

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
Катедра „Здравни грижи”

Пепа Рашкова Бикова-Иванова

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

Автореферат

на

дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”
област на висшето образование 7. Здравеопазване и спорт
професионално направление 7.4. Обществено здраве
научна специалност ”Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

Научен ръководител: Доц. Иванка Стамболова дм
Рецензенти: Доц. Иванка Стамболова дм
Проф.д-р Веселин Борисов дм

София 2014

Дисертационният труд съдържа 173 страници и е онагледен с дванадесет таблици и тридесет и една фигури. Включени са пет приложения. Библиографическия списък съдържа 175 източника, от които 142 на кирилица, 19 на латиница и 15 електронни адреса.

Дисертационни труд е обсъден, одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи” на Факултет по обществено здраве при Медицински университет - София.

Публичната защита ще се състои на 23 октомври 2014 година във Факултет по обществено здраве; ул. „Бяло море” 8, гр София

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на Факултет по обществено здраве, МУ – София, ул. „Бяло море” 8, София; и са публикувани на интернет страницата на МУ – София.

научно жури:

Проф. Магдалена Александрова, дм

Доц. Иванка Стамболова, дм

Проф. д-р Веселин Борисов, дмн

Доц. д-р Недялка Кръстева, дм

Доц. д-р Коста Костов, дм

резервни членове:

Доц. Галина Чанева, дм

Доц. д-р Невяна Фесчиева, дм

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

Съдържание

Ключови думи и термини	5
Речник на използваните съкращения	6
1. Въведение- актуалност и значимост на проблема	7
2. Обобщен литературен обзор	8
3. Цел, задачи и методика на проучването	10
4. Анализ на резултатите от проучването	15
<i>4.1. Анализ на демографски показатели</i>	15
<i>4.2. Анализ на показатели за наличие на специализирана информация и обучение</i>	17
<i>4.3. Анализ на показатели характеризирани дейността на медицинската сестра</i>	27
<i>4.4. Анализ на показатели за качество на живот</i>	40
5. Заключение	48
6. Изводи	49
7. Препоръки	51
8. Приноси	52
9. Публикации свързани с дисертационния труд	53

Ключови думи и термини

Здравна грижа

Първична извънболнична медицинска помощ

Хронично болни

Социално значими заболявания

Домашни грижи

Терапевтично образование на пациенти

Сестрински процес

План на грижи

Обучение

План на обучение

Промоция

Превенция

Рехабилитация

Ресоциализация

Социално- здравен екип

Демографски показатели

Мотивация

Здравословен стил на живот

Здравно законодателство

Правни аспекти

Диагностично общуване

Документация

Речник на използваните съкращения

АПММП	Амбулатория за индивидуална практика за първична медицинска помощ
БДЧК	Българското дружество „Червен кръст”
БЧК	Български червен кръст
БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
ДКЦ	Диагностично Консултативните центрове
ЕС	Европейски съюз
ЕРБ	Европейското регионално бюро
ЗЗОЛ	Задължително здравно осигурено лице
ЛАК	Личната амбулаторна карта
МАКАТОН	езикова програма съчетаваща реч, жестове и символи
МЗ	Министерство на здравеопазването
МТСП	Министерство на транспорта и социалната политика
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НПК	Наказателно процесуален кодекс
НРД	Национален рамков договор
ОПЛ	Общо практикуващ лекар
ООН	Организация на обединените нации
ПМП	Първична медицинска помощ
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
Р.Е.С.С	Picture Exchange Communication System е форма на допълващи и алтернативни способности на комуникация, произведена от Pyramid Образователни консултанти
СЗО	Световната здравна организация
СПИН	Синдром на придобита имунна недостатъчност
СОП	специфични образователни потребности
СДО	след дипломно обучение
СЕЙН	Проект „Социални услуги в замяна на нови работни места“
ТОП	Терапевтичното образование на пациенти
DDASS (Direction departementale des Affaires sanitaires et sociales)	държавна областна администрация занимаваща се със санитарната, социалната и медико-социалната политика) Франция
CARPIMCO	е една от десетте професионални секции на автономна организация за пенсионно осигуряване на свободните професии. Франция
URSSAF (Union de recouvrement pour la securite social et les allocations familiale)	Фр
WhatsApp	– е-приставка за мобилен телефон

1. Въведение – актуалност и значимост на проблема

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

Демографските промени, икономическата криза и продължилата във времето реформа в здравеопазването изискват спешни мерки за повлияване на социално-здравни проблеми. Водещи причини за заболяемост и смъртност в страната, по данни от доклад на Научното дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт за 2006г са социално-значимите заболявания на сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания и захарен диабет. Например: Средната смъртност от исхемична болест на сърцето е 215 /100 000, а в някои области на страната смъртността достига до 384 / 100 000.

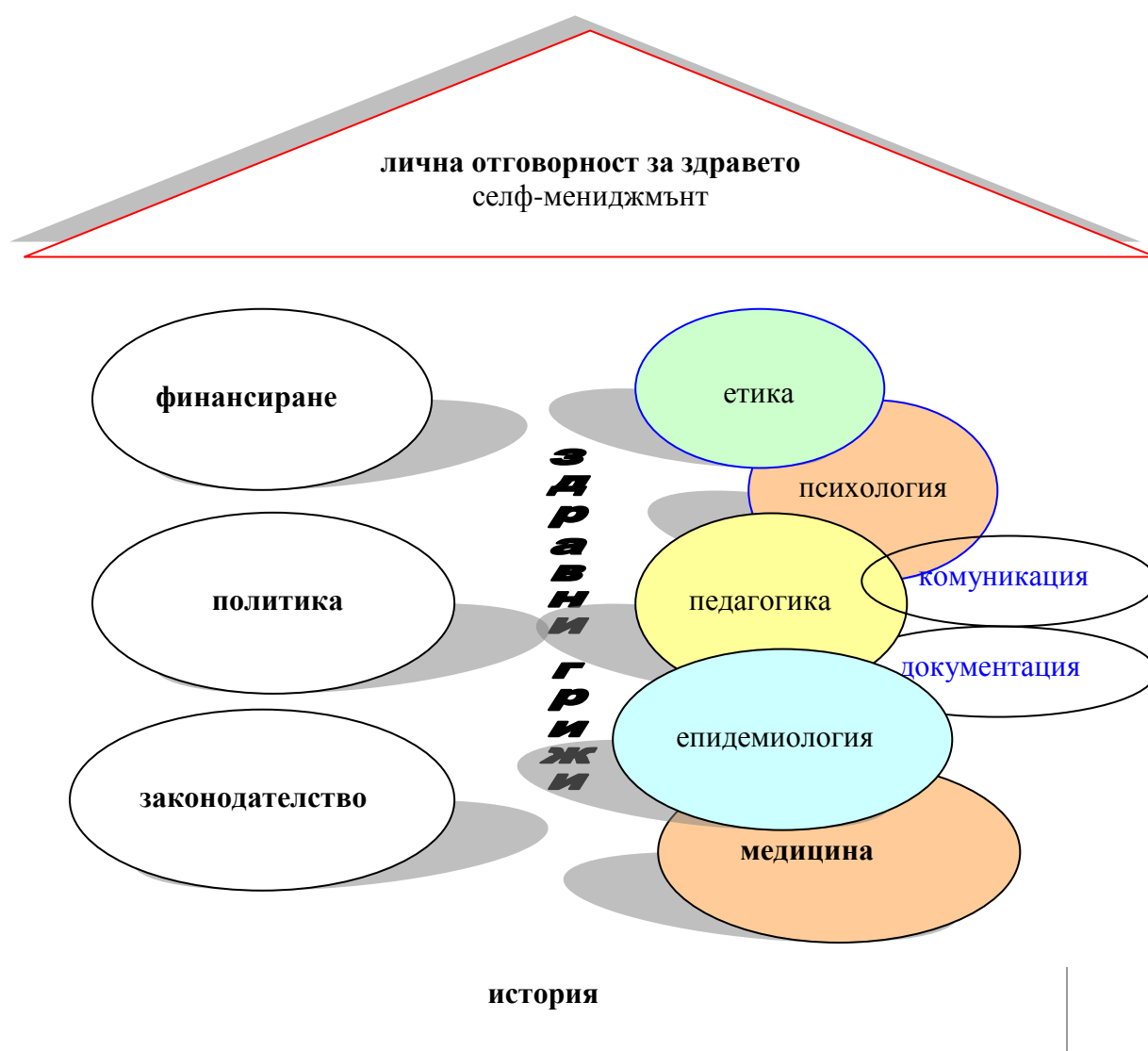
Увеличената преживяемост и продължителност на живот увеличава броя на хората, които трябва да живеят с тези заболявания, а това снижава качеството им на живот и поражда редица проблеми както от здравен така и от социален характер. Понижената работоспособност дава негативно отражение на икономическото състояние както на индивида, така и на икономиката като цяло. Намалената раждаемост, силната миграция, липсата на здрави семейни връзки, води до социална изолация и самотен живот на старини. Самотните старини съчетани с едно или няколко хронични заболявания правят проблема социално и икономически значим за всяко общество.

В световен мащаб здравеопазването е в голям дисбаланс, увеличават се разходите за лечение, намалява качеството на услугата, резултата не отговаря на повишените очаквания.

Световната здравна организация препоръчва умереното, но едновременно понижаване на кръвното налягане, холестерола, борба със затлъстяването и злоупотребата с тютюневи изделия ще намали смъртността на половина. Опити на страните от Европейският съюз и в световен мащаб показва, че мерките, които дават ефект са даване приоритет на Първичната здравна помощ и създаване на сестрински служби за работа в домашна обстановка като в екипа ще вземат участие специалисти на различно ниво и специалност: лекари, медицински сестри, здравни и лични асистенти, социални работници, психолози, педагози и др.

2. Обобщен литературен обзор

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



фигура 1 Организационен модел на здравните грижи в дома

На *фигура 1* схематично е представена организацията на здравните грижи. Основополагащ момент в съвременните грижи е историческия опит. Здравните грижи

отскоро се развиват като самостоятелен дял в медицинската наука, те са интегративна наука използваща научните опит и методика на медицината, епидемиологията, психологията, етиката и педагогика – разположени в дясната част на схемата. В работата на всички специалисти работещи в сферата на тези науки важен момент е вида и качеството на комуникация. Отчетността и контрола на извършената грижа изискват навременно и правилно документиране. В ляво на схемата са разположени „законодателство”, „политика” и „финанси”- това е макроикономическата среда, която гарантира политическа воля, законодателна рамка и финансова обезпеченост, за да има равнопоставеност и достъпни здравни грижи. В литературния обзор са разгледани по-подробно връзките и значението на тези компоненти с качеството на здравните грижи.

