

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Михаела Тихомилова Мирева

**МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ
ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН
„ДОКТОР“

Област на висшето образование 7. „Здравеопазване и спорт“
Професионално направление 7.4. „Обществено здраве“
научната специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ

Проф. Галина Стамова Чанева, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ

Доц. Евгени Господинов Иванов, дм
Проф. др. Елена Младенова Шипковенска, дм

София
2019г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 209 страници и е онагледен с 6 таблици, 53 фигури, 5 схеми и 6 приложения.

Библиографската справка включва 155 заглавия, от които 122 на кирилица и 33 на латиница.

Научно жури:

Проф. Галина Стамова Чанева, дм

Доц. Евгени Господинов Иванов, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Проф. д-р Станка Маркова Станчева, дм

Доц. Диана Кръстева Иванова, дм

Резервни членове:

Доц. Мария Иванова Димитрова, дм

Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

Публичната защита ще се състои на 16.05.2019г.от 13.00 часа в зала № 7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София, и на интернет страницата на МУ-София.

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

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение.....	4
I. Цел, задачи и методология на проучването.....	6
1.1. Цел, задачи.....	6
1.2. Хипотеза.....	7
1.3.Обект на проучването.....	7
1.4. Предмет на изследването.....	7
1.5. Техническа единица на наблюдението.....	7
1.6. Логическа единица на изследването.....	8
1.7. Признаци на наблюдение на логическите единици.....	8
1.8. Обем на проучването.....	8
1.9. Място и време на проучването.....	9
1.10. Методи на проучването.....	9
II. Анализ на резултати от проучването.....	10
2. 1. Анализ на информираността, и потребностите от здравни грижи на пациентите с хронични заболявания.....	10
2.2. Анализ на резултати от анкетно проучване на медицински сестри и рехабилитатори	37
2.3.Аналилиз на мнението на социалните работници.....	46
2.4. Анализ на резултатите от проучване на студентите.....	51
III.Мениджмънт на комплексните здравни грижи.....	57
Изводи.....	61
Препоръки.....	64
Заключение.....	64
Приноси.....	65
Публикации във връзка с дисертационния труд.....	66

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на съвременното здравеопазване се основава не само на развитието на медицинската наука, но и на прилагането на теоретичните постановки за организациите и съпровождащите ги неизбежни промени. В съвременното общество пациентите не могат да се нарекат само потребители на здравни услуги, те трябва да бъдат активни участници в сложния процес на здравно обслужване, като се използват всички потенциални възможности за адекватно поведение при диагностицирано хронично заболяване.

Тъй като не всички болести състояния имат еднакъв ход на протичане, ролите на пациентите, семействата и специалистите се променят с прогресирането на болестта. Фазите в развитието на болестта поставят определени изисквания към поведението на близките и специалистите, оказващи помощ на семейството.

Двадесет и първи век е век на здравните грижи. Този факт се обуславя предимно от бързото развитие на диагностичните, терапевтичните и фармацевтични медицински технологии, които, от една страна допринасят за справянето с нелечими досега заболявания и състояния, но от друга, ги „натрупват” като хронични заболявания, водещи често до инвалидизация.

В днешно време хроничните заболявания са съществена заплаха за здравето на населението и са предпоставка за все по-голямо предизвикателство за здравните грижи. Влияейки съществено върху здравната система, хроничните заболявания все повече повишават търсенето на здравните услуги и разходи за тяхното извършване. Това прави изграждането на качествена здравна политика сложен и противоречив процес, в основата на който стоят традиционни принципи, свързани главно с хуманните принципи на медицината - справедливост,

медицинска етика, права и информираност на пациента, достъпност и здравословен стил на живот. Доброто управление на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания, може да доведе до съществени ползи, свързани с: подобряване достъпа на услуги, по-високо качество на предоставени грижи, намаляване на разходите и удовлетвореност на самите пациенти.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1.1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ на проучването: Да се проучат социално-медицинските проблеми на хората с хронични заболявания и мнението на медицинските сестри и рехабилитатори, работещи с пациенти с хронични заболявания за определяне на потребностите от продължаващи грижи и разработване на модел за грижи, чрез който да се осигури здравно-рехабилитационна подкрепа на пациента и семейството, за непрекъснато професионално наблюдение и грижи при настъпване на острата фаза на заболяването и или усложнения.

ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Задачи:

1. Да се проучи разпространението на хроничните заболявания;
2. Да се установи информираността на пациентите относно хроничното заболяване и възможностите им да се справят с него;
3. Да се установи удовлетвореността на пациентите от информираност, относно хроничното заболяване;
4. Да се установят информираността и уменията на близките, относно хроничното заболяване и възможността за справяне с усложненията;
5. Да се определят потребностите от грижи за хората с хронични заболявания по отношение на медицинските и социалните аспекти;
6. Да се разработи модел за здравни грижи при пациенти с хронично заболяване, включващ мултидисциплинарен екип от специалисти за да се осигури повишаване на информираността, справяне с усложненията и повишаване качеството на живот
7. Да се извърши експертна оценка на разработения модел по отношение на неговата приложимост и ефикасност, на грижите за пациенти с хронични заболявания.

1.2. ХИПОТЕЗА: Хроничното заболяване оказва негативно въздействие върху социалния и професионалния живот на пациента и психологичния комфорт в неговото семейство. При осъществяването на здравни грижи е необходимо участието на екип от различни специалисти, които да направят точната здравна, рехабилитационна, социална и психологичка оценка за превенция на усложненията от заболяването, осигуряване на по-добро качество на живот и социална адаптация.

1.3. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО Пациенти с хронични заболявания, рехабилитатори, медицински сестри и социални работници, извършващи грижи за хора с хронични заболявания, близки на пациенти с хронични заболявания, студенти от специалност „Медицинска сестра“ и „рехабилитатор“

1.4. ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО – Мениджмънт на Здравните грижи за пациенти с хронични заболявания.

1.5. ТЕХНИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА НАБЛЮДЕНИЕТО

Факултет по обществено здраве към Медицински университет – София;

Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ – София

СБР „Панчарево“

ВМА, гр. София;

МБАЛ „Александровска“, гр. София;

УСБАЛНП „Св. Наум“, гр. София;

УМБАЛ „Св. Анна“, гр. София;

МВР – болница, гр. София;

Първа МБАЛ, гр. София;

Пета МБАЛ, гр. София;

Медицински център „Здраве за всеки“, гр. София;

Агенция социално подпомагане, гр. София;

1.6. ЛОГИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигане на по-голяма точност. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие и сътрудничество на главни и старши медицински сестри и рехабилитатори; преподаватели на специалност „Медицинска сестра” и „Рехабилитатор“. Всички сътрудници, които подбрахме, предварително бяха запознати с целта и методиката за извършване на изследването.

- Студенти от специалност „Медицинска сестра“ на обучение от Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве.
- Студенти от специалност „Рехабилитатор“ от Медицински колеж „Й.Филаретова“ - София

1.7. ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ НА ЛОГИЧЕСКИТЕ ЕДИНИЦИ

а/ признаци, определящи честотата на хроничните заболявания;

б/ признаци, свързани с информираността на роднините, относно грижите за хората с хронично заболяване;

в/ признаци, свързани с потребностите от обучение относно протичане на заболяването;

д/ признаци, свързани с изготвяне на социална оценка от социални работници

е/ признаци, свързани с информираността на медицински сестри и рехабилитатори и студенти специалност „медицинска сестра” и „рехабилитатор“; по отношение на съвременните насоки за грижите, знания и умения при пациент с хронични заболявания

1.8. ОБЕМ НА ПРОУЧВАНЕТО

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

обем на респондентите е 368 броя, от които:

- 132 пациенти, които са хоспитализирани за диагностика и лечение на хроничното заболяване;

- 56 близки и роднини на пациенти с хронично заболяване;

- 84 медицински сестри и рехабилитатори, работещи с пациенти с хронични заболявания

-76 студенти от специалности „Медицински сестри“ и „Рехабилитатор“

-20 социални работници, работещи в АСП гр.София;

- 8 експерти от сферата на здравеопазването;

1.9. МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО: Проучването е проведено от докторантката в следните три етапа:

- Подготвителен етап–изработване на анкетни карти; събиране и анализиране на научна информация;

- Изследователски етап-планиране и провеждане на анкетните проучвания. Анкетните проучвания са проведени в периода 01.05.2017 до 31.10.2018г. Статистическите данни също са обработени през този етап.

- Заключителен етап–анализиране на данните и формулиране на изводи

1.10. МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

✓ **Документален метод** - метод за събиране на информация от специализирана литература, официални документи, нормативни документи;

✓ **Социологичен метод** - За целта са разработени и приложени собствени анкетни карти за събиране на информация от пациентите с хронични заболявания, от медицинските сестри и рехабилитаторите осъществяващи грижи за тези пациенти, социални работници и студенти;

Анкетната карта /Приложение 1/, чрез която се събира информация за проблемите на пациентите с хронично заболяване включва както затворени и отворени въпроси, така също и твърдения.

Анкетната карта /Приложение 2/, чрез която се събира информация от медицинските сестри и рехабилитатори. Информацията от медицинските сестри и рехабилитатори позволява да се установят информираността и степента на умения за самообслужване на пациента с хронично заболяване.

Анкетна карта /Приложение 3/, чрез която се събира информация от роднини на пациенти с хронични заболявания, относно тяхната информираност и умения, свързани със заболяването.

Анкетна карта /Приложение 4/ чрез, която се събира информация от социални работници, осъществяващи социални грижи за тези пациенти.

Анкетна карта /Приложение 5/ чрез, която се събира информация от студенти медицински сестри и рехабилитатори за тяхната подготвеност, относно обучението на пациенти и техните близки, свързано със справяне с усложненията.

✓ Експертна оценка–Проведена е експертна оценка по метода

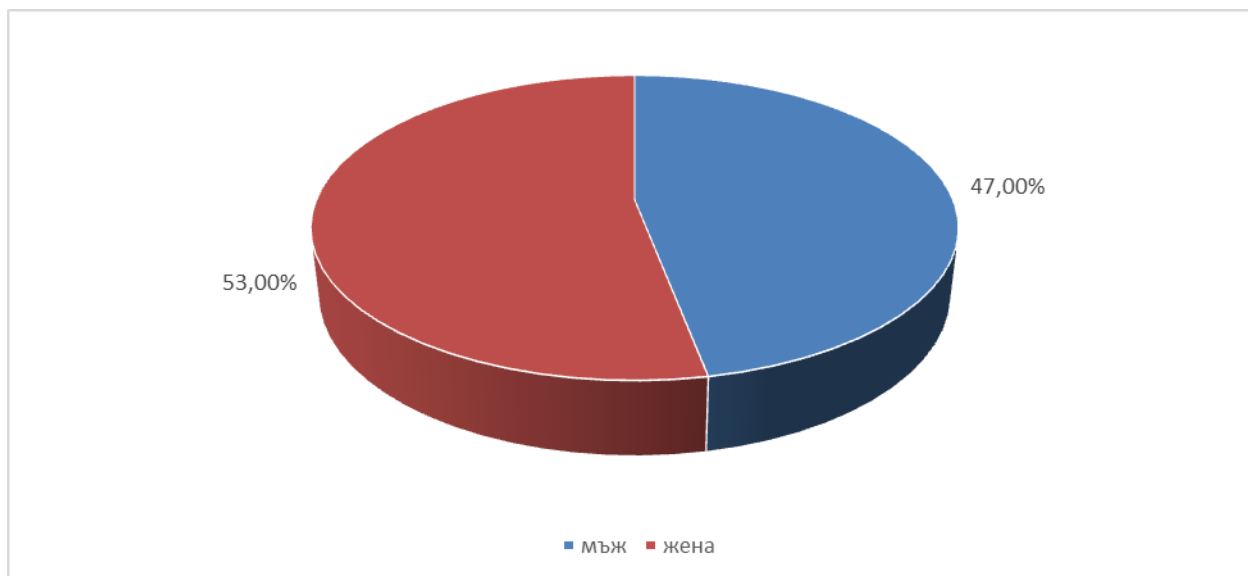
- **Статистически метод**

- Първоначалната обработка и въвеждане на данните са осъществени със специализиран продукт, а статистическата обработка - с помощта на програмен продукт SPSS v.22 и STATISTICA

II. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

2.1. Изследване и анализ на информираността, удовлетвореността и потребностите от здравни грижи на пациентите с хронични заболявания

Анкетирани са 132 пациента на средна възраст 56,5 г. \pm 12,7 г., като най-младият е на 20, а най-възрастният – на 84 г. Малко над половината от тях 53,00% са жени, а останалите 47,00% - мъже. (Фиг. 1)



Фиг. 1 Разпределение на респондентите според пола

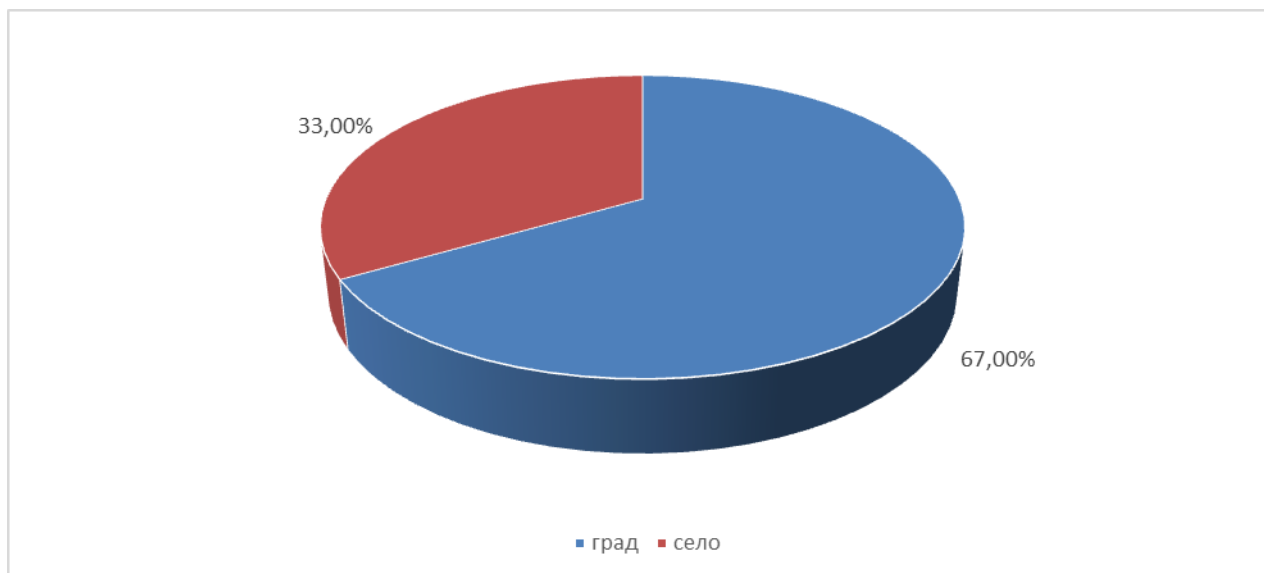
Според получените резултати, броя на жените преобладава – 53,00% срещу 47,00% на мъжете, като разликата е незначителна. Тези данни показват, че хронични заболявания се наблюдават колкото при жените, толкова и при мъжете. Има малък превес на относителния дял на жените, но като цяло може да се каже, че съществена разлика между двата пола няма.

В заключение може да се каже, че полът не е от значение за хроничността на проблема. Боледуват както жените, така и мъжете.

