

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

Катедра „Здравни грижи“

Анушка Нишан Димитрова

**КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ
ПАЦИЕНТИ С ИЗГАРЯНЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

**НА 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“

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

проф. Галина Стамова Чанева, дм
доц. Мария Иванова Димитрова, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ

доц.д-р Маргарита Димитрова Митова, дм
доц. Мария Иванова Димитрова, дм

София, 2018

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по „Здравни грижи” при Факултет по Обществено здраве, МУ-София.

Дисертационният труд съдържа 190 страници и е онагледен с 23 таблици, 29 фигури и 7 схеми. Включени са 5 приложения.

Библиографската справка съдържа 161 източника, от които 65 на кирилица, 95 на латиница и 6 електронни адреса.

Научно жури:

проф. Галина Стамова Чанева, дм
доц. Мария Иванова Димитрова, дм
доц.д-р Маргарита Димитрова Митова, дм
доц. Диана Кръстева Иванова, дм
проф. Христина Танчева Милчева, дп

Резервни членове:

проф. Силвия Младенова Младенова, дм
доц. Д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Публичната защита ще се състои на 25.06.2018 г. в зала № 7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоана – ИСУЛ” ЕАД, ул. Бяло море” № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ-София, УМБАЛ „Царица Йоана – ИСУЛ” ЕАД, ул. Бяло море” № 8, гр. София и интернет страницата на МУ-София. Номерацията на таблиците, фигурите и схемите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение.....	4
1. Цел, задачи и методика на проучването	6
2. Резултати от проучването.....	11
2.1..Анализ на резултати от анкетно проучване на ПЗГ.....	11
2.2.Анализ на резултати от анкетно проучване на студенти обучавани по специалност „Медицинска сестра”.....	28
2.3. Стандартно поведение и подходи за осигуряване на качествени грижи в отделните етапите на лечебно-диагностичния процес.....	38
2.4. Модел за прилагане на качествени здравни грижи при лечение на изгаряния.....	60
3.Заклучение.....	64
4.Изводи	65
5.Препоръки.....	67
6. Приноси.....	68
7.Списък с публикации във връзка с дисертационния труд.....	69

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

AMP - антимикробната резистентност
БАПЗГ - Българска Асоциация на Професионалистите по Здравни Грижи
БЛС – Български лекарски съюз
ЕКГ - Електрокардиограма
ЕТТ – Ендотрахеална тръба
ВБИ - Вътреболничните инфекции
ГИТ - Гастро-интерстиналния тракт
ЗПОО - Закон за професионалното образование и обучение
ЗСОМСААМС - Закона за съсловната организация на медицинските сестри,
акушерките и асоциираните медицински специалисти
ИСМО – Инфекции, свързани с медицинското обслужване
КП – Клинични пътеки
МБВ – Механична белодробна вентилация
НСИ – Национален статистически институт
ПВЕХ - Пластично-възстановителна и естетична хирургия
ПВК – Периферна венозна канюла
ПЗГ – Професионалисти по здравни грижи
ПМС - Постановление на министерски съвет
СЗО – Световна здравна организация
ТК – Трахеостомна канюла
ЦВК - Централните венозни катетри
АВА - American Burn Association / Американската асоциация по изгаряне
BSAB – Body Surface Area Burned / Изгорена телесна повърхност/
BSA - Body Surface Area /Телесна повърхност/
EN – Enteral Nutrition / Ентерално хранене/
ISBI - Световната асоциация по изгаряния
PN - Parenteral Nutrition / Парентерално хранене/
TPN – Total Parenteral Nutrition / Тотално парентерално хранене/
VAP - ventilator-associated pneumonia

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години реформите в сферата на здравеопазването са ориентирани към повишаване качеството на медицинската помощ, като основна задача на лечебните заведения за осигуряване на достъпна здравна помощ.

Качеството на здравното обслужване има многофакторна обусловеност на редица критерии: безопасност, достъпност, адекватност, удовлетвореност на пациента, икономическа и социална ефективност, социална справедливост, приемлива цена, крайни резултати от здравното обслужване. Здравният статус на хората влияе върху степента им на участие в социалния и трудовия живот и върху тяхната производителност на работното място. Запазването на здравето и активността на хората, увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и допринася за устойчивото икономическо и социално развитие на всяка страна.

Обзорът на литературата показва, че изгарянията са лесна за диагностициране, но изключителна трудна за лечение травма, изискваща усилията на медицински екипи от разнородни специалисти – пластични хирурзи, анестезиолози и реаниматори, педиатри, микробиолози, фелдшери, медицински сестри с различни професионални квалификации (операционни, анестезиологични и реанимационни), рехабилитатори, психолози. Спецификата на лечебно-диагностичния процес и грижите за пациенти с изгаряния изискват тясното сътрудничество на медицинските екипи.

Качеството на здравните грижи в лечебния процес на изгарянията има изключително значение за повишаване ефективността на медицинската помощ и утвърждаване на автономните функции на медицинските специалисти в съвременното здравеопазване. Подобрене на качеството на здравните услуги трябва да се реализира на всички нива на здравната система с активното участие на Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса и професионалните организации на медицинските специалисти.

В отговор на постановките на СЗО по отношение стандартите за здравните грижи в европейските страни е необходимо въвеждането на нов подход в клиничната практика в нашата страна. Разработването и въвеждането на стандарти, методики и ръководства за специализирани дейности и здравни грижи отговарящи на добрата медицинска практика ще даде възможност за оценка на качеството на предоставената здравна услуга.

Травмите и изгарянията са ежедневни в съвременното общество и представляват съществена част от спешните състояния, които водят до сериозни последици и инвалидизиране от травмата. Мултидисциплинарният подход в лечебния процес на изгарянията поставя изисквания към базовата подготовка и компетентност на специалистите по здравни грижи, като комплекс от знания, умения и професионално поведение с готовността за спешни и навременни интервенции.

Анализът на литературния обзор показва, че у нас липсват практически насоки за утвърдени подходи, методи и средства гарантиращи качество на здравните грижи. Изработването и въвеждането само на технически фишове и протоколи за здравни грижи не са гаранция за качество. Разработването и въвеждането в практиката на стандартни алгоритми за поведение и грижи при пациент с изгаряния е възможност за обучение на професионалистите по здравни грижи от всички структури на здравеопазната система.

Всичко това обуславя необходимостта от избор на темата за настоящия дисертационен труд.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

ЦЕЛ

Настоящото проучване има за цел да установи информираността и компетентността на професионалисти по здравни грижи и студенти от специалност „Медицинска сестра” относно грижите при пациенти с изгаряния и да се разработи модел с поведенчески норми и стандарти за осигуряване, оценяване и повишаване качеството на грижите в цялостния лечебен процес.

ЗАДАЧИ:

1. Проучване и анализ на европейския опит за основните постановки и модели на сестринските грижи при пациент с изгаряне.
2. Проучване мнението на професионалисти по здравни грижи работещи в лечебни заведения по отношение на професионалната им подготовка за грижите при лечение на изгаряния.
3. Проучване мнението на студентите от специалност „медицинска сестра” относно знанията и уменията за грижите при пациент с изгаряния.
4. Проучване на нормативните документи относно обхвата на дейност и изискванията за професионална квалификация на ПЗГ в областта на медицински стандарт по Пластично-възстановителна и естетическа хирургия.
5. Разработване на стандартни алгоритми на поведение и план за здравни грижи в различните етапи на лечебния процес на пациенти с изгаряния.
6. Разработване на стандартни поведенчески алгоритми и план за грижи във възстановителния период след тежки изгаряния в дома и семейството.
7. Разработване на модел за осигуряване и оценяване качеството на сестринските грижи в лечебния процес на изгарянията.
8. Разработване на програма за следдипломно обучение на ПЗГ по отношение на стандартно поведение и планиране на грижите при пациенти с изгаряния.
9. Разработване на програма за обучение на студенти по свободно избираема дисциплина „Сестрински грижи при пациенти с изгаряния”.

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Осигуряването на качествени здравни грижи при пациенти с изгаряния е възможно, чрез повишаване на професионалната квалификация на специалистите по здравни грижи основана на конкретни научно доказани подходи и стандартни поведенчески алгоритми в различните етапи на лечебния процес.

ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО са професионалисти по здравни грижи и студенти от специалност „медицинска сестра”.

ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

За предмет на изследването на настоящото проучване определихме качеството на здравните грижи при лечение на пациенти с изгаряния.

ТЕХНИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА НАБЛЮДЕНИЕТО

В представения дисертационен труд, като технически единици на изследването са включени 23 университетски и многопрофилни лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и 5 факултета по обществено здраве към медицински университети на територията на Република България:

УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД, София; УМБАЛ „Света Анна” АД, София; УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ, София; МИ-МВР, София; Многопрофилна болница към ВМА-София; УМБАЛ „Александровска” ЕАД; Първа МБАЛ-София; Пета МБАЛ София; МБАЛ към ВМА- Варна; МБАЛ „Свети Врач” ЕООД, Сандански; МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски”, Кърджали; МБАЛ - Благоевград, АД; МБАЛ ПУЛС, Благоевград; Първа частна МБАЛ – Враца ЕООД; МБАЛ „Вива Медика” ООД, Враца; МБАЛ „Христо Ботев” АД, Враца; УМБАЛ „д-р Георги Странски”, Плевен; УМБАЛ - Бургас АД; УМБАЛ „Свети Георги” ЕАД, Пловдив; МБАЛ Девин ЕАД; МБАЛ Смолян; МЦ Чепеларе; МБАЛ-Кюстендил; Факултет по обществено здраве към Медицински Университет – София; Факултет по обществено здраве и здравни грижи към Университет ”Проф. д-р Асен Златаров”, град Бургас; Факултет „Здравни грижи” към Медицински Университет - Плевен; Факултет по обществено здраве към Медицински Университет – Пловдив; катедра „Здравни грижи” към филиал Хасково на Тракийски Университет - Стара Загора.

ЛОГИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

- Медицински сестри и фелдшери от различни структури за болнична помощ:
 - ✓ специализирани отделения за лечение на изгарянията;
 - ✓ интензивни структури;
 - ✓ операционен блок;
 - ✓ хирургични отделения;
 - ✓ спешно приемни отделения;
 - ✓ спешна медицинска помощ.

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

- Студенти от специалност „Медицинска сестра“ след трети семестър на обучение във Факултет по обществено здраве към Медицински университет – София; Факултет по обществено здраве и здравни грижи към Университет ”Проф. д-р Асен Златаров” град Бургас; Факултет „Здравни грижи” към Медицински Университет – Плевен; Факултет по обществено здраве към Медицински Университет – Пловдив; катедра „Здравни грижи” към филиал Хасково на Тракийски Университет - Стара Загора.

ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ НА ЛОГИЧЕСКИТЕ ЕДИНИЦИ

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

ХАРАКТЕР И ОБЕМ НА ПРОУЧВАНЕТО

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

Общият обем на респондентите е 1 372 от които:

▪ Общият брой на анкетираните професионалисти по здравни грижи е 903, както следва:

- ✓ хирургични отделения – 331 на брой;
- ✓ структури за лечение на изгаряния - 86 на брой;
- ✓ интензивни структури - 163 на брой;
- ✓ спешни отделения и спешна медицинска помощ – 229 на брой;
- ✓ операционен блок – 94 на брой;

▪ Общият брой на анкетираните студенти от специалност „Медицинска сестра” след трети семестър на обучение от Медицински университети от София и страната е 469, както следва:

- ✓ трети семестър – 91 студенти;
- ✓ четвърти семестър – 49 студенти;
- ✓ пети семестър – 208 студенти;
- ✓ шести семестър – 53 студенти;
- ✓ седми семестър – 59 студенти;
- ✓ осми семестър – 9 студенти.

МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

Изследването е проведено през 2016 - 2018 година в посочените лечебни заведения. Проучването е извършено самостоятелно с разрешението и съдействието на Изпълнителните директори на болниците.

МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Документален метод - метод за събиране на информация от специализирана литература, материали и публикации по проблемите на изследването (официални документи, нормативни документи);

Социологически методи - провеждане на анонимно анкетно проучване на професионалисти по здравни грижи и студенти от специалност „Медицинска сестра“.

- анонимно анкетно проучване на медицински сестри и фелдшери /Приложение 1/. Анкетата съдържа 16 въпроса от затворен тип.
- анонимно анкетно проучване на студентите от специалност „Медицинска сестра“ /Приложение 2/. Анкетата съдържа 16 въпроса от затворен тип.

Статистически методи за обработка и анализ на първичните данни:

- Честотен анализ на качествени променливи с абсолютни честоти, относителни честоти, кумулативни относителни честоти.
- Вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение, доверителен интервал на средната стойност.
- Метод за проверка на хипотези – хи-квадрат (Chi-square tests: Pearson Chi-Square, Likelihood Ratio, Linear-by-Linear Association, Kruskal Wallis Test) за търсене на връзка между качествени променливи.
- Използва се критично ниво на значимост 0.05. Нулевата хипотеза се отхвърля при стойност на $p \leq 0.05$. (George and Mallery, 2003; Field, 2006).
- За обработка на резултатите се използва пакет от приложни програми SPSS v.19.0 и Microsoft Excel.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

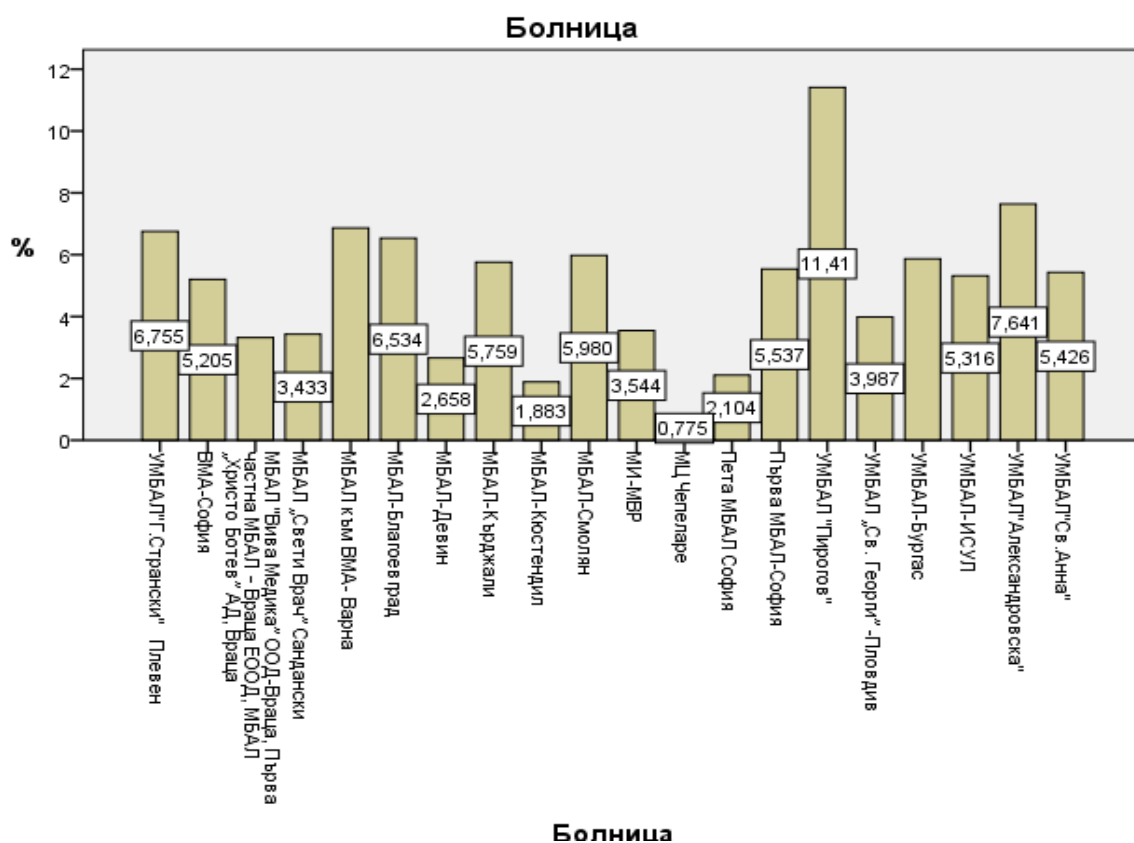
1. Анализ на резултати от анкетно проучване на професионалистите по здравни грижи

Проучването сред работещите ПЗГ в лечебни заведения за болнична помощ в страната има за цел да установи информираността и компетенциите, относно поведението и грижите при пациент с изгаряния.

В България специализирани клинични структури за лечение на изгаряния има в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” с клиника по изгаряне и пластична хирургия, град София; УМБАЛ „Свети Георги” с клиника по изгаряне, пластично-възстановителна и естетична хирургия, град Пловдив (втора по големина в страната), УМБАЛ „Георги Странски” с отделение по пластично-възстановителна хирургия, град Плевен; МБАЛ към ВМА - Варна с отделение по пластична, естетична хирургия и изгаряния; УМБАЛ „Александровска” ЕАД с клиника по пластично-възстановителна и естетическа хирургия; Многопрофилна болница към ВМА-София с отделение по пластична, естетична хирургия и изгаряния.

1.1. Социален профил на професионалистите по здравни грижи

В изследването са обхванати 903 професионалисти по здравни грижи работещи в 23 различни лечебни заведения – университетски и многопрофилни болници за активно лечение, медицински център и филиал на спешна медицинска помощ в градовете София, Враца, Кюстендил, Благоевград, Сандански, Кърджали, Плевен, Девин, Смолян, Чепеларе, Пловдив, Бургас, Варна



В град София изследването се проведе в 7 лечебни заведения за болнична помощ - УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ ЕАД, УМБАЛ „Света Анна“ АД, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ, Многопрофилна болница към ВМА, УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, МИ-МВР, Първа МБАЛ, Пета МБАЛ.

Табл.1. Разпределение на респондентите по възрастови групи

възраст	брой	Относителен дял [%]
20-30 г.	54	5,98
31-40 г.	192	21,26
41-50 г.	309	34,22
51-60 г.	293	32,45
над 60 г.	55	6,09
общо	903	100,00

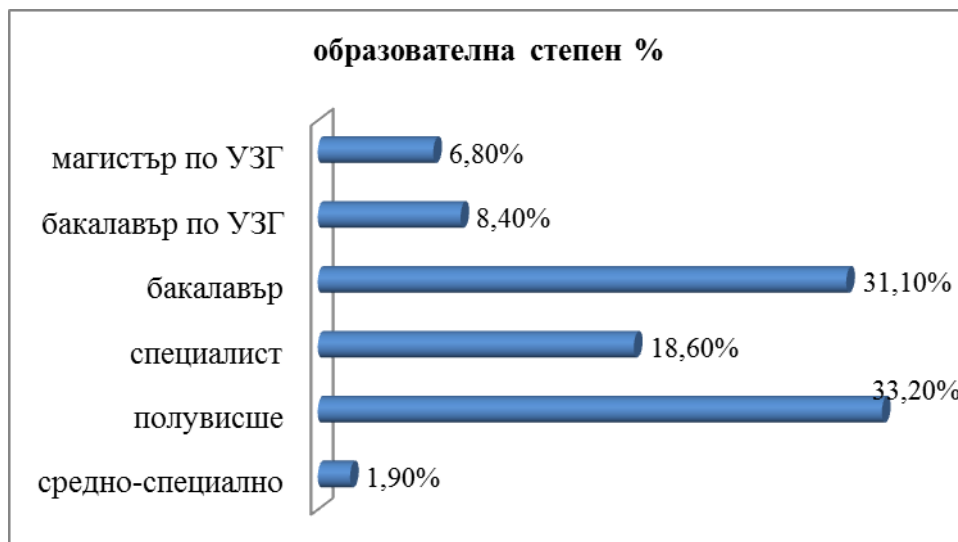
Разпределението на респондентите по възрастови групи е в широка граница. Най-голям е относителният дял на ПЗГ във възрастовата група от 41 г. до 50 години (34,22%), следвани от тези между 51- 60 години (32,45%). С най-малък относителния дял (5,98%) са респондентите на между 20-30 години, следвани от тази над 60 години (6,09%). По данни на БАПЗГ средната възраст на медицинските сестри в страната е 53 години, което показва нужда от млади специалисти в областта на здравните грижи.

