ресурс, който трябва да бъде обективно оценен, за да се подобри общественото здраве и да се намалят икономическите показатели и

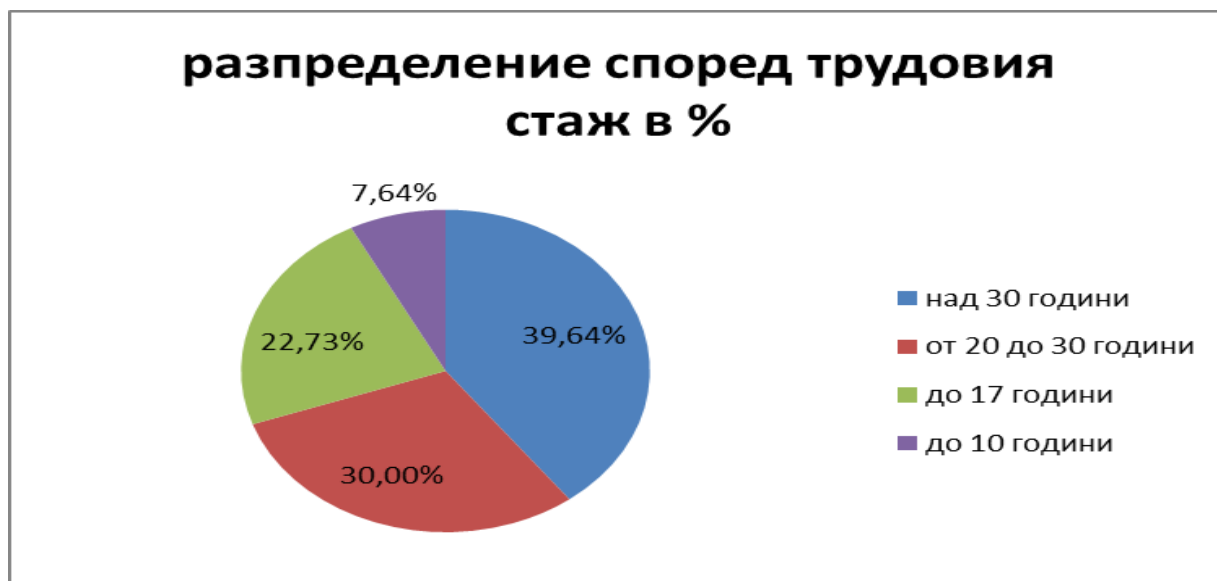
разходи за здравеопазване. Данните от проучването могат да бъдат използвани за създаване на обучение насочено към медицинските сестри от всички структури, които не са посещавали курсове за следдипломно обучение насочено към лечението и на такива пациенти.



Фиг.3. Разпределение на ПЗГ според образователна степен

Данните по отношение на образованието на професионалистите по здравни грижи показва, че най-голям е относителният дял на тези, които са със степен на образование „специалист“ (31,45%), полувисше образование имат 27,64% от анкетираните, бакалавърска степен УЗГ са 16,73%. Магистърска степен по Управление на здравните грижи имат 15,09% от анкетираните, а средно специално образование имат 9,09%. Това голямо разнообразие в образованието на медицинските сестри е в резултат на проведените реформи в областта на професионалното и университетско образование в страната през последните години. Главната цел е подготовка на висококвалифицирани здравни специалисти, способни да прилагат и развиват научно-медицинските знания и умения в медицинската практика и здравеопазването. Тя произтича от неговата обществена мисия, свързана с държавната политика за развитието на висшето медицинско образование, медицинската наука и здравеопазването в Република България, както и от

принципите на Болонската декларация и Директивите на Европейския съюз



Фиг.4. Разпределение на ПЗГ според общ трудов стаж

С най-висок относителен дял са ПЗГ с трудов стаж над 30 години (39,64%), на второ място са тези от 20 до 30 години (30,00%), на трето – до 17 години (22,73%), най- малък относителен дял имат респондентите с трудов стаж до 10 години(7,64%). Ситуацията в България, както и в повечето индустриализирани страни, се характеризира със застаряване на сестринската работна сила. По данни на БАПЗГ средната възраст на медицинските сестри е 49 години. Продължаването на трудовата активност при ПЗГ с трудов стаж над 30 години води до блокиране на длъжности, което представлява бариера за новозавършилите медицински сестри да се включат в работната сила. Много често това води до демотивация за работа, търсене на алтернативна заетост в друга икономическа сфера или емиграция на най-младите кадри. От друга страна, оставането на работа след навършване на пенсионната възраст може да се отрази и на качеството на здравните грижи, поради описания в многобройни проучвания синдром на изпепеляването, характерен за сестринската професия. През следващите 5-10 г. нашата страна ще претърпи голям отлив

на медицински сестри от трудовия пазар поради пенсиониране в момент, в който търсенето на сестрински грижи ще е много високо



Фиг.5. Разпределение на ПЗГ по болнични отделения

Според получените резултати най-голям е относителният дял на анкетираните, които работят в отделение по хирургия (36,18%), на второ място са работещите в спешните звена (27,82%), на трето – работещите в операционен блок (22,00%) и в клиниките по анестезиология и интензивно лечение – 14%.



Фиг.6. Мотиви за професионална реализация в областта на хирургичните грижи

Значителен дял от специалистите по здравни грижи, които работят в хирургичните клиники и отделения, посочват като мотивиращ фактор удовлетвореността им от резултатите, които се постигат за пациента – 52,91%. Анкетираният, които посочват за мотивиращ фактор удовлетвореността от професионалното развитие в областта на хирургичните грижи са също не малка част – 21,45%. Значително по-малък е относителният дял на анкетираният, които посочват удовлетвореността от заплащането, като мотивиращ фактор – 8,55%. Възможността за реализация е посочена от 17,09% от анкетираният.



Фиг.7. Самооценка на анкетираният относно теоретичната подготовка за лечението и грижите при пациент с коремна травма

Най-голям е относителният дял на анкетираният, които са посочили отговор „ да“ – това са 46,36% от анкетираният. На второ място са тези, които са посочили отговор „ категорично да“ – 36,18%, на трето място – „в известна степен, да“ – 15,45%. Отговор „не мога да преценя“ е посочен от едва 2%. Тези резултати определено показват необходимостта от обучение на медицинските сестри в областта на лечението и грижите при пациенти с коремна травма.



Фиг.8. Самооценка на анкетираните относно практическата подготовка за грижите при пациент с коремна травма

При анализиране на резултатите от отговорите на този въпрос става ясно, че най-голям е относителният дял на анкетираните, които са посочили отговор „да“ – 57,27%. На второ място са анкетираните, които са посочили отговор „категорично да“ – 29,45%. В тази група анкетираните респонденти смятат, че са напълно подготвени, при необходимост да реагират, оказвайки долекарска помощ, решавайки какво трябва да се предприеме до намесата на лекаря. Уверени са, че могат да вземат всички мерки, за да заведе пациента до най-близкото здравно заведение, което е най-подходящо за неговия случай. На трето място са тези, които са дали отговор – „в известна степен, да“ – 13,27%.

Практическата подготовка е важен елемент от обучението на медицинските сестри от направление „Здравни грижи“.

Придобитият обем теоретични знания и практически умения на медицинските сестри им позволяват да работят в различни сектори на здравеопазната система.