Установена е статистически значима зависимост между пола и възрастта на пациентите и тяхната информираност, относно заболяването им / $p < 0,001$ /

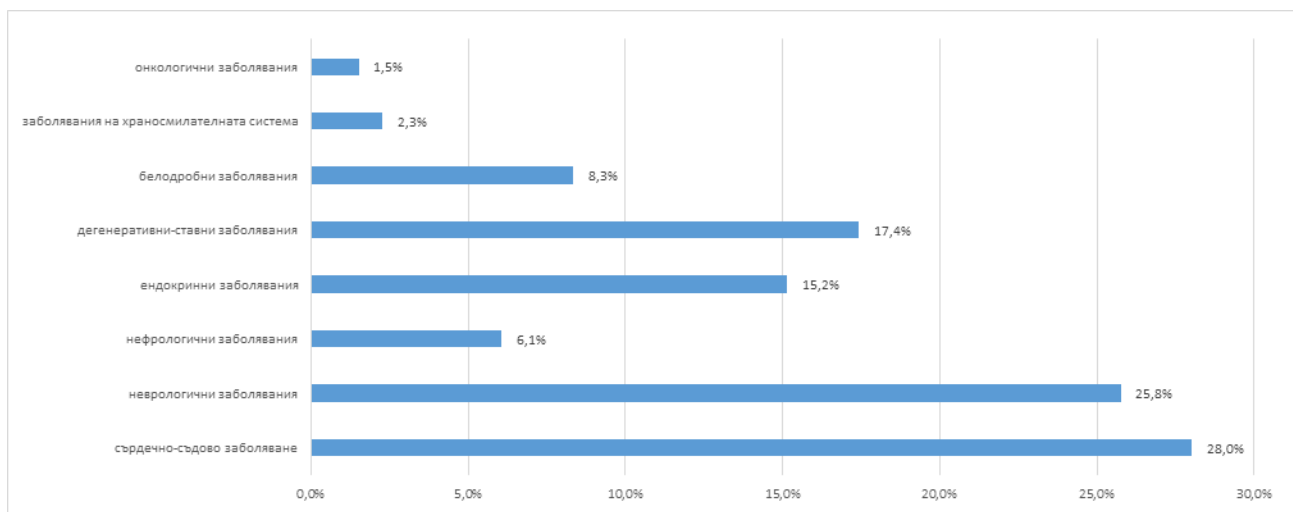
Преобладаващата част от пациентите 66,70% живеят в градове, докато едва един от трима живеят в село. Чувствителната разлика в местоживеенето е резултат преди всичко от механичната миграция на

населението към градовете и разликата в смъртността между селското и градско население, според данни на НСИ. Независимо от местоживеенето, от хронични заболявания страда населението и на селата и на градовете. Има отношение към информираността и потребността от и какво обучение се нуждаят. (Фиг. 2)



Фиг. 2 Разпределение на респондентите според местоживеене

Най-голям дял сред анкетираните пациенти, заемат тези със сърдечно-съдови заболявания - 28,00%, следвани от пациентите с неврологични заболявания – 25,8%. Тези заболявания при мъжете са - 32,90% за ССЗ и 27,40% за НЗ, докато при жените – преобладават дегенеративно-ставните заболявания – 21,40% и захарния диабет- 17,00%. Тревожен и е фактът, че съществува тенденция към подмладяване и разширяване на епидемията от тези болести. Това увеличава негативното им влияние върху социално-икономическото развитие на обществото. (Фиг.3)



Фиг.3 Разпределение на хроничните заболявания по нозология

Едновременно с това страхът е типична негативна емоция и преживяване за хората със сърдечно-съдови заболявания. Той се засилва успоредно с активиране на заболяването или засилване на определени симптоми. При хората с бъбречна недостатъчност, които няколко пъти в седмицата са принудени да се подлагат на хемодиализа, доминира фрустрацията, предизвикана от сериозните ограничения в мобилността и социалната им активност—техният ритъм на живот е подчинен на процедурата и целият им живот се планира и живее съобразно времето и качеството на диализата. Тази ситуация сериозно заплашва чувството им за лична независимост и способностите им да контролират живота си и конкретните ситуации, което поражда усещане за безсилие и зависимост от другите. Подобни усещания доминират и в живота на хората с диабет, при които измерването и следенето на нивата на кръвната захар се превръща в задача номер едно за всеки ден. Ако човекът е и на инсулин това налага строго спазване на часовете за поставянето му, непрекъснатото носене на храна със себе си и др.

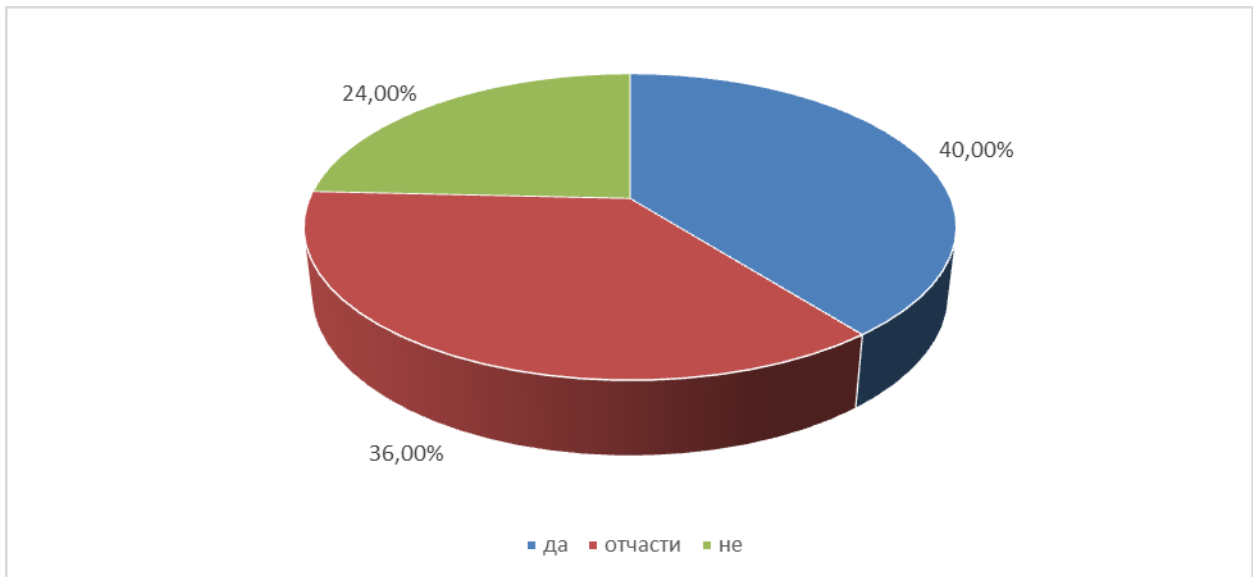
Пациентите от мъжки пол доминират при ССЗ /32,30%/ срещу /24,30% при жените /при неврологичните/ 27,40%/ за мъжете и 24,30% за жените, при нефрологичните /6,50%/ и 5,70% за жените, при белодробните 9,70%

за мъжете и 7,10 % за жените. При дегенеративно-ставните заболявания превеса е при жените - 21,40% срещу 12,90% за мъжете, както и при заболяванията на храносмилателната система- жени 2,90% и мъже - 1,60%. От онкологични заболявания са засегнати 2,90% жени, като мъжете не отбелязват. (Табл. 1)/в съотношението процентите са повече от 100%,но няколко пациента са посочили няколко възможни отговори/

Табл.1 Разпределение на хроничните заболявания по пол

Вашето хронично заболяване	Пол:			
	мъж		Жена	
	п	%	п	%
сърдечно-съдово заболяване	20	32,3%	15	24,3%
неврологични заболявания	17	27,4%	15	24,3%
нефрологични заболявания	4	6,5%	4	5,7%
ендокринни заболявания	8	12,9%	11	17,1%
дегенеративни-ставни заболявания	8	12,9%	14	21,4%
белодробни заболявания	6	9,7%	5	7,1%
заболявания на храносмилателната система	1	1,6%	2	2,9%
онкологични заболявания	0	0,0%	2	2,9%

Независимо от мястото на живеене диагностицирането на хроничното заболяване определено води до промяна в начина на живот на пациента и в неговото семейство. Отговор „да” посочват 40,00% от анкетираните, а отговор „отчасти” 36,00% от тях. 24,00% посочват, че не са променили начина си на живот. Доколко хроничното заболяване се отразява върху начина на живот, става ясно от представените във фиг. 4 резултати.

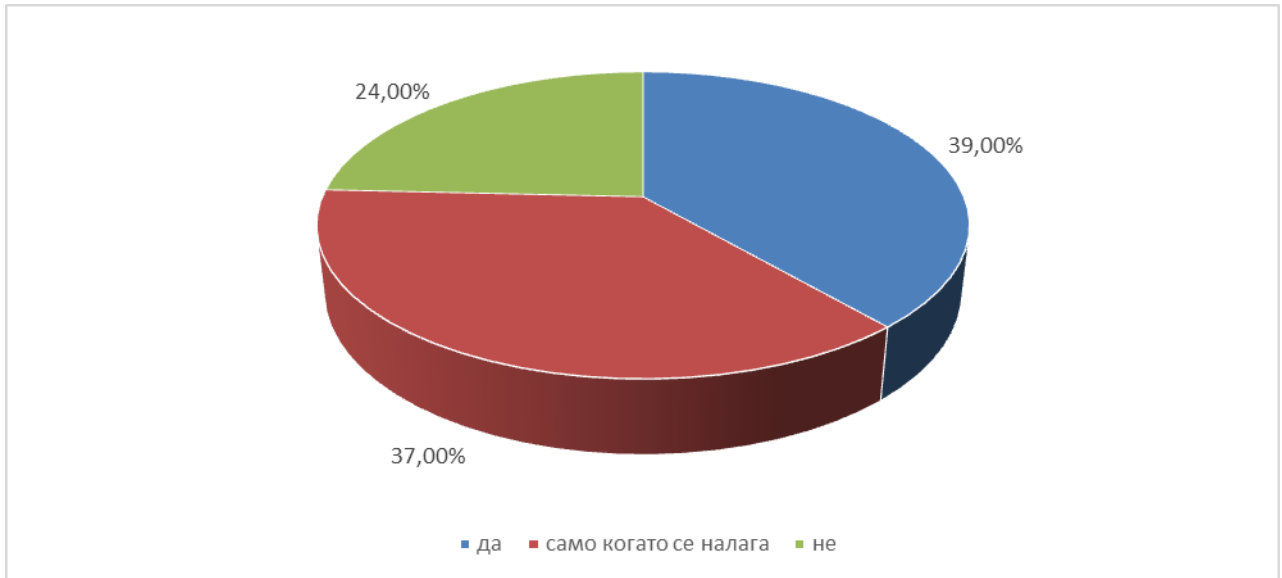


Фиг.4 Влияние на хроничното заболяване върху начина на живот

Прогресивния ход на протичане и неблагоприятните здравни последици завладяват живота на човека и стават доминанта, налагаща свой ритъм и изисквания, като вземане на лекарства, периодични посещения при лекар, преминаване през различни клинични изследвания, спазване на определен хранителен и двигателен режим. Всички тези промени се отразяват и преживяват различно от различните хора.

Едва 39,00% от анкетираните пациенти са двигателно активни, 37,00% проявяват активност, когато се налага, а 24,00% от тях не са заинтересовани и/ или не могат да се движат. Относителния дял на жените е с малка преднина над мъжете /54,00%/ и за трите показателя, което

показва, че и мъже и жени са еднакво активни, движат се само когато се налага (или не проявяват желание за движение) и/или не могат да се движат. (Фиг 5)



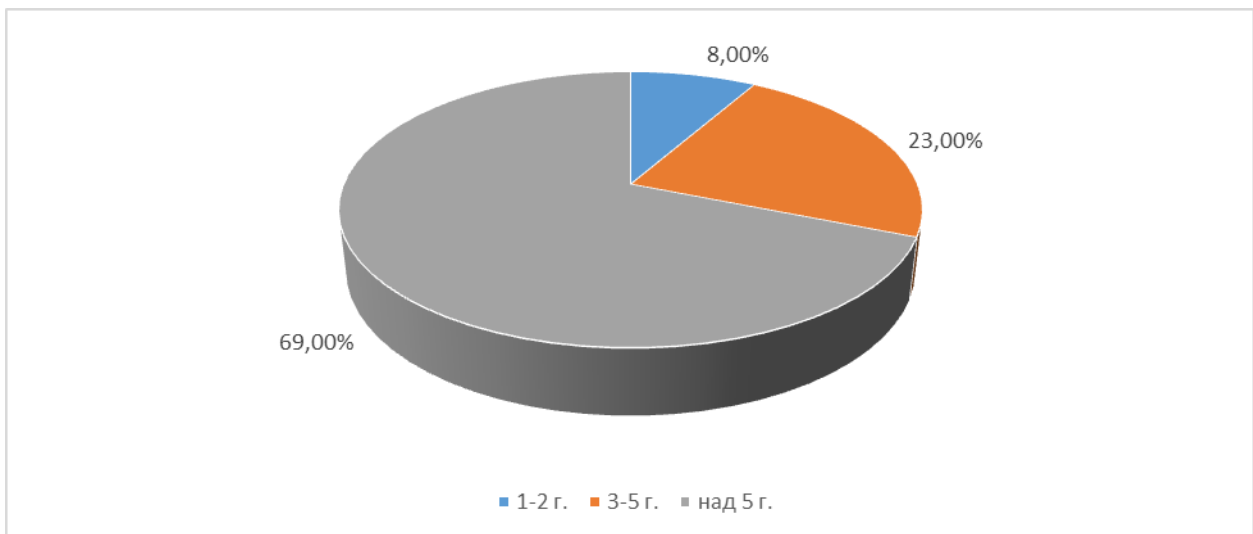
Фиг.5 Разпределение на респондентите, според двигателната им активност

Като цяло способността за физическа активност прогнозира отношението към болестта, вероятно поради засягането на тези възможности при ССЗ, неврологичните и дегенеративно-ставните заболявания, както в периодите на обостряне, така и постепенно в хроничния ход на болестта с настъпването на физическите увреждания. Вероятно за пациентите загубата на подвижността се приема като тежка последица на заболяването. А способността за физическа активност намалява негативното въздействие на болестта и води поддържане на добро общо състояние, психично здраве и качество на живот.

От значение за проучването е да се установи от колко време пациентите са диагностицирани с хронично заболяване. Най-много плаши чувството за неопределеност относно заболяването—дали то ще отmine или ще съпътства болния до края на живота, като постепенно влошава здравето му.

Едно от най-неприятните свойства на хроничното заболяване е да атакува човека внезапно и за продължително време. Това създава несигурност и неопределеност в живота и засяга почти всяка сфера от него. Има отношение към продължителността на живот с хроничното заболяване и начина да се справят с настъпилите усложнения.

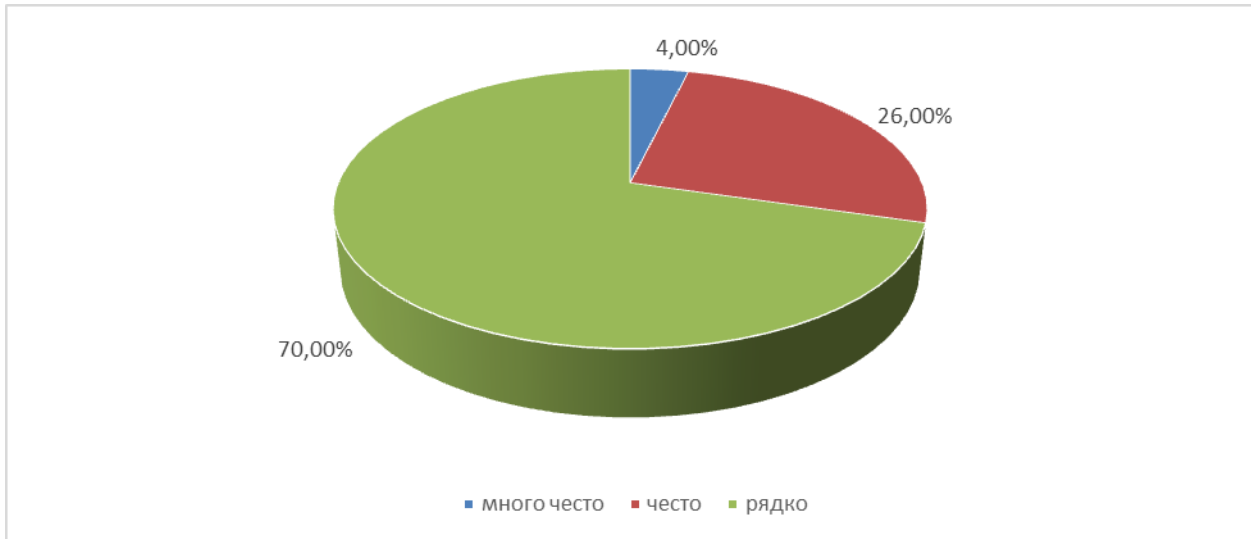
Понякога е трудно за пациентите да приемат поставената от медицинските специалисти диагноза, поради което се нуждаят от психологическа подкрепа. Преобладава относителния дял на поставена над пет години диагноза - 69,00%, между три и пет години са 23,00% от анкетираните и 8% са с поставена диагноза от една до две години. Тези, които са диагностицирани отскоро са с по-малко опит и се нуждаят от повече информация за това, как протича заболяването и каква е профилактиката на усложненията. (Фиг. 6)



Фиг.6 Разпределение на респондентите според диагностицирането им

От тях 30,00% често постъпват в лечебно заведение, а 70,00% рядко, което показва, че хроничното заболяване когато се лекува и се полагат адекватни грижи, може да не налага често постъпване в болница.

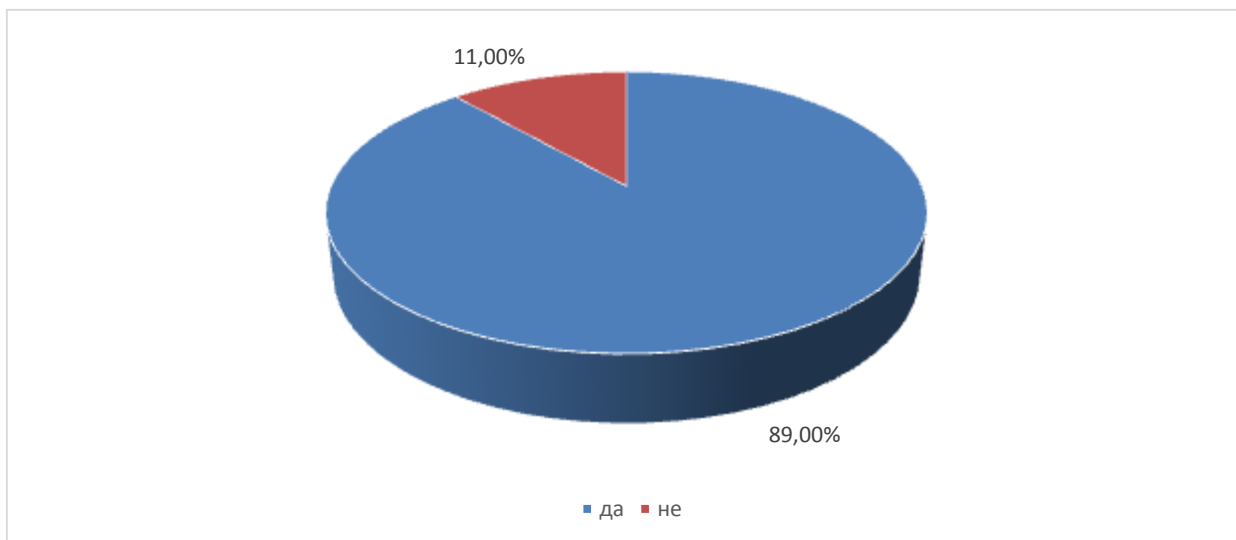
Тези, които са диагностицирани отскоро може би по-често търсят болнична помощ, отколкото тези, при които диагнозата е поставена от по-дълго време, тъй като те натрупват опит и по-рядко постъпват в болница. Причините, поради които се налага хоспитализирането са преди всичко свързани с усложненията. (Фиг 7).