Табл. 2. Разпределение по медицинска специалност и заемана длъжност

медицинска специалност и заемана длъжност	брой	относителен дял [%]
медицинска сестра	794	87,9
акушерка	4	0,4
фелдшер	49	5,4
старша медицинска сестра	56	6,2
общо	903	100,0

Най-голям е относителният дял на анкетираните медицински сестри (87,9%). Близки по стойности са относителните дялове на старшите медицински сестри - 6,2% и фелдшерите - 5,4 %.

Важно за проучването е да се установи информираността и компетенциите на ПЗГ по отношение на грижите за пациенти с изгаряния. Данните от проучването могат да бъдат използвани за създаване на обучение насочено към ПЗГ от всички структури, които имат желание за следдипломно обучение насочено към съвременните методи на лечение и грижи за пациенти с изгаряния.



Фиг 1. Разпределение според образователна степен

Данните по отношение на образованието на професионалистите по здравни грижи показва, че най-голям е относителният дял на тези, които имат полувисше образование (33,20%), бакалавърска степен имат 31,10% от анкетираните, а образователна степен „специалист“ 18,60%. Бакалавърска степен по Управление на здравните грижи притежават 8,40% от анкетираните, а магистърска степен по Управление на здравните грижи – 6,80%. Това голямо разнообразие в образованието на медицинските сестри е в резултат на проведените реформи в областта на професионалното и Университетско образование в страната през последните години. Специалността Управление на здравните грижи се изисква за заемащите ръководна длъжност - главна или старша медицинска сестра /акушерка, лаборант, рехабилитатор/.

Табл.3. Разпределение според общия трудов стаж

години	брой	Относителен дял [%]
1 до 5 г.	93	10,30
6 до 10 г.	94	10,41
11 до 20 г.	224	24,80
21 до 30 г.	279	30,90
31 до 40 г.	190	21,04
над 40 г.	23	2,55
общо	903	100,00

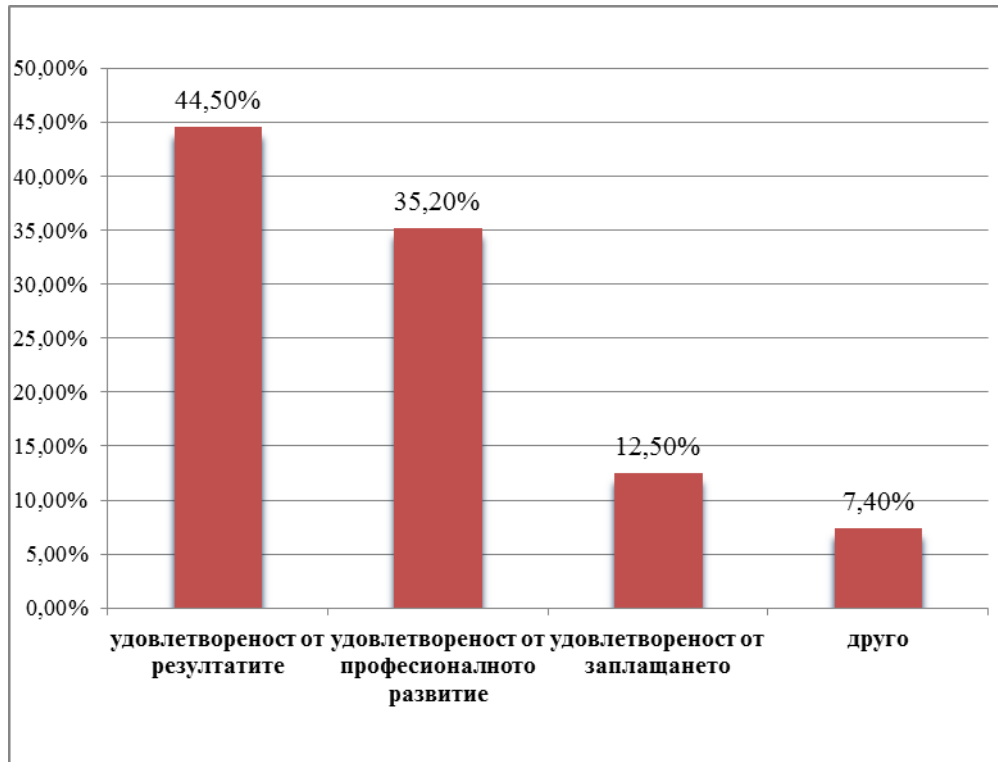
С най-висок относителен дял са ПЗГ с трудов стаж от 21 до 30 години (30,90%), на второ място са тези от 11 до 20 години (24,80%), на трето – от 31 до 40 години (21,04%). Респонденти с общ трудов стаж до 5 години (10,30%) и тези над 40 години (2,55%) представляват един малък относителен дял сред изследваните. През последните години на ХХ век в обучението на медицинските сестри се въведе сестринският метод, като съвременен модел за полагане на грижи. Все по-успешно в болничното лечение се прилагат елементи от този метод, като информираното съгласие, изготвяне на индивидуален план за грижи, обучение на пациента и близките му. Следователно за специалистите с трудов стаж по-голям от 20 години в базовото им обучение липсва специална подготовка за обучение на пациентите и/или техните семейства.

Табл. 4. Разпределение според трудов стаж по специалност

години	ХО		Структури за лечение на изгаряния		КАИЛ		СПО/ СМП		Опер. блок	
	Брой	Отн. дял в %	Брой	Отн. дял в %	Брой	Отн. дял в %	Брой	Отн. дял в %	Брой	Отн. дял в %
1 до 5 г.	103	11,41	29	3,21	64	7,09	102	11,29	40	4,43
6 до 10 г.	35	3,87	16	1,77	28	3,10	23	2,54	15	1,66
11 до 20 г.	92	10,19	23	2,55	44	4,87	70	7,75	24	2,66
21 до 30 г.	73	8,08	13	1,44	22	2,43	20	2,21	13	1,44
над 31 г.	28	3,10	5	0,55	5	0,55	14	1,55	2	0,22
общо	331	36,65	86	9,52	163	18,05	229	25,36	94	10,41

Според получените резултати най-голям е относителният дял на анкетираните, които работят в отделение по хирургия (36,65%), на второ място са работещите в спешни отделения в т.ч. СМП (25,36%), на трето – клиника по анестезиология и интензивно лечение или отделения по интензивно лечение (18,05%). Съгласно медицинския стандарт по ПВЕХ грижи за пострадали с изгаряния в зависимост от степента на увреждане могат да се извършват в лечебни заведения за болнична помощ с хирургична насоченост. Специалистите по здравни грижи могат да получат специфична подготовка и обучение, чрез курсове за здравни грижи в специалността ПВЕХ за по-високо качество на осъществяваните от тях дейности.

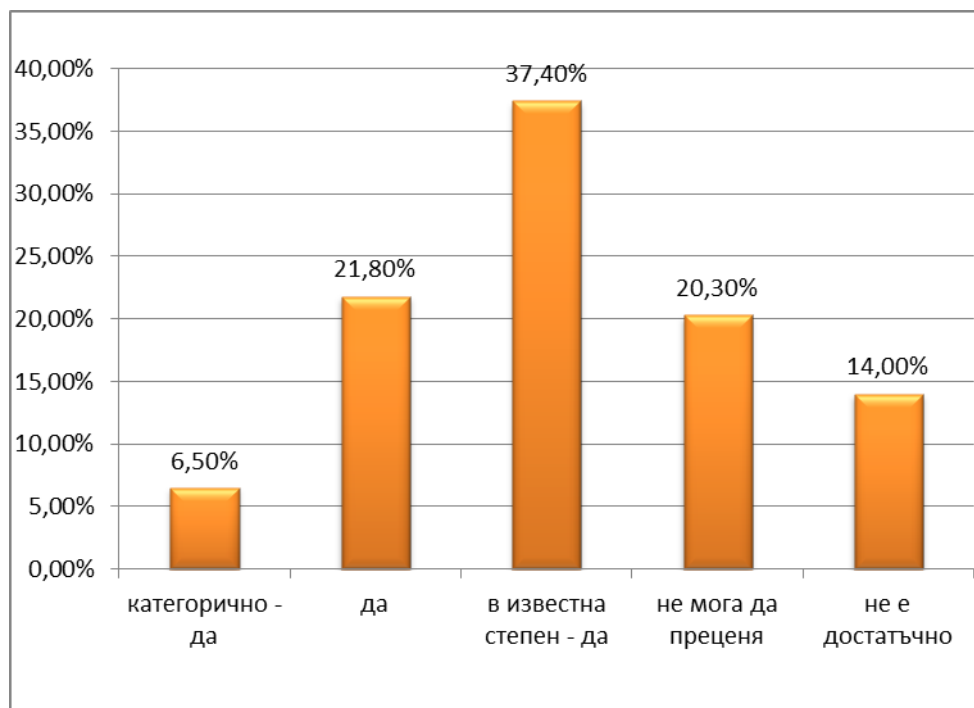
1.2. Професионална компетентност по отношение грижите при лечение на пациенти с изгаряния



Фиг.2. Мотиви за професионална реализация в областта на хирургичните грижи

Значителен дял от професионалистите по здравни грижи, които работят в хирургичните клиники и отделения, посочват като мотивиращ фактор удовлетвореността им от резултатите, които се постигат за пациента – 44,50%. Анкетираните, които посочват за мотивиращ фактор удовлетвореността от професионалното развитие в областта на хирургичните грижи са също не малка част – 35,20%. Значително по-малък е относителният дял на анкетираните, които посочват удовлетвореността от заплащането, като мотивиращ фактор – 12,50%. Други мотиви са посочени от 7,40% от анкетираните, като удовлетвореност от работната среда, добър микроклимат, липса на конфликти, работа в екип и др.

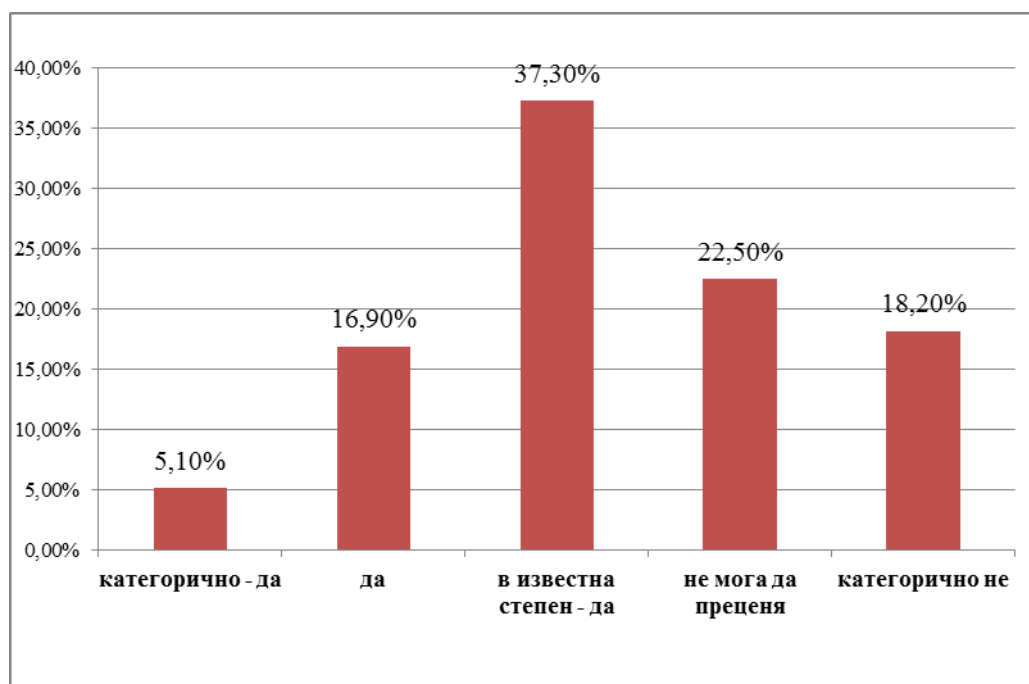
Анализът на данните от анкетното проучване показва статистически значима зависимост между общия трудов стаж на професионалистите по здравни грижи и тяхната „удовлетвореност от заплащането на труда“ ($p < 0.05$).



Фиг.3. Самооценка на анкетираните относно теоретичната подготовка за лечението и грижите при пациент с изгаряне

Най-голям е относителният дял на анкетираните, които са посочили отговор „в известна степен да“ – това са 37,40% от анкетираните. На второ място са тези, които са посочили отговор „да“ – 21,80%, а на трето – „не мога да преценя“ – 20,30%. Отговор „категорично да“ е посочен от едва 6,50%. Тези резултати определено показват необходимостта от обучение на медицинските сестри в областта на лечението и грижите при пациенти с изгаряния. Резултатите се дължат и на факта, че тази тематика не е достатъчна степен включена в базовото образование на медицинските сестри, поради което е необходимо да се предоставя като курсове за следдипломно обучение.

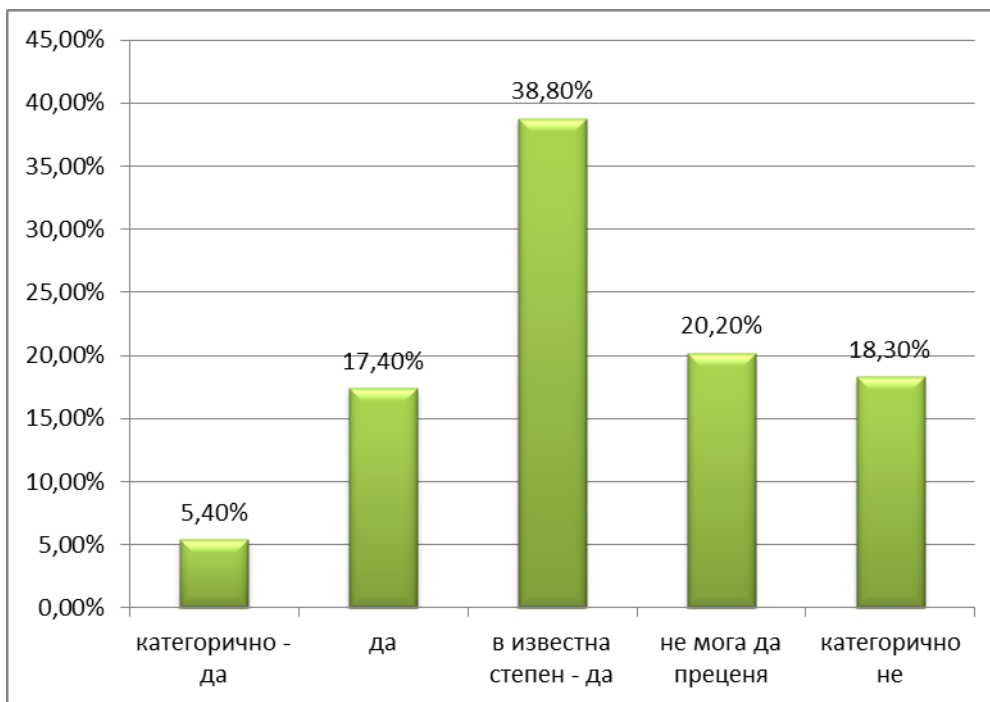
Анализът на данните показва статистически значима зависимост между общия трудов стаж и теоретичната подготовка на медицинските специалисти по здравни грижи ($p < 0.05$).



Фи.4. Самооценка на анкетираните относно практическата подготовка за грижите при пациент с изгаряне

При анализиране на резултатите от отговорите на този въпрос става ясно, че най-голям е относителният дял на анкетираните, които са посочили отговор „в известна степен да“ – 37,30%. На второ място са анкетираните, които са посочили отговор „не мога да преценя“ – 22,50% и на трето – „категорично не“ – 18,20%. Отговор „категорично да“ е посочен от едва 5,10% от анкетираните професионалисти по здравни грижи. Практическата подготовка и обучение на професионалистите по здравни грижи в тази област се затруднява поради ограничения брой структури в страната, които са специализирани за обслужване на пациенти с изгаряния. Практическото обучение обаче, може да бъде организирано и чрез съвременни нагледни средства при обзаведен и оборудван практичен кабинет с необходимите консумативи, материали и мулажи.

Проведеният анализ на резултатите показва статистическа значимост между общия трудов стаж на специалистите по здравни грижи и тяхната практическа подготовка за полагане на грижи при пациенти с изгаряния ($p < 0.05$).



Фиг.5. Готовност за оказване на първа/спешна помощ на пострадали при изгаряне

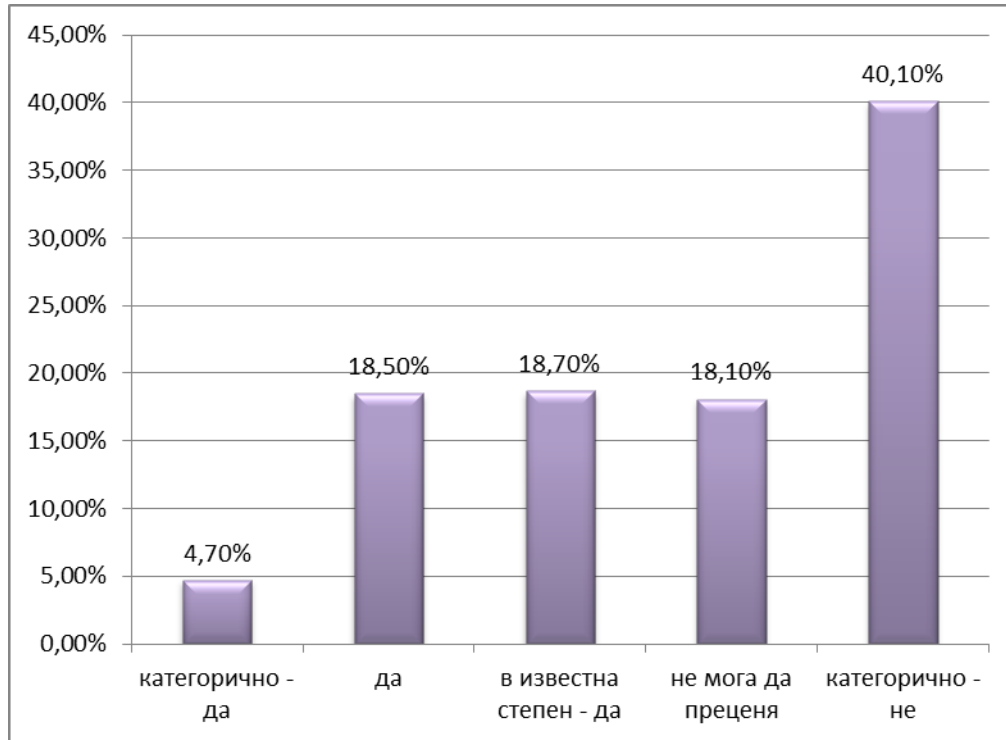
Отговорите на този въпрос показват същата тенденция, която се открива и при резултатите от предходните въпроси. Значителен дял от анкетираните (38,80%) посочват отговор „в известна степен да“, а отговор „не мога да преценя“ – 20,20%. На трето място е относителният дял на анкетираните, които са посочили отговор „категорично не“ – 18,30%. Най-нисък е относителният дял на тези, които са посочили отговор „категорично да“ – 5,40%.

