

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

ПЕТЯ СИМЕОНОВА КАНТАРЕВА

**ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ В ПЪРВИЧНАТА
ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
„ДОКТОР“**

Област на висше образование : 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията“

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

ДОЦ. Д-Р АСЯ СТЕФАНОВА ГЛАДИЛОВА, ДМ

ПРОФ. СИЛВИЯ МЛАДЕНОВА МЛАДЕНОВА, ДМ

София, 2017г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	7
I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	8
1. Демографско състояние на детското здраве	8
1.1. Детската смъртност - индикатор за качеството на медицинската помощ.....	12
2. Периоди на растеж и развитие в детска възраст (0-18). Здравно-промотивни и профилактични аспекти	15
2.1. Период на вътреутробното развитие.....	16
2.2. Период на новороденото.....	19
2.3. Кърмачески период.....	20
2.4. Здравно - промотивни и профилактични аспекти на заболяемостта и смъртността на децата до една година.....	20
2.5. Период на ранна детска възраст.....	22
2.6. Период на предучилищна възраст.....	24
2.7. Период на училищната възраст.....	26
2.8. Юношеска възраст.....	31
2.9. Здравно-промотивни и профилактични проблеми на децата родени в „риск“.....	32
2.10. Децата с хронични заболявания.....	34
3. Педиатрична здравна служба. Историческо развитие и състояние на системата за предоставяне на здравни грижи за деца	36
3.1. Историческо развитие на педиатрията и педиатричната здравна служба у нас и в Европа.....	36

3.2. Организация и състояние на педиатричните служби в България.....	38
3.2.1. Организация на педиатричната здравна служба у нас до 1999 година.....	38
3.2.2. Реформата в здравеопазната система на страната след 1999 година и организация на педиатричните здравни грижи.....	41
4. Същност и организация на първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП).....	43
4.1. Концепцията за „Първична медицинска помощ“ - главен подход към решаване на основните задачи по отношение здравето на населението и децата в частност.....	43
4.2. Функции на ОПЛ по отношение на детското здраве в ПИМП.....	45
4.3. Ролята на специалистите по здравни грижи и мястото на медицинската сестра в ПИМП.....	47
5. Здравно обслужване на децата ПИМП.....	51
5.1. Обхват, обем и качество на здравните грижи за детското здраве в ПИМП.....	53
5.2. Здравно-промотивни и профилактични дейности, осъществявани от екипа на ОПЛ и лекарите специалисти по педиатрия за детското здраве в ПИМП.....	55
5.3. Потребността от здравни кадри, осъществяващи здравни грижи за деца в ПИМП.....	56
5.4. Обучение на здравните кадри, осъществяващи здравни грижи за деца в ПИМП.....	63
5.5. Необходимост от достатъчно здравно-промотивна и профилактична информация за детското здраве в ПИМП.....	64
5.6. Проблемът, свързан с необходимостта от структури за консултиране на бременни жени, родилки и деца.....	66
6. Изводи от обзора.....	67

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО.....69

1. Цел, задачи и методология на научното изследване.....	69
1.1. Цел.....	69
1.2. Задачи.....	69
1.3. Обект на изследването.....	70
1.4. Предмет на изследването.....	70
1.5. Техническа единица на изследването.....	70
1.6. Логическа единица на изследването	71
1.7. Признаци на наблюдение на логическите единици.....	71
1.8. Характер на проучването.....	72
1.9. Обем на проучването.....	72
1.10. Време и място на проучването.....	72
1.11. Организация на проучването.....	73
1.12. Органи на наблюдение.....	73
1.13. Източници на набиране на информация.....	74
1.14. Методи на проучването.....	74
1.15. Формулирана научна хипотеза.....	75

III. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ.....76

3. Анализ на водещите здравно-промотивни и профилактични здравни грижи за детското здраве в ПИМП.....	76
3.1. Анализ на резултатите при анкетираните родители.....	76
3.2. Анализ на потребностите на децата и техните семейства, относно предоставянето на здравно-промотивни и профилактични здравни грижи в ПИМП.....	79

3.3. Анализ на нивото на информираност, знанията и нагласите на родителите свързани с отглеждането и грижите за децата.....	87
3.4. Анализ на резултатите при анкетиранияте ОПЛ и ПЗГ.....	90
3.4.1. Анализ на резултатите, относно обучението на здравните кадри за осъществяване на промотивни и профилактични дейности за децата в ПИМП.....	101
3.5. Анализ на резултатите при анкетиранияте студенти от специалност „Медицинска сестра“ за обучението, мотивацията, желанието и готовността да осъществяват здравни грижи за деца от 0 до 18 г.....	104
3.6. Концептуален модел за здравно-промотивни и профилактични грижи за детското здраве.....	117
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	126
ИЗВОДИ.....	128
ПРЕПОРЪКИ.....	129
БИБЛИОГРАФИЯ.....	132
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	148

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

МУ	- Медицински университет
ФОЗ	- Факултет по обществено здраве
БАПЗГ	-Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
БЗС	- Български зъболекарски съюз
БЛС	- Български лекарски съюз
ДВ	- Държавен вестник
ДКЦ	- Диагностично-консултативен център
ДАЗД	- Държавна агенция за закрила на детето
ДМСГД	- Дом за медико-социални грижи за деца
БПА	- Българска педиатрична асоциация
БЧК	- Български червен кръст
СГ	- Сестрински грижи
СЗО	- Световна здравна организация
ЕС	- Европейски съюз
ЗЗОЛ	- Задължително здравно осигурени лица
ЗЛЗ	- Закон за лечебните заведения
ЗЗО	- Закон за здравно осигуряване
ЗЗД	- Закон за закрила на детето
ИМП	- Изпълнители на медицинска помощ
ЛЗ	- Лечебни заведения
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МОН	- Министерство на образованието и науката
МЦ	- Медицински център
НЗОК	- Национална здравноосигурителна каса
НРД	- Национален рамков договор
НСИ	- Национален статистически институт (на Р България)
НЦОЗА	- Национален център по обществено здраве и анализи
ООН	- Организация на обединените нации
ОПЛ	- Общопрактикуващ лекар
ПМП	- Първична медицинска помощ
ПИМП	- Първична извънболнична медицинска помощ
ПЗГ	- Професионалисти по здравни грижи
ПЗ	- Промоция на здравето
ПБ	- Профилактика на болестите
РЗИ	- Регионална здравна инспекция
РЗОК	- Районна здравноосигурителна каса
СЗО	- Световна здравна организация
СИМП	- Специализирана извънболнична медицинска помощ
ЦМДЗ	- Център за майчино и детско здраве
EFN	- European Federation of Nurses
ICN	- International Council of Nurses
CINDI	-Итервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания
SPSS	-Statistical Package for Social Sciences (Статистически пакет за социални науки)

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравните грижи за живота и здравето на нашите деца са инвестиция в бъдещото здраво поколение, тъй като през детството се поставят основите на човешкото здраве и се формира здравното поведение на всеки индивид, което от своя страна обезпечават качеството на здравния статус на националния човешки капитал.

Детското население е стратегически контингент на всяка нация. Опазването на здравето и живота на децата е приоритетна задача на здравеопазването, поради неоспоримият факт, че през този възрастов период от живота на човека се формира и усъвършенства физическото и психическото здраве, като основа на трудоспособността и творческото дълголетие на нацията. Опазването на здравето на децата включва система от мерки, обхващащи планирането на бременността, самата бременност, раждането, следродовия период и развитието на детето до 18-годишна възраст. Управлението на детското здраве изисква специфични мерки и усилия за обединение в една интегрална съвкупност на различни области на интервенции, които изискват различна компетентност, промотивни, профилактични, социални и психологически мерки за подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицинските специалисти, педагози, психолози, социални работници и цялото население на страната.

I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Демографско състояние на детското здраве

Според Конвенцията на ООН за правата на детето, всяко дете следва „да се ползва от най-високия достижим стандарт на здраве и улесняване за лечение на заболявания и възстановяване на здравето си“. За осъществяване и постигане на тези препоръки е необходима сериозна колаборация между различни обществени сектори. Реализирането на промоция на детското здраве, профилактиката на болестите и целенасочена здравна политика, е осъществима с активното участие на всички обществени сектори, като здравеопазване, образование, икономика, финанси, социални грижи, спорт и други.

В отговор на Европейската стратегия „Здраве и развитие на децата и подрастващите“ нашата страна интегрира седем основни направления за развитие на майчиното и детското здраве в условията на Европа - здраве за майката и новороденото, хранене, инфекциозни болести, травми и насилие, физическа околна среда, здраве на подрастващите, психосоциално развитие и психично здраве.

Основен акцент се поставя върху прилагането на европейските стандарти за редки болести, генетични заболявания и предразположения, хронични заболявания в детската възраст, деца с увреждания, деца със специфични потребности и др.

В този смисъл са и препоръките на ЕС, изразени в стратегията „Здраве и развитие на децата и подрастващите“. Политиката излиза от тесните рамки на дейностите по осигуряване главно на медицински грижи за задоволяване потребностите от диагностика и лечение на нежеланата бременност, пренаталните грижи за майките, медицинските грижи насочени към различните проблеми във възрастовите периоди от 0-18 г. Политиката е насочена и към прилагане на европейските стандарти към

редки болести, генетични заболявания и предразположения, хронични заболявания в детската възраст, деца с увреждания, деца със специфични потребности и др.

От съществена важност е осигуряването на информационни, образователни и здравно-консултативни услуги за здравословен начин на живот, на превенцията на злоупотребата с наркотици, тютюн и алкохол, на социокултурната и материалната околна среда, в която децата живеят и се социализират.

Здравно-промотивните и профилактични проблеми в областта на детското здраве налагат интегриран подход и към преодоляване на съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната.

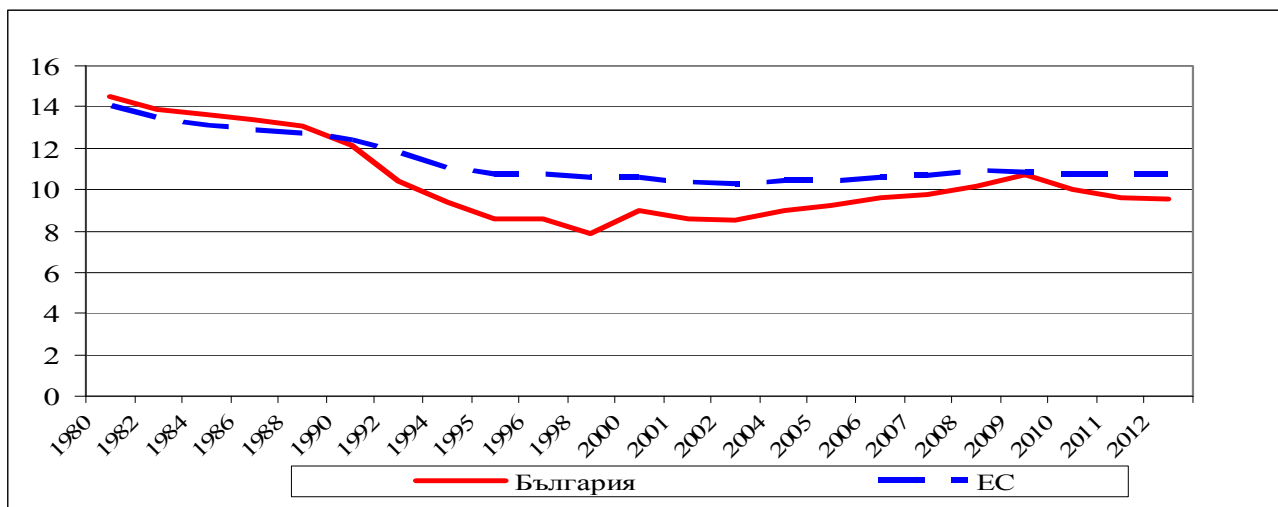
Сред основните проблеми са неравномерното териториално разположение на ОПЛ практиките, които са стожера на първичната извънболнична медицинска помощ, оказваща здравно обслужване за цялото население на страната и за децата като приоритетна група от това население, чрез програмата „Детско здравеопазване“. Тази програма се осъществява от общопрактикуващият лекар на детето или от лекар специалист по детски болести, подпомагани в своята дейност от професионалисти по здравни грижи. Програмата определя всички профилактични дейности: прегледи, изследвания, имунизации, които са задължителни при наблюдението на растежа и развитието на детето - от раждането до навъшването на 18-годишна възраст. Програмата е насочена, както към здравите деца, така и към децата с повишен медико-социален риск и децата с хронични заболявания.

Проблемите в показателите за състоянието на детското здраве са посочени във всички стратегически документи на държавата, включително актуализираната демографска стратегия на Република България.

Броят на родените през 2014 г. е **66 578**, от които живородените са **66 021** (99,2%) и мъртвородените са 536 (0,8%). Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 1 725. Броят на живородените момчета е 33 662, с 2 203 по-голям от този на момичетата - 32 359 или на 1000 момчета се падат 938 момичета. В градовете живородените са 51 658 (с 1738 по-малко от предходната година), а в селата - 17 463 (с 13 по-малко от 2013 г.). Не се отчита промяна в средната възраст на жените при раждане на първо дете – 26,3 години .

Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта. През 2014 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9,5‰ (9,6‰ за 2014 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10,49‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Фиг. 1. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



Източник: НЦОЗА, WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB).

Раждаемостта в градовете намалява и през 2014г. е 9,7‰, а в селата се запазва почти на едно ниво - 8,8‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

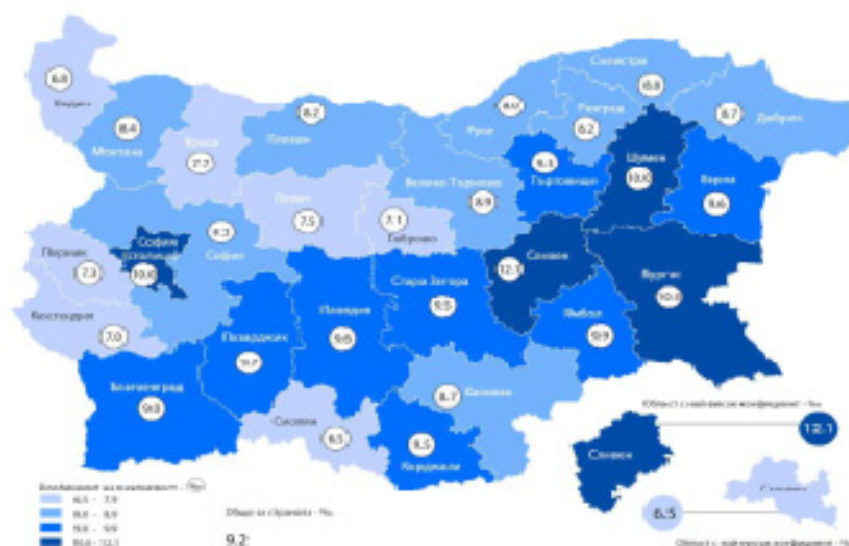
През последната година се наблюдава увеличаване на броя на родилките до 20 г., като същият остава относително висок – 7 404 през 2014 г. при

7 779 за 2013 г. Значими здравни и социални проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15 – 19 години.

Влияние върху раждаемостта през последните години оказва повишаването на плодовитостта на родилните контингенти, измерена чрез тоталния коефициент на плодовитост (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниска стойност на този показател е регистрирана през 1997-1,12. Следва увеличение на нивото: 1,31 през 2005г., 1,49 деца през 2010 и през 2014г. достига 1,5 (ЕС - 1.56). Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете.

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12,0‰), София-град (10,5‰), Търговище(10,2‰), Бургас (10,1‰) и Шумен (10,0‰), а най-ниска в областите Смолян (6,6‰), Видин (7,2‰) и Перник (7,3‰).

Фиг. 2. Области с най-висок коефициент на раждаемост през 2014 г.



Източник: НСИ

Свързани с раждаемостта са проблемите с безплодието и абортите. Въпреки изразената тенденция за намаляване на абортите, те съставляват половината от ражданията през годината. На 1000 жени във възрастта 15-49 години се падат 43 раждания и 18,3 аборти. Броят на абортите на 1000 живородени деца в България през 2014г. е 433,91 и е два пъти по-висок от средния за Европейския съюз (221,21‰). По висок е показателя само в Естония и Румъния. Легалния аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки огромния риск за здравето и детеродната способност на жената (НЦОЗА).

1.1. Детската смъртност - индикатор за качеството на медицинската помощ.

При определяне на здравното благополучие на дадена нация за основен критерий се приема нивото на детската смъртност. По него се съди за икономическото и културното равнище на един народ, за степента на грижите, които той полага за отглеждане на поколението му, за стандарта на живот на дадена страна.

Детската смъртност у нас продължава да е твърде висока в сравнение с развитите европейски страни, независимо от изразената тенденция към снижаване през последните години. През 2014 г. са починали 536 деца на възраст до 1г. (601 за 2013г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 8.5‰, през 2013г. на 7.8‰ през 2014г.

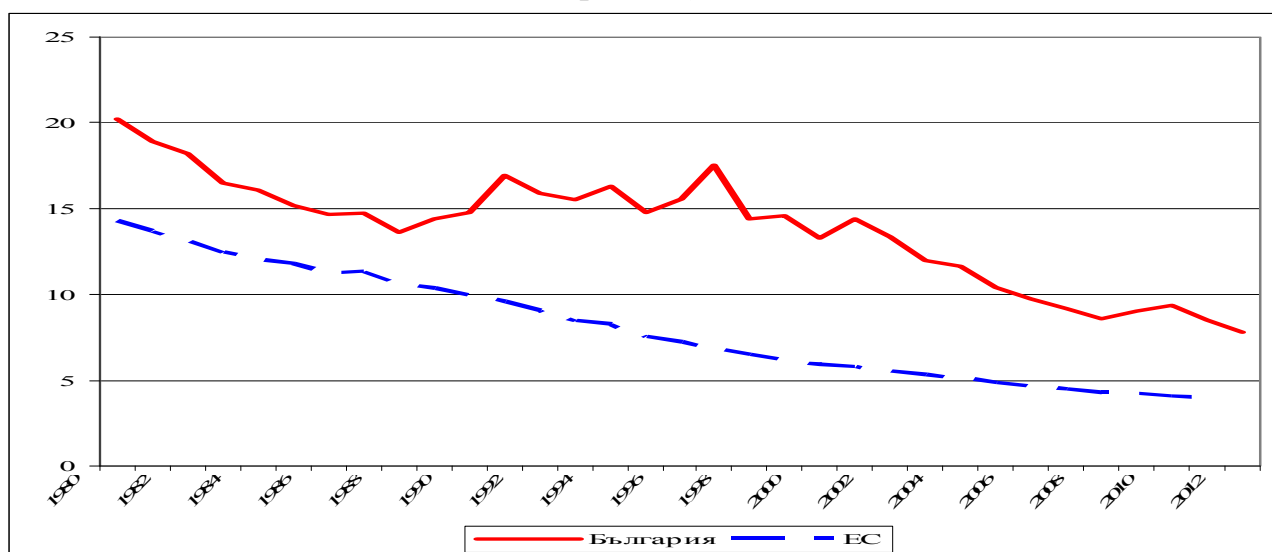
Достигнатото равнище е най - ниското в цялата история на демографската статистика в България. Въпреки това, детската смъртност остава 2 пъти по-висока, отколкото в Европейския Съюз (4‰). Този показател е индикатор за качеството на медицинската помощ и здравните грижи, но върху него влияят и жизнения стандарт и здравната култура на населението на страната.

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 9.6‰ и 7.1‰). Причините за това могат да се търсят във

влошаване социално-икономическите условия, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Областите с най-висока детска смъртност са Сливен (16.6‰), Монтана (14.4‰), Разград (13.3‰), а най-ниска Благоевград (2.3‰), Смолян (2.6‰) и София- град (4.4‰).

Фиг. 3 Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)



Източник: НЦОЗА, WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Перинаталната детска смъртност се задържа твърде висока. Анализът на смъртните случаи при деца до 1 годишна възраст по причини показва, че най-голям е броят на починалите деца, вследствие състояния, възникващи през перинаталния период – 237 (44.22%), в т.ч. дихателни и сърдечно - съдови нарушения, характерни за перинаталния период – 156, от които 100, поради респираторен дистрес синдром. Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 96 (17.91%), болестите на кръвообръщението (6.16%) и на дихателната система (14.18%). Съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност има и дела на недоносените деца. През 2014 г. броят на недоносените новородени е

5 750, което представлява почти 9% от живородените, а недоносените мъртвородени представлява 69.8% от мъртвородените.

След 2000 година неонаталната детска смъртност показва съществена тенденция към намаляване, като достига през 2012 г. най – ниско ниво - 4.5‰. Средната стойност в ЕС този показател (2.74‰) непрекъснато намалява и е 2 пъти по-ниска от тази в България.

Постнеонаталната детска смъртност се увеличава през 2014г. в сравнение с 2013г. от 3.2 на 3.3 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.38‰ и е 2.4 пъти по – ниска от тази за България.

Показателят за мъртворождаемост се увеличава спрямо предходната година - 8‰ и е по-висок от средната стойност за ЕС (5.27‰) Тези четири класа обуславят 82.46% от всички умирация при деца до 1годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умирацията до 1 година по пол.

Табл. 1. Умрели деца на възраст под 1 година

Година	Брой умрели деца
2004	814
2005	739
2006	720
2007	690
2008	668
2009	729
2010	708
2011	601
2012	536
2013	489
2014	536

Източник: НЦОЗА

Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на всички повъзrastови показатели за детска смъртност, сравнени със средните стойности за ЕС.

Интегралният показател, характеризиращ вероятността за умиране на децата преди достигане до 5годишна възраст в България е 10.22‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.78‰). Най – често основните причини за смърт на децата до 5 години са някой състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на кръвообръщението и външни причини за заболяемост и смъртност.

Недоносеността е тясно свързана и с качеството на акушеро – гинекологичната помощ. През 2014 г. броят на недоносените новородени е 5 750, което представлява почти 9% от живородените. Недоносените мъртвородени са 389, което представлява 69.8% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен принос за нивото на перинаталната детска смъртност.

На показателя детска смъртност съществено влияние оказва неефективната здравно-промотивна и профилактична дейност при определени слоеве от населението на страната.

2. Периоди на растеж и развитие в детска възраст (0 - 18г.).

Здравно-промотивни и профилактични аспекти

Въз основа на анатомио-физиологичните особености на детето и според нервно-психичните промени, които настъпват в детския организъм с времето, според Алфред Адлер различаваме няколко периода на растеж и развитие.

Всеки един от тях се характеризира с различни здравно-промотивни и профилактични проблеми.

Медико-социалните проблеми на децата по-нататък са тясно свързани с фактора „възраст“ и са специфични за различните периоди на детството.[20, с. 401]

2.1. Период на вътреутробното развитие.

Периодът на вътреутробното развитие е дълъг 10 лунарни месеца и се характеризира с изключително интензивен растеж на организма. Правилното развитие на плода зависи от състоянието на бременната жена, от която посредством плацентата, той получава необходимите хранителни вещества, кислород и др. Всякакви отклонения в здравето и общото състояние на бременната жена дават неблагоприятни отражения върху развитието на плода (мъртво раждане, недоносеност, уродства, вродени инфекции).

През този период има най-усилен растеж на детето при максимална защитеност от външни въздействия на средата.

Медицинската сестра, като част от екипа на общопрактикуващия лекар се грижи за насочване на родителите към регулярно наблюдение от специалист акушер-гинеколог и акушерка, спазване на подходящ хранителен режим, двигателна активност и психичен комфорт.

Информирането относно вредата от експозиция спрямо вредни въздействия на средата - тютюнопушене, алкохол, лекарствени средства, замърсеност на въздуха, водата и храната на бъдещата майка също влизат в задълженията на медицинската сестра в този период .[96, с.80]

Известно е, че вътреутробното развитие на плода е най-трудният и най-отговорният период, в който се полагат основите на здравето на бъдещия човек. Важен здравно-профилактичен проблем в този период е възникването на генетична патология, която е предпоставка за аборт, мъртво раждане или раждане с малформативен синдром.

Генетичните консултации, регулярното наблюдение на бременната и качествената акушерска помощ са първите елементи на здравното обслужване, които играят роля за здравето на децата. [19, с. 401]

Счита се, че основните медико-социални фактори, които оказват най-голямо влияние върху нивото на перинаталната смъртност могат да бъдат групирани по следните признаци:

- ✓ Някой социални и биологични характеристики на майката;
- ✓ Принадлежност на жената към определена социална група;
- ✓ Материална обезпеченост и жилищни условия на семейството;
- ✓ Семейно положение и възраст на жената;
- ✓ Хранене;
- ✓ Културно ниво;
- ✓ Поведение;
- ✓ Вредни навици (пушене, пиене, наркомания).

Тютюнопушенето забавя растежа на плода и увеличава риска от мъртво раждане. Редица проучвания показват, че това е фактор, който увеличава с 20-40% вероятността за раждане на деца с ниска телесна маса за гестационната си възраст и че децата, родени от майки, които са злоупотребявали с алкохол могат да бъдат недоносени, да имат вродени аномалии или да изостават в нервно – психическото си развитие.

Огромното значение на тези фактори по време на бременността и раждането се определят от голямото им влияние върху раждането и перинаталната заболяемост и смъртност. Особено тревожен е този проблем е за бременните жени от ромски произход под 20-годишна възраст.

Недоносеността се определя от редица автори като изключително важен фактор за всички развити страни, тъй като преждевременно родените деца имат най-много проблеми в перинаталния период и много често умират. Смъртността при недоносените деца е 10 пъти по висока отколкото при доносените. Освен това 1/3 от недоносените деца изостават

в интелектуалното си развитие. Рисковите фактори за преждевременно раждане са:

- заболяване на жената в периода на бременността - различни инфекции (вирусни или бактериални), вкл. СПИН;
- хронични заболявания на бременната жена: артериална хипертония, захарен диабет, сърдечно-съдови и бъбречни заболявания;
- психични травми, работа във вредни условия, радиация и др.;
- нередовни и некачествени пренатални здравни грижи в женска консултация;
- комплекс от фактори в „микросоциалната среда“ предимно в сферата на семейните взаимоотношения - нежелана бременност, конфликтни взаимоотношения и др.

Според Анета Попиванова – педиатър - неонатолог от Клиниката по неонатология при УАГБ „Майчин дом” от начина, по който се развива една бременност и въздействията, които едно дете получава, докато е в тялото на майка си, се определя физическо и нервно-психическото му развитие. Съществува клон в медицината, наречен епигенетика, в който се изучават различни въздействия по време на бременността и връзката им с изявата на различни заболявания. Например определено хранене на бременната може да отключи или заключи определени гени в организма на детето, които да определят по-нататък развитието на определени заболявания. [166]

Възрастта и социалния статус на бременната жена също оказват влияние върху изхода на бременността. Установено е, че преждевременните раждания по-често се наблюдават у първескини под 18 години и над 30-годишна възраст. Ниската телесна маса след раждането се среща два пъти по-често сред родените от майки между 14 и 18 години. Значението на този факт нараства в сегашната ситуация, когато у нас се

наблюдава „подмладяване“ и „застаряване“ на контингента на първескините.

Така разрешаването на проблема недоносеност би довело до намаляване на детската смъртност.

Изброените причини и проблеми изискват активното участие на медицинската сестра по промотивната и профилактична дейност в този важен период от развитието на детето.

2.2. Период на новороденото

Периодът на новороденото започва от момента на прерязването на пъпната връв и завършва до 28 ден след раждането. Това е период на адаптация на новороденото към новите условия на живот извън тялото на майката. Поради това, че при новороденото повечето органи и системи не са морфологично и функционално добре развити, периодът се характеризира с редица адаптационни прояви. Поради наличието на преходен имуен дефицит детето е изключително податливо към инфекции, които имат тенденция към бързо генерализиране и трудно овладяване. Регистрират се различни малформации и се проявяват болестите на обмяната на веществата.

Традиционните модели за отделянето на бебетата от майките им непосредствено след раждането, изкуственото хранене, когато липсват индикации за специфични състояния на майката или бебето, схващането, че бебето се нуждае само от храна и дисциплина, останаха в миналото.

Най-новите проучвания в тази област сочат ползите от ранното привързване между майката и детето, кърменето до шестмесечна възраст, стимулирането на развитието на децата в най-ранна възраст чрез четене, музика, контакт с възрастни, с братя и сестри. Мозъкът на детето се нуждае от всичко това, за да се развие оптимално.

2.3. Кърмачески период

Кърмаческият период започва след 28 ден и продължава до края на 12-ия месец. Периодът се характеризира със усилен растеж и бързи темпове на нервно-психическо развитие. Постепенно се усъвършества централната нервна система. Теглото на детето от раждането до края на периода се утрадва, а ръстът се увеличава средно с 25см. Прорастват първите млечни зъби. Детето започва да изговаря първите срички. Към края на периода детето постепенно прави първите си стъпки и прохожда. Развитието на храносмилателната система дава възможност постепенно детето да бъде захранено с нови храни, освен млякото. В този период, поради преходния имуен дефицит, детето боледува често от инфекции на респираторния тракт, храносмилателната система, пикочни инфекции и др, за което способстват и редица анатомо - физиологичните особености. За да може да се осигури правилното протичане на този период са необходими грижи за рационално хранене, предпазване от инфекции, закаляване и обучение на кърмачетата.[96, с.81]

2.4. Здравно-промотивни и профилактични аспекти на заболяемостта и смъртността на децата до една година

Първата година от живота на детето е най-динамичният за здравето и живота му период. Относителният дял на „перинаталните“ причини в структурата на детската смъртност в развитите страни е най-голям в сравнение с други групи причини. Това обяснява обстоятелството, че снижаването на перинаталната патология е главният резерв за намаляване на детската смъртност.

По-значителното увеличаване на перинаталната детска смъртност се дължи на факта, че в този период на ранната неонатална смъртност силно влияние имат биологичните фактори - вродени заболявания, родов травматизъм, малформации и други. Освен това в страните от Европейския съюз с ниска детска смъртност (под 4‰), снижението е било най-вече за

сметка на неонаталната детска смъртност. От тук става ясно колко голяма е ролята дородовата профилактика, извършвана с методите на най-новите диагностични технологии. Това дава възможност за ранно диагностициране на вродените аномалии на плода и за предприемане на поведение съобразно установените увреди.

Разпределението на перинаталната смъртност по при причини е разпределено както следва:

Табл.2. Анализ на умираанията при деца до 1-годишна възраст по причини (НЦОЗА)

Нарушения, характерни за перинаталния период	Отн. Дял [%]
Дихателни и сърдечно – съдови нарушения	44,22%
Вродени аномалии, деформации и хромозомни аберации	17,91%
Болести на кръвообръщението	6,16%
Болести на дихателната система	14,18%
Други причини	17,53%
Общо	100%

Според анализа на починалите деца до 1-годишна възраст, половината умират още в първия месец, а от тях половината умират до края на първата седмица след раждането. Дълги години като основна причина за смърт до 1-годишна възраст у нас са посочени заболяванията на дихателната система. Основните причини за това са неотговарящите на

световните стандарти на грижи за новородените деца, както в болничните заведения, така и в семейството.

