МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
Катедра „Здравни грижи“

Катя Ефтимова Попова

ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ГРИЖИТЕ ЗА ВЪЗРАСТНИ И СТАРИ ХОРА

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен „ Доктор“ от област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт в професионално направление 7.4. Обществено здраве по докторска програма „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“

Научни ръководители:

Проф. д-р Жени Стайкова Николова дмн,
Проф. Иванка Костова Стамболова дм

София, 2019

СЪДЪРЖАНИЕ **стр.**

1.	**Въведение**	5
2.	**Литературен обзор**	7
2.1	Демографска структура на населението	7
2.1.1	Демографска характеристика на населението в държавите-членки на Европейския съюз	7
2.1.2	Демографска характеристика на населението на България	8
2.2.	Специфика на потребностите и грижите за възрастни и стари хора	11
2.2.1	Анатомо-физиологични особености при възрастни и стари хора	11
2.2.2	Психологически и социални промени при възрастни и стари хора	14
2.3.	Видове системи за организация на здравните грижи-исторически преглед и сравнителен анализ	17
2.4.	Теории и концепции за сестрински грижи в контекста на гериатричната помощ	21
2.5.	Дългосрочна грижа	27
2.6.	Интегрирани грижи	28
2.7.	Здравно и социално законодателство относно грижите за възрастни и стари хора в България	31
2.8.	Международни и национални стратегии и политики за осигуряване грижи за възрастни и стари хора	49
2.9.	Анализ на организация на грижите за възрастни и стари хора в страни от Европейския съюз	59
3.	**Цел, задачи, материали и методи на изследванията**	84
4.	**Анализ на резултатите**	91
4.1.	Анализ на резултатите от анкетното проучване на възрастни и стари хора	91
4.2.	Анализ на резултатите от анкетното проучване на лица, Грижещи се за възрастни и стари хора	103
4.3	Анализ на резултатите от анкетното проучване на медицински сестри, работещи в доболничната помощ	117

4.4.	Анализ на резултатите от анкетното проучване на студенти от професионално направление „Здравни грижи”	130
5.	**Обсъждане на резултатите**	148
6.	**Изводи, препоръки**	164
6.1.	Изводи	164
6.2.	Препоръки	166
6.3.	Заключение	168
7.	**Приложения**	170
	Анкетна карта №1 за възрастни и стари хора	
	Анкетна карта №2 за лица, обгрижващи възрастни и стари хора	
	Анкетна карта №3 за медицински сестри, работещи в доболничната помощ	
	Анкетна карта №4 на студенти от професионално направление „Здравни грижи”.	
	Анкетна карта №5 за възрастни и стари хора, преминали обучение –превантивни грижи	
8.	**Библиография**	187

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АПМП	Амбулатория за първична медицинска помощ
БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
ДЗО	Доброволно здравно осигуряване
ЕС	Европейски съюз
ЗЗО	Закон за здравно осигуряване
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурено лице
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
МЗ	Министерство на здравеопазването
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НПО	Неправителствена организация
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ООН	Организация на обединените нации
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПМП	Първична медицинска помощ
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СЗО	Световна здравна организация

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Застаряването на населението в Европейския съюз е резултат от действието на няколко основни фактори: ниски съвременни стойности на тоталния коефициент на плодовитост; високи стойности на тоталния коефициент на плодовитост непосредствено сред Втората световна война, което е причина за увеличения брой хора на възраст между 45 и 65 години, т.н. „бейби-бум" поколение; миграционните процеси; относително увеличаващата се продължителност на живот, което е позитивен момент в развитието на обществата (79).

Възрастните и стари хора са много разнородна група, в резултат на промените настъпващи в тях от здравен, психологически и социален аспект. Това налага създаване на интердисциплинарно сътрудничество и алтернативни съвременни подходи за организация и предлагане на качествени здравни и социални грижи. Възрастните хора имат различни здравни потребности и поради тяхното нарастване в обществото, здравните системи трябва да бъдат адаптирани за да се осигурят необходимите грижи и да се обезпечи достойно остаряване в добро здраве и подпомагане.

Цялостната и бърза промяна в демографската структура и здравно състояние на населението оказва огромен натиск върху здравните, социалните, финансови и икономически системи на всички държави, което изисква гъвкави политики и ефективни модели за да се отговори на завишените потребности и изисквания на населението.

Глобалните процеси и развитието на факторите на макросредата в здравеопазването през последните десетилетия налагат осъществяване на промяна на здравните системи в посока към междусекторно сътрудничество и предоставяне на интегрирани здравни и социални услуги. Подобряването на координацията и комуникацията в структурите в системите на здравеопазване и социалните дейности е от ключово значение за повишаване на ефективността и ползите в процеса на въвеждане на интегрирани грижи (129).

Здравно-демографска и икономическа криза, забавената и неефективна реформа в здравеопазването в България се отразява негативно върху качеството на здравните грижи и услуги.

Според СЗО „качествени здравни грижи са тези, които представят най-добрия здравен резултат – максимум полза и минимум риск за пациента; демонстрира отличен професионализъм от всички, участващи в помощта; ефективно и рационално използване на ресурсите; високо ниво на удовлетвореност и самочувствие на пациентите, най – добрите възможни здравни резултати.”(111).

Заниженото качество на здравните грижи засяга най- вече уязвимите групи от населелението- деца, хора с увреждания, възрастни и стари хора.

Съществен елемент от реформите на здравните системи в Европа е предоставяне на „интегрирана грижа” като стремеж да преодолее традиционното деление между здравна и социална грижа.

Интегрираните грижи включват всички свързани с потребностите на човека аспекти – от организацията и управлението им до професионалните умения на доставчиците на тези грижи. Те трябва да се разбират по скоро като средство да се подобри достъпа, удовлетвореността на потребителя и качеството на предоставените грижи (127). Това означава координация и комуникация между различни специалисти от здравните и социални институции (128).