Анализът на данните показва статистически значима зависимост между общия трудов стаж и подготовка на специалистите по здравни грижи за оказване на спешна помощ на пострадали при бедствени ситуации в т.ч. и при изгаряне ($p < 0.05$).

Медицинските специалисти от всички структури и области на здравеопазването е необходимо да бъдат компетентни по отношение на спешната помощ при възникване на пожар, което може да се дължи на бедствени ситуации или други причини. Резултатите от проучването обаче показват, че подготовката на специалистите по здравни грижи в значителна степен е недостатъчна.

Принципите на оказване на първа помощ се подчиняват на общите правила за такива действия, т.е. те трябва да подсиgurят на пострадалия поддържане на жизненоважните функции на организма (дишане и циркулация). Обработката на раните се извършва след тези дейности, като включва само покриването им с чисти, сухи и при

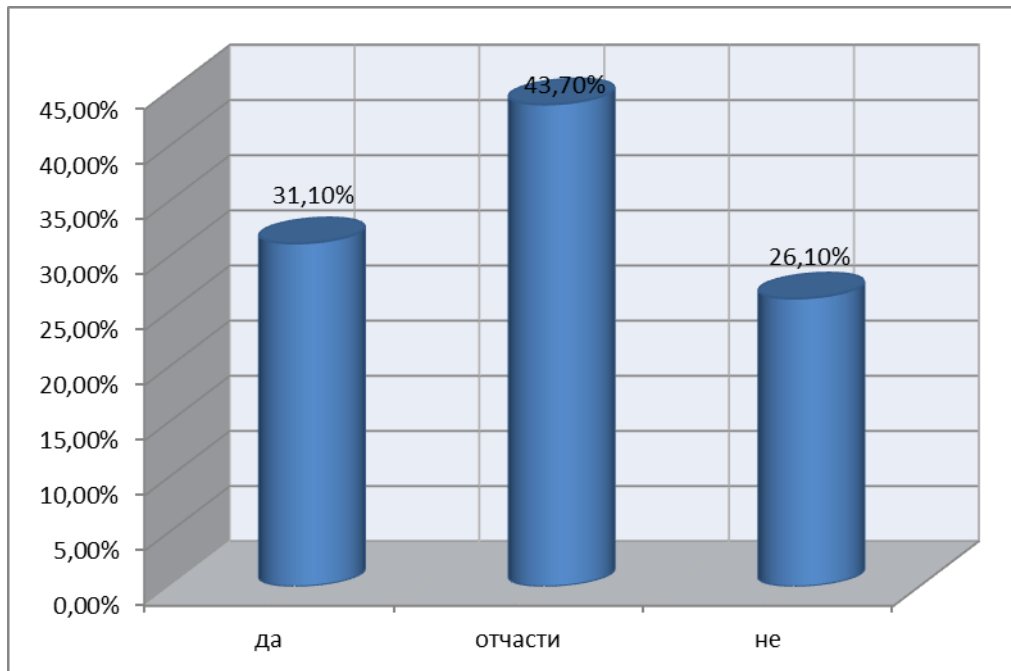
възможност стерилни материали. Срокът за транспортиране на пострадалия до болнично заведение е в рамките на 30 до 60 минути от момента на инцидента, като мястото на лечение се определя от редица фактори.



Фиг.6. Наличие на въведени протоколи за сестрински грижи при пациенти с изгаряния

Лечение и грижи за пациенти с изгаряне може да се наложи да се провежда във всяко едно хирургично отделение или клиника, поради което е необходимо да има създадени документи, които да гарантират качеството на грижите за тези пациенти. Категоричен отговор „не“ на този въпрос са посочили 40,10 % от анкетираните, а категоричен отговор „да“ са посочили едва 4,70%. Относителният дял на отговорите „не мога да преценя“ (18,10%), „ да“ (18,50%) и „в известна степен - да“ (18,70%) от анкетираните са близки, като резултат. Това определено показва липса на изработени и въведени управленски средства, чрез които да се осигури обучението на персонала на работното място и да се гарантира необходимото качество на грижите при изгарянията. Медицинските сестри работещи в хирургични структури трябва да притежават знания и

клинични умения в рамките на своята компетентност, съгласно изискванията на въведени алгоритми и протоколи за работа в съответната структура.

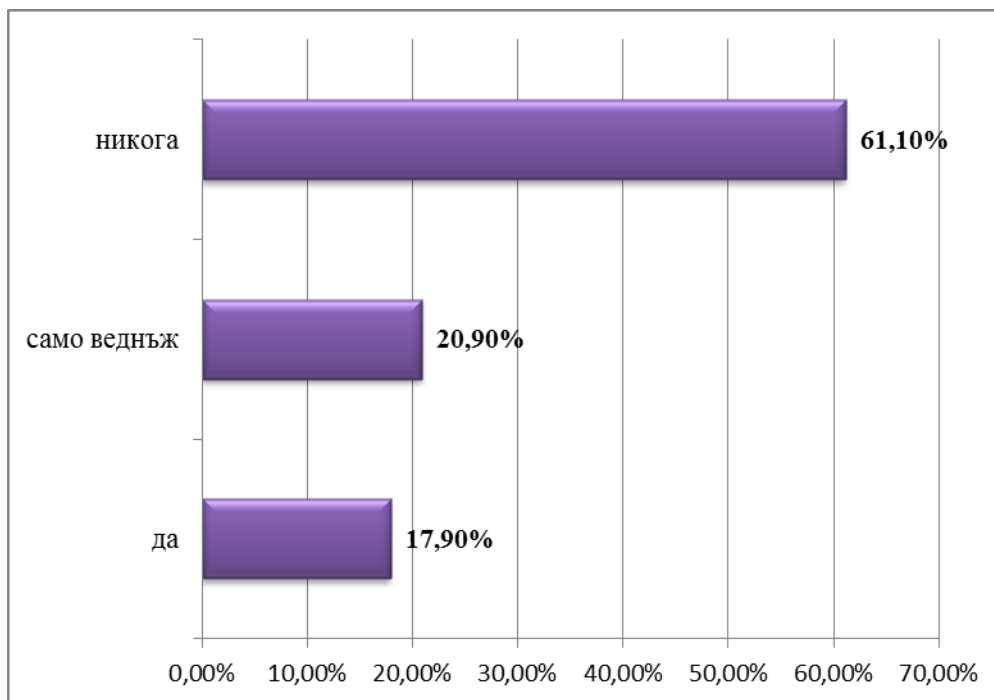


Фиг.7. Компетенции на респондентите за грижи при пациент с изгаряне

Общата подготовка и професионалните компетенции на специалистите по здравни грижи в областта на хирургията и хирургичните грижи им дава в повечето случаи увереност, че могат да се справят с проблемите на пациентите с изгаряния. Получените резултати обаче показват, че отговор „отчасти“ посочват 43,70% от анкетираните, положителен отговор дават 31,10%, а отрицателен отговор – 26,10%. Тези резултати определено показват, че по-малко от 1/3 от анкетираните са тези, които имат увереността да се справят с грижите при пациенти с изгаряния.

В лечебният процес на изгарянията, интензивните грижи са комплекс от грижи, които обхващат цялостната лечебно-диагностична дейност, съобразена с патологията, състоянието и личните потребности на болния. Лечението на критично болни изисква висока професионална подготовка на медицинските сестри, изграждане на навици и умения за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента и прилагане на индивидуален подход в грижите и специфичните действия.

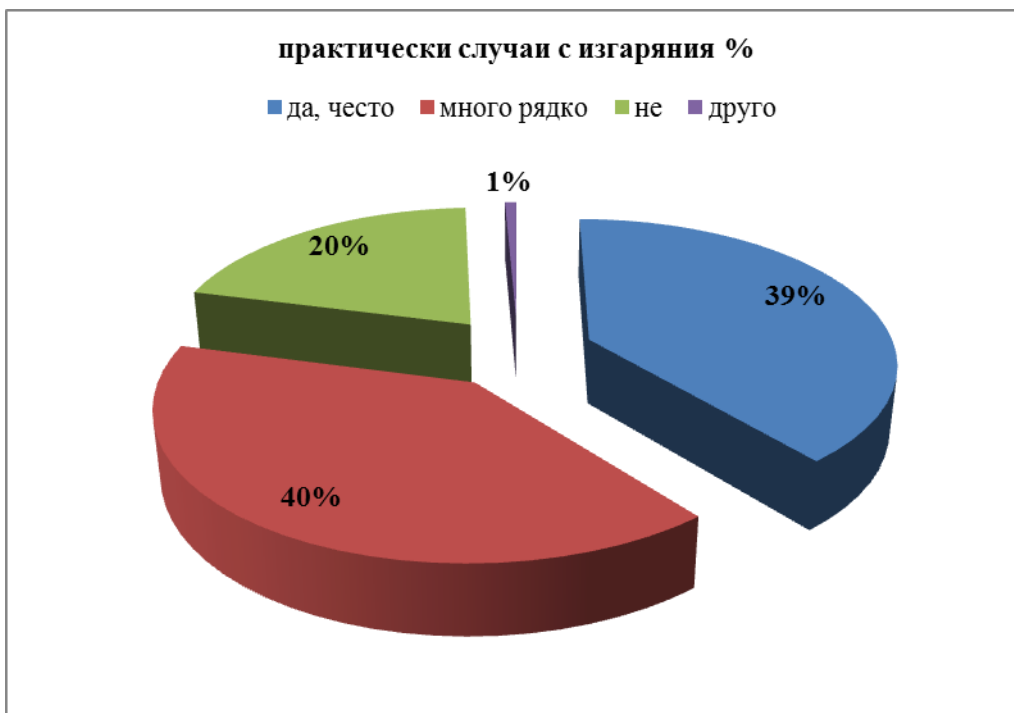
Плановете за грижи са професионален стандарт за сестрински грижи, като по този начин се гарантира определено качество на грижите и постигането на желаните резултати от тях. Стандартните планове, когато са предварително разработени биха спестили на време и усилия за адекватно и навременно осъществяват грижи за децата с изгаряния.



Фиг.8. Участие в курсове за лечение и грижи при пациенти с изгаряния

Според получените резултати повече от половината от анкетираниите (61,10%) никога не са участвали в обучение, което да е насочено към грижите за пациенти с изгаряния. Работещите в хирургичните клиники и отделения медицински сестри е необходимо непрекъснато да повишават професионалната си квалификация, а темата за лечение и грижи на пациенти с изгаряне е действително възможност за такова развитие. Значително по-малък е относителният дял на анкетираниите, които са посочили положителен отговор на този въпрос – 17,90%.

Данните от анализа показва статистически значима зависимост между общия трудов стаж на специалистите по здравни грижи и участието им в следдипломно обучение по темата за лечение на изгарянията ($p < 0.05$).



Фиг. 9. Извършавани грижи за пострадал пациент с изгаряне

На въпроса относно случаи в практиката за оказване на грижи за пациенти с изгаряния, анкетираниите посочват почти еднакъв относителен дял за отговорите „да - често” (39.1%) и „много рядко” (40.00%). Травмите от изгарянията са ежедневни в съвременното общество, което налага повишаване информираността по отношение превенцията и рисковите фактори в битовата, професионалната среда и училищата.

Важно е професионалистите по здравни грижи да имат достатъчно знания относно рисковите фактори на травмата, поведението при оказване на първа медицинска помощ, клиничната изява и възможните усложнения, за да могат да осъществяват адекватни грижи съобразно за тежестта на изгарянията.



Фиг.10. Познания по отношение на превързочни техники и съвременни материали и локални средства за лечение

Познаването на превързочната техника, както и съвременните начини за лечение на изгарянията са от съществено значение за оказването на качествена помощ на тези пациенти. Получените резултати показват, че отговор „категорично да“ посочват само 5,30% от анкетираните, а отговор „категорично не“ – 18,70%. Малко над 1/3 от анкетираните посочват отговор „в известна степен – да“, а отговор „да“ – 18,80%.

По отношение на практическите познания на съвременните материали и локални средства за лечение се отбелязват леки различия в резултатите на изследването. Значителен дял от респондентите посочват отговор „ в известна степен - да“ (33,80 %), а отговор „категорично-не“ – 31,00%. Едва 9,20% от анкетираните посочват отговор „да“ и само 3,80% дава отговор „категорично - да“.

Данните показва статистически значима зависимост между общия трудов стаж на специалистите по здравни грижи и практическите познания на превързочните техники ($p < 0.05$) и съвременните материали и локалните средства за лечение на раните от изгаряния ($p < 0.05$).

Определено може да се подчертае необходимостта от обучение на професионалистите по здравни грижи, които работят в хирургичните клиники и отделения на лечебните заведения за болнична помощ и структури на лечебни заведения за извънболнична помощ по отношение на съвременните методи и средства за лечение на пациенти с изгаряне.

В България здравните грижи са изключително институционално организирани, докато в редица Европейски държави медицинските сестри имат много по-голяма свобода за предоставяне грижи в различни форми, като преди всичко са съобразени с индивидуалните потребности на пациента.

1.3. Сравнителен анализ на професионалната компетентност на професионалистите по здравни грижи

Според получените резултати най-голям е относителният дял на анкетираните, които работят в отделение по хирургия (36,65%), работещите в КАИЛ са 18,49%, а тези в операционен блок са 10,62%.

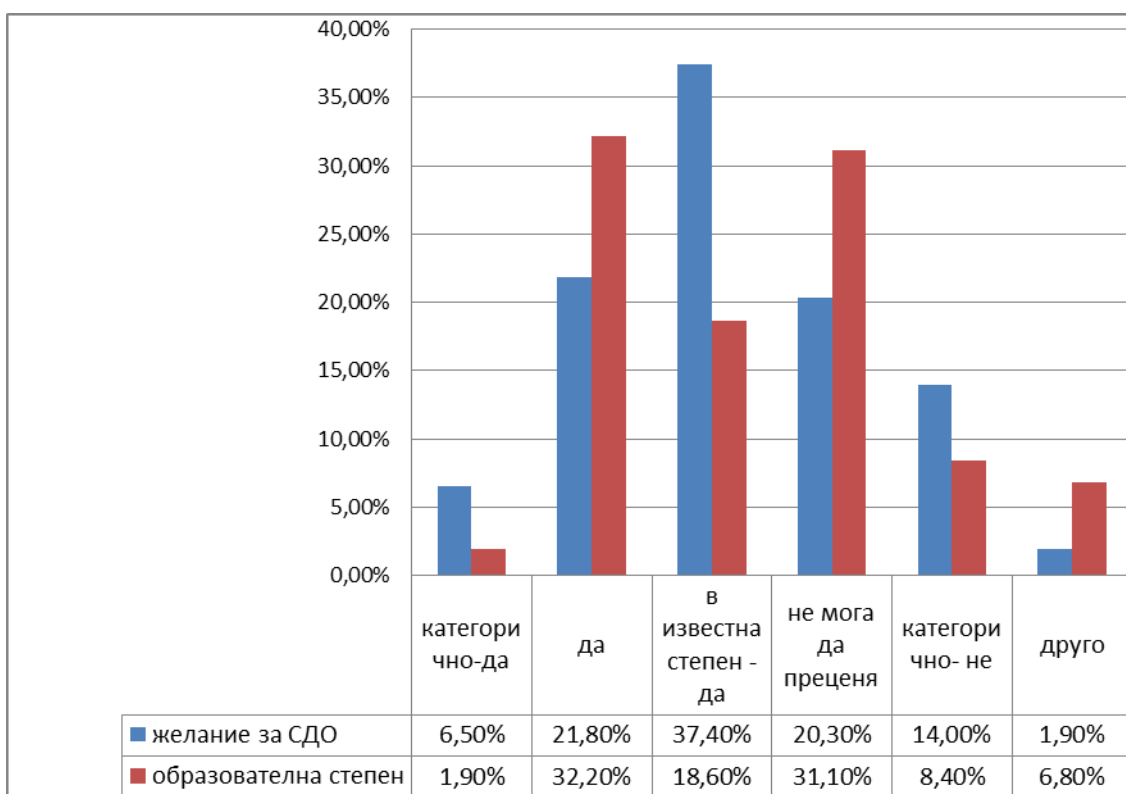
Направените изследвания разкриват статистически значима зависимост между образователна степен и трудов стаж на респондентите работещи в хирургично отделение, в КАИЛ / ОИЛ и операционен блок ($p < 0.05$).

Табл. 5. Образователната степен на респондентите и трудов стаж в хирургия, КАИЛ и операционен блок

Образователна степен	ХО		КАИЛ		операционен блок	
	Брой	Отн. дял в %	Брой	Отн. дял в %	Брой	Отн. дял в %
средно-специално	7	0,77	2	0,22	1	0,11
полувисше	105	11,63	45	4,98	25	2,77
специалист	59	6,53	36	3,99	15	1,66
бакалавър	106	11,74	54	5,98	47	5,20
бакалавър по УЗГ	30	3,32	15	1,66	5	0,55
магистър по УЗГ	23	2,55	15	1,66	3	0,33
общо	330	36,54	167	18,49	96	10,62

Данните показват голямо разнообразие по отношение на образователната степен на респондентите в хирургичните, интензивните и операционни структури на проучените лечебни заведения. Все по-рядко се срещат ПЗГ със средно-специално образование, което се дължи на предоставените възможности през годините тези специалисти да повишат образователната си категория. Това е в резултат на проведените реформи в професионалното образование през годините в страната.

При направения анализ, данните разкриват статистически значима зависимост между образователната степен и желанието на анкетирания професионалисти по здравни грижи за участие в следдипломно обучение по темата за изгарянията ($p < 0.05$).