2.5. Период на ранна детска възраст

Периодът на ранната детска възраст обхваща децата от 1 до 3 години. Характеризира се с висока заболяемост, като по-голямата част от заболяванията в тази възраст са на дихателната система.

Нервно-психическото състояние на децата продължава да се усъвършенствува, усилва се анализаторската и синтезиращата дейност. Развива се втората сигнална система. Функциите на различните органи и системи са развити напълно. Детето започва да контролира тазовите резервоари. В този период се доразвиват говорът и двигателните възможности на детето. Това обуславя и новото в патологията на децата в този период, както и определя новите аспекти на грижите, които се полагат за тяхното развитие. Детето става по-подвижно и любопитно и това води до зачестяване на травмите от различно естество и отравянията. Грижите на медицинската сестра са насочени към осигуряване на информация и здравни съвети към родителите относно осигуряване на подходяща здравословна среда и рационално хранене на детето. [96, с.81]

Редовните и подходящи физкултурни занимания способстват за доброто физическо и психическо развитие на детето, а провеждането на закалителни процедури усилва защитните му сили и възможностите за справяне с инфекциите. Първите няколко години от живота оказват огромно влияние върху развитието и успеха на детето по-късно - от доброто здраве и резултатите в училище до самоуважението и социалните умения.

Според световноизвестният италиански педиатър и експерт на СЗО, УНИЦЕФ и Световната банка Джорджо Тамбурлини и неговото проучване „Бремето на болестта“, болестите се изместват от първата година след раждането към зрелостта, като тази тенденция е най-очевидна

в Европа. Намалява значението на инфекциозните болести сред децата, а се увеличават незаразните болести - рак, психични разстройства и разстройства свързани с развитието. Друг ключов аспект от проучването подчертава важността на този първи период в живота - от зачеването до първите три години – значението на този етап за детското развитие и това, че тези години оставят отпечатък върху развитието на детето за целия му живот. Много важен е проблемът с недостатъчната координация между здравните услуги и останалите услуги за деца. [165]

Ето защо днес предизвикателствата пред детското здравеопазване са: превенция и справяне с незаразните болести, вродените аномалии и увреждания, подобряване на родителските умения и компетенции и засилване на вниманието към подобряване на качеството и координацията на услугите за деца с хронични заболявания.

Друга голяма опасност за децата е да не успеят да развият пълния си умствен потенциал, поради недостатъчна грижа в домашната среда, липса на когнитивно стимулиране и игра. Например, децата до 3 години, израснали при неблагоприятни социални условия и семейна среда, знаят наполовина по-малко думи в сравнение с децата на тяхната възраст, израснали в стимулираща и грижовна среда. Тази езикова „бариера“ ще им пречи по-късно в училище, на следващ етап ще има лоши последици за техния социален живот и възможностите им за по-добра реализация и съответно за приноса им в обществото. Политиките за ранно детско развитие гарантират правото на всяко дете на живот и възможност да реализира своя потенциал. Те са и инвестиция в бъдещето на държавата. Интегрираните програми за най-малките деца спомагат за елиминиране на неравностойното положение, което е основен начин за борба с бедността. Ранната превенция има много по-ниска цена от тази, която би се платила по-късно за преодоляване на вече съществуващи здравни и социални проблеми.

2.6. Период на предучилищна възраст

Предучилищната възраст обхваща периода от третата до шестата година на детето. Растежът на децата в този период забавя своя темп. Млечните зъби се заменят с постоянни. Периодът се характеризира с интензивно развитие на централната нервна система. От първостепенно значение е интелектуалното развитие на детето и неговото социализиране. При неправилно отношение има голяма опасност от развитието на различни неврози, като страх, заекване и др.[96, с.81]

Всички усилия от страна на родителите и медицинския персонал трябва да са насочени към изграждането на навици за здравословен начин на живот, спазване на хигиена, рационално хранене и достатъчно сън. В този период добрия психоклимат, добрите взаимоотношения в семейството и битово - социалните условия оказват значително влияние върху детето.

Първите шест години от живота на детето са от огромно значение, защото в тази възраст се полагат основите на физическото и психоемоционалното здраве и се формира интелекта на децата. Същевременно в този период незрелият детски организъм е с още твърде инсуфициентни регулаторни механизми и е най-уязвим на разнообразните фактори на външната среда.

Заболеваемостта в тази възраст също е много висока, особено при постъпване на детето в детско заведение (детска ясла, детска градина), т.е в периода на адаптация. Основна част от острите заболявания са инфекции на горните дихателни пътища – 80.0%. От хроничните заболявания в тази възраст най-чести са тези с алергична генеза – бронхиална астма, бронхити и др., следвани от заболявания свързани със затлъстяването, тези на нервната система и сетивните органи – най-вече смущения в зрението.[20, с. 402]

Инфекциозните заболявания също са сериозен проблем, както и травмите и отравянията, свързани с прохождането на децата и

любопитството им да опитат от всичко. Те заемат първо място сред причините за смъртност сред децата от тази възрастова група, заедно със заболяванията на дихателната система, сърдечносъдовите аномалии и др. вродени малформации.

Табл.3.Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на деца родени в периода м.септември-м.декември 2014г. (НЗОК)

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой деца всичко	В това число	
			0-3 г.	3-7 г.
А	Б	1	2	3
Общ брой деца	0	231492	31579	199913
Общо прегледани деца	01	213688	30226	183462
Туберкулоза (A15-A19)	02	7	1	6
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	15	2	13
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	17	2	15
Захарна болест (диабет) (E10)	05	85	5	80
Затлъстяване (E65-E68)	06	1458	107	1351
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	178	32	146
Неврози (F40-F48)	08	67	6	61
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	430	47	383
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	420	33	387
Олигофрения (F70-F79)	11	31	1	30
Детска церебрална парализа (G80)	12	212	12	200
Епилепсия (G40)	13	365	27	338
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	236	8	228
Смущения в зрението (H53)	15	1441	81	1360
Слепота и намалено зрение (H54)	16	155	4	151
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	286	48	238
в т.ч. Глухота (H90)	18	106	16	90
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	5		5
Хипертонична болест (I10-I15)	20	3		3
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	2727	741	1986
Алергичен ринит (J30)	22	1246	202	1044
Пневмония (J12-J18)	23	1784	515	1269
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	1188	309	879

Астма (J45)	25	2426	242	2184
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	12		12
Гастрит и дуоденит (K29)	27	162	13	149
Абдоминална херния (K40-K46)	28	24	3	21
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	7		7
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	12	1	11
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	82	10	72
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	9		9
Кръвотечения от половите орг. и смущения на менструацията (N91-N94)	33			
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	25		25
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	136	16	120
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	81	3	78
Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	337	29	308
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	167	17	150
крипторхизъм (Q53)	39	24	2	22
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	66	1	65
Други	41	2798	377	2421
Открити заболявания – всичко	42	18600	2882	15718
На 1000 прегледани деца		87 ‰	95 ‰	86 ‰

2.7. Период на училищната възраст.

За здравето на децата от 6 до 9 годишна възраст влиянието на училищната среда измества генетичните фактори и семейството.[20, с. 402]

През този период завършва развитието на костите, укрепва мускулатурата, натрупва се телесна маса, растежът продължава, млечните зъби се заместват изцяло с постоянни. Пропорциите на тялото се доближават до тези на възрастния човек. Интелектуалните възможности на детето се увеличават значително. В този физиологичен преход от детството към зрелостта усилията трябва да бъдат насочени най-вече към профилактиране на изкривяванията на гръбначния стълб, рефрактивните аномалии, затлъстяването, травмите, неврозите, появата на зависимости и др.

Нараства броят на хроничните неинфекциозни заболявания - заболявания на дихателната система с алергична етиопатогенеза,

хипертонични реакции и хипертония, инсулинозависим захарен диабет. Чести са заболяванията на нервната система – емоционални и поведенчески разстройства. [20, с. 403]

Детският травматизъм излиза на първо място сред причините за умиранията, като възрастта от 9 до 12 години е най-засегната от училищния травматизъм. Тенденцията се запазва до 14-годишна възраст. Това е период на много бързи промени във физическото и емоционалното развитие, и в поведението на подрастващите.

Пубертетът при съвременните деца обхваща възрастта от 10 и 14 години. [20, с. 403]

Проблемите на превенцията при децата в пубертета се характеризират с ускорения растеж и ранното полово съзряване.

Акцелелерационните процеси влизат в конфликт с по-късното социално узряване (забавено от по-продължително образование), т.н. социален инфантилизъм, което налага осигуряване на адекватно за възрастта полово възпитание.

Начинът на живот и обучението изискват особено внимание и грижи, както от страна на родителите така и от медицинските специалисти ангажирани в здравните грижи за тези деца. Намаляването на двигателната активност, телевизионната и компютърната хиподинамия са сериозна заплаха за здравето на учениците. Заедно с нередовното и нерационално хранене, те стават предпоставка за поява на наднормено тегло и затлъстяване.

Според Боян Лозанов е необходимо да бъде реализиран системен лекарски контрол с цел откриване на хронични заболявания и осъществяване на профилактика сред застрашените контингенти деца. По думите му около 40% от децата страдат от различни проблеми – 10% са с наднормено тегло, от които 17% са със затлъстяване. Последните данни от национално проучване пък сочат, че при 12% от децата е налице намалена

функция на щитовидната жлеза. Тези проблеми повлияват както когнитивните функции, така и емоционалния статус на децата. [172]

В периода на училищната възраст влиянието на семейната среда отслабва и все повече се засилва влиянието на външната среда, на неформалните групи. Най-характерна особеност на този период от живота на децата е бързо настъпващата промяна в поведението им. Увеличава се броят на децата с отклонение в поведението, изключително тревожна е тенденцията към повишена агресия, която придобива застрашителни размери. Според Васил Писев, който акцентира върху съвременните предизвикателства за агресивността и насилието над децата, това е проблем все по-често срещан както у нас, така и в световен мащаб. [172]

Този проблем изисква спешни и адекватни мерки, както от страна на медицинските специалисти, осъществяващи здравно-промотивна дейност в училищата, така и от страна на учители, родители и цялото общество.

Както е известно агресивността на децата е обусловена от сложен комплекс от биологични, личностни и социално-педагогически фактори. Факторите, свързани с емоционалните преживявания се оказват особено значими. Климатът в семейството, в училището или в детската градина и качеството на отношенията между родители и деца, педагози и деца и между връстници са важни фактори за определяне поведението на децата.

Анализирайки тези проблеми и на базата на изследвания може да изясним причинната обусловеност на агресивността на децата и да направим научно обосновани препоръки за подобряване на превантивната работа с тези деца и прилагане на превантивни подходи за преодоляване на агресията.

За агресивните деца са характерни честите промени в настроенията, продължителната тъга и депресията, лесната раздразнителност и избухливост, обвиняването на околните за техните неудачи и препятствия, безпричинната подозрителност,

свърхтревожността и перманентната напрегнатост, недоверчивостта и възбудимостта.

Отчуждението и изобилието на агресивни поведенчески модели увеличават риска от използване на различни форми на агресия.

Педагозите, родителите, обществото могат да направят много, като ангажират вниманието на децата с полезни занимания и ги възпитават в отстояването на хуманните принципи на поведение. Само в сътрудничество между училищната институция и семейството могат да се противопоставят на агресията при децата.

Агресивното поведение сред децата е и вследствие на дълбоката нервна криза, която от няколко години ерозира семейната общност. Засилващата се социална диференциация в нашето общество болезнено рефлектира в съзнанието на онези деца, чиито родители не са в състояние да им осигурят нормални условия за живот и грижи. Липсва сериозна родителска намеса по посока на обогатяване на културните интереси и дейности на децата в свободното време. Налице е силно изявена причинно-следствена връзка между отсъствието на мотивация за учебна дейност и нагласата за агресивно отклоняващо се поведение.

Не по-малко тревожни са и тенденциите свързани с повишената употреба на алкохол, тютюневи изделия, психотропни и наркотични вещества. В редица доклади на наши водещи токсиколози, като Анета Хубенова и Евгения Бързашка се посочва, че през последните 10 години проблемът със зависимостите сред подрастващите придобива все по-сериозни мащаби - увеличава се броят на децата, употребяващи алкохол и наркотици. [172]

Налага се необходимостта от бдителност и активност по превенцията на тези сериозни проблеми в тази възраст, както и да бъде привлечено вниманието не само на медицинската общност, но и на цялото общество

Табл.4. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците, проведен в периода м.септември – м.декември 2014 г. (НЦОЗА)

Заболявания и аномалии	Шифър	Брой ученици всичко	В това число:		
			I клас	VII клас	X клас
А	Б	1	2	3	4
Общ брой ученици	0	658243	58529	55369	48580
Общо прегледани ученици	01	553709	50096	45747	39295
Туберкулоза (A15-A19)	02	61	6	10	10
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	03	182	19	15	20
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	04	265	11	34	41
Захарна болест (диабет) (E10)	05	761	53	89	93
Затлъстяване (E65-E68)	06	12017	1104	1405	870
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	07	412	44	45	40
Неврози (F40-F48)	08	389	40	42	57
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	09	937	134	77	31
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	1857	259	164	75
Олигофрения (F70-F79)	11	998	92	90	55
Детска церебрална парализа (G80)	12	678	108	61	58
Епилепсия (G40)	13	1705	182	190	168
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	2158	199	327	226
Смущения в зрението (H53)	15	5930	576	747	459
Слепота и намалено зрение (H54)	16	524	60	61	54
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	658	75	95	35
в т.ч. Глухота (H90)	18	433	51	39	18
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	81	6	4	10
Хипертонична болест (I10-I15)	20	450	11	60	101
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	21	939	236	124	36
Алергичен ринит (J30)	22	1574	207	154	114
Пневмония (J12-J18)	23	621	126	86	28
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	733	172	117	44
Астма (J45)	25	4297	611	451	281
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	278	32	23	21
Гастрит и дуоденит (K29)	27	508	28	70	93
Абдоминална херния (K40-K46)	28	72	8	16	8

Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	59	3	7	3
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	87	11	8	12
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	315	25	38	39
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	220	6	15	37
Кръвотечения от полов. орг. и смущ. на менструацията (N91-N94)	33	168	3	10	40
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	462	8	49	76
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	702	45	88	98
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	2941	360	370	195
Вродени аномалии (Q00-Q99)	37	1195	130	118	96
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	610	70	48	37
крипторхизъм (Q53)	39	46	4	2	3
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	260	10	13	30
Други	41	2639	270	365	151
Открити заболявания – всичко	42	46506	5121	5224	5116
На 1000 прегледани ученици със заболяване са:		84 ‰	102 ‰	114 ‰	130‰

2.8. Юношеска възраст

Периодът на юношеството обхваща възрастта от 14 до 18 години. Юношеската възраст е времето за адаптация към обществения и трудов живот. Според законодателството тези деца са обект на детското здравеопазване, но ако те не продължат образованието си в средните училища се оказват „ничия“ група. За разрешаването на този проблем през 1997 година се правят законодателни промени, като се приема юношите до навършване на 18 години да бъдат приравнени към детската възраст и съответно да попаднат в обхвата на педиатричната здравеопазна система.

В тази възраст започва формирането на сексуалното и репродуктивно поведение. Погрешно формираното репродуктивно поведение има огромно значение за здравето, възпроизводството и самочувствието на цялата нация.[96,с.81] В юношеската възраст обикновено започва половия живот на младежите, които при ниска полова култура поражда редица проблеми:

- ✓ ранна бременност;

- ✓ увеличаване на болестите предавани по полов път;
- ✓ изкуствени аборти, увреждащи репродуктивното здраве на девойките;
- ✓ преждевременно раждане;
- ✓ преждевременно напускане на училището;

Поради тези и още ред причини, в тази възраст навременната информираност, чрез обучителни и възпитателни програми, ориентирани към борбата с агресията, алкохолизма, наркоманиите, тютюнопушенето и безразборните полови връзки са от съществено значение.

2.9. Здравно-промотивни и профилактични проблеми на децата родени в „риск“.

В категорията деца в риск се включват няколко групи:

- ✓ Недоносените деца;
- ✓ Деца в неравностойно положение - изоставени и малтретирани деца;
- ✓ Деца в неравностойно положение, поради наличие на недъзи, дефекти и тежки заболявания;
- ✓ Деца в конфликт със закона;

През 2017г. светът отбеляза 28 години от приемането на Конвенцията за правата на детето. Всяка страна трябва да си отговори на въпроса: как се справихме с прилагането на Конвенцията, правим ли достатъчно, за да сме сигурни, че всички деца са уважавани, защитени, с тях се отнасят честно и са им предоставени възможности да се реализират в живота? Реализацията на правата на децата е предизвикателство към правителствата на всички държави по света и е ясно, че публичните институции, гражданското общество, бизнесът, медиите, религиозните организации, професионалисти и родители всички трябва да допринасят за това.

В България живеят близо 1,3 милиона деца, част от тях заедно със семействата си, не получават адекватни здравни грижи и защита на

правата си, нямат равен достъп до здравни, социални и образователни услуги.

Психологическите и социалните проблеми при отглеждането на недоносени или новородени в тежък неонатален период, превръщат детското здравеопазване в основен приоритет на политиката за обществено здраве на всички европейски страни.

Всяко трето дете попада в групата на така наречените „социални сираци“. Това са децата, живеещи в непълни семейства, семейства на психично болни, семейства на алкохолици. Особено уязвими са семействата с 3 и повече деца, където рискът от бедност скача до 78.2%.

Неравенството и социалната изолация заставят множество деца и семейства ежедневно да се борят за оцеляването си, губейки възможност за пълноценно развитие и бъдеща реализация. Това е предизвикателство не само за тях, но и за цялото общество. Реформата в детската грижа и институциите за деца продължава. Въпреки това през 2014 г. над 3 500 деца живеят в институции. Около половината от тях са с увреждания.

Независимо, че приемната грижа се развива през последните години, броят на децата, разделени от своите семейства, остава сравнително постоянен. Всяка година над 1 600 момичета и момчета до 3 г. са отделяни от родителите си и настанявани в институция. Този факт нарежда България на първо място в ЕС по дял на бебета в институционална грижа. Към него се добавят и 3 254 деца, родени през 2014г. от непълнолетни майки. Причините: липса на услуги по превантивно здравеопазване и семейно планиране, както и ранно отпадане от училище. Детската смъртност е 7.3‰ средно за страната, но в някои райони тя е три пъти по-висока. В допълнение делът на недоносените деца вече е преминал 9%.

2.10. Деца с хронични заболявания

От съществено здравно, социално, икономическо и правно значение са проблемите на децата с хронични заболявания, дефекти и недъзи. Това са деца с увреждания на нервно-психическото развитие, дефекти в слуха и зрението.

Сред най-често срещаните вродени заболявания и увреждания, които остават актуален медицински, социален и икономически проблем са намалението на слуха, проблеми със зрението и децата с аутизъм. Ранната диагностика на децата с увреден слух и зрение, както и на тези с аутизъм и последващото лечение е съвременно решение и позволява развитието на речта и говора, емоционално, психично, социално и умствено развитие на личността, както и вграждането им в приемлива среда. Трайните зрителни и слухови увреждания са сериозен обществено значим здравен проблем, засягайки най-малко едно на 1000 новородени. Провеждането на здравно-промотивни и профилактични изследвания в първите месеци след раждането, дават възможност да се подобри качеството на живота и перспективите на развитие в личен и обществен план на засегнатите деца. Към тези деца се изискват комплексни здравни, социални и педагогически грижи. Към тази група спадат и децата с деформации на тазобедрената става и ходилото, вродени сколиози, травми и ампутации. Големият етичен и деонтологичен проблем за качеството на живота е регламентиран у нас в смисъл да се полагат всички сили и средства за запазване живота на всяко живородено дете, независимо от степента на структурните или функционални увреждания, води до натрупване на голям брой изоставащи в своето умствено и психическо развитие деца.

Големи резерви за разрешаване на тези проблеми се крият в екзактната дейност на генетичната консултация, здравната промоция и здравното възпитание за здравословен стил на живот на младежите,

бременните жени до приключване на репродуктивния им период, антенаталната и интранаталната профилактика на всяка бременност.

3. Педиатрична здравна служба. Историческо развитие и състояние на системата за предоставяне на здравни грижи за деца

3.1. Историческо развитие на педиатрията и педиатричната здравна служба у нас и в Европа

Историята на педиатрията е сравнително бедна, макар че наченки на описания на детски болести се откриват в историческите документи на древния Египет и Китай. [11,с.7]. Сперански обяснява късното развитие на педиатрията с късната поява на обществените грижи за деца. Във феодалното общество децата се раждали и умирали, без да им се обръща внимание. При ранния капитализъм поради това, че жената бива въввлечена в производството феодалното семейство започва да се разпада и безпризорността и детската смъртност нарастват главоломно. Това налага разкриването на първите общежития за изоставени деца и сираци – израз на първите обществени грижи за децата. Поради липса на елементарни хигиенни условия в тези общежития при появата на епидемии те се превръщали в истински болници, където децата масово умирали. Така например в детския дом в град Дъблин – Англия, в продължение на двадесет години са били приети 10 272 деца, от които само 45 от тях доживели до пубертетна възраст. Всички останали загинали от различни заболявания. В тези общежития са започнати и първите масови наблюдения върху детските заболявания.

Първата болница за деца е открита в Париж през 1802 г., а по-късно такива болници са открити в Берлин и Петербург. В детските болници се създават условия за по-сериозни наблюдения върху заболяванията у децата. Излизат първите учебници по детски болести на

Рийе и Бартец (1843г.), на С. Х. Хотвицки (1847г.). Постепенно се обособяват основните раздели на педиатрията. Разработват се проблемите за изкуственото хранене на кърмачето и отглеждането му, въпросите за имунитета, вътреболничните инфекции, за профилактиката на инфекционните заболявания, за необходимостта от вътреболнична изолационна система за нуждите от обособяване на отделни кърмачески отделения, детски ясли и други. Така педиатрията се оформя като наука за здравето и болното дете. [11, с. 7]

В България през турското робство лекарите са били малко. Народът прибегвал до народни лечители, които се занимавали с билкарство, врачуване, баене, заклинания и т. н.

След Освобождението на България се поставя началото на организирана медицинска помощ, като с декрет на руския комисариат от 1978г. се постановява откриването на първите болнични заведения.

Макар че, в тези болнични заведения детски отделения не е имало, много от тогавашните лекари са имали подчертано педиатрична насоченост. С проблемите на детското здраве усилено се занимава Иван Драгомиров, управител на Пловдивската държавна болница. Забележителни са неговите трудове: Върху храненето на малките деца, Върху физическото възпитание на децата, Върху физиологията на новороденото, Върху училищните болести и други. Той написва и първият учебник по училищна хигиена.

Най-значителните събития в историята на българската педиатрия са свързани с името на Стефан Ватев. През 1902 г. той организира първата детска стая към вътрешното отделение на Александровска болница, която под негово ръководство по-късно се обособява в самостоятелно детско отделение. С това се слага началото на българската педиатрия и възниква нуждата от специално обучени и подготвени сестри, които да поемат грижите за децата.

След създаването на първия Медицински факултет през 1918 г. детското отделение се трансформира в Детска клиника. През 1924 г. Стефан Ватев организира първата детска консултация, наречена тогава „здравносъвещателна станция“, която поставя на правилни основи въпросите за храненето и отглеждането на кърмачето. За да разпространи опита на тази „здравносъвещателна станция“ и да проведе по-мощабни здравни мероприятия насочени специално към детските контингенти, той основава Съюз за закрила на децата, чрез който развива сериозна дейност за организиране на здравносъвещателни станции, детски домове, летни колонии, безплатни детски трапезарии, подвижни здравни изложби. [11, с. 9]

След установяването на социализма в България се реализират редица мероприятия по отношение на детското здравеопазване, като се увеличават значително детските клиники, изграждат се лечебно-профилактични заведения, построява се Научноизследователски институт по педиатрия, увеличава се броят на медицинските сестри и акушерките, създава се специалността „детска медицинска сестра“. [50, с. 6]

3.2. Организация и състояние на педиатричните служби в България

3.2.1. Организация на педиатричната здравна служба у нас до 1999 година

До приемане на Закона за лечебните заведения през 1999 г., организацията и дейността на педиатричните служби у нас изцяло се регламентираха с Наредба №10 на МЗ от 26 май 1987г.

Детската здравна служба до 1999 година има специфична структура и задачи, като най-важните от тях са подчертано профилактична насоченост, използването на диспансерния метод в дейността и максимално доближаване на първичната медицинска помощ до децата. Първостепенна роля в организацията на педиатричната здравна служба имат амбулаторно поликлиничните заведения.

Най-обемна първична помощ оказват детските отделения към общинските поликлиники и самостоятелни детски поликлиники, селските здравни служби, училищната здравна служба, частнопрактикуващите педиатри. На следващо по-високо ниво са детските отделения към общинските болници, а на последното най-високо ниво специализирана медицинска помощ се оказва в детските клиники към университетските болници и специализираните и профилираните детски болници от републиканско ниво.

Детска консултация

Детската консултация е едно от най-важните звена на педиатричната помощ до 1999 г. в нашата страна. Тя е профилактично звено от диспансерен тип и обхваща цялото детско население до училищната възраст, с акцент върху развитието на детето до една година. Нейната основна дейност е промотивно-профилактична и работи на диспансерен принцип. Правилното физическо и психическо развитие на децата и ранното откриване на отклоненията в здравето им са основен приоритет на педиатричният екип на детската консултация. Приоритет пък на семействата с дете е необходимостта от достоверна и достъпна информация, както и подкрепа на родителите при възникването на различните медицински проблеми или усложнения.

Целите на детската консултация като цяло са насочени към грижите за здравите деца, но резултатите показват, че при посещаване на детска консултация родителите, чиито деца имат редица отклонения в нормалното развитие получават информацията от медицинските специалисти още в доболничната помощ - участъковият лекар и медицинска сестра.

Здравните грижи за детето започват с дородовия патронаж на бременната, като последния месец детската сестра заедно с акушерката осъществяват посещение в дома ѝ. След раждането на детето детската

консултация бива уведомена по телефона и официално, чрез телеграма, че родилката и детето са изписани. Детската сестра и акушерката са задължени в рамките на 24 часа след изписването му от родилния дом да посетят детето в дома. На децата оказват специални здравни грижи, както в детската консултация, така и в дома му. Веднъж месечно се проследяват антропометричните показатели за физическото развитие, дават се съвети за правилното отглеждане на детето (хранене, закаляване), провежда се специфична имунопрофилактика. Веднъж месечно детето се посещава в дома му, за да се отстранят евентуални грешки в грижите по отглеждането му.

Децата с проблеми свързани с бременността и раждането – недоносените, преносените, децата с ниско или много високо тегло, близнаците, децата с родови травми, родените с асфиксия, с вродени аномалии са на специален учет и диспансерно наблюдение.

Децата с хронични заболявания, децата от рисковите семейства, нежеланите деца, децата с по-чести и продължителни заболявания са другата група, която се наблюдава с повишено внимание от страна на детската консултация.

Освен детските консултации в поликлиниките и селските здравни служби, детски консултации се организират като филиали, които обхващат и обслужват деца от рискови семейства в отдалечени квартали и райони.

Детски поликлинични кабинети

Детските поликлинични кабинети оказват медицинска помощ на болните деца в амбулаторията и по домовете. Основните им задачи са своевременно лечение на острите заболявания, обработка на инфекциозните огнища, профилактични мерки и контрол на хроничните заболявания. Оказване на медицинска помощ в условията на домашен стационар, предпочитана форма по това време, поради редица предимства,

като намаляване на реинфекциите и вътреболничните инфекции, редуциране на стреса от промяна на естествената домашна среда за детето. Болнично лечение се предпочита обикновено при деца в риск и проблемни семейства.

Училищна здравна служба

Училищната здравна служба осъществява предимно здравно-промотивни грижи по отношение на децата.

В началото и края на учебната година се провеждат редица мероприятия: антропометрични измервания и медицински преглед, които имат за цел да проследят физическото и нервно-психическото състояние на учащите се. Учениците с дефекти във физическото здраве и с хронични заболявания се диспансеризират.

Детски профилактични заведения

Детските профилактични заведения са детските ясли, детските млечни кухни, детските градини и домовете „Майка и дете“. Всички те са профилактични заведения с различни функции играещи сериозна роля по осъществяването здравните грижи за децата до 1999 г. и цялостната реформа в здравеопазването на страната.

3.2.2. Реформата в здравеопазването система на страната след 1999 година и организация на педиатричните здравни грижи

2000-та година беше преломна за българското здравеопазване. След старта на реформата в средата на годината в здравната система настъпиха значителни промени.

Преминаването от бюджетно към фондово финансиране постави основите на едно различно здравеопазване, чиито основни предимства са ясно дефиниране на правата на пациентите и лекарите, точен финансов еквивалент на труда на медицинския персонал, строго очертан път, който трябва да премине отделният болен от началото на заболяването си до изхода от лечението. Интегрираща фигура в системата на първичните

здравни грижи е лекарят с общ профил - специалист по обща медицина добре запознат с медико-социалните проблеми на пациентите.

Реформата в здравеопазването доведе и до реорганизация на педиатричната здравна помощ у нас. Лечебните заведения, които реализират педиатрична помощ у нас са: детски клиники, специализирани детски болници, детски отделения към многопрофилните болници, педиатричните кабинети в извънболничната помощ, частни лечебни заведения.

Към детската здравна служба се отнасят също и детските здравно-възпитателни заведения – детски ясли и домове „Майка и дете“, както и детски млечни кухни.

В настоящия момент устройството и дейността на лечебните заведения в Република България, в това число и педиатричните, се регламентират със Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) от 9 юли 1999 г., а именно: „Лечебните заведения са организационно обособени структури на функционален принцип, в които лекари, самостоятелно или с помощта на други медицински и немедицински специалисти осъществяват дейности свързани с диагностика, лечение и рехабилитация на болни, наблюдение на хронично болни и застрашени от заболяване лица, профилактика на болести и ранно откриване на заболявания, учебна и научна дейност“.

Видове лечебни заведения

Лечебни заведения за извънболнична помощ:

- амбулатории за първична медицинска помощ - на индивидуална или групова практика
- амбулатории за специализирана медицинска помощ - на индивидуална или групова практика, медицински център, диагностично-консултативен център
- самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории

Лечебни заведения за болнична помощ

- болница за активно лечение
- болница за долекуване и продължително лечение
- болница за рехабилитация
- Болниците могат да бъдат многопрофилни и специализирани, районни, областни, междуобластни и национални.

