

ISBN 978-619-7829-03-7

ДИМИТРИНА МИЛИКИНА

**УПРАВЛЕНИЕТО
НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ
В ИНТЕНЗИВНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ —
ОСНОВЕН ФАКТОР ЗА КАЧЕСТВО**

Димитрина Миликина

**УПРАВЛЕНИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ
ГРИЖИ В ИНТЕНЗИВНИТЕ
ОТДЕЛЕНИЯ – ОСНОВЕН
ФАКТОР ЗА КАЧЕСТВО**

Централна медицинска библиотека  Медицински университет – София

2025

**УПРАВЛЕНИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В ИНТЕНЗИВНИТЕ
ОТДЕЛЕНИЯ – ОСНОВЕН ФАКТОР ЗА КАЧЕСТВО**

© *Димитрина Миликина, автор*
Българска, първо издание, 2025 г.

ISBN 978-619-7829-02-0

ISBN (e-book) 978-619-7829-03-7

Рецензент: *Доц. К. Богданова, дм*

© Издател: Централна медицинска библиотека
Медицински университет – София
1431 София, ул. „Св. Г. Софийски“ № 1
тел.: 02 952 31 71
e-mail: library@cml.mu-sofia.bg
<http://cml.mu-sofia.bg>

Езикова редакция и корекция: Св. Цветанова

Страниране: О. Маркова

Дизайн на корица: К. Зографова

РЕЦЕНЗИЯ

Проблемът за ефективността на медицинската помощ придобива все по-актуално значение не само като рефлексия от насочеността на съвременната международна политика в здравеопазването, а и като качество в здравеопазването – има медицинско, етично и хуманно значение, но представлява интерес и от гледна точка на управлението и финансирането на здравеопазването в условията на здравноосигурителна система.

Представената от ас. Д. Миликина книга „Управлението на здравните грижи в интензивните отделения – основен фактор за качество“ предизвиква интерес поради факта, че интензивните грижи са непрекъснат, динамичен лечебен процес, при който своевременното, правилното и точно реагиране на промените в състоянието на пациента са от важно значение за успешния резултат. Актуалността ѝ се обуславя от проблемите, свързани с ефективността и качеството на интензивните грижи. Голямата наблюдателност, внимание, опит и прецизност в работата на медицинската сестра водят до навременно разпознаване на риска за живота на болния и до бърза и адекватна реакция за справяне в критичните ситуации. Добрата организацията и качеството на медицинското обслужване имат фундаментално значение за конкурентоспособността на лечебното заведение в условията на пазарна икономика.

В теоретичния анализ авторката е направила изчерпателен обзор по темата, обхващайки всички аспекти на интензивните грижи. Анализът е базиран на голям брой чуждестранни проучвания, разкрива се връзката между мениджмънта, организацията, нивото на професионална компетентност както на медицинските сестри, така и на ръководителите по здравни грижи, мотивацията за работа. Констатирана е необходимостта от повишаване на качеството на здравните грижи, като то е свързано с подобряване на организацията на работата в отделението и показва необходимостта от въвеждане на единен модел на интензивните грижите.

Проведеното проучване от Д. Миликина включва изследване на мнението и нагласите при медицински сестри, работещи в интензивния сектор на здравните заведения; ръководители по здравни грижи в интензивните отделения, както и на студенти, като е използван адаптиран въпросник за оценка на признаци, свързани с организацията на работата; с подготовката и мотивацията им за работа, с ролята и мястото на медицинската сестра в процеса на интензивно лечение. Задълбочено са анализирани проблеми, свързани с организацията на работата, с възможностите

и мотивацията за развитие на компетенциите на здравните специалисти. Осъществено е обстойно аналитично-емпирично изследване в областта на обучението и развитието на компетенциите, преодоляването на предизвикателствата в работата в интензивните отделения. Установени са взаимовръзки между възрастта, образователната степен, професионалният стаж и квалификацията на медицинските сестри – това са основните фактори, които определят отношението им към качеството на здравните грижи.

Важен аспект от проведеното проучване е доказването на ролята на медицинската сестра и значението на сестринската професия не само по отношение на качеството и ефективността на медицинската помощ, израз на които е удовлетвореността на пациентите и техните близки, но и в контекста на икономическата стабилност на здравните заведения в условията на свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

Анализирайки възникналите проблеми от изследването, авторката е представила оригинален управленски модел за осигуряване на качествени здравни грижи в интензивните отделения. Практическото приложение на модела за грижи, който е различен от традиционните модели за сестрински грижи, ще даде възможност да се повишат показателите и критериите за качество в интензивните грижи, което от своя страна е необходимо, за да се отрази спецификата и целите на интензивните грижи.

Разработеният труд от Д. Миликина определям като ценно помагало в областта на управлението на интензивните грижи, чиято цел е оптимизиране на качеството и ефективността, основен фактор за чието постигане е ролята на медицинската сестра и значението на сестринската професия.

Доц. К. Богданова, дм

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	7
Част I. Теоретични основи	9
Мениджмънт на качеството в системата на здравеопазването.....	9
Елементи и фактори на качеството на здравните грижи.....	11
Индикатори за качество на здравните грижи.....	14
Модели за управление на качеството на грижите.....	19
Професионални компетенции на медицинските сестри като фактор за качество на здравните грижи	21
Професионална компетентност на реанимационните сестри	27
Възникване и развитие на реанимацията и интензивното лечение	32
Исторически аспекти на интензивното лечение в България	35
Основни принципи на интензивното лечение.....	41
Структура и медицинско оборудване, показания за лечение на пациенти в интензивните отделения.....	44
Организация на интензивните грижи	54
Основни аспекти и проблеми на качеството в интензивните грижи	57
Част II. Резултати от собствено проучване.....	62
Анализ на резултатите относно социален и професионален опит, компетенции и мотивация за работа и прилагане на здравни грижи в интензивен сектор.....	64
Анализ на резултатите относно организация и качество на здравните грижи в интензивните отделения.....	83
Анализ на резултатите от анкетното проучване на ръководителите по здравни грижи – социален и професионален профил, оценка на организацията на работата в интензивните отделения	95
Възможности за повишаване на квалификацията и развитие на компетенциите на здравните специалисти в интензивните отделения.....	104
Анализ на резултатите от анкетното проучване на студенти от специалност „Медицинска сестра“	108
Проучване на връзките между отделните групи респонденти и някои от изследваните показатели	116
Изводи	120
Управленски модел за осигуряване на качествени здравни грижи в интензивните отделения.....	122
Заклучение	126
Библиография	128

НЯКОИ ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

- БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
- БЧК – Български червен кръст
- БДЧК – Българско дружество на Червен кръст
- ВМУ – висш медицински университет
- ВМА – Военномедицинска академия
- ДКЦ – диагностично консултативен център
- ДВТ – дълбока венозна тромбоза
- ЗГ – здравни грижи
- ЗЗ – Закон за здравето
- ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения
- КАИЛ – Клиника по анестезиология и интензивно лечение
- МБАЛ – многопрофилна болница за активно лечение
- МЦ – медицински център
- МК – медицински колеж
- НЗОК – Национална здравноосигурителна каса
- УЗГ – управление на здравните грижи
- NANDA – Северноамериканска асоциация по сестринска диагноза
- PIGAS – Програма за управление и статистически анализ

ВЪВЕДЕНИЕ

Подобряването на качеството на здравните дейности трябва да е приоритетна стратегическа цел, насочена към осигуряване, поддържане и подобряване на здравното благосъстояние и качеството на живот на обществото.

Проблемът за ефективността и качеството на медицинската помощ придобива все по-актуално значение не само, като рефлексия от насочеността на съвременната международна политика в здравеопазването, но поради съвкупното влияние на редица фактори:

- интензивното развитие на медицинската наука, практика и технологии;

- навлизането на пазарните механизми в системата на здравеопазването и растящата конкуренция на пазара на здравните услуги;

- все по-нарастващата „здравна грамотност“ на потребителите на здравни грижи и услуги и очакванията им за по-добро качество и адекватност по отношение задоволяване на техните здравни потребности;

- осигуряването на равнопоставеност и справедливост на всички граждани на Европейския съюз при ползване на здравно-социалните им права.

Качеството в здравеопазването има медицинско, етично и хуманно значение, но представлява интерес и от гледна точка на управлението и финансирането на здравеопазването в условията на здравноосигурителна система.

Основен елемент в управлението на качеството на здравното обслужване е неговата оценка. Оценката на качеството е установяване на ефективността на здравното обслужване в нейната същност – медицинска, социална и икономическа. В съответствие с обществения интерес към проблемите на здравеопазването се използват различни методи за оценка на ефективността и качеството на здравните услуги чрез: медицински стандарти; вътрешен и външен медицински одит;

измерване удовлетвореността на потребителите на здравни дейности, грижи и услуги.

Изучаването на тези проблеми и търсенето на решения на въпросите, свързани с ефективността и качеството на интензивните грижи като важна част от медицинската помощ, стоят в основата на настоящата книга.

В теоретичен план са представени: мениджмънтът на качеството в системата на здравеопазването като елементи, фактори и модели за управление; исторически аспекти на интензивното лечение в България, както и неговите основни принципи, организация и проблеми в качеството. Специално внимание е отделено на професионалните компетенции на медицинските сестри като фактор за качество на здравните грижи.

В собствено проучване са анализирани резултатите от анкетирането на медицински сестри, работещи в интензивни сектори на лечебните заведения; ръководители по здравни грижи, както и на студенти от специалност „Медицинска сестра“.

Разработен е управленски модел за осигуряване на качествени здравни грижи в интензивните отделения, който да включва основните елементи за осигуряване на качествени здравни грижи в болничните структури по интензивни грижи чрез управленските подходи, които ще осигурят качество посредством отчитане на спецификата на интензивните грижи, компетенциите и отговорностите на сестринския персонал и материалната осигуреност на болничните отделения. Разработена е и Програма за следдипломно обучение на ръководителите по здравни грижи, насочена към повишаване на качеството в интензивните отделения.

***Благодарности:** Реализирането и издаването на настоящата книга, базирана на дисертационен труд, е осъществено с финансовата подкрепа по Национална програма „Млади учени и постдокторанти – 2“.*

ЧАСТ I. ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ

МЕНИДЖМЪНТ НА КАЧЕСТВОТО В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Системата на здравеопазване и нейното функциониране заемат централно място във фокуса на общественото внимание. Глобалните проблеми, свързани с епидемиологичните явления през последните години, наред с повишаването на средната възраст на населението и хроничната заболяемост, привличат още повече интереса на обществото към здравните грижи и медицинската помощ като цяло. Тяхното качество и ефективност се възприемат като един от главните критерии за жизненото равнище на даден регион или страна [1, 2].

Основната цел на здравеопазването е да се поддържа и подобрява здравословното състояние на нацията, като се осигурява здравето на всеки член на обществото, предотвратява се, лекува се и се ограничава разпространението на заболяванията и се облекчават страданията на пациентите. В съответствие с обществено-политическите и социално-икономическите условия в страната е разработена Национална здравна стратегия, съобразена с принципите, заложи в „Европа 2020 – Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж” на Европейския съюз. Главните акценти са поставени върху човешките ресурси в здравеопазването, организацията и структурирането на здравното обслужване, усвояването на ресурсите и финансирането на системите [20, 24, 27].

Здравната политика на държавата е система от дългосрочни решения, държавна власт и управление на поставените настоящи и бъдещи цели и задачи в сферата на здравната система. Измерването на здравния статус и качеството на живот на населението са в основата на здравната политика

в страната. Ефективността на всяка здравна политика се определя от два основни критерия – подобряване на здравето и нивото на положителната промяна на здравето, което ще намали неравенство на отделните социалноикономически групи от населението [38, 55, 56].

Здравният мениджмънт е управленски процес при ясно поставени краткосрочни и дългосрочни цели, добра организация и оценка на ефективното функциониране на здравната система. Протичащите реформи в здравеопазването са насочени към нов тип управленски решения за организационна промяна на мисията, методите и организационната култура в системата [30, 59].

Състоянието на националната икономика като част от глобалната икономическа система определя възможностите за развитие на здравеопазването [40].

В този контекст, съществуването на лечебните и здравните заведения в условията на пазарна икономика ще зависи преди всичко от удовлетвореността на пациентите и качеството на медицинската помощ, в която основно място заемат здравните грижи. Това подчертава тяхното фундаментално значение както за устойчивото развитие на лечебното заведение, така и за здравеопазването като обществено-социална сфера, определяща до голяма степен жизнения стандарт на хората в страната [14, 19, 57, 58].

Осигуряването на качествени здравни грижи и медицинска помощ, базирани на доказателства, промоцията на здравето, пазарният механизъм и социалната справедливост в управлението на здравните ресурси са задължителни приоритети на здравните реформи. Успешната им реализация изисква повишаване на отговорността на пациента и обществото като цяло за собственото здраве и издигане на организационната култура в здравеопазването [29, 34, 35, 61].

ЕЛЕМЕНТИ И ФАКТОРИ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

Решаването на проблемите, свързани с определяне на отговорностите, дейностите, правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи, е основен фактор за повишаване на качеството на здравните грижи [15, 98, 99]. Според редица автори в областта на мениджмънта и управлението ролята на ръководителя се състои в планиране, организиране, насочване и контрол на финансовите, човешките и материалните ресурси, с цел възможно най-ефикасно постигане на поставените от организацията цели [28, 25].

Тези въпроси са регламентирани в съответните нормативни документи, но от това доколко точно и ясно са формулирани дейностите на ръководителите по здравни грижи, зависи качеството на здравните услуги и възможностите за неговото повишаване чрез подобряване на организацията в лечебното заведение [12, 134].

Качеството в здравеопазването може да се разглежда и като ефективност на здравните услуги по отношение на ценността и полезността на резултатите и степента на реализация на поставените цели за подобряване на здравния статус. Ефективността може да бъде систематизирана в следните категории:

- вътрешна икономическа ефективност – за отрасъл здравеопазване;

- икономическа ефективност, проявяваща се извън системата на здравеопазване;

- медицинска ефективност;

- социален ефект и ефективност – по отношение на здравното равнище на населението и общото благосъстояние на нацията [71].

Свободният избор на лечебно заведение от страна на пациентите, макар и регулиран от подзаконови и административни актове, създава предпоставки за конкуренция. Всички тези промени и особено засилената автономия на лечебните заведения, не само формират нови структури и дейности за тяхното управление, но поставят и изключително високи изисквания към компетентността на управленските органи на всички нива [53, 100, 135].

Обучението и подготовката на персонала имат важно значение за качеството и ефективността на здравните грижи и до голяма степен определят тяхната рентабилност, като влияят съществено върху икономическите стабилност на лечебното заведение [11, 13].

Съществува мнението, че с течение на времето развитието на здравните заведения ще зависи все повече от избора на пациентите, който от своя страна се определя от нивото на предложеното качество на здравни услуги. Ето защо здравният мениджър следва да търси най-ефективния и едновременно с това най-целесъобразния икономически модел за предоставяне на здравна помощ [16, 36].

Устойчивото развитие на здравните структури в условията на конкуренция и пазарна икономика ще зависи от това, доколко гъвкав и адаптиран към социално-икономическите реалности в развитието на обществото е икономическият модел на управление на грижите [63, 72].

Прилагането на ефективни и резултатни здравни грижи е възможно при осигуряването на достатъчен брой персонал. Демографските промени у нас, както и в много европейски страни, обуславят недостиг на човешки ресурси и умения [8, 118, 139].

Лекарите и професионалистите по здравни грижи, както и болничните мениджъри, са основната движеща сила за осигуряване и повишаване на качеството в системата на здра-

веопазването. Най-многобройната група професионалисти в тази сфера са медицинските сестри. Те осигуряват непрекъснатото наблюдение и грижи за пациентите [73, 104].

Реформите в сферата на здравеопазването във всички случаи се основават на научно обосновано управление на персонала, като в тази насока една от най-важните задачи в условията на ограничено финансиране на лечебните заведения е определянето на оптималния брой здравни специалисти, необходими за предоставяне на качествени здравни грижи [137, 138].

Доц. А. Петков прилага немска аналитична методика за изчисляване на необходимия сестрински персонал, базирана на следните показатели:

- базовата стойност на сестринските грижи;
- стойности на грижите за различните групи пациенти;
- стойност за всеки приет пациент;
- стойности за обслужването на пациенти на дневен стационар.

Използва се класификация на общи и специални грижи, разделени на следните групи:

- основни дейности;
- разширени дейности;
- особени дейности.

Прилагането на научни подходи и методи при управлението на персонала е гаранция за повишаване на качеството на сестринските грижи [74, 101].

През последното десетилетие се наблюдават нарастващи потребности от медицинска помощ при все по-ограничени финансови ресурси и намалена обезпеченост с професионалисти по здравни грижи, в т.ч. медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, фелдшери, медицински и рентгенови лаборанти и други [76, 102].

Разпределението на медицинските специалисти в различните райони на страната е непропорционално и небалансирано. Това затруднява достъпа на населението до здравни грижи и създава определени проблеми при работата на медицинския персонал. В някои региони се работи в намален числен състав или при липса на някои специалисти, които са твърде важни за местното здравеопазване. Така се влошава качеството на предоставяната медицинска помощ и се понижават ефективността и резултатите от медицинския труд [87, 105, 141].

ИНДИКАТОРИ ЗА КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

Оценката на болничното обслужване се осъществява въз основа на количествени и качествени показатели.

Количествените показатели включват: използваемост и оборот на леглата; система на хоспитализация (планова и спешна); средно време на престой на легло; маршрут на болния.

Качествените показатели за оценка на болничното обслужване обхваща: общ леталитет; леталитет в първите 24 часа на хоспитализацията; смъртност на неоперирани болни; усложнения след операция; среден престой за лечение на болен; процент на преведени в друго отделение или здравно заведение; честота на повторните хоспитализации; процент на съвпадения на диагнози от извънболничната и стационарната помощ, както и на клинична и патологоанатомична диагноза; време за чакане или отказ от хоспитализация; индикации за хоспитализация; вътреболнични инфекции; процент жалби и процент основателни жалби [31].

Организацията *Malcolm Baldrige Award* изработва следните индикатори за постиженията на болницата по отношение на здравните грижи:

- *Постигания в областта на грижите* – намаляване на времето за прием на пациента, регулиране на инфекциите,

съкращаване на продължителността на болничния престой, намаляване на вътреболничните инфекции, увеличаване на амбулаторните грижи за хронично болните, качество на живот след хоспитализация.

- *Професионални постижения* – намаляване на пропуските и грешките, развитие на грижите в съответствие със законодателството, повишаване на продуктивността.

- *Постигания, свързани с пациентите* – доверие на пациентите, оплаквания, резултати от анкети за удовлетвореност на пациентите.

- *Пазарни и финансови постижения* – прибавената стойност от дейността на персонала, различни финансови съотношения, участие в пазара.

- *Функционално състояние* – психично и физическо състояние на пациентите, социални фактори, борба с болката и измерване на риска.

- *Координация на грижите* – ефикасност на грижите, уместност на лечението.

- *Клинични компетенции* – компетенции на персонала по отношение на грижите, степен на образование.

- *Клинични резултати* – вътреболнични инфекции, заболяемост, повторни приеми на пациент в болницата, оклузии.

- *Финансови резултати* – директна и индиректна стойност, продължителност на престоя.

- *Измерване на удовлетвореността* – изучават се перспективите за пациента, неговия опит в лечебния процес, адекватност на информацията, обучение, оценяване на качеството на живот по време на лечението [128, 129].

Uradhyai и съвт. групират елементите на качеството в здравеопазването на *медицински* и *немедицински*. Към медицинските елементи се приобщават техническото и междуличностното качество, както и резултатите от здравната услуга по

отношение на взаимовръзката лекар–пациент. Немедицинските елементи включват условията на качеството, индикаторите за достъпност и чувствителност, чрез които се оказва индиректно влияние върху здравето [148].

В САЩ при оценка на качеството в здравеопазването се изработват и индикатори за оценка качеството на сестринските грижи в няколко насоки:

- вътреболнични инфекции;
- грешки и пропуски от страна на специалистите, оказващи грижи;
- удовлетвореност на пациента от: сестринските грижи, борбата с болката, информацията за обучение относно здравословното му състояние и лечение;
- пациенти с декубитус;
- удовлетвореност на сестринския екип;
- участие на различните специалисти по здравни грижи;
- оценка на общия брой часове за оказване на грижи за пациента, както и броя дни [146, 147].

В много европейски страни и САЩ се прилага автооценяване на сестринската практика. Професионалистите по здравни грижи считат за необходимо да осъществяват контрол на качеството на своите дейности независимо от външния контрол на качеството на грижите. По този начин се получава още по-точна и обективна оценка на качеството на грижите. Това повишава възможностите на ръководителите по здравни грижи да изготвят и внедряват модели за управление, които да подобряват ефективността на лечението в здравните заведения в съответствие с икономическите условия, а също така да помагат за издигане авторитета на сестринската професия.

Националната лига на медицинските сестри в САЩ публикува ръководство за самооценка на грижите, включващо около 600 въпроса, разпределени в следните пет групи,

отнасящи се до: нараняване и нанасяне на вреда на пациента; определяне на потребностите на пациента; планиране на грижите; изпълнение на грижите; статистически данни за оздравелите и за смъртните случаи.

Стандартите за грижи осигуряват рамка за постигането на оптимални сестрински грижи. Приложени ефективно, стандартите помагат да се дефинират, организират, приложат и оценят грижите за пациента. В професионалната сестринска практика полаганите грижи трябва да се разглеждат като подход за решаване на проблемите на пациента, в съответствие с неговото индивидуално състояние [127, 132].

Стандартите за интензивни сестрински грижи се разглеждат в две части – *процесни* и *структурни* стандарти.

Процесните стандарти отразяват клиничната практика и включват:

- информация за пациентите, събирана продължително време, където и да се намират;
- определяне на приоритетните проблеми/нужди на пациента въз основа на събраната информация;
- формулиране на подходящ план за сестринските грижи;
- прилагане на плана в съответствие с вече идентифицираните приоритетни проблеми/нужди на пациента;
- непрекъснато оценяване на резултатите от сестринските грижи.

Структурните стандарти обхващат изисквания на пациента към заобикалящата среда в отделението:

- да е устроено така, че да предоставя сигурна и подпомагаща среда за пациентите и за специалистите, полагащи грижи за тях;
- да е конструирано, оборудвано и да процедира по начин, предпазващ пациентите, придружителите и екипа от рискове с електричеството;

– да е конструирано, оборудвано и да процедира по начин, предпазващ пациентите, посетителите и персонала от риск за пожар.

– да е основно оборудвано с поддържаща техника и материална осигуреност за незабавно осъществяване на грижи по всяко време;

– да има всеобхватна програма за контрол на инфекциите;

– да се управлява по начин, осигуряващ безопасни и ефективни грижи за болните;

– да има квалифицирани специалисти, осигуряващи грижи в рамките на 24 часа;

– да се осигурят на пациентите безопасни сестрински грижи;

– да има подробна, систематизирана и актуализираща се програма за оценка на грижите за тежко болните.

– медицинските сестри в отделението трябва да са компетентни и запознати със съвременните тенденции в грижите за тежко болни;

– оценката за медицинската сестра в интензивното отделение трябва да се основава на отговорностите, определени от длъжностната ѝ характеристика;

– да се ръководи по начин, който гарантира предлагането и осъществяването на хуманни и етични грижи.

– сестринските грижи да включват провеждане и използване на резултатите от клиничните изследвания.

Процесните стандарти описват самото естество на сестринската работа. Те са насочени към практиката на медицинските сестри и са приложими към всички области от сферата на грижите. Спецификата на структурните стандарти се обуславя от това, че се отнасят към средата на работа [119, 150, 144, 149].

МОДЕЛИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ГРИЖИТЕ

При провеждането на експеримент в Института „Густав Руси“ (Institut Gustave Roussy) във Франция за информатизирано управление на качеството на грижите е констатирано нарастване на цената на болничното обслужване в съответствие с повишаване на качеството на грижите за пациента. Именно оценяването на качеството на грижите позволява да се установи доколко цената отговаря на тяхното качество [136].

На базата на този експеримент е разработен модел за оценяване качеството на грижите, базиран на класификацията на Донабедиан, на три нива – анализ на ресурсите, анализ на процесите, анализ на резултатите.

При **анализ на ресурсите** качеството на грижите се свързва с осигуряването на достатъчно и добре обучен персонал, използването на необходимото съвременно оборудване и нивото на управление [89, 131].

Анализът на процеса включва изработени норми за процедури, покриващи всички дейности на екипа, осъществяващ грижи. Те позволяват извършване на бърз и периодичен контрол на грижите и тяхната специфичност, която трудно може да се контролира от външните оценители. Анализът се провежда на две нива: първо – дали се прави или не се прави, и второ – изготвя се оценка на качеството на изпълнение на грижите.