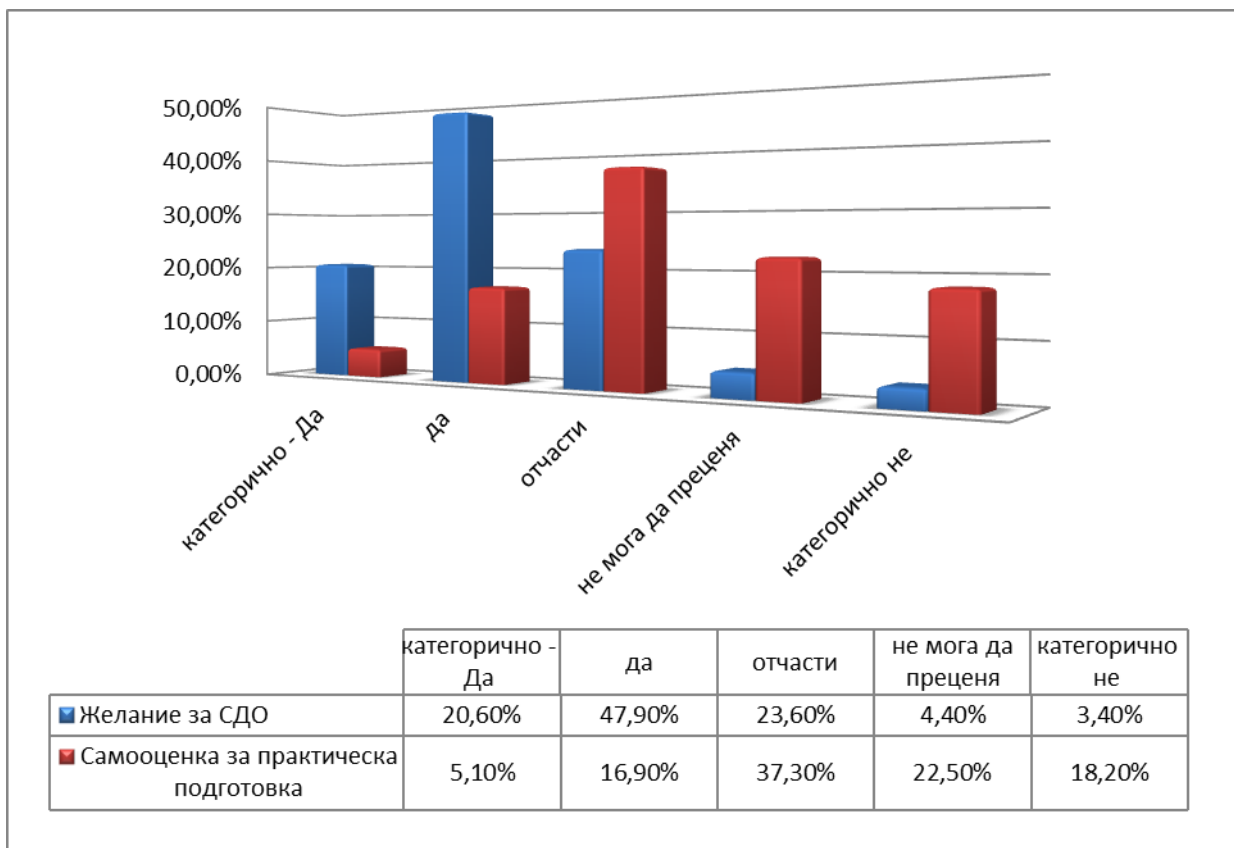


Фиг.11. Образователна степен на респондентите и желанието им за участие в курс за СДО

Медицинските специалисти по здравни грижи пряко ангажиран с обгрижването на пациенти с изгаряния трябва да бъдат обучени в специфичните техники на кардиопулмонална реанимация и справяне със спешни случаи, свързани с хирургичните процедури в областта на пластично-възстановителната и естетична

хирургия. Обучението на всички медицински специалисти по здравни грижи трябва да бъде надлежно проведено в съответствие с националното законодателство за своята работа и дейности, включително и за устройства и процедури, използвани при извънредни ситуации.

Повишаването на професионалните компетенции на специалистите по здравни грижи е необходимо условие за постигане на високи стандарти при лечение на изгаряния, но това изисква осигуряване на възможности и лесен достъп за продължаващо обучение.



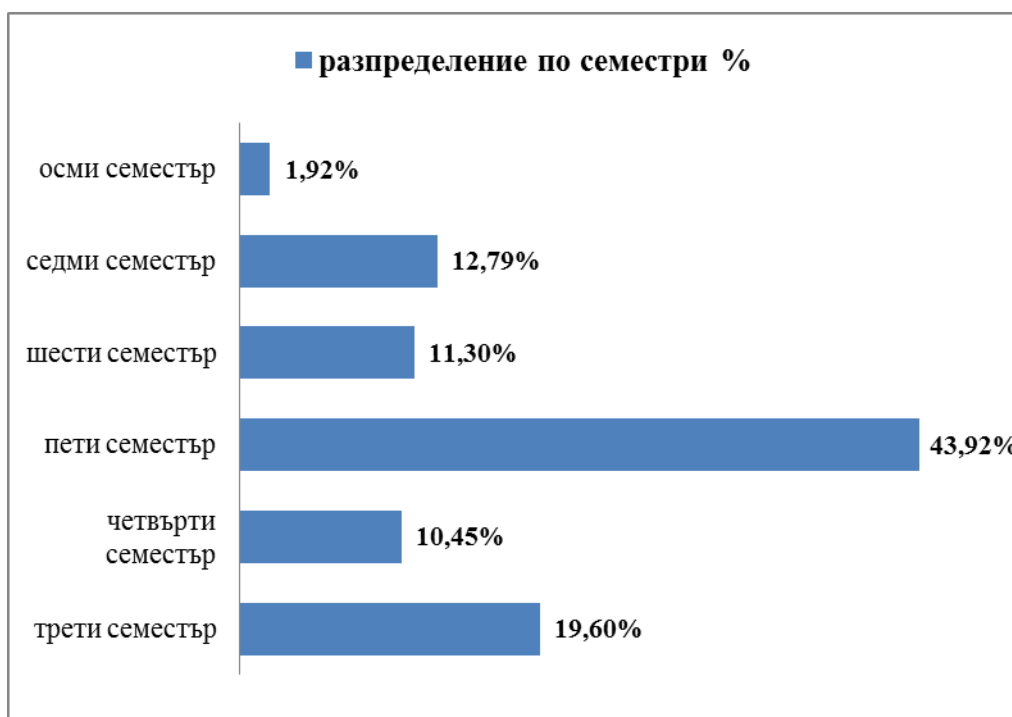
Фиг. 12. Желание на респондентите за участие в СДО и самооценката за практическата им подготовка

Анализът показва, че има статистически значима зависимост между желанието на специалистите по здравни грижи за участие в курс за СДО и самооценката им относно практическата подготовка ($p < 0.05$). Съотношението между заявили категорично желание за участие в следдипломно обучение по темата е съответно 20,60% към 5,10% при тези, които имат висока самооценка за практическите си

умение при оказване на грижи при изгаряния. Респондентите посочили положителен отговор „да“ за участие в следдипломно обучение е съответно 47,90% към 16,09% при тези с висока самооценка за практическата им подготовка.

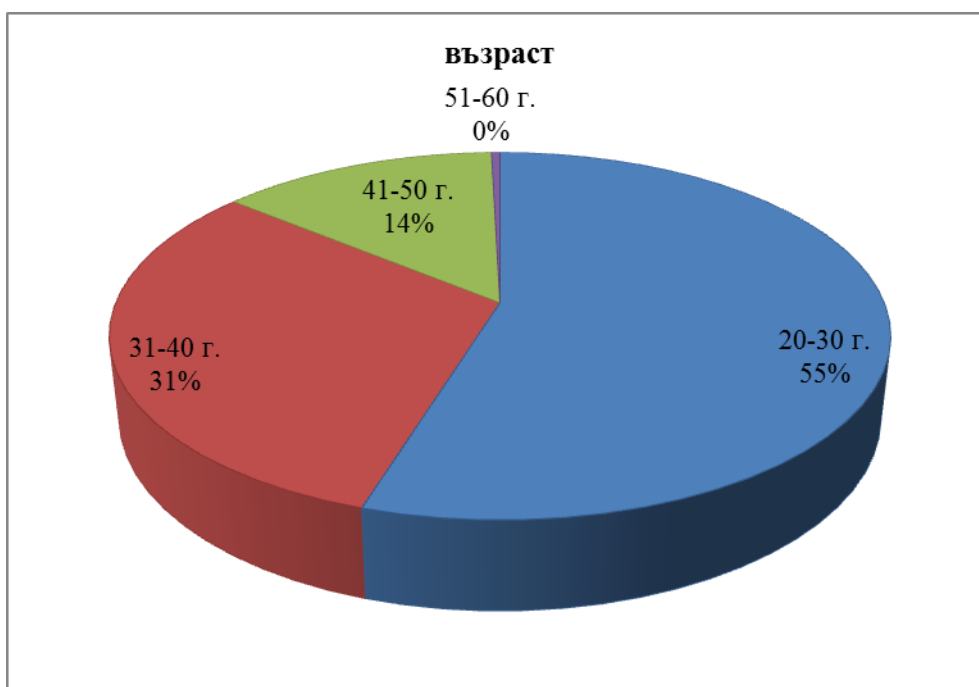
1.4. Анализ на резултатите от анкетно проучване на студенти обучавани по специалност „Медицинска сестра“

Общият брой на анкетираните студенти от специалност „Медицинска сестра“ е 469 обучавани във Факултети по обществено здраве към Медицинските Университети в градовете - София (51%), Бургас (10.9%), Плевен (19.6%), Пловдив (11.9%) и филиал в Хасково (6.4%) на Медицински Университет в Стара Загора.



Фиг.13. Разпределение на анкетираните студенти според семестъра на обучение

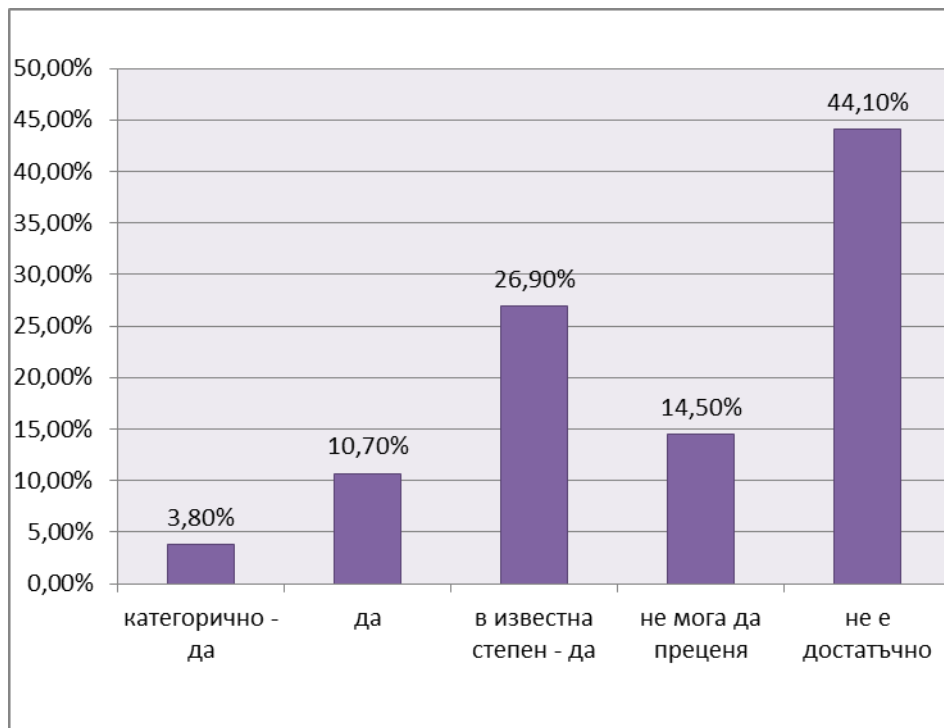
Включените в проучването студенти са от втори, трети и четвърти курс на обучение по специалност „медицинска сестра“. Най-голям е относителният дял на студентите, които се обучават в пети семестър – 43,92%. На второ място са студентите, които се обучават в трети семестър – 19,60%, а на трето – студентите от седми семестър – 12,79%. Значителна част от студентите са преминали практическото обучение през хирургичните отделения и трябва да имат необходимата подготовка за грижи при пациенти с изгаряния.



Фиг.14. Разпределение на студентите по възрастови групи

Възрастовата характеристика на анкетираните студентите показва, че най-голяма е групата на студентите от 20 до 30 години – 54,79%. На второ място са студенти на възраст от 31 - 40 години (31,13 %), а на трето – от 41 до 50 години (13,64 %). Макар и минимална част от анкетираните студенти (0,42 %) са на възраст от 51 до 60 години. Тези данни показват, че студентите които се насочват към обучение по специалността „медицинска сестра“ са от различни възрастови групи. Възможностите за професионална реализация е водещата мотивация за повечето студенти при избора на професия.

През последните години въпреки повишения брой на прием за студенти обучаващи се по тази специалност продължава да се наблюдава тенденцията за недостиг на медицинските сестри, което е сериозен проблем за почти всички здравни и лечебни заведения в страната.

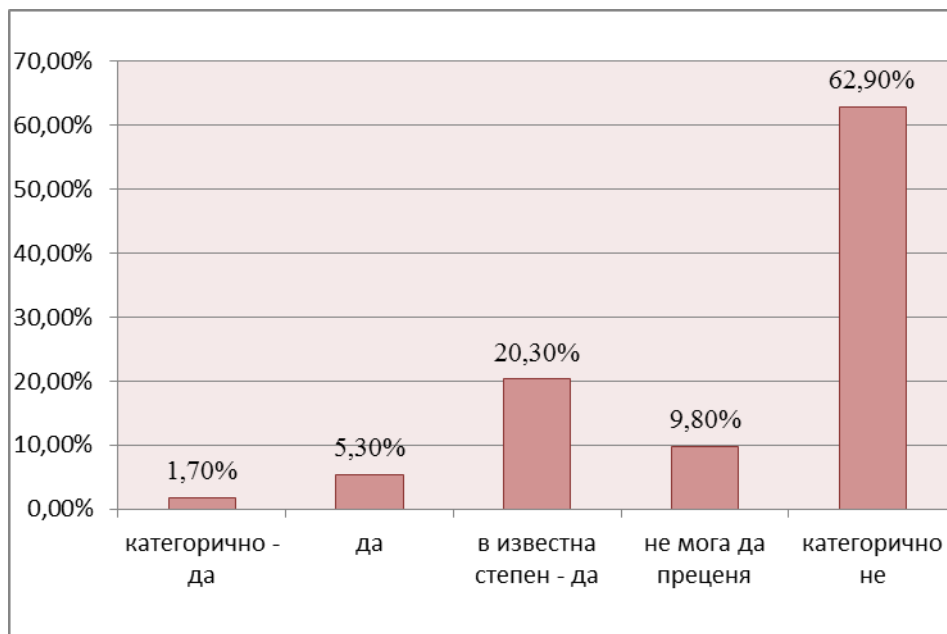


Фиг.15. Самооценка на студентите относно теоретичните знания за грижите при изгаряне

Значителна част от анкетираните студенти (44,10%) посочват, че теоретичните знания, които имат по отношение на грижите за пациенти с изгаряне не са достатъчни. Респондентите посочили „категорично - да” са едва 3,80%, а отговор „да” посочват само 10,70% от тях. Малко под 1/3 от анкетираните студенти посочват отговор “в известна степен - да”, но има и такива, които не могат да преценят (14,50%). Тези резултати определено посочват необходимостта от теоретично обучение конкретно по тази тема, така че студентите да бъдат достатъчно сигурни в своите знания при възникнал случай за справяне с проблемите на пациентите с изгаряне.

Анализът на резултатите показва статистически значима зависимост между текущ семестър на обучение и самооценка на теоретични знания на студентите ($p < 0.05$).

Придобивайки по-широк обем от знания по темата студентите могат да се включат в проекти за повишаване информираността на населението и да разработят флаери по отношение превенцията и рисковите фактори на изгарянията в професионалната, битовата и училищна среда на подрастващите.



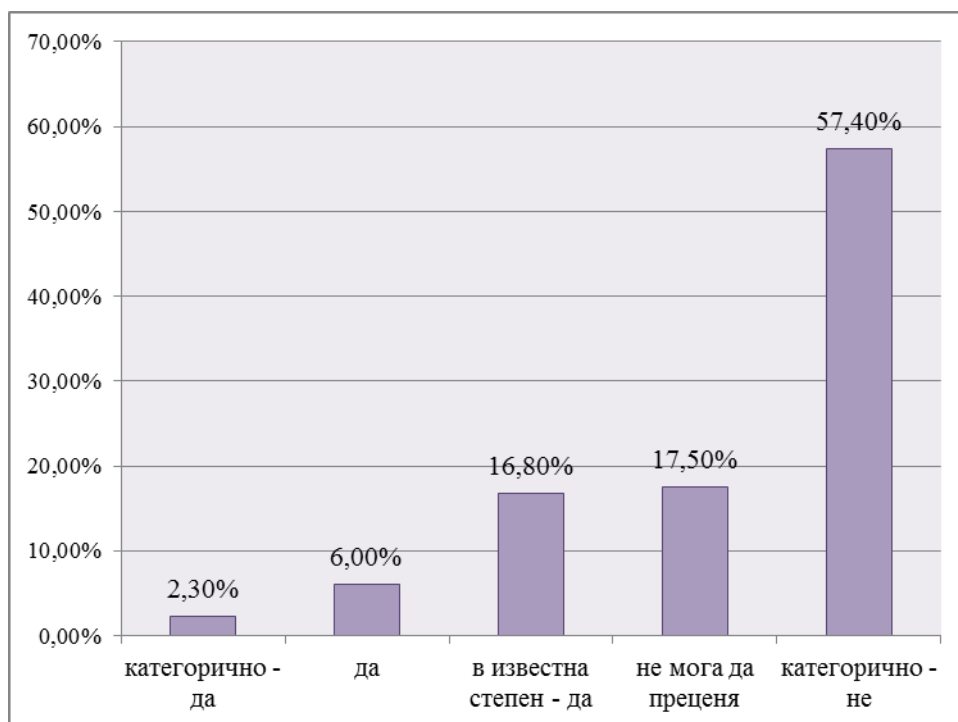
Фиг. 16. Самооценка на студентите относно практическата подготовка

Резултатът от проучване на самооценката за практическата подготовка на студентите относно грижите при изгаряния показва различни измерения от самооценката за теоретичната им подготовка. Данните от анкетното проучване показват, че повече от половината респонденти (62,90%) считат, че практическата им подготовка е недостатъчна. Положителен отговор “категорично - да” посочват само 1,70 % от тях, а отговор „да” едва 5,30%. От получените резултати става ясно, че студентите до края на обучението си не получават необходимите знания и практически умения, за да предоставят качествено обслужване и грижи за тези пациенти. Студентите, като цяло нямат необходимата практическа подготовка за грижи при пациенти с изгаряния макар, че това са често срещани травми водещи до увреждания.

Съществува статистически значима зависимост между текущ семестър на обучение и самооценка от практическата им подготовка за грижите за пациенти с изгаряния ($p < 0.05$).

Освен в специализирани структури за лечение, пациентите с изгаряне по спешност и тези с изгаряния до 3% от BSAB могат да се приемат и лекуват и в лечебни

заведения за извънболнична помощ. Това налага медицинските сестри да придобият нужната подготовка и практически умения.