Фиг.7 Разпределение на респондентите, според постъпването им в лечебно заведение

Хроничните заболявания се развиват бавно, продължават дълго, често съпътствани с тежки усложнения за което са необходими знания и умения за да останат пациентите по-дълго активни.

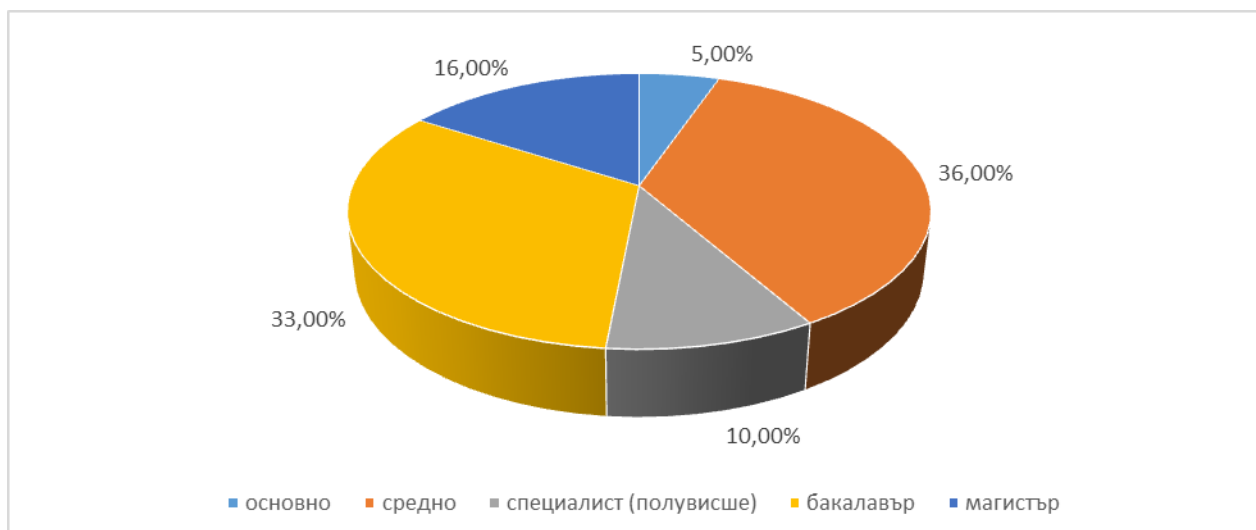
При 89%,00 от включените в проучването пациенти са установени усложнения. (Фиг 8) Липсата на информираност и ранна диагностика водят до усложненията на болестта. Влиянието на ССЗ заболявания и диабетът може да се намали, чрез здравословен начин на живот, а МС и деменцията могат да се бъдат управлявани, за да се помогне на пациентите да запазят добро качество на живот.



Фиг.8 Разпределение на респондентите, според настъпилите усложнения

Ето защо е важно пациентите и техните близки да бъдат обучени и подготвени да се справят при възникване на възможните усложнения. Например пациентите с диабет и техните близки трябва да са подготвени да разпознават клиничните симптоми на хипогликемията и хипергликемията, какво може да се направи в домашна обстановка и кога трябва да потърсят лекарска помощ. На фиг.3 резултатите показаха превес на ССЗ и неврологичните заболявания, които се манифестират с усложнения и инвалидизация, поради което 12,90% от анкетираните са посочили, че имат нужда от услугите на логопед за справяне с говорната афазия, 6,10% от ерготерапевт за обучение в ползване на помощни средства и 15,20% от психологическа подкрепа. За обучение на пациента в справяне със заболяването и изграждане на навици е необходим мултидисциплинарен екип от специалисти.

Относителния дял на анкетираните със средно образование е 36,00%, а с образователна степен „бакалавър“ 33,00%/. (Фиг.9)



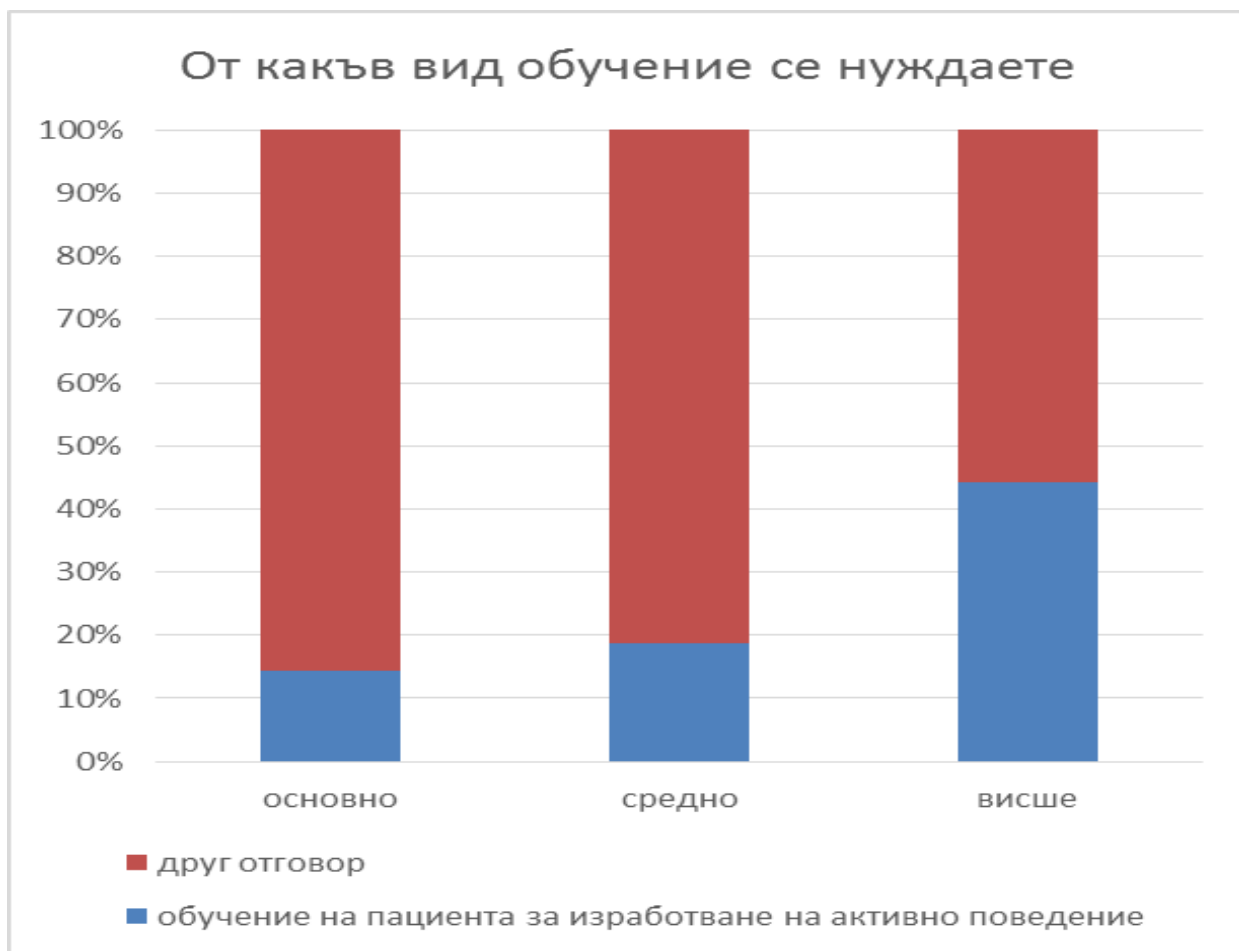
Фиг.9 Разпределение на респондентите според образованието

Образованието е пряко свързано с доброто обучение. Натрупването на адекватни знания за болестта е добра гаранция за по-ефективно сътрудничество между медицинските специалисти и болния, а от тук и за по-добро лечение. Образованието и доброто обучение може да бъде не само правилен отговор на заинтересоваността им от болестта и развитието ѝ, но също да повишава усещането за компетентност, което гарантира по-активно участие.

Прави впечатление, че хората с по-нисък образователен ценз изявяват желание за обучение на самия пациент с цел по-голяма самостоятелност. Хората с по-високо образование, желаят самите те да са информирани повече, за да си бъдат полезни и да разбират болестта по-добре.

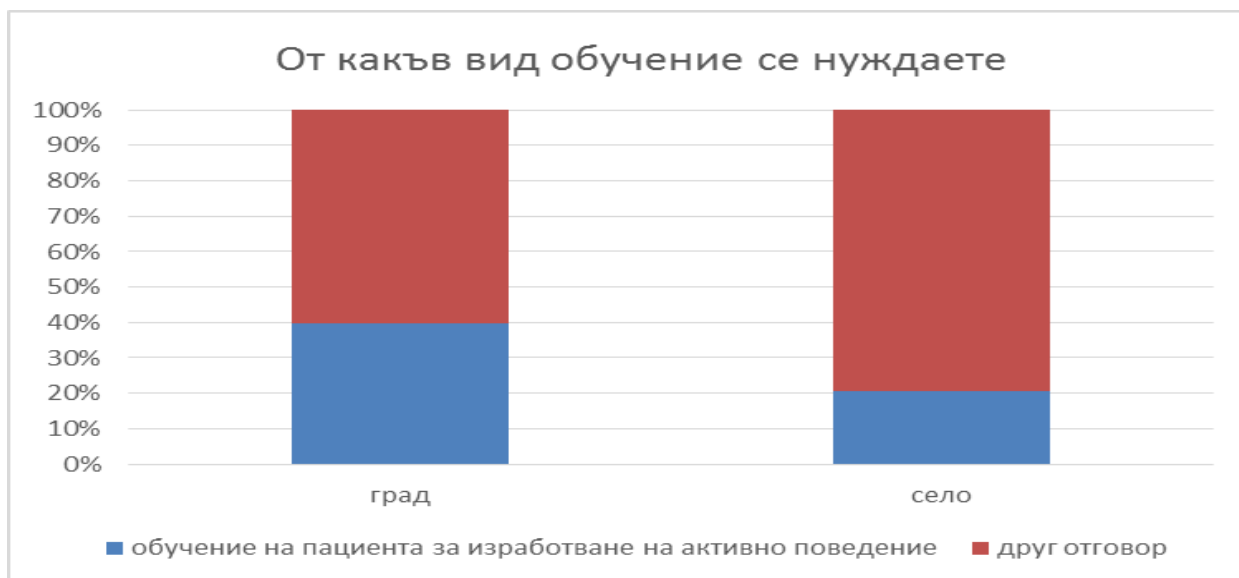
Установена е статистическа значимост между образованието на пациентите и от какво обучение се нуждаят. / $p < 0.007$ /

Нагледно отговорите се виждат и от графичното изображение. Анкетирани с висше образование искат да надградят информация, за изготвяне на по-активно поведение, за да имат личен контрол и контрол на лечението, вярвайки, че заболяването зависи повече от тяхното поведение. (Фиг.10)



Фиг.10 разпределение на пациентите според степента на образование

Разликата между хората живеещи в градовете и селата, по отношение на обучение за активно поведение при обучението на пациента, е 40,00% към 20,00%. (Фиг. 11)

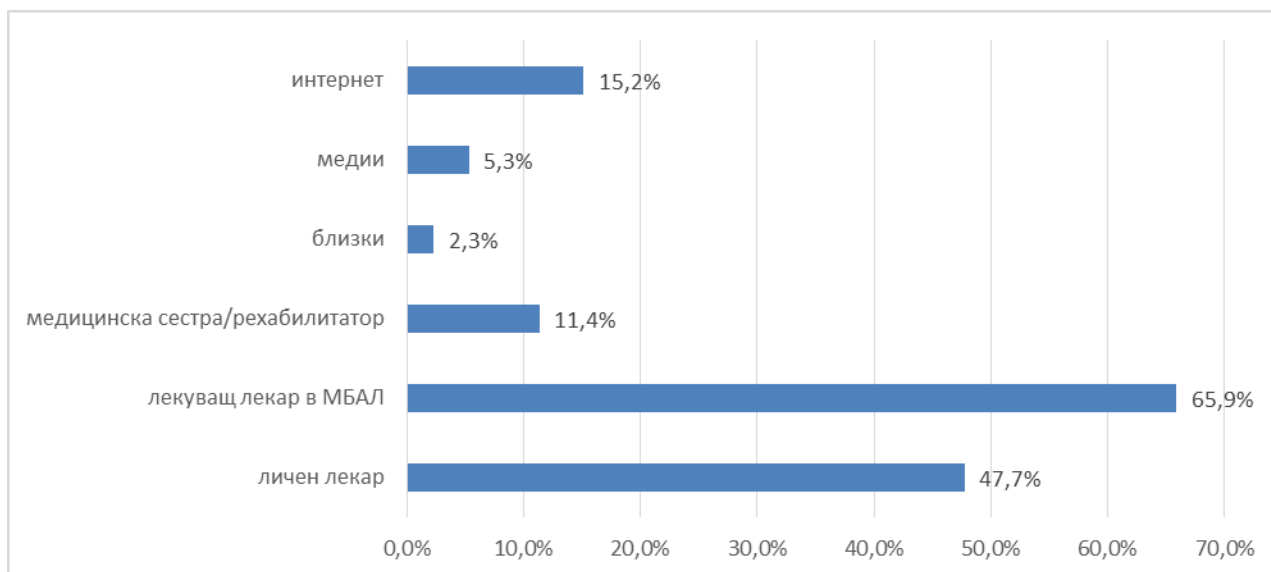


Фиг.11 Разликата между хората живеещи в градовете и селата

Хората живеещи в селата, нямат информация, за да преценят колко малко знаят и с колко малко информация разполагат за проблеми, касаещи здравето им. Като цяло резултатите показват, че могат да бъдат обучавани как да се справят с грижите в домашна среда, стига да има къде и от кого да бъдат обучавани.

Важно е да се разбере доколко хората са информирани, относно хроничното заболяване и проблемите които могат да възникнат във времето.

Установяването на нивото на информираност на пациентите е необходимо, за да се планира и осъществи тяхната подготовка и обучение за продължаване на адекватни грижи в домашни условия и при настъпване на усложнения. 65,90% от респодентите се информират за своето заболяване от лекуващ лекар в МБАЛ. 47,70% от анкетираниите получават информация от личен лекар, 11,40% от тях използват като източник на информация медицинска сестра или рехабилитатор и 18,50% черпят информация от интернет и медии. (Фиг 12)



Фиг.12 Източник на информация,относно заболяването

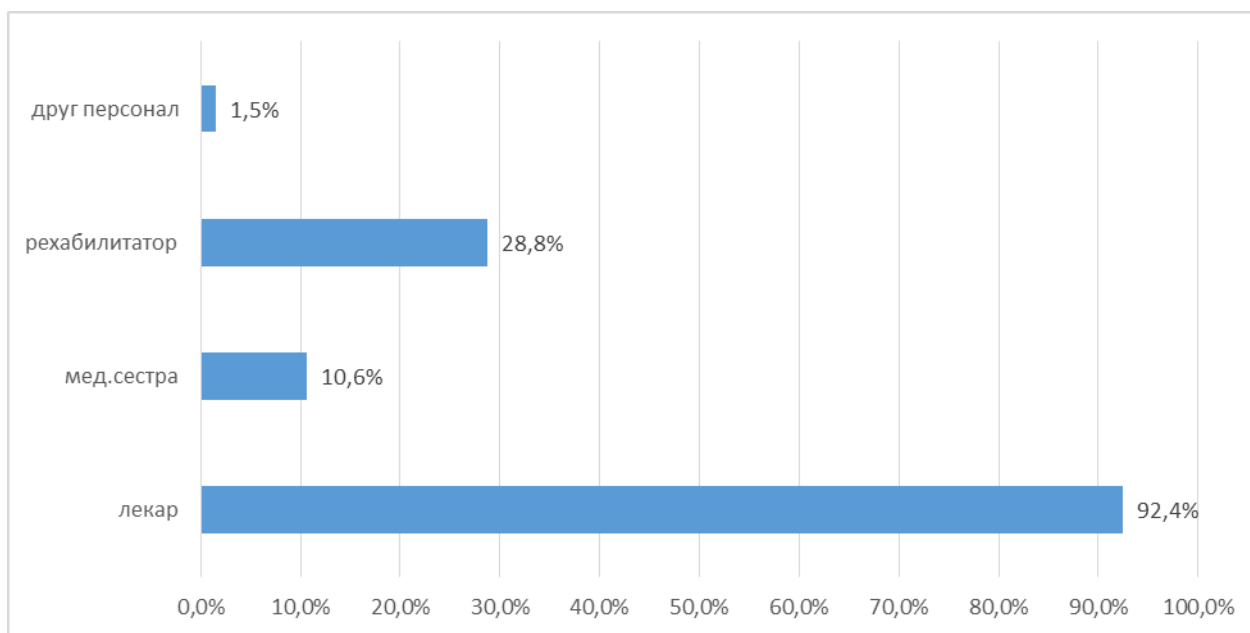
Пациентите с хронични заболявания имат потребност от информация и обучение, за да се предотвратят възможните усложнения от една страна и от друга да извършват грижи адекватни на развитието на хроничното заболяване. Обучението и информирането на пациентите по въпросите касаещи здравето е важна функция на продължаващата здравна грижа. Чрез обучаването на хората, в зависимост от заболяването и възрастта медицинските сестри и рехабилитатори помагат на хората да разберат как да променят своето поведение, за да подобрят качеството си на живот с хронично заболяване.