Прилагането на интегрирани грижи за възрастни и стари хора се обуславя от очертаните насоки в европейски и национален план за деинтитуционализиране на гериатричните грижи като се създаде цялостна, децентрализирана инфраструктура по местоживеене за предоставяне на достъпни, многообразни и индивидуализирани грижи.

2. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

2. 1. Демографска структура на населението

2.1.1. Демографска характеристика на населението в държавите-членки на Европейския съюз

Според класификацията на Световната здравна организация хората над шестдесет години се разделят на три основни възрастови групи: възрастни хора - от 65 до 74 години; стари хора - от 75 до 89 години; столетници – от 90 год. и по стари.

Според последни прогнози на Евростат за периода до 2030 г., регионалното демографско развитие на населението в Европейския съюз ще се характеризира със застаряване. За 27-те държави-членки на ЕС се очаква населението на възраст 65 и повече години да нарасне от 17,1 % през 2008 г. до 23,5% през 2030 г. Броят на хората на възраст на 60 и повече години в ЕС сега се повишава с повече от два милиона души всяка година.

От изследванията на Евростат за 2017 г. общо за ЕС-28 относителният дял на населението на 65 и повече навършени години е 19.4%. Най-висок е този дял в Италия (22.3%), следвана от Гърция (21.5%) и Германия (21.2%). Общо в шест страни, включително и България, делът на възрастното население е над 20.0%.

През 2009 г. средната възраст на европейското население е 40,6г. и се очаква до 2060г. да достигне 47,9 години. Прогнозите за населението на Европа, изготвени от Евростат, представени в Европейския Доклад за демографското състояние на населението за 2008 г., показват, че до 2014г. населението в трудоспособна възраст (20-64г.) ще започне да намалява (прогнозите се потвърдиха), тъй като големи групи от генерацията на "бейби-бум", родени веднага след Втората световна война, вече навлизат в своята шейсет годишнина и пенсиониране, както и тенденциите за повишаване на средна продължителност на живота и отрицателния естествен прираст.

Според прогнозите на Евростат до 2050 г. населението в Европейския съюз на възраст 15 – 64 г. ще намалее с 48 милиона. Коефициентът на възрастова зависимост ще придобие стойности над 50%, което означава, че съотношението между хората в трудоспособна възраст и хората в над-трудоспособна (над 65 г.) се очаква от 4:1 да намалее до 2:1.

Средната продължителност на живота общо за Европейския съюз (27 страни) е 81 г., по данни на Евростат през 2016 година (163а).

Налице е трайна тенденция на остаряване на европейското население, обусловено от ниската раждаемост, увеличаване на продължителността на живота, миграционни процеси.

2.1.2. Демографска характеристика на населението в България

Според прогнозите за демографско развитие на Република България, направени от Националния статистически институт, международни изследователски центрове, ООН и Европейската комисия, за периода до 2050 г. се очакват значителни промени във възрастовата структура на населението на Република България (163а).

До 2050 г. се очаква относителният брой на населението над 60-годишна възраст да достигне над 30% от общия брой на населението в България.

България е на пето място в света по процентен дял на възрастното население в рамките на общото население - 24.2 % от населението на Република България е над 60 години. С по-високи показатели за процентен дял на възрастното населението са само Япония, Италия, Германия и Швеция.

По критерий средна възраст на населението България е седма в света. Данните от доклада показват застрашителна тенденция на остаряване на населението, т.к. в предишно демографско проучване на ООН от 2007 година България е седма по застаряване с 22.9% население над 60 години, и девета по средна възраст на населението си - 40.6 години.

Тенденциите на застаряване на населението в България са илюстрирани най-образно чрез показателя на ООН за демографско заместване на населението, измеримо чрез съотношението между брой население на възраст над 60 години, съотнесено към 100 души на възраст от 0 до 14 години.

Според прогнозните стойности на ООН, през 2050 г. България ще бъде една от най-застаряващите държави в Европа със стойности от 301 души на възраст над 60 години към 100 души на възраст от 0 до 14 години, което означава, че възрастното население в България ще бъде около три пъти повече от най-младото население.

Демографска ситуация през 2017 г. в страната се характеризира с продължаващо намаляване и застаряване на населението по данни на Националния статистически институт (76). В края на 2017 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 481 908, или 21.0% от населението на страната. В сравнение с 2016 г. делът на населението в тази възрастова група нараства с 0.3 процентни пункта, а спрямо 2001 г. - с 4.1 процентни пункта. Процесът на застаряване е по-силно изразен сред жените отколкото сред мъжете. Относителният дял на жените на възраст над 65 години е 24.4%, а на мъжете - 17.4%. Тази разлика се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и като следствие от нея - на по-ниската средна продължителност на живота при тях.

Към 31.12.2017 г. общият коефициент на възрастова зависимост в България е 54.5%, или на всяко лице в зависимите възрасти (под 15 и над 65 години) се падат по-малко от две лица в активна възраст. За сравнение, през 2005, 2013 и 2016 г. този коефициент е бил съответно 44.5%, 50% и 53.4%. Това съотношение е по-благоприятно в градовете - 50.3%, отколкото в селата - 67.5%.

Застаряването на населението води до повишаване на неговата средна възраст, която от 40.4 години през 2001 г. нараства на 41.2 години през 2005 г. и достига 43.6 години в края на 2017 година. Процесът на застаряване на населението се проявява както в селата, така и в

градовете, като в градовете средната възраст на населението е 42.6 години, а в селата - 46.3 години.

Възпроизводството на трудоспособното население се характеризира чрез коефициента на демографско заместване, който показва съотношението между броя на влизащите в трудоспособна възраст (15 - 19 години) и броя на излизащите от трудоспособна възраст (60 - 64 години). Към 31.12.2017 г. това съотношение е 64. За сравнение, през 2001 г. 100 лица, излизащи от трудоспособна възраст, са били заместени от 124 млади хора.