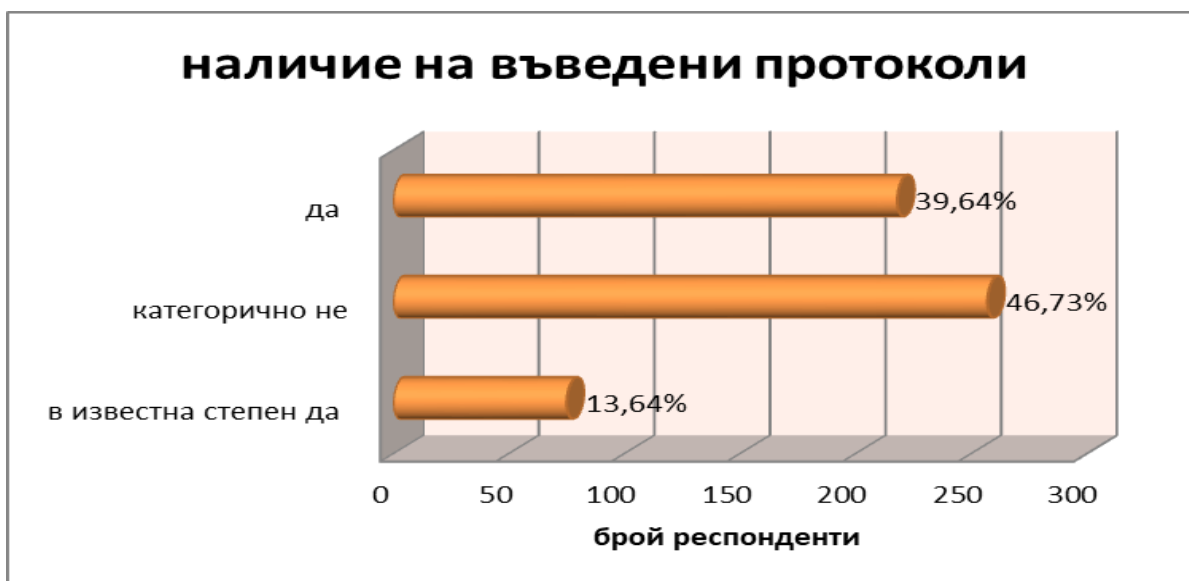
Обучаваните трябва да проявяват активност и заинтересованост за постигане на образователните цели.



Фиг.9. Готовност за оказване на първа/спешна помощ на пострадали с коремна травма

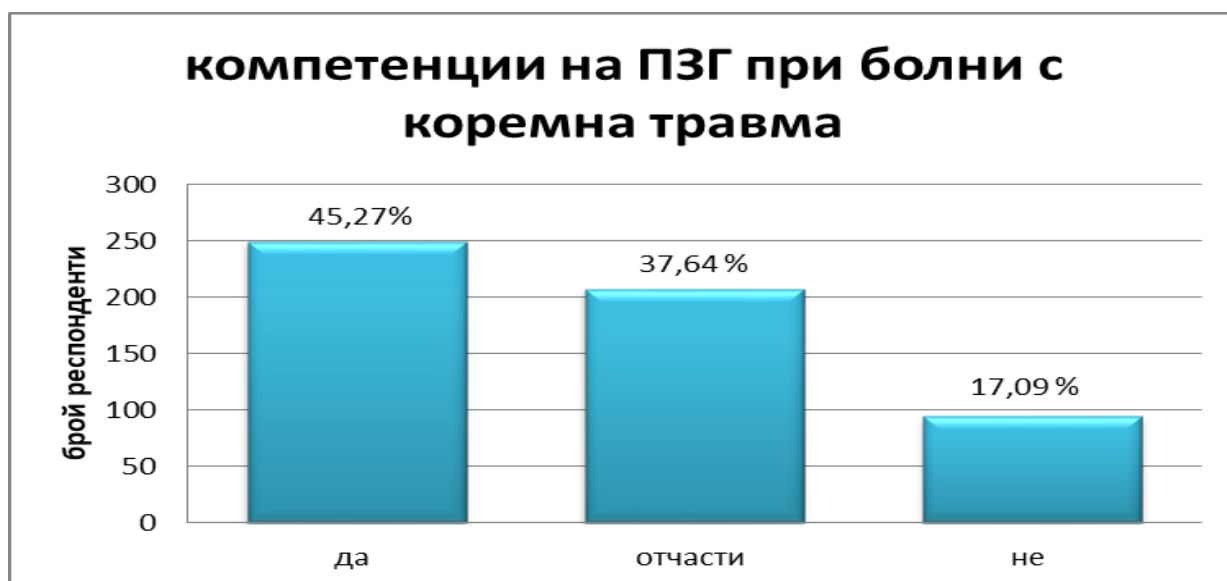
Повече от 1/2 от анкетиранияте посочват отговор „да“ – 52,36% . На второ място е относителният дял на анкетиранияте, които са посочили отговор „в известна степен, да“ – 37,27%. Най-нисък е относителният дял на тези, които са посочили отговор „категорично да“ – 10,36%.

Като обобщение можем да кажем, че оказването на първа помощ изисква по-голяма теоритична и практична подготовка от ПЗГ. Тя има за цел да подобри общата подготовка на медицинските сестри, като развие уменията им да се справят в ситуация на инцидент, при който има един или повече пострадали. ПЗГ трябва да имат знания, които да им помогнат да разпознават и различават голям брой често срещани спешни състояния, да извършват бърза и точна оценка на пострадал и да прилагат конкретни и адекватни ефективни действия. Да познават и правилно да боравят с различните видове медицински консумативи и извършване на пълния спектър манипулации, влизащи в обема на спешната помощ. Целта е медицинските сестри да повишат и затвърдят своите знания и умения за оказване на първа медицинска помощ, при нещастен случай, спешна ситуация или терористичен акт. Резултатите показват статистическа зависимост между трудов стаж на ПЗГ и оказване на първа помощ - $p < 0,05$



Фиг.10.Наличие на въведени протоколи за сестрински грижи при пациенти с коремна травма

Лечение и грижи за пациенти с коремна травма може да се наложи да се провежда във всяко едно хирургично отделение или клиника, поради което е необходимо да има създадени документи, които да гарантират качеството на грижите за тези пациенти. Протоколите за здравни грижи служат за обучение на персонала и на стажантите , както и за контрол и оценка на качеството на здравните грижи. В редица европейски страни те се прилагат в професионалната практика като стандарти за осигуряване на качествени здравни грижи. Добрата професионална практика може да бъде регламентирана чрез документи , каквито са техническите фишове и протоколите за здравни грижи. Категоричен отговор „не“ на този въпрос са посочили 46,73% от анкетираните, отговор „да“ са дали 39,64 % от анкетираните, а отговор „в известна степен, да“ са дали 13,64%. Медицинските сестри работещи в хирургични структури трябва да притежават знания и клинични умения в рамките на своята компетентност, съгласно изискванията на въведени алгоритми и протоколи за работа в съответна клиника.

