МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра „Здравни грижи”

Дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „доктор”

област на висшето образование 7. Здравеопазване и спорт

Професионално направление 7.4. Обществено здраве

научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

Социално значими аспекти на здравните грижи при хронично болни в домашни условия

Пепа Рашкова Бикова-Иванова

Научен ръководител: Доц. Иванка Стамболова дм

София
2014

Съдържание

Речник на използваните съкращения 3

Въведение 4

Глава I – Литературен обзор 7

1.1. История на сестринските грижи по домовете 14

1.2. Епидемиология на хроничните заболявания и сестринския процес 20

1.3. Комуникации при грижите за хронично болни в домашна среда 32

1.4. Обучение на хронично болния и близките му при домашни грижи 36

1.5. Документация при грижите за хронично болни в домашна среда 45

1.6. Етика в работата на медицинската сестра при грижите за хронично болни в домашна среда 55

1.7. Здравно законодателство относно грижите за хронично болни в домашна среда 61

1.7.1. Правни аспекти на сестринските грижи в дома на пациента 74

1.7.2. Организация на домашните грижи в някои европейски страни 78

1.8. Икономическа значимост на хроничните заболявания 90

1.8.1.Преглед на моделите на финансиране на здравеопазването …….. 97

Глава II – Цел, задачи и методика на проучването 104

Глава III – Анализ на резултатите от проучването 109

3.1. Анализ на демографски показатели 109

3.2. Анализ на резултатите на работещите в болница медицински сестри 112

3.3. Анализ на ниво информираност на граждани и пациенти 122

3.4.Анализ на показатели свързани с дейността на медицинската сестра в ПИМП.. 135

3.5. Анализ на показатели за качество на живот 140

Глава IV Заключение. Изводи. Препоръки 143

4.1. Заключение 143

4.2. Изводи 144

4.3. Препоръки 146

Литература 148

Приложения 156

1. Анкетна карта на персонала 157

2. Анкетна карта на пациента 159

3. Анкетна карта 161

4. Списък на приложените таблици, фигури, схеми и диаграми 166

5. Специализирани грижи за хронично болни в домашна среда. Програма - проект 167

Речник на използваните съкращения

АППМП Амбулатория за индивидуална практика за първична медицинска помощ

БДЧК Българското дружество „Червен кръст”
БЧК Български червен кръст
БАПЗГ Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ДКЦ Диагностично Консултативните центрове

ЕС Европейски съюз
ЕРБ Европейското регионално бюро
ЗЗОЛ Задължително здравно осигурено лице

ЛАК Личната амбулаторна карта

МАКАТОН езикова програма съчетаваща реч, жестове и символи
МЗ Министерство на здавеопазването
МТСП Министерство на транспорта и социалната политика
МБАЛ Многопрофилна болница за активно лечение

НЗОК Национална здравноосигурителна каса
НПК Наказателно процесуален кодекс

НРД Национален рамков договор
ОПЛ Общо практикуващ лекар
ООН Организация на обединените нации

ПМП Първична медицинска помощ
ПИМП Първична извънболнична медицинска помощ

P.E.C.S Picture Exchange Communication System е форма на допълващи и алтернативни способи на комуникация, произведена от Pyramid Образователни консултанти

СЗО Световната здравна организация
СПИН Синдром на придобита имунна недостатъчност
СОП специфични образователни потребности
СДО след дипломно обучение
СЕЙН Проект „Социални услуги в замяна на нови работни места“
ТОП Терапевтичното образование на пациенти
DDASS (Direction departementable des Affaires sanitaires et socials) държавна областна администрация занимаваща се със санитарната, социалната и медико-социалната политика) Франция
CARPIMCO е една от десетте професионални секции на автономна организация за пенсионно осигуряване на свободните професии. Франция
URSSAF (Union de recouvrement pour la securite social et les allocations familiale) Фр

WhatsApp – е-приставка за мобилен телефон

Въведение

Комплексните медико-социални и епидемиологични изследвания в съвременната медицина определиха състава, структурата и рисковите фактори, обуславящи общественото здраве. Това позволи да се формира концепцията за промоция на здравето – наука за утвърждаване, повишаване и възпроизводство на общественото здраве и преди всичко здравето на здравите.

Стратегията на здравната промоция на Световната здравна организация (СЗО) е разработена през 1981г. Състои се от три компонента, които се намират в различни етапи на развитие:

1. Изграждане и узаконяване на проект за промоция на здравето;
2. Проучване на промените при определяне на политиката;
3. Прилагане на тази политика в практиката на национално и градско ниво.

Според Закона за лечебните заведения, българските граждани се лекуват в заведения за извънболнична и болнична помощ.(50)

Стремителното нарастване на разходите за здравно обслужване, от една страна и неговата незадоволителна ефективност, от друга пораждат нуждата от реформи. В момента реформите в здравеопазването текат почти във всяка държава. Основна насока в политиката на всяко правителство е здравната реформа или етап от нея. Тези реформи и стратегии имат общи черти и тенденции:

- Преориентиране на болничната помощ към разширяване на първичните здравни грижи.
- Интегрален подход в управлението и функционирането на здравеопазването.
- Децентрализация и регионализация на медицинската помощ и здравните дейности.
- Нови подходи към профилактиката и промоцията на здравето.
- Развитие на здравната самопомощ и взаимопомощ.
- Ускорено внедряване на нови диагностични, профилактични и лечебни технологии.
- Бързото развитие на информатиката и приложението на постиженията ú в здравеопазването.
- Повишено внимание към контрола на качеството и оценката на здравните дейности.
- Пазарна ориентация на съвременните здравни системи.
- Усъвършенстване на здравното законодателство, развитие на здравния мениджмънт и повишаване на управленческата култура в системата на здравеопазването.(27,13-14)

Първичното здравно обслужване е приоритетен сектор на Националната здравеопазна система и се разглежда в тясна връзка със социалното и икономическото развитие на всяка страна. Първичната медицинска помощ е основното средство за предоставяне на медицинска помощ, то е универсално достъпно, икономически ефективно, насочено към най-честите заболявания на населението, ориентирано към отделната личност, семейството и общността и се осъществява с тяхното активно участие, основано е на научно достоверни и социално променливи методи.(22,166)

В националната здравна стратегия 2014-2020, политика 4.3: Развитие на първичната медицинска помощ и създаване на условия за пълноценно и ефективно използване на потенциала на модела на общата медицинска практика и ефективната координация със СИМП.

Основните насоки на работа в този раздел са в съответствие с четирите стратегически елемента на първичната медицинска помощ, прокламирани в Декларацията на Световната здравна организация от Алма Ата:

 Необходимост от преориентация на здравните услуги по начин, който поставя първичната медицинска помощ в основата на системата за здравеопазване и отрежда спомагателни функции на специализираната извънболнична и болничната помощ, до които се прибягва, само когато това е необходимо;

 Концепция за здравна политика, която включва фактори, въздействащи върху здравето, каквито са начинът на живот и околната среда, т.е. разбирането за необходимост от междусекторен подход към здравната политика;

 Обществена и лична ангажираност, свързана с участие в процеса на вземане на решение, както и с по-голяма лична отговорност за здравето;

 Подходящи технологии за разходна ефективност, които включват по-рационално разпределение на средствата и тяхното преразпределение в полза на първичната и специализираната извънболнична помощ за сметка на болничната такава. (91;41)

От редицата планувани мерки в Националната здравна стратегия 2014-2020 настоящата разработка се опира на следните:

- Разработване на нова нормативна уредба за организацията, устройството дейността, задълженията и други на лекарите и лечебните заведения за ПИМП;
- Премахване или ограничаване на действието на различните лимитиращи технологии и забрани за ОПЛ при извършване на диагностична и лечебна дейност (направления за консултации и др.);

- Разработване от НЗОК и въвеждане на система за заплащане на лечебни заведения за ПИМП, при която да се увеличава броя на дейностите и техните цени (вкл. заплащане за дейности в дома, въвеждане на домашен стационар, бонификация при диспансеризирани болни с повече от едно заболяване и др.);
- Създаване на информационна система за резултатите от дейността на СИМП и контрол и оценка на качеството. (91;42)

Глава I - Литературен обзор

Световната здравна организация (СЗО) дефинира хроничните състояния като: здравни проблеми, които изискват мениджмънт в продължителен период от време – от няколко години до десетилетия.

Основополагащите принципи, на които трябва да отговаря първичната здравна помощ са част от основните етични принципи и ценности в здравеопазването, от които като най-значими се определят достъпността и равнопоставеността (135; 98).

Стратегията "Здраве за всички" акцентира върху превантивност, мултидисциплинарност, непрекъснатост, висок професионализъм и етика, адекватност и автономност в решенията на пациента (22,100).

Въз основа на тези принципи в ПИМП са застъпени следните функции:

- здравна промоция и профилактика;
- лечебно-диагностична;
- медико-социална;
- лекарствоснабдяване;
- организационно-координационна.

Последната функция е свързана с участие в здравни инициативи и привличане на обществеността, междусекторна координация и съгласуваност с местната администрация. Това дава основание първичното здравно обслужване да е базово здравно обслужване и основната роля на общопрактикуващият лекар и неговият екип е да посреща основни здравни потребности на пациентите и да насочва към тесните специалисти само пациенти със специфични здравни проблеми.(103, 8)

В медицинската практика съществуват различни модели на ръководене на грижи за хронично болни. Според Воденичаров и Попова широко приложение в практиката намира моделът, който представя медицинската помощ за хронично болните в следните нива:

Първо ниво – за това ниво е характерно, че пациентите имат сравнително слабо изразени потребности от медицинска помощ. Тяхното хронично състояние е под контрол. Осъществява се подкрепа на пациентите за селф-мениджмънт (сесии за обучение на пациентите, консултации с оглед тяхното мотивиране за участие в лечебните дейности, разпространяване на материали за обучение) от екип в

извънболничната помощ. Тази група включва 65-80% от пациентите с хронични заболявания.

Пациентите на *второ ниво* се разглеждат като хронично болни с повишен риск. Те се нуждаят от специализирана медицинска помощ поради нестабилност на тяхното състояние и възможност за настъпване на усложнения.

Третото ниво включва пациентите с комплексни потребности и висок интензитет на планираната медицинска помощ. Те представляват около 5% от хронично болните. Високият риск за влошаване на хроничното състояние на пациентите и настъпване на усложнения изисква разработване на индивидуален план за мениджмънт на болестта.(22,172-173)

Съвременните подходи за управление на хроничната болест отчита подобрения в четири сфери:

- Подкрепата на пациентите оказва подобрение в качеството на живот, в здравният им статус, удовлетвореността им от здравни услуги, здравна информираност, придържането към терапевтичните дейности.
- Добрата организация на системата осигуряваща здравни услуги за хронично болни – работа на интердисциплинарни екипи; осигурява подобрения в клиничните параметри, работа на специалистите към алгоритми за клинично поведение, по-широко използване на здравни услуги.
- Внедряването на ръководства, основани на доказателства, обучителни работни срещи и материали подобряват поведението на професионалистите и от там и клиничните показатели.
- Ефективните интервенции в информационната система регламентират регулярни одити и обратната връзка (22,172-173)

Постигането на ниво „селфмениджмънт” не е едноактно действие, това е процес, който започва със здравното възпитание в детска възраст. **Здравното възпитание** е цялостен процес на формирането на субективната здравна култура – знания, убеждения и нагласи, здравна мотивация, умения, навици и поведение, т.е. здравословен стил на живот. Разбирането за здраве според Отавската харта е здравословен стил на живот и още „психично и социално благополучие”.

Поставените предизвикателства пред съвременното здравеопазване рефлектират върху дейността на лекари и медицински сестри чрез поставянето на стандарти за качество на дейностите в областта на общественото здраве. В редица документи се

посочва, че стандартите са необходими в широкия спектър на здравната помощ, включително промоция, здравна превенция на болестта, лечение и рехабилитация.(98)

За да бъде ефективно здравното възпитание на населението трябва да се основава на следните принципи: популярност, конкретност, системност, актуалност, последователност, масовост, ориентираност към профилактиката. Здравното възпитание на населението не е кратковременен процес, ефектът от работата на специалистите и родителите/ близки може да се проследи след години, затова трябва добра подготовка, планиране, изработване на критерии за оценка и спазване на принципите на педагогиката, медицината и науката въобще, като се съобразим с възрастовите особености на пациентите. Когато говорим за здравно възпитание не може да се фокусираме само в детска възраст, това е процес, който е актуален за всички възрасти, като в различните възрастови периоди се сменят целите на въздействие и използват различни методи на възпитание и обучение.

Оценка на здравните потребности е систематичен подход, който създава сигурност, че здравните системи използват своите ресурси да повишат здравето на населението по най-компетентния начин.(22,148)

В процеса на оценка се използват епидемиологични, социологични и сравнителни методи в тяхното единство, за да се представят здравните проблеми на населението, да се идентифицира наличието на неравнопоставеност в здравето и в достъпа до медицинска помощ; да се определят здравнополититическите приоритети за ефективното използване на здравните ресурси.(22,148)

Всяка оценка има количествени и качествени критерии. *Количествените критерии* за оценка на потребностите от медицинска помощ са:

- Необходим брой посещения (прегледи) при общопрактикуващ лекар. Това е т.нар. потребност от първична медицинска помощ.
- Необходим брой хоспитализации на 100 души през годината, информира ни за потребност от болнична помощ.

Към *качествените критерии* в съвременното здравеопазване спадат:

- отношение на населението към различните видове медицинско обслужване (желания, предпочитания, традиции и др.);
- очаквания за хуманно отношение в процеса на здравното обслужване;
- информационни потребности на пациентите и техните близки;
- потребности на рисковите групи на населението.

Съчетаването на количествените и качествените критерии позволява да се преодолее тесният медицински модел при оценката на здравните потребности, като тя се обогати със социално-етични, личностни и социално-икономически аспекти. (22,149)

Националните здравни системи са предназначени да посрещнат здравните потребности на населението. Целите на Здравните системи, според отчетния доклад на СЗО от 2000г са: „да се постигне добро здраве, да се отговори на очакванията на гражданите и да се постигне справедлив финансов дял в обществения сектор”.(22,158)

Здравните системи имат три основни характеристики:

1. Здравни потребности и претенции за медицинска помощ – очертават портрета на медицинската помощ и нейната мисия сега и в бъдеще.
2. Финансиране и организация, ресурси на здравната система. Те се базират на националните, политически и социално-икономически традиции. Механизмът на солидарност отразява съгласието в Европейския съюз, че медицинската помощ не трябва да се оставя изцяло на свободния пазар.
3. Проблеми в медицинската помощ – общи и специфични предизвикателства и решения в съвременните здравни системи.(22, 160)

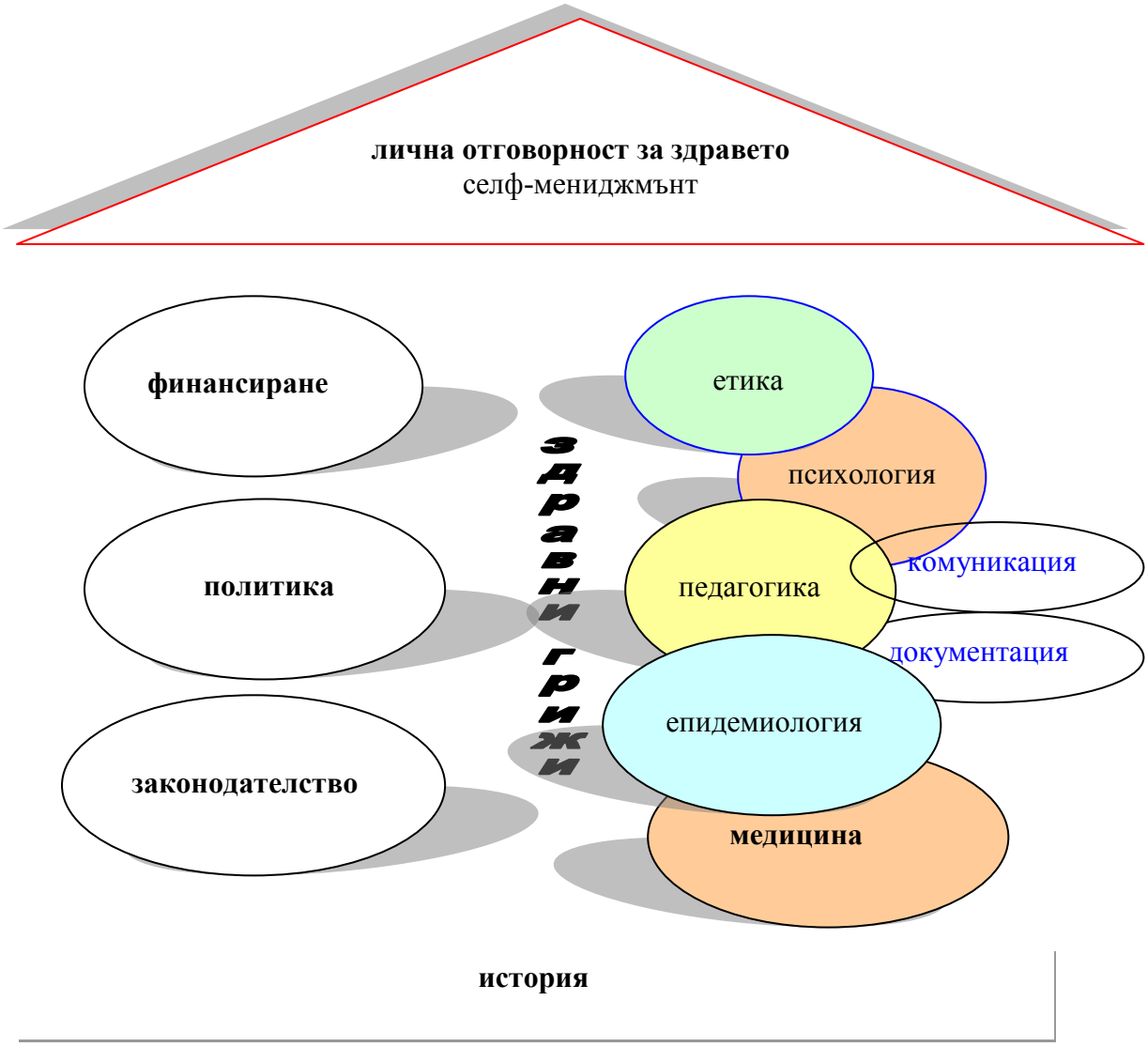
Първичното здравно обслужване е приоритетен сектор на националната здравеопазна система и се разглежда в тясна връзка със социалното и икономическо развитие на всяка страна. Първичното здравно обслужване е основното средство за предоставяне на медицинска помощ, най-периферното ниво на здравната система, разширявайки се от периферията към центъра.(22, 166)

Първичното здравно обслужване е интегрирана система за основна медицинска помощ, която е: - универсално достъпна;

- икономически ефективна;
- насочена към най-честите заболявания на населението;
- ориентирана към отделната личност, семейството и общността и се осъществява с тяхното активно участие;
- основана на научно достоверни и социално приемливи методи.(22,166)

Грижите за болните са сбор от мероприятия, извършвани по време на лечението му за създаване на благоприятна обстановка и осигуряване психичното му здраве. Те се заключават в своевременно и точно изпълнение на лекарските назначения, умело провеждане на различните лечебни процедури за възстановяване здравето на болния и създаване около него на хигиенична обстановка. Без здравни грижи е немислимо постигането на качествено лечение в съвременната медицинска практика. Качествените

грижи трябва да бъдат навременни, целесъобразни, научно обосновани, изпълнени с чувство на отговорност.



фигура 1 **Организационен модел на здравните грижи в дома**

На *фигура 1* схематично е представена организацията на здравните грижи. Основополагащ момент в съвременните грижи е историческия опит. Здравните грижи отскоро се развиват като самостоятелен дял в медицинската наука, те са интегративна наука използваща научните опит и методика на медицината, епидемиологията, психологията, етиката и педагогика – разположени в дясната част на схемата. В работата на всички специалисти работещи в сферата на тези науки важен момент е вида и качеството на комуникация. Отчетността и контрола на извършената грижа изискват навременно и правилно документиране. В ляво на схемата са разположени „законодателство”, „политика” и „финанси”- това е макроикономическата среда, която

гарантира политическа воля, законодателна рамка и финансова обезпеченост, за да има равнопоставеност и достъпни здравни грижи. В литературния обзор са разгледани по-подробно връзките и значението на тези компоненти с качеството на здравните грижи.

Основополагащо място в първичната медицинска помощ имат семейният лекар и медицинската сестра. Ключовата роля на медицинската сестра (акушерка, фелдшер), произтича от компетенциите й, развити на базата на потребностите на пациентите от извънболнични грижи (103, 12).

За да се отговори адекватно на повишените изисквания към професионалната компетентност на медицинската сестра в първичната помощ С. Тончева /2001/ посочва, че е необходимо да се създадат условия за реализиране на нейните основни функции:

Промотивна*:*

Медицинската сестра от ПМП подпомага пациента и неговото семейство в грижите за собственото му здраве, отговорността за здравето и здравното поведение. Тя провежда здравно възпитание и подпомага индивида за здравословен начин на живот.(110)

Профилактична*:*

Медицинската сестра активно участва за ограничаване и предотвратяване на рисковите фактори и социално-значимите заболявания. Диференцира поведението си в първичната, вторична и третична профилактика.

Полагане на грижи*:*

Това е традиционно най-застъпената сестринска функция. Тя включва извършване на хигиенни грижи, подпомагане при хранене, затруднения и отклонения в дишането, отделянето, движението, комуникацията и др. Медицинската сестра участва в подготовката и провеждането на редица изследвания, манипулации, лекарствена терапия.

Педагогическа*:*

Провеждането на обучение на пациента е част от лечението. Медицинската сестра обучава пациента и неговите близки относно поведението, свързано с болестта, лечебно-охранителният режим, самопомощ и помощ в лечението и рехабилитацията.

Социална функция*:*

Тя включва сестрински дейности, ориентирани към променящите се здравни потребности на личността, семейството и обществото. Нараства социалната дейност на медицинската сестра и ролята й чрез утвърждаване на нови взаимоотношения в контекста на грижите, оказвани в дома на пациенти и амбулаторията.

Мениджмънт*:*

Тази функция се отнася към управлението на сестринските грижи. Включва планиране, организиране, координиране и контрол на грижите. Медицинската сестра планира грижите и необходимите за извършването им ресурси – материални и нематериални, координира своята дейност с тази на лекаря и останалите лица в екипа на ОПЛ, контролира качеството на извършените сестрински грижи и техният резултат, използвайки сестринския процес в работата. За да може да изпълнява всички тези функции медицинската сестра трябва да е оторизирана от своя работодател/ според Кодекса на труда/ – ОПЛ, посредством длъжностна характеристика. Тя трябва да притежава специфични знания и умения за работа в първичната медицинска помощ. Това ще гарантира нейната качествена работа и добро екипно сътрудничество с общопрактикуващия лекар. (110,13)

1.1. История на сестринските грижи по домовете

Грижите за болните имат дълга история почти колкото самата медицина. Първата информация за професионални грижи за болни се намират в една от най-старите индуски книги от преди няколко хилядолетия. Текста е за жена и гласи: „ Тя трябва да знае как да дава лекарство, да е остроумна и предана към болния, да знае да готви добре, да знае как да окъпе болния, да го измие. Да е добра масажистка, да умее да вдигне болен, да му помага, когато ходи, да знае как да чисти легла. Винаги да е готова, търпелива и нежна да помага на нуждаещите се и да е послушна на назначенията от лекаря.”(2, 179)

С появата на християнството като религия, се налагат етичните норми на любов към слабите, болните и безпомощните, на милосърдие и саможертва. Тези качества и грижи се възпитават във вярващите и са мотив за милосърдие на омъжени или овдовели жени. Създават се приюти към храмовете и религиозните ордени, в които работят доброволно благородни дами, монаси и монахини.(2, 181)

От дълбока древност има данни за създаване на обединения на милосърдието:

- Йоан Златоуст (347-407) открива и издържа четири дома с болни;
- във Флоренция, Фабиола превръща дома си в болница през IVвек,
- Свети Базил създава нощни приюти известни по-късно като „базилики”(IVвек);
- в края на XII в. в Европа работят сестрите августинки;
- през XIII век във Флоренция се създава „Братство на милосърдието”;
- през XVII век св. Венсан де Пол ангажира светските дами в Париж за сестри-посетителки, събира млади селянки, за да бъдат обучени и изпратени в домовете на болните. Те се организират в „ордена на милосърдните сестри”.(2,183)

В средата на XIX век от дейност характерна за духовните лица, доброволни дарения и милосърден труд; грижите за болните придобиват светски характер и се превръщат в професия, развиваща се върху строги научни изследвания, а през последните години придобива и своята самостоятелност в отделни строго регламентирани задачи и дейности, в екипна работа с лекари, социални работници и други специалисти.

За родоначалници на съвременната сестринска професия се считат англичанката Флоранс Найтингейл и руският лекар Николай Иванович Пирогов. Те работят в полевите болници на воюващи страни по време на Кримската война. Англия в тази война е съюзник на Турция. В Истанбул благородничката Флоранс Найтингел, подкрепена от министъра на войната на Английското правителство, подготвя тридесет

и две жени, които полагат грижи за ранените в една полева болница като тези грижи понижават леталитета от 42 на 2 %.(2,186)

По същото време Н. И. Пирогов на руския фронт изпитал нуждата от добре обучен персонал, който да се грижи за болните и ранени войници. Той намира подкрепа от царското семейство, събира и обучава тридесет жени в правене на превръзки, асистиране при операции и полагане на грижи за ранени и болни по време на война. Сестрите се разпределят в три групи: дежурни сестри, сестри-домакини и сестри-аптекарки.(2,191-192)

Получените резултати от работата на Найтингел и Пирогов утвърждават нуждата от подготовка на милосърдни сестри и обособяването на отделна професия – милосърдни сестри, която през XIX век се развива активно в Европа, така и в Америка. Найтингеил и Пирогов, всеки по свой път, достигат до извода, че наличието на обучени жени в лазарета облекчава работата на лекарите, те помагат в операциите, при превръзките и намалява смъртността сред ранените – от 42% на 2%. Получените резултати от работата на Найтингел и Пирогов утвърждават нуждата от подготовка на милосърдни сестри и обособяването на отделна професия – милосърдни сестри, която през XIX век се развива активно в Европа, и в Северна Америка.

Приносът на Найтингел според Пачеджиева се побира в следните няколко пункта:

- Самоотвержената ú работа по време на Кримската война, в резултат на което се създават по-добри хигиенни условия за ранените и болните.
- Основава първото модерно сестринско училище в Лондон през 1860г.
- Пише книга за сестринството, в която отразява богатия си опит и знания в областта на сестринското дело.
- Привлича много способни момичета в училището и им осигурява висока професионал-на подготовка.
- Превръща сестринството в изкуство.
- Опитът ú се разпространява в други страни в Европа, Америка, Япония и др.(2,191)

Приносът на Н.И. Пирогов е също толкова голям:

1. Поставя се началото на професионалните грижи за ранените и болните по време на война, (едновременно и от двете страни на фронта).
2. В Подготовката на милосърдни сестри и ръководенето на сестринските общини се ангажират изтъкнати руски учени - Пирогов, Боткин и др.

3. Постига се висока ефективност на сестринските грижи във военно- медицинските учреждения и на фронта.
4. Руската общественост и Пирогов дават висока оценка на ролята и подготовката на милосърдната сестра, на нейния морал и образование.
5. Създават се първите общини на милосърдието в Русия.
6. Открива се първото училище за подготовка на милосърдни сестри през 1920г. (2,194)

През 50-те години на XIX век богатият търговец Уилиам Ратбон (William Rathbone) от Ливърпул, наема сестра да се грижи за болната му жена в дома им. Личният опит на Ратбон му дава възможност да отчете ценното в домашните грижи и през 1859г. наема сестри да се грижат за болни по домовете в бедните квартали на Ливърпул. След две години се опитва на собствени разноски да разшири дейността, но не може да намери сестри с подходящо обучение и опит. С писмо търси помощ от Флоранс Найтингеил, която в този момент е създала обучителна програма за болнични сестри в Лондон. В отговора Найтингейл изтъква необходимостта за създаване на специална програма за обучение на сестри, за да работят ефективно в домашна обстановка.(143, 7)

Следвайки съвета на Найтингейл, Ратбон създава училище където се подготвят сестри да работят еднакво добре както в болница, така и в домашна обстановка. В Ливърпул е създадено първото професионално училище в света, което подготвя сестри за работа в домашна среда - „извън болничната стена”– Кралският Ливърпулски Лазарет.(143, 7-8)

Работата на медицинската сестра в домашна обстановка допринася за реализиране на здравната реформа в индустриалните райони на Англия, без политическа ангажираност и промени на законодателството. Въз основа на социалната ангажираност на работещите сестри, през 1865г. Найтингейл предлага законопроект за развитието на професионалната здравна реформа. Законът е приет години по-късно представен от политика Харди Бил.

Флоранс Найтингейл описва подробно ролите на сестрата извън болницата и създава програми за обучение, за да се обучават медицински сестри за извънболнични грижи. В работата си Найтингейл определя три области в които са нужни знания и умения на медицинските сестри работещи в „район” или „за домашно здраве”:

- първо, те трябва да са добри учители, за да обучават членовете на семейството на подходящи мерки за здравеопазване и превантивни мерки;

- второ, районната сестра трябва да разбере характера на бедността и „обедняването";
- трето, сестрите полагащи грижи в домашна обстановка, трябва да разбират значението на превенцията на болестта." Предотвратимите болести, трябва да се разглеждат като социално престъпление – по-евтино е да се предотврати болестта отколкото да се лекуват болните." (143,8)

Примерът на Найтингел се подема в Северна Америка, където подготовката на милосърдни сестри бележи най-бърз подем и достига най-голяма висота. Първото сестринско училище се открива през 1872г. и за кратко време се създават университети за милосърдни сестри, където те получават висше образование и подготовка за преподаватели в сестринските училища, за директори на училищата и болниците, за ръководители на здравни станции и др.

В северна Америка през 1900 година обществените здравни грижи и специалистите са били в състояние на бързо развитие. Обществените сестрински организации започнали да се сформират в големите градове и полагащите грижи към обществото сестри започнали да имат редица нови роли. В началото, през 1897 г., градската управа на големите градове, наема на заплата единични сестри, за да работят в общественото здравеопазване. Медицински сестри са били наети по подобен начин в градовете в цялата страна. През 1903 г. Reba Thelin е била наета от болница „Jon Hopkin", да работи в домовете на хората, заразени с туберкулоза. (43,13)

Разработени са специализации за сестри – болнични сестри, частни сестри, сестри-посетителки, сестри за опазване на общественото здраве, за работа в социалните отдели при болниците, училищни сестри, сестри в институти, фабрики и мини, в областта на акушерството и гинекологията. Американският модел за подготовка на милосърдни сестри се връща в Англия и Европа като пример за модерно сестринско образование. (1,198-199)

Правото на здравни грижи се приема като основно човешко право и провокира създаването на национални и международни организации за осигуряването им. През 1862г Анри Дюнан предлага да се създадат във всяка страна общества за оказване на помощ на ранените и болните по време на война. Така се създава Международния Червен кръст. Всяка страна създава подобни дружества и се полагат основите на международното сътрудничество в областта на здравеопазването.

Интернационалният сестрински съюз е създаден през 1899г и тридесет години по-късно в него членуват 35 национални сестрински организации.(2, 203)

Създаването и развитието на сестринската професия в България започва почти веднага след освобождението от турско иго. Българското дружество „Червен кръст" (БДЧК) е инициатор, организатор и вдъхновител на сестринското образование.

Първият курс за медицински сестри се открива през 1894г.

Първото училище за милосърдни сестри се открива през 1900г. Крестовоздвиженската общност по молба на БДЧК изпраща Олга Сухонен и София Висоцкая за наставници в това училище.

През 1914 по идея на Царица Елеонора училището се модернизира с помощта на Американския червен кръст, като в България пристигат госпожиците Хей и Рахила Торанс. Ръководството на училището приема и работи по програмата на Международния сестрински съюз. (2,200-203)

БДЧК подготвя в специален курс сестри-посетителки, чиято специална задача е „да поучават населението за предпазване от болести". (2, 202)

Условията, в които работи българската сестра са много трудни. (сп."Сестра" 1930г), сестринската работа се развива в три аспекта: медицински - работи в болници, социален и икономически. (2,203)

Освен обучение сестрите са изпращани към определени клиники да специализират. В Александровска болница са специализирали в отглеждане на кърмачето и малкото дете; в Майчин дом за отглеждане на новороденото и с грижи за родилката; имало е специализация в откритата диетична кухня.

Успоредно с подготовката на сестри през 30-те години на XX век се подготвят и самарянки, наричани „полусестри"- това са жени с най-малко прогимназиално образование, обучени за болногледачи.

Благотворителността и спонсорството на царската династия оказват морална и материална подкрепа за развитието на сестринското училище.

След Втората световна война нарастват нуждите от квалифицирани сестри, които вече се наричат „медицински", а не „милосърдни". През 1952г. се публикуват материали, свързани с работата на медицинските сестри в обединената болница с поликлиника, на медицинската сестра в училищата, в женските и детските консултации, на патронажната сестра в туберкулозно огнище и др.(1, 203)

Преди 150 години Найтингейл декларира промоцията и превенцията като основно задължение в работата на медицинската сестра. В Ню Йорк от 19-22 юни 1946г се провежда Международна здравна конференция, на която се приема Конституцията на СЗО; подписана на 22 юли 1946 от представителите на 61 държави и влязла в сила на

7 април 1948. В нея е дадено и определението за здраве: „*състояние на пълно физическо, психическо и социално благосъстояние, а не само липсата на болест или недъг*". (91;6) Днес политиката на Световната здравна организация (СЗО) има две цели:

- промоция и протекция на здравето на хората през целия им живот;
- намаляване на честотата на обществено значимите заболявания и на травматизма, както и премахване на болките и страданията, които те причиняват.(2,101)

Въз основа тези приоритети е изградена и Националната здравна стратегия, която регламентира целите в работата на медицинската сестра.

Медицинската сестра работи в мултидисциплинарен екип, в който са равнопоставени медицински специалисти и такива със социална ангажираност. Това в практиката среща хора с различно образование, професионални отговорности и умения, но с обща цел – подобряване качеството на живот и ефективността от полаганите грижи. Съвместно работят не само лекар и медицинска сестра, но и педагози, социални работници, арт-терапевти, логопеди, еколози, специалисти по трудова и спортна медицина; до рехабилитатора работи ерготерапевта и т.н.

Проблемно ориентираният подход на Първичната здравна помощ, както и необходимостта от цялостна организация на общата медицинска практика трябва да бъде подчинена на интересите на пациента и налага общопрактикуващият лекар да работи в екип с други медицински специалисти.

Медицинската сестра се приема като необходим и ценен сътрудник на лекаря. Нейната роля и функции са определени от Верджиния Хендерсон (V. Henderson, 1966-1969 г.), която развива идеята за уникалната функция на медицинската сестра. Както посочва авторката *"*уникалната функция на сестрата е да подпомага индивида *(*здрав или болен*)* в извършване на такива дейности, които способстват за запазване на здравето или за възстановяването му *(*или за достойна смърт*),* и които той *(*пациента*)* би извършвал сам, ако има необходимата сила, желание, знания и възможност, и то да прави това по такъв начин, че да подпомага индивида да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо*".(*108,24)

1.2. Епидемиология на хроничните заболявания и сестринския процес

Епидемиология е науката за общественото здраве. Това определение се основава на вродената природа на епидемиологията като научен процес, приложен за решаване на проблемите в общността. Процесът на здравни грижи също е научен процес, използващ наблюдения, за да прецени и оцени сестринската намеса в грижата за пациента. Здравните грижи и епидемиология са две процесно-ориентирани науки, които се прилагат в практиката при различни ситуации. Професионалната дейност на медицинската сестра се описва най-ясно със сестринския процес, който е добра теоретична основа на аргументирани действия за индивидуални грижи. Подобно обсъждане на епидемиологични подходи към здравните грижи е по-лесно да се разбере чрез изследване на употребата на епидемиологията за решаване на обществени проблеми.

Епидемиологията е приложна наука, която предоставя:

- Знания за рисковата и болестна обремененост на населението;
- Информация на лекаря за научно базирано клинично поведение към отделния пациент по отношение на вероятна диагноза, индивидуален риск и прогноза;
- Данни за изграждане на популационни и индивидуални превантивни стратегии за борба с хроничните неинфекциозни заболявания;
- Данни за вземане на научно базирани здравно-политически решения. (132,7)

Епидемиологията доказва, че борбата с масовите хронични неинфекциозни заболявания в действителност е промяна в начина на живот на хората, промяна във факторите на средата и промяна в качеството на оказвана помощ. (132,7)

Медицина базирана на доказателства (EVIDENCE-Based Medicine – EBM) е интегриране на индивидуалния клиничен опит, на най-добрите съвременни клинични доказателства от систематични научни проучвания в медицината и информираният избор на пациента. (132,7)

Епидемиологията е наука, която предоставя:

- Знания за рисковата и болестна обременност;
- Информация на лекаря за научно базирано клинично поведение към отделния пациент по отношение на вероятна диагноза, индивидуален риск и прогноза;
- Данни за изграждането на популационни и индивидуални превантивни стратегии за борба с хроничните неинфекциозни заболявания, както и
- Данни за вземане на научно базирани здравно-политически решения. (133;12)

Епидемиологичният метод и сестринският процес

Основните цели на епидемиологията, и приложението като наука за общественото здраве:

1.Да разкрие етиологията на дадено заболяване и рисковите фактори за него, т.е. факторите увеличаващи индивидуалния риск за това заболяване, с цел интервенция за редуциране на заболяемостта и смъртността и развитие на надеждна база за профилактични програми и здравни стратегии. Този метод може да се използва за прогнозиране на средната продължителност на живота при човек. Ако промените в средната възраст на населението, нуждите от жилища, както и социално-икономическия статус на населението могат да бъдат изчислени, след това е възможно да се изчисли необходимостта от сестрински услуги в течение на времето. Прогнози за нуждите на здравни грижи могат да бъдат направени от историческите изследвания на населението, получаващи услуги. (133,11; 143,26-33)

2.Да установи разпространението на заболяванията в обществото, което е решаващо за планирането на здравните услуги и обучението на здравните специалисти. Проблем при определяне на мащаба на заболеваемостта е да се разграничат едни неочаквани, но естествено срещащи се струпвания на събития от показатели с опасности за епидемия, които могат да бъдат предотвратени или контролируеми. Това е предизвикателство за способността на сестрата да направи разлика между случайна и реална заплаха към групата, голяма или малка.

3.Да изучи възникването и прогнозата на заболяването с цел развитието на нови терапевтични или превантивни модели. Това включва идентифициране на ключови показатели на заболявания, така че групите с висок риск могат да бъдат идентифицирани. Това използване на епидемиологията може да се интерпретира като идентифициране на междинни стъпки в един цикъл от събития, така че развитието на дадено заболяване може да бъде изяснено или регистриране на физиологични промени чрез които се предвижда състояние на заболяване, като например високо кръвно налягане. В сестринския процес епидемиология може да се приложи към случай констатация и / или идентификация на синдром по време на предоставянето на грижи. Работещата в общността сестра, има достъп до домовете, училищата и агенциите в общността. Медицинските сестри на общността, често са отговорни за поддържането на точни записи в системите за наблюдение и за образованието на обществеността, за регистрация и вписване в системите. Медицинските сестри на свободна практика, използват своето специалното образование и опит, когато се грижат за семейства в

риск, както и за насърчаване на здравословен начин на живот. Теорията на обгрижването и сестринските умения, им дават възможност да разкрият информация за семействата и при най-трудните и стресиращи обстоятелства. Епидемиологичните подходи и методи за измерване, увеличават способността на свободно практикуващата сестрата да си осигури ефективно наблюдение и запис на наблюдение, възникнали в рамките на околната среда, за да се определи рискът от излагане на множество опасности. (133,11; 143,26-33)

4. Да оцени ефекта на новите превантивни и терапевтични методи и новите модели на здравеопазването върху здравното състояние на населението.

5. Да обезпечи базата за развитие на обществена политика и регулаторни решения, свързани с екологичните проблеми. Когато причината за болестта е известна, превенцията, контрола и лечението може да се съсредоточат върху най-точни и ефективни методи на интервенция. И все пак не е необходимо да се знае причината, преди да започнат защитни процедури. Знае се, че в контрола на едра шарка, ваксинации се провеждат без да има заболяване (липсва причинителя). Не винаги когато е известен причинителя, са възможни защитни действия за коректни грижи – както е при заразените със вируса на СПИН. Сестринството се интересува не само от причината за заболяване, но също от причините за забавяне на рехабилитацията, причините за рецидив в здравните поведения и причината за липсата на съответствие между грижата и състоянието на клиента / ползвател. Тези различни причини карат сестринските вмешателства да бъдат изпълнени с повече прецизност, директно да се определят нуждите на общността. (133,11; 143,26-33)

Използването на епидемиологията илюстрират обхвата на науката, която се използва за общественото здраве и за сестрински грижи полагани в общностите. Епидемиологията е разработила методи и измервателни инструменти, предназначени за подобряване на ефективността на приложните мерки за решаване на проблемите на общността. Методите на епидемиологията са индуктивни, т.е., те са научни методи, адаптирани за изследване на потребностите на общността. Индукцията е метод за събиране на факти, от които са извлечени обобщения. Формулирането на хипотези, изявления на очакваните отношения между причина и следствие, са част от метода.

Според Шипковенска практическата медицина е в значителна зависимост от известните данни за популацията. В ежедневната си дейност практикуващият лекар/ медицинска сестра прилага популационно базиран, вероятностен модел върху всеки свой пациент.(133,17)



1 . Установяване наличието на епидемиологични или здравен проблем на общността

2 . Проверете диагнозата от случаите, каква е причината за проблема

3 . Направете бързо проучване на известни случаи и положението на общността

4 . Формулирайте ориентировъчни хипотеза за възможната причина за проблема

5 . Планирайте подробно епидемиологично разследване

6 . Съдействай на разследването

7 . Анализирайте данните, събрани по време на разследването

8 . Тествайте хипотезата

9 . Формулирайте заключения

10 . Определете мерки за контрол в експлоатация

11 . Направете доклад

фигура 2 Схема на традиционния епидемиологичен метод (източник143.)