Средната продължителност на предстоящия живот общо за населението на страната, изчислена за периода 2015 - 2017 г., е 74.8 години и спрямо предходния период (2014 - 2016 г.) се увеличава с 0.1 години. По този показател, България заема предпоследно място. Средната продължителност на живота при мъжете е 71.3 години, докато при жените е със 7.1 години по-висока - 78.4 години. Средната продължителност на предстоящия живот е с 2.8 години по-висока за населението в градовете (75.6 години) отколкото за населението в селата (72.8 години). Средната продължителността на живота в добро здраве, в България е на добро ниво. По този показател България стои добре на фона на ЕС с 8,7 г. след 65-годишна възраст при мъжете и 9,5 години при жените при съответни 8,5 и 8,4 години средно за ЕС (76).

Върху продължителността на живота оказват влияние такива фактори като: здравен статус, заболеваемост, увреждания, инциденти, среда и условия на живот и труд, чистота на природната и околна среда, чистота на храна, вода, почва, въздух и др. Чрез управлението на действието на тези фактори може да се управлява и продължителността и качеството на живот на хората.

2.2. Специфика на потребностите и грижите на възрастни и стари хора

Стареенето се разглежда като закономерен процес на необратими структурни изменения в организма, съпровождащи се с постепенно снижаване на функциите на човека, нарушаване на адаптацията му със заобикалящата среда (3; 63; 29). Съществуват повече от сто теории за стареенето и ако трябва да се класифицират, то те основно се делят на такива, които застъпват идеята за програмирано остаряване и други, които наблягат на идеята за комплекс от случайни събития.

Програмираното стареене би могло да се дължи на вътрешни за организма контролни механизми, които да предопределят процеса на остаряване по подобие на начина, по който гените контролират редица други процеси в организма, осъществяващи се в определени стадии на развитие.

Другата част от теориите застъпват схващането, че стареенето се дължи на комплекс от различни ефекти, дължащи се на случайни фактори, като например увреди вследствие на радиация, химични токсини, метални йони, свободни радикали, гликиране на протеини и др. Подобни увреждания могат да засягат гените, протеините, клетъчните мембрани, ензимните активностти и др.

За да се осъществяват адекватни грижи за възрастни и стари хора е необходимо да се знаят и отчитат анатомо- физиологичните промени в органите и системите и въздействието им за възникване на редица заболявания, психологически изменения и много често свързаните с тях социални проблеми.

2.2.1. Анатомо-физиологични особености при възрастните и стари хора

- **Промени в нервно - психическата дейност** – развива се астеничен синдром, което води до намалена трудоспособност, повишена уморяемост, разстройство в съня; забавя се темпа на психическата

дейност- отслабва вниманието, концентрацията, способността за усвояване на нови знания и за самообгрижване; настъпват разстройства в паметта по типа ретроградна амнезия; повишава се психическата регидност; изменения в емоционалната сфера; забавят се психо-моторни реакции, движения, нарушава се коорадинация; снижава се функцията на сетивните системи, особено зрението, слуха, кожната чувствителност; настъпват нарушения в терморегулацията и регулация на сърдечно-съдовата система (63; 29).

- **Промени в дихателната система-** развива се остеохондрозата в гръдния отдел на гръбначния стълб намалява подвижността, получава се гръдна кифоза, атрофия на дихателните мускули; атрофия на стените на бронхите и изменение на техния просвет; снижава се еластичността на белия дроб; намалява количеството на фукционалните беледробни капиляри. Това води до влошаване на дихателния процес- намалява дихателния обем, увеличава се обема на остатъчния въздух, снижава се максималната вентилация, нарушава се газообмена и кръвообращението (63;29).
- **Промени в сърдечно-съдовата и система -с**клерозиране на най-тънките артерии, снижаване еластичността на съдовете, атрофия на мускулните клетки на съдовете; снижава се съкратителната функция на миокарда, вследствие атрофия на мускулните влакна, склероза на миокарда, водещо до намаляване на масата на сърцето; измененя се хемодинамиката - повишава се кръвното налягане, повишава се венозното налягане, забавя се честотата на сърдечните съкращения, снижава се ударния и минутния обем на сърцето, намалява кръвотока в жизнено важни органи- мозък, черен дроб, бъбреци; снижава се биоелектричната активност на сърцето (29;63).
- **Промени в отделителната система- н**амалява обема на функциониращия бъбречен паренхим, развива се възрастова нефросклероза, намалява обема на диурезата; уплътняват се бъбречните чашки, легенчета, губи се тяхната еластичност, нарушава се

уродинамиката; изтъняват стените на пикочния мехур, намалява неговата еластичност и обем; намалява се съкратимостта на сфинктерите (29;63).

- **Промени в храносмилателната система-** настъпват изменения в устната кухина, водещо до затруднения в дъвкателната способност и вкусовата чувствителност; затруднения в гълтането и възникване на дивертикулоза в хранопровода и пропускливост на кардията; възрастова атрофия на стомаха- снижаване на секреторната функция на стомаха; изменение в тънките и дебелите черва, намаляване на чревните власинки; атрофия на задстомашната жлеза, съпроводено с намаляване на панкреатичните ензими и затруднено разграждане на хранителните вещества, особено на мазнините; атрофия на чернодробния паренхима, водещо до нарушения в белтъчния синтез, глюкогенообразуването и антотоксичните функции; снижената съкратителна функция на жлъчния мехур нарушава оттичането на жлъчка и води до увеличаване на жлъчен мехур (29;63).
- **Промени в опорно-двигателния апарат- р**азвива се възрастова остеопороза- снижаване масата и плътността на костите; повишава се чупливостта на костите и висок риск от фрактури (инвалидизация); при 95-98% от възрастните хора се развиват дегенеративни дистрофични и възпалителни заболявания на гръбначния стълб, малките кости и ставите, водещи до ограничаване на подвижността (29;63).
- **Промени в ендокринната система-** настъпва понижение на функциите на жлезите с вътрешна секреция и нарушения в хуморалната регулация на много органи и системи (29).