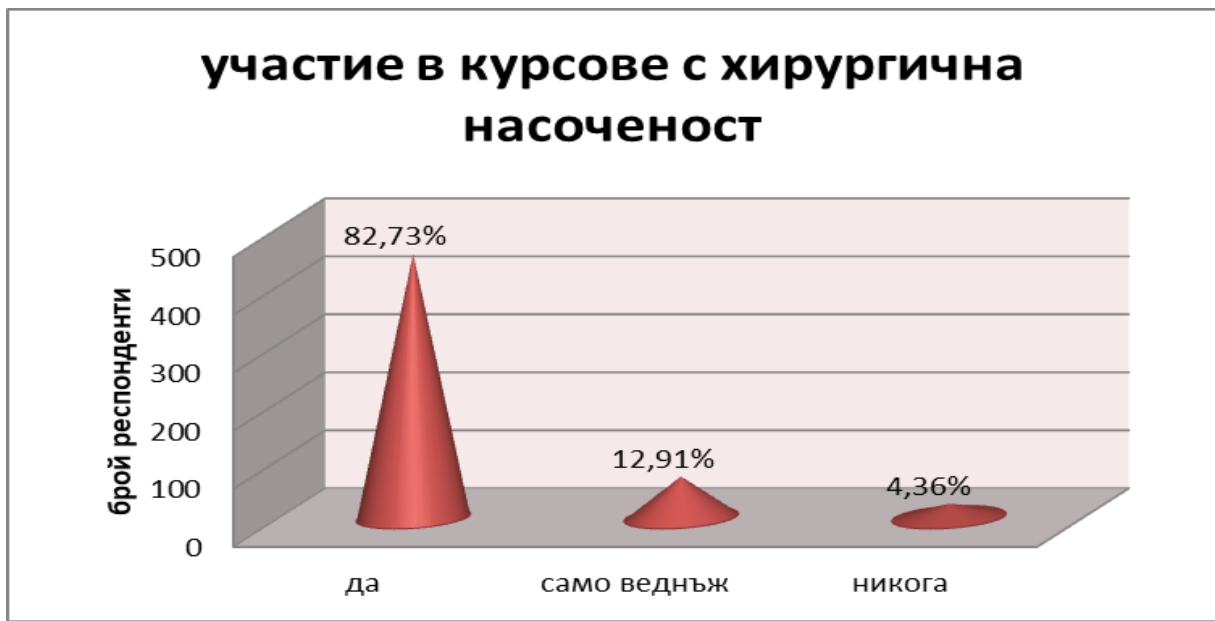


Фиг.11 . Компетенции на ПЗГ за грижи при пациент с коремна травма

Подготовката и професионалните компетенции на ПЗГ в областта на професионалните грижи им дава в повечето случаи увереност, че могат да се справят с проблемите на пациентите с коремна травма. Получените резултати показват, че положителен отговор посочват 45,27% от анкетираните, отговор „отчасти“ – 37,64%, а отрицателен отговор –17,09%.

Плановете за грижи са професионален стандарт за сестрински грижи, като по този начин се гарантира определено качество на грижите и постигането на желаните резултати от тях. Стандартните планове, когато са предварително разработени биха спестили на медицинските сестри време и усилия и биха им помогнали бързо и адекватно да осъществяват грижи за пациенти с травми. Протоколите за здравни грижи служат за обучение на персонала и на стажантите, както и за контрол и оценка на качеството на здравните грижи. В редица европейски страни те се прилагат в професионалната практика като стандарти за осигуряване на качествени здравни грижи. Добрата професионална практика може да бъде регламентирана чрез документи, каквито са техническите фишове и протоколите за здравни грижи. Необходимо е те да се изготвят от експертни групи и да се въвеждат в практиката от ръководителите по здравни грижи – старши и главни медицински сестри (или други ръководни медицински

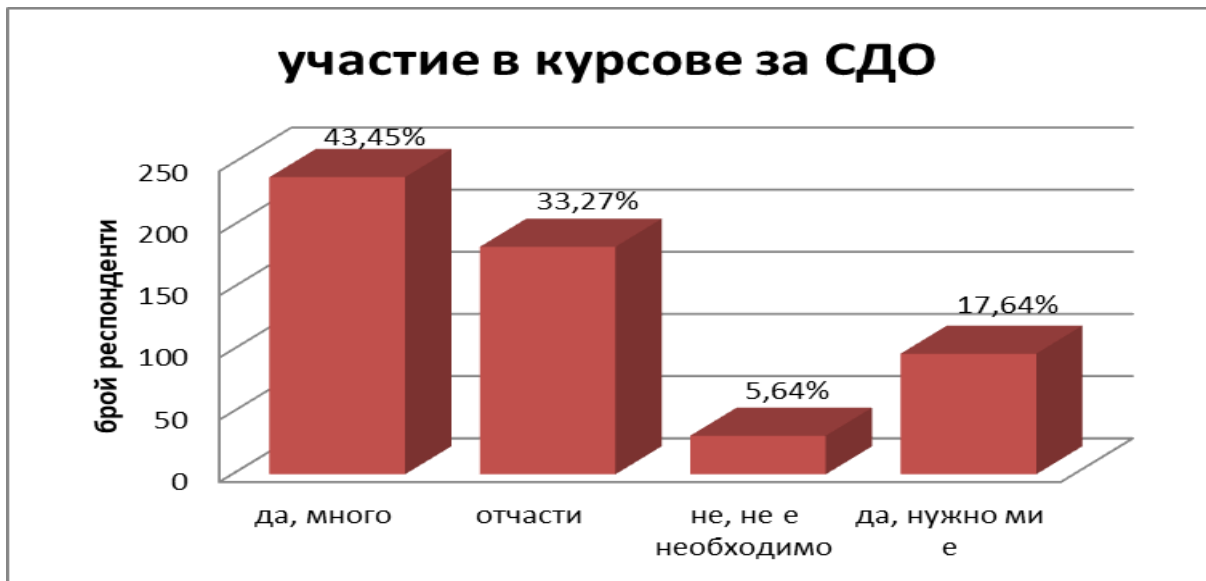
специалисти). Те са специфични за даден вид дейност, характерна за съответното отделение или клиника. Това са документи даващи указания , как дадена дейност трябва да се извърши качествено, без да се умаловажава професионалният опит на дадени специалисти.



Фиг.12. Участие в курсове за лечение и грижи при хирургични пациенти

Работещите в хирургичните клиники и отделения медицински сестри е необходимо непрекъснато да повишават професионалната си квалификация. За да бъдат конкурентно способни на пазара на здравни услуги, трябва да предлагат качествени здравни грижи. Това се постига с непрекъснато усъвършенстване и обучение, чрез курсове. 82,73% от анкетираните посещават редовно курсове с хирургична насоченост, 12,91% са посетили само един курс, а 4,36% никога не са посещавали курсове с хирургична насоченост.

В болниците се разработват общо болнични програми за професионално обучение, като в повечето случаи те са съобразени с потребностите от придобиване на знания по определена тематика.