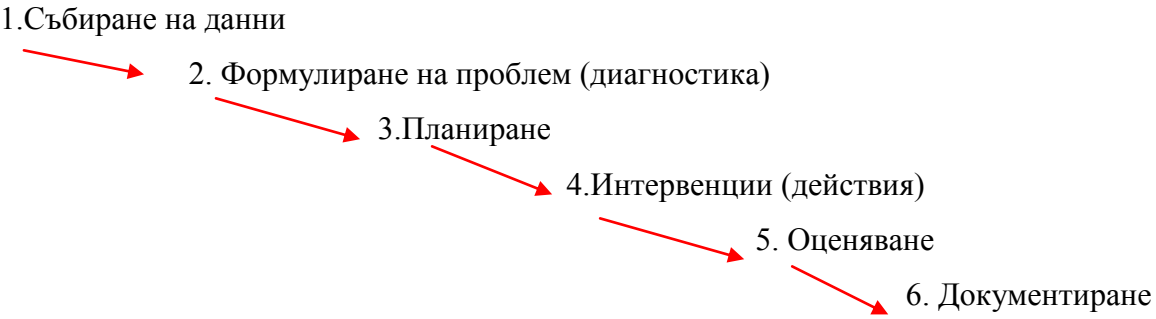
Тестване на хипотезата, многократно, ако е необходимо, води до заключения за превенция и контрол на рисковите групи. Епидемиологичният метод е процес, серия от стъпки, индуктивни по природа, предназначени за решаване на проблеми в общностите, изискващи незабавно внимание и клинична намеса. Стъпките на метода са показани във *фигура 2*

Моделът е класически, защото това е метод, идентифициран като процесът, използван за решаване на остри заразни болестни проблеми в миналото. Той все още се използва днес за решаване на остри проблеми. По време на прилагането на епидемиологичния процес, хипотезата може да бъде отхвърлена. В този случай, преформулиране на други хипотези е необходимо, и процесът трябва да се повтаря, докато могат да бъдат проверени решенията в хипотезите. По този начин, на епидемиологичният процес може да се нарече линеен модел, който е повтарящ се и динамичен.

Процесът на грижи може да се нарече също линеен модел, едно понятие, което води до друго и налага действие, както е показано на *фигура 3*

Повторението на процеса на грижи също създава един повтарящ се и динамичен процес на грижите за пациента. Епидемиологичният метод и сестринският процес са аналогични: и при двата първо се установява съществуването на проблем, после се

проверява диагнозата на случаите, като се прави експресно проучване на известни случаи, оценява се риска за общността - подобно на въвеждането на оценка за грижите. Формулиране на предварителна хипотеза е еквивалентно на поставяне на сестрински проблем (сестринска диагноза), от което следва изработване на план за действия и реализацията на специфични грижи. Всяко действие - грижи се оценяват за постигнатия резултат. Процесът е непрекъснат и много етапен. За да се контролира и гарантира качеството се налага стриктно документиране на всеки етап и резултат.



фигура 3 Сестринският процес като линеарен модел (източник143, 35)

Освен тези очевидни процедурни паралели, двата процеса са базирани на наблюдението, за да се направят преценки. При прилагането на епидемиологичния метод в сестринския процес, това е константа, динамично взаимодействие, така че оценка, диагностика и интервенция и пак планиране са повтарящи се събития. В епидемиологичния процес, тестването на хипотезата може да доведе до отхвърляне на хипотетичното, предполага се причинно-следствена връзка. Това изисква преразглеждане на положението и формулиране на друга хипотеза, на която да се планира разследване на проблема в общността. *Разликата* между сестринският процес и епидемиологичният метод е, че епидемиологични процес се прилага само към групи; а сестринският процес е индивидуален и се прилага за групи само, когато понятието за общност е ясно разбрано, за да бъде във фокуса на медицинската сестра. И двата процеса са индуктивни, и са базирани на научна оценка.

Разликата между двата процеса е, че епидемиологичният метод разширява сестринските грижи. Хипотезата е свързана с проблемите на общността, изискващи определяне на кауза. В сестринския процес, диагнозата е по- определена и се базира на известни факти, а не на непознати отношения.

Основна част от заболяванията се лекуват и долекуват от първичното здравно обслужване и в дома на пациента. Медицинските специализирани грижи се полагат от

мултидисциплинарен екип. Според нуждите на пациента и близките му, посещение и грижи в дома могат да полагат освен общопрактикуващия/ личен лекар, така и дипломирани медицински сестри, рехабилитатори, болногледачи, социални работници/ асистенти и други. Успехите от лечението са лични успехи за пациента, за положените усилия, за добър резултат.

Таблица 1 **Сравнение на сестринския процес и епидемиологичния модел**

СЕСТРИНСКИ ПРОЦЕС	ЕПИДЕМИОЛОГИЧЕН МЕТОД
- Оценка	- Установяване наличието на епидемия Проверете диагнозата на случаите Направете бързо проучване на известни случаи и положението в общността
- Формулиране сестрински проблем (диагноза) - Планиране на намеса и действия - Оценяване	- Формулиране предварителна хипотеза - Планиране и провеждане на разследване - Анализирайте, тест, и формулирайте заключения

източник (143, 34)

В грижите за болния се прилага социално медицински подход, който дава възможност на сестрата да планира дейностите по профилактиката и рехабилитацията. (103, 50)

Познаването и уважението към ролята на всеки член от екипа създава различен от традиционния подход в отношенията между тях. В процеса на обгрижване на пациента например, общопрактикуващият лекар трябва да вижда в лицето на медицинската сестра и другия персонал професионалист, а не по-нисш персонал, който само изпълнява нарежданията му. Необходимо е и да бъдат определени различията в статута на лицата от екипа. Различията в статута на отделните професии, които са особено изявени в здравеопазването, оказват голямо отражение върху функционирането на мултидисциплинарния екип, личното участие на всеки член в него, груповото вземане на решения.

Значимостта на съответния професионалист в екипа е отразен в неговия статут. Дейността на професионалистите от всеки работен екип като социална група, са подчинени на групови ценности и групови норми. Те се определят и споделят от лекаря, медицинската сестра и другите участници в екипа. (103, 51)

Всяка система за предоставяне на грижи взема под внимание целите на съответния модел за грижи, неговите характеристики, нуждите и изискванията на потребителите и цената на грижите.(111;5-6).

Иновации в сестринската работа

Бързо променящата се демографска и социално-икономическа ситуация в Европа, и нарастващото значение на висококачествена и лесно достъпна здравна помощ бяха определящи фактори, които стимулираха мащабни реформи в здравеопазните системи на страните от Европейския регион на СЗО (126,98).

Медицинските сестри и акушерки са най-голямата по обем група здравни специалисти и са налице данни, че те активно участват и поддържат процесите на реформи в здравеопазването, с цел предоставяне на икономически ефективна и адекватна здравна помощ.

Пред медицинската сестри в първичната медицинска помощ (ПМП) стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят към повишаване на компетентността им чрез формите на непрекъснато обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи; активно сътрудничество на медицинската сестра с индивида, семейството и общността и въвличането им в партньорство за постигане на здравно благополучие; повишаване на отговорността за запазване, укрепване и възстановяване на здравето на обслужваното население; спазване на моралния и професионален кодекс, прилагане на холистичния подход в грижите за пациента; защита на интересите и престижа на сестринското съсловие чрез участие в съюзи, съсловни организации и техни форуми и изяви.(38) Справянето с тези задачи ще даде възможност на медицинските сестри да отговорят адекватно на растящите потребности от здравни грижи за населението в ПИМП и ще доближат тяхната дейност в България до професионалния модел на сестринска практика в Европа.(103;14)

На своята втора Европейска конференция СЗО в Мюнхен (15 – 17 юни 2000 г.) по въпросите на здравеопазването е презентиран новаторски пакет методи в дейността на медицинските сестри и акушерките.(133) Този документ маркира основни цели и включва:

- разработване на методи за събиране и анализ на научни данни за ефективността на сестринската дейност
- удовлетворяване на нарастващата потребност от теоретични разработки, концепции и модели в ПМП. (103, 51)

Основните направления по отношение на иновационната практика на медицинските сестри и акушерките в ПМП са групирани в четири групи:

1. Здравна политика за поддържане достиженията на здравето за всички, като се отчитат връзките между първичната и вторичната здравна помощ между медицинската и социалната помощ;

2. Екипната работа и партньорството с лекаря, където труда на мед. сестра пак се разглежда като елемент от интердисциплинарен екип;

3. Справедливост на сестринското обслужване в ПМП при големи и малки общности, религиозни общности, бежанци и малцинства;

4. Функционална инфраструктура на кадровия ресурс от медицински сестри и акушерки, което обхваща тяхното непрекъснато обучение, и ефективното им използване, ръководство, и обезпечаване на качеството на сестринските и акушерски грижи в ПМП.

Според Отавската харта доброто здраве е най-значимият ресурс на социалното, икономическо и лично развитие. В Румъния например, медицинските сестри от ПМП работят в насока за убеждаване на пациентите за поемане на лична отговорност за здравето, чрез участие в скринингови програми. В Норвегия тези специалисти са се ориентирали към инициативата "бременност и раждане", като един съвместен проект между медицинските сестри и акушерките от Първичната и стационарната помощ(127).

Във Виенската декларация по сестринство се отбелязва, че все още съществува разлика между страните от Европейския регион на СЗО и неравенство в областта на здравеопазването като различията са още по-големи между развитите европейски демократични страни и страни като нашата. Неравенство се разглежда и засяга политическия, социален, икономически и професионален аспект на здравеопазването. (102;148). В Европейските задачи на здравната стратегия "Здраве за всички в 21 век" е подчертана необходимостта от обезпечаване на справедливо разпределение на ресурсите и повишаване на ефективността на здравните служби в ПМП. В тази насока медицинските сестри в Европа работят по различни проекти. (103, 52)

Медицинската сестра има много и различни дейности, които могат да се обединят от термина **«сестрински процес».** В програмата на СЗО по сестринско дело и акушерство в Европа сестринският процес се описва така: «Сестринският процес – това е термин, прилаган в системата на характерните видове сестринска намеса в сферата на опазването на здравето на отделните хора, техните семейства или групи от населението. Сестринският процес означава конкретно използване на научни методи за определяне

на медико-санитарните потребности на пациента/ семейството или обществото и на тази основа подбор на тези потребности, които могат да бъдат най-ефективно удовлетворени чрез сестринските грижи. Тук също така влизат планирането на мерките по удовлетворяване на належащите потребности, организацията на грижите и оценката на резултатите. Сестрата в сътрудничество с другите членове на екипа от медицински работници определя задачите, тяхната последователност, вида на необходимите грижи и мобилизира необходимите ресурси. След това тя пряко или косвено оказва сестринска помощ и извършва оценка на получените резултати.»(76;89)

Сестринският процес се състои от пет последователни етапа:

1. Оценка на състоянието на пациента;
2. Интерпретация на получениете данни;
3. Планиране на предстоящата дейност;
4. Реализация на съставения план;
5. Оценка на резултатите от посочените етапи.(75;90)

При прилагане на сестринския процес в дома на пациента трябва да се разгледа още един важен компонент. Това е жилището и стаята, в която ще живее болният. Появата на болен в дома и грижите за него променят ритъма на живот на цялото домакинство. Правилата на съвместно съжителство се променят според нуждите на болния и нуждите на всеки член от домакинството може да бъдат нарушени.

Медицинският специалист, в частност медицинската сестра трябва да подпомогне близките да определят променените си приоритети, да получат необходимата информация и да придобият съответни умения, за да се справят с възникналите трудности и най-безболезнено да се разрешат новите проблеми, без да се чувства ощетен никой член от семейството, а и болният да не се чувства изолиран или непълноценен.

Домашните грижи за болния са обслужващи дейности, които обхващат целия му живот. Център на работата на медицинската сестра е самият болен, и променениият му начин на живот.

Схематично сестринският процес за болни в домашна обстановка би изглеждал така, както е посочено в *таблица 2*.

Посочените етапи в таблицата са основа и алгоритъм при съставяне на план за домашни грижи. Като водещо място заемат индивидуалните особености на пациента, заболяването, дома и семейството му. Всяка оценка на резултатите е основа за следващо планиране на продължаващи грижи.

Таблица2: **Схема на план за сестрински грижи**

Етапи на сестринския процес	***Наблюдение/оценка на:***	***План на действия/ грижи***
Условия за живот на болния	жилище: -стая на болния; - климат на помещението; -приспособяване на жилището; -обзавеждане на болнична стая в дома; -място на леглото в стаята; -общуването на и с болния.	
Оценка на състоянието на пациента	- цел; -субективен метод на изследване; -обективен метод на изследване; -общуване; -документация.	
Интерпретация на получениете данни	-проблеми на пациента (удовлетворена или не потребност – по В.Хендерсън); -определяне на приоритетност на проблемите;	
Планиране на предстоящата дейност	-определяне на целите на грижи; -определяне на сестринската намеса; - документация	
Реализация на съставения план	- как се предава информацията за сестринската намеса; -как се изпълнява; -как болния може да участва; -Какво е мястото на близките	
Оценка на резултатите от посочените етапи	-да се прецеи дали постигнатото е резултат на сестринската намеса или на други фактори; -документиране	
Нужда от обучение -на пациента;	-знания (информация за заболяването); -Умения (диагностика на нуждата от промяна в	

-на близките, с които живее	поведението, изграждане на нови умения и поведение); -Навици; -Съставяне план на обучение; -възможност за самообучение; -подбор на литература.	

Много е писано за ефекта от здравни грижи (medicare) и лекарствена терапия (madicaid), но въздействието им върху здравните грижи по домовете се отличава по няколко признака. Агенциите за домашни грижи, които изпълняват здравни и лекарствени грижи имат ползи от придобиването на нови умения като модерно фискално управление, ревизирани и стандартизирани процедури за грижи и разширени сестрински програми, които включват терапия на физиката, трудотерапия, специализирана хранителна програма, терапевтично образование и социални услуги. В условията на финансово реимбурсиране, в Северна Америка, агенциите полагащи предписана грижа по домовете са се увеличили от 250 през 1960г. до 1325 през 1968г. (143; 20)

През 1998г. Ед. Вагнер дава определение на термина "**управление на случаи"** ("case management"): „проактивна система за клинични програми с цел постигане на по-координирани грижи, които да доведат до по-добри резултати при грижата за хронично болни”. През 2008г. в Испания се издава стратегически документ, който очертава профила и компетенциите на фамилните и обществени медицински сестри, които използват в своята практика този инструмент, наречен "управление на случай". Този тип сестри се наричат също така и "сестри, които управляват случаи" (исп.¨*enfermeras gestoras de casos*¨). На английски това се превежда като: ¨*nurses and case management in primary care*¨. Този инструмент се използва с цел да се достигне до непрекъснатост в грижите към пациента. Медицинската сестра следва научна методология за оценяване, диагностициране, целеполагане, интервенция и еволюция. Този метод на работа позволява и изисква работата в екип, така както и координацията между различни участници в процеса на полагане на грижи за болни в домашни условия.

Този инструмент за грижи може да се използва и при пациенти, които попадат в друг тип социална група като: малтретирани жени, хора в неравностойно положение, наркозависими и т.н. Това са групи, които поради своята уязвимост се нуждаят от

мултидисциплинарни грижи и от координация между различните професионалисти и администрациите.

Между специфичните функции на семейната и обществена сестра като ръководител на случаи са:

- да дефинира с помощта на екипа за първична помощ цялостен подход към пациента;
- да дефинира план за грижи с методология, основана на биопсихосоциална оценка (следвайки функционалните модели на Маргори Гордън); диагностициране, определяне на критерии за резултати, специфични интервенции и периодично и постоянно оценяване;
- в дълбочина да оценява нуждите от интервенции, от социална и семейна подкрепа, давайки достъп до ресурсите и в същото време да прави възможно по-доброто използване на тези ресурси;
- медицинската сестра подкрепя основния болногледач: директна грижа, с която се цели да се изгради мрежа от адекватна формална и неформална подкрепа;
- насърчаване на самостоятелната грижа, превенция и промоция на здравето;
- координация с различните нива на грижа.

Чрез метода за "управление на случая", медицинската сестра на общността може да подобри качеството на грижите; да подобри удовлетворението на пациента и близките му; насърчаване на всеобхватност и приемственост на грижите като се намали бюрокрацията и като се постигне обединяване на социалните и санитарни системи, което подобрява мобилността на системата; оптимизиране и рационализиране на потреблението на услуги, както социални, така и здравни. (162 ,e,g)

Когато познаваме етапите на сестринския процес основно умение което трябва да имат работешите сестри в общността са уменията за общуване.

1.3. Комуникации при грижите за хронично болни в домашна среда

Комуникативните умения са важна част от професионалната компетентност на медицинските специалисти. От тях зависи пълноценното лечение на пациента, успоредно с което се осъществява и „образователен процес" – пациентът се учи как да се грижи за здравето си чрез общуването с лекаря, медицинската сестра и другите специалисти в екипа. Общуването е основен момент при взаимодействието между хората, водещ фактор в мениджмънта на услугите и без познаване и владеене на инструментите за добро общуване не е възможен процеса на здравна грижа, обучение и възпитание.

Възможностите на медицинската сестра да изпълни своите задачи се определят от умението й да общува. Какви са особеностите на професионалното общуване? Обучението в комуникативни умения на медицинските сестри зависи от нуждите на пациентските групи, за които се грижат.

По данни на Световната здравна организация (СЗО), процентът на хората със специфични нужди варира между 10% и 13% за различните държави, като средно децата със специални потребности са 10% от детското население. (17,4)

Богданова изяснява употребата на термините – «дете с увреждане или дете със специфични образователни потребности, в неравностойно положение, инвалид» (17,5). Това което е написано за децата важи и при възрастните. Търси се общоприет термин с цел да няма дискриминация, да се дават равни шансове. (17,5) Семейната медицинска сестра се грижи за много и различни нужди на разнородна група лица. В дома се лекуват остри вирусни инфекции, стари хора, грижи за здрави и болни кърмачета и малки деца, лица с едно или повече хронични заболявания, възрастни и деца с определен физически или ментални дефицит имащи специфични потребности например: незрящи; дефицит на слуха, двигателен дефицит, ментален двигателе и т.н., лица с временна нетрудоспособност – изписани от болница за долекуване в домашна среда.

Педагогиката и психологията са разработили правила за добра комуникация с различните групи, класифицирани по възраст и заболяване. В редовното обучение на медицинската сестра няма възможност да се изградят всички специфики при общуване с хора със специфични потребности. По време на редовното обучение се работи за натрупване на знания и умения за професионално общуване, разговор с цел събиране на информация, умения за активно слушане, невербалната комуникация - формите, каква информация дава на пациента и колегите. Балканска споделя: *« Мълчаливият*

език» е цяло изкуство: не е възможно да се представи в подробности: едва ли е възможно всеки да го овладее до съвършенство. Но си струва да положим усилия, защото наред с добре овладяната реч, той представлява важен компонент от комуникативната култура на всеки човек.»(65;.27)

Доброто професионално общуване е спазване на утвърдените етични норми в медицинската практика и правилата на общуване. Общуването в медицинската практика поставят в центъра пациента, което значи да се опираме и развиваме личната му мотивация за здраве и здравословно поведение, съобразно индивидуалните особености и личен опит на болния. Създаването на атмосфера на доверие, подкрепа и емпатия, правят професионалното общуване изкуство.(65,28)

За лицата със специфични потребности е наложително медицинските специалисти да усвоят специфични форми на комуникация. Това не е възможно да се осъществи по време на базовото образование. Специфичните форми на обучение и общуване са възможни да се усвоят само по време на различни форми продължаващо учене през целия живот – форми на следдипломна квалификация, курсове организирани от професионалната синдикална организация или от работодателя. Формите и методите, с които трябва да работят медицинските сестри ще бъдат указани от водещи специалисти в областта и педагози - социални педагози, сурдопедагози, тифлопедагози и т.н. Нужда от специфично обучение освен при децата ще имат възрастните, които са загубили своите способности вследствие заболяване или травма. Например в зависимост от увреждането пациентът е възможно да се обучава пак да става от леглото, да ходи, да говори, да се облича, да се храни самостоятелно и т.н. Това е продължителен процес и може да отнеме на пациента и специалистите продължителен период от време.

Богданова разглежда като важен момент от комуникацията с определени групи хора със специфични потребности използването на «тоталната комуникация». (17,11) Използването на пиктограмите, жестомимиката и МАКТОН помага да направим връзка, «да построим мост към децата» и хората със специфични потребности. (17,11) МАКАТОН и P.E.C.S са международно признати програми за комуникация, които се използват в Обединеното кралство /UK/, и са адаптирани и пригодени за използване в над 40 други страни. Това са системи за алтернативно общуване, състоящи се от речник, натрупващ се около няколко главни функционални понятия, които се преподават с мануални знаци и/или графични символи, придружени от устна реч.)

В нормативните актове на Министерството на образованието и науката се регламентира кои заболявания и дефицити определят децата с термина „специфични образователни потребности (СОП)” (17,8) Тази класификация успешно е приложима и за възрастните, затова ще я цитирам: «СОП могат да имат деца срещащи различни затруднения в обучението поради:

- сензорни увреждания (нарушено зрение или увреден слух);
- физически увреждания;
- умствена изостаналост;
- езиково-говорни нарушения;
- специфични обучителни трудности;
- нарушения на общуването и комуникацията;
- хронични заболявания, които водят до СОП;
- множество увреждания.(17, 8)

Професионалното общуване е важен компонент от уменията и качествата на семейната медицинска сестра. Добрите комуникативни умения позволяват на сестрата да изгради атмосфера на доверие, индивидуален подход, екипна работа както с пациента и близките му, така и с мултидисциплинарния екип, в който работи. Затова е необходимо да се разработи система от педагогически мероприятия за подпомагане и учене през целия живот за медицинската сестра работеща в дома на пациента.

М.Ачкова /2001год./ посочва следните психотерапевтични подходи, приложими в общата медицинска практика: (5; 98)

Среща пациент/лекар и пациент/ медицинска сестра

Срещата на пациента с лекаря или медицинската сестра сама по себе си трябва да внася успокоение на пациента. “Лекарството-лекар” както го нарича Balint/1964/ е сигурността на пациента, че се намира при тези, които ще положат грижи за него, ще облекчат страданието му и са компетентни да се справят с болестта. Тази основополагаща форма на психотерапия е необходима на всеки пациент. Необходимо е ОПЛ и медицинската сестра да използват професионално отношение към пациента, съобразено с индивидуалните му особености и състояние.

Създаване на психотерапевтична среда

Този подход изисква създаване и поддържане на атмосфера на доверие, подкрепа, уют, разбиране, състрадателност, съпричастност и милосърдие.

Активно слушане

Всеки пациент има потребност да бъде изслушан. Дори медицинският екип да не е в състояние да помогне на пациента може да го изслуша. Активното слушане от страна на екипа ще даде възможност на пациента да сподели своите проблеми и оплаквания, но също и да направи психокатарзис. Това ще помогне на пациента да запази своето психично равновесие и на лекаря да получи допълнително информация относно болестта като био-психо-социално явление.

Вентилация на чувствата

Възможността да изрази чувствата си пациента също има своя терапевтичен ефект. Не са редки случаите в практиката в които и медицинският екип, имайки потребност от подобна вентилация назрява конфликтна ситуация. Освен здравния проблем на пациента чрез този подход се пречистват всички натрупани емоции относно проблемите в организацията и реализацията на здравното осигуряване и здравно обслужване.

Съветване

Професионалната компетентност на лекаря и сестрата им позволяват да дават съвети на своите пациенти, относно здравното поведение, обгрижване, намаляване на страданието и адаптиране към болестта. Недопустими са въвличане в интимни сфери на междуличностните отношения или решения за житейски проблеми. Израз на ниска професионална култура е проявата на любопитство относно личния живот на пациента, който няма отношение към заболяването. (5; 103)

1.4. Обучението на хронично болните и близките им при домашни гижи

Терминът "начин на живот" се определя като "интегралният начин на съществуване на индивида (групата), формиран в резултат на взаимодействието между жизнените условия в широк смисъл и индивидуалните форми на поведение, предопределени от личностни характеристики и социо-културни фактори.

Формирането на необходимата здравна култура на населението и на отделния индивид е свързано с такива педагогически процеси като здравно възпитание и здравна просвета.

Промените настъпили в медицинското обслужване и грижи налагат Европейското регионално бюро (ЕРБ) на СЗО по проблемите на сестринството да определи и формулира новите функциите на сестрата: **осъществяване на сестрински грижи, обучение на пациентите и техните близки, изпълнение както на зависима, така и на независима роля** и **изследователска работа** в областта на сестринството.

При разглеждане на проблема, интерес представлява втората сестринска функция – обучението на пациентите и близките им, която е основна за промоцията на здравето и превенцията на заболяванията. Без реално приложима и работеща система на здравно обучение и възпитание не може да има работеща реформа в здравеопазването.

Обучителната функция, медицинският специалист прилага във формална и неформална среда. Здравно възпитание и обучение е приоритет във всяка възрастова група, и се случва при всички стандартни и нестандартни педагогически ситуации. Според СЗО *терапевтичното образование* за пациенти е предназначено да им помага да придобият или поддържат уменията, които са им необходими за оптимално управление и живот с хронично заболяване. (162). Редица фактори допринасят за появата и развитието на терапевтичното образование за пациенти:

- Увеличеният брой на пациенти страдащи от хронични заболявания в развитите страни;
- Лечението на хроничните заболявания изисква различна стратегия от лечението на острите заболявания – лечението не е възможно да стане бързо, целта е да се поддържа задоволително здраве в дългосрочен план и да се избегнат усложнения при болестта чрез подобряване на качеството на живот;
- Насърчаване на личното участие на пациентите при избора на терапевтична стратегия и в управлението на тяхното заболяване;

- Участието на болногледачи и здравни асистенти в грижите за хронично болни, често ги поставя в трудни ситуации.(139)

Науката за полагане на грижи е древна, неотделима част от медицината, но тя има своите традиции и иновации, с които всеки млад специалист е необходимо да се запознае, за да израстне отговорен и самоуверен, със стремеж за полагане на качествени грижи, спазване на морално-етични норми на поведение и конфиденциалност на информацията.

Обучението на пациентите се осъществява от медицинските сестри в цялостния процес на тяхната хоспитализация – от момента на приемането им в отделението, до тяхното изписване. Мястото и ролята на медицинската сестра е съществена при този процес на обучение, защото информираният и обучен пациент е способен да взема адекватни здравни решения и активно да участва в своя лечебен процес.

Участието на медицинските сестри в обучението на пациентите е част от професионалните им задължения и тяхна основна сестринска функция.

Уменията да се обучават деца и възрастни със здравословни проблеми са специфични и изискват специална подготовка, за да се отговори на непрекъснато променящите се здравни и социални потребности на пациентите.

Появата и развитието на обучението се свързва с развитието на обществото и необходимостта от предаване и възпроизводство на натрупания социален и духовен човешки опит и подготовка на младото поколение.

Обучението има вечна функция и перманентен характер. То е динамично явление, защото е свързано с обществено-историческото развитие и с конкретните потребности на дадено общество и икономическата му същност.(121,23)

Обучението определя в голяма степен развитието на индивида. То дава не само информация, неговата най-голяма роля е развиващото и формиращо въздействие върху личността; обогатяването с нравствени идеи и норми, с естетически схващания и културни ценности. Обучението съдейства активно за развитие на култура и начин на творческа дейност. Формира ценности и мироглед. Така че неговите функции – информационна, развиваща и възпитателна, са в тясно единство и взаимодействие помежду си, осъществявайки пълноценното изграждане на личността. (121,24)

Обучението е неразривно свързано с *възпитанието.*

Обучаемост е индивидуален показател на бързината и качеството на усвояване от човека на знания, умения и навици в процеса на обучението. (121,27)

В резултат на обучението и възпитанието остават нарасналите възможности на човека, изразяващи неговата цялостна личност, познавателна дейност, компетенции, обученост, социален статус, поведение, културни интереси и занимания. (121,29)

Чрез обучението се добавят системни знания и различни умения, но образованието не е сбор от знания, то е и основа на психологическа готовност на човека към непрекъснато натрупване на знания, тяхната преработка и усъвършенстване.(121,30)

За да сме сигурни, че обучението на пациента и/или близките му е полезно, трябва да познаваме и да се съобразим със следните фактори:

- изходните знания, които притежава пациентът;
- мнението или отношението на човека към това, което му е необходимо да знае и впоследствие да промени;
- миналия опит на човека. (75,55)

За да е резултатно обучението на пациентите и членовете на техните семейства трябва да се спазват определени условия, като:

- определена, ясна цел и мотивация за получаване на знания;
- доброжелателно отношение на сестрата към обучаваните;
- създаване на асоциативна връзка между новата информация и миналия опит и знания;
- задължителна практическа приложимост на новите знания. (75,56)

Пациентите могат да бъдат деца или възрастни. При децата трябва да се спазват правилата регламентирани от педагогиката. При обучението на възрастните има специфични особености, които се регламентират от дял на същата наука наречен андрагогия (наука за обучение на възрастните).

Особеностите на възрастния – учащ според Нотингамската андрагогическа група са:

- Хората са социални същества,

- Възрастният мисли, учи и критично разсъждава,

- Развитието на възрастния се отличава от това на детето и юношата по потенциалните възможности за развитие по посока на качествената промяна на мисленето, чувствата и като цяло - на личността през етапите на зрелостта,

- Цялостното развитие на възрастния се засилва от творческото и критично мислене, което е за предпочитане от безкритичното възприемане на чужди мисли,

- Творческото и критично мислене се развиват в по-голяма степен чрез комбинирането на групово с индивидуалното (самоуправлявано) учене,
- Основен елемент на ефективното учене е продължаващата реинтеграция на познавателното с емоционалното,
- Познавателното може да се разглежда като отворена, и като затворена система. В една отворена система може да се добавят много знания и критични съждения, които водят до промяна и развитие на личността. Но дори да го разглеждаме като затворена система, нещо от вече усвоеното знание може да се използва при решаването на нови проблеми или за създаването на нова система от знания,
- Ученето включва: мислене, откриване, задаване на въпроси, критично разсъждаване, творчески отговори,
- Образованието не се отнася единствено до предаването на знания и опит, а по-скоро до селекцията, синтеза, откривателството и диалога. (30,133-136)

Съобразяването с тези основни положения означава да се признае, че целта на андрагогическия подход и на андрагогическия процес е гарантиране на възможността възрастният сам да бъде създател на собственото си мислене и чувства.(30,136)

Това означава на практика обучаващ и обучител да договорят целите, процедурите, учебния план, методите и средствата на обучение, критериите и вида на оценяване.

Не трябва да се забравя, че преподавателят/медицински специалист има точно толкова потребност да учи, колкото и останалите членове на групата и той се възприема, като улесняващ учебната дейност. (30,137)

Същността на обучението се изразява в процесите на учене и преподаване. Това е симбиоза от две основни дейности – тази на учителя/ преподавателя и тази на учащия. Двата процеса са многомерни и се изучават от педагогически, психологически, социален и технологичен аспект в тяхната цялост.(121,66)

За да обобщим трябва да кажем, че учителят/ преподавател в своята професионална дейност трябва да изпълни сложен комплекс от последователни стъпки:

- да поднесе информация и знания;
- да постави цел;
- да мотивира учащите;
- да събуди интереса им и предизвика познавателна активност;
- да подпомогне планирането на дейността учене и подбора на средства за нейното реализиране;

- да контролира изпълнението на учебните задачи и при нужда да внася корекции;
- да оцени дейността на учениците и резултатите до които са достигнали.

Ученето е другата основна дейност на обучението и е индивидуален познавателен процес, който в естествената среда се извършва стихийно. Благодарение на тази дейност човек усвоява обществено-историческия и социален опит във вид на знания, умения, поведение и др.

Обект на ученето са всички явления от заобикалящата ни среда – а това значи всички науки и социални явления. Самият акт на учене от физиологична гледна точка е сложен процес на създаване на временни нервни връзки и стереотипи. От позицията на психологията е познавателен процес, включващ перцептивни, когнитивни, мнемически, емоционално- волеви, мотивационни, двигателни и др. компоненти. Ученето е обект на изследване от социологията, кибернетиката, хигиената и др. науки. (121,71-72)

Тези твърдения са в сила и когато даден индивид има заболяване, особено ако е хронично. Хроничното заболяване е за дълъг период от време, а понякога и за цял живот. Всяка нова житейска ситуация налага да се придобият нови знания и умения, както за болния така и за хората, които живеят с него, което налага да се учи. Всеки хронично болен и близките му трябва да се научат на много и различни неща, като:

- знания за самото заболяване - етиологията, диагнозата; клинична картина;
- за лечението за заболяването;
- за диететика;
- двигателна активност;
- използване на помощни средства;
- справяне с ежедневните задължения;
- рехабилитация;
- ресоциализация;
- приемане на променените семейни връзки и задължения;
- профилактика на усложнения;
- обучение за самоконтрол доведен до селфмениджмънт;
- и др.

Според Наталия Маринова „Да бъдеш хронично болен звучи почти като доживотна присъда и много често страдащите от хронични заболявания се чувстват

именно така – като осъдени да страдат и да влачат със себе си болестта, като тежък и неизбежен товар.... Трудно е да приемеш, че вчера си бил един, а утре друг, защото на практика не знаеш кой е този друг – той се явява непознат, с който искаш или не, трябва да се примириш.... *Понякога човек не подозира на какво е способен*, докато животът не го изправи пред изпитание и не му отнеме нещо, което винаги е имал." Терапевтичното обучението е това нещо, което може да помогне на хронично болния да намери новата си същност, да излезе от депресията, изолацията и самосъжалението. Да стане отново господар на живота си.(162,m)

Икономическите предпоставки определят като важен приоритет развитието на човешкия фактор, което става чрез образованието:

- Учене, свързано със знанието и разбирането – обединява една широка обща култура със задълбочено усвояване на конкретни умения.
- Учене, свързано с конкретна дейност – това е усвояване на професионална квалификация, придобиване на компетентност за справяне в различни ситуации и за работа в екип.
- Учене, насочено към формиране на умения за пълноценно съжителство и разбирателство с другите, за реализиране на съвместни проекти, управление и справяне с конфликти и т.н.
- Учене, за оцеляване и персонално развитие – за формиране на умения и способности за самостоятелно действие, поемане на лична отговорност. За целта обучението трябва да се съобразява с индивидуалните особености на личността; памет, мислене, естетически чувства, физически качества, способност за общуване и пр.(30;21-22)

Когато се организира обучение на възрастни, задача на обучителя е да подготви учащите сами да вземат решения относно собственото си учене, да поемат отговорност, да търсят и генерират нови идеи. Това е възможно, когато получим отговор на следните въпроси: какво преподаваме? как преподаваме?, кой преподава?, кого обучаваме?, как се осъществява учебният процес?, как оценяваме?(30,313-314)

Медицинската сестра в ролята на обучител/възпитател е необходимо да познава и владее принципите и методите на педагогиката и андрагогията, за да е успешен обучител на хронично болните и техните семейства.

Постигането на резултат в учебната дейност е свързано с наличието или допълнителното развитие на уменията за учене, това са тези пътища, по които учащите могат да стигнат по-висока ефективност в дейността учене. Възрастните учащи трябва

да могат, или да бъдат научени да определят собствените си приоритети, реални и изпълними цели и задачи, да си изработват собствена стратегия за учене и мнение по отношение на изучавания материал и нови идеи. (30,314)

Здравното възпитание не е насочено само към децата, но и към родителите, респективно към близките на хронично болните.. Съвременните изследвания основаващи се на биопсихосоциалния подход, налага да се разгледа ролята на биологическите, психологическите и социокултурните фактори, които участват в генезата на соматичните заболявания, а така също, според Доманецкая Л.В., да определи и техните сложни взаимодействия. Според авторите често боледуващите деца имат особена социална ситуация на развитие, която може да се определи като ограничаваща.(139) Често боледуващите деца имат редица особености, които ги правят трудно приспособими и са резултат на рецидивите на болестта, например много висока зависимост от възрастните, високи нива на тревожност, психологическа инфантилност, трудности при общуването.(142,3)Тук е мястото на медицинската сестра да насочи правилно процеса и да предвиди последствията.

Особено място в здравното възпитание заема **индивидуалната работа** – всеки според собствените си интереси да може да получи необходимата му информация конфиденциално. Отговор ще се търси в поведението на родителите, в знанията на учителите, в масмедиите, при хората с подобно на нашето или същото заболяване или на улицата. Затова как ще възпитаме децата си сме отговорни всички като цяло, като общество. Не само какво говорим, но и какво послание изпращаме с поведението си. (134, 2)

Мотивът е вътрешния подбудител, източник на дейността на човека. **Убежденията** са причина за позитивно или негативно отношение, което оформя поведенчески намерения и те се реализират като поведенчески реакции. Мотивите за правилно или не - здравно поведение могат да бъдат: Мотиви от психо-физиологично естество, от социално -психическо, естетическо, морално - чувство за дълг, съвест, хуманност, от икономическо естество и здравно- рационално естество.

Формирането на мотиви и здравна култура на населението и отделния индивид е свързано с педагогически процеси, като здравно възпитание и здравна просвета. Двата процеса трябва да се осъществяват от хора с добра медицинска и педагогическа подготовка. Здравното обучение и възпитание са с продължителност през целия вивот - от малкото дете до дълбока старост.

Съществуват различни програми, в които основна роля играят така наречените "медицински сестри-обучители" (Испания). Медицинската сестра е в постоянен контакт със своите пациенти (малки или големи) и техните близки. Те следват образователна програма, която е адаптирана към възрастта и степента на зрялост на пациентите. На пациентите се дават определени отговорности, вземайки предвид дали могат да се справят с тях или не. Основната цел на сестрата- обучител е да дари семействата с инструментите, нужни за да се справят с болестта. Колкото повече пораства детето, то се научава самó да борави с тези инструменти. Медицинската сестра- обучителка казва: "Да обучаваш не е само да информираш, но и да следиш еволюцията на пациента и да се увериш, че той наистина е придобил и затвърдил новите знания". Функцията на тези сестри е много важна, тъй като децата/възрастни трябва да се научат да живеят самостоятелно със своята болест, без да са зависими от други хора. Родителите/ близки от своя страна са много доволни от медицинските сестри-обучители, тъй като чрез тях те придобиват смелост и увереност да се справят с предизвикателствата на болестта. Те изтъкват като голямо предимство факта, че всеки път, когато възникне въпрос или притеснение, те могат да се свържат със своята сестра обучител по телефона, емайл или дори по WhatsApp. Това, че медицинската сестра е на разположение по всяко време, носи спокойствие у родителите на малките пациенти.(159)

Училище за диабетици бе създадено в България през 1998 г. по българо-датски проект на фармацевтичната компания “Ново нордиск”, който продължи три години. Сега функционират различни обучителни програми, които са разработени и се прилагат от специалисти към лечебни заведения, от пациентски организации и неправителствени такива. Съществуват различни писмени материали, които ползвателите могат да получат при интерес и нужда. Вече широко се използва и възможностите на интернет общуването. За обучението по електронен път би могло да се изработят правила и да има гаранция за достоверност и качество на предлаганите съвети. Част от обучението на клиентите/ползватели трябва да е „критичност” към предлаганата информация. За да се избегне намесата на некомпетентни личности и „самозванци” да определят поведението на ползвателите и да ги лишават от навременни и правилни действия за лечение.

Все още обаче новата образователна парадигма за обучение на пациентите, не се познава добре от медицинските сестри и това се отразява върху ефективността на самия процес.

Оценяването на нивото на знания и очакванията на пациента, както и компетенциите на сестрите не може да се разглежда като унифициран процес и се налага убеждението, че са необходими съвместни усилия както на администрацията на здравните заведения, преките ръководители и самите медицински сестри, така и на институциите, осигуряващи система от непрекъснато образование (СДО), така и на отделната личност да се усъвършенства.

И все пак в каквато и роля да е поставен здравният специалист водещи трябва да си останат **принципите на човешките взаимоотношения.** За да може да обучават ефективно медицинските сестри, трябва да познават и се подчиняват не само на педагогическите, но и на принципите на човешките взаимоотношения формулирани най-ясно от Хербанс Бхола:

1. Имай добри намерения – това включва и готовност за работа и с бедните, непривилигированите и слабите;
2. Уважавай хората, на които служиш и с които работиш, техните чувства и идеи;
3. Работи върху изграждането на групата всеки ден – като всеки ден се планират дейности, отнасящи се до формирането и поддържането на групата;
4. Показвай съчувствие (съпреживявай);
5. Не предопределяй;
6. Не упражнявай насилие над учащите под никаква форма;
7. Не се надсмивай никога над учащите;
8. Подчертавай положителното;
9. Помагай на учащите да водят преговори в ситуации на неразбиране, недоразумения и конфликти;
10. Укрепвай, подхранвай и изграждай – като помага на своите учащи да напредват учителя помага на самия себе си;
11. Работи за взаимодействието и обвързването между членовете на групата, в подкрепа на приятелството и сплотяването, както между членовете на едно голямо семейство;
12. Изграждай солидарността на групата;
13. Учи и стимулирай другите да изучават и да развиват умения за човешко общуване;
14. Искай от другите да оценяват твоите умения за общуване. (30;370-372)

1.5. Документация при грижи за хронично болни в домашна среда

Документирането на извършения труд е задължително условие при полагане на здравни грижи, затова всеки специалист е необходимо да познава и попълва ясно и точно **медицинската документация.** Всяка схема на лечение има следните основни момента:

1. Диагностични мероприятия;
2. Медикаментозно лечение;
3. Диетичен режим;
4. Двигателен режим;
5. Рехабилитация и физиотерапия;
6. Лична хигиена;
7. Здравно възпитание и закалителни процедури;
8. Хигиена на околната среда.

За всяка точка от лечебния процес има специалист, който е отговорен за правилното протичане на процеса. В *таблица 3* схематично са показани етапите и специалистите отговорни за протичането им.

таблица 3 **Схема на лечение и специалисти отговорни за етапа**

N	мероприятия	специалист	План на дейности
1	диагностични мероприятия	Лекар, лаборант, Медицинска сестра	
2	медикаментозно лечение	Лекар, медицинска сестра	
3	диетичен режим	Лекар, медицинска сестра	
4	двигателен режим	Лекар, рехабилитатор,	
5	рехабилитация и физиотерапия	Рехабилитатор, Медицинска сестра	
6	здравно възпитание и закалителни процедури	Лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, социален работник	
7	лична хигиена	Медицинска сестра	
8	хигиена на околната среда	Медицинска сестра	

Основно изискване, за да е работеща и ефективна тази схема е да е съобразена с индивидуалните особености.

Според Мухина **Сестрински процес** означава последователна смяна на действията, извършвани от сестрата по отношение на пациента с цел предотвратяване,

облекчаване, намаляване и свеждане до минимум на възникващите у него проблеми и трудности.(75)

Разглеждайки сестринският процес като основа в работата на специалиста, съставеното досие ще съдържа следните части:

Първо- Лист за оценка – там са описани личните данни на пациента, историята на заболяването, наблюдение на моментното състояние, лекарства, алергии, диаграма на приетите и отделени течности и др.(*таблица 4)*

Таблица 4: **ОЦЕНКА НА СЪСТОЯНИЕТО НА БОЛНИЯ**

Име.....Презиме.....Фамилия.....

Критерии за наблюдение	Дата час	Дата час	Дата час	Дата час	Дата час	Дата час	Дата час	Дата час	Дата час
Оценка на самочувствието									
Адекватно поведение									
Адекватно (+)									
Неадекватно (-)									
Оценка на психическото състояние (изпълнение на команди(-),(+)									

източник 13

Второ – Оценка условията на живот съобразно променените нужди от заболяването с цел да се обсъдят с пациента и близките му подобрения, които ще улеснят грижите.