Функционален капацитет на органите и системите е цялостно намален и води до ограничения от физически и психически порядък- наранявания, битови, професионални и транспортни злополуки, фрактури, затруднения в движенията, необходимост от помощни средства, заседнал живот, ограничена активност, умора, нарушения в

съня, затруднена комуникация, изолиране, неудовлетвореност, конфронтация с близките, характера е нестабилен и раздразнителен (57).

Всички тези значителни анатомо-физиологични изменения съчетани с начин на живот, навици, професионална реализация, околна среда водят до повишаване на заболеваемостта при възрастните и стари хора. Установено е, че почти няма хора над 60 год., които да нямат поне 2-3 хронични заболявания, а някои имат по 10-12, т.е. налице е полиморбидност. Голяма част от заболяванията на възрастните и стари хора са хронични и с неспецифично протичане, понякога без симптоми, с бързо възникване на усложнения (29).

2.2.2 Психологически и социални промени при възрастните и стари хора

Психичната дейност в процеса на остаряване значително се видоизменя, което е комплекс от промените в организма, семейната и професионалната среда (3;29).

Общественият психичен образ на старостта се характеризира със следните особености: движенията са бавни и затруднени, активността е намалена, бързо настъпва умора, сетивата и паметта отслабват. Предпазливостта се повишава за сметка на спонтанността, мисленето се догматизира, засилва се скептицизма и недоверието към новото и промените. Оказва се обаче, че промените в интелектуалната дейност зависят в голяма степен от режима на интелектуални занимания, от адаптацията към социалната среда в напредваща възраст, от мотивацията и интересите, от активността и средата (3).

Появяват се промени в емоционалната сфера, изразяващи се с неадекватни реакции и поведение- избухливост, агресия, лесна обидчивост, мнителност. Появяват се и психологическата доминанта „отминаващия живот”- нарастваща безпомощност, тревожност, чувство за малоценност, ненужност и самота (3; 29; 63).

Старостта е такъв етап от живота на човек, в който той е изправен пред по-тежки житейски изисквания, в сравнение с всяка друга възраст. Най-чести и трудно преодолими психотравми, които могат да се нарекат специфични за старостта са: пенсионирането и намаляването на доходите, както и на обществен престиж и професионална активност, стесняването на социалните контакти, загубата на близки хора, недостатъчни грижи и разбиране от децата, отчуждаване, влошаване на здравето, съзнанието за приближаващата смърт, негативна преоценка на живота и др. Всичко това, съчетано със самоусещането за отслабване на физическите и психичните функции води до възникване на психични проблеми (29). Възрастовите промени в нервно-психичните процеси в организма имат пряко значение за възникването и протичането на психически разстройства.

Към възникналите негативните соматични и психични изменения, трудности от финансов и социален характер възрастният човек се сблъсква и с негативното отношение на по- младата част от обществото, което показва стереотипизиране и дискриминиране на хора заради напредналата им възраст. Счита се, че остаряването е метафора за упадък и лошо здраве. Старите хора се считат за бедни, нуждаят се от закрила и по правило са слаби и болни. Нямат възможности за професионално развитие и постижения. Неспособни са на сексуален живот и пълноценни социални контакти. За този тип дискриминационно отношение е въведено понятието "ейджизъм" в края на 60-те години на XX век от Р. Бътлър, а по- късно други автори използват понятието „възрастова дискриминация". Автори използват различни определения, чийто анализ позволява да се открояят няколко характерни за ейджизма компоненти: когнитивен компонент (убеждения и стереотипи за възрастните хора); афективен компонент (негативни чувства и отношение към възрастните хора); поведенчески компонент (дискриминационно поведение и практики) (161; 162).

В съответствие с равнищата на реализиране на възрастовата дискриминация са обособени следните видове: структурна възрастова дискриминация (формирани в обществото негативни нагласи, убеждения, предразсъдъци и използвани дискриминационни практики); организационна възрастова дискриминация (ейджистки политики и практики, реализирани от държавни и недържавни институции); междуличностна възрастова дискриминация (отразява дискриминационните взаимодействия между индивидите); личностна възрастова дискриминация (интернализирани от личността ейджистки стереотипи и въздействието им върху вътрешната среда). Интернализирането на ейджистки стереотипи в определена културна среда допринася за формиране на оценка за себе си, която влияе върху психосоциалното функциониране на личността (160).

Дискриминацията на възрастните хора е един актуалните социалнополитически проблеми и бариера пред формирането на толерантно към всички в европейско обществено пространство. В проучване на Евробарометър № 317 от 2009 г. се разглеждат възприятия, опит и нагласи, свързани с дискриминацията в ЕС на основата на етнически произход, увреждания, сексуална ориентация, възраст, религия, пол, както и множествената дискриминация (159). В раздела за възрастова дискриминация средната стойност на обществените възприятия за възрастова дискриминация в ЕС е 58% и тя е на втора позиция след тази на възприятията и нагласите за етническата дискриминация (61%). В България обществените нагласи и възприятия за възрастова дискриминация са със средна стойност 58%, което е с 8% повече отколкото при етническата дискриминация. За петгодишния период до 2009 делът на негативните нагласи е нараснал два пъти.

Този тип мислене не само е неправилен и нетолерантен, но и засилва социалната изолация и самотата на възрастните хора. Много е важно отношението на “другите” към стария човек, които в повечето случаи се чувства подценен и отхвърлен от обществото и по-младите. Всичко това,

съчетано със самоусещането за отслабване на физическите и психичните функции води до кризи и психични и проблеми (2;3;4).