По-голямата част от анкетиранияте посочват, че желаят да се информират относно заболяването си от лекар и към него се обръщат при възникнали проблеми, както и потребността на новодиагностицираните пациенти да им се обяснят настъпващите промени. Това показва, че е необходимо осигуряване от ОПЛ или лекуващ лекар в МБАЛ на стриктен контрол и мониторинг на хроничното заболяване. Първоначално е трудно да бъде възприета цялата информация, поради което пациентите трябва да имат възможност за непрекъсната комуникация с медицински специалисти

и информирането, относно заболяването да се осъществява от компетентни лица.

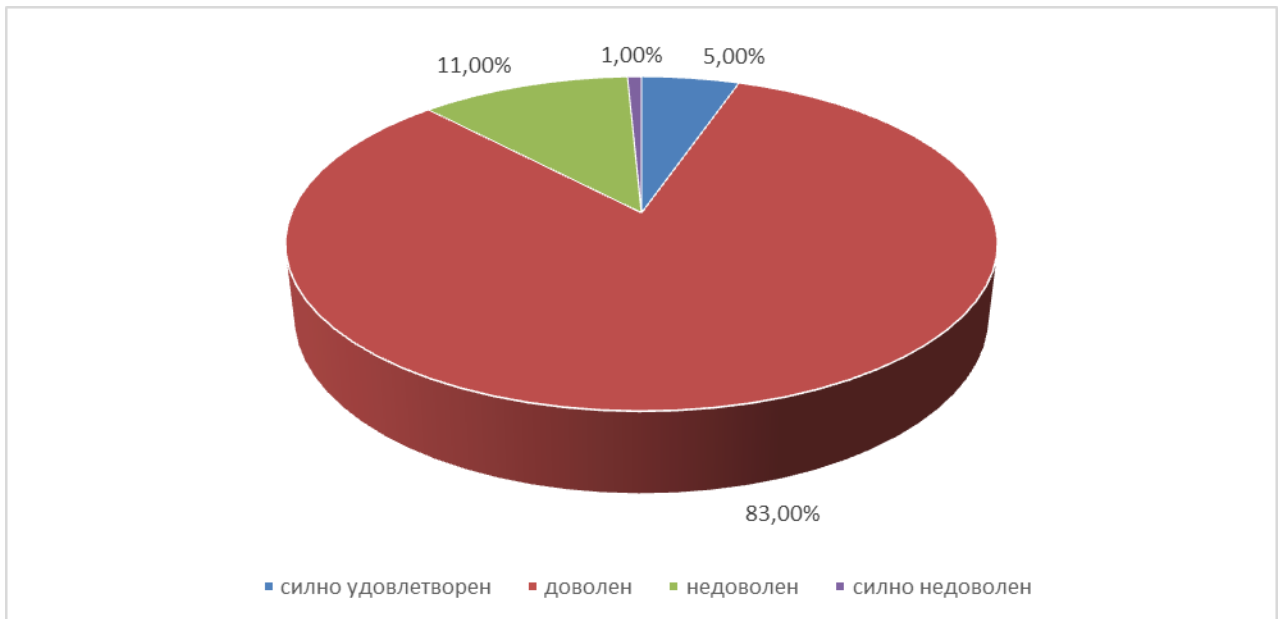
Като картината не се променя и когато по време на престоя си в лечебното заведение, пациентите разчитат при възникнали проблеми и усложнения да бъдат информирани от лекари – 92,40%, медицински сестри –10,60% и от рехабилитатори – 28,80%. По-големият процент за рехабилитаторите се предполага, за последващи процедури и помощ при възстановяването им.

Пациента се нуждае от информация за развитието на болестта и за начина, по който повлиява живота му. Тези знания получава от медицинските специалисти. (фиг.13)



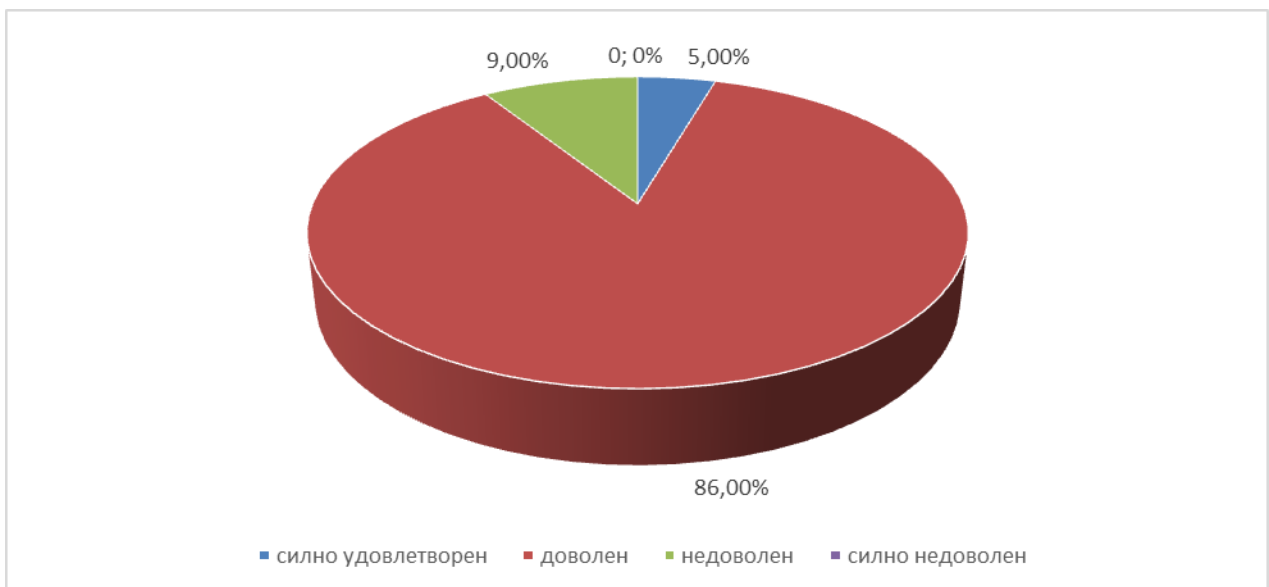
Фиг.13 Източник на информация при възникнали въпроси в болница

Получените резултати относно удовлетвореността на пациентите от предоставената информация показват, че най-голям е относителният дял на пациентите посочили, че са само “доволни“ – 83,00% , “Силно удовлетворени” са 5,00%, а пациенти, които са „недоволни ” са 11,00%. “Силно недоволни” са 1,00 %. Тези данни определено показват, че информацията предоставена на пациентите удовлетворява в значителна степен техните потребности.(Фиг 14)



Фиг.14 Удовлетвореност на пациентите от получената информация

Медицинското обслужване и оказаните сестрински грижи в болниците удовлетворява почти всички анкетиранни. Силно удовлетворени от пребиваването си в болницата са 6,50 % от пациентите, а 86,00 % са доволни, като неудовлетвореност посочват 12,90% от анкетираните. (Фиг 15)

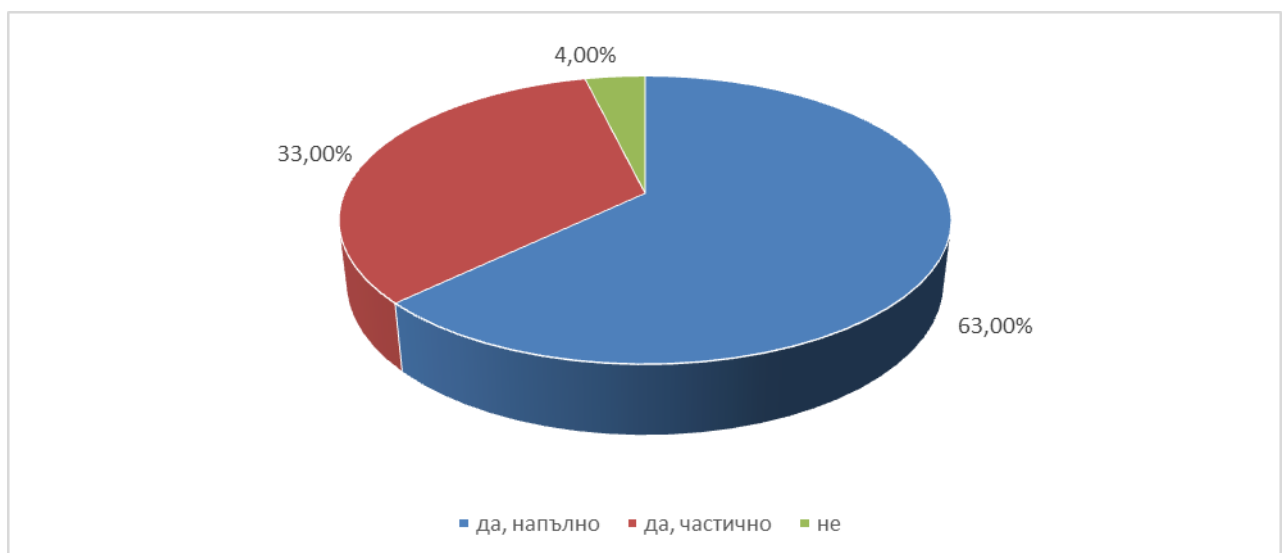


Фиг. 15 Удовлетвореност на пациентите от сестрински грижи

Постъпването в болнично заведение на пациент с хронично заболяване най-често е свързано с обостряне на симптоматиката или настъпило

усложнение. Тези обстоятелства са свързани с промяна или изготвяне на нов хигиенно-диетичен и двигателен режим.

Прави впечатление, че има пациенти (4,00 %) които посочват, че изобщо не са получавали информация по тези въпроси, а 33,00% не са толкова категорични в отговорите си и са частично информирани, а напълно информирани са 63,00% от анкетираните лица, въпреки че пациентите с хронични заболявания трябва да са добре обучени и информирани относно хигиенните грижи, диетата и двигателния режим, които трябва да спазват както в лечебното заведение, така и в домашни условия. (фиг.16)



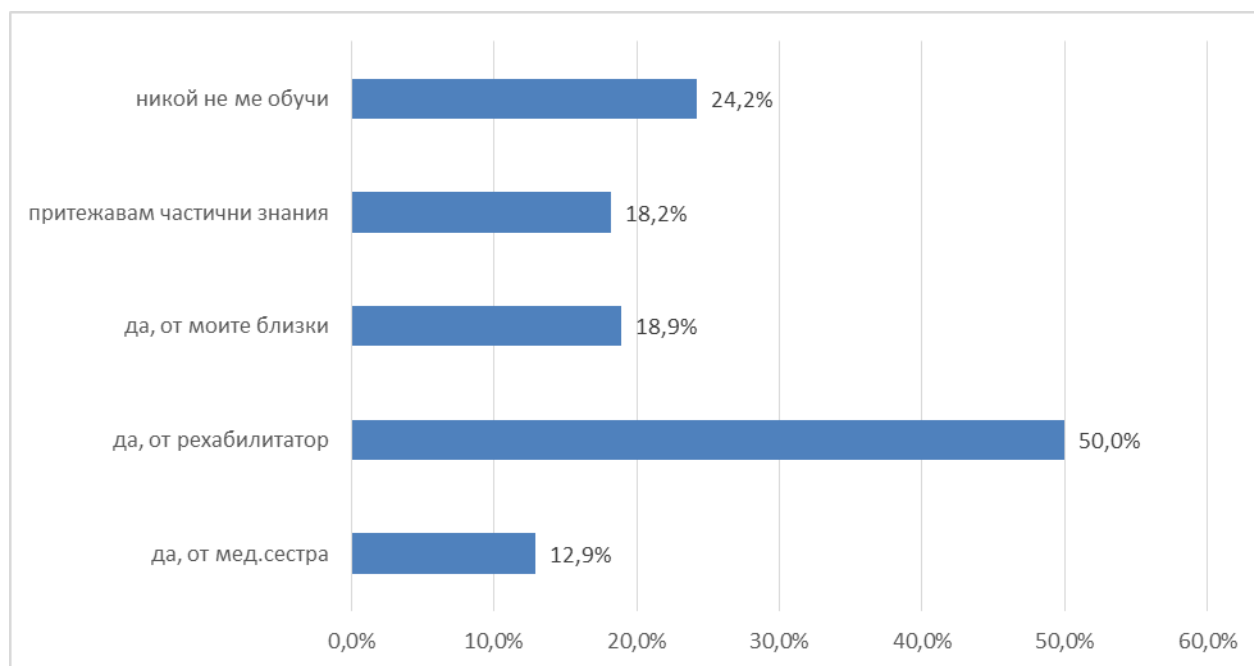
Фиг. 16 Информираност на пациентите, относно хигиенно-диетичния и двигателен режим

Резултатите по отношение на обучението на пациентите за извършване на дейности от ежедневиия живот са значително разнообразни.

Данните показват, че най-голям е относителният дял на пациентите, които са разчитали на рехабилитатори – 50,00%, на медицински сестри – 12,90%, от близките са съдействали за ДЕЖ на 18,90% от анкетираните. Немалък е и относителният дял на анкетираните, които притежават частични умения - 18,20% и „никой не ме обучи“ - 24,20% съобщават, че

изобщо не са обучавани, въпреки, че са имали такива потребности, което показва, че проведеното обучение удовлетворява 2/3 от пациентите.

Големия относителен дял на посочилите „реабилитатор“ е свързан с доминиращите проценти на неврологичните, сърдечно-съдовите и дегенеративно-ставните заболявания, при които отпадната двигателна симптоматика и страдащите ДЕЖ са приоритет за пациента при възстановяване. (Фиг. 17)



Фиг. 17 Обучение на пациента по време на болничния престой в ДЕЖ

На въпроса „Смятате ли, че Вие и вашите близки притежавате знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?“ относителният дял на анкетираните, имащи такива знания и умения е значително нисък, видно от Табл. 2.

Табл. 2 Самооценка на пациентите относно знанията и уменията за полагане на грижи

Смятате ли, че Вие и вашите близки притежавате знания и умения	да, напълно	12	9,1%
	да, частично	111	84,1%
	не	9	6,8%

умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние			
---	--	--	--

Получените резултати показват, че най-голям е относителният дял на пациентит – 84,10 %, които притежават частични знания и умения за грижи насочени към техните потребности и проблеми, като от тях 6,80% посочват че не притежават. Положителен отговор са посочили едва 9,10% от анкетираните. Процеса за подобряване на здравословното състояние при хронично болните пациенти е продължителен с основна задача адекватни знания и умения за полагане на грижи. Това налага обучение и самообучение в движение.