Трябва да се подчертае, че да се направи **анализ на резултатите** от положените грижи е много трудно, както и това да се изразят с точна оценка. Ето защо в разработения модел резултатите са ориентирани към постигане на целите, поставени от съответните специалисти.

Оценяването на грижите, осъществявани от медицинските сестри, е насочено към извършване на продължителни, адапти-

рани и индивидуални грижи. Прилагането на методология наречена *Подход за сестрински грижи* включва четири етапа:

1. Събиране на данни и анализирането им за идентифициране на здравен проблем на пациента.

2. Определяне на целите на грижите, изработени от екипа и болния, в съответствие с открития проблем.

3. Планиране и адаптиране на дейностите по осъществяване на грижите.

4. Оценка на дейностите.

При събирането на данни медицинската сестра се ръководи от концептуалния модел за сестрински грижи на Вирджиния Хендерсон, тъй като по този модел протича обучението на медицинските сестри във Франция. Според модела на Хендерсон хората имат 14 основни нужди. Медицинската сестра събира информация за нуждите или идентифицира проблем в сферата на сестринските грижи в съответствие с компетенциите си (регламентирани от Декрета за компетенциите от 17.07.1984 г.). Откритият проблем се дефинира като *сестринска диагноза*, основаваща се на знанията и специфичната технология на сестринската професия. В обучението на медицинските сестри от Института „Густав Русси“ (Institut Gustave Roussy) е заложено прилагането на лист с 50 сестрински диагнози, разработени от *Североамериканската асоциация по сестринска диагноза* (NANDA) [142, 143].

След поставянето на сестринската диагноза, медицинската сестра изработва *писмен план за грижи*, съдържащ цели и дейности за решаване на проблемите на пациента. Поставената цел е така формулирана, че резултатът да бъде наблюдаван и измерен.

Дейностите за осигуряване на грижи могат да са: технически, за обучение и по отношение на взаимоотношенията. Те съдържат своеобразно предложение, което отговаря на въз-

можностите на института и нивото на компетентност на персонала. Количествената оценка се извършва чрез оценяване на постигането на целите за предварително определен период.

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

Успешното внедряване в практиката на подобни модели за управление на качеството на здравните грижи изисква адекватно обучение на медицинските сестри и зависи от професионалните умения на ръководителите по здравни грижи. Тяхната роля е определяща за оптималното функциониране на всяка една организация или система при съществуващите социално-икономически условия.

Развитието на медицинската наука, технологиите и производството на консумативи и материали с високо качество определят здравните грижи, като изключително сложен процес, който допълнително се усложнява от факта, че всички структурни звена и медицински специалисти в болницата допринасят за общата картина на качеството. Неговото повишаване като условие за устойчиво развитие на лечебното заведение налага комплексно решаване на всички проблеми, от които зависи ефективността на медицинската помощ [120, 121, 18].

ПРОФЕСИОНАЛНИ КОМПЕТЕНЦИИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ КАТО ФАКТОР ЗА КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

Още от ранните години на възникване на медицинската наука и практика основна цел на медицинските специалисти е да се решават проблемите в областта на качеството на медицинската грижа независимо от нивото на познание и слабото

проучване в тази насока на учените. Когато говорим за *качество на грижите* се взема предвид нивото на професионална компетентност, която ще осигури удовлетвореността на пациента от грижите, и крайният резултат от здравословното му състояние [4, 5, 75].

Като качествена здравна услуга се възприема тази, предоставяща на всеки пациент достатъчно диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето в съответствие с актуалното състояние на медицинската наука. Качеството се формира от различни параметри и няма универсален начин за неговото определяне [39].

Факторите, влияещи върху качеството в здравеопазването, са разнообразни и могат да се систематизират в следните групи:

- фактори с общ характер, свързани с потребителското търсене и изисквания;
- технологични фактори;
- организационни фактори;
- икономически фактори;
- социални и психологични фактори [86].

Качеството на здравните грижи се определя като съответствие на въведени норми, възприети от професията, и е приносът на професията за здравеопазването, индивида и населението [54].

Според Г. Грънчарова (2005) за гарантиране на качеството на предоставяните сестрински грижи е необходимо разработване на философия и ясно дефиниране на стандартите и целите на сестринските грижи. Формулирането на философията и целите е елемент на стратегическото планиране, което доказва едновременното осъществяване на основните функции на мениджмънта. Контролните механизми включ-

ват акредитационни процедури, използване на консултанти, средства за оценяване, визитации, доклади, инспектиране и сестрински одити [39].

Специално внимание се отделя на внедряване на екипен подход в здравното обслужване. Това дава възможност за повишаване на ефективността и качеството на грижите в съответствие със спецификата на лечението и с непрекъснатото нарастващите нужди на пациентите в сложните социално-икономически условия [3].

Основен подход при оценката на качеството е установяване на ефективността на здравното обслужване в нейната триединна същност – медицинска, социална и икономическа. Оценката на качеството в здравеопазването трябва да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психо-социалното благополучие и удовлетвореността на пациентите [21].

Сложността на проблемите за качеството в здравеопазването произтича от факта, че всяка здравна услуга има строго индивидуален характер. Многообразието и разностранният характер на проблемите и спецификата на медицинската помощ изискват прилагането на евристичен подход при оценката и заключенията за качеството и управлението на здравните грижи. Това обуславя необходимостта от подготвени експерти, които да ревизират нивото на качеството на здравните грижи и да разработват модели за тяхното управление въз основа на научно доказани статистически методи на изследване [105, 158].

В. Борисов (2004) посочва, че в областта на здравното обслужване, качеството е по-трудно установимо и контролируемо в сравнение с редица други сфери на социалния живот, като причините за тази трудност са главно две – *невъзмож-*

ност за директно и моментно оценяване и многофакторна обусловеност на качеството на здравното обслужване [19].

Качеството на медицинското обслужване се формулира като модел, който обхваща динамична, променяща се и статична резултативна негова страна и включва логична връзка между факторите и съдържателните аспекти на медицинското обслужване [140].

Здравните грижи са важен елемент в цялостния терапевтичен процес и основен фактор за качеството на здравните услуги, чието отражение е удовлетвореността на пациентите. Това придобива особена значимост в съвременните условия на пазарна икономика и конкуренция между лечебните заведения, чиято конкурентоспособност и икономическа стабилност зависят в немалка степен от качеството и ефективността на здравните грижи. Повишаването на последните две е важна предпоставка за устойчиво развитие на здравните структури и зависи от дейностите в няколко основни аспекта:

- прилагане на научнообосновани модели за управление на здравните грижи;
- икономическа ефективност на здравните грижи;
- осигуряване на достатъчен брой персонал;
- повишаване на квалификация и професионалните умения на персонала;
- мотивация на перспективи за кариерно развитие на персонала [33, 37, 108].

Управлението на здравните грижи представлява сложна и многообхватна дейност, чиято същност се заключава главно в мобилизирането на човешките ресурси. Това включва целия човешки потенциал, разглеждан на определено равнище в относително самостоятелно обособена система. Управлението на човешките ресурси е една от най-важните дейности за съвременната здравна организация, тъй като наличието им

е основна предпоставка, чрез която здравните организации могат да се развиват [42].

Хората в дадена организация изпълняват поставените им задачи и преследват общите цели на организацията. Те имат много важно значение за успеха и развитието на здравното заведение, в което работят. Това са отделни личности с различни способности, умения, интереси, характери, темперамент, емоционални прояви, потребности, нагласи, ценности, култура, семейно положение, лични проблеми и съдби, събрани на едно място, обединени от идеята да постигнат общи цели и добри резултати и по този начин да спомогнат за развитието на организацията, в която се трудят [15, 30, 90].

Мениджмънтът на здравните грижи е част от управлението на човешките ресурси на ниво клиника, отделение, медико-диагностична или медико-техническа лаборатория, осъществявано от старшата медицинска сестра (акушерка, лаборант, рехабилитатор). Това е изключително динамичен процес. За да бъде ефективен, мениджмънтът трябва непрекъснато да се адаптира към социално-икономическите и политическите промени в обществото [26].

Трябва да се има предвид, че основна роля в процеса на управление на здравните грижи имат не само ръководителите, но и всеки един професионалист от персонала и екипа като цяло. Това подчертава ролята на организационната и управленската култура като компонент на вътрешната среда, в която се формира качеството [78, 130].

Успешното управление на здравните грижи се заключава в оптималното използване на ресурсите и насочването им към грижите за човека и неговото здраве. Ефективността на този процес и съвременните стандарти за качество на медицинската помощ, обуславят необходимостта от разработване

и внедряване в практиката на научнообосновани модели за управление на здравните грижи. Това трябва да се базира на съвременните теоретични подходи и концепции в мениджмънта на човешките ресурси и икономическата рентабилност на лечебните заведения. Задължително условие за прилагане в практиката на единен методичен модел за управление на здравните грижи (освен наличие на квалифициран персонал) е информационното осигуряване, като основна част от технологията и развитието на здравната система [77, 81, 91].

Правилното организиране на дейността на професионалистите по здравни грижи изисква да бъдат разработени управленски средства, които да дават указания за извършване на дейностите и грижите според съществуващите стандарти и добри практики. Въз основа на това може да се извършва контрол на дейностите и качеството в съответната болнична структура [41].

Въвеждането в практиката на модел за управление на здравните грижи е предпоставка за повишаване на качеството на работата в болничните структури чрез прилагането на научнообосновани и практически утвърдени подходи, методи и средства, които нямат приложение на този етап в сестринската практика в страната. По този начин ще се подпомогне решаването на проблемите, свързани с определяне на отговорностите, дейностите, правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи, като важно условие за повишаване качеството на здравните грижи.

Основните функции на ръководителите по здравни грижи трябва да са насочени към: планиране, организиране, хигиена, контрол и оценка, взаимоотношения и обучение. Тези функции трябва да се осъществяват в единен и непрекъснат цикъл, което изисква способност за бързо преминаване от една управленска функция към друга [14, 15, 21].

Оптимизирането на управлението на сестринските грижи ще спомогне и за утвърждаване на приноса на сестринската професия в съвременното модернизирано здравеопазване.

ПРОФЕСИОНАЛНА КОМПЕТЕНТНОСТ НА РЕАНИМАЦИОННИТЕ СЕСТРИ

Реформите в здравеопазването, членството в Европейския съюз и съвременните постижения в медицината и здравните грижи променят изискванията в професионалната подготовка и реализация на медицинските сестри.

Обучението по специалността „Медицинска сестра“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“ е редовна форма с продължителност 4 учебни години, съответстващи на 8 семестъра и хорариум 4630 часа и придобиване на не по-малко от 240 кредита по *Системата за натрупване и трансфер на кредити*. Теоретичната и практическата подготовка се осъществяват чрез задължителни, избираеми и факултативни учебни дисциплини под формата на лекции, семинари и практически упражнения. Според учебния план на специалността студентите изучават в трети семестър задължителните дисциплини „Анестезиология, реанимация и интензивно лечение“ с хорариум 60 учебни часа и „Сестрински грижи в реанимацията и интензивната терапия“ с 45 учебни часа. Студентите придобиват знания и умения за наблюдение на мониторирани пациенти и извършване на грижи в екип с анестезиолог и реаниматор [23, 66, 106].

Професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно, са регламентирани в седем направления съгласно Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъбо-

техниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

Обхватът на сестринските грижи, насочени към пациенти на интензивно лечение, включва:

- разпознаване на индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременни действия;
- извършване на общ и специален тоалет на болния;
- мониторинг – измерване, регистрация и оценяване на витални показатели;
- подпомагане на дишането, храненето и приемането на течности;
- подпомагане на отделянето;
- съставяне на план за сестрински грижи;
- участие в организацията на профилактиката, контрола и епидемиологичния надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване;
- пред- и следоперативни грижи за пациенти;
- участие при поддържане на оптимална температура;
- подпомагане при избягване на опасности.

Оказването на спешни и неотложни действия при застрашаващи живота на болния ситуации допускат методи за осигуряване и поддържане на жизнените функции на пациента, проходимостта на горните дихателни пътища; извършването на първична реанимация – непряк сърдечен масаж и изкуствена вентилация [67, 80].

Следдипломното обучение по специалността „Анестезиология и интензивни грижи“, съгласно Приложение 1 от Наредба № 1 от 22 януари за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, се провежда за една година с общ хорариум 485 часа.

Учебната програма включва теория и практическо обучение. Теоретичното обучение обхваща шест модула:

1. Организация на работата и комуникации в операционния блок и реанимационните звена: устройство на операционен блок и отделение за интензивни грижи; преданестезиологична консултация и преглед; организация на труда в операционния блок, залата за събуждане и реанимационното отделение (работни графици, планове, екипи); подготовка на материалите; подготовка на залата; комуникационни техники; информационни системи; сестринска документация.

2. Анатомия, физиология и патофизиология: дихателна система; централна и периферна нервна система; ендокринна система; сърдечно-съдова система; отделителна система; чернодробни функции; терморегулация; имунология; болка – анатомия и физиология, физиология на съня.

3. Болнична хигиена: хигиенни норми; стерилизация и дезинфекция; инфекция; поддържане и съхранение на материалите.

4. Анестезиологични техники и фармакология: видове анестезия; техники и грижи за пациента при анестезия на деца и възрастни в различните клинични направления

5. Наблюдение и интензивни грижи за пациента – мониторинг на жизнените функции; реанимационни и интензивни грижи при възрастни в зависимост от патологията, управление на болката; патологични състояния при деца, изискващи реанимационни грижи; хигиенни грижи за болните в интензивни отделения; профилактика на усложненията – декубитуси, тромбоемболии, бронхопневмонии и др.; грижи за болни на изкуствена вентилация; ентерално и парентерално хранене; водно-електролитен баланс и алкално-киселинен статус; грижи за починал болен.

6. Кардиопулмонална ресусцитация при спиране на сърдечната дейност (сърдечен арест); клинична и биологична смърт; кардиопулмонална ресусцитация – алгоритми на поведение; практически упражнения на манекен – ендотрахеална интубация; сърдечен масаж, кардиоверсия, дефибрилация; осигуряване на периферни и централни венозни пътища.

Нивото на професионална компетентност се регламентира от широк обхват общомедицински, хирургични и диагностично-лечебни дейности, които определят интердисциплинарния подход в интензивното лечение. Интензивната терапия се провежда на принципа „постоянна осигуреност 24/7“ с нормативни изисквания за висока професионална квалификация на лекари и медицински сестри.

Професионалната квалификация на медицинските сестри в процеса на интензивно лечение се основава на морално-етични принципи на поведение, последователност, ред и точност при изпълнението на лекарските назначения по часове и минути в денонощието с приоритет към спешни ситуации, застрашаващи живота на болния [96, 97].

Умението за обективна оценка на състоянието на пациента, събирането и анализирането на получените резултати, допринасят за определянето на конкретните потребности и за съставяне на индивидуален план за грижи. Внимание и грижи се отделят специално за личната хигиена, двигателния режим и укрепването на психиката на болния предвид обстановката в интензивните отделения – страх и тревожност на пациентите. Остро настъпилите клинични състояния, налагащи интубация и провеждането на диагностично-терапевтичните процедури като механична вентилация, инвазивни процедури, често водят до невроповеденчески разстройства – тревожност, възбуда, делириум и други [9, 69, 79].

Организацията на работа и спецификата на сестринските грижи в интензивните отделения поставят все по-големи изисквания към базовото образование и следдипломната квалификация на медицинските сестри. Качеството на полагащите грижи се определя от степента на натоварване и от професионалната квалификация на медицинските сестри. От изключителна важност е да се инвестира в подобряването на работната среда, в която медицинските сестри да могат да предоставят оптимално качество на грижите. Мениджърите на медицинските сестри могат да подобрят професионалната автономия със споделено лидерство, като увеличат максимално потенциала, опита и квалификацията на медицинските сестри с насърчаване към самоуправление в тяхната дейност [10, 17, 48].

Съотношението „ползи/разходи“ в интензивните отделения води до съответствие на очакваните и получените резултати при лечението. Резултатите от проведените интервенции в диагностично-лечебния процес определят и ефективността на сестринския подход и качеството на интензивните грижи. Придобиването на автономни функции в сестринската практика е процес на изграждане на личностни и професионални качества. За да отговорят на съвременните предизвикателства в медицинската наука и практика трябва да се осигури лесен достъп и възможности за учене през целия живот. Мотивацията за повишаване на професионалната квалификация е изключително важен фактор за кадровия потенциал на интензивните отделения. Подготовката, професионалното развитие и усъвършенстването на служителите е първостепенна задача на всеки успял мениджър. Осъзнатата необходимост от ефективно и качествено обучение води до по-добри резултати за екипа и увеличава ефективността от използването на основните фактори за достигане на по-добри резултати за организацията [23, 127].

ВЪЗНИКВАНЕ И РАЗВИТИЕ НА РЕАНИМАЦИЯТА И ИНТЕНЗИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ

Анестезиологията и интензивното лечение са основна медицинска специалност, включваща изучаване и практическа реализация на клиничните дейности: анестезия, кардиопулмонална ресусцитация и интензивно лечение. Интензивното лечение и интензивните грижи изискват ефективна организация на работата във всички аспекти, основана на стройна система при ясен нормативен регламент [44].

Терминът *анестезия* (*an + esthesia*) произхожда от старогръцки и означава липса на сетивност (чувство за допир, натиск, температура, в това число и болка), съответно *анестезиологията* е науката, която изучава и прилага обезболяването. За първи път думата *anaesthetos* употребява Платон (около 400 г. пр.н.е.). За съжаление, в по-късния исторически период – средновековието, под влияние на църквата настъпва застои в развитието на медицинската наука. Оказването на здравни грижи дори излиза от задълженията на лекарите и се предоставя на бръснарите и костоправачите, нямащи никаква специална подготовка. По това време са използвани обезболяващи превръзки, специални клизми и отвари [6].

Главните аналгетични средства както в древността, така и по-късно са опиумът, скополаминът и алкохолът. Всички стремежи за по-широко приложение на обезболяването са били обречени на неуспех поради невъзможността за по-точно дозиране на аналгетичните средства. Твърде често те са били предозирани и са водели до смъртен изход, а нерядко количеството им е било недостатъчно, за да се постигне обезболяване.

Независимо от многото данни от най-дълбока древност, за начало на развитие на съвременната наука за обезболява-

нето се счита първата успешна демонстрация на обща анестезия с етер. Това става на 16 октомври 1846 г., когато в Бостън, Уилям Т. Мортон обезболява с инхалация на етерни пари младия печатар Едуард Абът. На 21 ноември същата година физиологът Оливер Вендел Холмс изпраща по този повод писмо до Мортон, в което предлага състоянието, в което се намира човекът, дишащ етерни пари, да се нарича *анестезия*, прилагателното – *анестетичен*, а средствата – *анестетици*. Холмс още тогава предвижда, че „тези термини ще се възприемат от всички цивилизовани народи.” Разбирайки значението на анестезията, през 1902 г. Сайферт предлага термина *анестезиология*, който през 1945 г. е възприет за новия раздел в медицината, изучаващ проблемите на науката за обезболяването [84, 151].

Развитието на интензивните грижи се ускорява значително, след като безусловно се установява, че пациентите с остра, животозастрашаваща болест или травма могат да бъдат по-добре лекувани, ако са групирани в специфични области на болницата. Медицинските сестри, въз основа на своя опит, също отдавна са стигнали до извода, че в зависимост от тежестта на заболяването някои пациенти трябва да получат повече грижи, което налага те да са разположени така, че да са в близост до здравните специалисти и да бъдат активно наблюдавани [46, 92].

Флорънс Найтингейл изтъква необходимостта и предимствата при създаване на отделна област в болницата за пациенти, възстановяващи се от операция. Тези нейни идеи са прилагани по време на Кримската война през 1854 г., в която тя взема активно участие като милосърдна сестра. Разделянето на ранените войници според тежестта на състоянието им в различни отделения за обгрижване води до намаляване на

смъртността от 40 на 2%. Въпреки съмненията по отношение на достоверността на тези цифри опитът, придобит по време на войната, подчертава значението на санитарните условия в болниците като важен елемент от интензивните грижи [32].

По време на Втората световна война са създадени отделни отделения, в които да се грижат за войниците, ранени в бой или подлежащи на хирургична интервенция. През 1947-1948 г. в Европа и Съединените щати бушува епидемия от полиомиелит, което води до пробив в лечението на пациенти, умиращи от парализа на дишането. В съответствие с необходимостта от постоянна вентилация и контрол в Копенхаген през 1953 г. се създава първото *интензивно отделение*. Вентилацията е извършвана през тръба, поставена в трахеята на пациенти с полиомиелит. При лица с парализа на дишането и/или страдащи от остра циркулаторна недостатъчност интензивните сестрински медицински грижи са от особено значение.

През 50-те години на ХХ век развитието на механичната вентилация довежда до създаването на специализирани дихателни интензивни отделения в много европейски и американски болници. Грижата за механично вентилираните пациенти и тяхното наблюдение се оказват по-ефективни, когато те са групирани на едно място. Подобни отделения са били разработвани и за други тежко болни пациенти, включително следоперативни, както и за пациенти с различни заболявания, изискващи интензивно наблюдение [151, 152].

През 1950 г. анестезиологът Петер Сафар създава концепцията за мултидисциплинарното интензивно лечение, поради което е признат за „баща на първата помощ“ и „бащата на CPR*“ и се счита за първия лекар по интензивни грижи [84].

*CPR – cardiopulmonary resuscitation – кардиопулмонална ресусцитация – Бел. ред.

Първото приложение на идеята за интензивни грижи в САЩ е на д-р Уилям Мозентал. През 1960 г. важноста на сърдечните аритмии като източник на заболяемост и смъртност при инфаркт на миокарда (сърдечен удар) е призната за изключителна. Това води до по-често проследяване на сърдечната дейност в интензивните отделения, особено след сърдечен пристъп. За създаване на интензивни грижи в Съединените щати започва да се говори, когато се създава звено с легла за пациенти, които са след оперативна неврохирургична интервенция в болницата „Джон Хопкинс“ в Балтимор.

През 1970 г. 28 лекари с голям интерес към лечението на критично болни и ранени се срещат в Лос Анджелис, Калифорния, за да поставят началото на организация за реанимацията на пациенти и създават Дружеството на Critical Care Medicine (SCCM) [44, 145, 151].

ИСТОРИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ИНТЕНЗИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ В БЪЛГАРИЯ

Началото на съвременната анестезиология у нас се поставя в Института за специализация и усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ), където по инициатива на проф. А. Червенаков от началото на 1956 г. започва подготовката на анестезиолози за здравната мрежа в страната и утвърждаването на анестезиологията като самостоятелна клинична специалност у нас. Научното дружество по анестезиология се създава през есента на 1957 г. по инициатива на проф. А. Червенаков. Основателите са: А. Дериджан, С. Саев, Д. Маджаров, С. Киров, Е. Йорданов (ИСУЛ – София), Ат. Атанасов, П. Абаджиев, Й. Йорданов, Н. Фичев (ВМИ – София), Ст. Филипov (ОАБ), Е. Стоянов (МВР болница), Б. Воденичаров (ВМИ – Пловдив). За председател на Дружеството единодушно е избран проф. Червенаков, а за секретар – Е. Йорданов. Въпреки че учре-

дяването на Дружество на анестезиолозите се посреща леко снизходително от хирургичните среди, то е признато за секция към Научното дружество по хирургия в България. През 1958 г. е приета наредба за специализация на висшите медицински кадри, чрез която и анестезиологията се утвърждава като клинична специалност [151].

През 1958 г. в ИСУЛ се организира първата “Декада по въпросите на анестезиологията”. На нея са поканени всички завършили първите два основни курса по анестезиология и всички членове на Дружеството. По време на това събитие са представени 13 доклада с научно-практическа насоченост в различни области на анестезиологията. Правят се съобщения за първите пациенти в България, изведени от състояние на клинична смърт с методите на кардиопулмонална ресусцитация. Изнесенят от председателя на дружеството проф. Червенаков доклад е основа за развитието на специалността *Анестезиология у нас*.

Една година по-късно (1959) се провежда *I национална конференция по анестезиология*, организирана от Научното дружество. Основните теми, разглеждани на конференцията, са: блокада на вегетативума, обезболяване в спешната хирургия и анестезия в детската възраст. Решаваща за по-нататъшното развитие на Дружеството на анестезиолозите е 1960 г., когато то престава да е секция към Дружеството на хирурзите и се обособява като самостоятелно дружество към Съюза на научните работници. Когато по-късно се създава Съюз на научните медицински дружества, научното дружество на анестезиолозите се присъединява към него през 1970 г. като *Научно медицинско дружество по анестезиология и реанимация* [151, 152].

Членове на Дружеството вземат участие в различни международни прояви по анестезиология: I европейски конгрес

по анестезиология (Виена, 1962 г.), Международна конференция по анестезиология на социалистическите страни (Будапеща 1963 г.), последващите европейски конгреси (Копенхаген 1965 г, Прага 1970 г., Лондон 1982 г.), както и на световни конгреси на Федерацията по анестезиология (Лондон 1968, Киото 1972, Хамбург 1980, Вашингтон 1988, Хага 1992) [6].