Всички тези негативни тенденции водят до влошаване качеството на живот на хората от третата възраст и тяхната психологическа, социална и здравна изолация и зависимост.

Грижите за възрастните членове за обществото „е в голяма степен мерило за истинската демократичност на една държава, за хуманността във взаимоотношенията, за извеждането на хуманността като водещ принцип в цялостната държавна стратегия”(83).

С нарастване на възрастта нуждите на старите хора от медицинско обслужване и социална закрила се увеличават. Здравните и социалните служби трябва да решат редица проблеми за подобряване живота, адаптивността и самочувствието на тази част от населението, което налага прилагане на дългосрочни и интегрирани грижи. Инвестирането в съвременни и ефективни структури в здравеопазването и социалното подпомгане, насочени към възрастните хора, дава възможност да се подобри качеството им на живот.

2.3. Видове системи за организация на здравните грижи-сравнителен анализ

Подходите за организиране на здравните грижи зависи от степента на развитие на здравеопазването, филисофията и принципите за оказване на здравна помощ.

В изминалото столетие основа на здравеопазната система и акцент на здравните грижи беше болничната помощ. Съвременното схващане за качествени здравни грижи е кратковременен болничен престой и водеща роля на доболничната или извънболнничните грижи и услуги в домашна среда.

Нарастващия недостиг на финансови ресурси и повишените изисквания на обществото за получаване на качествени здравни грижи поставя сериозни предизвикателства пред здравеопзните системи.

Търсят се форми и подходи за създаване на гъвкави и икономически ефективни системи и модели за предоставяне на здравни услуги, които да гарантират качествени резултати и удовлетвореност на пациента/клиента.

В историческото развитие на организиране и управление на здравните грижи, една от най-ранните системи е Модела за цялостните грижи (27) /Система за индивидуално разпределение/. Започва да се развива през 1920г. Чрез тази система се прилагат цялостни, непрекъснати, холистични здравни грижи. Основен недостатък на модела е необходимостта от значително голям финансов ресурс (Виж Таблица 1).

Втората система възниква след Втората световна война и се определя като Модел на функционалното сестринство (Система на серийните грижи). Той е обусловен от дефицита на здравните специалисти и финансови ресурси (27) в здравеопазването. Основната положителна страна на модела е неговата икономическа ефективност. Водещи недостатъци са предлагане на фрагментирани грижи, чувство на несигурност при потребителите, демотивация на здравните специалисти (Виж Таблица 1).

Като най-балансирана система за организиране на здравни грижи е Екипния модел (Система за предлалагане на здравни грижи в екип), която възниква в периода 1950- 1960г. Тази система съчетавава положителните страни на другите модели.

В края на 60-те години на 20-ти век възниква модела на Първичното сестринство (Семейната система), която се основава на философията на всеобхватните сестрински грижи и децентрализирано вземане на решения - прилагане на грижи като професионалната практика, опираща се на знания. Повишава удовлетвореността и мотивира персонала, подобрява качеството на грижите. Системата е подходяща за прилагане на здравни грижи в малки екипи и при оказване на продължителни здравни грижи (27).

Сравнителен анализ на принципите, същността, предимства и недостатъци на различните системи е представен в Таблица1.

Таблица 1. Системи за организация на здравните грижи- сравнителен анализ.

Критерии	**Система за серийни грижи**	**Семейна система**	**Система за индивидуално разпределение**	**Система за осигуряване грижи в екип**
Основен принцип	Йерархична централизация (мед. сестра-мениджър и лекар разпределят задачи и отговорности)	Доверие в професионалното съзнание на специалистите-децентрализация	Отговорност в сферата на професионалната самостоятелност	Съвкупност от отговорности според способностите на всеки от екипа
Същност	Всеки член от екипа осигурява определена категория грижи според квалификацията (рационализиране на дейностите).	Участие на целия екип в обгрижването; Всеки извършва всички дейности-холистичен подход; Решенията се взимат от екипа без да са формализирани; Характерна за малки екипи и структури за продължителни грижи.	Обгрижване се възлага според квалификацията за група пациенти с еднаква степен на заболяване; Разпределението е за целия ден-холистичен подход; Мед. сестра-мениджър е координатор; Информацията се предава устно и писмено (досие за грижи)	Определя се лекуващ екип с различна квалификация за грижи на определена група пациенти; Членовете разпределят помежду си дейностите в зависимост от компетенциите; Екипът периодично обсъжда дейностите и предава информация; Мед. сестра-мениджър е координатор.
Отговорности	За изпълнителите отговорността е техническа; Цялостната	Контролът е на принципа на професионалното съзнание и етика.	Цялостната отговорност за качеството на грижите е на мед. сестра-	Всеки член на екипа носи отговорност за поверените дейности и предоставя

	отговорност за качеството на грижите е на мед. сестра-мениджър.		мениджър.	писмен отчет; Отговорност носи медицинската сестра, опреде-лена от екипа.
Предимства	Икономична система за човешки ресурс; Дейностите са строго разпределени.	Сигурност за пациента; Добри взаимоотношения в екипа; Ефективен процес на обгрижване.	За пациента се грижи един специалист-чувство за сигурност и доверие; Дейностите са разнообразни и интересни.	Липсва изолиране между екипа; няма центализиране на информацията; Сигурност за пациента; Пациентът получава цялостно обгрижване.
Недостатъци	Затруднена комуникация-риск от пропуск в грижите; Липсва сигурност за пациента-фрагментирани грижи; Рутина **и** демотивация на членовете на екипа; Липсва професионално развитие.	Изисква висококвалифици рани специалисти; Повишени разходи; Недостатъчне контрол за качеството на грижите.	Системата действа само при добре квалифицирани специалисти; риск от изолиране на обгрижващите; риск от пренатоварване.	Риск към преминаване на серийни грижи.