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

През последните тридесет години в световната медицинска практика навлезе нова терапевтична насоченост - Терапевтично образование на пациенти (therapeutic patient education - TPE), което цели да фокусира усилията в био - клиничната, психо-социалната и педагогическата области.

Според Световната здравна организация, терапевтичното образование на пациенти е предназначено да помогне на болните да придобият или поддържат уменията, които са им необходими за оптимално управление на живот с хронично заболяване.(162)

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

- според Incr EASI увеличеният брой на пациенти страдащи от хронични заболявания в развитите страни;
- Лечението на хроничните заболявания е различно от лечението на острите. Целта на лечение е да се поддържа задоволително здраве в дългосрочен план и да се избегнат усложнения при болестта чрез подобряване на качеството на живот.
- Насърчаване на личното участие на пациентите при избор на терапевтични стратегии и управление на тяхното заболяване;

Обучение на болногледачите, които често са поставени в затруднена ситуация от хроничната болест. (163)

Глава II - Цел, задачи и методика на проучването

2.1. Цел и задачи на изследването

Цел:

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

Задачи:

1. Анализ на епидемиологични данни за хронични и социално значими заболявания в България и страните от ЕС
2. Анализ на потребностите от информация и сестрински грижи за хронично болни лица в дома
3. Анализ на университетското обучение на медицинските сестри относно прилагане на грижи в домашни условия
4. Анализ на възможностите и нагласите на пациенти с хронични заболявания от обучение
5. Анализ на здравното законодателство и етичните норми в България относно възможности и регламентация за прилагане на сестрински грижи в дома
6. Анализ на европейския опит в прилагането на сестрински грижи за пациенти с хронични заболявания в дома
7. Разработване на програма за обучение на пациенти с хронични заболявания
8. Разработване на програма за обучение на медицински специалисти за извършване на грижи в дома за пациенти с хронични заболявания

2.2. Методика на изследването

Работна хипотеза:

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

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

Предмет на проучването

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

Обект на изследването

За обект на наблюдение на настоящото проучване определихме:

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

Логически единици на изследването

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

Технически единици на наблюдение

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

Характер и обем на проучването

В проучването са включени 901 лица разпределени както следва :

145 медицински сестри на случаен принцип работещи в четирите болници;

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

и 638 лица от цялата страна избрани на случаен принцип

Признаци на изследването

Признаци, при 1 и 2 логически единици:

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

Признаци при 3-та група логическа единица

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

Органи на наблюдение

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

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

Използвани са сътрудници - обучени лица за провеждане на анкетата.

Място и време на проучване

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

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

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

2.3. Източници за набиране на информация

- Нормативни документи

Закон за лечебните заведения

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

Закон за висшето образование

Кодекс на професионалната етика

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

Статистическа информация на НСИ и НЦЗИ

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

Методи:

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

1. **Документален метод** – използван е за набиране на информация относно епидемиологията на неинфекциозните, хронични болести, структурата и организацията на здравната помощ в дома на пациента, както и за изследване на здравното законодателство, етичните и правни норми на медицинската практика в домашна среда. За приложението на педагогическите принципи и методи за обучение на възрастни със специфичен здравен проблем, в изготвяне на индивидуален план за обучение и грижи в дома.
2. **Социологически метод** – използван за събиране на първична информация, обобщение и анализ на тази информация относно грижите за пациенти с хронични заболявания на медицинската сестра в дома на пациента. Проведена е пряка анонимна анкета със специално подготвени за целта въпросници, включващи открити, полуоткрити и закрити въпроси за проучване на мнението, отношението и оценките на анкетираните лица по изследваните признаци.
3. **Статистически метод** – Методите на анализ се диференцират в зависимост от броя на променливите величини, използвани в изследването, на еднофакторен и многофакторен анализ. Използвани са вариационен и алтернативен анализ на данни. Връзки и взаимодействия между две променливи – корелационен анализ и между две категорийни променливи.

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

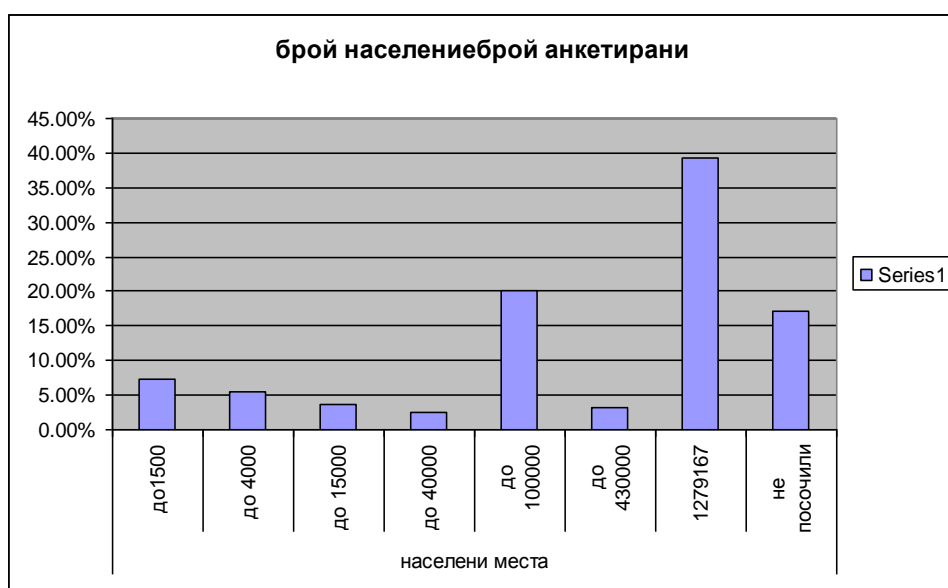
Глава III - Анализ на резултатите от проведено собствено проучването

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

1. за работещи в болница медицински сестри – анкетирани са 145 лица;
2. за пациенти при изписването им след болничен престой – анкетирани 118 човека и
3. за лица извън лечебните заведения избрани на случаен принцип – 638 човека.

3.1. Анализ на демографски показатели

Демографските показатели имат отношение към изследваните зависимости. Проучването е анонимно и е проведено на два етапа. През 2012 и 2014 година с 901 човека от 45 населени места избрани на случаен принцип. Населените места са групирани по брой население и показани в *таблица 1*. В изследването са включени две университетски и две многопрофилни болници в гр. София: Институт МВР; УМБАЛ „Александровска“; УМБАЛ „Св. Анна“; Първа МБАЛ.



Фигура 2 Населени места и брой анкетирани

Най- малкото населено място, в което са анкетирани хора е с. Желен с 208 жители. Анкетирани са лица от 11 населени места с население до 1500 жители. Подредбата на броя анкетирани по местоживееене и големина на населеното място е видно на *таблица 1* и е илюстрирано на *фигура 2*.

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

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

Таблица 1 Населени места и брой анкетирани

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

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

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

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

На *таблица 2* е илюстрирано възрастовият диапазон на анкетираните. Съпоставени са пациенти и условно наречени „здрави”. Възрастовата граница е широка. 36.44% от анкетираните лица - пациенти са над 65 годишна възраст, 6.74% от анкетираните „здрави” са в същата възрастова група, което е приблизително 10% от всички анкетирани. По данни от Световната здравна организация те се класифицират във възрастова група „стари” хора. Тази възрастова група се характеризира с полиморбидност и хронифициране на болестния процес.

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

Таблица 2. Възраст на респонденти

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

3.2. Анализ на резултатите на работещите в болница медицински сестри

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

Сестринската професия в съвременното общество се характеризира с следните задължения:

1. Осигуряване и ръководство на сестринската помощ;
2. Обучаване на болните и помощния медицински персонал чрез оценка на индивидуалните им знания и умения за поддържане и възстановяване на здравето.

3. Активно участие в медицинските екипи.

4. Развитие на сестринското дело чрез критично мислене и научни изследвания. (2)

Според Световната здравна организация утвърждаването на здравето е процес, свързан с възможност за увеличаване контрола върху собственото здраве и неговото подобрене.(162;119)

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

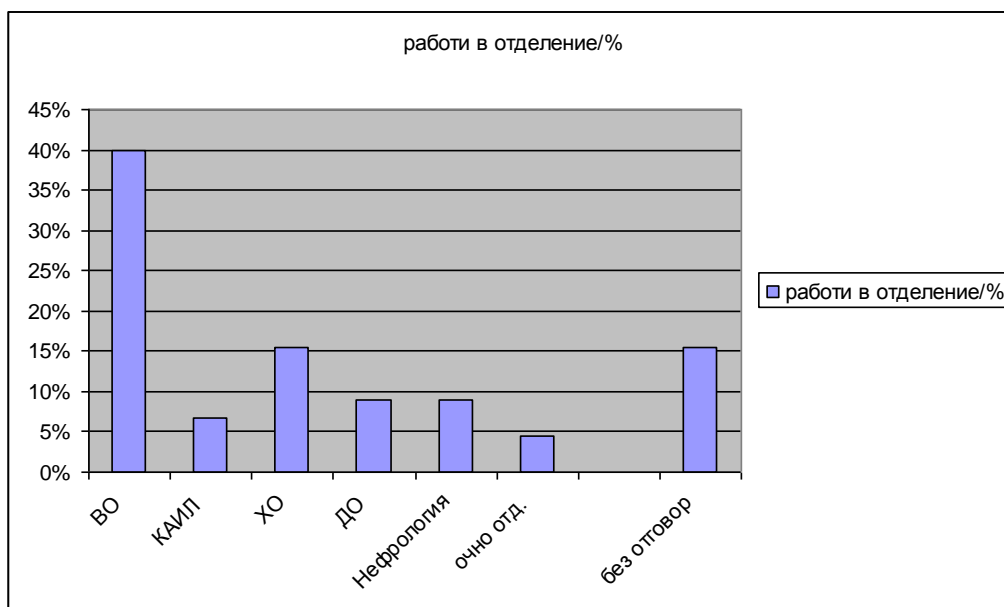
За да изпълни очакванията на обществото към здравните грижи през последните тридесет години в световната медицинска практика навлезе нова терапевтична насоченост, която се разработва от водещи университети и намира все по-широко приложение в лечението на хронични заболявания - Терапевтично образование на пациенти (therapeutic patient education - TPE). TPE е различно от разговор с тях и вземане на „информирано съгласие”, то цели да оцени по ясни критерии, индивидуалните особености и нужди на пациентите и тези, които са в близост до тях. Да фокусира усилията в био-клиничната, психо-социалната и педагогическата области. Сроковете, необходими за тази оценка са индивидуални и продължителни, терапевтичното образование е непрекъснат процес и придружава пациентите в хода на тяхното заболяване. Етиката изисква всяка оценка на терапевтичното образование да е фундаментално, пациент - ориентирано, с цел да се насърчи партньорството между пациента и медицинският специалист.