Фиг.13. Желание за участие в курсове за СДО

Анкетираните, които показват интерес към обучението относно лечението и грижите за хирургични пациенти. Отговор „да, много“ посочват 43,45% , а отговор „отчасти“ – 33,27%. Отрицателните отговори са почти незначителни – 5,64%, а 17,64% от анкетиранит са на мнение, че посещението на курсова за СДО е необходимо. Чрез тези курсове медицинските сестри придобиват знания и умения за работа в условия на спешност, при които е налице нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, което може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности. Повишаването на професионалните компетенции за постигане на високи стандарти е непрекъснат процес, основан на реалните и специфичните потребности на отделната обучаваща се личност. Способността на ПЗГ да актуализират своите знания и умения, отговарящи на предизвикателства в медицината е необходимо условие за медицинските специалисти, но това изисква лесен достъп и осигуряване на възможност за продължаващо обучение. Разкрива се статистически значима зависимост между възрастовите групи на респондентите и желанието им за участие в курсове

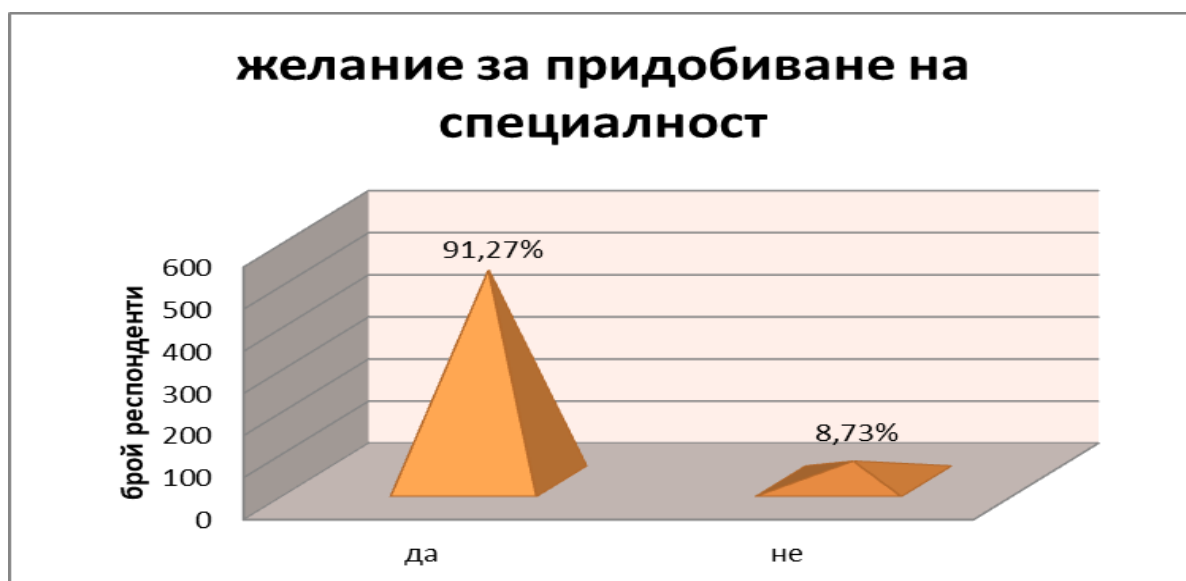
за следдипломно обучение ($p < 0,05$). Тези данни произтичат от намаляване на мотивацията на професионалистите по здравни грижи с възрастта да участват в следдипломното обучение и да се развиват професионално.



Фиг.14. Предпочитани формите на обучение

Най-предпочитани форми за обучение от анкетираните са предимно при обучение на работното място и курсове за следдипломно обучение с откъсване от работата - 58,36%. Обучение в структурата, в която работят, проведено от вътрешен лектор е предпочитано от 28,36% от анкетираните. Обучението под формата на колегиум е вариант за 8,91%, а 4,36% предпочитат обучение под формата на семинари.

В Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, приети от парламента в края на миналата година, с които се регламентира и продължаващото професионално обучение: "Упражнявайки медицински професии, ние сме задължени да се обучаваме през целия си живот. Всъщност обучението вече не е самоинициатива, а ние, като организация с добра връзка с университетите, трябва да подготвим формите за продължаващо обучение."



Фиг. 15. Желание за придобиване на специалност по „Операционна и превързочна техника“

На въпроса относно желанието за придобиване на специалност по „Операционна и превързочна техника“, 91,27% от акетираните са заявили своето желание за придобиването ѝ. Само 8,73% от респондентите не желаят допълнителна квалификация. Желателно е всички работещи в операционни блокове да придобият тази специалност с цел повишаване на своята квалификация и качеството на здравната услуга.

Всяка една медицинската сестра със специалност или квалификация по операционна и превързочна техника (операционна медицинска сестра), познава хода на операциите, подготвя и осигурява необходимите инструменти, медицински изделия и лекарствени продукти, като контролира техния брой до края на операцията, следи стриктно за стерилността на оперативното поле и инструментариума, както и за чистотата в операционната зала. При ПЗГ с придобита такава специалност се повишава качеството на здравните грижи, което се изразява в предоставянето на всеки пациент на дейности, подобряващи здравето му и осигуряващи удовлетвореността му. Това обуславя нуждата от въвеждане и прилагане на нови модели за осигуряване на здравни грижи.



Фиг. 16. Познания за алгоритъм на поведение при спешни състояния

33,27 % от анкетираните смятат, че имат необходимите теоретични и практически познания за алгоритъма при спешни състояния в хирургичната практика. Също толкова на брой анкетирани - 33,27%, дават отговор „да“ . „В известна степен да“ отговарят 19,64% , 9,27% не могат да преценят дали знанията им са достатъчни, а 4,55% са категорични, че нямат необходимите знания.



Фиг. 17. Документиране на дейности при прием на спешен пациент

51,82% от респондентите документират стриктно всички дейности при приема на спешен пациент с коремна травма. 24,00% от анкетираните документират само някои дейности, 16,55% от запитаните смятат, че не притежават необходимото време в условия на спешност за документиране на всички дейности, а 7,64% не документират поради пропуски в организацията.



Фиг. 18. Регламент за наблюдение състоянието на болните

От настоящата диаграма става ясно, че стриктно се спазват регламентирани показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите от 52,55% от специалистите по здравни грижи. 42,91% от респондентите посочват отговор «отчасти», а 4,55% смятат, че не се спазва регламента за наблюдение на пациенти.

Задължение на медицинските сестри в лечебните заведения е да спазват стриктно регламентирани си задължения по наблюдение и обгрижване на пациентите, за постигането на добри резултати в лечебния и оздравителен процес.



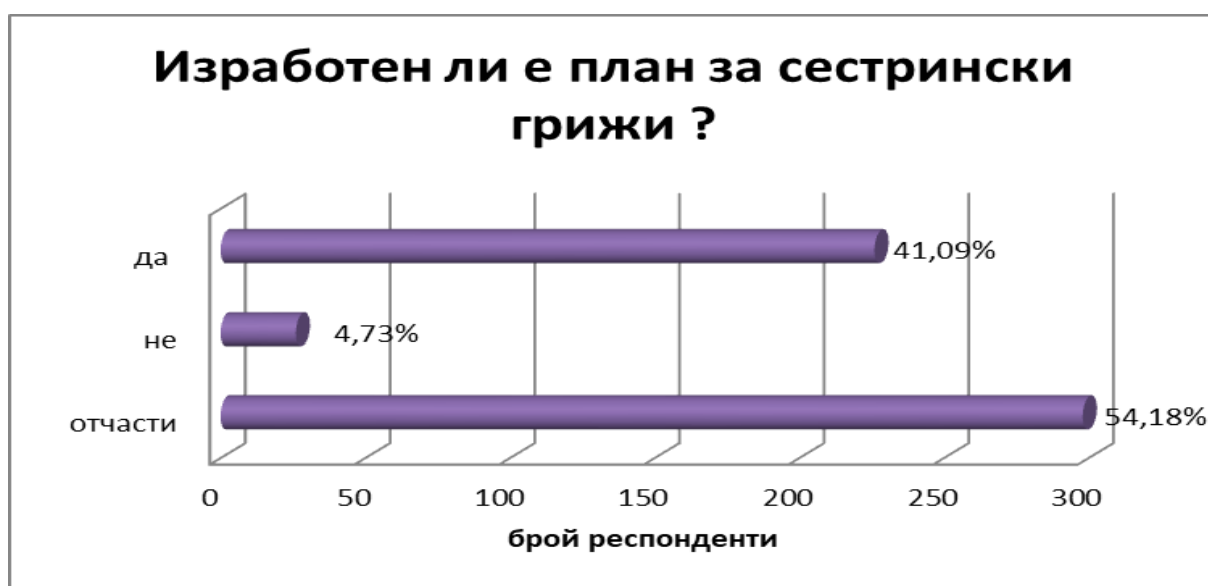
Фиг. 19. Ефективност на организацията при прием на пациенти

46,18 % от анкетираните смятат, че организацията на работа при прием на пациенти по спешност е напълно ефективна, 51,09% от анкетираните допускат, че са възможни подобрения в организацията на работа при спешен прием на пациенти, а 2,73% от запитаните смятат, че не е достатъчно ефективна организацията на работа.



