МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Филиал „Проф. д-р Иван Митев” – Враца

КАЛИНА СТЕФАНОВА СТЕФАНОВА

ЗДРАВНО-ПРОМОТИВНИ И ПРОФИЛАКТИЧНИ ФУНКЦИИ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

Научен ръководител:

ДОЦ. ИВАНКА СТАМБОЛОВА, ДМ

2015 г.

БЛАГОДАРНОСТИ

Разработването на дисертационния труд не би било възможно без съпричастността, добронамерeността и безрезервната подкрепа на:

- **доц. Иванка Стамболова, дм – мой научен ръководител**
- **проф. Пенка Маринова, дм – мой ментор**
- **Приятелите и колегите**

Всички те ме стимулираха през цялото време на работата.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ……..7

I.ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР…….11

1.Концепция за промоция на здравето и профилактика на болестите и техните приоритети ……11

1.1.Същност, роля и значение на промоция на здравето - нова философия на общественото здраве……..……11

1.2.Сфери на дейност за промоция на здравето……16

1.3.Промоция на здравето и здравословен начин на живот……21

1.4.Основни модели използвани в здравната промоция - рамка за политика и действие ……24

1.5.Международни проекти за подкрепа промоция на здравето……26

2.Мисия, визия и функции на медицинската сестра в ПМП……30

2.1.Мисия и визия……30

2.2.Основни функции на медицинската сестра…….....32

2.3.Задачи на медицинската сестра в промоция на здравето и профилактика на болестите……36

3.Същност и организация на първичната медицинска помощ……38

3.1.Определение, принципи и функции на Първичната медицинска помощ……38

3.2.Роля и място на медицинската сестра в Първичната медицинска помощ……..…….47

3.3.Специфични подходи в работата на медицинската сестра работеща в Първичната медицинска помощ…….51

3.4.Модели за предоставяне на сестрински грижи в Първичната медицинска помощ…….....55

3.5.Опитът на други Европейски страни……57

4.Обобщение и критичен анализ на литературния обзор……62

II.ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ……..……67

1.Цел, задачи и работна хипотеза……..……67

2.Материал и методи……69

III.РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ…….....78

ИЗВОДИ……..……119

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…….……131

ПРЕПОРЪКИ…….……135

ПРИНОСИ…….……137

БИБЛИОГРАФИЯ……139

ПРИЛОЖЕНИЯ……..…153

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД……181

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС - Български лекарски съюз

НС - Народно събрание

МЗ - Министерство на здравеопазването

МУ - Медицински университет

ФОЗ - Факултет по обществено здраве

НРД - Национален рамков договор

ОМ - Обща медицина

ОМП - Обща медицинска практика (обща медицинска помощ)

ОПЛ - Общопрактикуващ лекар

ПМП - Първична медицинска помощ

ИППМП - Индивидуална практика за първична медицинска помощ

БАПЗГ - Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ППМП - Практика за първична медицинска помощ

НЗОК - Национална здравноосигурителна каса

РЗОК - Района здравноосигурителна каса

СЗО - Световна здравна организация

ЕС -Европейски съюз

ЗЗОЛ – Задължително здравно осигурени лица

СМП - Социално – медицински подход

ЛЗ - Лечебно заведение

РЗИ - Регионална здравна инспекция

ПЗ - Промоция на здравето

ПБ - Профилактика на болести

CINDI - интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни заболявания

SPSS – Statistical Package for Social Sciences (Статистически пакет за социални науки)

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето не е всичко, но
без здраве всичко е нищо.

Артур Шопенхауер

Съвременните представи, тенденции и предизвикателства, характеризират здравето като процес на увеличаване на взаимната обвързаност между обществата, така че събития в една част на света все повече оказват ефекти върху хората и общности далеч от тях.

Този глобален приоритет за здравето налага да се разшири съдържанието на концепцията за промоция на здравето, като освен позитивното здраве се включват и дейности за ограничаване на негативното здраве.

В тази връзка Новото обществено здраве се стреми да адресира и позиционира промоция на здравето във всички общности и организации на всекидневният живот на хората.

Така се формират три ключови индикатора:

1. Здравно образование

2. Профилактика

3.Протекция на здравето



Фигура 1. Концептуална рамка

Този подход и система от дейности, със своите специфични цели и задачи, станаха особено актуални и значими в новите реалности и се обуславят от следните основни обстоятелства:

1.Утвърждаване на холистичен (цялостен) подход за същността на здравето.

2.Изграждане на интегрален биопсихосоциален модел на здравето.

3.Създаване на концепция за рисковите фактори, като генерално направление в Новото обществено здраве.

4.Установяване на видовете връзки между рисковите фактори и свързаните с тях заболявания.

6.Формиране на философия за здравословен начин на живот, чрез регулиране на здравната мотивация, здравното поведение и адекватно здравно образование.

7.Утвърждаване на общата медицинска практика, като една от основните форми на ПМП.

В контекста на казаното, ПМП създава много добри възможности за провеждане на промоция на здравето, като ключова роля в мениджмънта на здравната промоция имат здравните професионалисти работещи в практиките на ПМП. Тези възможности са свързани с предимствата, които те имат: да поддържат постоянна връзка с хората от региона, да познават техния начин на живот и тяхното здравословно състояние. Важно е да се отбележи, че в законодателен план са очертани здравно-промотивните и профилактични дейности, които ОПЛ трябва да изпълнява, но тези на медицинските сестри в ПМП не са конкретизирани. Това създава определена празнота между предлагането и търсенето на здравно-

промотивни дейности от населението. В този аспект медицинската сестра не трябва да се характеризира само като технически изпълнител, тъй като нейната роля и значимост е променена в процеса на медицинското обслужване.

Известно е, че в Европейските страни с развита икономика, медицинската сестра участва активно в задачите, които поставя общественото здравеопазване и е екипен партньор на лекаря при изпълнение на дейности по промоция на здравето.

Това обстоятелство налага медицинските сестри да притежават необходимите компетенции и комуникационни умения, с което да гарантират качествени здравни грижи. (Александрова М., 2007). Така те ще имат по-голяма самостоятелност в работата си, при наличието на ясно очертани стандарти и параметри на дейност в ПМП.

Маринова П. (2004) предлага методика за изработване на професионални компетенции, които позволяват определяне компетенциите на отделните професионални специалности и предоставят възможности за адекватни решения.

Научни доказателства в тази насока формулират Чанева Г., Ив. Стамболова (2001) за ролята и значението на комуникационния процес в сестринската практика на извънболничната помощ.

Така очертаните бели петна в научната литература относно ключовото значение на здравно-промотивните и профилактични функции на медицинската сестра в ПМП ни дава основание да се фокусираме и проучим възможностите за оптимизиране на тези функции, които да отговарят от една страна на адекватно увеличаващите се здравни

потребности на населението и от друга да се приобщят до професионалния модел на сестринската практика в Европа.

I.ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Концепция за промоция на здравето и профилактика на болестите и нейните приоритети

1.1.Същност, роля и значение на промоция на здравето - нова философия на общественото здраве

Все по–нарастващата значимост на индивидуалното здравно поведение за поддържане и повишаване на здравето както и за ефективността на здравните грижи, предизвикват нови политики в областта на здравеопазването. Една от тях е промоция на здравето. То се превръща във все по-важен елемент в съвременните представи за здравна политика. Въпреки че като понятие заема основно място в здравните стратегии, няма общоприета дефиниция за промоция на здравето.

Като термин промоция на здравето се определя за първи път в Отавската харта през 1986 год. В нея се говори за процес, свързан с предоставяне възможност на хората да засилят контрола върху своето здраве, както и да го опазят и подобрят. Съвременната парадигма определя промоция на здравето като процес на създаване възможност на хората чрез саморегулиращо се здравно поведение да подобрят своето собствено здраве. И в двата случая акцентът пада върху човека и неговата активност и отговорността му по отношение на собственото здраве. Същността на промоция на здравето е в осъзнаването на смисъла, че тялото, умът и духът непрекъснато си взаимодействат и определят отношението ни към болестта или начина на живот. Здравето и неговите детерминанти (както на отделния индивид, така и на обществото като

цяло) започват да имат все по голяма относителна тежест като: околната среда (климато-географски фактори), биологичните (генетични фактори), медицинското обслужване и др. Ето защо здравето в неговите многобройни аспекти се оказва пресечна точка за разрешаването на проблеми свързани с продължителността и качеството на живот, работоспособността, създаването на здраво поколение и други. Това са фактори, поради които редица въпроси, касаещи здравето, застават във фокуса на водещи международни институции. Това изисква разработените стратегии за промоция на здравето да се изграждат върху следните основни принципа (Борисов В. и кол., 1998):

-създаване на социална политика, приоритетно ориентирана към здравето, т.е. създаване на укрепваща здравето жизнена среда;

-засилване на общественото участие в системата от здравно-социални явления;

-развитие на личните знания, умения и възможности за укрепване на здравето;

-преориентация на здравните служби в посока към Междусекторно сътрудничество за подобряване на здравните параметри на средата.

Световната здравна организация предлага няколко стратегии, съобразени със здравните заплахи, в чиито основи лежи оценката на риска и предлагането на адекватни превантивни мерки.

Засиленият интерес на световната медицинска общественост към този проблем намира отражение и в документите от проведените форуми, каквито са:

-**Международна конференция по първична здравна помощ** през 1978 год. в гр. Алма Ата и приетият заключителен документ **„Алмаатинска декларация“;**

-Втората международна конференция по здравна промоция - за здравословна обществена политика проведена в Аделаида през 1988 год. и приетият заключителен документ **„Препоръки от Аделаида“;**

-Третата международна конференция по здравна промоция - създаване на околна среда, поддържаща здраве проведена в Сундсвал - Швеция през 1991 год.;

С оглед достигане на пълна реализация на „потенциалното здраве“ за всички хора е приетата политика на СЗО в Европейския регион, съгласувана с ЕС, **„Здраве за всички през 21 век“.**

Две са основните цели на тази стратегия:

-укрепване и съхраняване здравето на хората в продължение на целият им живот;

-намаляване разпространението на определени болести, травми и отравяния и облекчаване на страданията предизвикани от тях.

Според СЗО, това може да се постигне чрез системи, които гарантират справедлив достъп до качествена здравна помощ, профилактика и контрол на заболяванията, както и чрез законодателни мерки за укрепване на здравето.

Движеща сила за реализиране на посочените цели е осигуряване на стабилност по отношение на здравето с помощта на физически,

икономически и социо-културни условия на средата, благоприятни за здравето.

По-късно съгласно приетата Лисабонска декларация, всяка страна членка на Европейската общност, в новия стратегически подход се поставя акцент върху промоция на здравето и информираността на гражданите по въпросите на здравето чрез:

-Различни инициативи (включително и законодателни промени) за скрининг на социално- значими заболявания, контрол на тютюнопушенето, здравословно хранене и физическа активност; сексуално и репродуктивно здраве; профилактика на полово-предавани заболявания, СПИН, нежелана бременност и борба със зависимостта от алкохол и наркотични вещества;

-„Sharing capacity" - подялба на ресурсите – от един регион или държава в друг.

Така здравето става основен приоритет в политиката на ЕС. Крайната цел е подобряване на физическото и психичното здраве на Европейското население и осигуряване на здравно равенство в ЕС. Основните направления за дейностите в областта на общественото здраве, посочени от Европейската комисия през ноември 1996 г. са: промоция и мониторинг на здравето; заразни болести, рак, редки заболявания, профилактика на травмите и заболяванията свързани със замърсявания на околната среда и с лекарствената зависимост. Във връзка с тях са разработени осем програми за действие по посочените проблеми за периода 1996-2002г.

На 23 септември 2002 г. Европейският парламент приема нова програма за действие на Общността в областта на общественото здраве през периода 2003-2008г. Основната цел „Повлияване на здравните

детерминанти посредством здравна промоция и профилактика на заболяванията“.

През 2005 г. в структурите на ЕС започва обсъждането на предложението за следващата програма за действие на общността в областта на общественото здраве за периода 2007-2013 г. Основните приоритети на програмата са защита на гражданите от здравни заплахи, популяризиране на поведение водещо до по-здравословен начин на живот и осигуряване на здравна информация на хората.

България заедно със страните членки на ЕС се присъединява към глобалните стратегии в областта на здравето. След политическите промени от 1989 г. страната ни активно следва препоръките на СЗО. За последните двадесет и пет години у нас бяха приети няколко национални здравни стратегии. Сред тях са Планът за действие 2001-2006, стратегията „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“ за периода 2001-2010 г. и други.

В периода от 2008 до 2013г. България се присъедини към идеята на Европейската общност, основаваща се на принципите на солидарност и равни възможности за здраве и благополучие. На това основание Министерството на здравеопазването предложи нова Национална здравна стратегия „Здраве за всички през 21 век“, която да отговори на изискванията на новите реалности, приоритети и предизвикателства. Целта е постигане на възможно по-високо ниво чрез преструктурирана, реформирана, финансова устойчива и ефективна здравна система, която да осигурява качествени здравни грижи по промоция на здравето, профилактика на болестите, лечение и рехабилитация. Националната здравна стратегия през периода 2008-2013 г. разглежда едновременно

справедливия достъп до здравни услуги, околната среда, политическото управление и социално-икономическото развитие. Тя е насочена към интегриране на грижата за здраве на българските граждани във всички политики – външна политика на страната, политика за национална сигурност, политика за финансова стабилност, политика за опазване на околната среда, политика при бедствия и аварии и други.

Новата Европейска политика в областта на здравеопазването „Здраве 2020“ предвижда укрепване на общественото здраве както и системен подход към дейностите и услугите в областта на общественото здравеопазване.

1.2.Сфери на дейност за промоция на здравето

Според Танахил промоция на здравето включва усилията за укрепване на позитивното и намаляване на негативното здраве в три покриващи се сфери на дейност: *здравно образование, профилактика и протекция на здравето.*

Здравната промоция доведе до възникване на нови концепции и методи за укрепване на здравето и подмяна на традиционната „здравна просвета“ с методите, способстващи за „утвърждаване на здраве“. Преди всички се подлага на преоценка схващането, че даването на здравни знания само по себе си води до желани изменения в мотивацията на хората, а оттам – до желани промени в навиците, поведението, респективно – до по-добро здраве. Практиката доказва , че здравното поведение на хората се формира от тяхната информираност, ценностна система, мотивация, както и от възможностите им да живеят здравословно. Ето защо, здравното образование се нуждае от добра информираност, убеждаване,

съдействие, насърчаване, социална и материална осигуреност и предоставени възможности за личен избор.

Здравното образование представлява въздействие върху знанията, схващанията, ценностите, нагласите и поведението, свързани с укрепване на здравето. Здравното образование има следните цели:

-Възпитателна – да информира хората;

-Осигуряване на развитие – да мотивира, насърчава и стимулира личното развитие;

-Практически цели – да укрепва здравето;

-Наличие на политическа воля – да повишава чувствителността на населението към здравна политика, укрепваща здравето.

Чрез здравно образование може да се подпомогнат индивидите да променят своите „нездравословни схващания и навици“ и да поддържат здравословен начин на живот като по този начин да управляват състоянието на своето здраве.

Младенова С. (2009) посочва, че здравното образование трябва да бъде насочено към някои основни области на здравословния начин на живот:

-Добра лична хигиена – започва от детска възраст;

-Избягване на контакти с вредните фактори на околната среда – подобряване на условията за безопасност и здравословна среда в дома и на работното място, създаване на екологична обстановка и др.;

-Здравна информация за здравословно хранене, оптимална двигателна активност, вредата от стресови ситуации и др.;

-Предпазване от агресивност, насилие, злополуки, травми и бедствени ситуации – правила за движение по улицата, защитно облекло при определени професии и др.;

-Предпазване от заболявания – най-важна тук е здравната информация: какво представлява отделното заболяване, кои са причините за неговото появяване, можем ли да го предотвратим и как?

Според Иванов Г., (2010) при организирането и провеждането на здравно образование общопрактикуващия лекар и медицинската сестра трябва да прилагат следните основни принципи:

Номер	**Принцип**	**Съдържание**
1.	Индивидуалност	Съобразяване с действителните потребности на индивида, групата
2.	Релевантност	Съответствие с нивото на съвременните знания
3.	Постепенност	Стъпаловидно предаване на знанията и уменията
4.	Мултипленност	Използване на различни методи и средства за обучение
5.	Демонстративност	Използване на различни средства на демонстрация и обучение за усвояване на умения
6.	Обратна връзка	Задължително получаване на информация за резултатите от здравното обучение

Таблица 1. Основни принципи на здравно обучение в общата медицинска практика

Практиката показва, че ако се спазват посочените принципи се постигат добри резултати при здравното образование.

Профилактиката включва комплекс от мерки, насочени към ограничаване на риска от възникване на заболяване или друго отклонение от здравето, инвалидност или смърт.

Термините „промоция на здравето“ и „профилактика на заболяванията“ са широко обхватни, поради което изискват въвеждането на ограничения и рамкиране.

Основната цел на промоцията на здравето е да издигне здравето като най-голяма ценност. Това е мотивиран подход, при който се разширява обхватът на положителния потенциал на здраве: „Здраве за здравите“.

За реализиране на своята цел профилактиката може да се характеризира с три модела (нива), които включва следните съвкупности от мерки и мероприятия:

-първична - предотвратяване възникването на заболяване

-вторична - поставяне на ранна диагноза за спиране на прогресирането или намаляване на продължителността на заболяването и рискът от възникване на усложнения

-третична - насочена към по-бързото възстановяване на болния човек непосредствено след болестта. Включва рехабилитация, трудоустрояване, диспансеризация и др. мероприятия.

Въз основа на задълбочени анализи може да се изведат следните разлики между промоция на здравето и профилактика на болестите. (Шипковенска Е. и кол., 2002)

Промоция на здравето	**Профилактика на болестите**
Ориентирана към здравето	Ориентирана към предпазване от заболяване
Фокусира върху позитивното здраве	Предпазва от болест и усложнения
Стимулира действието на протективните рискови фактори	Ограничава действието на негативните рискови фактории
Активен подход към здравето	Пасивен подход към здравето
Насочена е към населението и околната среда	Насочена е предимно към високорискови групи
Предлага на населението стимулиращи мерки	Привежда в изпълнение ограничителни мерки
Използва предимно обществено участие: немедицински организации, граждански групи и др.	Използва здравни специалисти с различни профили

Таблица 2. Разлики между процесите: „промоция на здравето“ и „профилактика на заболяванията“

Разликите между двата процеса по-скоро са в посочените дейности, които в повечето случаи взаимно се допълват.

Протекция на здравето има за цел изграждането на здравословна социална политика. Протекцията обединява различни законови или финансови механизми за контрол, както и други регулаторни механизми, осигуряващи надеждна защита на населението чрез:

-създаване на среда без вредни за здравето компоненти от химическо, физическо и биологично естество;

-осигуряване на безопасността на храните и водите за масова консумация чрез съответен контрол;

-осигуряване на безопасността на движението по пътища и магистрали ;

-прилагане на фискални контролни механизми като данъци и мита върху алкохола, тютюна и др.

1.3.Промоция на здравето и здравословен начин на живот

Промоция на здравето е обединяващо понятие, което най-често се свързва с термина „здраве“, което е дефинирано от СЗО като: *„Пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или физически недъг.“*

В редица научни проучвания се доказва, че от всички здравни детерминанти определящи здравното състояние, с най-голяма относителна тежест, с повече от 50%, заема начинът на живот.

Терминът „начин на живот“ се определя като „интегралния начин на съществуване на индивида/групата, формиран в резултат на взаимодействието между жизнените условия в широк смисъл и

индивидуалните форми на поведение, предопределени от личностни характеристики и социокултурни фактори“. (Борисов В., Ц. Воденичаров, 2001) Начинът на живот зависи изцяло от тези ценности, приоритети, практически възможности и ограничения, които са неотменима част от ежедневието на хората. В контекста на здравната промоция от изключително значение е не само въздействието на начина на живот върху здравето, но и създаването на потенциал за промяна на съществуващия нездравословен модел на поведение. Терминологично „здравното поведение“ може да се разгледа в два аспекта. В широк план всяка дейност или част от ежедневието на индивида влияе върху неговото здраве. В този смисъл поведението, свързано със здравето е интегрална част от начина на живот на индивида. В по–тесен смисъл „дейността на индивида, съзнателно насочена към промоция, протекция и поддържане на здравето му“ е поведение, насочено към здраве. (Тулчински Т., Ел. Варавикова, 2007)

В контекста на казаното става ясно, че начинът на живот оказва голямо влияние върху човешкото здраве, в т.ч. при възникването и развитието на социално-значимите заболявания или т. нар. хронични неинфекциозни болести. Ето защо основен компонент на стратегията „Здраве за всички“ е формирането на начин на живот, съдействащ за укрепване на здраве. Не случайно централно място в нея заема разделът формулиран „Здравословен начин на живот“. По принцип начинът, по които живее индивидът, може да индуцира два модела на поведение:

-Позитивен, съдействащ за укрепване на здравето, вкл. здравословно хранене, адекватна физическа активност, здравословно сексуално поведение, умения за разпознаване и справяне със стресови ситуации и др.;

-Негативен, нанасящ вреда върху здравето, включващ посочените по-долу според класификацията на СЗО рискови за здравето фактори.

Рискови фактори за здравето

В Националната здравна стратегия на МЗ при задълбочен анализ на ситуацията в България рисковите фактори се анализират като първични и вторични.

1.Начин на живот:

-тютюнопушене;

-злоупотреба с алкохол;

-наркотични вещества и наркомании;

-нездравословно хранене

-двигателен инактивитет;

-психосоциален стрес.

2.Рискови фактори в околната среда:

-неблагополучия в общата и трудова среда;

-социално-икономически фактори.

3.Генетични и други ендогенни фактори.

4.Вторични рискови фактори:

-артериална хипертония;

-затлъстяване и наднормена телесна маса;

-диабет.

Ако основата на съвременната медицинска теория и практика е профилактичното направление, то нейната сърцевина представлява здравословният начин на живот. Това е важно направление в здравеопазната система на икономически развитите страни и е универсално средство и отправен пункт на общественото здравеопазване. Спазването на основните изисквания към здравословния начин на живот, намаляват с около 50% риска от възникване на социално-значими заболявания, намаляват с 39% до 70% преждевременната смъртност, удължават човешкия живот средно с 10-11 години и др.

1.4 Основни модели, използвани в здравната промоция - рамка за политика и действие

Модели на здравно възпитание

В литературата има описани различни модели на здравна промоция като модела на Танахил и модела на Бийти. Италианският учен М. Ингросо през 1993 г. е разработил типология на разновидностите на здравното възпитание. Той разграничава три модела на здравно възпитание:

1.Инструктивно-директивен или авторитарен.

2.Съпричастен или споделен.

3.Промотивен или еволютивно-усъвършенстван модел на здравно възпитание.

Инструктивният модел се основава на еднопосочното предаване на знания и информация от обучаващия към обучаваните.

Съпричастния модел се базира на обмен на информация между обучаващия и обучавания. При този модел проблемите се посочват от обучавания.

Промотивният модел се осъществява с включването на обучаваните в учебно-възпитателния процес чрез взаимодействие между тях и самовъзпитание.

В проучената научна литература здравното възпитание се определя като процес на развитие и усъвършенстване на физическото, психическото и духовното здраве на индивида.

Крайният резултат от здравното възпитание е формираната здравна култура да стане основа за здравословен начин на живот (Попова С., 2005)

Модели, свързани с промени в обществото (обществена мобилизация, социално планиране)

Тези модели предоставят възможности на хората да предприемат практически действия за здравословен начин на живот, използвайки все по-често методите на социалната психология. Сред тях особено значение придобиват следните модели:

-*избягване на "когнитивен дисонанс",* т.е. получаване на противоречива информация от различни инстанции.

-*социално заучаване* – директно подражаване, без предварителна промяна в мотивацията. Използва се методът "моделиране", чрез който популярна фигура от населението чрез своя пример на здравно поведение влияе върху определени възрастови или социални групи. Опитът на редица страни показва, че най-влиятелната система за промяна на обществените

нагласи, отношение и мотивация към по-здравословен стил на живот е четвъртата власт – масмедии, електронни медии и др.

-*социална имунизация* - например, в училище пред учениците се излагат всички аргументи, които родителите привеждат като оправдание за даден вреден навик, а от учениците се изисква да посочат контрааргументи, с които да опровергаят своите родители.

Модели, поддържащи здравни практики с високо качество в ЛЗ (организационна промяна, включваща стандарти за качество и обучение на пациентите в извън болничната и болничната помощ).

-Силно изразена тенденция в много страни е инфилтрирането в ежедневната дейност на първичната медицинска помощ на концепции и *методи от медицинската психология и психофизиология.* В разработването на здравно-промотивни програми участват различни медицински специалисти като психолози, психотерапевти и др.

-*Придобиване на жизнени умения (това са лични и междуличностни навици , които позволяват на хората да контролират и управляват своя живот, да решават проблеми, конфликти, самомотивиране и др.)* Целта е да се развият и усвоят здравни умения още от ранна детска възраст.

-*Здравна самопомощ и взаимна помощ на населението.* Формите на такава здравна самодейност са разнообразни и изучаването на чуждестранния опит в това отношение би било от голямо значение за нас.

1.5 Международни проекти за подкрепа промоция на здравето

Болници за промоция на здравето

Международната мрежа от болници за промоция на здравето води началото си от 1990г. и се осъществява под егидата на СЗО - Европейско регионално бюро - чрез 25 национални мрежи с над 700 болници от Европа.

Проектът се реализира в съответствие със стратегията на Хартата от Отава. Това е болница, която не само оказва лекарска и сестринска медицинска помощ, но се стреми към придобиване на по-широк капацитет, свързан с промоция на здравето, развитие на дейности и предоставяне на медицински услуги в тази област.

В Будапещенската декларация, а в последствие и на първата международна конференция по промоция на здравето в болниците проведена във Варшава, изчерпателно и точно са определени петте основни стандарти.

Разработените стандарти обхващат две насоки: промоция на здравето на пациентите и промоция на здравето на медицинския персонал в болниците.

Стандарт 1: Болнична политика за промоция на здравето

Стандарт 2: Оценка на потребностите на пациентите от дейности по промоция на здравето.

Стандарт 3: Интегриране на дейностите по промоция на здравето в клиничните пътеки.

Стандарт 4: Промоция на здравето на работното място.

Стандарт 5: Сътрудничество на болницата в дейностите по промоция на здравето с други сектори в здравеопазването и извън него.

Градове за промоция на здравето (проект „Здрави градове“)

В основата си програмата се стреми да повиши физическото, психическото и социално благополучие на хората и това на околната среда в Европейските градове. Тя стартира в рамките на международната конференция „Здрави градове“ състояла се във Виена през 1988г. с 400 участници от 110 града и кметства на 25 страни.

Понастоящем тези градове изграждат 3 международни и 17 национални мрежи.

Промоцията обхваща следните основни направления:

1.Хранене - включва подобряване на общественото хранене, храненето на деца и старите хора и др.

2.Физическа активност - включва осигуряване на по-добър достъп до спорта и туризма през свободното време за всички възрастови групи от населението и др.

3.Сексуален живот и семейно планиране - борба със сексуалното насилие и злоупотреба с деца, профилактика на случайните полови контакти и нежелани бременности, здравословно семейно планиране и др.

4.Мениджмънт на стреса и кризите на личността - изграждане на механизми за справяне със стресови ситуации породени от безработица, миграция, самотност, загуба на близък човек и др.

Училища за промоция на здраве

Идеята за промоция на здравето в училище е на Гутс-Мутс от 1984г.

От 1984г. тя възниква като функция от дейностите на СЗО (Регионален офис за Европа), комисията на Европейската общност и Съвета на Европа.

Проектът официално стартира през 1992г. и до 1995г. се реализира в 34 страни и 400 училища. В днешно време националните мрежи са повече от 50, а училищата са над 7000. България също така се включва на Европейско и национално ниво.

Училището, утвърждаващо здраве, има три основни елемента:

1.Здравно образование, което се осъществява според официалната учебна програма.

2.Училищен етос, което включва ,,здравословни“ взаимоотношения в училище.

3.Наличието на добри взаимоотношения между училището от една страна и домът, близката обкръжаваща общност, нейната околна среда и други.

Програма CINDI

Развива се под координацията на Европейското бюро на СЗО. В програмата участват 33 страни от Европа и Канада, България се включва в програмата и прилага модели в 8 демонстрационни зони.

Основната цел на програмата е намаляване нивото на тютюнопушене, нездравословно хранене, намалена физическа активност, повишено кръвно налягане, затлъстяване, злоупотреба с алкохол и др.

Практическата цел е намиране на най-ефективните подходи на обществото за ограничаване на епидемиите от хронични неинфекциозни заболявания.

Приложени са 6 интервенционни стратегии и дейности, като: изграждане на капацитет за работа по промоция на здравето и профилактика на болестите, здравно образование, мобилизиране на общности за здраве и др.

Така посочените модели на здравна промоция, могат успешно да се реализират и да допринесат за опазване, укрепване и подобряване здравето и работоспособността на човека, както и за осигуряване на неговото активно дълголетие.

2.Мисия, визия и функции на медицинската сестра в ПМП

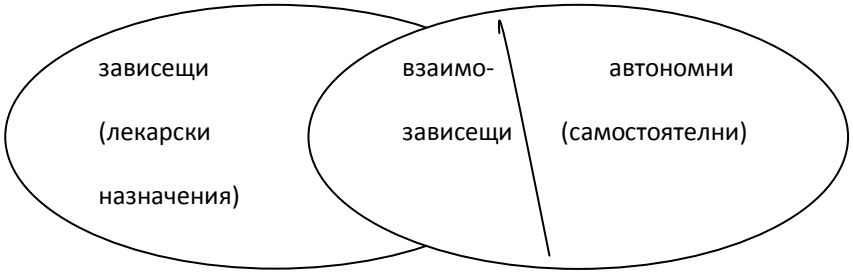
2.1.Мисия и визия

Съвременните схващания разглеждат сестринската дейност като специфична професионална дейност насочена към същинските и потенциални проблеми на здравето в условията на променящата се околна среда (Александрова М., А. Москов, 2001)

Медицинската сестра представлява необходим и ценен партньор на лекаря. Нейната роля и функции Henderson B. (1969), определя като уникални и ги характеризира като подпомагащи пациента да саморегулира собственото си здраве.

Сестринската функция се формира от 4 съставни елемента: пациент, сестринска работа, околна среда и общество. При изпълнение на

функциите си медицинската сестра работи независимо, взаимозависимо в екип и в зависимост от лекаря когато изпълнява неговите назначения.



Фигура 2.Измерения на сестринските грижи

В различните Европейски страни параметрите на тези функции имат различни характеристики.

Изучаването на системата ,,медицинска сестра-пациент“ позволява да се формулират три основни функции на медицинската сестра в ПМП: познавателна, приложна и прогностична. Тяхното проектиране в системата на ПМП кореспондират с основните цели на сестринската професия. По този начин се очертава пространството за дефиниране мисията и визията на медицинската сестра.

В този аспект **мисията** на медицинската сестра може да се определи като процес, който да гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности ефективни здравни грижи, в които водещо място и значение има формирането на здравнообусловен начин на живот на пациентите.

За нейното реализиране е необходима **визия** свързана с успешни здравно-промотивни и профилактични дейности на медицинската сестра в успешни общомедицински практики на ПМП.

Безусловно, това е инструмент за формиране на правилен подход за работа на медицинската сестра осигуряващ здравната сигурност на пациентите.

Маринова П. (2010) изяснява проблемите, трудностите и възможностите за внедряване на сестринския процес в практиката, като проучва нивото на информираност на медицинските сестри за сестринския процес.