- Избор на стая в къщата - близост до баня, тоалетна, кухня;
- Подредба на стаята: Място на леглото, да е достъпно от три страни и т.н

• Самото легло да е достатъчно високо и удобно; Осветеност; Възможност за аериране; Помощна масичка за хранене; Шкафче за пособия и прибори на болния; Звънец при нужда от помощ (или уоки-токи); Телевизор, радио, телефон; Поставка за вестник – да чете в леглото; Поставяне на допълнителни помощни средства - като въже с което да се подпомага ставането;подпора за гърба, за да седне в леглото и много други; Осигуряване на безопасно предвижване из къщата –преминаване на прагове, стълби премахване на килими; Осигуряване на стол за посетител и т.н.

Трето –събиране и интерпретация на получените данни – прави се оценка на нуждите по Вержиния Хендерсън. Това е определяне на проблема – да се определи приоритета и да се планират дейности за постигане на определени цели. Целта трябва да е специфична, измерима, постижима, реалистична и ориентирана във времето. Данните може да бъдат разположени в табличен или друг вид, като се регистрира дата и час на направеното измерване или изследване. Например: необходимо е г-н С. да следи артериалното налягане на всеки три часа. Най-опростената форма на нанасяне на данните може да изглежда като *таблица 5.* Подписът е на лицето извършило изследването, това може да е лекуващият лекар, медицинската сестра, рехабилитаторът, обучен близък или самият пациент ако се обучи да работи с електронен апарат.

Таблица 5 **Документиране на измерване на артериално налягане**

на .. …….....(име)..... възраст ……..Проблем **.....**

дата	час	стойност	Подпис
23.10.2013	6.00 9.00 12.00 15.00 18.00 21.00 24.00		
24.10.			

източник 13

Точното попълване на медицинската документация, доброто съхранение подпомага да се съхрани хуманното отношение към пациентите / клиентите. Старателното и подробно попълване на документацията подобрява комуникацията и с

други немедицински специалисти като социален работник, специален педагог, родните и т.н.

Правилно и вярно попълнени данни може да послужат на здравни инспектори, или други разследващи органи при оплакване за нарушено качество на полаганите грижи. Документацията може да докаже професионализмът на квалифицираната медицинска сестра.

В съвременната медицина, здравното досие може да се попълва както на стандартния хартиен носител, така и на електронен. Това улеснява комуникацията, като прави незначителни фактори като разстояние и време.Добре попълнената документация може да е достъпна до специалисти намиращи се на хиляди километра разстояние и съветът им да е навременен и животоспасяващ.

В Закона за Здравето (ЗЗ) и други нормативни актове е рагламентирано, че всички дейности извършвани с пациента в домът му или в болнично заведение е необходимо да бъдат документирани качествено и количествено в специални учетни форми. Документите за записване са еднакви и задължителни за всички лечебни заведения. (ЗЗ; чл.27). Точното и внимателно водене на документацията е основно задължение на медицинската сестра. В болничната среда тя е подробна и в някои случаи се дублира за сигурност. При работата си здравните специалисти имат възможност да изработят модел на документ, който след като бъде обсъден от колектива и ръководството може да се въведе в употреба. Тогава значението на документа ще има местно значение, само за това здравно заведение, тази клиника или отделение.

Работата в Първичната медицинска помощ също се регистрира по утвърдени от номенклатурата документи. Но работата в дома на пациента не е възможно и няма къде да се отбележи какво трябва да се направи, как и кой трябва или кой и кога го е направил. По този начин няма пряка комуникация между членовете на екипа полагащ домашни грижи, не е известно какъв е планът за действие, липсва възможност за контрол и оценка, не се взема под внимание мнението на клиента/ползвател на грижи.

Личната амбулаторна карта (ЛАК) е документът, в който се съдържат данни за амбулаторните наблюдения, изследвания и лечение; необходима е на лекуващия лекар и работещия с него медицински екип за справки и съхранение на информацията относно лечение, изследвания, предприети действия и резултатите им.

В съдържанието на медицинската документация да се намери информация относно:

- пълно описание на оценката за състоянието на пациента;

- изготвен план за провеждане на грижи в съответствие с назначенията на лекуващия лекар и другите специалисти;
- вида и количеството информация дадена на пациента и близките му в отговор на техните нужди;
- запис на предприетите разумни стъпки за провеждане на лечението (това е етап от сестринския процес);
- запис на разпорежданията, които сте направили за продължаващо лечение и грижи.

Личната амбулаторна карта (ЛАК) е документ с ограничено място за попълване; това налага медицинската сестра и другите специалисти работещи в екип за амбулаторно лечение и грижи за хронично болни да използват документи, които да удовлетворяват нуждите за регистрация на дейностите и манипулациите и резултатите от наблюдението и грижите за пациента/ клиента. (103)

Всеки един документ трябва да има паспортна част – това са лични данни за пациента като име, възраст, местоживеене.

От години в областта на обучението се използва „Портфолио". Това е папка с документи. Опитът на училището може да се изследва и да бъде адаптиран към нуждите на сестринския процес и работата в домашна среда. Използването на портфолио ще даде възможност на прозрачни действия, ясна комуникация, контрол на специалистите и на пациента, подобряване на екипната работа и намаляване на конфликтите в екипа, коректно финансово покритие на положения труд – по часове и по дейности. В портфолиото ще има място за изработените планове за лечение; за обучение; за физическа рехабилитация; и т.н. и не на последно място за личното отношение на пациента към целия процес и към работата с всеки специалист. Това ще е добър начин да се изработи техника за мотивация, която да премине към самомотивация. Ясно определените правила и стъпки на обучение ще подготвят клиента/ ползвател към самообучение и тогава ще е възможно да се постигнат принципите на селф-мениджмънта и третичната профилактика; ресоциализацията на пациента, ще е реалност.

За създаване на портфолио за лечение на дете, медицинската сестра трябва да подготви примерно такова, като се съобрази със задължителните елементи на структурата му, които са (по Гюрова, 29):

заглавна страница - имената на детето и родителите /или поне единия от тях - този, който ще води папката, диагнозата, номера и дата на решението от ТЕЛК (ако има

Таблица 6 **Сравнителен анализ на портфолио в учебния и лечебен процеси**
(адаптирано по Гюрова, Божилова, 2008; стр. 17-28)

N	**Необходимост при** **Учебен процес по Гюрова;17-22**	**Необходимост при** **Лечебен процес**
1	• за да се улесни учебната работа, да се покаже триединството на теория, упражнение, практика;	Да се улесни лечебната работа, да се покаже единство на теория, план и действие в практиката
2	• да се повиши качеството и ефективността на обучението и ученето	Да се повиши качеството и ефективността на здравното обучение и учене
3	• да се осигури непрекъснатост на учебния процес;	Да осигури непрекъснатост на процеса, независимо кой специалист се грижи за детето. Дали е в болница или е у дома си.
4	• да се осъществи оценка на качествата на участниците в учебния процес – преподавател за компетентност и опит, а студента за старание, мотивираност и прогрес;	Да се осъществи оценка на качествата на участниците в процеса – здравните специалисти за компетентност и опит, а пациента и близките му за старание и мотивираност
5	• да се избегне субективизъм при оценяването;	Да се избегне субективизъм при оценяването;
6	• да се приложи индивидуален подход;	Да се приложи индивидуален подход
7	• за формиране на умения за самооценка у преподавателя и студента;	За формиране на умения за самооценка у специалиста и пациента;
8	• за формиране на умения за самоконтрол в процеса на усвояване на материала;	За формиране на умения за самоконтрол в процеса на лечение
9	• да се развива критично мислене;	Да се развива критично мислене;
10	• за да повишава самочувствието и самоувереността в собствените възможности и усещането за успех	За да повишава самочувствието и самоувереността в собствените възможности и усещането за успех

такова), телефони за спешна помощ – на личния лекар, на специалиста в болницата и др. ;

- **извадки от програмата** – тук трябва да се съхранят и регистрират резултатите от всички направени изследвания. Да има лист или календар, за да се отбелязват предстоящи (планувани такива);

- **учебни материали** – в този раздел трябва да се съхраняват, по хронология, всички епикризи от болнично лечение, изписани рецепти от личен лекар или друг специалист, доза и начин на приложение, продължителност на прилагане, трябва да се предвиди място, където родителят да отбележи очаквания и реален ефект от медикаментозното лечение. Тук може да се приложат изработен план, съвместно от майката на детето и медицинската сестра или друг специалист – за определен етап от лечението. Например: план и алгоритъм за правене на инхалация, план за двигателен режим на детето: видове упражнения, брой и техника на извършване, тежест на натоварване. План може да има и за храненето и видовете разрешени храни.Трябва да се предвиди място за плана, който е валиден и по който ще се работи, а той може да е повече от един, затова всеки, по който се работи да е лесно достъпен (в отделен джоб например или на стената в определено помещение), а тези, които вече не са действащи да се поставят в архив.

Тука може да се изработи съвместно с родителите списък на всички игри подходящи за двигателния режим на детето.

- различни **форми на оценяване на материалите** – в този раздел може всеки да изрази личното си мнение, емоциите и чувствата, които е изпитал или с които не е успял да се справи. Изразните средства за родителите, по всяка вероятност, ще са вербални, а децата могат да нарисуват картина за всеки етап от лечението, за всеки специалист, с който работят (хубаво е на гърба на картините да има дата). Тук може да има писмено мнение на лекуващия лекар и друг здравен специалист за процеса на лечение и способността на пациента да се справи с него.
- **дневник на процеса на обучение** – Когато детето има хронично заболяване, воденето на дневник може да подпомогне откриване на причините, които отключват поредния пристъп. Воденето на дневник е целенасочено и в началото специалистът може да подпомогне родителите какво да наблюдават, какво да записват, колко подробно да го записват. С времето родителите ще стават по – уверени и ще се справят без чужда помощ. (29,96)

Събирането и подреждането на документацията в портфолио, дава увереност на родителите, че държат нещата под контрол, намалява тревожността им и ги подпомага, когато специалистът е далече и те трябва да са сами с поредната криза.

Създаденото портфолио на болното дете може да служи като коректив на професионално поведение и комуникация.

Медицинският специалист, в частност медицинската сестра трябва да подпомогне близките да определят променените си приоритети, да получат необходимата информация и да придобият съответни умения, за да се справят с възникналите трудности и най-безболезнено да се разрешат новите проблеми, без да се чувства ощетен никой член от семейството, а и болният да не се чувства изолиран или непълноценен.

Изработеното портфолио за дете може да послужи като основа за изработване на подобна папка с документи за всеки пациент/ ползвател на услуги. Общи ще са само отделните части, но съдържанието ще е строго индивидуално, съобразно възрастови особености, стадий на заболяване, препоръки на специалистите и много други показатели.

Домашните грижи за болния са обслужващи дейности, които обхващат целият му живот. Център на работата на медицинската сестра е самия болен, и променениият му начин на живот.

Портфолиото на болния има следните задачи и цел:

- служи за оценяване на индивидуалните нужди;
- „онагледява" важни постижения на детето/възрастният и родителите/близките в лечебния процес (служи като досие на заболяването му);
- служи за оценяване на комуникативните умения на здравните специалисти участващи в лечебния екип.

Различаваме обективна (обществена) и субективна (личностна) здравна култура. В системата на социалните отношения субективната здравна култура се проявява в следните насоки:

1.Отношение на индивида към собствения му стил на живот;

2.Отношение на индивида към здравето на околните – семейство, колеги и др.;

3.Отношение на индивида към собственото му заболяване – напр. търсене на лекар, самолечение, безразличие;

4.Отношение на социалната група към здравето на индивида;

5.Отношение на индивида към дейността на здравната служба;

6.Отношение на индивида към хигиената на окръжаващата го жизнена среда. (73,76)

Когато личността сама на себе си поставя и реализира възпитателни цели се явява субект и обект на процеса на възпитание и този процес се нарича **самовъзпитание**. Самообразованието и самовъзпитанието се изразяват чрез

самоизменение, самоусъвършенстване по лична инициатива и индивидуален жизнен план. (73,22)

Изработването на портфолио ще мотивира болният – дете или възрастен, и близките им за самовъзпитание и самоконтрол.

Информационно осигуряване

Функционирането на АППМП е свързано с редица повтарящи се дейности, голяма част от които могат да бъдат подпомогнати от използването на съвременни информационни системи и софтуерни програми като ”Хипократ”, “Данина” и др.

Създаването и ползването на електронно медицинско досие на пациента има редица предимства пред хартиените носители на амбулаторните листи. Вече се апробира и за първи път в България използването на т.нар. електронна здравна карта, която ще замести личната амбулаторна карта като хартиен носител. Електронните медицински програми позволяват бърз достъп до информация от предходни прегледи и консултации на пациента, проведени параклинични изследвания и др. Тази информация може да се натрупва, обработва, да се “складира” под формата на информационен масив. Софтуерните програми улесняват профилактичната дейност и контрола върху нея както и категорично намаляват времето за попълване на медицинската документация. Л.Деспотова-Толева /2006/ представя интересни решения относно клиничните и неклинични аспекти от работата на ОПЛ в условията на електронното здравеопазване с акцент върху електронното пациентско досие и медицинските информационни системи. Въпреки този напредък информационно-документалните проблеми в медицинската практика винаги ще съществуват. Фактите свързани с цитираните преди това данни от проучвания красноречиво говорят, че ОПЛ и медицинската сестра отделят значителна част от вниманието си и работното си време за попълване на документация на пациента. Стига се до абсурда, че екипа на ОПЛ се “грижи за документа” повече, отколкото се грижи за пациента. Както посочва П.Цонов/ 2001/ стратегическата цел на добрата информационна система се състои най-вече в създаване и управление на необходимите за медицинската практика регистри и здравни досиета. Това трябва да става на основата на цялостна концепция и прилагане на информационни стандарти и процедури, които позволяват:

_ точна и трайна регистрация на данните

_ рационална обработка и съхранение

_ създаване на кабинетни картотеки и регистри

_ надежден и бърз достъп до данните

_ сигурност и неприкосновеност от неправомерен достъп

_ условия за мониториране и одит на документалните масиви

_ обучение по процедури за опазване правата на пациента

Документацията, с която работи ОПЛ е визирана в чл.117 и чл.118 от НРД 2005 и изчерпателно надхвърля над 40 документа. Същата в момента се води и на хартиен и на електронен носител. (103, 45,46)

1.6. Етика в работата на медицинската сестра при грижи за хронично болни в домашна среда

По своята същност здравните грижи включват взаимоотношения между пациента, лекаря и медицинската сестра, които се инициират в момента, когато той потърси медицинска помощ . Пациентът възприема заболяването си като ограничение, което му пречи да води нормалния си начин на живот. Лекарят и медицинската сестра използват своите знания и умения, за да подобрят състоянието му. По този начин в основата на техните взаимоотношения се поставя техния морален ангажимент да помогнат на пациента, да извършат добро.

В условията на ПМП акцентът на сестринските грижи в момента се измества от преките грижи за пациента и неговото семейство, и се насочва най- вече към грижи около неговата медицинска документация. Редица изследвания сочат, че общопрактикуващият лекар и медицинската сестра извършват понастоящем своята дейност най-вече съобразно изискванията на НЗОК и в по-малка степен към конкретните потребности, очаквания и нужди на пациента и семейството. Тенденцията към редуциране на времето за общуване с пациента по време на прегледа намалява възможностите за диалог между него и медицинския екип, и оказва влияние върху процеса на вземане на решения, отнасящи се до лечение и грижи. За недопускането на етични грешки при вземане на решения в конкретни ситуации се създават етични правила и се разработват и прилагат в медицинската практика етични кодекси на лекаря и медицинската сестра. Етичните указания в тях се стремят да опишат идеала на съответната професионална група (16,20,35,38)

Тенденциите за застаряване на населението у нас, както и в Европа увеличават дела на хроничните и дегенеративни заболявания, при които болката и увреждания пречат на нормалния начин на живот. Пациентите се нуждаят от грижи, разбиране и добро лечение. Техните очаквания са насочени към лекаря и медицинската сестра в извън болничната помощ, които са определени и призвани да им ги осигурят. За целта е необходим нов подход към системата от ценности на пациента – самоопределяне, самостоятелно вземане на решения за това дали иска да живее и как да живее с болестта си, както и риска, който би желал да поеме за собствения си живот. В наши дни медицинската сестра може да срещне пациенти, достатъчно самостоятелни и информирани за здравето и живота си, които имат желание и право за собствено мнение при решаване на техния здравен проблем.

Пелегрино (Pellegrino, 1982) определя четири значения на грижите за пациента в професиите на лекаря и медицинската сестра:

- съчувствие и състрадание към болния човек от медицинската сестра;
- медицинската сестра да направи за болния човек това, което той поради състоянието си не може, не знае или не бива да извърши сам;
- лекарят поема отговорност за лечението на здравния проблем;
-лекарят извършва своята професионална дейност в името на доброто на пациента.(19,20)

Етичната страна на здравните грижи според този автор се проявява в това, че професионално се работи за доброто на пациента и членовете на здравния екип са морално отговорни да допринесат добро на пациента, т.е. да го излекуват. Медицинските грижи са в основата на лечението, докато съчувствието и непосредствената помощ за пациента са предмет на обгрижването, извършвано от медицинската сестра (19,20).

За да бъде разбран процесът на вземане на решения в здравеопазването е необходим задълбочен анализ на ситуацията, в която се взема всяко решение. Особено внимание в случая заслужават такива фактори, като: ограничения за изява на индивида, ясни и значими норми за добродетелност, наличие на наблюдатели в хода на вземане на решението, минали и настоящи стимули за етична активност. Всички фактори оказват влияние върху моралната мотивация на човека, но най-голям ефект върху решението те имат в момента на личностната изява.

Тези анализи според С. Попова ни подпомагат в обособяването на някои възлови моменти, а именно:

- етичното познание е средство за саморегулиране и ключ за постигане на добродетелност в поведението на лекаря и медицинската сестра;
- от съществено значение е моралната ориентация на лекаря и медицинската сестра в случаи, в които те вземат позиция какво е добро, ценно или трябва да бъде направено;
- акцентирането на етичния процес, а не на готовите отговори фокусират върху комплексността на етичните решения.

Интересът към човешкото начало в процеса на медицинските решения е израз на факта, че в новите социални условия не е възможно пренасянето на стари шаблони и стереотипи.(103)

Процесът на вземане на здравни решения в условията на извънболничната практика, изисква задълбочен анализ и познаване на редица фактори, които му влияят. Тук може да се отбележат фактори като:

- ограничения на свободната изява на волята на пациента;
- присъствие на свидетели при вземане на решение;
- минали и настоящи външни стимули за етично поведение;
- определени норми за добродетелност.

Изброените фактори повлияват моралната мотивация на човека. Висока нравственост се очаква от хората, които имат изградени схващания, но и самостоятелност и активност при необходимост от поемане на отговорност.

Здравната дейност на медицинската сестра в дома, пречупва моралното пространство и е от значение нейната ценностна ориентация при вземане на решения в контекста на етичните принципи.

Познанията по етика на семейния лекар и медицинска сестра служат като фундамент за постигане на добродетелност в поведението им и саморегулиране на професионалното поведение.

Промяната на съвременния живот е такава, че личностните качества на човека се проявяват не покрай професионалната му дейност, а преди всичко в нея и чрез нея. Отговорността за етичните решения се определя от прилаганите подходи за решаване на моралните дилеми.

От казаното до тук можем да заключим, че в областта на семейното здраве работят медицински специалисти, чиято дейност се вписва в модела за етично поведение в медицината.

Етичното поведение е важна част и от практиката на медицинската сестра, поради което значението на етиката при оказване на грижи за болните все повече нараства.

Благодарение на усилията на специалистите и добрата воля на политиците в България са приети два професионални етични кодекса. През 2000 година със заповед на Министъра на здравеопазването бе одобрен Кодексът на професионалната етика за медици - обн., ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.

В Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти - Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г(последно изм. ДВ. бр.101 от 28 Декември 2010) в Чл. 19 (1) се регламентира работата на Комисията

по професионална етика на БАПЗГ, която се състои от председател и членове. Броят на членовете се определя с устава на организацията.

(2) Заседанията на комисията по ал. 1 са закрити. Комисията се произнася по въпроси, свързани с професионално-медицински, морално-етични и деонтологични норми, възникнали при упражняването на професиите.

Етични отношения между медицинската сестра, пациента и неговите близки:

∗ Като осигуряващи грижи в дома, медицинските сестри са преди всичко заинтересовани от посрещането и удовлетворяването на нуждите на хората като био-психо-социални и интелектуални личности.

∗ Медицинската сестра трябва да използва всички научни и професионални познания, умения, опит и квалификация в полза на пациентите относно превенция и лечение на болести, рехабилитация и облекчаване на болката без да компрометира собствената си научна и професионална независимост.

∗ Задължение на медицинската сестра е да се грижи за пациента като създава лечебна среда, която подобрява колкото е възможно повече физическото и психо-социалното му състояние.

∗ При изпълнение на задълженията си медицинската сестра трябва да се въздържа от всякакви действия, които могат да доведат до предположението, че той/тя:

- незаконно практикува професията;
- сътрудничи с непрофесионалисти;
- цели лична публичност или друга облага;
- манипулира или мами пациентите;
- участва в нелоялна професионална конкуренция.

∗ Медицинската сестра оказва грижи при пълно уважение на личността, честността и почтеността на пациента. Той/тя трябва да предприема всякакви действия, които спомагат, но и да се въздържа от всякакви действия, които могат да засегнат чувството на лична свобода и свободната воля на пациента.

∗ Медицинската сестра се въздържа от всякакви действия, които могат да застрашат живота на пациента.

∗ Медицинската сестра трябва да предоставя услугите си изключително в интерес на пациента в рамките на компетенциите, задълженията си и съгласно научните принципи и регламентите за практикуване на професията. За тази цел, той/тя трябва да бъде информиран и да подобрява уменията си чрез непрекъснато обучение.

∗ Медицинската сестра трябва да помага на пациента с всички законни средства и да го/я защитава от всякакви вреди при практикуване на професията си .

∗ Медицинската сестра осигурява на пациента и неговите близки, информация от своята компетентност, касаеща прогнозата, диагнозата, лечението и евентуалните рискове и предимства преди предприемането на каквито и да е медицински действия.

∗ Медицинската сестра избягва всяка злоупотреба, поради привилигированите си взаимоотношения с пациентите или клиентите и поради привилигирования достъп до тяхната личност, имущество, дом и работно място.

∗ Медицинската сестра отказва подаръци, услуги или гостоприемство от пациентите и клиентите, за които се грижи в момента, тъй като те могат да бъдат изтълкувани като възможност за упражняване на влияние за получаване на преференциално внимание или други ползи.

∗Осигуряването на здравни грижи изисква уважение към човешкия живот при всякакви обстоятелства както и към достойнството и свободния избор на пациента. В случаите на нелечими болести в последен стадий, медицинските сестри могат да се ограничат до облекчение на физическата и душевна болка на пациента като осигурят подходяща подкрепа за него и неговите близки.

∗ Медицинската сестра съблюдава конфиденциалността по отношение на личната информация за пациента и преценява внимателно споделянето на тази информация, съгласно нормативната уредба.

Правата на пациента, законите и професионалните етични кодекси описват параметрите на взаимоотношенията между него и здравния екип. Но взаимоотношенията на семейния лекар и медицинската сестра далеч не се ограничават в подобни законови рамки. Чисто човешките взаимоотношения, откритият диалог между пациента и медицинските специалисти, доверието и сътрудничеството са желаното и достижимо равнище на здравната помощ в извън болнични условия.

Сестрински грижи в дома на пациента - опита на БЧК

През 2013 година се навършиха десет години от началото на програма „Домашна грижа” и основаването на първия център за домашни грижи за възрастни с хронични заболявания и трайни увреждания в София. Според зам.-генералния директор на БЧК д-р Надежда Тодоровска за този период са изградени добро взаимодействие с МЗ и МТСП, имат подкрепата на съсловните организации на лекарите и професионалистите по здравни грижи. Постигнатите резултати дават увереност на работещите по

програмата, че продължаването на усилията ще доведе до институционализиране като интегрирана здравна и социална услуга, от която се нуждаят стотици български граждани над 65-годишна възраст. Търсят се възможности услугата да бъде включена в дейностите, които ще получават финансиране и с европейски средства през следващия програмен период 2014-2020 година. Това налага необходимостта от законодателно регламентиране, което да гарантира, че в бъдеще България ще намери най-доброто законово решение, което да регулира дейността на тези центрове и услугата да продължи да бъде достъпна за всички нуждаещи се. За десет години са открити и работят успешно 10 центъра за домашни грижи в цялата страна. Услугата става все по-търсена и това е признание и за положения труд. Програмата има екип квалифицирани обучители на домашни помощници и медицински сестри. Червен кръст развива Програмата „Домашни грижи" с експертната помощ на Швейцарския и Германския Червен кръст, получавала е и подкрепа от други партньорски организации като Италианския и Испанския Червен кръст. В най-голяма степен са ползвали услугата възрастни хора от малките населени места. Имало е дори селища, в които експерти са установили, че от домашни грижи се нуждаят над 60% от старите хора. В момента се търсят възможности в отделен проект да бъдат обхванати момичета от ромските общности, които след обучение да поемат обслужването на домовете на възрастни хора в кварталите и махалите с компактно ромско население. В началото на реализацията си е още един дългосрочен проект „Домашни грижи за независим и достоен живот", който ще продължи до 2015 година.(55)

Единственият проблем, за да не заработят такива служби във всяка община е финансирането. Важно е да се намери най-подходящият модел на финансиране, с което ще отпаднат всички прегради и системата ще може да работи пълноценно по европейски модел и високи стандарти за качество.(55)

Изработването на нормативен документ, който да бъде приет в Народното събрание не е новост. През 2007 година законодателно е уредно разкриването на акушерски практики към Диагностично Консултативните центрове(ДКЦ). Поради липса на ясно регламентирано финансиране няма разкрити работещи такива.

През лятото на 2010г. Комисията по здравеопазване към Народното събрание прие на първо четене поправка в Закона за здравето, с която се урежда възможността медицинските сестри да предоставят грижи по домовете.(„Форум Медикус", бр 32/2010 г.) До този момент политическо решение на проблема няма. От опита в другите страни научаваме, че парите идват от три източника – държава, общини и частни вноски.

1.7 Здравно законодателство относно грижите за хронично болни в домашна среда

През последните двадесет години в България настъпиха много промени, около 80% от населението живее в градовете. Във възрастовата структура се увеличава относителният дял на лицата над 60-годишна възраст (над 22%) и намалява делът на децата от 0 до 17 години(17%). Особено силно е изразено застаряването на населението в селата, където над 33% от хората са над 60 години.(21;65;15)

Здравеопазната система на всяка страна се определя от ясно регламентирани правила, установени от законова и подзаконова нормативна рамка. Законът за лечебните заведения урежда устройството и дейността на отделните видове лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ. Променената характеристика на заболеваемостта и недостига на финансови средства поставят акцент върху първичната здравна грижа и приоритетно грижата в домашна среда. Законът за здравното осигуряване гарантира правото на задължително осигурените лица да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК -чл.35, ал1). Наредба № 3 от 16 февруари 1996 г. определя организацията на извънболничната медицинска помощ на населението. (26;54;83;92)

Националната система за здравеопазване е изградена на три нива:

• Национално – обхваща територията и населението на цялата страна;

• Областно – обхваща територията и населението на една административна област от териториалното деление на страната;

• Общинско – обхваща територията и населението на една община.(83;155)

Задължителното здравно осигуряване обхваща два риска: „болест” и „бременност и раждане”. Те не са изрично и самостоятелно уредени и откроени в закона като осигурителни рискове. Но се предпоставят от него и се извличат по тълкувателен път от чл.46 ЗЗО. Макар и да показват известна близост с аналогичните рискове в задължителното обществено осигуряване, те имат свои особености, които им придават характер на осигурени здравни рискове.(26;53)

Рискът „болест” се извлича от разпоредбата на чл.45, ал.1, т.1-5, 9-14 ЗЗО. Те визират предпазване от заболяване, ранно откриване на заболяване, извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение и други подобни.

Здравният риск „болест” е по-широк по обхват от социалния риск „обща болест” по общественото осигуряване. Болестта като осигурен здравен риск е „единен” риск, в

смисъл че не е диференциран с оглед на произхода и причината за нарушаването на здравето на осигурения, както е при задължителното обществено осигуряване (обща болест, трудова злополука и професионална болест, всяко от които поражда и различни осигурителноправни последици). В здравното осигуряване тя отразява едно общо влошено здравно състояние.(26;53;155)

Бременност и раждане като осигурен здравен риск се има предвид в чл.45, ал.1, т.6-8 ЗЗО. Тя обхваща две основни хипотези: бременност и раждане и аборт. Всяка от тях има свои особености, които налагат отделното им разглеждане.

Задължителната здравноосигурителна вноска е в размер на 8 % от дохода на всеки работещ, поделена между работника и работодателя в съотношение 40:60 за 2010г.

Осигурителните вноски за държавните служители се изплащат от учрежденията и организациите, в които те работят, със средства от републиканския бюджет. Самоосигуряващите се, включително и морските лица, плащат здравноосигурителните вноски изцяло за своя сметка.

Някои категории лица не дължат здравноосигурителни вноски. Здравноосигурителни вноски за тях се плащат, но не от самите здравноосигурени лица, а се внасят в НЗОК от други лица. Тези лица са изрично посочени в чл. 40, ал. 1, 2 и 3 от ЗЗО, а именно: пенсионерите- здравноосигурителните вноски, за които се определят върху размера на получаваната от тях пенсия или пенсии и са за сметка на държавния бюджет; лицата до 18-год. възраст и след тази възраст до завършване на средно образование, студентите редовно обучение до навършване на 26 годишна възраст и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка и др., се осигуряват за сметка на републиканския бюджет.(53;26)

В чл. 33 ЗЗО изчерпателно са изброени категориите лица, които подлежат на задължително здравно осигуряване.

а) Всички български граждани- лица, които имат само българско гражданство, придобито по Закона за българското гражданство. Еднакво релевантно е както българското гражданство по произход, така и по натурализация.

b) Български граждани, които имат освен българско и друго гражданство. Така нареченото „двойно", „тройно" и т.н. гражданство, за придобиването, на което няма пречка по действащия ЗБГ. За да бъдат задължително здравно осигурени, е необходимо още тези лица да живеят постоянно на територията на Република България. Това се удостоверява с адресната им регистрация.

c) Чужди граждани или лица, на които е разрешено дългосрочно да пребивават в Република България. То може да бъде с разрешение за време от 3 месеца до 1 година, както и постоянно пребиваване, което е за неопределен срок.
d) Бежанците и лицата с хуманитарен статут или на които е предоставено правото на убежище.

Задължителното здравно осигуряване възниква в различен момент за различните категории лица.

Изпълнителите на медицинска помощ са тези, които в крайна сметка реално предоставят медицинската помощ като същност на здравното осигуряване. Техните задължения към здравно осигурените лица са: а) да предоставят реално пакета от медицински услуги и съпътстващите ги дейности, така както са посочени в чл.55, ал.2, т.2-4 ЗЗО и конкретизирани в договора с РЗОК по чл.20, ал.1, т.4 ЗЗО; б) лечебните заведения за първична извънболнична помощ да създават условия за осъществяване правото на избор на лекар или стоматолог от здравноосигурените лица (чл.5, т 2НРД)
В системата на здравеопазването субектите – изпълнители на медицинска помощ са предимно лечебните заведения.

Лечебните заведения са структури, предвидени и регламентирани в Закона за лечебните заведения. Лечебно заведение по смисъла на ЗЛЗ е организационно обособена структура, в която лекари и/или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински специалисти осъществяват дейностите, изброени в чл.2 ал. 1 от ЗЛЗ. Лечебните заведения се делят на три групи:
а) за доболнична (извънболнична) помощ
б) за болнична помощ
в) други лечебни заведения

Всяка осигурителна система се реализира чрез предоставяне на определени престации на осигурените лица при настъпване на осигурените социални рискове. Тези престации представляват блага, на които имат право осигурените лица при настъпване на предвидените в законодателството условия. За здравното осигуряване това е система от действия и веществени престации, определяни с родовото понятие медицинска помощ (чл. 4 ЗЗО).

Понятието „медицинска помощ" е определено легално в § 1, т. 9 ДР 330. Това е „система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти". От посочената разпоредба могат да се

извлекат правните белези на това понятие - човешка дейност; система от дейности; осъществяване от медицински специалисти.

Медицинската помощ е преди всичко човешка дейност. По своя характер тя може да бъде:

а. *Диагностична.* Тази дейност е свързана с преценка на здравното състояние на конкретно лице и определяне на настъпило у него заболяване. Такива са дейностите за ранно откриване на заболявания и за диагностика по повод на заболявания по чл. 45, ал. 1, т. 2-3 330 и медицинската експертиза на работоспособността по чл.45, ал. 1, т. 11 ЗЗО. Те включват прегледи и различни видове изследвания;

б. *Лечебна.* Това е дейност за преодоляване на увреждането на здравето и на последиците от увреждането. Целта й е да се отстранят нематериалните последици от заболяването и страданията, които лицето изпитва, и невъзможността му да упражнява психофизическите функции на здрав човек. Тази дейност заема основно място в системата на здравно осигуряване и включва лечение по повод на заболяване (чл. 45, ал. 1, т. 3 ЗЗО), неотложна медицинска помощ (чл. 45, ал. 1, т. 5 ЗЗО), предоставяне на лекарствени средства и консумативи (чл. 45,ал. 1, т. 10 ЗЗО) и др. Лечебната дейност се изразява в провеждане на различни медицински манипулации и процедури, хирургична намеса, предоставяне на лекарства и др.;

в. Рехабилитационна. Тази дейност има за цел да се укрепи здравното състояние след прекарано заболяване, да се довърши или допълни проведеното лечение и да се даде възможност на вече окончателно или частично оздравялото лице да се върне към нормалния трудов, семеен, обществен и т.н. живот, да се подобри неговият социален комфорт. Това е предназначението на медицинската рехабилитация по чл. 45, ал. 1, т. 4 ЗЗО. Тя се изразява в различни медицински процедури, като лечебна физкултура, масаж, физиотерапевтично лечение и пр.;

г. Профилактична. Тя цели предотвратяване на увреждания на здравето. В тази група се включват медицинските и стоматологичните дейности за предпазване от заболявания по чл. 45, ал. 1, т. 1 ЗЗО, както и някои грижи за бременните и родилките. Профилактиката е насочена както към отделния осигурен чрез мерки за благоприятно въздействие върху здравното му състояние или работоспособност и по този начин предотвратяване на увреждането на неговото здраве (лекарства, балнеолечение и пр.), така и към подобряване на общото състояние на здравето на населението.

Медицинската помощ се осъществява от **медицински специалисти.** Медицинските специалисти са физически лица, които притежават специални знания в

областта на медицината, придобити по установен в нормативните актове ред. Те са физически лица с определена професионална квалификация (лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и пр.), която им позволява да упражняват медицинската професия при установените в Закона за здравето условия.

Изискванията за упражняване на медицинската професия от определено физическо лице се съдържат в чл. 183-193 ЗЗдр.

Видове престации:

Фактически действия. Дължимата на здравноосигурените лица престация - медицинската помощ, се изразява преди всичко в човешки действия. Това е най-голямата по обем и разнообразна по съдържание част от медицинската помощ. Това са фактически действия, които изпълнителите на медицинска помощ трябва да осъществяват с оглед на конкретните потребности на осигуреното лице.

Тези действия са свързани с предотвратяването, откриването и отстраняването на възникнало увреждане на здравното състояние (чл. 45, ал. 1, т. 1-5, 8 и др. ЗЗО) и с експертизата на работоспособността (чл. 45, ал. 1, т. 11 ЗЗО). Осигуреното лице има право да изисква осъществяването им, а НЗОК чрез изпълнителите на медицинска помощ (чл. 58 ЗЗО) му ги дължи.

Веществени блага. Медицинската помощ може да се изразява и във веществени престации. Това са материални (веществени) блага, необходими на осигуреното лице във връзка с неговото здравно състояние. Такива са лекарствените средства (чл. 45, ал. 1, т. 10 ЗЗО), транспортът по медицински показания (чл. 45, ал. 1, т. 12 53О) и др. Осигурителният характер на тези престации се изразява в това, че получаването им не води до финансово натоварване на нуждаещото се лице, а заплащането се поема от осигурителния орган.

Задължителното здравно осигуряване се осъществява чрез два основни вида договори: национални рамкови договори (НРД) и договори между НЗОК, сключвани от нейно име от РЗОК, и изпълнителите на медицинска помощ. Двата вида договори служат за осъществяване на задължителното здравно осигуряване. Между тези договори има и съществени различия относно реда за тяхното сключване, страните, предмета и съдържанието им, а също така и в тяхната правна природа.

Съгласно действащото законодателство гражданите не могат да откажат или ограничат участието си в задължителното здравно осигуряване. Те обаче, след като заплатят вноските си за публичното, задължително здравно осигуряване, могат да

платят вноски и да придобият здравноосигурителни права и чрез доброволно здравно осигуряване.

Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) е дейност на лицензирани здравноосигурителни дружества по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на здравноосигурителни премии, дължими на основа на сключените между дружествата и съответните лица, които се нуждаят от здравни и медицински услуги, здравноосигурителни договори.

Янакиева изброява документите, които регламентират домашните грижи. Тя разглежда грижите в светлината на социалния патронаж, но понеже проблемите са социално – здравни засягат и работата на здравните специалисти: 1. Закон за лечебните заведения; 2. Правилник за социално обслужване на лица и семейства; 3. Домашен социален патронаж; 4.Национална програма „Асистент на хора с увреждания”; 5.Осигуровка „достойни старини”; Неправителствени организации – Програма домашни грижи на Българския червен кръст, международна неправителствена организация „Каритас”.(129,11-17)

Както посочват Ц. Воденичаров и С. Попова /2003год./ основните правила в една култура са отразени в здравното законодателство. Законите обаче поставят твърде строги параметри на медицинската дейност. За дейността на медицинската сестра такива параметри се визират отчасти в *Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти*(2005) (41). Очакванията на пациентите обаче, не се изчерпват с текстовете на *Закона за Лечебните Заведения, Закона за Здравето, Закона за здравното осигуряване, Закона за съсловните организации на лекари и стоматолози* (26,28,38). Те очакват една по-комплексна грижа, търсят състрадание и разбиране от страна на своя личен лекар и медицинската сестра. Самите пациенти са обвързани с вземане на решение по здравен проблем и съвестно провеждане на лечението, това неизбежно води до необходимостта от регламентиране на правата им като пациенти (38,53).

Върховенството на закона в държавата се определя на първо място от *Конституцията*, в която се визират правата на гражданите по отношение на медицинската помощ - чл**. *52*** , гласи:

ал.1 Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. / В Закона за здравно осигуряване и НРД/

Чл.2 Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и ред, определени със закон./ в Закона за здравно осигуряване/

Ал.3 Държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма.

Ал.4 Никой не може да бъде подлаган на принудително лечение и санитарни мерки освен в предвидените в закона случаи / в Закона за Здравето/

Ал.5 Държавата осъществява контрол върху всички здравни заведения, както и върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях.

В раздел II – Права и задължения на пациента, чл***. 86*** на *Закона за здравето*, всеки пациент има право на:

1. зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните,културни и религиозни права
2. грижи от общността, в която живее
3. достъпна и качествена здравна помощ
4. повече от едно медицинско становище относно диагнозата, лечението и прогнозата на заболяването
5. защита на данните, отнасящи се до неговото здравословно състояние
6. запознаване на достъпен език с неговите права и задължения
7. ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите на евентуалното му лечение

Правата на пациента фигурират и в раздел 3, гл. 3 на Националния рамков договор ***(***член ***105*** и ***106*** избор на лекар), които гласят:

Чл**. 105.** Първоначален избор на общопрактикуващ лекар може да се осъществи по всяко време с регистрационна форма за избор, която се получава от РЗОК или от ОПЛ.

Чл**. 106.** (1) Здравноосигурените лица могат да променят избора си на ОПЛ от 1 до 30.VI.. и от 1 до 31.XII.

(2) При прекратяване на договор с изпълнител на ПИМП ЗЗОЛ осъществяват нов избор на ОПЛ с регистрационна форма за постоянен избор извън срока по ал. 1.

(3) Лицата по ал. 1 и 2 закупуват регистрационни форми за постоянен избор на общопрактикуващ лекар.

(4) Здравноосигурено лице, желаещо да направи постоянен избор, представя на новоизбрания ОПЛ:

1. здравноосигурителна книжка, в която новоизбраният ОПЛ вписва трите си имена и дата на избора;
2. третия екземпляр от регистрационната форма за избор на ОПЛ, в случай че няма здравноосигурителна книжка;
3. попълнена регистрационната форма за постоянен избор;
4. документ за актуалния му здравноосигурителен статус.

(5) Лицата, временно пребиваващи за срок от един до пет месеца извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, могат да направят временен избор с регистрационна форма за временен избор, която се закупува от лицето.

(6) При изтичане на срока на временния избор на ЗЗОЛ извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, се възстановява автоматично последният им постоянен избор на ОПЛ.

Според българското и международно право оценката на здравното състояние на пациента не може да се основава на раса, пол, възраст, етническа принадлежност, произход, религия, образование, културно равнище, убеждения, политическа принадлежност, сексуална ориентация, лично и обществено положение или имуществено състояние.(50;101)

Основна задача при прилагането на правата и задълженията на пациента в първичната медицинска помощ е да се осигури справедлив достъп до медицинска помощ. Това право изисква балансиране на правото на здравни услуги при ограничените ресурси в здравеопазването. За целта се осигурява:

- основен пакет от здравни услуги (Нар. № 40 МЗ/2004 г.)
- еднакъв достъп до лечебно заведение – гарантирано чрез правото на избор на пациента от личен лекар и болнично заведение
- лечение без дискриминация – чл. 52 от Конституцията на Р. България
- задоволяване на потребности на застрашени граждани от населението (38,53)

Пациентите, избрали свой Личен лекар имат и правата и свобода при вземане на клинични и етични решения, и на отказ или приемане на лечение, след като получи необходимата информация – информирано съгласие. За получаване на информирано съгласие от пациента, лекуващият лекар го уведомява лично или съответно уведомява негов родител, настойник или попечител относно:

1. диагнозата и характера на заболяването

2. описва естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати и прогнозата

3. описва потенциалните рискове, свързани с предлаганите лечебно-диагностични методи, включително страничните и нежелани лекарствени реакции, болка и други неудобства

4. вероятността за благоприятно повлияване, риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение. Тази информация се предоставя в подходящ обем и форма, даващи свобода на избора за лечение./ чл.88 *от Закона за здравето*/ Тази информация не може да се дава от медицинската сестра или друго лице. Медицинска помощ и лечение против волята на пациента може да се окаже само в случаи изрично посочени от закона. ОПЛ е длъжен да информира пациента и относно: здравословното му състояние и необходимостта от лечение, прогнозата на неговото заболяване, планираните профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и рисковете свързани с тях, имената, длъжностите и специалността на лицата, които ще участват в процеса на неговото лечение.(101)

Законът за лечебните заведения урежда устройството и дейността на отделните видове лечебни заведения за извънболнична помощ:

1. Амбулатории за първична медицинска помощ – те биват индивидуални или групови практики за първична медицинска помощ..