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

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

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

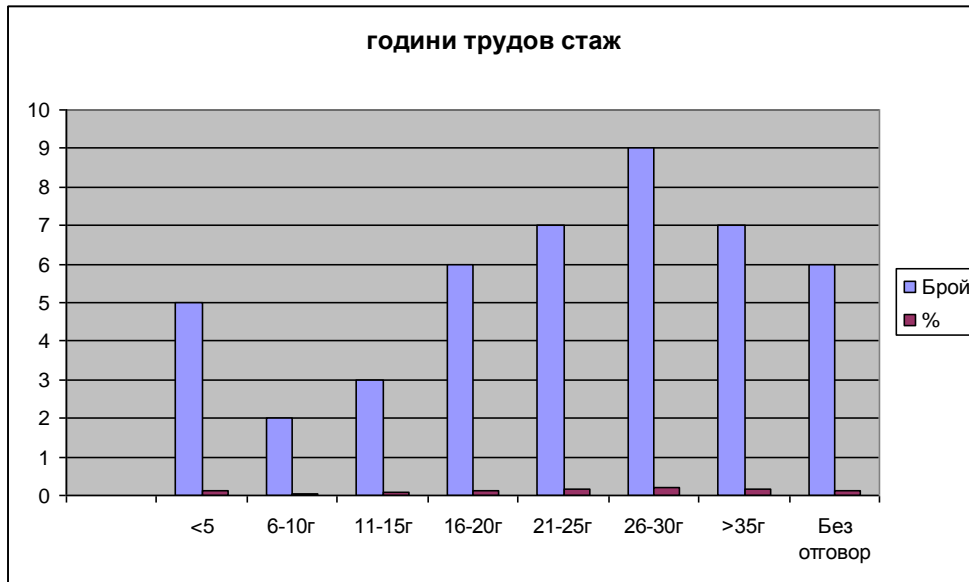
Преобладаващата част от анкетираните медицински сестри (40%) работят във Вътрешно отделение на изследваните болници – илюстрирано на *фигура 3*. Вътрешните заболявания изискват особено внимание от страна на медицинските специалисти, защото много от тези болести са хронични или се превръщат в такива, ако пациентът не спазва назначения от лекаря терапевтичен план и превенцията от съответните рискови фактори.



Фигура 3. Разпределение на медицинските сестри по болнични отделения

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

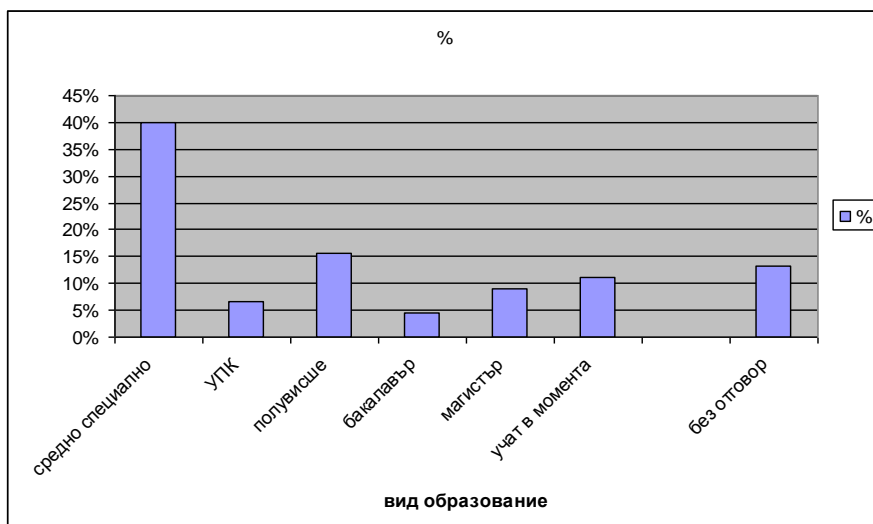
от 20 години, следователно в базовото им обучение липсва специална подготовка за обучение на пациентите и/или техните семейства.



Фигура 4 Разпределение на медицинските сестри според трудовия стаж

Повече от 55.0% от анкетираните лица са завършили професионалното си образование преди повече от 20 години (*фигура 4*), когато в учебните програми към момента на завършване не са разглеждани въпроси свързани с терапевтичното образование на пациентите. Медицинските сестри завършили със специалност „детска медицинска сестра”(последният випуск беше през 1995-6 година) са изучавали „Детска педагогика”, но с цел реализация в Детска ясла.

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



Фигура 5. Разпределение на медицинските сестри според образованието

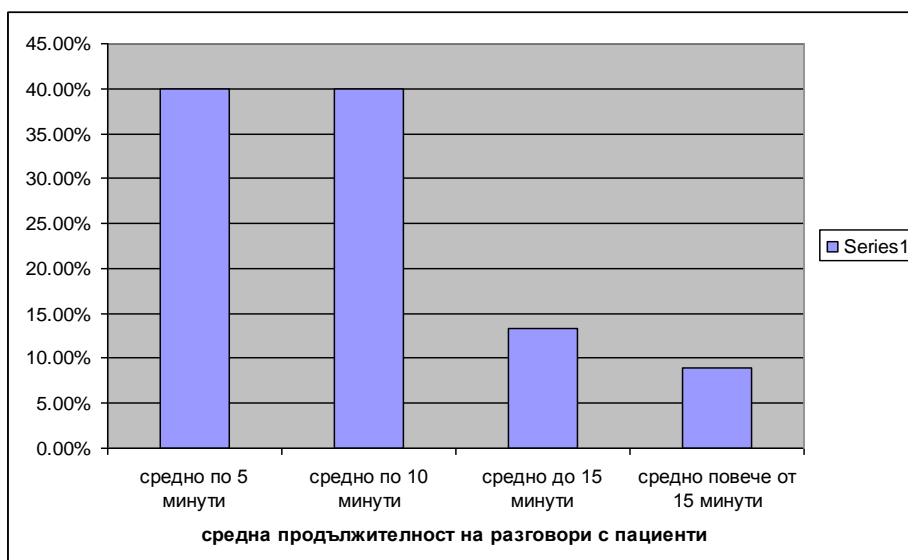
Това голямо разнообразие от различни образователни степени поставя редица въпроси и проблеми, които възпрепятстват възможностите за въвеждането на единни критерии, основаващи се на образованието, което медицинските сестри получават. (фигура 5) Получените знания по време на следване не гарантира въвеждане на новото в най-кратки срокове в практиката. Необходимо е период на адаптация, изработване на нормативни документи на национално и локално ниво, прилагане на новото във всеки здравен екип съобразно медицинските особености на екипа и пациентите.

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

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

Умението да общува е основно в работата на медицинския специалист. За изработването на индивидуален, ефективен план за медицински грижи и обучение, медицинската сестра може да разчита изцяло на уменията си за комуникация. Резултатите от изследваните медицински сестри и комуникативните им умения са илюстрирани на *фигури 6 и 7*.

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



Фигура 6. Средна продължителност на разговори с пациенти

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

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

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

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

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

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

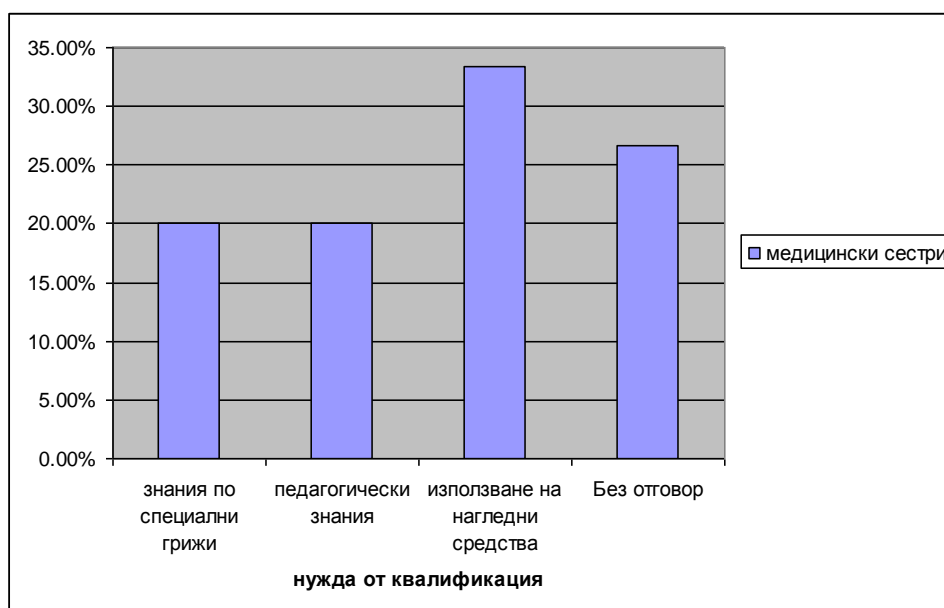
Според получените резултати 73% от медицинските сестри посочват, че не разполагат с необходимото оборудване на работните си места за провеждане на обучение на пациентите. По-голямата част от тях, обаче – 84,44%, считат, че притежават необходимата квалификация, за да провеждат обучението. Само 42,22%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

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

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

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

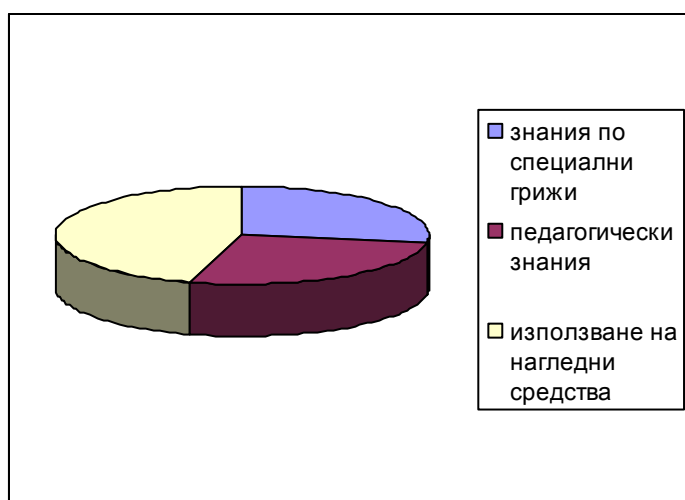
Повече от половината от анкетираниите медицински сестри (57.78%) смятат, че промяната в съществуващата практика за обучение на пациентите и техните близки е задължителна, а 29%, че трябва да се промени частично. Това дава основание да се отчете, че почти 90% от анкетираниите искат промяна.