2.2.Основни функции на медицинската сестра

Отговорностите на медицинската сестра в ПМП са фокусирани най-вече върху здравните грижи, които тя трябва да полага за пациентите. В този аспект особено значение представляват съветите, които тя дава на пациентите за опазване и укрепване на здравето им, за избягване на рисковите фактори, за справяне с възникнали здравни проблеми с последваща ресоциализация, за предпазване от заболявания и др. Това налага необходимостта медицинската сестра да осъществява комуникации не само в рамките на ПМП, но и сред обществеността, тъй като е известно, че здравето е основен приоритет в живота на всеки индивид. Така медицинската сестра се превръща в свързващо звено между ПМП и други сектори от общественото здравеопазване. Ето защо възниква актуалния въпрос: Трябва ли да се разширят функциите на медицинската сестра работеща в ПМП? Безусловно отговорът е положителен, защото медицинската сестра като член на здравния екип в ПМП извършва и здравно-промотивни и профилактични дейности, свързани с грижи за пациента във всеки период от неговия живот и го обучава и възпитава в опазване и подобряване на собственото му здраве.

СЗО очертава следните основни функции на медицинската сестра:

*здравно-промотивни функции – те включват дейности със здравите пациенти с цел формиране на здравно възпитание, здравно поведение и здравословен начин на живот.

*профилактични – те включват дейности свързани с предпазване от различни видове заболявания.

В контекста на казаното предлагаме следните видове профилактични функции:

-консултативни - консултира и координира профилактични приложни и интервенционни дейности по здравно образование на пациенти и техните семейства.

- експертни - води индивидуални разговори или групови занимания с пациенти и техните семейства по въпроси свързани с профилактика на заболяванията.

- организационни - подпомага профилактичната дейност извършвана от ОПЛ, като участва в работни групи, програми, проекти и др.

*медико-педагогически – медицинската сестра провежда обучение на болния и близките на болния за самопомощ. Обучение за изработване на активно здравно поведение у болния в помощ на неговото лечение и възстановяване.

*медико-социални – ориентирани са към семейството и общността. Осъществяване на консултации с различни специалисти и социално подпомагане.

*управленчески – управление на здравните грижи. Поставянето на цели, планиране на сестрински интервенции, организиране, координиране и оценка на постигнатите резултати, по отношение на всеки пациент независимо дали е болен или здрав.

Сестринските функции са регламентирани в квалификационната характеристика на специалността.

Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения.

Съдържание	**Вид**
Знания	●клинични ●превантивни ●медико-социални ●медико-педагогически ●медико-психологически ●управленски
Умения	●комуникационни ●поведенчески ●умения за участие във физикални и функционални изследвания

	●умения за решаване на здравни проблеми ●умения за мониториране и контрол върху развитието на болестта ●умения за документиране ●умения за традиционните сестрински дейности (в т.ч. манипулации) ●умение за полагане на грижи за хигиената и храненето на болните ●умения да осъзнава собствената си роля ●умения за сътрудничество с партньорите в екипа.
Поведение	●прилагане на холестичния подход ●прилагане на психо-соматичния подход ●прилагане на пациент-ориентирания подход

Таблица 3. Съдържание на професионалната компетентност на медицинската сестра (знания, умения и поведение)

Важно е да се подчертае, че професионалната компетентност на медицинската сестра не представлява „механичен сбор“ на знания и умения от различни направления на медицинската наука, а по-скоро е начин за тяхното използване в условията на първичната медицинска помощ.

П. Маринова, Ив. Стамболова и др. работят по дефиниране на нови функции, имайки предвид, че медицинската сестра е една от основните фигури за успешното осъществяване на здравната реформа.

За изпълнението на всички горе визирани функции медицинската сестра трябва да има достатъчно добро базово и непрекъснато обучение. Спецификата на работа в първичната медицинска помощ изисква и допълнително обучение, което ще гарантира адекватна адаптация към изпълнението на своите задължения и ще отговори на променящите се законодателни изисквания и здравни потребности (Александрова М., 2006)

При проучване проведено в продължение на три години Александрова М. (2007) откроява логично и научно обосновано акценти свързани с възможностите за персонално развитие на медицинските сестри; за тяхната равнопоставеност; за мотивацията им за обучение; за придобиване на по-високи образователни и квалификационни степени и др.

2.3.Задачи на медицинската сестра по промоция на здравето и профилактика на болестите

1.Здравно възпитание

•Да проучва нивото на здравната култура на общността, в която работи: здравни знания, умения, навици, интереси и др.

•Да консултира по проблемите на здравословното хранене, физическата активност, затлъстяване, тютюнопушене и др.;

•Да мотивира хората за промяна в стила на живот, с цел повишаване на позитивното им здраве;

•Да усъвършенства комуникативните си умения;

•Да помага на хората да се справят със стресови ситуации, предпазване от травматизъм и др.

2.Профилактика на болестите

Новите реалности налагат и издигат на ново ниво изпълненията на основните профилактични задачи на медицинската сестра, като особено внимание, според нас, тя трябва да отдели на:

-Създаване и поддържане на база данни за дейностите по профилактика на болестите в ОМП на ПМП.

-Извършване на антропометрични измервания по време на профилактичните прегледи в ОМП на ПМП, като основен метод за ранна диагностика на скритата болестност и на заболявания със социално-значим характер. Проследяване на промените в данните на основните показатели във физическото развитие.

-Провеждане на профилактични дейности за предотвратяване или ограничаване на фрактурите криещи риск за здравето на пациентите посещаващи ПМП.

-Участие в осъществяването на профилактични мерки в региона при извънредни обстоятелства свързани с бедствени ситуации чрез съответната структура на РЗИ.

-Осигуряване и разпространяване в региона на съвременни здравно-образователни материали по актуални въпроси свързани с профилактика на болестите, чрез съответната структура на РЗИ.

-Даване на съвети за стимулиране на личната мотивация относно профилактика най-вече на социално-значимите заболявания.

3.Протекция на здравето

•Организиране и участие в здравни програми, осигуряващи подобряване на здравния статус на пациентите;

•Създаване на активна здравна позиция на пациента в обществото;

•Организиране и участие в сътрудничество и партнъорство с обществени и неправителствени организации;

3.Същност и организация на първичната медицинска помощ

3.1.Определение, принципи и функции на ПМП

Понятието „Първична медицинска помощ“ (ПМП) е дефинирано в Декларацията на Международната конференция по първична здравна помощ Алма Ата (1978) като:

„Основна здравна помощ, основана на практически научнообосновани и социално приемливи методи и технологии, които са универсално достъпни за всяко лице, техните семейства и обществото. Тази помощ се оказва при пълното участие на населението в рамките на

разходите, които обществото и страната като цяло могат да си позволят на всеки етап от своето развитие“.

Характеристиките на ПМП са следните:

ОБЩА - здравните грижи са предназначени за всички без разлика във възраст, пол, социални, етнически, и религиозни групи.

ДОСТЪПНОСТ - да не бъде възпрепятствана от географски, културни и финансови причини.

НЕПРЕКЪСНАТОСТ - намесва се през целия жизнен период на човека, а не само в състояние на болест.

ИНТЕГРАЛНОСТ - освен лечебни и рехабилитационни грижи, общата медицина включва промоция на здравето и превенция на болестите.

ЕКИПНА ДЕЙНОСТ - общопрактикуващият лекар и медицинската сестра са части от един мултидисциплинарен екип.

КОМПЛЕКСНОСТ - обединява физическите, психическите и социалните аспекти на здравните проблеми на гражданите.

ЛИЧНОСТНА ОРИЕНТАЦИЯ - обърната е към личността на ползващите здравни услуги и се базира на отношенията между пациента, общопрактикуващия лекар и медицинската сестра.

ЛОКАЛНОСТ - общопрактикуващият лекар, подпомаган от медицинската сестра, трябва да изучават здравните проблеми на своите пациенти локално (местоживеене, месторабота) и да осъществяват колаборация с професионалисти и институции от други сектори.

КООРДИНИРАНОСТ - координира предоставянето на здравни и медицински услуги с лекарите специалисти.

ДОВЕРИЕ - пациентът да разчита на конфиденциалност по отношение на всякаква информация, свързано с неговото здраве.

ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯТ ЛЕКАР И МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА СА ЗАЩИТНИЦИ НА ПАЦИЕНТА по отношение на здравето и по-специално пред други институции (Димитрова Д., 2009).

Лечебните заведения в извънболничната медицинска помощ са описани в Закона за лечебните заведения. Според чл. 8. от ЗЛЗ (8):

•Амбулатории за първична медицинска помощ, които могат да бъдат:

-индивидуална практика за първична медицинска помощ;

-групова практика за първична медицинска помощ;

•Амбулатории за специализирана медицинска помощ, които могат да бъдат:

-индивидуална практика за специализирана медицинска помощ;

-групова практика за специализирана медицинска помощ;

-медицински център, стоматологичен център и медико-стоматологичен център;

-диагностично-консултативен център;

•Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

Друга характеристика на ПМП е **превантивността.** Осъществява се чрез профилактични прегледи, ваксинации, осъществявани най-често от ОПЛ.

Една от основните харатеристики на ПМП, която има особена значимост се явява **интеграцията на мероприятията за подобряване здравния статус на населението с профилактичните мероприятия на ниво оказване на първична помощ.** Усилията при здравната промоция и профилактика на заболяванията са насочени към борбата със сърдечно-съдовите заболявания, въвеждане на регулярен онкологичен скрининг, ранна диагностика и лечение на туберкулоза, превенция на наследствените заболявания, придобитите и вродени аномалии, профилактика на инфекциозните заболявания, имунизации и превантивни ваксинации.

Важна част от ПМП е **интеграцията на програми -** относно имунизациите, профилактиката на туберкулозата, на заболяванията предавани по полов път и други. Програмите повишават ефективността и подобряват резултатите в такива области като имунизации, психично здраве, както и при някои инфекциозни заболявания.

По своята същност ПМП се характеризира с **достъпност и равнопоставеност на пациентите.** За целта на територията на цялата страна има различни по функция и големина здравни заведения, които да обслужват всеки един член на обществото и неговото семейство без значение от неговия социален статус или образование.

ПМП е мултидисциплинарна. Тя не се ограничава само до правомощията и възможностите на общопрактикуващия лекар. При възникнал проблем даден пациент може да бъде изпратен за консултация при специалист от различните сфери на медицината. Той може да бъде, както високо специализиран медицински персонал - лекар специалист, така и до звена като например рехабилитация, лабораторни изследвания и др.

ПМП осигурява на населението **непрекъснатост на здравните грижи.** Това означава, че при нужда всеки един пациент може да потърси здравна помощ 24 часа в денонощието и през целия си живот. Това също се осигурява, както от личните лекари, които трябва да са 24 часа в денонощието на разположението на пациентите си, така и от центровете за спешна медицинаска помощ при по-голяма сериозност на заболяването.

За да може ПМП да бъде ефективна в осигуряването на здравна закрила и сигурност на населението, тя трябва да се осъществява от **високо квалифициран медицински персонал.** Общопрактикуващите лекари трябва да са специализирали Обща медицина и обучени да реагират на всяка една ситуация по най-адекватния начин.

ПМП подпомага пациентите да направят най-добрия избор за своето лечение. Този избор се изразява в търсене на подходящия специалист, най-подходящото лечение или най-подходящото здравно заведение, където да се проведе съответното лечение.

Освен изброените характеристики, ПМП изпълнява няколко много важни функции, свързани с:

1.Опазване и укрепване на здравето на хората:

•промоция на здравето;

•профилактика на болестите.

2.Диагностични и лечебни функции:

•диагностика;

•лечение;

•рехабилитация.

3.Медико-социални функции:

•експертиза на трудостпособността;

•организиране на социални грижи;

•помощ при настаняване в социални заведения.

4.Координационни функции:

•междусекторна координация;

•координация с административни органи.

5.Осигуряване с медикаменти

•лекарствени консултации и непосредствено снабдяване;

6.Организационни функции:

•привличане на гражданите към участие в здравни инициативи;

•привличане на обществеността и местната администрация към здравни проблеми.

Ето защо не случайно Воденичаров Ц. (2001) подчертава интегративната роля на ПМП като формира три измерения:

-**функционална интеграция** – основана на интегрален подход към здравните потребности и проблеми на отделната личност в семейството и общността;

-организационна интеграция – с фокус върху стила на организираност на здравните дейности в първичното медицинско обслужване;

-образователна интеграция – генерира знания, умения и готовност на професионалистите по здравни грижи за работа в екип с ОПЛ и професионално партньорство за осигуряване на здравни услуги в извънболнични условия.

Така внедряването на принципите за развитие на първичното здравно обслужване създава нова здравна култура и включва в своя обсег промоция на здравето и профилактика на болестите.

В този аспект здравната промоция в общатата медицинска практика може да се разглежда като:

-помощ за отделната личност;

-обучение на пациентите в умение с цел насърчаване на грижите за себе си и самоуправление на техните заболявания;

-обучение относно начина на живот – физическа активност, хранене, тютюнопушене и др.;

-обучение на пациента при наличие на заболяване – например при астматици, диабетици, хипертоници и др.;

-създаване на група за самоподпомагане на хора с общи заболявания и здравословни проблеми с цел да се насърчи споделянето на информация и социална подкрепа;

-работа в общността.

Промоция на здравето обхваща предимно здрави лица. По своята същност тя представлява „съдействие", което се оказва на хората те сами да управляват своето собствено здраве. По отношение на индивида промоция на здравето, цели насърчаване към достигане на най-доброто ниво на здраве.

Основната цел на промоция на здравето е опазване и подобряване здравето на хората, а средството за постигането на тази цел е формирането на здравословен начин на живот, в индивида и общността. Особено важно е ОПЛ и медицинската сестра да мотивират пациентите да поддържат и подобряват своето здраве, както и да прилагат придобитите здравни знания и умения. Това предполага, че основната функция на медицинската сестра в ПМП е да изгражда у отделната личност и семейството убеждения за здравно поведение и нагласи за здравословен стил на живот. В тази връзка отделната личност не трябва да бъде пасивен обект на медицински дейности, а да се превърне в субект по отношение на личното си здраве.

Затова първостепенно място в здравно-промотивната дейност на медицинската сестра е формиране на здравно възпитание и поведение за здравословен стил на живот.

Тук особено важно е използването на специфични възможности на работа, като работа в мултидисциплинарни екипи, работа с високо рискови групи от населението и др.

Медицинската сестра има възможност да използва различни форми на обучение, но най-често се налага прилагането на индивидуално обучение. Подходяща е и груповата форма на обучение, като се използва и здравния потенциал на участващите в групата.

Специфичните функции, които извършва медицинската сестра в ПМП трябва да бъдат: конкретни – отговарящи на здравните потребности; оценими, информативни, ефективни, диференцирани и достъпни.

Медицинската сестра в ПМП играе важна роля в извършването на профилактичната дейност.

Първичното здравно обслужване е базово здравно обслужване и основната роля на ОПЛ и неговия екип е да посреща основните здравни потребности на пациентите и да насочва към тесните специалисти само пациенти със специфични здравословни проблеми (Златанова Р., 2006)

В редица страни (Великобритания, Швеция и др.) ОПЛ и медицинската сестра от ПМП удовлетворяват около 90% от здравните потребности на населението, а за останалата част от случаите се налага специализирана помощ или хоспитализация.

Последните години на преход у нас показват, че в условията на икономическа криза мисията на ОМ в ПМП трябва да се осъществява в условията на засилващо се социално разслоение, безработица, нарастваща бедност, маргинализация, и др. и появата на големи групи от хора в неравностойно положение - социално слаби и хронично болни хора и инвалиди. Влошаването показателите на здравното състояние на населението и обществената неудоволетвореност, налагат да се анализира дисбаланса на възможностите на здравната система да отговори на здравните потребности на различни групи от населението и да се прилага комплексен подход основаващ се на социално-либералния модел в здравеопазването (Воденичаров Ц. и кол., 2008)

Необходимостта от цялостна организация на общата медицинска практика и прилагане на холистичният и личностно-ориентираният подход

към пациента налагат ОПЛ да работи в екип с медицинската сестра (Иванов Г., Д. Димитрова, 2010)

3.2.Роля и място на медицинската сестра в ПМП

Основно място в ПМП имат ОПЛ и медицинската сестра. Ключовата роля на медицинската сестра произтича от компетенциите й, развити на базата на потребностите на пациента от извънболнични грижи.

В ПМП се включват различни видове сестрински функции: здравно-промотивни, профилактични и други, които са релевантни на съдържанието на общата медицина и съответстват на здравните потребности на хората.

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

Медицинската сестра в първичната медицинска помощ е един от основните изпълнители на здравно-промотивни и профилактични дейности, които представляват съществена част от съдържанието на общата медицинска помощ. Тя извършва разнообразни функции, има задължения и отоворности, които в много голяма степен я отличават от останалите медицински сестри, работещи в другите сектори на системата на медицинската помощ.

Така например Маринова П. (2013) провежда комплексно проучване, което попълва определена ниша в литературата по отношение на организацията, функциите и дейностите на сестринската професия в домашни условия.

За да отговори адекватно на повишените изисквания към професионалната компетентност на медицинската сестра в първичната помощ, Стамболова Ив. (2008), посочва за необходимостта тя да има специфични знания и умения за работа в ПМП.

Пред медицинските сестри в ПМП стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят към повишаване на компетентността им чрез формиране на непрекъснато обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи; активно сътрудничество на медицинската сестра с индивида, семейството и общността и въвличането им в партньорство за постигане на здравно благополучие; повишаване на отговорността за опазване, укрепване и възстановяване на здравето на обслужващото население; спазване на моралния и професионален кодекс; прилагане на холестичния подход в грижите за пациента; защита на интересите и престижа на сестринското съсловие чрез участие в съюзи, съсловни организации и техни форуми. (Чамов К., 2002)

Интерес представлява разработката на Стамболова Ив. и кол. (2001), където се разглеждат отделни аспекти на качеството на сестринските грижи като елемент от качеството на медицинската помощ - подходи, методи и системи.

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

Понастоящем има голяма дискусия за това необходимо ли е медицинската сестра, работеща със семействата да има специалност

семейна медицинска сестра и как тя да функционира в това си качество. Експерти ангажирани в реализирането на тази следдипломна специализация се опитват да я определят и да изяснят нейната необходимост. Постигнато е съгласие, че целта в работата на личната (семейната) медицинска сестра е опазване и подобряване здравето на общността (семейството), като основния фокус пада върху промоция на здравето и превенция на болестите. Обаче няма консенсус по въпроси свързани с реализацията на здравни грижи в извънболничната помощ.

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

-да идентифицира рисковите фактори, които са свързани със здравето;

-да идентифицира групи в семейството, които са с висок риск за здравето;

В повечето случаи във всяко семейство съществуват индивиди, които са в по-висок риск за здравето от останалите. Това може да са неомъжени майки, самотни родители, хора пристрастени към наркотици, безработни, лица с умствени увреждания, тези над 65 години и други. Хората в риск трябва да бъдат идентифицирани и да се определят приоритети за техните здравни услуги.

-да установява приоритетите по отношение на здравните потребности на семейството;

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

местожителството на засегнатите, въздействието на проблема върху семейството и доколко той е неотложен.

-да мобилизира здравните ресурси;

Здравните ресурси често са предназначени за специфични възрастови групи, категории болести или определени групи от хора, които живеят в една общност. Трябва да има връзка между наличните здравни ресурси и идентифицираните здравни проблеми в общността.

-да осигурява основни здравни грижи, които са достъпни, приемливи, подходящи и от които хората имат необходимост.

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

Ето защо към така формулираните дейности Стамболова Ив. и кол. (2001) научно обосновано анализират и аргументират автономността и отговорността в сестринската практика, което е и в основата на съвременните постановки за развитие на професията.

Всичко това по безспорен начин доказва, че основната цел на медицинската сестра, работеща в ПМП е опазване и подобряване на семейното здраве.

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

Обобщаването на всичко по-горе визирано ни позволява да направим опит да дадем определение на понятието „лична (семейна) медицинска сестра“.

„Това е сестра от амбулатория за ПМП, избрана по реда на Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица в лечебните заведения за болнична и извънболнична помощ (Д.В.бр.101, 1999г.) , като подпомага ОПЛ при осъществяването на дейността му и отразява в документацията данните от прегледа, изследванията, както и на дейностите свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите“.

3.3.Специфични подходи в работата на медицинската сестра работеща в ПМП

1.Холистичен подход в ПМП

Философията на Общата медицина като наука и практика възприема модел на здравето, съответстващ на концепцията на СЗО за триединната същност на тази основна категория в медицината. Съгласно нея, здравето е неразделна цялост от физическо, психическо и социално благополучие, т.е. то не е само медико-биологична, но и социална категория.

Традиционният биомедицински модел приема, че болестта е биологичен феномен – тя се разглежда като увреден органичен субстрат като биологична абнормност, водеща до нарушения във функциите на отделните органи и системи на организма. Този подход често игнорира или свежда до минимум важните психологични или социални различия между пациентите, на които е поставена една и съща диагноза. Възприемането на този модел води до стереотипни подходи към болните, основаващи се на

заболяването, от което страда пациентът. В резултат на това личността на човека остава неразбрана, неоценена е и ролята на психологичните фактори от социалното му обкръжение влияещи върху възникването, протичането и изхода на болестта. Това от своя страна лишава медицинската сестра от възможността за ефективни здравни грижи на пациента, съобразени с личните му предпочитания и адаптирани към неговите специфични условия на живот. Прилагането на пациент-центрирания подход в работата на медицинската сестра, подпомага откриването на специфичните био-психо-социални проблеми и здравни потребности на всеки пациент и осигурява индивидуализиране на здравните грижи към него.

Философията на Общата медицина изисква екипа от ОПЛ и медицинската сестра да откриват и участват в решаването и на останалите психологични и социални аспекти на здравния проблем на пациента.

Холистичният (био-психо-социален) подход е съвременният научен подход на общата/семейна медицина, въпреки, че той е дефиниран още в трудовете на Хипократ.

Холистичният подход при решаване здравните проблеми на личността, семейството и общността е нова философия за здравната грижа към човека – извън традиционния медицински модел.

В основата на промоция на здравето е базирано холистичното разбиране за здраве, т.е комплекс от различни измерения на физическо, психично, социално и духовно здраве.

2.Психологичен подход в ПМП

Психологичния подход е важен елемент от холистичния подход, без който той би бил непълноценен. Безспорна е необходимостта от психологични познания и умения в работата на всяка медицинска сестра, работеща в ПЗП. Прилагането на този подход изисква от медицинската сестра:

•Да идентифицира чувствата, които вълнуват пациента, начина, по който той приема болестта и какво влияние оказва тя върху неговата психика.

•Да индивидуализира своя подход при решаване на здравните проблеми съобразно личностните особености на пациента.

•Да прилага определена доза психотерапия – да подпомогне пациента да преодолее страха, да превъзмогне стреса и силната болка.

Според Маслоу Е., психотерапията е сбор от методи за лечение чрез повлияване на емоциите, самооценката и оценката на другите, както и на начина за справяне с проблемите на живота.

Goldberg K. et al. (2002) описват някои форми на психотерапия, обединени под общото название „подкрепяща психотерапия" приложима и подходяща за извънболничната помощ.

Такива са:

-активно слушане

-даване на сигурност

-обяснение

-съветване и ръководене и др.

3.Социално-медицински подход в ПМП

СМП изучава третата страна на здравето. Той дава възможност на медицинската сестра да решава проблемите на пациенти в контекста на неговата социална среда. Чрез СПМ се реализира една от най-важните характеристика на работата на медицинската сестра – да участва в решаването на здравните проблеми на своите пациенти съобразявайки се с техния начин на живот, със социалния им статус, със средата, в която те живеят. Той предоставя възможност на медицинската сестра да въздейства и върху средата, довела до заболяването, т.е. да провежда социална профилактика, социална терапия и рехабилитация.

СМП позволява на медицинската сестра да осъществява на практика промоция на здравето. Тя не би могла да провежда промоция на здравето, ако не познава добре ценностната система, социалния портрет на човека, неговите личностни особености.

СМП дава възможност на медицинската сестра в ПМП да опознае причините, които биха мотивирали пациента да полага активни грижи да подобри своето здраве, променяйки начина си на живот.

Прилагайки СМП в работата си с отделни групи от населението (пациентска листа) медицинската сестра има възможност своевременно да долови и установи зараждащи се здравни проблеми в общността и обществото и своевременно да прилага своите здравно-промотивни и превантивни функции. (Шопова, К. 2002)

3.4.Модели за предоставяне на сестрински грижи в ПМП

Моделите за предоставяне на сестрински грижи за пациентите в условията на ПМП са класически и съвременни.

Един от най-ранните модели за предоставяне на сестрински грижи е възникнал през 1920 г. и е основан на холистичната философия на сестринството. Този модел се възражда в наши дни, тъй като напълно отговаря на целите на грижите в ПМП – цялостни комплексни грижи за пациента и семейството, непрекъснатост и ефективност на грижите, комуникации с пациента и семейството.

Този модел определя на медицинската сестра отговорността за предоставянето на всички необходими грижи за пациента. Това е медицинска сестра от екипа на общопрактикуващия лекар с когото работят съвместно и поемат отговорността за планирането и извършването на грижите.

Медицинската сестра от екипа на ОПЛ би трябвало да познава нивото на здравната култура на ЗЗОЛ, възможностите и мотивацията за здравословен начин на живот, необходимостта от вземане на профилактични мерки и др.

В настоящия момент, този модел е трудно приложим поради ограничените ресурси – време и капацитет от медицински сестри.

През 50-те години на миналия век организацията на сестринските грижи прилага за първи път подхода на функционалното сестринство. Неговата философия е ориентирана към изпълнение на едноетапни дейности от една медицинска сестра за различни пациенти, нуждаещи се от еднотипни грижи. Този модел се прилага в извънболничната помощ у

нас до 1995 г., когато участъковите педиатри работеха с две медицински сестри.

След реформата в ПМП от м. юли 2000 г. тези медицински сестри се преориентираха към екипа на ОПЛ. Този подход за организиране на сестрински грижи се използва и до днес в ПМП на САЩ и в някои от развитите Европейски страни [Англия, Германия и др.] от медицински сестри, които са специализирали в областта на детското и женското здраве, психичното здраве, домашните грижи и др. Този модел изисква специализация на медицинската сестра в определена дейност. (Callahan O., 2000)

От предоставените възможни организационни модели за грижи може да се направи извода, че съществуват редица възможности, в условията на ПМП, за прилагането на адекватни и ефективни здравни грижи. За целта медицинските сестри от ПМП е необходимо да имат специална квалификация за работа в извънболнични условия, за работа със специфични контингенти (деца, бременни, стари хора и т.н.) и за оказване на специални сестрински грижи според заболяванията на обслужваните пациенти.

Ето защо работата на медицинската сестра в ПМП трябва да се гради върху компетентност, допълнителна надграждаща квалификация и специализация, гарант за осъществяването на качествени сестрински грижи.

3.5.Опитът на други Европейски страни

Въпреки някои различия, отразяващи спецификата на всяка страна разглеждана поотделно, медицинските сестри са централна фигура във всички модерни здравни системи. Голяма част от страните в Европа промениха своето здравно законодателство, така че по-добре да съответства на потребностите и нуждите на населението и определя сестринството като важен ресурс за всяка здравна система.

Изградените модели за домашни сестрински грижи в Дания и Швейцария се реализират, чрез сестрински служби за грижи по домовете. Mahler M. (2005) съобщава, че те се ръководят от медицински сестри и предоставят обслужване 24 часа непрекъснато. Демографското застаряване в Европа представя пред сестрите предизвикателствата на гериатричните и палиативни грижи. A11agni S. (2008), разглежда институцията на „патронажните сестри“ в Дания, които осигуряват грижи за възрастни хора. Обгрижването на тези хора в собствения им дом намалява обществените разходи за тях и подобрява самочувствието и психо-емоционалния им комфорт. Службата на патронажните сестри осигурява наблюдение, грижи и поддръжка на стари хора, живеещи в домовете си.

Служби, обвързани с общински структури съществуват и във Финландия. Vallimies M. - Patomalri (2004) посочва, че обществените медицински сестри и акушерките активно участват в семейното планиране, грижи за майките и децата, помощ в дома и училище. Заплащането на домашната сестринска помощ се извършва в общините от желаещите пациенти. В последните години се апробира „Модел за отговорностите към населението“. Той търси възможности за по-високо качество на

сестринските грижи чрез сътрудничество между пациента и медицинската сестра.

Според Rohode E. (2009) във Франция има два типа служби за сестринска помощ - служба за укрепване на здравето и профилактика на заболяванията и служба за домашни сестрински грижи. Дейността на медицинските сестри в първия вид служби е насочена към здравето на майката и детето, здравето на учащите и други приоритетни групи. Тези служби се ръководят от лекари. В службите за домашни грижи работят медицински сестри. Финансирането им се осъществява чрез система за социално застраховане. За да се финансира сестринската дейност от тази система, тя трябва да се извършва по назначение от лекар.

Грижите в дома за хронично болни, инвалиди и стари хора се координират от сестринска служба с обществено финансиране. Търсенето на медицински специалисти за грижи в дома надхвърля предлагането. Поради това в тази служба работят и медицински сестри от други страни.

Интерес представлява опитът на Унгария за включване на медицински сестри в ПМП. Jzbelci E. (2002) посочва, че в последните години поради нараснал интерес от сестрински грижи по домовете са били създадени редица комерчески организации, но голяма част от населението не може да ги ползва, поради невъзможност да заплати за грижите и услугите. По-късно здравното министерство на Унгария регламентира създаването на служби за сестринска помощ, които се управляват и финансират от органи на местното самоуправление, фондации и други, и чрез които се оказват грижи, лечение в дома на хронично болни, изписани в дома пациенти след болнично лечение и пациенти с влошено здравословно състояние.

В Чешката република екипи от експерти в сестринското дело, ръководени от Blanka Miskoniova реализират проект за "Домашни грижи" под ръководството на Министерството на здравеопазването. Разкритите агенции за комплексни домашни грижи осигуряват грижи в дома на пациента, медико-социална помощ и работят под ръководството на лекар.

Сестринската помощ в Италия, според Lupano P. (2006) е ориентирана към грижи за възрастни хора, онкологично болни, лица с умствено изоставане и психични проблеми. Дейността им се финансира от общински фондове. Съществува и частна сестринска помощ, която напълно се заплаща или сестринска помощ на базата на доброволно допълнително застраховане.

Дейностите на медицински сестри в Израел проследява Bergman K. (2004) Авторът подчертава важната роля на патронажната медицинска сестра, която работи съвместно с ОПЛ и оказва помощ по домовете. В Израел са разкрити агенции, в които работят лекар, медицинска сестра и патронажна сестра (което възпроизвежда стария участъков модел на бившите поликлиники в нашата страна). Вече десет години в Израел са регламентирани самостоятелни сестрински практики, чието финансиране се определя от Закон за национално здравно осигуряване.

Във Великобритания институцията на ОПЛ има утвърдени традиции. Неговата дейност е насочена към профилактиката и се осъществява съвместно с медицински сестри и акушерки. В Англия преобладават груповите лекарски практики и всеки пациент 24 часа в денонощието се обслужва от лекар. При необходимост от сестрински манипулации и грижи, медицинският секретар уведомява медицинската сестра за назначенията на лекаря, които трябва да се изпълнят. Груповите лекарски практики имат договорни отношения с медицински сестри за определен

обем услуги с необходимото качество. В Англия е развита и системата health visitors - медицински сестри, които принадлежат към здравните власти. Те работят в тясно сътрудничество със семейните лекари, социални служби и други организации и институции.

В Холандия според Shop R. (2001) медицинските сестри от ПМП се включват активно в домашното обслужване на пациенти. В страната има „визитиращи медицински сестри“, които извършват хигиенни грижи, манипулации и други - по назначение на общопрактикуващия лекар.

Сър Деимс Спенс от Нюкасъл - Англия дефинира понятието „консултация“, ползвано широко в ПМП като „времето, в което в предразполагаща обстановка в кабинета, един човек, който е болен или се счита за болен, търси съвет от медицинско лице, на което се доверява“.

Всички други медицински дейности произтичат от това действие. Определението, дадено от Сър Спенс може да се прилага както за лекарската, така и за сестринската консултация, която в САЩ и Англия се прилага.

Отчита се необходимостта от допълнително обучение на медицински сестри за такава практика. Berragin L. (2003) разглежда ролята и възможностите на медицинските сестри - общ профил да дават консултации в САЩ и Англия. Там сестринските консултации се въвеждат от Wright и Pearson. В резултат на прилагане на сестринските консултации в САЩ и Англия се утвърждава и нараства броя на независимите консултанти - медицински сестри. Днес тази практика се разширява в Дания, Швейцария, Франция и други Европейски страни.