Фиг. 17. Мнение на студентите относно подготовката им за грижи при възрастен пациент с изгаряне

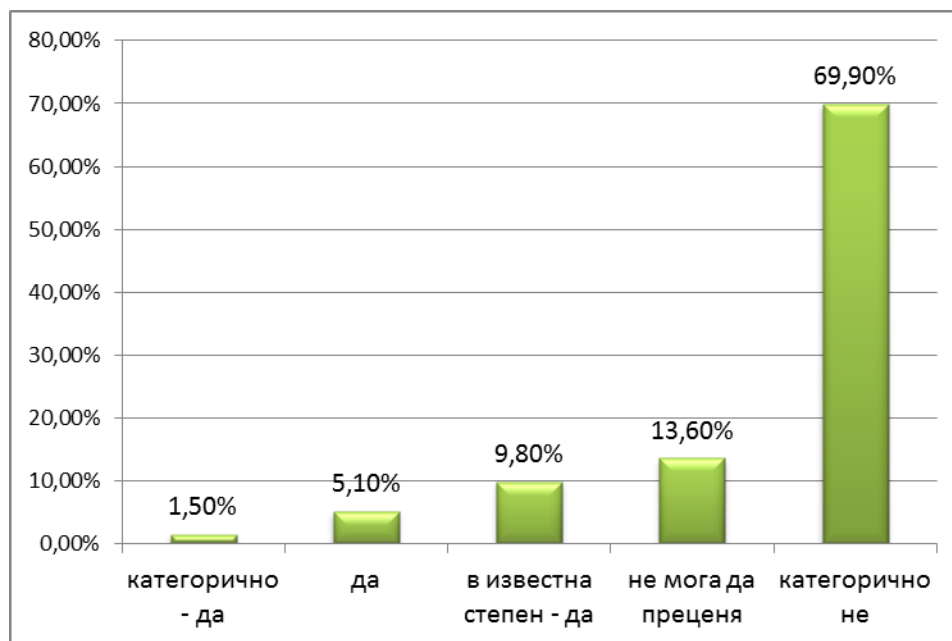
Представените данни от изследването определено показва, че подготовката на студентите е недостатъчна, за да извършват медицинските дейности и грижи при лечение на възрастни пациенти с изгаряния. Малко над половината анкетираните студенти (57,40%) дават категорично отрицателен отговор – не. Положителни отговори в т.ч. „категорично - да” (2,30%) и отговор „да” (6,00%) дават една малка част от тях. 16,80% от респондентите са на мнение, че имат подготовка в „известна степен – да”, а 17,50% „не могат да преценят”.

Съществува статистически значима зависимост между семестър на обучение и самооценката относно грижите при възрастни пациенти ($p < 0.05$).

Придобиването на професионални знания са съвкупност от теории и практики, свързани с определена сфера на работа, които са усвоени в процеса на обучение или учене. Професионалните умения са способностите за прилагане на усвоените професионални знания при изпълнение на задачи и решаване на проблеми. Професионалната компетентност е доказана способност за използване на

професионални знания, професионални умения и личностни качества, необходими за упражняване на професия в съответствие с Националната квалификационна рамка.

Обучението на студентите по специалност „медицинска сестра” е насочено към получаване на знания и умения за грижи при лечение на пациенти от всички възрастови групи.

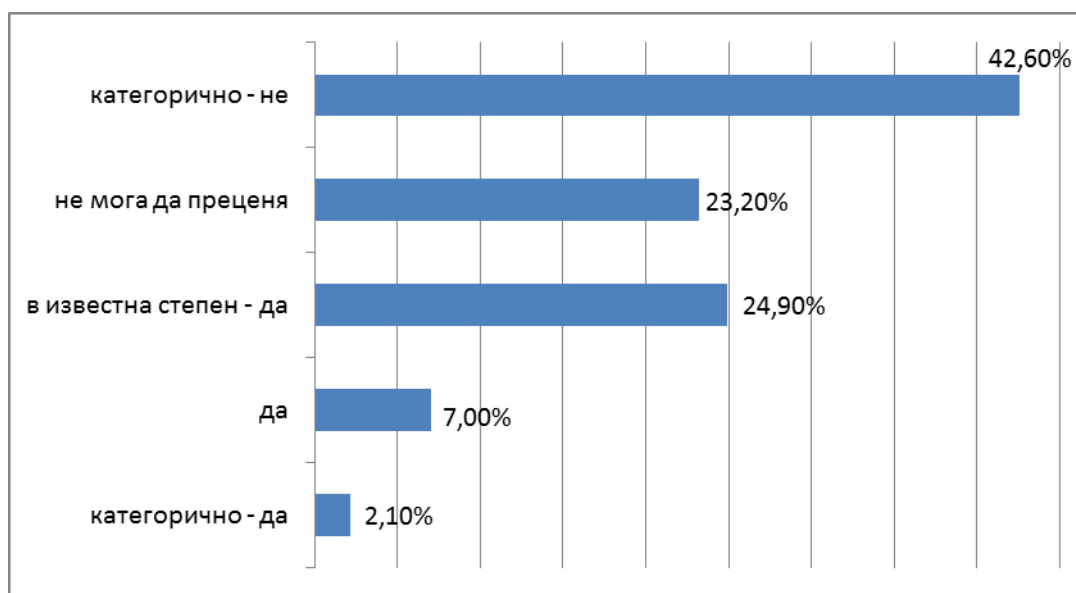


Фиг. 18. Мнение на студентите относно подготовката им за грижи при деца с изгаряния

Резултатите от проучването по този въпрос са сходни с предходния и дори още по-негативни. Мнението на 69,90% от анкетираните студенти показва, че подготовката им за грижи при деца с изгаряне е недостатъчна. Положителни отговори в т.ч. „категорично - да” (1,50%) и отговор „да” (5,10%) дават една малка част от респондентите. 13,60 % от тях „не могат да преценят” и само 9,80% посочват отговор „в известна степен –да”. Изгарянията са често срещан проблем в детска възраст. Това налага медицинските сестри от всички структури на здравеопазването да имат необходимите компетенции, за да подходят адекватно при възникнал инцидент и полагане на грижи при дете с изгаряния.

Анализът показва статистически значима зависимост между семестър на обучение и самооценката относно грижите при деца с изгаряния ($p < 0.05$).

Проф. д-р Дора Танчева посочва, че лечението на деца и изгаряне се различава от това на възрастните не само защото телесната повърхност е значително по-малка и анатомичните структури различни, но също така и поради различните метаболитни процеси, хомеостатични фактори, хормонални отговори, имунологичен профил, степен на физиологично съзряване и не на последно място различния потенциал на оздравяване. Всички посочени фактори правят децата много специален пациент и колкото са по-малки, толкова по-специални са те.



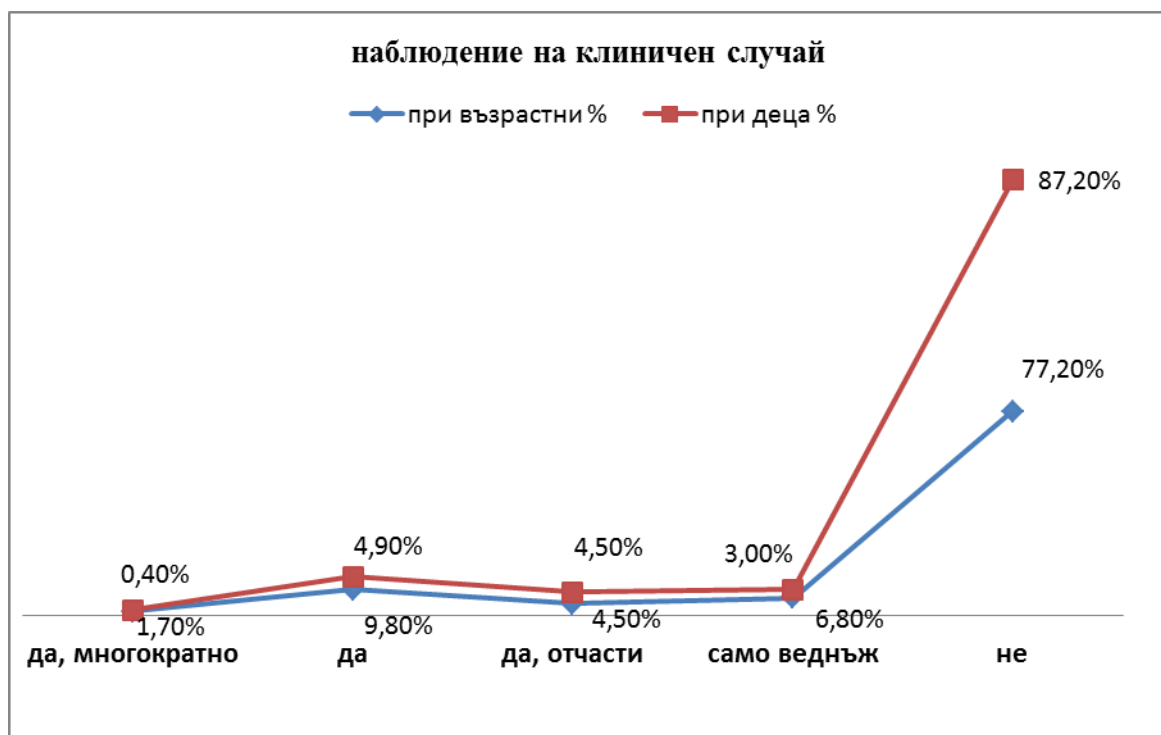
Фиг. 19. Мнение на студентите относно подготовка им за оказване на първа помощ при изгаряне

В съвременното общество съществуват редица опасности водещи до инциденти с изгаряния, което води до необходимост от обучение в подготовката на студентите за оказване на първа помощ при пострадали. Данните от анкетирането на студентите показва, че според 42,60 % те не са достатъчно подготвени, за да оказват първа помощ при изгаряния. Положителните отговори с „категорично–да” са 2,10 % от респондентите, а с отговор „да” отговарят едва 7,00 %. За 14,80% от анкетираните студенти те имат до известна степен подготовка за оказване на първа помощ.

Съществува статистически значима зависимост между самооценката на студентите по отношение на подготовката им за оказване на първа помощ на пострадали с изгаряне и желание за допълнително обучение по този проблем ($p < 0.05$).

Учебните програми включват дисциплини обучаващи студентите за оказване на първа помощ и реанимационни мероприятия при конкретни заболявания и животозастрашаващи ситуации. Но дипломираните медицински сестри трябва да имат и компетенции по отношение оказването на първа помощ при изгаряния.

В зависимост от адекватната намеса на медицинските специалисти, възможните усложнения и увреждания за пациентите могат да бъдат значително намалени и предотвратени. Ето защо е важно обучението на медицинските сестри да включва алгоритъм на поведение, което да бъде съобразено със съществуващите стандарти и доказаните практики при лечение на този вид травма.



Фиг. 20. *Наблюдение на клиничен случай при възрастен пациент и деца с изгаряне*

На въпросът свързан с наблюдение на клиничен случай при пациенти с изгаряния по време на клиничната практика и преддипломния стаж, почти всички студенти отговарят отрицателно – 77,20% за възрастни пациенти и 87,20% за деца.

Положителен отговор “само веднъж” посочват 6,80% при възрастни пациенти и 3,00% при деца. Тези резултати показват, че дори по време на практическото обучение на студентите в Университетските болници, те нямат възможност да наблюдават конкретно лечебния процес и грижите за пациенти с изгаряния. Може би това се дължи на факта, че лечението на тази травма се осъществява предимно в малкото на брой специализирани клиники и лечебни заведения в страната.

Анализът показва статистически значима зависимост между желанието на респондентите за допълнително обучение по темата и наблюдение на клинични случаи при възрастни пациенти ($p < 0.05$) и при деца с изгаряния ($p < 0.05$).

1.5. Сравнителен анализ на професионалните знания и умения на студентите в процеса на обучение

Извършеният анализ разкрива статистически значима зависимост между текущ семестър на обучение и самооценка на теоретични знания на студентите ($p < 0.05$) и практическата им подготовка за грижите за пациенти с изгаряния ($p < 0.05$).

Табл. 6. Обучението по семестри и теоретичните знания на студентите относно грижите за пациенти с изгаряния

текущ семестър на обучение	Самооценка на теоретични знания относно грижите за пациенти с изгаряния					общо
	категорично - да	да	в известна степен – да	не мога да преценя	не е достатъчно	
трети	1,5 %	2,3 %	5,1 %	1,3%	9,4%	19,6%
четвърти	0,0%	0,2%	2,3%	1,5%	6,4%	10,4%
пети	2,1%	7,7%	14,5%	6,0%	13,6%	43,9%
шести	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	10,4%	11,3%
седми	0,2%	0,4%	3,2%	4,7%	4,3%	12,8%
осми	0,0%	0,0%	1,3%	0,6%	0,0%	1,9%
общо	3,8%	10,7%	26,9%	14,5%	44,1%	100,00%

Данните от изследването показват, че съотношението между студенти от трети семестър на обучение и самооценката им за теоретичните знания относно грижите за изгаряния е съответно 19,6% към 3,8% при тези с висока самооценка на теоретичната

им подготовка. Респондентите от осми семестър на обучение и тяхната оценка за теоретичната им подготовка е 1,9% към 44,1% ($p < 0.05$).

Тази тенденция се запазва и при статистическата зависимост между семестъра на обучение и практическата им подготовка за грижи при лечение на изгарянията ($p < 0.05$).

Обучението на студентите от специалност „медицинска сестра“ включва петнадесет дисциплини обединени от общото заглавие „Практически основи“, които са в обем от 600 часа, разпределени в шестте семестъра на тяхното обучение. По този начин се осъществява непрекъснато надграждане на знанията и уменията на студентите, които по време на клинична практика се затвърждават и допълнително се развиват в реалната практика. Студентите изучават дисциплината „Сестрински грижи при хирургични заболявания“ през трети семестър и тогава придобиват знания и умения за извършване на септична и асептична превръзка. Именно тези знания са необходими при осъществяване на дейностите за пациент с изгаряния

Табл.7. Обучението по семестри и самооценка на практическата подготовка за грижи при пациенти с изгаряния

текущ семестър на обучение	Самооценка на практическата подготовка за грижи при пациенти с изгаряния					общо
	категорично - да	да	в известна степен –да	не мога да преценя	не е достатъчно	
трети	1,8 %	0,6 %	5,3%	1,1%	11,7%	19,6%
четвърти	0,0%	0,0%	1,1%	0,9%	8,5%	10,4%
пети	0,9%	4,5%	11,7%	5,3%	21,5%	43,9%
шести	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,3%	11,3%
седми	0,0%	0,2%	2,1%	2,6%	7,9%	12,8%
осми	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	1,9%
общо	1,7%	5,3%	20,3%	9,9%	62,9%	100,0%

Според студентите, практическата им подготовката за грижи при пациенти с изгаряния не е достатъчни като цяло. Тези резултати показват, че е необходимо да се предложи на студентите възможност за обучение в свободно избираеми дисциплини или да се разработят проекти, чрез които да се предоставят условия на студентите за

формирани на специфичните умения насочени към грижите за пациенти с изгаряния. За да се постигне това, съвременните дидактически средства предоставят различни мулажи и симулации, които осигуряват на студентите реалистична картина на изгарянията и превръзките, които се прилагат в практиката.

Практическата подготовка на студентите е от особено значение за специалността „медицинска сестра“, поради необходимостта от бърза адаптация в реалната практика, след дипломирането им. Инцидентите с изгаряния на хора от различни възрастови групи са доста често срещани в ежедневието ни, поради използването в бита на хората на течности с висока температура и уреди, които понякога водят до сериозни изгаряния. Ето защо медицинските сестри, работещи в различни структури на извънболничната и болничната медицинска помощ трябва да са добре подготвени за да се справят с всеки един случай и да вземат адекватно решение, от което се определя изхода за пациента.

Статистическата обработка на данните показва статистически значима зависимост между семестър на обучение и самооценката относно грижите при възрастни пациенти ($p < 0.05$) и тези при деца с изгаряния ($p < 0.05$)

2. Стандартно поведение и подходи за осигуряване на качествени грижи в отделните етапи на лечебно-диагностичния процес

Тежестта на изгарянето, като травма е триизмерна величина, определяща се от локализацията, обширността и дълбочината на тъканните увреди, а също и от периода на настъпване на травмата до началото и начина на лечение.

С най- широко приложение в практиката е класификацията на Американската асоциация по изгаряне (American Burn Association) позволяваща бърза ориентация за тежестта на травмата и избора, къде да бъде насочено лечението.

Табл. 8. Класификация на Американската асоциация по изгаряне

	възраст	обширност	лечение
Леки	10-50 год. под 10, над 50 год. при всяка възраст	II ст. < 15% II ст. < 10% III ст. < 2%	амбулаторно
Средни	10-50 год. под 10, над 50 год. при всяка възраст	II ст. 15-25% II ст. 10- 20% III ст. < 10%	хоспитализация

тежки	10-50 год. под 10, над 50 год. при всяка възраст при всеки със засягане на ръце, ходила, лице, перинеум при всяко циркулярно изгаряне или изгаряне върху ставите, при придружаваща друга травма	II ст. > 25% II ст. > 20% III ст. > 10%	Хоспитализация в специализиран център
-------	--	---	---

Източник: [115] Kohn, D. *Verbrennungstrauma.* - *Der Anaest.*, 4, 2000, № 4, 359-370

Проучването на нормативните изисквания показва, че в амбулаториите за специализирана медицинска помощ (индивидуална или групово практика) и медицински център и диагностично-консултативен център могат да се извършва първоначална клинична оценка на тежестта на изгарянето, като се анализират факторите, които я определят. За осъществяване на тази дейност трябва да има медицински специалисти по обхвата на специалността по ПВЕХ. Снема се подробна анамнеза относно механизма на изгарянето, причини, тежестта на травмата, наличие на инхалационна травма, които определят подхода към оказване на първа медицинска помощ. На базата на направената оценка на общото и локалното състояние се преценява мястото за лечение на пациента. Ако се касае за ограничено (3 %) повърхностно изгаряне (I, IIА степен) пациентът продължава лечението амбулаторно. При липса на критерии за трансфериране на пациенти в лечебно заведение за болнична помощ се извършва първична хирургична обработка на раната.

Лечение в специализиран център или отделение по изгаряне се налага при:

- повърхностни или дълбоки термични изгаряния над 3 % от телесната повърхност;
- всички дълбоки изгаряния;
- всички изгаряния при деца под 36 месеца и възрастни над 65 години;
- изгаряния при пациенти с тежки социални проблеми и деца в риск;
- въвлечане на функционални места (глава, шия, ръце, ходила, перинеум, гениталии и големи стави);
- химически и електрически изгаряния (включително от мълния);
- циркулярни изгаряния;
- наличие на съпътстваща травма или придружаващо заболяване;

- инхалационна травма;
- бременност и изгаряне;
- подозрение за умишлено изгаряне.

В лечебните заведения за болнична медицинска помощ дейността по специалността се осъществява в самостоятелна структура (отделение или клиника) от второ и трето ниво на компетентност.

В структурите с второ ниво на компетентност се извършва лечение на изгаряния, включващо хирургична обработка на рана от изгаряне на площ до 15 % и хирургична (кръвна) некректомия на площ до 3 % с ало- или ало-/автокожна пластика. Лечебно-диагностични алгоритми на поведение при изгаряния изискват при постъпване на пациенти с изгаряния първоначално да се включи целия лечебно-диагностичен алгоритъм на поведение от доболничната дейност.

В лечебно болнично заведение от *трето ниво* на компетентност, лечението се осъществява от мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ пластични хирурзи, анестезиолози, реаниматори, специализирани медицински специалисти по здравни грижи (операционни и реанимационни медицински сестри, рехабилитатори и др.), педиатри, интернисти, рехабилитатори, психолози и социални работници. Алгоритъмът на поведение при изгаряния изисква след транспортирането на пациента да се извърши обстойна клинична оценка на общото и локалното състояние и съобразно това да се изготви комплексен лечебен план.

Съгласно Медицинският стандарт по ПВЕХ, специалистите по здравни грижи (медицинските сестри) извършват общомедицински и специфични дейности съобразно спецификата на клиниката/отделението, в което работят, като подпомагат дейността на лекаря и извършват назначените от него манипулации самостоятелно или под негов контрол, съобразно своята компетентност.

Медицинската сестра в клиниката/отделението ежедневно наблюдава общото състояние на болния, следи основни параметри в пред- и следоперативния период (пулсова честота, температура, честота на дишането, диуреза, обем и вид на изтичащите течности през дренажи, сонда, катетри), регистрира резултатите и уведомява лекуващия/дежурния лекар.