Други лечебни заведения

- център за спешна медицинска помощ
- център за трансфузионна хемотерапия
- диспансер
- дом за медико-социални грижи
- хоспис

4. Същност и организация на първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

4.1. Концепцията за „Първична медицинска помощ“ - главен подход към решаване на основните задачи по отношение здравето на населението и децата в частност

Програмата за „Първичната здравна помощ“ (1987) е реализация на една от основните цели на СЗО за достигане на глобалната стратегия „Здраве за всички“.

През 1978 г. в Алма Ата на Международната конференция по първичното здравно обслужване на СЗО и УНИЦЕФ се приема стратегия за радикална промяна в първичната медицинска помощ. (20, с. 369)

Трябва да се отбележи, че в здравната политика на нашата страна винаги се е отдавало определящо значение на първичната медицинска помощ.

Социалното развитие и научно-техническата революция определиха радикална промяна в медицината и по-специално в здравното обслужване,

която се изразява в пренасочване на акцентите – от биологичното към социалното, от медицина на заболяванията към медицина на здравето.

Здраве може да бъде достигнато само с усилията на самите хора. Добрата информираност и мотивираност води до осъществяване на адекватни здравни дейности. Позитивното отношение към здравето позволява в пълна степен използване на физическите, умствените и емоционалните възможности на човека. По тъкъв начин се отделя основно внимание на дейностите за укрепване на здравето и профилактика на болестите.

В Европейския съюз „първичната медицинска помощ“ е нивото на удовлетворяване на здравните потребности на населението от страна на лекарите при първия контакт на пациента със здравеопазната система.

Отчитайки ролята на лекарската помощ като най-важния компонент на първичната медицинска помощ, не трябва да се игнорира ролята на другите медицински специалисти - медицински сестри, акушерки, стоматолози, фармацевти, асоциирани медицински специалисти, социални работници и др.

Интегрираща роля в системата на първичното здравно обслужване у нас е лекарят с общ профил (наричан общопрактикуващ лекар, семеен лекар, личен лекар), който е изграден специалист по обща медицина. [20, с. 370]

Стратегическите задачи на първичното здравно обслужване у нас са регламентирани в Националната здравна стратегия и Закона за лечебните заведения. (1999 г.). [20, с. 370]

Законът за лечебните заведения урежда устройството и дейността на отделните видове лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, както следва:

- Амбулатории за първична медицинска помощ, които могат да бъдат:
- индивидуална практика за първична медицинска помощ;

- групова практика за първична медицинска помощ;
- Амбулатории за специализирана медицинска помощ, които могат да бъдат:
- индивидуална практика за специализирана медицинска помощ;
- групова практика за специализирана медицинска помощ;
- медицински център, стоматологичен център и медико-стоматологичен център;
- диагностично-консултативен център;
- Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.
- Към лечебните заведения могат да се откриват до 10 легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

При възникнала необходимост от по-дълъг престой, лечебното заведение е длъжно да организира хоспитализацията на пациента.

4.2. Функции на ОПЛ по отношение на детското здраве в ПИМП

Индивидуалната практика за първична медицинска помощ се организира и осъществява от лекар с призната специалност по обща медицина, съответно от лекар по дентална медицина.

Със стартирането на здравната реформа през 2000-та година, грижата за здравето на децата бе поверена на общопрактикуващите лекари, като те извършват профилактичните прегледи, имунизациите, здравно-промотивните и превантивни дейности.

Основна дейност на ПИМП е профилактиката, осъществявана от общопрактикуващият лекар и професионалист по здравни грижи (медицинска сестра, акушерка) работещ в екипа му. Общопрактикуващият лекар е длъжен да наеме бакалавър по здравни грижи при регистрирани над 1500 здравноосигурени лица.

Една от основните характеристики на ПИМП, която има особена значимост е интеграцията на мероприятия за подобряване здравния статус

на децата и останалото население с промотивни и профилактични дейности на ниво оказване на първична помощ, профилактика и превенция.

Усилията при здравна промоция и профилактика на заболявания при деца от 0 до 18 години са насочени преди всичко към превенция на наследствените заболявания, придобитите и вродени аномалии, профилактика на инфекциозните заболявания, имунизации и превантивни ваксинации.

Важна част от ПИМП е интеграцията на програми - относно имунизации, профилактика на туберкулоза, на заболявания предавани по полов път и др.

Програмите повишават ефективността и подобряват резултатите в такива области като имунизации, агресия и наркомании при децата от училищната възраст, психичното здраве, както и при някои инфекциозни заболявания, травми и отравяния.

За оценка на педиатричната помощ в извънболничната медицинска помощ се използват редица показатели, включително и качествени показатели. [20, с. 408]

Качествени показатели в извънболничната помощ:

- Относителен дял на неболедувалите деца в продължение на една календарна година, т.нар индекс на здравето;
- Съответствие на броя прегледи с нормативните изисквания;
- Срочност на първия преглед на новороденото;
- Обхват на имунизираните деца;
- Относителен дял на естествено хранените деца през 1-та година от живота;
- 100% профилактика срещу рахит и др. [20, с. 408]

4.3. Ролята на Професионалистите по здравни грижи и мястото на медицинската сестра в ПИМП

Професионалистите по здравни грижи са най-многобройната група медицински специалисти в системата на здравеопазване, поради което значимостта им във функционирането на здравните заведения не подлежи на съмнение. В някои от по-малките населени места и в периферията на страната те са основната допирна точка на пациентите със здравеопазната ни система. Професионалистите по здравни грижи трябва да се разглеждат и оценяват като ефективен и качествен изпълнител на здравни услуги в лечебния сектор. Развиването на техните функции особено в системата на първичната медицинска помощ трябва да се възприеме като една по-широка тенденция към интегриране и устойчиво развитие на качеството на здравните грижи за пациентите.

Обикновено общопрактикуващият лекар и ПЗГ концентрират вниманието си върху обслужване на семействата, като обхващат разрешаването на здравните проблеми в диапазона от профилактиката до възстановяването им.

В извънболничната медицинска помощ се включват различни видове сестрински функции: здравно-промотивни, здравно-консултативни, профилактични, превантивни и други, които са релевантни на съдържанието на общата медицина и съответстват на здравните потребности на децата и семействата им.

Счита се, че общата медицинска практика има голямо значение в осъществяване на здравно-промотивните и профилактични дейности в системата на детското здравеопазване.

Медицинската сестра в първичната извънболнична медицинска помощ е един от основните изпълнители на здравно-промотивни и профилактични дейности, които представляват съществена част от съдържанието на общата медицинска помощ. Тя извършва разнообразни

функции, има задължения и отговорности, които в много голяма степен я отличават от останалите медицински сестри, работещи в другите сектори на системата на медицинската помощ. /ДВ. бр.15 от 18.02.2011г. изм.ДВ. бр.50 от 01.07.2011г изм. ДВ. бр. /

За да отговори адекватно на повишените изисквания към професионалната компетентност на медицинската сестра в първичната помощ е необходимо тя да има специфични знания и умения за работа в ПИМП. Пред медицинските сестри в първичната извънболнична медицинска помощ стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят към повишаване на тяхната компетентност, чрез формиране на перманентно обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи; активно сътрудничество на медицинската сестра с децата, семейството, общността и въвличането им в партньорство за постигане на здравно благополучие; повишаване на отговорността за опазване, укрепване и възстановяване на здравето на децата и останалото население; спазване на моралния и професионален кодекс; прилагане на холестичния подход в грижите за пациента; защита на интересите и престижа на сестринското съсловие чрез участие в съюзи, съсловни организации и техни форуми.

Интерес в тази посока представлява разработката на Чанева. Г. и Ив. Стамболова, където се разглеждат отделни аспекти на качеството на сестринските грижи като елемент от качеството на медицинската помощ - подходи, методи и системи. [123, с. 79]

Справянето с тези задачи ще даде възможност на медицинските сестри да отговарят адекватно на растящите потребности от здравни грижи за децата и населението в ПИМП и ще доближат тяхната дейност в България до професионалния модел на сестринска практика в Европа.

Голямата дискусия за това необходимо ли е медицинската сестра, работеща с деца и семействата да има специалност „педиатрична“ или „семејна медицинска сестра“, и как тя да функционира в това си качество донякъде бе регламентирано и уредено с новата наредба за придобиване на специалност в системата на здравеопазване. (Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.)

Основна цел в работата на медицинска сестра със специалност „Педиатрични здравни грижи“ и „Първични здравни грижи“ е опазване и подобряване здравето на децата и семейството, като фокуса пада върху промоция на здравето и превенция на болестите. За съжаление все още не е постигнат консенсус по въпроси свързани с реализацията на автономни здравни грижи в извънболничната помощ.

Осигуряването на първични и педиатрични здравни грижи на предната линия в здравеопазната система изисква медицинската сестра да планира, участва и прилага дейности в следните основни насоки:

- да идентифицира рисковите фактори, които са свързани със здравето на децата;
- да идентифицира групи в семейството, в частност децата които са с висок риск за здравето;

В повечето случаи във всяко семейство съществуват деца, които са в по-висок риск за здравето от останалите. Децата под „риск“ трябва да бъдат идентифицирани и да се определят приоритетите за техните здравни услуги, да се установяват приоритетите по отношение на здравните потребности на децата и семейството.

При определяне на приоритетите трябва да се вземе предвид: обхвата на проблема, т.е. броят на засегнатите лица, възрастовите групи, местожителството на засегнатите, въздействието на проблема върху децата

и семейството и доколкото той е неотложен, за да мобилизира здравните ресурси.

Здравните ресурси често са предназначени за специфични възрастови групи, категории болести или определени групи от хора, които живеят в една общност. Трябва да има връзка между наличните здравни ресурси и идентифицираните здравни проблеми в общността, за да осигурява основни здравни грижи, които са достъпни, приемливи, подходящи и от които хората имат необходимост.

Основните здравни грижи трябва да бъдат адекватни на нуждаещите се от тях. Достъпността предполага, че грижите са: налични, когато от тях има необходимост и са подходящи по вид и количество. Това предполага, че хората могат да си позволят тези грижи.

Моделите за предоставяне на сестрински грижи за пациентите в условията на извънболничната медицинска помощ са обособени в две групи – класически и съвременни.

В наши дни се възражда един от най-ранните модели на сестрински грижи основан на холистичната функция на сестринството, тъй като той най-пълно отговаря на целите на грижите – цялостни, комплексни грижи – медицински и сестрински за пациента и неговото семейство. Според този модел една медицинска сестра е отговорна за предоставянето на всички необходими грижи за пациента. Това е медицинска сестра от екипа на общопрактикуващия лекар /ОПЛ/ от извънболничната помощ, или акушерка, фелдшер. Те работят пряко с пациента, семейството и ОПЛ и поемат отговорността за планирането и извършването на грижите.

Ето защо към така формулираните дейности от Стамболова и колектив, научно обосновано анализират и аргументират автономността и отговорността в сестринската практика, което е и в основата на съвременните постановки за развитие на професията.[94, с. 13]

Всичко това по безспорен начин доказва, че една от основните цели на медицинската сестра, работеща в ПИМП е опазване и подобряване на детското здраве, като част от семейното здраве.

Така медицинските сестри в ПИМП като идентифицират различните фактори, свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите и след като ги анализират може да реализират и съответни сестрински интервенции.

Обобщавайки изложеното по-горе ни позволява да определим и понятието семейна медицинска сестра: „Това е сестра от амбулатория за ПИМП, избрана по реда на Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица в лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ, която подпомага общопрактикуващия лекар при осъществяването на дейността му и отразява в документацията данните от прегледа, изследванията, както и на дейностите свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите“.

Централна фигура във всички модерни здравни системи в света са медицинските сестри, въпреки спецификите на всяка страна разглеждана поотделно. Европейските страни са адаптирали здравното си законодателство, така че по-добре да съответства на потребностите и нуждите на населението и определя сестринството като важен ресурс за всяка здравна система.

5. Здравно обслужване на децата в ПИМП

Съгласно националното законодателство всички деца в Р България са здравноосигурени, което им гарантира достъп до пакет от здравни грижи и лечение. Опазването здравето на децата е система от мерки, която обхваща планирането на бременността, самата бременност, раждането и следродовия период и развитието на детето до 18 - годишна възраст.

Здравното обслужване на бременните жени, майките до 45-ден след раждането и децата до 18 годишна възраст са регламентирани с

нормативните актове на Министъра на здравеопазването по чл. 45 от ЗЗО – Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. Посочените наредби са съобразени с всички съвременни постижения на медицинската наука, като периодично се осъвременяват.

Профилактичните дейности при децата до 18-годишна възраст се изпълняват според Програмата „Детско здравеопазване”. Тази програма се изпълнява от личния лекар на детето или от лекар специалист по детски болести.

Тя определя всички профилактични дейности (прегледи, изследвания, имунизации), които са задължителни при наблюдението на растежа и развитието на детето - от раждането до 18-годишната му възраст. Наблюдението се провежда от личния лекар на детето, а когато той не е педиатър, родителите имат право да изберат специалист по детски болести. Имунизациите се извършват само от екипа на личния лекар и медицинската сестра, според Имунизационния календар на Република България. До 2010 година в него са включени 9 вида ваксини, а от м. април на същата година в него влизат и две нови имунизации: против пневмококови инфекции и комбинирана петвалентна ваксина (срещу полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип В). Тя е по-пречистена и намалява риска от усложнения.

За първи път от 2010 децата до 18-години имат неограничен достъп до детски профилни специалисти. Дотогава възрастовата граница беше до 14-годишна възраст. Неограниченият достъп означава, че личният лекар не може да откаже направление за дете, което се нуждае от преглед при специалист. Децата до 18 години не дължат и потребителска такса за преглед при лекар или за престой в болница.

Грижите за бременната и съответно за детето през вътреутробното му развитие се осъществяват чрез програмата „Майчино здравеопазване” на Националната здравноосигурителна каса. Тя включва прегледи и изследвания за проследяване на бременността. При нормална бременност наблюдението се провежда от личния лекар или от специалист по акушерство и гинекология - по избор на бременната. При рисковата бременност програмата „Майчино здравеопазване” се изпълнява задължително от специалист - акушер-гинеколог.

В последствие чрез програмата „Детско здравеопазване“ и програмата „Майчино здравеопазване” на НЗОК, се заплаща на изпълнителите на здравна помощ в ПИМП и СИМП: общопрактикуващите лекари, специалистите по акушерство и гинекология и специалистите по педиатрия, осъществяващи пряката дейност за бременната и детето.

Целта на програмите е да осигурява нормално протичане на бременността и изхода от нея за майката и плода, както и наблюдението и грижата за развитието на здрави деца и превенцията на заболяванията при децата.

5.1. Обхват, обем и качество на здравните грижи за детското здраве в ПИМП

Независимо от създадената организация за здравно обслужване на децата, бременните жени и майките в ПИМП и болничната помощ, най-важните показатели за страната – перинатална детска смъртност, мъртвораждаемост, постнеонатална детска смъртност показват тревожни тенденции, които влияят върху здравето на най-приоритетната група от населението на страната – нашите деца.

В системата за предоставяне на здравни грижи на бременните, майките до 45-ден след раждането и децата съществуват сериозни проблеми по отношение на достъпа до качествена здравна помощ за тези контингенти. Ежегодно голям брой бременности остават непроследени

поради липса на здравно-осигуряване на голяма част от бременните жени (най-вече малцинствени контингенти), а по данни на НЗОК в края на 2014 г. около 36 000 деца на възраст от 0 до 3 години нямат регистрация при личен лекар, което на практика ги лишава от достъп до здравни услуги въпреки техните права. Статистическите данни показват, че детската смъртност все още е една от най-високите в ЕС. Ежегодно се раждат повече от 9000 недоносени деца (почти 9% от живородените), които се нуждаят от специфични грижи в семейната среда за намаляване на рисковете от проблеми в развитието. Освен качеството на акушеро-гинекологичната помощ, върху този показател оказва влияние и поведението на майката и начина ѝ на живот. Наблюдава се също така и непълен обхват на децата със задължителни имунизации и много ниско ниво на изключително кърмените деца (само 1,3% от децата на възраст 4-5 месеца). Въпреки доказаните ползи от кърменето, много майки прекъсват кърменето поради липсата на достатъчно информация, умения и подкрепа за кърмене, включително и от страна на медицинските специалисти.

Проблемът свързан с проследяването, рехабилитацията и здравната грижа за недоносените деца е доста сериозен. Няма точни данни за тази рискова група новородени, както и относно заболяемостта и късните усложнения при тези контингенти.

Повече от 50 заболявания могат да бъдат открити в ранен етап и чрез неонатален скрининг да се профилактират и лекуват. Проблемът при реализацията на масови неонатални скринингови програми се явява непълния обхват на новородените, ненавременното изпращане и изследване на пробите, което от своя страна води до забавяне на диагностиката и лечението при деца с отклонения.

Липсва интегриран медико – социален подход при обслужване на децата с хронични заболявания и увреждания.[68, с. 54]

Съгласно нормативната уредба, която действа в момента, а това са Наредба № 39 от 2004г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 40 от 2004г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, децата с хронични заболявания подлежат на диспансерно наблюдение, което включва прегледи и изследвания с определен обем и честота.

Проблемът при децата с увреждания е липсата на достатъчно възможности за ранна интервенция и последващи интегрирани здравно – социални услуги и рехабилитация.

Посочените проблеми водят на практика до неизпълнение на програмите за профилактичните прегледи и диспансеризацията на бременните жени и децата, което с пълна сила се отнася и до патронажната дейност, особено в първите дни от изписване от родилните отделения.

5.2. Здравно-промотивни и профилактични дейности осъществявани от екипа на ОПЛ и лекарите специалисти по педиатрия за детското здраве в ПИМП

На общопрактикуващите лекари и специалистите от извънболничната медицинска помощ са вменени безбройни задължения, включително и за извършване на промотивни и профилактични дейности преди забременяване, преконцепционна консултация, обхващаща общ профилактичен преглед на желаещите да встъпят в брак и оформяне на необходимата документация, информиране на двамата партньори при наличие на определени заболявания и генетични аберации, разясняване методите на семейното планиране, откриване и съдействие за своевременното отстраняване на рискови фактори, вредни фактори и зависимости, извършване на прегледи ежемесечно и извършване на необходимите изследвания, указания за двигателния режим на бременната и подготовка за процеса на раждане както и множество такива функции по отношение на децата – хранене, имунизации, осъществяване на

консултации, здравни грижи за деца с увреждания и деца в „риск“, при които има белези за насилие и осъществяване на контакт с други институции. Не е решен и проблема за ефективното сътрудничество между медицинските, социалните, правните и други институции отговарящи за здравето, социалните и правните проблеми на децата.[68, с. 6]

5.3. Потребността от здравни кадри, осъществяващи здравни грижи за деца в ПИМП

Със стартирането на здравната реформа грижата за здравето на децата е поверена на общопрактикуващите лекари, като те извършват и профилактичните прегледи и имунизациите. Децата имат право на лекар – общопрактикуващ или педиатър, които да ги наблюдава, но независимо от това, този избор не може да бъде направен поради неравномерното разпределение на ОПЛ - практиките и лекарите специалисти по педиатрия в ПИМП, както и нарушената връзка с останалите медицински специалисти осъществяващи промотивни и профилактични здравни грижи за децата.

Основен проблем за детските контингенти в малките населени места е липсата на общопрактикуващи лекари, медицински сестри, акушерки и други медицински специалисти. Проблемът с неравномерното разпределение на ОПЛ практиките, както и наличието на незаети такива в отдалечените населени места се дължи на липса на интерес от страна на ОПЛ за заемане на практиките, а в последните години и липса на достатъчно здравни кадри. Броят на функциониращите педиатрични, акушер – гинекологични, индивидуални, групови и мобилни практики е незначителен. [68, с.7]

Наличието на регулативни стандарти в първичната извънболнична помощ (лимитиран брой направления за месец на ОПЛ за насочване за консултация към съответен специалист) ограничават свободния достъп на бременните и майките до специализирана медицинска извънболнична

помощ. Лимитираният брой направления води до допълнителни финансови разходи, отлагане на съответните прегледи и консултации и оттам до влошаване на здравното състояние. Независимо, че няма лимит на направленията на децата за педиатър, налице са ограничен брой направления за изследвания, което нерядко допринася за затруднения при диагностиката и навременното лечение. В същото време достъпът до специалист - педиатър от друго населено място изисква допълнително време и финансови разходи за семейството.

Системата на ПИМП и СИМП на територията на София-град и София област е сравнително добре развита и като цяло покрива нуждите от здравна помощ на населението. Към края на 2014г. на територията на района се намират 96 болнични заведения с капацитет общо 13537 легла. Извънболничната помощ разполага с 515 здравни заведения - диагностично-консултативни центрове, стоматологични центрове, медико-диагностични и технически лаборатории (със 181 легла), като здравни услуги се предлагат и в 45 други здравни и лечебни заведения (със 799 легла).

Във вътрешнорегионален план голяма част от здравната мрежа се концентрира в София, относително по-малка – в Софийска област. За разлика от София-град и София област състоянието на ПИМП и СИМП в останалите области анализирани в настоящата разработка - Сливен, Монтана, Шумен е коренно различна.

В предоставянето на услуги в системата на извънболничната помощ в тези области се наблюдава недостиг на медицински специалисти от всички специалности, недостиг на здравни услуги и недостатъчно добра организация на медицинската помощ и грижи, особено в периферните и отдалечените населени места. (НСИ)

От особено значение за системата е доболничната медицинска помощ, която включва първичната и спешната помощ. Тя се реализира

основно от общопрактикуващите лекари и лекарите-специалисти, организирани в индивидуални и групови практики.

По показателя население на един лекар през анализирания период 2011-2014 г. за страната се наблюдава известен спад, докато за София-град стойностите се запазват относително постоянни – 250 души на лекар. През 2014 г. най-добра е обслужеността на населението с лекари в област София (столица) – 222 души.

Табл.5. Брой медицински персонал по региони към 31.12.2014г.

МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ НА 31.12.2014 Г. ПО СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И ОБЛАСТИ			
Статистически райони Области	Лекари	Лекари по дентална медицина	Професионалисти по здравни грижи
Общо за страната¹	28 842	7 013	48 158
Северна и Югоизточна България	13 108	2 815	22 641
Северозападен	3 364	592	5 474
Видин	334	98	530
Враца	670	134	1 237
Ловеч	550	112	820
Монтана	457	86	778
Плевен	1 353	162	2 109
Северен централен	2 596	611	4 974
Велико Търново	768	201	1 373
Габрово	464	105	896
Разград	309	71	624
Русе	747	167	1 433
Силистра	308	67	648
Североизточен	3 578	801	5 669
Варна	2 197	519	2 978
Добрич	498	115	911
Търговище	354	62	745
Шумен	529	105	1 035
Югоизточен	3 570	811	6 524
Бургас	1 228	290	2 360
Сливен	575	136	1 012

МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ НА 31.12.2014 Г. ПО СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И ОБЛАСТИ

Статистически райони Области	Лекари	Лекари по дентална медицина	Професионалисти по здравни грижи
Стара Загора	1 408	287	2 426
Ямбол	359	98	726
Югозападна и Южна централна България	14 332	4 168	23 524
Югозападен	8 888	2 453	14 526
Благоевград	941	310	1 592
Кюстендил	441	118	749
Перник	351	138	548
София	926	131	1 468
София (столица)	6 229	1 756	10 169
Южен централен	5 444	1 715	8 998
Кърджали	425	128	885
Пазарджик	806	226	1 277
Пловдив	3 184	1 038	4 882
Смолян	335	122	734
Хасково	694	201	1 220

Табл. 6. Население на един лекар от ПИМП по области към 2014г.

НАСЕЛЕНИЕ НА ЕДИН ЛЕКАР И НА ЕДИН ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА НА 31.12.2014 Г. ПО СТАТИСТИЧЕСКИ ЗОНИ, СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И ОБЛАСТИ

Статистически зони Статистически райони Области	Население на един	
	Лекар	лекар по дентална медицина
Общо за страната ¹	250	1 027
Северна и Югоизточна България	277	1 290
Северозападен	237	1 347
Видин	280	953
Враца	261	1 307
Ловеч	243	1 192
Монтана	305	1 620

**НАСЕЛЕНИЕ НА ЕДИН ЛЕКАР И НА ЕДИН ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА
НА 31.12.2014 Г. ПО СТАТИСТИЧЕСКИ ЗОНИ, СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ И
ОБЛАСТИ**

Статистически зони Статистически райони Области	Население на един	
	Лекар	лекар по дентална медицина
Плевен	189	1 579
Северен централен	318	1 351
Велико Търново	323	1 233
Габрово	251	1 108
Разград	385	1 677
Русе	305	1 363
Силистра	372	1 711
Североизточен	265	1 186
Варна	216	913
Добрич	367	1 590
Търговище	329	1 878
Шумен	334	1 685
Югоизточен	297	1 305
Бургас	337	1 428
Сливен	335	1 417
Стара Загора	232	1 136
Ямбол	350	1 283
Югозападна и Южна централна България	249	857
Югозападен	239	866
Благоевград	335	1 018
Кюстендил	290	1 084
Перник	362	921
София	257	1 817
София (столица)	211	750
Южен централен	266	843
Кърджали	358	1 188
Пазарджик	331	1 179
Пловдив	212	651
Смолян	340	1 182
Хасково	342	

По данни на НЦОЗА до 1991г. в страната е имало 3000 лекари със специализация по педиатрия, а през 2015г. са само 1300, като по-голямата част от тях работят като общопрактикуващи лекари в първичната извънболнична медицинска помощ, а немалка част се реализират извън пределите на страната.

Не по-малко тревожен е факта за липсата на професионалисти по здравни грижи. И тук сериозна тревога буди изтичането на медицински кадри от училищното и детското здравеопазване и заминаването им на работа в чужбина, където им се предлагат по-добри възнаграждения и възможности.

Медицинските специалисти в детските профилактични заведения и училищните здравни кабинети осъществяват съгласно чл. 120, ал. 1 от Закона за здравето следните дейности:

- медицинско наблюдение;
- здравно образование и изграждане на здравни навици;
- оказване на първа медицинска помощ;
- контрол върху хигиенното състояние на децата;
- контрол върху хигиенното състояние на помещенията и храната;
- изготвяне и подържане на медицинска документация.

По този начин основните дейности по промоция на здраве, профилактика и медицинско обслужване на децата са законодателно разграничени между личния лекар и медицинските специалисти от детските и училищните здравни кабинети. Тоест, нарушена е връзката между отделните медицински специалисти, свързани пряко с грижите за децата през различните периоди от развитието им.

Развитието на създалата се ситуация с детското здравеопазване създава редица проблеми:

- липса на необходимата връзка между медицинските специалисти от здравните кабинети в детските градини и училищата, и общопрактикуващите лекари. В по-големите училища децата се водят към голям брой ОПЛ, което допълнително затруднява този контакт.
- Много често извършването на профилактичните прегледи от ОПЛ е само формално, като не е синхронизиран графикът на провеждане на тези прегледи с изискванията за събиране на информация от страна на медицинските специалисти в училищата и детските здравни заведения;
- не е изградена необходимата връзка и взаимоотношения между здравните специалисти в училищните, детските здравни кабинети, ОПЛ и родителите на децата;
- в голям брой от случаите състоянието и поддръжката на здравните кабинети в училищата и детските заведения не е на необходимото ниво;
- не се използват ефективно възможностите на здравните специалисти в училищата и детските профилактични заведения за осъществяване на надежден контрол върху хигиената и здравословното хранене на децата.

Изискването за споделяне на отговорностите между общопрактикуващите лекари и лекарите от специализираната извънболнична помощ, както и тези от детските здравни кабинети продължава да нараства, което буди голяма тревожност особено, когато касае здравето на децата.

В резултат на изброените проблеми здравния статус на децата от ранната детска и училищна възраст е ненадежден, и не осигурява необходимата информация за предприемане на ефективни мерки в областта на промоция на здравето и профилактиката.

Сериозен проблем е професионалната идентичност и ролята на медицинските специалисти в училище от гледна точка на очакванията от страна на родителите. В редица случаи родителите очакват от тези медицински специалисти да извършват профилактични прегледи,

имунизации, издаване на медицински бележки и др. Основните причини за това са както дефицита относно необходимата информираност на родителите, така в определена степен и тяхната неудовлетвореност от функциониращата от началото на здравната реформа система на детско здравеопазване.

На фона на тези проблеми медицинският персонал в училищата и детските профилактични заведения е най-ниско платен, а отговорностите му многократно са увеличени. Една медицинска сестра в детска ясла се грижи почти за двойно повече деца, отколкото се полага по норматив (от 6 до 16 деца), тъй като общините компенсират проблемите с приема за сметка на тяхната натовареност. В училищата пък една медицинска сестра отговаря за минимум 800 ученици, което значително намалява възможността за пълноценни здравно-промотивни и профилактични дейности. (Наредба № 26 от 18 ноември 2008г. за устройството и дейността на детските ясли и детските кухни и здравните изисквания към тях, изд. от МЗ, изм. ДВ. бр.36 от 10 Май 2011г.)

Тези проблеми пораждаат сериозна необходимост от развитие на законодателни инициативи по отношение на взаимодействието и връзката между общопрактикуващите лекари и медицинските специалисти от здравните кабинети по отношение на грижата за здравето на децата.

5.4. Обучение на здравните, кадри осъществяващи здравни грижи за децата в ПИМП

Безпрецедентното текучество на лекари и медицински сестри засегна и педиатричните специалности, търсени и добре платени извън пределите на нашата страна.

По данни на Евростат до 2020г. в Европейския съюз ще са необходими над един милион здравни специалисти и ако не бъдат взети необходимите адекватни мерки, 15% от здравните грижи няма да бъдат осигурени. Необходими са новаторски решения за справяне с недостига на

здравни специалисти и за постигане на максимална ефективност на здравеопазната ни система чрез използването на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели. Определени ключови мерки за осигуряване на качествена, ефективна и безопасна здравна помощ трябва да се насочат към подобряване на качествените характеристики на здравните специалисти в здравеопазната система.

Необходимо разработването на инструменти и механизми, които да помогнат на здравната система да предостави здравни грижи в достатъчен обем с възможно по-малко ресурси.

Медицинските университети трябва да станат носители на идеята и да изготвят модел за подготовка на кадри с нови отговорности към детското, общественото здраве и обществените здравни проблеми, с нова медицинска култура.

Ключовите инициативи в тази област трябва да бъдат насочени към иновативни научни методи в университетското обучение, към проблемите на първичната фамилна медицинска помощ, специализирана подготовка и непрекъснатата квалификация на общопрактикуващите лекари и другите членове на екипите, участващи в осъществяването на този вид помощ: професионалисти по здравни грижи, асоциирани медицински специалисти, социални работници и др.

5.5. Необходимост от достатъчно здравно-промотивна и профилактична информация за детското здраве в ПИМП

Детският организъм расте и се развива непрекъснато и този процес е толкова по-интензивен, колкото детето е по-малко. От зачатие до завършване на юношеската възраст отговорността на родителите, на семейната медицинска сестра и лекаря е много голяма. За да се подготвят родителите за отглеждане и възпитаване на детето в дома, за справяне с проблемите на детската психика и детските болести те се нуждаят от

компетентните съвети и намесата на семейния лекар и на медицинската сестра.