Преди повече от двадесет години в Квебек, Канада се създава и първата телефонна служба info-sante, която се обслужва от медицински сестри. Hagan H., R. Letal (1995) посочват, че дейността на службата се оценява в три аспекта: задоволяване на здравни потребности на населението, самопомощ от страна на пациентите и икономия на средства и време.

Формата - телефонна здравна помощ допълва другите форми. Тя е икономически изгодна и може да се разширява. От работещите в тези служби медицински сестри се изисква висок професионализъм и компетентност, отлични комуникативни умения и креативност при извършване на преценки и вземане на решения.

През 2001 г. в нашата страна чрез съвместен проект на Българския и Швейцарския Червен кръст в София е открит първият офис за домашни грижи. В него работят медицински сестри и домашни помощници, които се грижат за стари и болни хора на територията на община „Лозенец“ в гр. София. Офисът се ръководи от медицинска сестра с бакалавърска степен, която има мениджърски знания и умения. Медицинските сестри работят в тясно взаимодействие ОПЛ и лекари-специалисти. Финансирането е за сметка на проекта, като идеята е за в бъдеще услугите от тези офиси да се оказват чрез финансиране от доброволен здравно осигурителен фонд.

През 2005 г. поради големия интерес към тази дейност са разкрити и офиси „Домашни грижи“ в страната: Благоевград, Пловдив, Ловеч, Видин и Монтана. Целта на програмата „Домашни грижи“ е да допринесе за подобряване на качеството на живот на възрастни, болни хора и инвалиди. Медицинските сестри и домашни помощници са преминали специално обучение по „Домашни грижи“. Медицинските сестри извършват в дома

грижи за хигиената на пациентите, манипулации и превръзки, измерване на жизнени показатели и експресни тестове на кръвна захар, вземат кръв и биологични материали за изследване, извършват тоалет против декубитус и други специални тоалети, грижат се за хранителния режим и емоционалния тонус на пациентите, придружават ги при разходки и консултативни прегледи, обучават пациента и неговите близки в основните принципи за самопомощ и боравене с помощни средства.

От казаното до тук става ясно, че в САЩ, Канада и страните от Европейския регион съществува ресурс от медицински сестри с компетентност и професионални умения, които вземат активно участие в процеса на здравни реформи.

4.Обобщение и критичен анализ на литературния обзор

В редица научни разработки са засегнати отделни фрагменти от процеса на промоция на здравето и профилактика на болестите. Това налага провеждането на по-задълбочено проучване и анализ на дейностите в тази област, които се провеждат в ПМП. Малко са проучванията проследяващи ролята и значението на здравно-промотивните и профилактични функции на медицинската сестра в общата медицинска практика. Подобно разглеждане на поставените проблеми в сферата на промоция на здравето и профилактика на заболяванията би могло да се тълкува като отзвук на промените и ситуациите, които предлага съвременната здравеопазна система. В подкрепа на подобни твърдения са данните сочещи, че медицинската сестра работеща в ПМП е равностоен партньор на лекаря при провеждането на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите. Счита се, че тази система от дейности е една от основните характеристики на съвременната ПМП.

Подробното обсъждане в този аспект може да се характеризира като съвременен подход при изучаване на промоция на здравето и профилактика на заболяванията у нас. Този подход обогатява научното познание и е в полза на общата медицинска практика. Очаква се обсъжданата тематика и поставените проблеми логично да провокират качествени отговори и решения, с предприемането на адекватни и точни въздействия. Основателно медицинската сестра в ПМП е в центъра на настоящото обсъждане, имайки предвид, че със своите здравно-промотивни и профилактични функции въздейства върху качеството на живот у пациентите.

Като извод от литературния обзор може да се обобщи, че **крайната цел на промоция на здравето и профилактика на болестите** е да се подобри здравното състояние на индивида, което да допринесе до увеличаване продължителността на неговия живот.

В тази насока се извършват различни по характер дейности, които СЗО разделя в пет направления:

-Разработване на здравословна здравна политика;

-Създаване на подкрепяща здравето околна среда;

-Стимулиране на дейностите на общностите за здраве;

-Получаване на знания и умения за увеличаване на индивидуалното здраве;

-Преориентиране на здравните дейности от клиничната към превантивната медицина.

Тази формулировка подкрепяна от чужди и наши автори се коментира и определя като многопластова система от разнообразни функции и дейности.

За нейната ефективност е необходимо да се спазват следните принципи (Иванов Г., Д. Димитрова, 2010):

	Принципи	**Действие за осъществяване**
1.	Масовост	Програми за обхващане на цялото население
2.	Диференцираност	Специализирани програми за обхващане на лица с различни рискове.
3.	Въздействие и контрол върху здравето	Здравно обучение за получаване на нови знания
4.	Разнообразие на действията	Включване на законодателни и образователни методи и средства.
5.	Водеща роля на здравеопазването	Задължително участие на медицински специалисти.

Таблица 4. Основни принципи на съвременната промоция на здравето и профилактика на заболяванията

Базирайки се върху посочените основни принципи, съвременната медицинска сестра, чрез своите здравно-промотивни и профилактични

функции, съдейства и подпомага индивида както да промени своите нездравословни навици, така и да поддържа здравословен начин на живот.

Една от основните дейности в тази насока е здравното обучение, което по своята същност има за цел:

-Да осигурява нови знания за здравните детерминанти и за основните елементи на здравословния начин на живот;

-Да осигурява определени умения за извършване на различни дейности, свързани с опазване и укрепване здравето на човека;

Обобщавайки данните от литературния обзор, се открояват следните нерешени и неизяснени до сега въпроси:

1.В научните разработки изучаването на промоция на здравето и профилактика на болестите в ПМП носят черти на разпокъсаност и парциалност;

2.Липсва комплексно и задълбочено проучване, което да обхваща многостранно проблема в практико-приложен аспект изследвайки здравно-промотивните и профилактични сестрински функции в общата медицинска практика, с оценка базирана на доказателства;

3.Някои обективни научни анализи обосновано сочат, че резултатите отнасящи се до промоция на здравето и профилактика на болестите будят тревога и загриженост;

Въз основа на направеният критичен анализ и повдигнатите въпроси се налага да се търсят и научно обосновани отговори.

Ето защо познаването и изследването на промотивните и профилактични сестрински функции е предпоставка и гарант за

навременна, компетентна и прицелна намеса за подобряване промоция на здравето и профилактика на болестите.

Подобно комплексно проучване се прави за първи път у нас. Това се обуславя и поради трайните контакти със своите пациенти, което открива реална възможност пред медицинската сестра да формира здравословно поведение в техния живот.

II.ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1.Цел, задачи и работна хипотеза

Целта на настоящето проучване е да се анализират и оценят здравно-промотивните и профилактични сестрински функции, посредством системен модел включващ и другите ключови елементи от ПМП (ОПЛ и пациента).

Изпълнението на целта е предпоставка за формулиране на адекватни предложения за подобряване на промоция на здравето и профилактика на болестите при пациенти.

Задачи, произтичащи от изпълнението на поставената цел:

1.Да се проучат мотивацията и готовността на студенти от специалност „медицинска сестра“ да работят в ПМП.

2.Да се анализират самооценката на удовлетвореност на медицинските сестри от заеманата позиция и мнението им относно ефективното осъществяване на здравно-промотивни и профилактични дейности.

3.Да се изследва комуникационния процес в сестринската практика в ПМП.

4.Да се определят информираността, мотивацията и професионалния опит, обуславящи подхода на ОПЛ към здравно-промотивните и профилактични дейности, провеждани в ПМП.

5.Да се анализира професионалната нагласа и доверие на ОПЛ към медицинските сестри да извършват дейности, свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите.

6.Да се оцени удовлетвореността на пациентите от провежданите здравно-промотивни и профилактични сестрински грижи.

7.Да се разработи примерен модел за поведение на медицинската сестра в ПМП, като посочим възможните подходи, сестрински интервенции и функции за успешното му осъществяване.

8.Да се разработи алгоритъм за внедряване на комплексна програма за промоция на здравето и профилактика на заболяванията в дейността на ОМП в ПМП.

9.Да се идентифицират проблемите по обсъжданите въпроси и се формулират препоръки с оглед оптимизиране на здравно-промотивните и профилактични сестрински грижи в ПМП.

Работна хипотеза

Промоция на здравето и профилактика на болестите са важни области от общественото здравеопазване и са неделима част от дейността на медицинската сестра в Общата медицинска практика.

Прилагането на здравно-промотивни и профилактични сестрински функции в ПМП ще подобрят ефекта на цялостната дейност в сферата на промоция на здравето и профилактика на болестите и ще позволят на

медицинските сестри да повишат качеството си на работа в процеса на медицинското обслужване.

Ключова роля в полза на този прицелен ъгъл на разглеждания въпрос е, че в научно-изследователските среди, сестринските функции са добре познати, но остава непроучена практико-приложната им част в първичната медицинска помощ.

Логическите разсъждения на този значим и многоаспектен проблем ще допринесат за промяна в досега съществуващите фрагментирани здравно-промотивни и профилактични сестрински дейности.

2.Материал и методи на проучването

2.1.Материал

2.1.1.Предмет на проучването са:

Здравно-промотивните и профилактични функции на медицинската сестра, работеща в ПМП.

2.1.2.Обект и обем на проучването:

Обект на наблюдението са 600 лица случайно подбрани, както следва:

-студенти- специалност ,, медицинска сестра ’’ от III и IV курс на обучение в - Медицински университет-София, Филиал ,, Проф. Д-р Иван Митев ‘’ гр. Враца- 110 бр.

-медицински сестри работещи в ПМП-190 бр.

-ОПЛ на индивидуална и групова практика-115 бр.

-пациенти от доболничната помощ-185бр.

2.1.3. Единици на наблюдение

2.1.3.1.Логическа единица

Логическа единица на проучването са всички лица от мъжки и женски пол, отговарящи на критериите за включване: редовно обучение, всеки ОПЛ, сключил договор с РЗОК, в работна среда, доброволно съгласие за участие.

2.1.3.2.Техническа единица

Техническа единица са Медицински университет – София Филиал „Проф. Д-р Иван Митев“ – Враца, както и ПМП (практики за ИППМП във Враца, Монтана и Плевен).

2.1.4.Признаци на наблюдение

2.1.4.1.Факториални- пол, възраст, образование, семейно положение трудов стаж на конкретното работно място, и др.

2.1.4.2.Резултативни- степен на информираност, желание за работа на медицинските сестри в ПМП, мотивация за следдипломна специализация, организационен опит на ОПЛ, удовлетвореност на пациентите от качеството на здравните услуги в ПМП и др.

2.1.5.Място на проучването

Всички амбулатории за първична извънболнична медицинска помощ са разположени на територията на Северозападния район за планиране.

Характеристика на Северозападния район за планиране



*Области – Враца, Монтана, Видин, Ловеч и Плевен.

*Според данни на ЕСГРАОН от 15.06.2014 г. общият брой на населението е 878,954 с 51 общини и 45 града (по настоящ адрес). Това съставлява 11,5% от общото население на страната.

*Площ – 19,070 кв. км., което съставлява 17,18% от общата площ на страната.

*Брой ОПЛ в амбулаториите на ПМП, сключили договор с НЗОК

Враца - 124

Монтана - 198

Видин - 139

Плевен - 341

Ловеч - 186

Общо за района - 988

*Осигуреност с ОПЛ на 10,000 население

Враца - 6,4

Монтана - 13,1

Видин - 13,3

Плевен - 12,0

Ловеч - 12,9

Средно за района - 11,2

*Брой население, осигурено с 1 ОПЛ

Враца - 1558

Монтана - 760

Видин - 754

Плевен - 839

Ловеч - 776

Среден брой за района - 879

*Брой задължително здравноосигурени лица

Враца - 170,012

Монтана - 130,965

Видин - 93,312

Плевен - 254,630

Ловеч - 128,406

Общо за района – 77,325

*Брой ЗЗОЛ осигурени с 1 ОПЛ

Враца - 1371

Монтана - 661

Видин - 671

Плевен - 747

Ловеч - 690

Среден брой за района 787

*Общ брой на медицинските сестри работещи в ПМП по РЗОК

Враца – 882

Монтана – 483

Видин – 310

Плевен – 1395

Ловеч – 595

Общо за района – 3665

2.1.6.Време на проучването

Проучванията включени в дисертационния труд обхващат двугодишен период като започват през м. януари 2013 г. и приключват през м. март 2014.

2.1.7.Организиране на проучването

Проучването беше планирано, организирано и проведено с личното участие на изследователя.

Участниците подробно са запознати с целите и задачите на проучването.

Авторът на проучването самостоятелно събира информацията, получена от всеки един ОПЛ и медицинските сестри, работещи в ПМП, както и информацията получена от студентите и пациентите.

2.1.8. Дизайн на проучването



Фигура 3. Дизайн на проучването

2.1.9.Източници за набиране на информация:

- мнението на студенти, практикуващи медицински сестри, ОПЛ и пациенти

- официална учебна документация за обучение на медицински сестри (учебни планове, програми, учебни помагала, нормативни и законодателни актове).

- стратегии на СЗО ,, Здраве за всички ‘’ , както и Европейски директиви за обучение на медицински сестри.

2.2.Методи на проучването:

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

2.2.1.Социологически методи

2.2.1.1. Анкетен метод - пряка индивидуална анкета

2.2.1.2.Документален метод- официални писмени материали (документи) издадени от държавни и обществени институции (НС, МЗ, МУ и др.) съдържащи информация за структурата организацията, вида и обема на работа на ОПЛ, както и за организацията и съдържанието при обучението на медицински сестри.

2.2.2.Системен подход и критичен анализ

2.2.3.Структурно-функционален анализ

3.Статистически методи за обработка на информацията

3.1.Параметрични методи

3.1.1.Вариационен анализ – при описание на количествени показатели (признаци). Резултатите са представени като средна аритметична ± стандартно отклонение и стандартна грешка.

3.1.2.Алтернативен анализ – за оценка на честотни разпределения при качествени величини и групирани данни, относителен дял ± стандартна грешка (Sp).

3.2.Корелационен анализ – за оценка силата на взаимовръзката между изследвани показатели.

3.3.Различията са интерпретирани като значими (при p□0,05), значими при високо ниво на достоверност при (p□0,01) и значими при много високо ниво на достоверност при (p□0,001).

3.4.Графичен анализ – за визуализация на получените резултати е използвана програмата Microsoft Excell 2007.

3.5.Софтуерни продукти – статистическата обработка на данните е извършена с помощта на програмния пакет SPSS V 16.0.

III.РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

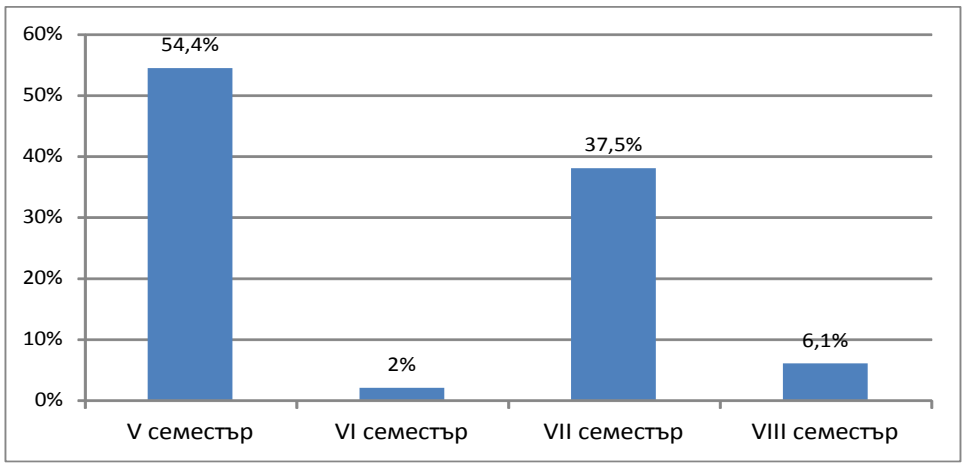
Анализ и оценка на мотивацията и готовността на студенти от специалността „медицинска сестра” да работят в ПМП

Характеристика на участниците

Проведено е проучване сред 110 студенти от Филиал „Проф. д-р Иван Митев” - Враца към Медицински университет - София, от които 98% са жени и само 2% - мъже.

Основният масив студенти са във възрастовата група 20-24 години, като средната възраст е 21,88 ± 0,14 години. Във възрастовата структура на изследваните два курса на обучение (трети и четвърти) не се установяват статистически различия (p > 0,05).

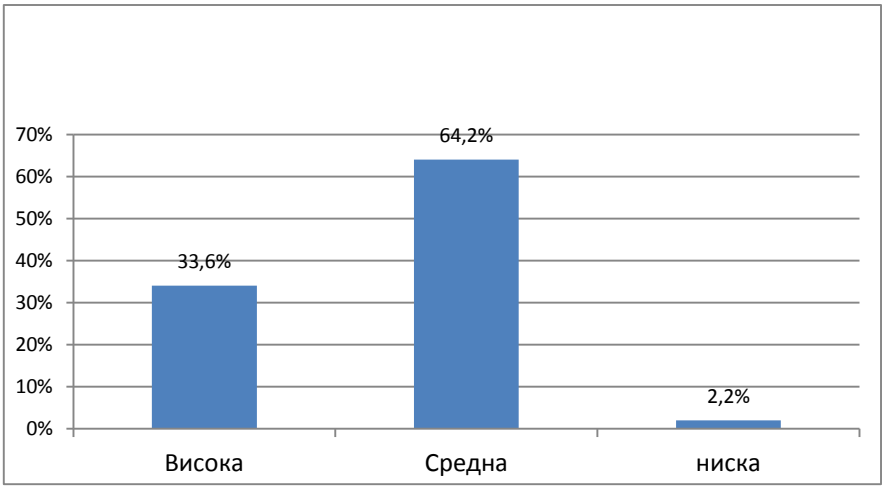
В проучването са обхванати студенти от специалност „медицинска сестра”. Констатира се, че най-висок е делът на студентите от III курс, пети семестър на обучение – 54,4% и IV курс, седми семестър – 37,5%. Следват студентите от IV курс, осми семестър – 6,1% и III курс, шести семестър – 2%. (Фиг. 4.)



Фигура 4. Разпределение на участниците според семестъра на обучение

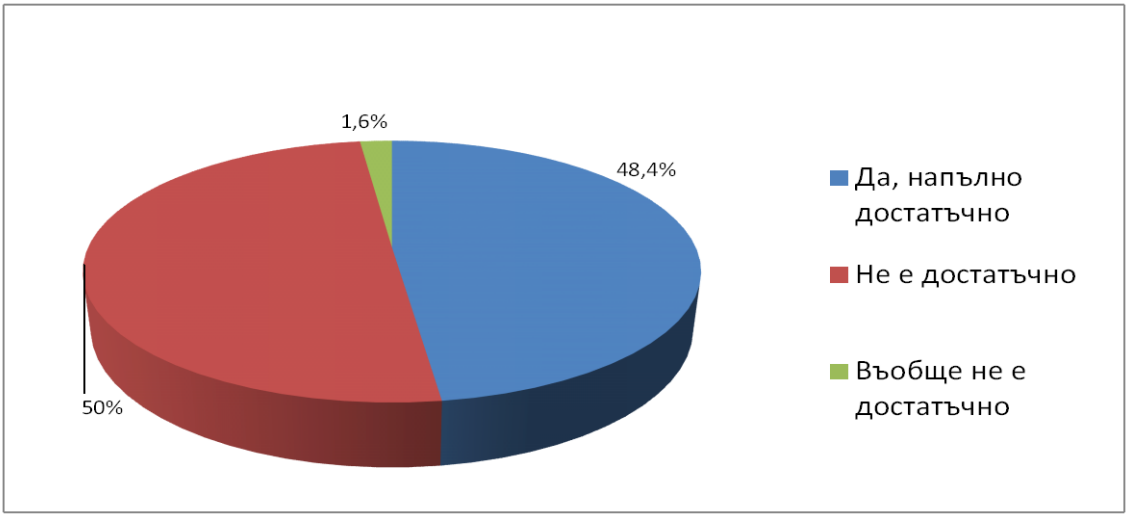
Преобладават студентите от градски произход – 69,21% ± 2,15%. Значителна част от тях са от гр. Враца и градовете Монтана, Видин, Лом и Плевен.

Анализът на данните относно степента на удовлетвореност от усвоените знания и умения от студентите за ролята, характера и значението на здравно-промотивните и профилактични дейности показва, че преобладаваща част от тях посочват средна степен – 64,2%, висока – 33,6% и ниска – 2,2%. Разликите са статистически значими ($p < 0,05$). (Фиг. 5.)



Фигура 5. Степен на удовлетвореност

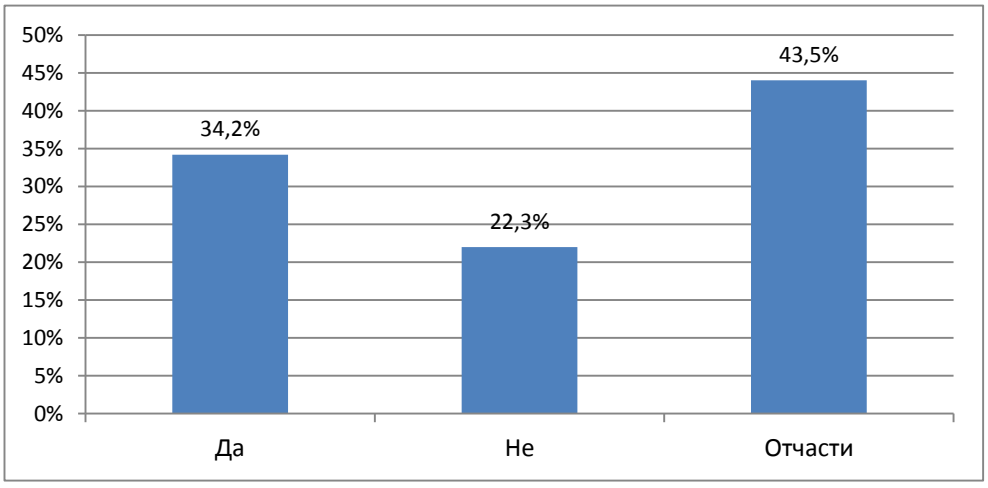
Като негативна тенденция може да се посочи, че 50% от студентите смятат, че обучението по промоция на здравето и профилактика на болестите не е достатъчно, 48,4% смятат, че е напълно достатъчно и само 1,6% - че въобще не е достатъчно.



Фигура 6. Степен на обучение относно ПЗ и ПБ

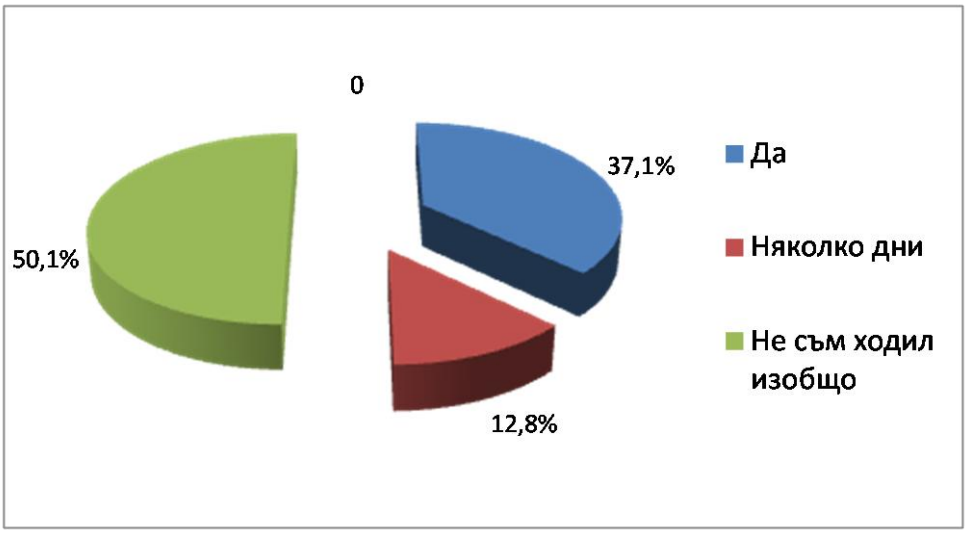
На студентите беше предоставена възможност да посочат за необходимостта от допълнително обучение по промоция на здравето и профилактика на болестите. Дейностите, които те би следвало да изпълняват, ако работят в системата на първичната медицинска помощ.

Значителна част от отговорилите – 43,5%, смятат, че е необходимо отчасти, 34,2% - да, и 22,3% са дали отговор не. Прави впечатление, че студентите оценяват, че им е необходимо допълнително обучение по тези въпроси, за да отговорят адекватно на съвременните изисквания за работа в първичната медицинска помощ. (Фиг. 7.)



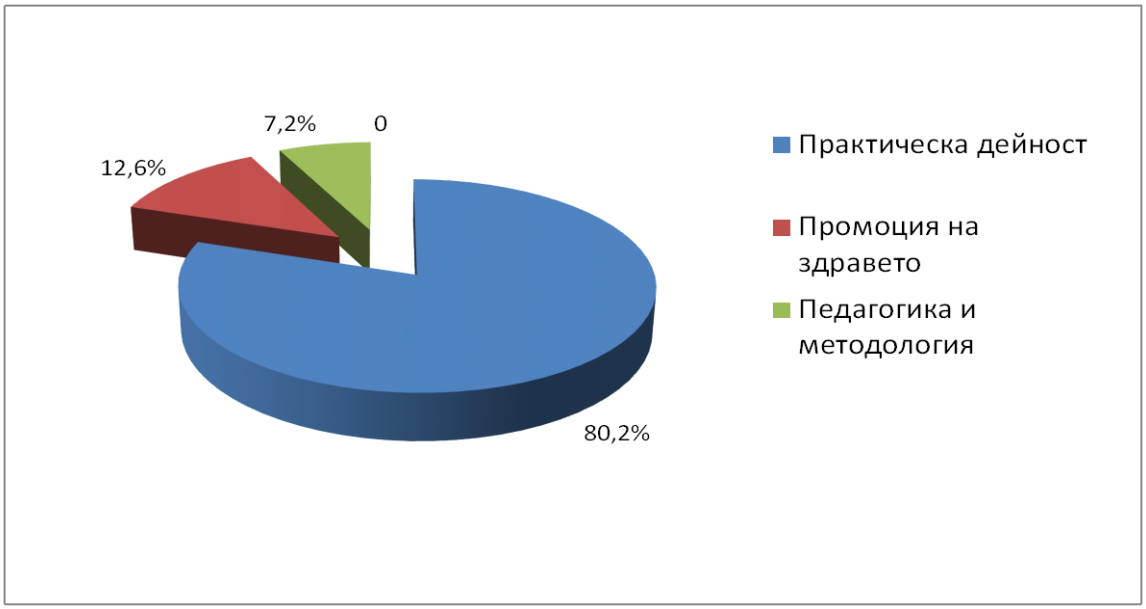
Фигура 7. Необходимо ли Ви е допълнително обучение?

Запитани дали са ходили на практика при общопрактикуващ лекар, преобладаващата част отговарят, че не са ходили – 50,1%. Ходили са – 37,1% и 12,8% - само няколко дни. (Фиг. 8.) От анкетираните студенти - 42% са имали възможност да видят как се извършват здравно-промотивни и профилактични дейности в първичната медицинска помощ, 40% - отчасти, и 18% - все още не са наблюдавали извършването на тези дейности. Тъй като повечето от студентите са по средата на своето обучение, не може да бъде направен категоричен извод относно това: дали е достатъчна практиката при ОПЛ през целия обучителен период или не е и доколко тя е полезна?



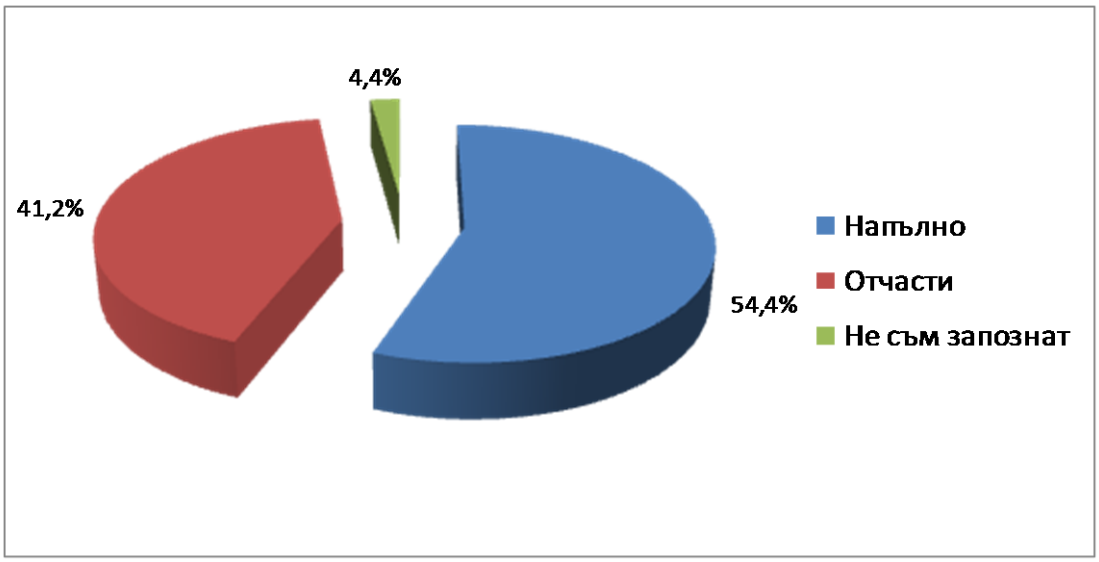
Фигура 8. Честота на учебната практика при ОПЛ

Изхождайки от факта, че здравните грижи са комплекс от медицински и немедицински мероприятия, извършвани в процеса на опазване, укрепване и възстановяване на здравето, 80,2% от анкетираните смятат, че подготовката трябва да бъде повече в практическа насоченост, 12,6% - по промоция на здравето, и само 7,2% - по педагогика и методология. Това показва, че анкетираните студенти определят като най-значима и ключова практическата подготовка по време на тяхното обучение. (Фиг. 9.)



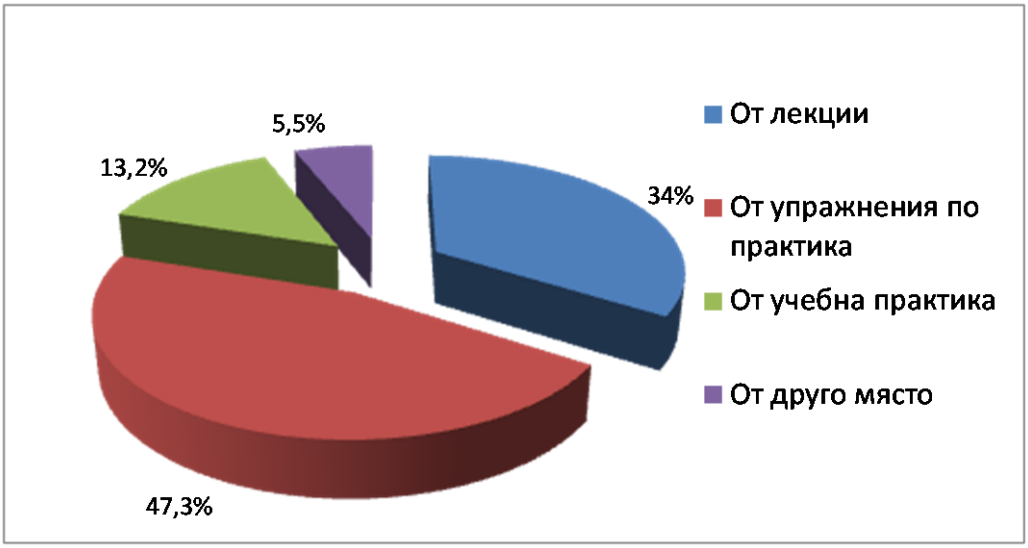
Фигура 9. Насоки за подготовка по време на обучението

Обнадеждаващ е факта, касаещ проученото мнение на студентите и „Доколко те са запознати с прилагането на домашни грижи“. Анализът на данните показва, че 54,4% са напълно запознати, 41,2% - отчасти, и само 4,4% не са запознати изобщо. (Фиг. 10.) Високата информираност относно характера на домашните грижи и спецификата на работата на медицинската сестра „специалист по домашни грижи” на този етап от обучението (пети, шести, седми и осми семестър) показва, че методологичните и практически насоки в неговата организация и управление са правилни и адекватни. Този благоприятен факт дава възможност за изграждане на необходимите професионални знания, умения и компетенции, гарант за успешна професионална реализация и перспектива за кариера.