Научното дружество на анестезиолозите в България се присъединява към *Световната федерация на анестезиологичните дружества* още през 1962 г. Ръководството на дружеството полага усилия то да бъде отворено към професионализма и света дори в най-трудните в политическо отношение периоди. Особени заслуги за това има проф. Е. Стоянов, секретар на дружеството от 1960 г. Дълги години той заема изборни длъжности в Европейския комитет на Световната федерация, откъдето подпомага активно участието на Дружеството в международни прояви.

През юни 1965 г. се провежда I национална конференция по анестезиология и реанимация с основни теми: ”Проблеми на дишането по време на анестезия” и “Спешна анестезия и реанимация”. В рамките на конференцията се провежда и отчетно-изборно събрание и е приет Устав на Дружеството. Съгласно него ръководството на Дружеството се състои от председател, секретар и пленум с мандатност от 2 години и право всеки да бъде преизбиран на един пост не повече от два пъти. За председател на Дружеството е избран А. Червенаков, а за секретар – Е. Стоянов. Същото ръководство е преизбрано на Отчетно-изборната конференция през 1967 г. В този период се основават клонове на Дружеството в Пловдив, Варна, а малко по-късно и в Бургас [151].

Научното дружество играе важна роля в организирането и провеждането на курсове с лектори от Анестезиологичния

център на Копенхаген и Световната здравна организация. Първият лекционен курс е изнесен от проф. Хенинг Рубен през 1965 г. и е посветен на първата помощ, съживяването, помощ и съживяване при удавяне. Курсът е посетен от 850 души в София, Пловдив, Варна и Бургас. Изнесените лекции са издадени в ръководство на БЧК и то е разпространено безплатно в страната.

Вторият курс се провежда през 1966 г. с лектори проф. Чърчил-Дейвидсън, Оле Сехър и Ерик Андерсен. Важна проява на Дружеството е IV международен симпозиум по анестезиология, състоял се във Варна през 1969 г. Основната тема е “Ролята на анестезиолога в лечението на тежките инциденти”. В рамките на симпозиума е изнесен и цикъл лекции от гост-лектори от чужбина. На симпозиума присъстват световно известни учени като сър Роберт Макинтош, проф. Епщайн, Брюс Скот и други.

Дружеството поощрява разкриването на регионални клонове и провеждането на съвместни заседания с други научни дружества – по хирургия, вътрешни болести, кардиология, алергология, офталмология, акушерство и гинекология, на които се дискутират общи за специалностите проблеми, а също така участва активно в изграждането и модернизирването на системата на бързата помощ, водноспасителната, планинскоспасителната, пътнотранспортната и минноспасителната дейност, в подготовката на санитарните формирования за действия в условия на бедствия и военновременни ситуации. Членове му участвуват в движението на българските автомобилисти, в работни групи по стандартизиране на организацията, снабдяването, апаратурата и обучението по анестезиология, в разработване на производство на инфузионни разтвори и консумативи за еднократна употреба. Ръковод-

ството на дружеството осигурява методична и организационна помощ на анестезиолозите в страната [6, 151, 152].

През 1971 г. се организира II национална конференция по анестезиология и реанимация с основни теми “Дишане по време на анестезия, реанимация и интензивно лечение” и “Анестезия и реанимация при различни остри състояния”. На тази конференция се учредява и Софийският клон на дружеството с председател Й. Йорданов. Избрани са председателите и на другите клонове – Вл. Власаков – Варна, Д. Бързински – Пловдив, Хр. Душипеев – Бургас.

Научното дружество изработва стандартите и правилата за изграждане на отделения по анестезиология, реанимация и интензивно лечение, тяхната структура, организация на дейността им и взаимоотношения с други болнични структури, както и служебните и длъжностните характеристики на персонала, работещ в тези отделения – от завеждащ ОАРИЛ*, лекар, сестра до санитар. Тези документи са обсъдени и приети от Пленум на дружествата, състоял се през април 1972 г., и стават нормативната основа при създаването на ОАРИЛ в страната, регламентирано със заповед 083/1973 на МЗ.

През 1973 г. Дружеството организира III национална конференция по анестезиология и реанимация с основна тема: „Анестезия и реанимация в детската възраст“. В София през 1975 г. се провежда I национален конгрес по анестезиология и реанимация с международно участие. Темите са: „*Остра дихателна недостатъчност*“, „*Нови средства и методи в анестезиологията и реанимацията*“, избрани лекции са изнесени от 9 гост-лектори.

През 1976 г. започва процес на отделяне от създадената през 1972 г. мегакатедра по анестезиология на отделни

*ОАРИЛ – Отделение по анестезиология, реанимация и интензивно лечение – Бел. ред.

анестезиологични звена, секции към съответните научни институти. Научното дружество продължава да играе координираща и методична роля в обмена на информация между отделните звена по анестезиология.

През 1983 г. на проведената Четвърта национална конференция по анестезиология и реанимация в Пловдив, темите, обсъждани на нея “Трудности, грешки и усложнения по време на анестезия, реанимация и интензивно лечение” и “Анестезия и реанимация в акушерството”.

През 1985 г. избраното ново ръководство на Дружеството подготвя III национален конгрес по анестезиология, реанимация и интензивно лечение с международно участие, проведен в Смолян. Основните теми на конгреса са: „Нови насоки в развитието на анестезиологията, реанимацията и интензивното лечение“, „Анестезия, реанимация и интензивно лечение в гериатрията“. Дискутира се и темата: „Развитие и проблеми на ОАРИЛ“ [84, 151].

На Четвъртия национален конгрес, проведен в София през 1990 г., основните теми са „Травма – анестезия, реанимация и интензивно лечение“ и „Безопасност и усложнения при анестезия, реанимация и интензивно лечение“. Проф. Саев изнася програмен доклад, очертаващ перспективите и възможностите за развитие на анестезиологията и интензивното лечение в страната във време на преход от тоталитаризъм към демокрация. Активизира се дейността на Дружеството, като традиционни стават дните на следдипломна квалификация, с преподаватели от Парижки университетски болници.

През 1991 г. се провежда Международен симпозиум на дружествата по анестезиология и реанимация на България и по анестезиология и интензивна медицина на Бавария. Темите са: „Актуални проблеми на мониторирането“, „Веноз-

на анестезия“, „Лечение на болката“, „Анестезиологични и интензивно-терапевтични аспекти на травматологията“, „Ентерално и парентерално хранене“, „Специални фармакологични проблеми в анестезията и интензивната терапия“. Петата национална конференция с международно участие се провежда през 1993 г.

През 1994 г. Дружеството започва издаване на реферативен бюлетин, в който се изнася информация от чужди списания. От същата година започва и издаването на сп. „Анестезиология и интензивно лечение“ под редакцията на проф. Смилов. През 1990 г. на Конгреса в София за председател на Дружеството е избран проф. Йордан Янчулев.

От 1993 г. председател на Научното дружество на анестезиолозите в България е проф. Иван Смилов, който е преизбиран два пъти – през 2000 г. и 2005 г. През две години се организират Национални конференции и Научни конгреси: Смолян – 1995, Плевен – 1998, Пловдив – 2000, Варна – 2002, Велико Търново – 2005. Взема се решение конференциите и конгресите да се обединят и да се провеждат на всеки две години [151].

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА ИНТЕНЗИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ

Анестезиологията и интензивното лечение са самостоятелна специалност и важен раздел от клиничната медицина. Значението им нараства особено през последните десетилетия, когато обект на тази специалност стават болните с животозастрашаващи нарушения на основните жизнени функции. Съвременният лекар трябва да познава методите на обезболяване при различни по обем операции, диагностични и ендоскопски процедури. Той е длъжен да владее методите на възстановяване и поддържане на основните жизнени функ-

ции, независимо от мястото (болницата или извън нея) на инцидента. Кардиопулмоналната ресусцитация се извършва по точно определени правила, които се изучават в часовете по анестезиология и интензивно лечение. Терапевтичните похвати при тежки състояния като хиповолемичен, септичен и анафилактичен шок са обект на интензивното лечение. Провеждането на инфузионна терапия, парентерално и смесено хранене също се изучава в часовете по анестезиология и интензивно лечение. Познанията и практическите умения (техники на ендотрахеална интубация, централно венозно каниюлиране, артериални и периферни пътища, изкуствено дишане, сърдечен масаж, налагане на въздуховод), придобити в часовете по анестезиология и интензивно лечение, са от голяма полза за студентите медици в бъдещата им дейност [44, 109, 111].

Анестезиологията като дял от медицината е самостоятелна, основна теоретична и практическа наука, решаваща проблемите на борбата с болката, съпътстваща почти всички болестни процеси, много лечебни и диагностични процедури и всички травми – механични, термични, химични и т.н. Анестезиологията разработва, изучава, представя и прилага методите на обезболяване, мускулното отпускане, промяната в съзнанието и потискането на нежелани ефекти с цел извършване на различни диагностични и лечебни намеси. Успоредно с анестезиологията се развива и реанимацията – науката за възвръщането към живота на пациенти, намиращи се в крайно тежко, критично състояние, на границата между живота и смъртта. Тя изучава танатогенезата (механизмите, водещи до настъпването на смъртта), като разработва и прилага методи за възстановяване на жизнените функции на организма [84, 112].

Интензивното лечение обхваща критичните епизоди от протичането на всяко заболяване, при които съществува реална опасност от настъпването на рязко влошаване и смърт. Този дял от медицината се развива само и единствено във високоспециализирани отделения (ОАРИЛ) и клиники (КАРИЛ), където, за да се изведе пациентът от това критично състояние, се прилагат методите на интензивното наблюдение (мониторинг), заместването на дишането, ако такова е необходимо (изкуствена белодробна вентилация), подпомагане и поддържане на циркулацията (хемодинамиката) на пациентите. Анестезиологията, реанимацията и интензивното лечение са сложна, но логично изградена наука, без която е немислимо развитието на медицината [113, 114].

Интензивното лечение е специфичен диагностично-лечебен процес при пациенти с критични нарушения в жизнено важните функции и/или за които се очаква, че тези функции могат да декомпенсират в непосредствен бъдещ момент. Дейността на медицинския персонал, работещ в отделението, се определя от принципа на непрекъснатост на интензивното наблюдение, грижи и лечение. Ефективността на интензивното лечение зависи от разнообразните задължителни условия за неговото адекватно изпълнение – отсъствието или неспазването на тези условия (едно или повече от тях) е рисково за пациента. Интензивната терапия е комплекс от методи и средства за временно изкуствено заместване на жизнено важни функции на организма с цел да се предотврати пълното изтощение на адаптационните механизми и настъпването на терминални състояния [115, 123].

Интензивните грижи са комплекс, обхващащ цялостната лечебно-диагностична дейност, съобразена с патологията, състоянието и личните потребности на болния. За прилагане-

то на качествени грижи за пациентите медицинските сестри, трябва да изградят навици и умения за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента и прилагане на индивидуален подход към всеки конкретен пациент [116, 117].

Добрата организация на работа, правилното разпределение на всички ресурси (човешки, материално-технически, финансови), използването на медицинските стандарти за качество в медицинската практика, спазването на алгоритмизацията при оказването на медицинска помощ са от изключително важно значение в дейността на всички специалисти, работещи в отделения за анестезиология и интензивно лечение. В тези отделения постъпват по спешност и планово пациенти с различни застрашаващи живота нарушения на дихателни, хемодинамични, бъбречни, чернодробни и други функции.

От оказваните здравни грижи зависят подпомагането и недопускането на превръщането на временната загуба на трудоспособност в трайна (инвалидност), опазване на здравето на пациентите и гарантирането на по-добро качество на живот [45, 122]. Всичко това изисква ефективна организация на работата в интензивния сектор и осигуряване на качествени здравни грижи.

СТРУКТУРА И МЕДИЦИНСКО ОБОРУДВАНЕ, ПОКАЗАНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ В ИНТЕНЗИВНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Отделението за анестезиология и интензивна терапия е специфична структура. В него се прилагат непрекъснати грижи и лечение за критично болни, при които се очаква благоприятен изход. Създаването на тези отделения има следните основни цели:

- концентриране на тежко болните;

- концентриране на високо квалифициран персонал;
- концентриране на скъпо струваща апаратура;
- икономически ефект;
- избягване на психотравма за по-леко болните, ако са ситуирани до тежко болни пациенти.

Организационната структура на интензивната структура трябва да отговаря на следните принципи:

1. Икономически обосновано групиране на трудната за лечение и наблюдение категория болни на едно място;

2. Ефективно използване при незначителен брой високо квалифицирани специализирани лекари и медицински сестри;

3. Осигуряване на разнообразна модерна апаратура за наблюдение и регистриране на жизнените функции и провеждане на лечение;

4. Прилагане на модерни и съвременни методи и средства за провеждане на инфузионното лечение и парентерално хранене, за корекции в отклоненията на водно-електролитния баланс, алкално-киселинното равновесие, хематологичните загуби и увреждания [44, 125].

Отделението за интензивна терапия трябва да бъде изолирано от останалите болнични звена и същевременно да е в добра функционална връзка с тях. Необходимо е да разполага с 6 до 15 легла, разпределени в зали или боксове, които могат да бъдат разположени в правоъгълна, полукръгла или кръгла форма и да създават най-добри възможности за динамично и интензивно наблюдаване на болните и апаратурата. В отделните помещения или сектори се настаняват оперирани болни отделно от кардиологични, токсикологични, политравматични, шокowi и особено от септичните случаи. За инфекциозно болните, с цел предотвратяване на усложнения, задължително се използва изолиран бокс.

По стандарт се изисква на всяко легло да се осигурява по 20-25 квадратни метра площ. Задължително е наличието на функционални помещения – стая за дежурния лекар, манипулационна за дежурната медицинска сестра, апаратна, складове за чисто и мръсно бельо, сервизни помещения, система за еднопосочно влизане, както и съблекални, душове, гардероби за лично и работно облекло и евентуално малка лаборатория.

Важно условие е отделението да бъде включено към централната кислородна и аспирационна система с изводи към всеки болен (над леглото), климатична инсталация, подходящи функционални мебели, автоматични легла, противодекубитални дюшеци, условия за добра дезинфекция, достатъчно естествена светлина и подходяща матова светлина при болните, а силна – където се правят манипулации. Това са по-голяма част от елементарните изисквания при формирането и обзавеждането на отделението за интензивна терапия.

Естеството на работа, многото консултации, непрекъснатите динамични изследвания и манипулации създават предпоставки и възможност за възникване на проблеми. Ето защо климатизацията, качествената дезинфекция, осигуряването на изключително санитарно хигиенно ниво и стриктната асептика и антисептика са задължителни изисквания за тези структурни звена [44, 47].

Интензивно лечение се осъществява от самостоятелна териториално-административна специализирана структура с ограничен достъп към лечебното заведение за болнична помощ. Структурата за интензивно лечение не може да има по-малко от шест места за провеждане на интензивна терапия (интензивни легла). Специализираното легло за интензивно лечение е болнично легло на колела, позволяващо движение на пациента във вертикална посока (нагоре и надолу) и най-малкото издигане/сваляне на горната половина на тялото на па-

циента, както и притежаващо прегради за обезопасяване на болния. Върху специализираното легло за интензивно лечение пациентът лежи на твърда подложка, позволяваща ефективно да се извършва външна (индиректна) компресия/декомпресия на сърцето. Разположението на леглото за интензивно лечение трябва да осигурява приоритетен достъп на персонала до главата и шията на пациента, до съответната апаратура, до изводите на електрическата и газовата инсталация. Свободната площ за преминаване между отделните места за провеждане на интензивно лечение не може да е по-малко от 2 метра.

Местата за провеждане на интензивно лечение трябва да са оборудвани по изискване със:

- електрозахранване с двойно осигуряване (аварийно захранване) и най-малко 10 заземени (тип Шуко) електрически извода;

- най-малко два извода за аспирационна система и един извод на инсталация за сгъстен въздух;

- най-малко един извод на инсталация за кислород под налягане;

- подвижна преграда за визуална изолация на пациента (ако интензивното легло е разположено в общо помещение);

- съоръжения за поставяне (закрепване) на апаратура около интензивното легло (мониторна апаратура, система за подаване на кислород, инфузионна техника и др.);

- добра осветеност – обща и локална светлина [44, 74, 69].

Ефективната организация на работата в интензивните отделения изисква наличието на задължителни служебни помещения, към които се отнасят:

- манипулационно помещение, оборудвано с рафтове и шкафове за медикаменти, консумативи, стерилни и нестерилни материали, плотове за подготовка на медикаменти и консумативи с адекватно осветление;

- кухненски бокс;
- помещение за апарати (апаратна стая), в което се разполагат монитори, респиратори и др., които са в готовност да бъдат използвани веднага при възникване на необходимост;
- складови помещения – в тях се съхраняват материали, консумативи, лекарствени продукти и др., осигуряващи автономна работа на специализираната структура за интензивно лечение, т.е. без снабдяване от централните складове на лечебното заведение за болнична помощ най-малко за 72 часа;
- помещение – за обработка на материали, позволяващо технологично разделна обработка на „чисти“ и „мръсни“
- помещение за почивка на персонала;
- помещение за прием на близките на пациентите;
- санитарни възли – отделно за персонал и пациенти;
- съблекални за персонала [68, 69].

Задължителното оборудване в специализираната структура за интензивно лечение с разчет за всяко място включва:

- монитор (мониторен модул) за ЕКГ, пулс и пулсоксиметрия;
- апарат за измерване на системно артериално налягане;
- система за дозирано подаване на кислород в овлажнена газова смес при спонтанно дишане;
- система за поддържане на аспирационни дренажи.

Медицинската обезпеченост със специализирана апаратура за осъществяване на дейността, включва:

- апарати за изкуствена белодробна вентилация (респиратори) – броят на респираторите трябва да е не по-малко от две трети от броя на леглата в структурата за интензивно лечение;
- инфузионна техника (перфузори, инфузомати) – с разчет да се провеждат едновременно по две до три постоянни интравенозни инфузии на един пациент;

– дефибрилатор във всяко обособено помещение (зала) за интензивно лечение;

– мобилен рентгенов апарат – собствен или на разположение на специализираната структура за интензивно лечение [44, 84].

Пациентите, подлежащи на интензивно лечение, са най-често в критично състояние, нуждаещи се от животоспасяващи и лечебни мероприятия, които не могат да бъдат осигурени извън отделението: апаратна вентилация, интензивно функционално-диагностично мониториране (апаратно и клинично) на фона на провежданото лечение, поддържане на циркулацията (чрез венозна инфузия на медикаменти или апаратно), екстракорпорално почистване на кръвта и други.

В отделение за интензивно лечение се хоспитализират и пациенти с остро настъпили необратими увреждания, когато са потенциални донори на органи за трансплантация. Показанията за приемане и групиране на болните според очаквания ефект от интензивното лечение са:

Група 1. Критично болни, клинично нестабилни пациенти, нуждаещи се от интензивно лечение и мониториране, които не могат да бъдат осигурени извън отделението за интензивно лечение. Обикновено това включва изкуствена белодробна вентилация, контролирана рехидратация, венозна инфузия на вазоактивни медикаменти, кръв и кръвни продукти и др. Тези болни обикновено нямат ограничения за обхвата на терапията, която трябва да получат.

Група 2. Пациенти, изискващи интензивно клинично и апаратно мониториране, потенциално нуждаещи се от незабавна интервенция за ресусцитация. Няма ограничения по отношение на терапията за тези пациенти.

Група 3. Критично болни, със слаба вероятност за подобрене поради терминалния стадий на подлежащите забо-

лявания или естеството на тяхното остро заболяване. Тези пациенти могат да получат необходимия обем интензивно лечение за овладяване на острото заболяване, но все пак след внимателна клинична преценка могат да се поставят някои ограничения по отношение терапията (напр. без интубация или кардиопулмонална ресуспитация).

Група 4. Пациенти, които обикновено не са подходящи за приемане в отделение за интензивно лечение. Приемането на тези пациенти трябва да е след внимателна индивидуална преценка, при разрешението на ръководителя на отделението [44, 84].

Пациентите, подлежащи на интензивно лечение, могат да се класифицират в три категории:

1. Пациенти, нуждаещи се от лечение и поддържане (контрол) при тежки (критични) нарушения в жизненоважните функции на организма и/или за които са налице данни, че в непосредствен бъдещ период могат фатално да декомпенсират.

2. Пациенти, които се нуждаят от интензивно наблюдение и проследяване на основните жизнени функции на организма, поради наличието на непосредствена заплаха за фатално декомпенсиране.

3. Пациенти в състояние на мозъчна смърт – обект на комплекс от диагностични и терапевтични методи за поддържане на донори за органна трансплантация.

Болните в терминален стадий от развитието на болестни състояния, при които адекватното приложение на методите на интензивното лечение няма да доведе до промяна в прогнозата за летален изход, с изключение на потенциалните донори на органи за трансплантация, не са пациенти на специализираната структура за интензивно лечение [44, 84].

Показани за интензивно лечение са пациенти с усложнения на:

- *Сърдечно-съдова система* – остър миокарден инфаркт; нестабилна ангина пекторис; състояние след преживян сърдечен арест; кардиогенен шок; сърдечни аритмии, симптоматични и хемодинамично значими, изискващи интензивно наблюдение и лечение; проводни нарушения със симптоматика и компрометирана хемодинамика; остра застойна сърдечна недостатъчност с дихателна недостатъчност и заплашваща интубация; хипертонични кризи, изискващи спешно лечение; сърдечна тампонада или сърдечна констрикция с нестабилна хемодинамика; аортна дисекация.

- *Дихателна система* – остра дихателна слабост, изискваща апаратна вентилация; белодробна емболия с нестабилна хемодинамика; влошена хронична дихателна недостатъчност със заплашваща интубация; масивна хемоптиза; нужда от грижи и терапия, които не могат да се осигурят в отделение с по-ниско ниво на грижи и лечение.

- *Неврологични заболявания* – остър исхемичен инсулт с влошено съзнание; остро настъпила кома; вътречерепна хеморагия със заплашващо вклиняване; остра субарахноидна хеморагия; менингит с влошено съзнание или нарушения в дишането; заболявания на ЦНС и нервно-мускулни заболявания с влошено съзнание или нарушения в дишането; епилептичен статус; болни с мозъчна смърт, потенциални донори на органи; преходно нарушение на мозъчното кръвообращение; тежки черепно-мозъчни травми.

- *Интотоксикации*: нестабилна хемодинамика; влошено съзнание; влошено дишане; гърчове.

- *Заболявания на гастроинтестиналния тракт (ГИТ)*: кръвотечения от ГИТ; остра чернодробна недостатъчност; тежък панкреатит; перфорация на кух орган.

- *Заболявания на ендокринната система* – диабетна кетоацидоза; хипогликемични състояния; хипертироидна или

микседематозна кома с нестабилна хемодинамика; адrenalни кризи с нестабилна хемодинамика; хиперосмоларни състояния с кома и/или хемодинамична нестабилност; тежки нарушения в електролитния баланс (калий, натрий, магнезий, калций, фосфати) с нарушено съзнание, гърчове, сърдечни дисритмии, мускулна слабост и необходимост от мониториране на хемодинамиката.

- *Хирургични заболявания* – оперирани пациенти, нуждаещи се от мониториране на хемодинамиката, апаратна вентилация или усилен сестрински грижи.

- *Инфекциозни заболявания* – сепсис с нестабилна хемодинамика; остра чернодробна, бъбречна, сърдечна или дихателна недостатъчност в хода на инфекциозно заболяване; заплашваща полиорганна недостатъчност; промени в съзнанието; клинично проявили се нарушения във водно-електролитния баланс и алкално-киселинното равновесие.

- *Други* – необходимост от мониториране на хемодинамиката; клинични състояния, изискващи интензивни сестрински грижи; травми (облъчване, удавяне, хипо-/хипертермия); нови или експериментални методи на лечение, с риск от усложнения.

Обективните симптоми, налагащи интензивно лечение, са разделени в няколко групи и включват:

1. Витални показатели:

- Пулс < 40 или > 150 уд./min;
- Систолно артериално налягане < 80 mm Hg или с 20 mm Hg под обичайните за пациента стойности;
- Средно артериално налягане < 60 mm Hg;
- Диастолно артериално налягане > 120 mm Hg;
- Дихателна честота > 35 дишания за минута;

2. Лабораторни показатели (регистрирани за първи път):

- Серумен натрий < 110 mEq/L или > 170 mEq/L;

- Серумен калий < 2,0 mEq/L или > 7,0 mEq/L;
- PaO₂ < 50 torr (6,67 kPa);
- pH < 7,1 или > 7,7;
- Серумна глюкоза > 800 mg/dL;
- Токсично ниво на медикамент или друга химична субстанция у пациент с компрометирана хемодинамика или неврологична симптоматика.