Фиг. 20. Време за попълване на документация по време на дежурство

59,27% от респондентите отделят до 1 час за попълване на документи по време на дежурство за всеки приет пациент. 35,45% отделят над 1 час от времето си за административна работа свързана с попълването на различна документация съпътстваща приема на болните, а едва 5,27% твърдят, че по време на дежурство, се справят с пациентската документация за време до 30 минути.



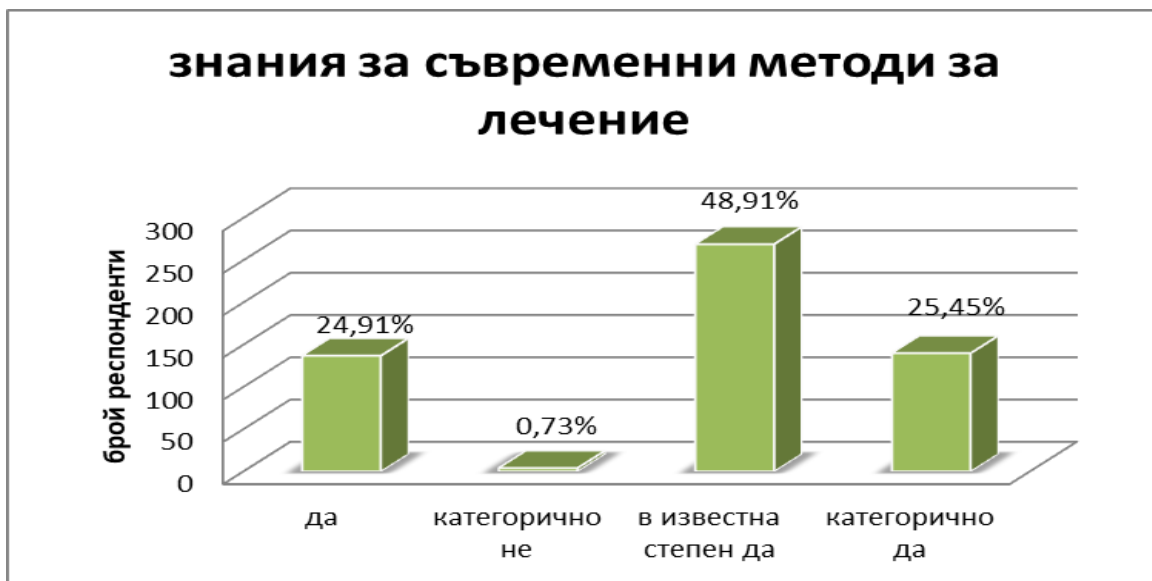
Фиг. 21. Създадена е организация за изработване на план за сестрински грижи

41,09% от ПЗГ смятат, че може да се изработи ефективен план за сестрински грижи, който да служи като модел за осъществяването им.

54,18% са на мнение, че организацията отчасти позволява да се изработи план за сестрински грижи, който да служи за модел, а 4,73% са убедени, че организацията не позволява да се изготви такъв план.

В условия на спешност е необходимо да имаме изграден план за сестрински грижи с цел подобряване и оказване на адекватни действия за овладяване и спасяване на човешки живот.

Всеки план за сестрински грижи е индивидуализиран план въз основа на нуждите на пациента по време на заболяване.



Фиг. 22. Знания на респондентите относно съвременни методи при лечението на хирургично болни

48,91% смятат, че в известна степен притежават необходимите знания по отношение на съвременните методи за лечение на хирургично болни. 24,91% отговарят с „да“, 25,45% са категорични в своите знания по отношение в съвременните методи за лечение на хирургично болни и 0,73% са категорични, че нямат необходимите познания.

2.3. Демографска характеристика на анкетиранияте студенти по специалност „Медицинска сестра“

Общият брой на анкетиранияте студенти от специалност „Медицинска сестра“ след трети семестър на обучение от Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве е 50.



Фиг.23. Разпределение на анкетираните студенти по възраст

2.4. Анализ на резултатите от анкетно проучване на студентите

Възrastовата характеристика на студентите показва, че най-голяма е групата на студентите до 30 годишна възраст – 52,00%. На второ място са студентите на възраст над 30 години – 34,00%, а на трето място над 40 години – 14,00%. Тези данни показват, че студентите които се насочват към обучението по специалността „медицинска сестра“ са от различни възрастни групи, което от своя страна показва тяхната силна мотивация за избора на тази професия. Възможностите за професионална реализация е водещата мотивация за повечето студенти от тази специалност.



Фиг.24. Самооценка на студентите относно теоретичните знания за грижите при коремни травми

Значителна част от анкетираните студенти – 56,00% посочват, че теоретичните знания, които имат по отношение на грижите за пациенти с коремни травми не са достатъчни. Отговор “категорично да” е посочен от 10,00% от анкетираните. Студентите, които посочват отговор “в известна степен да” са едва 22,00%, а тези които отговарят “не мога да преценя” са 12,00%. Тези резултати определено посочват необходимостта от теоретично обучение по тази тема, така че студентите да придобият необходимата теоретична подготовка за да се справят с проблемите на пациентите с коремна травма.



Фиг.25. Самооценка на студентите относно практическата подготовка

Данните от анкетното проучване показват, че малко повече от ½ от студентите – 54,00% считат че практическата им подготовка е недостатъчна. Положителен отговор “в известна степен да” посочват 18,00% от анкетираните, 24,00% са категорични, че притежават необходимата практическа подготовка. Само 4% не могат да преценят.

Студентите като цяло нямат необходимата практическа подготовка по отношение на коремна травма и спешни състояния в хирургията.



Фиг. 26. Източници на знания

Най-голям е относителният дял на студентите, които посочват като източник на знание клиничната практика – 50,00%, тези, които посочват като основен източник на знание лекциите са 32,00%, една част от студентите посочват, че са придобили знания по време на упражнения – 18,00%.



Фиг. 27. Мнение на студентите относно алгоритъма на поведение при пациенти с коремна травма

Получените резултати на този въпрос показват, че по отношение на алгоритъма на поведение при коремни травми, 78% от студентите не се чувстват достатъчно подготвени. Само 6% са уверени, че са способни да се справят, а 16% смятат, че са изцяло неподготвени.