Фигура 7 .Необходимост от квалификация

Анкетираните медицинските сестри (73.33%) имат осъзната нужда от квалификация по проблемите с обучението на пациентите, като нуждата от знания в областта на медицината и педагогиката имат равен дял – 20%. По голяма е нуждата (33.33%) от обучение със съвременните средства за обучение, а 27% от анкетирани не са дали отговор на въпроса. (фигура 7) Този факт свидетелства за сравнително високото ниво на информираност и търсене на професионална квалификация сред медицинските сестри. Едновременно 73% от медицинските сестри посочват, че не разполагат с необходимото оборудване на работните си места за провеждане на обучение на пациентите. По-голямата част от тях, обаче – 84,44%, считат, че притежават необходимата квалификация, за да провеждат обучението. Само 42,22% от тях са преминали курсове за обучение на пациенти.

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



Фигура 8. Обучение на пациента - необходимост от промяна

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

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

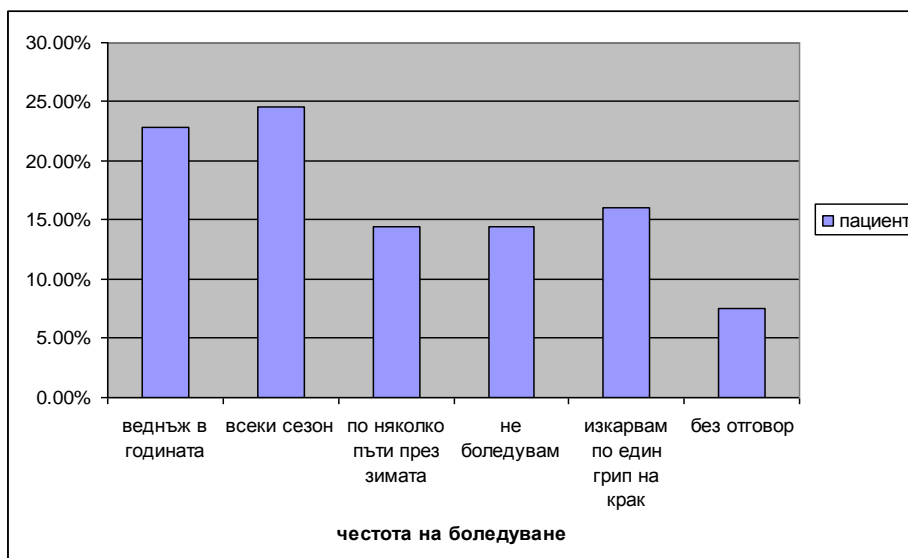
СЗО разглежда факторите, които определят развитието на терапевтично образование на пациенти:

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

3.3. Анализ на резултатите ниво информираност на граждани и пациенти

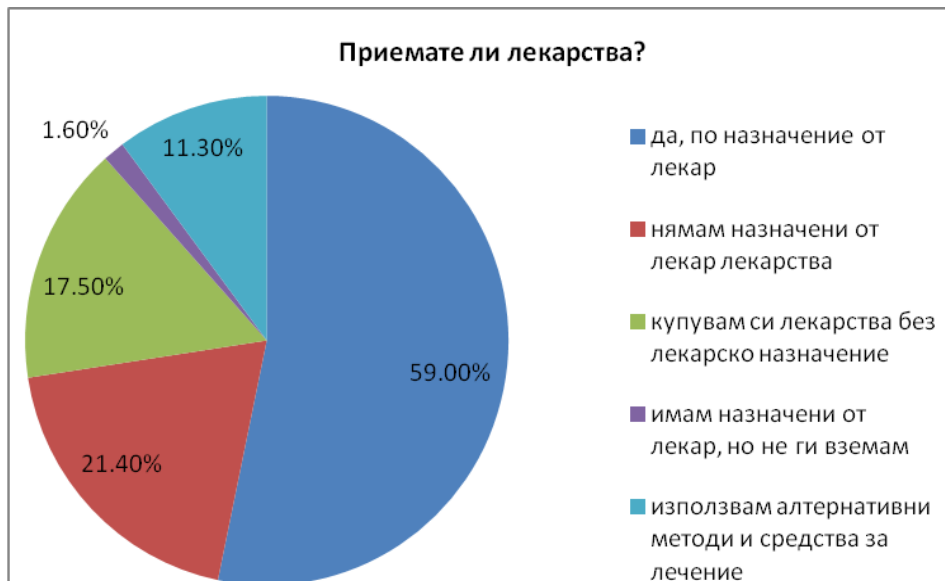
Хората, които са постъпили на болнично лечение имат съществени промени в здравословното състояние и това е наложило хоспитализация. Изследването има за цел да разкрие дали тези хора със специфични нужди имат необходимата по обем и качество информация за проблемите си, как те могат да се овладеят, след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

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



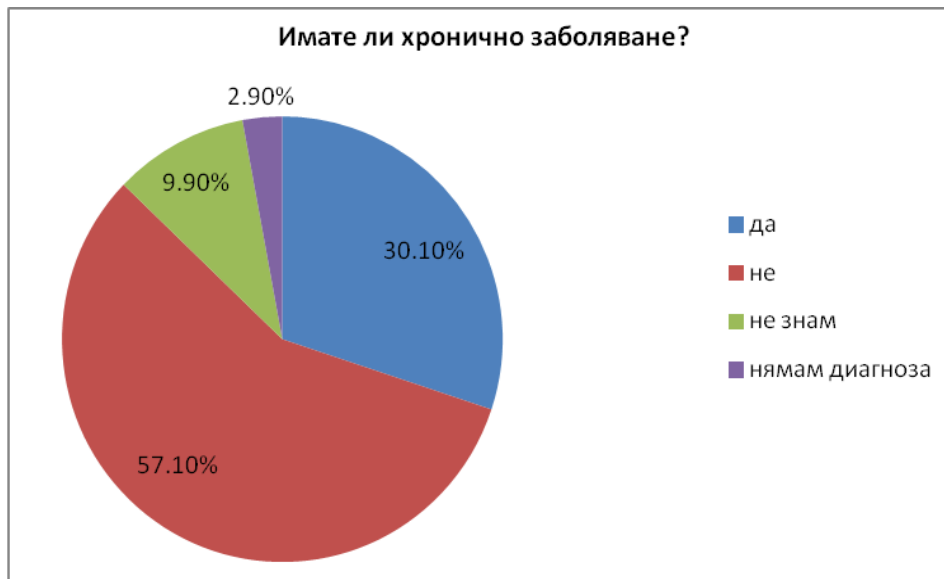
Фигура 9 .Честота на боледуване при хоспитализирани

Една трета - 38.9% от анкетираните пациенти са често боледуващи, от които 14.41% са с хронично заболяване, а 51.6% боледуват рядко – използваните изрази са: „веднъж в годината” или „грип на крак”. 27.12% от анкетираните пациенти съобщават, че имат група инвалидност.(*фигура 9*) Други около 5 % съобщават, че са имали преди години временна инвалидност. Само 36.44% от анкетираните лежачо болни нямат хронични заболявания. Около 34% (33.9%) нямат постоянно медикаментозно лечение. Освен лечението в болницата 13.56% от анкетираните вземат по един медикамент заради хроничното си заболяване. 17% вземат по два медикамента, а 31% повече от три медикамента дневно. Това дава информация за медикализацията в терапията – една трета от анкетираните под „доброто лечение” разбират само прием на медикаменти.(*фигура 10*)



Фигура 10 Честота на прием на медикаменти

В анализа на проведената анкета извън болнични заведения - за удобство ще наричаме респондентите "зdrави". В групата на "зdrавите" анкетирани 30% от тях съобщават, че имат хронично заболяване (Фигура11). В двата вида анкети е събрана информация за наличие на хронично заболяване Приблизително 30% от анкетираните в извънболнична среда съобщават, че имат хронично заболяване, 11,8% от тях с решение на ТЕЛК (трудова експертна лекарска комисия) имат определена степен инвалидност.



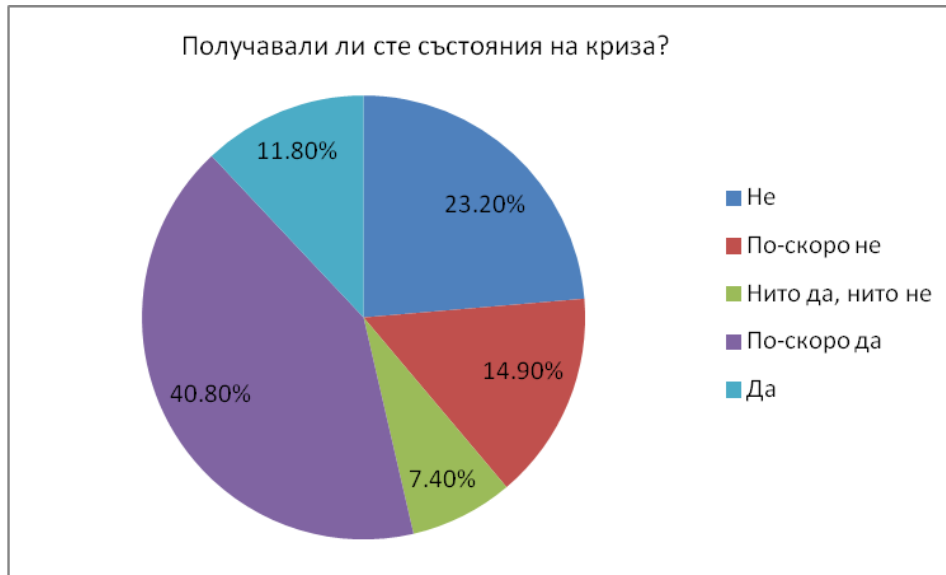
Фигура 11 Честота на хронично заболяване

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

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

Приблизително 53% от анкетираните са получавали кризи свързани със здравословното си състояние.(*фигура12*) Всяка здравословна криза изисква помощ и наличие на определени знания и умения за преодоляването и. При толкова висок относителен дял на хронично болни, повече от половината от които са получавали кризи е важно да се изследва нивото на информираност, на първо място относно

основното заболяване, на второ - относно методите на лечение, на трето за наличието на определени знания и умения за разпознаване на ранните симптоми и справяне с кризата до пристигане на лекарски екип.