Проблемът с дефицита на достатъчно промотивна и профилактична информация за бременните жени и децата обхванати с профилактични прегледи е много съществен. Той води практически до неизпълнение на програмите за профилактичните прегледи и диспансеризация на децата, като това се отнася в пълна сила и до патронажната дейност, особено в първите дни след раждането и изписването от родилния дом.

У нас всички деца, които умират до 1-годишна възраст, половината умират в първия месец, а от тях половината умират още в първата седмица.

Дълги години основна причина за смъртта на децата до 1-годишна възраст у нас са заболяванията на дихателната система и пневмониите. Следва да се отбележи, че жертви на пневмонии в България са деца в постнеонатална възраст, т.е. такива, които са преживели най-опасния период от своето развитие първите 28 дни след раждането. Основните причини за това са неотговарящите на цивилизовоните стандарти на грижи за новородените деца, както в семейството така и от страна на системата за здравеопазване.

Изследване, проведено през 2011 г. от Националния център по обществено здраве и анализи показва, че в редица общности и семейства все още се практикуват традиционни практики на грижа, които крият риск за здравето на детето, като например осоляването на бебета или повиването им с повои. Наред с това съществува неразбиране сред много семейства за важността на ранната комуникация и необходимостта от стимулиране на познавателното, речевото и социално-емоционалното развитие на детето още от раждането, което в дългосрочен план може да доведе до трудности в обучението на децата и справянето с образователните изисквания.

5.6. Проблемът, свързан с необходимостта от структури за консултиране на бременни жени, родилки и деца

Проблемът свързан с необходимостта от структури за консултиране, както и недостатъчното развитие на „консултирането“, като промотивно-профилактичен метод по въпросите на бременността, майчинството и отглеждането на нормално родените деца и на децата „родени в риск“, медико-социалните и психологически проблеми при семействата и при деца със специални потребности се констатира не само в малките, но и в големите населени места.

Промяната в организацията на детските и женски консултации породи сериозни проблеми в майчиното и детско здравеопазване. Стигна се дотам бременните жени и майките да обменят информация по тези въпроси в кварталните градинки и фойетата на големите моллове, а Internet -пространството и търсачката Google станаха - основен източник за информация и консултиране по проблемите свързани с бременността, раждането и отглеждането на децата.

В системата на здравеопазване необходимостта от интегриран подход към цялостното обслужване по въпросите на планиране на бременността, проблеми на бременността и безопасното майчинство, медико-социални и психологически проблеми при семействата и при децата със специални потребности.

Необходимостта от тази услуга води до неудовлетворяване на съществуващата обществена потребност от промотивни, профилактични и превантивни дейности по опазване здравето и благосъстоянието на майките и децата и насърчаване на ранното детско развитие.

6. Изводи от обзора

Проучените източници показват, че:

1. Съществува проблем относно обема и качеството на здравно-промотивните и профилактичните дейности осъществявани за децата от 0 до 18 години в първичната извънболнична медицинска помощ.
2. Съществува необходимост от здравни кадри желаещи да работят в ПИМП. Изисква се държавна политика за мотивиране на потенциалните кандидати с подходящи стимули.
3. Не по-малко важен е въпросът с обучението на медицинските кадри, желаещи да осъществяват здравни грижи за децата в ПИМП.
4. Наболял е и въпроса с добре известното текучество на медицински сестри и лекари, засегнало и педиатричните специалности, така търсени и добре платени извън пределите на страната.
5. Разглеждането на поставените въпроси в сферата на здравно-промотивните и профилактичните дейности би могло да се тълкува като отзвук на промените и ситуациите, които предлага съвременната здравеопазна система.
6. В подкрепа на подобни твърдения са данни сочещи, че медицинската сестра работеща в ПИМП е равностоен партньор на лекаря при провеждането на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите по отношение на детското здраве.
7. Проблемът свързан с необходимостта от места за консултиране е сериозен, както и недостатъчното развитие на „консултирането“, като промотивно-профилактичен метод.
8. В заключение е видно, че крайната цел на промоция на здравето и профилактика на заболяванията е подобро здравно обслужване на детските контингенти в ПИМП. Това може да се осъществи чрез предоставяне на здравно-промотивни, здравно-консултативни и профилактични здравни грижи.

9. По достойнство да се отчете съществената роля на специалистите по здравни грижи в осъществяването на здравно-промотивни и профилактични здравни грижи за децата от 0 до 18 години.

10. Задачата на здравно-промотивните и профилактични дейности в ПИМП, е да се подобри здравното състояние на децата от всички възрасти, което да допринесе за сериозна инвестиция в бъдещи здрави поколения и едно по-добро общество.

III. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Цел, задачи и методология на научното изследване

1.1. Целта на настоящето проучване е да се анализират и оценят ефективни и квалифицирани здравни грижи за децата в първичната извънболнична медицинска помощ, с акцент върху здравно-промотивните и профилактични мерки във всеки период от развитието на децата от 0 до 18 години.

1.2. Задачи:

1. Да се проучат и анализират потребностите на децата и техните семейства относно предоставянето на интегрирани здравно-промотивни, здравно-консултативни и профилактични здравни грижи в ПИМП в достатъчен обем;
2. Да се събере и анализира конкретна емпирична информация за удовлетвореността от обучението по сестрински грижи в педиатрията, сестрински грижи за родилка и новородено, както и да се проучат нагласите, мотивацията и готовността на студентите от специалност „медицинска сестра“ да осъществяват здравни грижи за деца от различни възрасти в ПИМП;
3. Да се разработи програма за повишаване на информираността, знанията и нагласите на семействата по въпросите на бременността, раждането, грижите за недоносените деца, грижите за децата в ранната детска и училищна възраст и профилактика на хроничните незаразни заболявания.
4. Да се разшири обучението на студентите – медицински сестри по въпроси касаещи здравно-промотивните и профилактичните дейности относно детското здраве;
5. Да се идентифицират проблемите и да се формулират препоръки, с оглед оптимизиране на здравно-промотивните и профилактични здравни грижи насочени към детското здраве в ПИМП;

1.3. Обект на изследването

Обект на изследването са лица подбрани на случаен принцип, както следва:

- ❖ Родители на деца от различни социални групи, избрани на случаен принцип – 495 лица;
- ❖ Професионалисти по здравни грижи работещи в ПИМП – 95 лица;
- ❖ Студенти - специалност „медицинска сестра“ ФОЗ, МУ София, от I, II, III и IV курс на обучение преди и след курса на обучение по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“ – 298 лица;
- ❖ Общопрактикуващи лекари – 100 лица;
- ❖ лекари-педиатри в СИМП – 15 лица

1.4. Предмет на изследването

Предмет на изследването са здравно-промотивните и профилактичните здравни дейности свързани с детското здраве в първичната извънболнична медицинска помощ.

1.5. Техническа единица на изследването

Изследването е проведено чрез предварително разработени въпросници за провеждане на анонимни социологически анкети на родители на деца от 0 до 18 години, общопрактикуващи лекари, лекари специалисти по педиатрия работещи в извънболничната медицинска помощ, професионалисти по здравни грижи, студенти - медицински сестри.

Техническа единица на изследването са МУ – София, както и практики за ПИМП и СИМП в София -град, МЦ „Детско Здраве, СБАЛДБ - проф. „Иван Митев“, МБАЛ „Токуда“, Здравно-консултативен център за майчино и детско здраве „Света Параскева“- София област, МБАЛ Сливен,

ЦМДЗ - Сливен, МБАЛ Шумен, ЦМДЗ - Шумен, МБАЛ Монтана, Здравно-консултативен център за майчино и детско здраве – Монтана.

1.6. Логическа единица на изследването

Логическа единица на проучването са всички лица от мъжки и женски пол, отговарящи на критериите за включване: студенти от специалност медицинска сестра-редовно обучение, всеки общопрактикуващ лекар, сключил договор с РЗОК, лекари – педиатри работещи в ПИМП и СИМП, професионалисти по здравни грижи работещи в извънболничната медицинска помощ, родители на деца от 0 до 18 години, като всички те са дали доброволно съгласие за участие.

1.7. Признаци на наблюдение на логическите единици

- демографска характеристика по области;
- социален и професионален статус на респондентите;
- информираност на деца и родители, относно здравно-промотивните и профилактични здравни грижи за деца от 0 до 18 години;
- оценка на обществото за актуалните проблеми на здравните грижи за деца;
- готовност на студентите да упражняват сестрински грижи за деца в първичната извънболнична медицинска помощ;
- степен на удовлетвореност на студентите от обучението по медицинска специалност „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“;
- връзка между удовлетвореност от обучението и нагласи за работа в областта на здравните грижи за деца;
- препоръки за подобряване качеството на здравните грижи осъществявани за деца в извънболничната помощ, както и обучението свързано с тях.

1.8. Характер на проучването

Проучването е комплексно и срезово. Проведено е на няколко етапа, касаещи отделните проблематики, на базата на анонимно анкетно проучване чрез структурирани въпросници; анализ на документацията и предоставените официални справки от различни институции, както и дейността на медицинските специалисти.

1.9. Обем на проучването

Обхванати са общо 1003 лица: 495 родители от семейства с деца от 0 до 18 години, 95 професионалисти по здравни грижи, упражняващи професията в сферата на първичната извънболнична медицинска помощ, 298 студенти специалност „Медицинска сестра“ на ФОЗ при МУ – София, 100 - ОПЛ практики и 15 практики от специализираната извънболнична медицинска помощ.

Основен критерий при подбора на изследваните лица в това проучване е доброволно изявеното им желание за участие.

1. 10. Време и място на проучването

Време на проучването

Проучванията включени в дисертационния труд обхващат тригодишен период като започват през м. януари 2014 г. и приключват през м.март 2017г.

Анонимно анкетно проучване на 495 лица, м.януари 2014 – м. март 2017г;

Анонимно анкетно проучване на 298 лица, м. юни 2015 – м. март 2017;

Анонимно анкетно проучване на 95 лица, м. януари 2014 – м. март 2017;

Анонимно анкетно проучване на 115 лица, м. септември, 2014 – м. март 2017;

Място на проучването

Проучването на студенти – медицински сестри, ПЗГ, лекари от ПИМП и СИМП, родители на деца от 0 до 18 години е проведено в амбулатории за първична извънболнична медицинска помощ и амбулатории за специализирана извънболнична помощ на територията на пет области София-град, София област, Сливен, Монтана и Шумен.

Проучването е проведено в здравни заведения с педиатрична насоченост - лечение, профилактика, промоция на здравето за деца от 0 до 18 години.

Това са: Медицински център „Детско Здраве“ – град София, Специализирана болница за активно лечение по детски болести - проф. „Иван Митев“, МБАЛ „Токуда болница София“ - многопрофилна детска клиника, Здравно-консултативен център за майчино и детско здраве „Света Параскева“ – град София; МБАЛ – Сливен, Център за майчино и детско здраве – град Сливен; МБАЛ Шумен , Център за майчино и детско здраве – град Шумен; МБАЛ Монтана, Здравно-консултативен център за майчино и детско здраве – град Монтана.

1.11. Организация на проучването

Проучването беше планирано, организирано и проведено с личното участие на изследователя. Участниците подробно са запознати с целите и задачите на проучването. Авторът на проучването самостоятелно събира информацията, получена от всеки един ОПЛ, специалист-педиатър, и професионалисти по здравни грижи, работещи в ПИМП и СИМП, както и информацията получена от студентите и родители на деца от 0 до 18 години.

1.12. Органи на наблюдение

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигане на по-голяма точност. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие и сътрудничество от професионалисти по здравни грижи работещи в ПИМП и СИМП, професионалисти по здравни грижи работещи в детски ясли, детски градини и училищни здравни кабинети, студенти – медицински сестри.

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

1.13. Източници за набиране на информация:

- мнението на студенти, практикуващи професионалисти по здравни грижи, ОПЛ и лекари специалисти по педиатрия, родители на деца от 0-18г. и техните семейства;
 - учебна документация за обучение на медицински сестри (програми, учебни помагала, учебни планове);
 - Европейски директиви за обучение на лекари и медицински сестри;
- При подбора на методите за изследване се ръководихме от целта и задачите на изследването

1.14. Методи на проучването

- **Документален метод;**
- **Социологичен метод** - Изследването е проведено чрез предварително разработени въпросници за провеждане на анонимни анкетни проучвания на родители на деца от 0 до 18 години, общопрактикуващи лекари, лекари – педиатри работещи в извънболничната медицинска помощ, медицински сестри, студенти-медицински сестри
- анкетно проучване на родителите на деца от 0 до 18 години.,

- анкетно проучване на ПЗГ по региони,
- анкетно проучване на ОПЛ и лекари-педиатри работещи в ПИМП по региони,
- анкетно проучване на студентите от специалност „Медицинска сестра“.

1.15. Формулирана научна хипотеза

Здравно-промотивните и профилактичните дейности и здравните грижи за деца от 0 до 18 години са недостатъчни и неефективни.

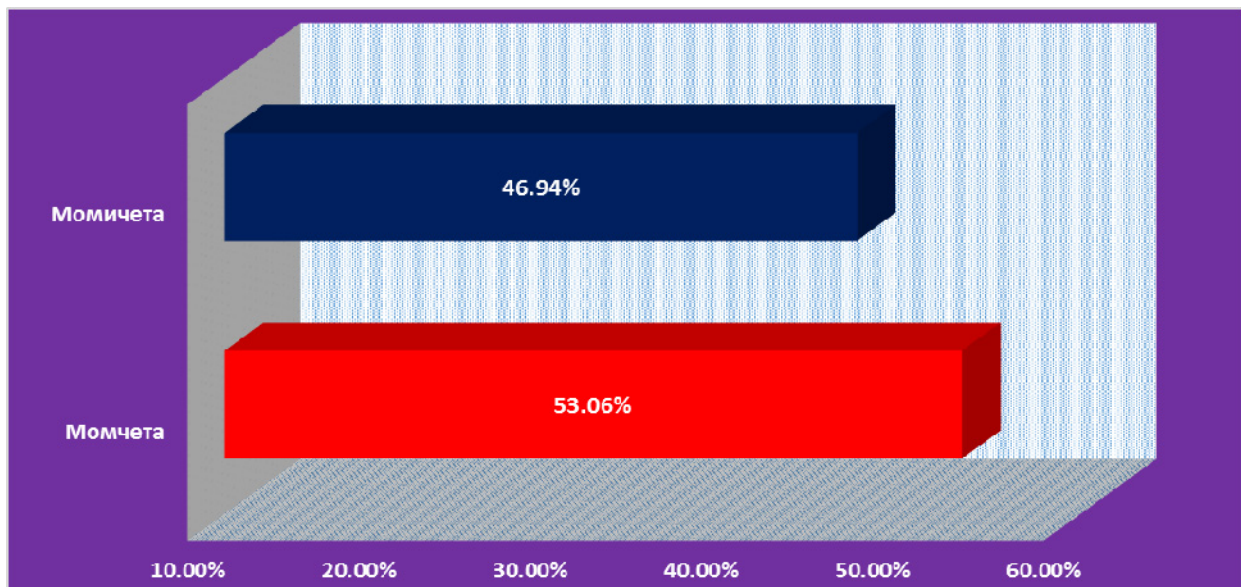
Съществува неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на децата в България. Основно този потенциал е в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите.

III. АНАЛИЗ И ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

3. Анализ на водещите здравно-промотивни и профилактични здравни грижи за детското здраве в ПИМП

3.1. Анализ на резултатите при анкетираните родители

Данните получени относно пола на децата, на семействата, които са включени в проучването, са представени на *фигура 4*.



Фиг. 4. Разпределение на децата на анкетираните родители по пол

Видно е, че относителният дял на момчетата (53.06%), преобладава над този на момичетата (46.94%).

Отчитайки индивидуалните особености на пола на детето, родителите трябва да бъдат добре информирани и подготвени за физическото и нервно-психическото развитие на децата, както в ранна детска възраст, така и по време на пубертетното развитие и юношеството.

В една част от случаите е възможно родителите да се справят сами с промотивните и профилактичните проблеми при децата в тази възраст при добра информираност, но при здравно-профилактичните дейности свързани с превенцията на специфичните заболявания в детската възраст нещата стоят малко по-различно, поради което е необходимо да се търси помощ и подкрепа, както от медицинската общност, така и от цялото общество, за да се решават проблемите навреме и да не създават допълнителни усложнения.

Подготовката и обучението на родителите, по отношение на показателите за физическо и нервно-психическо развитие на детето през първата година е от съществена важност. Информираността на родителите е от особено значение за наблюдението на детето и за проследяване на неговото развитие, независимо от провежданите консултации при общопрактикуващия лекар, медицинската сестра и прегледите осъществени от лекари специалисти по педиатрия. Заболяванията в различните периоди на детската възраст са изключително разнообразни и специфични и родителите имат много важна роля при тяхното своевременно откриване.

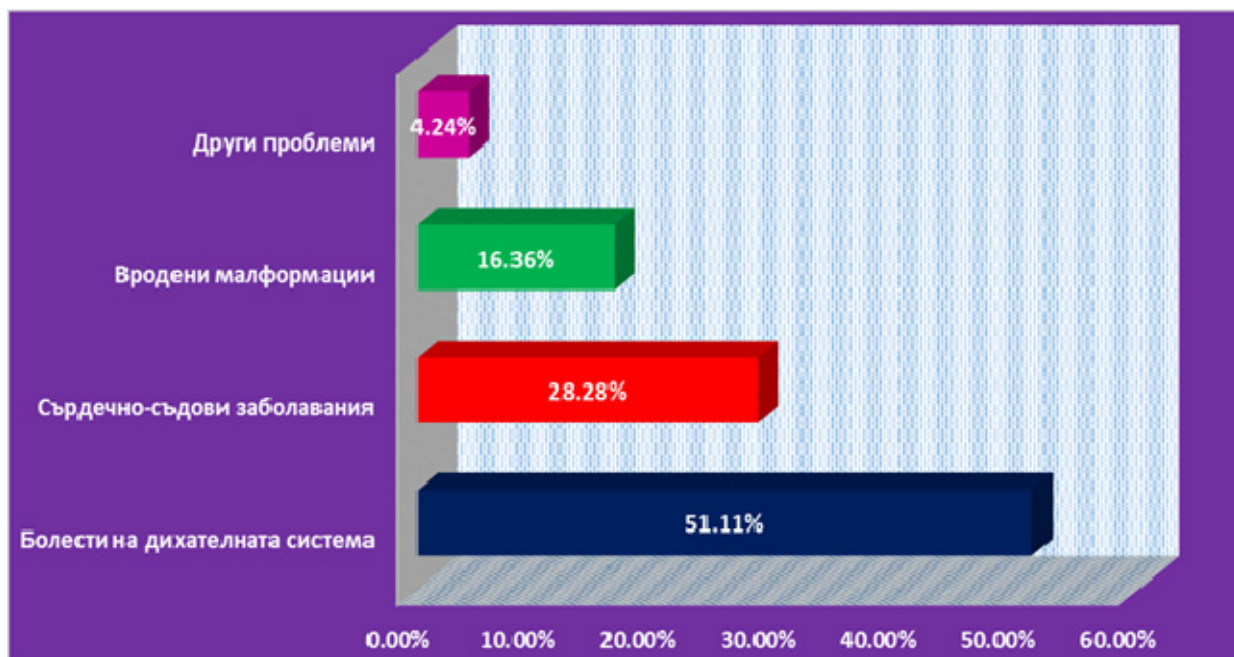
Проведохме анкетно проучване с родители на деца от различни социални групи, за да проучим мнението им от какво най-често боледуват децата им в ранна детската възраст. Всичките те са избрани на случаен принцип и живеят на територията на пет области: София-град, София област, област Сливен, област Шумен и област Монтана. В анкетната карта има закрити и открити въпроси, които се нуждаят от качествено анализиране.

Табл. 8. *Разпределение на анкетираните родители по региони*

Пол		Област				образование				
М	Ж	София град	София област	Сливен	Шумен	Монтана	Основно	Средно	Висше	Общо
247	248	99	99	99	99	99	115	275	105	495

На въпроса „Кои са най-често срещаните заболявания в ранна детска възраст сред Вашите деца и какви проблеми произтичат от тях?“ са получени резултати, представени на *фигура 5*.

Според анкетираните родители най-често срещаните заболявания в най-ранните години от растежа и развитието на деца им, са болестите на дихателната система (51,11%), което представлява повече от 1/2 от всички анкетираните. За съжаление заболяванията на дихателната система, поради различни фактори твърде често хронифицират. На второ място родителите посочват – вродените сърдечни – съдови проблеми (28,28%), а на трето място (16,36%) поставят наличието на различни вродени малформации и недъзи при децата. Грижите за дете с вроден сърдечно-съдов проблем и вроден недъг съществено променят своите цели и задачи. Значително малък е относителният дял на родителите (4,24%), които посочват “други” медицински проблеми възникващи в ранната детска възраст.



Фиг. 5. Основни причини за заболяемост при децата в ранна детска възраст / от 1 до 3 год./

Направиха се изводи за това, че спецификата на здравните дейности за децата в ранна детска възраст до голяма степен се определя и от съпътстващите заболявания или медицински проблеми, които трябва да бъдат открити навреме в първичната извънболнична медицинска помощ, за да се планират адекватни здравни грижи. Съществува статистическа зависимост при различните заболявания и периода на растеж и развитие на детето, когато са установени различни отклонения в здравето им състояние от родителите. Според направеният χ^2 анализ, количествената разлика между отговорите на родителите е съществена и статистически значима. ($p < 0.05$)

3.2. Анализ на потребностите на децата и техните семейства, относно предоставянето на здравно-промотивни и профилактични здравни грижи в ПИМП

Съгласно действащата нормативна уредба (Наредба № 39 от 2004г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК) децата с хронични заболявания подлежат на диспансерно наблюдение, което включва редица прегледи и изследвания с определен обем и честота. Като съществен проблем при децата с хронични заболявания е липсата на възможности за ранна интервенция, както и на последващи интегрирани здравно-социални услуги. Тревожна тенденция е големият брой на децата до 16-годишна възраст освидетелствани и признати с първична инвалидизация. През 2014 година те са 3,5/1000, като най-голям е дялът на инвалидизираните деца с 50-90%, а с трайно намалена възможност за социална адаптация – 72,9%.

На въпроса „Разговаряха ли с Вас в консултацията при ОПЛ за профилактика и превенция на заболяването на Вашето дете“, са получени интересни отговори представени в *таблица 10*.

Табл.10. Провеждани разговори по време на консултация при ОПЛ, относно проблемите на децата свързани с профилактика и превенция на различните заболявания

Отговори	Брой	Отн. дял [%]
Да, провеждахме многократни разговори	10	5,10
Насочиха ни към специалист за повече информация	155	79,08
Не сме провеждали разговори	31	15,82
Общо	196	100 %

Основен приоритет на семействата с деца е необходимостта от достоверна и достъпна информация, както и подкрепа на родителите при възникването на различните медицински проблеми или усложнения.

Разговори са провеждани само с 5,10% от анкетираните родители, а 15,82% посочват, че такива разговори въобще не са провеждани. Целите на консултацията провеждана при ОПЛ и неговия екип, като цяло са насочени към грижите за здравите деца, но резултатите показват, че при посещаване на консултацията родителите са преди всичко насочвани към специалист – 79,08% при възникване на специфични проблеми.

При повечето от децата със специфични заболявания се наблюдават редица отклонения в развитието, поради което родителите трябва да получават адекватна информация от медицинските специалисти още в ПИМП – общопрактикуващ лекар и медицинска сестра. Тези резултати от своя страна показват, че медицинските специалисти не желаят да рискуват с тези деца, презастраховат се или не се чувстват достатъчно подготвени.

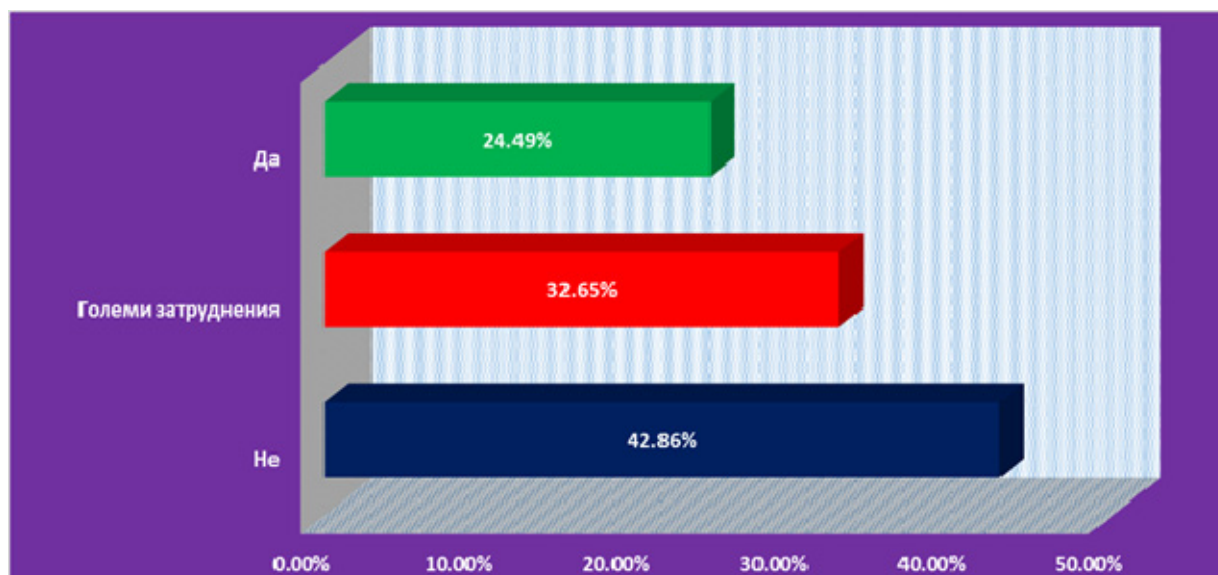
Важно е също така да разберем затрудненията, които срещат родителите след пренасочването им към високоспециализирана медицинска помощ.

Децата имат право на избор на лекар (общопрактикуващ или педиатър), който да ги наблюдава, но въпреки това този избор не може да бъде направен, поради проблема с достатъчно специалисти по педиатрия и тяхното неравномерно разпределение на територията на страната в първичната извънболнична медицинска помощ.

Така например в областите София-град и София област консултация със специалисти по педиатрия е по-възможен, отколкото в областите Шумен, Сливен и Монтана, където достъпът до специалисти по педиатрия е ограничен. Същевременно достъпът до педиатър от друго населено място е свързано с допълнителни финансови разходи за родителите и семействата, особено за тези с ниски доходи живеещи в периферията на

страната.

На отправения въпрос към анкетираните родители „Срещнахте ли затруднения при достъпа до високоспециализирана педиатрична помощ“ са получени следните резултати, показани на *фигура 6*.



Фиг.6. Затруднения на родителите при достъпа до високоспециализирана педиатрична медицинска помощ

Голяма част от анкетираните (42,86%) посочват, че нямат такива затруднения. Прави впечатление обаче, че една значителна част от родителите (32,65%), срещат големи затруднения при достъпа до специалисти по педиатрия, поради отдалечеността на населеното място и свързаните с тази причина свободно време и финансови разходи.

Близо $\frac{1}{4}$ от анкетираните родители (24,49%) са отговорили с „да“ т.е срещат трудности, макар и не толкова сериозни при достъпа до високоспециализирана медицинска помощ за техните деца. Препоръчаната от общопрактикуващият лекар, но непроведена консултация със

специалист по педиатрия, посочена от 32,65% от респондентите буди сериозна тревога, особено когато това касае детското здраве.

Водеща причина за непровеждане на препоръчаната от общопрактикуващия лекар консултация при специалист по педиатрия, посочена от респондентите за областите Сливен, Монтана и Шумен, с изключение на София-град и София-област, е „Не мога да си го позволя (много е скъпо или не се покрива от здравната каса)”. Особено сериозен е проблема при малцинствените общности, сред които резонно детската смъртност е най-висока в тези области.

Посочените причини водят на практика до неизпълнение на програмите за профилактичните прегледи и диспансеризация на децата. Това се отнася с пълна сила и до патронажната дейност, особено в периода на новороденото (до 28-ден).

Недостатъчното развитие на „консултирането“ като промотивно - профилактичен метод по въпросите за консултирането на проблемите на бременността и безопасното майчинство, медико-социални и психологически проблеми при семействата и децата се констатира не само в малките населени места, но и в големите градове.

Проведено бе анкетно проучване сред родителите на които бе зададен въпроса „От кого получавате консултации и подкрепа за правилното отглеждане и развитие на Вашето дете?“. Отговорите им са представени като относителен дял в *таблица 11*.

Табл.11. Консултации и подкрепа за правилно отглеждане и развитие на децата в ПИМП

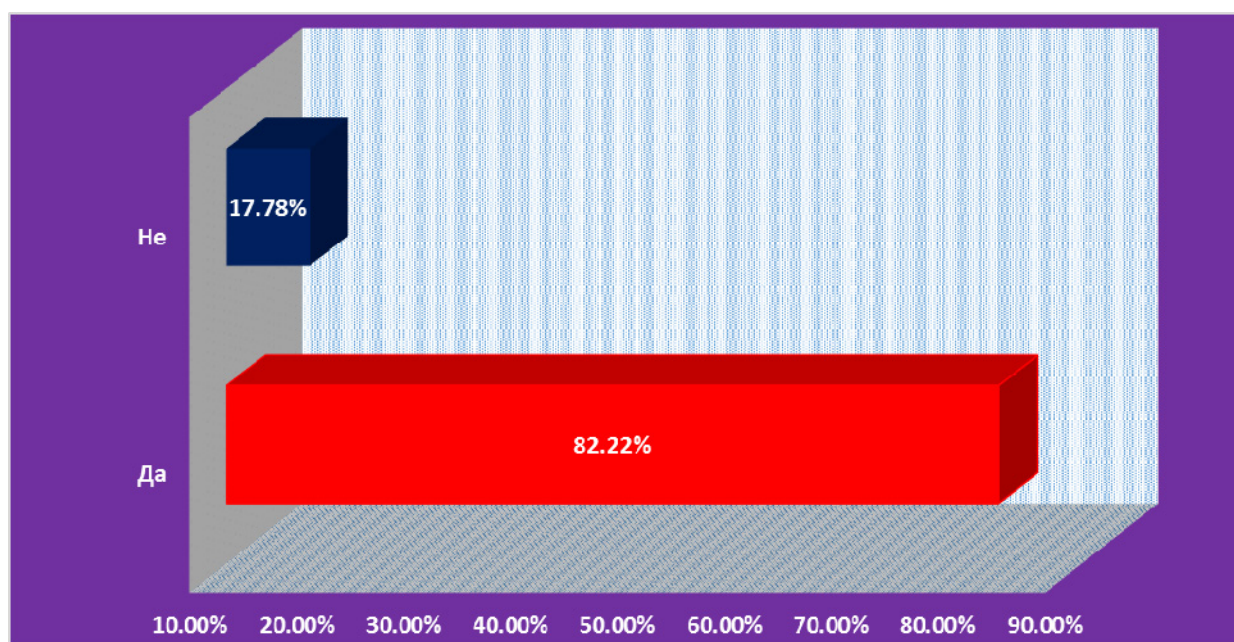
Отговори	Брой	Отн. дял [%]
Лекар- специалист	25	9,36 %
Социален работник	31	11,61 %
ОПЛ	112	41,95 %
Медицинска сестра	78	29,21 %
Медицински специалисти работещи в детските профилактични заведения/детски ясли, детски градини, училищни кабинети/	12	4,49 %
Други начини	9	3,37 %

Категоричен е отговора на родителите, че получават най-голяма помощ и подкрепа от общопрактикуващият лекар (41,95%) и от медицинска сестра (29,21%). Значително по-малък е относителният дял на родители, които получават съвети и подкрепа от лекари – специалисти, медицинските професионалисти работещи в детските профилактични заведения (детска ясла, детска градина, училищен кабинет), социални работници или други начини.