Съвременният Модел за пациент-центрирани сестрински грижи фокусира грижите и услугите и ги довежда до пациента. Всички задачи се споделят между членовете на екипа (27).

Организиране на системи и модели за здравни грижи за възрастни и стари хора трябва да се ръководи от многообразието и комплексността на проблемите, от степента на автономност; от потребностите и изискванията на потребителите и от стандартите за качество на

здравните грижи и услуги. Необходимо е финансовия ресурс да е балансиран и с добър мениджмънт.

2.4. Теории и концепции за сестрински грижи в контекста на гериатричната помощ

За осъществяването на процеса на здравни грижи е необходимо да се осигурят систематизирани и организирани дейности за възрастните и стари хора с цел решаване на био-психо-социалните проблеми.

Едно от изискванията към съвременното здравно и социално обгрижване на старите хора е задълбочената комплексна оценка, като се спазват основните принципи в гериатричната практика. Необходим е холистичен подход, индивидуализиране на грижите, комплексност, подкрепа на семейните грижи, спазване на етичните норми и правата на стария човек, проява на емпатия и инердисциплинарен подход (6).

Световната здравна организация, съобразно изработени критерии посочва различни социални, здравни, психологически изменения, които затрудняват възстановяването и адаптацията на възрастния човек и определя рискови групи сред старите хора, за които е необходима първостепенна грижа:

- Прекратяване на трудова дейност и излизане в пенсия;
- Загуба на близък човек;
- Самотни хора, със заболяване и невъзможност за самообгрижване;
- Самотни възрастни семейства, неспособни да се грижат за себе си;
- Стари хора над 75г., независимо от здравното състояние.

СЗО определя пет основни аспекта за оценяване на функционалното състояние на възрастните хора:

- Ежедневни дейности;
- Физическо здраве;
- Психическо здраве;
- Социален статус;
- Икономически статус.

От проведените изследвания за видовете грижи, които изискват старите хора *J .W. Overall (1997г.)* посочва в йерархичен ред техните предпочитания:

- Медицинска (здравна) помощ- манипулации, лекарски визити, лекарствени средства, приспособления за грижи, физиотерапия и др.
- Индивидуални грижи- удовлетворяване на физически нужди в ежедневната дейност.
- Домашни грижи- приготвяне на храна, подреждане, почистване на дома.
- Социална подкрепа- помощ при взаимоотношения с административни структури, срещи с приятели, близки и др.
- Наблюдение (посещение)- създава чувство за сигурност и намаляване на риска от усложнение за най-уязвимите стари хора.
- Рехабилитация и обучение - при наличие на хроничен проблем да се съхрани независимостта и способността за автогрижа; Подпомага се адаптацията на възрастния човек към променените условия на живот (63).

Многоаспектността на потребностите на възрастните и стари хора изисква медицинската сестра да познава различните концептуални модели и теории за сестринските грижи за да направи адекватна оценка и правилно да приоритизира здравните грижи за нуждаещите се.

В периода на историческо развитие на сестринската професия са разработени и развити специфични концептуални модели и теории, които да определят нейната философската рамка. Дефинирани са и са описани връзките между главните идеи и ценности в професионалната дейност. Сестринската концептуална рамка описва взаимодействията между лице/потребител на грижа (индивид, семейство група) – околна среда – здраве- осигурящия грижа (дейности, характеристика, личностни качества).

✶ Модел на Ф. Найтингейл - първа обосновава сестринството и определя границите на сестринската професия. Моделът на Найтингейл се базира върху идеята, че медицинската сестра е необходимо да променя околната среда за да осигури на пациента възможности за възстановяване или запазване на здравето. Медицинските сестри основно осъществяват дейности насочени към болестта на пациента и много по-малко се занимават с холистична оценка. Найтингейл е преди всичко известна с това, че поставя основите на теоретичното сестринство. Найтингейл определя здравните грижи като систематични, като счита, че тяхна основна цел е промоцията на здравето и превенцията на болестта (112).

✶ Модел на Д.Орем за самообслужването - В модела на Д. Орем се отделя голямо внимание на личната отговорност на човека за състоянието на собственото си здраве. Съгласно този модел пациентът е една функционална система, която има мотивация за грижи за себе си. Човек осъществява грижи за себе си, независимо от това, дали е здрав или болен, т.е. неговите възможности и потребности от грижи за себе си трябва да бъдат в равновесие (63). Теорията за самообслужването на Орем има най-голямо приложение при амбулаторно обслужване на пациентите. Медицинската сестра има за задача да асистира на пациента до достигане на компетентност относно самообслужването. Целта е да се дадат възможности на пациента или на цялото семейство за активно участие в процеса за съхраняване на здравето. Този модел за сестрински грижи позволява да се използват най-ефективно потенциалните възможности на всеки пациент, както и мобилизиране на индивидуалните способности на пациента за постигане на целите (63).

✶ Модел на И. Дж. Орландо- Теорията на Орландо е публикувана през 1961 година в книгата: “Динамичните взаимоотношения между медицинската сестра и пациента. Според Орландо е необходимо медицинската сестра да използва максимума на своя усет и наблюдателност за да открие най-добрия подход за общуване и

комуникация с пациента. Орландо интегрира подходи от психиатричното сестриство в практиката на медицинските сестри. На основата на направените от нея проучвания тя формулира и въвежда сестринския процес, който до голяма степен играе ролята на професионална рамка на сестринството. Моделът на Орландо се счита за достатъчно ефективен, защото позволява на медицинската сестра да фокусира практиката единствено и само към пациента и към неговите потребности (110).