Фиг. 28. Увереност в грижите за хирургични пациенти

Получените резултати показват, че трябва да се наблегне върху теоритичните знанията и практически умения на студентите при пациенти в спешни звена и хирургични отделения, тъй като 76,00% от анкетираните осъзнават необходимостта от още опит и познания. Необходимо е изготвянето на алгоритми на поведение при пациенти с коремна травма в хирургичните отделения и спешните центрове. Само 6,00% са уверени в своите знания и смятат, че те са напълно достатъчни, а 18% изпитват несигурност. Сестринските грижи в хирургията са важен елемент от лечебния процес. Те се планират и прилагат в отговор на променените нужди на пациента от болестния процес и нарушената му автономност. Затова медицинската сестра трябва да притежава определен обем от знания за конкретното хирургическо заболяване.

III. УПРАВЛЕНИЕ НА ХИРУРГИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Управлението на здравните грижи е част от мениджмънта в здравеопазването.

Управлението на здравните грижи у нас се изучава като самостоятелна специалност от 1996г. с навлизане на промените в подготовката на Ръководителите по здравни грижи в България.

Ефективното управление на ресурсите в здравеопазването е особено важно.

Основни аспекти на грижите в съвременната хирургична практика са:

- ✓ грижи преди операция(подготовка на пациента за операция)
- ✓ грижи по време на самата оперативна интервенция.
- ✓ следоперативни грижи,които включват: управление на болката в следоперативния период, управление на грижите за дишането;
- ✓ управление на грижите за приемането и отделянето на течности и храна.
- ✓ управление на грижи за гастроинтестиналния тракт
- ✓ управление на грижите за оперативната рана.

Базовите компетенции, които са необходими да притежават ПЗГ, за да са в състояние да ги реализират са нормативно регламентирани.

В наредбата за компетенциите на ПЗГ, специализираните хирургични компетенции са регламентирани в чл.3,ал.1, в която се казва, че мед. сестра може да извършва самостоятелно медицински и здравни грижи и дейности,включващи „предоперативни и следоперативни грижи за пациенти“.

Една от характеристиките на хирургичните грижи е „Невъзможност за унифицирана продължителност на грижите. “Времето за реализиране на тези грижи е различно и се обуславя от:

- ✓ индивидуалните особености на пациента;
- ✓ срока на изпълнение на хирургичните операции-спешни и планови ;
- ✓ големина на оперативната интервенция - обща и специализирана хирургия;
- ✓ от опита и подготовката на ПЗГ - професионален и управленски опит.

Основните функционални направления на управлението на сестринските хирургични грижи, независимо от мястото където се полагат грижите, имат три основни цели:

- ✓ да планират добре дейностите;
- ✓ да направляват организацията за изпълнението им;
- ✓ да контролират качеството за извършването им;

Тези три управленски функции имат своята специфика в доболничния и болничен сектор на здравеопазването.

Всички тези грижи се реализират при различни обстоятелства, независимо от средата на предоставяне на грижи, за качествено и ефективно им извършване са отговорни ПЗГ. Процесът на предоставяне на грижи е комплексен, което налага предварително да се планира, ефектно да се организира, координира и контролира, т.е.необходимо е реализирането на основните мениджърски умения. В Реализирането на управленските функции съпътства грижите за хирургично болните по време на всеки етап, което доказва, че паралелно със специфичните хирургични компетенции на ПЗГ, е необходимоедно добро ниво на мениджърски умения и прилагане на съвременни средства и подходи за оптимизиране на качеството на представяните грижи.

Един от съвременните подходи за управление на прилаганите грижи са протоколите и техническите фишове за съответните манипулации. В

лечебните заведения се използват разнообразни варианти на различни документи, имащи отношение към качеството на здравните грижи.

Извършването на превръзки и манипулации по установения ред е важна предпоставка за качеството на дадена грижа. Към настоящият момент у нас липсва всеобхватна унифицирана документация за здравните грижи. Предизвикателствата на днешното време пред управлението на хирургичните грижи са комплексни и разнообразни - работа в условия на реформи, конкуренция, недостиг на ресурси, непрекъснато повишаващи се очаквания и изисквания от страна на пациента и неговите близки, развитието на науката и произтичащите от това промени. Съвременните комплицирани условия в хирургичната практика изискват „Нов модел“ професионалисти по здравни грижи, притежаващи необходимите знания умения и адекватни личностни качества и желание за продължаващо обучение. Оптимизирането на процеса на обучение с новости, адекватни на европейската сестринска практика. Това е първата стъпка в процеса на осъвременяването на грижите. Приемането на съвременния пациент като субект, а не като обект на здравните грижи е в основата на приложението на сестринския процес като методология за организиране и реализиране на холистичния подход към пациента в сестринската практика.

Прилагането на сестринска диагноза, като етап от сестринския процес и сестрински план за грижи в съвременните хирургични грижи у нас е все още на теоретично ниво, но не е далеч бъдещето когато ще стане рутинна практика.

Редица европейски държави като (Англия, Холандия, Франция Испания, Португалия и др.) както САЩ и Канада предоставят сестрински грижи прилагайки сестринска диагноза и стандартизирани и индивидуални планове за грижите.

Изработването и прилагането на управленски алгоритми е необходимо условие за непрекъснато подобряване качеството на здравните грижи. Добре направените алгоритми с обосновка за всяко действие гарантират унифицираност на грижите и могат да служат като стандарт за контрол на качеството на извършените манипулации на всеки етап от обгрижването на пациента с хирургични заболявания. Приема се че един от основните проблеми в провеждането на хирургичното лечение е бавната и некоординирана предоперативна подготовка. Непрекъснатото обучение и самоусъвършенстване на ПЗГ са подходящи за оптимизиране на професионалната подготовка на ПЗГ и усъвършенстване на личностните характеристики.

Специфика на грижите при хирургични пациенти

Пациентът с хирургични заболявания се отличава със специфични потребности и нужди, произтичащи от спецификата и сложността на хирургията като дял от медицината.

Хирургичният пациент постъпва за осъществяване на хирургична интервенция в различна степен на здравословно състояние. Пациентът може да постъпи в планов порядък и в условия на спешност, където той няма време да се подготви за предстоящата оперативна интервенция. Често болният не е подготвен както физически така и психически за интервенцията. Независимо обаче от обстоятелствата на пациентите, нуждаещи се от оперативна намеса се правят предварителни задължителни изследвания. Ролята на съвременната медицинска сестра включва:

- ✓ оценка на физическото и емоционално състояние на пациента, установявайки степента на „хирургическия риск“
- ✓ координиране и организиране на диагностични изследвания;
- ✓ определяне на сестрински проблеми, които са в съответствие с нуждите на пациента и неговото семейство;

- ✓ подготвя пациента физически и психически за хирургичната интервенция;
- ✓ докладва и обсъжда информацията за пациента с останалите членове на екипа.

Всички тези дейности трябва да бъдат съобразени с индивидуалните особености на пациента, с възрастта му, както и с конкретния здравословен проблем. Очакванията на пациента са свързани с добра организация, строга отговорност и позитивно отношение от страна на персонала към лекуваните пациенти.

Целият процес на лечение на болните е обвързан с :

- ✓ последователни стъпки, включващи предварителен преглед от хирург, анестезиолог и консултации с др. специалист.
- ✓ извършване на вторичен преглед и планиране на операция или извършване на спешна хирургична намеса,
- ✓ проследяване на пациента в следоперативния период по точно определени показатели и протоколи, включващи специфични моменти като следоперативна болка, качество на живот и др.