2. Амбулатории за специализирана медицинска помощ. Тук също законът допуска индивидуална практика за специализирана медицинска помощ; групова практика за специализирана медицинска помощ; Медицински център, дентален център и медико-дентален център; Диагностично-консултативен център.

3. Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. (5)

В закона са регламентирани дейностите извършвани от лекари и дентални лекари в изброени лечебни заведения, но не са коментирани продължаващото клинично лечение и грижите в домашна обстановка. (72)

Наредба № 1 от 8 февруари 2011 на Министерство на здравеопазването регламентира професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Това не е достатъчно основание, за да се регистрират сестрински практики за оказване на медицински грижи по домовете.

Знанията на общопрактикуващия лекар и медицинската сестра от екипа, свързани със здравното законодателство и правата на пациента са условие за

качествена и етично практикувана професия. Понастоящем програмите за обучение на лекари – специализанти по специалността “Обща медицина” не включват правни знания . Обучението по здравно законодателство е залегнало в програмите на специалност “Здравни грижи” и “Обществено здраве и здравен мениджмънт”, но “бакалаври” и “магистри”, завършили тези специалности работят твърде малко в ПМП (32,51). Те отчитат потребността от подобни знания, което се потвърждава от изследване на Р. Златанова(45)

Първичното здравно обслужване е интегрална система за основна медицинска помощ, която според Воденичаров, Попова е универсално достъпна, икономически ефективна, насочена към най-честите заболявания на населението, ориентирана към отделната личност, семейството и общността и се осъществява с тяхното активно участие; основана на научно достоверни и социално приемливи методи. (22)

Първичната медицинска помощ е основно и начално ниво на грижите за пациентите, като се гарантира изчерпателност и непрекъснатост на грижите през целия живот на пациента. Медицинските грижи се полагат в синхрон и екипно действие със социалните с цел да се повиши автономността на пациента, да се облекчат страданията му и да се улесни реинтеграцията.

Дейността на медицинските сестри работещи в извънболничната помощ включва промоция на здравето, здравно образование, превенция на заболяванията, здравеопазване, поддържане и възстановяване на здравето, физическа рехабилитация и социална работа.

Страната ни е ратифицирала редица международни документи, с които гарантира защитата и интересите на всички граждани, намиращи се под нейна юрисдикция:

- 2000 - Европейската социална харта /ревизирана/;
- 1992 - Европейската конвенция за защита на правата на човека и основните свободи и първия допълнителен протокол към нея;.
- 1970 - Международния пакт за граждански и политически права и Международния пакт за икономически, социални и културни права; (13)

Изработи се и се прие Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008-2015 г., която се приема в изпълнение на препоръките на Съвета на Европа, добрите практики на държавите-членки на ЕС, принципите в Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, Стандартните правила на ООН за

равнопоставеност и равни възможности за хората с увреждания, Конвенцията на ООН за правата на детето. (13)

Приети бяха редица нормативни документа, които да подпомогнат работата на социалните институции и да направят реалност равни права на всеки гражданин на Република България.

- Закон за социално подпомагане;
- Закон за интеграция на хората с увреждания, Обн., ДВ, бр. 81 от 17.09.2004 г., изм., бр. 62 от 10.08.2010
- Закон за защита от дискриминацията Обн. ДВ. бр.86 от 30 Септември 2003г
- Закон за защита, рехабилитация и интеграция на инвалидите;
- Наръчник на социалния асистент в България, Министерство на труда и социалната политика; Програма на ООН за развитие; Проект „Социални услуги в замяна на нови работни места“ (СЕЙН)
- Национална програма «Социални услуги в семейна среда»;приложение към заповед РД 01/1040 от 25.11.2008
- Наредба 4 от 16.03.1999 г. за условията и реда за извършване на социални услуги
- Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008 - 20015

Липсва нормативна уредба, която да регламентира дейността на медицинските сестри и другите медицински специалисти при дейностите им в извънболничната помощ и колаборацията със социалните работници. Как ще се поделят отговорности, задължения и финансиране. Това са специалисти, работещи с обща цел и екипната им работа би променила социално-здравното състояние на всеки в нужда. Липсата на регламент за финансовата страна, поставя огромна пречка за създаване на екип и съвместна работа., става предпоставка да не работи модела още преди да е стартирал.

Създаването на нормативни документи методически ще подпомогне специалистите и ще гарантира качество; валидизиране и финансиране на грижи за хронично болни; за деца и стари хора и такива с функционален дефицит в дома им.

Недостатъчното развитие на алтернативни услуги и грижи за деца с увреждания и за подпомагане на техните семейства определя броя на децата, които се отглеждат в социални заведения в системата на различни министерства. Високата степен на

институционализацията им води до силно ограничаване на възможностите за добро образование и включване в живота, което от своя страна, още повече влошава шансовете на хората с увреждания за реализация на трудовия пазар, както и за участие в икономическия, социалния и културния живот на обществото.”(7; 19)

Организация на грижите за възрастни; дългосрочните грижи и другите социални услуги за възрастни хора в България са осигурени от две отделни системи -системата на социалното подпомагане и системата на здравеопазването. В момента българското законодателство не съдържа нито отделна дефиниция на услуги, които следва да се предоставят като дългосрочни грижи, нито официална класификация на лицата, които имат право да ги ползват. Основните услуги за възрастни в България, са финансирани от държавата, от местните бюджети, от потребителски такси и от европейски програми. Не съществува осигуряване за грижа, а личният принос е чрез минимално заплащане. По-голямата част от услугите са делегирани от държавата, което означава, че се финансират от държавата, но се управляват от общините. Дългосрочните грижи и другите социални услуги за възрастни в България традиционно са категоризирани като формални и неформални, както и институционални и не институционални. Неформални услуги, като например домашните грижи, предоставяни от членове на семейството, традиционно представляват по-голямата част на дългосрочните грижи. След като България преструктурира системата за социално подпомагане през 2003 г., делът на неформалните услуги, предоставяни в общността или у дома нараства стабилно от 17% до 81% през 2008 г. Неформални грижи, са услугите, предоставяни в общността и в семейна среда. За разлика от други европейски страни като Австрия, България не разполага със система за възнаграждение на членове на семейството, които предоставят дългосрочни грижи за възрастните си роднини. Вместо това, държавата поддържа системата от лични асистенти и домашни помощници, които получават възнаграждение, за да предоставятгриви като: готвене, почистване, поддържане на лична хигиена, пазаруване и други ежедневни задачи. Тази система е създадена за осигуряване на ресурси и осигуряване на семействата на възрастни хора и инвалиди, които се нуждаят от постоянни грижи. Системата е отворена и за трети страни.

Допълнително дългосрочните грижи следва да се предоставят в мултидисциплинарна среда. Социалните услуги не могат да бъдат предоставяни нито в медицинска среда, нито в строго социална среда и следва да обхващат двата сектора. Особено важно е взаимното допълване на грижи и услуги в семейна среда: ако подкрепата на домашния помощник не е придружена от посещения на медицинска

сестра или лекар, грижата няма да доведе до траен успех. Дългосрочните грижи трябва да бъдат фокусирани върху пациента/ ползвател на услуга, тъй като дългосрочните грижи включват социални услуги и медицински грижи, финансирането и предоставянето им е много фрагментирано, и това не е в полза на пациента.

Грижата за болен или самотен възрастен човек в България е лукс, ако не и невъзможна задача. Обичайното решение е пряко договаряне с медицинска сестра или настаняване в дом.

Как може сестринската професия да посрещне предизвикателствата на интензивно променящата се действителност, като често променяща се и несъвършена нормативна и подзаконова база, прекалено дългия преход и реформи в здравеопазването, дадоха превес на грижите в болнична среда, а извънболничните грижи останаха в периферията на общественото внимание.

Съществува тясна връзка между етиката, правото и здравната политика (8,75,18,20). Приложната етика осигурява моралните основи на правото и социалната политика, етичната рамка, в която се изгражда здравната политика.

Проблемите изобщо в здравеопазването се нуждаят не от частично решение, а от цялостна концепция. Когато се променя модел в областта на здравеопазването, трябва да се извървят две стъпки - да има публичен дебат по проблема (а такъв досега не се е състоял и това е лоша характеристика) и, второ, решението за промяна трябва да се вземе с относителен консенсус. И лекарите, и експертите в областта на общественото здравеопазване, и здравноосигурителите, и пациентите трябва да са убедени, че това е добрият модел и да са готови да понесат и последиците, и трудностите, които предстои да бъдат преодолени.

1.7.1. Правни аспекти на сестринските грижи в дома на пациента

Грижите в дома на пациента са свързани за него с редица удобства –познати хора, позната обстановка, психологическа подкрепа от близките, запазване на обичайния начин на живот, приемане на затрудненията, породени от болестта или състоянието по-лесно, сигурност в условията за живот.

В същото време домашните грижи за пациенти с хронични заболявания носят допълнителни отговорности и предизвикателства за медицинските специалисти. Някои от пациентите имат по повече от едно заболяване, а при по-възрастните пациенти се наслагват и дементни прояви и други възрастови изменения, които медицинската сестра трябва да съобразява и познава добре.

Работата в дома на пациента е свързана с доверие на пациента и близките му към нея, както и необходимост от сигурност за медицинската сестра в този дом. Дейността на медицинската сестра в дома се контролира от пациента, когато той е в състояние да го направи или негов близак, но в повечето време и случаи работата на медицинската сестра подлежи единствено на собствения и самоконтрол. Докато в лечебните заведения има непрекъснато видеонаблюдение, което при евентуален правен спор би защитило думите на медицинската сестра, в дома тя има условия за работа, които при спор са недоказуеми.

Това налага да се разгледат правните аспекти на сестринските грижи в дома, те да се познават от работещите в тези условия сестри, а също и да се договарят предварително с пациента или неговите близки /ако пациента е с настойник/ евентуални рискове и ситуации, възникнали по време на обгрижване.

Моралните норми на дейността на медицинската сестра са визирани в етичен кодекс на медицинските сестри и Правила за добра практика, положена клетва за практикуване на професията, но правните норми за лица, чиято дейност може да увреди с действие или бездействие пациента са определини в НПК, вещното право и други юридически актове.

Престъпления против личността на пациента

Това е система на престъпления против правата на човека. В наказателното право понятието “личност” не се разбира само с физическите му измерения, а се добавят и етичните аспекти -чест, достойнство, свобода, полова неприкосновеност и др. Те могат да засягат както личността на пациента, така също и личността на медицинския специалист, извършващ грижи в дома на пациента, който да бъде засегнат от самия пациент или негови близки.

Престъпленията против здравето, честта и т.н., касаят отделни аспекти на понятието ”личност”. Общото, което обединява престъпното поведение на лицата, оказващи грижи е от особената част на наказателното право, което касае човешката личност, която е обект на тези престъпления. Личните права и интереси на пациентите имат абсолютен характер . Въпреки, че тези права са законодателно регламентирани в Закона за здравето, раздел Права на пациента , те имат своите наказателни формулировки и в наказателното право, което не се познава достатъчни и от работещите медицински специалисти и от пациентите. Медицинските специалисти имат задължението да не вредят на пациента- Primum non nocere!. Предмет на посегателството е жив човек, в повечето случаи в увредено състояние. Медицинските специалисти могат да причинят вреда на пациента както със своите действия, така също и с бездействие. Например убийството, телесните повреди и други увреждания могат да се причинят поради неправилни действия, некомпетентност, забавена и некомпетентна медицинска помощ, несъвместими с медицинската етика отношения на нетърпимост към пациента, отмъщение и други. Тук се отнасят и противозаконни действия, свързани с продължително и системно отнемане на свободата на пациента –фиксиране, с цел „по-голяма безопасност”, за да не напусне дома и да не се загуби”,” за да не направи някоя беля”, „за да не посегне на живота си” и др. причини. Принудителното фиксиране на пациент е регламентирано в Закона за здравето, както срока и формалностите по вписването на тази мярка, когато е необходима.

Повечето от престъпленията са резултатни. Някои от тях са увреждащи пациента – непредпазливите посегателства, умишлени убийства и телесни повреди, половите престъпления. В нашата страна евтаназията е забранена от закона и подобно поведение на медицински специалист се квалифицира като „убийство на пациент”. Не бива да се забравя също, че редица манипулации –инжекции напр. също могат да доведат то телесни увреждания. Това могат да бъдат както масивни хематоми, вследствие на венепункция, така също и недостатъчни и некомпетентни грижи, вследствие на което се е развил декубитус, вторична инфекция сепсис на пациента, увреждане на седалищния нерв при мускулна инжекция, замърсена при обработка рана, която се инфектира, стегната превръзка, която нарушава трофиката на крайник напр. и може да доведе до ампутация. Телесните повреди се класифицират в зависимост от тежестта на увреждането като леки, средно тежки и тежки телесни повреди. От значение е степента на увреждане на организма. Наказателното право диференцира вината на медицинския

специалист в зависимост от умисъла за престъпление и етапа на неговото реализиране – опит или произведено действие или бездействие.

В чл. 116 НПК са визирани средствата, които водят до увреждане и смърт по особено мъчителен начин, със средства, опасни за живота на мнозина –някои от тях медикаменти, които не са токсични в допустима доза или начин на прилагане.

Субект на подобри престъпни деяния може да бъде всеки човек,в случая пациент. Някои по дефиниция изискват особен субект – лице с медицинско образование /криминален аборт, евтаназия,/Повечето от тези деяния имат пряк умисъл. Малка част от тях са непредпазливи – телесни повреди, умъртвяване имат и непредпазлив аналог. Ако се касае за непредпазливост – това са най-често е дисциплинарни нарушения на професионалната практика.

Престъпления по служба

Дейността на медицинските специалисти, като професии, свързани с високата отговорност за живота и здравето на хората, които лекуват и обгрижват подлежат и на наказателно преследване по смисъла на **Престъпление по служба по чл. 282 НК**. Основният състав по този член включва: нарушаване или неизпълнение на служебните задължения, превишаване на правата и властта / които представляват параметрите на компетентност и правоспособност на медицинските лица, приети с наредба или длъжностна характеристика/. Като цел на тези действия са набавяне на облага за себе си, или другиму, да причини вреда другиму.

В случай, че медицинско лице има достъп по жилището и вещите на пациента той трябва да е защитен и от една друга категория престъпления свързани с посегателство не върху самия пациент, а върху неговата собственост.

Кражба на имущество на пациента

Обслужването в дома на лица, които живеят сами, имат възрастови дементни прояви и когнитивни нарушения поставят пред професионалистите въпроса за спорове, породени от обвинения за изчезнали пари и вещи от дома на пациента. Те се квалифицират като кражби. Кражбата е най-често извършваното престъпление. Съгласно **чл. 194, ал. 1 НК,** „Който отнеме чужда движима вещ от владението на другиго без негово съгласие с намерение противозаконно да я присвои, се наказва за кражба ”.

Въпреки, че кражбата е недопустимо и морално престъпление на медицинския специалист, подобни спорове с пациенти стават практика в съда, която изисква експертизи, свързани с психическото състояние на пациента. В повечето случаи към

момента това са случаи на пациенти, обслужвани от не медицински лица –„Лица за гледане на болен", набирани по обяви във вестник.

Независимо от това, медицинските сестри и болногледачи, които посещават безпрепятствено домовете на пациентите трябва да са запознати с тези разпоредби на закона, тъй като тяхното незнание не би ги освободило от отговорност при даден случай.

Субект на това престъпление може да бъде всяко наказателноотговорно лице, в случая медицински специалист, а ***Предмет на кражбата*** е най-вече и преди всичко някаква движима вещ.

Влизането в жилището на пациента без неговото съгласие или без свидетели, дори в случай на необходимост може да бъде тълкувано и като нарушаване неприкосновеността на жилището на пациента /по чл. 170 НК./

Обвинения към медицинската сестра могат да бъдат отправени и за „изчезнали" след нейното присъствие в дома както на вещи така също на пари и ценности. Трябва да се знае, че за да бъде предмет на престъплението кражба, движимата вещ, която се смята за присвоена трябва да има минимална стойност в размер поне на 150 лева. В противен случай ще е налице само административно нарушение съгласно чл. 218 б НК.

За да се гарантира и обезпечи правната страна на грижите за пациента в дома е необходимо да се договорят предварително/ желателно в писмен вид, под формата на договор или декларация/ от страна на пациента ангажиментите му за достъп до жилището, наличие на сигнална и видеосистема за наблюдение при необходимост, носене на лична отговорност за съхранение на ценни вещи и пари, като и съгласие да понесе евентуални последици, които могат да се предизвикат от болестта и състоянието му, а не от виновно поведение на медицинската сестра в процеса на обгрижване./ напр. Получаване на отоци от заболяването, хематоми в следствие на калцирани вени и дехидратация на пациента и др./

1.7.2. Организиране на домашните грижи в някои Европейски страни (83;92)

Във **Франция** реформата, която се провежда в здравеопазването се определя от променените здравни нужди на населението; развитието на медицинската техника и промяната в закона за здравето. Създава се национална класификация на компетенциите. Тази стъпка внася образователен елемент свързан с нуждите на професията и компетенциите. Тя е очаквана от професионалистите медицински сестри и прави ясно и видимо отношението им към здравето на обществото.

Подчертава се желанието на професионалистите да се сближат с университета. През 2010 година в Университета в Болоня се създава висше образование и това прави професията по-привлекателна за младите хора.

По данни на JFSI (институт на сдружените медицински сестри на свободна практика) във Франция има 5500 свободно практикуващи медицински сестри.

Професия на свободна практика е всяка професия упражнявана на база добита квалификация, за собствена сметка и собствена отговорност по професионално независим начин, предлагайки услуги, интелектуални знания и концепции в полза на клиент или обществото.

Регламентирано професия на свободна практика е тази, управлявана от дипломирани личности (притежаващ диплома) призната за тази професия, лична отговорност пред закона и професионалната етика. Контрол се осъществява от професионалните организации, Министерството на здравето и др. (още 5 организации)

Статуса „свободно практикуващ" трябва да се заслужи.

Условията на които трябва да отговарят кандидатите са :

- работа в среда 24 месеца на пълен работен ден или 3200 часа. Ако работиш по заместване то е необходимо само 18 месеца или 2400 часа.
- Подава се заявление в Дирекция по социални и здравни въпроси (DDASS-Direction departementable des Affaires sanitaires et socials - това е държавна областна администрация занимаваща се със санитарната, социалната и медико-социалната политика)
- Обявява се професионален адрес с чакалня и вода;
- Подписва се конвенцията на лицензираните медицински сестри на свободна практика;

регистрира се в организации за плащане на вноски за социално осигуряване и семейна придобивка (Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales -l'URSSAF. Тази организация събира социални и здравни

удръжки, което позволява да финансира здравното обслужване, реимбурсиране на здравни грижи, заплащане на болнични, отпуск по майчинство, пътни инциденти, плащане на основната пенсия, на детски добавки на получаващите общ режим на социални осигуровки.

- професионална организация (CARPIMCO е една от десетте професионални секции на автономна организация за пенсионно осигуряване на свободните професии.);
- пенсионен фонд (caise de retraite). (162)

Административните формалности отнемат около две седмици, а финансовите задължения се разделят по месеци или се заплащат на три вноски – 1200Е и 1000Е.За реклама по електронен път се заплаща между 800 и 1000Е. За закупуване на софтуер за декларация на работата и касов апарат се заплаща около 1000Е/год.

Законът забранява рекламата: „ не пускайте визитки по пощенските кутии," „не звънете от врата на врата"; „представете се на общопрактикуващия лекар, на аптекаря, в клиниките."

За опит може да се започне по заместване, но данъците, другите плащания и административни стъпки са както при титуляра.

За да се създаде клиентела са необходими много общуване, изграждане на връзки, които подпомагат избора на пациентите. Преди всичко е необходимо да се поддържа мрежа с много медицински партньори.

Здравните грижи са определени и групирани от действащата номенклатура в три категории:

AMI – acte medico-infermier - технически медико сестрински грижи

AIS – acte de soins infermier – грижи за комфорта

DI – demarshes de soins infermier – хигиенни грижи.(162)

В свободната практика грижите за комфорта и техническите умения не се забравят и имат своето място, но общуването и връзката с пациента е на водещо място. Когато си на свободна практика връзката с пациента е продължителна, ставаш част от семейството на пациента, познаваш проблемите му и си част от емоциите му. Важно в практиката е да се постави ясна граница между грижи и лични взаимоотношения. В помощ идват някои техники като в разговор с пациента да използва учтивата форма „Вие". При свободно практикуващите професията е важно гъвкавото работно време и почасовата работа. Всички свободно практикуващи сестри участват в един от различните синдикати. Има издадено практическо ръководство за свободно

практикуващи сестри, което може да се намери и по електронен път www.ameli.fr; или в сайта на свободно практикуващите сестри - www. solutionsMedicales.fr

Реформата във Франция е базирана на опита на Квебек. В Квебек през 1974 година създават условия и нормативна база за развитие на свободно практикуващи медицински сестри с цел добра сестринска практика и защита на населението.

В **Испания**, демографските и социалните промени предизвикват прогресивно увеличаване на броя хора от населението в ситуация на зависимост. От една страна стои значителният ръст на населението на възраст над 65 години, който се е удвоил през последните 30 години. През 1970г. са отчетени 3,3 милиона души (9,7% от населението), а през 2000г. се стига до над 6,6 милиона през 2000 г. (16,6%). Към това трябва да се добави демографския феномен, наречен "стареене от стареенето", т.е., повишение на населението над 80-годишна възраст, което се е удвоило само за двадесет години.

Девет процента от населението на Испания, по статистически данни от изследване за здравословното състояние от 1999 г. (la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999), са хора с увреждане или ограничение, което причинява или е вероятно да доведе до зависимост при ежедневните дейности или нужда от подкрепа за лична автономия в областта на равните възможности. За тази група наскоро е създаден закон- *Закон 51/2003 от 2 декември за равните възможности, недискриминацията и всеобща достъпност за хора с увреждания*.

Затова вниманието към тази група от населението става неизбежно предизвикателство към властите, което изисква силен, траен отговор, адаптиран към сегашния модел на испанското общество. Да не забравяме, че до сега, са били семейства, и особено жените, са били тези, които традиционно са се грижели за болните в домашни условия, които представляват това, което е наречено "неформална подкрепа". Промените в семейните модели и постепенното включване на почти три милиона жени в последното десетилетие към пазара на труда в Испания, въвеждат нови фактори в тази ситуация, които правят наложително да се реформира системата на традиционната грижа, за да се гарантира достатъчен капацитет за доставка грижи на нуждаещите.

Законът за здравето (Ley General de Sanidad) в Испания е приет на 25 април 1986г. Чрез Законът се установява регулирането на действията за защита на здравето по смисъла на член 43 от Испанската Конституция. Самият закон, в членове 49 и 50, се отнася до грижата за хората с увреждания и възрастните хора и системата за социални

услуги, насърчавани от правителството за благосъстоянието на гражданите. Ако през 1978 г. най-важните елементи на този модел са хуманното отношение от държавата, насочено към всеки гражданин в защита на здравето и социалното осигуряване, то социалното развитие на страната е довело до фундаментална важност социалните услуги, които основно са развити от Автономните области на Испания, в сътрудничество с третия сектор като четвърти стълб на системата за социално осигуряване, за да се грижи за зависимите хора.(162)

Безспорен факт е, че третият сектор на социалното действие е участвал в продължение на години в грижата за хората в положение на зависимост и е подкрепял усилията на семействата и местните власти в тази област. Тези лица са важна част от социалната мрежа, която предотвратява риска от изолация на засегнатите лица. Законът въвежда минимално ниво на защита, дефинирано и финансово гарантирано от правителството. Също така, като второ ниво на защита, законът предвижда система на сътрудничество и съфинансиране между централната власт и автономните общности чрез споразумения за развитието и прилагането на други обезщетения и услуги, обхванати от Закона. Накрая автономните общности могат да развият, ако сметнат за необходимо, трето допълнително ниво на защита на гражданите.

Системата служи еднакво за всички граждани в ситуация на зависимост. Бенефициентите ще допринесат за финансирането на услуги постепенно в зависимост от икономическото си състояние, като се вземат предвид разходите за предоставяните услуги.

Системата осигурява участието на организациите, представляващи хората в положение на зависимост и техните семейства в техните консултативни органи.

Предварителната глава съдържа разпоредби, които се отнасят до целите на закона и принципите, които вдъхновяват правата и задълженията на лицата в положение на зависимост, както и притежателите на тези права.

Глава 2 урежда мерките за гарантиране на качеството и ефективността на системата, с разработване на планове за качество и системи за оценка, като се обръща специално внимание на обучението и квалификацията на професионалисти, които да се грижат за тях. В тази глава се регулира информационната система за зависимост , Консултативен комитет на системата, към който ще се включат социалните партньори. Вече създадените органи, придобиват консултативен характер: Държавният съвет по застаряване на населението и на Националния съвет на хората с увреждания и на Държавния съвет на НПО за социално действие.

Указ 326 от 1956г. предвижда специални правила, приложими към работните отношения, в които служителите от двата пола участват в рамките на домашния живот и не се грижат за печалбата или финансовата печалба на работодателя. Не се прилага по отношение на тези, които предоставят услуги за по-малко от един месец, или работят по-малко от четири часа на ден или по-малко от четири дни седмично за един и същ работодател. (чл. 1 Указ 326/56)

Ley de Autonomía personal y Atención a la personas en situación de Dependencia; (2006) Закон за лична автономия и грижи за хората в зависимо състояние (2006 Испания)(157)

Поради всичко това, този закон предвижда действия за координация и сътрудничество между Публичните здравни власти като средство за подсигуряване на правото на защита на здравето за всички граждани. Общата цел е да се гарантира равнопоставеността, качеството и социалното участие в Националната здравна система (НЗС). Без да се намесва в разнообразието от организационни форми, управление и предоставяне на услуги, свързани с децентрализираната държава, законът се грижи за обслужването на гражданите от службите за обществено здраве и да отговорят на основни общи гаранции.

Сферата на сътрудничество между публичните санитарни администрации, дефинирани от този закон са: Националната здравна система; фармацията; здравните специалисти; изследването; системата за здравна информация; качеството на здравната система. По този начин законът създава и оправомощава специализирани органи, които са отворени за работа с автономните области. Такива органи са: Агенция за оценка на здравните технологии, Испанската агенция за лекарствата и здравни продукти, Комисията по човешките ресурси, Консултативният комитет по изследвания на здравеопазването, Институт по здравеопазване Карлос III, Института по здравна информация, Агенция за качеството на Националната здравна система и Обсерваторията на националната здравна система.

Според класирането на Блумбърг (Bloomberg), испанската система заема пето място в света и първо в Европа сред най-ефикасните здравни системи в света. Преди Испания се нареждат Хонг Конг, Сингапур, Япония и Израел. («Most efficient health care: countries». *bloomberg.com*.)

През 2006г. се приема *Закон за промоция на персоналната автономност и грижи за хора в състояние на зависимост. (*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Основна цел на закона е да се припознае правото на всеки гражданин на Испания да бъде автономен и да бъде осигурена грижа за хората в състояние на зависимост. Някои от фундаменталните принципи на този закон са: универсалният и публичен характер на услугите; достъпът до услугите в условия на равенство и липса на дискриминация; участието на всички публични органи в упражняването на тези компетенции.

Системата за автономност и грижи за зависими хора (САГЗ) се създава с цел да се промотира личната автономност и да се гарантира грижата към и защитата на хората в ситуация на зависимост из територията на цяла Испания с участието и сътрудничеството на всички публични администрации. *САГЗ* се създава и като мрежа, която обхваща публични и частни центрове(чл.6).

Накрая се създава Териториалният съвет на системата за автономност и грижа за зависимост. Това е инструмент за сътрудничество и съвместна система, в която участва централното правителство, автономните общности и местните органи(чл. 9 и чл. 13).

Законът дава определение на термините "автономност" и "зависимост".

В чл. 15 е представен Каталогът на услугите на системата:

- услугите за превенция на ситуация на зависимост и за промоция на лична автономност;
- услуги за домашна помощ: грижа за битовите нужди и лични грижи;
- услуги за дневни и нощни центрове: дневни центрове за възрастни; дневни центрове за по-млади от 65г.; дневни центрове за специализирана грижа; нощни центрове;
- услуги за грижи в резиденции: настаняване на възрастни хора в състояние на зависимост в домове; центрове за грижи за хора в състояние на зависимост според различните видове увреденост.

Осигурена е икономическа помощ за грижите в домашни условия и подкрепа към не професионалните болногледачи. Крайната цел е бенефициентът да получи в своя дом грижи от непрофесионални болногледачи, зачитайки се адекватните условия на съжителство и обитаемост на жилището. Предвижда се болногледачите да бъдат включени в програми за обучение и информация.

В Закона се предвижда и икономическа помощ за лични асистенти. По този начин се улеснява промоцията на лична автономност за най- зависимите, независимо от тяхната възраст. Законът допринася за наемането на личен асистент, който да подпомогне бенефициента в подобряване качеството на живот, достъпът до образование и работа.

Освен този закон, съществуват и различни професионални организации като *Генералният съвет на медицинските сестри (CGE).* Това е професионална организация с над 100-годишна история. Основана е според целите и функциите на Устава, одобрен от *Кралски указ 1231 от 8 ноември 2001 г.* Утвърждава се като еталон за професията "медицинска сестра" и представлява група от двеста хиляди колежи. Това е орган, който обединява всички професионалисти ангажирани с грижата за здравето на гражданите. За тази цел се стреми към развиването на упражняване на професията на медицинските сестри. Основна цел са подобряване качеството и професионалните постижения, въз основа на критериите на етиката, научни доказателства, професионална отговорност и самостоятелност. (157i)

Обединеното кралство Великобритания

Доставчици на грижи в домашни условия. **Асоциация на UK (Обединеното Кралство) за домашно лечение.**Услугата "грижи в домашни условия" се закупува от ползвателя на услугата директно от независими агенции за домашни грижи или като част от отделите на местните власти, отговарящи за социалните услуги, които полагат грижи чрез своите служители или независими агенции. Грижи обикновено се предоставят веднъж или два пъти на ден с цел запазване на здравето и независимостта на немощни или хора с увреждания и може да стигне до помощ на пълно работно време от медицинска сестра или болногледач. Асоциация на UK (Обединеното Кралство) за домашно лечение е професионално сдружение на 1600 доставчици на грижи в домашни условия във Великобритания. Асоциацията поддържа списък на агенциите по райони в Обединеното Кралство. Асоциацията за домашно лечение на Великобритания издава списание "Болногледач" и широк кръг от публикации за доставчици на грижи в домашни условия, като Accessible Home Health Care (Достъпни грижи в домашни условия).

Законова регулация: Агенциите за домашни грижи се регулират от държавни органи в три от четирите нации, съставляващи Обединеното Кралство. Функцията на регулатора е да се гарантира, че агенциите за домашни грижи работят в рамките на приложимото законодателство.

Англия

Регулатор: Комисията за качество на грижите (CQC) The Care Quality Commission

Законът за здравни и социални грижи 2008 (The Health and Social Care Act 2008)

Законът за здравеопазването и социалните грижи (2008 регулирани дейности) Регламенти 2010 (The Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010)

Уелс

Регулатор: Инспекторат за грижи и социални услуги наУелс (CSSIW) (The Care and Social Services Inspectorate Wales (CSSIW))

Законът за стандарти за грижи 2000 г. [20] (The Care Standards Act 2000)

Агенции за грижи в домашни условия (Уелс) от 2004 (The Domiciliary Care Agencies (Wales) Regulations 2004)

Шотландия

Регулатор: Комисията за грижите (The Care Commission)

Регламентът за грижи на Шотландия 2001 (The Regulation of Care (Scotland) Act 2001)

Северна Ирландия

Законодателството за сектора на грижи по домовете в Северна Ирландия към декември 2007 г не е напълно оперативна.

Регулатор: Регламент и институция за повишаване на качеството (RQIA) The Regulation and Quality Improvement Authority. Заповед за здраве и социални услуги (качество, подобряване и регулация) 2003 (Северна Ирландия). Регламенти на агенцията за грижи по домовете (Северна Ирландия) от 2007 г. Агенции за минимални национални стандарти за грижи в домашни условия -2007 г.(162)

Изнесена грижа извън стените на болничните заведения има в почти всяка страна в Европа. Работещи структури са обособени за хората, които изпитват най-голяма нужда - старите хора. В изнесените данни се говори за лица над 65 години, при които с увеличаване продължителността на живот се увеличават хроничните заболявания и стават безпомощни да се грижат за себе си. (8;9;10;72, 76, 102, 132; 162) Проблемът не е само здравен, той е и социален, защото с миграционните процесите, които не засягат само една страна, те се наблюдават в световен мащаб, много възрастни хора остават сами, без възможност да се обслужват. По данни изнесени от неправителствени организации решението на проблема в различните страни, членки на Европейският съюз има своите специфични черти и общи проблеми.(83;162)

В **Австрия** възрастните и нуждаещи се от грижи хора получават материална и нематериална подкрепа. Финансовите надбавки се предоставят на хора, които имат нужда от грижа, но получателите решават сами как да използват средствата. Предоставянето на парични надбавки, се регулира индивидуално от всяка федерация. С

цел да се финансират социални услуги могат да бъдат използвани осигуровки за грижи, частни средства, други обществени фондове, дарения или доброволчески услуги. Комбинацията от финансовите средства зависи от самата социална услуга, ситуацията във всяка федерация и организацията, предоставяща услугата. Австрийската система за грижи, се финансира от публични средства, идващи от националния бюджет, но също така и от федералните и местните бюджети.(157)

Грижи за възрастни се разделят на формални и неформални, като все по-голям дял се покриват от черния пазар за грижи. (104к) Във формалния сектор за грижи има:

1. Традиционни старчески домове като стационарна форма на грижите за възрастни хора.
2. Мобилни социални услуги на грижи и мобилни (медицински) грижи за възрастни хора, живеещи у дома.
3. Различни форми на алтернативно съжителство, настаняване между амбулаторни и стационарни институции.

Мобилни грижи за възрастни в Австрия се предоставят главно от социални и социално-медицински доставчици на услуги, консолидирани в национален консорциум, наречен "Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt". Членове на този консорциум са Каритас Австрия, Diakonisches Werk Австрия, Hilfswerk Австрия, Австрийски Червения Кръст и Volkshilfe Австрия със съответните федерални организации. Във федерация Форалберг, местните асоциации на медицинските сестри и "Gesundheits и Sozialsprengel" в Тирол предоставят услуги, свързани с полагане на грижи за възрастни. Като цяло можем да заявим, че поради гъстата мрежа от доставчици, мобилните услуги се предлагат на национално ниво.(162)

Министерството на семейните въпроси, ветераните от войните и солидарността между поколенията администрира различни национални програми, според **Хърватската държавна** стратегия за развитие на грижите за възрастни хора. Техните основни цели са развитие на нституционалната грижа за възрастни хора; мобилизиране капацитета на местните общности в грижата за възрастните граждани; включване на възрастните хора в обществения живот и избягване на социалната изолация; разработване доброволчески услуги за грижи за възрастни на местно ниво. Помощта, предлагана в рамките на тези програми е следната:

-Помощ у дома: организация на храна, помощ с личната хигиена, домакинска работа, пране и гладене; други (измерване на кръвно налягане и други);

-Помощ извън дома: покупка на продукти от ежедневна необходимост, плащане на сметки, изпращане на писма, закупуване на лекарства;

-Придружаване на хора с нарушена мобилност за изпълнение на задължения извън дома: придружаване до лекар, до магазин;

-Осигуряване на необходимата помощ за посещение на баня.

-Услуги, които са обхванати от работната програма на домове за възрастни и хора с нарушена мобилност

Националните програми се опитват да включат възможно по-голям брой възрастни хора в институционалната грижа на местно ниво. Други цели, които са постигнати в рамките на тези програми са: организиране на помощ в домакинството на възрастните хора; чувствителност на обществеността към нуждите на възрастните, както и към необходимостта от взаимна помощ и грижа; добросъседска помощ и доброволен труд на терен. Една от националните програми, е "Програма за развитие на услугите за възрастни в рамките на системата за солидарност между поколенията".(162)

В Германия според актуалните данни на националния Статистически институт, 16,7% от германското население са хора над 65-годишна възраст. 400 000 професионалисти се грижат за тях в 23 000 стационарни, извън болнични и амбулаторни заведения. Общо 2,34 милиона души се нуждаят от грижи. 69% от тях са у дома си и получават помощ от роднини. Една голяма група от хора, които се нуждаят от грижа, са приблизително 1,2 –та милиона хора с лека до тежка деменция. Днес 717000 души в Германия живеят в старчески домове, 550000 получават грижи от доставчици на мобилни услуги, а 1,07 милиона от своите близки. Демографските данни показват, че броят на възрастните имигранти в Германия е нараснал значително през последните няколко години и ще продължи да нараства в бъдеще. Моделни изчисления прогнозират, че през 2030 г. броят на хората над 65 г. ще се увеличи с приблизително1/3 и ще достигне 22,3 милиона. Освен това 2,8 милиона души над 60-годишна възраст от чужд произход ще живеят в Германия. Значителна част от по-старите имигранти са самотно живеещи.(162)

Член 68 от Конституцията на **Република Полша** задължава публичните власти да осигурят на всички свои граждани, равен достъп до услугите за медицински грижи, финансирани в рамките на публични средства. Публичните власти са длъжни да осигурят специални грижи за хората с увреждания, както и за възрастните хора.

Дългосрочните, последователни и професионални грижи могат да се реализират под формата на болнични услуги или като грижа в дома. В Полша дългосрочните

грижи са засегнати от две области на социалната политика, здравеопазване и социални грижи. Формите на институционални социални грижи:

-социални домове, дневни центрове за грижи от различен тип функционират, наред с различните форми на институционални медицински грижи;

-в центрове за дългосрочни грижи, институти за здраве и грижа и институти за грижа и защита, хосписи . Подобна е ситуацията в сферата на "отворените грижи" (амбулаторна грижа в дома), които се извършват от социални центрове, неправителствени организации като Полски Червен Кръст, Полски комитет за социално подпомагане, заведения, ръководени от Каритас или Националния фонд за рехабилитация на хора с увреждания, както и медицински услуги, реализирани от сестрински дългосрочни грижи, договорени от Националната Здравна Каса. Сред заведенията и институциите в подкрепа на възрастните хора могат да бъдат изброени също: дом за възрастни хора ("Пенсионерски дом"), пансиони за възрастни хора, комуни за възрастни, областни домове за социални грижи или временни хостели за семейства. В критични ситуации, нуждаещите се лица, могат да намерят помощ в приюти, приюти за бездомни или трапезарии за бедни.(162,i)

Националната система за социално подпомагане в **Румъния** определя организацията, функционирането и финансирането на предоставянето на социално подпомагане, на базата на европейските принципи, с цел насърчаване процеса на социално включване. Социалните политики са разработени от Министерството на труда, в случай на социалното подпомагане, прилагането на законодателството е задължение на местните власти. . Модели за грижи за различни категории хора в нужда са били инициирани от някои неправителствени организации. Те са се възползвали от външно финансиране, а заедно с него, и от модели на добри практики на финансиращите партньори. Организациите на гражданското общество са тези, които допринесоха много за повишаване качеството на социалните услуги, предлагани за хората в нужда, включително и в областта на услугите, свързани с грижи за възрастни.(157)

Грижите за възрастни хора в **България** са обусловени от настоящата ситуация:

-Има голям наплив на стари хора в домовете за възрастни. Някои обясняват това с бедността на пенсионерите. В държавните старчески домовете срещу 70% от пенсията си, те получават грижа, храна и топлина.

-Въпреки ръста на услугите за възрастни през последните години, развитието на неформалните грижи, и увеличаването броя на бенефициентите, обхватът на тези грижи е все още недостатъчен. Тук се има предвид застаряването на населението.
-През последните години много хора в трудоспособна възраст остават извън пазара на труда, защото се грижат за болни или възрастни членове на семейството. Много хора се грижат за близките си, защото не могат да си позволят разходите за старчески домове; хосписи или пък няма свободни места.(162)

След реформата в системата за социални грижи в България, бе регистриран огромен ръст в предоставянето на социални услуги и грижи в общността. През 2003 г. са съществували само 21 доставчици на социални услуги, базирани в общността и в семейна среда. През 2008 г. техният брой възлиза на 369. Броят на потребителите на неформални социални услуги се е увеличил от 570 лица през 2003г. до 48 855 души през 2008 г. Нарастването продължава и до днес, като тенденцията е в полза на услугите, предоставяни в общността или в семейна среда. Налага се мнението, че дългосрочните грижи в семейна среда и общността са по-добри, отколкото дългосрочните институционални грижи.(83;162)

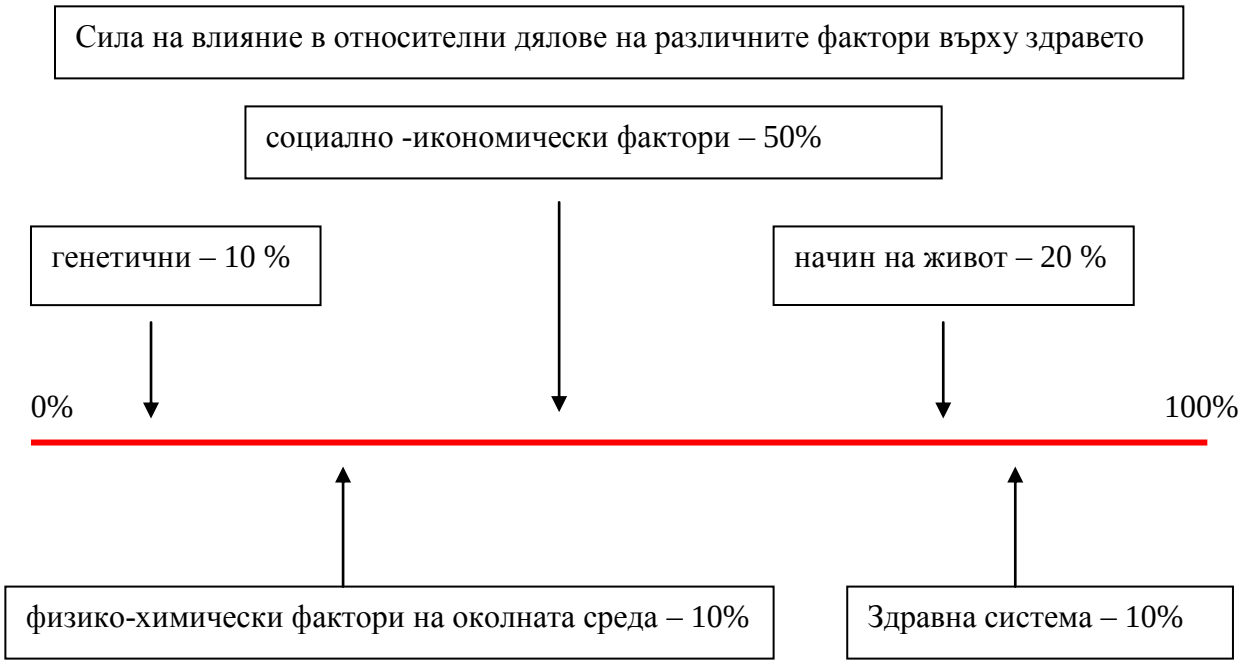
В допълнение към личните асистенти и другите домашни помощници, общините предоставят услуги като **дневни центрове** за възрастни, дневни центрове за възрастни с увреждания, центрове за социална рехабилитация и интеграция, защитени жилища и социални услуги в семейна среда (домашен социален патронаж).*Социалният асистент* предоставя услуги за възрастни хора или хора с увреждания, включително готвене, пазаруване, лична хигиена, почистване, поръчки. *Дневните центрове* предоставят комплекс от услуги за възрастни хора, включително храна, здравеопазване, образование, рехабилитация и основни социални контакти. Център за социална рехабилитация и интеграция предвижда диапазон на социални услуги чрез екип от специалисти (психолог, терапевт, съветници и др.) с цел да подготви своите клиенти за интеграция в обществото и в крайна сметка за независим живот. *Социалният патронаж* са социални услуги в дома като доставка на храна, почистване, помощ при лична хигиена. *Институционални услуги* в България се предоставят главно от домове за възрастни с увреждания, старчески домове, специализирани болници за продължително лечение и рехабилитация и хосписи. Бенефициентите на тези услуги са извън обхвата на услугите, базирани в общността. Сравнително нова алтернатива е настаняването в хосписи –каквито вече могат да бъдат открити навсякъде в България.(162)

Министерството на здравеопазването готви създаването на мрежа от патронажни центрова в 16 общини и в 28 области. В тях ще се проследяват хронично болните пациенти.