3. *Рентгенографски/ехографски, томографски патологични промени (новопоявили се):*

- Мозъчносъдова хеморагия, мозъчна контузия или субарахноидна хеморагия с увредено съзнание или огнищна неврологична симптоматика;
- Руптура на вътрешен орган с компрометирана хемодинамика;
- Аортна дисекация.

4. *ЕКГ:*

- Остър миокарден инфаркт;
- Камерна тахикардия или камерно мъждене;
- AV блок със симптоматика и хемодинамична значимост.

5. *Физикална находка (новопоявила се):*

- Нееднакви зеници при пациент в безсъзнателно състояние;
- Изгаряне > 10%;
- Анурия;
- Обструкция на дихателните пътища;
- Кома;
- Продължителни гърчове;
- Цианоза;
- Сърдечна тампонада.

Мониторирането се осъществява с многофункционални монитори, осигуряващи продължително проследяване, изоб-

разяване на електрокардиограма, измерване на кръвно налягане и сатурация на пациенти, като резултатът се изписва на графичен дисплей. Данните от мониторирането се регистрират в реанимационен лист на 1, 3, 6 часа в зависимост от назначенията на дежурния лекар [69, 84].

Обективното състояние на пациентите се регистрира коректно в реанимационен лист. В определени часове (на половин час, на един или два часа) се нанасят измерени жизнени показатели (пулс, дишане, температура, кръвно налягане, воден баланс и други), терапията, режимът, диетата и т.н. При 24-часово непрекъснато наблюдение на болните медицинските специалисти (лекар, медицинска сестра) документират всички проследявани показатели и се предприемат съответните интервенции при спешни състояния и възникнал риск за пациента.

Пациентите в интензивните структури се водят на лечение в друга клинична структура на лечебното заведение, съобразно основното им заболяване, наложило хоспитализацията. Няма ограничения във времето за лечение в реанимация. След възстановяване на общото състояние, пациентите се превеждат в съответната структура за лечение на основното заболяване [44].

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИНТЕНЗИВНИТЕ ГРИЖИ

В съвременното здравеопазване дейностите на медицинската сестра включват не само емпатия към болните и техническо изпълнение на лекарските назначения, но и събиране и анализ на информация и вземане на решения в рамките на нейната компетентност. В съответствие с това се повишават изискванията към професионалната квалификация на медицинските сестри, за което се изисква информация за въведените новости в практиката и участие в провежданите обучителни мероприятия с цел повишаване на качеството на здравните грижи [44, 93].

Всички дейности, които се осъществяват в отделението за интензивно лечение, изискват наличието на определен брой медицински специалисти, като работата се извършва от екипи, включващи лекари, медицински сестри, помощен медицински и немедицински персонал. Ръководителят на инвазивната структура трябва да притежава призната специалност по анестезиология и интензивно лечение и да отговаря за действията си и тези на екипа, с който работи.

Старшата медицинска сестра е специалистът по здравни грижи, който управлява, организира и контролира здравните грижи в отделението. Тя осъществява пряк контрол на дейността на сестринския екип и помощния персонал. Всеки сестрински екип има ръководител, който се определя от старшата медицинска сестра и координира работата на дежурния екип по верме на работната смяна. Сестринските екипи предават дежурствата си до леглото на пациента, като по този начин се осигурява приемственост и непрекъснатост в грижите за болния и осигуряване на тяхното качество [44, 95].

Медицинските сестри, осъществяващи интензивни грижи, трябва равностойно да продължат диагностично-лечебния процес независимо от смяната на един екип с друг. Да осъществяват или да имат готовност да прилагат по индикации в пълен обем и по всяко време мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивни грижи. Ръководителят по здравни грижи отговаря за изписването, разпределението и отчитането на специфични медицински консумативи и материали, разпределя и контролира тяхното разходване. Изготвя месечни работни графици на медицинските сестри и санитарите и носи отговорност за изправността на инсталациите и медицинската апаратура, ръководи и пряко участва в

процеса за поддържане и повишаване на квалификацията на медицинските сестри. Ръководителят по здравни грижи отговаря и контролира хигиената в интензивното отделение, като регистрира пропуски и грешки [44, 52, 54].

Медицинските сестри, работещи в структурата, трябва да притежават знания и клинични умения, гарантиращи, че в рамките на сестринската им компетентност могат да изпълняват по индикации в пълен обем мониториране по време на интензивно лечение, кардиопулмонална ресусцитация по време на интензивно лечение и интензивна терапия съгласно съществуващите стандарти. Броят на медицинските сестри трябва да позволява формирането на равностойни екипи за интензивно лечение 24 часа в денонощието. Интензивно лечение се осъществява от екип, осигуряващ грижи за пациентите. Всеки член на екипа трябва да е запознат със състоянието и спецификата на заболяванията на пациентите.

В компетенциите на медицинската сестра, работеща в интензивното отделение, са включени дейностите, свързани с поддържане на хигиената на пациента, включваща сутрешен и вечерен тоалет, тоалет против декубитус, смяна на постелно бельо и при необходимост къпане на болния в леглото.

Медицинската сестра пряко участва при визитацията на пациентите и осъществява назначените от лекар манипулации, изследвания, грижи, взема кръв и друг биологичен материал за клинични и микробиологични изследвания, отговаря за тяхното съхранение и правилното им транспортиране до съответните лаборатории. Важна част от работата на медицинските сестри в интензивните структури е захранването и храненето на пациентите, извършването на аспирация и промивка на назогастрална сонда, промивка на уретрален катетър, аспирация на устна кухина и интубационна тръба. Друга

част от задълженията на сестрата са провеждането на електрокардиограма, клизми, поставяне на периферен венозен източник и участие в рехабилитацията на пациента. Медицинската сестра по време на своето дежурство регистрира в реанимационния лист соматични показатели, следи за водния баланс, наблюдава и отчита дренажите и вида и количеството на отделените в тях ексудати.

Приоритет в дейността на професионалистите по здравни грижи са цялостните грижи за пациентите, като трябва да се спазват лечебно-диагностичните протоколи, отделните етапи и стъпки при осъществяване на всяка манипулация и процедура. След изписването на пациента медицинската сестра извършва дезинфекция и стерилизация на използваната апаратура.

Създадената организация на здравните грижи в интензивното отделение осигурява на пациентите, безопасни и висококачествени грижи, които трябва да отговарят на повишените изисквания на пациентите и на обществото като цяло [44, 62, 64, 82].

ОСНОВНИ АСПЕКТИ И ПРОБЛЕМИ НА КАЧЕСТВОТО В ИНТЕНЗИВНИТЕ ГРИЖИ

Управлението на здравните грижи се базира на мобилизиране на човешките ресурси и ресурсите на средата. Ефективното им използване определя до голяма степен качеството на грижите, които са основен фактор за устойчивото развитие на здравното заведение при свободен избор на пациентите в условията на пазарна икономика и конкуренция между болниците. Ефективната организация на здравните грижи в болничните отделения може да се постигне чрез използването на съвременни методи и средства за управление, прилагани от ръководителите по здравни грижи [88].

Оценката на качеството на здравните грижи е основа за тяхното управление и се базира на установяване на ефективността на здравното обслужване, като съвкупност от медицинска, социална и икономическа ефективност. Основната ѝ цел е насочена към анализ на измененията в резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите. Трудностите при постигането на тази цел се обуславят от подчертано индивидуалния характер на отделните здравни услуги, както и от субективния елемент в оценката на тяхното качество [103, 107].

В. Борисов (2004) счита, че в областта на здравното обслужване качеството е по-трудно установимо и контролируемо в сравнение с редица други сфери на социалния живот, като причините за тази трудност са главно две – невъзможност за директно и моментно оценяване и многофакторна обусловеност на качеството на здравното обслужване [19, 22, 24].

Според СЗО качеството на медицинската помощ се състои в предоставяне на различни видове диагностични и терапевтични дейности, чрез които се постига най-добър резултат в хода на лечението, който съответства на актуалното състояние на науката при най-добра цена и при минимален ятрогенен риск и достигане на удовлетвореност на пациента от процедурите, резултатите и хуманното отношение [44].

Качеството на здравното обслужване зависи от множество фактори и редица критерии: безопасност, достъпност, адекватност, удовлетвореност на пациента, икономическа и социална ефективност, социална справедливост, приемлива цена и добри резултати от здравното обслужване. Поставянето на оценка на качеството цели да покаже развитието на здравните грижи, отразени в здравния статус, функционално-

то и психосоциалното благополучие на населението, комфорта и удовлетвореността на пациента [18].

Качеството в здравните заведения включва предоставянето на подходящи условия и среда, съчетани с усилията на квалифицирани специалисти, за постигането на целите на организацията. За постигането на целите и използването на ресурсите е необходимо да се определят отношението и очакванията на здравните професионалисти. Определянето на качеството като приоритет изисква нови методи на управление, нови подходи и начини на мислене за постигане на високи резултати [44, 105].

Главните фактори, влияещи за развитие на качеството на медицинската помощ, са: управлението и контролът на дейността, организацията на труда и заплащането, квалификацията на здравните професионалисти, етиката и здравната култура на пациента [20].

Управлението на човешките ресурси в интензивните отделения съдържа няколко области – проучване, участие, обучение и усъвършенстване на кадрите. Установяването на потребностите от човешки ресурси в количествено и качествено съотношение се определя от визията на отделението, стратегията за развитие и плановете за внедряване на нови лечебни технологии. Правилното планиране на човешките ресурси предопределя ефективността на дейностите, перспективите, финансовата стабилност, организационна култура и имидж [43, 49, 50].

Предоставянето на условия за ефективна и качествена дейност на здравните професионалисти се свързва с изискванията за адекватност на процесите за осъществяване на интензивните грижи. Създадената по този начин работна среда, нейното поддържане и осъвременяване е гаранция за оказва-

не на положително въздействие върху мотивацията, удовлетвореността и резултатите от работата. [69, 124].

Специфичните особености на работата в системата на здравеопазването определят необходимостта от подготвени експерти, които да ревизират качеството на здравните грижи и да разработват модели за управлението им, целящи неговото повишаване. Тези специалисти трябва да притежават способността да използват методите за получаване на медицински данни и статистическите методи. Също така многообразието и разностранният характер на проблемите и спецификата на медицинската помощ изискват прилагането на евристичен подход при оценката и заключенията за качеството и управлението на здравните грижи [70, 83].

Развитието на всяка организационна структура и оптимизирането на нейната дейност зависят от управлението на качеството чрез правилно изразходване на ресурсите. Непрекъснато изменящите се изисквания на потребителите, които прогресивно нарастват в съответствие с обективните тенденции в развитието на науката и технологиите, определят качеството като динамична материя, функционираща в условията на непрестанни предизвикателства, която никога не достига своето върхово развитие [85, 107].

В нашето съвремие все повече се налага мнението, че проблемите с качеството на здравните грижи се свързват с текучеството на медицинските сестри, които са обвързани с голямо натоварване, породено от недостатъчния брой на медицинските специалисти. Много наши и чужди автори провеждат проучвания, чиято цел е да се установят причините, водещи до голямото ежедневно натоварване в работата [126, 133].

През 2002 г. Aiken в свое проучване доказва, че всеки допълнителен пациент увеличава с 23% нивото на изтощение и с 15% неудовлетвореността от работата [48, 110].

При изследване, проведено в Южна Корея, се отбелязва, че причините, поради които медицинските сестри напускат интензивните отделения, са свръхнатовареността, графикът на смени и конфликтните ситуации [136].

Duffield отбелязва, че забавените задачи и извънредният труд са причина за напускане на работното място, както и че в отделенията, разполагащи с повече професионалисти, вероятността за напускане е по-малка [127].

У нас ръководители на лечебни заведения споделят, че най-непривлекателните места за работа остават интензивните отделения поради спецификата на работа и голямото натоварване. Медицинските сестри като част от екипа притежават необходимата квалификация да овладяват спешните състояния и да реагират адекватно на тях. Всички тези дейности са свързани с голямо физическо и психично натоварване, а когато към тях се прибавят и други неблагоприятни фактори, се формират нагласи за промяна на работното място [60].

Според по-голямата част от авторите, изследвали проблема, причините за текучеството са обвързани с естеството на работа, което включва увеличената натовареност, работа с много пациенти, което противоречи на изискването за съотношението между броя на медицинските сестри и пациентите. От друга страна, липсата на достатъчно здравни специалисти затруднява изпълнението на грижите и дейностите, понижава качеството и увеличава неудовлетвореността на работещите в интензивните отделения [48].

ЧАСТ II. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

Повишаването на качеството на здравните грижи изисква комплексно проучване на процеса на грижите, на показателите и удовлетвореността на пациентите в интензивния сектор на болничните заведения. Анализът на резултатите е основа за подобряване на качеството и ефективността на здравните грижи при оптимално използване на професионалните компетенции, показателите за качество и стратегията на лечебното заведение.

За предоставяне на ефективни и качествени здравни грижи за пациентите в интензивните отделения е необходимо здравните специалисти да притежават съответните професионални умения, позволяващи им да участват пълноценно в цялостния процес на лечение в съответствие със своите компетенции. Това налага комплексно проучване на дейността и компетенциите на медицинските сестри за осъществяване на интензивни грижи. Тяхното качество и ефективност както в медицински, така и в социален аспект, може да се повиши чрез въвеждането на специализирано обучение на здравните специалисти и осигуряване на грижи в съответствие със спецификата на работата и нуждите на пациентите и техните близки.

Главната цел на проведеното проучване е да се анализира организацията на здравните грижи в интензивния сектор на болничните заведения, въз основа на което да се определят основните насоки за повишаване на тяхното качество и ефективност. Резултатите насочват към разработването на управленски модел за осигуряване на качествени здравни грижи в интензивните отделения, което ще даде възможност

за отразяване на комплексния характер на качеството в системата на здравеопазването.

Проучването включва 363-ма респонденти, от които:

– 230 медицински сестри, работещи в интензивния сектор на здравните заведения;

– 53-ма ръководители по здравни грижи в интензивни отделения;

– 80 студенти от специалност „Медицинска сестра“ – III курс, от Факултета по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ при Медицинския университет – София.

Изследването е ретроспективно и е проведено през периода 2018-2023 г., като всички участници в него са изявили доброволно желание за участие. Изследването е извършено самостоятелно с разрешение на изпълнителните директори на болниците. Използвано е сътрудничеството на ръководителите по здравни грижи във всяка болница.

При научното изследване са използвани следните методи:

1. Документален метод. Този метод е приложен за събиране на информация от специализираната литература относно същността и спецификата на здравните грижи в интензивния сектор на болничните заведения.

2. Социологически метод. Основава се на използването на пряка индивидуална анкета. За целта са изработени три вида анкетни карти:

– *анкетна карта 1* за медицински сестри, работещи в интензивния сектор на болничните заведения;

– *анкетна карта 2* за ръководители по здравни грижи в интензивния сектор на болничните заведения;

– *анкетна карта 3* за студенти от специалност „Медицинска сестра“.

3. Статистически метод. Данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19. за качествени и количествени параметри за идентифициране на проблемите. Използвана е методична и консултативна помощ на медицински статистик. При анализиране на получените данни от изследванията са приложени следните статистически методи:

– честотен анализ на качествени променливи с абсолютни честоти, относителни честоти, кумулативни относителни честоти;

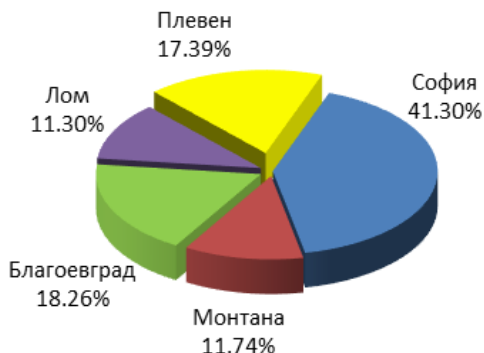
– вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение, доверителен интервал на средната стойност;

– метод за проверка на хипотези – хи-квадрат (Chi-square tests: Pearson Chi-Square, Likelihood Ratio, Linear-by-Linear Association) за търсене на връзка между качествени променливи.

Използвано е критично ниво на значимост 0,05. Нулевата хипотеза е отхвърлена при стойност на $p \leq 0,05$ [136, 137].

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТНОСНО СОЦИАЛЕН И ПРОФЕСИОНАЛЕН ОПИТ, КОМПЕТЕНЦИИ И МОТИВАЦИЯ ЗА РАБОТА И ПРИЛАГАНЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ИНТЕНЗИВЕН СЕКТОР

Анкетираните медицинските сестри работят в различни лечебни заведения – болници за активно лечение, в пет населени места на територията на България. Това са градовете Благоевград, Монтана, Плевен, София и Лом. Най-голям е относителния дял на анкетираните в София – 41,30%. Разпределението на респондентите по населени места е посочено на фиг. 1.



Фиг. 1. Разпределение на медицинските сестри по райони

В табл. 1 е показано разпределението на анкетираните професионалисти по здравни грижи според тяхната възраст. Най-голям е относителният дял на медицинските сестри на възраст между 36 и 44 години – 25,65%, както и от възрастовите групи 28-35 и 45-52 години 20,87% и съответно 21,74%. Относителният дял на анкетираните до 27 години е 13,91%, между 53-60 години – 13,48%, а над 60-годишна възраст – 4,35% (табл. 1).

От данните се вижда, че изследването обхваща максимално широк възрастов диапазон респонденти. Ниският относителен дял на медицинските сестри на възраст до 27 години вероятно се обуславя от недостатъчната им увереност във възможностите за реализация и финансова обезпеченост в интензивните отделения на лечебните заведения за болнична помощ, независимо от наличието на много свободни работни места. Това е показателно за необходимостта от реформи в стратегията за развитие на цялостната система на здравеопазване, които да предоставят адекватни условия за реализация и труд на медицинските сестри, в съответствие със значението на сестринската професия и съвременните разбирания за качество и достъпност на медицинската помощ.

Качеството и ефективността на здравните грижи зависят от нивото на организацията на работата в лечебните заведения и от уменията и квалификацията на ръководителите и професионалистите по здравни грижи. Резултатите от изследването показват, че анкетираните медицински сестри са с широк диапазон на годините професионален стаж от 3 до 47 (табл. 2). Най-голям е относителният дял на лицата с професионален стаж от 11 до 20 години – 28,26% (табл. 2).

Таблица 1. Разпределение на професионалистите по здравни грижи по възраст

Възраст, години	Брой	Относителен дял, %
до 27	32	13,91
28-35	48	20,87
36-44	59	25,65
45-52	50	21,74
53-60	31	13,48
над 60	10	4,35
Общо	230	100,00

Таблица 2. Разпределение на медицинските сестри според професионалния им стаж в болничната помощ

Професионален стаж, години	Брой	Относителен дял, %
3-10	42	18,26
11-20	65	28,26
21-30	59	25,65
31-40	53	23,04
41-47	11	4,78
Общо	230	100,00

Общоприето е мнението, че професионалният опит, придобит въз основа на трудовия стаж, е предпоставка за по-високо качество и ефективност на грижите. Дългогодишният стаж предоставя възможност за вземане на самостоятелни решения в съответствие с компетенциите на професионалистите по здравни грижи. В значителна степен това важи и при осигуряването на интензивни здравни грижи.

В табл. 3 е представено разпределението на медицинските сестри според професионалния им стаж в КАИЛ. Повече от половината от анкетираните (50,43%) притежават професионален стаж между 3 и 5 години в интензивния сектор на здравните заведения.

Таблица 3. Разпределение на медицинските сестри според професионалния им стаж в КАИЛ

Професионален стаж в КАИЛ, години	Брой	Относителен дял, %
до 3	61	26,52
3-5	116	50,43
6-10	35	15,22
над 10	18	7,83
Общо	230	100,00

Както е видно и от табл. 3, относителният дял на медицинските сестри със стаж над 5 години в интензивните отделения значително намалява, като медицинските сестри със стаж между 6 и 10 години са 15,22%, а тези с професионален стаж над 10 години са едва 7,83%. Данните показват по-висок относителен дял на сестрите с професионален стаж в КАИЛ до 3 години – 26,52%, което разкрива, че немалко здравни специалисти са мотивирани и се насочват към работа в интензивните

отделения. Напрежението и спецификата на интензивните грижи обуславят от своя страна ниския относителен дял на сестрите с по-голям професионален опит в КАИЛ.

Всичко това е част от общите проблеми, съпътстващи здравните специалисти в тяхната професионална и социална реализация, което води до текучество на кадрите, липса на тясна специализация и недостатъчна мотивация. Това неминуемо се отразява негативно на качеството на здравните услуги и подчертава необходимостта от въвеждане на *Модел за управление и предоставяне на грижи за пациентите в интензивните отделения* на лечебните заведения като начин за повишаване на качеството на медицинската помощ и подобряване на цялостната работна среда [15].

Обществените промени, реформите в здравеопазването и развитието на медицинската наука изискват от медицинските специалисти непрекъснато да повишават своите знания и умения, за да бъдат конкурентоспособни на трудовия пазар [19]. Организацията на работата в лечебните заведения е в пряка зависимост от теоретичната и практическата подготовка на професионалиста по здравни грижи. Тя трябва да бъде съобразена с принципа за “непрекъснатост на обучението през целия живот”, продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел ефективно използване на човешките ресурси, повишаване качеството на медицинската помощ и устойчиво развитие на здравните заведения. Така до известна степен ще се ограничи комплексното влияние на различните фактори, свързани с организацията на работата, мотивацията на професионалистите по здравни грижи и социално-икономическите условия [93].

Образователната система предоставя възможности на професионалистите по здравни грижи както да повишават

образователната си степен – “бакалавър”, “магистър”, така и да специализират в различни направления.

Резултатите от проучването показват, че повече от половината от анкетираните медицински сестри (57,39%) притежават висше образование, като 4,78% от тях са с магистърска степен по “Управление на здравните грижи”. Относителният дял на сестрите с бакалавърска степен по “Здравни грижи” е 27,39%, а 25,22% имат бакалавърска степен по друга специалност (табл. 4). Разпределението на анкетираните в зависимост от притежаваната от тях образователна степен като абсолютен (бр.) и относителен дял (%) е представено в табл. 4.

Данните потвърждават все по-нарастващото значение на образователния ценз за работещите в системата на здравеопазването, както и за мотивацията на здравните специалисти да повишават своята квалификация като условие за кариерно израстване и развитие на компетенциите в едно или друго направление.

Таблица 4. Разпределение на медицинските сестри според образователната степен, която притежават

Образование	Брой	Относителен дял, %
Средно специално	31	13,48
Полувисше	33	14,35
Колеж	34	14,78
Висше – бакалавър	58	25,22
Висше – бакалавър „Здравни грижи“	63	27,39
Висше – магистър „Управление на здравните грижи“	11	4,78
Общо	230	100,00

Следдипломното обучение на медицинските специалисти продължава и на работното място. В болниците се разработват общоболнични програми за професионално обучение, като в повечето случаи те са съобразени с потребностите от придобиване на знания по определена тематика.

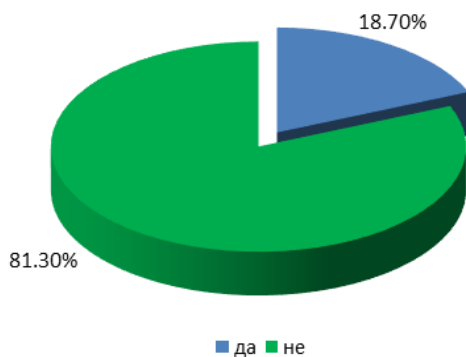
Продължителната квалификация представлява непрекъснато обучение в процеса на професионалната дейност под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, програми за дистанционно обучение. За продължителна квалификация се счита и участието в семинари, конгреси, конференции, симпозиуми, публикации в научни издания и други. Висшите медицински училища (ВМУ) и медицинските колежи (МК) организират, регистрират, провеждат и контролират следдипломното обучение на специалистите с висше образование.

Всичко това пряко или косвено влияе върху качеството на медицинската помощ като допринася за повишаване на компетенциите и професионалните умения на здравните специалисти и същевременно спомага за тяхната мотивация при изпълнение на служебните задължения в съответствие с целите на лечебното заведение.

От получените данни се вижда, че в разпределението на медицинските сестри, работещи в интензивния сектор, според наличието на придобита следдипломна квалификация, значително доминира относителният дял на лицата, които нямат такава – 81,30%. Едва 18,70% от анкетираните са посочили, че притежават следдипломна квалификация за работа в КАИЛ (фиг. 2).

Устойчивото развитие на човешките ресурси, което е пряко или косвено свързано с качеството на здравните грижи, изисква увеличаване на относителния дял на здравните специалисти, притежаващи следдипломна квалификация. Това може

да се постигне чрез оптимизиране на организацията в лечебните заведения с цел предоставяне на по-големи възможности в контекста на европейските принципи за „непрекъснатост на обучението през целия живот“, а също и чрез повишаване на мотивацията на ръководителите и на специалистите по здравни грижи да развиват своите професионални компетенции, имайки ясна перспектива за кариерно развитие.