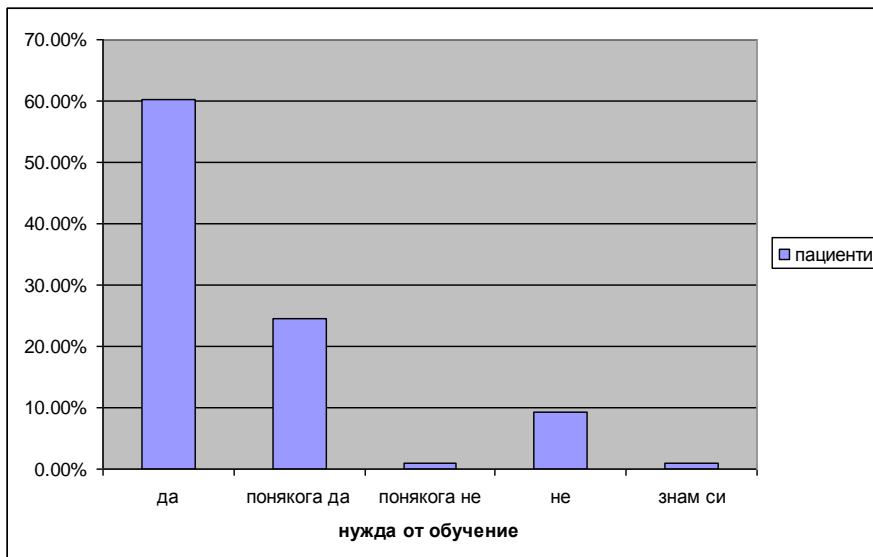


фигура 12 Честота на влошаване (криза) при хронично болните

Анкетираните съобщават, че след назначена терапия имат нужда от допълнителна информация по приложението ѝ, 60.17% винаги имат нужда от допълнителна информация как да провеждат назначеното лечение, а 24.58% понякога. Само 10% разбират как да прилагат назначеното лечение от едно обяснение, и по-малко от 1% си знаят всичко за лечението. Почти всички изписани пациенти – 93% се нуждаят да им бъде обяснено как да се справят с промененото си здраве в домашна обстановка. Малко повече от 3% нямат нужда от обучение след изписване от болнично лечение.(Фигура 13)

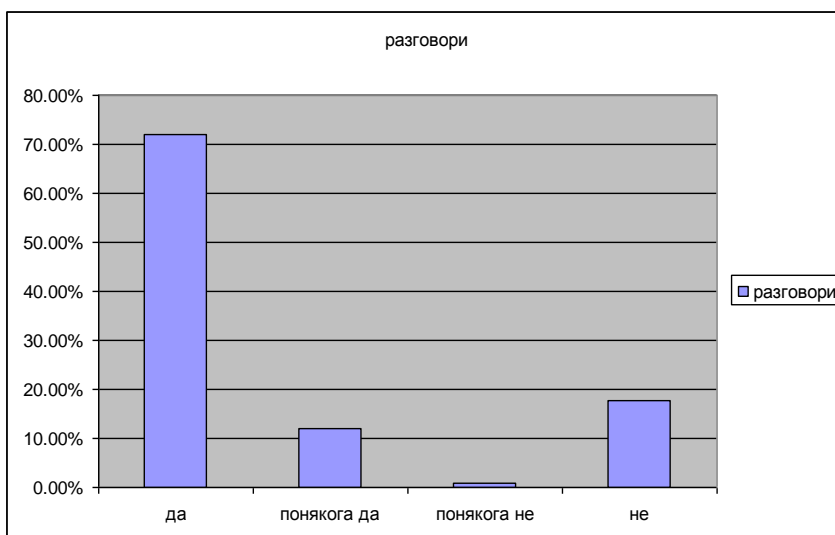
Преди постъпване на болнично лечение 77.12% от анкетираните имат информация за заболяването и лечението му, но повече от половината (53,38%) не познават правата и задълженията си съобразно нормативните актове.

Повече от половината от анкетираните (67.8%) имат нужда от професионално наблюдение и разговори с медицинска сестра, когато са болни самите те или член от семейството им (68.64%). По същото време само 36% от тях съобщават, че имат нужда от домашни посещения на квалифицирана сестра. По-малко от 1% дават категоричен отговор, че се доверяват само на лекар.(фигура 14)



Фигура 13. Разпределение на анкетираните според нуждата от допълнителна информация след излизане от болница

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



Фигура 14. Разпределение на анкетираните според разговорите с медицинските сестри в ПИМП

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

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

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

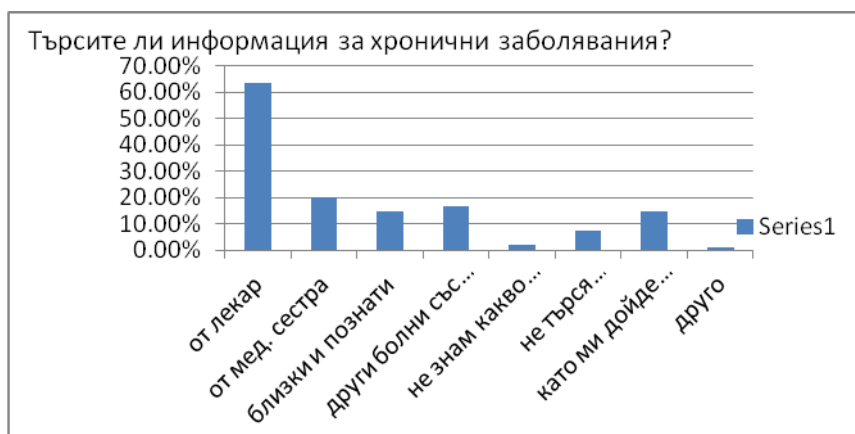
Източниците на информация са много, затова анкетиранияте посочват повече от един.(таблица 3) Най - висок е относителният дял на хората, които се информират от общо практикуващия си лекар – 51,6%. След тях са хората, които се информират основно от интернет – 42,5%, от медицинска сестра получават информация само 16,6%. Електронната мрежа придобива все по голямо влияние не само сред младите хора. Все повече хора търсят разрешение на проблемите си в Интернет - 42.5%.

Таблица 3 Източници на информация за здраве и профилактика

Опл JP	интерне т	TV	Специализира на литература	приятел и	Медицинск а сестра	Вестниц и и списани я	ради о	друг и
51.60 %	42.50%	26.90 %	26.30%	25.90%	16.20%	14.70%	3.60 %	4.40 %

В осмата колона „други” отговорите гласят: „ имам лекар в семейството” или „аз съм лекар”; „работя като медицинска сестра”, „студент съм”. Тук са хората, които имат професионално образование и източникът на информация е строго научен, те не са изключение, и здравните специалисти боледуват от хронични заболявания.

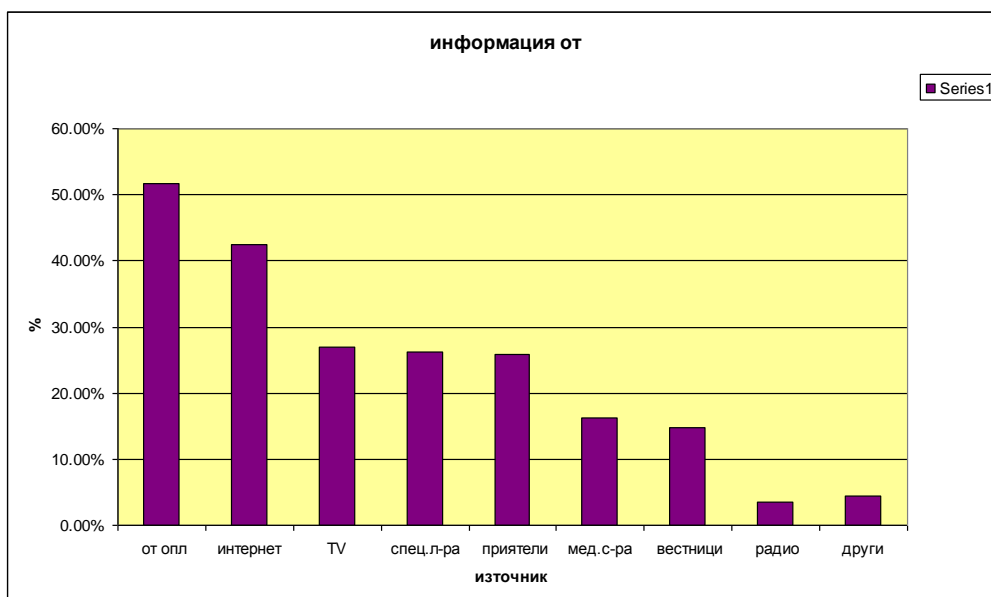
Всички анкетирани имат интерес и търсят информация за здраве и лечение, особено ако заболяването се е развило в хронична форма. Основен източник за специализирана информация е лекарят 63.6% - общопрактикуващ и специалиста провеждащ лечението, следван от медицинската сестра (20.2%) и „други болни със същото заболяване”(16.8%) Има анкетирани, които не знаят какво да питат и не търсят информация за хроничните заболявания – $p < 0.05\%$ е статистически не значимо. (фигура 15)