Прави впечатление също, че има една макар и малка част от родителите, които разчитат само на себе си или търсят други алтернативни начини, за да решават проблемите на своите деца.

За да се установи мнението и желанието на родителите за потребността от създаване на места за консултиране за здравно-промотивни и превантивни грижи от ПЗГ, извън консултацията провеждана при ОПЛ бе зададен въпроса „Имате ли потребност от създаване на структури за консултиране във връзка с грижите по правилното отглеждане на Вашето дете“ (Фиг. 7) – 82,22% от отговорите на

родителите, са категорично за това да има такива структури за консултиране, извън рамките на консултацията провеждана при общопрактикуващия лекар, въпреки че той и медицинската сестра са основен източник на съвети и подкрепа. Съществено по-малка част - 17,78% от родителите смятат, че консултирането осъществявано от екипа – общопрактикуващ лекар и медицинска сестра в амбулаторията е напълно достатъчно за техните изисквания.



Фиг. 7. Желание и необходимост на родителите от структури за консултиране при осигурено финансиране от МЗ и НЗОК

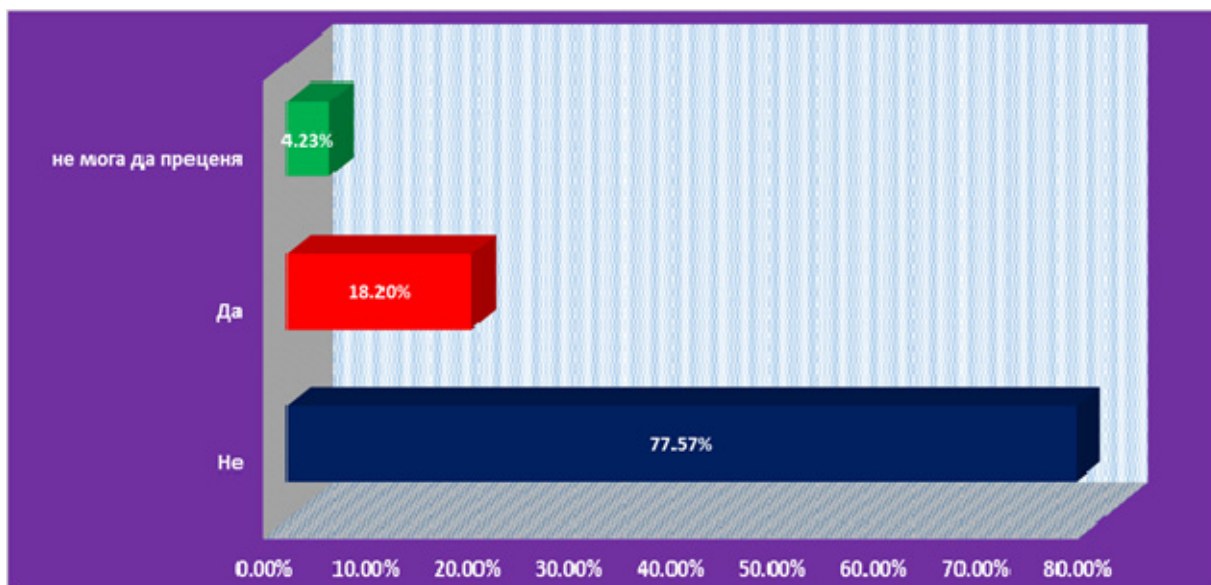
Интегрирано консултиране по всички въпроси за правилното отглеждане на децата, включително и деца с увреждания и специални потребности ще създаде предпоставки за преодоляване на негативните тенденции, произтичащи от разпокъсаните връзки в системата, от негативизма към системата, който произтича от трудното реализиране на пръв поглед гарантираните здравни услуги за семейства и деца.

Потребността от тези услуги води до неудовлетворяване на съществуващата обществена потребност от промотивни, консултативни, профилактични и превантивни дейности по опазване на здравето и благосъстоянието на майките и децата и насърчаване на ранното детско развитие, както и на особено необходимия интегриран социално-медицински и психологически подход към тези въпроси.

Може да се каже, че здравната реформа е длъжник на детското здравеопазване. Статистическите данни сочат, че детската смъртност е два пъти по-голяма от тази в развитите европейски страни, което е изключително тревожен факт.

Здравните грижи за децата след 2000-та година се предостави на общопрактикуващите лекари, но по-голямата част от тях нямат специализирана подготовка за работа с деца.

На въпроса отправен към родителите „Удовлетворени ли сте от здравно-промотивните, профилактичните и консултативните дейности в първичната извънболнична медицинска помощ, за здравето на Вашето дете от страна на екипа на ОПЛ“, отговорите са илюстрирани на *фигура 8*.



Фиг. 8. Степен на удовлетвореност на родителите от промотивни, консултативни и профилактични дейности осъществявани от екипа на ОПЛ за детското здраве в ПИМП

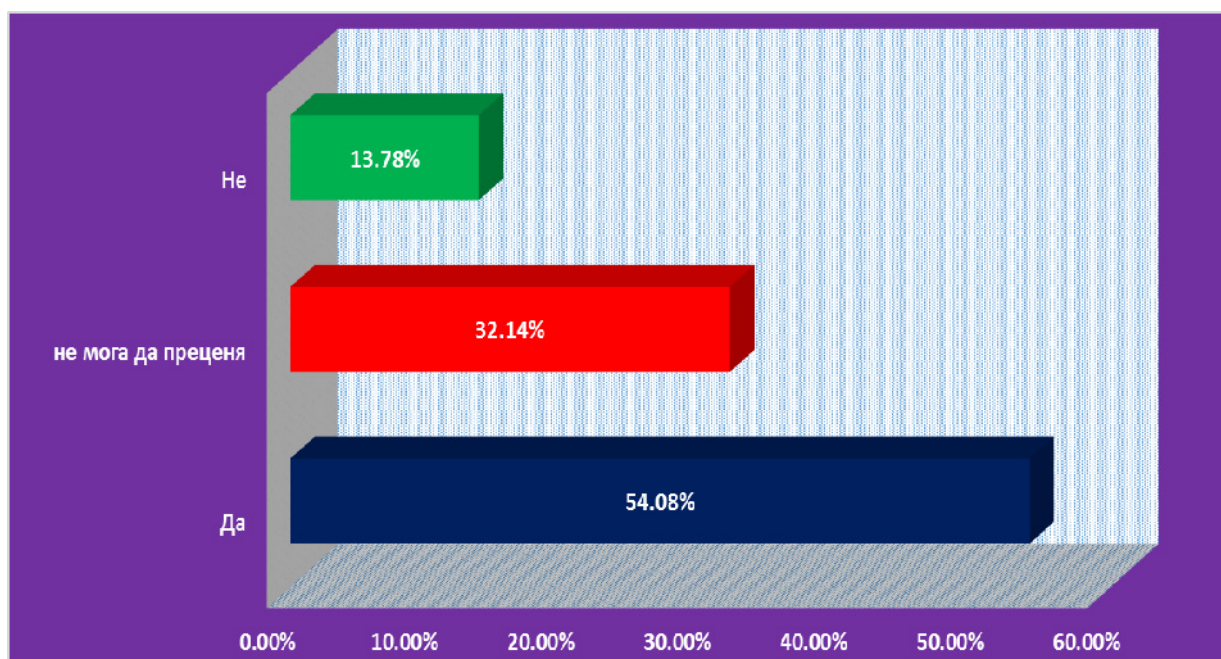
По-голямата част от анкетираните родители (77,57%), са отговорили отрицателно. Удовлетворени от промотивните, консултативните и профилактичните дейности от страна на екипа на ОПЛ са съответно-18,20% от анкетираните родители. Има и една малка част от 4.23%, които „не могат да преценят“ дали са удовлетворени, или не. Промените в растежа и развитието на децата изискват да се планират адекватни здравни грижи, които да отговарят на индивидуалните им особености и това са част от професионалните компетенции на медицинските сестри, ОПЛ и лекарите специалисти по педиатрия.

3.3. Анализ на нивото на информираност, знанията и нагласите на родителите свързани с отглеждането и грижите за децата

Анкетното проучване проведено с родители по отношение на информираността и компетентността им по въпросите свързани с грижите

за отглеждането на техните деца, доведоха до резултати изразени в процентно изражение на *фигура 9*.

На въпроса „Считате ли, че сте достатъчно информирани и компетентни за грижите необходими за отглеждането на Вашето дете“, по-голямата част от анкетираните родители (54,08%) са посочили отговора, че имат самочувствие за добра информираност и компетентност, относно правилното отглеждане на техните деца в различните периоди на растеж и развитие, (32,14%) от респондентите не могат да преценят доколко са информирани и компетентни, а (13,78%) нямат никаква информация и компетентност по въпросите свързани с отглеждането и развитието на децата през различните периоди на растеж и развитие. Това буди тревога и предполага сериозни анализи, свързани с здравно-промотивното и превантивно обучение на настоящите и бъдещи родители.



Фиг. 9. *Ниво на информираност, знания и нагласи на родителите свързани с отглеждането и грижите за децата през отделните периоди на тяхното развитие*

Двадесет и първи век е векът на информацията, тя е най-ценният и най-скъп ресурс във всички сфери на обществения и икономическия живот. Информация и знания адекватни, почиващи на съвременните постижения на науката, технологиите и развитието.

Предоставянето на здравна информация е свързано със съвети, обучение с демонстрация на основни дейности и грижи за бременността, подготовка за раждане, обгрижване на детето, кърмене и хранене, дневен режим, стимулиране на нервно-психическото развитие и други въпроси, свързани с отглеждането на детето, с отчитане на специфичните нужди и ресурси на всяко семейство. Индивидуални здравни консултации и групови обучения на родителите за здравословен начин на живот, адекватен хранителен и двигателен режим на децата през различните периоди от развитието им. Очакван резултат от тези дейности е повишено ниво на информираност на родителите за отглеждане на децата и по-добри умения за родителство.

За повишаване на информираността на бременните, децата и техните родители е необходимо да се утвърдят програми за обучение на родители на деца от 0 до 18 години, да се развият програми за образование с различна насоченост и тематика в областта на детското здраве.

Особено голямо значение се отдава на осигуряването на информационно-образователни и здравно-консултативни услуги за здравословен начин на живот, на промоцията и превенцията, на социокултурната и материалната околна среда, в която подрастващите живеят и се социализират. Да се изгради консенсус, обмен на добри практики и система за комуникации между заинтересованите институции, неправителствени организации по въпросите на детското здраве.

3.4. Анализ на резултатите при анкетиранияте ОПЛ и ПЗГ

Новата концепция в здравеопазването ориентирана към позитивното здраве изисква промяна в начина на мислене, пренареждане на ценностите и подходите и дори разработването на нови принципни положения.

Обучението на бъдещите лекари и медицински сестри - специалисти по „Педиатрия“, се осъществява в Медицинските университети на страната. Обучението трябва да бъде ориентирано към усвояване на знания и умения, които не са застъпени по подходящ начин в настоящите програми за университетско и следдипломно обучение. Ключовите инициативи в тази област трябва да бъдат насочени към осъвременено университетско обучение по проблемите на първичната фамилна медицинска помощ, специализирана подготовка и непрекъсната квалификация на общопрактикуващите лекари, медицински сестри и другите членове на екипите, участващи в осъществяването на този вид помощ: акушерки, лекарски асистенти, рехабилитатори, психолози, социални работници и др.

Според един от последните министри на здравеопазването „Педиатрията“ е една от специалностите с първостепенна важност на която се обръща най-сериозно внимание. Тревожното текучество на медицински сестри и лекари обаче засегна и педиатричните специалности, ценени и добре платени извън пределите на нашата страна.

По данни на НЦОЗА до 1991г. в страната е имало 3000 лекари със специализация по педиатрия, в момента (2015г.) те са намалели до 1300, като по-голямата част от тях работят в първичната извънболнична медицинска помощ, като общопрактикуващи лекари.

Проведохме анкетно проучване с общопрактикуващи лекари, като голяма част от тях имат придобита специалност „Педиатрия“, и работят в първичната извънболнична медицинска помощ на територията на

областите: София-град, София област, Сливен, Шумен и Монтана. Данните от проучването са представени в *таблица 12*.

Табл. 12. *Разпределение на анкетираниите лекари работещи в ПИМП по региони*

Пол		Населено място					Специалност					
М	Ж	София град	София област	Сливен	Шумен	Монтана	Педиатрия	Обща медицина	Специализира в момента	Без специалност	Общо	
42	73	23	23	23	23	23	39	35	25	16	115	

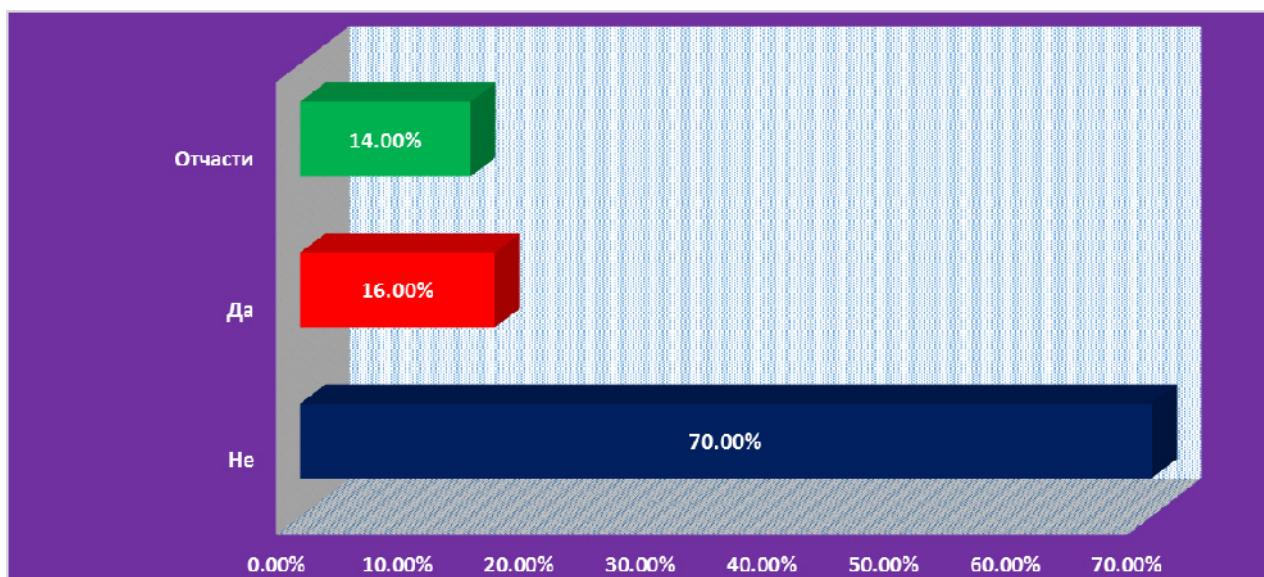
Данните от анкетното проучване са представени на *фигура 10*.



Фиг. 10. *Разпределение на анкетираниите ОПЛ според придобитата специалност по „Педиатрия“, лекари със специализация по „Обща медицина“, лекари специализиращи към датата на проучването и лекари без специалност работещи като ОПЛ*

Една много голяма част от анкетираните общопрактикуващи лекари (34%) имат придобита специалност по „Педиатрия“, което е най-големия позитив за детските контингенти включени в техните ОПЛ-практики, (30%) от лекарите притежават специалност „Обща медицина“, която им дава добра възможност за работа с широк контингент пациенти от различни възрастови групи, включително и деца, (22%) от общопрактикуващите лекари специализират в момента, а сравнително малка част от ОПЛ (14%) нямат специалност и им предстои избор на такава.

Изключително интересни са резултатите получени от проучването, показващи сериозна категоричност в избора на специалност „Педиатрия“ на медицинските специалисти по педиатрия, работещи като общопрактикуващи лекари в първичната извънболнична медицинска помощ, илюстрирани на *фигура 11*.

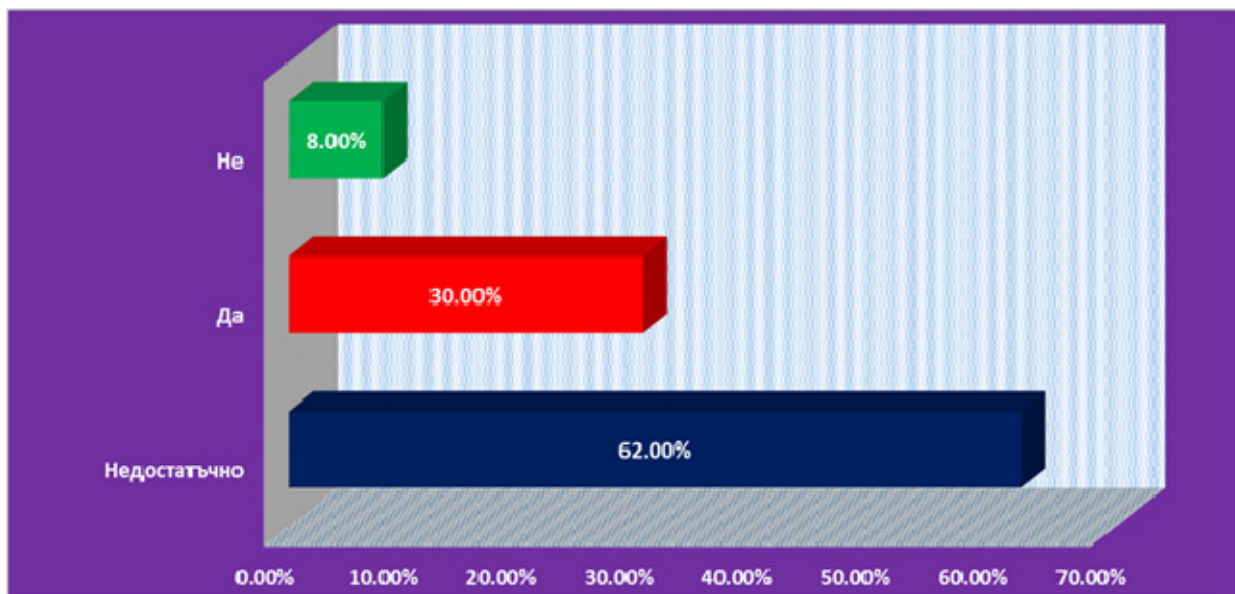


Фиг. 11. Медицински специалисти работещи като общопрактикуващи лекари в ПИМП

На въпроса „Преди да започнете работа, имахте ли колебания в избор на специалност, (70%) от анкетиранияте медицински специалисти, посочват категорично отговор „Не“.

Колебание при избора на специалност са имали едва (16%) от педиатрите работещи като ОПЛ, а (14%) от анкетиранияте само отчасти са се колебали при избора си на специалност педиатрия преди да се реализират като общопрактикуващи лекари.

За да установим обаче, удовлетвореността на лекарите със специалност по „Педиатрия“, работещи като ОПЛ, зададохме въпроса „Чувствате ли се достатъчно удовлетворени от професионалната си реализацията като общопрактикуващи лекари“?. Отговорите на респондентите са представени на *фигура 12*.



Фиг. 12. *Ниво на удовлетвореност на лекарите специалисти по педиатрия работещи като ОПЛ*

Получените резултати показват интересно разпределение. По-голямата част от лекарите (62%) отговарят, че не са достатъчно удовлетворени от това, че работят като ОПЛ, въпреки придобитата специалност по „Педиатрия“. Удовлетворени напълно са 30% от

анкетирани лекари-педиатри, които са се реализирали като ОПЛ, а сравнително малка част (8%) не са удовлетворени от работата си като ОПЛ, което буди размишления.

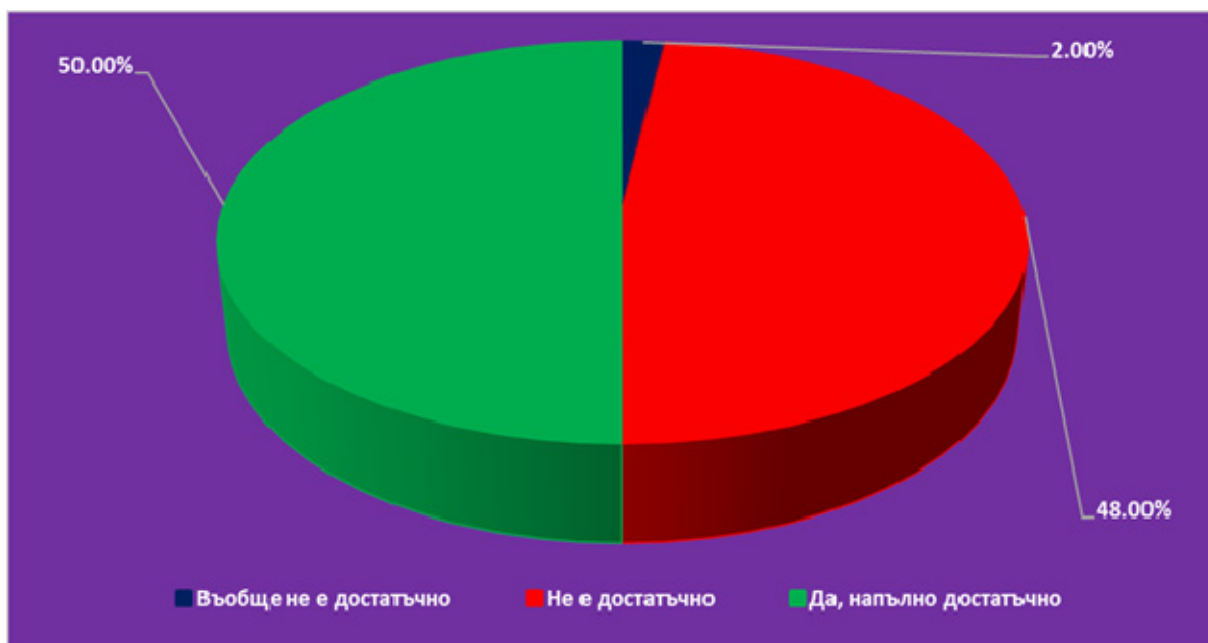
От получените данни става ясно, че въпреки постигнатата професионална реализация към момента, за по-голямата част от лекарите със специалност по „Педиатрия“, работещи като общопрактикуващи лекари, настоящото им професионална реализация не отговаря на техните възжелания и очаквания.

Относно професионалната нагласа на общопрактикуващите лекари да прилагат промотивни и профилактични дейности по отношение на грижата за децата в първичната извънболнична медицинска помощ, се установява, че повече от половината от изследваните (60%) от анкетирани общопрактикуващи лекари, смятат че здравно-промотивните и профилактични дейности са важна задача от ежедневната им дейност, (38%) от тях смятат, че тя е най-една от важните задачи, само 7% от анкетирани общопрактикуващи лекари отговарят, че промоцията и профилактиката за детското здраве в първичната извънболнична медицинска помощ, не е приоритетна в тяхната ежедневна дейност. Отговорите на анкетирани са представени на *фигура 13*.



Фиг.13. Професионална нагласа за прилагане на промотивни и профилактични дейности за деца от 0-18г. в ежедневната практика на ОПЛ и неговия екип

Макар, че за една малка част от общопрактикуващите лекари промотивната и профилактичната дейност не е приоритет, все пак се очертава достатъчно желание и готовност за прилагането ѝ в ежедневната практика, илюстрирано в процентно съотношение на *фигура 14*.



Фиг. 14. Желание и готовност на ОПЛ за извършването на промотивни и профилактични дейности за детското здраве в ежеднезната си практика

Половината от анкетираните общопрактикуващи лекари (50%), смятат че имат достатъчно желание и готовност за прилагане на здравно-промотивни и профилактични дейности в ежеднезната си практика, 48% - от респондентите обаче твърдят, че нямат достатъчно такова, а само 2% от анкетираните лекари признават, че степента на желанието и готовността им, относно използването на здравно-промотивни и превантивни дейности за деца и семейства, въобще не е достатъчно.

В своята ежеднезна дейност общопрактикуващият лекар неизменно е подпомаган от професионалист по здравни грижи (медицинска сестра, акушерка, фелдшер и др.).

В търсене на отговори за условията, квалификацията и дейността им се проведе собствено проучване с цел изследване нагласите и готовността на професионалисти по здравни грижи за упражняване на професията в

областта на педиатричната здравна грижа в първичната извънболнична медицинска помощ, с акцент върху здравно-промотивната и профилактична дейност.

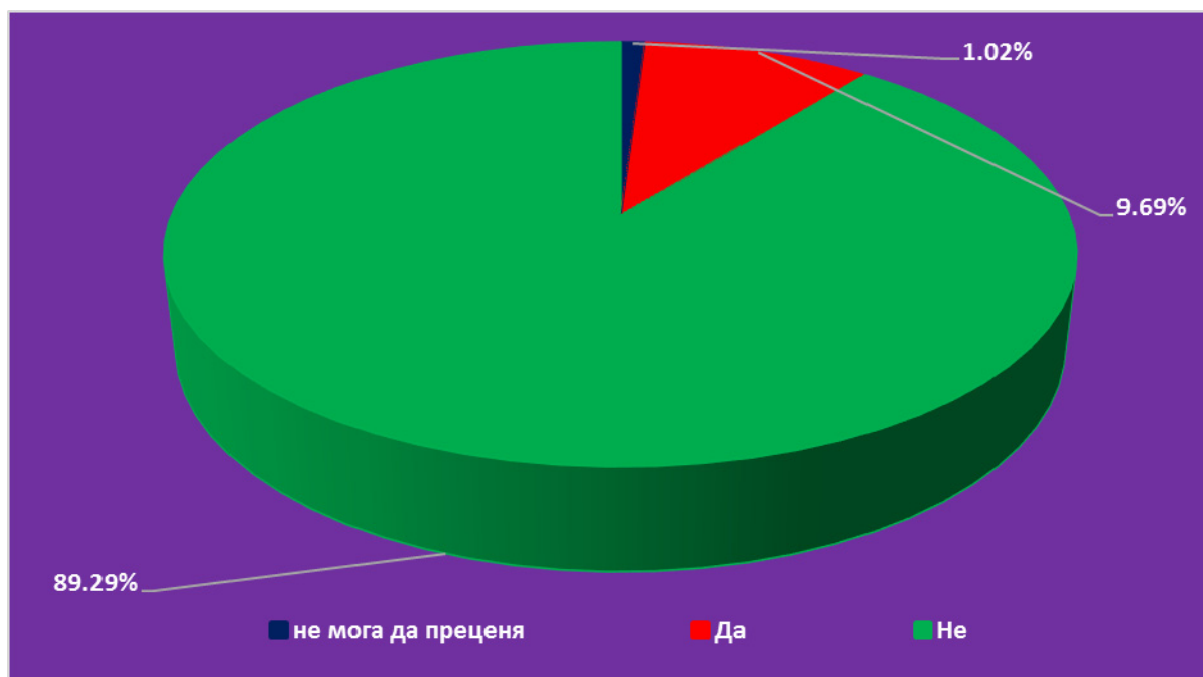
Проведеното анкетно проучване на територията на изследваните области с професионалисти по здравни грижи работещи в ПИМП, като преобладаващата част от тях са медицински сестри е представено на *таблица 13*.

Табл. 13. Разпределение на анкетиранияте ПЗГ работещи в ПИМП по региони

Пол		Област				образование				
М	Ж	София град	София област	Сливен	Шумен	Монтана	Мед.сестри	Акушерки	Фелдшери	Общо
4	91	36	19	15	14	11	81	7	4	95

Проучването бе проведено в периода януари 2014 г. – март 2017 г., като за целта се разработи анонимна анкетна карта с преобладаващи открити и закрити въпроси, които се нуждаят от качествено анализиране.

На въпроса „Считате ли, че във Вашата структура са създадени подходящи условия за осъществяване на здравно-промотивни и профилактични дейности за детското здраве?“, са получени следните резултати илюстрирани на *фигура 15*.



Фиг. 15. Осъществяване на промотивни и профилактични дейности за детското здраве в ПИМП, според ПЗГ

По-голямата част от анкетиранияте професионалисти по здравни грижи (89,29%), считат, че в тяхната ОПЛ – практика не са създадени необходимите условия за осъществяване на здравно-промотивна и профилактична дейност, относно здравето на децата от различните възрастови групи. Съществено малък е дялът (9,69%) на анкетиранияте ПЗГ, които смятат, че са създадени необходимите условия за осъществяване на достатъчно промотивна и профилактична грижа за децата в ПИМП, а една съвсем незначителна част (1,02%) от анкетиранияте ПЗГ не могат да преценят, дали са създадени необходимите условия за здравно-промотивна и профилактична дейност в тяхната структура.

Зададохме въпроса на анкетиранияте Професионалисти по здравни грижи „Мотивирани ли сте да участвате в създаването на „сестринска консултация“ за деца в първична извънболнична медицинска помощ,

(Фигура 16) – 87,03% от анкетираните подкрепят ентузиазизирано тази идея, а респондентите избрали отрицателния отговор са едва 5,41%. Ето защо създаването на една подходяща организация, в която функциите на медицинските сестри да бъдат насочени към консултативни, здравно-промотивни, профилактични и превантивни грижи за децата, от една страна ще се осигури пълноценна реализация на сестрите, а от друга ще се гарантира качеството на тези грижи.