Специалистите по здравни грижи могат да получат специфична подготовка и обучение, чрез курсове за здравни грижи по специалността ПВЕХ с цел по-високо качество на осъществяваните от тях дейности. Обучението трябва да включва познания за оказване на първа медицинска помощ, грижи за местно лечение на засегнатите

раневни повърхности, прилагане на сестрински интервенции във фазата на термичния шок, грижи за психическото и емоционално състояние на пострадалите и не на последно място грижи за ресоциализацията на тези пациенти.

Съгласно Наредба 1 от 8 февруари 2011 година за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно са регламентирани обхвата на професионалните дейности на медицинските сестри, обособени в седем отделни категории, включващи общи и специфични професионални задачи. В една от категориите са посочени правомощията за провеждане на психосоциална рехабилитация на пациенти със социално-значими заболявания; организиране и провеждане на общоукрепващи, мобилизационни и закалителни процедури; ранна рехабилитация на хоспитализирани пациенти; обучение в ползване на помощни средства, приспособления и съоръжения за придвижване; подпомагане укрепването, адаптирането и връщането на лицата в семейството и социалната среда.

Съгласно Концепция „Цели за Здраве 2020” образованието и обучението на здравните специалисти трябва да бъдат преосмислени така, че да се подобри съгласуването между приоритетите на образованието и здравните системи и здравните нужди на населението.

Основен приоритет за постигането на национални здравни цели е насочен към провеждане на активна политика, чрез която да се подобри планирането, университетското обучение, специализацията и продължаващото обучение

Една от основните дейности за реализация на целите е *Усъвършенстване на системата за обучение и квалификация, гарантираща качеството на медицинската помощ, чрез:*

- Актуализиране на учебните програми във висшите училища, насочени към разширяване на практическите умения на медицинските специалисти с приоритет към основните здравни проблеми и съвременните технологии на здравна дейност;
- Усъвършенстване на процеса на специализация на кадрите в здравеопазването, включващо либерализиране на достъпа до специализация и повишаване на изискванията в хода на обучението и при придобиването на специалност;
- Развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации при организирането и провеждането на обучението.

Анализът на проведеното проучване на нормативните изисквания за основните и специфични дейности на професионалните компетентности показват, че днес ПЗГ в системата на здравеопазването са в позицията на „равнопоставен партньор”, колкото и сложно да изглежда диференцирането на автономните функции и отговорности в лечебния процес при изгарянията.

Връзката между лекарите и другите медицински специалисти и пациентите остава от решаващо значение и трябва да бъде подкрепяна, тъй като здравните грижи стават все по-сложни и по необходимост мултидисциплинарни.

Това включва придобиване на знания и компетентности за извършване на услуги в екип, нови форми на обслужване (включително домашни грижи и продължително лечение), умения за насърчаване овластяването на пациента и способността за полагане на грижи за собственото здраве, по-добро стратегическо планиране, управление, работа с различни сектори и капацитет за лидерство.

Нужна е нова култура на работа, която благоприятства въвеждането на нови форми на сътрудничество между работещите в системата на общественото здраве и здравеопазването, както и между здравните и социалните работници, а също и с представителите на други сектори.

Дефинирането, структурирането на професионалните отговорности на медицинските сестри, последователността, планът и вида на специалните сестринските интервенции при пациентите с термична травма са част от комплексното лечение при пациенти с термична травма.

При полагане на грижи за тези болни се изисква висока професионална подготовка на медицинските сестри, изграждане на навици и умения за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента и прилагане на индивидуален подход в своите действия.

За да се отговори на постановките на СЗО по отношение стандартите за здравните грижи в европейските страни е необходимо въвеждането на нов подход в клиничната практика на ПЗГ и в нашата страна. Необходимо е изготвянето и въвеждането на стандарти за грижите, които ще допринесат за повишаване на професионалната квалификация на медицинските специалисти по отношение анализа на състоянието на пациента и изработването на индивидуален план за грижи.

Медицинската сестрата прекарва най-много време с пациента и е в най-добра позиция да наблюдава напредъка, да отчита промените и да координира дейностите на другите членове на екипа. Критичните пътеки се изобразяват най-често по две оси.

Едната представлява времето, а другата аспектите на грижите включително лабораторни изследвания, консултантски услуги, хранене, терапевтично лечение, обучение на пациентите и др. Друг полезен елемент на критичните пътища е способността им да идентифицират вариации или неочаквани събития, както положителни, така и отрицателни. Анализът на тези разлики осигурява отлична рамка за подобряване на качеството на грижите и да насочва усилията към по-добрите резултати от лечението и във възстановителния период на пациента след лечение - в дома и семейството.

Очертаването на насоки за стандартно поведение в индивидуализираните грижи според състоянието и нуждите в различните етапи на лечение представляват полезен образователен инструмент за грижа при пациенти с изгаряния. Спазването на стандартно поведение ще доведе до повишаване качеството на здравните грижи, включващо добра координация и непрекъснатост на тези грижи, както и превенция на последващи усложнения или други неблагоприятни последици след болничното лечение.

2.1. Организация и стандартно поведение при оказване на медицинска помощ при термична травма

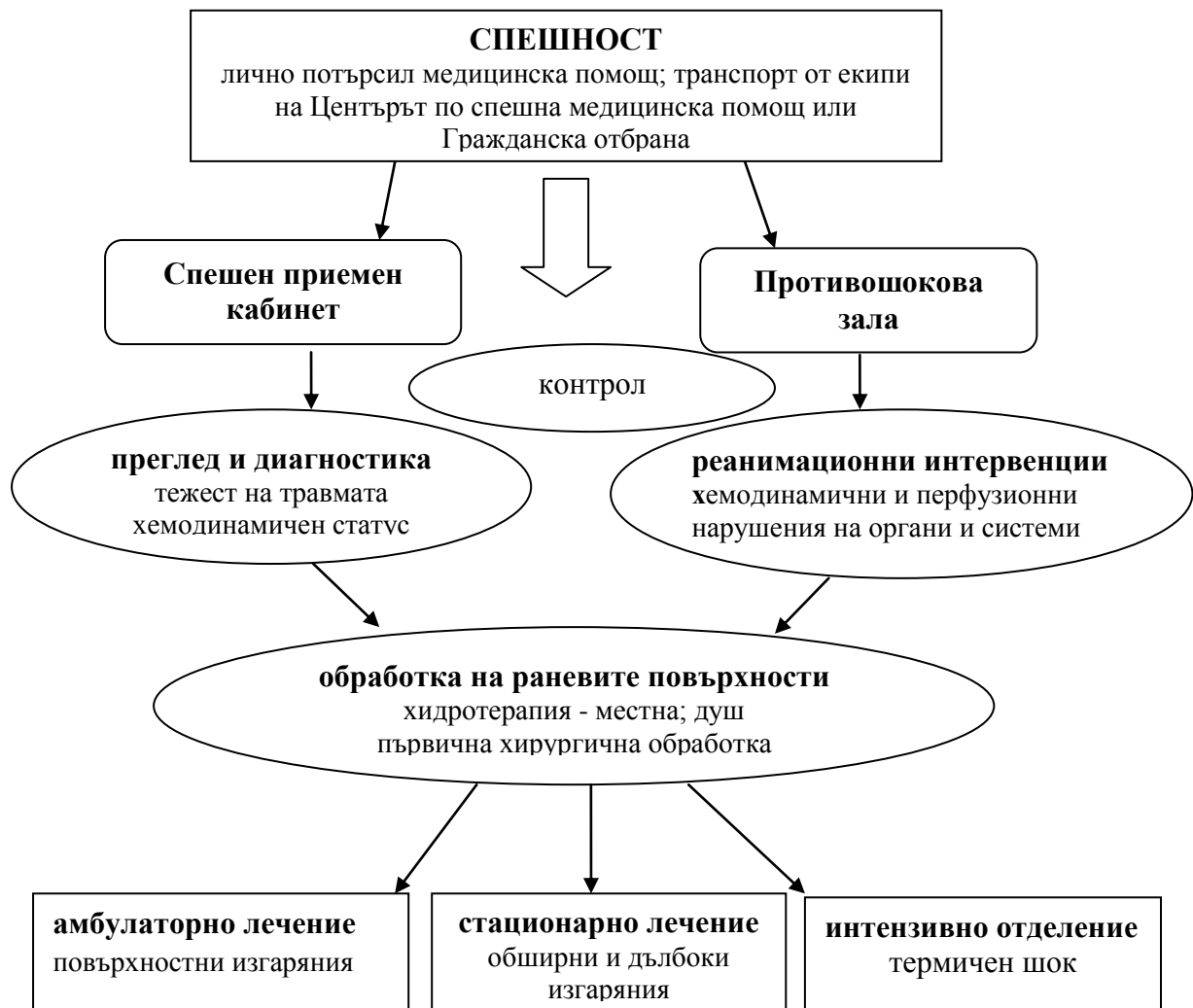
Всяко болнично заведение с хирургическа насоченост, независимо големината и мащаба си може да осигури приемане на пострадали с изгаряне и да започне лечението им. Целта на престоя на пострадалите в тези болници е да се постави точна диагноза и максимално бързо в най-кратък срок след инцидента да се диагностицират и лекуват придружаващите травми и усложнения. Спецификата на травмата налага осигурена готовност в две посоки: *първата* се състои в следването на точно определен алгоритъм на действие от състава на екипите; *втората* изисква материално обезпечаване с медицинско и болнично оборудване, медикаменти и консумативи.

От изключително значение са данните от действията на мястото на инцидента, което дава възможност да се организират и планират действията на медицинските екипи (лекари, медицински сестри, фелдшери и др.).

При оценката на термичната травма освен обширността и дълбочината на изгарянето, значение има и локализацията на травмата – шокогенни зони, естетически и функционални поражения. Много често изгарянето се придружава от други травми, като костни фрактури, ЧМТ, гръдни и коремни травми, лезия на съдове.[53]

Организацията при прием на пострадал с изгаряне, планът за действие и конкретните професионални правомощия на медицинските специалисти трябва да бъдат известни на всеки член от екипа с цел избягване на хаосът и вземането на необмислени или неправилни решения в оказване на медицинска помощ.

Схема 1. Стандартен алгоритъм на поведение при пациент с термична травма



2.2. Стандартен алгоритъм на поведение при прием на пациент в диагностично-консултативни и спешни отделения в лечебни заведения

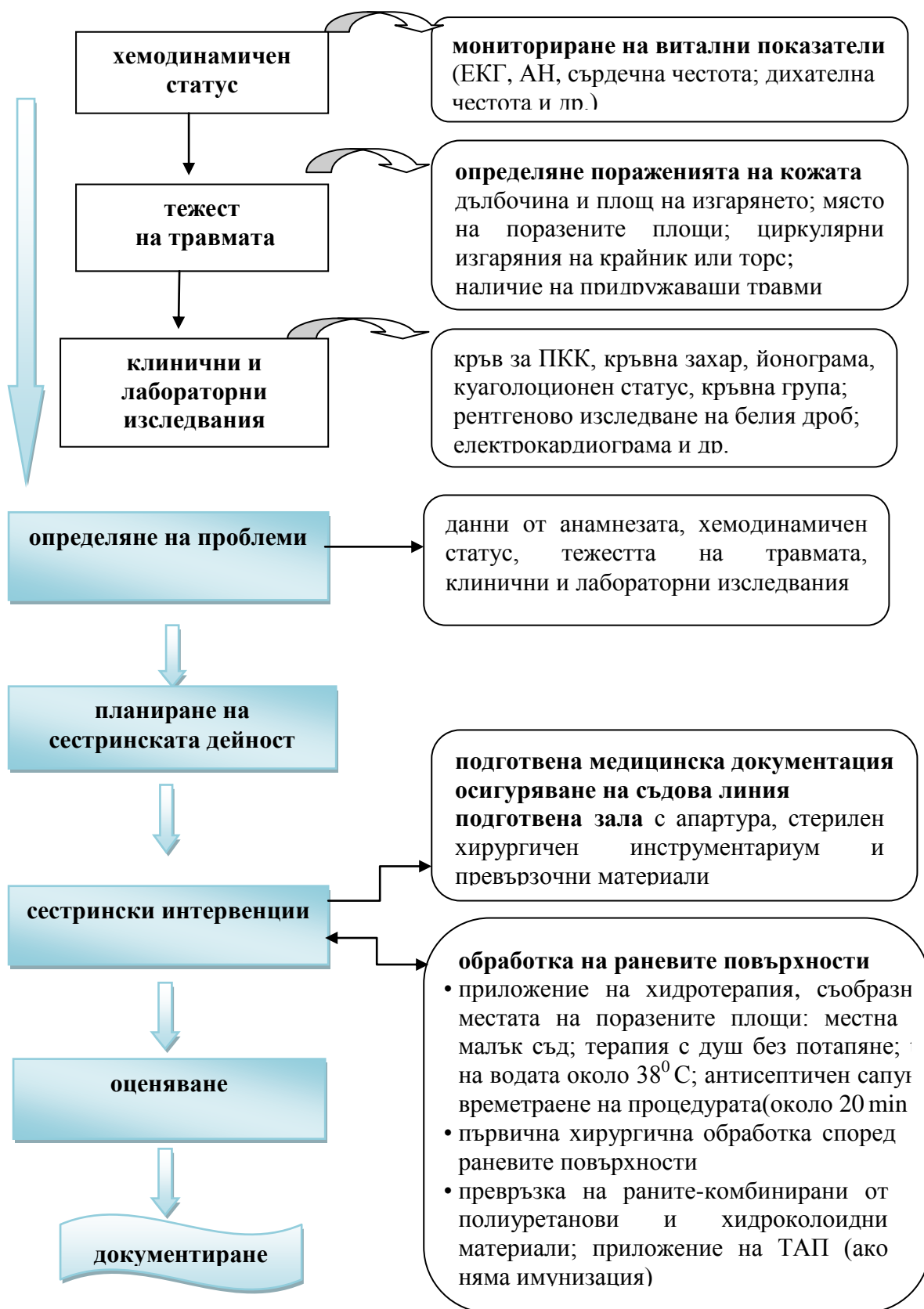
Приемането и обработката на пострадали с изгаряния започва от дежурните екипи в диагностично-консултативните и спешни отделения на болничните заведения. При тежките изгаряния се изисква специализиран медицински екип за приемане и обработване на болните, състоящ се от хирург, анестезиолог-реаниматор,

превързочна/операционна сестра, анестезиологична медицинска сестра и помощен персонал.

Обичайният начин за приемане и регистриране на пострадалите не винаги е възможен по установените практики при другите травми и заболявания. Започва се с бърз оглед за установяване на цялостното състояние на пострадалия, като вниманието е насочено най-вече към съзнанието, дихателната и сърдечна дейност. Обикновено промяната на съзнанието е резултат от недостатъчната дейност на дихателната и сърдечна система, но е показател и за наличие на друга травма. Оценката на състоянието на пострадалия е на база снети данни от мястото и вида на инцидента по строго определени критерии за тежест на травмата. При показания за термичен шок пострадалите се задължително се приемат и обработват в противошокова зала.

Схема 2. Стандартен алгоритъм за прием на пациент в лечебно заведение





След оценка на хемодинамичният статус, тежестта на термичната травма и данните от клинично-лабораторните изследвания се определят проблемите. В зависимост от тежестта на състоянието на пострадалия се планират и сестринските интервенции по специалности на медицинските сестри (превързочни, операционни, анестезиологични, реанимационни)

При термичната травма от жизненоважно значение са първите действия на екипите да са адекватни, съобразени с тежестта и спецификата на конкретния случай.

Разработването и прилагането на стандартни алгоритми при прием и поведение на медицинските сестри при пациенти с термична травмата ще допринесе за повишаване на качеството на грижите и превенция на усложненията, особено при най-тежките изгаряния.

2.3. Стандартен алгоритъм на поведение при пациент с термичен шок

В различните страни за по-лесното разбиране на тази патология се определя етапност (фази, периодичност) на травмата. В България от началото на развитието на школата за лечение на изгарянията, фазите се определят като:

- ✓ термичен шок – продължава 72 часа след травмата;
- ✓ токсикоинфекция – до 20-я ден от началото на травмата;
- ✓ възстановяване – до 30-35-я ден;
- ✓ ранева кахексия с компенсирани и декомпенсирани фази;
- ✓ последствия, развиващи се след оздравяването на пациента.

Фазата на ранева кахексия не е задължителна за пациентите и се счита за особено тежко усложнение при неправилно лечение.

Шокът в следствие на изгаряне е характерен с продължителна екстремна загуба на кръвен обем, която се поддава извънредно трудно на компенсация. На преден план изпъкват бързо настъпващите, извънредно големи загуби на вода, електролити и плазма. Това явление налага провеждане на адекватна ресусцитация, борба с болката и вегетативна блокада.

Термичната травма е триизмерна величина, определяща се от локализацията, обширността и дълбочината, а също така и от периода от настъпването на травмата до началото и начина на лечение.

В хемодинамичен аспект шокото състояние се характеризира, като остра недостатъчност на циркулацията с последващо понижаване на тъканното оросяване под нивото, необходимо за поддържане на нормалните процеси на клетъчния метаболизъм.

Характерът на термичната травма и особеностите на тъканните увреди обуславят и особеностите на шока от изгаряне.

Понятието „термичен шок” накратко характеризира състоянието на пострадал след изгаряне, което включва силна болка, мускулен тремор, жажда, повръщане, олиго- или анурия, тахикардия, понижение на телесната температура, тахипнея, цианоза и някои други по-рядко наблюдавани симптоми.

Развитието на термичен шок и необходимостта от незабавното му лечение се определя от:

- ✓ обширността на изгарянето;
- ✓ дълбочината на тъканните поражения;
- ✓ засягането на т.нар. шокогенни зони (лице, ръце, гениталии, перинеум, ходила);
- ✓ инхалация на пушечни газове и изгаряния на горни дихателни пътища;
- ✓ електрически изгаряния;
- ✓ придружаващи травми;
- ✓ преморбидното състояние на пострадалия;
- ✓ и не на последно място възрастта.

Много често изгарянето се придружава от други травми, като костни фрактури, черепно-мозъчни, гръдни и коремни травми, лезия на съдове. От изключително значение е точната информация за ситуацията по време на инцидента, механизмите за настъпилата травмата, вида на термичния агент (пламък, електрически ток, химикали), мястото на инцидента (навън или на затворено пространство), имало ли е загуба на съзнанието и др.

В зависимост от тежестта на термичния шок, оценката на резултатите от хемодинамичния статус и клинико-лабораторните изследвания се планират специалните сестрински интервенции (на превързочни, операционни, анестезиологични и реанимационни медицински сестри).

Подготовката на противошоковата зала за работа с необходимата апаратура (технически изправна), пособия, материали и консумативи е отговорност на анестезиологичните и превързочни/операционни медицински сестри.

Първичната хирургическа интервенция и обработването на раневите повърхности изисква задължително наличие на вани за хидротерапия, осигуряване на стерилен хирургичен инструментариум, както и специфични превързки за раните от комбинирани полиуретанови и хидроколоидни материали.