Фигура15 Източници на информация

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

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



фигура 16 Източници на информация за здраве и профилактика

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

Таблица 4 Знания за хроничните болести

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

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

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

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

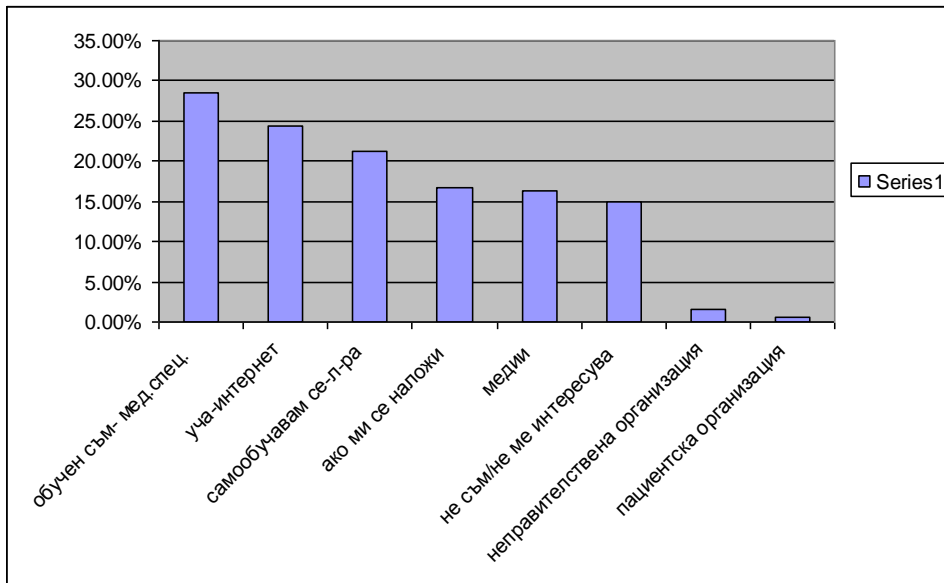
Приблизително една трета от анкетираните(28.6%) са обучавани от медицински специалист. Около 15% не са обучавани и заявяват, че не ги интересува, а 17% ще потърсят обучение когато им се наложи. Интернет като достъпна форма на получаване на информация и обучение пак е получил почти една четвърт от гласовете (24,4%)(таблица 5)

Таблица 5. Получили обучение за грижи при наличие на хронична болест

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

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

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



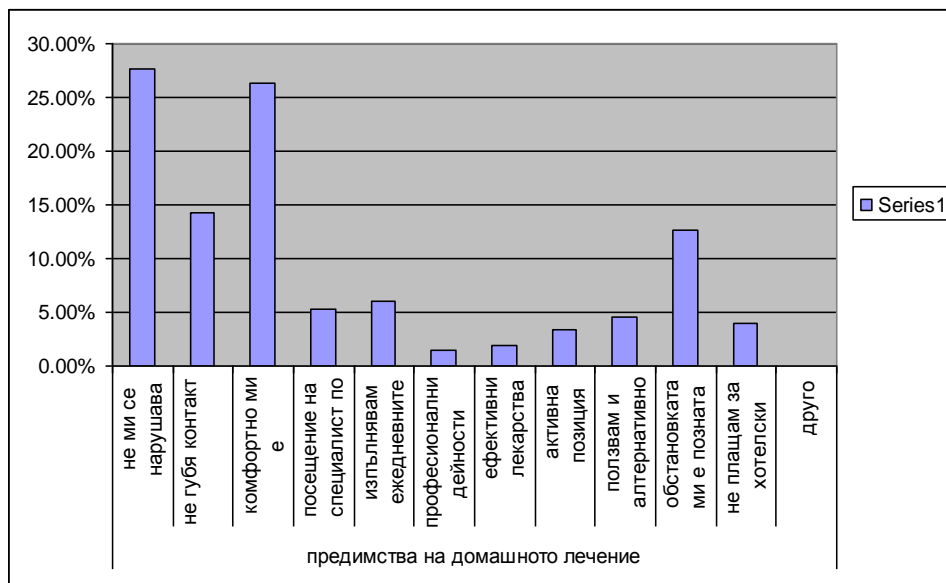
Фигура 17 Получили обучение за грижи при наличие на хронична болест

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

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

На фигура 18 са подредени причините, поради които анкетираните предпочитат домашното лечение.

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



Фигура 18 Предимства на домашното лечение

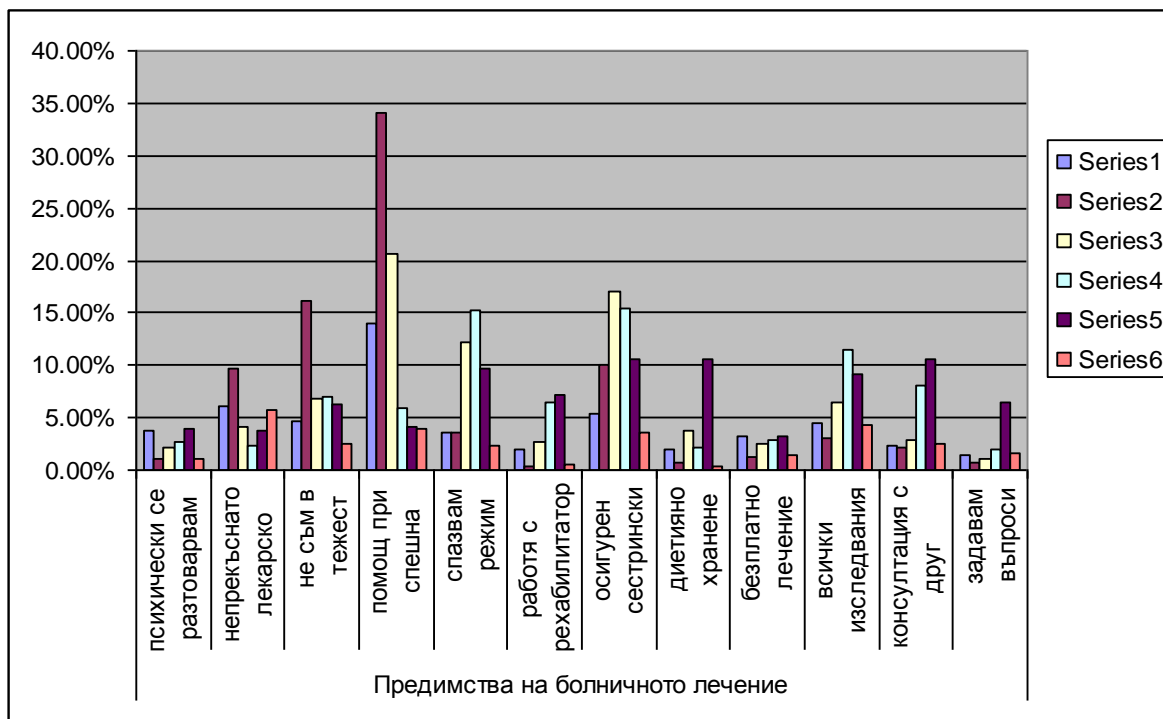
Приблизително 45% от анкетираните отговарят, че в зависимост от заболяването, тежестта на настъпилата криза, наличието на помощ и финанси ще направят своя избор къде да се лекуват. Всички анкетирани са посочили предимствата на двата вида лечение, на този въпрос не са отговорили само 4% от анкетираните.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

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



Фигура 19 Нужда от медицинска сестра при домашно лечение

Анкетираните познават работата на медицинската сестра, това е илюстрирано на *фигура 19* и биха търсили професионалните и знания и умения при заболявания на всички системи. Най високо е търсенето на специализирана услуга и грижи при пациенти, които са без близки и роднини (60%) и при много напреднала възраст, при лица с хронични заболявания- 57%, последвани от заболявания на опорнодвигателната система - 40% и групата на онкологичните заболявания - 35%. Много рядко до липса на търсене на медицинска сестра ще има при заболявания от алергичен характер, на храносмилателната и на ендокринната систем. Тези отговори илюстрират добра информираност на анкетираните, но недостатъчна за видовете автоимунни заболявания и възможните усложнения, диабета е заболяване на ендокринната система – в отговори друго е посочен като възможност. Извода е, че информираността на анкетираните не е достатъчна. Липсва национална система за избор на семейна медицинска сестра и свободен пазар за предлагане на квалифицирани грижи по домовете.



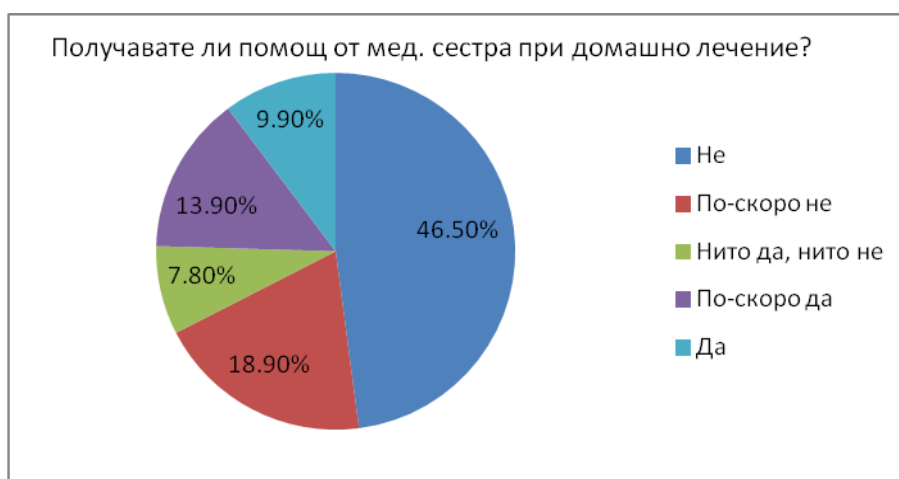
Фигура 20 Предимства на лечението в болница

На *фигура 20* е илюстрирано подреждането на причините по важност за предпочитане на лечение в болница. Като първа причина, анкетираните са посочили, че ще имат помощ при спешна ситуация - 34%, на второ място се подрежда осигурена 24 часа сестринска грижа - 17%, последвани от твърденията: „Не съм в тежест на близките си” - 16%; „Осигурени са ми всички необходими изследвания” - 12%; ”Ще имам консултация с необходимите специалисти” - 11%; „Имам непрекъснато лекарско наблюдение” - 9%. Хронично болните и предпочитанието им да се лекуват в болница има статистически значима зависимост с непрекъснатото лекарско наблюдение ($\chi^2 = 14.139$, $p < 0.05$), и осигуреността от денонощна сестринска грижа ($\chi^2 = 13.478$, $p < 0.05$).