1.8.Икономическа значимост на хроничните заболявания

Здравето, което се определя от факторите на семейно-битовата, професионално-трудовата, обществено-битовата среда и системата на здравеопазване, се влияе силно от обкръжаващата го социално-икономическа среда. Тук се преплитат всички тези влияния, при които има позитивни и негативни сили на въздействие, свързани с развитието на новите технологии, политиката, икономическия натиск, както и непрекъснато променящите се идеи и най-вече повишената социална и екологическа ангажираност.(91,6;92)

Когато се прави оценка на въздействието на различните фактори върху здравето на населението, голяма част от експертите и специалистите определят това влияние в процентно съотношение, което може да бъде изразено по следния начин:



Фигура 4 **: Фактори на здравето** Източник НЦОЗА (91;6)

От представеното на фигурата е видно, че най-съществено влияние върху здравето на гражданите имат социално-икономическите фактори на окръжаващата среда (50%), следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството,

групите и обществото (20%). Въздействието на здравната система върху индивидуалното, груповото и общественото здраве е в рамките на едва 10%.(92,6)

Проблемът със здравето на нацията придоби особена чувствителност в контекста на протичащата глобална финансова и икономическа криза и нейните проявления – съкращения на работни места и увеличение на безработицата, влошаване на качеството на живот и труд и др. В такива условия най-уязвимите групи от населението плащат най-високата социална цена. Кризата постави още по-остро въпроса за необходимостта от прилагането на мерки, които биха имали съществено влияние за ограничаване разпространението на болестите и рисковите фактори за здравето. Всичко това показва, че е необходимо прилагането на комплексен и интегриран подход, особено за уязвимите групи в българското общество, който да способства за трайно преодоляване на неблагоприятните тенденции за здравето и за преустановяване на влиянието на рисковите фактори върху живота на населението.

На политиките, свързани със здравето е отредена важна роля в стратегията „Европа 2020“. В съобщение на Европейската комисия от 29 юни 2011 г. „Бюджет за стратегията „Европа 2020“, се подчертава, че *„подкрепата за постигане на добро здраве представлява неразделна част от целите за интелигентен и приобщаващ растеж в стратегията „Европа 2020“. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълъг период има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността. Иновациите в здравеопазването спомагат за посрещане на предизвикателството, свързано с устойчивостта в сектора в контекста на демографските промени*“, като за постигането на *„приобщаващ растеж“* е важно да се работи за намаляване на неравенствата по отношение на здравето.(108; 92;162)

В предложената трета програма за действие на ЕС в областта на здравето (2014—2020 г.), озаглавена „Здраве за растеж“, в още по-голяма степен се заздравява и подчертава връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението. Програмата е насочена към действия с ясна добавена стойност за ЕС в унисон с целите на стратегията „Европа 2020“ и настоящите политически приоритети. В програмата се посочва, че здравето не е просто ценност сама за себе си — то е и фактор за растеж и само население в добро здраве може да използва напълно своя икономически потенциал.(108;92;12)

Постигането на всички основни цели, определени в „Европа 2020 — Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж“, зависи от нарастването на иновациите в здравното обслужване, които обаче не се свеждат само до технологии и

нови продукти. Става дума също за новаторски подход при организацията и структурирането на здравното обслужване, усвояването на ресурсите и финансирането на системите.(108)

Други инициативи, с които трябва да бъде съобразена националната здравна стратегия са насочени към насърчаване на внедряването и оперативната съвместимост на решенията за електронно здравеопазване (e-Health), в т.ч. с цел да се подобри трансграничното използване на здравни записи на пациентите.(92;108;141; 162)

В политика 7 от Националната здравна стратегия 2014-2020 се разглежда деинституционализация и осигуряване на дългосрочна грижа на уязвими групи от населението. (92;67)

Политиката е насочена към създаване на условия за достоен живот на възрастните хора, като по този начин се гарантира адекватна социална сигурност и равнопоставеност на поколенията, чрез увеличаване на ефикасността на системите на здравеопазване и на системите за дългосрочни грижи.

Политиката е в съответствие и с приетия от ООН Международен план за действие по застаряване на населението в Мадрид през 2002 г. очертава основни цели и елементи за предприемане на подход и мерки спрямо застаряването на населението, в т.ч. за осигуряване на здравни грижи, подкрепа и социална закрила за възрастните хора. (92;71)

За да се намали негативното влияние на демографските промени върху здравната система и да се усети положителното им влияние върху други сфери, като икономическата и социокултурната сфера, е необходимо да се инвестира в качествени здравни услуги и здравни технологии за ранна диагностика и лечение на заболяванията, както и в превенцията, възпитаване на здравословен начин на живот и профилактика на болестите сред населението. (92;72)

В Националната здравна стратегия 2014-2020 е приет финансов план който е разработен в оптимален, песимистичен и оптимистичен вариант при следните допускания:

1. Планираните средства са на основата на политиките провеждани в момента и планирани за продължаване в бъдещето

2. Планираните средства не изискват увеличаване на осигурителните вноски, данъци, както и промяна на съотношението на процента публични средства вложени в здравеопазването и са съобразени с прогнозата за растеж на НБП и развитието на икономиката в страната и Европа

3. Няма очаквания за бързо възстановяване от кризата, като стагниращите елементи в икономиката, ако няма активна политика на държавата в тази насока (неокейсианския модел) ще се развиват до 2016-2017 год.

4. На основата на тези прогнози няма очаквания за допълнителни възможности за повишаване средствата в сферата на здравеопазването, освен външно финансиране на базата на оперативните програми.

5. Не трябва да се очаква и политически решения в посока увеличаване на здравната вноска или данъците, което няма да се понесе от населението нито бързо показване на доходите на населението, което да се отрази на нивата на осигурителните вноски.

6. Планираните средства отразяват моментното здравно състояние на населението, както и моментната здравно-демографска ситуация, като в тях няма планирани увеличени потребности на населението.

7. При допълнителен анализ за увеличаване потребностите на населението в определени насоки – например разходи за възрастни, хронифицирани заболявания, инвалидизация и маргинални и рискови групи е необходимо да се направят допълнителни анализи и допускания, което ще доведе до увеличаване на средствата в определени политики.

8. Планираните средства се съотнасят към ангажираните институции за осъществяване на политиките, като разпределението на средствата към тях е свързано с отговорностите по отделните политики.

9. Планираните средства са на две нива – национално финансиране и средства по Оперативни програми на ЕС, които ще се разпределят в подпомагане на няколко политики едновременно или една национална политика може да черпи допълнителни средства от няколко оперативни програми.

10. Песимистичната прогноза при националното финансиране отразява задържане на развитието на икономиката и задържане на планираните средства в рамките на ежегодната инфлация.

11. Оптимистичната прогноза отразява постепенно възстановяване на националната икономика и минимален растеж на средствата по години като процент от НБП – до 5% в края на периода.

12. Прогнозата за планираните средства по оперативните програми е в няколко направления, които отразяват НПР на България-2020 и програмата Европа 2020 на ЕС.

13. Планираните средства по оперативните програми в оптималния вариант като общо са в рамките на 5% от общите средства по програмния период за България.

14. Песимистичният вариант на планираните средства е в рамките на 4,75%, а оптимистичния е в рамките на 5,25% от общите средства по програмния период 90

15. Прогнозата и планираните средства се основават на прогнозите на БАН за Брутния вътрешен продукт (текущи цени) и делът на средствата за здравеопазване към тази прогноза, който се задържа в рамките 4,7-4,8 %(92)

***Таблица 7*. Макроикономическа прогноза**

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
БВП(текущи цени)-хил.лв.	83234100	87177200	91120300	95063400	99006500	102949600	102949600
Разходи за здраве като дял от БВП в % (национално финансиране)	4,88	4,82	4,77	4,73	4,70	4,68	4,85
Разходи за здраве като дял от БВП в % (национално финансиране + европейски фондове)	6,03	6,10	6,15	6,01	5,75	5,44	5,51

България е активен участник в Европейския съюз, затова всяка инициатива за реформиране на финансовия сектор, се отразява в изработване на пакет от мерки за съответни действия. Такава е допълнителната програма с допълващи реформи, наречена пакт „Евро плюс“.Тя бе договорена между държавите-членки от еврозоната, като израз на задълбочаването на тяхната взаимозависимост; шест държави извън еврозоната също решиха да се присъединят към пакта: България, Дания, Латвия, Литва, Полша и Румъния. Рамката е структурирана около четири стълба: конкурентоспособност, заетост, устойчивост на публичните финанси и укрепване на финансовата стабилност.

Пактът беше утвърден от ръководителите на ЕС през март 2011 г. Всички 23 страни от пакта се ангажират да провеждат реформите, изложени в него. Останалите четири държави-членки също могат да подпишат пакта, ако желаят. Пактът е отразен в пълна степен в новата рамка за икономическо управление, а ангажиментите по него са включени в националните програми за реформи на съответните държави-членки.(92;162)

ЕС създаде нови правила и агенции с цел предотвратяване на проблемите на ранен етап и гарантиране на подходящо регулиране и надзор на всички участници на финансовия пазар. Предприети са действия, за да се гарантира в частност наличието на достатъчно капиталови резерви в банките на ЕС, благодарение на които те да издържат на бъдещи финансови сътресения и да продължат да функционират и отпускат кредити на домакинствата и предприятията.(92;162)

Икономическата природа на здравеопазването като система на взаимоотношенията между потребители на здравна помощ /услуга/, изпълнители /доставчици/ на медицинска помощ и финансираща институция се характеризира с редица сложни специфики.

Лисабонската среща на Европейския Съвет през март 2000 г. постави пред страните от Европейския съюз стратегическата цел да превърнат своите икономики в най-динамичните и конкурентноспособни, базирани на знанието. Европейския Съвет препотвърди тази стратегическа цел и даде мандат за ускорено развитие на Информационното общество и информационните и комуникационните технологии. Електронното здравеопазване е важен компонент в Информационното общество и беше изведен като един от основните приоритети в европейските планове за развитие. Новата инициатива на Европейската комисия i2010 отделя значително място за въвеждането на електронни здравни карти и единна информационна система като основна и неделима част от съвременното модерно здравеопазване.(108;138;141)

Пазарът на здравни услуги има специфични икономически характеристики, които го правят уникален:

- висока степен на диференциация и хетерогенност на здравния продукт, която прави трудно стандартизирането и управлението му. Тази услуга може да бъде закупена само директно от доставчика, но не може да се търгува между клиентите - потребителите на услугата. Всеки пациент може да има различни предпочитания относно вида на лечението, продължителността на лечението, мястото на лечение и пр., както и относно личността на лекаря, който го лекува. По този начин хетерогенността на продукта се комбинира с хетерогенността на потребителските предпочитания. Икономическата теория не дава общи указания за подходяща антитръстова политика при пазарите със съществена диференциация на продукта. Фиксирането на цените на услугите влияе в посока намаляване на социалното благоденствие;
- информационна асиметрия, която поставя пациента в подчинена позиция и създава условия за морален хазарт, както и предпоставки за свръхпотребление на здравни

услуги. Асиметричността на информацията в здравеопазването се проявява както във взаимоотношенията лекар - пациент, така и в тези между пациент и осигурителна /застрахователна институция. (138;157)

Във всеки един случай на заболяване и лечение, лекарят е по-добре информиран за състоянието на пациента, отколкото самият пациент. Това поставя под въпрос степента, в която лекарят ще защитава правата на пациента и ще действа като негов агент. Проблемът е как да се провери и потвърди точната природа на заболяването и на подходящото лечение. Друг проблем се появява в случаите, когато несигурността на потребителя относно заболяването поражда търсене на допълнителни здравни услуги, които не винаги са оправдани, което в крайна сметка индуцира допълнително търсене в системата.

Наличието на асиметрична информация се проявява и между здравноосигуреното лице и финансиращата организация, тъй като потребителят е по-добре запознат със собственото си здравословно състояние в сравнение с финансиращата институция. Той плаща по-малка част от стойността на здравната услуга, докато основната част се поема от финансиращата институция. При наличие на осигуровка, потребителят може да не бъде достатъчно мотивиран да се отнася отговорно към здравето си;

- пазарът на здравни услуги е монополистично конкурентен и не съдържа обективни механизми за уравновесяване позициите на отделните участници;
- обективна тенденция на маркетизация на здравните системи, меркантилизация на лекарския труд, която предопределя растящата стойност и цена на здравните услуги;
- налага се държавата да прилага силни регулации, които не винаги са адекватни на сложната природа на пазара на здравни услуги.

Теоретичната икономика на производството и доставката на медицинска помощ се характеризира с няколко обективни, независими от желанията и поведението на участниците в системата положения:

- Естествени монополни позиции на доставчиците на медицински услуги;
- Неинформираност и подчинена позиция на потребителите на медицински услуги;
- Разрастване на естествената пазарна природа на процеса, чрез всички последици от монополистическата конкуренция – доходите и печалбите на доставчиците са гарантирани, независимо от качеството на предоставяната услуга;

- Естествено висока потребителна стойност на здравната услуга, която обосновава високите доходи на изпълнителите на медицинска помощ;

В резултат на това се проявяват следните проблеми в здравните политики:

- Поддържане на принципа на солидарността за сметка на допълнителни публични ресурси и противоречащи на пазара регулации;
- Ниска ефективност на регулациите;
- Недостатъчна удовлетвореност на пациентите;
- Недостатъчна ефективност на растящите разходи. (83;39)

Изброените причини налагат термина квази-пазар в здравеопазването. (83,7)

1.8.1.Преглед на моделите на финансиране на здравеопазването

В зависимост от степента на участие на държавата във финансирането и предоставянето на здравни услуги, могат да се обобщят три основни типа **системи на финансиране**:

1. системи на частно здравно застраховане с частни доставчици на услуги (модел на частни застрахователи/ доставчици)

2. социално здравно осигуряване със смесена система от частни и държавни доставчици (модел на публичен договор)

3. системи, финансирани чрез общи данъци, с държавна собственост върху доставчиците (публично – интегриран модел) (83;92)

Рядко се среща система в чист вид, в повечето случаи се прави разумна комбинация между отделните източници на финансиране, която да е адекватна на социално-демографските и културните условия в страната.

В България е избран следният модел за финансиране - Социалното здравно осигуряване. Този модел на финансиране е доминиращ за повечето страни в Европа. Моделът представлява система, при която всеки гражданин на обществото е задължен на солидарен принцип да участва с редовни вноски, свързани с дохода на лицето, но не и с обема от здравни грижи, които лицето получава при необходимост. Вноските се управляват от независими публични или частни организации, натоварени с нормативно определена отговорност. Функциите по финансирането на здравните услуги и тяхната доставка са отделени. (83;92)

Финансирането на здравната система в България се осъществява основно от публични източници при нисък процент на здравната вноска (6%) и липса на гаранции за пълна събираемост. Участието на доброволните здравноосигурителни фондове е

силно ограничено - около 1% от финансирането на здравната система, поради отсъствие на пазарни условия за разгръщане на дейността им.

Разплащането между купувачи и изпълнители в извънболничната помощ стимулира предлагането на повече от необходимите дейности или отчитането на нереално извършени такива. В болничната помощ заплащането по клинични пътеки, част от които са недостатъчно финансирани, поражда хоспитализации по определени болести. Заплащането не е обвързано с качеството на предоставените услуги. Като цяло средствата са ограничени. По-голяма част от ресурсите се разпределят за финансиране на болничната помощ. Слаб е акцентът върху извънболничната и особено за профилактика на заболяванията.(92, 10)

Социалното здравно осигуряване има определени обективни несъвършенства:

- Проинфлационна същност: здравните вноски не са обвързани с реалната цена на доставяните здравни услуги, при което има тенденция към обективно повишаване цената във времето. Свръхпотреблението на здравни услуги също допринася към постоянното повишаване на цените и оттам – на разходите за здравеопазване.
- Индуцирано търсене: то се реализира поради информационната асиметрия на пазара на здравни услуги между пациент и лекар, между осигурителна институция и пациент, в резултат на които се укрепва водещата позиция на доставчиците на медицински услуги при определяне обема на потреблението на пазара. (26;83;92)

Плащането на доставката на здравната услуга не е свързано с качеството на услугата, като следствие от финансовия механизъм за изравняване на потреблението.

При поддържане на доминиращо положение на изпълнителите на медицинска помощ при определянето на държавната политика в здравеопазването, в управлението на здравноосигурителните фондове и върху болничния мениджмънт се формира т.нар. „пълен професионален модел”.

Системата към настоящия момент се финансира от няколко източника:

- *Задължителни здравноосигурителни вноски:* 6 % от доход на лицето, заплащани в определено съотношение между работодателя и служителя, като размерът й се определя със Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Вноските, набрани от осигурените граждани, се управляват и разходват съгласно определени критерии, утвърдени в Националния рамков договор (НРД). (83)

Принципите, върху които се базира моделът на задължителното здравно осигуряване са: задължително участие при набирането на вноските, солидарност, относително повишена отговорност на осигурените, равнопоставеност.

Доброволното здравно осигуряване е предвидено като допълнителна възможност и се осъществява от лицензирани акционерни дружества, регистрирани по Търговския закон (ТЗ), срещу заплащане на здравноосигурителни премии, въз основа на индивидуално сключвани здравноосигурителни договори. То се извършва чрез възстановяване на разходи или чрез абонаментно обслужване.(83,20)

- *Бюджетно финансиране:* чрез приходите от данъци в държавния бюджет се плащат здравните осигуровки на определени групи лица, субсидии за болничните заведения, разходи за централни доставки на лекарства и издръжката ма Министерство на здравеопазването. Републиканският бюджет е основен източник на финансиране на лечебните заведения от болничната помощ като определени областни структури (диспансери за онкологични, психични, пневмофтизиатрични и кожно-венерически заболявания) са отговорност на общинските бюджети. Държавното финансиране има редица *негативи:* затруднен контрол и липса на достатъчно ясна обратна връзка за количеството и качеството на предоставяните медицински услуги; липса на достатъчно ефективни механизми (нормативи, стандарти и пр.) за разпределяне на средствата от бюджета на Министерството на здравеопазването, неясни критерии за разходване на бюджетните средства и др. (83,20)

-*Здравни застраховки:* Застраховките могат да покриват различни здравни рискове според определени условия от застрахователната институция и могат да бъдат индивидуални, семейни и групови, сключвани по тарифи на застрахователя. Този вид застраховане се характеризира с голямата си гъвкавост и адаптивност. Застрахователите предлагат както комплексни, така и диференцирани условия и срокове с оглед потенциалния здравен риск, който носи осигуреният. В опит за създаване на по-благоприятни условия за развитие на здравното застраховане в регулативната уредба са залегнали някои данъчни облекчения.(83,21)

- *Преки плащания* под формата на потребителски такси и такси за извършени услуги. Потребителят заплаща единна за определена дейност цена, определена от компетентна институция (в случая НЗОК), която по подразбиране не е пазарно определена цена, а договорена от осигурителната институция и професионално съсловните организации на лекари и стоматолози. Този вид финансиране е характерно за частните медицински услуги, извън обхвата на договорите, сключвани от НЗОК и е допълнителен източник в сектора на публичните услуги.

-*Нерегламентирани плащания в системата*. Независимо че се разглеждат тук, нерегламентираните плащания не могат да бъдат отнесени към източниците на

финансиране на системата, защото **приходите** от тях **не постъпват** в здравната система. Изводите от изследване на Български здравен проект на USAID през 2002 г. са, че общите преки плащания към системата от страна на домакинствата по размер са приблизително равни на публичното финансиране. Ако се отчитат размерът на преките плащания, общите разходи за здравеопазване в страната достигат до около 8 % от БВП, което поставя България сред страните с високо равнище на разходи за здравеопазване. **Проблемът** е, че дори при това високо равнище на разходите за здравеопазване качеството на услугите е неудовлетворително и здравната инфраструктура е в изключително тежко състояние.(83,23)

Голяма част от преките плащания са нерегламентирани. Плащанията „под масата" не само утежняват бюджетите на домакинствата, но и в голяма степен ограничават достъпа им до необходимите здравни услуги. На преден план излиза и проблемът с корупцията в здравната система, особено в болничната помощ. Общият **извод**, който може да се направи от това изследване, е, че при тези условия е *необходимо да се изгради ефективна система за регламентирани плащания, която, при равни други условия, ще ограничи размера на плащанията „под масата", ще осигури възможност за достъп до системата на нискодоходните групи от населението и ще подобри общото състояние на здравната система*. (83;22)

В Националната здравна стратегия 2014-2020 се отделя внимание на ограничаване на възможностите за неформални форми на плащанията в здравеопазването и антикорупционните политики (политика 4.5. и мерки)(91;62)

Всеки опит за по-комплексно обслужване на пациентите изправя изпълнителите от извънболничната и болнична помощ пред финансов риск. Поради това се увеличава броят на пациентите, насочени към специалистите. Увеличават се също вторичните прегледи и хоспитализациите, с което всъщност се увеличават значително разходите за лечение. Липсата на възможност за споделяне на финансовата тежест между повече купувачи на здравни услуги, несъвършенствата на договорната система за определяне условията за предоставяне и заплащане на здравната помощ и липсата на нормативна база за регламентиране на допълнителните плащания не създават възможност за развитието на финансово устойчива здравноосигурителна система. Недостатъчен е контролът върху изпълнителите на медицински услуги, а също така липсват стимули за ограничаване на разходите от тях.(91;92,10)

Източниците на финансиране на здравеопазната система могат да се обособят в две основни групи – публични и частни средства:

- Данъци;
- Средства от системата за социално здравно осигуряване;
- Средства от частни здравноосигурителни фондове;
- Лични средства на гражданите .

Най-често в системите на финансиране на здравеопазните системи се наблюдават комбинации между отделните източници в различни съотношения. Причината е, че държавата задължително запазва ролята си във финансирането на здравеопазването, дори и в ограничени размери при някои системи. Делът на всеки източник на финансиране дава представа за конкурентната структура на системата и дефинира основните видове модели на здравеопазване, които се прилагат в света.

Разходите за здравеопазване са съществен фактор при разглеждане на системата на здравеопазване на една страна. Поради факта, че оказват влияние върху конкурентоспособността и потенциала за развитие на нацията, икономически развитите страни в света поставят приоритет върху финансирането на сектора. Здравеопазването има един от най-високите дялове както в размера на публичните разходи, така и като част от Брутен вътрешен продукт (БВП) за страните от Европейския съюз (ЕС).(26;83;108)

От общите разходи за здравеопазване средно около 75-76 % се финансират от публични източници, което е в резултат от функциониращите в тези страни системи за социално здравно осигуряване. В страните от Източна Европа и Гърция делът на публичните разходи за здравеопазване е по-нисък от този на страните в Централна и Западна Европа, което се дължи както на по-ниската степен на развитие на здравноосигурителните системи в тези страни, така и на по-ниското благосъстояние на икономиките им.

Една от основните **тенденции** в развитието на разходите за здравеопазване в световен мащаб е тяхното постоянно и стабилно нарастване, дължащо се на бързото развитие на технологиите, нарастването на обема и цените на здравните услуги и застаряването на населението.

Директните плащания от страна на потребителите на медицински услуги са важен източник за финансиране на здравната система. Тяхната значимост като обем и широкото им разпространение е довело до регламентирането този вид плащания в различни системи за споделяне на разходите (cost-sharing systems).

Плащанията от потребителите на медицински услуги могат да се обобщят в две големи групи – пряко и непряко споделяне на разходите.

Прякото споделяне на разходите включва:

1. Фиксирано доплащане – универсална такса или такса за услуга;
2. Пропорционално доплащане – процент от пълната такса;
3. Франшиза (начално плащане, deductible) – първоначално плащане за услугата преди да влезне в действие осигурителното покритие;
4. Балансиращо доплащане – допълнителна такса, която доставчикът налага в допълнение към плащането, получено от осигурителната организация.

Непрякото споделяне на разходите включва всички плащания за услуги, които не са включени в пакета, осигурен от финансиращата организация.

Трансформирането от финансиране към купуване на услуги създава пазарен натиск върху поведението на субектите и ги превръща в активни предприемачи. Съществуват няколко механизма за въздействие върху това поведение:

1. Създаване на потребителски избор – възможността потребителите да избират и променят фонда, в който са записани, създава натиск върху осигурителните дружества да обслужват добре своите клиенти.
2. Самостоятелно определяне на премиите или включване на допълнителни услуги към предлаганите пакети.
3. Договаряне с доставчиците – отнася се до организацията на работа на здравноосигурителното дружество и свободата, която то има за договаряне с доставчика (селективно, задължително, с отделна болница, с асоциации, начин и методи на заплащане на услугите и др.).
4. Разширяване на полето на отговорност и риск за фондовете, с цел повишаване на тяхната ефективност.

Тези принципни подходи са свързани с децентрализация и засилване на конкуренцията в сектора на здравеопазването. В тази връзка са налице страхове, че конкуренцията може да подкопае старата логика на социалната солидарност. За да не се допусне нарушаването на принципа на солидарността, в много здравни системи са въведени редица *регулиращи механизми*, основните сред които са:

- Свободно записване – здравните фондове са задължени да приемат всички желаещи да се осигуряват.

- Задължително договаряне с всички доставчици, предложили своите услуги, с цел осигуряване равенство и равен достъп на всички доставчици на здравни услуги и съответно конкуренция между тях. (83;12)
- Еднаква по размер на здравната вноска – за осигуряване на равенство във финансирането
- Еднакъв основен пакет здравни услуги – за осигуряване на равенство в ползите
- Задължително здравно осигуряване на голяма част или за всички граждани

Първична извънболнична медицинска помощ /Доболнична помощ

Първичната помощ се дефинира като първи контакт между пациента и здравната система при нововъзникнал здравословен проблем. Тя е насочена по-скоро към личността на пациента отколкото към заболяването. Тя следва да бъде планирана, финансирана и регулирана по начин, който да осигурява адекватно здравно обслужване на обхванатите лица.

Основните организационни форми на първичната помощ от гледна точка на вида на правния статут на изпълнителите на първична помощ, броя и видове доставчици в една организация, обхвата на дейността и основните потребители, към които помощта е насочена, са:

- Вертикално интегрирани посреднически организации
- Лекари и лекарски групови практики
- Здравни центрове (поликлиники)
- Местни организации в селските региони. (13)

Глава II - Цел, задачи и методика на проучването

2.1. Цел и задачи на изследването

Цел:

Подобряване качеството на живот на пациенти с хронични заболявания чрез изследване на информираността и потребностите от обучение за справяне със заболяването в домашни условия

Задачи:

1. Анализ на епидемиологични данни за хронични и социално значими заболявания в България и страните от ЕС

2. Анализ на потребностите от информация и сестрински грижи за хронично болни лица в дома

3. Анализ на университетското обучение на медицинските сестри относно прилагане на грижи в домашни условия

4. Анализ на възможностите и нагласите на пациенти с хронични заболявания от обучение

5. Анализ на здравното законодателство и етичните норми в България относно възможности и регламентация за прилагане на сестрински грижи в дома

6. Анализ на европейския опит в прилагането на сестрински грижи за пациенти с хронични заболявания в дома

7. Разработване на програма за обучение на пациенти с хронични заболявания

8. Разработване на програма за обучение на медицински специалисти за извършване на грижи в дома за пациенти с хронични заболявания

2.2. Методика на изследването

Работна хипотеза:

Пациентите с хронични заболявания имат потребност от специфично обучение за постигане на оптимално качество на живот, съхраняване и възстановяване на здравето от възникнали усложнения и развитие на болестта.

Обучението на пациентите в дейности, които да извършват сами в домашни условия при хронични и социално значими заболявания е част от професионалните сестрински грижи, осъществявани чрез сестрински процес за постигане независимост, и съхранение на достойнството на пациента.

Предмет на проучването

Обучение на пациенти с хронично протичане на болестта и техните близки в домашни условия

Обект на изследването

За обект на наблюдение на настоящото проучване определихме:

- студенти –медицински сестри;
- медицински сестри, работещи в болница;
- пациенти/ ползватели на грижи с хронично заболяване;
- близки на пациенти с хронично заболяване;
- здрави хора.

.

Логически единици на изследването

1. Медицинска сестра –студент
2. Медицинска сестра - работеща в МБАЛ в София.
3. Пациент с хронично заболяване, преминал на лечение в МБАЛ София.
4. Здрави хора

Технически единици на наблюдение

В изследването са включени две университетски и две многопрофилни болници в гр.София: Институт МВР; УМБАЛ „Александровска"; УМБАЛ „ СВ. Анна"';
Първа МБАЛ; и граждани от 45 населени места от страната

Характер и обем на проучването

В проучването са включени 901 лица разпределени както следва :

145 медицински сестри на случаен принцип работещи в четирите болници;

118 пациенти, лекувани в отделенията и клиниките на посочените болници по време на изписването им, избрани на случаен принцип.

и 638 лица от цялата страна избрани на случаен принцип

Признаци на изследването

Признаци, при 1 и 2 логически единици:

- *свързани с готовността на медицинските сестри за оказване на грижи в дома за пациенти с хронични заболявания*
- *свързани с професионалната компетентност на медицинската сестра и възможности за прилагане на сестрински процес в дома на пациента*
- *свързани с нагласите и готовността на медицинските сестри за прилагане на организационни модели за грижи в дома,*

Признаци при 3-та група логическа единица

- *самооценка на качество на живот на пациент с хронично заболяване*
- *възможности за получаване на информация за заболяването*
- *желание и нагласа на пациентите и техните близки за обучение*
- *оценка на пациента на мястото и ролята на медицинската сестра като обучител и съветник на пациента с хронично заболяване*

Органи на наблюдение

Изследването е извършено самостоятелно с разрешение на изпълнителните директори на болниците.

Използвано е сътрудничеството на главната и старшите медицински сестри във всяка болница.

Използвани са сътрудници - обучени лица за провеждане на анкетата.

Място и време на проучване

В изследването са включени две университетски и две многопрофилни болници в София: Институт МВР; УМБАЛ „Александровска"; УМБАЛ „ СВ. Анна"'; I МБАЛ.

Първият етап на изследването е проведено от месец септември до месец ноември на 2012 година в четирите болници.

Вторият етап на изследването е проведено от януари до март на 2014 в четиридесет и пет населени места с различна големина, избрани на случаен принцип.

2.3. Източници за набиране на информация

- Нормативни документи

Закон за лечебните заведения

Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти

Закон за висшето образование

Кодекс на професионалната етика

Наредби на МЗ относно дейността на медицинските сестри, следдипломното обучение на медицинските сестри, МТСУ; МО

Статистическа информация на НСИ и НЦЗИ

Анкетни карти за изследване на мнението на респондентите, разработени специално за целта. (Приложение 1, 2 и 3).

Методи:

За събиране на първичната информация в изследването се приложиха следните методи:

1. ***Документален метод*** – използван е за набиране на информация относно епидемиологията на неинфекциозните, хронични болести, структурата и организацията на здравната помощ в дома на пациента, както и за изследване на здравното законодателство, етичните и правни норми на медицинската практика в домашна среда. За приложението на педагогическите принципи и методи за обучение на възрастни със специфичен здравен проблем, в изготвяне на индивидуален план за обучение и грижи в дома.

2. ***Социологически метод*** – използван за събиране на първична информация, обобщение и анализ на тази информация относно грижите за пациенти с хронични заболявания на медицинската сестра в дома на пациента. Проведена е пряка анонимна анкета със специално подготвени за целта въпросници, включващи открити, полуоткрити и закрити въпроси за проучване на мнението, отношението и оценките на анкетираните лица по изследваните признаци.

3. **Статистически метод** – Методите на анализ се диференцират в зависимост от броя на променливите величини, използвани в изследването, на еднофакторен и многофакторен анализ. Използвани са вариационен и алтернативен анализ на данни. Връзки и взаимодействия между две променливи – корелационен анализ и между две категорийни променливи.

Обработката на получените резултати е извършена със SPSS 17.0 и Microsoft Excel

Глава III - Анализ на резултатите от проведено собствено проучването

Световната здравна организация дефинира хроничните състояния като здравни проблеми, които изискват мениджмънт в продължителен период от време – от няколко години до десетилетия. С проведеното изследване се прави оценка на информираността и потребностите на хронично болните за справяне със заболяването в домашни условия. Използвани са разработени за проучването три вида анкетни карти (*Приложение 1,2,3)*

1. за работещи в болница медицински сестри – анкетирани са 145 лица;

2. за пациенти при изписването им след болничен престой – анкетирани 118 човека и

3. за лица извън лечебните заведения избрани на случаен принцип – 638 човека.

3.1.Анализ на демографски показатели

Демографските показатели имат отношение към изследваните зависимости Проучването е анонимно и е проведено на два етапа. През 2012 и 2014 година с 901човека от 45 населени места избрани на случаен принцип. Населените места са групирани по брой население и показани в ***таблица 10***. В изследването са включени две университетски и две многопрофилни болници в гр. София: Институт МВР; УМБАЛ „Александровска”; УМБАЛ „ СВ. Анна”’; Първа МБАЛ.



Фигура 5 **Населени места и брой анкетирани**

Най- малкото населено място, в което са анкетирани хора е с. Желен с 208 жители. Анкетирани са лица от 11 населени места с население до 1500 жители. Подредбата на броя анкетирани по местоживеене и големина на населеното място е видно на т*аблица 10* и е илюстрирано на *фигура 5.*

На седма позиция е София- град, като населено място с най-голям брой население и е изведен самостоятелно в списъка.

Повече от 17% от анкетираните не са посочили в кое населено място живеят.

Таблица 8 **Населени места и брой анкетирани**

N	Брой жители	Брой анкетирани	%
1	До 1 500	47	7.37
2	До 4 000	35	5.38
3	До 15 000	23	3.6
4	До 40 000	16	2.51
5	До 100 000	129	20.20
6	До 430 000	24	3.16
7	До 1 279 167	351	39.34
8	Не посочили	276	17.16
	Общо	901	100

Изследването на население от различни по големина и отдалеченост от големи медицински центрове, населени места, има пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд и са част от таргентната група на дейността „грижи за хронично болни в домашни условия".

В изследването участват предимно жени - 69,9%, само 30.01% са мъжете.

Анкетираните са в широка възрастова граница – от 14 до 89 години, като почти всички - 96.6% са попълнили анкетата сами.

На таблица 11 е илюстрирано възрастовият диапазон на анкетираните. Съпоставени са пациенти и условно наречени „здрави". Възрастовата граница е широка. 36.44% от анкетираните лица - пациенти са над 65 годишна възраст, 6.74% от анкетираните „здрави" са в същата възрастова група, което е приблизително 10% от всички анкетирани. По данни от Световната здравна организация те се класифицират във възрастова група „стари" хора. Тази възрастова група се характеризира с полиморбидност и хронифициране на болестния процес.

Таблица 9. **Възраст на респонденти**

възраст	Брой лица-пациенти	Брой лица-здрави	%
под 20г	2	26	3.70%
от 20 до 25 г	16	50	8.73%
от 26 до 30	2	48	6.61%
от 31 до 35 г	14	39	5.69%
от 36 до 40г	9	66	9.92%
от 41 до 45 г	3	65	8.99%
от 46 до 50 г	7	43	6.61%
от 51 до 55 г	7	39	6.08%
от 56 до 60 г	9	32	5.42%
от 61 до 65 г	15	26	5.42%
от 66 до 70 г	8	19	3.57%
от 71 до 75 г	8	12	2.64%
от 76 до 80 г	7	10	2.25%
над 80 г	5	6	1.45%
Без отговор	6	40	6.08%
Общо:	118	638	100%

На въпросът за възраст не са отговорили 6.08% от анкетираните, което няма статистически значима зависимост.

В трудово активна възраст са най-много респонденти – от 26 до 65 години – 54.74% и отговорите носят информация за много социални и икономически ефекти, както за микро света на индивида, така и за обществото като цяло.

3.2. Анализ на резултатите на работещите в болница медицински сестри

Едно от определенията за сестринството, което отговаря най-пълно на професионалните ú задължения и очакванията на обществото принадлежи на американката Виржиния Хендерсън публикувано в нейната книга „Основни принципи на сестринските грижи" през 1961г. „*Уникалната задача на сестрата е да оказва помощ на човек, било то болен или здрав, при осъществяване на такива действия, които имат отношение към неговото здраве, възстановяване или спокойна смърт и които той сам би предприел, ако имаше за това необходимите сили, знания и воля, и то да прави това по такъв начин, че човек отново да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо".* (75;12) Основен акцент на дисертационния труд е да дефинира последователността от действия в здравните грижи за хронично болни в домашна среда, за да може "*.. човек отново да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо".*

Сестринската професия в съвременното общество се характеризира с следните задължения:

1. Осигуряване и ръководство на сестринската помощ;
2. Обучаване на болните и помощния медицински персонал чрез оценка на индивидуалните им знания и умения за поддържане и възстановяване на здравето.
3. Активно участие в медицинските екипи.
4. Развитие на сестринското дело чрез критично мислене и научни изследвания. (2)

Според Световната здравна организация утвърждаването на здравето е процес, свързан с възможност за увеличаване контрола върху собственото здраве и неговото подобрение.(120;119)

Професията на медицинската сестра интензивно се развива и е натоварена както с много медицински отговорности, така и с педагогически функции към хронично болния и неговите близки. Целта е да се запази максимално автономността на хронично болния и да се щади достойнството му. Промяната на поведението, изграждането на нови навици и умения за справяне с житейските дейности може да стане само и единствено чрез обучение – втората функция в работата на медицинската сестра.

За да изпълни очакванията на обществото към здравните грижи през последните тридесет години в световната медицинска практика навлезе нова терапевтична насоченост, която се разработва от водещи университети и намира все по-широко приложение в лечението на хронични заболявания - Терапевтично образование на пациенти (therapeutic patient education - TPE). TPE е различно от разговор с тях и

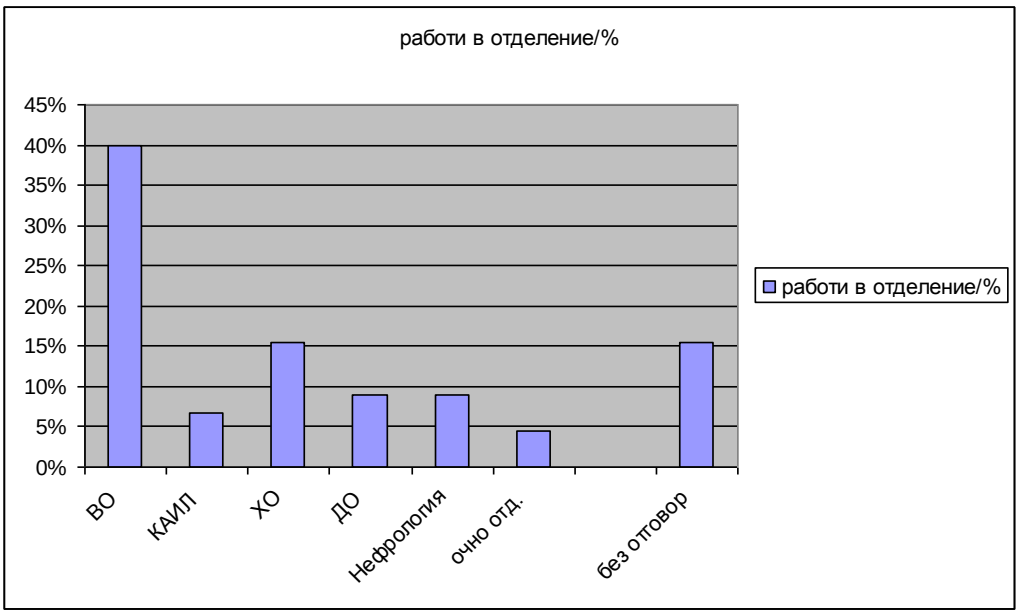
вземане на „информирано съгласие”, то цели да оцени по ясни критерии, индивидуалните особености и нужди на пациентите и тези, които са в близост до тях. Да фокусира усилията в био-клиничната, психо-социалната и педагогическата области. Сроковете, необходими за тази оценка са индивидуални и продължителни, терапевтичното образование е непрекъснат процес и придружава пациентите в хода на тяхното заболяване. Етиката изисква всяка оценка на терапевтичното образование да е фундаментално, пациент - ориентирано, с цел да се насърчи партньорството между пациента и медицинският специалист.

Според Световната здравна организация, терапевтичното образование на пациенти е предназначено да помогне на болните да придобият или поддържат уменията, които са им необходими за оптимално управление на живот с хронично заболяване.(165)

Терапевтичното образование на пациенти (ТОП) е екипна работа, задължение на всички медицински и немедицински специалисти. Смята се, че до 2020 хроничните заболявания, ще бъдат водеща причина за смърт и инвалидност в света (162). Управлението на тези заболявания в момента се нуждае пациенти да станат партньори на здравните специалисти (165;158), както и да бъдат обучени да се справят със собственото си специално заболяване (159;161).