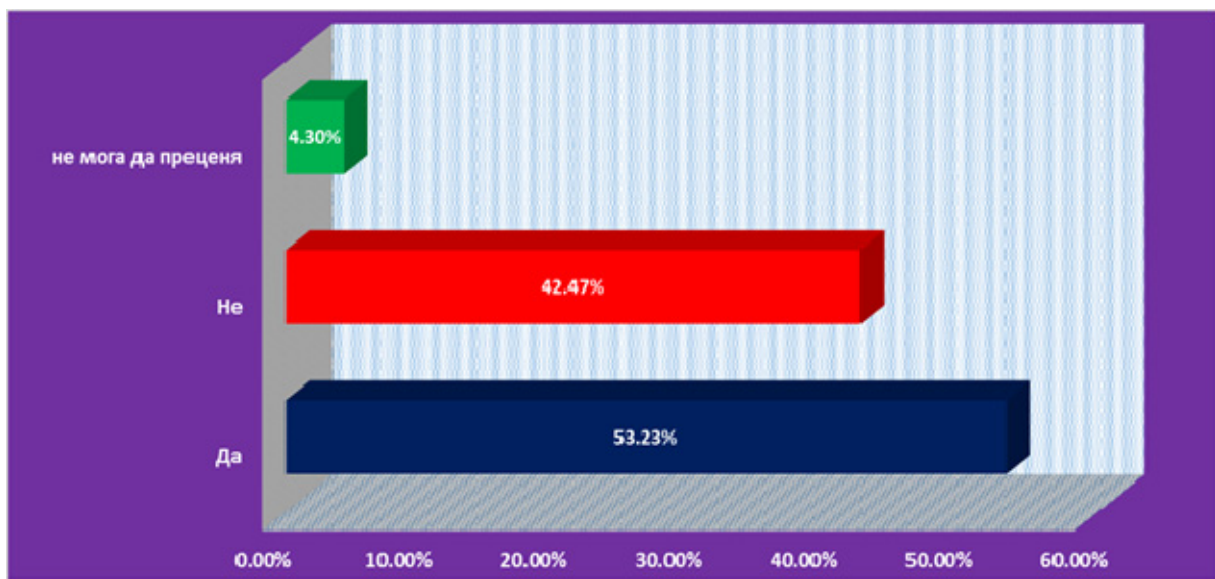


Фиг.16. Мотивация на ПЗГ за създаване на сестринска консултация в ПИМП

На въпроса обаче „Имате ли желание да се реализирате като семейни консултанти в здравно-консултативен център за деца“ (Фиг.17), положителните отговори на анкетираните са значително по-малко - 53,23%, голяма част от респондентите - 42,47% - не желаят да се реализират като „семейни медицински сестри“ в здравно-консултативен център, а съвсем малка част от 4,30% - въобще не могат да преценят, дали

биха се работили като „семейни консултанти“ в Здравно-консултативни центрове и Центрове за майчино и детско здраве.

Резултатите показват, че ентузиазма на специалистите по здравни грижи да се реализират като „семейни консултанти“ в здравно – консултативен център за деца, е значително по-малък от мотивацията им, илюстрирано на *фигура 17*.

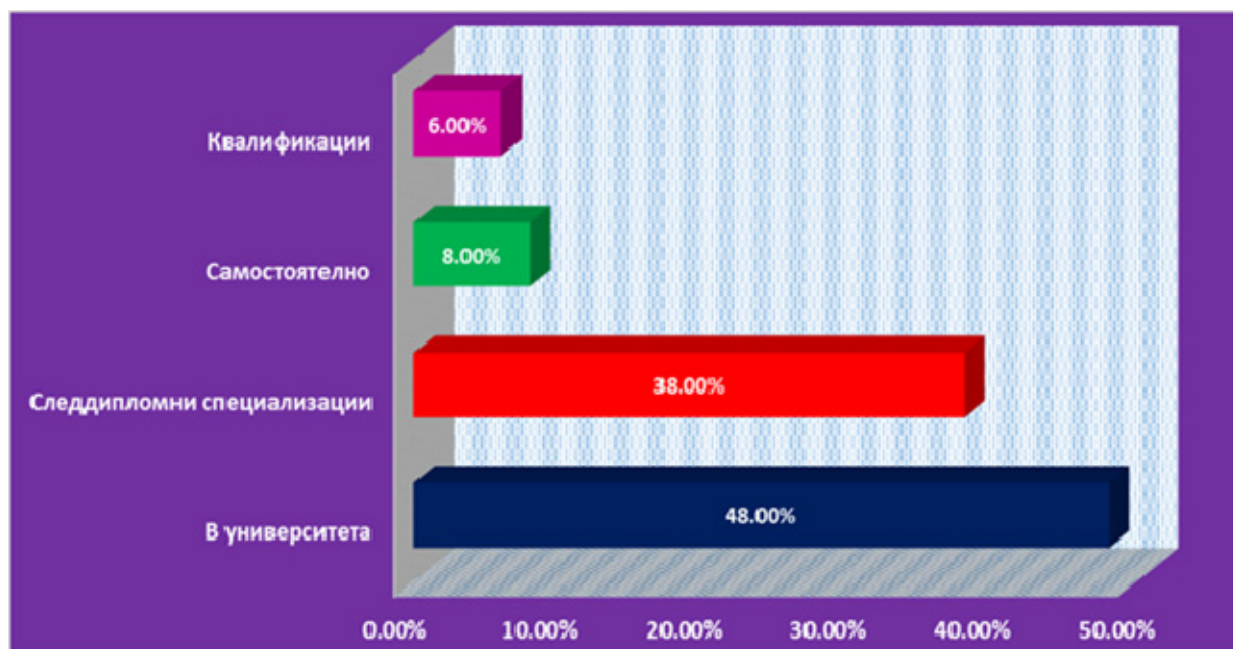


Фиг.17. Желание на ПЗГ да се реализират като „семейни медицински сестри“ в ПИМП

Професионалистите по здравни грижи трябва да се разглеждат и оценяват като ефективен и качествен изпълнител на здравни услуги в лечебния сектор. Развиването на техните функции особено в системата на първичната медицинска помощ трябва да се възприеме като една по-широка тенденция към интегриране и устойчиво развитие на качеството на здравните грижи за пациентите.

3.4.1. Анализ на резултатите относно обучението на здравните кадри за осъществяване на промотивни и профилактични дейности за децата в ПИМП

Усвояването на знания и умения, които не са застъпени по подходящ начин в настоящите програми за университетско и следдипломно обучение трябва да бъдат ориентирани към осъвременено университетско обучение по проблемите на първичната извънболнична медицинска помощ, специализирана подготовка и непрекъсната квалификация на общопрактикуващите лекари и другите членове на екипите, участващи в осъществяването на този вид помощ: Професионалисти по здравни грижи, социални работници, психолози и др.

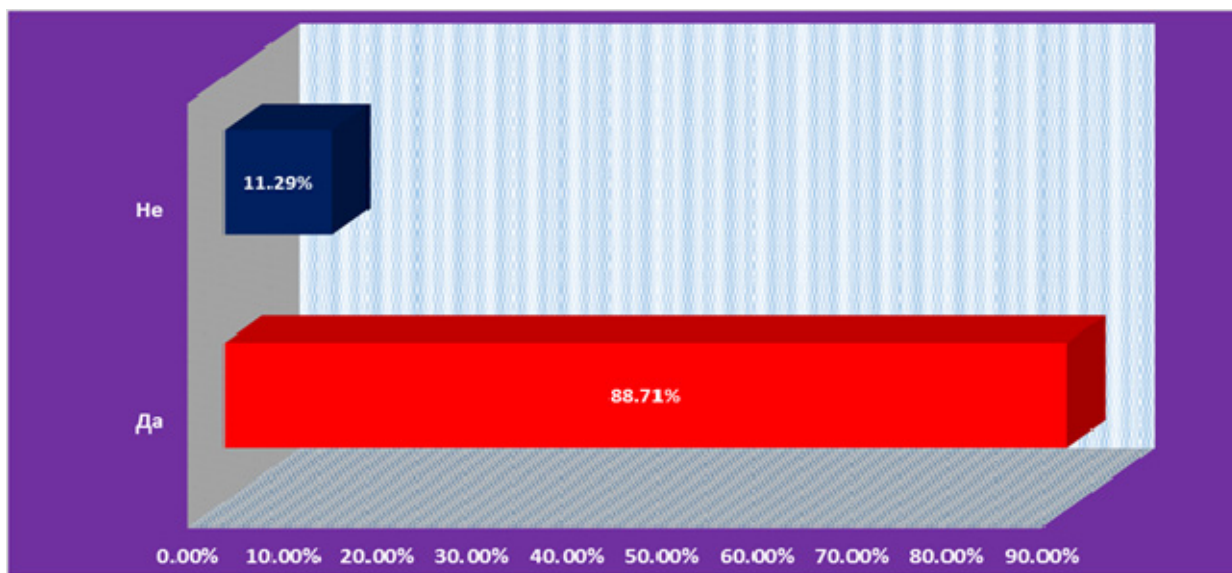


Фиг. 18. Обучение на медицинските специалисти от ПИМП

Само 6% от медицинските специалисти посочват, че по-време на университетското си обучение са получили необходимите здравни знания, във връзка с прилагане на здравно-промотивни и профилактични дейности

в ПИМП е обезпокоителен. По-голямата част от анкетираните медицински специалисти са преминали допълнително обучение под формата на следдипломни специализации – 38%, следдипломни квалификации – 48%, а много малък е дялът на тези, които са използвали самостоятелна форма на подготовка – едва 8%.

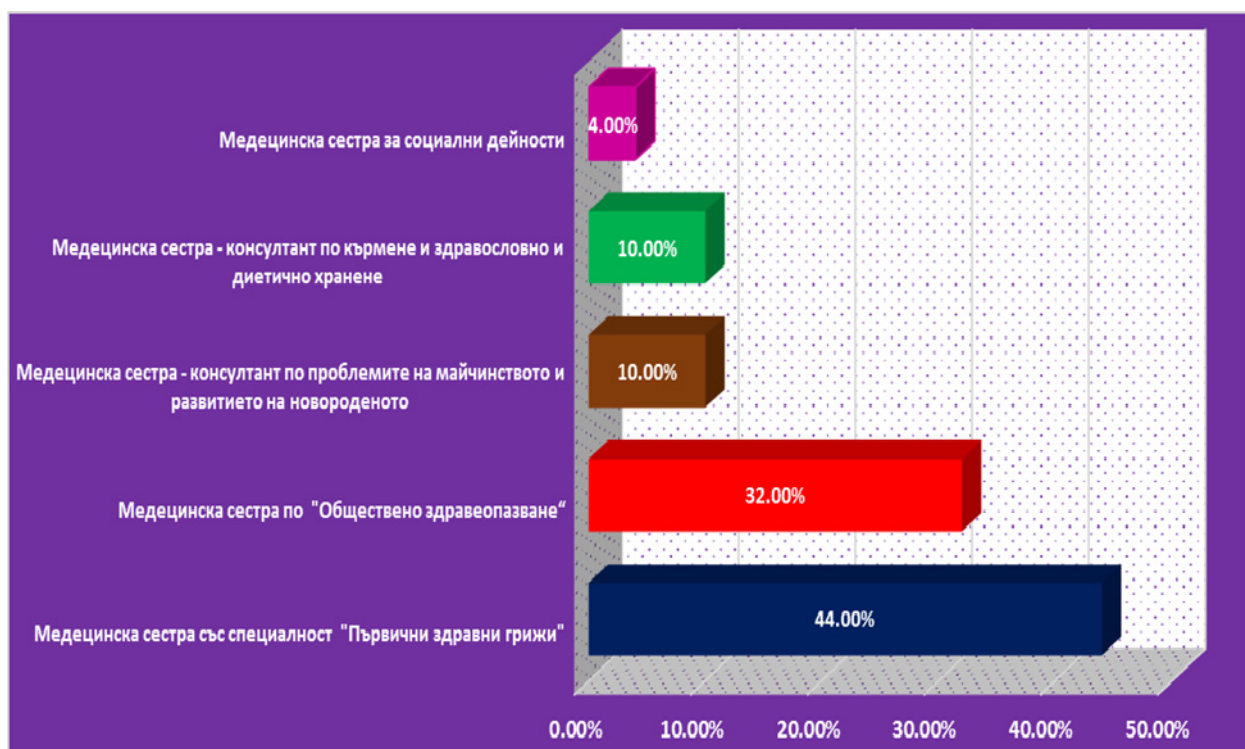
Що се отнася за мястото и ролята на специалистите по здравни грижи, в извършването на здравно-промотивна и профилактична дейност за децата в ПИМП, мнозинството от анкетираните общопрактикуващи лекари (88,71%) споделят мнение, че тя е съществена. Това показва, че по-голяма част от лекарите имат пълно доверие във възможностите на специалистите по здравни грижи, да изпълняват здравно-промотивни и профилактични грижи за децата в първичната извънболнична медицинска помощ самостоятелно и автономно. Отговорите на общопрактикуващите лекари са представени на *фигура 19*.



Фиг. 19. Степен на автономност на ПЗГ по отношение на здравно-промотивните и профилактични дейности за децата в ПИМП, според ОПЛ

Относно мнението на общопрактикуващите лекари за необходимостта от придобиване на специалност в системата на здравеопазване от специалистите по здравни грижи се констатира, че според тях най-подходящи за първичната извънболнична медицинска помощ са специалностите: „медицинска сестра със специалност „Първични здравни грижи“ и медицинска сестра със специалност по „Обществено здравеопазване“, следвани от „медицинска сестра – консултант по проблемите на майчинството и развитието на новороденото“ и „медицинска сестра – консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене“.

Отговорите на респондентите са показани на *фигура 20*.



Фиг.20. Мнение на ОПЛ относно необходимостта от ПЗГ със специалност

Възможностите за професионална реализация на професионалистите по здравни грижи у нас, а и извън страната са изключително разнообразни. В хода на университетското си обучение бъдещите медицински сестри получават както обща, така и специализирана подготовка в различни медицински области, в това число и в здравни грижи за родилка, новородени и деца от 0 до 18 години.

3.5. Анализ на резултатите при анкетиранияте студенти от специалност „Медицинска сестра“ за обучението, мотивацията, желанието и готовността да осъществяват здравни грижи за деца от 0 до 18 години

Въпрос на мотивационен избор е, в коя област ще упражняват професията си професионалистите по здравни грижи. Факторите и мотивацията им са свързани с подготовката, която са получили в университета, взаимоотношенията в колектива, условията на труд, трудовото възнаграждение и не на последно място социалния престиж на професията.

В процеса на търсене на тези отговори и евентуални възможни решения се проведе собствено проучване с цел изследване нагласите и готовността на студентите от специалността „Медицинска сестра“ за упражняване на професията в областта на педиатричните здравни грижи.

Разпределението на студентите от анкетното допитване по пол, възраст и образование е показано на *таблица 14*.

Табл.14. Разпределение на анкетиранияте студенти по пол, възраст и образование

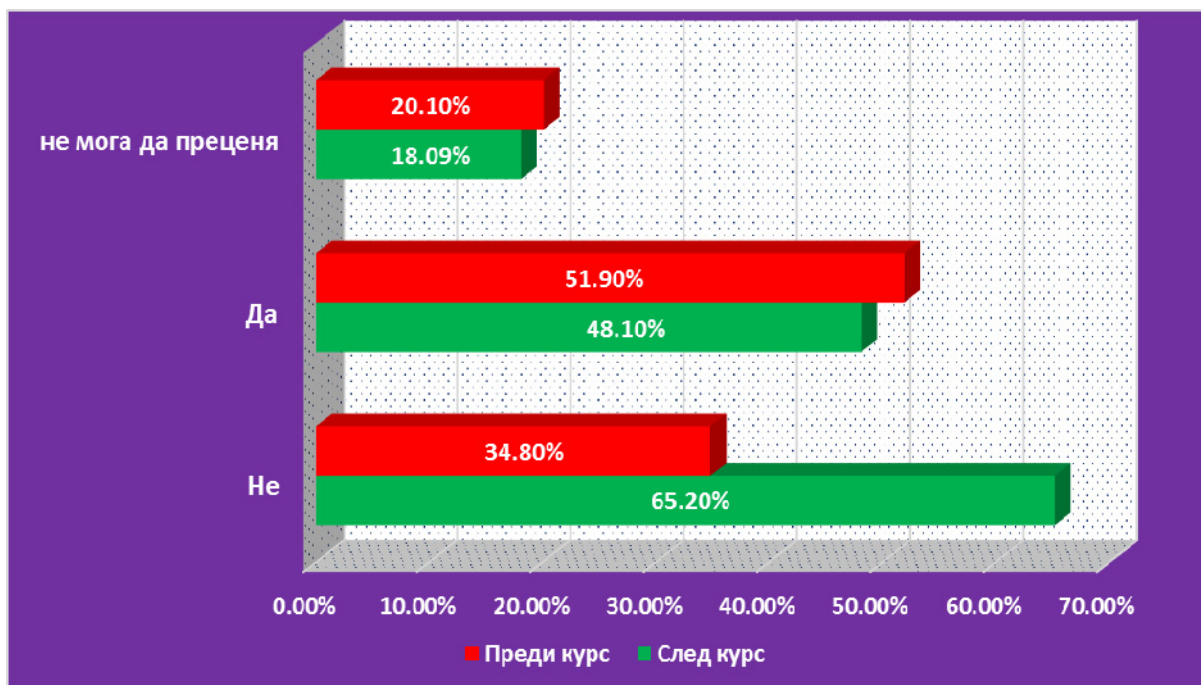
Пол		възраст		Образование				Всичко
мъже	Жени	18–44 г.	Над 44г.	Висше-степен специалист	ср. спец.	Полу-висше	Висше-степен бакалавър	
6	292	291	7	1	0	1	296	298

Проведеното проучване сред студенти от специалност „Медицинска сестра“, преди и след модула на обучение по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“ се проведе в периода януари 2014 г. - март 2017 г. като обхваща студенти от 2-ри, 3-ти и 4-ти курс на обучение.

За целта на проучването се разработи анонимна анкетна карта с преобладаващи открити въпроси.

На въпроса „Считате ли, че подготовката по специалността „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“, по време на обучението има значение при избора за започване на работа като педиатрична медицинска сестра“ са получени интересни резултати, които се различават в двете групи респонденти, преди и след курса на обучение.

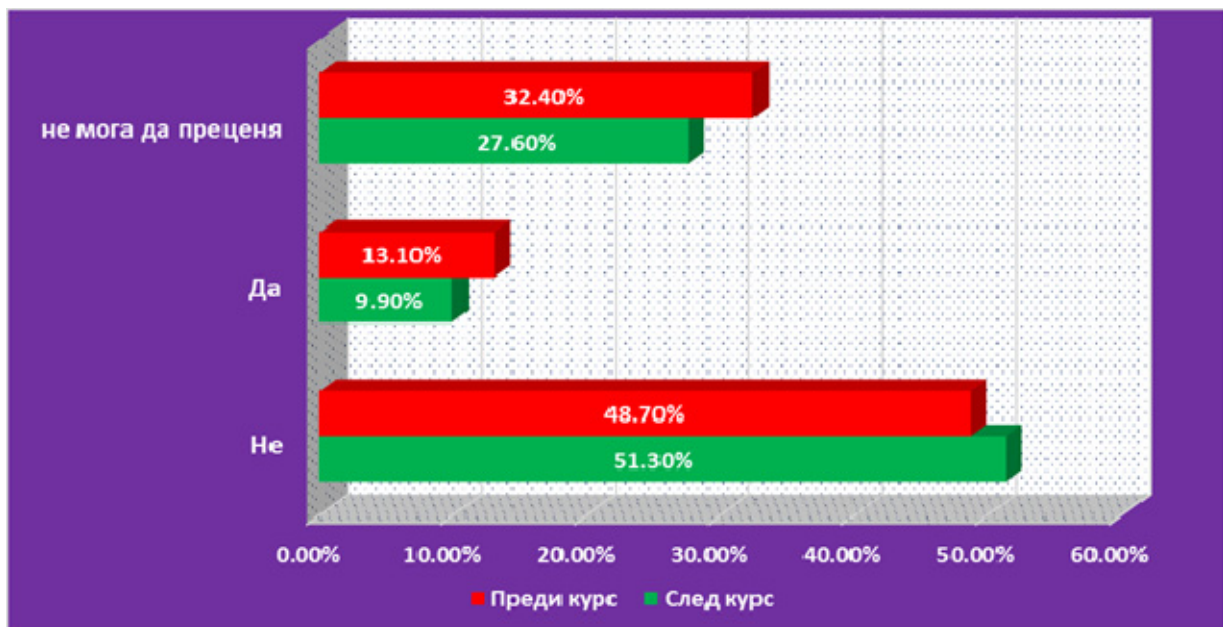
Резултатите от анкетното проучване са представени на *фигура 21*.



Фиг. 21. Значение на подготовката по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“ при избор за работа като педиатрична сестра

Преди започване курса на обучение 51,9% от анкетираните студенти считат, че подготовката им по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“ има значение при избора за работа като педиатрична медицинска сестра. За разлика от тях 48,1% от завършилите курса на обучение по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“, го смятат за определящ. Независимо от разликата в процентното съотношение на отговорите, можем да отчетем, че обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“, не е определящ фактор за започване на работа като педиатрична медицинска сестра.

На въпрос „Считате ли, че обучението по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“ е достатъчно за придобиване на професионални умения за работа с деца?“, са получени следните резултати представени на *фигура 22*.



Фиг. 22. Пригодност и готовност за работа като медицинска сестра в детско здравно заведение

По-голяма част 51,30% от студентите преди да преминат обучителният модул по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“ считат, че не се чувстват достатъчно подготвени, за да започнат работа като педиатрични медицински сестри. Учудващо обаче, преминалите обучителния модул (48,70%) също нямат необходимото самочувствие, че са придобили по-добри професионални умения за работа с деца от тези, които все още не са обучени. По отношение на уменията придобити от студентите в процеса на обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“, между отговорите на двете групи респонденти се установява статистическа зависимост в мнението им относно пригодността и готовността им за работа като педиатрична сестра, преди и след курса на обучение. ($p = 0,0015$)

Разпределението на студентите от анкетното допитване по пол и възраст е показано на *таблица 15*.

Табл.15. Разпределение на студентите от специалност „Медицинска сестра“ по пол и възраст

Пол		възраст						Всичко
Мъже	Жени	18-25г.	25-30г	30-35г.	35-40г.	40-45г.	Над 45	
4	294	121	71	40	42	23	1	298

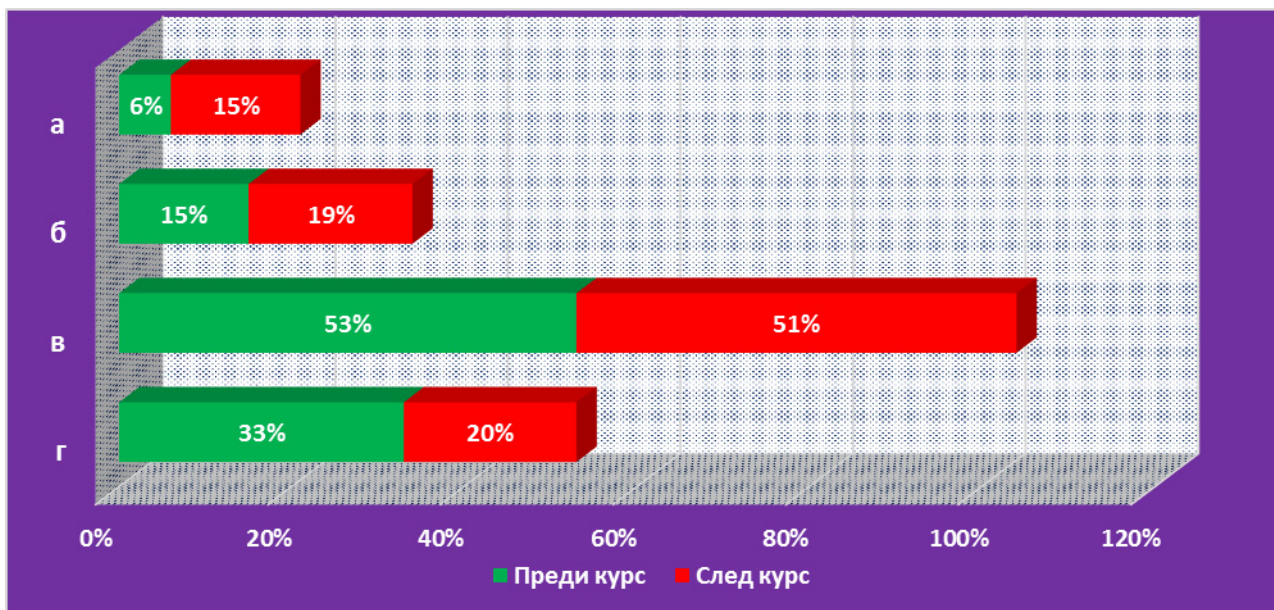
От анкетираните студенти (32,4%) преди курса на обучение по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“, не могат да преценят, дали биха могли да работят с деца, а след обучителния модул (27,6%) ентузиазтите са още по-малко, което е

твърде обезпокоително и поражда тревожни въпроси. При отговорите и на двата въпроса има статистическа зависимост между двете групи анкетирани. ($p = 0,0017$)

Тревожно малък е процента на степента на пригодност и готовност за работа като медицинска сестра в детско здравно заведение, както преди обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“ (13,1%), така и след него (9,9%).

Може да отчетем, че и преди, и след курса на обучение по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“, бъдещите медицински сестри нямат необходимата готовност да започнат работа в детски здравни заведения, независимо дали са от извънболничната или от болничната медицинска помощ.

На въпроса отправен към анкетираните студенти „В случай, че желаете да започнете работа като медицинска сестра в детски здравни заведения и здравни кабинети и имате възможност да избирате, къде бихте се насочили“, и двете групи анкетирани лица отговарят почти еднозначно *фигура 23*.



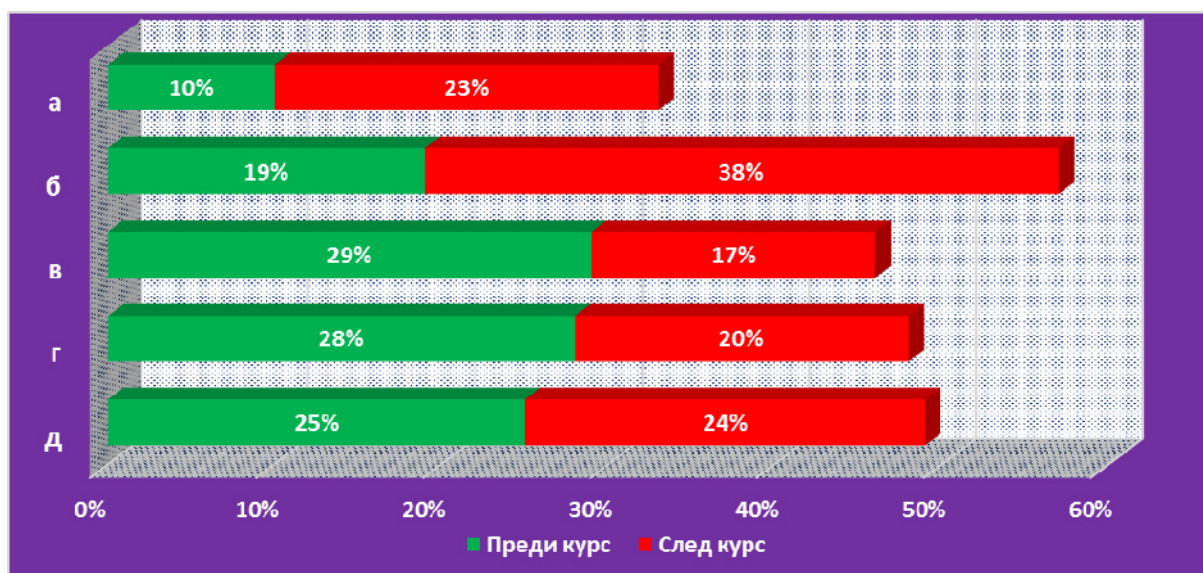
Фиг. 23. Разпределение на анкетираните студенти според предпочитани работни места:

- а* – детско профилактично здравно заведение (училищен кабинет, детска ясла, детска градина)
- б* – ДМСГД;
- в* – детско отделение;
- г* – ПИМП

Процентът на желаещите да упражняват професията в детско отделение – 53% от студентите, както преди курса на обучение, така и след него 51% са направили този избор, следвани от желаещите да работят в ПИМП – съответно 33% и 20%. Изборът - медицинска сестра в ДМСГД са направили съответно 15% преди курса и 19% след него, а на последно място студентите поставят желанието за работа като медицинска сестра в детски здравни кабинети (училищен кабинет, детска градина, детска ясла) – съответно 6% и 15%. Резултатите сочат, че при отговора на този въпрос няма статистически значима зависимост между двете групи студенти – предпочитаното работно място и за двете групи студенти е детско отделение и подчертано ниско е желанието на студентите за започване на

работа извънболничната медицинска помощ и в детски профилактични заведения и здравни кабинети.

Мотивацията за работа е степента, в която членовете на дадена организация желаят да работят и е съществен фактор при избора на работно място. За да анализираме мотивацията на анкетираните студенти за възможността за работа в детски здравни заведения, зададохме въпроса „Мотивирани ли сте да се реализирате професионално като медицинска сестра в детско здравно заведение“ и получихме следните резултати, представени на *фигура 24*.



Фиг. 24. Мотивация за работа като педиатрична медицинска сестра:

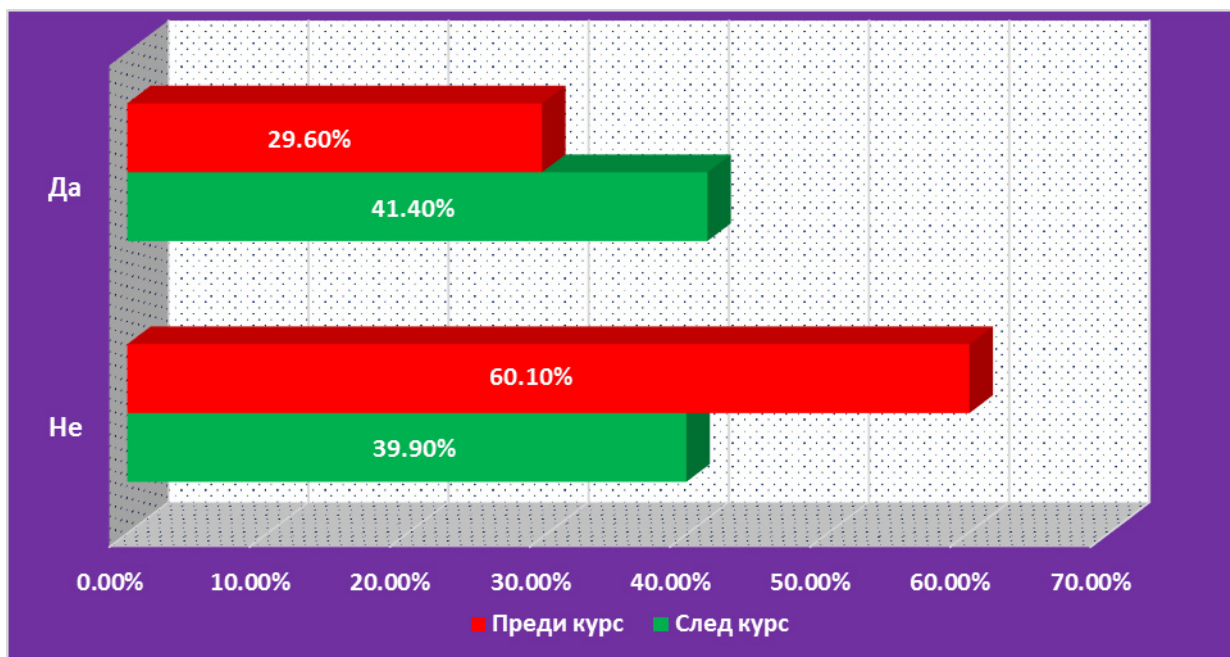
- а* – детските здравни заведения са като всички други;
- б* – иновационни подходи и по-интересна работа;
- в* – възможност за професионално израстване;
- г* – възможност за непрекъснато обучение и специализация;
- д* – възможност за по-разнообразна реализация

Студентите от първата група поставят акцента върху възможността за непрекъснато обучение и специализация (28%), иновационните подходи и по-интересна работата (19%), а студентите от втората група акцентират върху възможностите за по-разнообразна реализация (25%) и професионално израстване (29%).