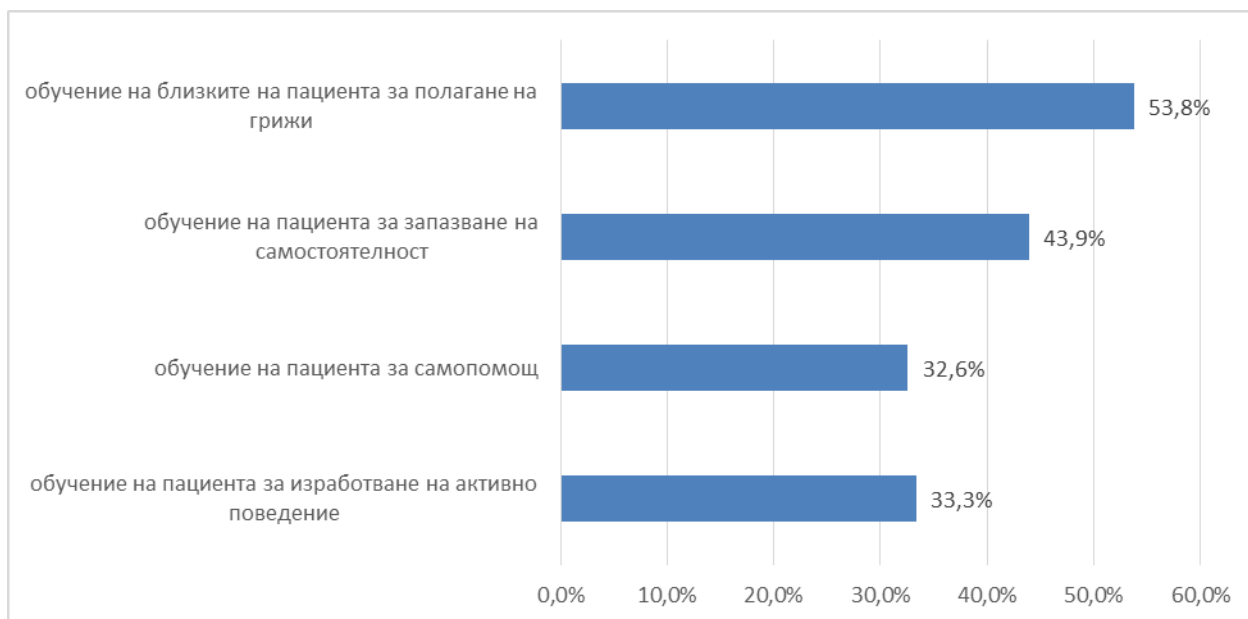
Резултатите от табл.2 ясно показват,че пациентите които имат частични знания и умения се нуждаят от допълнителна информация за продължаващо възстановяване в домашна обстановка, което се доказва с отговор на въпроса-„ имате ли нужда от информация за продължаващото Ви лечение в домашна обстановка“, където с „нуждая се от помощ“ отговарят 40,20% и „информиран съм частично“ - 36,40% от анкетираните, 20,50% разчитат на това,че „близките ми са информирани“,а едва 2,90% нямат никаква информация.

Големият относителен дял - 82,10% от анкетираните, посочват, че са информирани, но не достатъчно, което показва, че се нуждаят от допълнителна информация за да осъществяват помощ и подкрепа в домашна обстановка. Информирани са 14,30%, а тези които нямат информация и имат нужда от такава са 3,60% от близките. (Табл. 3)

Табл. 3 Мнението на близките относно нуждата от допълнителна информация

въпрос	отговор	брой	Отн. дял %
Нуждаете ли се от допълнителна информация за продължаващото лечение на Вашия близък в домашна обстановка	Информиран съм напълно	8	14,30%
	информиран съм частично и имам нужда от допълнителна информация	46	82,10%
	нямам никаква информация и се нуждая от такава	2	3,60%
		56	100,00%

Здравното обучение е цялостен процес, в който медицинските сестри и рехабилитатори помагат на пациентите за формирането на личната здравна култура при възникване на хроничното заболяване. От резултатите се вижда, че за 53,80% от пациентите е от изключително значение техните близки да бъдат обучени в полагане на грижи, проявява на разбиране и подкрепа на всички негови усилия. Голям е и относителния дял - 43,90% на пациентите, които желаят да се обучат в запазване на самостоятелност, което е свързано с високия процент инвалидизиращи обстоятелства при хроничните заболявания. 32,60% от анкетиранияте имат желание да са подготвени да си помогнат сами, което е свързано с факта, че 33,00% от респондентите живеят на село, може би сами и с недобра инфраструктура, което ограничава достъпа до здравни грижи и забавя помощта. Не е за пренебрегване и факта, че 33,30% искат да изработят активно поведение за контрол на симптомите, справяне с дистреса и получаване на помощ от средата. (фиг. 18)/ /процентите надвишават 100%,тъй като анкетитараните са посочили повече от един отговор/



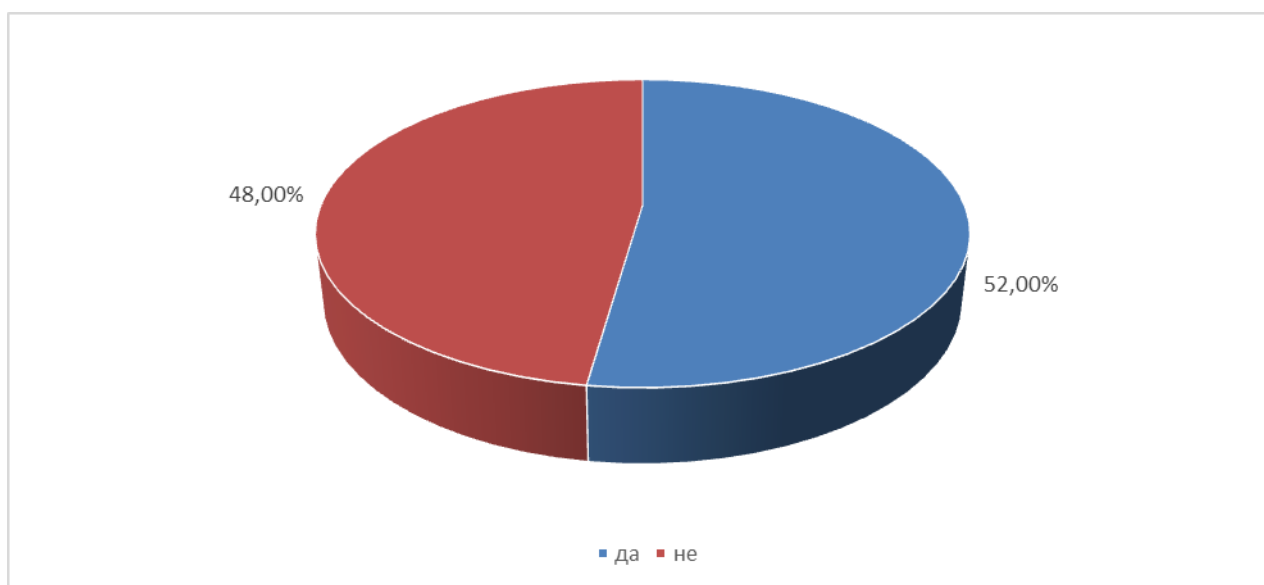
Фиг.18 Мнение на пациентите от какво обучение се нуждаят

Съществена е информацията, която получаваме за необходимостта от обучение на близките, като обучение за двигателния режим са посочили 50,00% от анкетиранияте, информация за превенция на усложненията са поискали 62,50%, обучение за полагане на грижи 17,90%, а 10,70% обучение в хигиенно-диетичен режим. Тези резултати показват, че близките на пациентите с ХЗ имат нужда от обучение, знания, умения и увереност относно грижите и потенциалните проблеми, които могат да възникнат. (Табл4)

Табл. 4 Мнение на близките относно обучението, от което се нуждаят /процентите надвишават 100%, тъй като анкетиранияте са посочили повече от един отговор//.

въпрос	отговор	брой	Отн. дял %
От какъв вид обучение за обгрижване на Вашите близки се нуждаете	обучение за хигиенно диетичен режим	6	10,70%
	обучение за двигателен режим	28	50,00%
	обучение за полагане на грижи	10	17,90%
	обучение за предотвратяване на	35	62,50%

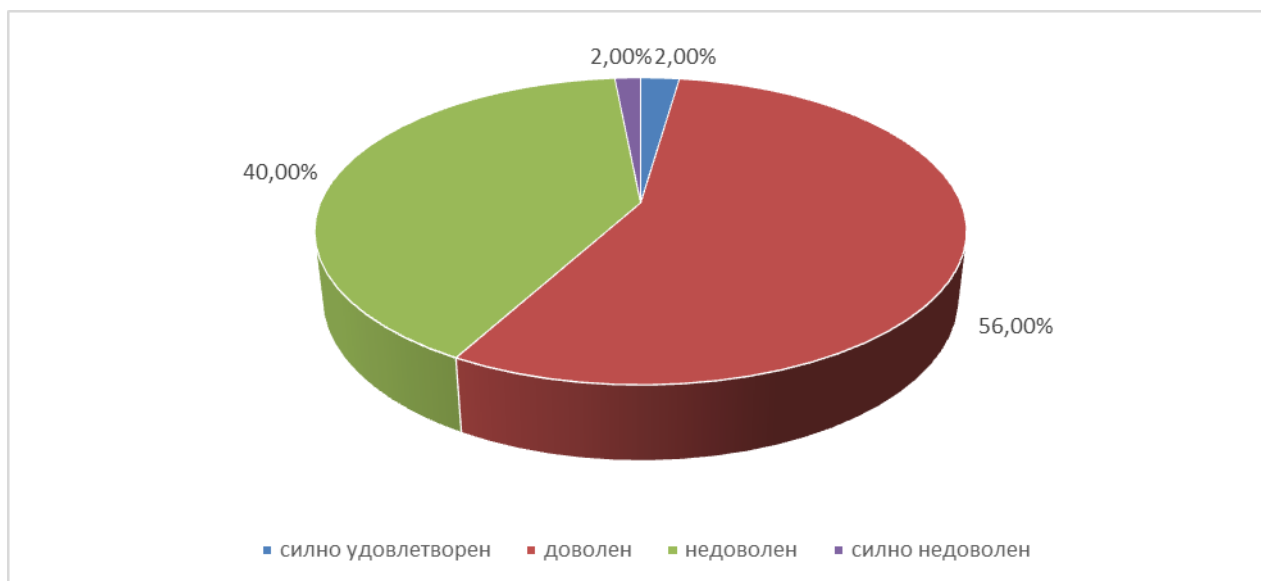
Лицата, които са с намалена работоспособност са с по-голям относителен дял - 52,00%, а 48,00% от анкетираниите посочват, че нямат определена група инвалидност. ССЗ и неврологичните заболявания манифестират перспектива за инвалидизация, особено травмиращо в първите етапи на болестта. (Фиг. 19)



Фиг.19 Имате ли определена група инвалидност?

Хроничните заболявания инвалидизират и социално и професионално.

Намалената работоспособност, определената група инвалидност с експертното решение на ТЕЛК и живота с хроничното заболяване предполагат да се изрази мнение за удовлетвореността от ползваните социални услуги, което е видно от Фиг. 20 Резултатите показват, че относителния дял на доволните от социалните услуги анкетирани пациенти е най-голям - 56,00%, но не е малък и дялът на недоволните – 40,0%. Силно удовлетворените, както и силно недоволните пациенти са по 2,00%. Местоживеенето на респондентите не е от значение.



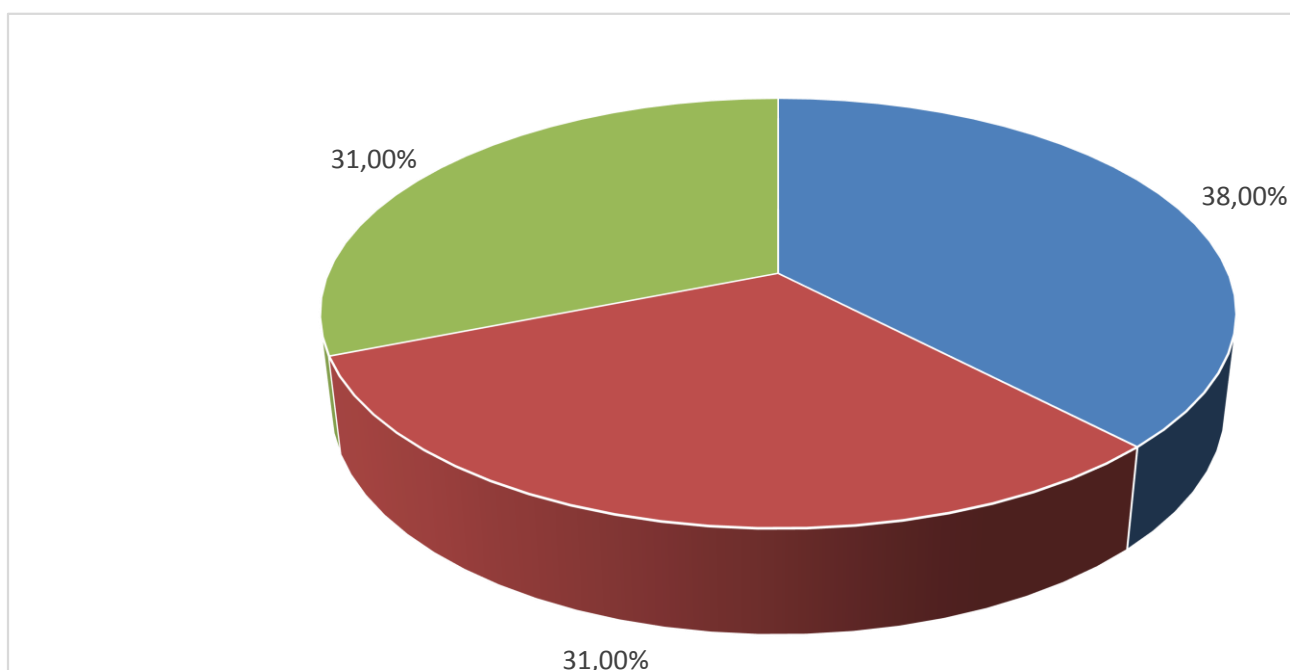
Фиг.20 Удовлетвореност на пациентите от предоставяните им социални услуги

Високия процент недоволни /40,00% посочват какво според тях трябва да се промени в социалните услуги, за да се подобри качеството им на живот. Мнението на респондентите се разпределя почти равномерно между три от отговорите, с малък превес на тези, които разчитат на помощ от социалните служби за помощ при намиране на работа след настъпване на инвалидизация - 14,40%, които след промяна в обстоятелствата при настъпила инвалидизация, вследствие на хроничното заболяване и промяна в статута търсят подкрепа от АСП за помагане при намиране на работа и социално включване. Социални услуги, според нуждите на пациента и подобряване на комуникацията между институциите са с равни относителни дялове - по 13,60%. Лошо отношение са посочили - 10,60% и нетолерантност - 3,80% от анкетиранияте. От липса на информация са недоволни 6,80%, а повече безплатни прегледи желаят 7,60%. (Фиг. 21)



Фиг. 21 Мнение на пациентите относно промените, свързани със социалните услуги

Доколкото хроничното заболяване се отразява върху професионално развитие и кариера, става ясно от резултатите представени на Фиг.22.



Фиг.22 Отражение на заболяването върху професионалното развитие и кариера

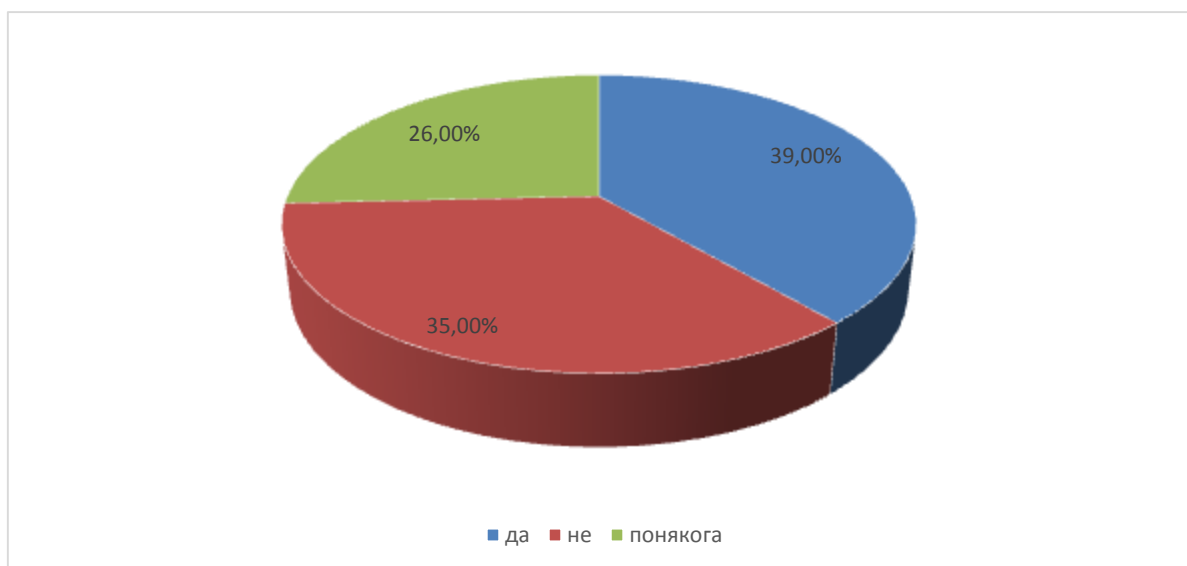
Разпределени в три групи почти по-равно – 38,00% да отрази се, 31,00% отчасти и на 31,00% заболяването не се отразява върху професионалното развитие и кариера, където относителния дял на жените спрямо мъжете е (Табл. 5)

Табл. 5 Повлияване на професионалното развитие

Заболяването отразили се на професионалното Ви развитие и кариера	Отговор:	Бр.	%	Отн. дял мъже	Отн. дял жени
	да	50	37,9	18%	20%
	отчасти	41	31,1	14%	17%
	не	41	31,1	14%	17%
		132	100	Общо 100%	

Таблицата ни показва, че хроничното заболяване повлиява професионалното развитие почти еднакво на жените и мъжете, с малък превес в относителния дял на жените. Тези резултати ни дават основание да смятаме, че значителна част от анкетираните имат възможност да упражняват професията си без да се налага да я променят или да променят плановете си за кариерно развитие. Все пак да имаме в предвид, че по-голямата част от тях отговарят положително което вероятно е свързано със спецификата на заболяването.