✶ Модел на Хилдегард Пеплоу – акцентира се върху взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента, като взаимоотношения между партньори и пациентът не е пасивен участник в лечебните процедури. Най-съществено в теорията на Пеплоу е активното участие на пациента, а задача на медицинската сестра е да го подпомага и улеснява чрез наблюдение, описание, формулиране, интерпретация и намеса. Теорията намира приложение преди всичко при терапевтични сестрински интервенции. Според тази теория взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента преминават през следните фази: - фаза на ориентиране - фаза на идентифициране - фаза на сработване - фаза на вземане на решения. При всяка фаза медицинската сестра и пациента имат своите задачи и изпълняват специфични роли (116).

✶ Модел на К. Рой- Според т.нар. “адаптационен модел” човек се адаптира към променящата се среда. Конфликът между променящите се условия на средата и необходимостта от промяна водят до стрес, като всеки човек реагира на стреса чрез физиологични, интелектуални или поведенчески реакции. К. Рой разглежда въпросите свързани с преодоляването на стреса, намаляване и отстраняване на проявите, както и отражението му върху здравето на индивида. Здравето според Рой, може да се представи като непрекъсната линия, която преминава от болестно състояние в добро здравословно състояние. Успешното преодоляване на стреса води до по-добро здравословно състояние. Цел

на медицинската сестра е да подпомага пациента при преодоляване на стреса и съхраняване на здравето. Тя може да осъществи това, така че първоначална оценка на потребностите на пациента и последващо планиране на сестринските интервенции до удовлетворяване на потребностите. Пациентът е активен участник в целия процес (95).

✶ Модел на Н. Рупър, В. Логън и А. Тайерни - Моделът, предложен от Рупър през 1976 г. и допълнен през 80-те години от В. Логън и А. Тайерни, се опира на постиженията в областта на физиологията, психологията и сестринството. Разглеждайки човека като обект на сестринската дейност, Н. Рупър за пръв път установява 16 вида ежедневни дейности (фундаментални потребности), при това част от тях са необходими за поддържането на самия живот, а други са необходими за ежедневната жизнена дейност и влияят върху качеството на живота (63).

Авторите на този модел посочват 5 фактора, които могат да предизвикат потребност от сестрински грижи и да превърнат човека в частично или напълно зависим: - инвалидност и свързано с това нарушение на физиологични функции; - патологични и дегенеративни изменения в тъканите; - нещастен случай; - инфекциозно заболяване; - последствия от влияние на физически, психологически и социални фактори на околната среда. При този модел сестрата заедно с пациента последователно оценява неговата възможност за удоволетворяване на 16-те потребности като установява действителните и потенциалните проблеми на пациента. Моделът предвижда непрекъснато извършване на оценка на удоволетворяването на потребностите на пациента.

✶ Модел на Вирджиния Хендерсън описва своята теория в книгата "Същност на сестринството: определение, въведение, практика, изследване и обучение", която е публикувана за първи път през 1955 година и за втори през 1966 година. Тя описва 14 компонента на основните сестрински грижи за постигане на независимостта и комфорта на пациента. Потребностите на пациента, описани от В. Хендерсън

може да се каже, че произлизат от петте категории на теорията на Маслоу – физиологични, психологични, социални и културални. Тези 14 потребности за всеки човек са изключително индивидуални и задача на медицинската сестра е да подпомага пациента при задоволяване на тези потребности за постигане на пълна независимост (63). В. Хендерсън акцентира на грижите както за болните, така и за здравите индивиди и за пръв път включва духовните аспекти на сестринските грижи. Според нея сестрата подпомага пациента с основни дейности за поддържане на здравето, възстановяване след заболяване и постигането на независимост и спокойна смърт (116).

✶ Модел на М. Роджърс за уникалните човешки същества. През 1970г. Роджърс представя за пръв път своя модел в книгата си „Въведение в теоретичните основи на сестринството". През 1980г. развива теорията за уникалните човешки същества, която се опира на схващанията й за човека и взаимодействието с околната среда. Човешките същества и околната среда са устойчиви цялостности, които съдържат безкрайни енергетични полета. Роджърс разглежда сестринството като изкуство и наука. Сестринските грижи са уникални, защото те са насочени към човека като цяло. Тяхната цел е да се развива здравето и благополучието на всеки човек (63).

✶ Теоретичен модел на Уотсън за грижите за човека. Джейн Уотсън подчертава, че полагането на грижи е най-ценното, което сестринството предлага на пациентите. Полагането на грижи включва десет фактора: изграждане на хуманистично-алтруистична ценностна система, внушаване на вяра и надежда, култивиране на чувствителност към себе си и към другите, изграждане на доверие, насърчаване на изразяването на позитивни и негативни чувства, насърчаване на междуличностното обучение, обезпечаване на подкрепяща и защитна психическа, физическа, социокултурна и духовна среда и др. Уотсън разглежда сестринския процес като комбинация от изследователска дейност и решаване на проблеми, при това информацията, с която се сблъскват

сестрите не попада в категорията на точните науки и изисква от тях да работят интензивно и да прилагат критично мислене (27).

Така разгледаните сестринските теории подпомагат медицинската сестра да осмисли и разбере от философска гледна точка своята роля в мултидисциплинарния екип и да предложи на пациента и неговото обкръжение своите професионални знания и умения, които са изключително разнообразни и ще зависят до голяма степен от правилната оценка на потребностите.

2.5. Дългосрочна грижа

Дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин в страните-членки на ЕС. Тя отразява различията в продължителността на грижите, обхванатите ползватели на услугите и често трудната за определяне граница между предлаганите медицински (здравни) и не-медицински (социални) услуги. Понастоящем в българското законодателство не съществува отделна дефиниция на дългосрочната грижа и услугите за предоставяне на дългосрочна грижа, нито официална класификация на лицата, които имат право на тях.