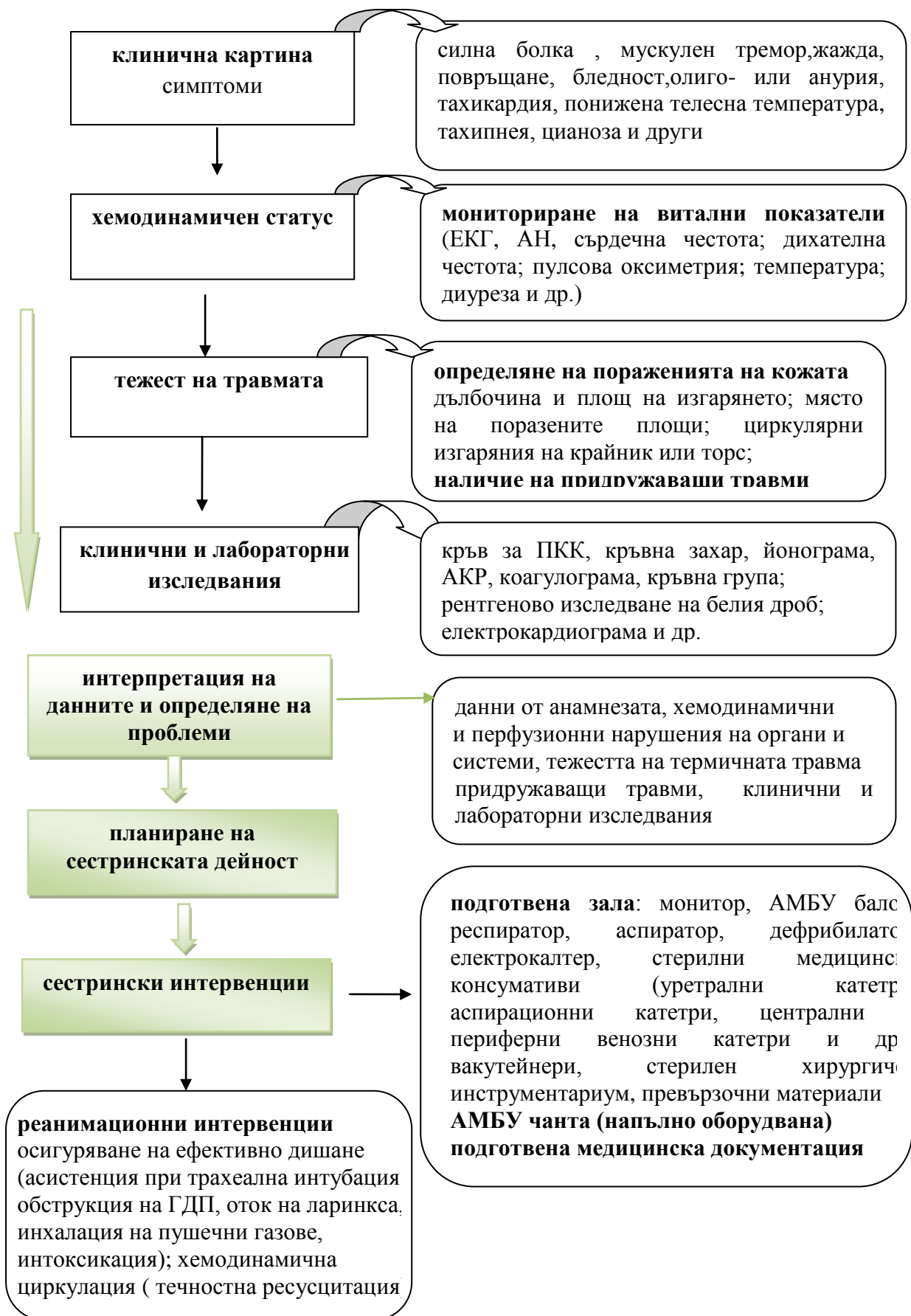
Един от основните фактори с животоспасяващо значение при лечението на болен с изгаряне е адекватната инфузионна ресусцитация по време на термичния шок. Неадекватната и ненавременна ресусцитация във фазата на термичния шок водят до:

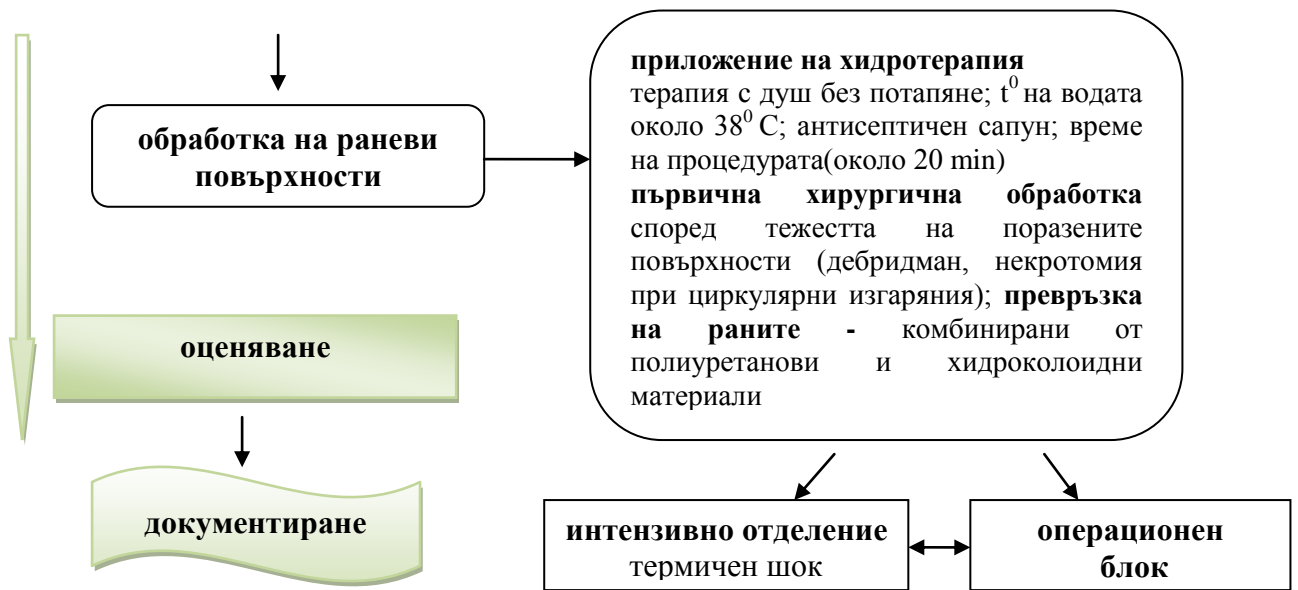
- повишаване на смъртността непосредствено след травмата и във времето;
- задълбочаване на тъканните промени;
- увеличаване на плазмените загуби в неизгорелите тъкани.

Медицинските специалисти по здравни грижи пряко ангажирани в лечебно-диагностичния процес при пациенти с изгаряне трябва да бъдат обучени в специфичните техники на кардиопулмонална реанимация и справяне със спешни случаи, свързани с хирургичните процедури и интервенции.

Схема 3. Стандартен алгоритъм на поведение при болен с термичен шок







Разработването на стандартни алгоритми за приемане, обработка и започване на лечението във фазата на термичния шок определя професионалните отговорности, реда за извършване на дейностите в зависимост от важността им за поддържане на жизненоважните функции при тежка термична травма.

2.4. Стандартен алгоритъм за интензивни грижи при лечение на пациент с изгаряния

Обширната термична травма в повечето случаи е тежко общо заболяване, предизвикано от локални поражения, влияещи върху всички органи и системи на организма и неговата обмяна на веществата. Локалните промени в раните зависят от редица фактори, като водещи са преди всичко вида на агента, обширността на изгарянето и тежестта на травмата.

Пациенти с тежки и обширни изгаряния се настаняват за лечение в интензивни структури на лечебните заведения за болнична помощ. Спецификата на тези състояния изискват непрекъснато обслужване, грижи и наблюдение от лекари и медицински сестри, при което се използва специална медицинска апаратура за мониторно наблюдение, за механична вентилация (респиратори), дефибрилатор, инфузионна техника (перфузори, инфузомати), мобилен рентгенов апарат и др.

От хемодинамичните показатели се изследват задължително ЕКГ, артериално налягане, пулсова честота, централно венозно налягане, часова диуреза, температура и дишане.

В хематологичните показатели особено място има хематокритът, който се изследва на 3 часа. По промените в динамика се следи за състоянието на пациента и ефекта от инфузионното лечение (хемоконцентрация или хемодилуция).

От метабулитните показатели се изследват показателите на алкално-киселинното състояние и кръвните газове, както и изследване на лактат, пироват и техните производни. Неточното обемно заместване се свързва с допълнително увреждане на организма на болния с термична травма. Преоценката на болния трябва да бъде направена ежечасно и инфузионното лечение да бъде по часове, за да се достигнат нормални стойности на обема на циркулиращата кръв.

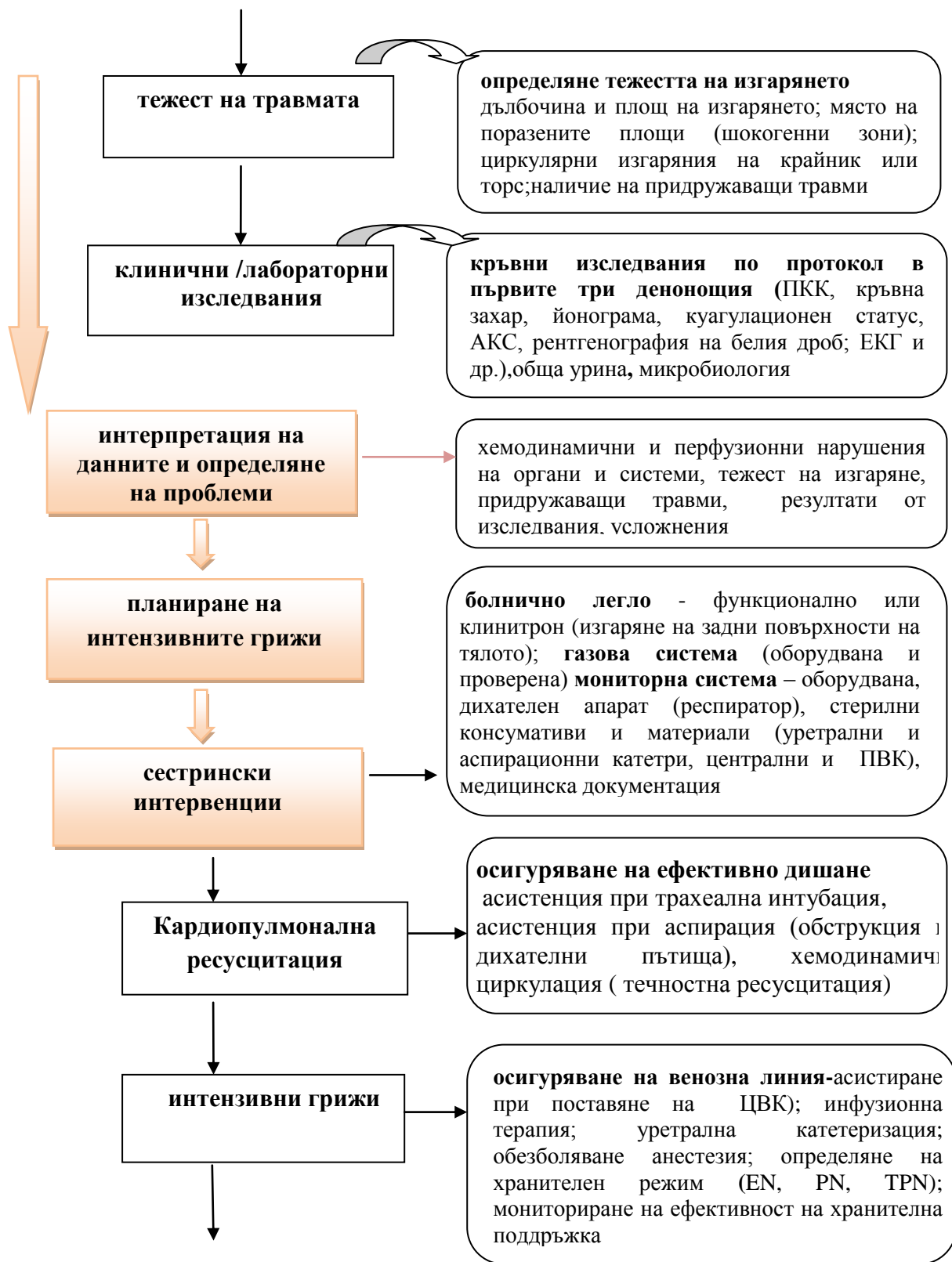
Артериална кръв за алкално-киселинното състояние и кръвните газове е важна част от параклиничните изследвания, когато са налице смущения в горните дихателни пътища, обструкция, изгаряне на ГДП, инхалация на пушечни газове и др. Нормално допустимата концентрация на карбоксиемоглобина не елиминира възможността от значимо излагане, тъй като продължителността на полуживот на карбоксиемоглобина е 30-40 минути при пациенти, ефективно вентилирани с 100% кислород. Определянето на точното количество подаван кислород и кислородната консумация от друга страна могат да послужат като ”водач” за адекватната ресусцитация.

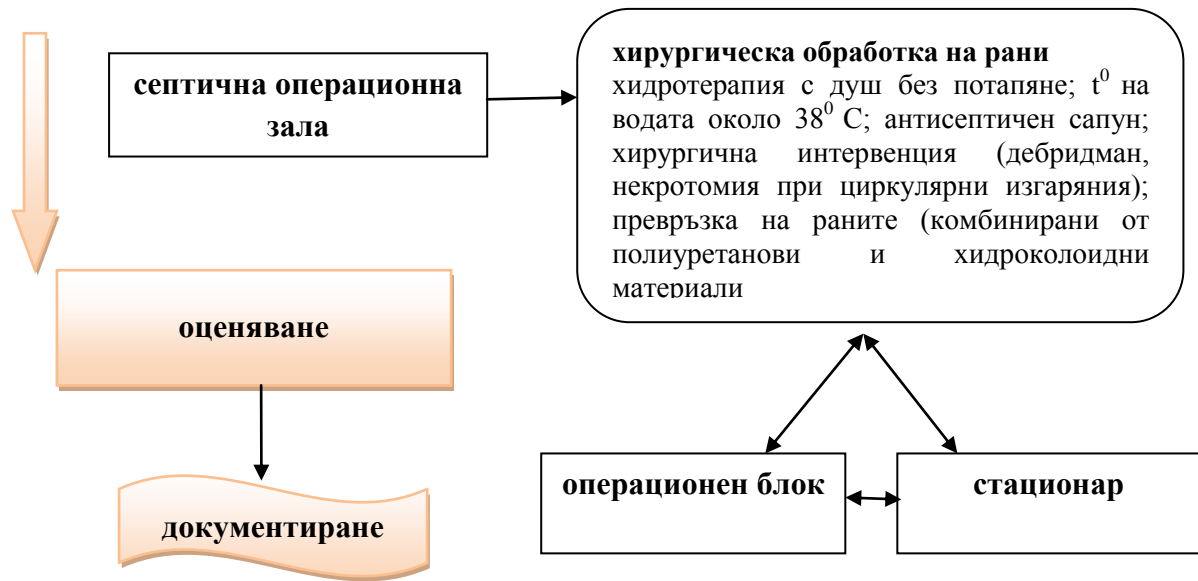
Планирането на грижите в лечебния процес при изгарянията е важен етап и включва адекватни и навременни действия в няколко основни направления: мониториране на витални показатели (дихателна и сърдечна честота; O₂ сатурация; температура; диуреза на всеки час по време на шока (до 72 час) и на три часа след това); грижи за венозни и артериални източници; грижи за ентэралното и парентерално хранене; грижи за локалното лечение и превръзките на оперативните рани; грижи за отделителната система; грижи за личната хигиена, двигателния режим и укрепване психиката на болния. Пример за писмен план за сестрински грижи за пациента във фазите на реанимация и острата грижа при сериозно увреждане на изгарянето е предоставен от Ahrens-Klas.

Медицинските сестри работещи в интензивните структури за лечение на изгаряния трябва да притежават знания и клинични умения в рамките на своята компетентност, да изпълняват по индикации в пълен обем мониториране, кардиопулмонална ресусцитация и провеждане на интензивно лечение в тесния смисъл на думата, съгласно изискванията на въведени алгоритми и протоколи за работа в съответната структура.

Схема 4. Стандартен алгоритъм за интензивни грижи в лечебния процес на пациент с изгаряния







Интензивните грижи са комплекс от грижи, които обхващат цялостната лечебно-диагностична дейност, съобразена с патологията, състоянието и личните потребности на болния. Лечението на критично болни изисква висока професионална подготовка на медицинските сестри, изграждане на навици и умения за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента и прилагане на индивидуален подход в своите действия.

2.5. Стандартно поведение и грижи за пациент във възстановителния период след изгаряния

Здравният статус на хората влияе върху степента им на участие в социалния и трудовия живот и върху тяхната производителност на работното място. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълго време и увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността и допринася за устойчивото икономическо и социално развитие.

Според СЗО утвърждаването на здравето е процес, свързан с възможност за увеличаване контрола върху собственото здраве и неговото подобрене.

На практика след болнично лечение в домашни условия се лекуват около 80% от лица с хроничните заболявания. Много от пациентите не изпълняват инструкциите за терапевтично поведение и методите за възстановяване. В повечето случаи пациентите не са достатъчно информирани за състоянието си и малка част от тях поемат

отговорност за адекватно си поведение да управляват здравното си състояние или липсва осъзната необходимост да поемат отговорност за собственото си здраве.

Професията на медицинската сестра интензивно се развива и е натоварена, както с много медицински отговорности, така и с педагогически функции към болния и неговите близки. Целта на грижите в дома е да се запази максимално автономността на болния и да се щади неговото достойнство. 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.

Здравните грижи обединяват усилия в две насоки – медицински грижи и терапевтично обучение.

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 пациенти и вземане на „информирано съгласие”. Терапевтичното образование на пациенти е насочено към оценка по ясни критерии, индивидуалните особености и нужди на пациентите и тези, които са в близост до тях. Целите са да се фокусират 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 пациента в хода на заболяването и във възстановителния период след него. Етиката изисква всяка оценка на терапевтичното образование да е фундаментално, пациент - ориентирано, с цел да се насърчава партньорството между пациента и медицинският специалист.

Според СЗО терапевтичното образование на пациенти е предназначено да им помогне да придобият или поддържат уменията, които са им необходими за оптимално управление на житейските дейности.

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.

Здравните грижи при хронична болест са насочени към съхранение на болния като личност с цел да бъде улеснен процесът на превъзможване на болестта и се създаде

възможност да се живее с промените които са настъпили. Проблемите, които трябва да се решават в грижата в домашни условия са с терапевтична насоченост, социални и психологически.

Сестринският процес прилаган за пациенти в дома след изписване от болнично заведение, улеснява предоставянето на висококачествени, индивидуализирани методи и грижи за възстановяване и ресоциализация в семейството и обществото.

Оценката е първата стъпка от процеса и представлява системен подход за събиране на информация за пациента. Той включва не само симптоми и физиологични фактори, но и социални, културни, психологически и духовни аспекти на живота на пациента.