Независимо от посочените предпочитания на студентите преди и след курса на обучение, можем да отчетем, че възможностите за непрекъснато обучение, професионално израстване и иновационните подходи в работата са от първостепенна роля при избора на студентите за бъдещата професионална реализация.

Статистически обработени, тези резултати показват, че има статистически значима зависимост между отговорите на двете групи студенти преди и след курса на обучение. ($p = 0,0017$)

Запитани „Знаят ли, че могат да продължат обучението си по „Педиатрични здравни грижи“ и „Консултант по проблемите на майчинството и развитие на новороденото“, включени в специалности за лица с професионална квалификация по медицинска професия от професионално направление „Здравни грижи“(Наредба № 1 от 22.01.2015г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр.7 от 27.01.2015г.), отговорите на студентите са представени на *фигура 25*.



Фиг. 25. Информираност и желание на анкетираните студенти за продължаване на обучението си по „Педиатрични здравни грижи“ след приключване на висшето си образование

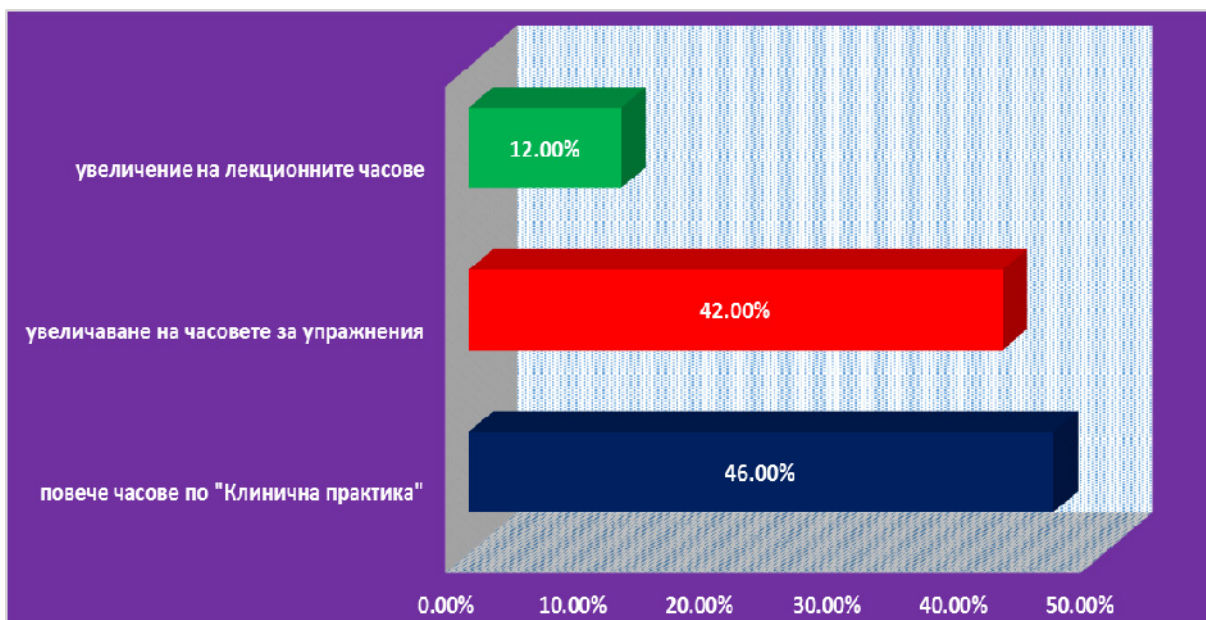
Преди курса на обучение по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“, 29,60% от студентите имат информация, че след приключване на висшето си образование, могат да продължат образованието за придобиване на специалност в системата на здравеопазването в направление „Педиатрични здравни грижи“ и „Консултант по проблемите на майчинството и развитието на новороденото“, докато при завършилите курса на обучение този процент нараства до 41,40%. Според направеният χ^2 анализ, количествената разлика между отговорите на студентите, преди и след курса на обучение е съществена и статистически значима. ($p = 0,015$)

За съжаление педиатричните специалности не са привлекателни за завършващите медицински сестри.

Необходимостта от внедряване на иновационни подходи и разнообразна реализация, свързани с професионално израстване и по-

интересна работа, създава сериозна предпоставка за осезаема криза в подбора на кадри за педиатричните здравни заведения у нас, с всичките негативни последици от това.

За да се установи мнението на студентите от специалност „Медицинска сестра“, относно подобряване на обучението по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“, бе поставен въпросът: „Какво бихте препоръчали за подобряване на обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“? Отговорите на студентите са представени на *фигура 26*.



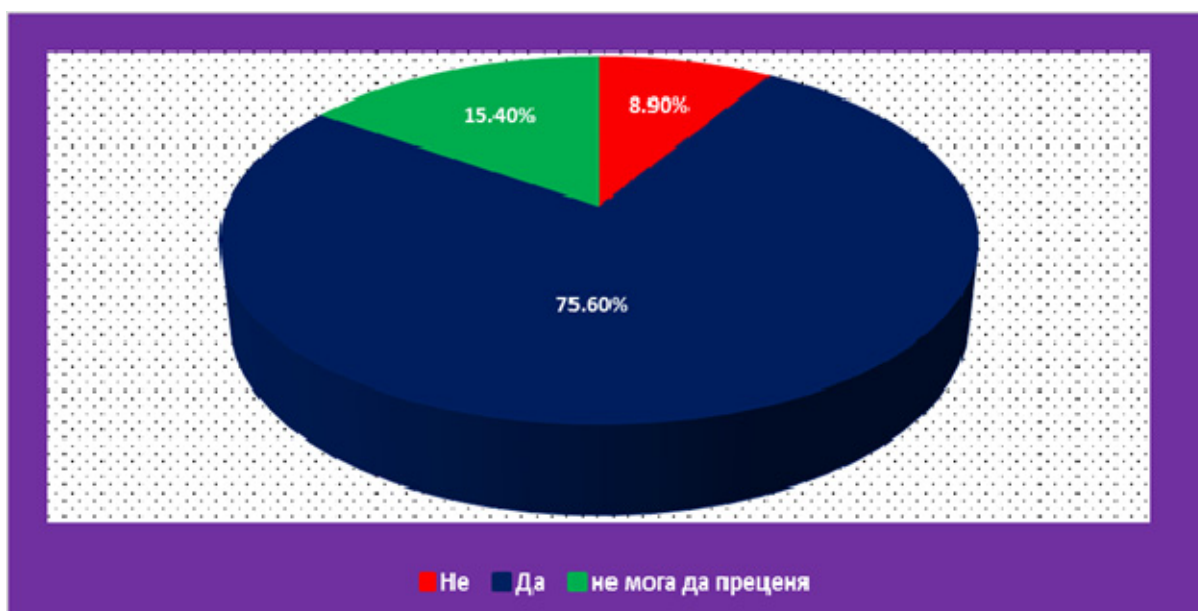
Фиг. 26. Мнение и препоръки на студентите, относно подобряване на обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“

По-малко от половината студенти (46%) изразяват желание за повече часове по клинична практика, (42%) имат желание за увеличение на часовете за упражнения, а (12%) от обучаваните студенти изразяват желание за увеличение на лекционните часове.

По-голяма част от отговорите са свързани с пожелания за повече

практически часове, по-добра информираност, профилиране още по време на базовото обучение, по-добра материална база и по-добро заплащане в сферата.

За да установим удовлетвореността на студентите от обучението по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“, зададохме въпроса „Чувствате ли се удовлетворени от обучението по „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“, получените резултати са представени на *фиг.27*.



Фиг.27. Удовлетвореност от обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“

Преобладаващата част (75,60%) от запитаните студенти отговарят положително. Значителен е дялът на студентите (15,40%) предпочели отговора „не мога да преценя“, и съвсем малка част (8,90%) считат, че не са удовлетворени от предлаганото обучение.

Необходимо е да се търсят разнообразни форми за провеждане на обучението, при което да се осигурят възможности за придобиване на по-добри практически умения на бъдещите медицински сестри.

Според Младенова. С., „За по-бързото и ефективно обучение се използват различни средства за обучение, подпомагащи усвояването на учебния материал. Те улесняват разбирането и запомнянето на представената информация, повишават познавателната активност на обучаваните и правят обучението по-приятно и лесно за възприемане“.[55, с. 98-99]

„Научно-техническият прогрес навлиза все повече и в сферата на образованието и обучението, материалното му изражение са техническите средства за обучение. Такива са диапроектори, кинопроектори, телевизори, калкулатори, компютри, мултимедия, а към тях се причисляват новите информационни технологии и компютърни мрежи, интерактивно видео, средства за медия-образование, бази с електронни данни. Съвременните средства за обучение решават много обучителни задачи“.
[55, с.99]

Можем да обобщим, че независимо от нуждата от педиатрични медицински сестри, бъдещите медицински кадри нямат необходимото самочувствие, че са достатъчно теоретично и практически подготвени и нямат психическа нагласа за работа с деца. Нещо повече, в началото на обучението си, студентите са значително по-ентузиазирани, относно възможността да работят в сферата на педиатричните здравни грижи, макар и да изпитват известни страхове и предубеждения. Сблъсквайки се обаче с действителността, нагласите за работа като медицинска сестра в детски здравни заведения намаляват. Тази тревожна тенденция изисква да се променят нагласите чрез създаване и внедряване на ефективни стимули, които да мотивират студентите в избора им за работа като педиатрични медицински сестри, за да се осигури качествена здравна грижа за здравето на българските деца.

3.6. Концептуален модел за здравно-промотивни и профилактични грижи за детското здраве

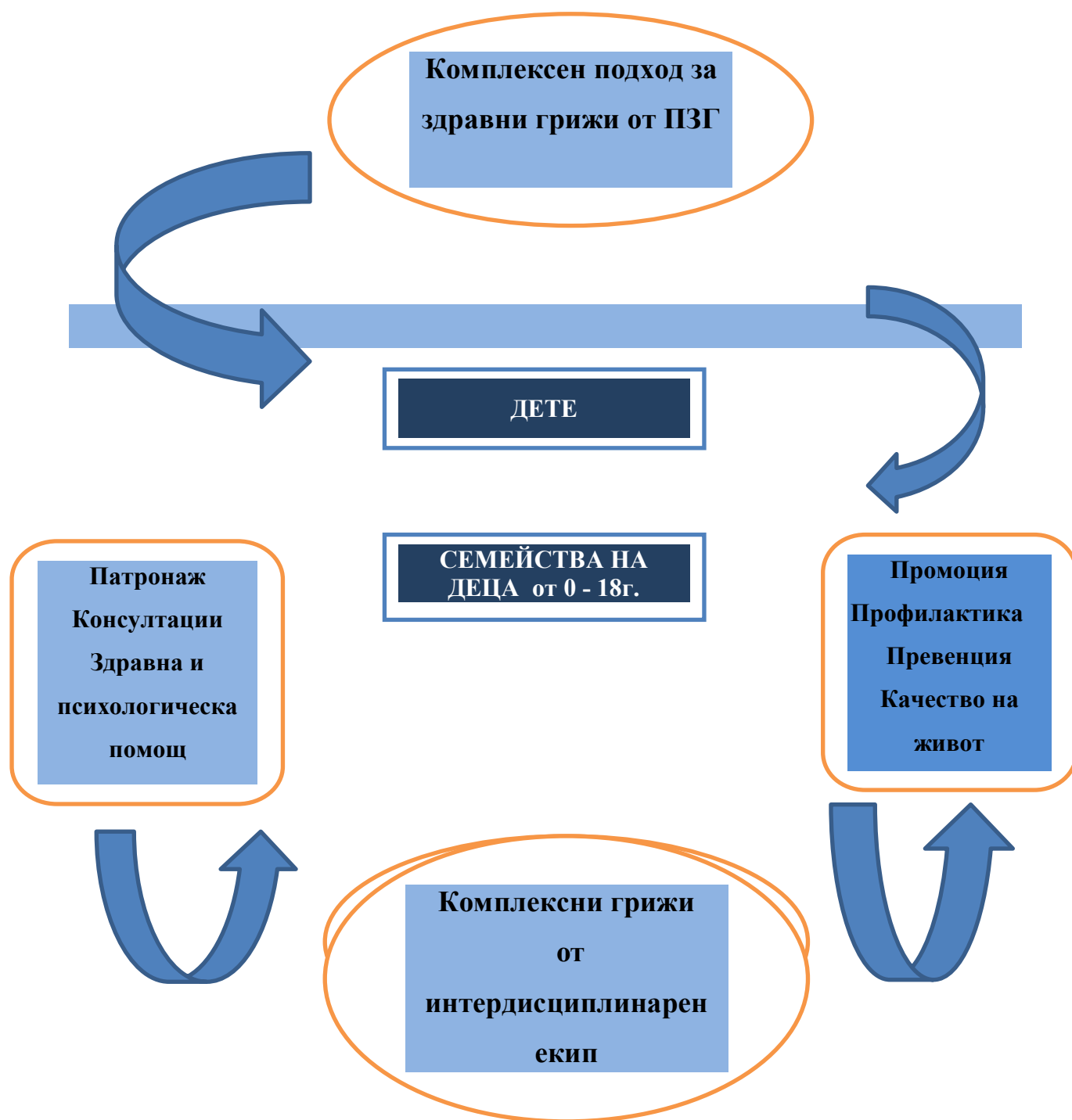
Целта на концептуалния модел е да се дадат насоки и улеснят професионалистите по здравни грижи, както и екипите на ангажираните институции при организацията и разработването на индивидуални планове за здравни грижи при децата в първичната извънболнична медицинска помощ. Елементите на модела определят здравно - промотивните, профилактични, превантивни и консултативни дейности и задачи, както и участието на членовете на мултидисциплинарния екип.

Прилагането на модела допринася за:

- Достигне до повече семейства на деца нуждаещи се от специфични здравни грижи най-вече в дородовия период и ранната детска възраст и да им помогне с необходимата информация и грижа да се ориентират по-добре в сложната проблематика на отглеждането и възпитанието на децата.
- Насочен е преди всичко към организация на грижите за деца, родители и специалисти, участващи в мултидисциплинарен екип.
- Подобряване познанията на населението по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата, хранене и здравословно поведение;
- Да се осигурят информационно-образователни и здравно-консултативни услуги за здравословен начин на живот, на превенцията на злоупотребата с наркотици, тютюн и алкохол, на социокултурната и материалната околна среда, в която децата живеят и се социализират.

Този модел да бъде фундамента за развитието на нови практики, ориентирани към индивидуализиране на грижата и повишаване качеството на живот на децата. Дефинират се основни принципи и подходи при определяне на изисквания за предоставяне на интегрирана здравно - консултативна, промотивна, профилактична и превантивна здравна грижа и услуга включваща интердисциплинарен екип за работа с деца.

Схема 1. КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНО-ПРОМОТИВНИ И ПРОФИЛАКТИЧНИ ГРИЖИ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Утвърждавам:

/...../

У Ч Е Б Н А П Р О Г Р А М А
ЗА
СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ

ЗДРАВНО-ПРОМОТИВНИ И ПРОФИЛАКТИЧНИ
ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ В
ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА
ПОМОЩ

София
2017

ОСНОВНИ МЕТОДИЧЕСКИ УКАЗАНИЯ

Анотация: Опазването здравето на децата е система от мерки, която обхваща планирането на бременността, самата бременност, раждането и следродовия период и развитието на детето до 18-годишна възраст.

Обучението на медицинските сестри в обгрижването на децата във възрастовите периоди от 0 до 18 години се реализира от специалисти с различно ниво на теоретично-практическа подготовка, класификация и мотивация за работа. Все повече хора търсят съдействието на различни специалисти - педагози, медицински сестри, психолози, социални работници и др. за решаването на проблемите при отглеждането и възпитанието на децата. Не са малко и родителите на деца с различни проблеми в развитието, които желаят активно да се включат в процесите на тяхната корекция и социализация, това се отнася също така и до промоцията и профилактиката на детските заболявания и тяхната ранна превенция.

1. ЦЕЛ НА КУРСА:

Медицинските сестри да получат надграждащи знания за оказване на здравно-промотивни, здравно-консултативни, здравно-информационни и превантивни здравни грижи за бременни, родилки и деца в извънболничната медицинска помощ.

Обучение на медицинските сестри в детските здравни заведения относно здравно-промотивните и профилактични дейности за децата. Обучението на техните родители, целят да се окаже адекватна помощ и подкрепа на близките при полагане на адекватни здравни грижи за тях.

2. ОСНОВНИ ЗАДАЧИ:

* Медицинските сестри да получат допълнителни познания в областта промоцията и профилактиката на здравните грижи за бременни, родилки и деца.

* Медицинските сестри да получат допълнителни познания по здравно-промотивни, здравно-консултативни, здравно-информационни и превантивни здравни грижи за бременни, родилки и деца в извънболничната медицинска помощ.

* Медицинските сестри да придобият умения за оценка и анализ на потребностите от здравни грижи за бременни, родилки и деца.

* Да се формират у медицинските сестри умения за прилагане на сестринския подход ориентиран към промоцията и профилактиката на здравните грижи при бременни, родилки и деца от всички възрасти /0 – 18г./

3. ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ И СТРУКТУРА НА ПРОГРАМАТА

Продължителност: 5 дни

Лекции: 20 часа

Упражнения: 20 часа

Първи модул – Надграждащи познания в областта на СГ за бременни, родилки, новородени и деца.

Втори модул – Допълнителни познания и обучение в здравно-промотивни, здравно-консултативни, здравно-информационни и превантивни здравни грижи за бременни, родилки и деца.

4. ФОРМИ НА ОБУЧЕНИЕ

Лекция, дискусия, консултации, решаване на казуси, изискващи активност от страна на обучаваните медицинските сестри.

4.1. Теоретично – 20 учебни часа

4.2. Практическо – 20 учебни часа

5. МЕТОДИ НА ПРЕПОДАВАНЕ

5.1. Теоретично обучение – лекции

5.2. Практическо обучение - упражнения

6. ПОМОЩНИ СРЕДСТВА ЗА ПРЕПОДАВАНЕ:

мултимедия, схеми, таблици, данни от проучвания, изработени постери

**РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО РАЗДЕЛИ,
МОДУЛИ, ТЕМИ И ЧАСОВЕ**

Раздел	Модул	Тема на лекцията	Часове лекция	Часове практ. занимания	Лектор
I.Раздел	I.Модул	Надграждащи познания в областта на промоцията на здраве и профилактика за детското здраве	2		
		Познания по здравно-промотивни, здравно-информационни, здравно-консултативни и профилактични въпроси, свързани с опазване на здравето на детето и на жената по време на бременност и в периода на отглеждане на детето	1		
		Обучение в решаване на казуси и изготвяне на индивидуален план за грижи ориентиран към промоция и профилактика за бременни, родилка, новородени и деца в дома	1	1	
		Обучение за формиране на родителски нагласи за грижа за децата. Училище за родители.	2		
		Индивидуално или групово обучение за повишаване на информираността, формиране на нагласи и поведение на родителите за здравословен начин на живот по време на бременността и опазване здравето на новороденото и детето, грижи за детето в кърмаческа и ранна детска възраст	1	2	
		Обучение свързано с профилактика на болестите в ранна детска възраст; грижи за бременната и родилката в дома. Наблюдение и консултиране за отглеждане на новородено, включително за здравословно хранене, хигиенни навици, имунизации.	2	1	
		Обучение относно	1		

		профилактика на болести, предавани по полов път, контрацептивни методи и други. Профилактика на болестите при бременни и родилки, както и бъдещи майки.			
		Обучение в решаване на казуси и изготвяне на индивидуален план за грижи		2	
		Методология за изработване на протоколи за здравни грижи за детското здраве в ПИМП.		2	
		Изработване на средства за оценка на качеството на здравните грижи за детското здраве в ПИМП.		2	
		Общо: 20 часа	10	10	

**РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО МОДУЛИ,
ТЕМИ И ЧАСОВЕ**

Раздел	Модул	Тема на лекцията	Часове лекция	Часове практ. занимания	Лектор
II.Раздел	I.Модул	Основни познания в областта на Промоция на здраве, профилактика и ранна превенция на болестите.	1		
		Програма „Здраве за всички” на СЗО – основни приоритети. Проблемни области на общественото здраве.	1		
		Критерии за здравословен начин на живот.	1		
		Поведенчески и социални рискови фактори	1		
		Системно обучение и консултиране на бъдещите майки за вредното влияние на поведенческите фактори.	1	2	
		Решаване на казуси.		2	
		Индивидуална програма за работа в домашни условия.	1	2	
		Обучение и подкрепа на семейството. Училище за родители. Имунопрофилактика.	2	2 2	
		Закона за здравето, Закона за закрила на детето, Семейен кодекс.	1		
		Конвенцията на ООН за правата на детето	1		
		Общо: 20 часа	10	10	

ПРЕДВАРИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ: здравно-промотивни и профилактични здравни грижи.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ: след успешното завършване на курса медицинските сестри следва да:

- ❖ Да актуализират знанията си и придобият умения за извършване на превантивни и промотивни грижи в първичната извънболнична медицинска помощ;
- ❖ Да добият теоретични знания и умения за оценка и анализ на потребностите от промотивни и профилактични здравни грижи за бременни, родилки, новородени и деца в първичната извънболничната медицинска помощ;
- ❖ Да бъдат запознати със здравно-промотивните, здравно-консултативните, профилактичните и превантивните здравни грижи за бременни, родилки и деца, както и спецификата на комуникация с родителите и семействата на децата в ПИМП;
- ❖ Да придобият умения за планиране и организиране на непрекъснати и качествени здравни грижи в извънболничната помощ;
- ❖ Да бъдат запознати със здравното законодателство и подзаконовите нормативни актове, свързани с бременността и отглеждането на детето.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Препоръчителна литература – 1 – ви модул

1. Александрова, М. Попов, Т., За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование.
2. Грижи за кърменето, Модулен курс УНИЦЕФ 1996.
3. Иванов, Е., Здравната култура на учениците – фактор за ефективна промоция на здравето, Горекс Прес, С., 2015

5. Желева, Е., Общи и специални сестрински грижи, АД “Литера принт”, Стара Загора, 2006.
6. Ковачева, Ю., Хранене на кърмачето, GP news, 2001.
7. Лотроп, Х., Книга за кърмачето, С., 1999.
8. Милчева Хр. И колектив, Сестрински и акушерски грижи, изд. КОТА, 2006, Стара Загора.
9. Мумджиев, Н., Амбулаторна педиатрия, „Медицина и физкултура“-ЕООД, 1995
10. Мумджиев, Н., Детски болести за медицински колеж, С. Сиела, 2000.
11. Младенова, С., Здравно образование, Артик 2001, С., 2009г..
12. Ръководство за специализация на медицински сестри“, под ред. на доц. Юрукова, София, 2001, изд. “ГорксПрес”

Препоръчителна литература – 2 –ри модул

1. Александрова, М.: Планиране, реализация и оценка на грижите определени в сестринската диагноза. Обществено здраве.
2. Воденичаров, Ц., С. Попова, Социална медицина, Еко Принт, 2009.
3. Чанева., Г., Качеството на сестринските грижи като приоритет. Изд. „Артик, 2001”, София, 2008
4. Стамболова И., Етични аспекти на сестринските и акушерски грижи. Зачитане правата на пациента. Правила за добра сестрински и акушерска практика. Медицинска тайна и поверителност., Основи на сестринските и акушерски грижи, изд. КОТА, Ст. Загора, 2009 г.
5. Стамболова, Ив., Педиатрични грижи в дома., Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, С., 2009
6. Попова, С. и колектив, Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, ДСГриф, 2001 Попова. С., Личност и здраве, сп. „Здравна политика и мениджмънт“,
7. Кантарева. П., А. Терзиева, Н. Василева, С. Георгиева, „Промотивни и профилактични проблеми на децата в най-ранния период от тяхното развитие. Недоносените – деца родени в „риск“, сп. Педиатрия.

Автор:

Петя Кантарева, асистент в МУ – София, ФОЗ, катедра „Здравни грижи“

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осигуряването на достъпни, качествени, ефективни и квалифицирани здравни грижи за децата в първичната извънболнична медицинска помощ, с акцент върху здравно-промотивните и профилактични мерки във всеки период е сериозно и трудно предизвикателство, не само пред медицинска общност, но и пред цялата българска общественост. Необходимостта от ефективна изследователска дейност и ангажиране на академичната общност с въпросите на детското развитие, обхваща разнородни секторни политики и само добре обезпечените ранни интервенции могат да приобщят, здравеопазването, образованието и социалната закрила в един общ механизъм, който да работи ефикасно, както на местно така и национално ниво с децата, родителите и общностите.

В този аспект проучвайки и анализирайки потребностите на децата и техните семейства, относно предоставянето на здравно-промотивни, профилактични, превантивни и консултативни здравни грижи в първичната извънболнична медицинска помощ, се стигна до извода за необходимостта от иновативни междусекторни услуги за деца и семейства с акцент върху интегрирането на различни видове грижи – здравни, образователни, социални и други, с основната цел – изграждане и утвърждаване на модел за предоставяне на продължителна промотивна и профилактична здравна грижа за децата в ПИМП.

Първичната извънболнична медицинска помощ се определя като приоритетно направление в националната здравна система. Това от своя страна определя голямата отговорност на работещите в този сектор - най-вече общопрактикуващи лекари, професионалистите по здравни грижи, лекарите специалисти по педиатрия и всички асоциирани медицински специалисти, както и специалисти от други сектори на обществения живот, които заедно с полагането на здравни грижи и услуги трябва да подобряват

здравната, образователната и социалната информираност на обществото по въпросите на детското здраве и развитие. Високата заболяемост у нас показва, че здравните проблеми на децата, респективно на цялата нацията произтичат от провеждането на неадекватна здравна промоция и профилактика. Проведеното комплексно научно проучване допринася за изясняването на ролята и значението на здравно-промотивните и профилактични проблеми на детското здраве в първичната извънболнична медицинска помощ. Фокусирането върху този важен сектор от общественото здравеопазване означава преди всичко търсенето и намирането на съществуващите обективни и субективни предпоставки, условия и причини, гарантиращи подобряването на качеството и ефективността на предлаганите здравни услуги и здравни грижи за деца в първичната извънболнична медицинска помощ. В резултат на този процес, който има за цел да интегрира потребностите на децата и техните семейства и тяхното задоволяване със специфичните сестрински интервенции в областта на промоция на здравето и профилактика на заболяванията, зависи подобряването на здравния статус на децата в различните периоди от детското развитие. Това от своя страна ще рефлектира положително върху демографските показатели и бъдещата трудоспособност и дълголетие на нацията.

Цялостната анализирана картина на съществуващите проблеми дава възможност на експертите, работещи в разглежданата област да използват предложените специфични и целенасочени препоръки и потърсят нови по-ефективни действия и решения.

ИЗВОДИ

1. Най-често срещаните заболявания при децата в ранна детска възраст, включени в проучването са болестите на дихателната система, а на второ място родителите са посочили болестите на сърдечно-съдовата система.
2. Значителна част от включените в проучването родители не са удовлетворени от промотивните и профилактични дейности на общопрактикуващите лекари и медицинските специалисти от ПИМП. Високоспециализираната педиатрична помощ не е напълно достъпна за по-голямата част от родителите.
3. Създаването на центрове за консултация за провеждане на промотивни и профилактични дейности за децата от 0 до 18 годишна възраст се приема положително от голяма част от анкетираните родители. Това желание на родителите се определя и от факта, че само половината от анкетираните родители посочват, че са информирани и подготвени за да се справят с грижите за своите деца.
4. По-голямата част от анкетираните професионалисти по здравни грижи, считат, че в ОПЛ-практиката в която работят не са създадени необходимите условия за осъществяване на здравно-промотивна и профилактична дейност за децата от 0 до 18 годишна възраст.
5. Студентите от специалност „медицинска сестра“ във ФОЗ на МУ-София са удовлетворени като цяло от обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“, но по-голямата част от тях нямат желание да се реализират професионално в първичната извънболнична медицинска помощ и в грижите за децата.
6. Разработеният концептуален модел за здравно-промотивни и профилактични дейности и грижи за децата от 0 до 18 години, поставя акцент върху ролята на семейството и включва различни професионалисти, които имат съществена роля за правилно израстване и развитие на детето.

ПРЕПОРЪКИ

С оглед постигане на по-добри резултати в областта на детското здраве в първичната извънболнична медицинска помощ, на базата на направените проучвания сред 1003 лица, се оформиха следните препоръки:

Към Общините:

1. Да се разработят проекти за разкриване на „Центрове за здравно-промотивни и профилактични здравни грижи за деца от 0 до 18 години“, в който да се осъществява консултанска дейност от професионалисти по здравни грижи.
2. Да се разкрият кабинети по „Майчино и детско здраве“, където медицински сестри и акушерки да провеждат здравни грижи за промоция на здравето при деца от 0 до 18 годишна възраст.

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи

1. Да се организират курсове за следдипломно обучение на професионалистите по здравни грижи относно „Здравно-промотивни и профилактични грижи за деца от 0 до 18 години“.
2. Да се разработят стандарти по здравни грижи от Националния съвет по качество към БАПЗГ относно „Здравни грижи за деца от 0 до 18 годишна възраст в доболничната помощ“.

Към българските медии и обществени институции

1. Организиране на дискусии с широко обществено участие относно здравно-промотивните и профилактични проблеми на децата и техните семейства.
2. Създаване на програми със здравно-промотивна и профилактична насоченост за обучение на родители по различни проблеми свързани с детското здраве, които да са достъпни чрез средствата за масова информация.

ПРИНОСИ

Научно-теоретични

1. Анализирани са проблемите на детското здраве в първичната извънболнична медицинска помощ и ролята на специалистите по здравни грижи за обучение и подпогане на семействата при отглеждане на децата.
2. Проучени са потребностите на родителите за осъществяване на здравно-промотивните и превантивни грижи за децата в различните възрастови периоди, както и нагласите на студентите за професионална реализация в областта на педиатричните сестрински грижи.
3. Разработен е концептуален модел за здравно-промотивни и превантивни грижи за деца, който включва участие на различни специалисти и създава организация и координация между екипа и семейството.