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

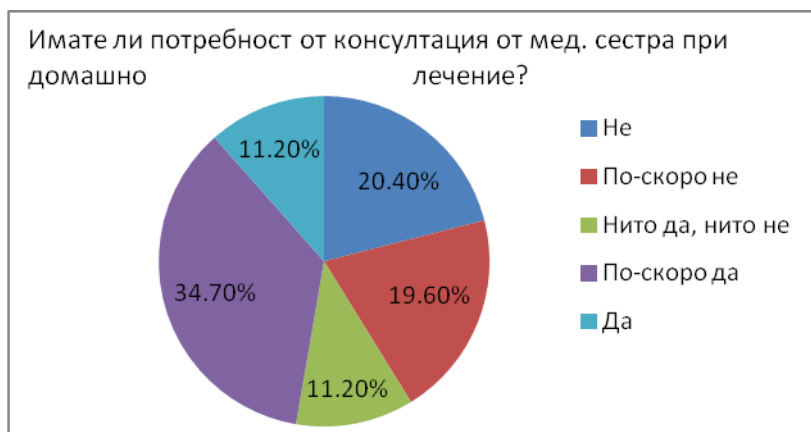
Участниците в анкетата са добре информирани за работата на медицинската сестра, но само 21% получават реална помощ при лечение в дома си – *фигура 20*. 46.5% не са получавали никога помощ от медицинска сестра при боледуване в дома, и приблизително 19% отговарят «по-скоро не». В специализирания печат са публикувани данни за липсата на медицински сетри както в болничната така и в първичната медицинска помощ(маркова, бапзг). Сестрите, които са наети в практиките на общопрактикуващите лекари, основно работят с документация. Отдавна няма работещи „манипулационни”, към диагностично консултативните центрове, които да организират домашни посещения от медицински сестри. Домашната визита се извършва основно от лекар, който освен преглед извършва манипулации като смяна на превръзки, грижи за декубитални рани, мускулни и подкожни инжекции, смяна на уринарни торби и др.

На *фигура 21* е показано че повече от 65% от анкетираните никога не са получавали помощ от медицинска сестра при домашно лечение. Приблизително 24% са получили в определен момент помощ от медицинска сестра. Това е твърде недостатъчно, сравнено с данните, че почти половината от анкетираните имат хронично заболяване или се грижат за хронично болен в дома си. Най- често анкетираните търсят помощ и съвет от ОПЛ и друг медицински специалист – 63.7% ($\chi^2 = 22.828$, $p \leq 0.001$), от други болни с подобни оплаквания – 17.9% ($\chi^2 = 13.995$, $p < 0.05$) и 1.9% от анкетираните съобщават, че не знаят какво да питат ($\chi^2 = 12.395$, $p < 0.05$).



Фигура 21 Помощ от медицинска сестра при домашно лечение

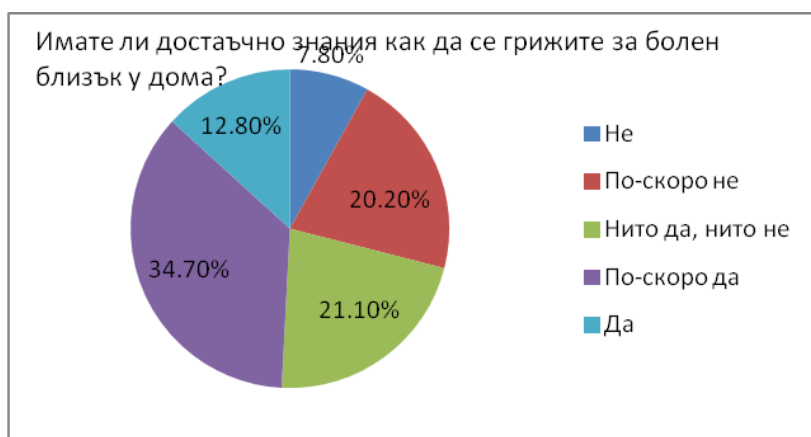
Независимо от намаления брой на кадри и намалената възможност за контакт и общуване между медицинската сестра и пациентите, приблизително 50% от анкетираните заявяват необходимост от консултация и домашно посещение на медицинска сестра при заболяване - *Фигура 22*.



Фигура 22 Потребност от консултация с медицинска сестра

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

Една трета от анкетираните – 30% нямат знания да се грижат за болен близък в дома си. Този резултат има корелация с възрастовите особености на изследваната група. Лицата отговорили утвърдително на въпроса за възраст над 40 години и опита им (напр. при отглеждане на деца) им е дал необходимите знания и умения за обикновена грижа в домашна обстановка (*Фигура 23*), за останалите корекция на знанията и изграждане на определени умения може да се постигне чрез планирано използване на терапевтично обучение.



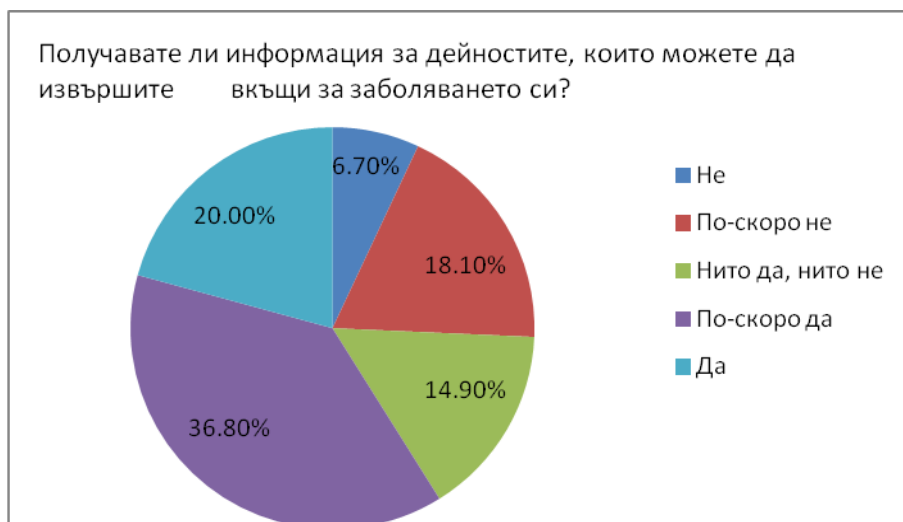
Фигура 23 Знания за грижи за болен близък в дома си

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



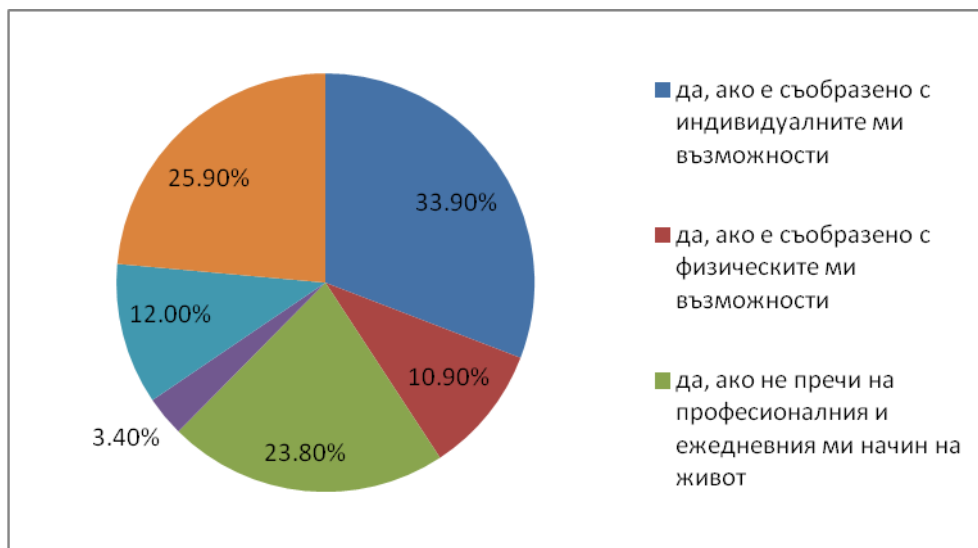
Фигура 24 Желание за учене за домашни грижи

Само 10% от анкетираните нямат желание да получат знания касаещи здравните грижи в дома . Но приблизително 78%(39.6%+38.50%), както е видно на *фигура 23* имат желание да получат допълнителни знания за дейностите, които е възможно да направят сами в къщи при нужда. Тази информация се търси от „квалифицирано лице”; „Специалист”, „Медицинска сестра”.



Фигура 25 Информация за дейностите, които можете да извършите вкъщи при заболяване

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



Фигура 26 Участие в обучение за хроничните заболявания

Почти всички анкетирани - 93.6% биха участвали в обучение, което да им даде достъпна информация за хроничните заболявания, лечението им и спавяне с проблемите в ежедневиите дейности. В 93.6% избират всяка форма на участие е възможна - неформална форма на обучение съобразена с професионалните, физически и индивидуални особености на индивида. От Андрагогията познаваме особеностите на възрастния – учащ, и тя осигурява методическа подкрепа на медицинската сестра при организацията на такова обучение.(*фигура 26*) Анализът показва статистически значима връзка между хронично болните и обучението им. Основно те са обучавани от медицински специалист ($\chi^2 = 7.8$, $p \leq 0.05$), пациентски организации ($\chi^2 = 12.551$, $p < 0.05$) и масмедии ($\chi^2 = 7.972$, $p < 0.05$).

3.5. Анализ на показатели за качество на живот

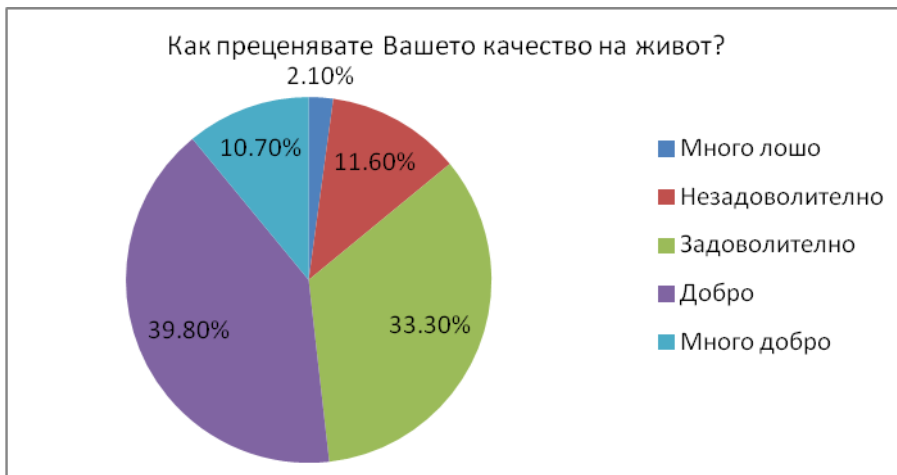
През 1991 година Световната здравна организация създава проект за оценка на качеството на живот WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) с цел да се разработи международна методика за оценка на качеството на живот, която да е съпоставима в условията на различни култури. Тази методика оценява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