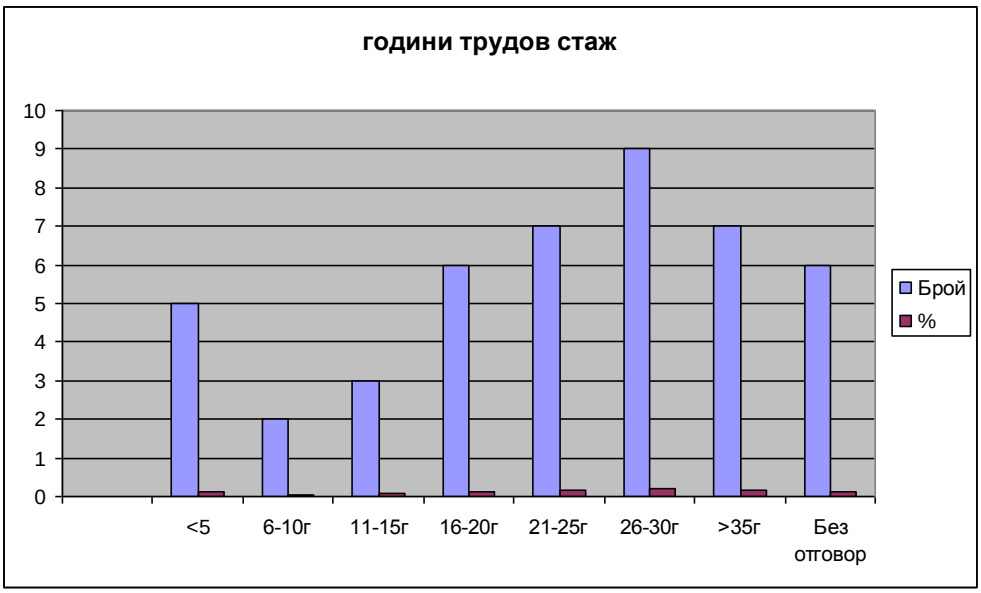
Работещите в болница медицински сестри бяха анкетирани за да се установи наличните познания и умения в областта на терапевтичното образование на пациентите.

Преобладаващата част от анкетираните медицински сестри (40%) работят във Вътрешно отделение на изследваните болници – илюстрирано на *фигура 6*. Вътрешните заболявания изискват особено внимание от страна на медицинските специалисти, защото много от тези болести са хронични или се превръщат в такива, ако пациентът не спазва назначения от лекаря терапевтичен план и превенцията от съответните рискови фактори.



***Фигура 6*. Разпределение на медицинските сестри по болнични отделения**

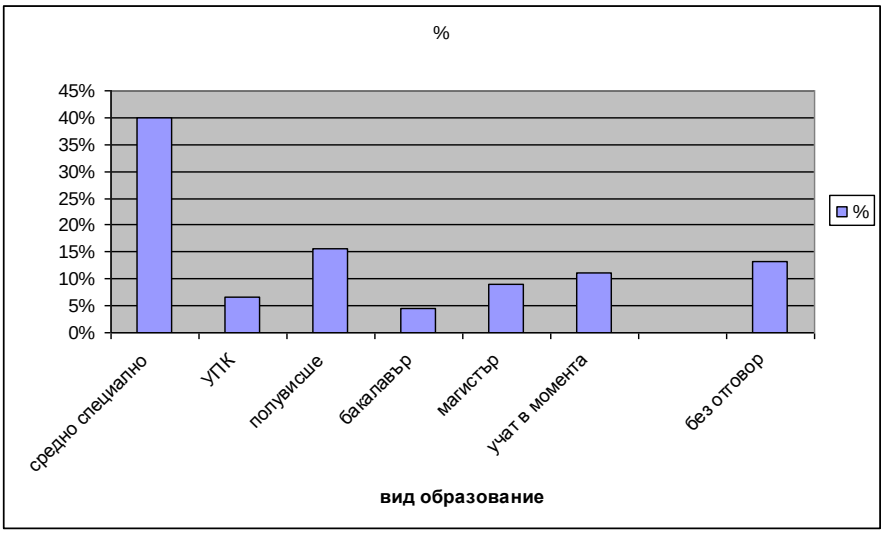
Относителният дял на работещите медицински сестри в болничната мрежа с трудов стаж повече от двадесет години е 51.12%.(*фигура 7*) Това показва застаряване на персонала, което интервенира с публикуваната информация от БАПЗГ за състоянието на задоволеност на здравеопазването от кадри през 2013година (доклад на БАПЗГ-64;68). През последната декада на XX век, в обучението на медицинските сестри се въведе сестринският метод като съвременен модел за полагане на грижи. През последните години все по-успешно в болничното лечение се прилагат елементи от този сестрински метод - като информираното съгласие, изготвяне на индивидуален план за грижи, обучение на пациента и близките му. За специалистите с трудов стаж по-голям от 20 години, следователно в базовото им обучение липсва специална подготовка за обучение на пациентите и/или техните семейства.



Фигура 7 **Разпределение на медицинските сестри според трудовия стаж**

Повече от 55.0% от анкетираните лица са завършили професионалното си образование преди повече от 20 години (*фигура 8*), когато в учебните програми към момента на завършване не са разглеждани въпроси свързани с терапевтичното образование на пациентите. Медицинските сестри завършили със специалност „детска медицинска сестра”(последният випуск беше през 1995-6 година) са изучавали „Детска педагогика”, но с цел реализация в Детска ясла.

Повече от 10% от анкетираните се обучават и в момента. Това гарантира знания в унисон с новостите в световната медицинска практика, но относителният дял е незначително малък.



***Фигура 8*. Разпределение на медицинските сестри според образованието**

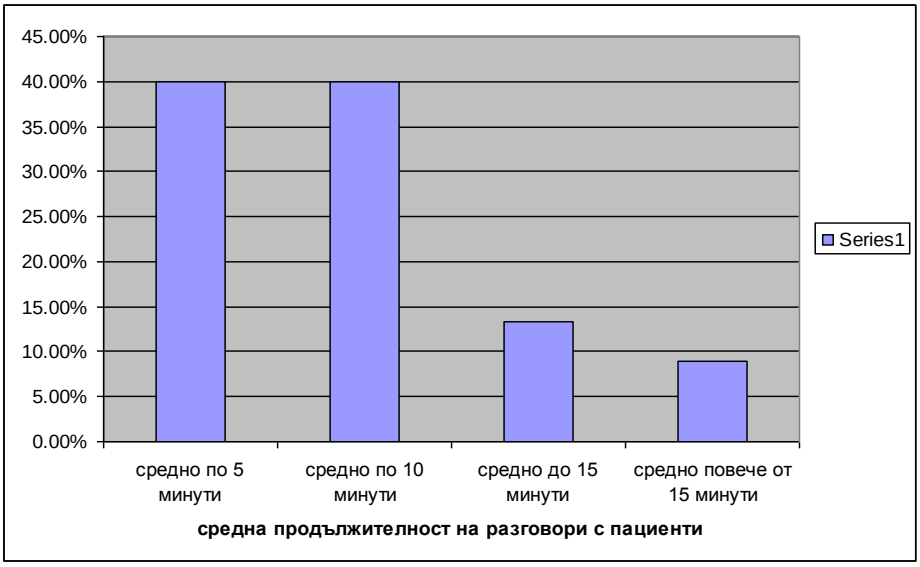
Това голямо разнообразие от различни образователни степени поставя редица въпроси и проблеми, които възпрепятстват възможностите за въвеждането на единни критерии, основаващи се на образованието, което медицинските сестри получават. Получените знания по време на следване не гарантира въвеждане на новото в най-кратки срокове в практиката. Необходимо е период на адаптация, изработване на нормативни документи на национално и локално ниво, прилагане на новото във всеки здравен екип съобразно медицинските особености на екипа и пациентите.

На среща в Брюксел на ръководителите на страните от Европейският съюз през 2005 се разработи европейска квалификационна рамка. Документът представлява базата, върху която се провеждат широк кръг от консултации в периода юли – декември 2005г. от политиците, социалните партньори, заинтересованите страни и експерти по квалификационните системи в цяла Европа.(Работен документ към Европейската квалификационна рамка за учене през целия живот – 2005г.)

Получените резултати относно участието на медицинските сестри в курсове за следдипломна квалификация или обучение показват, че близо една трета от анкетираните 28.89% са взели участие в различни форми на обучение. Според една малка част - 11.11% - са получили тези знания в основното си медицинско образование. Липса на специална педагогическа подготовка са посочили 4.44%, а останалите 53% не са отговорили на въпроса. Липсата на определени педагогически знания и умения ограничават работещите медицински сестри от възможността да отговорят на повишените нужди на хронично болните.

Умението да общува е основно в работата на медицинския специалист. За изработването на индивидуален, ефективен план за медицински грижи и обучение, медицинската сестра може да разчита изцяло на уменията си за комуникация. Резултатите от изследваните медицински сестри и комуникативните им умения са илюстрирани на *фигури 9* и 10.

Според анкетираните медицински сестри отделеното време за разговори с пациента и близките му е достатъчно. Медицинските сестри са добре подготвени да предоставят информация на пациента в рамките на своята професионална компетентност. Пред пациентите възникват много въпроси свързани както със заболяването, така и с преодоляването на ежедневните трудности и проблеми. Ролята на сестрата се изразява именно в подготовката и подкрепата на пациента да се справя с тези проблеми.



***Фигура 9*.Средна продължителност на разговори с пациенти**

От получените резултати става ясно, че медицинските сестри отделят средно по 5 и 10 минути за разговори с пациентите. Това действително може да се каже, че е недостатъчно като време, в което пациентът да получи достатъчно информация, отнасяща се до сложните медицински дейности, които се провеждат в лечебните заведения.

Според медицинските сестри, обучение на пациентите може да бъде проведено преди всичко при осъществяване на общите сестрински грижи, при специалните грижи и при провеждане на различните изследвания. Относителният дял на анкетираните

специалисти, които обучават пациента при приемане в отделението е 37.7%, още 37.7% разговарят с пациентите когато бъдат попитани, а 15.55% от медицинските сестри провеждат обучение основно при изписването, когато се обсъжда с пациента поведението му в домашна среда. Дават се указания, не рядко подкрепени с писмени документи като, дипляни, брошури и др. Осъществяването на всички сестрински дейности изисква провеждането на професионални комуникации от страна на медицинските сестри. На пациента трябва да се даде информация относно дейностите, които ще се извършват. Освен това медицинската сестра в разговора ще се информира за емоционалното състояние на пациента, за неговата степен на адаптация, защото не бива да причиняваме стресови ситуации чрез грижите, които да доведат до негативни емоции и промени в здравния статус на пациента. 6.67% от анкетираните съобщават, че нямат време за разговори с пациента, такъв е процента на медицинските сестри работещи в реанимация и интензивен сектор. 2.2% от респондентите не разговарят с пациентите.

За да бъде привлечен пациента като активен участник в лечебния процес, той трябва да бъде подготвен относно поведението и хода на провежданите изследвания и манипулации. Ето защо е важно медицинските сестри не само да извършват тези дейности, но и да ги обясняват и информират пациентите по подходящ начин.

В сестринската практика обучението и общуването с пациента трябва да се основават на редица съвременни сестрински концепции, както и на педагогическите принципи, за да се удовлетворят потребностите на пациентите и да може да се говори за качество на предоставените грижи.

Терапевтично обучение на пациентите в 8.8% от случаите няма регламентирано такова, по преценка на медицинската сестра (31.0%) се извършва обучение, за 55.56% обучението е инициирано от пациента. Формите на обучение са: индивидуална работа – 55.56%, при 31% има групово обучение и само при 11.11% са раздадени писмени материали. Избора на форми и средства на обучение са в зависимост от целите на учебния процес. Всяка има място в терапевтичното обучение на пациентите в зависимост от оценката на индивидуалните им особености и предпочитания.

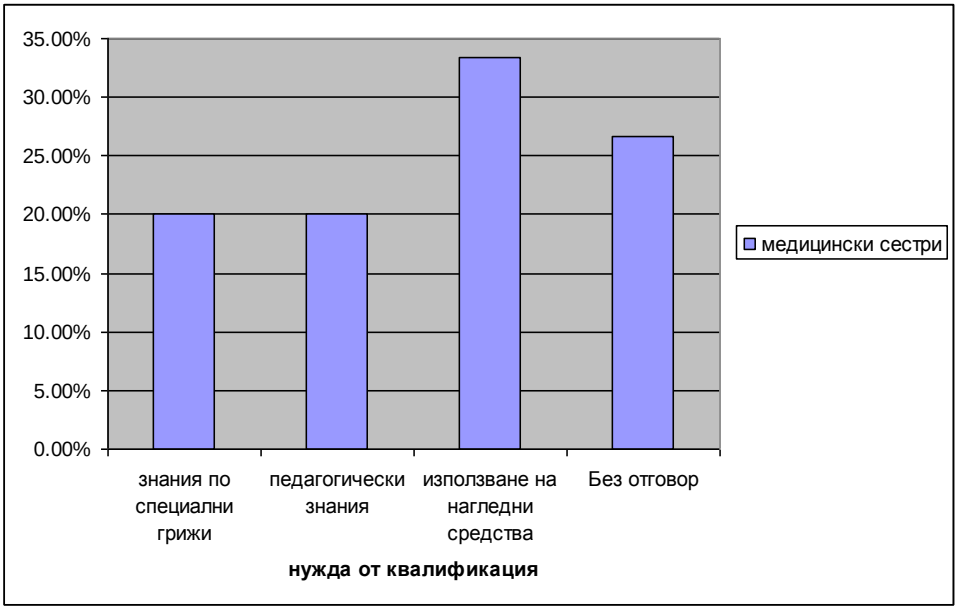
Според получените резултати 73% от медицинските сестри посочват, че не разполагат с необходимото оборудване на работните си места за провеждане на обучение на пациентите. По-голямата част от тях, обаче – 84,44%, считат, че притежават необходимата квалификация, за да провеждат обучението. Само 42,22% от тях са преминали курсове за обучение на пациенти. По отношение на използваната

документация има значителна част – 33%, които считат, че разполагат с необходимите документи.

В длъжностната характеристика на 46,56% от анкетираните не се регламентира задължение за обучение на пациентите, но 53.33% от тях сами вземат решение относно обучението на пациентите, и само 6.67% от респондентите имат регламентирано време за ТОП. За 31.11% е определено от длъжностната характеристика да обучават пациентите си, но 84.44% нямат определено време за тази дейност. Как ще се контролира качеството на един процес, когато няма регламентирано време за изпълнението му? Това е стихиен процес зависещ изцяло от личните качества и отговорност на специалистите по здравни грижи работещи в съответните здравни звена.

В сестринската практика обучението и общуването с пациента трябва да се основават на редица съвременни сестрински концепции, както и на педагогическите принципи, за да се удовлетворят потребностите на пациентите и да може да се говори за качество на предоставените грижи**.**

Повече от половината от анкетираните медицински сестри (57.78%) смятат, че промяната в съществуващата практика за обучение на пациентите и техните близки е задължителна, а 29%, че трябва да се промени частично. Това дава основание да се отчете, че почти 90% от анкетираните искат промяна.



***Фигура 10*.Необходимост от квалификация**

Анкетираните медицинските сестри (73.33%) имат осъзната нужда от квалификация по проблемите с обучението на пациентите, като нуждата от знания в областта на медицината и педагогиката имат равен дял – 20%. По голяма е нуждата (33.33%) от обучение със съвременните средства за обучение, а 27% от анкетираните не са дали отговор на въпроса.(*фигура 10*) Този факт свидетелства за сравнително високото ниво на информираност и търсене на професионална квалификация сред медицинските сестри. Едновременно 73% от медицинските сестри посочват, че не разполагат с необходимото оборудване на работните си места за провеждане на обучение на пациентите. По-голямата част от тях, обаче – 84,44%, считат, че притежават необходимата квалификация, за да провеждат обучението. Само 42,22% от тях са преминали курсове за обучение на пациенти. (*фигура 11*)

Здравните грижи обединяват усилия в две насоки – медицински грижи и терапевтично обучение. Приблизително 87% от респондентите разполагат с необходимата документация за извършване на здравни грижи – технически фишове, указания, бланки. За терапевтичното обучение на пациенти документация почти липсва – 18% от анкетираните съобщават за наличие на документация подпомагаща и регламентираща обучителния процес. Над 90% от анкетираните медицински сестри осъзнават голямата роля на медицинската сестра за здравното образование и възпитание на деца и възрастни.



***Фигура 11*. Обучение на пациента - необходимост от промяна**

Мнението на анкетиранете се изразява с изрази като: “медицинската сестра е необходима”; “има голяма и основна роля”; “подобрява качеството на живот, при тежко

болни и възрастни”; “трябва да има нужната квалификация” ; “ трябва да работи в рамките на правомощията си”. Само един отговор (2.22%) гласи: “пациентите знаят повече”. Анкетата е анонимна и за съжаление не мога да получа повече информация, затова ще го оставя без коментар.

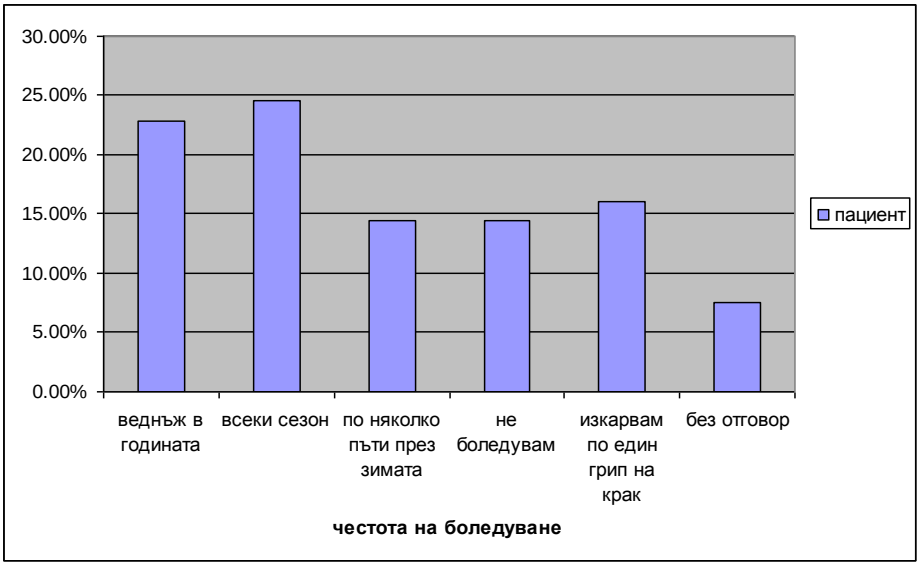
СЗО разглежда факторите, които определят развитието на терапевтично образование на пациенти:

- според Incr EASI увеличеният брой на пациенти страдащи от хронични заболявания в развитите страни;
- Лечението на хроничните заболявания е различно от лечението на острите. Целта на лечение е да се поддържа задоволително здраве в дългосрочен план и да се избегнат усложнения при болестта чрез подобряване на качеството на живот.
- Насърчаване на личното участие на пациентите при избор на терапевтични стратегии и управление на тяхното заболяване;
- Обучение на болногледачите, които често са поставени в затруднена ситуация от хроничната болест. (163)

3.3. Анализ на резултатите ниво информираност на граждани и пациенти

Хората, които са постъпили на болнично лечение имат съществени промени в здравословното състояние и това е наложило хоспитализация. Изследването има за цел да разкрие дали тези хора със специфични нужди имат необходимата по обем и качество информация за проблемите си, как те могат да се овладеят, след изписване от болницата и какъв е пътя за решаването им, кой може да им помогне. Лечението в болница продължава докато се овладее острият стадий на заболяването и е лимитирано по време. След изписването грижите за пациента се поемат от ПИМП.

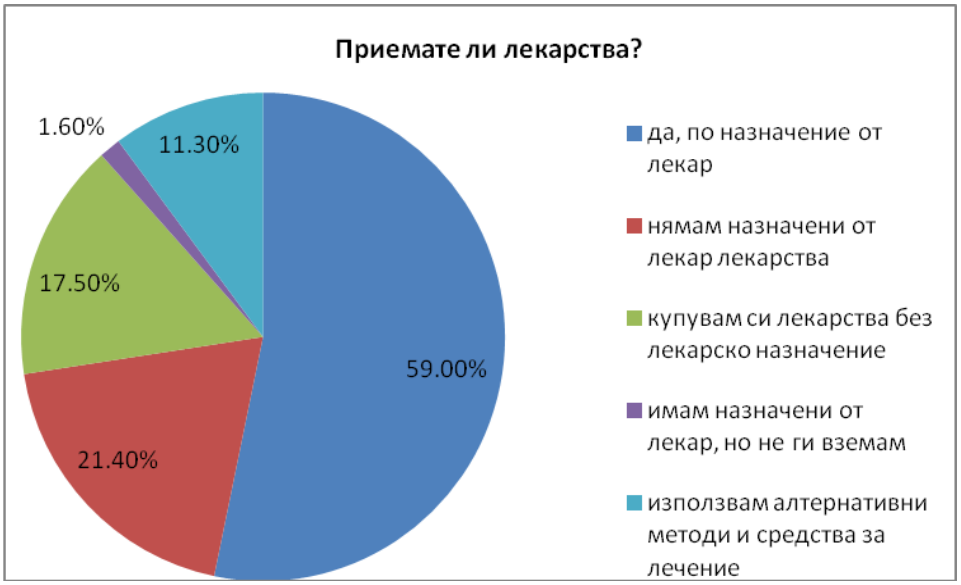
Основната цел на проучването е да се установи доколко респондентите разполагат с нужните знания и умения да се справят в дома си с възникналите здравословни промени и променен начин на живот. Всяка здравословна криза на индивида засяга близките, членовете на семейството му, затова е важно да се знае имат ли време, познания и умения да окажат нужната помощ и грижа? Знаят ли, че сестрата е специалиста, който може да им окаже освен професионална грижа, но и да ги обучи на това, как да се справят сами?



***Фигура 12.*Честота на боледуване при хоспитализирани**

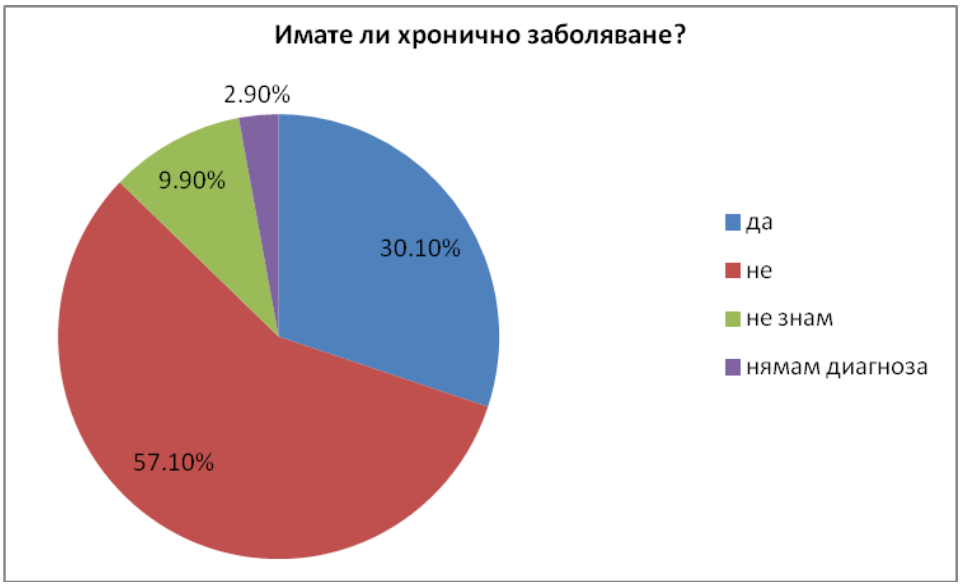
Една трета - 38.9% от анкетираните пациенти са често боледуващи, от които 14.41% са с хронично заболяване, а 51.6% боледуват рядко – използваните изрази са: „веднъж в годината" или „грип на крак". 27.12% от анкетираните пациенти съобщават, че имат група инвалидност.(*фигура 12*) Други около 5 % съобщават, че са имали преди години временна инвалидност. Само 36.44% от анкетираните лежащо болни нямат

хронични заболявания. Около 34% (33.9%) нямат постоянно медикаментозно лечение. Освен лечението в болницата 13.56% от анкетираните вземат по един медикамент заради хроничното си заболяване. 17% вземат по два медикамента, а 31% повече от три медикамента дневно. Това дава информация за медикализацията в терапията – една трета от анкетираните под „доброто лечение" разбират само прием на медикаменти.(*Фигура 13*)



***Фигура 13* Честота на прием на медикаменти**

В анализа на проведената анкета извън болнични заведения - за удобство ще наричаме респондентите "здрави". В групата на "здравите" анкетирани 30% от тях съобщават, че имат хронично заболяване (*Фигура14*). В двата вида анкети е събрана информация за наличие на хронично заболяване Приблизително 30% от анкетираните в извънболнична среда съобщават, че имат хронично заболяване, 11,8% от тях с решение на ТЕЛК (трудово експертна лекарска комисия) имат определена степен инвалидност.



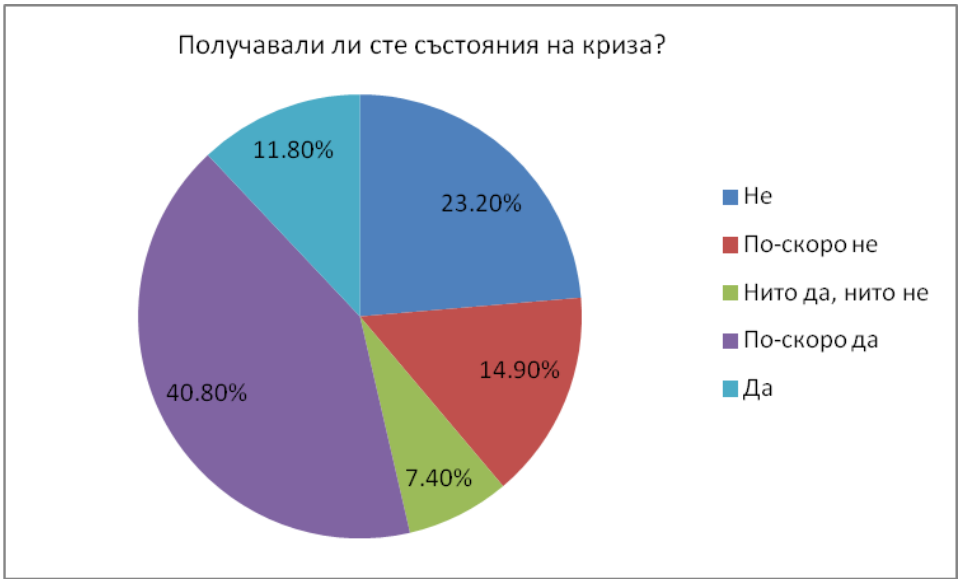
Фигура 14 **Честота на хронично заболяване**

От анкетираните в болнична среда 27.12% съобщават, че имат група инвалидност. Други около 5 % съобщават, че са имали преди години временна инвалидност, която в момента е отстранена(излекувана). Само 36.44% от анкетираните лежащо болни нямат хронични заболявания.19,2% от участниците в анкетата се грижат за хронично болни в дома си. Това показва, че приблизително половината от респондентите (49,2%) са пряко засегнати от проблемите на хроничната болест. Една трета от всички анкетирани са пряко засегнати от проблема на живот с хронично заболяване, приблизително още толкова са хората, които се грижат или живеят с хронично болен, това прави изследването актуално и дава възможност за изграждане на реална картина за индивидуалните проблеми, които ще интервенират върху обществените такива.

Около 34% (33.9%) нямат постоянно медикаментозно лечение. Освен лечението в болницата 13.56% от анкетираните вземат по един медикамент заради хроничното си заболяване. 17% вземат по два медикамента, а 31% повече от три медикамента дневно. Това дава информация за пристрастеността към медикаменти – една трета от анкетираните под „доброто лечение" разбират само прием на медикаменти.

Приблизително 53% от анкетираните са получавали кризи свързани със здравословното си състояние.(*фигура15*) Всяка здравословна криза изисква помощ и наличие на определени знания и умения за преодоляването и. При толкова висок

относителен дял на хронично болни, повече от половината от които са получавали кризи е важно да се изследва нивото на информираност, на първо място относно основното заболяване, на второ - относно методите на лечение, на трето за наличието на определени знания и умения за разпознаване на ранните симптоми и справяне с кризата до пристигане на лекарски екип.



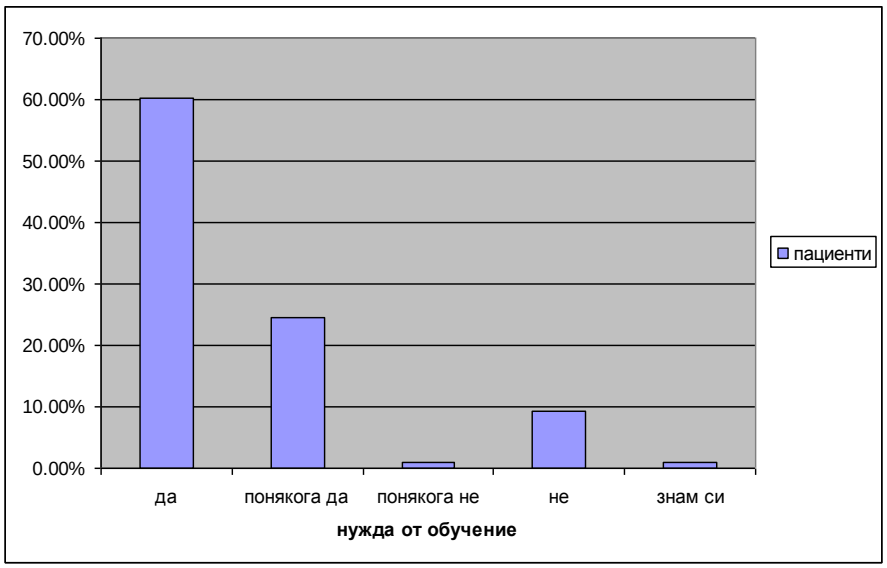
фигура 15 **Честота на влошаване (криза) при хронично болните**

Анкетираните съобщават, че след назначена терапия имат нужда от допълнителна информация по приложението ú, 60.17% винаги имат нужда от допълнителна информация как да провеждат назначеното лечение, а 24.58% понякога. Само 10% разбират как да прилагат назначеното лечение от едно обяснение, и по-малко от 1% си знаят всичко за лечението. Почти всички изписани пациенти – 93% се нуждаят да им бъде обяснено как да се справят с промененото си здраве в домашна обстановка. Малко повече от 3% нямат нужда от обучение след изписване от болнично лечение.(*Фигура 16*)

Преди постъпване на болнично лечение 77.12% от анкетираните имат информация за заболяването и лечението му, но повече от половината (53,38%) не познават правата и задълженията си съобразно нормативните актове.

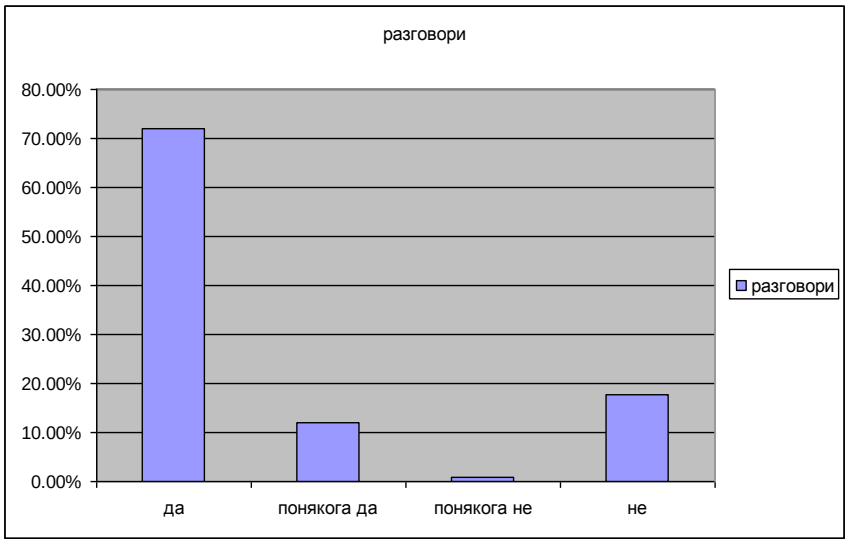
Повече от половината от анкетираните (67.8%) имат нужда от професионално наблюдение и разговори с медицинска сестра, когато са болни самите те или член от семейството им (68.64%). По същото време само 36% от тях съобщават, че имат нужда

от домашни посещения на квалифицирана сестра. По-малко от 1% дават категоричен отговор, че се доверяват само на лекар.(*фигура 17*)



***Фигура 16*. Разпределение на анкетираните според нуждата от допълнителна информация след излизане от болница**

Разговорите с медицински специалист са наречени терапевтични. Те се провеждат с цел да се диагностицира нивото на осведоменост, наличието на определени жизненоважни умения за справяне с променената житейска ситуация и гарантиране на максимална самостоятелност за запазване себеуважение и достойнството на пациента. Всеки разговор е последван от изработване на индивидуален план за медицински грижи, социално подпомагане и план за терапевтично обучение на пациента и близките му.



***Фигура 17*. Разпределение на анкетираните според разговорите с медицинските сестри в ПИМП**

Повече от 80% от анкетираните съобщават, че общопрактикуващият лекар работи с медицинска сестра, само 40 до 60% разговарят с нея за здравословните си проблеми, а 37% от тях получават листовки за допълнителна информация по проблема-форма на самообучение.

Анкетираните пациенти споделят мнението си за ролята на медицинската сестра за здравното образование и възпитание на децата и възрастните. Само един е отговорил, че няма мнение по въпроса. Една четвърт от респондентите (25.4%) не са отговорили на въпроса; според 3.39% медицинската сестра няма никаква роля, а 2.54% че е зависима от това какво казва лекаря. по-малко от два процента (1.69%) поставят работата на медицинската сестра за здравното образование наравно с тази на лекаря. Останалите отговори - 67%, отчитат ролята на медицинската сестра като "необходима", "важна", "голяма" за отглеждането и възпитанието на децата и възрастните хора. Тя е една от "най-активните" винаги намира време и е "част от задълженията ú".

Здравна информация може да се събере от различни източници. В съвременните години на информационен бум е трудно за лаика да се ориентира колко от получената информация е валидна и каква част от нея е приложима за неговия случай. Това прави терапевтичните разговори много важни и необходима част от трудовата характеристика на здравните специалисти, в частност семейните медицински сестри.

Източниците на информация са много, затова анкетираните посочват повече от един.(*таблица 12*) Най - висок е относителният дял на хората, които се информират от общо практикуващия си лекар – 51,6%. След тях са хората, които се информират основно от интернет – 42,5%, от медицинска сестра получават информация само 16,6%. Електронната мрежа придобива все по голямо влияние не само сред младите хора. Все повече хора търсят разрешение на проблемите си в Интернет - 42.5%.

Таблица 12 **Източници на информация за здраве и профилактика**

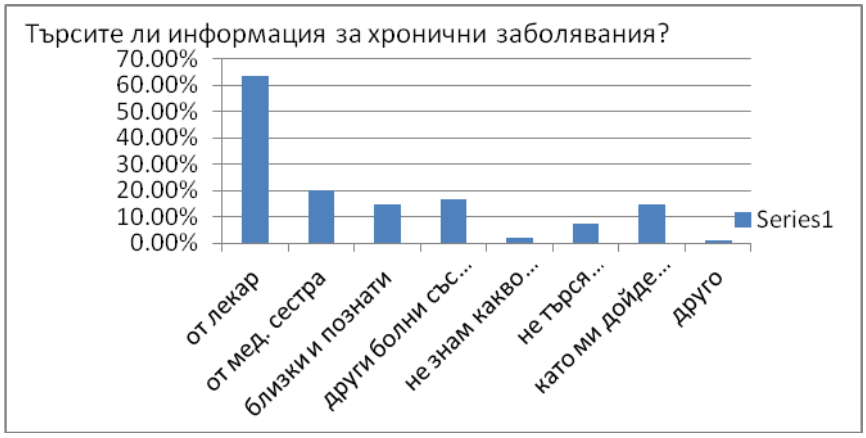
Опл JP	интернет	TV	Специализирана литература	приятели	Медицинска сестра	Вестници и списания	радио	други
51.60 %	42.50%	26.90 %	26.30%	25.90%	16.20%	14.70%	3.60 %	4.40 %

В осмата колона „други" отговорите гласят: „ имам лекар в семейството" или „аз съм лекар"; „работя като медицинска сестра", „студент съм". Тук са хората, които имат

професионално образование и източникът на информация е строго научен, те не са изключение, и здравните специалисти боледуват от хронични заболявания.

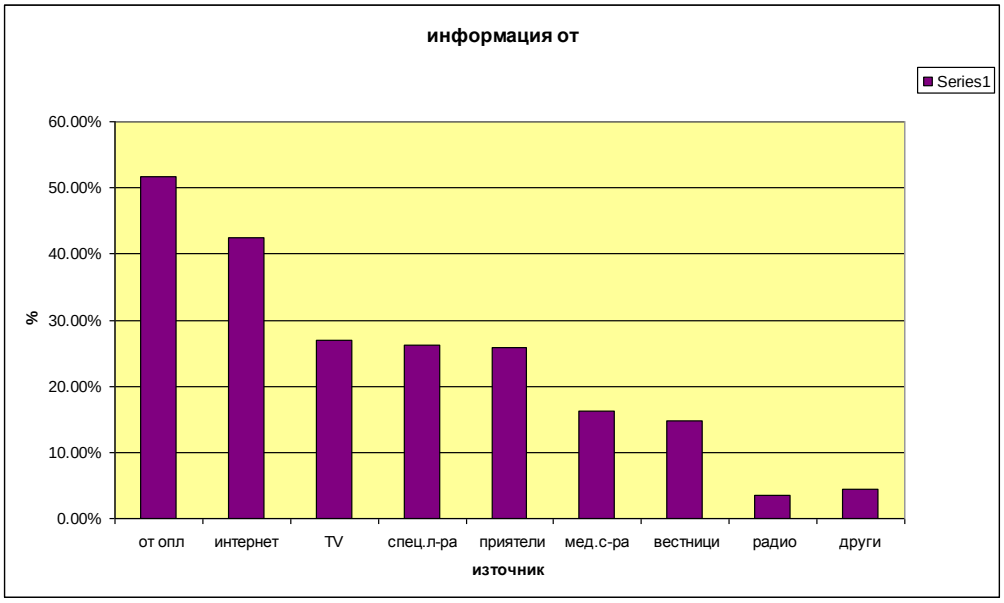
Всички анкетирани имат интерес и търся информация за здраве и лечение, особено ако заболяването се е развило в хронична форма. Основен източник за специализирана информация е лекарят 63.6% - общопрактикуващ и специалиста провеждащ лечението, следван от медицинската сестра (20.2%) и „други болни със същото заболяване”(16.8%) Има анкетирани, които не знаят какво да питат и не търсят информация за хроничните заболявания – $p < 0.05\%$ е статистически не значимо.

Анкетираните пациенти в болнична среда съобщават, че след назначена терапия имат нужда от допълнителна информация по приложението ú. 60.17% винаги имат нужда от допълнителна информация как да провеждат назначеното лечение, а 24.58% понякога. Само 10 % разбират как да прилагат назначеното лечение от едно обяснение, и по- малко от 1% си знаят всичко за лечението. Почти всички изписани пациенти – 93% се нуждаят да им бъде обяснено как да се справят с промененото си здраве в домашна обстановка. Малко повече от 3% нямат нужда от обучение след изписване от болнично лечение.(*фигура 18*)



Фигура18 **Източници на информация**

Лечението в болница е различно от лечение в домашна обстановка. В болницата пациента може да разчита на мнението и грижите на специалисти през цялото денонощие. В дома си пациента е сам с проблема и всяка промяна води до несигурност, напревение и стрес, или незаинтересованост за развитието на болестния и адаптационен процес.



фигура 19 **Източници на информация за здраве и профилактика**

Изследването на нивото на здравно познание е много деликатен момент. Няма ясно дефинирани показатели и критерии. При изработване на въпросника, за основа ни послужи анкетната карта на Европейски проучвания за качество на живот (EQLS); и принципите на доцимологията (наука за оценяване). Използвана бе пет степенна скала за оценяване:" 1 Не, никога; 2 По-скоро не, 3 Нито да, нито не, 4 По-скоро да, 5 Да, винаги." В таблицата 9 сме обединили колебливото и категоричното отрицание, респективно потвърждение.

Таблица 11 **Знания за хроничните болести**

Въпрос	не	Нито не нито да	да	Без отговор
Познавате ли симптомите при обостряне(криза) на хронично заболяване?	25.3%	13.7%	59.3%	1.7%
Познавате ли усложненията на хронично заболяване?	29.3%	12.6%	55.4%	2.7%
Познавате ли рисковите фактори, които имат отношение към хроничните заболявания?	25.1%	12,8	59.8%	2,3%

От анкетираните пациенти 55.4% са запознати с усложненията на заболяването си, ако не провеждат стриктно лечение и режим. 59.8% са запознати с рисковите фактори предизвикващи заболяване. Повече от половината от анкетираните са наясно с

рисковите фактори заболяванията и усложненията им. Анкетираните в неформална среда - 49%, имат приблизително еднакви отговори. Независимо къде, и с какви респонденти се провежда изследването налага се твърдението, че липсва достатъчно ясна информация за профилактика и знания за такава. Наличната информация като количество и като качество не гарантира здравословно поведение и стил на живот. Начина на живот може да бъде променен само, ако човек осъзнае нуждата от промяна и е достатъчно мотивиран за предприемане на определени действия за промяна. Порфесионалната помощ може да се даде чрез система за терапевтично обучение на пациенти.

Статистическата обработка на данните показва статистически значима зависимост, че хронично болните познават симптомите при обостряне на заболяването (χ^2 = 32,178, p < 0.001), възможните усложнения (χ^2 = 23,362, p < 0.001), рисковите фактори (χ^2 = 23,046, p < 0.001) и са получавали криза във връзка с основното си заболяване (χ^2 = 76,492, p < 0.001).

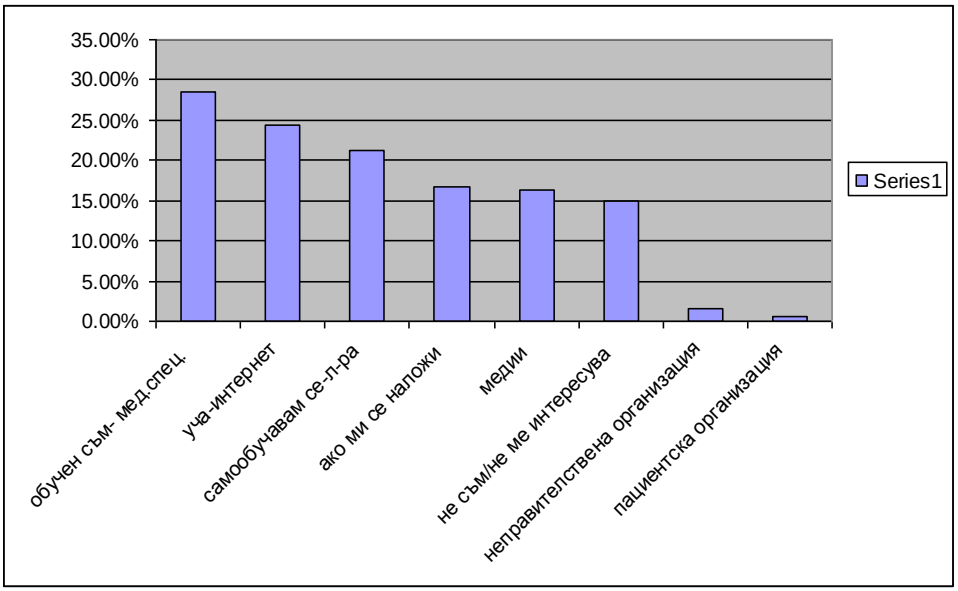
Приблизително една трета от анкетираните(28.6%) са обучавани от медицински специалист. Около 15% не са обучавани и заявяват, че не ги интересува, а 17% ще потърсят обучение когато им се наложи. Интернет като достъпна форма на получаване на информация и обучение пак е получил почти една четврт от гласовете (24,4%)(*таблица 12)*

Таблица 12. **Получили обучение за грижи при наличие на хронична болест**

Обучавани ли сте относно лечение и грижи при хронично заболяване?							
От медицинск специалист	Уча от интернет	learning	Ако имам нужда	От медии	I did not/ do not care	Неправителствена организация	Пациентска организаци
28.60%	24.40%	21.30%	16.80 %	16.40 %	14.90 %	1.50%	0.60%

Само 28% от анкетираните са получили определено обучение от медицински специалист. Съвсем малък е делът на пациентските и неправителствените организации - между 1 и 2%. 15% от респондентите не се интересуват от проблемите при хронично болните, а 17% от анкетираните ще потърсят обучение и информацищ при нужда, като само 20 % от анкетираните ще потърсят помощ и обучение при наличие на хронично заболяване от медицинска сестра. Неосъзната е квалификацията на медицинската сестра като участник в обучителния екип.(*Фигура20)*Обезпокоително висок е

относителният дял на анкетираните, които се самообучават от специализирана литература (22%) и от интернет(28%).