Фиг. 2. Разпределение на здравните специалисти според наличие на придобита следдипломна квалификация за работа в КАИЛ

Следдипломното обучение предлага актуални теми, които помагат на работещите да повишават своята професионална квалификация, като придобиват знания и умения, въведени в новите учебни програми по различните дисциплини. Придобиването на съвременни професионални компетенции от здравните професионалисти е възможно само при активното им участие в курсовете за следдипломно обучение, защото то се провежда от университетски преподаватели с необходимата теоретична и педагогическа подготовка и е съобразено с целите на лечебното заведение за повишаване качеството на здравните услуги.

Съветът по здравни грижи към всяка една многопрофилна болница трябва да има ясна политика по отношение

на качеството на грижите и повишаването на професионалната квалификация на медицинските сестри и другите специалисти [105].

На базата на представените резултати, може да се приеме обобщена профилна характеристика на групата на професионалистите по здравни грижи, работещи в интензивните отделения на лечебните заведения, която включва следните параметри: медицинска сестра на възраст от 28 до 52 години, притежаваща образователна степен бакалавър, с професионален стаж в интензивния сектор от 3 до 5 години, без придобита следдипломна квалификация за работа в КАИЛ.

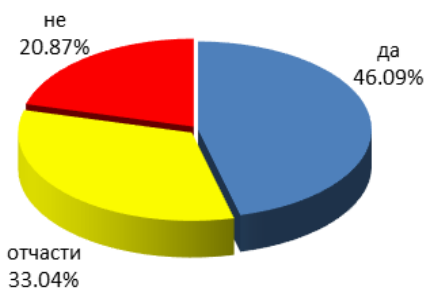
Медицинските сестри имат важна роля в лечебно-диагностичния процес и профилактиката при пациентите. От тяхната квалификация зависят качеството и ефективността на извършваните манипулации, ранната диагностика и превенцията. Предоставянето на ефективни и качествени здравни грижи за пациентите в интензивните отделения изисква от здравните специалисти да притежават съответните професионални умения, позволяващи им да участват пълноценно в цялостния процес на лечение в съответствие със своите компетенции.

Основната дейност на специалистите по здравни грижи е насочена не само в медицински, и в социален аспект. Медицинските сестри контролират и обучават пациентите и техните близки за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици, като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот както в дома, така и в социалната си среда.

Всичко това до голяма степен определя удовлетвореността на пациентите и близките им от организацията и качеството на медицинското обслужване, което е от важно значение за

конкурентоспособността на лечебното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

На фиг. 3 са представени резултатите от проучването на мнението на медицинските сестри по отношение наличието на квалификация и опит за осъществяване на качествени и ефективни здравни грижи в интензивния сектор на лечебните заведения.



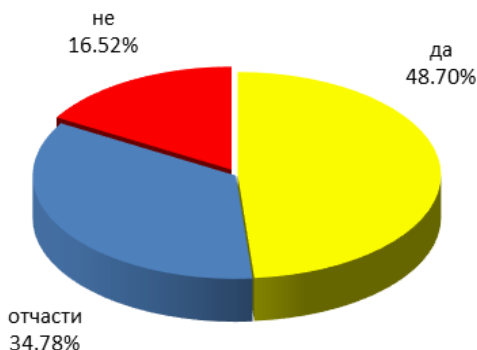
Фиг. 3. Разпределение на медицинските сестри в зависимост от мнението им за притежаването на квалификация и опит за предоставяне на качествени здравни грижи в КАИЛ

Данните показват, че по-малко от половината анкетиранни медицински сестри (46,09%) считат, че притежават необходимата квалификация и опит за предоставяне на качествени здравни грижи, докато делът на лицата, чиято самооценка е, че само частично са подготвени или се чувстват недобре подготвени за осъществяване на качествени здравни грижи в интензивния сектор на лечебните заведения е доста по-висок – 53,91% (фиг. 3).

Качеството на медицинската помощ, особено в интензивния сектор, изисква индивидуален подход при всеки пациент съобразно неговите потребности. Прилагането на такъв подход е възможно при наличие на достатъчен брой медицински сестри, притежаващи знания и умения за осъществяване на комплекс от последователни дейности, като събиране

на информация, анализиране на състоянието на пациента и поставяне на сестринска диагноза, планиране на грижите и тяхното осъществяване, оценяване състоянието на пациента.

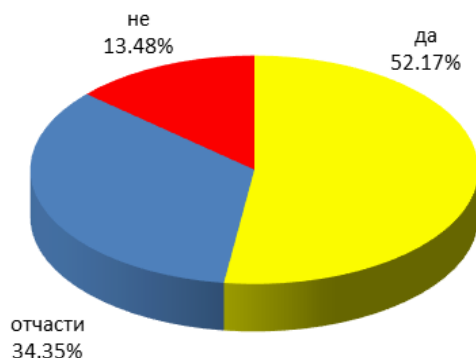
Резултатите от проучването показват, че по-малко от половината от анкетираните медицински сестри (48,7%), смятат себе си за достатъчно добре подготвени за прилагане на индивидуален подход при интензивни грижи за пациента. За около една трета от респондентите обаче това е така само отчасти, а 16,52% от анкетираните нямат готовност за прилагане на индивидуален план за грижи (фиг. 4).



Фиг. 4. Мнение на медицинските сестри за възможностите им за прилагане на индивидуален план за грижи за пациента в КАИЛ

Съвременните подходи при осъществяване на здравните грижи се основават на изработването на индивидуален план за пациента в зависимост от неговото състояние и потребности. Професионалистите по здравни грижи трябва да притежават компетенции за съставяне на сестринска диагноза, като формулират проблемите на пациента въз основа на наблюденията си и определят план за грижи, което показва необходимостта от провеждане на специализирано обучение за извършване на интензивни здравни грижи.

Медицинските сестри осъществяват непрекъснат контакт и наблюдение на болните. Това изисква умения за комуникация с пациентите, като стриктно се спазват границите на професионалната компетентност. На фиг. 5 е показано разпределението на медицинските сестри според тяхната преценка на комуникативните им способности.

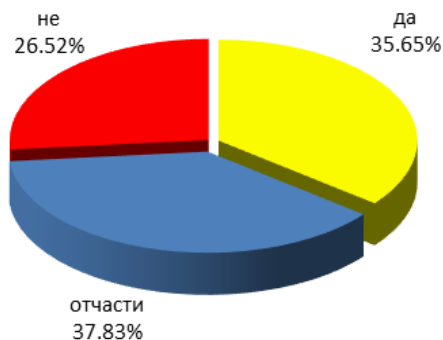


Фиг. 5. Мнение на медицинските сестри по отношение способността им за комуникация с пациентите в интензивния сектор

Над половината анкетирувани лица (52.17%) декларират, че притежават необходимите способности за пълноценна комуникация с пациентите. По-обезпокоителен обаче е фактът, че 47.83% са на мнение, че комуникативните им умения не отговарят на необходимото ниво.

Резултатите от анкетирането относно оценката на медицинските сестри за наличие на напрежение и натовареност в работата са представени на фиг. 6. Тези данни също потвърждават необходимостта от провеждането на специализирано обучение за медицинските сестри, не само като фактор за повишаване качеството на грижите, но и като средство за преодоляване на напрежението и натовареността, което е

една от специфичните особености на работата в интензивните отделения на лечебните заведения. Това потвърждават напълно или отчасти повече от половината от анкетираните медицински сестри (73.48%). Едва около една четвърт от анкетираните (26,52%) не споделят мнението за наличие на напрежение и натовареност в работата (фиг. 6).

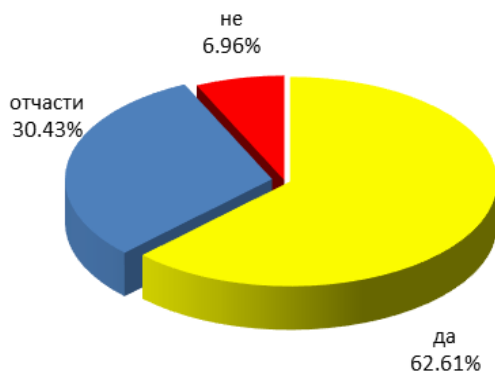


Фиг. 6. Дяловото разпределение на анкетираните медицински сестри въз основа на мнението им за наличие на напрежение и натовареност в работата

На фиг. 7 са представени данните от проучването на мнението на медицинските сестри за необходимостта от допълнително специализирано обучение за работа в интензивните отделения. Над половината от респондентите дават положителен отговор на този въпрос.

Резултатите, представени на фиг. 7, са показателни за необходимостта от повишаване на квалификацията на медицинските сестри за работата им в интензивния сектор. Разширяването на техните компетенции и специализацията им в конкретна насока ще подобри качеството на здравните грижи, които трябва да бъдат съобразени с особеностите на работата в КАИЛ. По този начин ще се повиши ефективността на

лечението и удовлетвореността на пациентите и близките им, което е важно условие за икономическа рентабилност и стабилност на здравните заведения. Също така предоставянето на възможности за допълнителното обучение на работното място, свързано с перспективите за повишаване на квалификацията и удовлетвореност от работата, оказва благоприятно влияние върху мотивацията на здравните специалисти, което също е условие за качество на медицинската помощ.



Фиг. 7. Разпределение на медицинските сестри според мнението им за необходимостта от допълнително специализирано обучение за работа в интензивния сектор

Ефективността и качеството на здравните грижи са в пряка зависимост от мотивацията на медицинските сестри както за работа, така и за повишаване на квалификацията и развитие на компетенциите им в съответната област.

В табл. 5 са представени резултати от проучването на основния мотив за избор на работно място от професионалистите по здравни грижи. Може да се приеме за естествено, че най-голям относителен дял от анкетираните (41,30%), посочва като основен мотив по-доброто заплащане. За 30% от респондентите изборът им на работно място е продиктуван

от желанието да се грижат и помагат на пациенти в тежко състояние. Липсата на по-добра алтернатива е причината за избора на това работно място за 15,22%, а 13,48% са посочили отговор „друго“ (табл. 5).

Таблица 5. Основен мотив на специалистите по здравни грижи за избор на работно място в КАИЛ

Основен мотив	Брой	Относителен дял [%]
Желание за грижа за пациенти в тежко състояние	69	30,00
По-добро заплащане	95	41,30
Липса на по-добро или друго свободно работно място	35	15,22
Друго	31	13,48
Общо	230	100,00

Медицинската професия се основава на грижата за живота и здравето на хората, но в съвременните социално-икономически реалности и разбирания на обществото водещ при професионалната ориентация на кадрите е финансовият фактор. Независимо от това за близо една трета от медицинските сестри (30%) основният мотив при избор на работно място в сферата на интензивните грижи е в съответствие с философията на сестринската професия в нейната емоционална и историческа същност, което подчертава моралния и професионален облик на медицинската сестра.

Интензивните грижи са особено важна част от медицинската помощ, която не заема полагащото ѝ се място във фокуса на общественото внимание, в съответствие с отговорността и напрежението, съпътстващи грижите за пациентите в интензивния сектор на здравните заведения. Едва 16,52% от респондентите смятат, че хората са достатъчно добре информирани

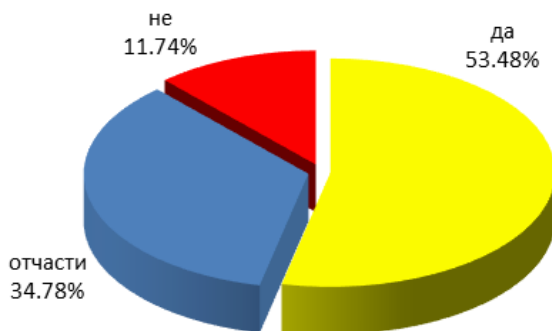
за същността и значението на интензивните грижи (фиг. 8). На противоположно мнение са 29,57%, според 23,04% това е така само отчасти, а 30,87% не могат да преценят (фиг. 8).



Фиг. 8. Разпределение на медицинските сестри в зависимост от мнението им за информираността на обществото за същността и значението на интензивните грижи

Общественото внимание спомага при решаването на проблемите във всяка една област, което изисква повишаване на информираността на обществото по отношение на интензивните грижи. Това е свързано и с цялостното повишаване на здравната култура, достъпността и ефективността на медицинската помощ, както и с качеството на живот като цяло.

Удовлетвореността от работата е от съществено значение за мотивацията на медицинските сестри. В този контекст интерес представляват данните от проучването на мнението им относно факта доколко според тях се оценяват положително качества като инициативност и предприемчивост при работата им в КАИЛ. Повече от половината от респондентите дават утвърдителен отговор на този въпрос, но според не малка част (общо 46.52%) това е вярно само отчасти или изобщо не е вярно (фиг. 9).

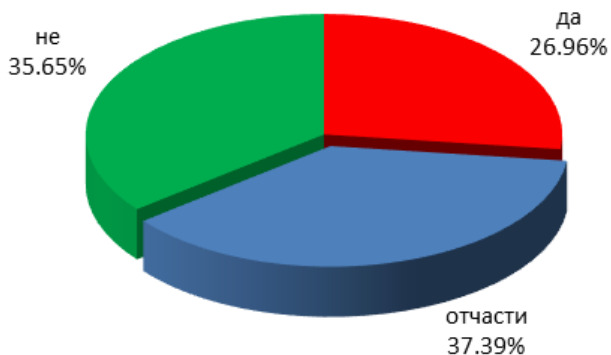


Фиг. 9. Разпределение на респондентите според гледната им точка дали в КАИЛ се оценяват високо качества като инициативност и предприемчивост?

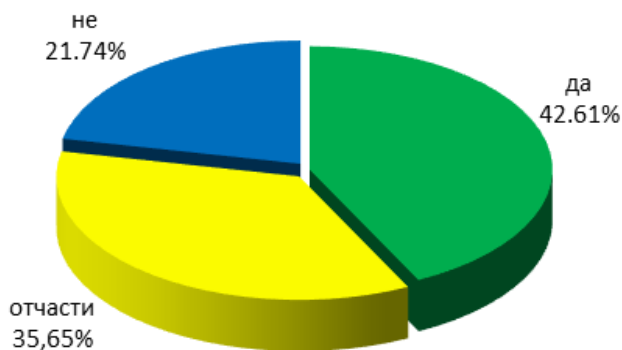
Може да се предположи, че за да се повиши удовлетвореността на медицинските сестри, а съответно и мотивацията им, ще спомогне въвеждане на единен научнообоснован модел за осъществяване на интензивни здравни грижи, с което ще се оптимизира организацията на работата като условие за качество и ефективност на грижите.

На фиг. 10 е илюстрирано разпределението на медицинските сестри, работещи в КАИЛ, в зависимост от желанието им за промяна на работното място. 35,65% от анкетираните потвърждават намерението си за работа в интензивните отделения.

Подобно разпределение, с висок относителен дял на желаещите да променят работното си място (64.35%) се обуславя не само от напрежението и натовареността при работата в интензивните отделения, но и съответства на цялостното текучество на кадрите в здравеопазването, което е и един от основните обществени проблеми.



Фиг. 10. Дяловото разпределение на анкетираните медицинските сестри, работещи в КАИЛ, в зависимост от желанието им за промяна на работното място



Фиг. 11. Дяловото разпределение на респондентите, работещи в КАИЛ, в зависимост от мотивацията им за повишаване на квалификацията и за професионално усъвършенстване

Мотивацията на хората за труд е сред от основните предпоставки за организационната ефективност и успешното развитие [15, 84, 104]. За да осъществяват своята мисия и да просперират в динамично изменящата се среда, лечебните за-

ведения разчитат на своите служители. Не само на уменията и способностите им, но особено много и на тяхната мотивация да прилагат и развиват професионалните си умения за повишаване конкурентната способност на организацията [20].

Резултатите от проучването показват, че 42,61% от анкетиранияте медицински сестри в интензивния сектор на лечебните заведения са мотивирани да повишават квалификацията си и да се усъвършенстват професионално, докато 21,74% отговарят отрицателно. Значителен е относителният дял и на респондентите, които нямат определено мнение по въпроса (фиг. 11). Това е показателно за необходимостта от подобряване на организацията на работата в интензивния сектор в насока към предоставяне на по-добри възможности за повишаване на квалификацията на здравните специалисти като условие за повишаване на тяхната мотивация.

Неспособността на лечебните заведения да мотивират своите сътрудници, като обвържат целите на организацията с личните интереси на служителите за просперитет и кариерно развитие, предполага липса на перспективи за развитие и утвърждаване на пазара в условията на конкуренция между здравните заведения [20]. Последствията за такива здравни заведения се изразяват във високо равнище на текущото и ниска ефективност [53, 54, 107, 150].

Ето защо всяко лечебно заведение трябва да влага средства и енергия за обучение, продължителна квалификация и професионално развитие на своите служители. Целта е да задържи своите членове, да използва техния капацитет и да получи възвращаемост на инвестирането в тях [20, 21, 74, 105, 106].

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТНОСНО ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В ИНТЕНЗИВНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Медицинските сестри са неизменна част от лекуващия екип, като дейностите им са фокусирани върху задоволяване на потребностите на болните и осигуряване на емоционална грижа и подкрепа за тях и семействата им. Организацията на работата в интензивните отделения и качеството на здравните грижи определят до голяма степен удовлетворението на пациентите и техните близки от медицинското обслужване, което зависи от качеството на извършваните манипулации и процедури, от хигиената и цялостната организация на дейностите в отделението. Всичко това подчертава необходимостта от проучване и анализ на мнението на специалистите по здравни грижи за организацията на грижите в КАИЛ като основа за повишаване на тяхното качество и ефективност.

На фиг. 12 е представено разпределението на медицинските сестри в зависимост от мнението им по отношение на съответствието на организацията на работата в отделението със съвременните стандарти за качество на интензивните грижи.

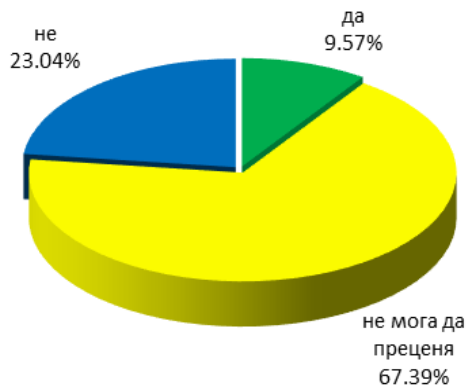
Сред анкетираните преобладава мнението, че организацията на работата в интензивните отделения напълно или отчасти (общо 74,78%) отговаря на съвременните стандарти за качество. Отрицателно на този въпрос отговарят само 10% от анкетираните, а 15,22% не могат да преценят (фиг. 12).

Напрежението и натовареността на дейностите в интензивния сектор на лечебните заведения са особено силно изразени. В този контекст се разглежда въпросът за въвеждане на възрастово ограничение за работа в КАИЛ. Както се вижда от данните представени на фиг. 13, сред мнозинството медицински сестри (67,39%) липсва ясно изразено становище по

тази тема. Едва 9,57% от анкетираните считат това за целесъобразно, а 23,04% не виждат необходимост от ограничаване на възрастта за работа в КАИЛ (фиг. 13).



Фиг. 12. Съответствие на организацията работата в отделениято със съвременните стандарти за качество на интензивните грижи



Фиг. 13. Разпределение на медицинските сестри в зависимост от мнението им за въвеждане на възрастово ограничение за работа в КАИЛ

Тези резултати са обусловени от влиянието на различни причини и обстоятелства. От една страна, може да се предположи, че напрежението и физическото натоварване

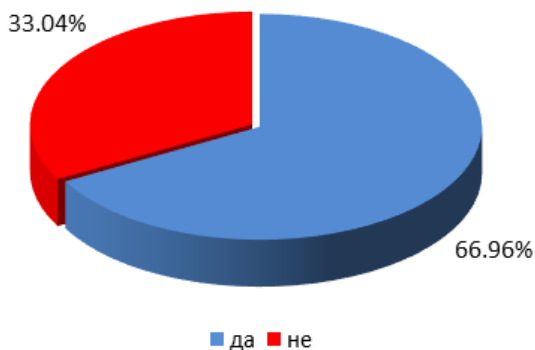
при работата в интензивния сектор са естествен лимитиращ фактор за възрастта на медицинските сестри и качеството на здравните грижи. Същевременно при цялостния недостиг на професионалисти по здравни грижи в системата на здравеопазване евентуалното възрастово ограничение би направило невъзможно осигуряването на необходимия минимум от медицински сестри за предоставяне на здравни грижи не само в интензивните отделения.

Осигуряването на лечебните заведения с достатъчно количество качествени материали и консумативи има основно значение за качеството на здравните грижи, а също така влияе върху мотивацията на медицинските сестри и определя до голяма степен удовлетвореността на пациентите [19]. При съвременните пазарни условия съществуват възможности за закупуване на качествени медицински консумативи и материали, което допринася за ефективността и рентабилността на грижите.

Проведените проучвания показват, че по-голяма част от медицинските сестри в интензивния сектор (66,96%) приемат за достатъчно количеството и качеството на медицинските консумативи и материали за извършването на качествени здравни грижи (фиг. 14).

Немалък обаче е и относителният дял на анкетираните, изказващи противоположно мнение (фиг. 14), което е индикатор за необходимостта от подобряване на организацията на работата и материалното осигуряване в интензивните отделения.

Мнението по отношение на количеството и качеството на материалите и консумативите е особено важно, тъй като извършването на манипулациите и процедурите по начин, който да удовлетворява пациентите, изисква да се работи с консумативи и материали, притежаващи определена качествена характеристика.

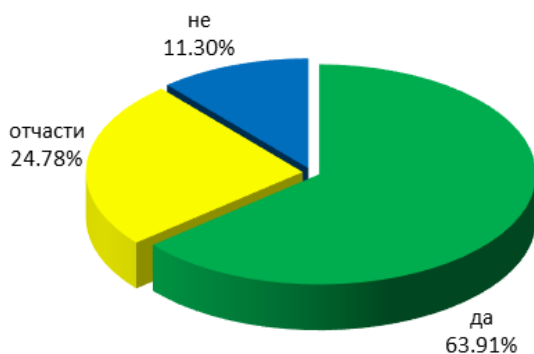


Фиг. 14. Осигуреност на отделението с достатъчно по количество и качество материали за предоставяне на здравни грижи

Практическото използване на документи, които съдържат описание на процедурите и елементите на процеса за извършване на грижи в болничните отделения, спомага за осигуряване на качествени здравни грижи. Такива документи са протоколите за здравни грижи и техническите фишове, които определят стандартното извършване на грижите и тяхното ниво на качество. Изработването и въвеждането им се осъществява от ръководителя по здравни грижи в болницата, с участието на най-добрите специалисти [20].

При провеждане на акредитация се изисква представянето на протоколи и технически фишове от всяко отделение в болницата. В редица болници тези протоколи са изработени и написани, но не съществува форма за контрол, която да гарантира спазването им. Качеството на грижите може да се постигне само и единствено, ако всички специалисти спазват точно изработените протоколи и технически фишове [119], които са средство за повишаване на ефективността на управлението и контрола на качеството на грижите.

На фиг. 15 е показано дяловото разпределение на медицинските сестри според мнението им за използването на технически фишове и протоколи. От данните се вижда, че те се използват безусловно от почти две трети от анкетираните (63,91%), което не е достатъчно за ефективното управление на интензивните грижи в лечебните заведения. Използване на технически фишове и протоколи само частично или липса на подобни средства посочват общо 36,08% от анкетираните лица (фиг. 15).



Фиг. 15. Практическо приложение на технически фишове и протоколи

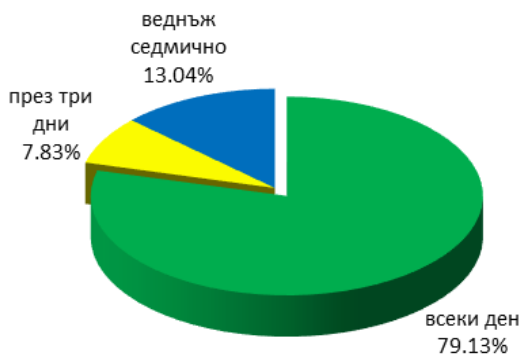
На фиг. 16 са представени данни от проучването на честотата на извършвания контрол върху вътреболничните инфекции (ВБИ). Според 78,26% от анкетираните този контрол се упражнява ежемесечно. Немалък е, за съжаление, относителният дял на респондентите, които посочват по-дълъг срок – на три и повече от три месеца (общо 21,74%) (фиг. 16).

ВБИ са важен показател за качеството на медицинската помощ, което предполага редовен и прецизен контрол като средство за оценка на качеството и ефективността на грижите за пациента.