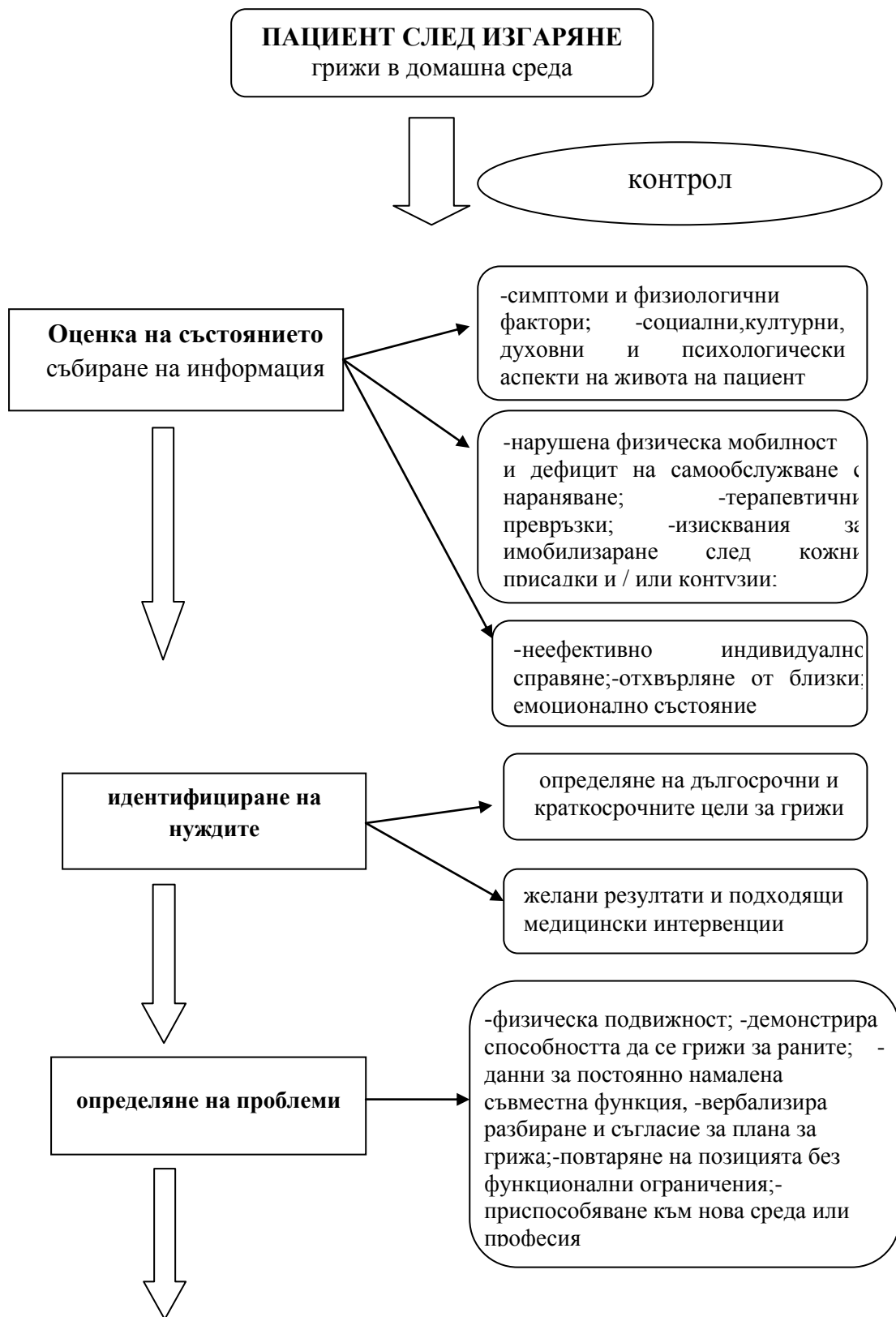
Разпознаване на проблема е втората стъпка, която е анализът на медицинската сестра на оценката. Понякога се нарича "идентифициране на нуждите".

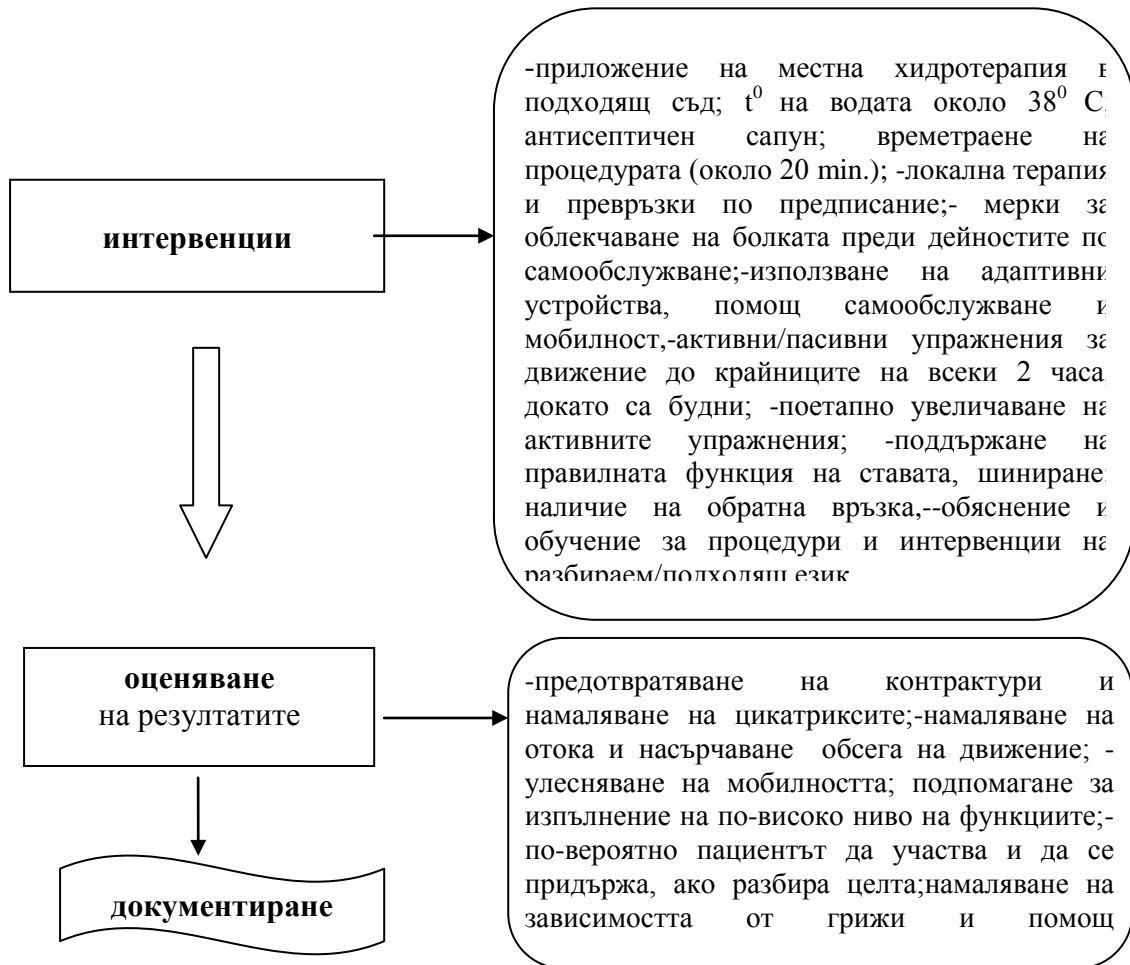
Резултатите са трета стъпка. Планирането използва двете предишни стъпки, за да определят дългосрочните и краткосрочните цели на пациента, желаните резултати и подходящите медицински интервенции. Планът за сестрински грижи служи за писмено ръководство за начина, времето и описва дейностите, които се извършват за пациента и близките му.

Изпълнението е част от действието на сестринския процес и плана за грижи. Оценката, както на отговора на пациента на дейностите, така и на напредъка към постигането на крайните цели е от решаващо значение. И двете трябва да бъдат документирани и планът за грижа да бъде съответно променен при необходимост.

Сестринският процес е динамичен и интерактивен. Един непрекъснат цикъл на логическа прогресия от една стъпка към следващата. Тъй като всяка стъпка разчита на точността на предишната стъпка, данните трябва да бъдат потвърдени. При създаването на плана за грижи на пациенти в домашни условия, сестрата използва теоретични познания, умения за оценка, професионален опит и не на последно място индивидуален подход. Непрекъснатият преглед на плана улеснява оценката и документиране на резултатите и приемственост за екипа.

Схема 5. Стандартен алгоритъм на поведение за грижи на пациент след изгаряния в домашна среда





Значението на мултидисциплинарния подход към грижата за пациенти след изгаряне в домашни среда не може да бъде преувеличено. В центъра на този екип стои медицинската сестра. Оценките на медицинската сестра, наблюденията и оценките на отговора на пациента за интервенциите имат решаващо значение за предотвратяване на усложненията и постигането на положителни резултати за крайния изход от травмата.

От години в научната област, като термин се използва „портфолио“. Това е папка с документи, която широко се използва в обучението на деца и подрастващи от детската градина до гимназиален курс и във висшето образование.

Според Пепа Бикова, 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 и мотивация 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 оценка и мотивация, която да премине към самомотивация. Ясно определените правила и стъпки на обучение ще подготвят лицето към самонаблюдение, самообучение, самоконтрол и така ще е възможно да се постигнат принципите на селф-мениджмънта и третичната профилактика и ресоциализацията на пациента.

В домашни условия е необходимо да бъде предоставена информация и създаване на организация на грижите, които да отговаря от една страна на адекватните потребности на пациента след изписване от лечебното заведение и от друга – да не нарушава съществено качеството на живот на всички членове на семейството. Действително термичната травма неминуемо предизвиква сериозни негативни емоции във всяко едно семейство, но за да променят своята нагласа и начин на живот те трябва да получат съответната професионална помощ и обучение.

За съжаление обаче, здравноосигурителната система в нашата страна не включва заплащане на здравните грижи в доболничната помощ и това ще бъде още един не малък финансов разход за семействата, ако те желаят помощ от квалифицирани медицински специалисти (рехабилитатори, психолози, пластични хирурзи, медицински сестри, социални работници и др.). Ето защо са необходими законови и организационни промени, които да създадат условия и да гарантират качеството на грижите на тези пациенти.

3. Модел за прилагане на качествени здравни грижи при лечение на пациенти с изгаряния

Въвеждането в практиката на модел за ефективни грижи при лечение на изгарянията е предпоставка за оценка на качество, отговарящо на изискванията за своевременност, достатъчност и добра медицинска практика.

Предложеният модел се основава на *методът на критичната пътека* в лечебния процес на изгарянията и предлага насоки за стандартно поведение на медицинските специалисти и планиране на грижите в различните етапи на лечение. Научно доказаните и утвърдени функции на ПЗГ са ясно дефинирани, извършват се едновременно в съответствие с многообразието и динамиката на лечебния процес.

Ефективната организация на здравните грижи следва да бъде постигната, чрез използването на съвременни методи и средства за прилагане на добра медицинска

практика. Подобряването на организацията и определяне на правилата за работа на медицинските екипи са фактор за оценка на качеството на здравните грижи в лечебните заведения. При планиране на грижите за пациенти в домашни условия, ПЗГ използват теоретични познания, умения за оценка, професионален опит за определяне на индивидуалния подход. Непрекъснатият преглед на планираните грижи улеснява оценката, поетапното документиране на всеки един от постигнатите резултати и своевременната приемственост на екипа.

Професията на различните категории на професионалистите по здравни грижи интензивно се развива с все по-голям обхват на професионални отговорности в т.ч. педагогически функции за запазване на здравето на пациента и неговите близки. Процесът за превъзможване на настъпилите промени е насочен към функционалното и психосоциално възстановяване в дома и семейството. Планирането на дългосрочни и краткосрочни цели за постигане на желаните резултати целят да се запази автономността и да се съхрани личността и достойнство на пациента.

Схема 6. Модел за прилагане на качествени здравни грижи при лечение на пациенти с изгаряния



Табл. 29. Планиране на грижи във възстановителния период на пациенти след изгаряния в дома и семейството

Насоки	Интервенции
1. Грижи за раната	Хигиенен тоалет - вид сапун, температура на водата, честота и времетраене на баните.
	Облекло и поддържане на оптимална температура на тялото
	Температура на околната среда
	Двигателен режим – употреба на шини, честота и методи за раздвижване
	Лекарствени средства за локално приложение по назначение.
2. Обучение на пациента и неговото семейство	Мениджмънт на болката
	Хранителен режим
	Упражнения за раздвижване на засегнатите участъци
	Превенция на възможни усложнения (инфекции, контрактури, кахексия и др.)
3. Оценка на поставените резултати	Поетапно документиране на постигнати резултати във всяка една насока и прилагани интервенции
4. Информираност за възможна реконструктивна и пластична хирургия	При показания - насочване към клиничен специалист по ПВЕХ
5. Насочване към институционални структури за грижи на пациент след изгаряне	Оценка на способността на пациента сам да се грижи за себе си или помощ от семейство и близки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болестта и здравето не са неизбежни явления и те не засягат еднакво всички хора. В живота тази вероятност подлежи на промяна под влияние на редица рискови фактори: социално-икономическите, културните условия, условията на околната и трудовата среда, начина на живот, които имат съществено въздействие върху индивидуалното здраве и могат да провокират проява на болест, независимо дали имат или не предразположение към нея. Запазването на здравето и активността на хората, увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и допринася за устойчивото икономическо и социално развитие на всяка страна.

Прилагането на ефективни и качествени здравни грижи при пациенти с тежки изгаряния се основава на познания за научно доказани подходи в практика, познания на патофизиологията, целите на лечението и превенцията на усложненията. Това поставя изисквания към базовата подготовка и компетентност на медицинските специалисти по здравни грижи, като комплекс от знания, умения и професионално поведение.

С развитието на медицинската наука и практика професионалните компетенции на специалистите по здравни грижи придобива едно ново измерение, колкото и сложно да изглежда диференцирането на автономните функции и отговорности в провеждането на лечебния процес. Ролята на професионалистите по здравни грижи в съвременното здравеопазване непрекъснато се разширява. Медицинските специалисти се насочват към изследвания в областта на своята професионална дейност и допринасят за утвърждаване на подходи за добра медицинска практика, които да гарантират повишаване на ефективността и качеството на здравните грижи. Правилното организиране на професионалната дейност изисква да бъдат разработени средства, които да дават указания за извършване на дейностите и грижите според съществуващите стандарти и добри практики.

ИЗВОДИ

1. Значителна част от професионалистите по здравни грижи с реализация в хирургичните, спешните и интензивните отделения и клиники са във възрастовата група от 41 г. до 50 години (34,22%) и общ трудов стаж от 21 до 30 години (30,90%).
2. Водещ мотивиращ фактор при избора на професионална реализация в сферата на хирургичните грижи за професионалистите по здравни грижи е удовлетвореността им от резултатите, които се постигат за пациента (44,50%), а така също и удовлетвореността им от възможностите за професионално развитие в областта на хирургичните грижи (35,20%).
3. Самооценката на професионалистите по здравни грижи по отношение на теоретичната и практическата подготовка за извършване на специални грижи при пациент с изгаряне показва необходимост от обучение (37,40 – „в известна степен“). Съществува статистически значима зависимост между общия трудов стаж на специалистите по здравни грижи и тяхната практическа подготовка за полагане на грижи при пациенти с изгаряния ($p < 0.05$).
4. В практиката на професионалистите по здравни грижи се налага да извършват грижи за пациент с изгаряния (37,40%), но в практиката не са въведени протоколи за здравни грижи (40,10%), които да описват стандартното поведение в структурите на доболничната и болничната помощ.
5. Студентите, които се обучават по специалността “медицинска сестра” считат, че теоретичната и практическата им подготовка е недостатъчна за да извършват грижи за пациент с изгаряне.
6. Значителна част от студентите имат желание за участие в свободно избираема дисциплина по темата, но и също препоръчват в практическото им обучение да бъде включена клинична практика в специализирани структури за лечение и грижи на пациенти с изгаряния.
7. Разработването и въвеждането в практиката на стандартни алгоритми за поведение и грижи при пациент с изгаряния е възможност за обучение на професионалистите по здравни грижи от всички структури на здравеопазната система и за повишаване качеството на грижите при пациенти с изгаряне.

8. Травмите и изгарянията са ежедневни в съвременното общество, поради което е необходимо провеждането на следдипломно обучение на специалистите по здравни грижи и повишаване на професионалната им квалификация в тази насока.

ПРЕПОРЪКИ

Към Министерството на здравеопазването и НЗОК:

1. Министерството на здравеопазването и НЗОК да регламентират в медицинския стандарт по ПВЕХ изисквания за обхвата на дейност и критерий за оценка на качество на здравните грижи.
2. Министерството на здравеопазването и НЗОК да регламентират нормативно изискванията, финансирането и контрола на здравните грижи в периода на долекуване в домашни условия.

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи:

1. Да се изработи квалификационна характеристика на ПЗГ полагащи медицински грижи и обучение на пациенти с изгаряне за самопомощ в домашни условия, като се регламентират отговорностите.
2. Националният съвет по качеството към БАПЗГ съвместно с ПЗГ работещи в специализирани структури за лечение да разработи стандарти за здравни грижи при пациенти с изгаряния в доболничната и болничната медицинска помощ.

Към Висшите училища:

1. Медицинските Университети да разработят програми за следдипломно обучение на медицински специалисти за лечение и грижи при пациенти с изгаряния.
2. В програмите за практическо обучение на студенти да се осигури по възможност за провеждане на клинична практика в специализирани структури за лечение.
3. Студентите съвместно с преподавателите по профилиращите дисциплини да разработят Проекти за повишаване информираността на населението по отношение на тежестта и последствията от най-често срещаните видове изгаряния с цел превенция на рисковите фактори в битовата и училищна среда.

Към Лечебните заведения:

1. Да се въведат Протоколи за здравни грижи и Стандарти на поведение на ПЗГ в извънболнична и болнична помощ при лечение на изгаряния.

ПРИНОСИ

С научно-теоретичен характер:

1. Представени са насоките за прилагане на сестринския процес при лечение на пациенти с изгаряния.
2. Предложени са стандартни подходи за прилагане на качествени грижи в различните етапи на лечебния процес се основават на съвременни научно доказани подходи в световната практика.
3. Предложени са насоки за полагане на комплексни грижи и подходи за самопомощ на пациенти във възстановителния период след изгаряния в дома и семейството.
4. Въвеждането в практиката на модел за качествени здравни грижи при лечение на изгарянията е предпоставка за добра медицинска практика и качество на здравната услуга в извънболничната и болнична помощ.

С научно-практически характер:

1. Разработено е учебното съдържание на програма за следдипломно обучение на медицински сестри за прилагане на качествени сестрински грижи при лечение на изгаряния.
2. Разработена и предложена програма за СИД на тема „Сестрински грижи при пациенти с изгаряния” в обучението на медицински сестри в Медицински Университет.
3. Изработеният и приложен модел за здравни грижи при лечение на изгарянията ще повиши професионалната компетентност на ПЗГ и уменията на студентите за планиране на грижите при пациенти с термична травма.

**СПИСЪК НА НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С
ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

- **Димитрова А.** Стандартен алгоритъм на поведение при пациент с термичен шок. Тридесет и девета научно-технологична сесия, Контакт 2017, София (30.06.2017). Гражданска идея в действие. Сборник статии.
- **Димитрова, А., Г. Чанева, М. Димитрова, Т.Попова.** Качество на интензивните грижи при лечение на пациенти с изгаряния. Международният медицински журнал «MEDICUS» (№ 5 (17), септември)
- **Димитрова, А., М. Димитрова, П. Бикова.** Потребност от професионална компетентност на студентите от специалност „Медицинска сестра“ за поведение при пациенти с термична травма., сп. Сестринско дело, бр. 3, 2017