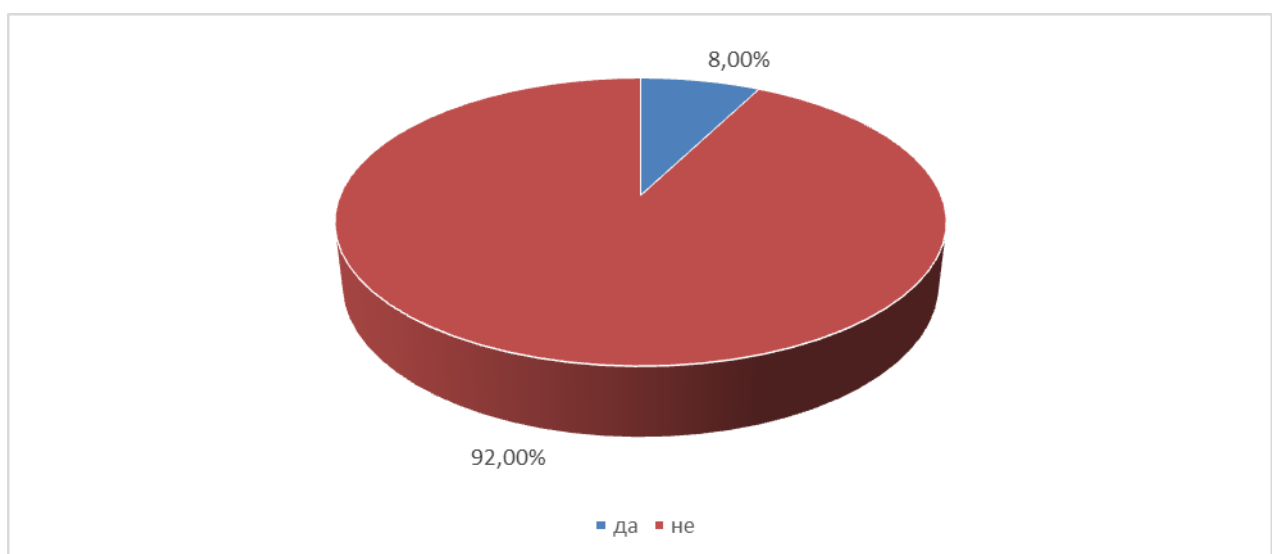
Как се отразява заболяването на психологическия комфорт в семейството е посочено във Фиг. 23.



Фиг.23 Отражение на заболяването върху психологическия комфорт в семейството

От получените резултати се вижда, че в семейството се запазва психоклимата. Отговор „да“ посочват 39,00% от анкетираните, с „не“ са категорични 35,00% и понякога 26,00%. Това ни показва, че повечето семейства успяват да преодолеят негативното въздействие и стресогенността на заболяването и да запазят психологическия комфорт в семейството. Но не малък процент не могат да се справят с отпадане на някои семейни задължения и социални роли, появата на нови нетипични такива, невъзможността да се поддържат досегашните взаимоотношения и ще имат нужда от психологическа подкрепа.

На въпроса дали са получили подкрепа от пациентска организация, поголемият относителен дял - 92,00% от анкетираните отговарят отрицателно Положително отговарят само 8,00%. (Фиг 24) Тези резултати определено показват, че пациентите не познават и не получават необходимата помощ и подкрепа от пациентските организации. В същото време, пациентските организации имат големи възможности за участие в проекти и за финансиране на различни инициативи, чрез които да осигуряват помощ и подкрепа на пациентите с различни хронични заболявания, да организират мероприятия по промоция и профилактика.



Фиг. 24 Получаване на подкрепа от пациентски организации

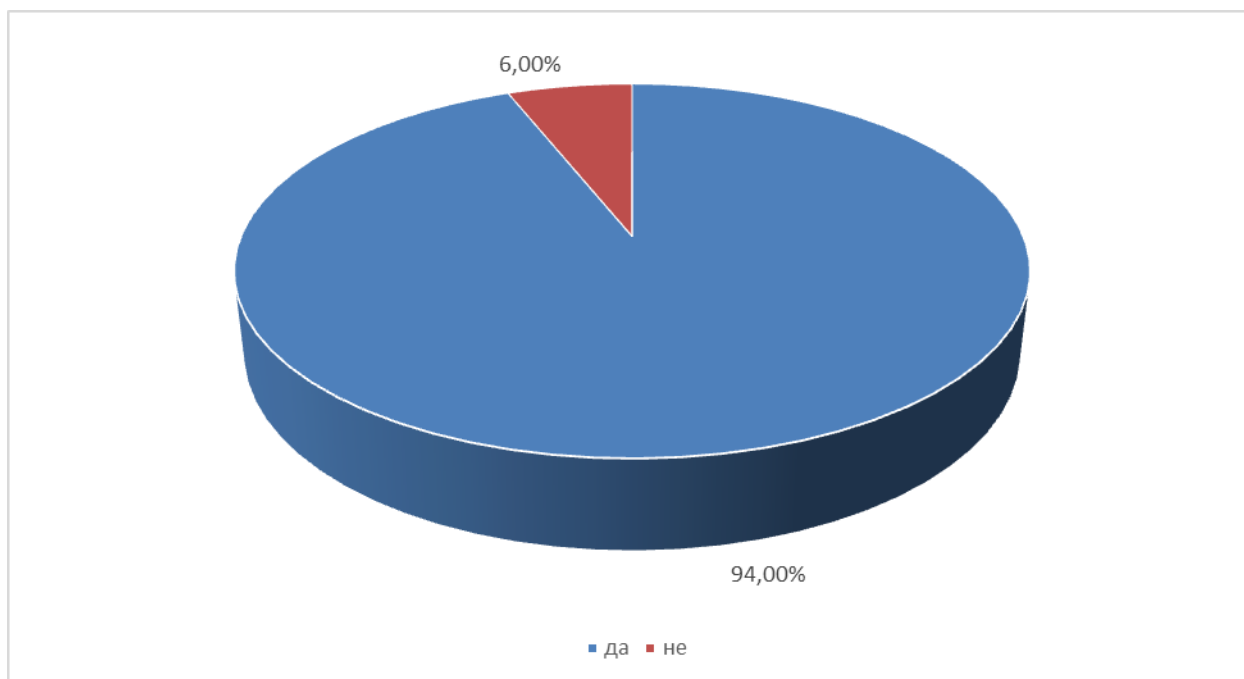
В тази връзка запитани дали са посещавали специално насочени обучения за справяне с болестта и усложненията, 86,00% от отговорилите са категорични, че не знаят за провеждани такива, отговор „не” са посочили 13,00% от анкетиранияте и едва 1,00% знаят за съществуването на провеждани мероприятия. (Фиг. 25)



Фиг. 25 Мнение на пациентите за провеждани обучения, свързани със заболяването

Тези резултати може би се дължат на факта, че има институции, но липсва механизъм и конкретна организация, при която всеки пациент с хронично заболяване да получи необходимата информация, грижи и подкрепа, а на семейството и близките му възможност за обучение от квалифицирани медицински специалисти.

Съществена информация за изследването ни дава и следващия въпрос към пациентите, дали биха посещавали център за профилактика и професионална помощ, свързани със заболяването. Категорични в желанието да посещават център за професионална помощ и подкрепа са изказали 94,00% от анкетиранияте и едва 6,00% не биха. (Фиг 26)

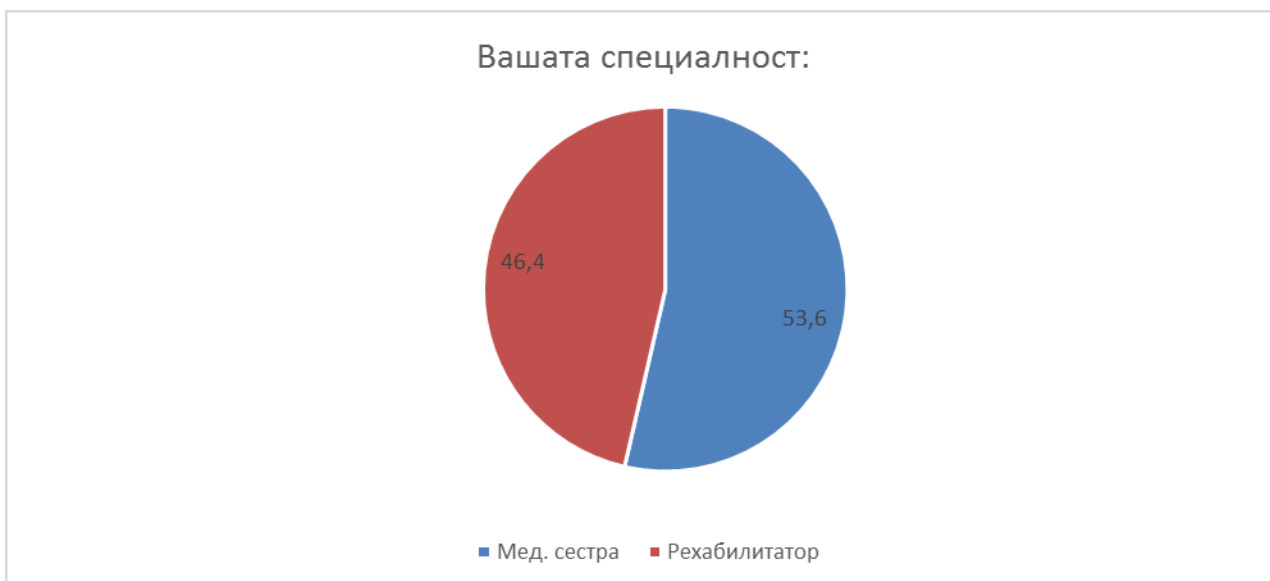


Фиг. 26 Мнение на пациентите за посещение на специализиран център за подкрепа

2.2 Квалификация на медицинските сестри и рехабилитатори по отношение на здравните грижи при хроничните заболявания

Спецификата на медицинската помощ и здравните грижи при пациента с хронично заболяване, изисква специалисти от различни области да работят заедно в интерес на пациента. Това налага един по-различен интегриран подход, обхващащ всички свързани с потребностите на пациентите аспекти- от организацията и управлението до професионалните умения на доставчиците на тези грижи. Медицинските сестри и рехабилитаторите се налага да разрешават разнообразни ситуации при изпълнение на професионалните си задължения. В сътрудничество освен със съответния лекар, те взаимодействат и с други професионалисти.

Медицинските сестри са с по-голям относителен дял 53,60%, а рехабилитаторите 46,40%. (Фиг 27).



Фиг.27 Разпределение на медицински сестри и рехабилитатори по специалност

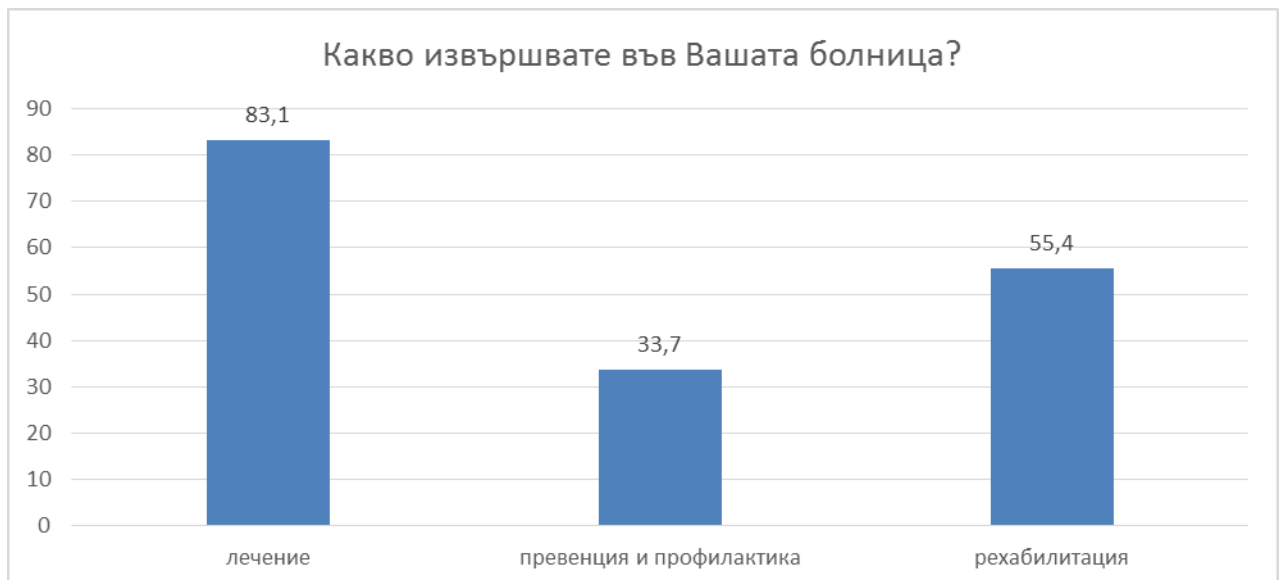
Данните по отношение на образованието на специалистите по здравни грижи показват, че най-голям е относителният дял на тези, които са със степен на образование „бакалавър“ - 41,70%, полувисше образование имат-специалист 21,40 % от анкетираните; Магистърска степен имат 34,50 % от анкетираните, а средно специално образование имат 2,40 %. (Фиг 28).



Фиг.28 Разпределение на специалистите по здравни грижи според степента на образование

Това голямо разнообразие в образованието на медицинските сестри е в резултат на проведените реформи в областта на професионалното и университетско образование в страната през последните години.

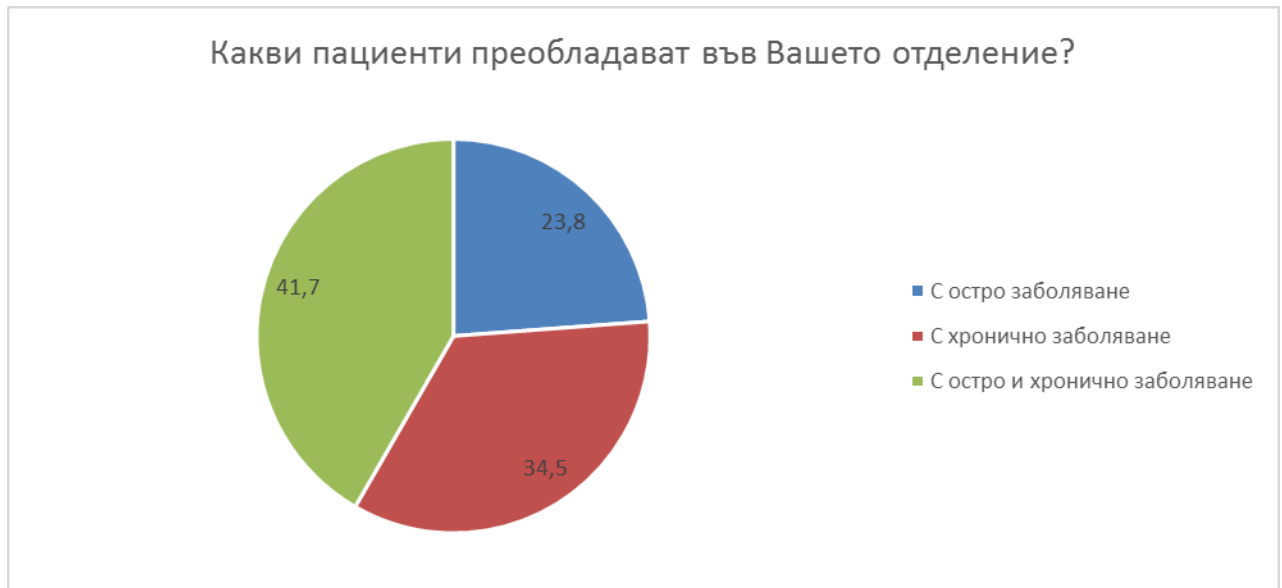
Относителния дял на посочените лечение е най-голям - 83,10%, тъй като е голям брой на анкетирани от многопрофилни болници за активно лечение, 55,40% са дейностите по рехабилитация на пациентите и 33,70% превенция и профилактика, защото те съпътстват целия лечебен процес. (Фиг. 29) /процентовото отношение е по-голямо от 100%, поради комбинираните дейности, които се извършват в болниците/



Фиг.29 Дейности,извършвани в болничното заведение

Пациентите с най-голям относителен дял – 41,70% са с остро и хронично заболяване, което е свързано с многопрофилността на болничното заведение, в което постъпват за лечение и остри и хронични заболявания. Преобладаващи хронични заболявания са посочили 34,50% от анкетирани, а 23,80% са с остро заболяване. (Фиг 30). Хроничните заболявания са свързани с честа хоспитализация, поради обостряне на

симптоматиката или настъпили усложнения, както и за клинични изследвания и префилактични прегледи.



Фиг.30 Преобладаващи пациенти в лечебното заведение

Медицинските сестри и рехабилитатори посочили трудов стаж между 0-10 год. в лечебното заведение, са с най-голям относителен дял - 47,60%, следвани от работещи в посочената болница от 11-20 год. - 25,00%, между 20-30 год. посочват 13,10% от анкетираните, 30-40 год. - 9,50% и най-малък е процента с над 40 год.трудова стаж - 4,80%. (Фиг. 31) Тези резултати са важни за изследването, тъй като са свързани с опита, който натрупват медицинските сестри и рехабилитатори, пряко свързан с оценката на потребността от здравни грижи за хронично болния пациент.