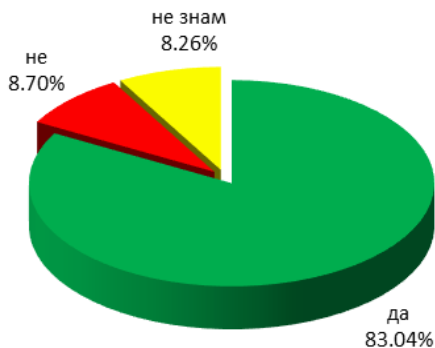
Фиг. 16. Честота на контрол върху вътреболнични инфекции (ВБИ)

Резултатите разкриват, че според най-голям относителен дял (79,13%) от анкетираните професионалисти по здравни грижи в интензивните отделения се упражнява ежедневен контрол на хигиената, храненето и документацията (фиг. 17). Не малък е обаче дялът (20,87%) на медицинските сестри, според които това се прави през три дни или само веднъж седмично (фиг. 17). Подобряването на организацията в работата и повишаването на качеството на здравните грижи изискват намаляване на тези проценти.



Фиг. 17. Честота на контрола върху хигиената, храненето и документацията

Подобни са данните за наличието и използването на дезинфекционен план, представени на фиг. 18. Въпреки мнозинството анкетирани (83,04%) отговорили положително на въпроса за наличие и прилагане на дезинфекционен план в техните отделения, прави впечатление, че 16,96% от респондентите или не знаят за такъв или споделят, че няма подобен план в тяхната месторабота.



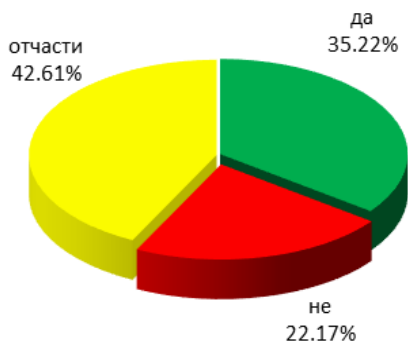
Фиг. 18. Наличие и спазване на дезинфекционен план

На фиг. 19 са представени резултатите от проучването относно използването на информационни програми в интензивните отделения на здравните заведения. За съжаление, се оказва, че едва 5,22% от респондентите използват подобни програми, докато останалата част от анкетираните здравни специалисти не знаят за използването на софтуер в организацията и контролирането на работата в отделението (6,52%) или споделят, че такива програми изобщо не се използват при тях (88,26%) (фиг. 19). Съвременните предизвикателства в медицинската практика и стандартите за качество на медицинската помощ изискват по-пълно внедряване на информационните технологии и средства. Това позволява по-точен и задълбочен анализ на данните и предоставя по-големи възможности за подобряване на организацията и качеството на работата.



Фиг. 19. Използване на информационни програми

Повишаването на качеството на здравните грижи както в интензивния сектор, така и в цялостния комплекс на болничната помощ налага създаване на всички условия за прилагане на индивидуален план за грижи. Той отразява цялостната дейност по отношение на извършваните грижи, манипулации и процедури за пациента като част от общото му досие.



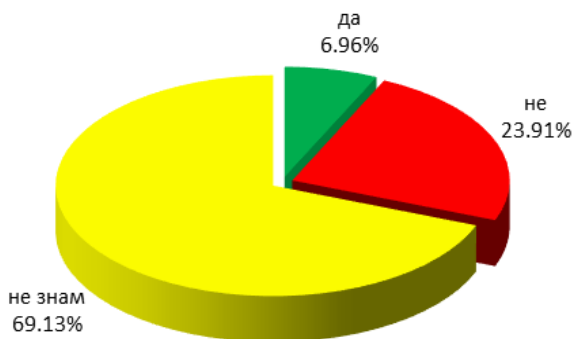
Фиг. 20. Наличие на условия за прилагане на индивидуален план на интензивни грижи за пациента

Според едва малко над една трета от анкетираните медицински сестри (35,22%), в интензивните отделения същест-

вуват всички възможности и условия за прилагане на индивидуален план на грижи. Мнението, че това е само отчасти възможно или че индивидуалният подход на грижи за пациента в КАИЛ е абсолютно неприменимо се споделя от мнозинството анкетираните (фиг. 20).

Липсата на документи, които да регламентират прилагането на индивидуален план за грижи, както и на необходимите за това компетенции на специалистите по здравни грижи ограничава възможностите за повишаване на качеството и ефективността на здравните грижи.

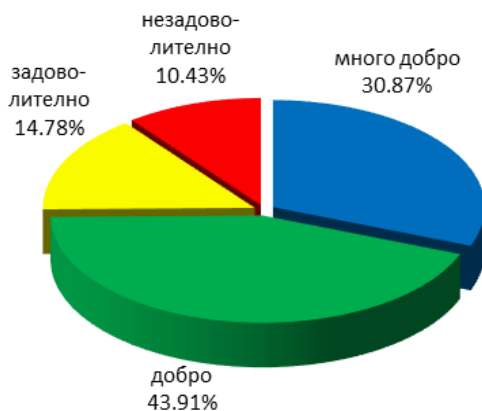
Ефективността на управлението на здравните грижи зависи от оценката на тяхното качество. Тази оценка се основава на установяване на ефективността на здравното обслужване в медицински, социален и икономически аспект. Оценяването на качеството на здравните грижи цели да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.



Фиг. 21. Дялово разпределение на анкетираните в зависимост от становището им по въпроса: „Извършва ли се оценка на качеството на здравните грижи в интензивния сектор на лечебните заведения?“

Едва според 6,96% от анкетираните медицински сестри се оценява качеството в интензивните отделения, в които работят. Докато преобладаващата част не знаят или са на мнение, че подобна оценка не се прави (фиг. 21). Това е предпоставка за ниско ниво на ефективност и качество на здравните грижи, обусловено от липсата на научнообоснован единен модел на здравните грижи в интензивния сектор на лечебните заведения.

На фиг. 22 са представени резултати от проучването на оценката на медицинските сестри по отношение на качеството на здравните грижи в интензивните отделения. Най-висок е относителният дял на анкетираните, считащи, че качеството на грижите, които отделението предоставя на пациентите, е добро или много добро (74.78%). За жалост обаче, немалко са и респондентите споделящи, че качеството на грижите е едва задоволително или дори незадоволително (общо 25.21%) (фиг. 22).



Фиг. 22. Разпределение на медицинските сестри в зависимост от оценката им за качеството на здравните грижи в КАИЛ

Тези данни разкриват належаща необходимост от разработване на мероприятия за повишаване качеството на интен-

зивните грижите, което може да се постигне чрез провеждане на специализирано обучение на здравните специалисти и въвеждане на модел за осъществяване на грижите в интензивния сектор в съответствие със спецификата на работата и потребностите на пациентите и техните близки.

Резултатите от изследването демонстрират, че по-голяма част от медицинските сестри, работещи в КАИЛ, възприемат положително изработването и въвеждането на единен модел на интензивни грижи. Данните са представени на фиг. 23.



Фиг. 23. Дялово разпределение на анкетираните медицински сестри в зависимост от мнението им за необходимостта от въвеждане на единен модел на интензивните грижи

Може да се предположи, че отрицателното мнение и колебанието на част от респондентите е мотивирано от съмнения за това доколко такъв модел ще съответства на квалификацията и компетенциите на здравните специалисти и до каква степен лечебното заведение ще осигури условия за обучение на специалистите.

Придържането към предварително разработен и въведен стандартен модел на интензивните грижи, съобразен със спе-

цификата на отделението и потребностите на пациентите и техните близки, е предпоставка за повишаване на качеството на здравните грижи, което от своя страна е важен фактор за икономическата стабилност на лечебното заведение. Това определя като основна задача пред ръководителите в здравеопазването създаването на необходимите условия за обучение и развитие на компетенциите на персонала в съответствие със спецификата на работата и медико-социалните потребности на пациентите.

Таблица 6. Фактори за повишаване качеството на здравните грижи в интензивния сектор на лечебните заведения

Фактори за повишаване качеството на здравните грижи в КАИЛ	Посочен като фактор с първостепенно значение	
	Брой	%
Повишаване на контрола от страна на ръководителите по здравни грижи	8	3,48
Подобряване на материално-техническата база	11	4,78
Увеличаване броя на медицинските сестри	102	44,35
Повишаване квалификация на специалистите по здравни грижи	21	9,13
Въвеждане на единен модел на интензивните грижи	88	38,26
Общо	230	100,00

На табл. 6 са представени данни за мнението на медицинските сестри относно значението на различните фактори за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи в интензивния сектор на лечебните заведения. Тези резултати потвърждават общоприетото становище, определящо недостига на кадри като основен проблем в системата на здравеопазване. Както е видно от табл. 6 като

най-важен фактор за подобряване организацията на работата и качеството на здравните грижи анкетираните посочват именно увеличаването на броя на здравните специалисти. Значителна част от медицински сестри смятат, че качеството на грижите ще се повиши благодарение на фактори като въвеждане на единен модел за интензивни грижи, повишаване на квалификацията на здравните специалисти, подобряването на материално-техническата база, както и повишаването на контрола от страна на ръководителите по здравни грижи (табл. 6).

С подобряване на материално-техническата база и прилагането на съвременни информационни технологии и средства, както и с развитието на компетенциите и създаването на условия за повишаване на квалификацията и уменията на медицинските сестри ще се увеличат и възможностите за въвеждане на *единен модел на интензивни здравните грижи*. Така ще се повиши ефективността на цялостния процес на лечение и качеството на медицинската помощ, което е гаранция за икономическа стабилност и устойчиво развитие на здравните заведения.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ – СОЦИАЛЕН И ПРОФЕСИОНАЛЕН ПРОФИЛ, ОЦЕНКА НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА РАБОТАТА В ИНТЕНЗИВНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Ролята на ръководителите по здравни грижи се състои в планиране, организиране, насочване и контрол на финансовите, човешките и материалните ресурси, в стремеж за възможно най-ефикасно постигане на поставените от орга-

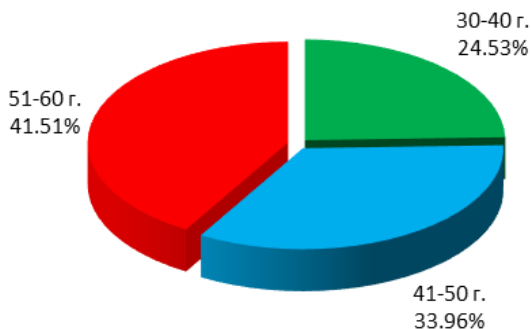
низацията цели. Това изисква наличие на знания и умения за изпълняване на ръководни и административни функции. В същото време задължително е тези ръководители да притежават качества като поведение и отношение, които са специфични за управлението на здравните грижи, и да отговарят на присъщите за сестринството концепции [17, 20, 41].

Спецификата на работата в интензивния сектор на лечебните заведения определя необходимостта от подготвени експерти – ръководители по здравни грижи, които да притежават компетенции за оценка на качеството на здравните грижи и за прилагане на модели за управление с цел неговото повишаване [41, 120].

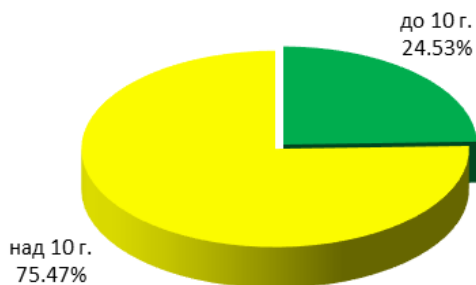
Ръководителите по здравни грижи работят в различни отделения на лечебните заведения, обхванати в проучването. Анкетираният старши медицински сестри са на възраст от 30 до 60 години. Най-голям е относителният дял на ръководителите по здравни грижи във възрастовия диапазон между 51 и 60 години – 41,50%. Относителният дял на анкетираният ръководители по здравни грижи на възраст 41-50 години е 33,96%, а между 30 и 40 години – 24,53% (фиг. 24).

Резултатите от изследването, представено на фиг. 25, показват, че преобладаващата част от анкетираният ръководители по здравни грижи са с професионален стаж като ръководители над 10 години. Относителният дял на ръководителите с професионален стаж на тази позиция по-малък от 10 години е едва 24,53%.

Независимо от това разпределение лечебните заведения трябва да предоставят условия за постоянно развитие на компетенциите на ръководителите по здравни грижи в съответствие с развитието на медицинската наука и информационните технологии, както и с непрекъснато повишаващите се стандарти за качество на медицинската помощ.



Фиг. 24. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според тяхната възраст

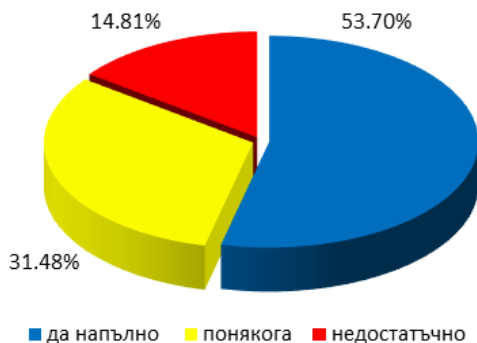


Фиг. 25. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според професионалния им стаж

Осигуряването на лечебните заведения с достатъчно количество качествени материали и консумативи има основно значение за качеството на здравните грижи, а също така влияе върху мотивацията на персонала и определя до голяма степен удовлетвореността на пациентите [19].

Резултатите, представени на фиг. 26, показват, че повече от половината от анкетираните старшите медицински сестри в интензивния сектор приемат осигуреното им количество медицински консуматив и материали за достатъчно за извършването на качествени здравни грижи. Значителен е обаче и отно-

сителният дял на посочилите, че това се случва само понякога (31,48%), както и на смятащите, че не разполагат с необходимите им количества медицински консумативи и материали за извършването на качествени здравни грижи (14,81%).



Фиг. 26. Наличие на необходимото количество консумативи и материали за извършване на качествени здравни грижи

Мнението на старшите медицински сестри в КАИЛ за осигуреността на интензивните отделения с необходимите количества качествени материали и консумативи е от особено значение. Извършването на манипулациите и процедурите по начин, който да удовлетворява пациентите, изисква да се работи с консумативи и материали с определени качествени характеристики. Ето защо активното участие на ръководителите по здравни грижи при планирането и осигуряването на консумативи с определено качество значително би повишило ефективността и качеството на здравните грижи. Това обуславя нуждата от развитие на компетенциите на ръководителите по здравни грижи за участие в съответните процедури за доставка на медицински консумативи и хигиенни материали.

Използването на протоколи, които съдържат описание на процедурите и елементите на процеса за извършване на

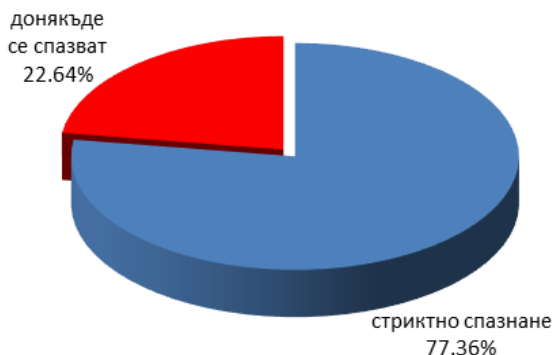
грижи в болничните отделения, спомага за осигуряване на качествени здравни грижи.

При акредитация на лечебните заведения се изисква представянето на протоколи и технически фишове от всяко отделение. В редица болници, въпреки че има изработени такива протоколи, липсва обаче форма за контрол, гарантираща спазването им. Както вече не веднъж отбелязахме, точното спазване на изработените протоколи и технически фишове от всички специалисти е сигурна гаранция за постигане на необходимото качество на полаганите грижи [19, 20, 120].

На фиг. 27 е показано разпределението на мненията на ръководителите по здравни грижи за използването и спазването на протоколите и процедурите от медицинските сестри в интензивните отделения. Според мнозинството анкетиранни (77,36%) протоколите и процедурите се спазват стриктно (фиг. 27), което гарантира ефективността на управлението и контрола на грижите.

Ефективната комуникация е задължително условие за функционирането на всяка организационна структура. Това в пълна степен важи и за интензивните отделения на лечебните заведения. В този контекст е проучено мнението на ръководителите по здравни грижи в КАИЛ за ефективността на комуникацията между членовете на техния екип. Близко две трети от анкетираните (64,15%) оценяват ефективността на тази комуникация като много добра. Същевременно обаче немалък е относителният дял на ръководителите, чиято оценка е просто добра или средна (фиг. 28).

В съответствие с тези резултати са и данните, посочени на фиг. 29, които показват разпределението на ръководителите по здравни грижи според оценката им за ефективността на екипната работа между медицинските сестри в интензивното отделение.



Фиг. 27. Дялово разпределение на ръководителите по здравни грижи според мнението им за спазването на протоколите и процедурите от медицинските сестри в интензивните отделения

Получените данни са показателни за необходимостта от оптимизиране на организацията на работата с цел постигане на още по-голяма ефективност на комуникацията между членовете на екипите в КАИЛ. За постигане на тази цел ще допринесе разработването и въвеждането в практиката на *единен модел на грижите за пациента в интензивния сектор* на лечебните заведения, което ще спомогне и за цялостно повишаване на качеството на здравните грижи.



Фиг. 28. Разпределение (%) на ръководителите по здравни грижи в зависимост от оценката им на ефективността на комуникацията между членовете на екипа



Фиг. 29. Разпределение (%) според мнението на ръководителите по здравни грижи за ефективността на екипната работа между медицинските сестри в интензивното отделение

На фиг. 30 са представени резултати от проучването, касаещи мнението на ръководителите по здравни грижи за това, как медицинските сестри се справят с управлението на стреса и с натоварването в интензивните отделения. Преобладаваща част от анкетираните споделя, че медицинските сестри в отделенията им се справят добре или много добре с тези проблеми. Едва 9,34% от анкетираните ръководители считат, че медицинските сестри не се справят със стреса и натоварването в интензивния сектор (фиг. 30).

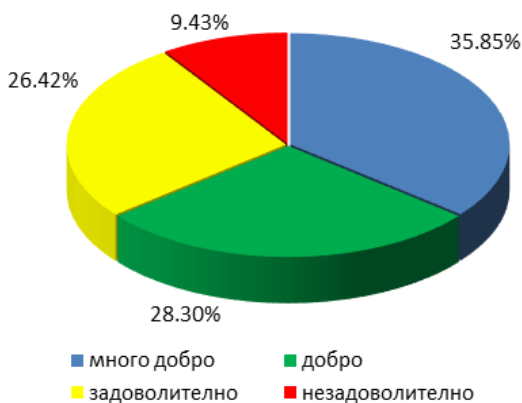


Фиг. 30. Мнение на ръководителите по здравни грижи относно мнението на медицинските сестри за управление на стреса и за справяне с натоварването в интензивните отделения

Може да се предположи, че подобряването на работната организация чрез въвеждане на *единен модел на здравните грижи в интензивния сектор* на лечебните заведения ще спомогне както за повишаване на качеството на грижите, така и за управлението на стреса и натоварването при медицинските сестри.

Ефективността на организацията на здравните грижи и тяхното качество зависят до голяма степен от квалификацията и уменията на ръководителите. Това обуславя интереса ни към цялостната им оценка за качеството на здравните грижи в КАИЛ.

От данните на фиг. 31 се вижда, че преобладаващ дял от анкетираните оценява качеството на здравните грижи като много добро или добро. 26,42% от ръководителите по здравни грижи в интензивния сектор оценяват качеството на здравните грижи в КАИЛ като задоволително и само 9,43% – като незадоволително (фиг. 31).



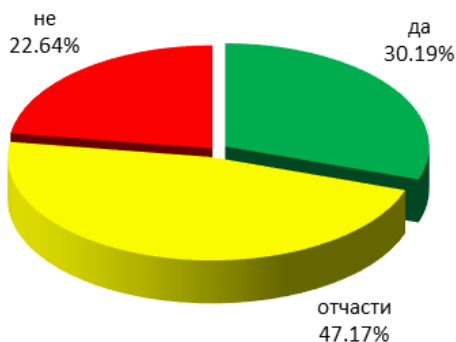
Фиг. 31. Разпределение на старшите медицински сестри в зависимост от оценката им на качеството на здравните грижи в КАИЛ

Значението на компетенциите на ръководителите за качеството на здравните грижи подчертава необходимостта от провеждане на мероприятия и от създаване на условия

за повишаване на квалификацията им в съответствие със съвременните европейски практики за непрекъснатост на обучението като средство за повишаване качеството и ефективността на здравните грижи и за гарантиране на устойчиво развитие на здравните заведения [19, 120].

На фиг. 32 са представени данни от проучване на мнението на старшите медицински сестри относно наличието на условия за въвеждане на единен модел на интензивните грижи в КАИЛ. Резултатите от изследването показват, че с най-голям относителен дял са ръководителите по здравни грижи, които считат, че такива условия съществуват само частично (фиг. 32).

В табл. 7 е представено мнението на ръководителите по здравни грижи относно необходимите условия за въвеждане на единен модел на интензивните грижи. Най-голям е относителният дял на анкетираните, поставящи на първо място повишаването на квалификацията на здравните специалисти. Друга част от ръководителите изтъкват на преден план развитието на компетенциите на здравните специалисти за работа в електронна среда, предоставянето на подходящ софтуер, увеличаването на броя на медицинските сестри и осигуряването на съвременни дигитални средства (табл. 7).



Фиг. 32. Наличие на условия за въвеждане на единен модел на интензивните грижи в КАИЛ

Таблица 7. Необходими условия за въвеждане на единен модел на интензивните грижи като средство за повишаване на тяхното качество

Необходими условия	Посочено като условие с първостепенно значение	
	Брой	%
Предоставяне на подходящ софтуер	8	15,09
Осигуряване на съвременни дигитални средства	4	7,55
Увеличаване на броя на медицинските сестри	7	13,21
Повишаване на квалификацията на медицинските сестри	16	30,19
Развитие на компетенциите на медицинските сестри за работа в електронна среда	14	26,42
Друго	4	7,55
Общо	53	100,00

С подобряване на материално-техническата база и чрез прилагането на съвременни информационни технологии и средства като част от развитието на електронното здравеопазване, както и с повишаването на квалификацията на здравните специалисти ще се разширят възможностите за въвеждане на единен модел на здравните грижи в интензивния сектор. По този начин ще се оптимизира сложният процес на управление на здравните грижи, с което ще се повишат тяхното качество и ефективността им, а това е важен фактор за устойчиво развитие на едно здравно заведение.

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА КВАЛИФИКАЦИЯТА И РАЗВИТИЕ НА КОМПЕТЕНЦИИТЕ НА ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ В ИНТЕНЗИВНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Медицинските сестри извършват редица манипулации и осъществяват продължително наблюдение, грижи и общуване с пациента и неговите близки. От тяхната квалификация и

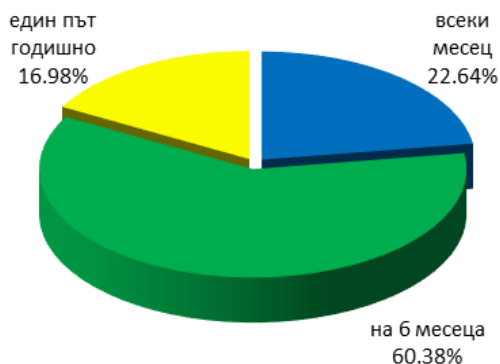
професионални умения зависи качеството на здравните грижи, а то определя удовлетвореността на пациентите от получената медицинска помощ и допринася за конкурентоспособността на лечебното заведение в условията на свободен избор на здравно заведение от пациента [116, 119].

Разширяването и развитието на компетенциите на здравните специалисти в съответствие с особеностите на отделението, в което работят, ще подобрят качеството на здравните грижи и ефективността на медицинската помощ като цяло. Също така предоставянето на възможности за допълнително обучение на работното място влияе благоприятно и на мотивацията, свързана с перспективите за повишаване на квалификацията, и на удовлетвореността от работата [19, 120].

Всичко това ясно показва необходимостта от ефективно функционираща система за повишаване на квалификацията и за развитие на компетенциите на здравните специалисти, основаваща се на принципите за „непрекъснатост на обучението”, „интердисциплинарен” и „мултидисциплинарен” подход в обучението на работното място.

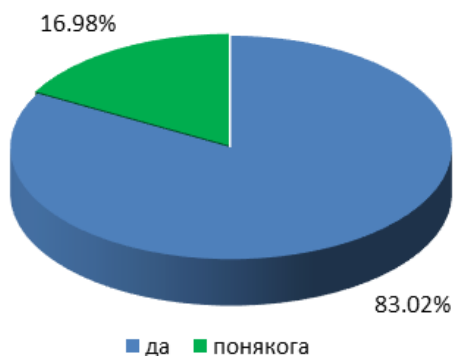
На фиг. 33 са представени данните от проучването за мнението на ръководителите по здравни грижи за честотата на обучението на медицинските сестри в КАИЛ. С най-голям относителен дял са анкетиранияте, според които такова обучение се извършва на всеки 6 месеца, следвани от тези, споделящите, че подобно обучение се провежда ежемесечно. Най-нисък е процентът на лицата, посочили, че това става само веднъж годишно (фиг. 33).