Фигура 10. Оценка на познанията по домашни грижи

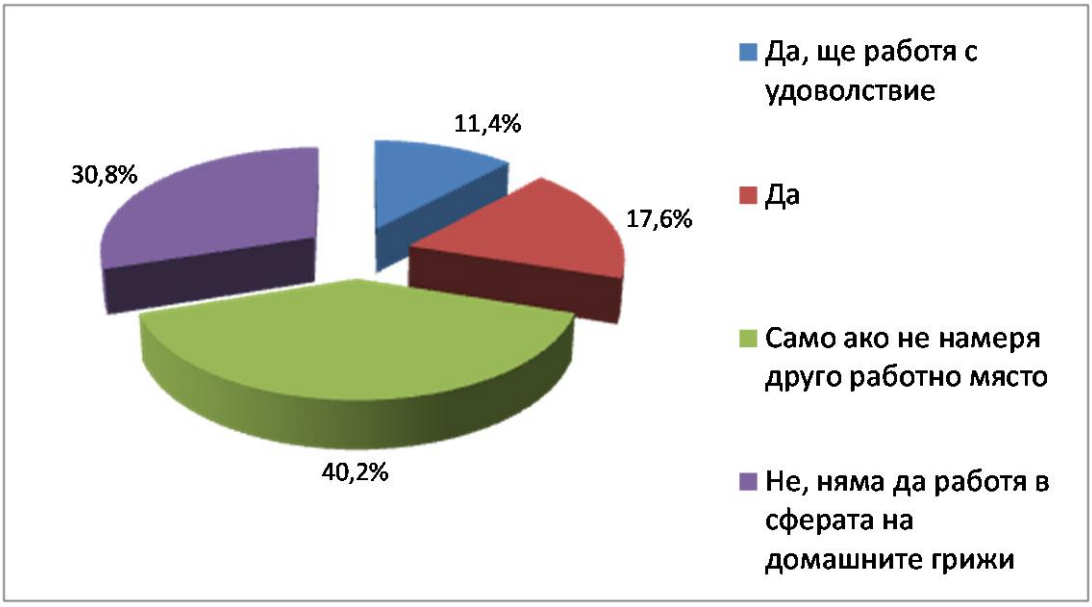
Важно е да се отбележи, че 47,3% от придобитите знания и умения относно домашните грижи са получени основно по време на практически упражнения, проведени в специално оборудван за целта кабинет по домашни грижи, изграден във Филиал „Проф. д-р Иван Митев" Враца, от лекции – 34%, от учебна практика – 13,2%, и 5,5% от друго място. (Фиг. 11.)



Фигура 11. Разпределение на получени познания по домашни грижи

Подобни кабинети се оказват единственото място за практика, където студентите могат да наблюдават прилагането на този вид здравни грижи в условия, близки до реалните. Създаването на повече такива кабинети и в други образователни институции би осигурило по-добра подготовка на студентите и по-добро поведение в бъдещи характерни за тази дейност ситуации. Симулирането на ситуации по време на обучението, с каквито медицинските сестри биха се сблъскали в домашни условия, е полезно за изграждането на адекватен подход към пациента и обгрижвното лице.

Въпреки интереса към този вид обучение, на въпроса „Бихте ли работили в областта на домашните грижи?“ 40,2% от анкетираните отговарят, че биха работили само, ако не намерят друго работно място, 17,6% - да, 11,4% ще работят с удоволствие и 30,8% - категорично не желаят да работят в тази сфера. (Фиг. 12.)



Фигура 12. Мнение за бъдеща работа в областта на домашните грижи

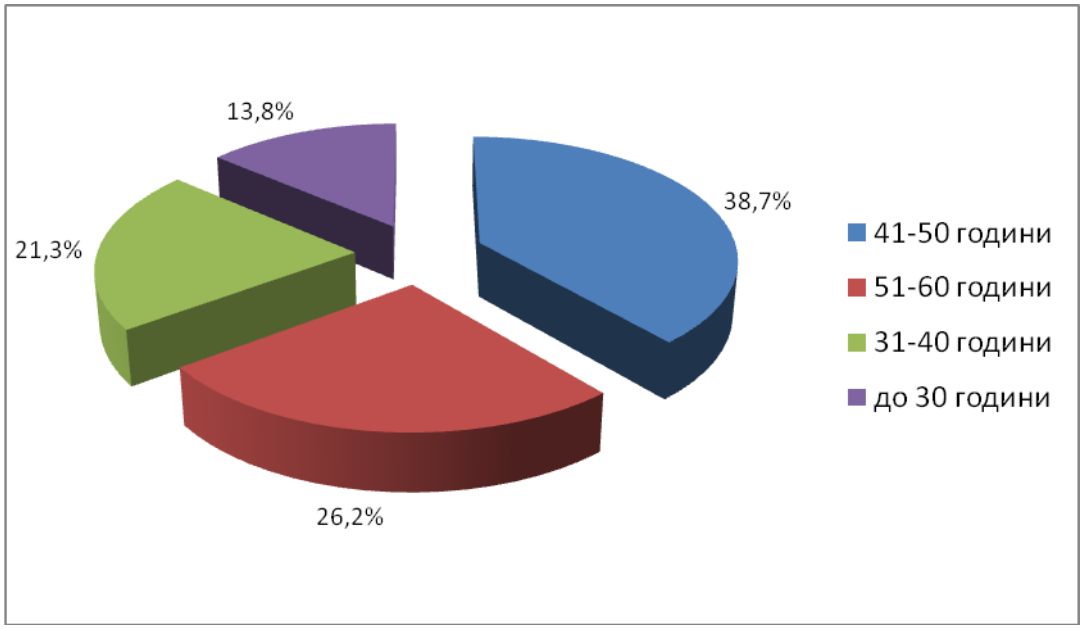
Тези данни показват, че е налице слаба мотивация за работа като медицинска сестра по домашни грижи. Причината е както в законодателството, касаещо областта на домашните грижи, така и в ниското и нерегламентирано заплащане за извършване на тази дейност.

Анализ и самооценка на удовлетвореността на медицинската сестра от заеманата позиция, оценка на комуникационния процес и мнението им относно ефективността при осъществяването на здравно-промотивни и профилактични интервенции.

Характеристика на участниците

Анкетирани са общо 190 медицински сестри. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание за обективност на резултатите.

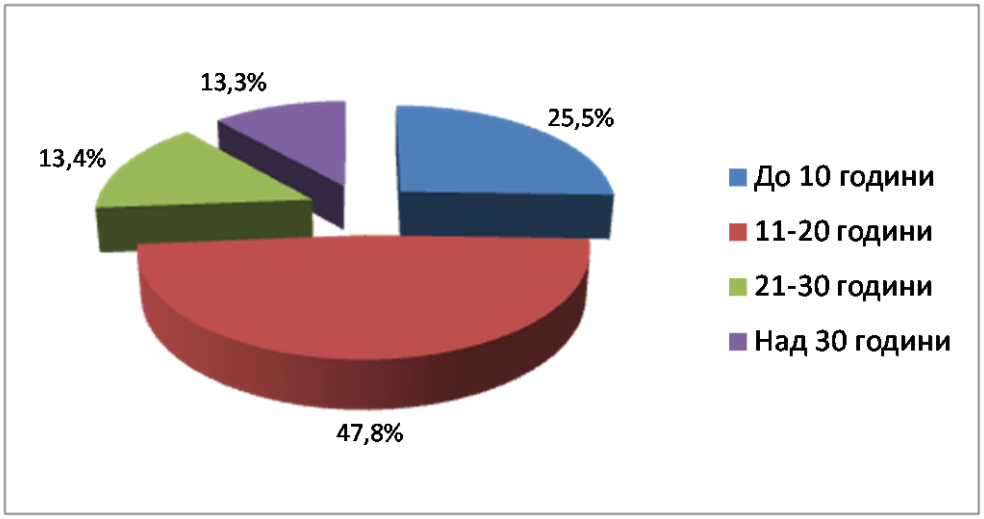
Сред анкетираните преобладават лицата от възрастовата група 41-50 години (38,7%), следвани от 51-60 години (26,2%), 31-40 години (21,3%) и до 30 години (13,8%). (Фиг. 13.)



Фигура 13. Разпределение на анкетираните лица по възраст

Продължителността на трудовия стаж в значителна част попада в групата 11-20 години (48,2%) и 21-30 години (14,8%), общо 63%, следвани

от до 10 години (25,5%) и над 30 години (11,5%). Средната продължителност на трудовия стаж като медицинска сестра в ПМП е 7± 2,2 години. (Фиг. 14.)



Фигура 14. Разпределение на анкетирани лица по продължителност на трудовия стаж

Професионалният профил на медицинската сестра, работеща в ПМП показва, че всяка трета от тях е с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ (31%).

По отношение големината на практиките, в които те работят, преобладават тези до 1000 души (39%) и 1001 – 1500 души (35%).

В тази насока трябва да се отбележи, че ОМП на първичното здравно обслужване се превръщат в приоритетен и централен сектор в националната здравеопазна система.

Ето защо ПМП, в лицето на медицинската сестра има отговорната задача, най-вече прилагайки медико-социалния подход да повиши активността на пациентите и да ги стимулира за сътрудничество в лечебно-

оздравителния процес. Това означава, че пациентът трябва да бъде подкрепен в избора си на здравословен начин на живот. Така медицинската сестра, на която се възлага да играе важна роля в социалната и емоционалната подкрепа на пациента е добре да познава и да се стреми към т.нар. подпомагащо поведение. В този ред на мисли, според Чанева Г. и Ив. Стамболова (2001) сестринските функции, свързани с оказване на здравно-промотивни и профилактични грижи включват четири етапа:

1.Събиране на информация за здравната култура и състоянието на пациента

2.Анализ на информацията и оценка

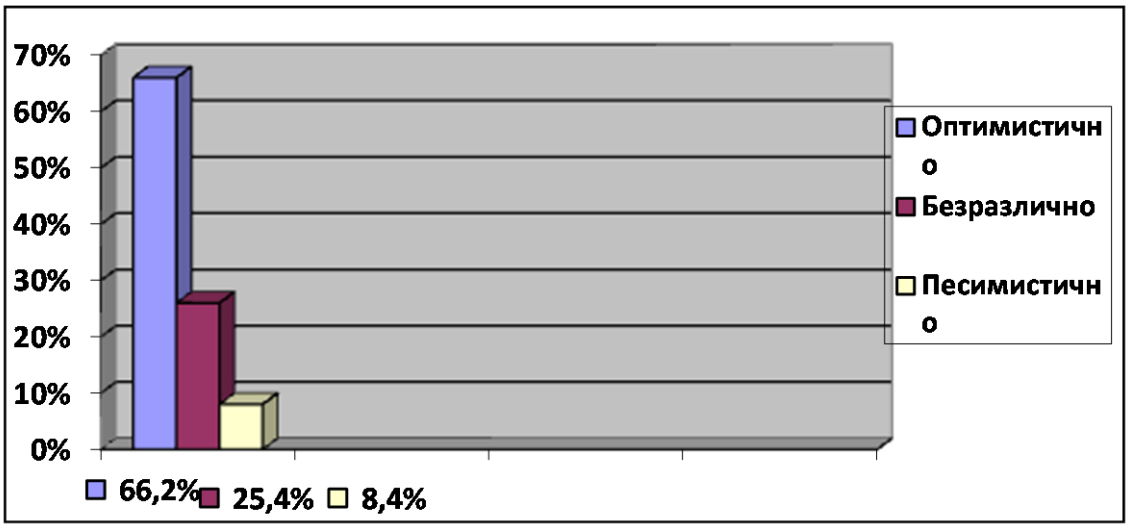
3.Изработване на индивидуален план за сестрински грижи, който да включва сестрински дейности, насочени и към подобряване на промоция на здравето и профилактика на болестите

4.Резултати и оценка на оказаните грижи. Отчитат се промените в здравната грамотност, състоянието на пациента и ефективността от положените грижи.

Известно е, че в сестринската практика съществуват множество ситуации на междуличностно общуване. За осъществяване на ефективна комуникация, медицинската сестра трябва да притежава умения, ясно и точно да формулира въпросите си към пациентите, да може да предоставя достъпна и вярна информация. Също така е необходимо тя да търси и получава обратна информация от пациентите. Всичко това подобрява общуването и изгражда доверие между медицинската сестра и пациентите. Ето защо комуникативните знания и умения на медицинската сестра са от особено значение при провеждане на здравно обучение на пациентите със здравно-промотивна и профилактична насоченост. Това превръща

комуникацията в процес на обмен на информация в сестринската практика на първичното здравното обслужване. Така отзивчивостта и настроението, като социално-психологически понятия трудно може да бъдат измерени, но в известна степен това може да стане чрез мнението на пациентите по време на обслужване. В този смисъл отзивчивостта и настроението са резултат на професионалната мотивация на медицинската сестра и готовността да прояви своите знания и умения в контакта си с пациента. Ето защо първичната извънболнична медицинска помощ може да се разглежда като степен на удовлетвореност на потребностите на пациентите, в това число и от здравно-промотивни и профилактични грижи, при първия му контакт със здравеопазната система.

В конкретен план, в проучването се установи, че оптимистично настроение, в различна степен, поддържат медицинските сестри при разговорът си с пациентите според 66,2% от анкетираните. При 25,4% настроението е безразлично, а песимистично е според 8,4% от взелите участие в анкетното проучване. (Фиг. 15.)



Фигура 15. Ниво на настроение на медицинските сестри при осъществяване на комуникация с пациентите

Отзивчивостта и настроението са важни елементи за създаване на доверие и последващо спазване на дадените съвети свързани със здравно-промотивните и профилактични дейности. Получените резултати показват, че при общо 34% (безразлично и песимистично) още в началото на контакта между медицинската сестра и пациента се намалява доверието на пациентите към последващото поведение и действия на медицинската сестра спрямо тях. По отношение „оценката на пациентите за начина на обяснение на медицинската сестра“ свързано с дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите се констатира, че 78% от медицинските сестри винаги обясняват подробно на пациентите за значението и прилагането на посочените дейности, 14% рядко обясняват подробно и 8% обясняват набързо. В тази връзка трябва да кажем, че комуникационните умения на медицинската сестра са от първостепенно значение за оптималното изпълнение на здравно-промотивните и профилактични интервенции и до голяма степен определят доверието на пациента към отделната медицинска сестра. Признат елемент определящ характера на общественото мнение за ПМП.

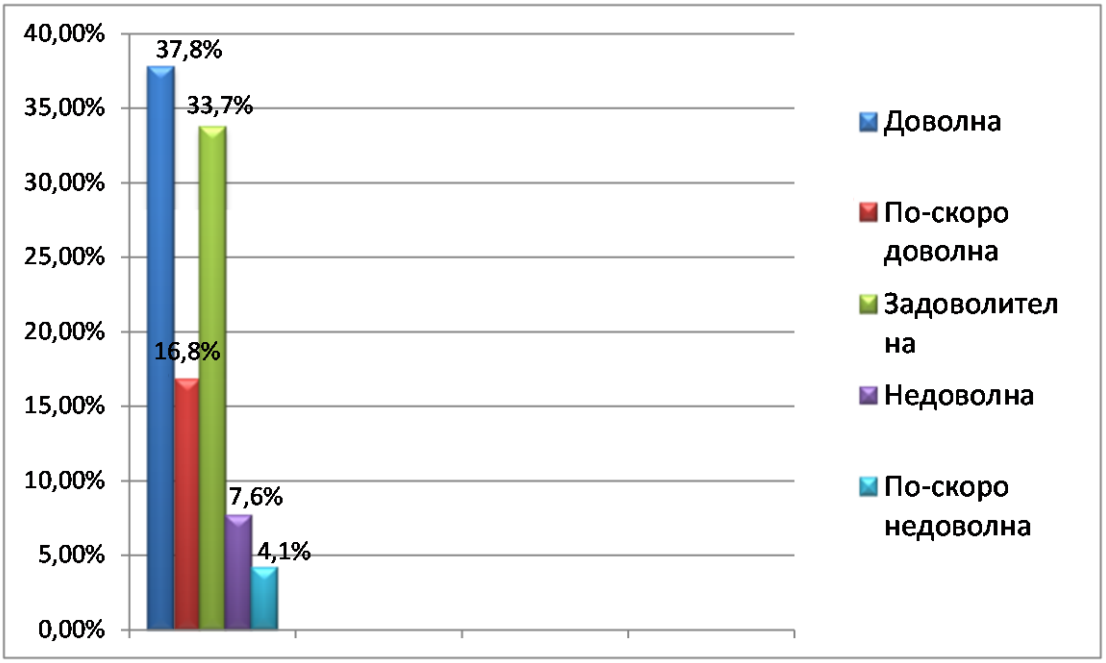
На анкетираните медицински сестри беше предложено да дадат „самооценка на удовлетвореността от заеманата позиция в ПМП“.

Естествено че същността на удовлетвореност понякога носи субективен характер и това е обяснимо щом като се касае за индивидуални възможности, личностни характеристики, психологичен статус и културни особености.

Обобщените степени на позициите показват, че 54,6% от анкетираните посочват, че са „доволни“ и „по-скоро доволни“. На второ

място е самооценката „задоволителна“ – 33,7% и най-ниска с 11,7% е „недоволна“ и „по-скоро недоволна“.

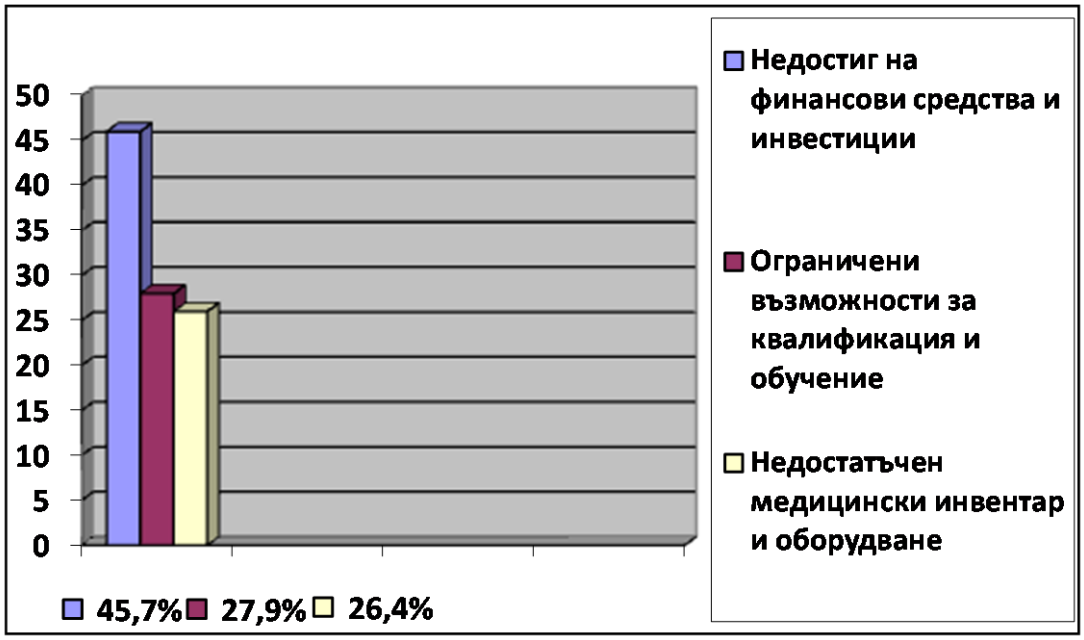
Обезпокоителен е фактът, че общо 45,4% от медицинските сестри дават неблагоприятна самооценка на удовлетвореността от заеманата позиция.(Фиг. 16.)



Фигура 16. Степен на удовлетвореност от заеманата позиция в ПМП

На въпроса „Какви трудности срещате при изпълнение на сестринските си функции и какви са причините на които се дължат“, като основна причина се посочва „недостатъчни финансови средства и инвестиции“ – 45,7%, като втора по значимост причина – 27,9% от медицинските сестри са определили „ограничени възможности за квалификация и обучение“ и на трето място 26,4% са посочили „недостатъчно медицинско оборудване“ (например при профилактичните прегледи) и печатни нагледни материали (брошури, дипляни, плакати и

др.) Между дадените отговори от медицинските сестри не се отчитат статистически значими разлики (p<0,05). (Фиг. 17.)

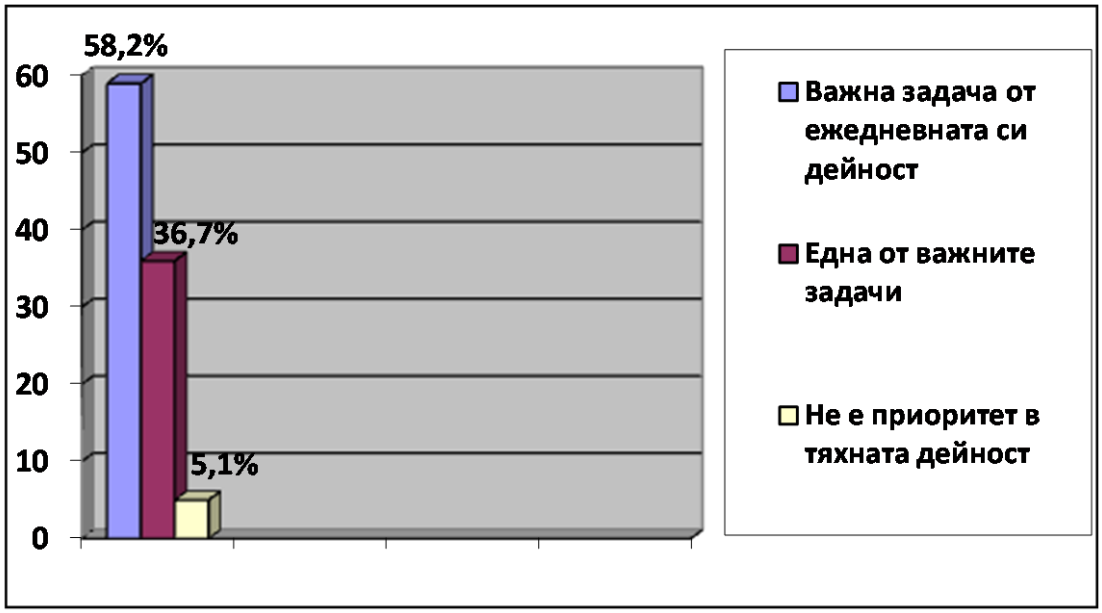


Фигура 17. Трудности при изпълнение на ежедневните сестрински функции

По отношение на „приложението на теоретичните знания по промоция на здравето в практиката“ 95% от анкетираните са дали отговор „да“ на този въпрос. Този резултат е доста обнадеждаващ като оценка на образователния процес най-вече по промоция на здравето и профилактика на болестите, като различията са статистически значими (p<0,01).

Анализът на резултатите от анкетираните медицински сестри относно това „Как те определят значимостта на дейностите по промоция на здравето и профилактика на заболяванията, които те трябва да изпълняват“, показва, че 58,2% от медицинските сестри определят значимостта като „важна част от ежедневната си дейност“, 36,7% - „като

една от важните задачи“ и само 5,1%, че тя „не е приоритет в тяхната дейност“. (Фиг. 18.)



Фигура 18. Степен на значимост на извършваните дейности по ПЗ и ПБ от медицинската сестра

Това определя високия относителен дял на медицинските сестри, които „винаги“ и „почти винаги“, общо 95%, се интересуват от потребностите и желанията на пациентите по отношение на здравно-промотивните и профилактични грижи.

Интерес представлява решението, което вземат медицинските сестри при получаване на оплаквания от пациенти. В 62% от случаите те се стремят да решат проблема, като се стараят в бъдеще да не го допускат. Само две от анкетираните не обръщат внимание на полученото оплакване.

По отношение наличието на книга за оплаквания и благодарности, преобладава мнението на анкетираните медицински сестри, че то е „желателно“ – 58,7% или „задължително“ – 21,2%. Относителния дял на

лицата, които считат, че това „не е необходимо“ е 14,4%, „не ги интересува“ – 1,4% или „нямат мнение по въпроса“ – 4,3%.

Във всички разглеждани аспекти, свързани със сестринските функции в ПМП става ясно, че все по-необходим и реален става медико-социалния подход, който е в основата на здравно-промотивните и профилактични грижи и в подкрепата и стимулиране активността на пациента към траен избор на здравословен начин на живот.

Умението на медицинската сестра да прилага този подход е и в умението да създава атмосфера на доверие и да даде възможности на пациента, в обмена на информация, да изрази себе си (здравни заплахи, представи, усещане и др.).

Анализ и оценка на информираността, мотивацията и професионалната нагласа, обуславящи подхода на ОПЛ към дейности по промоция на здравето и профилактика на заболяванията

Характеристика на участниците

Обхванати са 115 ОПЛ, които работят на територията на Северозападна България.

Анализът на данните относно възрастта показва, че тя е в границите от 39 години до 74 години. Средната възраст на изследвания контингент е 46,12 ± 0,82 години.

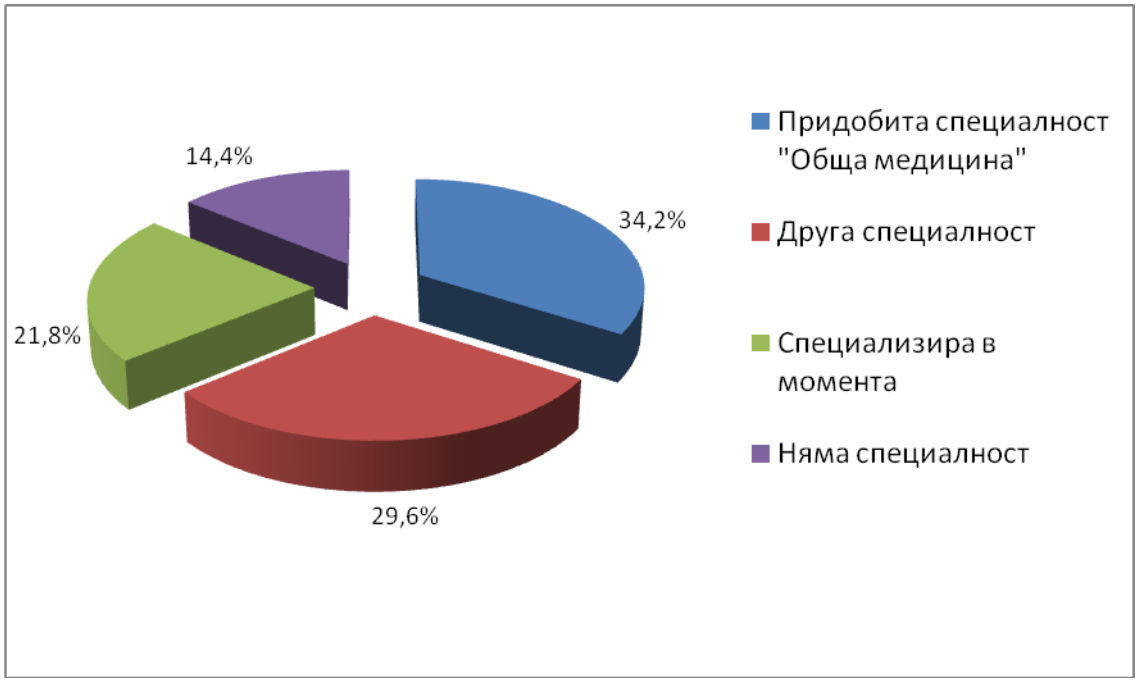
Относителния дял на жените, работещи като ОПЛ е по-голям от този на мъжете. Данните от проучването показват, че в 62,4% от практиките работят жени, а в 37,6% практиките се управляват от мъже.

От съществено значение за качеството на медицинското обслужване е трудовия стаж като ОПЛ. Установява се, че 75,7% от лекарите практикуват тази професия още от началото на здравната реформа в извънболничната помощ, стартирала през юни 2000 г. и 12,1% от 2 до 4 години. Това е от съществено значение за пълноценната и ефективна работа на практиката. Останалите 12,2% не посочват конкретна дата в отговора на въпроса: „От коя година сте общопрактикуващ лекар?“.

Данните от проучването показват, че в настоящия момент преобладават индивидуалните практики за ПМП – 94,2%. Едва 5,8% от респондентите работят в групови практики.

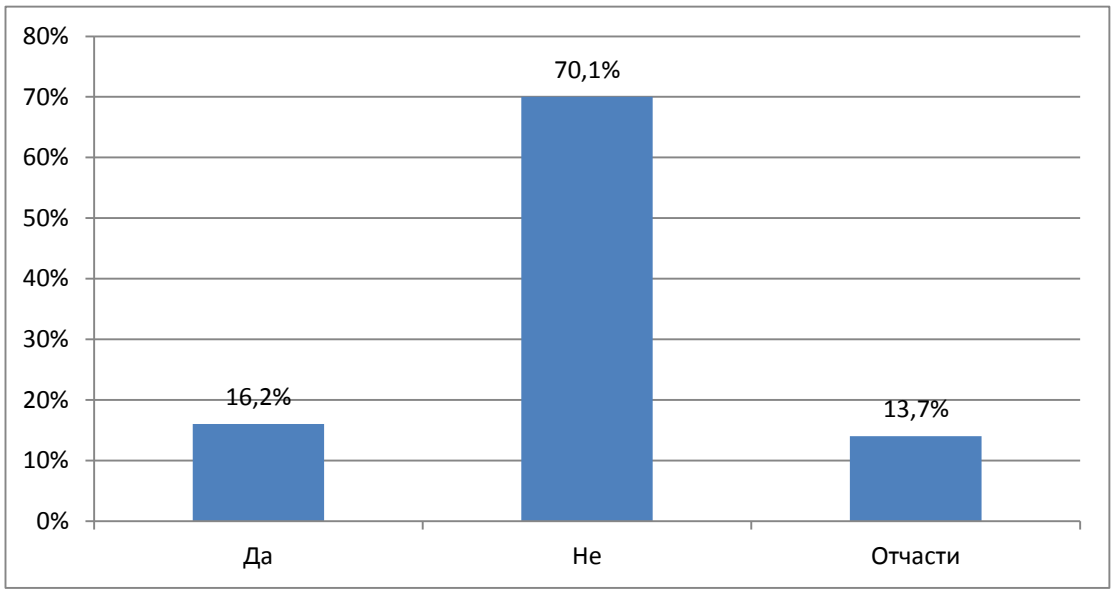
В разрез със Закона за ЛЗ, съгласно който до 2008 г. всички общопрактикуващи лекари трябваше да притежават специалност „обща медицина“, в нашето проучване едва 34,2% са с такава специалност, 29,6%

имат друга придобита специалност (най-вече вътрешни болести и педиатрия), 21,8% в момента специализират, а 14,4% нямат специалност. (Фиг. 19.)