Специфичността на хирургичния пациент произтича от:

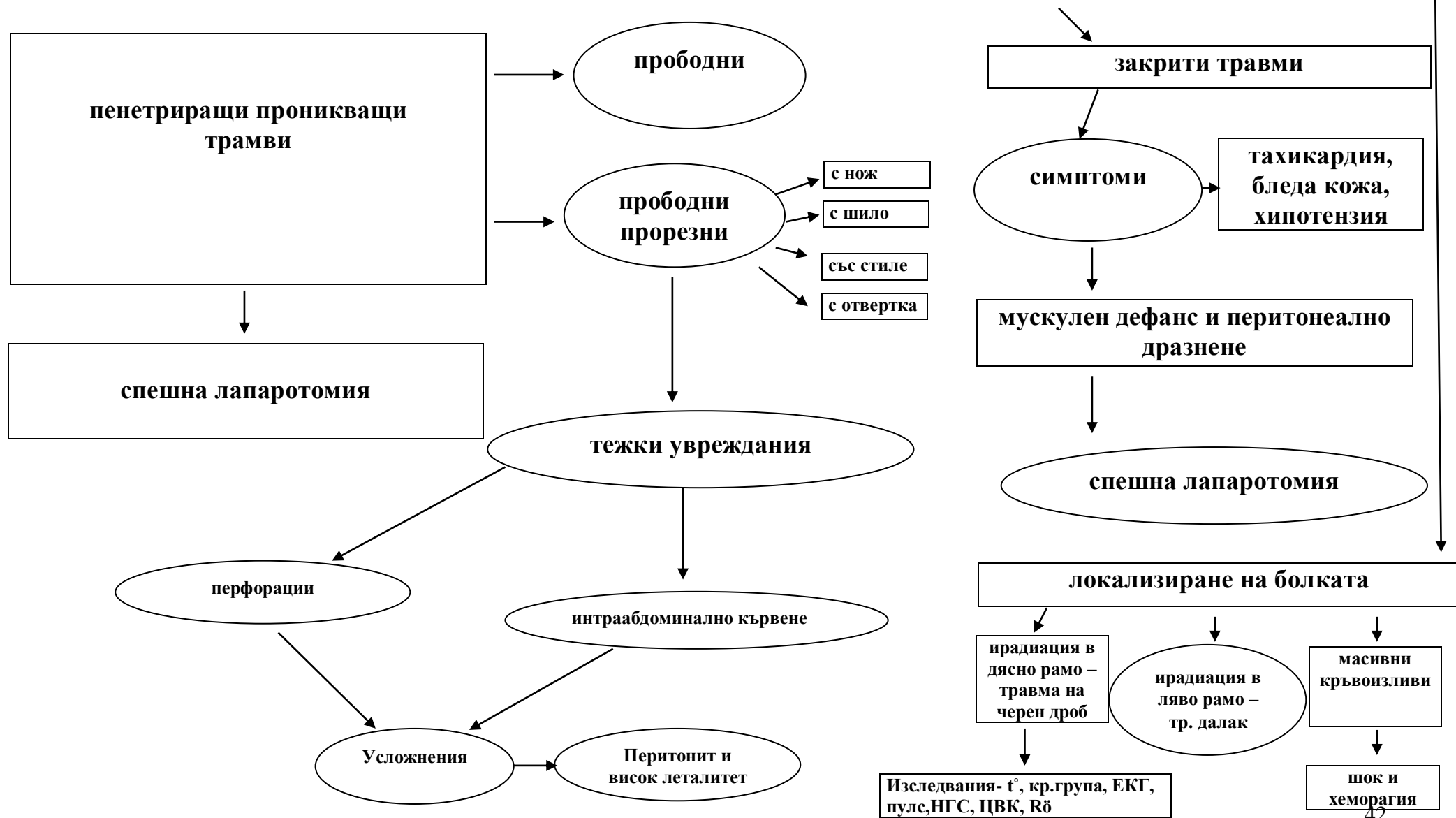
- ✓ повишено ниво на стрес поради страх от неизвестното, липса на време, нарушаване цялостта на тялото.
- ✓ продължителността на предоперативния период може да бъде от няколко дни до няколко часа.

Общуването и комуникацията на пациента с различни видове мед. персонал- анестезиолог, хирург, асистент и професионалисти по здравни грижи - операционна сестра, анестезиологична сестра, хирургична и превързочна сестра и др.

Изключителна значимост на ефективна комуникация между всички членове на обгрижващият екип с цел осъществяване на холистични здравни грижи.

- ✓ присъствие на болка с различен интензитет през целия лечебно-оздравителен процес.
- ✓ наличие на хирургична рана.
- ✓ ограничение във физическите способности на пациента в различна степен.
- ✓ чувствата и степента на доверие в хирурга от страна на пациента могат значително да повлияят на взаимоотношенията с лекуващия екип и на способностите на пациента да бъде активен участник в лечебно - оздравителния процес.

Схема 1. МЕНИДЖМЪНТ И ПОВЕДЕНИЕ ПРИ КОРЕМНА ТРАВМА



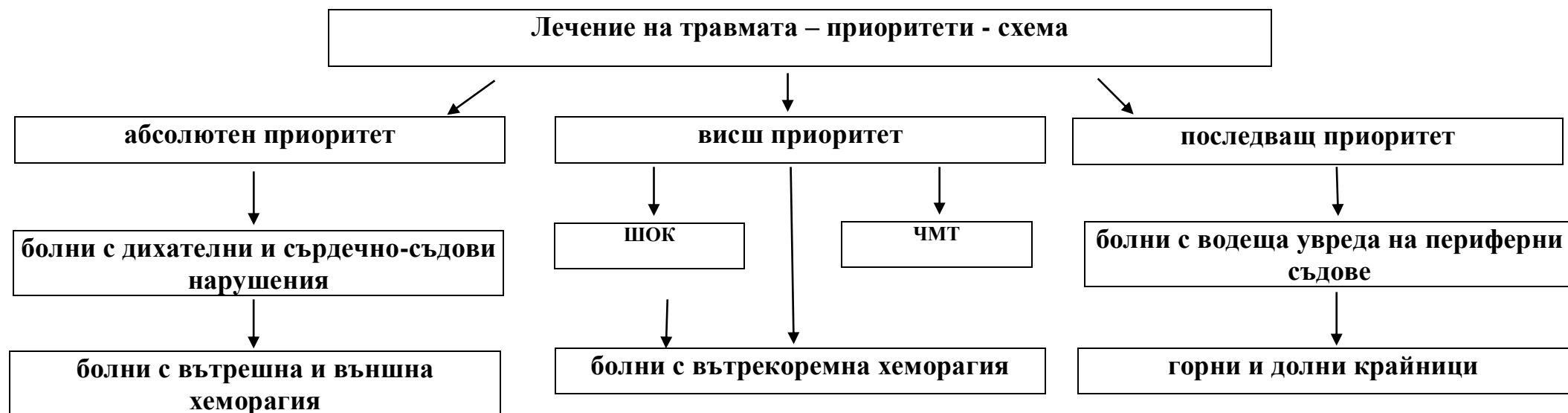


Схема.2. Лечение на травма

АЛГОРИТЪМ НА ПОВЕДЕНИЕ И ОЦЕНКА НА ПРИОРИТЕТИТЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО ПРИ КОРЕМНИ ТРАВМИ

1. Поддържане на проходими дихателни пътища:

- интубация
- включване към респиратор
- подаване на кислород с назален катетър
- поставяне на шийна яка

2. Стабилизиране на циркулацията

- канюлиране на 2 периферни вени
- бърза инфузия на електролитни разтвори – NaCl, колоидни разтвори и био продукт
- поддържане на RR над 100 mm Hg
- обезболяване

3. Идентифициране и третиране на животозастрашаващите състояния

4. Мониторинг на витални функции

- дишане
- хемодинамика

5. Бърз транспорт до най-близкото лечебно заведение за оказване на специализирана медицинска помощ.