Повишаването на качеството на здравните грижи предвид натовареността и отговорността на работата в интензивния сектор изисква по-голяма честота на обучението на здравните специалисти. Това би спомогнало не само за развитие на техните компетенции, но и за по-успешно възприемане на стреса и натовареността в работата.



Фиг. 33. Честота на обучението на медицинските сестри в КАИЛ

Важна част от обучението на медицинските сестри и условие за осигуряване на качествени и ефективни здравни грижи в КАИЛ е провеждането на семинари с медицинските специалисти относно нозокомиалните инфекции в лечебното заведение. Резултатите от проучването показват, че според мнозинството от респондентите (83,02%) подобни семинари се провеждат редовно и само малка част (16,98%) от анкетираните са на мнение, че това се случва само понякога (фиг. 34).



Фиг. 34. Провеждане на семинари с медицинските специалисти относно нозокомиалните инфекции в лечебното заведение

На фиг. 35 е представено разпределението на анкетираните старши медицински сестри в зависимост от мнението им за най-подходящия начин за развитие на компетенциите на здравните специалисти. Мнозинството от ръководителите по здравни грижи (54,72%), считат, че развитието на компетенциите на медицинските сестри изисква едновременно провеждане на теоретично и практическо обучение (фиг. 35).



Фиг. 35. Начини за развитие на компетенциите на здравните специалисти в интензивните отделения

В условията на непрекъснато повишаващите се изисквания за качество и достъпност на медицинската помощ, все повече ще нараства значението здравните специалисти и тяхната квалификация и професионални умения. Наличието на достатъчен брой квалифициран персонал е основен фактор за качеството и ефективността на здравните грижи. Това намира отражение в удовлетвореността на пациентите от медицинската помощ, което е важно за икономическата стабилност на здравните заведения в условията на свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“

Обучението в учебните заведения предоставя основата за развитие на здравните специалисти и задължителния минимум от знания и умения за усъвършенстване на тяхната квалификация. Наблюденията на студентите върху организацията на работата в отделенията, в които се обучават, и тяхната гледна точка за нейното подобряване са показателни както за актуалността на методиката за обучение, така и за качеството на здравните грижи.

Качеството и ефективността на учебния процес намира отражение в удовлетвореността на студентите, което до голяма степен определя тяхната мотивация за участие в процеса на обучение, а също и желанието им за самоподготовка и реализация в системата на здравеопазване.

На фиг. 36 е представено разпределението на студентите в зависимост от желанието им за професионална реализация в интензивния сектор на лечебните заведения. Данните показват, че мнозинството анкетирани (60%) няма желание за това или изразява колебания. Относителният дял на студентите, които заявяват намеренията си за реализация в сферата на интензивните грижи, е едва 40% (фиг. 36). Това е потвърждение за необходимостта от специализирано обучение, което би спомогнало за опознаване на същността на работата в интензивния сектор, и като фактор за мотивиране на студентите и здравните специалисти да развиват компетенциите си в тази насока.

В този контекст резултатите на фиг. 37 показват, че основният мотивиращ фактор за студентите да развиват уменията си в сферата на интензивните грижи е възможността да достигнат по-високо професионално ниво. Следват ги по-чест-

тата посочилите като най-съществен фактор за професионална мотивация по-високото заплащане. Възможността за специализация по интензивни грижи е водеща при мотивацията им за професионална реализация за 18,75% от студентите. С най-малък относителен дял са анкетираните, споделящи, че ги мотивира най-вече очакването за добър психоклимат в работния колектив (фиг. 37).



Фиг. 36. Желание за бъдеща професионална реализация на студентите



Фиг. 37. Мотивиращи фактори за професионална реализация в интензивно отделение

Като се има предвид натовареността и отговорността на работата в интензивните отделения, взаимоотношенията в колектива представляват съществен фактор за мотивацията както на студентите, така и на здравните специалисти като цяло при избора на работно място.

Потвърждение за това са и данните за негативните фактори според анкетираните студенти, влияещи върху мотивацията им при избора на месторабота, представени на фиг. 38. Според 21,25% от анкетираните именно взаимоотношенията в екипа са основен демотивиращ фактор за професионална реализация в интензивния сектор.



Фиг. 38. Фактори, оказващи негативно влияние върху избора за бъдеща професионална реализация

Най-голям е относителният дял на студентите, за които недостатъчното заплащане на труда оказва най-негативно влияние при избор им за бъдеща професионална реализация, а също така съществено значение студентите отдават и на голямото физическо и психично натоварване (27,50%), както и на необходимостта от продължително обучение (6,25%) (фиг. 38).

Обучението на студентите играе съществена роля за качеството на здравните грижи. Удовлетвореността на бъдещите специалисти по здравни грижи от учебния процес е показател за неговото качество и ефективност. Приблизително две трети от анкетираните студенти (71,35%) оценяват като много добро или добро обучението за развитие на професионални компетенции за работа в интензивния сектор (фиг. 39). Като „немного висока“ или „в ниска степен“ е оценката общо на 28,75%.



Фиг. 39. Оценка на обучението от студентите за развитието на професионални компетенции

Анализирането на тези данни изисква отчитане на субективното влияние, което се обуславя от липсата на практически опит на студентите от прилагане на придобитите в периода на следването теоретични знания и практически умения.

Теоретичната и още повече практическата подготовка на обучаваните са важни за тяхната увереност за пълноценно участие в работния колектив и цялостните им възможности за професионална реализация.

На фиг. 40 са представени резултати от проучването за мнението на студентите за степента на ефективност на практическата подготовка. Повече от половината (67,50%) от анкетираниите дават много висока или висока оценка. Според 20% степента на ефективност е немного висока и само 12,5% от студентите определят ефективността на практическата подготовка като ниска (фиг. 40).



Фиг. 40. Оценка на степента на ефективност на практическата подготовка

Както вече беше посочено (фиг. 37), значителна част от студентите (35%) възприема работата в интензивния сектор на лечебните заведения като възможност за професионално развитие, имайки предвид отговорността и натовареността на работата в интензивните отделения. Данните на фиг. 41 показват, че според анкетираниите на първо място обучението им по интензивни грижи спомага за развитие на компетенциите за преценка и мониторинг на критично болни пациенти. 35% от респондентите считат, че работата в интензивните отделения предоставя преди всичко обучение за прилагане на лекарства и инфузии, а според 25% това е практическото обучение за сложни процедури като интубация и механична вентилация (фиг. 41).



Фиг. 41. Развитие на умения и знания за работа в интензивно отделение

На фиг. 42 е представено разпределението на студентите в зависимост от мнението им за основните предизвикателства при работата в интензивното отделение. Най-голям е относителният дял на тези, според които това са стресът и високата отговорност при предоставяне на интензивни грижи за пациента. Стресът и емоционалната тежест на интензивните грижи са посочени от 31,71% от анкетираните, а за 21,95% от студентите основните предизвикателства са свързани с необходимостта от сложни технически умения като интубация и мониториране на болните (фиг. 42).

Всичко това потвърждава необходимостта от специализирано обучение за работа в интензивния сектор, което ще осигури както необходимите компетенции и професионални умения, така и по-лесно справяне с напрежението и стреса.

В същата насока са и препоръките на студентите за подобряване на учебния план, свързан с интензивните грижи (фиг. 43).



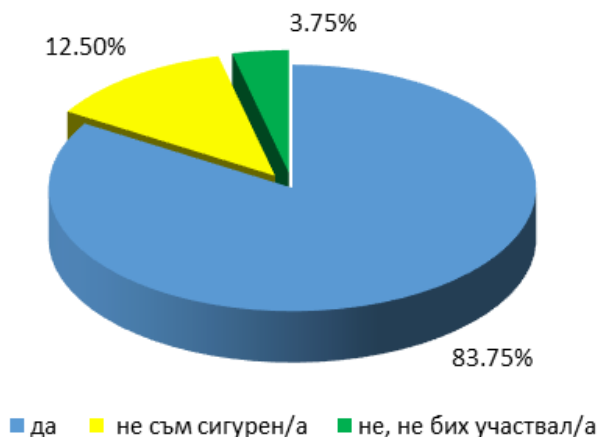
Фиг. 42. Предизвикателства в работата в интензивното отделение

Почти половината от анкетираните (42.5%) считат, че е необходимо обучение в реални ситуации и практически уроци в симулационни лаборатории. 22,5% виждат необходимост от повече информация за последните тенденции и научни открития в областта на интензивните грижи. 18,75% от студентите препоръчват провеждане на обучение в използването на нови медицински технологии и приложения в интензивната медицина, а препоръките на 16,25% са насочени към подобряване на комуникативните умения, особено в ситуации, изискващи емпатия и съпричастност (фиг. 43).

Положителен индикатор за мотивацията и професионалната заинтересованост на студентите е желанието на мнозинството от тях (83,75%), да участват в допълнително обучение за работа в интензивен сектор. Липса на определен отговор или отказ за включване в допълнително обучение заявяват общо 16,35% (фиг. 44).



Фиг. 43. Подобрыване на учебния план, свързан с интензивните грижи



Фиг. 44. Желание за участие на студентите в допълнително обучение относно интензивните грижи

Резултатите от проучването на мнението на студентите са показателни за необходимостта от непрекъснато актуали-

зиране и усъвършенстване на учебния процес в съответствие с развитието на технологиите и повишаването на изискванията за качество и достъпност на медицинската помощ. В същото време учебната програма трябва да бъде съобразена с интересите на студентите и да спомага за тяхната мотивация за пълноценно участие в процеса на обучение и за интегрирането им в системата на здравеопазването.

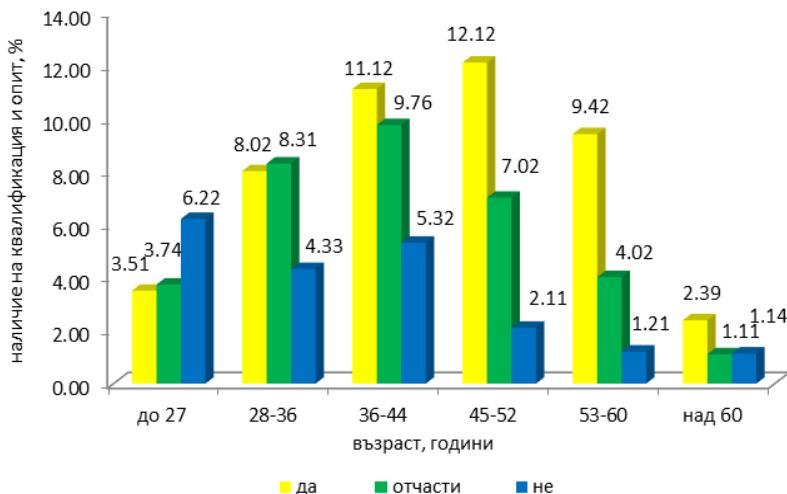
ПРОУЧВАНЕ НА ВРЪЗКИТЕ МЕЖДУ ОТДЕЛНИТЕ ГРУПИ РЕСПОНДЕНТИ И НЯКОИ ОТ ИЗСЛЕДВАНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ

С помощта на статистически методи [136, 137] при анализирването на резултатите от проучването са установени статистически значими зависимости, които подчертават основните фактори, определящи отношението на здравните специалисти и близките на пациентите към качеството на здравните грижи в интензивния сектор на лечебните заведения. Към тях се отнасят възрастта, образователната степен, професионалният стаж и квалификацията на медицинските сестри, удовлетвореността на близките на пациентите от възможностите за комуникация със здравните специалисти и тяхната информираност по отношение на административни и социални въпроси.

На фиг. 45 е представена статистически значима зависимост между възрастта на здравните специалисти и наличието на квалификация и опит за предоставяне на качествени здравни грижи в КАИЛ ($p = 0,018$).

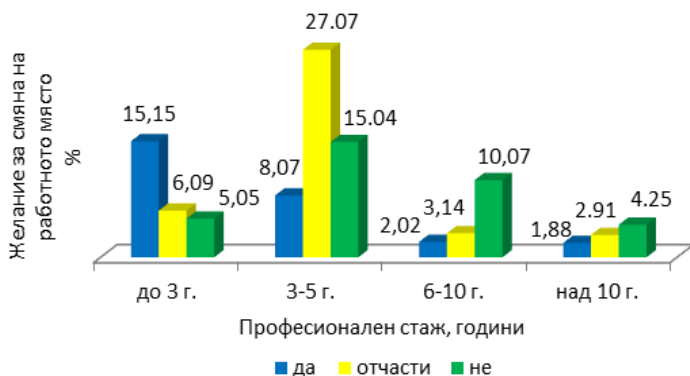
Обикновено с възрастта се увеличават както професионалният стаж, така и уменията на здравните специалисти. При анкетираните на възраст до 27 години преобладава относителният дял на тези, при които липсва увереност в наличието на квалификация и опит за предоставяне на качествени здравни грижи. С увеличаване на възрастта и съответно на

професионалният опит съотношението постепенно се променя и при възрастовите групи над 36 години разпределението на респондентите вече е обратно, като преобладава относителният дял на лицата, които ясно заявяват, че притежават необходимата квалификация и опит (фиг. 45).



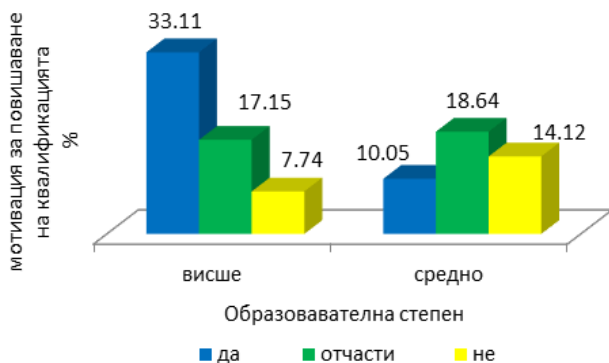
Фиг. 45. Зависимост между възрастта на здравните специалисти и наличието на квалификация и опит за предоставяне на качествени здравни грижи в КАИЛ ($p = 0,018$)

На фиг. 46 са представени данните, показващи статистически значима зависимост между професионалния стаж на здравните специалисти и желанието им за промяна на работното място ($p = 0,019$). С увеличаване на професионалния стаж желанието за промяна на работното място намалява. Това може да се обясни с придобиването на професионален опит и рутина от медицинските сестри и с повишаване на тяхната увереност във възможностите им за пълноценно участие в цялостния процес на лечение и предоставяне на медицинска помощ.



Фиг. 46. Зависимост между професионалния стаж на здравните специалисти и желанието им за промяна на работното място ($p = 0,019$)

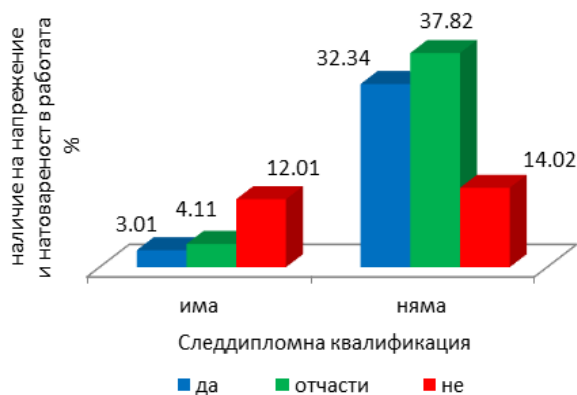
Образователната степен на здравните специалисти е важен фактор за тяхната професионална характеристика. Потвърждение за това са данните на фиг. 47, които показват статистически значима зависимост между образователната степен на анкетираните и мотивацията им за повишаване на квалификацията ($p = 0,020$).



Фиг. 47. Зависимост между образователната степен на здравните специалисти и мотивацията им за повишаване на квалификацията ($p = 0,020$)

Медицинските сестри с висше образование са по-мотивирани да повишават квалификацията си в сравнение с тези, притежаващи базово образование. Логично обяснение за това е по-голямата инициативност и отдаденост на професията при първите, което обуславя и желанието им за професионално развитие.

На фиг. 48 е представена статистически значима зависимост между участието в следдипломна квалификация на здравните специалисти и мнението им относно наличието на напрежение и натовареност в работата ($p = 0,021$).



Фиг. 48. Зависимост между наличието на следдипломната квалификация на здравните специалисти и мнението им за напрежението и натовареността в работата ($p = 0,021$)

Резултатите показват, че с повишаване на квалификацията медицинските сестри понасят по-добре напрежението и натовареността на работата в интензивните отделения. Данните от проучването потвърждават необходимостта от провеждане на мероприятия и създаване на условия за повишаване на квалификацията на здравните специалисти в съответствие със съвременните европейски практики за не-

прекъснатост на обучението като средство за повишаване качеството и ефективността на здравните грижи и гарантиране на устойчиво развитие на здравните заведения [15].

Всичко това обуславя изискванията към медицинските сестри по отношение на техните професионални умения и способности за комуникация и професионално отношение към пациентите и техните близки. Зависимостта на удовлетвореността на пациентите от възможностите за комуникация с медицинските сестри показва необходимостта от промяна на организацията на работата и създаване на условия за по-добро отношение от страна на здравните специалисти, което може да се осъществи преди всичко чрез провеждане на целенасочено обучение и с въвеждане на единен модел на здравните грижи в интензивния сектор на лечебните заведения.

Изводи

1. Мотивацията на медицинските сестри за работа в интензивните отделения е свързана освен с финансовия фактор и с желанието за работа с тежко болни пациенти, което съответства на философията на сестринската професия в нейната емоционална и историческа същност.

2. Сред значителна част от медицинските сестри липсва увереност, че притежават необходимата квалификация и достатъчно професионален опит за предоставяне на качествени интензивни грижи и прилагане на индивидуален подход на грижи за пациента.

3. Съвременните стандартите за качество на медицинската помощ изискват използване на ръководства, които съдържат описание на процедурите и регламентират прилагането на индивидуален подход на грижи за пациента, както и внедряване на информационни технологии и средства.

4. Статистическият анализ на резултатите от изследването показва, че възрастта, образователната степен, професионалният стаж и квалификацията на медицинските сестри са основните фактори, които определят отношението им към качеството на здравните грижи.

5. Значителен е относителният дял на медицински сестри, които считат, че повишаването на качеството на здравните грижи е свързано с подобряване на организацията на работата в отделението. Това показва необходимостта от въвеждане на единен модел на интензивните грижите.

6. Следдипломното обучение на медицинските сестри за предоставяне на интензивни грижи е важен фактор за повишаване на тяхното качество, както и средство за справяне с натовареността и спецификата на грижите.

7. Подобряването на материално-техническата база и прилагането на съвременни информационни технологии и средства са гаранция за непрекъснато повишаване на качеството на интензивните грижи и за осигуряване на безопасността на пациентите в интензивните отделения.

8. Натовареността на сестринския персонал и високата професионална отговорност в интензивните отделения изискват въвеждането на специфични стандарти по здравни грижи и на ръководства, насочени към конкретни резултати.

9. Удовлетвореността на студентите от качеството и ефективността на учебния процес определя тяхната мотивация за обучение и реализация в системата на здравеопазване. Затова е необходимо неговото непрекъснато актуализиране и усъвършенстване в съответствие с развитието на технологиите и с повишаването на изискванията за качество и достъпност на медицинската помощ.

10. Осигуряването на достатъчен брой квалифицирани медицински специалисти се възприема като основен фактор за по-добро качеството на интензивните грижи. Това подчертава ролята на медицинската сестра и значението на сестринската професия не само по отношение на качеството и ефективността на медицинската помощ, чийто израз е удовлетвореността на пациентите и техните близки, но и относно икономическата стабилност на здравните заведения в условията на свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ИНТЕНЗИВНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ

Проблемите на качеството на интензивните грижи се отличават със специфика, основаваща се на различните цели, които си поставят медицинските специалисти в болничните структури по интензивни грижи. Данните, показателите и критериите за качество в отделенията по интензивни грижи също са значително по-различни от останалите болнични структури и медицински направления. Агенцията за клинични иновации на Нов Южен Уелс разработва „Ръководство за прилагане на модел за интензивни грижи в болничните отделения“. Целта на Ръководството е да се посочат основните насоки за прилагане на модела в практиката. Разработен е и е въведен в практиката също така и „Модел за интензивни грижи при възрастни пациенти“, като част от Национална клинична програма по интензивни грижи на Общността по интензивни грижи на Ирландия. Използването на модели, ръководства и програми са възможност за отразяване на комплексния характер на качеството в системата на здравеопазването.

В тази връзка у нас се предложи въвеждането на „Управленски модел за осигуряване на качествени здравни грижи в интензивните отделения”, който да включва основните елементи за осигуряване на качествени здравни грижи в болничните структури по интензивни грижи. Използването на управленските подходи за осигуряване на качество е необходимо да се осъществява при отчитане на спецификата на интензивните грижи, компетенциите и отговорностите на сестринския персонал и материалната осигуреност на болничните отделения. Моделът включва следните основни елементи:

1. Организация и управление на грижите и дейностите в интензивните отделения. Необходимо е да има разработена стратегия за развитие на качеството в интензивните грижи, като на тази основа да се осъществява управленския модел. Лечебните заведения трябва да имат разработени програми и планове за повишаване на качеството на здравните грижи с конкретни цели в областта на интензивните грижи.

2. Планиране на грижите и координация на дейностите. Начинът за организация и планиране на интензивните грижи е необходимо да е съобразен с политиката на лечебното заведение за приема и престоя на пациентите в отделението по интензивни грижи. Координацията между хирургичните клиники, операционния блок и отделението по интензивни грижи е от съществено значение. Трябва също така да бъде избран модел за грижи, който да се прилага в отделението, различен от традиционните модели за сестрински грижи. Подготовката и развитието на професионалната квалификация на сестринския персонал също определя нивото на качество в интензивните отделения.

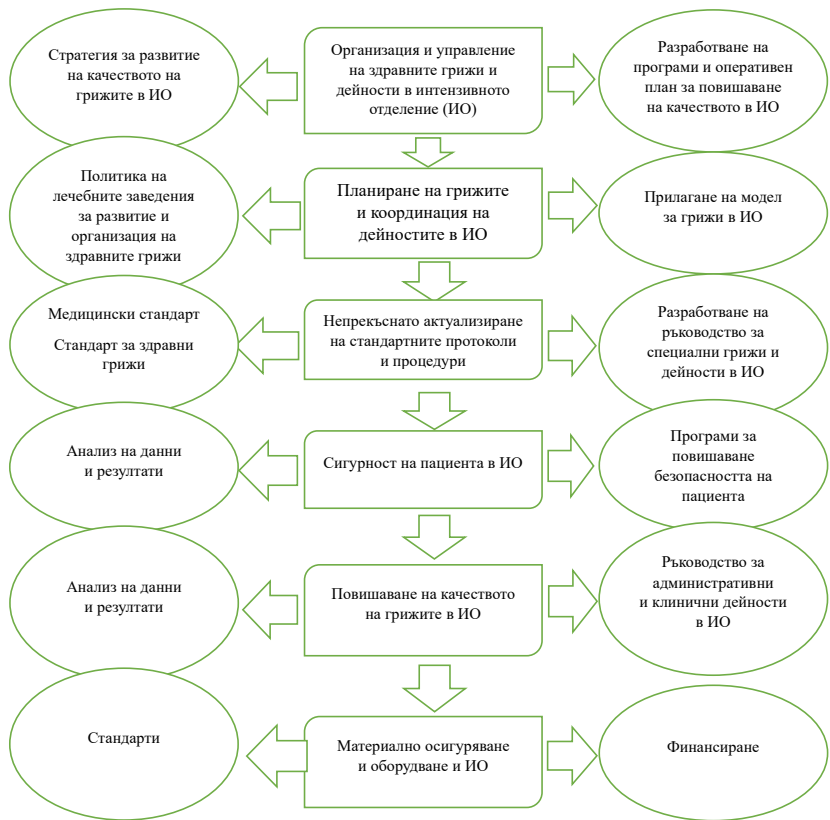
3. Непрекъснато актуализиране на стандартните протоколи и процедури. Въвеждането на нови медикаменти, нова

апаратура и нови технологии изисква своевременно актуализиране на стандартните протоколи и процедури, описващи дейностите и отговорностите на сестринския персонал при осъществяване на интензивните грижи. Необходимо е разработването на ръководства за специфичните дейности и грижи в отделенията по интензивни грижи.

4. Сигурност на пациента в интензивните отделения. Трябва да се осъществява непрекъснато анализиране на данните и резултатите от извършваните интензивни грижи и да се търсят начини за повишаване на сигурността на пациентите. Пациентите в интензивните отделения са изключително зависими от грижите на сестринския персонал, поради което е необходимо да се акцентира върху грижите за тяхната безопасност.

5. Повишаване на качеството на грижите в интензивните отделения. Този процес трябва да се осъществява въз основа на събраните и анализирани данни и резултати. Показателите и критериите за качество на интензивните грижи е необходимо да отразяват спецификата и целите на грижите. От съществено значение е разработването на ръководства за административните и клиничните дейности в интензивните отделения.