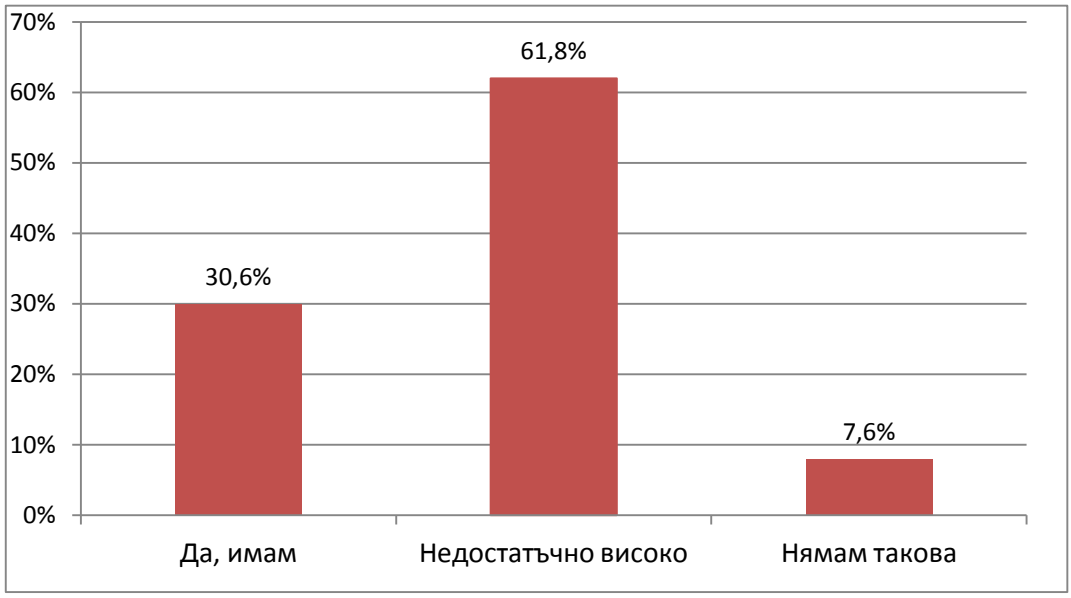
Фигура 19. Разпределение на участниците според придобитата специалност „Обща медицина“

Интересни са данните от проучването, показващи сериозна категоричност в избора на специалност. На въпроса „Преди да започнете работа, имахте ли колебания в избора на специалност“, 70,1% посочват отговор „Не“. (Фиг. 20.)



Фигура 20. Отговор на въпроса „Преди да започнете работа, имахте ли колебания в избора на специалност?“

Въпреки липсата на колебание при избора на специалност, едва 30,6% от респондентите имат високо самочувствие, че са общопрактикуващи лекари, а 7,6% нямат никакво самочувствие. В същото време 61,8% имат самочувствие на специалист в професията, но то е недостатъчно високо.

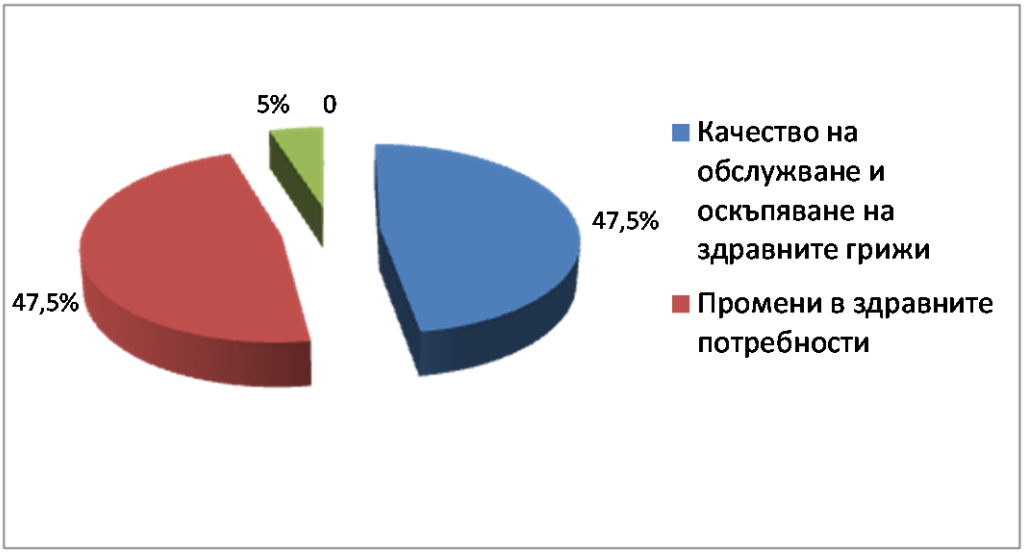


Фигура 21. Ниво на самочувствие, че работят като ОПЛ

От посочените данни става ясно, че въпреки постигнатата професионална реализация към момента, при по-голямата част от общопрактикувщите лекари, настоящото професионално ниво не отговаря на техните потребности и очаквания.

На въпроса „Съвпадат ли предварителните ви очаквания за реформата в здравната система със сегашната ситуация?“, по-голяма част от анкетираните – 60,2%, отговарят, че до известна степен съвпадат. Не малка част от лекарите – 32,4%, отговарят, че очакванията им не съвпадат с извършващата се реформа. Само при 7,4% има съвпадение на предварителните очаквания с реалната ситуация.

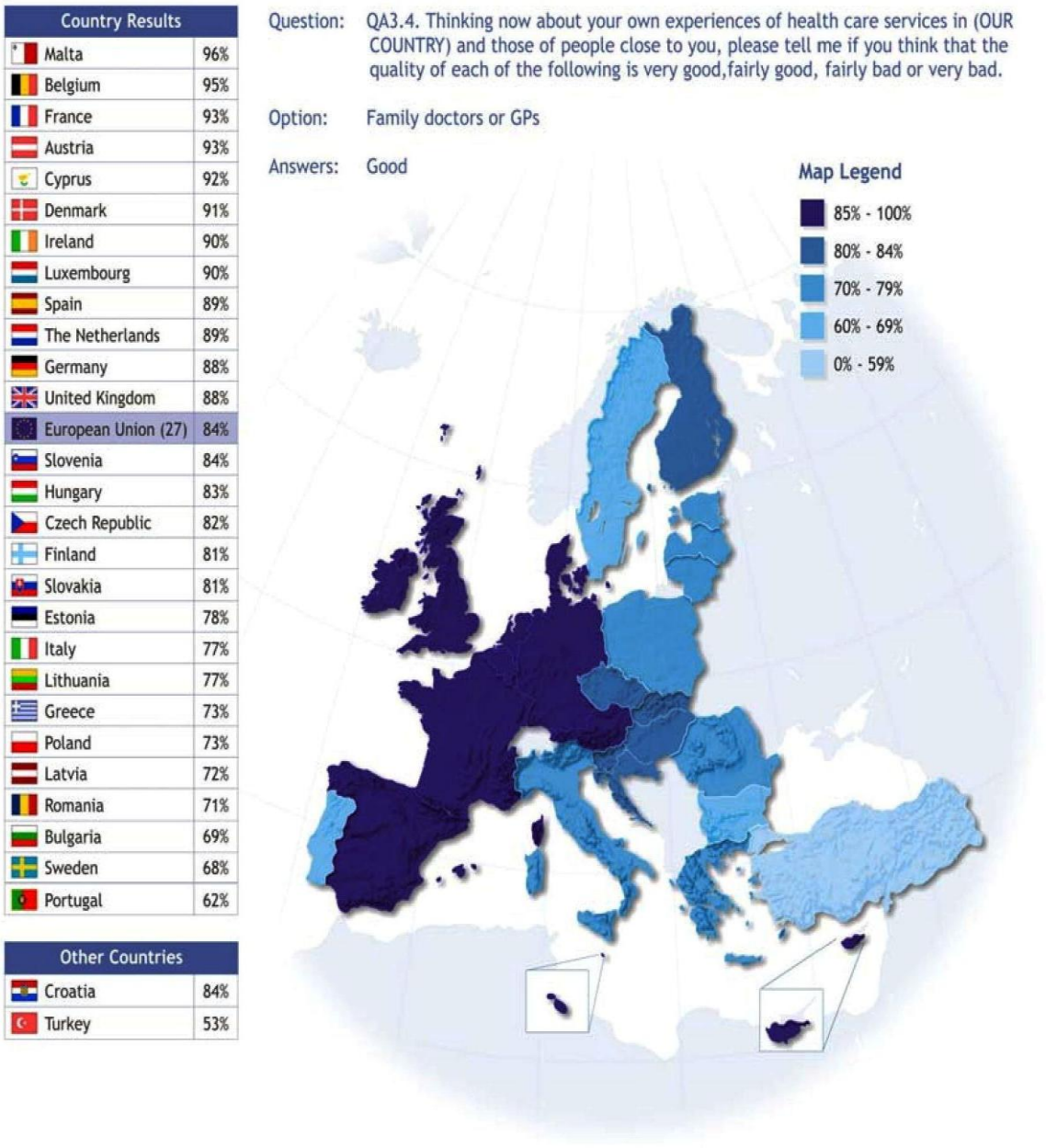
По отношение причините за реформиране на здравната система се установява, че лекарите си дават сметка, както за качеството на обслужване и оскъпяването на здравните грижи, така и за промените в здравните потребности на населението, оказали значително влияние. И двата фактора, разпределени по 47,5%, оказват еднакво влияние върху здравеопазната система според анкетираните ОПЛ. Най-малко значение анкетираните отделят на хуманизиране на медицината – едва 5%. (Фиг. 22.)



Фигура 22. Причини, налагащи реформиране на здравната система

В тази връзка са и резултатите от проведено проучване по отношение на опазването на общественото здраве в Европейската общност, публикувано през месец декември 2010 г. (Health and Long-Term Care in the European Union; Fieldwork: May - June 2010; Publication: December 2010).

На базата на това проучване се оказва, че в повечето държави членки на Европейската общност са удовлетворени от качеството на обслужване от общопрактикуващите лекари. Има и страни, където степента на удовлетвореност е по-ниска, което се вижда от схемата по-долу. С най-ниска удовлетвореност от качеството на предлаганите здравни грижи от личния лекар са страните: Португалия (62%), Швеция (68%) и България (69%). Най-ниска оценка дават гражданите на Турция - само 53% от тях дават положителна оценка на работата на общопрактикуващия лекар. (Схема 1)



Country Results	
Malta	96%
Belgium	95%
France	93%
Austria	93%
Cyprus	92%
Denmark	91%
Ireland	90%
Luxembourg	90%
Spain	89%
The Netherlands	89%
Germany	88%
United Kingdom	88%
European Union (27)	84%
Slovenia	84%
Hungary	83%
Czech Republic	82%
Finland	81%
Slovakia	81%
Estonia	78%
Italy	77%
Lithuania	77%
Greece	73%
Poland	73%
Latvia	72%
Romania	71%
Bulgaria	69%
Sweden	68%
Portugal	62%

Other Countries	
Croatia	84%
Turkey	53%

Схема 1. Special EUROBAROMETER 283 „Health and Long-Term Care“

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

На зададения въпрос относно достъпността до личните лекари, като цяло европейците считат, че достъпа до техния общопрактикуващ лекар е много лесен - 22%, справедливо достъпен - 24%, 43% - не много достъпен,

недостъпен - 9% и незная - 2%. Наблюдава се различие в нивото на достъпност до личните лекари в страните от Европейската общност. (Схема 2)

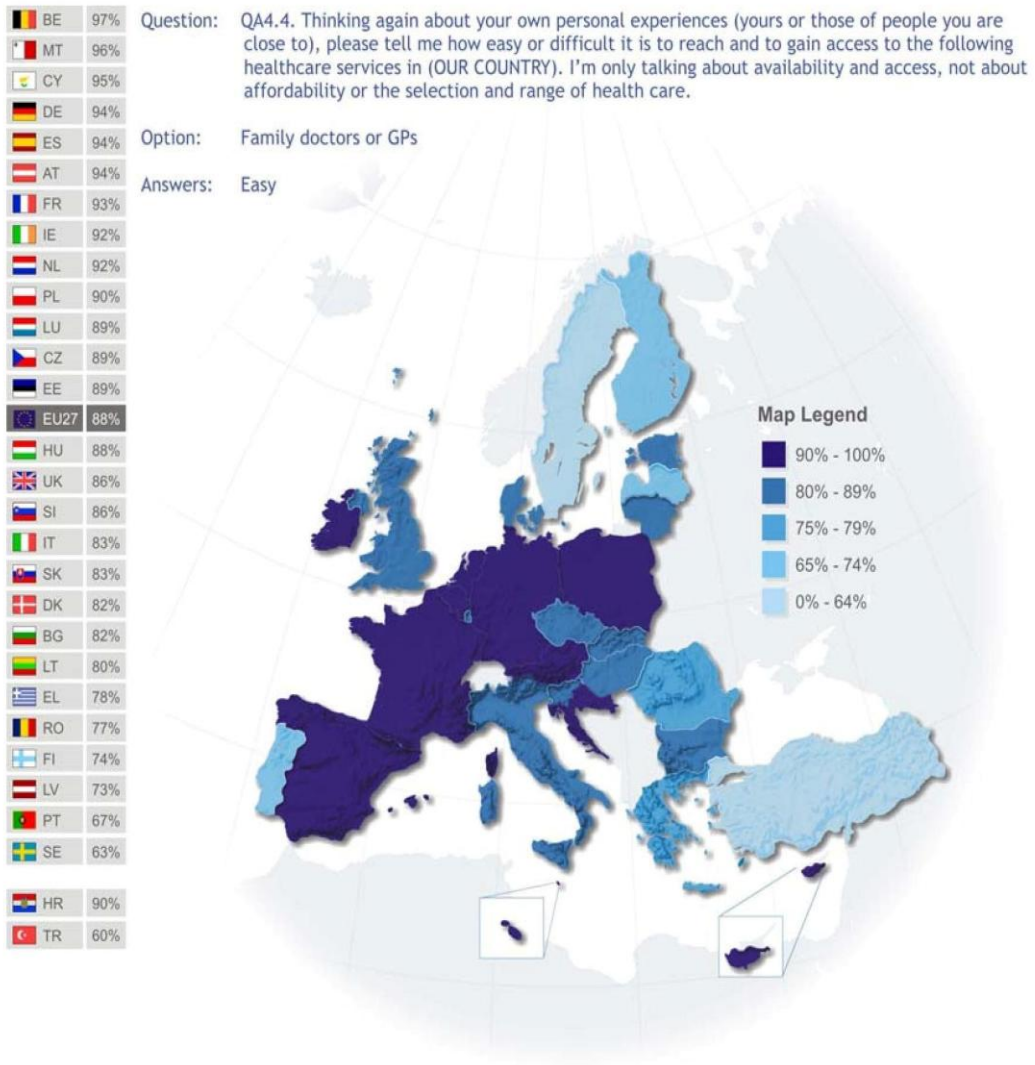


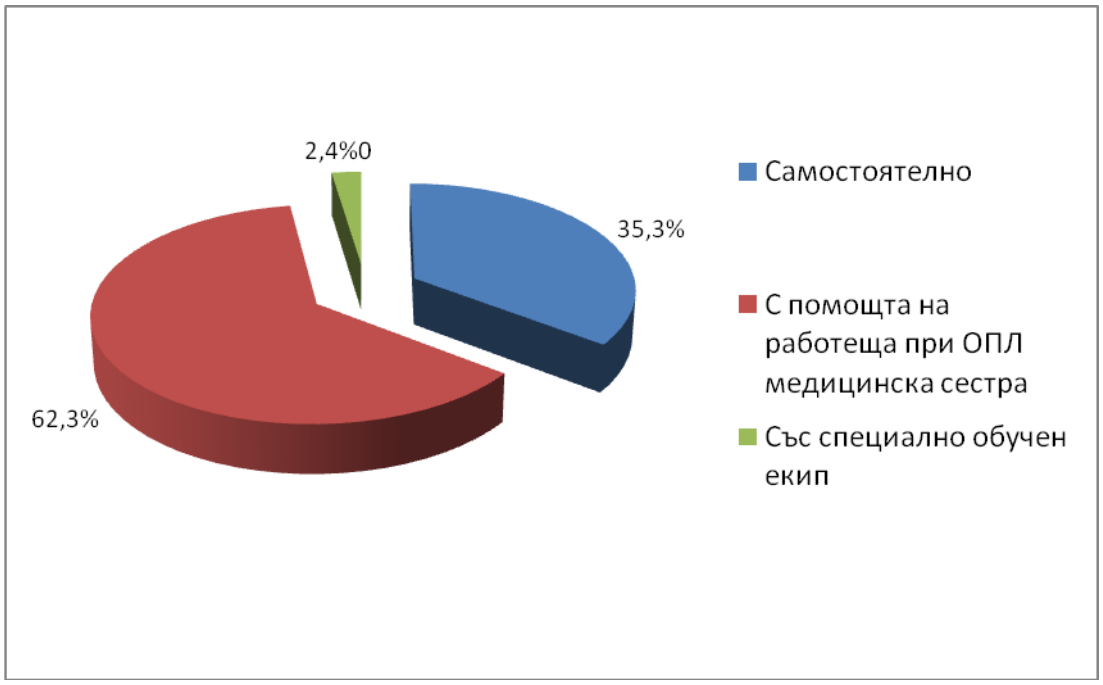
Схема 2. Special EUROBAROMETER 283 „Health and Long-Term Care“

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

Относно професионалната нагласа на ОПЛ да прилагат дейности по промоция на здравето и профилактика на заболяванията се установява, че едва 8,2% от тях използват здравно-промотивни дейности в своята практика, докато 61,8% от тях използват профилактиката на всичките й нива (първично, вторично и третично). Забелязва се тенденцията, че лекарите следват утвърдената от предишни години практика за прилагане на профилактика и не отделят необходимото внимание на съвременните критерии за добра медицинска практика по отношение на промоция на здравето.

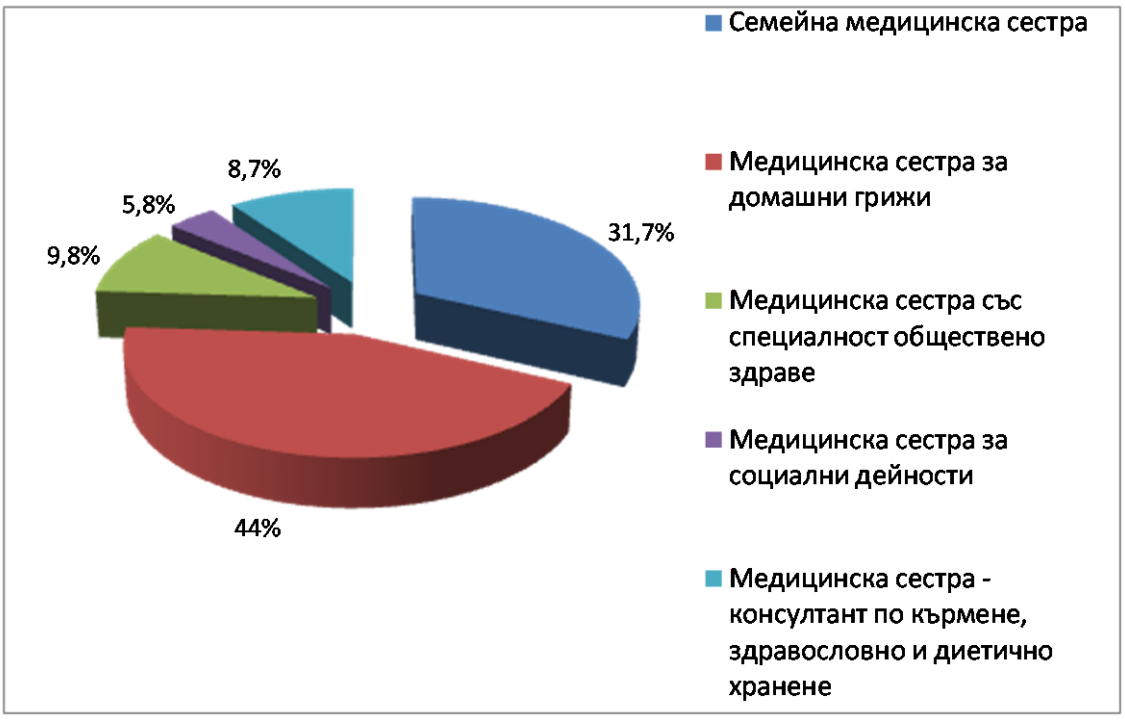
Въпреки това, че промоция на здравето е слабо застъпена като инструмент за укрепване здравето на пациентите, при общопрактикуващите лекари, се очертава мнението за достатъчна информираност относно значението на термина „Промоция на здравето“. 77,4% от респондентите твърдят, че са наясно какво означава промоция на здравето, докато 22,6% отговарят, че не са информирани за неговото значение. Налице е статистически достоверна значимост ($p<0,05$).

Във връзка с ролята на медицинската сестра в извършването на здравно-промотивната и профилактична дейност мнозинството от анкетираните общопрактикуващи лекари съобщават, че тя е значителна. От респондентите 62,3% отговарят, че осъществяват тези дейности с помощта на работещите при тях медицински сестри, 2,4% - със специално обучен екип, а 35,3% от лекарите осъществяват промоция на здравето и профилактика на болестите самостоятелно. Това показва, че у лекарите има положителна нагласа и доверие към работата на медицинската сестра. Доверието е достатъчно високо, тъй като някои от лекарите са на мнение, че медицинската сестра може напълно автономно да изпълнява тези дейности. (Фиг. 23.)



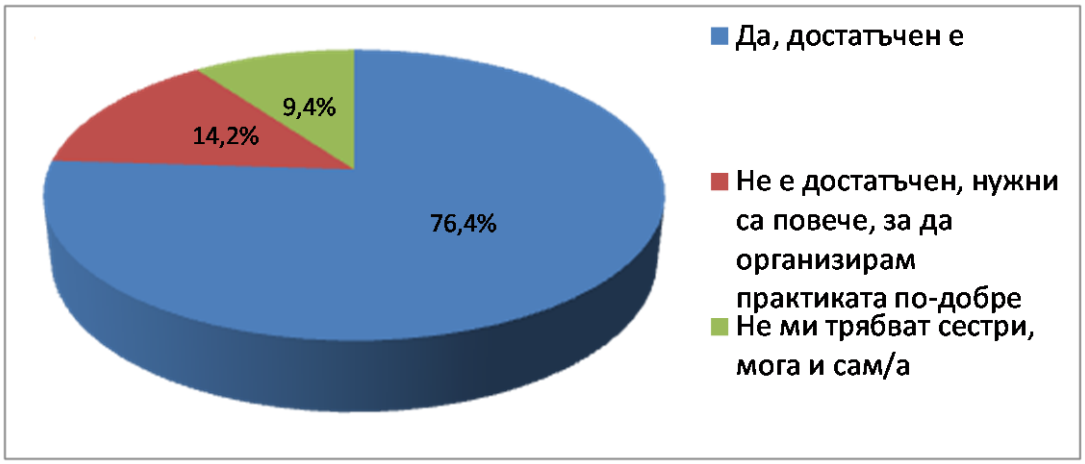
Фигура 23. Начин на извършваните здравно-промотивни и профилактични дейности

Относно мнението на ОПЛ за следдипломната квалификация на медицинските сестри се констатира, че 44% от тях поставят на първо място необходимостта от придобиване на специалност „медицинска сестра за домашни грижи“. На второ място с 31,7%, е необходимостта от допълнителна специализация „семейна медицинска сестра“, 9,8% - „медицинска сестра със специалност по обществено здраве“, 8,7% - „медицинска сестра – консултант по кърмене, здравословно и диетично хранене“. Съвсем нисък е делът на лекарите, които отчитат необходимостта от медицинска сестра за социални дейности – 5,8%. (Фиг. 24.)



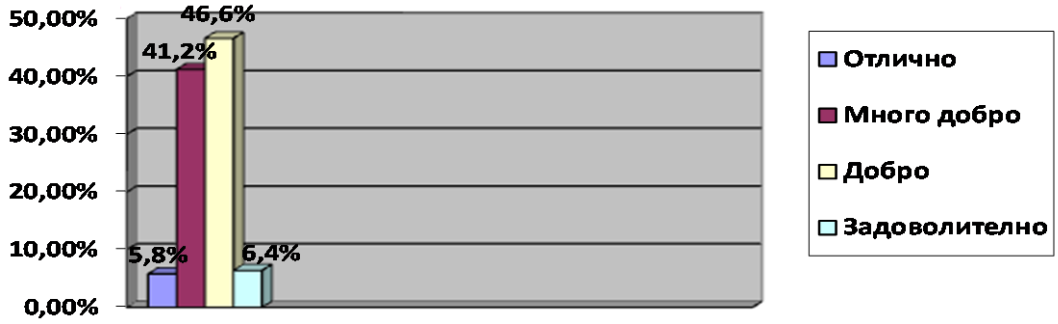
Фигура 24. Мнението на ОПЛ относно необходимостта от медицинската сестра с придобита специалност

Качественото, ефективно и своевременно оказване на първична медицинска помощ е трудно осъществимо без екипно обслужване на населението. Според 76,4% от ОПЛ броят на медицинските сестри е напълно достатъчен, като 14,2% отговарят, че са нужни повече медицински сестри, за да организират по-добре практиката си. Интересен е фактът, че 9,4% от респондентите преценяват, че могат да работят и без участието на медицинска сестра. Известно е, че в повечето страни от Европейския съюз, медицинската сестра е част от екипа на ОПЛ, тъй като е специалист с широка подготовка в областта на здравните грижи. (Фиг. 25.)



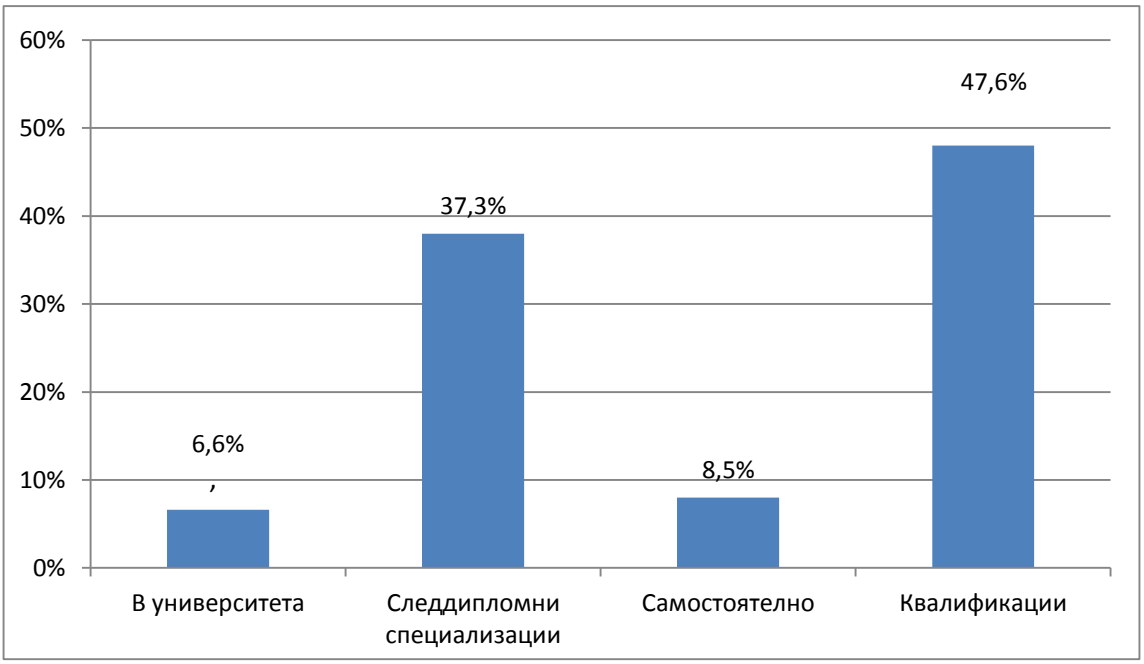
Фигура 25. Характеристика на практиките за ПМП според мнението на ОПЛ

Въпреки че от изложените по-горе данни стана ясно, че промоцията на здравето и профилактика на болестите са слабо застъпени в практиката на ОПЛ, те оценяват подготовката си за извършването на тези дейности на достатъчно добро ниво. 46,6% от тях смятат, че са добре подготвени, 41,2% - много добре. 6,4% са на мнение, че подготовката им е задоволителна и също 5,8% я оценяват като отлична. Нито един от респондентите не е характеризирал себе си като неподготвен за осъществяване на здравно-промотивна и профилактична дейност. Ниският процент на „отлично“ подготвените ОПЛ е притеснителен и показва, че има още да се желае в тази насока.(Фиг. 26)



Фигура 26.Ниво на подготовка за извършване на дейности по промоция на здравето

Тревожен е фактът, че само 6,6% от лекарите са обучавани в МУ за получаването на здравни знания във връзка с прилагане на здравно-промотивни и профилактични дейности. По-голямата част от анкетираните са преминали допълнително обучение под формата на следдипломни специализации – 37,3% и квалификации – 47,6%. Много малък е делът на лекарите, които са използвали самостоятелна форма на подготовка – едва 8,5%. (Фиг. 27)

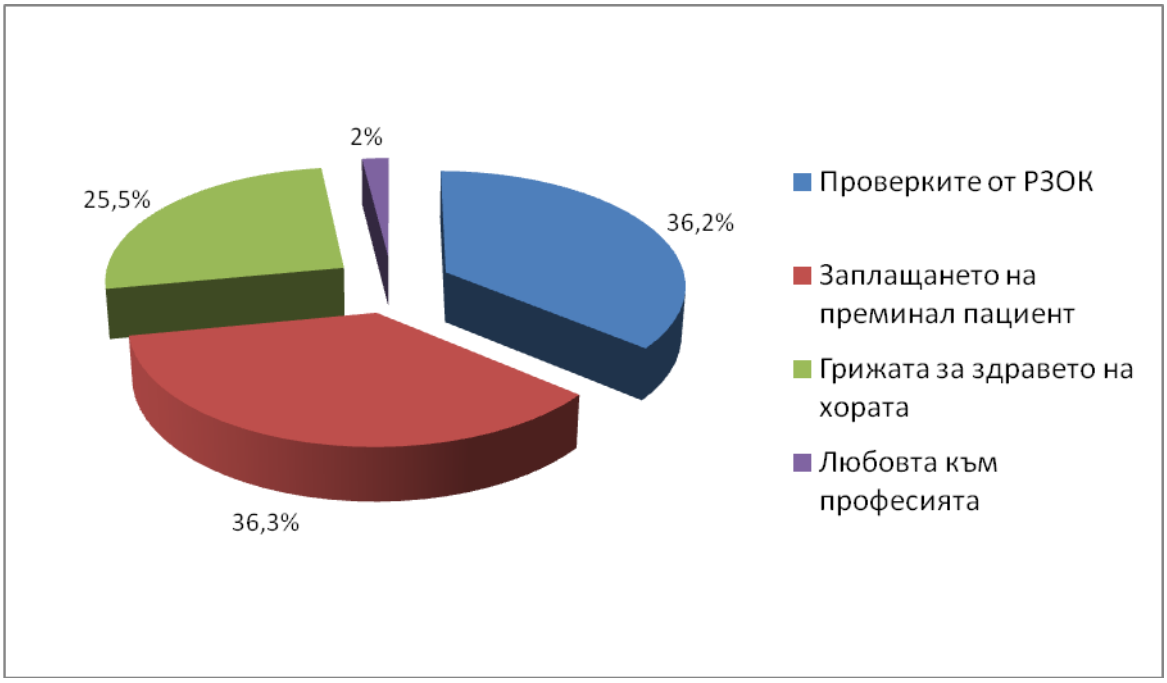


Фигура 27. Форми на обучение

Мнозинството от анкетираните извършват тези дейности в лекарския кабинет – 77,8%, а останалата част – на друго място (6,1% в специално обособен кабинет, 14,1% в дома на пациента и 2% - в медицински център, предлагащ такива условия).

Изключително притеснителни са получените данни за профилактичните прегледи на пациентите. Според тях 36,2% от анкетираните посочват, че проверките на РЗОК са основният им мотив за

провеждането на профилактичните прегледи, а други 36,3% - поради заплащането, което получават за преминал през кабинета им пациент. Само 25,5% от лекарите съобщават, че са мотивирани от грижата за здравето на хората, а значително малък е процента – 2%, от любовта към лекарската професия. Не се установяват статистически различия при мотивите за извършване на профилактични прегледи (p>0,05). (Фиг. 28.)