6. Алгоритъм в спешната помощ

- запазване живота на болния
- поставяне на диагноза
- избор на метод и лечение

медицинска помощ.

6. Алгоритъм в спешната помощ

- запазване живота на болния
- поставяне на диагноза
- избор на метод и лечение



Схема.3. Алгоритъм на поведение и оценка на приоритетите на лечение на коремна травма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Заключение

Професията медицинска сестра съществува над век,но характерните за миналото рутина и монотонност в повечето дейности, не са и присъщи. Вземането на решения, бързото им реализиране, проявата на емпатия и съпричастност винаги са съпровождали сестринството. Благодарността на пациента е честоединствената награда за отдадеността в работния процес. За изпълнение на всяка сестринска задача се изисква компетентност, гъвкавост, нестандартно мислене.

Новите мотивационни теории откриват „вътрешната мотивация“, като водеща сила, а тя още от древността е двигателят на сестринството. Медицинската сестра винаги дава максимума от себе си, защото често от това зависи човешкия живот, което е и основният мотивационен стимул, обуславящ действията и поведението и. Сестринството винаги е творческа, емоционално и социално ангажираща професия. Отговорностите са сериозни и твърде много, но рядко се задвижват от стандартните мотивационни стимули. Активирането на професионалното сестринско действие е вътрешно мотивирано, подкрепено от усещането за удовлетвореност от положения труд. Разглеждането и анализирането на мотивационния процес в сестринските грижи може да има и чисто практическо приложение- да даде насоки за обхвата на мероприятия и действия на здравните мениджъри за повишаване мотивацията на медицинския персонал. Основната характеристика на сестринската мотивация е желанието да помага на нуждаещия се човек. Сестринството е компетентност,търпение състрадание и милосърдие.

Болестта и здравето не са неизбежни явления и те не засягат еднакво всички хора. В живота тази вероятност подлежи на промяна под влияние на редица рискови фактори: социално - икономическите, културните усло-

вия, условията на околната и трудовата среда, начина на живот, които имат съществено въздействие върху индивидуалното здраве и могат да провокират болест, независимо от това дали има или не предразположение към нея. Оценката на въздействието на различните фактори върху здравето на населението показва различна сила на влияние на отделните фактори, като най - съществено влияние имат социално - икономическите фактори на окръжаващата среда, следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото.

С развитието на медицинската наука, сестринската професия придобива едно ново измерение, колкото и сложно да изглежда диференцирането на автономните функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи. Моделът на съвременните сестрински грижи е логичен, систематичен и строг метод за решаване на даден проблем. Прилагането на научния подход в медицинската дейност допринася за събиране на необходимата информация за пациента и чрез съответните интервенции тя се обработва и конкретизира.

Процесът за сестрински грижи се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и правилното клинично наблюдение в процеса на вербалното и невербално общуване на с пациента.

ИЗВОДИ

1. Според специалистите по здравни грижи, с професионална реализация в хирургични, спешни и интензивни клиники и отделения подготовката и компетенциите им са недостатъчни по отношение на лечението и грижите за пациенти с коремна травма .
2. Самооценката на професионалистите по здравни грижи по отношение на теоретичната и практическата подготовка за извършване на специални грижи при пациенти с коремна травма изисква допълнително обучение.
3. В практиката на професионалистите по здравни грижи се налага да извършват грижи за пациент с травма на корема, което налага разработването и въвеждането на протоколи за здравни грижи, включващи стандартното поведение в доболничната помощ и в спешните звена.
4. Студентите, които се обучават по специалността “медицинска сестра” считат, че теоретичната и практическата им подготовка е недостатъчна за да се справят със ситуация на пациент с коремна травма, което обуславя необходимостта от допълнително обучение.
5. Разработването и въвеждането в практиката на стандартни алгоритми за поведение при пациент с коремна травма е възможност за обучение и подпомагане на професионалистите по здравни грижи от всички структури на здравеопазната система за справяне с проблемите при лечението и грижите на такива пациенти.
6. Травмите са ежедневни в съвременното общество, поради което е необходимо провеждането на следдипломно обучение на професионалистите по здравни грижи и повишаване на професионалната им квалификация в тази насока.

ПРЕПОРЪКИ

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи:

1. Да се разработят програми за следдипломно обучение съвместно с Висшите училища и специализираните структури, в които се извършва обучение относно лечение и грижи за пациенти с коремни травми, включващи теоретична и практическа подготовка.
2. Да се разработят стандарти по здравни грижи при пациенти с коремни травми в доболничната и болничната помощ.

Към висшите училища:

1. Да се разработят Програми за следдипломно обучение насочени към темата за лечение и грижи на пациенти с коремни травми.
2. Да се разработи модел за мениджмънт и поведение при лечението и грижите за пациенти с коремни травми.
3. Студентите да разработят проекти за повишаване информираността на населението по отношение превенцията и рисковите фактори на Коремните травми в професионалната, битова среда и училищата.

Към лечебните заведения:

1. Да се приложи в лечебните заведения модел за мениджмънт и поведение при лечението и грижите за пациенти с коремни травми.
2. Да се въведе в практиката на професионалистите по здравни грижи протокол за поведение при коремна травма
3. Да се въведе стандартен план за грижи при пациент с коремна травма.

ПРИНОСИ

1. Приноси с научно-теоретичен характер

1. Анализирани са проблемите в организацията на хирургичните, интензивните и спешни структури по отношение на грижите и лечението на пациенти с коремна травма.
2. Проучени са потребностите от обучение и професионално развитие на специалистите по здравни грижи от хирургичните и спешни структури относно лечение и поведение при пациенти с коремна травма.
3. Разработен е модел на поведение при пациенти с коремна травма, осигуряващо ефективност и качество на медицинската помощ.

2. Приноси с научно-приложен характер

1. Разработени са практико-приложни алгоритми за поведение на специалистите по здравни грижи при пациенти с коремна травма.
2. Установена е информираността и подготовката на специалистите по здравни грижи и на студентите от специалност „медицинска сестра“ по отношение на спешността в коремната хирургия.
3. Предложен е управленски модел за организация на здравните грижи при пациент с коремна травма и са определени дейностите и отговорностите на специалистите по здравни грижи.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Илиева, М.: „Мениджмънт на здравните грижи при пациенти с травма на корема“. Сестринско дело, бр.1, 2018
2. Илиева, М., Веселинова, Т., Димитрова, А.: „Управление медицинской помощью для пациентов с травмой брюшной полости“. Международъй журнал „Наука и мир“(N3 (55), март)
3. Илиева, М., Драгомирова, М., Чанева, Г.: Информираност и подготовка на студентите от специалност „медицинска сестра“ относно грижите за пациент с коремна травма, Сестринско дело, бр2,2018 /под печат/.