Научно-приложни

1. Разработена е учебна програма по сестрински грижи с здравно-промотивна и превантивна насоченост, предназначена за следдипломна квалификация и обучение на професионалисти по здравни грижи.
2. Установени са компетенциите и нагласите на специалистите по здравни грижи за самостоятелни функции при осъществяване на грижите за деца в първичната извънболнична медицинска помощ.
3. Предложена е организация на грижите за децата в първичната извънболнична медицинска помощ на основата на концептуален модел за здравно-промотивни, здравно-консултативни и профилактични здравни грижи за деца, като се определя активната роля на семейството при отглеждането на детето през всички възрастови периоди от 0 до 18 години.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова, М., А. Москов, Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, сп. Сестринско дело, 2001, бр.4, стр.20-23
2. Александрова, М. Планиране, реализация и оценка на грижите определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, изд.Горекс Прес, 2001
3. Александрова, М., Т. Попов, За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006
4. Альбицкий, В., Заболеваемость детей первых 7 жизни. Казанский мед. Журнал, 1986, кн.3, стр.223
5. Борисов, В., Здравна политика и мениджмънт изд. „График Консулт” ООД, 1998
6. Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс, С., 1998
7. Борисова, М., Агресивност и виктимност при непълнолетните, сп. „Обществено възпитание”, бр.9, 2004, стр. 94
8. Белоев, Й., Грижи за болния и сестринската техника, изд. МИ Арсо, С., 2000
9. Балабавов, П., Здраве на семейството, изд. БАН, София, 1993

10. Балканска, П., Л. Чакърва, С. Младенова, А. Чешмеджиева, Психопедагогически подходи за постигане качество и устойчиво развитие на здравеопазването, сп. Управление и образование, 2012, том 8, кн.3, стр.142-145
11. Вапцаров. И., Хр. Михов, А. Ангелов., Детски болести, МФ, С., 1978, стр.7-9.
12. Воденичаров, Ц., С. Попова, Социална медицина, Еко Принт, 2009, ISBN: 978-954-92284-4-1 стр. 171
13. Воденичаров, Ц., М. Митова, Л. Гатева, Медицинска етика. Мнемозина, С. 1995
14. Воденичаров, Ц., С.Попова, Медицинска етика, С., 2010
15. Воденичаров, Ц., Л. Гатева, С. Томова, Медицинска етика и медицинско право – В: Ново обществено здравеопазване. С. Акваграфикс, 1998
16. Воденичаров, Ц., В. Нишева, Л. Гатева и съавт., Ръководство по медицинска етика. С., Горекс Прес, 1997
17. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. София : фондация "Отворено общество", 2003
18. Воденичаров, Ц. 10 - те принципа на медика и мениджъра. С., Симелпрес, 2010
19. Воденичаров, Ц., Здравна политика основана на доказателства, Здравна политика и мениджмънт, 2000
20. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Ел. Шипковенска, Социална медицина, С., 2013 г., стр. 369 – 408, ISBN 978-954-616-228-1 стр.402

21. Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, С., 2003
22. Воденичаров, Ц., Етика на здравната политика, Сборник, Етиката в българското здравеопазване, С., 2007, ISBN 978-954-9487-26-8
23. Василев, П., Агресивност или толерантност сп. „Образование и професия”, бр.2, 1995, стр.87
24. Василева. Н., Професията медицинска сестра – мотивация и призвание, МУ, София, ISBN 978-954-9318-63-0, стр. 55
25. Витанова, Н., Форми на агресивно поведение при учениците и учителите., В: Превенция на агресията сред децата, изд. „Веда Словена – ЖГ” С. 2004
26. Грижи за кърменето, Модулен курс УНИЦЕФ, 1996
27. Георгиева, Е., Психологически проблеми при студентите по медицина и лекарите, Медицински меридиани, бр.2, 2013, стр.17
28. Георгиева, Л., Дж. Чембърс, Моето здраве, моето училище, София, ИК Алекс Софт, 1997
29. Гатева – Чакърлова Л., Професионална етика за специалистите по здравни грижи, изд. „Булгарика”, С., 2001
30. Гатева, Л., М. Митова, Н. Петрова, Дидактически характеристики на методиката „Работа в малки групи”, сп. „Хигиена и здравеопазване” XXXVI, бр.4-5, 1993
31. Гюрова, Л., Агресията : няколко гледни точки, сп. „Обществено възпитание”, бр.3, 2004
32. Доклад за изпълнението на „Национална програма за закрила на детето за 2011 г., ДАЗД

33. Европейска стратегия „Здраве и развитие на децата и подрастващите”, 2005г.
34. Желева, Е., Общи и специални сестрински грижи, АД “Литера принт”, Стара Загора, 2006
35. Закон за висшето образование, ДВ, бр. 112 от 27 декември 1995 г.
36. Закон за здравето, ДВ, бр. 70 от 10 август 2004 г.,
37. Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 62 от 9 юли 1999 г.
38. Закон за народното здраве, ДВ, бр. 88 от 6 януари 1973 г.
39. Закон за здравното осигуряване, ДВ, бр.70, 1998 г.
40. Захариева, Р., Вечната парадигма родители- деца, сп. Предучилищно възпитание, С.,1999, кн. 6-7, стр. 8-13
41. Зографова, Й., Агресивно поведение, Енциклопедичен речник по социология, УИ „Св. Кл. Охридски”, С., 1996
42. Иванов, Е., Здравната култура на учениците – фактор за ефективна промоция на здравето, Горекс Прес, С., 2015
43. Интегрираното обучение – от концепцията към практиката”, април септември 2006 г. – изследване на Фондация “Спасете децата – Обединено Кралство”, Център за приобщаващо образование
44. Карталова, Р., Особенности на деца склонни към насилие, сп. „Обществено възпитание”, бр.2, 2004
45. Костова, П., Педагогика на промоция на здравето, Велико Търново, Фабер, 2000

46. Кривирадева, Б., Агресивността на учениците, сп. „Обществено възпитание”, бр.3, 2000
47. Кривирадева, Б., Особености на темперамента при деца с агресивно поведение, сп. „Обществено възпитание”, бр.2, 2002
48. Ковачева, Ю., Хранене на кърмачето, GP news, 2001
49. Конвенция на ООН за правата на детето, ЮНЕСКО, чл.1., чл.18., 1991
50. Лавренова, Л., В. Попова – Кръстева, Грижи за болното дете, МФ, С., 1977, стр.6-8.
51. Лотроп, Х., Книга за кърмачето, С., 1999
52. Ламбрева, Д., Бикова, П., Грижи за болния и болното дете, Ръководство за обучение на здравни асистенти. изд. Потайниче, 2013
53. Мумджиев. Н., Амбулаторна педиатрия, МФ, С., 1995
54. Мумджиев, Н., Детски болести за медицински колеж, С. Сиела, 2000
55. Младенова, С., Здравно образование, Артик - 2001, С., 2009, стр.98-99.
56. Младенова, С., Персонализираната медицина: предизвикателства, очаквания, възможности, МУ, С., 2015
57. Милчева Хр. и колектив, Сестрински и акушерски грижи, изд. КОТА, Стара загора, 2006
58. Маркова, Ст., Социална медицина и обществено здраве, „Знание“ ЕООД, С., 1998
59. Манасиева, Т., От семейството до възпитателното училище интернат, изд. „Веда Словена – ЖГ”, С., 2003

60. Манасиева, Т., Семейството в системата за превантивна дейност, В: Превенция на агресията сред децата, С., 2004
61. Маринова, П., Boltjes, Disk Developmen and prospects of people's care in the social homes, сп. „Асклепий”, 2000
62. Михайлова, Д., Насилието и децата, сп. „Обществено възпитание”, бр. 4, 1996
63. Мухина, С., И. Тарновская, Теоретические основы сестринского дело, Москва, 1998
64. Миняева, В., Н. Вишнякова, Общественное здорвье и здравоохранение, изд. МЕДпрес – информ, Москва, 2004
65. Национална стратегия за детето 2008 – 2018 година
66. Национална програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006 – 2015 г.)
67. Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014 – 2020 година, НЗС на МС на РБългария, 2014
68. Национална здравна стратегия 2014 – 2020 година, МЗ на РБългария, 2013
69. Наредба № 1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, изд. от МЗ, обн. Дв.бр 15, от 18 февруари 2011г.
70. Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.

71. Наредба за достъпа на здравноосигурените лица в лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ, Д.В.бр.101 от 1 юли 1999г.
72. Наредба № 3 от 27 април 2000 г. за здравните кабинети в детските заведения и училищата, Обн. ДВ. бр.38 от 9 Май 2000г., изм. ДВ. бр.83 от 10 Октомври 2000 г.
73. Наредба № 41 от 21 декември 2005 г. за утвърждаване на "Медицински стандарти по обща медицинска практика", изд. От МЗ, Обн. ДВ. бр.1 от 3 Януари 2006г.
74. Наредба № 47 от 11 декември 2009 г. за условията и реда за изследване, съобщаване и отчет на заразеност с вируса на синдрома на придобитата имунна недостатъчност /обн. ДВ, бр.103 от 29 декември 2009г.
75. Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, приложение №1 „Вид и честота на профилактичните прегледи, съобразно възрастта на децата“
76. Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.
77. Национален център по здравна информация -www.nchi.government.bg
78. Неонатология. Национальное руководство, Гэотар-Медиа, 2007
79. Ново обществено здравеопазване. Под ред. Борисов, В.,З. Глутникова, Ц. Воденичаров, изд. „Акваграфикс” ООД, С., 1998
80. Обществени нагласи и отношение към приобщаващото образование, изследване на агенция Алфа Рисърч, 2006

81. Пеев, И., Детската агресивност и позитивната психотерапия, сп. „Педагогика”, бр.7, 1996
82. Пенев, Р., Програми за педагогическо образование на родителите, сп. Предучилищно възпитание, С., 1999
83. Василев, П., Агресивност или толерантност сп. „Образование и професия”, бр.2, 1995, стр. 87
84. Попова, Е., Агресията на учениците в началните класове, сп.„Обществено възпитание”, бр. 6, 2003
85. Попов, Т., Семейно възпитание в Теория на възпитанието, първа част, София, изд. Везни, 2007
86. Панчев. П., Фамилна медицина, ЕЛДО, С., 2002
87. Попова, С. и колектив, Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, изд. ДСГриф, 2001
88. Правна информационна система - АПИС ПРАВО (Нормативната уредба на България, съдебната практика, ведомствени актове, анотации на статии в специализирания печат). www.apis.bg
89. Рангелова, Е., Агресивността сред учениците като социално - педагогически проблем, ., В: Превенция на агресията сред децата С., 2004
90. Руджери, Л., Проблеми на агресивността и виктимността в ученическите общности, сп.„Обществено възпитание”, бр.2, 2003
91. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, изд. Горекс Прес, 2001

92. Семейная медицинская сестра – контекст, концептуальная основа и учебная програма, ВОЗ, EUR/00/5019309/13, 00077-27 январа, 2000
93. Стамболова И., Етични аспекти на сестринските и акушерски грижи. Зачитане правата на пациента. Правила за добра сестрински и акушерска практика. Медицинска тайна и поверителност., Основи на сестринските и акушерски грижи, изд. КОТА, Ст. Загора, 2009
94. Стамболова И., Организационни модели за предоставяне на сестрински грижи в дома, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, С., 2009, стр. 13-14
95. Стамболова И., Обществено здраве, Ръководство за специализации на медицинските сестри, С., Горекс Прес, 2001
96. Стамболова. И., Педиатрични грижи в дома, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, С., 2009, стр. 80-81
97. Стамболова. И., Участие на медицинската сестра за възпитанието на детето в семейството, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, С., 2009, стр.83
98. Стамболова, И., Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи, МУ, С., 2015
99. Стамболова, И., Сестрински грижи при соматични заболявания, Манта Принт ООД, С., 2012
100. Стефанова, К., Здравно-промотивни и профилактични функции в първичната медицинска помощ, МУ, С., 2015
101. Стандарти за развитие и учене в ранното детство: от раждането до три години, изд. „Булвест 2000“, 2014

102. Световна здравна организация, Международна статистическа класификация на болестите и проблемите свързани със здравето - 10-та ревизия, Женева, 2012г.
103. Стратегическа рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014 – 2020 година
104. Славчева, С., Детето, агресията и превенцията в училище, В: Превенция на девиантното поведение, УИ „Св. Кл. Охридски”, С., 2003
105. Стойков, И. Педагогическа и възрастова психология. Фабер, Велико Търново, 2001
106. Справочник медицинской сестры педиатрического участка, Кишинев, 1989
107. Стефанова, К., Здравно-промотивни и профилактични функции на медицинската сестра в първичната медицинска помощ, С., МУ - София, ЦМБ, 2015.
108. Тулчински, Т., Ел. Варикова, Ново обществено здравеопазване, Въведение в XXI век, Лотос 23, Варна, 2000
109. Тончева, С., Фактори, определящи професионалния имидж на медицинската сестра, Сестринско дело, бр.1, 2012
110. Терзиева, А., Грижи за деца с церебрална парализа, С., МУ – София, ЦМБ, 2015
111. Юркова. К., Наръчник за работата на медицинската сестра в извънболничната помощ, Филвест, С., 2000
112. Хайннеке Ван Маанен, "Сестринска диагноза" - Тезисни лекции, Плевен, 27-29 май 2004

113. Хендерсон В., Основни принципи на сестринските грижи, Издателски център ВМИ Плевен, 2003
114. Шипковенска. Е., Л. Георгиева, Г. Генчев, Пл. Димитров, Й. Борисова, Приложна епидемиология и медицина, базирана на доказателства, София, Делфи, 2002
115. Шпорт, Н. Н. В., О.С. Кравцова, И. К. Дыгалю, Семейная медицинская сестра, Москва – Ростов на Дону, Издателски център Март, 2005
116. Чакърлова, Л., С. Младенова, Обучението за устойчиво развитие в медицинската сфера според бъдещите медицински кадри, сп. „Управление и образование“, 2012г., том. 8, кн.3, стр.209-2012
117. Чакърлова, Л., Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването, изд. „ЕКС–ПРЕС“, Габрово, 2013 г. ISSN 978-954-490-407-4
118. Чакърлова, Л., С. Младенова, Обучението по медицинска етика и устойчивост на здравната система, сп. „Наука и технологии“, Съюз на учените – Ст. Загора, 2012
119. Чакърлова. Л., Съвременни дидактически технологии за подготовка на висши медицински кадри, изд. Филвест, София, 2002
120. Чанева, Г., Качеството на сестринските грижи като приоритет, изд. „Артик 2001“ ООД, С., 2008
121. Чанева, Г., Управленски подходи и ефективни здравни грижи, МУ, С., 2015
122. Чанева, Г., Сестрински концептуални модели, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, С., 2009

123. Чанева, Г., И. Стамболова, Управление на здравните грижи, Филвест, С., 2003, стр.79
124. Шишков, Ат., Фрустрация, депресия и агресивност в детско-юношеска възраст, УИ „Св. Кл. Охридски”, С., 2000
125. Шишков, Ат., Същност на човешката агресивност, С., 1990
126. Шулман, Л.: Изкуството да се помага на индивиди, семейства и групи, София, изд. БПА, 1994
127. Andrews, M. M. (1995) Transcultural nursing care. In M.M. Andrews, & J.S. Boyle (Eds.). Transcultural concepts in nursing care (2nd ed.) Philadelphia: J.B. Lippincot
128. Ausems M., I. Mesters, Gerard van Breukelen, Hein De Vries, Effects of in-school and tailored out-of-school smoking prevention among Dutch vocational school students, Health Education Research; Oxford: Jan 01, 2004
129. Bullought. B., V. Bullought, Nursing in the community, The S. V. Mosby community, St. Louis, 1990.
130. Bernier, M., Demarche de soins individualizes pour une qualite des soans ou du raison, et diagnostique a la pratique Clinique en soins infirmiersq In: Actes des jurnes d’etude; Arcachon; 1996
131. Choices in Health Care, Netherlands, 1992
132. Deyo, R. The quality of life, research, and care, Ann.Int. Med., 1991, №8
133. Developing and sustaining a healthy school community: Essential elements identified by school health champions. – Health Education Journal, July 17, 2014

134. Farrow, J., Youth Alienation as an Emerging Pediatric Health care Issue – Am. J. Dis. Children, vol. 147,1993.
135. Goodheart, L., General Practitioner training needs for Child Health surveillance. – Arch. Dis. CHILD.,vol.66,1991.
136. WHO, Social Determinants of Health, The solid Facts, Copenhagen, Denmark, 2000.
137. Konu, A. I., T.P.Lintonen; M. K. Rimpela, Factors associated with schoolchildrens general subjectivewell-being, Health Education Research; 2002;17, 2; Pro Quest Medical Library.
138. Kenney, J., The evolution of nursing science and practice, In : Issues and trends in nursing, Grace Deloughery, Mosby Year Book, St. Louis, 1991.
139. Labonte, R. Health Promotion in Action. 2008.
140. Lanberg, D., et al. The „New Morbidity“. – Acta Paediatrica, 1994.
141. Latimer, J., M.Spubler-Gaungban, Quality assurance and Riske Management, In: Management Issues in critical care, Birdsall C., Mosby Year Book, St. Louis, 1991.
142. Izbeki, E, Венгрия, Сестринская помощь на дому – перспектива развития, контролирующихся органов, Информ. бюлл. СЗО сестр. акушер. Помощи, 2, 1998, No.1
143. Shamansky,S., C. Cecere et E. Shellenberger. Primary Health care. Handbook Guidelines for patient education. Boston/Toronto, Little, Brown and Co., 1984
144. Sorenson, J., A. Steckler, Health Education Research, 2002.

145. Pollock, Marion B., C. O. Purdy et Ch. R. Carroll. Health. A Way of Life. Teacher's Edition. Glenview, Illinois, Scott, Foresman and Co.,1982
146. Pro Quest Medical Library, pg. 155.
147. Hanewinkel R., M. Asshauer, Health Education Research; Oxford: Apr. 01, 2004, vol.19. Iss,2; pg.125
148. Health promotion.- Intem. J.,1, 1986, No.4
149. Health promotion schools: an opportunity for oral health promotion. – Bulletin of the World Health Organization, vol. 83n.9 Genebra Sep.2005
150. Health promotion schools: an opportunity for oral health prpmotion. – Bulletin of the World Health Organization, vol.83 n.9 Genebra sep. 2005
151. Holli, B. et R. Calabrese. Communication and education skilss for Dietetics Professionals. Third Edit. Williams & Wilkins, 1998
152. Hoekelman, R. et al. The Future of Pediatrics. Councyl Report of Am. Med. Association Councyl. JAMMA, 1987
153. Hurlock, E. B. - Rozwój dziecka, PWN, Warszawa ,1985
154. Hunter, D., N. Fulop et M. Warner. From Health of the Nation to Our Healthier Nation. European Center for Health Policy. Policy Learning Curve Series, Number 2, Brussels, August, 2000
155. Jones, S. C. et R. J. Donovan, Does theory inform practice in health promotion in Australia? – Health Educat, Res., 19, Jan 01, 2004, No.2-1
156. Milted Cerebral Palsy Association, Сборник доклади, 1997
157. m.dnes.bg/health/za-prejdevremennoto-rajdane. Popivanova, A., 2013

158. Text book of Pediatrics / W. Nelson ed.; Philadelphia, W. B. Saunders C., 1996
159. World Health Organization Regional office for Europe Copenhagen, Nursing standards: toward better care, In : Guidelines for standards of nursing practice, 1984.
160. WHO, Social Determinants of Health, The solid Facts, Copenhagen, Denmark, 2000.
161. World Health Organization Regional office for Europe-
<http://www.euro.who.int/>
162. www.aok.de
163. www.bvkm.de/rechtsratgeber
164. www.dgspj.de
165. <http://purvite7.bg/dzhordzho-tamburlini-vreme-e-da-zapochnem-da-investirame-v-detsata-si/>
166. http://www.puls.bg/health/baby/news_14158.html
167. www.ettad.eu – наръчник на добрите практики!
168. www.kindernetzwerk.de
169. www.lumrix.de/medizin/behinderung.cerebralparese.html
170. www.medtronic.de130. <http://www.qol-foundation.org>
171. [www.unicef. Bg](http://www.unicef.bg)
172. <http://forummedicus.com/archives/all-publications/1283>
173. <http://zdravencatalog.com/nursing-bapzg/>

174. zdrave.net.Bg

175. <http://medicalcenter.dpkids.org/>

Анкетна карта

Проучване мнението на студенти МС относно възможностите за подобряване обучението по СГ в педиатрията и СГ при родилка и новородено. Анкетата е анонимна.

Уважаеми студенти,

Вашите отговори ще помогнат да проучим възможностите за подобряване на обучението по Сестрински грижи в педиатрията и Сестрински грижи за родилка и новородено. Моля, отговорете на зададените въпроси, като оградите в кръг верния според вас отговор. В някои от въпросите са възможни повече от един отговор. Анонимността Ви е гарантирана! Благодарим Ви за съдействието!

1. Вашият пол е:

- а) мъж б) жена

2. На колко години сте?

- а) от 18 до 44 г. б) от 45 до 59 г.
в) от 60 до 74 г. г) над 75 г.

3. Какво е вашето образование?

- а) основно.....б) средно.....в) средно специално.....
г) полувисше.....д) висше.....

4. Мотивирани ли сте да се реализирате професионално като медицинска сестра в детско здравно заведение?

- а) детските здравни заведения са като всички други
- б) иновационни подходи и по-интересна работа
- в) възможност за професионално израстване
- г) възможност за обучение и специализация
- д) възможност за по-разнообразна реализация

5. Считате ли че, подготовката Ви по „СГ в педиатрията“ и „СГ за родилка и новородено“ има значение при избора за работа като педиатрична медицинска сестра?

- а) да
- б) не
- в) не мога да преценя

6. В случай, че желаете да започнете работа като детска медицинска сестра и имате възможност да избирате, къде бихте се насочили?

- а) детска клиника /отделение/
- б) медицинска сестра в ПИМП
- в) детска ясла и ДМСГД
- г) детска градина и училищен кабинет

7. Считате ли, че обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ при родилка и новородено“ е достатъчно за придобиване на професионални умения за работа с деца?

- а) да
- б) не
- в) не мога да преценя

8. Подготовката, която получихте по „СГ в педиатрията“ и „СГ при родилка и новородено“, достатъчна ли е за осъществяване на качествени здравни грижи за деца?

- а) да
- б) не
- в) не мога да преценя

9. Знаете ли, че можете да продължат обучението си по „Педиатрични здравни грижи“ и „Консултант по проблемите на майчинството и развитие на новороденото“

- а) да
- б) не
- в) не мога да преценя

10. Чувствате ли се удовлетворени от обучението по „СГ в педиатрията“ и „СГ при родилка и новородено“?

- а) да
- б) не
- в) не мога да преценя

11. Какво бихте препоръчали за подобряване обучението по „СГ педиатрията“ и „СГ при родилка и новородено“?

- а) повече теоретични часове
 - б) повече практически часове
 - в) СИП по педиатрия и неонатология
 - г) по-добра материална база
-

Анкетна карта

Проучване мнението на родители относно информираността им по отношение на здравно - промотивните, профилактичните и консултативните проблеми на детското здраве в ПИМП.

Анкетата е анонимна.

Уважаеми родители, настоящата анкета се провежда анонимно и има за цел да проучим Вашето мнение по отношение на здравно-промотивните, профилактичните и консултативните проблеми, които срещате при отглеждането на дете, за да предложим модели и консултативна помощ за тяхното разрешаване. Молим за Вашата отзивчивост и обективност при отговаряне на въпросите, като изберете един от посочените отговори най-близък до Вашето мнение и го заградите. Благодарим Ви за участието!

1. Родител сте на момче или момиче?

а/ момче

б/ момиче

2. От кого получавате съвети и консултации за правилното отглеждане и развитие на Вашето дете?

а/ от лекаря –специалист /педиатър/

б/ от общопрактикуващия лекар

в/ от медицинската сестра в ПИМП

г/ от други медицински специалисти /детска ясла, градина, училище/

д/ социален работник

е/ други

2. Каква е степента на Вашата удовлетвореност по отношение на здравно-промотивните, профилактичните и консултативните дейности в ПИМП по отношение здравето на Вашето дете?

- а/ много добра
- б/ лоша
- г/ не мога да преценя

3. Кои са най-често срещаните заболявания при Вашите деца в най-ранната детска възраст?

- а/ чести респираторни проблеми
- б/ сърдечно-съдови заболявания
- в/ вродени малформации
- г/ други медицински проблеми

4. Разговаряха ли с Вас в консултация при общопрактикуващия лекар за профилактиката и превенцията на заболяването на Вашето дете?

- а/ да, разговаряхме многократно с лекаря и медицинската сестра
- б / насочиха ни към специалист
- в/ не

5. Срещнахте ли трудности при достъпа до високоспециализирана помощ?

- а/ да
- б/ не
- в/ имах големи затруднения

6. Считате ли, че сте достатъчно информирани и компетентни за грижите необходими за отглеждането на Вашето дете?

- а/ да
- б/ не
- в/ не мога да преценя

7. Бихте ли ползвали професионална сестринска консултация за Вашето дете в структури за здравно-промотивни и профилактични грижи, заплатени от НЗОК и МЗ?

а/ да

б/ не

в/ не мога да преценя

8. Моля, посочете Вашата възраст, пол..... населено място.....

Образование: а) Средно б) Бакалавър в) Магистър

г) Друго посочете

Анкетна карта

Проучване мнението на ОПЛ и неговия екип относно компетентността им по отношение на здравно – промотивните и профилактичните дейности за детското здраве в ПИМП.

Анкетата е анонимна.

Уважаеми колеги, молим Ви за участие в анкетно проучване, което има за цел да установи компетентността на екипа на общопрактикуващия лекар относно здравно-промотивните и профилактичните дейности за детското здраве в ПИМП. Благодарим Ви за оказаното съдействие!

1. Считате ли, че във Вашата структура са създадени необходимите условия за осъществяване на качествени здравни грижи за децата?

- A/ Да, напълно
- B/ Да, отчасти
- B/ Не

2. Преди да започнете работа, имахте ли колебания в избора на педиатрична специалност?

- A/ Да
- B/ Не
- B/ Отчасти

3. Чувствате ли се достатъчно удовлетворени от професионалната си реализацията като общопрактикуващи лекари, въпреки че имате при-специалност по педиатрия?“

- A/ Да

Б/ Недостатъчно

В/ Не

5. Имате ли професионалната нагласа да прилагате здравно – промотивни и прфилактични дейности по отношение на грижата за детското здраве?

А/ Един от приоритетите на ежедневната ми дейност

Б/ Една от важните приоритети

В/ Не е приоритет в ежедневната ми дейност

6. Считате ли, че на медицинската сестра от Вашия екип е необходима следдипломна квалификация и коя от предложените специалности е най-полезна за дейността и ПИМП?

А/ Семейна медицинска сестра

Б/ Медицинска сестра за домашни грижи

В/ Медицинска сестра със специалност обществено здраве

Г/ Медицинска сестра за социални дейности

Д/ Медицинска сестра – консултант по кърмене, здравословно и диетично хранене

**7. Моля, посочете: Вашата възраст, пол.....
населено място.....**

Анкетна карта

Уважаеми студенти,

Вашите отговори ще помогнат да анализираме нагласите ви за работа в детските здравни заведения у нас. Моля, отговорете на зададените въпроси, като оградите в кръг верния според вас отговор. В някои от въпросите са възможни повече от един отговор. Анонимността Ви е гарантирана! Благодарим Ви за съдействието!

1. Считате ли, че подготовката по специалността „Сестрински грижи в педиатрията“ и „Сестрински грижи за родилка и новородено“, по време на обучението има значение при избора за започване на работа като педиатрична медицинска сестра?

а) да б) не в) не мога да преценя

2. Чувствате ли се достатъчно подготвени и пригодни, за да започнете работа като педиатрична медицинска сестра, след приключване на образованието си?

а) да б) не в) не мога да преценя

3. Бихте ли работили като медицинска сестра в детските здравни заведения?

а) да б) не в) не съм мислила

4. В случай, че желаете да започнете работа като педиатрична медицинска сестра и можете да избирате, къде бихте се насочили?

а) детски здравен к-т
(училищен к-т,
детска градина,
детска ясла)

б) ДМСГД

в) детско отделение

г) ПИМП

6. Какви биха били мотивите Ви, за да започнете работа като медицинска сестра в педиатрия?

- а) детските отделения са като всички други
- б) възможност за професионално израстване
- в) възможност за непрекъснато обучение
- г) работата е по-интересна
- д) иновационни подходи в работата

7. Какви са причините, за да не желаете да започнете работа като педиатрична медицинска сестра?

- а) голяма отговорност
- б) лоша материална база
- д/ нисък социален престиж на професията

8. Знаете ли, че можете да продължите обучението си за придобиване на специалност по „Педиатрични здравни грижи“ и

„Консултант по проблемите на майчинството и развитието на новороденото“, след приключване на висшето си образование?

- а) да б) не**

9. В случай, че сте отговорили с да, посочете къде и как може да стане ?

- а) б)**

Анкетна карта

Уважаеми колеги, Молим Ви за участие в анкетно проучване, което има за цел да установи компетентността на медицинските сестри, работещи в детско здравно заведение относно прилагането на здравно-промотивни и профилактични грижи за деца във възрастните периоди от 0 – 18г.

Благодарим Ви за оказаното съдействие!

1. Считате ли, че във Вашата структура са създадени подходящи условия за осъществяване на здравно-промотивни и профилактични дейности?

А/ Да, напълно

Б/ Да, отчасти

В/ Не

2. Считате ли, че имате необходимата квалификация и подготовка за прилагането на здравно-промотивни и профилактични дейности ?

А/ Да, напълно

Б/ Да, отчасти

В/ Не

3. Считате ли, че наличието на стандартни планове за грижи би подобрило Вашата работа с деца във възрастните периоди 0 – 18г.?

А/ Да, напълно

Б/ Да, отчасти

В/ Не

4. Бихте ли участвали в обучение свързано със здравно-промотивни и профилактични дейности за деца от 0 – 18г.?

А/ Да

Б/ Не

5. Мотивирани ли сте да участвате в създаването на „сестринска консултация“ в ПИМП?

А/ Да

Б/ Не

В/ Не мога да преценя

6. Желаете ли да се реализирате като семейни консултанти на деца и семейства в здравно-консултативен център и ЦМДЗ?

а) Да

б) Не

в) Не мога да преценя

7. Моля посочете :

Населено място.....

Месторабота.....

Възраст.....

Образование

.....

а) Средно

б) Бакалавър

в) Магистър

г) Друго

посочете