Фигура 28. Мотиви за извършване на профилактични прегледи

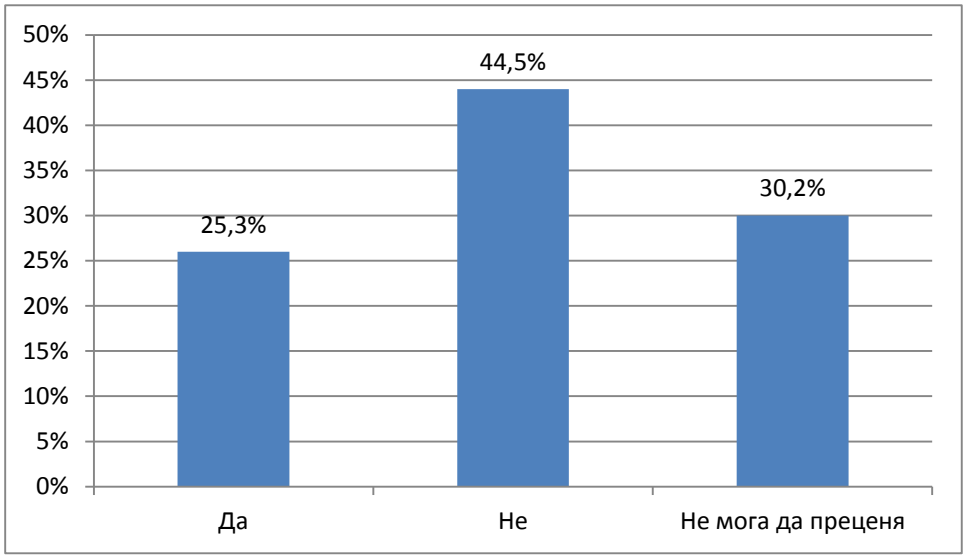
Прави впечатление, че ОПЛ, участващи в проучването, са на мнение, че е необходимо повече време за осъществяване на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите. Това показва желание от тяхна страна за допълнителни усилия в тази сфера от дейности. Само 18% от тях са на мнение, че времето им е напълно достатъчно, докато 82% заявяват, че то не им стига.

Важно е да се отбележи, че 50,4% от ОПЛ посочват промоция на здравето като важна дейност в тяхната практика, 26,2% - ранната

диагностика (вторичното ниво на профилактика), 21,3% обръщат повече внимание на качествените здравни грижи и само 2,1% определят адекватното лечение като важна част от тяхната практика.

Относно мнението на ОПЛ за необходимостта в тяхната работа да има обучени екипи за дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите, 44,5% смятат, че такива специализирани звена не са им необходими, а 30,2% - не могат да преценят. Само 25,3% дават категоричен отговор „Да“ на този въпрос. (Фиг. 29.)

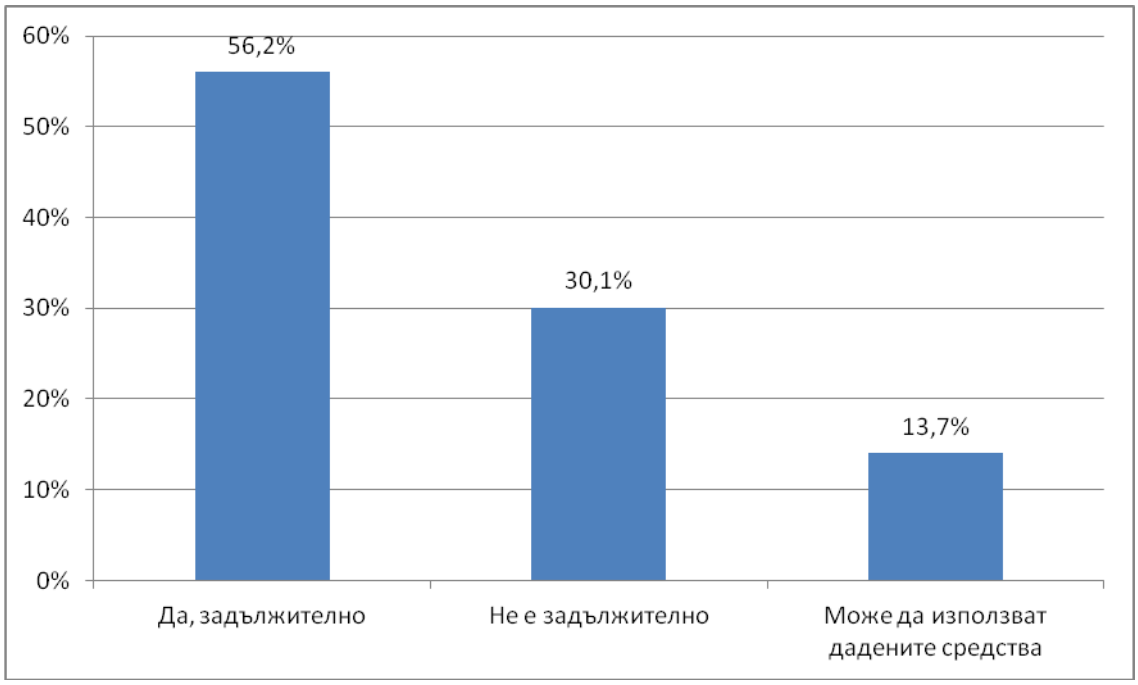
Това показва или недостатъчна яснота сред ОПЛ за необходимостта от такива екипи за или нежеланието за работа с хора извън тяхната практика.



Фигура 29. Необходимост от обучени екипи за здравно-промотивна и профилактична дейност

В контекста на по-горе установеното, прави впечатление, че 56,2% изказват мнение, че е задължително допълнително финансиране на практиката им за подготовка на специализирани кадри за здравно-промотивни и профилактични дейности. Това показва, че липсата на

необходимост за работа с предварително подготвени екипи е продиктувано и от липсата на финансови средства. 30,1% от респондентите смятат, че такова финансиране не е задължително, 13,7% мислят, че може да използват дадените им целеви средства. (Фиг. 30.)

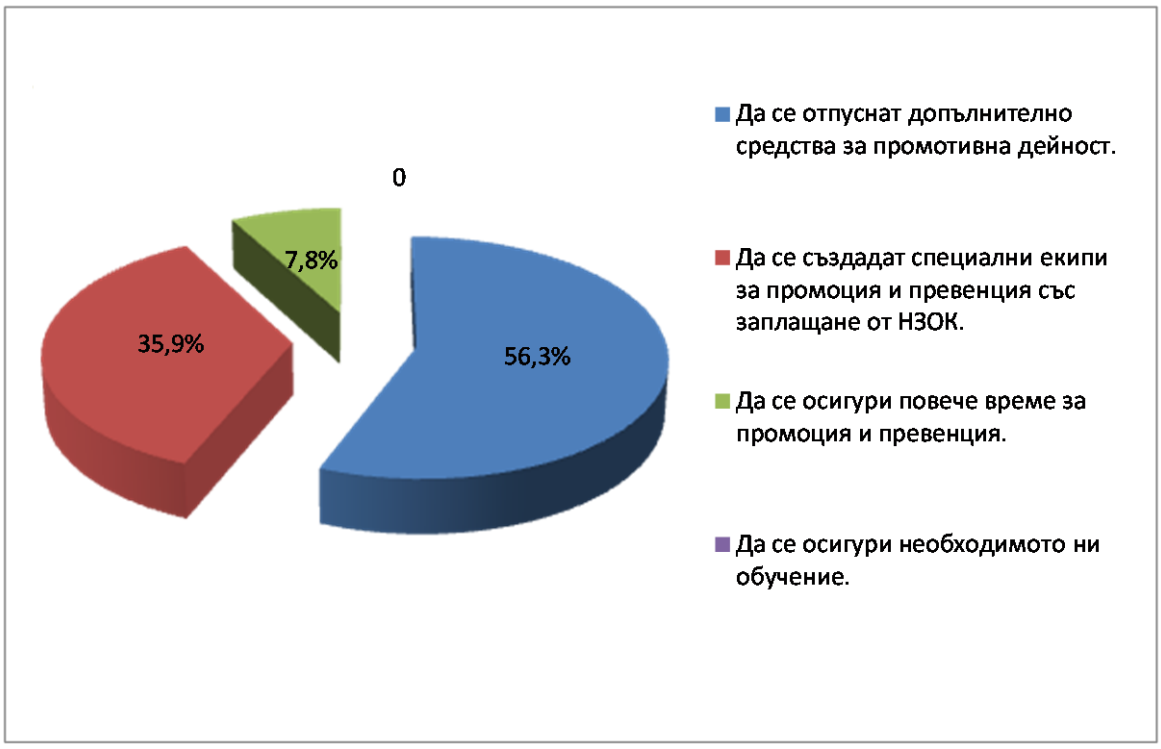


Фигура 30. Необходимост от допълнително финансиране на практиките за здравно-промотивна и профилактична дейност

На общопрактикуващите лекари беше предоставена възможност да отправят препоръки към Министерството на здравеопазването във връзка с дейностите, свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите.

На въпроса „Ако трябва да препоръчате на МЗ да Ви подкрепи за извършване на здравно-промотивни и профилактични дейности, в какъв аспект ще бъдат Вашите препоръки?“. 56,3% от ОПЛ отговарят за необходимостта от осигуряване на допълнителни средства, 35,9% желаят да се създадат специални екипи за тези дейности със заплащане от НЗОК,

7,8% за осигуряване на допълнително време за извършване на разглежданите дейности и нито един от ОПЛ не посочва необходимостта от допълнително обучение и квалификация. (Фиг. 31.)

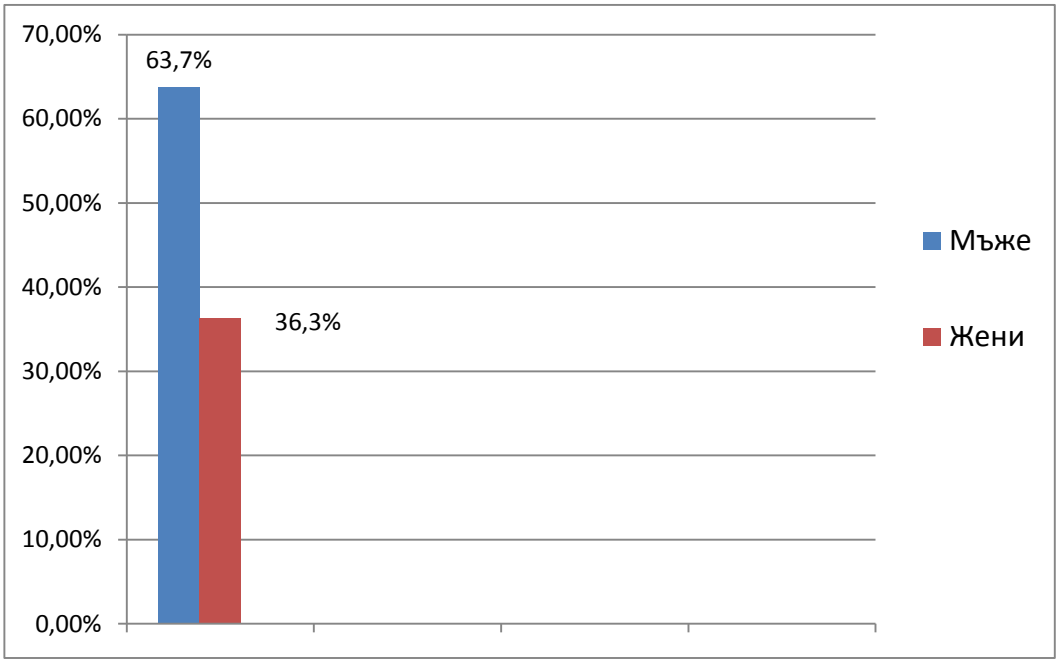


Фигура 31. Препоръки от ОПЛ към МЗ относно извършването на здравно-промотивни и профилактични дейности

Анализ и оценка на удовлетвореността на пациентите от провежданите здравно-промотивни и профилактични сестрински грижи, качеството на предлаганите здравни грижи и достъпа до медицински услуги в ПМП

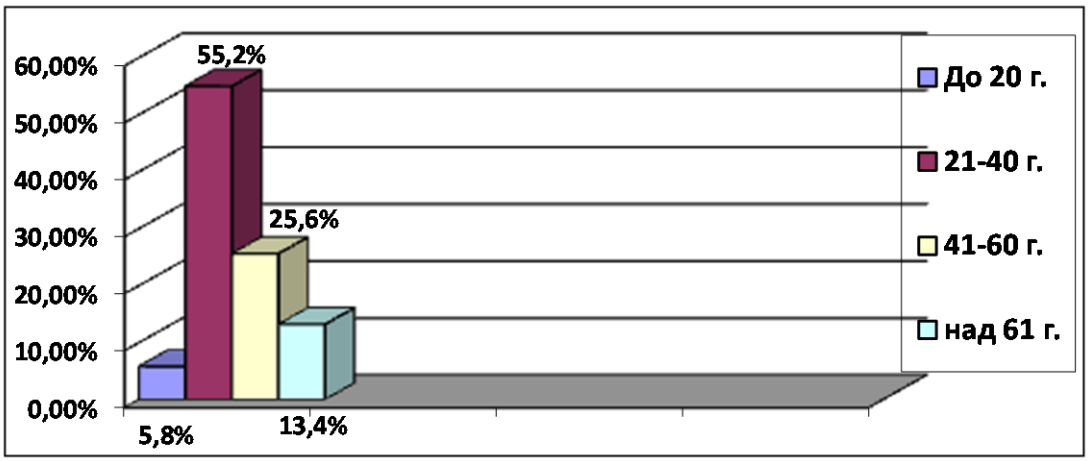
Характеристика на участниците

Обхванати са 185 граждани, живеещи на територията на Северозападна България, разпределени по пол, възраст и образование. (Фиг. 32.)



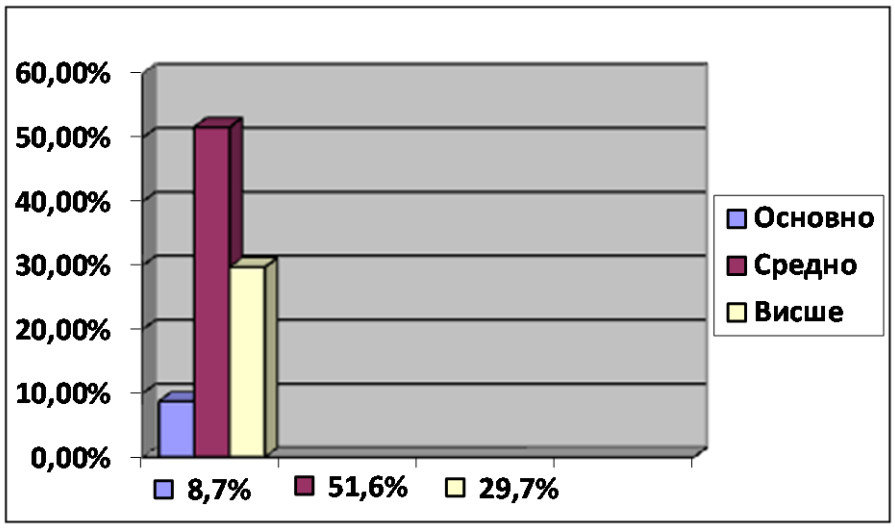
Фигура 32. Разпределение на анкетираните лица по пол

Съответно, разпределението на анкетираните лица по възраст е представено във фигура №33.



Фигура 33.Разпределение на анкетираните лица по възраст

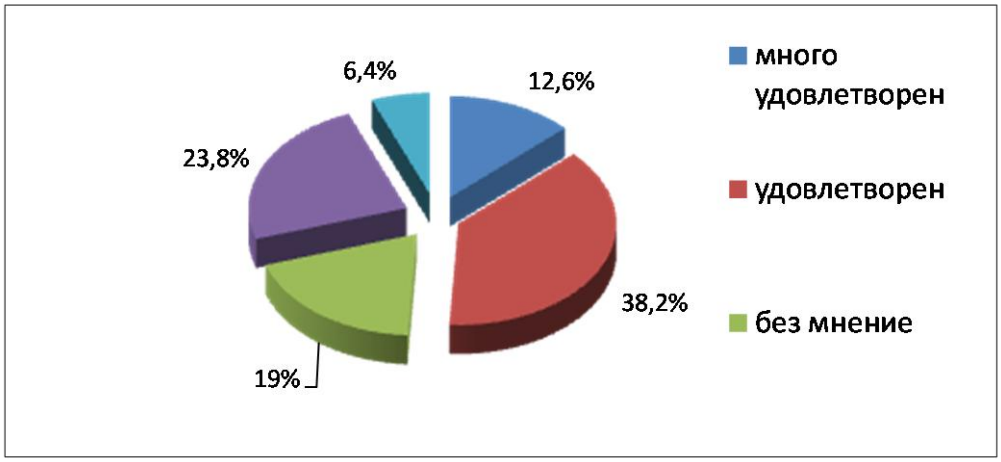
Процентното съотношение по показателя образование, е както следва: (Фиг. 34.)



Фигура 34.Разпределение на анкетираните лица според тяхното образование

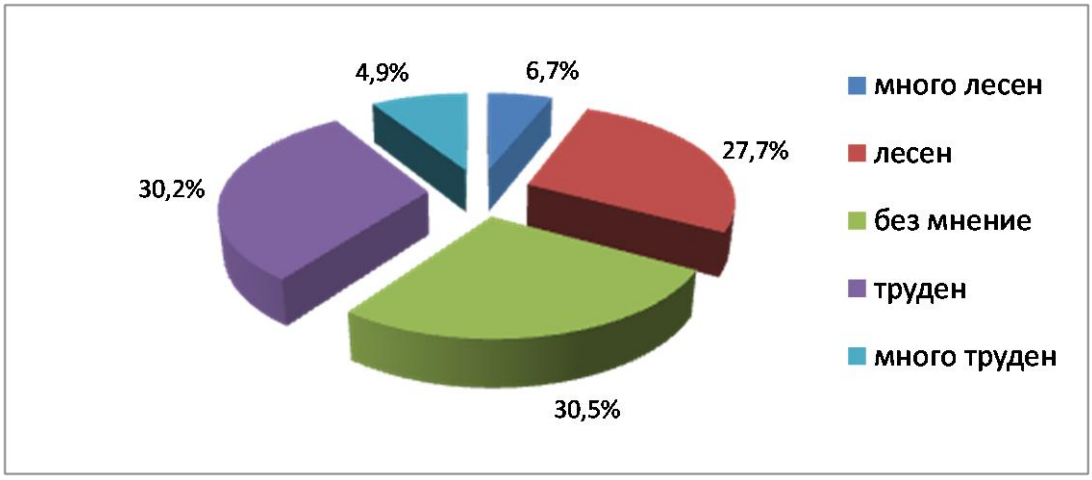
На въпроса: „В каква степен сте удовлетворени от качеството на предоставените медицински услуги от Вашия личен лекар?“ Най-висок процент – 38,2% от лицата са отговорили, че са удовлетворени от качеството на предоставените медицински услуги; съответно много удовлетворени са 12,6%; без мнение към качеството на медицинските услуги в извънболничната помощ са 19%. Не е за пренебрегване и не

малкият процент на отговорилите, че са неудовлетворени – 23,8% и много неудовлетворени – 6,4%. (Фиг. 35.)



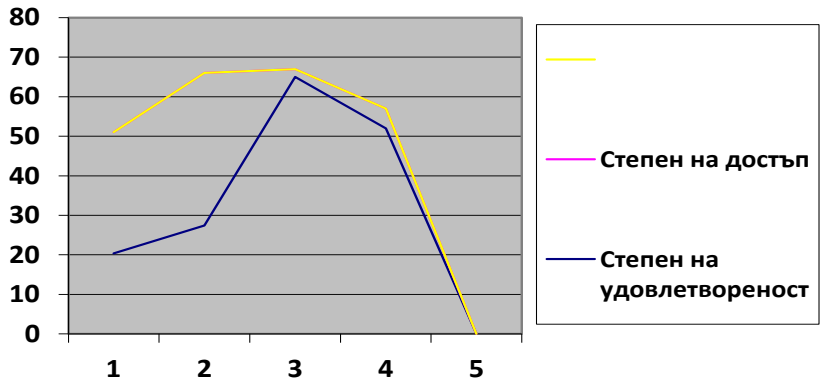
Фигура 35.Разпределение на анкетираните лица по степен на удовлетвореност от предоставяните медицински услуги от личния им лекар

На въпрос: „Как определяте достъпа до медицински услуги при Вашия личен лекар?“ - в процентно съотношение достъпът до общопрактикуващия лекар се определя като труден – 30,2%; много труден – 4,9%; без мнение – 30,5%; много лесен – 6,7% и лесен – 27,7%. (Фиг. 36.)



Фигура 36.Мнението на пациентите относно достъпа до медицински услуги при ОПЛ

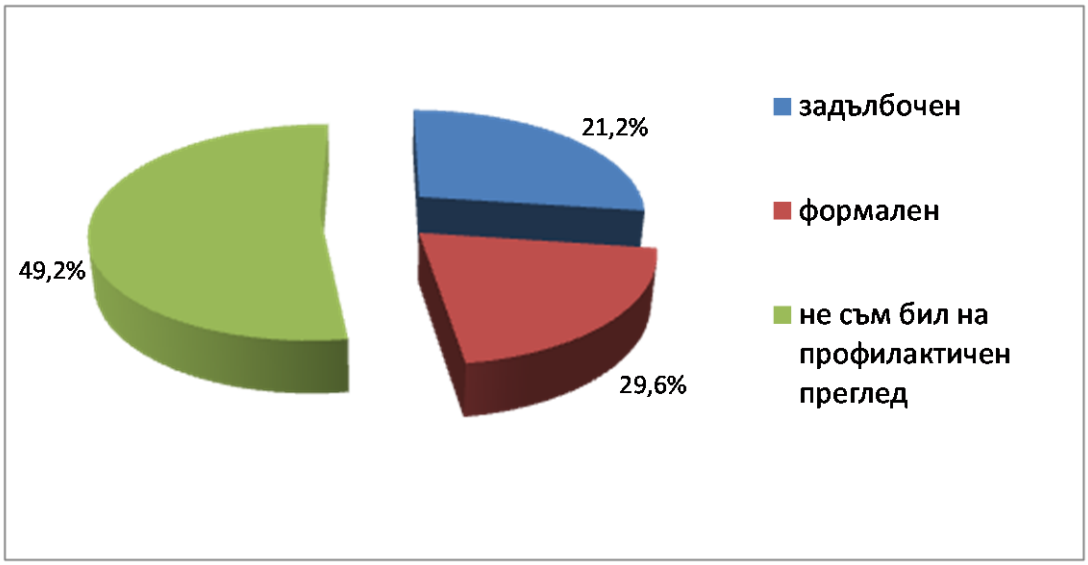
На фигура 37. е представена взаимовръзката между резултатите от степента на удовлетвореност на пациентите от качеството на здравни грижи и достъпа до медицински услуги в ПМП. Установява се, че степента на удовлетвореност на пациентите от качеството на здравни грижи корелира с достъпа до медицински услуги в ПМП. По характер установената връзка е права и умерена (r = + 0,34) (p<0,05).



Фигура 37.Степен на удовлетвореност от качеството на медицински услуги и степен на достъп до ПМП

От казаното до тук става ясно, че по-големия достъп до медицински услуги и здравни грижи, повишава степента на удовлетвореност по отношение на тяхното качество.

Относно проведените профилактични прегледи се установява, че 49,2% от отговорилите респонденти не са били на профилактичен преглед, само 21,2% определят профилактичния преглед като задълбочен, а 29,6% твърдят, че профилактичния преглед е проведен формално. (Фиг. 38.)



Фигура 38.Мнението на анкетираните лица за начина на провеждане на профилактичен преглед при ОПЛ

Данните показват, че една от важните дейности не се провежда или се осъществява формално в повечето случаи. Ето защо ОПЛ и медицинската сестра трябва да насочват пациентите да предприемат действия за опазване и подобряване на личното си здраве чрез здравно-промотивни дейности и да дават съвети за последиците от нездравословния начин на живот върху тяхното здравословно състояние.

На въпроса „Ако в дейността на медицинската сестра се случват някои пропуски, на какво се дължат?“ Моля, дайте Вашата оценка в степен от 1 до 3 (1 е най-слабо проявената причина, а 3 – най-силна). Установява се, че мнението на анкетираните пациенти е доста показателно.

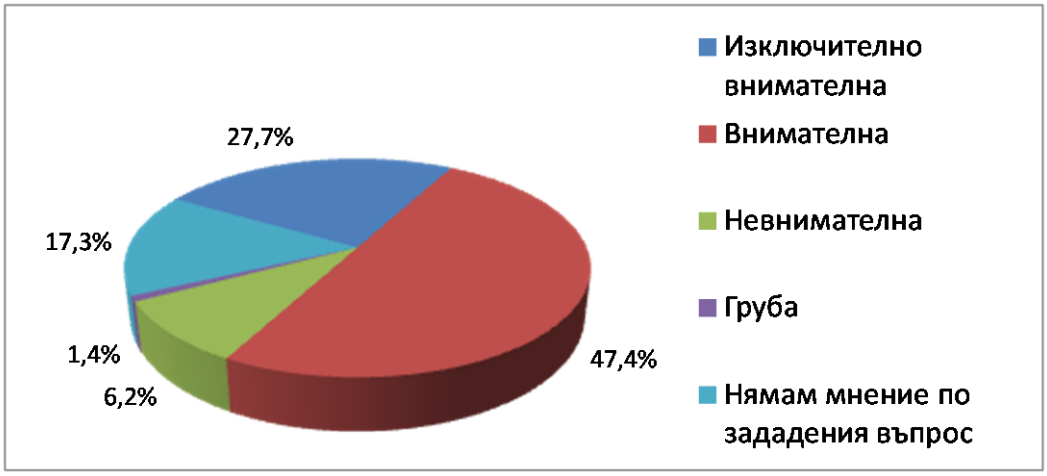
На първо място като водеща причина пациентите поставят „не добрата организация на сестринския труд“, където коефициентът на тази осреднена степен на причината е най-висок - 1,75, на второ място се нарежда „напрежение и умора на медицинската сестра“ – 1,43, следвана от „условия за професионален риск“ – 1,19.

Констатираната значимост на недобрата организация на сестринския труд за възможните пропуски и грешки, ключов организационен фактор, е логично и реалистично, тъй като анкетираните пациенти правилно поставят акцент върху междуличностовото общуване. Това неминуемо рефлектира в посока към необходимост от подобряване организацията на сестринския труд с фокус върху начина на организиране на провежданите здравно-промотивни и профилактични дейности.

Ето защо ефективното и конструктивно функциониране на взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента е необходимо да се базира върху добрата организационна култура, устойчивата професионално-етична ценност и адекватната психо-емоционална атмосфера, гарантиращи по-правилно управление на сестринската практика в ПМП.

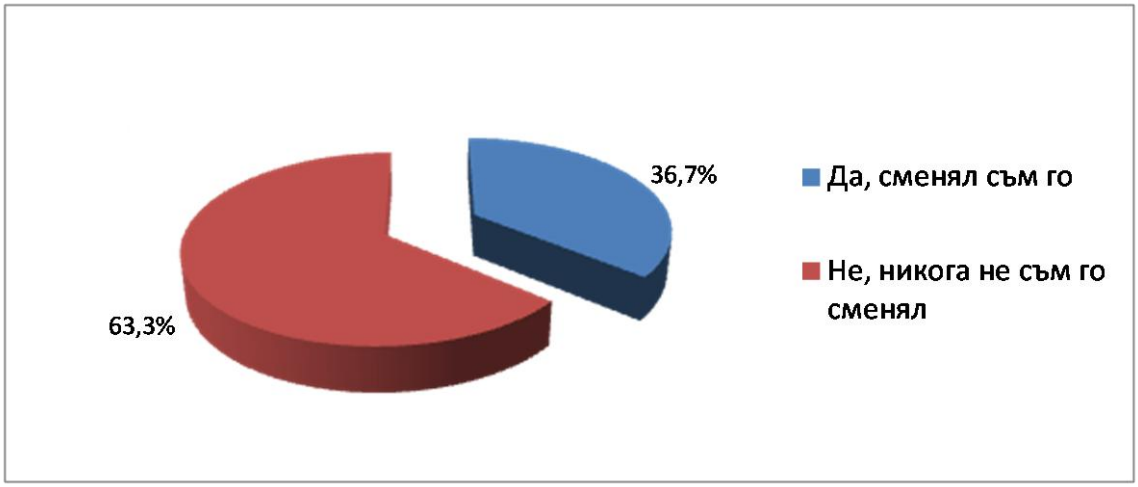
За да установим какво е субективното мнение на запитаните лица по отношение поведението на медицинската сестра по време на контакта й с пациентите, зададохме въпрос: „По време на посещение при личния лекар, как определяте поведението на медицинската сестра към Вас?“. 17,3% са отговорили, че нямат мнение по зададения въпрос; 6,2% са отговорили, че медицинската сестра е невнимателна; 1,4% че медицинската сестра проявява грубост, 27,7%, че медицинската сестра е изключително внимателна и внимателна – 47,4%. (Фиг. 39.)

Установява се, че 75,1% от пациентите отговарят, че тяхната медицинска сестра се държи внимателно и изключително внимателно по време на техните посещения в кабинета на ПМП.



Фигура 39. Мнението на анкетираните лица относно поведението на медицинската сестра по време на посещение в кабинета на ПМП

Това показва, че контактът между медицинската сестра и пациента се осъществява в духа на добрите комуникации, т.е. поведението на медицинската сестра се основава на принципи и ценности, които определят добрата медицинска практика. На въпроса: „Сменяли ли сте си личния лекар?“, анкетираните отговарят, че са го сменяли – 36,7% и 63,3% - не са го сменяли.



Фигура 40. Разпределение на анкетираните лица според това дали са сменяли личния си лекар

Отговорите на горепосочените два въпроса показват близки резултати, съответно 75,1% и 63,3% одобряват работата на медицинската сестра и ОПЛ. Това е ясен знак и ориентир за ролята и значението на добрата екипна работа в ПМП.

ИЗВОДИ

1.След проведения анализ относно усвоените знания и умения от страна на студентите за ролята, характера и значението на здравно-промотивните и профилактични дейности се установява, че:

1.1.50% от студентите смятат, че в процеса на обучение не са достатъчно запознати със здравно-промотивните и профилактични дейности.

1.2.мнозинството от студентите (43,5% отчасти и 34,2% напълно) оценяват, че им е необходимо допълнително обучение по горепосочените дейности, за да отговорят адекватно на съвременните изисквания за работа в ПМП.

1.3.80,2% от студентите считат, че практическата подготовка по време на обучението е недостатъчна.

Посочените резултати характеризиращи най-вече дидактико-методическия ресурс, свързан с нагласите и желанията на студентите към познавателния процес в сферата на промоция на здравето и профилактика на болестите и е отправна точка за повишаване качеството и ефективността в тази област от общественото здравеопазване.

За това е необходимо оптимизиране на получаваните теоретични знания и практически умения, интегрирани и проектирани в проблемно-базирано обучение, центрирано към студентите – медицински сестри и ориентирано към дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите.

Визираните по-горе аргументи представляват стъпка с решаваща роля и са предпоставка, рефлектираща върху мотивационната готовност на медицинските сестри за бъдеща успешна професионална реализация в ПМП.

2.Основните фактори, които формират до голяма степен доверието в работата на медицинската сестра в ПМП, свързана с изпълнението на здравно-промотивни и профилактични грижи и интервенции са свързани с комуникационните й умения и с удовлетвореността на пациентите.

3.По отношение на самооценката на удовлетвореност от заеманата позиция на работа в ПМП се установява, че общо 45,4% от медицинските сестри дават неблагоприятна самооценка (33,7%„задоволителна“ и 11,7% „недоволна“и „ по- скоро недоволна’’)

Въпреки че същността на удовлетвореност има субективен характер, това е знак за известно професионално разочарование и насочва вниманието към необходимост от по-адекватна здравно-социално-икономическа ефективност на сестринската практика в първичното здравно обслужване.

4.Анализът на данните показва, висок относителен дял на медицинските сестри – 94,9%, които разглеждат удовлетвореността на пациентите от здравно-промотивни и профилактични грижи като важна задача от ежедневната си дейност. Това определя и желанието на медицинските сестри за удовлетворяване на тези потребности за пациентите.