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

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

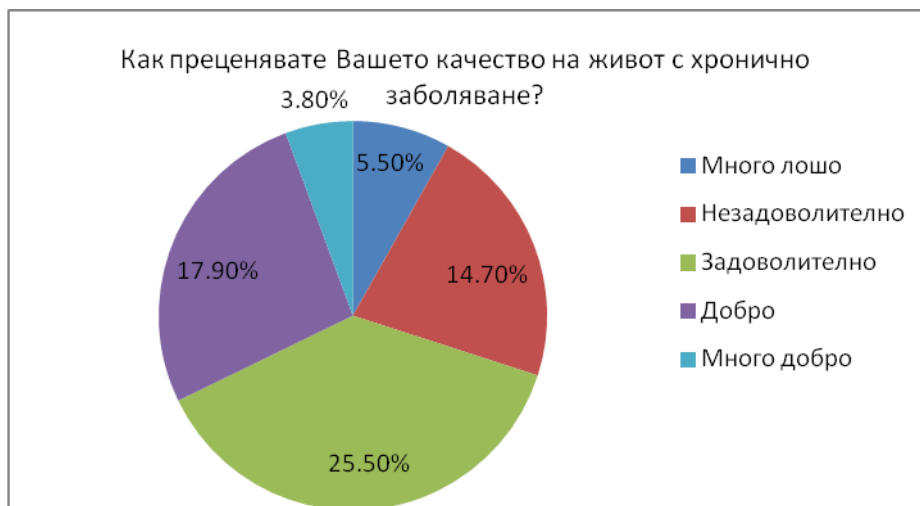
Със следващите въпроси анкетиранияте изразяват личното си усещане за качеството си на живот. Качеството на живот е повлияно от много и различни фактори – социални, икономически, културни. Няма показатели които категорично да доказват какво е качеството на живот на определен индивид. Опитът в световен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

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



Фигура 27 Качество на живот

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



Фигура 28 Качество на живот с хронично заболяване

Честотното разпределение на отношението на анкетираните към качеството им на живот е както следва: Половината от анкетираните здрави оценяват качеството си на живот високо, като "добро" - 39.80% и "много добро" - 10.70% (*фигура 27*). Относителният дял на висока оценка при анкетираните с хронично заболяване спада драстично - "добро" качество на живот посочват 17.90% и "много добро" едва 3.80% (*фигура 28*).

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

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

Глава IV: Заключение, изводи, препоръки

4.1. Заключение

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

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

В социален аспект, активно работещите хора са поставени под голямо напрежение и стрес в ежедневието си и нямат достатъчно време да полагат грижи за възрастните си и болни близки и родители. Самите те не полагат компетентни здравни грижи за себе си, поради незнание, нежелание или обективни социално-икономически причини, повечето не водят здравословен начин на живот, като избягват основните рискови фактори. Въпреки широката здравна информация която съществува и се предлага чрез медиите и интернет, голяма част младите хора в България водят не здравословен начин на живот: има ранна употреба на алкохол, цигари, намалена двигателна активност, неправилно хранене с некачествени храни. Гаранция за едно бъдещо болно поколение, което ще изисква голям ресурс от средства за лечение и специалисти , които да осъществяват това лечение и грижи.

Решаването на тези проблеми ще се търси в ресурсите, които има здравеопазната система, които намаляват поради „стопяване” на работещото население и влошаване на икономическите условия в страната.

4.2. Изводи:

1. Анализът на резултатите от изследването установява, че половината от анкетираните лица са хора, засегнати от проблемите на хроничните заболявания, една трета от тях са с постоянно медикаментозно лечение, 11,8% имат установена трайна нетрудоспособност, удостоверена с решение на ТЕЛК;
2. Ограничената здравна информация и знания на пациентите, които се установяват от изследването налагат извода, че медицинските сестри не изпълняват качествено основна сестринска функция – здравно обучение на пациента и близките му. Установена е необходимост да се създадат обучителни програми с цел методическо подпомагане на работещите медицински сестри за повишаване квалификацията им по отношение обучението на пациентите-ползватели на здравна грижа. За постигане на този резултат са необходими законодателни промени и решения;
3. Респондентите, които търсят здравна информация основно в електронните мрежи желаят да се създадат електронно базирани здравно-обучителни програми и електронни ръководства за хигиенно -диетичния режим при пациенти с различни хронични заболявания. Респондентите биха желали информацията в тях да бъде лесно достъпна и да се гарантира качеството и достоверността на източника на здравна информация;
4. Необходимост от допълнителна информация как да провеждат назначеното лечение в дома имат 60.17% от анкетираните лица, а 93.0% от респондентите се нуждаят да им бъде обяснено как да се справят със здравословните си проблеми в домашна обстановка. Увеличеното търсене на лечение и грижи в домашна среда, респондентите посочват, че може да се осигури чрез допълнително обучение и квалификация на медицински сестри, които желаят да работят с общността –дейност, която трябва да се обезпечи и чрез здравно -осигурителни вноски, за да получават тези специалисти достойно заплащане и мотивация;

5. Над половината от анкетираниите пациенти 55.4% са запознати с усложненията на заболяването си, ако не провеждат стриктно лечение в дома и не спазват хигиенно- диетичен режим, 59.8% са запознати с рисковите фактори предизвикващи заболявания и усложненията им;
6. Здравните проблеми на пациентите с хронични заболявания не са чисто медицински, затова в екипа работещ в дома на пациента е необходимо да включва различни специалисти като лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, здравен асистент, личен асистент, социален работник, специален педагог, психолог, психиатър и други специалисти;
7. Пациентите имат добра информираност за дейността на медицинската сестра в извънболничния екип за здравни грижи, но само 21.0% от пациентите получават от медицинска сестра реална помощ при лечение в дома си, а 46.5% не са получавали никога помощ от медицинска сестра при боледуване в дома;
8. Висок е относителният дял на анкетираниите пациенти - 93.6%, за които всяка форма на обучение е възможна, но предпочитат определени условия – неформална форма на обучение съобразена с професионалните, физически и индивидуални особености на пациента;
9. Анализът на резултатите от проучването е показателен, че преди да се започне здравно обучение в дома на пациента е необходимо да се направи изследване (диагностика) според принципите на педагогиката за възрастни и да се изгради хипотеза и съгласуван индивидуален план на обучение;
10. Понастоящем с много добро качество на живот се самооценяват едва 3.8% от анкетираниите лица! Сестринските грижи и обучение в дома биха подобрили самооценката на пациентите за тяхното качество на живот с хронично заболяване.

4.3. Препоръки

Към Министерство на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса

Да се разреши и нормативно регламентира извършване от медицинската сестра на домашни грижи за хронично болни пациенти.

Да се регламентира реда и изискванията , финансирането и контрола на сестринските грижи в дома на пациента

Да се изработи квалификационна характеристика на кадрите: медицински сестри, здравни и лични асистенти, като се установи колаборация между Министерство на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика по тези въпроси.

Към висшите училища

1. Да се предостави на пациентите, които търсят здравна информация основно в електронните мрежи да се подготвят и въведат иновативни методи за обучение – изработване на електронно базирани програми и електронни ръководства за хигиенно-диетичния режим при пациенти с различни хронични заболявания . Информацията в тях да бъде лесно достъпна и да се гарантира качеството и достоверността на източниците ;
2. Да се осигурят възможности за следдипломна квалификация на медицински сестри в областта на домашните грижи

4.4. Приноси:

С теоретичен характер:

1. Очертана е потребността от грижи и лечение на българските граждани в домашни условия с компетентното участие на медицинска сестра с университетско обучение и допълнително обучение за извършване на грижи в дома.
2. Задълбочено са описани и очертани параметрите на сестринския процес при грижи в дома
3. Очертана е професионалната компетентност на медицинските сестри, които ще извършват сестрински грижи в дома на пациента
4. Направен е теоретичен анализ на основните аспекти на домашните грижи.
5. Аргументирана е необходимостта от домашни грижи в условията на нарастваща патология на населението с хроничен характер, икономически ограничения и липса на здравна информация.

С практически характер:

1. Разработена е и предложена програма за СИП „Домашни грижи” в програмата за СДК (*приложение 5*)
2. Проучени са нагласите на пациентите за нова форма на грижи –грижи в дома
3. Проучени са нагласите на пациентите за обучение, свързано с профилактиката на болестите и здравословен начин на живот
4. Предложени са нови подходи за организация и реализация на сестрински грижи съобразно научните подходи за сестрински грижи

Публикации във връзка с дсертационния труд

- 1.Бикова П.**, Здравни грижи при хронично болни в домашни условия – особености в комуникацията; Велико Търновски университет сборник статии - в процес на публикуване
- 2.Бикова П.**; Н. Василева; А. Терзиева; *Електронното обучение и практическото му приложение в медицината*; Интердисциплинна гражданска академия – ИНГА, тридесет и първа научно-технологична сесия, Сборник статии, 82-85, Темпо, **ISSN1313-9134 С., 2013**
- 3. Бикова П.**, И. Стамболова;*Професионални грижи в дома - история и бъдеще* ; Варненски медицински форум – том 2 **2013**; приложение 2; електронно издание; **ISSN 1314-8338**; Варна
- 4. Бикова П.**, Ж. Георгиева, Е. Иванов; Грижи за хронично болни – работа с медицинска документация”, Интердисциплинна гражданска академия – ИНГА, тридесет и втора научно-технологична сесия, Сборник статии, стр 280-288 , Темпо, **ISSN1313-9134 С., 25.10.2013**
- 5. Бикова П.**, Г. Чанева, М. Димитрова, Потребности от сестрински грижи в дома за пациенти в следоперативния период; сп.»Сестринско дело»бр. 3; 2013

Презентации във връзка с дисертационния труд

- 1.Бикова П.**; Юбилейна международна научна конференция на тема: 50 години Великотърновски университет Св.Св. Кирил и методий” - 10 май 2013г; доклад: Здравни грижи при хронично болни в домашни условия – особености в комуникацията
- 2.И. Стамболова, П. Бикова**; Втора научна сесия на медицински колеж Варна - 3-4 октомври 2013г.; доклад: Професионални грижи в дома - история и бъдеще
- 3. Национална научно-практическа конференция на професионалистите по здравни грижи – София -25-27 октомври 2013г;**
доклад: 1.Как почиват медицинските сестри? – Стамболова И., **П. Бикова**, М. Димитрова
2. Потребност от специални сестрински грижи за пациенти с колоностома – Мария Димитрова, **Пепа Бикова**, Марияна Николова
- 4. Втора Национална студентска сесия 27.03-28.03 2014г. – гр. Плевен; научно съобщение на тема: «Психо-емоционално състояние на студентите – медицински сестри по време на изпитна сесия»;**Стамболова И; **П. Бикова**; Д.Ламбрева; А.Терзиева

Изказвам благодарности:

на моят научен ръководител Доц. Иванка Стамболова

на моите колеги

на моите студентите

и на семейството ми!