Фиг.31 Трудов стаж на медицински сестри и рехабилитатори

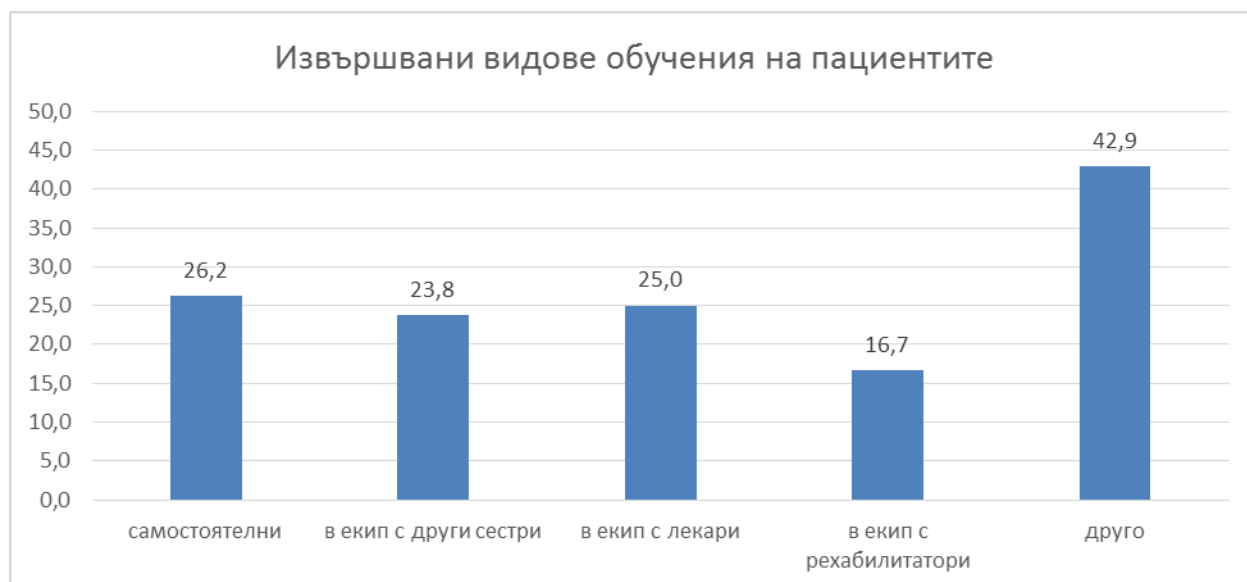
Всяко хронично заболяване изисква определянето на потребностите от грижи в зависимост от неговите нужди и състояние. Всеки пациент има нужда от индивидуален подход, който се определя от оценка на потенциала на пациента и неговите потребности. Резултатите дали медицинските сестри и рехабилитатори, извършват оценка на възможностите са показани на Фиг. 32. Положителни са отговорите на 77,30% от анкетираните, като от тях 45,20% отговарят „да, винаги” и 32,10% - „да, понякога”. Отрицателно с „не“ отговарят 15,50 % и „не ми влиза в задълженията“ 7,10 % от анкетираните медицински сестри и рехабилитатори. Установява се статистически значима зависимост между стажа на работещите медицински сестри и рехабилитатори и трудовия стаж./ $p < 0.024$ /



Фиг.32 Оценка на възможностите на пациента от медицински сестри и рехабилитатори

На въпроса дали участват в обучението положителен отговор са дали 52,30% от анкетираните; 31,00% са посочили понякога и не участват 16,70%. Медицинските сестри и рехабилитатори трябва да използват всички научни и професионални познания, умения, опит и квалификация в

полза на пациентите относно превенция, лечение и рехабилитация на болестите, за което трябва да ги обучат. Обучението е екипна дейност, изискваща подкрепа, обучение, съветване и координиране на здравни услуги, насърчаващи самопомощ, като в същото време продължават да осигуряват директни грижи, където са необходими. Тези, които обучават болните, съобщават, че извършват обучението най-често самостоятелно – 26,20%, в екип с други медицински сестри – 23,80 %, в екип с лекари - 25,00 %, в екип с рехабилитатори – 16,70%, а най-голям е относителния дял на провеждащи обучение - 42,90% в екип с лекари и рехабилитатори/друго/. (Фиг. 33)



Фиг.33 Екипност при обучението на пациенти от мед.сестри и рехабилитатори / процентовото съотношение е повече от 100%,защото са посочени повече от 1 отговор/

На въпроса „В какво най-често се състои обучението на пациентите”, на първо място медицинските сестри и рехабилитатори съобщават, че обучават пациентите в планиране и контрол на лечебно-рехабилитационния процес – 53,60 %, следвани от обучение в дейности от ежедневиия живот със същия процент – 53,60 % и обучение в хигиенно-

диетичен режим – 42,90 %, а 1,2% не конкретизират в какво най-често се състои обучението на пациентите. (Фиг. 34)



Фиг.34 Извършвано обучение на пациентите от медицинските сестри и рехабилитатори

/получените резултати са повече от 100%,защото обучението е многозначно/

За да могат да обучават пациентите с хронични заболявания и техните близки, медицинските сестри и рехабилитатори трябва да имат съответните знания и умения. Отговорите на анкетираните медицински сестри и рехабилитаторите показват, че по-голямата част от тях – 50,00% считат, че само „отчасти“ притежават необходимите знания и умения за да проведат обучението на пациентите. Положително са отговорили 34,50% от анкетираните, а не се чувстват подготвени - 15,50%. (Фиг.35)



Фиг.35 Знания и умения на медицинските сестри и рехабилитаторите относно бучението на пациентите с хронични заболявания.

За да бъдат конкурентно способни на пазара на здравни услуги, трябва да предлагат качествени здравни грижи, пряко свързани и обърнати към пациента за подобряване здравната му култура, навици и умения относно хроничното заболяване. Категорични в отговорите си са 77,40% от респондентите, за които повизаване на квалификацията е абсолютно необходимо; 17,90% считат, че това е необходимо само за определени медицински сестри и рехабилитатори и с най-малък относителен дял са 4,80% посочват ,че за тях не е необходимо. (Фиг. 36) Повишаването на професионалните компетенции за постигане на високи стандарти е непрекъснат процес, основан на реалните и специфичните потребности на отделната обучаваща се личност.



Фиг.36 Необходимост от допълнителна квалификация на мед.сестри и рехабилитатори

Според медицинските сестри и рехабилитатори от болничната помощ, при сега съществуващата организация, пациентите с хронични

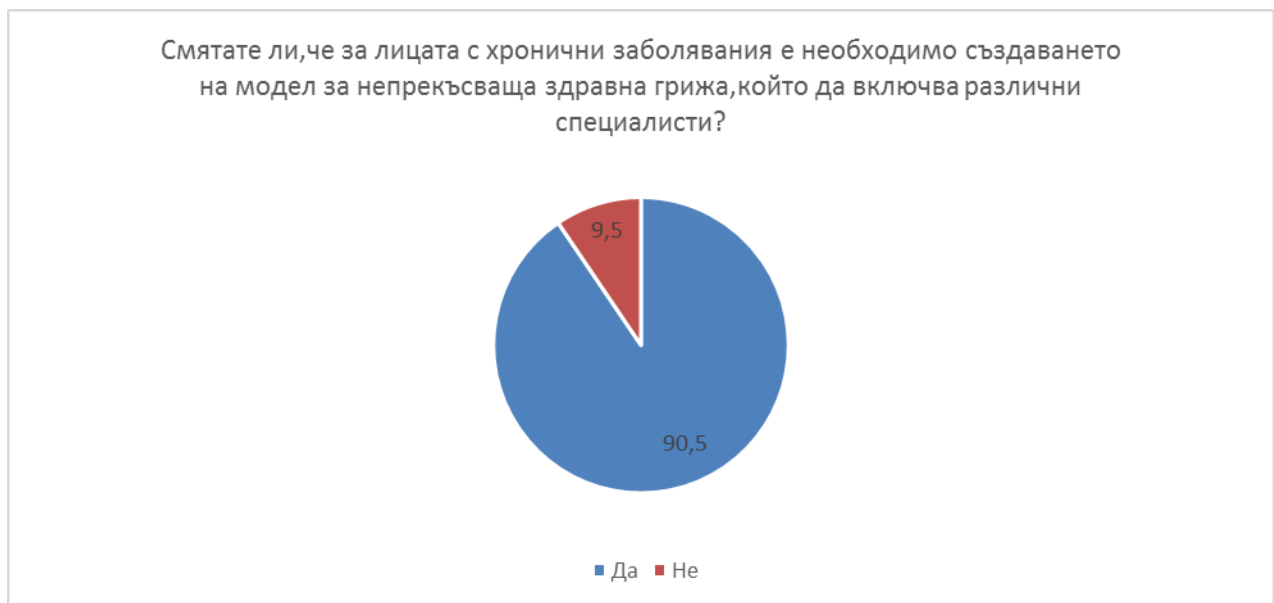
заболявания получават само медицинско обслужване при острата форма на заболяването или при възникнали усложнения – 59,50 %. На второ място е мнението на медицинските сестри и рехабилитатори, че според сега съществуващата организация пациентите и техните семейства се справят доколкото могат – 32,10% и на едва 17,90% са осигурени грижи от мултидисциплинарни екипи. (Фиг 38).

Според медицинските сестри и рехабилитатори от болничната помощ, при сега съществуващата организация, пациентите с хронични заболявания получават само медицинско обслужване при острата форма на заболяването или при възникнали усложнения – 59,50 %. На второ място е мнението на медицинските сестри и рехабилитатори, че според сега съществуващата организация пациентите и техните семейства се справят доколкото могат – 32,10% и на едва 17,90% са осигурени грижи от мултидисциплинарни екипи. (Фиг 37).



Фиг.37 Грижа за пациентите с хронични заболявания.при сега съществуващата организация

Мнението на медицинските сестри и рехабилитатори, относно създаването на модел за продължаваща здравна грижа, удовлетворяващ потребностите на пациента с хронично заболяване е отбелязано във фигура 38. Като цяло почти всички изразяват съгласие с необходимостта от създаването на по-ефективна организация за грижи за пациентите с хронични заболявания - 90,50%. Отрицателен отговор са посочили само 9,50%.



Фиг.38 Необходимост от създаване на по-ефективна организация за грижа за пациенти с хронични заболявания

2.3 Мнение на социалните работници за потребностите от социални услуги на лицата с хронични заболявания

Хроничните заболявания се превръщат във все по-голямо предизвикателство за здравните и социалните грижи. В този контекст трябва да се отбележи, че по-голямата част от здравния подход е организиран около активния и епизодичен модел за грижи, въпреки, че той не отговаря на нуждите на пациента с хронично заболяване. Трябва да се подобри комуникацията между всички специалисти и институции, за да станат по-добри достъпът, удовлетвореността на пациента и качеството на

предоставените грижи. Поради големия процент усложнения и намалена работоспособност, пациентите с хронични заболявания имат нужда от интегриран подход, включващ и социалната услуга като част от продължаващата грижа. Това наложи да проучим мнението на социални работници от АСП, за оценката им относно потребностите на лицата с хронични заболявания от социални услуги.

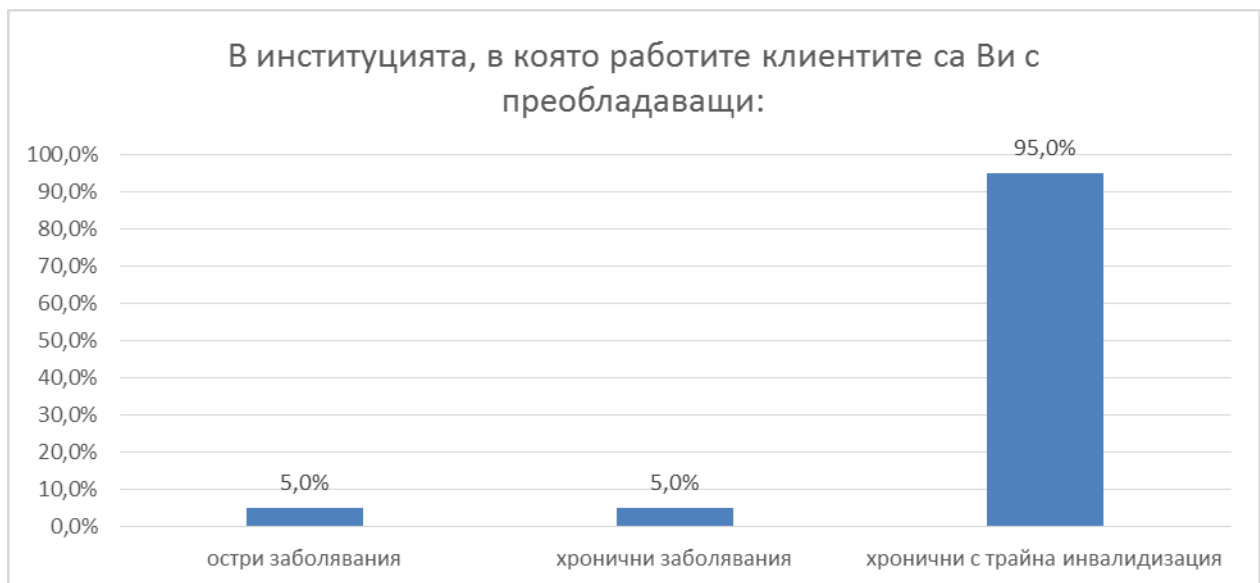
Данните по отношение на образованието на социалните работници показва, че най-голям е относителният дял на тези, които са посочили педагогика - 10,00%, социален работник - 5,00% от анкетираните и социален мениджмънт - 5,00% (Фиг. 39). Това голямо разнообразие в образованието на социалните работници е в резултат на проведените реформи в областта на професионалното и университетско образование в страната през последните години.



Фиг. 39 Разпределение по специалност

По отношение на преобладаващите пациенти, най-голям относителен дял – 95,00 % от анкетираните са посочили лицата с хронични заболявания и трайно намалена работоспособност, а 5,00% с остри и 5,00% с хронични заболявания (Фиг 40). Социалната подкрепа за хората с хронични заболявания се изразява в осигуряването на достъп до

качествени и ефективни социални услуги, отговарящи на потребностите им. Социалната рехабилитация и интеграция на лицата с трайни увреждания се осъществяват спрямо закона за интеграция на хората с увреждания. В закона са регламентирани областите за социална интеграция: медицинска и социална рехабилитация; трудова заетост; образование и професионална интеграция; социално-икономическа рехабилитация;



Фиг. 40 Потребители на социална услуга

ЗИХУ регламентира дейностите по социална рехабилитация и интеграция на хората с трайно намалена работоспособност. Най-голям относителен дял – 85,00% от анкетираните са отговорили, че е необходимо лицата да са освидетелствани от органите на медицинската експертиза, т.е да имат експертно решение на ТЕЛК, а за 15,00% не е от особено значение (Фиг 41).

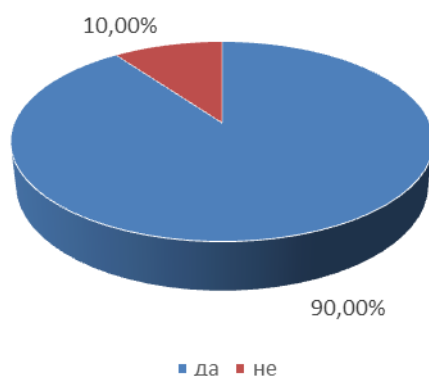


Фиг. 41 Значение на социалната оценка

Въз основа на медицинската експертиза се извършва социална оценка на възможностите и потребностите на лицата, която касае областите на социална интеграция и е обвързана със степента за процента загубена работоспособност. Социалната оценка се изготвя спрямо потребностите на лицето /по закона/, за да получи полагащите му се помощи, помощни средства, социални услуги и др.

Почти всички анкетирани - 90,00% са посочили, че за лицата с хронични заболявания е необходим модел за продължаваща грижа, тъй като въз основа на проучванията се установява, че липсва комплексен подход за лицата с хронични заболявания за неговото обучение и това на близките му, а за 10,00% това не е необходимо (Фиг 42).

Смятате ли, че за лицата с хронични заболявания е необходимо създаването на модел за непрекъсваща здравна грижа



Фиг. 42 Мнението на социалните работници относно модел за продължаваща грижа

Резултатите показват, че най-голям относителен дял 70,00% посочват, че лицата с ХЗ се справят сами, доколкото могат, 10,00% отбелязват, че лицата получават медицинско обслужване при усложнения. Според 10,00% получават достатъчни социални услуги, а за 10,00% са осигурени социални грижи от мултидисциплинарен екип (Фиг 43). Преобладава мнението, че липсва екипната работа, където ефективните грижи изискват планиране, организиране и документация за изработване на индивидуален план за грижа, включващ дейностите по медицинска и социална рехабилитация.