5.Заслужава да се отбележи, че 70,1% от анкетираните ОПЛ са нямали никакви колебания при избора на специалността. Въпреки това

само 1/3 от тях имат необходимото самочувствие за успешна професионална реализация.

6.Обезпокоителен е фактът, че едва 8,2% от ОПЛ прилагат в своята работа здравно-промотивни дейности, а близо 1/4 от тях не са информирани за тяхното значение.

7.Констатира се, че мнозинството от пациентите са удовлетворени и одобряват получените здравни услуги и здравни грижи от страна на ОПЛ и медицинските сестри в екип.

8.У нас няма утвърден модел за поведение на медицинската сестра за извършване на здравно-промотивни и профилактични дейности в ОМП на ПМП.

Умът не е само в знанието, но и в умението да се прилага

Аристотел

МОДЕЛ НА ПОВЕДЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ОМП НА ПМП

Схема 3

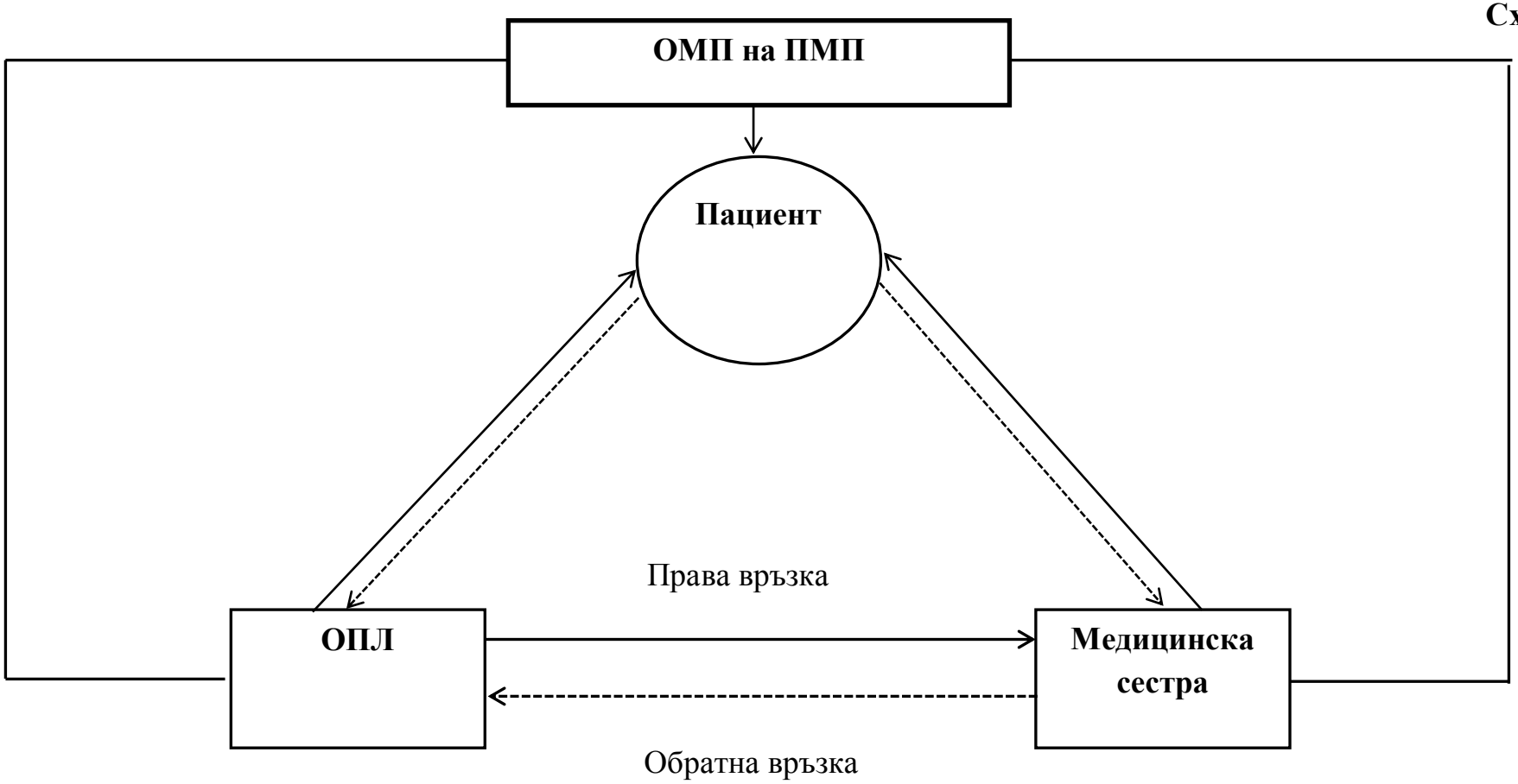


Схема 4

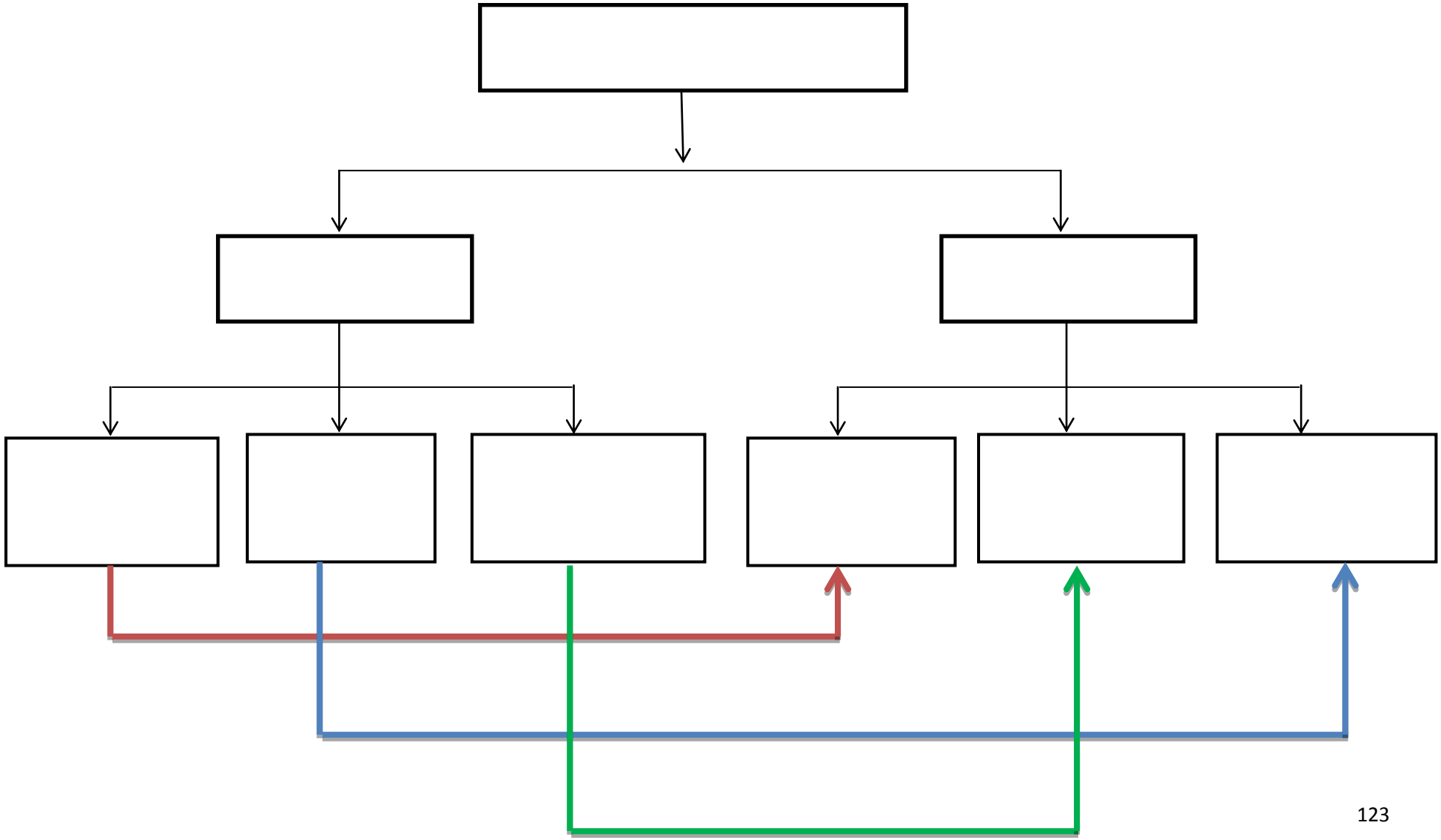
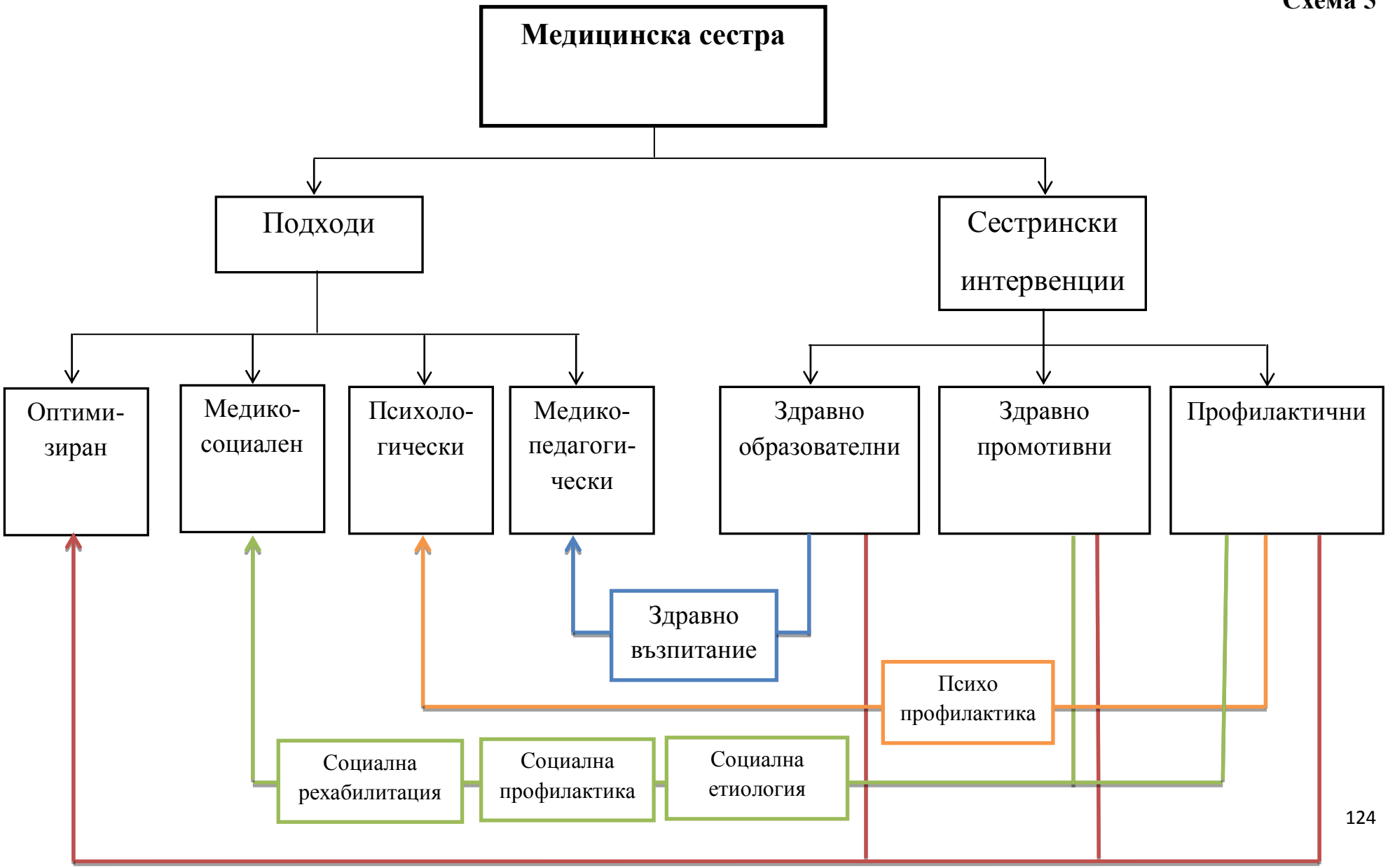


Схема 5


Медицинска сестра
Подходи
Сестрински интервенции
Оптими-зиран
Медико-социален
Психоло-гически
Медико-педагоги-чески
Здравно образователни
Здравно промотивни
Профилактични
Здравно възпитание
Психо профилактика
Социална рехабилитация
Социална профилактика
Социална етиология

Алгоритъм за внедряване на комплексна програма за промоция на здравето и профилактика на болестите в дейността на ОМП в ПМП

Изхождайки от голямото медико-социално значение на изучавания проблем **стратегическата цел**, която си поставяме е чрез разработване и прилагане на широкообхватна, ефективна и специализирана програма за устойчиво развитие на промоция на здравето и профилактика на болестите в ПМП да се подобри здравния статус и начина на живот в българската популация. Това неминуемо ще рефлектира и върху просперитета на съответния регион.

Оперативната цел е да се поставят основите за повишаване на личностната здравна мотивация и здравна грамотност, свързани с ограничаване на поведенческите рискови фактори.

Ключови задачи на програмата

1.Създаване на необходимите условия за провеждане на промоция на здравето и профилактика на болестите в ОМП на ПМП.

2.Повишаване нивото на информираност у пациентите, имащо многофункционално значение за опазване на здравето и надеждно предпазване от здравни заплахи.

3.Формиране у пациентите на отговорно положително отношение за лични грижи към собственото си здраве.

Целеви групи

Всички възрастови групи от населението.

Концептуална рамка

Ще се базира и концентрира върху специфични за промоция на здравето и профилактика на болестите програма или консултация.

Подходи

-Личностно (пациент) – центриран;

-Информативен;

-Взаимодействие и координация между всички политики и сектори, свързани със здравето. Реално приложение на стратегията „Здраве във всички политики“;

-Равни възможности за достъп на здравна информация и регулиране на здравните детерминанти;

-Подкрепа;

-Партньорство със семейството, общините, медиите и др.

Критерии

-Антирисково поведение със заострено внимание към уязвимите групи;

-Здравна активност;

-Здравни ресурси.

Етапи

-Планиране;

-Организиране;

-Мониториране;

-Управление;

-Контрол.

Оценка на ефекта

1.Начална фаза – сестринска диагноза

-социална диагноза (характеризира качеството на живот)

-поведенческа диагноза (характеризира начина на живот)

-образователна диагноза (характеризира здравната грамотност)

2.Фаза на интервенция – сестрински интервенции

Прилагане на коригиращи и адекватни интервенции на базата на анализ на ситуацията и оценка за задоволяване необходимите здравни потребности на пациента. Прилагане на целенасочена и достъпна програма или консултация за обучение на пациентите и техните семейства с базисни и надграждащи теми за същността и медико-социалното значение на здравословния начин на живот: (например здраве и личност, здраве и социална среда, здравословно хранене, оптимизирана двигателна активност, сексуално поведение, вредата от токсикоманиите (тютюнопушене, алкохол, наркотици, медикаментозни зависимости), мениджмънт на стреса и кризи на личността, агресивност, насилие и други).

3.Крайна фаза

Оценка на резултатите на базата на: поведенчески промени, придобити индивидуални знания, нагласи, отношение и мотивация към прилагане на здравословен начин на живот. Изграждане на доверие и партньорство между медицинската сестра и пациента.

Периодично проследяване и анализ на провежданите дейности с обратна връзка за корекции и съответни промени.

Изпълнители (участници в програмата)

На институционално ниво

Активно ангажиране и участие на:

-МЗ в сътрудничество с всички останали министерства, имащи отношение към здравето на българската популация;

-МУ с филиалите и ФОЗ;

-НЗОК;

-РЗИ;

-Съсловни (професионални) организации.

На секторно ниво – ОМП на ПМП

-Проучване здравните потребности на населението според местоживеене;

-Групиране на популацията в рискови категории (с висок, среден и нисък риск) и прилагане на съответни специфични дейности по промоция на здравето и профилактика на заболяванията;

-Разкриване на функционални звена за промоция на здравето и профилактика на болестите, ръководени от специализирани медицински сестри;

-Осигуряване на междусекторно участие и сътрудничество на централно, регионално и местно ниво с разпределени отговорности, права и задължения.

На индивидуално ниво

-Продължително обучение и професионална квалификация на медицински сестри относно промоция на здравето и профилактика на болестите;

-Изграждане на мултидисциплинарни екипи в ПМП, обучени за провеждане на конкретни здравно-промотивни и профилактични дейности и проследяване здравното състояние на пациента;

-Активно партньорство с национални и местни средства за масово осведомяване;

-Участие в информационни и здравнообразователни кампании относно здравословния начин на живот.

Очаквани резултати

-По-ефективна промоция на здравето и профилактика на болестите и по-добър контрол на поведенческите рискови фактори;

-По-висока здравна информираност на населението;

-Подобряване здравния статус на населението по местоживеене.

В **заключение** е важно да се отбележи, че предложените модел и интервенции не претендират за цялостен анализ и оценка и не изчерпват възможните подходи, въздействия и взаимодействия в сферата на ПМП. Задължително трябва да подчертаем за наложеното сред водещи български и европейски експерти в областта на общественото здраве, че формирането и утвърждаването на добро здраве (здраве за здравите) и качествена профилактика на болестите намаляват значително разходите за здравеопазване.

Безусловно това е медицински и финансово по-изгодно за индивида и обществото, отколкото необходимите за лечение и рехабилитация средства за вече възникнали заболявания особено в по-дългосрочна перспектива.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Първичната медицинска помощ се определя като приоритетно направление в Националната здравна система. Това от своя страна определя голямата отговорност на работещите в този сектор – най-вече общопрактикуващи лекари и медицински сестри, които заедно с полагането на здравни услуги и грижи трябва да подобряват и здравната информираност на обществото. Високата заболеваемост у нас показва, че здравните проблеми на нацията произтичат най-вече от нездравословния начин на живот, както и от провеждането на неадекватна здравна промоция. Редица изследвания показват, че спазването на основните изисквания за здравословен начин на живот намаляват с около 50% риска от възникване на социално значими заболявания; намаляват с 39 до 70% преждевременната смъртност и удължават живота на човека средно с 10-11 години.

Проведеното за първи път у нас комплексно научно проучване допринася за изясняването на ролята и значението на здравно-промотивните и профилактични сестрински функции в ПМП. Фокусирането върху този важен сектор от общественото здравеопазване означава преди всичко търсенето и намирането на съществуващите обективни и субективни предпоставки, условия и причини, гарантиращи подобряването на качеството и ефективността на предлаганите здравни услуги и здравни грижи в ПМП. В резултат на този процес, който има за цел да интегрира потребностите на пациентите и тяхното задоволяване със специфичните сестрински интервенции в областта на промоция на здравето и профилактика на заболяванията, зависи подобряването на здравния статус на населението. Това от своя страна ще рефлектира положително върху демографските показатели и трудовата заетост. Видно

е, че този стратегически фокус трябва да включва както промоция на здравето, така и профилактика на болестите в дейността на ПМП. Целта е да се съчетаят здравни грижи, насочени към подобряване качеството на живот с тези насочени към предотвратимите рискови фактори.

Всичко това лежи в основата на приложения съвременен системен подход, чрез който става възможно осъществяването на структурно-функционален анализ и оценка на дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите в ПМП. В този контекст неслучайно са включените различни мнения, очаквания и предпочитания на ключовите елементи в тази система: студенти, обучаващи се за медицински сестри; работещи медицински сестри, ОПЛ и пациенти от ПМП. Такъв подход със своите специфични цели, задачи и функции изисква да се даде отговор на кардиналния въпрос: „Как изборът на здравословен начин на живот да стане лична отговорност и личен избор на всеки пациент, посещаващ ПМП?“. Отговорът се формулира в настоящото проучване, в което здравето, в качеството си на базова човешка потребност, се разглежда и оценява като личностна саморегулация и самореализация. Това е и фундаментът на дейностите по промоция на здравето.

Въз основа на направения критичен анализ на литературния обзор се изясняват някои нерешени и неизяснени до сега въпроси, което мотивира провеждането на проучването.

Пакетът от предложените методики, подбрани според задачите на проучването, дадоха възможност да се постигне поставената цел.

Направен е опит да се анализират и оценят здравно-промотивните и профилактични сестрински дейности в ПМП.

Обсъдени са мотивацията и готовността на студентите да работят в ОМП на ПМП. Данните показват, че има проблеми в процеса на обучение на медицинските сестри, чиито причини могат да се търсят в изказаните от тях мнения.

Тревожен е фактът, че едва 34% от анкетираните ОПЛ имат придобита специалност по „Обща медицина“ и само 1/3 от тях имат необходимото самочувствие за успешна професионална реализация.

При проучване мнението на пациентите относно тяхната удовлетвореност от работата на ОПЛ и медицинската сестра като екип се установява, че 50,8% от тях са напълно удовлетворени, 30,2% са удовлетворени от части и 19% не са удовлетворени. Следователно в по-голямата си част пациентите одобряват получените здравни услуги и здравни грижи в ПМП.

Обезпечаването на достъпна ПМП повишава степента на удовлетвореност у пациентите. Общопрактикуващите лекари и медицински сестри трябва да осигуряват достатъчно добро качество на медицинските услуги и здравните грижи, с които да се постига добро ниво на степен на удовлетвореност. Установява се, че общопрактикуващите лекари и медицинските сестри трябва да концентрират усилията си по промяна на поведението и здравната култура на населението, т.е. самите потребители на здравни услуги да повишат личната отговорност по отношение на собственото си здраве.

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

В заключение може да се обобщи, че основния акцент в проведеното проучване се базира върху синтетичното понятие „здравно-промотивни и профилактични сестрински функции“ и се превръща в надежден инструмент в изграждането на „матрица за въздействие“ с коригиращи и адекватни сестрински интервенции върху нездравословния начин на живот и ценностната система на индивида и обществото.

ПРЕПОРЪКИ

Въз основа на проведеното проучване си позволяваме да направим следните препоръки с основна цел оптимизиране на здравно-промотивните и профилактични сестрински дейности в ПМП.

1.Към МЗ и НЗОК

-Съдействие и търсене на нови източници и механизми за финансиране на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите в ОМП на ПМП;

-Подкрепа на инициативи, свързани с обосновано финансово стимулиране на медицинските сестри в ПМП, особено в практики с неблагоприятни професионално-трудови и обществено-битови условия, поощряващи формирането и утвърждаване на здравословен начин на живот. Този механизъм за финансиране е добре да бъде свързан с ефективното функциониране на прилаганите за тази цел интервенции.

2.Към МУ, филиалите на МУ и ФОЗ

-Оптимизиране на програмите за обучение на медицински сестри и въвеждане на допълнителни обучителни мултимодални пакети по промоция на здравето и профилактика на болестите;

-Разработване на форми за следдипломна квалификация на медицинските сестри, с цел повишаване на техните компетенции и умения в областта на промоция на здравето и профилактика на болестите;

-Създаване на повече практически бази за обучение на медицинските сестри, желаещи да работят в ПМП.

3.Към ОМП в ПМП

-Разработване и поставяне на видно място в ОМП на информационни табла и указания за здравословен начин на живот, с цел да се обогатят и разширят съществуващите знания у пациентите, за изграждане на здравно информирано общество;

-Включване на населението в програми по промоция на здравето и профилактика на болестите, чрез целенасочени индивидуално или групово здравно обучение и възпитание в изградени за целта центрове за „здраве“;

-Подкрепа на инициативи свързани с развиване на комуникативни умения от страна на медицинската сестра, с цел подобряване на общуването и поддържане на обратна връзка с пациента.

4.Към РЗИ

-Насърчаване и повишаване информираността с по-широко отразяване на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите в средствата за масово осведомяване.

5.Към обществото

-Отдаване на полагащото се внимание към професионалистите по здравни грижи, споделящи заедно с ОПЛ мисията за по-добър здравен потенциал и по-стабилна здравна сигурност за всеки пациент.

ПРИНОСИ

1.Приноси с оригинален характер

1.1.За първи път у нас е извършено комплексно и задълбочено проучване на здравно-промотивните и профилактични сестрински дейности в ОМП на ПМП

1.2.Използван е системен подход и структурно-функционален анализ за оценка на промоция на здравето и профилактика на болестите, включващи ключовите елементи в системата „общопрактикуващ лекар-пациент-медицинска сестра“

1.3.Предложен е примерен модел за поведение на медицинската сестра при изпълнение на здравно-промотивни и профилактични дейности в ПМП.

2.Приноси с предимно научно-познавателен характер

2.1.Изяснява се съвременната концепция, свързана със сферите на дейност по промоция на здравето

2.2.Проучването разширява разбирането за промоция на здраве и профилактика на болестите, чрез разработената комплексна програма за внедряване в ПМП

2.3.Дефинирани са основните сестрински функции, обобщени като: познавателни, приложни и прогностични и се предлага определение на понятието „медицинска сестра за първични здравни грижи“.

3.Приноси с предимно научно-приложен характер

3.1.Разработени са конкретни препоръки към съответни институции за адекватни сестрински интервенции относно промоция на здравето и профилактика на болестите.

БИБЛИОГРАФИЯ

1.Александрова М., А. Москов, Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, сп. „Сестринско дело“, 4, 2001.

2.Александрова М., Комуникация и комуникационни умения при обучението на медицински сестри, КОНТАКТ, изд. „ТЕМТО“ С., 2007

3.Александрова, М., Стратегии и технологии в непрекъснатото обучение медицинските сестри, КОНТАКТ, изд. „ТЕМТО“ С., 2007.

4.Александрова, М., Съвременни тенденции в обучението на медицински сестри, С., 2007.

5.Александрова, М., „ Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри’’ – Съвременното образование- мисия и визия. Унив. Издателство „ Неофит Рилски’’, Благоевград, 2010

6.Александрова, М., Отношение на медицинските сестри към формите и методите на непрекъснатото обучение. Пета международна научна практическа конференция: „Преподаване, учене и качество във вишето образование’’. „ Националната стратегия за висше образование и пазарът на труда в България’’, Правец, 13-14 юни 2008г.

7.Александрова, М., Обучение на медицинските сестри на работното място. 120 години университетска педагогика. Между традицията и новите реалности. Университетско издателство „Св. Климент Охридски’’, 2008, С.,

8.Актуални аспекти на общата медицинска практика, под редакцията на Л. Деспотова- Толева, Пловдив, 2009 г.

9.Апостолов М., Иванова П., История на медицината и сестринството. „Горекс Прес”, София, 1998 г.

10.Апостолов М. П. Иванова Христоматия по история на медицината КСМОЗ, С., 1995

11.Борисов, В. и кол., Промоция на здравето, С., Арсо, 1999.

12.Борисов, В., Ц. Воденичаров, Процеси на интеграция и диференциация в съвременното здравеопазване, С., 2001.

13.Борисов, В. и кол. Ново обществено здравеопазване, С., 2001.

14.Борисов, В. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт. Горекс Прес, София, 2009.

15.Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. Филфист, София, 2006.

16.Борисов В., Промоция на здравето - Велико Търново, „Наука”, 1993 г.

17.Борисов В., Медицинската сестра в управлението на здраве-опазването. В-к „Форум медикус” бр. 8, 1994 г.

18.Борисов, В., Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа, София, 2000.

19.Борисов В., Синтетична социална медицина. Учебен конпендиум. София, 1999 г.

20.Борисова, Б. Причини за пропуски в дейността на ОПЛ според мнението на пациентите, Здравна политика и мениджмънт, т. 13,1, 2013.

21.Борисов, В. Специалистът по здравни грижи в управленския процес. – В: Социална медицина. Колектив: В. Борисов, К. Юрукова, Ц. Воденичаров, С. Попова, С., Акар ПРИНТ, 2004, 125-127.

22.Воденичаров, Ц. Първично здравно обслужване В: Социална медицина, учебник, С., Горекс Прес, 2001, с. 99.

23.Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. Симелпрес, София, 2010.

24.Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. ДАК, София, 2003.

25.Воденичаров, Ц., С. Попова. Социална медицина. Еко Принт, София, 2009.

26.Воденичаров Ц. М. Митова, Л. Гатева, Медицинска етика, изд. Мнемозина, С., 1995

27.Воденичаров Ц. В. Нишева, Л. Гатева и съавт., Ръководство по медицинска етика. ГорексПрес, С., 1997

28.Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, ДАК, С., 2003

29.Въведение в общата практика - под редакцията на Уилям Бетц и Л. Иванов, МЗ и програма ФАР, „Спектър", София, 1998 г.

30.Горанов М. и съавт., Основи на общата медицина, Абагар, 2001, 215-230с.

31.Грънчарова Г., Социална медицина 2004

32.Грънчарова Г., Управление на здравните грижи. Изд. център на МУ Плевен, 2005, 301с.

33.Грънчарова, Г., С. Александрова, Анжелика Велкова. Медицинска етика, ВМИ-Плевен, 2001.

34.Давидов, Б., Измерване на здравето на населението: същност, подходи, показатели, приложение, изд. „Отворено общество", С., 2003.

35.Димитров, И., Основи на научните проучвания в медицината: методика и методология, Пловдив, 2007.

36.Димитрова, Д., Достъп на населението в ПМП, Дисертация, Пловдив, 2009.

37.Закон за висшето образование, ДВ, бр. 27/ 1995 г.

38.Закон за здравето ДВ. бр. 85/2000 изм. бр. 88/2005г. изм. бр. 76 / 2005

39.Закон за здравното осигуряване. Обн. ДВ., бр. 70 от 19 юни 1998.

40.Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 62/ 1999 г.; бр. 108/ 2000 г.

41.Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, ДВ, бр. 83/1998 г.

42.Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. ДВ. бр. 46/03.06.2005г.

43.Здравната реформа в България - 1 част, под редакцията на М. Попов, МЗ и програма Фар, Македония прес, 1998 г.

44.Здравната реформа в България - 2 част, под редакцията на М. Попов, МЗ и програма Фар, Македония прес, 1998 г.

45.Златанова, Р., Организационни проблеми в дейността на ОПЛ, Дисертация, С., 2006.

46.Иванов, Г., Д. Димитрова, Въведение в общата медицина и общата медицинска практика, Изд. къща „Жанет“, Пловдив, 2010.

47.Кръстева, Н. Сестрински процес – същност, функции, етапи. – Соц. мед., 2001, №1, 34.

48.Маринова, П., Съвременната медицинска сестра, Изд. Нов Ден, 2001.

49.Маринова П. Конфликти в здравеопазването изд. Тодоров – Враца, 2002, 85с.

50.Маринова, П. Професионална адаптация и възможности за професионална кариера на медицински сестри, С., 1999.

51.Маринова, П. Направления в кариерата на медицинските сестри, Социална медицина, С., 4, 1999.

52.Маринова, П. Професионална компетентност и компетенции /Технологични насоки за изработване на компетенциите на специалистите по здравни грижи/, Здравен мениджмънт, 2004, 2, 25-28.

53.Маринова, П., Г. Янкова, Внедряване на Нърсинг процес – необходим приоритет в българското здравеопазване, медицински меридиани, 3, 2010.

54.Маринова, П., Организационни и структурни аспекти на домашните грижи, Изд. Горекс Прес, С. 2013.

55.Маркова Ст., Статус и проблеми на сестринството в Република България. Сп. Здравни грижи, бр.3, 2005г.

56.Митова М. и Стойчева М. Работа на медицинската сестра в екип - морални проблеми, сп "Сестринско дело", XXVII, 6, 1995 г. с 21-25

57.Младенова, С., Здравно образование, Изд. Артик, С., 2009.

58.Младенова, Г. Маркетингови анализи. Тракия-М, София, 2000.

59.Национален рамков договор 2011/2012

60.Наръчник на участъковия лекар. Под ред. На Проф. Е. Гъбев и Проф. Г. Стефанов, С. 1997

61.Наръчник за работа на медицинската сестра в извънболнична помощ, под редакцията на К. Юрукова и програма ТЕМПУС, изд."Филвест", София 2000 г.