6. Материална осигуреност и оборудване на интензивните отделения. Съществуват ясни и точни стандарти за обзавеждане и оборудване на интензивните отделения, но бързото развитие на технологиите и медицинската наука трябва да намират отражение при осигуряване на качествена болнична помощ. Необходимо е лечебните заведения да осигуряват финансовите средства, за да се въвеждат новите технологии при грижи и дейности, свързани със животозастрашаващи състояния при човека.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интензивното лечение е фокусирано върху критичните епизоди от протичането на заболяването, при които съществува реална опасност от настъпването на рязко влошаване и смърт. Ето защо този дял от медицината се развива само и единствено във високоспециализирани отделения, където интензивното лечение и интензивните грижи изискват ефективна организация на работата във всички аспекти въз основа на ясно дефинирана нормативна система.

Дейността на медицинските сестри в интензивните отделения се определя от принципа на непрекъснатост на наблюденията, грижите и лечението, което изисква от здравните специалисти да притежават висока квалификация, отговорност и морал, както и да познават до съвършенство наличната медицинска апаратура.

Ефективната организация на работа, оптималното разпределение на ресурсите, използването на медицинските стандарти за качество и спазването на съответния алгоритъм при оказването на медицинска помощ са от изключително важно значение за дейността на всички специалисти в КАИЛ.

Интензивните грижи са сложен комплекс от дейности, които обхващат цялостната лечебно-диагностична дейност, съобразена с патологията, състоянието и личните потребности на болния. Прилагането на качествени грижи за пациенти в критично състояние 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. Всичко това, както и постоянното развитие на технологиите и на медицинската

наука налагат непрекъснато обучение на медицински сестри в специализираните структури за интензивно лечение.

Ефективната организация на работата и възможностите за повишаване на квалификацията и за кариерно развитие спомагат за мотивацията на здравните специалисти, което е фактор за качество на медицинската помощ и намира отражение в удовлетвореността на пациентите и близките им. Това от своя страна е определящо за икономическата стабилност на лечебните заведения и основа за устойчивото им развитие в условията на пазарна икономика.

Подобряването на материално-техническата база и прилагането на съвременни информационни технологии и средства като част от развитието на електронното здравеопазване, както и повишаването на квалификацията на здравните специалисти са условията, от които зависят възможностите за въвеждане на единен модел на здравните грижи в интензивния сектор. По този начин ще се оптимизира сложният процес на управление на здравните грижи, с което ще се повиши качеството и ефективността им, а това е фактор за устойчиво развитие на здравните заведения.

Осигуряването на достатъчен брой квалифицирани здравни специалисти е основен фактор за повишаване на качеството на интензивните грижи. Това подчертава ролята на медицинската сестра и значението на сестринската професия както за качеството и ефективността на медицинската помощ, чийто израз е удовлетвореността на пациентите и близките им, така и по отношение на икономическата стабилност на здравните заведения в условията на свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова Е. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи в България и Германия. Здравна политика и мениджмънт, 2011, 11(4), 10-20.
2. Александрова Е. Здравното осигуряване в Германия и България и усъвършенстването на българската здравноосигурителна система. Дис. труд., МУ – София, 2012, 214.
3. Александрова М. Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. София, Горекс Прес, 2001, 97-100.
4. Александрова М, Попов Т. За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, 440-444.
5. Александрова М. Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. В: Сборник научни студии и статии на ЮЗУ „Неофит Рилски” – Съвременното образование – мисия и визия. Благоевград, УН „Неофит Рилски”, 2010, 459-462.
6. Апостолов М. Исторически, социални и етични измерения на медицината. София, ГорексПрес, 2006, 199.
7. Балканска П, Проданова Я. Обучението на персонала в здравната организация – успешна инвестиция и проява на управленска компетентност. Сестринско дело, 2010, 42(2-3), 28-31.
8. Басаров А. Възможности за промяна в мотивационния механизъм на заплащането на труда в лечебните заведения за болнична помощ. Здравен мениджмънт, 2003, 3(6), 38-43.
9. Бикова П, Василева Н, Терзиева А. Електронното обучение и практическото му приложение в медицината. Тридесет и първа научно-технологична сесия. Сборник доклади, ТЕМТО, 2013, 82-85.
10. Бикова П, Димитрова М, Василева Н, Терзиева А. Мултидисциплинарния екип в здравните грижи. Тридесет и трета научно-технологична сесия. Сборник доклади, ТЕМТО, 2014, 127-130.
11. Богданова К, Благоева Д, Кангарева П, Георгиева С. Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата. Трета научна сесия на Медицински колеж – Варна. Варненски медицински форум. 2014, 3(прил. 4), 11-15.
12. Богданова К, Благоева Д, Попова Т, Чанева Г. Съвременни предизвикателства при управлението на здравните грижи. Тридесет и шеста научно-технологична сесия Контакт, София. Гражданска идея в действие. Сборник статии. Темто, 2015, 209-213.
13. Богданова К. Методичен модел за управление като средство за повишаване качеството на здравните грижи. Knwledge Int J, 2019, 34.4, 1133-1139.
14. Богданова К. Качество на здравните грижи в лечебното заведение. Дис. труд. Медицински университет – София, 2018, 180.
15. Богданова К. Основни аспекти в управлението на здравните грижи. ЦМБ, Медицински университет – София, 2019, 112.

16. Богданова К. Квалификацията на медицинската сестра като условие за качествено управление на здравните грижи. Управление и образование. 2019, 15(5), 144-149.
17. Богданова К. Удовлетвореност на студентите от качеството на обучението по специалност „Управление на здравните грижи“. Knowledge Int J. 2019, 31.4, 1175-1180.
18. Борисов В. Качество на здравното обслужване. В: Социална медицина, учебник за медицинските колежи. София, Акар ПРИНТ, 2004, 125-127.
19. Борисов В. Мениджмънт на качеството в здравеопазването. В: Здравен мениджмънт, т. I, София, Филвест, 2004, 243-258.
20. Борисов В. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. София, 2008, 140.
21. Брундланд Г. Устойчивото развитие и здравето на народите. Социална медицина, 2002, 4, 2-3.
22. Василева Н, Терзиева А. Грижи за емоционалното здраве на пациента, Интердисциплинарна гражданска академия. XXVII научно-технологична сесия. “Контакт 2011” (Сборник статии). ТЕМТО, 2011, 93-97.
23. Василева Н. Професията медицинска сестра – мотивация и призвание. МУ – София, 2015, 100.
24. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика, София, ДАК, 2003, 230.
25. Воденичаров Ц. Болнично обслужване. В: Социална медицина, Учебник за медицинските колежи. Под ред. на В. Борисов, Ц. Воденичаров, К. Юркова, С. Попова. София, Акар ПРИНТ, 2004, 108-112.
26. Воденичаров Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. София, ДАК, 2003, 75.
27. Воденичаров Ц, Борисов В, Гладилев Ст. и др. Модели за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт. 2005, (2), 5-14.
28. Воденичаров Ц, Попова С. Социална медицина. ЕкоПринт, 2009, 218.
29. Воденичаров Ц, Попов Н, Борисов В. Модели за финансиране на здравните дейности. Кърджали, Наука и общество, 2010, 13-14.
30. Воденичаров Ц. Медицински и мениджърски професионализъм – потребност от академична и експертна подкрепа в контекста на организационната промяна в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011, (4), 3-5.
31. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина. София, ГорексПрес, 2013, 481-483; 490-504.
32. Гавраилова Д, Сурчева Ж. Сила и авторитет на сестринската професия. Здравен мениджмънт, 2003, 3(6), 17-19.
33. Георгиева Ем, Георгиева Л. Качеството на лабораторните медицински услуги като елемент на цялостното качество на здравните дейности. Варненски медицински форум, 2014, 3(4). 62-65.
34. Гладилев С, Делчева Ев. Начини за финансиране на здравеопазването. Икономика на здравеопазването, София, 2000. 393.

35. Гладилев С, Павлова Ж, Чешмеджиева А, Петрова Ц, Икономика на здравеопазването. Ръководство за практически занятия по икономика на здравеопазването. София, Princeps, 2004, 298.
36. Гладилев С, Делчева Е. Икономика на здравеопазването. Принцепс, 2009, 486.
37. Гладилев С, Янакиева А, Воденичарова А. Маркетинг в здравеопазването. София, Принцепс Маринови, 2015, 220.
38. Горненски П, Борисов В. Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. Медицински меридиани, 2010, 1, 49-52.
39. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. ИЦ на МУ – Плевен, 239-258.
40. Давидов Б. Болнична икономика. София, Св. Кл. Охридски, 2004, 230.
41. Димитров Д. Управленска компетентност на началник отделенията и старшите сестри. Здравна политика и мениджмънт, 2008, (5) 76-79.
42. Димитров Д. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата. Здравна политика и мениджмънт, 2009, (2), 25-30.
43. Димитров Д, Жеков А. Проблеми на професионалната мотивация на здравните мениджъри. Здравна политика и мениджмънт, 2009, (1), 21-24.
44. Димитрова А. Организация и управление на интензивните грижи. ЦМБ, МУ – София, 2020, 196.
45. Димитрова А. Фактори обуславящи ефективността на здравните грижи в условията на пандемия. Управление и образование, 2022, 18(5), 15-20.
46. Димитрова А, Богданова К. Мотивация и нагласа на студенти от специалност „Медицинска сестра” за професионална реализация в интензивните структури. Сестринско дело, 2021, 53(1), 26-30.
47. Димитрова А. Превенция на риска от нозокомиални инфекции при пациенти на интензивна терапия. Здравни грижи, 2021, (1), 5-10.
48. Димитрова М, Голямото натоварване на професионалистите по здравни грижи в интензивните сектори – фактор, повлияващ нагласите за промяна на работното място. Здравни грижи, 2017, 16(4), 17-24.
49. Добрилова П. Здравните грижи – основен фактор за повишаване на качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дис. труд. Медицински университет – София, 2014, 219.
50. Добрилова П. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт. Medicine Sci Techn, 2014, 4(1), 322-326.
51. Драганова М. Качество на здравните грижи, сестрински процес и сестринска документация. Здравни грижи, 2006, (1), 27-29.
52. Драганова М. Сестринският план за грижи – научнообоснована методология за приложение на сестринския процес. Здравни грижи, 2008, (1), 23-26.
53. Драганова М, Веков Т. Бюджетът на времето като елемент на болничния мениджмънт. Сестринско дело, 2012, 44(3), 3-7.
54. Захов В. Управление на човешките ресурси в лечебните заведения. Здравна политика и мениджмънт, 2008, (6), 83-84.
55. Здравеопазване 2023. НСИ, София, 2024, 52-54.

56. Иванов Л, Христов Ж.. Възможности за оптимизиране дейността на общинските болнични заведения в София. Здравен мениджмънт и здравна политика, 2009, (1), 9-16.
57. Иванова П. Развитие на мотивационни мерки в здравната организация. International Science conference 4-5 June 2009, Stara Zagora, Bulgaria: "Economics and Society development on the Base of Knowledge", Vol. VI. Social studies. Psychology, 2009, 106-110.
58. Кехайов А. Някои аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в България в условията на членство в Европейската общност. В: Здравен мениджмънт, 2007, (2), 7-11.
59. Комитов Г, Генов С. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа. Здравна политика и мениджмънт, 2008, (5), 98-103.
60. Маринова П, Добрилова П, Стефанова К. Синдром на изпепеляване и неговите фактори в интензивните отделения. Медицински меридиани, 2010, (2), 22-27.
61. Маркова С. Повишаване самочувствието и имиджа на сестринството и отстояване на правата на съсловието. Здравни грижи, 2013, (1), 4-7.
62. Младенов Б, Смилов И. Медикаментозни средства и техники за лечение на болката. В: Теоретико-практическо ръководство по анестезиология и интензивно лечение. София, АРСО, 2015, 202.
63. Младенов Р, Сыбева Е, Янакиева А. Больница през призму рынка. В: Сборник статии. Международна научна школа „Парадигма“, 2015, 4, 229-232.
64. Мухина С, Тарновская И. Теоретични основи на сестринските грижи. МУ – Плевен, 2006, 253.
65. Наредба № 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, МЗ, обн. ДВ. бр. 7 от 27 Януари 2015 г., изм. и доп. ДВ. бр. 51 от 13 юни 2023 г.
66. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра“, „акушерка“ и „лекарски асистент“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“. Обн. ДВ. бр. 95 от 29 ноември 2005 г., загл. изм. и доп. ДВ, бр. 32 от 2016 г., изм. и доп. ДВ. бр. 1 от 2 януари 2024 г.
67. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, МЗ, (обн. дв. бр. 15 от 18 февруари 2011г., загл. доп. ДВ, бр. 61 от 2022 г., изм. ДВ. бр. 61 от 2 август 2022 г.
68. Национална здравна стратегия (2014-2020). София, МЗ, 2013, 81.
69. Николаков Д. Клиничен и управленски анализ на дейностите в Клиника по анестезиология и интензивно лечение за подобряване качеството и контрола на разходите. Дис. труд., МУ – София, 2018, 235.
70. Обуховски К. Психология на човешките стремежи. Наука и изкуство, София, 2001, 259.

71. Паунов М. Стратегическо управление на човешките ресурси. Стопанство, 2004, 87.
72. Паунов М. За трудовата мотивация и мотивирането. Труд и право, 2006, (9), 27-37.
73. Паунов С. Ефективност и справедливост в сферата на здравеопазването. Сборник статии. Европейските етични стандарти и българската медицина. София, 2014, 35-42.
74. Петков А. Немска аналитична методика за определяне на необходимостта от сестрински персонал. Социална медицина, 2004, (2), 32-33.
75. Петков В, Попов Н. Икономически реалности в здравеопазването. ИКТ решения – отговор на много въпроси. Здравен мениджмънт, 2004, 4(5), 30-31.
76. Петков В, Попов Н, Златанова Т. Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. Социална медицина, 2005, (3), 4-7.
77. Петрова З, Генев С. Управление на здравната система. Национално сдружение за здравна политика и здравен мениджмънт (НСЗПМ). Nealth media. 2014, 352.
78. Петрова-Готова Ц. Някои аспекти на качеството в здравеопазването. Здравен мениджмънт, 2005, 5(2), 25-28.
79. Петрова-Готова Ц. Доброто информационно осигуряване – предпоставка за по-ефективно здравеопазване. В: Сборник доклади на научно-технологична сесия. КОНТАКТ 2013, Интердисциплинарната идея в действие. София, ТЕМТО, 2013, 164-168.
80. Проданов Г. Хигиена и здравно образование. Пловдив, Астарта, 2011, 173.
81. Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл здравеопазване. Анализ, КНСБ, 2012.
82. Рамчев К. Психология на управлението. Печелившият мениджмънт. ВСУ „Черноризец Храбър”, 2002, 521.
83. Славкова Т. Социално-медицински аспекти при пациенти с дълбока венозна тромбоза. Дис. труд., МУ – София, 2020, 175.
84. Смилов И и кол. Наръчник по интензивна медицина. София, АРСО. 2004, 765.
85. Стамболова И. Проучване на дейността на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, 2006, 38(2), 8-11.
86. Стамболова И. Мениджмънт и етика на съвременната медицинска практика. София, Симел, 2008, 90.
87. Стамболова И. Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи. ЦМБ, Медицински университет – София, 2015, 160.
88. Сурчева Ж. Признанието на сестринския труд и достиженията на работното място: отношение на персонала и мениджърите. Здравен мениджмънт, 2002, 2(2), 45-47.
89. Сурчева Ж. Избягвайте 10-те основни причини, които демотивират персонала. Здравен мениджмънт, 2003, 3(1), 51-53.

90. Сурчева Ж. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки (I част). Здравен мениджмънт, 2003 3(5), 18-28.
91. Сурчева Ж. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки (II част). Здравен мениджмънт, 2004, 4(2), 22-24.
92. Терзиева А, Василева Н, Чанева Г. Проблеми в обучението по сестрински грижи за пациенти с увреждания. Сестринско дело, 2014, 46(3), 42-44.
93. Тодорова Т. Основни насоки за повишаване качеството на здравните грижи. Научни трудове на Русенския университет, 2014, 53, серия 8.3, 54-57.
94. Узунова Ю. Маркетингов мениджмънт. Университетско издание на ИУ – Варна.
95. Учебна програма за специалност по анестезиология и интензивни грижи (за медицински сестри и акушерки), МУ – София, 2012.
96. Чакърова Л. Професионална етика за специалисти по здравни грижи. Габрово, ЕксПрес, 2011, 180.
97. Чакърова Л. Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването. Габрово, ЕксПрес, 2013, 16-17.
98. Чамов К. Съвременната здравна политика и медицинската сестра. Здравен мениджмънт, 2001, (1), 17-21.
99. Чамов К. Роля и място на медицинската сестра в условията на съвременния мениджмънт. Соц мед, 2002, 10(1), 18-22.
100. Чанева Г. Критерии за качество на здравните грижи. В: Управление на здравните грижи. София, Филвест, 2003, 89-93.
101. Чанева Г, Стамболова И. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи. София, Филвест, 2003, 15-21.
102. Чанева Г, Стамболова И. Концепции за управление на сестринските грижи. В: Управление на здравните грижи. София, Филвест, 2003, 7-15.
103. Чанева Г. Наръчник за качество на сестринските грижи в болницата. София, 2005, 52.
104. Чанева Г. Качество на сестринските грижи в болницата. Дис. труд, Медицински университет – София, 2006, 173.
105. Чанева Г. Управленски подходи за ефективни здравни грижи. ЦМБ, МУ – София, 2015, 96.
106. Чанева Г, Младенова С, Богданова К. Продължаващо обучение на професионалистите по здравни грижи – проблеми и тенденции. Knowledge Int J, 2021, 49.4(4), 901-904.
107. Ямукова П. За необходимостта от кариерно развитие в публичната администрация. Известия на Съюза на учените – Варна, 2010, (1), 40-44.
108. Янева, Р. Микроикономикс на болничното лечебно заведение, Ръководство за упражнения и семинари. София, СимелПрес, 2011, 9-11.
109. Alikiaie B, Mousavi S, Ebrahimi A, Foroughi Z. Evaluation of pain assessment and management in critically ill intubated patients in a referral university hospital in Iran. J Res Pharmacy Practice, 2019, 8(3), 137-142. https://doi.org/10.4103/jrpp.JRPP_18_81.

110. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *J Am Med Assoc*, 2002b; 288(16),1987-1993.
111. Andrews L, Silva SG, Kaplan S, Zimbardo K. Delirium monitoring and patient outcomes in a general intensive care unit. *Am J Critical Care*, 2015, 24(1), 48-56. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015740>.
112. Balas MC, Burke WJ, Gannon D et al. Implementing the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle into everyday care: Opportunities, challenges, and lessons learned for implementing the ICU Pain, Agitation, and Delirium Guidelines. *Critical Care Medicine*, 2013q 41(9 Suppl. 1), S116-27. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a17064>.
113. Barr J, Fraser GL, Puntillo K et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 2013, 263-306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>.
114. Bartmess MP, Myers CR, Thomas SP. It Would Be Nice to Think We Could Have a Voice: Exploring RN involvement in hospital staffing policymaking. *Am J Nurs*, 2022, 122(10), 22-31. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000884564.75005.a9>.
115. Beal JA, Riley JM. Best organizational practices that foster scholarly nursing practice in Magnet® hospitals. *J Professional Nurs*, 2019, 35, 187-194. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.01.001>.
116. Blevins CS, DeGennaro R. Educational intervention to improve delirium recognition by nurses. *Am J Critical Care*, 2018, 27(4), 270-278. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018851>.
117. Boehm LM, Vasilevskis EE, Dietrich MS et al. Organizational domains and variation in attitudes of intensive care providers toward the ABCDE bundle. *Am J Critical Care*, 2017, 26(3), 18-26. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017297>.
118. Brown B. Meta-competence: recipe for reframing the competence debate? *Brue Greg Six Sigma for Small Business. Personnel Review*, 2008, 22(6), 26-37.
119. Cai Y, Li Q, Cao T, Wan Q. Nurses' work engagement: The influences of ambidextrous leadership, clinical nurse leadership and workload. *J Advanced Nurs*, 79, 2023. 1152–1161. <https://doi.org/10.1111/jan.15086>.
120. Davidson D, Peck E. Organizational development and organizational design. In: *Healthcare management*. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 2006, 342.
121. Dawood Baig L, Faisal Azeem M, Paracha A. Cognitive appraisal of job autonomy by nurses: A cross-sectional study. *Open Nurs*, 2022, 8, 1-14. <https://doi.org/10.1177/23779608221127823>.
122. Dimitrova A. Emergence and development of intensive care –antiquity and more recent times. *Int J Knowledge*, 2022, 51.4, 659-664.
123. Dimitrova A. Educational aspects and competence of nurses for professional realization in medical practice. *Int J Knowledge*, 2021, 45.4, 907-914.

124. Dimitrova A., Methodology of intensive care in burns. *Int J Knowledge*, 2021, 46.4, 639-644.
125. Dimitrova A. Intensive care management in treating patients in COVID-19 conditions. *Int J Knowledge*, 2021, 47.4, 589-594.
126. Dixon J. The politics of healthcare and the health policy process: implication for healthcare management. In: *Healthcare management*. Eds. K. Walsh, et J. Smith, Open University Press, 2006, 27.
127. Duffield C, Roche M, O’Brein-Pallas L et al. Staff satisfaction and retention and the role of the Nursing Unit Manager. *Collegian*, 2009b, (16), 11-17.
128. Field A. *Discovering statistics using SPSS*. (2nd ed.). London, UK: Sage, 2006, 73.
129. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004, 24, 105. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
130. Grinberg K, Sela Y. Expanding nurses’ authority – Physicians’ and nurses’ attitudes. *Applied Nursing Research*, 2022, 63, 151550. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151550>.
131. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston, MA: Allyn&Bacon. 2003, 63.
132. Groothooff JW. Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy*, 2009, 89, 239-251.
133. Jooste K, Klipert O. The role of management in promoting a motivational work setting for nurses. *Health SA*, 2002, 7(2), 14-17.
134. Kim M, Beehr TA, Prewett MS. Employee responses to empowering leadership: A meta- analysis. *J Leadership Organizat Studies*, 2018, 25(3), 257- 276. <https://doi.org/10.1177/154805181775053>.
135. Kurt D, Gurdogan EP. Professional autonomy and patient advocacy in nurses. *Collegian*, 2023, 30, 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.09.015>.
136. Lee H, Song R, Cho YS et al. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *J Advanc Nurs*, 2003, 44(5), 534-545.
137. Lu H, While A, Barriball K. Job satisfaction among nurses: A literature review. *Int J Nurs Studies*, 2005, 42(2), 211-227.
138. Lundin K, Silén M, Strömberg A et al. Staff structural empowerment—Observations of first-line managers and interviews with managers and staff. *J Nurs Managem*, 2022, 30, 403-412. <https://doi.org/10.1111/jonm.13513>
139. Mack J. *The 6 Timeless Attributes of Success: Winning Principles for Your Business & Personal Development*, 2009.
140. Newman K, Maylor U, Chansarkar B. The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: Implications for management of recruitment and retention. *J Management Med*, 2002, 16(4), 271-291.
141. Ooshuizen M, Ehlers VJ. Factors that may influence South African nurses’ decisions to emigrate. *Health SA*, 2007, 12(2), 14-26.
142. Polit D, Beck ChT. *Essentials of nursing research*. LWW, NY, 2006, 3-30.

143. Porter-O'Grady T. Privileging for nursing: Structural requisites for next-step professional governance. *Nurse Leader*, 2022, 20(5), 465-472. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.06.001>
144. Porter-O'Grady T, Clavelle JT. Transforming shared governance: Toward professional governance for nursing. *J Nurs Administration*, 2021, 51(4), 206-211. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000999>
145. Rao AD, Kumar P, McHugh M. Better nurse autonomy decreases the odds of 30-day mortality and failure to rescue. *J Nurs Scholarship*, 2017, 49(1), 73-79.
146. Shacklady-Smith, A. Appreciating the challenge of change. In: *Healthcare management*. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 2006, 381-398.
147. Tofts, A. Managing resources. In: *Healthcare management*. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 2006, 399.
148. Upadhyai R, Jain AK, Roy H, Pant V. A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement. *J Health Managem.* 2019;21(1):102-127. doi:10.1177/0972063418822583.
149. Van Dorssen-Boog P, van Vuuren T, de Jong J, Veld M. Healthcare workers' autonomy: Testing the reciprocal relationship between job autonomy and self-leadership and moderating role of need for job autonomy. *J Health Org Management*, 2022, 36(9), 212-231. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2022-0106>
150. Williams M, Christopher R. Moving shared governance to the next level. Assessing council health and training council chairs. *J Nurs Administration*, 2023, 53(1), 6-11. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001235>
151. История на анестезиологията в медицинската наука. Достъпно на <http://history.framar.bg>.
152. История на медицината. Достъпно на <http://history.framar.bg>.