Как бихте определили социалните услуги и грижи за клиентите с хронични заболявания

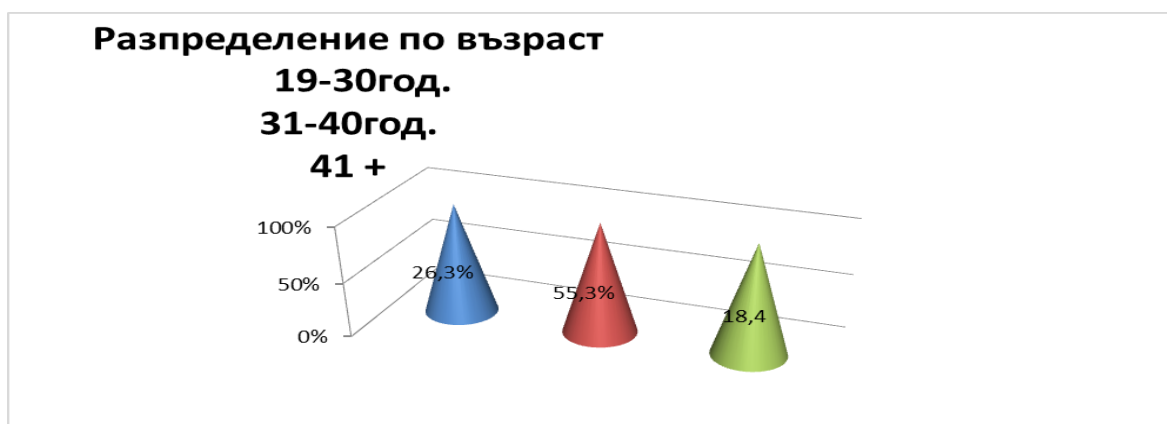


Фиг. 43 Мнението на социалните работници относно услугата за лица с ХЗ

2.4 Обучението на медицинските сестри и рехабилитатори като гаранция за качество на тяхната дейност.

През последните години в нашата страна настъпиха съществени промени в нормативната уредба, регламентираща обучението на медицинските сестри и рехабилитатори. С наредба бяха определени професионалните дейности, които сестрите и рехабилитатори могат да изпълняват самостоятелно или по назначение на лекаря. Всяка оценка е насочена към установяване степента на постигане на целите на системата.

Общият брой на анкетирани студенти от специалности „Медицинска сестра” и „Рехабилитатор“ след втори и трети семестър на обучение от Медицински университет–София, Факултет по обществено здраве и Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ е 76. Възрастовата характеристика на студентите показва, че най-голяма е групата на студентите до 30 годишна възраст –55,3 %. На второ място са студентите на възраст над 30 години –26,3%, а на трето място над 40 години –18,4 %. Тези данни показват, че студентите които се насочват към обучението по специалностите „медицинска сестра“ и „рехабилитатор“ са от различни възрастови групи, което от своя страна показва тяхната силна мотивация за избора на тази професия. Възможностите за професионална реализация е водещата мотивация за повечето студенти от тези специалности. (Фиг 44)



Фиг 44 Разпределение на анкетирани студенти по възраст

По-голям е относителният дял на анкетирания медицински сестри 59,00 %, и на второ място са рехабилитаторите - 41,00 %.(Фиг. 45) Важно е за проучването да се установи информираността и компетенциите на медицинските сестри и рехабилитатори по отношение на грижите за пациенти с хронични заболявания.



Фиг.45 Разпределение по медицинска специалност

Най-голям е относителния дял на студентите посочили ССЗ, като най-честа причина за непрекъснатост на здравната грижа - 60,50%, отговор неврологични заболявания са посочили – 46,10% и на трето място според анкетирания са ендокринните заболявания - 34,00%. (Фиг. 46) Останалите проценти са разпределени между дегенеративно-ставните заболявания, нефрологичните, белодробните и онкологични заболявания. Хроничните заболявания при пациентите са много и разнообразни по природа и специфика, което от своя страна се отразява на потребностите от здравни грижи.



Фиг.46 Мнението на студентите за хроничните заболявания, водещи до инвалидизация

/процента надвишава 100%, защото са посочени повече от един отговор/

Като основни дейности на мед.сестра и рехабилитатора при лечението на пациентите в многопрофилните болници са - 61,80% извършване на дейности по планиране и контрол лечебния процес; 61,80% обучение в ДЕЖ; 53,90 %-извършване на сестрински манипулации; 9,20 % работа с компютър и документи, 13,20 % работа с апаратура и 35,50 % смятат, че най-важно е следенето на соматичните показатели.(Фиг 47). Хроничните заболявания са много на брой, протичат специфично и индивидуално, поради което общите компетенции на медицински сестри и рехабилитатори включват широк диапазон от дейности.



Фиг.47 Мнението на дейностите при лечението на пациентите с хронични заболявания

/сборът на процентите е повече от 100%,защото са посочили повече от един отговор/

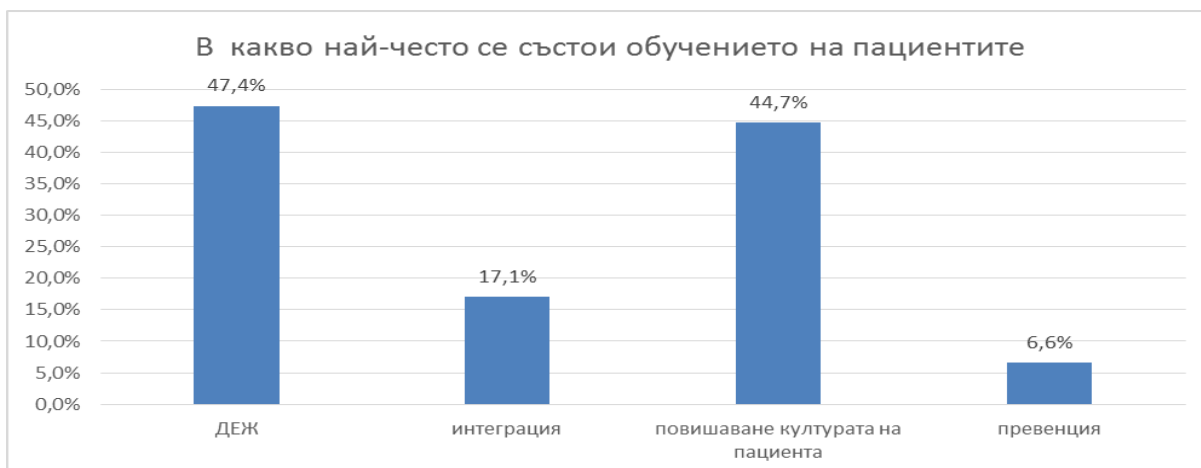
Относно нуждата от обучение на пациента, повечето студенти дават положителен отговор. Положителен отговор посочват 99,00%, а отрицателен – 1,00%. (Фиг 48). Тези резултати показват, че е необходимо обучение в ДЕЖ в предвид заболяванията, които преобладават и с които студентите работят по време на учебно-практическата си подготовка.



Фиг.48 Мнението на студентите относно нуждата от обучение на пациента

Част от студентите смятат за най-важно обучението на пациента в дейности от ежедневието - 47,40 %, докато за 44,70% от анкетираните

повишаване здравната култура на пациента е по-важна, 17,10% смятат,че пациента има нужда да се интегрира, а 6,60% от превенция на усложненията. (Фиг 49)



Фиг.49 Мнение на студентите за обучение на пациентите /сборът на процентите е повече от 100%,защото са посочили повече от един отговор/

Получените резултати показват, че трябва да се наблегне върху теоритичните знанията и практически умения на студентите при пациенти с хронични заболявания, тъй като 57,00% от анкетираните осъзнават необходимостта от още опит и познания и посочват, че са подготвени, но само по определени въпроси. 26,00% са уверени в своите знания и смятат, че те са напълно достатъчни, а 17% изпитват несигурност. (Фиг 50)



Фиг 50 Самооценка на студентите относно компетентността си

За да могат да упражняват компетентно своята дейност, почти всички студенти смятат, че е необходимо допълнително обучение на сестрите и

рехабилитаторите под различни форми. Половината от тях - 50,00 % смятат, че то е необходимо като краткосрочен курс, а за 42,20 % е необходима сериозна подготовка тип специализация. За 11,80% обучение не е необходимо (Фиг 51)



Фиг.51 Мнение на студентите относно необходимостта от допълнителни обучение
/сборът на процентите е повече от 100%,защото са посочили повече от един отговор/

По-нататъшното развитие и кариера на бъдещите медицински сестри и рехабилитатори в значителна степен зависи от успешния процес на тяхната адаптация към професията изобщо и по-специално към конкретната месторабота. Професионалната кариера е свързана с тяхната представа и личната им оценка за професионалните перспективи. Значителен е делът на анкетиранияте студенти, 83,00%, от които смятат, че съществува перспектива за професионална кариера в център за интегрирана грижа за хронично болни. (Фиг. 52) Това ни дава основание да смятаме, че те са наясно със своите професионални интереси, ценности и очаквания.



Фиг.52 Мнение на студентите относно професионалната кариера в център за комплексна грижа

III. Мениджмънт на комплексните здравни грижи

1. Модел за грижи при пациенти с хронични заболявания

Създаването на организация за грижи при пациенти с хронични заболявания трябва да отговаря на следните изисквания:

- Осигуряване на непрекъснато наблюдение и грижи, основани на потребностите на пациента в зависимост от развитието на болестта и обучение за превенция на усложненията
- Осигуряване на мултидисциплинарен екип от специалисти, които да наблюдават, изследват и да провеждат терапевтични процедури на пациента с ХЗ
- Осигуряване на добра координация и комуникация между структурите в доболничната и болничната помощ, социалните и учебни институции за информиране на всички, имащи взаимоотношения с пациента с ХЗ
- Обучение и подпомагане на семейството за полагане на грижи

Основна цел на грижите за пациент с хронично заболяване трябва да бъде осигуряване на адекватно лечение, на второ място трябва да бъде превенцията на усложнения и на трето място – обучение на неговите близки. За да бъде постигнато всичко това са необходими много и различни специалисти, като тяхното участие и намеса трябва да са съобразени със съответните потребности от грижи и от специфични дейности и услуги.

Мениджмънта на модела включва: разпределение на ролите, задачите и отговорностите; контрол на дейностите; осъществяване на ефективни комуникации и партньорства между мултидисциплинарния екип:

- Централното място в структурата на модела трябва да се осигури на пациента с неговите потребности и желания
- Медицинска оценка и клинично наблюдение от медицински специалист
- Обучение на специалистите за предоставяне на качествена здравна грижа и превенция на усложненията
- Обучение на пациентите и техните близки за оказване на грижа в домашна обстановка
- Превенция и контрол на усложненията
- Изготвяне на програма за оказване на социални услуги и интеграция при пациенти с ХЗ
- Изготвяне на програма за рехабилитация

Освен мултидисциплинарният екип, който участва в лечението и грижите за пациентите с хронично заболяване, необходимо е да се включват и много други хора, които със своите дейности ще подобрят

качеството му на живот Медицинските специалисти и всички останали участници в процеса са:

Лекар със съответната специалност, Общопрактикуващ лекар, Медицински сестри , Рехабилитатор, Психолог, Социален работник , Логопед, Ерготерапевт, Роднини и близки на пациента, НПО в здравния и социалния сектор.

Схема на модела за грижи за пациенти с хронични заболявания



Определят се също така отговорностите на всички специалисти, които могат да помогнат на пациента и неговите близки за да се справят с проблемите от медицински, социален и психологически характер.

Създават се условия за предоставянето на грижи в съответствие със съвременните стандарти.

Осигуряват се грижи за превенция на усложненията и предоставянето на определено качество на живот на пациента.

ИЗВОДИ

1. Преобладаващите хронични заболявания при изследваните респонденти са сърдечно-съдовите заболявания - 28,00%, следвани от пациентите с неврологични заболявания –25,8%. Тези заболявания при мъжете са - 32,90% за ССЗ и 27,40% за НЗ, докато при жените – преобладават дегенеративно-ставните заболявания – 21,40% и захарния диабет - 17,00%. Тревожен е фактът, че съществува тенденция към подмладяване и разширяване на епидемията от тези болести.
2. Според пола на пациентите с хронични заболявания относителният дял на жените е 53,00%, а на мъжете - 47,00%. При значителна част - 89,00% от пациентите с хронични заболявания се посочват усложнения в резултат на заболяването.
3. Значителна част от пациентите – 86,00% с хронични заболявания са удовлетворени от полаганите сестрински грижи, но не са участвали в специализирани обучения относно заболяването.
4. Пациентите считат, че получават достатъчно информацията за лечението на заболяването и грижите в дома, като предпочитат да общуват с квалифицирани медицински специалисти. Всички пациенти посочват необходимост от допълнително обучение, както и организиране на обучение за техните близки.
5. На базата на направеното проучване заболяването се отразява върху двигателната активност на пациента и начина им на живот - 76,00% от анкетираните, като преди всичко оказва въздействие върху

професионалното им развитие и кариера, както и върху психологическия комфорт в семейството.

6. Близките на пациенти с хронични заболявания посочват, че са информирани „частично“ относно грижите в дома и имат нужда от повече информация за адекватно поведение при възникване на усложнения - 82,10%. Значителна част от близките посочват необходимост от обучение насочено към изграждане на умения и увеереност за извършване на грижите.
7. На базата на проведеното изследване се установи, че липсва добра координацията и сътрудничеството между различните специалисти - 40,00%. Като цяло анкетираниите пациенти не са удовлетворени от социалните услуги. Почти всички анкетирани - 94,00%, посочват необходимостта създаване на център за комплексни грижи, иавършвани от мултидисциплинарен екип от специалисти.
8. Анализа от проучване мнението на медицинските сестри и рахабилитатори които извършват грижи за пациенти с хронични заболявания в болничната помощ показва, че притежават достатъчно знания и умения за изготвяне оценка на възможностите на пациента- 77,30% от тях. Значителна част от анкетираниите посочват необходимост от СДО относно полагането на качесвени грижи при пациенти с ХЗ.
9. Необходима е промяна в сега съществуващата организация на грижите за пациенти с хронични заболявания според 90,00% от анкетираниите. Според респондентите е наложително да бъде въведен нов модел на организация, при която ще се гарантират качествени и комплексни грижи за пациентите с хронични заболявания.

- 10.** За да се помогне на пациентите с хронични заболявания е необходимо да се подобри координацията между различните специалисти и да се осигури непрекъснато наблюдение и грижи, обучение относно потребностите на пациента и неговите близки за заболяването и превенция на усложненията.

ПРЕПОРЪКИ

Към лечебните заведения:

1. Да се разработят проекти за обучение на пациентите с хронични заболявания от водещите лечебни заведения и специализираните болници за рехабилитация
2. Да се създадат центрове за грижи за пациенти с хронични заболявания, в които да се предоставя помощ от мултидисциплинарни екипи.

Към Медицинските университети:

3. Да се разработят програми за обучение на студентите от специалност „медицинска сестра“ и „рехабилитатор“ под формата на факултативни или свободно избираеми дисциплини, които да са насочени към грижите за пациенти с хронични заболявания.
4. Да се разработят програми за следдипломно обучение на медицински сестри и рехабилитатори по отношение на грижите за пациенти с хронични заболявания от специализираните лечебни заведения и от Медицинските университети.

Към здравеопазването в общините:

5. Да се създадат центрове за грижи за пациенти с хронични заболявания, в които да се предоставя помощ от мултидисциплинарни екипи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хроничните заболявания протичат с редица проблеми за пациентите от различен характер – медицински, психологически и социални. Преодоляването на тези проблеми зависи до голяма степен от културата в семейството и мотивацията на личността и особено от помощта на квалифицирани специалисти. Здравните екипи трябва да дадат на пациентите и на техните семейства необходимата подкрепа и да ги улеснят да преживеят психологичната криза, при една сериозна диагноза и да изградят ново виждане за живота. Различните форми на поведение се считат за ключови за успеха на първичната, вторичната и третичната превенция, както и на здравната промоция.

ПРИНОСИ

Приноси с научно-теоретичен характер

1. Проведено е изследване на демографската и социална характеристика на пациенти с хронични заболявания и е анализирана заболеваемостта при пациентите с хронични заболявания.
2. Извършен е анализ на влиянието на хроничното заболяване върху начина на живот на пациентите и възникването на усложнения.
3. Проучена е информираността на пациентите с хронични заболявания относно болестта и превенцията на усложненията.

4. Представен е схематичен модел за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания

Приноси с научно-приложен характер

1. Анализирани са потребностите от обучение и развитие на професионалната квалификация на специалистите по здравни грижи по отношение на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания.
2. Проучени са потребностите от обучение на пациентите и техните близки по отношение на грижите за пациенти с хронични заболявания.
3. Разработен е модел за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с хронични заболявания.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. М.Мирева, Мениджмънт на рехабилитацията и ерготерапията при хроничните заболявания, стр.149-152, Гражданска идея в действие, 35 Научна сесия, Контакт юни 2015
2. М.Мирева, Ал.Здравкова, Ж.Георгиева.Ролята на рехабилитацията в продължаващите здравни грижи при хронично болни, стр.187-190, Гражданска идея в действие, 36 Научна сесия, Контакт, октомври 2015г.
3. М. Мирева, М. Цеков: „Диабетът и съдовите проблеми-диагностика, лечение и рехабилитация”. 15-та Национална научна сесия за студенти и преподаватели, Сборник доклади, Плевен, 2017, 120-122.
4. M. Mireva, M. Tsekov, M. Albert, Al. Zdravkova-Maleva: “Management of healthcare in chronic vascular diseases”-International Journal- Knowledge in practice, Scientific papers, Vol. 20. 4, Skopije 2017, pp. 1839- 184