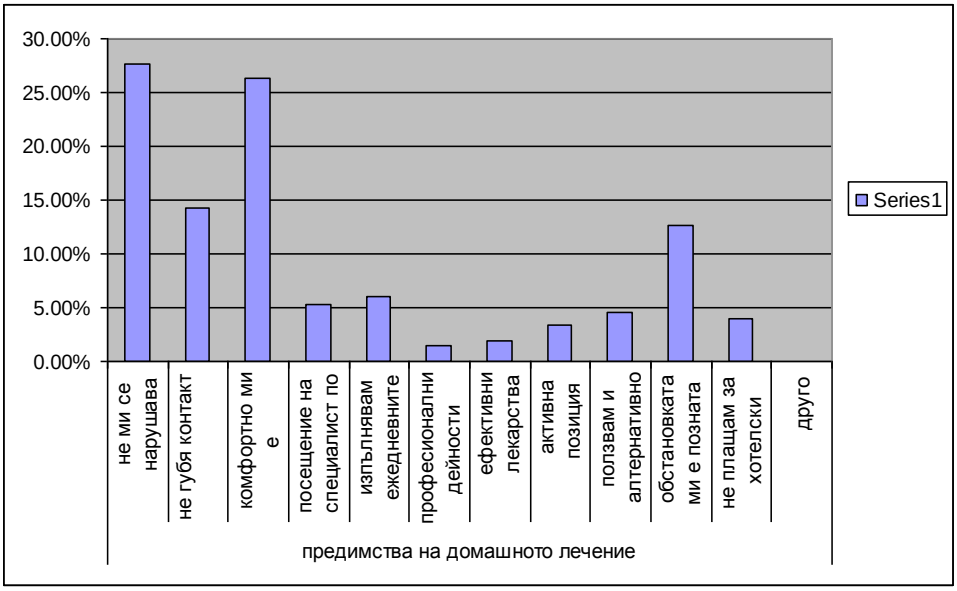
Фигура 20 **Получили обучение за грижи при наличие на хронична болест**

Резултатите показват липса на ситема, традиции и контрол в специализираната здравна информация, на ясно регламентирани обучителни програми и съмнителни пътища на популяризирането им, което води до намаляване на доверието към здраеопазната система като цяло.

Освен здравна информация хронично болните се нуждаят от лечение и медицински грижи. Хроничната болест изисква мениджмънт с месеци, а понякога с години, затова е важно да се съобразим с предпочитанията и финансовите възможности на пациентите за място на провеждане на лечение.

На *фигура 21* са подредени причините, поради които анкетираните предпочитат домашното лечение.

Водещите три причини, да се лекуват в дома си са: 1. Не ми се нарушава стереотипа на живот – 27.60%; 2. Комфортно ми е – 26.30%; 3. Не губя контакт с близките си – 14.30%. Получените резултати съвпадат с изнесените статистически данни за предпочитание към домашно лечение, това се припокрива и с желанията на възрастните хора, които желаят и се чувстват комфортно в домашна среда, сред близките си, не желаят дългосрочна грижа в традиционен старчески дом. Хронично болните нямат предпочитание да се лекуват в домашна среда – няма статистическа зависимост.



Фигура21 **Предимства на домашното лечение**

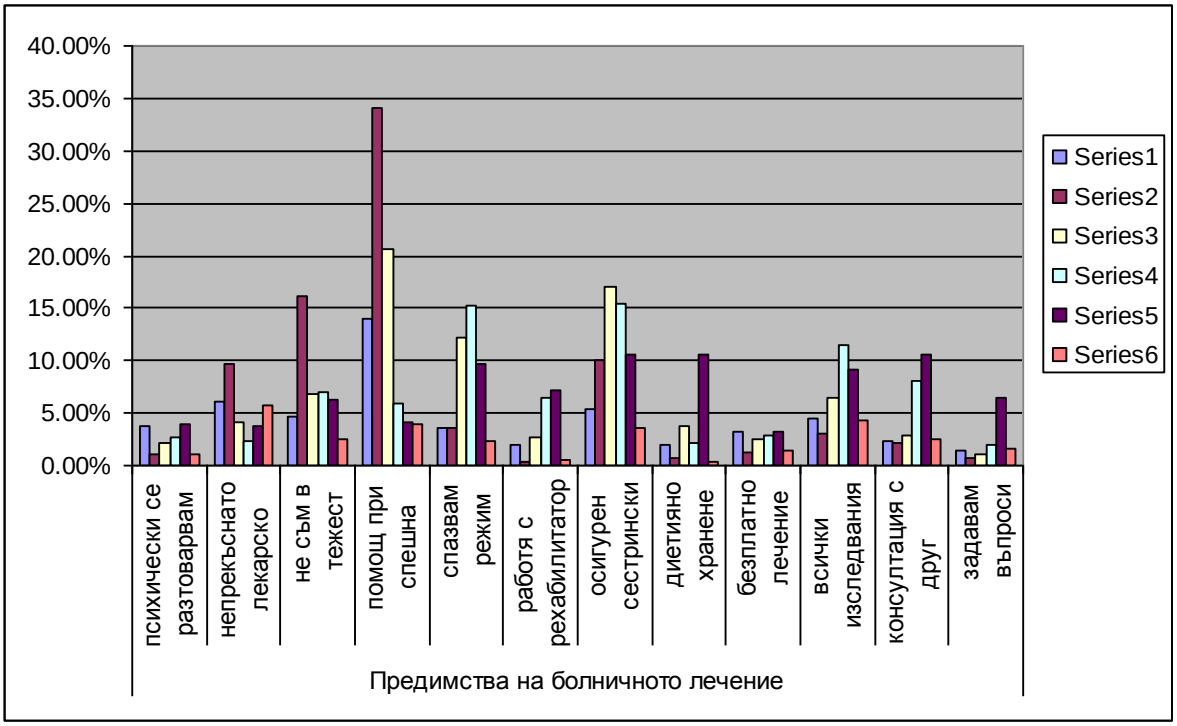
Приблизително 45% от анкетираните отговарят, че в зависимост от заболяването, тежестта на настъпилата криза, наличието на помощ и финанси ще направят своя избор къде да се лекуват. Всички анкетирани са посочили предимствата на двата вида лечение, на този въпрос не са отговорили само 4% от анкетираните. Други причини за домашно лечение, 2.9% от респондентите са посочили, възможността да пушат докато се лекуват. При болнично лечение това е невъзможно и представлява за тях голям стрес.

При хронично заболяване над 80% от анкетираните биха се лекували в домашна среда с възможност да работят и да не се отделят от близките си. Всички ясно разбират нуждата да се намали обема и тежестта на извършваната работа, но по икономически причини, не могат да се лишат от нея. 55% от респонденти биха постъпили в болница за да направят изследвания, при криза или когато липсват възможност някой да им помага в къщи.



Фигура 22 **Нужда от медицинска сестра при домашно лечение**

Анкетираните познават работата на медицинската сестра, това е илюстрирано на *фигура 22* и биха търсили професионалните и знания и умения при заболявания на всички системи. Най-високо е търсенето на специализирана услуга и грижи при пациенти, които са без близки и роднини (60%) и при много напреднала възраст, при лица с хронични заболявания - 57%, последвани от заболявания на опорнодвигателната система - 40% и групата на онкологичните заболявания - 35%. Много рядко до липса на търсене на медицинска сестра ще има при заболявания от алергичен характер, на храносмилателната и на ендокринната систем. Тези отговори илюстрират добра информираност на анкетираните, но недостатъчна за видовете автоимунни заболявания и възможните усложнения, диабета е заболяване на ендокринната система – в отговори друго е посочен като възможност. Налага се мнение, че информираността на анкетираните не е достатъчна. Липсва национална система за избор на семейна медицинска сетра и свободен пазар за предлагане на квалиифицирани грижи по домовете.



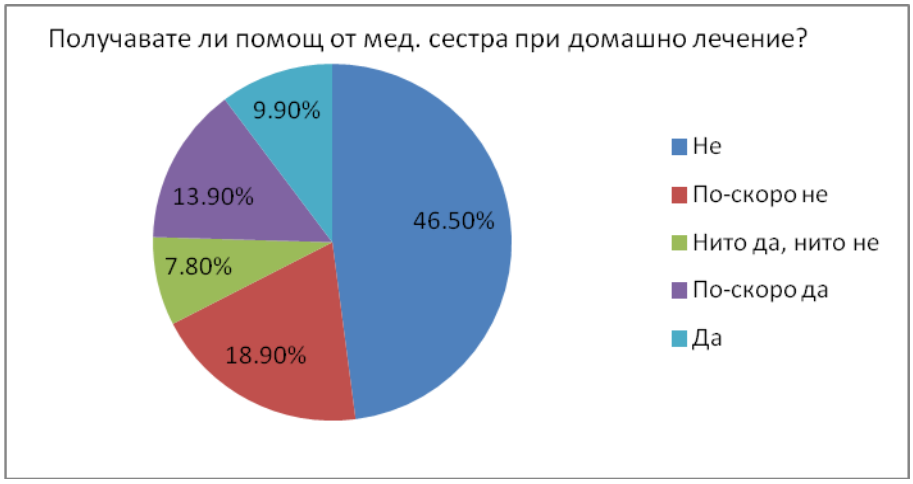
Фигура23 **Предимства на лечението в болница**

На *фигура 23* е илюстрирано подреждането на причините по важност за предпочитание на лечение в болница. Като първа причина, анкетираните са посочили, че ще имат помощ при спешна ситуация - 34%, на второ място се подрежда осигурена 24 часа сестринска грижа - 17%, последвани от твърденията: „Не съм в тежест на близките си" - 16%; „Осигурени са ми всички необходими изследвания" - 12%; "Ще имам консултация с необходимите специалисти" - 11%; „Имам непрекъснато лекарско наблюдение" - 9%. Хронично болните и предпочитанието им да се лекуват в болница има статистически значима зависимост с непрекъснатото лекарско наблюдение (χ^2 = 14.139, $p < 0.05$), и осигуреността от денонощна сестринска грижа (χ^2 = 13.478, $p < 0.05$).

3.4.Анализ на показатели свързани с дейността на медицинската сестра в ПИМП

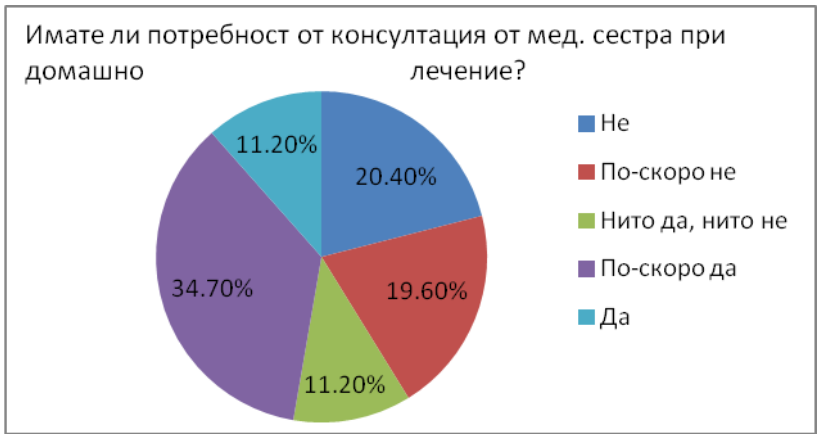
Участниците в анкетата са добре информирани за работата на медицинската сестра, но само 21% получават реална помощ при лечение в дома си – *фигура 24*. 46.5% не са получавали никога помощ от медицинска сестра при боледуване в дома, и приблизително 19% отговарят «по-скоро не». В специализирания печат са публикувани данни за липсата на медицински сетри както в болничната така и в първичната медицинска помощ (Маркова). Сестрите, които са наети в практиките на общопрактикуващите лекари, основно работят с документация. Отдавна няма работещи „манипулационни", към диагностично консултативните центрове, които да организират домашни посещения от медицински сестри. Домашната визита се извършва основно от лекар, който освен преглед извършва манипулации като смяна на превръзки, грижи за декубитални рани, мускулни и подкожни инжекции, смяна на уринарни торби и др.

На *фигура 24* е показано че повече от 65% от анкетираните никога не са получавали помощ от медицинска сестра при домашно лечение. Приблизително 24% са получили в определен момент помощ от медицинска сестра. Това е твърде недостатъчно, сравнено с данните, че почти половината от анкетираните имат хронично заболяване или се грижат за хронично болен в дома си. Най- често анкетираните търсят помощ и съвет от ОПЛ и друг медицински специалист – 63.7% (χ^2 = 22.828, $p \leq 0.001$), от други болни с подобни оплаквания – 17.9% (χ^2 = 13.995, $p < 0.05$) и 1.9% от анкетираните съобщават, че не знаят какво да питат (χ^2 = 12.395, $p < 0.05$).



Фигура 24 **Помощ от медицинска сестра при домашно лечение**

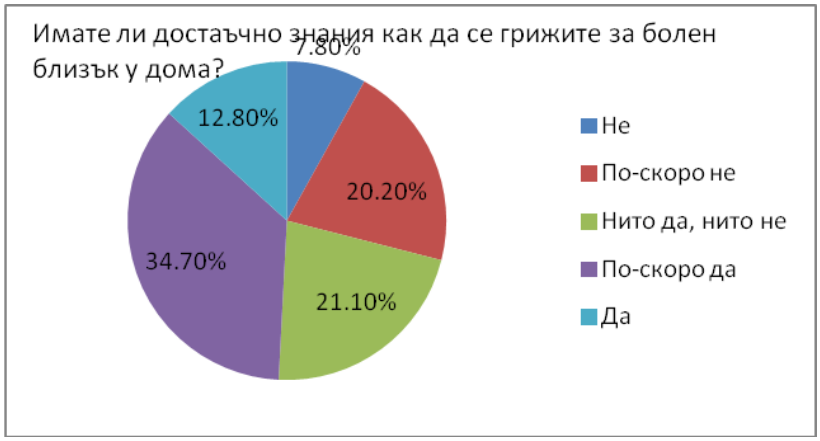
Независимо от намаления брой на кадри и намалената възможност за контакт и общуване между медицинската сестра и пациентите, приблизително 50% от анкетираните заявяват потребност от консултация и домашно посещение на медицинска сестра при заболяване - *Фигура 25.*



***Фигура 25* Потребност от консултация с медицинска сестра**

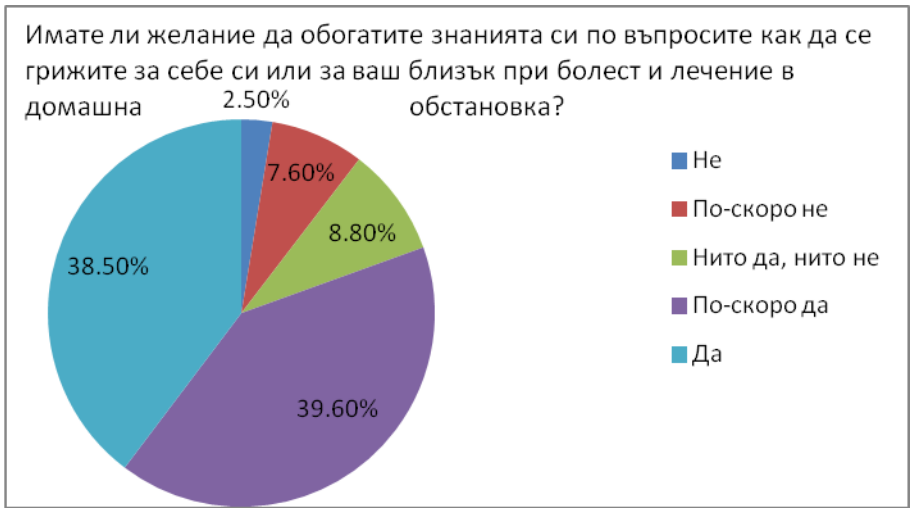
Когато в домакинството има член, който е хронично болен, това засяга и променя живота на всички членове на това семейство. В следващите фигури се илюстрира мнението на анкетираните за знанията и уменията им да се грижат сами за болен близък в дома си. Настъпват промени в разпределението на личното пространство и организацията на функционална околна среда съобразно нуждите на болния - използване на помощни средства за преодоляване на прагове, стълби, в банята и тоалетната и други подобни. Осигуряването на специален хранителен режим за един член от семейството изисква време и значителен финансов ресурс. Намалената двигателна активност налага непрекъснато присъствието на човек да подпомага и компенсира липсата и. Възможностите са много и различни, за улеснение може да се използва 14 степенната скала на Вержиния Хендерсън, по която медицинските сестри извършват оценка на дефицита и нуждата от сестринска намеса и грижа.

Една трета от анкетираните – 30% нямат знания да се грижат за болен близък в дома си. Този резултат има корелация с възрастовите особености на изследваната група. Лицата отговорили утвърдително на въпроса на възраст над 40 години и опита им (напр. при отглеждане на деца) им е дал необходимите знания и умения за обикновена грижа в домашна обстановка(*Фигура 26*), за останалите корекция на знанията и изграждане на определени умения може да се постигне чрез планирано използвне на терапевтично обучение.



Фигура 26 **Знания за грижи за болен близък в дома си**

Прилагането на сестринският процес в болничната помощ има своите успехи и се доказа в практиката. Изработени са технически фиясве и указания за всички общи и специфични дейности по клиники, отделения и сектори. Ясно е регламентирано и се прилага информираното съгласие с оглед хартата за правата на човека и пациента. В доболничната помощ липсва аналогична документация или ако има такава тя не се познава. В здравните грижи за хронично болни в домашна среда няма достатъчно подробна документация, която да обслужва в еднаква степен нуждите на медицинските специалисти, на социалните работници и на пациента и близките му. Комуникацията между участниците в този интердисциплинарен екип е силно затруднена до липсваща.



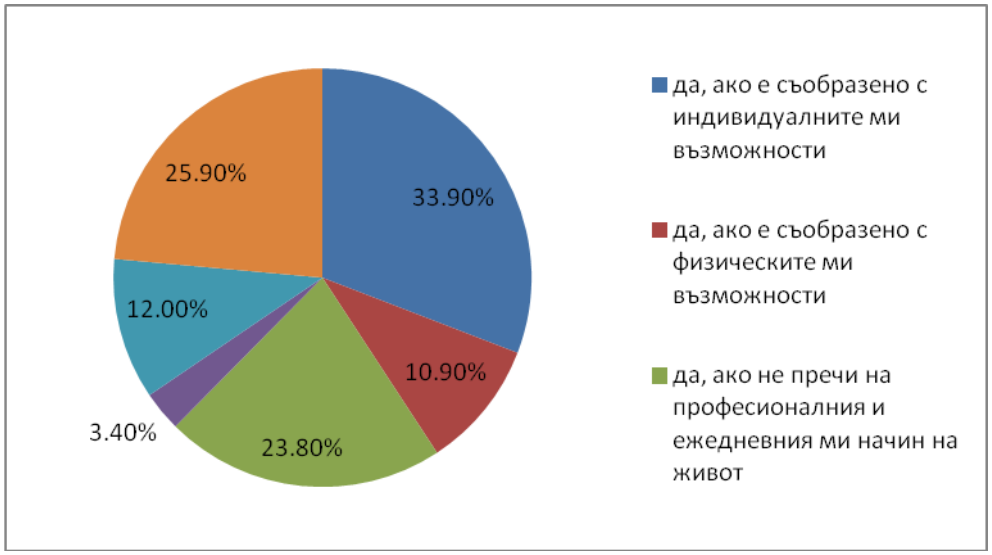
Фигура 27 **Желание за учене за домашни грижи**

Само 10% от анкетираните нямат желание да получат знания касаещи здравните грижи в дома . Но приблизително 78%(39.6%+38.50%), както е видно на *фигура 27* имат желание да получат допълнителни знания за дейностите, които е възможно да направят сами в къщи при нужда. Тази информация се търси от „квалифицирано лице"; „Специалист", „Медицинска сестра".



Фигура 28 **Информация за дейностите, които можете да извършите вкъщи при заболяване**

Приблизително 57% (36.8%+20%) от анкетираните, при заболяване и домашно лечение получават достатъчно информация как да се грижат за себе си и близките си. Здравна информация се получава основно от личния лекар(52%) и от интернет (43%). Мястото на сестрата не е популярно като източник на здравна информация за грижи. В извънболничната помощ медицинските сестри слабо изпълняват своята втора функция – обучение.



Фигура 29 **Участие в обучение за хроничните заболявания**

Почти всички анкетирани - 93.6%. биха участвали в обучение, което да им даде достъпна информация за хроничните заболявания, лечението им и спавяне с проблемите в ежедневните дейности. В 93.6% избират всяка форма на участие е възможна - неформална форма на обучение съобразена с професионалните, физически и индивидуални особености на индивида. От Андрагогията познаваме особеностите на възрастния – учащ, и тя осигурява методическа подкрепа на медицинската сестра при организацията на такова обучение.(*фигура 29*) Анализа показва статистически значима връзка между хронично болните и обучението им. Основно те са обучавани от медицински специалист ($\chi^2 = 7.8$, $p \leq 0.05$), пациентски организации ($\chi^2 = 12.551$, $p < 0.05$) и масмедии ($\chi^2 = 7.972$, $p < 0.05$).

3.5. Анализ на показатели за качество на живот

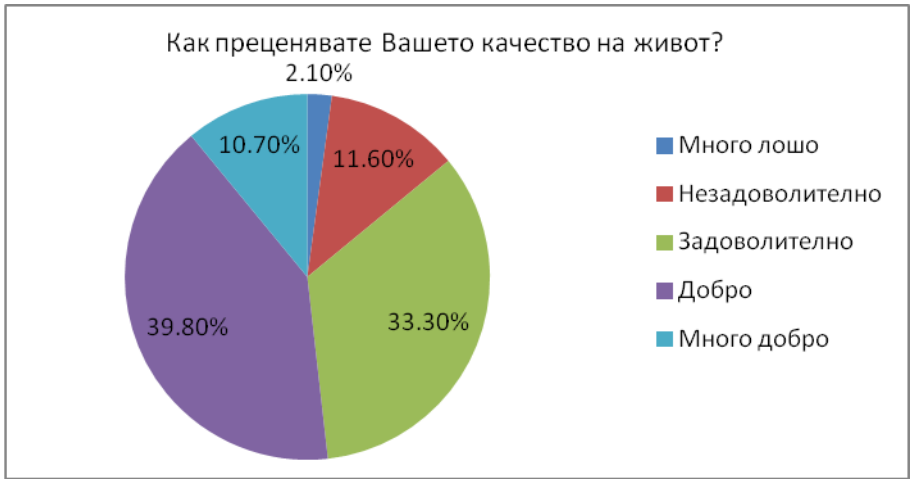
През 1991 година Световната здравна организация създава проект за оценка на качеството на живот WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) с цел да се разработи международна методика за оценка на качеството на живот, която да е съпоставима в условията на различни култури. Тази методика оценява усещането на отделните индивиди в контекста на тяхната култура и ценностна система, така също личните цели, стандарти и интереси. Методиката на WHOQOL беше разработена със съвместните усилия на редица центрове по целия свят и са широко изследвани в областта.

Краткият въпросник WHOQOL-BREF се състои от 26 пункта, които оценяват следните обширни области: физическо здраве; психично здраве; социални отношения и околна среда. Краткият въпросник WHOQOL-BREF е съкратена версия на изходната методика.

Качеството на живот в нашата страна се изследва по този въпросник, когато през 2003 г. Европейската фондация за подобряване на условията на живот и труд инициира **Е**вропейско проучване за качеството на живот (EQLS) в 28 страни. Проучването EQLS изследва ключови аспекти на качеството на живот в 25-те държави-членки (ЕС-25), в двете присъединяващи се страни – България и Румъния, и в една страна-кандидатка за членство – Турция. След публикуването на резултатите от това проучване през 2004 г., Фондацията се зае с един по-задълбочен анализ на ключови компоненти на качеството на живот, базиран на първоначалните заключения от проучването EQLS. Една от поредиците аналитични доклади, основани на тези заключения, е фокусирана върху качеството на живот в България и Румъния. Докладът изследва едновременно обективните условия на живот на хората в България и Румъния и тяхното субективно благосъстояние, както и преценката им за обществото, в което живеят. изследванията в тази сфера обикновено са полезен принос за разбирането на различията в отделните области на живота на хората и за набелязването на подходящите мерки, които са необходими за постигане на социално сближаване на европейско равнище. (Първо европейско проучване за качеството на живот – качеството на живот в България и Румъния Обобщение; Европейската фондация за подобряване на условията на живот и труд; 2004)

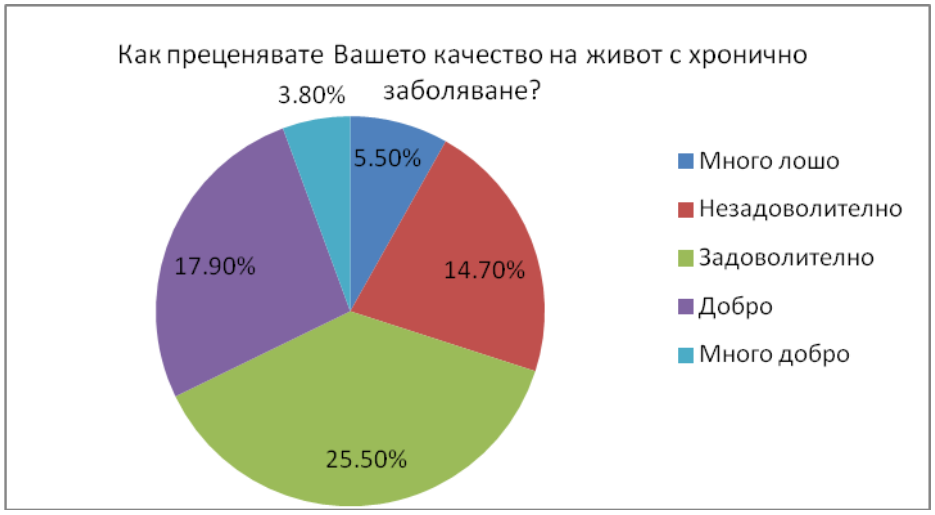
Със следващите въпроси анкетираните изразяват личното си усещане за качеството си на живот. Качеството на живот е повлияно от много и различни фактори – социални, икономически, културни. Няма показатели които категорично да доказват какво е качеството на живот на определен индивид. Опита в световен мащаб доказва, че

не всеки постигнал добър икономически ръст, например, има усещането на добро качество на живот. Отговарът на тези въпроси е субективно усещане и разбиране повлияно от възпитанието, културните и религиозни традиции на общността. Поставянето на два идентични въпроси към участниците в анкетата, даде възможност да се съпостави качеството на живот, ако анкетираният е здрав и ако е с хронично заболяване. 2% не са отговорили и на двата въпроса. 31.6% не са отговорили на втория въпрос, защото нямат хронично заболяване и не знаят отговорът.



Фигура 30 **Качество на живот**

Изследване качеството на живот в тази анкета не е самоцел. С така поставеният въпрос не се цели повторение на международния метод на оценка качеството на живот на анкетираните. Получената информация дава възможност да съпоставим и разберем самооценката на анкетираните за постигнато ниво на самостоятелност и удовлетвореност от живот с хронично заболяване. Получените резултати може да бъдат съпоставени с резултатите от изследването проведено през 2004 година, но това ни отклонява от целта на настоящата разработка.



Фигура 31 **Качество на живот с хронично заболяване**

Честотното разпределение на отношението на анкетираните към качеството им на живот е както следва: Половината от анкетираните здрави оценяват качеството си на живот високо, като "добро" - 39.80% и "много добро" - 10.70% (*фигура 30*) Относителният дял на висока оценка при анкетираните с хронично заболяване спада драстично - "добро" качество на живот посочват 17.90% и "много добро" едва 3.80% (*фигура 31*).

Средната степен "задоволително" посочват при здравите респонденти - 33.30% и при болните 25.50%. Статистически незначителен е относителният дял на анкетираните определящи качеството си на живот като "много лошо" - 2.1% за здравите и 5.50% за хората с хронично заболяване.

Резултатите от изследването показват чувствително по-нисък стандарт за хората с хронично заболяване.

Глава IV: Заключение, изводи, препоръки

4.1. Заключение

Проведеното изследване установи, че във време на икономически дискомфорт за здравеопазването – нараснали икономически разходи и незадоволителни резултати се налагат бързи мерки, за да се отговори на порасналите нужди на обществото от здравни грижи.

Здравните проблемите в България са идентични с проблемите на страните в целия Европейски съюз: Увеличаващата се заболеваемост и смъртност от социално значими заболявания: сърдечно съдови; мозъчно- съдови заболявания и захарен диабет; застаряване на населението; увеличаване на броя на хората, които живеят с хронични заболявания повлиява негативно качеството им на живот и тяхната автономност; увеличава обществените и лични разходи за лечение и грижи.

В социален аспект, активно работещите хора са поставени под голямо напрежение и стрес в ежедневието си и нямат достатъчно време да полагат грижи за възрастните си и болни близки и родители. Самите те не полагат компетентни здравни грижи за себе си, поради незнание, нежелание или обективни социално-икономически причини, повечето не водят здравословен начин на живот, като избягват основните рискови фактори. Въпреки широката здравна информация която съществува и се предлага чрез медиите и интернет, голяма част младите хора в България водят не здравословен начин на живот: има ранна употреба на алкохол, цигари, намалена двигателна активност, неправилно хранене с некачествени храни. Гаранция за едно бъдещо болно поколение, което ще изисква голям ресурс от средства за лечение и специалисти , които да осъществяват това лечение и грижи.

Решаването на тези проблеми ще се търси в ресурсите, които има здравеопазната система, които намаляват поради „стопяване” на работещото население и влошаване на икономическите условия в страната.

4.2. Изводи:

1. Анализът на резултатите от изследването установява, че половината от анкетираните лица са хора, засегнати от проблемите на хроничните заболявания, една трета от тях са с постоянно медикаментозно лечение , 11,8% имат установена трайна нетрудоспособност, удостоверена с решение на ТЕЛК;

2. Ограничената здравна информация и знания на пациентите, които се установяват от изследването налагат извода, че медицинските сестри не изпълняват качествено основна сестринска функция – здравно обучение на пациента и близките му. Установена е потребност да се създадат обучителни програми с цел методическо подпомагане на работещите медицински сестри за повишаване квалификацията им по отношение обучението на пациентите-ползватели на здравни грижа. За постигане на този резултат са необходими законодателни промени и решения;

3. Респондентите, които търсят здравна информация основно в електронните мрежи желаят да се създадат електронно базирани здравно-обучителни програми и електронни ръководства за хигиенно -диетичния режим при пациенти с различни хронични заболявания. Респондентите биха желали информацията в тях да бъде лесно достъпна и да се гарантира качеството и достоверността на източника на здравна информация;

4. Необходимост от допълнителна информация как да провеждат назначеното лечение в дома имат 60.17% от анкетираните лица, а 93.0% от респондентите се нуждаят да им бъде обяснено как да се справят със здравословните си проблеми в домашна обстановка. Увеличеното търсене на лечение и грижи в домашна среда, респондентите посочват, че може да се осигури чрез допълнително обучение и квалификация на медицински сестри, които желаят да работят с общността –дейност, която трябва да се обезпечи и чрез здравно - осигурителни вноски, за да получават тези специалисти достойно заплащане и мотивация;

5. Над половината от анкетираните пациенти 55.4% са запознати с усложненията на заболяването си, ако не провеждат стриктно лечение в дома и не спазват хигиенно- диетичен режим, 59.8% са запознати с рисковите фактори предизвикващи заболявания и усложненията им;

6. Здравните проблеми на пациентите с хронични заболявания не са чисто медицински, затова в екипа работещ в дома на пациента е необходимо да включва различни специалисти като лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, здравен асистент, личен асистент, социален работник, специален педагог, психолог, психиатър и други специалисти;

7. Пациентите имат добра информираност за дейността на медицинската сестра в извънболничния екип за здравни грижи, но само 21.0% от пациентите получават от медицинска сестра реална помощ при лечение в дома си, а 46.5% не са получавали никога помощ от медицинска сестра при боледуване в дома;

8. Висок е относителният дял на анкетираните пациенти - 93.6%, за които всяка форма на обучение е възможна, но предпочитат определени условия – неформална форма на обучение съобразена с професионалните, физически и индивидуални особености на пациента;

9. Анализът на резултатите от проучването е показателен, че преди да се започне здравно обучение в дома на пациента е необходимо да се направи изследване (диагностика) според принципите на педагогиката за възрастни и да се изгради хипотеза и съгласуван индивидуален план на обучение;

10. Понастоящем с много добро качество на живот се самооценяват едва 3.8% от анкетираните лица! Сестринските грижи и обучение в дома биха подобрили самооценката на пациентите за тяхното качество на живот с хронично заболяване.

4.3. Препоръки

Към МЗ и НЗОК

Да се разреши и нормативно регламентира извършване от медицинската сестра на домашни грижи за хронично болни пациенти.
Да се регламентира реда и изискванията , финансирането и контрола на сестринските грижи в дома на пациента
Да се изработи квалификационна характеристика на кадрите: медицински сестри, здравни и лични асистенти, като се установи колаборация между Министерство на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика по тези въпроси.

Към Висшите училища

1. Да се предостави на пациентите, които търсят здравна информация основно в електронните мрежи да се подготвят и въведат иновативни методи за обучение – изработване на електронно базирани програми и електронни ръководства за хигиенно-диетичния режим при пациенти с различни хронични заболявания . Информацията в тях да бъде лесно достъпна и да се гарантира качеството и достоверността на източниците ;

2. Да се осигурят възможности за следдипломна квалификация на медицински сестри в областта на домашните грижи

4.4. Приноси:

С теоретичен характер:

1. Очертана е потребността от грижи и лечение на българските граждани в домашни условия с компетентното участие на медицинска сестра с университетско обучение и допълнително обучение за извършване на грижи в дома.
2. Задълбочено са описани и очертани параметрите на сестринския процес при грижи в дома
3. Очертана е професионалната компетентност на медицинските сестри, които ще извършват сестрински грижи в дома на пациента
4. Направен е теоретичен анализ на основните аспекти на домашните грижи.
5. Аргументирана е социално-медицинската и икономическа необходимост от домашни грижи в условията на непрекъснато нарастване на броя на пациентите с хронични заболявания , икономически ограничения и липса на достъпна здравна информация.

С практически характер:

1. Разработена е и предложена програма за СИП „Домашни грижи” в програмата за обучение на медицински сестри в медицински университет (*Приложение 5*)
2. Проучени са потребностите и нагласите на пациентите за нова организационна форма за здравни грижи –грижи в дома
3. Проучени са нагласите на пациентите за обучение, свързано с профилактиката на болестите и здравословен начин на живот
4. Предложени са нови подходи за организация и реализация на сестрински грижи съобразно актуалните научните подходи за сестрински грижи, прилагани в страните от ЕС

Литература:

1. Апостолов М.; ‘История на здравеопазването и сестринско дело”; 1996;С
2. Апостолов М., Иванова П., „История на медицината и сестринството”; ГорексПрес;С.; 1998
3. Алексиева М.,”Дефицити на общуването в семейството”; сп.”Педагогика” 4, С.,2000
4. Аговска А., Върху накои здравно-хигиенни проблеми при обучнието на ученици с хронично сърдечно-съдови заболявания; Сборник материали от Национална конференция; «Ученическо здравеопазване»; 2001; С; 36-43
5. Балканска П.; За умението да общуваме с пациента; сп.Сестринско дело; кн 3 2009 26-30с
6. Балканска П.; З. Савова; Водещи принципи в гериатричните грижи; Здравен мениджмънт, 5, 2003
7. Борисов,В. „Здравен мениджмънт с основи на здравната политика”, Филинвест, 2003,С.
8. Борисов В., Медицинската сестра в управлението на здравеопазването. В-к “Форум медикус” бр. 8, 1994 г.
9. Борисов, В., Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа, София, 2000.
10. Борисов В. Ц. Воденичаров, Доброволно здравно осигуряване С.,2001
11. Борисов В., Медицинската сестра в управлението на здравеопазването. В-к “Форум медикус” бр. 8,,1994 г.
12. Бикова П., М.Димитрова, М. Георгиева, Приложението на сестринският метод при оказване на специализирани грижи по домовете, 28НТ сесия контакт 2011, ТЕМТО
13. Бикова, П., Ж. Георгиева, М. Димитрова, „Мястото на портфолиото в образованието на медицинските специалисти“, Интердисциплинна гражданска академия – ИНГА, 29 научно-технологична сесия, Сборник статии, 184-187, Темпо, С., 2012
14. Бикова П.; И. Стамболова; А. Димитрова; Проблеми и приоритети на сестринските грижи в детското здравеопазване; сп.”Здравни грижи” бр.1; 2011г
15. Бикова П., Т. Попов, . *Перманентното образование при медицинските сестри работещи със здрави деца*, съюз на учените в България клон Велико Търново - сборник трудове ”дни на науката 2011”, том 1,(с.400-409)
16. Бикова П., Ж. Георгиева; Портфолиото в помощ на здравното възпитание при деца със здравословни проблеми 2012; Сборник материали конференция СУ ”Св. Климент Охридски”
17. Богданова М., Професионално ориентиране и консултиране на деца със специфични потребности или Приказката за грозното пате и черния лебед, изд.”Авангард Прима”, 2012, С стр 7;8;11
18. Воденичаров Ц.; Митова, Гатева,” Медицинска етика”; Мнемозина; С.;1995
19. Воденичаров Ц.В.Нишева, Л.Гатева и съавт., Ръководство по медицинска етика. ГорексПрес,С.,1997
20. Воденичаров Ц., Л.Гатева, С. Томова, Медицинска етика и медицинско право В: Ново обществено здравеопазване, Аквграфикс, С., 1998
21. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, ДАК, С., 2003
22. Воденичаров Ц., С. Попова; Социална медицина; С. 2009
23. Воденичаров Ц., А. Янакиева, Д. Сиджимова; Потербност от професионално обучение на специалисти за „медицински патронаж в домашни условия”; Сборник материали от 8 международна научно-практическа конференция; Изд. МВБУ; Бояна , 2011; стр 666-671

24. Воденичаров Ц., А. Янакиева, Д. Сиджимова; Т. Димитров; Потребност от услугата „медицински патронаж в домашни условия”; сп.Здравна политика и мениджмънт; т.11; N 4; 2011; str 21-27
25. Вучкова Я., Европейски стандарти за духовни грижи в болниците; Здравен мениджмънт, 2, 2002, № 2, 51-52.
26. Веков Т.; Дейности на НЗОК за осигуряване на стабилност и устойчивост на системата за задължително здравно осигуряване; 2009
27. Гатева-Чакърова, Л.; Г. Петрова, Ив. Салабашева; Предизвикателствата при обгрижване на хронично и терминално болните за специалистите по здравни грижи 2005; сп. Психосоматична медицина, 13, 2005, N 2, с. 159-166,
28. Генев Стр., Клиничните пътеки в България – шестгодишен опит, сп.”Здравен мениджмънт”, кн. 5; 20066.
29. Гюрова В, В. Божилова, Портфолиото на преподавателя, агенция Европрес, С. 2008
30. Гюрова В.”Андрагогия. Изкуството да обучаваме възрастните”, Универсал-Друмев;С.;1998
31. Грънчарова, Велкова, Александрова, Социална медицина, 2002,
32. Грънчарова Г.;”Управление на здравните грижи”; Издателски център МУ – Плевен; 2009
33. Григорова М., Н. Калчева, С. Максимова. Медико-социални грижи в здравеопазването. сп.”Здравна политика и мениджмънт” №5/ 2010. с. 56-58
34. Георгиева Л.; Управление на грижите за здравето на възрастните хора след болнично лечение 2009 ; сп. Здравна политика и мениджмънт, 9, 2009, N 3, с. 54-57.,
35. Драганова М, Панайотова Се., Значимост на етичните норми за осигуряване на качествени здравни грижи, Етиката в българското здравеопазване 2007, стр. 441
36. Динев В.;”Човекът между изтока и запада; Философска антропология”; 2007;София
37. Димитров И., Социална медицина, Избрани лекции, Пловдив, 1998 г.
38. Димитрова Св., Общата медицинска практика в Европа – опитът на Холандия и Великобритания, сп.“Инф. за ръководни кадри в здравеопазването и медицинската наука” 29, 1998 г., 2, с. 3–9
39. Директива на съвета на Европейската икономическа общност от 27 юни 1997 г. за координация на правните, административните и регулиращите разпоредби по дейността на медицинската сестра – общ профил /Наредба № 77/ 453 на ЕИО/.
40. Джонев С., Илиева,”Психологически аспекти на словесното въздействие”,МНП,С.,1985
41. Джонев С.”Стратегии на ръководителя в междуличностните отношения”, НИ,С, 1990
42. Джонев С.”Социална психология”том2, С,1996
43. Делор Жак,”Образованието – скрито съкровище”, превод от английски, С,1996
44. Дракър П., Ефективното управление. Изд. Класика и стил,С., 2002
45. Дуброва В. П. „Некаторье аспекть психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом”, сп ”Психологическая наука и образование” 3, М, 2000
46. Димитрова М.; Оптимизация на здравните грижи за болни с инфекциозни заболявания 2011 сп. Здравни грижи, 9, 2011, N 2, с. 5-10,
47. Здравеопазване 2011; НСИ, НЦОЗА, МЗ, С, 2012
48. Закон за здравето, Обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г.

49. Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г.;
50. Закон за лечебните заведения, Обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г
51. Закон за висшето образование, ДВ, бр. 27/ 1995 г.
52. Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, ДВ, бр. 83/1998 г.
53. Закон за здравното осигуряване, ДВ, бр. 70/ 1998 г.
54. Закон за интеграция на хората с увреждания, Обн. ДВ бр 81 от 17.09.2004
55. Здравната реформа в България – 1 част, под редакцията на М. Попов, МЗ и програма Фар, Македония прес, 1998 г.
56. Здравната реформа в България – 2 част, под редакцията на М. Попов, МЗ и програма Фар, Македония прес, 1998 г.
57. Златанова Т., Нерешени проблеми в дейността на ОПЛ, сп. Здравен мениджмънт, бр. 1 2005, 5-9с.
58. Златанова Р.; Мониторинг на здравето в първичната медицинска помощ; Здравен мениджмънт; бр5; 2005
59. Ивков Б. Инвалидност и стареене на населението в България. Състояние, последствия, социален статус и социални позиции на възрастните хора. В:Стареене на населението - реалности и последици, политики и практики. София, 2006
60. Ивков Б. Понятията „инвалидност" („увреждане") и „инвалид" („лице с увреждане") - наименования и дефиниции (Социологически аспекти). LiterNet, e-списание за литература, критика и хуманитаристика, № 1 (86). Издателство „Liter Net", http://liternet.bg/publish17/bJvkov/poniatiiata.htm, Варна, 2007 г.
61. Кодекс на професионалната етика; Издаден от министъра на здравеопазването обн., ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.
62. Колева А.; Обучение на болни, прекарали миокарден инфаркт, от специалистите по здравни грижи в клиниката по кардиология - МБАЛ "Александровска" 2005; сп. Здравни грижи, 3, 2005, N 1, с. 14-16,
63. Канева Е.; В. Стоева; Д. Цветков и кол; Поведение на населението за здраве в град Стара Загора – зона на програма СИДНИ - България 2002; Balkan Jurnal of Otology and neuro-otology; 2003; 89-93
64. Маркова Ст.; И.Стамболова; Г.Чанева; и кол; Учебно помагало.Семейна медицинска сестра;БЧК;2011;С.
65. Маркова Ст., И.Стамболова Г.Чанева, Автономност и отговорности в сестринската практика, Сестринско дело, 2001, 2, с.8-12.
66. Маркова Ст., Медицинската сестра у дома; Форум медикус; 2010
67. Маркова Ст., Социална медицина и обществено здраве, Знание ООД, Стара Загора 1996 г.
68. Маркова Ст., Статус и проблеми на сестринството в Република България. Сп. Здравни грижи,бр.3, 2005г.
69. Маркова Ст., И. Стамболова, Г. Чанева; Протокол за здравни грижи - средство за качествени здравни грижи 2001 сп. Социална медицина, 9, 2001, N 1, с. 35-36, 7 г
70. Маркова Ст., Фесчиева, Чамов, и колектив, „Социална медицина и обществено здраве",Знание ООД,С,1996
71. Маринова П. Съвременната медицинска сестра изд. Нов ден 2001, 6-12с.
72. Маринова П., Организационни структурни аспекти на домашните грижи; „ГорексПрес"; С. 2013
73. Младенова С., Здравно образование, Артик, С.,2001
74. Милчева Х., От традицията към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, Екс-прес, Габрово, 2012

75. Мухина С.А.; И.Торньовская; Теоретични основи на сестринските грижи; ИЦ МУ-Плевен; 2006
76. Манова-Томова, Пирьов, Пенушлиева, ”Психологическа рехабилитация при нарушения в поведението в детска възраст”, МФ, С, 1976
77. МОН, НИО, „Образование за всички – Национална оценка – 2000г”, С, 1999
78. Методика на социалните услуги за хора с умствена изостаналост; .№ 9100-252 от 12.08.2004г; МТСУ
79. Методика на социалните услуги за хора с физически увреждания № 9100-93 от 11.05.2005г. МТСУ
80. Медицинско и не медицинско образование, работещи в системата на здравеопазването. МЗ
81. Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „личен асистент”; Агенция за социално подпомагане; № 63/216 от 26.06.2009г.
82. Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „домашен помощник”; Агенция за социално подпомагане; № 63/216 от 26.06.2009г
83. Министерство на финансите; Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции; 2006
84. Наредба № 1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Издадена от Министерството на здравеопазването. Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г.
85. Наредба №4 от 16.03.1999 за условията и реда за извършване на социални услуги. Издадена от Министъра на МТСУ обн ДВ бр 29 от 30.03.1999
86. Наръчник за работа на медицинската сестра в извънболнична помощ, под редакцията на К. Юрукова и програма ТЕМПУС, изд.”Филвест”, София 2000 г.
87. Наредба №12 – 06. VI. 1994 г. за следдипломното обучение на специалистите със средно и полувисше
88. Наредба №38 от 16.11. 2004 за определяне списъка на заболяванията, за чисто домашно лечение. НЗОК заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично, обн. ДВ 102от 2005г
89. Наредба № 72 от 26.09.2012 за придобиване на квалификация по професията „Здравен асистент”;обн. ДВ бр 77 от 9.10.2012
90. Наредба № 73 от 26.09.2012 за придобиване на квалификация по професията „Болногледач”; обн.ДВ бр 77 от 9.10.2012
91. Национална здравна стратегия 2007-2012; 21.04.2006
92. Национална здравна стратегия 2014-2020; София;2013
93. Образование на деца с увреден слух; проект EFESTO 2009-1-PL1-LEO05-05028; E-Learning environment for disable learners/ Създаване на електронна обучителна среда за учащи се с увреждания, N на проекта 2009-1-PL1-LEO05-05028, съ-финансиран от ЕС чрез програмата Обучение през целия живот
94. Образователни стандарти за оценяване качеството на работа на учителя; ръководство за сертифициране; фондация „Програма стъпка по стъпка” България; 2005
95. Попова Н.; Системата за домашни грижи да бъде законово регулирана, ще настояват от БЧК;.2013, zdrave.net
96. Проект Дългосрочна стратегия за заетост на хора с увреждания 2011 – 2020; МТСУ
97. Пенков, В.Кадинов, С. Георгиев; Хронична сърдечна недостатъчност - полезна ли е физическата тренировка или не? 2002 ; Сп Сърце-бял дроб, 8, 2002, N 3, с. 3-11.

98. Пешева П.; Н. Христов; Социална медицина. Практически подходи; Под редакцията на доц. М. Мутафова; „АРСО", С.; 2007; 126-173
99. Райнов В."Особености на невербалната комуникация", БАН, С,1987
100. Стамболова И., Сестрински грижи при соматични заболявания, МУ-ЦМБ; 2012, С
101. Стамболова И., Самочувствието на медицинските сестри като израз на тяхната професионална отговорност и удовлетвореност, сп."Здравни грижи"бр.1/2010 ,
102. Стамболова И.; „Мениджмънт и етика в общата медицинска практика"; 2008;С.
103. Стамболова И., Предизвикателства на хроничната болест и палиативните грижи, Медицински преглед, Сестринско дело, 2002, 1, с.28-32.
104. Стамболова И., Г. Чанева, Технически фишове и протоколи за здравни грижи, Филвест, С., 2004, 8-12с
105. Стамболова Ив., Г. Чанева, под редакцията на С. Попова, Управление на здравните грижи. Учебно-практическо ръководство, Филвест, С, 2007
106. Сиджимова Д.; А. Янакиева, Г. Петрова; Проучване потребностите на населението от услугата „ медицински патронаж в домашни условия"; Сборник научни съобщения от конкурсни сесии 2012; МУ-Пловдив; стр 345—354
107. Стратегия за осигуряване на равни възможности за хората с Увреждания; 2008-2015;
108. Стратегия на Европа за растеж „Европа 2020"; Европейска комисия; юни 2012; Брюксел, Белгия
109. Тодорова Е. „ Идеи в социалната психология" сборник, УИ "Св.К.Охридски", С, 1987
110. Тончева С.; Т.Цветкова; П.Загорчев; С.Борисова; Наръчник за медицински сестри в извънболничната помощ; под редакцията на К.Юрукова; Филвест; 2000;С.
111. Тончева С. М. Чепишева; Изграждане на сестринска служба в структурата на многопрофилна болница за активно лечение; сп.Здравни грижи; бр.4 ; 20011
112. Тончева С.; Фактори, определящи професионалния имидж на медицинската сестра; Сестринско дело, 44, 2012, 24-30
113. Тодорова Е. „Групата и личността в социалната психология: четиринадесет западноевропейски учени", НИ, С, 1990
114. Томан И.,"Как да се самоусъвършенстваме", НИ, С, 1980
115. Уиникът Д.; Детето, семейството, външният свят; 2001;София
116. Филипов И." Образование, мислене и култура", сп."Педагогика 3, С, 1998
117. Фелдмън Р.;Христоматия по социална психология; С.;2001
118. Фондация „Борба с рака"; Актуални проблеми на стомираните – кн. 2, С.
119. Христозов, Георгиева, „Психологични, етични и естетични проблеми на медицината", МФ, С, 1982
120. под научното ръководство и редакцията на проф. Т. Попов, Педагогика. Теория на възпитанието, Екс-прес, Габрово, 2012
121. Чанева, Г. ,И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес, Филвест, С. 2003,
122. Чанева, Г, Качеството на сестринските грижи като приоритет, Изд. „Артик 2001", С, 2008
123. Чанева Г.; И. Стамболова, М.Димитрова, П.Бикова, А. Терзиева, Н.Василева, М. Георгиева, Изработване на стандартни планове за сестрински грижи; 2011, С.
124. Чанева Г., Болнични условия и качество на грижите 2007 ; сп. Здравен мениджмънт, 7, 2007, N 6, с. 28-31,

125. Чанева Г .;Пациентите за качеството на болничните грижи 2007сп.Социална медицина 15, 2007, N 4, с. 37-38
126. Чанева Г., Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата 2008 ; Български медицински журнал , 2, 2008, N 1, с. 61-64,
127. Чанева Г.; Проблеми на управлението на здравните грижи в болничните отделения 2008; сп Здравни грижи, 6, 2008, N 1, с. 35-38,
128. Чакърова Л.; Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването; „ЕксПрес"; Габрово;2013
129. Фогел А.; Г.Водрашке; И.Барден;Наръчник за гледане на болни в домашни условия;ИК»Емас»;1999;С.
130. Шопова К., Социално-медицинският подход в ПМП, Филвест, С., 2002, 70с.
131. Шопова К, П.Бикова, Е. Кикарина, Здравно възпитание в училищна възраст, 24НТ сесия контакт 2009, ТЕМТО
132. Шипковенска Е., Върху философията на общата медицина, сп. Обща медицина, бр.1 2000, 3-6с 97.
133. Шипковенска Е. и съавтори., Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, Делфи, С., 2002, 139-148с.
134. под редакцията на доц. Юрукова К.; Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, Горекс прес, С. 2001
135. Янакиева А.; Д. Сиджимова; Т. Дмитров; Имплементиране на услугата «медицински патронаж в домашни условия»; Сборник научни студии и статии Съвременно образование. Мисии и визия; ЮЗУ «Неофит Рилски»; Благоевград; 2010
136. Янакиева А.; Имплементиране на мениджмънт на качеството при здравни грижи; С.Здраве и наука бр 4 Мк, МУ- София; стр 56-61
137. Янакиева А., Маркетинг на дейността «медицински патронаж в домашни условия»; Дисертационен труд; 2012 ; интернет адрес
138. Яромич И.В.;Сестринское дело и манипуляционная техника; Минск; 2006
139. Юнаков Т., Р. Чупетловска, А. Ангелов; Проучване на добри европейски практики в сферата на спешната медицинска помощ; BG051PO001-6.2.02; „ПУЛСС – Практически увод в лечението на спешните състояния"; С; 2010
140. Проект информационен стандарт за медицинско досие; Здравно информационни стандарти – документация и класификация 2005; Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт;
141. Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България; 2006
142. Доманецкая, Людмила Викторовна; Особенности общения с родителями часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста как условие улучшения его соматического статуса; Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat http://www.dissercat.com/content/osobennosti-obshcheniya-s-roditelyami-chasto-boleyushchego-rebenka-starshego-doshkolnogo-voz#ixzz2a4O0jGc1
143. Turner G. J; K. H. Chavigny; Community Health Nursing; 1988
144. Bullough, " Nursing in the community of State University of New York College at Buffalo", I.V. Mosby Company, 1990
145. Garlang K.L. "Nurse – patient communication", Braun Co. Publishers, 1969
146. Wedverduldt B., Giffin K., Patton R.B. "Interpersonal communication in nursing", Davis Co., 1984
147. Smith S. " Communication in Nursing", Mosby-Jea Book, 1992
148. Hagan, Lefal., Info – sante: un service. – Rev. Canad. Sante Publ., 89, 1998, № 2, 125-128

149. Johan SAUWENS (BE/ЕНП), член на Фламандския парламент; „План за действие за електронно здравеопазване за периода 2012–2020 г. – иновационно здравно обслужване през 21-ви век“, Становище на Комитета на регионите**;** Официален вестник на Европейския съюз; (2013/C 280/07)
150. Ley de Autonomía personal y Atención a la personas en situación de Dependencia; (2006) Закон за лична автономия и грижи за хората в зависимо състояние (2006 Испания
151. под редакцията на Василев Н.; „Семейно планиране”; МЗ, Програма ФАР на ЕС, проект семейно планиране, 1998, С.
152. Reprinted permission Rose Dobrof, Editor, The role of the social worker interdisciplinary geriatric teams; Journal Gerontological Social Work Journal of Gerontological Social Work, Vol. 30 (3/4)1998.) www. emj.bmjjournals.com
153. P Bywaters, E McLeod; Social care's impact on emergency medicine: a model to test Downloaded from emj.bmjjournals.com on 15 February 2006
154. *Victor Molinari, Ph.D., Mark E. Kunik, M.D.; Benoit Mulsant, M.D., A. Hind Rifai, M.D.* The Relationship Between; Patient, Informant, Social Worker, and Consensus Diagnoses of Personality Disorder in Elderly Depressed Inpatients; emj.bmjjournals.com 136-144p
155. Edward H Wagner; The role of patient care teams in chronic disease anagement**;** Downloaded from bmj.com on 15 February 2006
156. Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R, Sabate E. The challenge of chronic conditions : WHO responds. *BMJ* 2001; 323:947-48.
157. Assal J-Ph, Traitement des maladies de longue durée: de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. Encyclop.Med.Chir, Ed Elsevier, Paris, 10-365-A-10, 1996.
158. Lorig K. Partnerships between expert patients and physicians. *Lancet* 2002;359:814
159. Lacroix A, Assal J-Ph. L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique. 2ème ed. Paris:Maloine, 2003.
160. Ivernois (d') J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient – approche pédagogique. 2ème ed. Paris:Maloine,2004.
161. Accelerating the Development of the eHealth Market in Europe; eHealth Taskforce report 2007; European commission; Information Society and Media
162. Ранчов Г., Биостатистика и биоматематика, концепции, методи, приложения; С.; 2008; стр 3-10
163. интернет
    a) http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html
    b) http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf
    c) http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries
    d) http://www.dokumentacia.com/
    e) http://www.cmpimss.org.mx/temas/pdf/perfi_de_enfermera_de_familia.pdf
    f) http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1737/28/00280030_LR.pdf
    g) http://www.nursing-bg.com/ – предложение на БАПЗГ за промени на Наредба № 34 от 29 декември 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването
    h) https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990
    i) http://www.consejogeneralenfermeria.org/
    j) www.foryoubg.org/userfiles/files/Analyses%20elderly%20care%20Bulgarian.pdf
    k) www.blskn.org office@blskn.org
    l) http://europa.eu/pol/index_bg.htm

m) europ2020stoktaking_bg.pdf
n) http://www.npo.bg/upload/asset_resources/TMA-public_financing_healthcare_2012-B-09.pdf
o) www.minfin.bg/document/2891:1
p) pharma@tma-bulgaria.com
q) www.nbu. bg/ Правна уредба на здравното осигуряване в България; А.Михайлов; Е.Неева; Н.Дафинов
r) www.ndsv.bg; Визия за развитие на здравната стратегия и реформа;26.04.2005
s) www.jor10642_fm.pdf; Chronic disease self-management education programs:challenges ahead; Joanne E Jordan and Richard H Osborne;Australia

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение1

Анкетна карта за персонала

Целта на тази анкета е оценка на нуждите на пациентите от специализирани медицински знания и умения, които може да послужат за усъвършенстването на здравното обслужване.
Данните ще бъдат използвани конфиденциално.
Ще съм Ви благодарна за грижливото попълване на анкетата.
1. Имате ли време да разговаряте с болния?
а) достатъчно; б) малко; в) не разговаряме
2. Имате ли време да разговаряте с близките на болните?
а) достатъчно; б) малко; в) не разговаряме; г) нямам време
3. Кога разговаряте с болните и близките им? Подредете по честота.
□ при прием в болницата; □ по време на престоя; □ при изписване;
□ не разговаряме; □ по всяко време; когато ме попитат
4. При обучението на пациентите относно манипулации, изследвания и грижи колко време отделяте?
а)средно по 5 минути; б) средно до 10 мин.; в)средно до 15 мин.;
г)средно повече от 15 мин.
5.Пациентите търсят ли Вашето професионално мнение за грижите при диагностицираното им заболяване
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) никога
6. При кои от следните дейности сестрата може да участва най-активно в обучението на пациента?
а) при приемане в болница; б) по време на манипулации; в) при изследвания;
г) по време на полагане на общи грижи; д)по време на специални грижи;
е) при изписване; ж) това не ме интересува
7. Как се осъществява обучението на пациентите в отделението, в което работите?
а) по желание на пациента; б) по моя преценка; в) между другото;
г) няма обучение
8.Подредете по честота какви форми на обучение познавате и използвате в работата си?
а)индивидуално; б)групово; в)раздаване на писмени материали
9. Съществува ли обзавеждане и оборудване на вашето работно място, които позволяват обучение на пациента и близките му?
а) да; б) не в) не мога да отговоря;
10. Притежавате ли необходимата квалификация за обучение на пациентите по въпросите за здравната грижа?
а) да; б) не в) не мога да отговоря
11.Използвате ли в практиката документи, които се отнасят до обучението на пациента?
а) да; б) не в) не мога да отговоря
12. Необходима ли е промяна в съществуващата сестринска практика, свързана с обучението на пациента?
а) да; б) донякъде да; в) не;
13. В кои от посочените направления считате, че е необходимо да повишите Вашите компетенции/ знания?
а) знания по специални грижи;
б) знания за педагогическите методи и използването им;
в) използването на нагледни средства, материали, макети, мулажи в практиката.

14. Считате ли, че при сега съществуващата организация на работа медицинската сестра може сама да вземе решения относно обучението на пациентите?
а) да; б) не; в) не мога да отговоря
15. Регламентирано ли е в длъжностната ви характеристика обучението на пациентите?
а) да; б) не; в) не мога да отговоря
16. Обучавани ли сте да провеждате обучение на пациенти?
а) да; б) не; в) не мога да отговоря
17. Ако на 16-ти въпрос сте отговорили с „да" посочете къде и кога:
.....
18. Имате ли регламентирано време за обучение на пациенти (индивидуално или групово)?
а) да; б) не; в) не мога да отговоря
19. Изразете Вашето мнение за ролята на сестрата при обучение на пациентите и близките им:
.....
Личната информацията ми е необходима, за да може по точно статистически да се обработи анкетата. Ще съм Ви благодарна, ако я споделите!

- С колко години трудов опит сте по специалността „медицинска сестра"?

до 5г.; до 10г.; до 15г.; до 20г.; до 25г.; до 30г; повече от 30г.

- В какво отделение работите?

.....

- Какво образование имате?

а)Средно специално; б)УПК; в)Полувисше ; г)Бакалавър ; д)Магистър
е)друго; какво?.....

- Бихте ли попълнили анкетната карта за пациента?

да не

Приложение2

Анкетна карта за пациента

Целта на тази анкета е оценка на нуждите на пациентите от специализирани медицински знания и умения, които може да послужат за евентуалното усъвършенстване на здравното обслужване.
Данните ще бъдат използвани конфиденциално.
Ще съм Ви благодарна за грижливото попълване на анкетата.
1. Колко често боледувате?
в)веднъж в годината; б) всеки сезон; в) само пролет и есен;
г)по няколко пъти през зимата; д) не боледувам; е) изкарвам по един грип на крак
2.Когато посещавате личният си лекар /стоматолог или друг медицински специалист, освен назначеното лечение получавате ли друга информация за заболяването, възможните усложнения, за манипулации които можете сам да извършвате или да ви помогнат ваши близки?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
3.Когато посещавате личният си лекар /стоматолог или друг медицински специалист, освен назначеното лечение получавате ли друга информация за правата и задълженията Ви по закон и последиците от непознаването им?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
4.Когато сте на посещение при личният си лекар /стоматолог с него, в кабинета работи ли медицинска сестра?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
5.Медицинската сестра работеща с личният Ви лекар разговаря ли с Вас за здравословните Ви проблеми и как да се справяте с тях у дома?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
6. Когато сте при личният си лекар получавате ли листовки за профилактика към определени заболявания?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
7. Имате ли нужда от домашни посещения от медицинска сестра?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
8. Имате ли нужда да разговаряте с медицинска сестра и професионално наблюдение от нея?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
9. Когато боледува близък от семейството имате ли нужда от медицинска сестра, за да разговаряте за притесненията си и страховете си?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
10. Необходима ли Ви е допълнителна информация как да приложите назначената терапия?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
11.Когато Ви изписват от болницата необходима ли Ви е допълнителна информация как да се справите с остатъчните симптоми и да подобрите здравето си?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
12. Ако имате група инвалидност нужна ли Ви е помощ от медицинска сестра, за да се научите да живеете с влошеното си здраве?
а) да; б) понякога да; в) понякога не; г) не
13. Споделете мнението си за ролята на медицинската сестра за здравното образование и възпитание на децата и възрастните:
.....

.....

Личната информацията ми е необходима, за да може по точно статистически да се обработи анкетата. Ще съм Ви благодарна, ако я споделите!

- На каква възраст сте?
- Какъв пол сте?

□мъж □жена

- Имате ли хронично заболяване? Едно или повече?

□нямам; □1 хронично; □2 хронични; □повече □друго

- Имате ли постоянно лечение?

да не

- По колко медикамента взимате на ден?

по 1; по2; повече от 5; не вземам; друго.....

- Имате ли група инвалидност и коя?

да - не

- Сам ли попълвате анкетата или ви помагат и кой?

сам; придружител; роднина; мама; не си нося очилата;

Приложение 3

АНКЕТНА КАРТА

Запитването е анонимно. Моля изберете отговора, който Ви се струва най – подходящ. Ако Вие не сте уверени как да отговорите на въпроса, **първият отговор, който Ви дойде на ум често е най-подходящият.**

Моля спомнете си за Вашите стандарти, надежди, развлечения и интереси. Ние Ви питаме как оценявате нуждата си от обучение – получаване на знания и изработване на умения за грижи, когато сте болни или имате болни в дома си, за да изпълните лекарските назначения и да се почувствате по-добре, да оздравеете и да се върнете към нормалния си ритъм на живот.

Моля, отговорете на всяко твърдение, като заградите с кръгче степента от скалата за оценка, която отразява в най-голяма степен Вашето лично мнение. **Няма верни или грешни отговори**. От искреността на Вашите отговори зависи адекватността на научния анализ.

За успешното постигане на целите на проучването са необходими някои демографски данни, които ще бъдат използвани за сравнителни анализи. Личната информацията ми е необходима, за да може по-точно статистически да се обработи анкетната карта.

Пол: А) Мъж; Б) Жена.	Възраст: ……
Образование: А) Начално Б)Средно; В) Бакалавър; Г) Магистър.	Имате ли решение на ТЕЛК/НЕЛК: А) Да; Б) Не
Грижите ли се за човек с хронично заболяване: А)Да; Б) Не	Професия: ..... Пенсионер: да -по възраст □ да - по болест □ не □
Къде живеете?(моля, отбележете само името на населеното място)	Гр./с. обл.
Семейно положение:	

- Сам ли попълвате анкетата или някой Ви помагат?

□ сам; □ кой? придружител; роднина; мама; .....

1. От къде черпите информация за здраве и профилактика?

□ от общопрактикуващия лекар; □ от медицинска сестра;
□ от интернет; □ от специализирана литература;
□ от приятели; □ от вестници;
□ от радио; □ от телевизия;
□ от други, допишете.....

2. Имате ли хронично заболяване?

□ да; □ не; □ не знам; □ нямам диагноза

3. Ако имате хронично заболяване посочете на коя система. Може да посочите повече от един верен отговор. Отговорете на въпроса ако се грижите за близък със:

□ заболявания на опорно-двигателната система; □ алергични заболявания **;**
□ заболявания на нервната система; □ онкологично заболяване;

□ заболявания на дихателната система; □ психични заболявания**;**
□ заболявания на храносмилателната система; □ заболявания на сетивните органи;
□ заболявания на сърдечно-съдовата система**;**
□ заболявания на отделителната система**;** □ заболявания на ендокринната система**;**
□ друго, какво? .....

4. По какъв начин планирате посещенията си при общопрактикуващ лекар?
□ Записване по телефона **;** □ Отивам на място **;**
□ Моля близките си за съдействие **;** □ Нямам личен лекар **;**
□ Не съм здравно осигурен;
□ Друго, какво.....

5. При кои случай се обръщате към общопрактикуващ (личен) лекар?
□ При здравословни проблеми и оплаквания **;**
□ При необходимост от изследвания и консултация **;**
□ При необходимост от лекарства **;**
□ При профилактични прегледи **;**
□ Друго, какво.....

6. Приемате ли лекарства?
□ да по назначение от лекар;
□ нямам назначени от лекар лекарства;
□ купувам си лекарства без лекарско назначение;
□ имам назначени от лекар, но не ги вземам;
□ използвам алтернативни методи и средства за лечение
Посочете какви.....

7. Когато сте болен и може да избирате, къде бихте се лекували?
□ в болница; □ в дома си; □ амбулаторно – ще ходя всеки ден за манипулации

8. Кои са най-важните предимства на домашното лечение, според Вас? Подредете по значимост първите 5 причини, защо? Маркирайте с цифри от 1 до 5.
□ не ми се нарушава стереотипа на живот; □ обстановката ми е позната и приятна;
□ не губя контакт с близките си; □ не плащам за хотелски разходи;
□ комфортно ми е ;
□ мога да си позволя посещение на специалист по избор;
□ мога да изпълнявам ежедневните си дейности;
□ мога да извършвам определени професионални дейности;
□ имам възможност да си осигуря най-качествените и ефективни лекарства;
□ имам активна позиция като член от екипа за лечението ми;
□ мога да ползвам и алтернативно лечение (билков чай, вентузи, компреси и др.)
□ друго .....

9. Кои са най-важните предимства на лечението в болница, според Вас? Подредете по значимост първите 5 причини, защо? Маркирайте с цифри от 1 до 5.
□ психически се разтоварвам от ежедневните си грижи;
□ имам непрекъснато лекарско наблюдение; □ с мен работи рехабилитатор;

□ не съм в тежест на близките си; □ има осигурени сестрински грижи 24 ч;
□ при възникване на спешна ситуация има специалисти да ми помогнат;
□ спазвам режим; □ осигурено ми е диетично хранене;
□ лечението и лекарствата ми са безплатни;
□ извършват се всички необходими изследвания;
□ при необходимост получавам консултация с други специалисти;
□ имам време да задам и да получа отговор на много въпроси за здравето ми;
□ друго .....

10. Споделете мнението си за ролята на медицинската сестра за здравното образование и възпитание на децата и възрастните:
.....
.....

		Не, никога	По-скоро не	Нито да, нито не	По-скоро да	Да, винаги
11.	Познавате ли симптомите при обостряне(криза) на хронично заболяване?					
12.	Познавате ли усложненията на хронично заболяване?					
13.	Познавате ли рисковите фактори, които имат отношение към хроничните заболявания?					
14.	Получавали ли сте състояния на криза, като: хипертонична, задух, остри ставни болки, схващания и болки, продължително парене и киселини в стомаха и др.					

15. За кои случаи бихте ползвали медицинска сестра при домашно лечение? (може да посочите повече от един отговор)
□ за заболявания на опорно-двигателната система;
□ за алергични заболявания **;** □ при напреднала възраст;
□ за заболявания на дихателната система;
□ за заболявания на храносмилателната система;
□ за заболявания на сърдечно-съдовата система**;**
□ за заболявания на нервната система**;**
□ за заболявания на сетивните органи;
□ за заболявания на нервната система;
□ за заболявания на отделителната система**;**
□ за заболявания на ендокринната система**;**
□ при онкологично заболяване;
□ при отсъствие на близки и роднини, които да ми помагат;
□ при друга ситуация, каква? .....

16. Обучавани ли сте относно лечение и грижи при хронично заболяване?
 обучен съм от медицински специалист;
 участватвал съм в програма на неправителствена организация;
 обучен съм от пациентска организация коя?.....
 самообучавам се от специализирана литература;
 уча се от интернет;
 обучавам се от вестници, радио и телевизия;
 не съм обучаван и не ме интересува;
 ако ми се наложи искам да ме обучават .....кой?.....

17. Търсите ли помош, съвет, консултация, информация за хроничните заболявания?
 да, от общопрактикуващия лекар и други медицински специалисти;
 да, от медицинската сестра;
 от близки и познати;
 от други болни със същите или подобни оплаквания;
 не знам какво да питам;
 не, не търся никаква информация;
 като ми дойде до главата ще питам;
 друго, какво .....

18. Бихте ли участвали в обучение, което да ви даде достъпна информация за хроничните заболявания?
 да, ако е съобразено с индивидуалните ми възможности;
 да, ако е съобразено с физическите ми възможности;
 да, ако не пречи на професионалния и ежедневния ми начин на живот;
 не, защото мога сама да се информирам, без да ми влияе мнението на обучителя;
 нямам желание да участвам в такова обучение;
 да, за обучение при нужда;

		Не, никога	По-скоро не	Нито да, нито не	По-скоро да	Да, винаги
19	Получавате ли помощ от медицинска сестра при домашно лечение?					
20	Имате ли потребност от консултация от медицинс сестра при домашно лече?					
21	Имате ли достатъчно знания как да се грижите за болен близък в дома?					
22	Имате ли достатъчно знания как да поставите болен в подходящо положение в леглото?					
23	Имате ли достатъчно знания как да храните болен в дома ?					
24	Имате ли достатъчно					

	знания как да проведете прием на лекарства и физиотерапевтични процедури?					
		Не, никога	По-скоро не	Нито да, нито не	По-скоро да	Да, винаги
25	Имате ли желание да обогатите знанията си по въпросите как да се грижите за себе си или за ваш близък, при болест и лечение в домашна обстановка?					
26	При посещение на лекар, освен назначеното лечение получавате ли информация за заболява нето, усложненията и дейностите, които можете да извършвате в къщи?					
27	Медицинската сестра, работеща с общопракти куващия лекар разговаря ли с Вас за здравослов ните Ви проблеми и как да се справяте с тях у дома?					
28	Когато сте при лекар получавате ли писмена информация – брошури, диплянки и др.?					
		Много лошо	Незадово лително	Задоволите лно	Добро	Много добро
29	Как преценявате Вашето качество на живот?					
30	Как преценявате Вашето качество на живот с хронично заболяване?					

БЛАГОДАРИМ ЗА ВАШЕТО СЪДЕЙСТВИЕ!

Приложение 4

Списък на приложените таблици, фигури, схеми и диаграми:

Таблица 1 : Сравнение на Сестринския процес и епидемиологичния модел 25
Таблица 2: Схема на план за сестрински грижи 29
Таблица 3: Схема на лечение и специалисти отговорни за етапа 45
Таблица 4: Оценка състоянието на болния 46
Таблица 5: Документиране на измерване на артериално налягане 47
Таблица 6: Сравнителен анализ на портфолио в учебния и лечебен процеси 50
Таблица 7. Макроикономическа прогноза 94
Таблица 8: Населени места –брой анкетирани 110
Таблица 9: Възраст на анкетирани пациенти 111
Таблица 10: Източници на информация за здраве и профилактика 127
Таблица 11: Знания за хроничните заболявания 129
Таблица 12: Получили здравно обучение 130

фигура 1 Организационна схема на здравните грижи 11
фигура 2 Схема на традиционния епидемиологичен метод. 23
фигура 3 Сестринският процес като линеарен модел 24
фигура 4 Фактори на здравето 90
фигура 5 Населени места – брой анкетирани 109
фигура 6 Разпределение на медицинските сестри по отделения 114
фигура 7 Разпределение на медицинските сестри по трудов стаж 115
фигура 8 Разпределение на медицинските сестри според образованието 116
фигура 9 Средна продължителност на разговори с пациенти 117
фигура 10 Необходимост от квалификация 119
фигура 11 Обучение на пациента - необходимост от промяна 120
фигура 12 Честота на боледуване на хоспитализираните 122
фигура 13 Честота на прием на медикаменти 123
фигура 14 Честота на хронично заболяване 124
фигура 15 Честота на влошаване (криза) при хронично болните 125
фигура 16 Разпределение според нужда от допълнителна информация 126
фигура 17 Разпределение според участие в обуение 126
фигура 18 Източници на информация 128
фигура 19 Източници на информация за здраве и профилактика 129
фигура 20 Получили обучение за грижи при наличие на хронична болест 131
фигура 21 Предимства на домашното лечение 132
фигура 22 Нужда от медицинска сестра при домашно лечение 133
фигура 23 Предимства на лечение в болница 134
фигура24 Помощ от медицинска сестра при домашно лечение 135
фигура25 Потребност от консултация с медицинска сестра 136
фигура26 Знания за грижи за болен близък в дома си 137
фигура27 Желание за учене за домашни грижи 137
фигура28 Информация за дейностите, които можете да извършите вкъщи при заболяване 138
фигура29 Участие в обучение за хроничните заболявания 139
фигура30 Качество на живот 141
фигура31 Качество на живот с хронично заболяване 142

Приложение 5

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Утвърждавам: .....

за учебната 2014/15 година

УЧЕБНА ПРОГРАМА

за обучение по специалността « Медицинска сестра»

за Специализирани грижи за хронично болни в домашна среда

София
2014

Наименование на дисциплината: **Сестрински грижи за хронично болни в домашна среда**	**Сигнатура**	**Хорариум** *60 часа*
Образователна степен	**Бакалавър**	
Вид на обучение *Редовно/ дистанционно*	**Часове за седмица**	**Брой кредити** 12
Вид на дисциплината *Задължителна*		
Вид на курса	Един семестър / седми /	
Ниво на курса /според наредбата за Учебните програми/	Ниво Б /бакалавър/	
Форми на оценяване	**Текущо оценяване** Участие в семинари	**Семестриален изпит**
Какви форми на обучение се използват в курса?	лекция, учебно-практически занятия, семинари, дискусия, консултации, самостоятелна работа, учебно практически задачи решаване на казуси	

Преподаватели: Проф. Александрова дм; Доц. Стамболова дм; Доц. Чанева дм; Доц. Младенова дм; Бикова; Василева

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-СОФИЯ
СДО програма по специалността медицинска сестра

КАТЕДРА: ЗДРАВНИ ГРИЖИ
Адрес: София, ул."Бяло море "8
Тел/ факс: 029432346

Анотация

Първичното здравно обслужване е приоритетен сектор на Националната здравеопазна система и се разглежда в тясна връзка със социалното и икономическото развитие на всяка страна. Първичната медицинска помощ е основното средство за предоставяне на медицинска помощ, то е универсално достъпно, икономически ефективно, насочено към най-честите заболявания на населението, ориентирано към отделната личност, семейството и общността и се осъществява с тяхното активно участие, основано е на научно достоверни и социално променливи методи.

В Националната здравна стратегия 2014-2020, политика 4.3: Развитие на първичната медицинска помощ и създаване на условия за пълноценно и ефективно използване на потенциала на модела на общата медицинска практика и ефективната координация със спешната медицинска помощ..

Цел

- Курсистите / студентите да получат знания и придобият умения за сестринските грижи в дома на хронично болен пациент.
- Курсистите / студентите да придобият знания и умения да оценяват обучителните нужди на хронично болните и близките им; да изграждат индивидуален обучителен план и да го изпълняват с пълната подкрепа на пациента

Задачи

Студентите да получат знания по семейна медицина и мястото на домашните грижи в системата на здравно обслужване.

Студентите да придобият практически умения за планиране и извършване на сестрински грижи в дома.

Да се формират у студентите умения за здравословен стил на живот в дома.

Да получат педагогически знания за терапевтично обучение на пациентите с хронично заболяване.

Студентите / курсистите да придобият практически умения за оценка, планиране и извършване на терапевтично обучение на пациентите с конкретни хронични заболявания.

Да придобият умения за водене на документация от типа „портфолио”.

Да придобият знания и умения за работа в мултидисциплинарен екип.

Описание на курса

Курсът се състои от 60 академични часа под формата на:

- Лекции 24 часа
- Учебно-практически занятия и семинари 36 часа

Формиране на оценката ще е по отношение на три типа резултати от ученето:
•знания;
•умения;
•по-широки компетенции, описани като лични и професионални резултат.
- чрез активността на студента по време на протичането на курса,
- оценка от практически и теоретичен изпит.
- чрез текущ и заключителен контрол.

Методи за изпитване и оценяване:

устно, писмено, тестове, решаване на тестове, решаване на практически задачи, казуси, реферати и други.

Аспекти при формирането на оценката

- участие в дискусия по време на семинарите;
- писменни разработки;
- активно участие в практическите упражнения.

Учебно – технически средства за преподаване:

схеми,
таблици,
данни от проучвания,
мулажи,
разработки от студенти,
елекронно базирано обучение и други.

ТЕМАТИЧЕН ПЛАН
ПО ТЕМАТИЧНИ ЕДИНИЦИ И ЧАСОВЕ

ТЕМА	Лекции	Семинари, упражнения
1. Семейна медицина – роля и място на семейната сестра.	1	
2. История на домашните грижи. Място на домашните грижи в системата на здравеопазването.	1	
3. Основни цели и задачи на домашните грижи. Насоки на СЗО за домашните грижи. Форми на домашни грижи.	1	1
4. Мултидисциплинарен екип в домашните грижи.	1	1
5. Правни аспекти на домашни грижи. Етични аспекти на домашни грижи.	1	1
6. Здравословен стил на живот на семейството. Рискови фактори. Управление на стреса. Профилактика на социално-значимите заболявания.	2	1
7. Посещение на болен в дома. Наблюдение и оценка на потребностите от грижи.	1	1
8. Комфорт на тежко болен в дома. Сестрински грижи за предотвратяване на усложненията.	1	1
9. Хигиенни грижи за болен в домашни условия. Помощ при извършване на ежедневен тоалет	1	2
10. Хранене на болен в домашни условия. Определяне на потребностите и провеждане на лечебно хранене. Помощ при подготовката и храненето.	1	2
11. Провеждане на лекарствена терапия в дома. Физиолечебни процедури. Контрол. Специални сестрински манипулации	1	2
12. Рехабилитация. Укрепване на мускулната сила на тежко болен в дома. Помощ при лягане и ставане, Помощ при предвижване и използване на помощни ехнически средства.	1	2
13. Обзавеждане и оборудване на стаята на болния в дома.	1	1
14.Психоемоционален комфорт на болния в дома.	1	1
15. Социална адаптация и реинтеграция на болния.	1	1
16. Обучение на пациента и близките за справяне с хроничното заболяване.	1	2
17. Диспансеризация и трудоустрояване.	1	1
18.Грижи за болен в терминално състояние. Подкрепа на семейството.	1	1

19.Агресия и насилие в семейството.	1	1
20.Културални особености и семейни традиции.	1	2
21. Оценка на нуждите –здравни и обучителни, в екип със социален работник.		2
22. Документация. Създаване и попълване на папка с документи на хронично болния.		2
23. Комуникативни техники за разговор и слушане.		2
24 Проследяване на хроничното заболяване.	1	1
25. Използване на елементи от зоотерапия, арт-терапия, трудо- терапия	1	2
26.Решаване на казуси		2

ОБЩО: 60учебни часа, от които: 26часа лекции и 34 часа упражнения.

ПРЕДВАРИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ: базово образование „медицинска сестра образователно квалификационна степен „бакалавър";
завършено обучение по професия „болногледач" и „здравен асистент".

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ:

* Усвоени знания относно семейната медицина, домашните грижи за хронично болни и здравословният начин на живот.

* Придобити практически умения за планиране и извършване на сестрински грижи в дома.

* Формирани умения за прилагане на сестрински подход при домашни условия.

* Формиране на умения за работа по план за терапевтично обучение на хронично болен.

Приложения:

1. Препоръчителна литература
2. Теми за самостоятелна работа
3. Конспект

Препоръчителна литература

1. Гърчарова, Г. Управление на здравните грижи, Издателство на МУ – Плевен, 2006.
2. Желева, Е., Учебно-практически занятия по общи сестрински грижи, ИК Комливес – Любомир Минковски , София, 2004.
3. Милчева, Хр., З. Атанасова, К. Митева, Н. Иванова, Сестрински и акушерски грижи, Стара Загора, КОТА, 2006.
4. Мухина, С. А, И., Тарновская, Теоретични основи на сестринските грижи, Издателство на МУ – Плевен, 2006.
5. Грижи за болния и сестринска техника, проф. Белоев, София, АРСО, 2000.

6. Маринова П., Организационни структурни аспекти на домашните грижи; „ГорексПрес”; С. 2013
7. Маркова Ст.; И.Стамболова; Г.Чанева; и кол; Учебно помагало.Семейна медицинска сестра;БЧК;2011;С.
8. Методика на социалните услуги за хора с умствена изостаналост; .№ 9100-252 от 12.08.2004г; МТСУ
9. Методика на социалните услуги за хора с физически увреждания № 9100-93 от 11.05.2005г. МТСУ
10. Медицинско и не медицинско образование, работещи в системата на здравеопазването. МЗ
11. Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „личен асистент”; Агенция за социално подпомагане; № 63/216 от 26.06.2009г.
12. Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „домашен помощник”; Агенция за социално подпомагане; № 63/216 от 26.06.2009г
13. Наредба № 1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Издадена от Министерството на здравеопазването. Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г.
14. Наредба №4 от 16.03.1999 за условията и реда за извършване на социални услуги. Издадена от Министъра на МТСУ обн ДВ бр 29 от 30.03.1999
15. Наръчник за работа на медицинската сестра в извънболнична помощ, под редакцията на К. Юрукова и програма ТЕМПУС, изд.”Филвест”, София 2000 г.
16. Проект Дългосрочна стратегия за заетост на хора с увреждания 2011 – 2020; МТСУ

Т Е М И

за самостоятелна работа

1. Сестрински грижи за онкологично болен в дома.
2. Сестрински грижи за болен с асма.
3. Сестрински грижи за болен с инсулт до дома.
4. Сестрински грижи и религиозни традиции.
5. Организационни модели на грижи в дома.
6. Изработване план за терапевтично образование при болен с инфаркт.
7. Изработване план за терапевтично образование при болен с инсулт.
8. Изработване план за терапевтично образование при болен с ендотрахеална канюла.
9. Изработване план за терапевтично образование и грижи при стомиран болен

КОНСПЕКТ
по Сестрински грижи за хронично болни в домашна среда

Автор: Пепа Бикова, преподавател в катедра Здравни грижи,
на Факултет по обществено здраве към Му - София