62.Ново обществено здравеопазване, под редакцията на Борисов В., Глутникова Зл., Воденичаров Ц. Програма Фар, проект "Обучение по обществено здравеопазване", изд. "Аквафика", София 1998 г.

63.Обществено здраве, под ред. К. Юрукова, Изд. Торекс Прес, С., 2001

64.Основи на общата медицина, под редакцията на М. Горанов, Университетско издателство; Плевен, 2001г.

65.Основи на общата медицинска практика, под редакцията на Е. Шипковенска и Дж. Джолис, "Отечество", София 1998 г.

66. Петрова, Г. Промоцията на здравето, Фабер, Велико Търново, 2000 г.

67.Попова, С. Развитие на сестринството – приоритетни въпроси. – В: Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, 2001, 7-12.

68.Попова, С. Социалната роля на медицинската сестра. – МП Сестр. дело, 28, 1996, №1, 12-14.

69.Попова, С. Хронична болест и промоция на здравето. – В: Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. С., Гореск Прес, 2001, 34-41.

70.Попова, С. комуникация в сестринството – бариери за ефективна комуникация. – В: комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, 2001, 63-70.

71. Попова С., Социално етични измерения на здравния мениджмънт. ДАК С., 2005г.

72.Социална медицина (за студенти по медицина), под редакцията на В. Борисов, Зл. Глутникова, К. Юрукова, София 1994 г.

73.Стамболова Ив., Организационни аспекти на дейността на медицинската сестра от извънболничната помощ, сп. Спец. медицина, бр. 4 2003, 28-29с.

74.Стамболова, Ив., Организационни аспекти на сестринските грижи в първичната медицинска помощ, дис.; София, 2006 г.

75.Стамболова, Ив., Мениджмънт и етика в общата медицинска практика, София, 2008г.

76.Стамболова Ив., М. Александрова, Участие на медицински специалисти в проект за преструктуриране на ПМП в България, сп. Сестринско дело, бр. 4 2001, 26-28

77.Стамболова, Ив., Г. Чанева. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. – В: Управление на здравните грижи. Под ред. С. Попова, С. Филвест, 200, 79-83.

78.Стамболова, Ив., Г. Чанева. Качества и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. – В: Управление на здравните грижи. Под ред. С. Попова, С., Филвест, 2003, 94-100.

79.Стамболова, Ив., Г. Чанева. Автономност и отговорност в сестринската практика. – МП – Сестр. дело, 33, 2001, № 2, 8-12.

80.Стамболова, Ив., П. Цонов, Г. Чанева. Протокол за здравни грижи – средство за качествени здравни грижи. – Соц. мед., 2001, №1, 35-36.

81.Стамболова, Ив., Промоция на първите бакалаври по здравни грижи, сп. „Сестринско дело“, С., 1998.

82.Стамболова, Ив., Мениджмънт на етика в общата медицинска практика, С., 2008.

83.Стамболова, Ив., Г. Чанева. Управление на здравните грижи. Учебно-практическо ръководство. Филвест, София, 2003.

84.Стойчева М., Съвременни концепции и перспективи на сестринството и новата роля на медицинската сестра, сп. Асклепий, С., 2000, 69с.

85.Съвременна епидемиология, под редакцията на Невена Фесчиева, изд. "Конквиста", Варна, 1997 г.

86.Тончева С, Образователни, организационни и социални аспекти в дейността на медицинските сестри в ПМП, Дис. Варна, 2001 г.

87.Тончева С., Загорчев П., Цветкова Т., Борисова С. Наръчник за медицински сестри в извънболничната помощ, С., ГорексПрес, 2000, 129с.

88. Тончева, С.; П. Загорчев; С. Борисова, Първичната здравна помощ.

89.Тулчински, Т., Ел. Варавикова, Ново обществено здравеопазване, Въведение в XXI век, Варна, 2007.

90.Хендерсон В., Основни принципи на сестринските грижи - международен съвет на сестрите, Изд. Център ВМИ Плевен, 2003, 9с.

91.Хилл, Н., Б. Сельф, Г. Роше. Измерения удовлетворености потребителя по стандарт, ИСО 9000-2000. Технологии, Москва, 2004

92.Чамов, К., Роля и място на медицинската сестра в условията на съвременния мениджмънт, сп. „Социална медицина“, Л, 2002.

93.Чанева, Г., Ив. Стамболова, Управление на здравните грижи, Учебно-практическо ръководство, под ред. С. Попова, Филвест, С., 2003.

94.Чанева, Г., Ив. Стамболова, Промотивни и превантивни грижи в извънболничната помощ, Обществено здраве, под ред. К. Юрукова, изд. Горекс Прес, С., 2001.

95.Чанева, Г. Наръчник за качеството на здравните грижи. София.

96.Шипковенска, Ел. и кол, Приложна епидемиология и медицина, базирана на доказателства, Делфи, С., 2002.

97.Шипковенска, Е. и кол. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства. Филвест, София, 2008.

98.Шипковенска Е., И. Джолис, Основи на общата медицинска практика, изд. Отечество, С., 1998, 139с.

99.Шопова, К., Социално-медицинският подход в първичната медицинска помощ, Филвест, С., 2002.

100.Янкова, Т. и кол. Потребителска удовлетвореност и лоялност в циментовата индустрия. Годишник, Икономически университет –Варна, том. 73, 2001.

101.Abrams, R. Monitoring quality buids capacity. – In Nursing productivity: The Hospital's Key to Survival and Profit. Chicago, Roxane Spitzer, S-N Publications, 1986

102.Aiken, L. H., S. P. Clarke et D. M. Sloane. Hospital staffing, organizational support, and quality of care: cross-national findings. – Int. J. Qual. Health Care, 14, 2002

103.Ames, A., J. M. Perrin. Collaborative practice: The joining of two professions. – J. Tenn. Med. Assoc., 73,1980, №8

104.Arthur, D. Measurement of the professional self-concept of nurses: developing a measurement instrument. – Nurse Educ. Today, 15, 1995

105.Arthur, D. et al. Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of Registered Nurses in eleven countries. – Int. J. Nurs. Studies, 36, 1999, №5

106.Attree, M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of good and not so good quality care. – J. Adv. Nursing, 33, 2001, №4

107.Beckmann, U., I. Baldwin, M. Durie, A. Morrison and L. Shaw. Problems associated with nursing staff shortage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study – Anaesth. Intensive Care, 26, 1998

108.Bednash, G. The decreasing supply of registered nurses: inevitable future or call to action? – JAMA, 283, 2000, №22

109.Beeken, J. E. The relationship between critical thinking and self-concept in staff nurses and the influence of these characteristics on nursing practice. – J. Nurs. Staff Dev., 13, 1997, №5

110.Bernardin, H. J., R. W. Beatty. Performance Appraisal: Assessing Human Behavior at Work. Boston, Kent, 1984

111.Berthou, A. Outils de mesure de la charge en soins infirmiers. IFG, 1995

112.Black, M. A., Medical nursing. 2 edit., Pennsylvania, Sprighouse Corporation, 1995

113.Blaney, D., C. Hobson. Cost-effective nursing practice. Philadelphia, 1988

114.Blaney, D., C. Hobson. Development and psychometric analysis of a scale to measure attitude toward cost effectiveness in nursing. – In: Measurement of Nursing Outcomes. Eds.: C. F. Waltz, O. L. Strickland, NY, Springer, 2001

115.Blaney, D., C. Hobson, J. McHenry. Improving the cost effectiveness of nursing practice in a hispotal setting. – J. Contin. Educ. Nura., 19, 1988

116.Boyle, K. Power in nursing: a collaborative approach. – Nurs. Outlook, 32, 1984, №3

117.Brayant, R., M. Graham, T. Tigar. Advanced practice nurs: a study of client satisfaction. – J. Am. Acad. Nurs. Pract., 14, 2002, №2

118.Callahan, D., Promoting healthy: How much freedom? Whose responsibility? Washington DC: Georgetown University Press, 2000.

119.Carrol, S. J., C. E. Schneier. Performance Appraisal and Review Systems. Glenview, IL, Scott, Foresman, 1982

120.Clark, K., L. B. Normile. Critical care admissions criteria in community based hospitals: a pilot study with implications for quality management. – J. Nurs. Care Qual., 15, 2000, №1

121.Cowin, L. Measuring nurses' self-concept. – West. J. Nurs. Res., 23, 2001

122.Creasia, J., B. Parker. UInstructor's manual for Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice. Mosby – Year Book, 1991

123.Curtin, L. Nursing in the year 2000: Learning from the future. – Nurs. Man., 17, 1986

124.Dracup, K. Critical care nursing. – Ann. Rev. Nurs. Res., 5, 1987

125.Dufuor, O. Diagnostic et clinique infirmiere pour la qualite des soins. – In: Actes des journee d'etude. Luxembourg, 1998

126.Edgerton, S. Philosophical Analysis. – In: Paths to knowledge: Innovative Research Methods for Nursing. NY, National League for Nursing, 1988

127.Feldstein, P. The market for registered nurses – In: Health care economics. 3rd ed., Delmar Publishers Inc., 1988

128.Fink – Aaron, S. et al. Improvement program in non-veterans administration hospitals: initial demonstration of feasibility. – Ann. Surg., 236, 2002, №3

129.Formarier, M., G. Poirier-Coutansais, Initiation a la recherché en soins infirmiers. Paris, Lamarre-Poinat, 1988

130.Gordon, M., Nursing diagnosis: process and application. 2nd ed., McGraw-Hill Book Company, 1987

131.Guide PLAISIR. EROS, 1993

132.Hakel, M. D. Personal selection and placement. – Ann. Rev. Psychol., 37, 1986

133.Health care reforms. The Ljubljana Charter on reforming health care – Health Care Trans., 1, 1997, №3

134.Hemsley – Brown, J. et N. H. Foskett. Career desirability: young people's perceptions of nursing as a career. – J. Adv. Nurs., 29, 1999

135.Higgins, E. T. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. – Psichologic. Rev., 94, 1987

136.Hobson, C. J., F. W. Gibson. Capturing supervisor rating polices: a way to improve performance appraisal effectiveness. – P{ersonnel Admin, 29, 1984, №3

137.Hobson, C. J., R. B. Hobson, J. J. Hobson. Why managers use criticism instead of praise. – Superv. Manage., 30, 1984, №3

138.Hospital discharges fall below 150 per 1000. Washington, Actions on Health, 1986

139.Jacobs, Ph., G. Deloughery. Economivs of health care. – In: Issues and trends in nursing. Grace Deloughery. St. Louis, Mosby Year Book, 1991

140.Johnson, J. E. The nursing shortage: from warning to watershed. - Appl. Nurs. Res., 13, 2000

141.Kenney, J. The evolution of nursing science and practice. – In: Issues and trends in nursing. Grace Deloughery. St. Louis, Mosby Year Book, 1991

142.Knafl, K., K. Cavallari, Di. Dixon. The Organizational Context of Nursing Care. – In: Pediatric Hospitalization: Family Nurse Perspectives. Scott Foresman and Company, USA, 1988

143.Kovner, Ch., Ch. Jones, Ch. Zhan, P. Gergen, J. Basu. Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U. S. hospitals, 1990-1996. – Health Serv. Res., 37, 2002, №3

144.La methode SIIPS. Paris, Lamarre, 1999

145.Larrabee, J. H., L. V. Bolden. Defining patient-perceived quality of nursing care. – J. Nurs. Care Qual., 16, 2001, №1

146.Latimer, J., M. Spubler-Gaugban. Quality assurance and Riske Management. – In: Management Issues in Critical Care. Ed.: C. Birdsall. St. Louis, Mosby Year Book, 1991

147.Leddy, S., J. Mae Pepper. Conceptual Bases of Profesional Nursing. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1989

148.Nursing research – Princeps and methods, Philadelphia 1983

149.Oliver R. L. A Cognitive model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research, 1980.

150.Sovie, M., A. Jaward. Hospital restructuring and it's impacts on outcomes: nursing staff regulation are premature. – J. Nurs. Administrat., 31, 2001, №12

151.Spitzer, R. Nursing productivity: the hospotal's key to survival and profit. Chicago, Illinois, S-N Publications, 1986

152.Strasen, L. Key Business Skills for Nursing Managers. Philadelphia, JB Lippincott, 1987

153.World Health Organization. Nursing standards: toward better care. – In: Guidelines for standards of nursing practice. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984

154.www.aar-site.org

155.www.ahrq.gov

156.www.alternativi.unwe.acad.bg/brl 3/3.doc

157.www.anaes. Fr

158.www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

159.www.escape infirmier. Com

160.www.euro.who.int/document/e82997.pdf

161.www.icn.ch

162.www.nsoplb.org/files/gmp/GMP_GPs_last_END.pdf

163.www.nursingworld.org

164.www.sante.gouv.fr

165.www.who.int

166.www.science-spirit.com

Приложение 1.

АНКЕТНА КАРТА

за мнението на студенти

Уважаеми студенти, настоящото проучване има за цел да определи Вашата подготовка по Промоция на здравето, мотивацията и готовността Ви за работа в ПМП.

Запитването е анонимно. Моля, отговорете на въпросите откровено и ясно, като оградите избрания от Вас отговор или допишете.

Благодаря за участието!

Моля, посочете вашите

1.Възраст……..

2.Пол:

а)мъж;

б)жена.

3.Семестър на обучение:

а)V семестър;

б)VI семестър;

в)VII семестър;

г)VIII семестър.

4.В каква степен сте обучен за извършване на дейности по Промоция на здравето и Профилактика на болестите?

а)висока;

б)средна;

в)ниска.

5.Смятате ли, че това обучение е достатъчно?

а)да, напълно достатъчно;

б)не е достатъчно;

в)никак не е достатъчно.

6.Необходимо ли Ви е допълнително обучение?

а)да;

б)не;

в)отчасти.

7.Къде според Вас трябва да се провежда това обучение?

……

8.Какво според Вас налага такъв вид обучение?

а)ниска информираност;

б)липса на информираност;

в)учебен план;

г)важно е подготовката ми.

9.Ходили ли сте на учебна практика при общопрактикуващ лекар?

а)да;

б)няколко дни;

в)не съм ходил изобщо.

10.Видели ли сте как се извършва здравно-промотивна и профилактична дейност?

а)да;

б)отчасти;

в)не.

11.Ако отговорът на въпрос 10 е „да” или „отчасти”, моля опишете точно какво наблюдавахте.

……

12.Посочете в коя област трябва да се разшири Вашето обучение?

а)промоция на здравето;

б)педагогика и методология;

в)практическа дейност;

г)друго……
……
……

13.Запознати ли сте с дейностите за полагане на „домашни грижи”?

а)напълно;

б)отчасти;

в)не съм запознат.

14.Ако отговорът на въпрос №13 е „напълно” или „отчасти”, посочете от къде сте усвоили вашите знания?

а)от лекции

б)от упражнения

в)от учебна практика

г)от друго място……

15.След дипломирането Ви, бихте ли работили като медицинска сестра за домашни грижи?

а)да, ще работя с удоволствие;

б)да, ако има такива;

в)само, ако не намеря друго работно място;

г)не, няма да работя в сферата на домашните грижи.

Приложение 2.

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми медицински сестри, настоящото проучване има за цел да установи Вашият принос в осъществяването на здравно-промотивни и профилактични дейности за пациентите в практиката, в която работите.

Благодаря за участието!

Запитването е анонимно. Моля, отговорете на въпросите откровено и ясно, като оградите избрания от Вас отговор или допишете.

Благодарим за участието!

1.Моля, посочете Вашата възраст ……

2.Моля, посочете Вашия пол

а)мъж

б)жена

3.Професионален трудов стаж

а)като медицинска сестра (години) …….

б)като медицинска сестра в ПМП

4.Вашето образование

а)средно специално

б)полувисше

в)висше – специалист

г)висше – бакалавър

д)висше – магистър

5.Колко е голяма практиката на ОПЛ, в която работите?

а)до 1000 души

б)от 1001 до 1500 души

в)от 1501 до 2000 души

г)над 2000 души

6.Каква е Вашата самооценка на удовлетвореност от заеманата позиция в ПМП?

а)доволна

б)по-скоро доволна

в)задоволителна

г)недоволна

д)по-скоро недоволна

7.Общопрактикуващия лекар Ви е наел за участие в:

а)амбулаторни прегледи на пациентите

б)за домашни посещения на пациентите

в)за здравно-промотивна и профилактична дейност в практиката

г)друго

8.Имате ли желание да специализирате?

а)да, имам голямо желание

б)да, бих специализирал ако се наложи

в)нямам желание и не бих специализирала

г)не съм мотивирана да специализирам

д)не съм запозната със специализациите за медицинска сестра

9.Ако имате желание за специализация, каква специалност бихте избрали?

а)семейна медицинска сестра

б)сестра за социални дейности

в)медицинска сестра за домашни грижи

г)медицинска сестра консултант по кърмене, здравословно и диетично хранене

10.Участвате ли в срещи, конгреси, конференции и други форми на системата за продължаващо медицинско обучение с оглед повишаване на своята професионална компетентност?

а)да

б)не

в)от части

11.Запознати ли сте с Наредба №39/2004 за профилактичните прегледи и диспансеризацията?

а)да

б)не

в)от части

12.Осигурявате ли достатъчна и приемлива за пациентите информация как да опазват своето здраве?

а)да

б)не

в)от части

13.Остава ли Ви достатъчно време за здравно-промотивни и профилактични дейности?

а)да, разполагам с време за всичко

б)не, нямам време

в)от части, понякога съм много натоварена

14.Извършвате ли домашни посещения съвместно с ОПЛ на болни, с трудно лечими и нелечими заболявания?

а)да

б)не

15.Работите ли съвместно с институции, неправителствени организации, здравни заведения, които предлагат медицински грижи в домашни условия?

а)да

б)не

в)няма организации, които да предлагат такъв вид услуга в моето населено място

15.Нуждаете ли се от специална подготовка, за да работите в областта на промоция на здравето?

а)не, не се нуждая, чувствам се добре подготвена

б)да, нуждая се от такава подготовка, имам малко познания

в)нуждая се подготовка, нямам познания

16.Мотивирани ли сте да осъществявате здравно-промотивна дейност в своята работа?

а)да

б)не

в)от части

17.Смятате ли, че има качествени здравно-промотивни дейности в ПМП?

а)да, много добри

б)добри

в)задоволителни

г)лоши

18.Смятате ли, че населението има необходимите познания по отношение промоция на здравето и профилактика на заболяванията?

а)да

б)не

в)нямам мнение

19.Прилагате ли холистичния подход в своята дейност, т.е. да получавате или използвате соматична, психична и социална информация при определяне на своите решения и действия?

а)да

б)да, постоянно

в)не

г)по-скоро не

20.Работите ли по здравни програми с ОПЛ за подобряване здравето на населението?

а)да, по програма ……

б)не работим по програми

в)не, търсим програми

г)кандидатстваме с партньорски организации

21.В условията на амбулаторна практика провеждате ли обучение на пациентите във връзка с превенция на Социално-значими заболявания?

а)да, провеждаме обучение

б)бегло информирам пациентите

в)не обучавам пациентите

г)лекарят обучава пациентите

22.Какви трудности срещате при изпълнението на сестринските си функции?

а)недостатъчни финансови средства и инвестиции

б)ограничени възможности за квалификации и обучение

в)недостатъчно медицинско оборудване и печатни нагледни материали

23.Вашите теоретични знания достатъчни ли са да ги прилагате в практиката?

а)да

б)не

24.Как определяте значимостта на дейностите по Промоция на здравето и профилактика на заболяванията, които Вие трябва да изпълнявате?

а)като важна задача от ежедневната дейност

б)като една от важните задачи

в)не е приоритет

25.Какво е Вашето мнение за необходимостта от книга за оплаквания и благодарности?

а)желателно

б)задължително

в)това не е необходимо

г)не ме интересува

д)нямам мнение

26.Посочете проблемите, които най-често срещате във Вашата дейност (може и повече от един отговор)

а)здравно-промотивни

б)профилактични

в)комуникативни

г)организационни

д)правно-етични

27.Какви дейности най-често Ви възлага ОПЛ?

а)здравна промоция

б)профилактична дейност

в)грижи за хронично болни

г)домашни грижи

д)дейности, свързани с приоритетни програми

28.Какви са според Вас най-честите здравни потребности на населението?

а)здравно обучение и възпитание

б)водене на разговор с цел здравно консултиране

в)посещения в дома по определен здравен проблем

г)качествени здравни грижи

д)профилактика

е)други

29.Имате ли някаква информация как се извършва промоция на здравето в други европейски страни?

а)да

б)не

30.Смятате ли, че лекарите биха могли да определят Вашата здравно-промотивна дейност в ПМП като автономна

а)не е възможно

б)не мога да преценя

в)да, след допълнително обучение

г)да, ако се определи пакет от дейности от медицинската сестра в ПМП

31.Според Вас медицинската сестра необходима част ли е от задължителния екип на ОПЛ

а)да, задължително

б)не е необходима

в)не мога да преценя

Приложение 3.

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми лекари, настоящото проучване има за цел да установи прилагането във Вашата практика на здравни дейности, свързани с промоция на здравето и профилактика на заболяванията на Вашите познати.

Запитвнането е анонимно. Моля, отговорете на въпросите откровено и ясно, като оградите или допишете своя отговор.

Благодарим за участието!

1.Моля, посочете Вашата възраст…….г.

2.Моля, посочете Вашия пол:

а)мъж;

б)жена.

3.Професионален (трудов) стаж:

а)като лекар (в години);

б)като ОПЛ (в години).

4.Вид на практиката:

а)индивидуална;

б)групова.

5.Разположение на практиката:

а)в град;

б)в село;

в)смесена (град и село).

6.Призната специалност:

а)обща медицина;

б)вътрешни болести;

в)педиатрия;

г)друга (посочете)…….

д)в момента специализирам Обща медицина.

7.С колко медицински специалисти работите!

а)без медицинска сестра (акушерка);

б)с една медицинска сестра (акушерка);

в) с две и повече медицински сестри (акушерки).

8.Съвпадат ли предварителните Ви очаквания в здравната система със сеташната ситуация?

а)съвпадат напълно;

б)до известна степен съвпадат;

в)не съвпадат.

9.Брой пациенти в листата на Вашата практика:

а)до 1000 пациента;

б)от 1001 да 1500 пациента;

в)от 1501 до 2000 пациента;

г)над 2000 пациента.

10.Какви дейности най-често използвате за предпазване и укрепване здравето на пациентите?

……

11.Знаете ли какво е Промоция на здравето и какви дейности включва?

а)да……. включва……

б)не

в)отчасти

12.Заподнати ли сте с Наредба №39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията?

а)да, напълно;

б)отчасти;

в) не съм запознат/а.

13.С кого извършвате здравно-промотивна и профилактична дейност?

а)самостоятелно;

б)с помощта на медицинска сестра;

в)със специално обучен екип.

14.До каква степен се чувствате подготвени за извършване на здравно-промотивна дейност?

а)отлично;

б)много добре;

в)добре;

г)задоволително;

д)не се чувствам подготвен.

15.Къде получихте здравни знания и умения по промоция на здравето?

а)вУниверситета по време на обучението ми;

б)в следдипломни специализации;

в)самостоятелно /самообучение/;

г)в квалификационни курсове.

16.Къде извършвате здравно-промотивната си дейност във Вашата практика?

а)в лекарския кабинет;

б)в специално обособен кабинет;

в)в дома на пациента.

17.Кое Ви мотивира да извършвате профилактични прегледи /може да посочите до два отговора/

а)проверките от РЗОК;

б)заплащането на преминал пациент;

в)грижа за здравето на хората;

г)любовта към моята професия;

д)не се чувствам мотивиран.

18.Считате ли, че времето определено за здравно-промотивна и профилактична дейност е достатъчно?

а)да, напълно;

б)не винаги ми стига

в)не, не е достатъчно.

19.Какво считате, че е най-важно и съществено като дейност във Вашата практика? Можете да посочите повече от един отговор.

а)поставяне на точна и бърза диагноза;

б)извършване на дейности по промоция на здравето и превенция на болестите;

в)оказване на качествена здравна грижа;

г)прилагане на адекватно лечение;

д)пълноценна комуникация с пациенти и колеги;

е)друго /моля, посочете!/ ……..

20.Чувствате ли необходимост от специално обучен екип за извършване на здравно-промотивна и профилактична дейност във Вашата практика?

а)да;

б)не;

в)не мога да преценя.

21.Смятате ли, че извършвате ефективна здравно-промотивна дейност на пациентите от Вашата листа?

а)да,напълно;

б)отчасти;

в)не;

г)не мога да преценя.

22.Кой може според Вас да извършва дейности по промоция на здравето?

а)лекар;

б)лекар и медицинска сестра;

в)може да се извършва изцяло от медицинската сестра;

г)друго ……

23.Необходимо ли е според Вас допълнително финансиране на практиката Ви за извършваната здравно-промотивна и превантивна дейност?

а)да, задължително;

б)не е задължително;

в)може да се използват само средствата отпускани досега;

г)друго /посочете!/ ……

24.Как според Вас трябва да се променят дейностите по промоция на здравето и превенция на болестите, за да станат по-ефективни?

а)да се разшири обхвата на профилактичните прегледи;

б)да се разшири обхвата на параклиничните изследвания /вкл. туморни маркери/;

в)да се разшири обхвата на образните изследвания;

г)да се въведе допълнително стимулиране на ОПЛ при обхващане на по-голям брой пациенти в програмите за промоция на здравето и превенция на болестите;

д)да се включат специализирани профилактични прегледи /напр. гинеколог, офталмолог и др/;

е)да се създадат специализирани екипи за промоция на здравето и превенция на болестите със заплащане от НЗОК;

ж)друго ……

25.Как и с какво може да се подобри здравето на пациентите във Вашата практика?

……
……
……..

26.Работите ли по някакви програми за здравна промоция?

а)да, работя по програми на ……..

б)не, не работя;

в)не се интересувам от програми;

г)кандидатствам с други организации със сходни дейности.

27.имате ли самостоятелно изработена програма за провеждане на здравна промоция във Вашата практика?

а)да, имам;

б)не, нямам;

в)в момента подготвям такава.

28.Считате ли за необходимо медицинската сестра, която работи при Вас да има придобита специалност и каква? /Може да посочите повече от един отговор/

а)лична (семейна) медицинска сестра;

б)медицинска сестра за домашни грижи;

в)медицинска сестра за социални дейности;

г)медицинска сестра – консултант по кърмене, здравословно и диетично хранене;

д)не е необходимо да има специалност;

е)не съм запознат със специалностите и специализациите за медицински сестри.

29.Достатъчен ли е броят на медицинските сестри, работещи при Вас, за осъществяване на здравно-промотивни дейности, спрямо броя на пациентите в пракитката?

а)да, достатъчен е;

б)не е достатъчен, нужни са повече, за да я организирам по-добре;

в)мога и сам/а да работя.

Приложение 4.

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми, г-жо/ господине,

Обръщаме се към Вас с молба да споделите впечатлението и мнението, като попълните тази анкетна карта. Моля, отговорете на зададените въпроси, като заградите верния според Вас отговор. Уверяваме Ви, че анкетата е напълно анонимна!

Благодаря за вниманието!

1.Пол

а)мъж

б)жена

2.Възраст

а)до 20 г.

б)21-40 г.

в)41-60 г.

г)над 61 г.

3.Образование

а)основно

б)средно

в)висше

4.Имате ли достатъчно информация за промоция на здравето и профилактика на болестите?

а)да, имам

б)не, нямам

в)от части

5.Ако отговорът на 4. въпрос е „да“, посочете източника на информацията

а)ОПЛ

б)медицинската сестра

в)медиите

г)приятели

д)семейството

6.При организиране и провеждане на здравно обучение с цел подобряване здравния статус на населението, бихте ли участвали?

а)да

б)не

в)нямам мнение

7.По какъв повод най-често посещавате Вашият общопрактикуващ лекар?

а)остро заболяване

б)хронично заболяване

в)временно неразположение

г)друго

8.Вашият общопрактикуващ лекар уведомява ли Ви за профилактичните прегледи?

а)да

б)не

в)понякога

9.В каква степен сте удовлетворени от качеството на предоставените медицински услуги от Вашия личен лекар?

а)много удовлетворен

б)удовлетворен

в)неудовлетворен

г)много неудовлетворен

д)нямам мнение

10.Как определяте достъпа до медицински услуги при Вашия личен лекар?

а)много лесен

б)лесен

в)труден

г)много труден

д)нямам мнение

11.Вашият общопрактикуващ лекар извършвал ли Ви е профилактичен преглед?

а)да

б)колко пъти годишно

в)не, не ми е извършвал

г)не зная за какво става въпрос

12.Вие сте били на профилактичен преглед при Вашия личен лекар и прегледът е бил:

а)задълбочен

б)формален

в)не съм бил на профилактичен преглед

13.Според Вас от кого трябва да се извършва профилактичния преглед?

а)от лекаря

б)от медицинската сестра

в)от лекаря и медицинската сестра

г)от специално обучен екип

д)от други лица

14.Според Вас необходими ли са профилактичните прегледи?

а)да, много необходими

б)от части

в)не са необходими

г)никак не са необходими

15.Удовлетворени ли сте от предоставените Ви здравно-промотивни и профилактични грижи?

а)да, много

б)да

в)не съм удовлетворен

г)нямам мнение

16.Как преценявате професионалните компетенции на Вашият личен лекар?

а)много високи

б)високи

в)не са високи

г)ниски

д)нямам мнение

17.По време на посещение при личния лекар как определяте поведението на медицинската сестра към Вас?

а)изключително внимателна

б)внимателна

в)невнимателна

г)груба е

д)нямам мнение

18.Какво е Вашето мнение за отзивчивостта и настроението, което поддържа медицинската сестра при разговор с Вас?

а)винаги оптимистично

б)по-често оптимистично

в)винаги безразлично

г)по-често безразлично

д)винаги песимистично

е)по-често песимистично

19.Каква е Вашата оценка за начина на обяснение на медицинската сестра, свързано с дейността по промоция на здравето и профилактика на болестите?

а)винаги Ви обяснява подробно

б)рядко Ви обяснява подробно

в)обяснява Ви набързо

20.Посочете кои според Вас са основните причини за пропуски и грешки в дейността на медицинската сестра (моля, дайте Вашата оценка в степен от 1 до 3, като 1 е най-слабо проявена причина, а 3 – най-силно проявена причина)

а)не добра организация на сестринския труд	1	2	3
б)напрежение и умора на медицинската сестра	1	2	3
в)условия за професионален риск	1	2	3

21.Сменяли ли сте личния си лекар?

а)да, сменял съм го

б)не, никога не съм го сменял

22.Налагало ли се е да имате нужда от посещение на медицинско лице в домашни условия?

а)да, налагало се е

б)не ми се е налагало

в)изключително рядко се случва

23.Запознати ли сте с т.нар. „домашни грижи“?

а)да, напълно

б)от части

в)не съм запознат

24.Смятате ли, че са необходими такъв тип грижи?

а)да, изключително много

б)необходими са понякога

в)не са необходими

г)нямам мнение по въпроса

Публикации и участия в научни форуми

свързани с дисертационния труд

1.Стефанова, К., Ив. Стамболова,,,Мнение на студенти специалност медицинска сестра за обучението по промоция на здравето“ сп. „Здравни грижи“, София, 2, 2013, 11-14

2.Стефанова, К., Мотивираност на студентите за обучение в домашни грижи“. Единадесета национална научна сесия за студенти и преподаватели. МУ – Плевен, 2013

3.Стефанова, К., П. Димитрова, „Удовлетвореност на пациентите от качеството на комуникация медицинска сестра-пациент“, Сборник доклади, Втора национална студентска сесия „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи“, Плевен 27-28.03.2014 г.

4.Стефанова, К., Ив. Стамболова. „Оценка на обучението по промоция на здравето при студенти специалност „медицинска сестра“. Science & Technologies, Volume IV, Number 1, 2014, Medicine, 256-258

5.Stefanova K., Mission, vision and functions of the nurse in primary medical care during the period of transiton, Jurnal of International Scientific Publications: Economy & Business, ISSN 1313-2555, Volum 8, 2014, 540-546