Съгласно дефиницията на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) дългосрочните грижи представляват „междусекторен политически въпрос, който обединява гама от услуги за лица, които имат нужда от помощ в ежедневните си дейности за продължителен период от време“ (78).

Според Европейската комисия „дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. Тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти, като например роднини или приятели. Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора,

които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности" (163с).

Изграждането на модел за медико-социални грижи за възрастни хора с хронични заболявания по домовете чрез създаването на здравно-социални центрове за предоставяне на услуги по домовете от медицински сестри и социални работници е важен етап от процеса на въвеждане на нови модели.

Национална стратегия за дългосрочна грижа поставя специален акцент върху:

- ✓ Развитие на дългосрочната грижа чрез иновативни междусекторни услуги (с фокус върху интеграцията на социални и здравни услуги), които да бъдат предоставяни в съответствие с реалните потребности на нуждаещите се;
- ✓ Изграждане на адекватна мрежа от услуги в общността и домашна среда (разкриване на нови социални услуги в общността и в домашна среда, включително и предоставяне на почасови услуги в подкрепа на социалното включване);
- ✓ Подобряване на достъпа до превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция;
- ✓ Осигуряване на комплексна подкрепа на семействата, полагащи грижи за зависими членове;
- ✓ Преглед и обсъждане на механизми за устойчиво финансиране и институционално уреждане на дългосрочните грижи;
- ✓ Анализ на практиките в други държави-членки на ЕС относно финансирането на системата за дългосрочна грижа, включително и чрез инструментите на осигурителната система;
- ✓ Засилване ролята на социалните партньори и бизнеса в процеса на развитие на дългосрочната грижа. Развитие на публично-частно партньорство;
- ✓ Насърчаване на доброволчеството и осъществяване на по-тясно взаимодействие с неправителствения сектор;

✓ Използване на информационните и комуникационни технологии (78).

2.6. Интегрирани грижи

Като цяло няма универсално определение за интегрирана грижа. В литературата се срещат много и различни определения за нея:

Интегрирана грижа/Overtveit - Методите и типа на организация, които ще осигурят най -ефективни превантивни и здравеопазващи грижи на онези, които имат най-голяма потребност от здравни грижи и които ще осигурят продължителност на грижата и координация между различните услуги (130).

Интеграция/ Leutz - Опит да се свърже системата от здравни грижи (спешна, първична медецинска и специализирана) с други хуманни системи за грижа (например продължителна грижа, образователни, професионални и надомни услуги) за да се подобрят резултатите (здраве, удовлетворение и ефективност) (131).

Интегрирана грижа/ Gröne and Garcia-Barbero - Концепция, свързваща въвеждането, доставянето, управлението и организацията на услугите, свързани с диагностиката, лечението, грижата, рехабилитацията и поддържането на здраве като начин да се подобрят услугите, свързани с достъпа, качеството, удовлетворението на потребителя и ефективността - (132).

Интегрирана грижа/ Kodner and Spreeuwenberg- Съгласуван набор от методи и модели за финансиране, администриране, организация, доставка на услуги и клинични нива, проектирани така, че да създадат свързаност, изравняване и взаимодействие в и между секторите за лечение и грижа ... /за да/ подобрят качеството на грижата и качеството на живот, удовлетворението на ползвателите и системна ефективност за пациентите със сложни проблеми, преминаващи през многобройните услуги, доставчици и условия (137).

Световната здравна организация дава следното определение за интегрирани грижи: “цялостен и координиран комплекс от услуги планирани, управлявани и прилагани на отделни пациенти или потребители на услугата от различни организации и от различни професионалисти”(135).

Осигуряването на интегрирани грижи изисква междуорганизационни отношения и отношения между различни професии в различни сектори /обществен, частен, доброволчески/, в различни области на обслужването - здравеопазване, социални грижи, грижи за дома, транспорт, образование на различни нива и при различни системи на управление. Начините за организиране на тази услуга е различна както в интернационален план, така и в отделните страни. Отговорността за разработването и предоставянето на интегрираните грижи се споделя от комплексна структура от организации и функции съществуващи на национално, регионално и местно ниво на управление (135).

Ефективното прилагане на интегрирани грижи среща много трудности от административен и организационно-културен характер. Пречка се оказват начина на обучение и организацията на работа в здравеопазната система. Професионалното мислене на специалистите е ориентирано още по време на образованието им към специализация и фрагментация. Всичко това определя изключително важна роля на висшите медицински училища и колежите при формирането на нов начин на мислене, освободен от професионални и институционални граници в името на пациента (136;137;138).

Съществуват различни модели за осъществяване на интегрирани грижи, които са в резултат от: обхвата на здравни и социални услуги, начина на финансиране, броя на лекуваните пациенти, организационната структура и броя на доставчиците.

Разработването и изпълнението на модели за обединяването на различните видове услуги от здравния и социалния сектор в интегрирани грижи, трябва да е в съответствие с десет ръководни

принципа, в противен случай не могат да бъдат постигнати желаните резултати:

- ❖ Комплексни услуги в рамките на интегрираната грижа - сътрудничество между здравните и социалните организации;
- ❖ Фокус върху пациента - пациентът е поставен в центъра на грижите и активно участва в тях;
- ❖ Географски обхват - достъп на пациентите до грижи и избягване на дублирането на услуги и изследвания;
- ❖ Доставка на стандартизирани грижи чрез мултидисциплинарни екипи - прилагане на единен стандарт на грижи независимо от местоположението на пациентите;
- ❖ Управление на грижите - непрекъснато повишаване на качеството на грижите, оценка на диагностичните процедури и лечебните интервенции, и резултатите от тях;
- ❖ Информационни системи - единни информационни системи, които подобряват комуникацията и информационния поток в целия процес на грижи;
- ❖ Организационна култура – организационна подкрепа от всички участници в грижите;
- ❖ Участие на лекарите - общопрактикуващите лекари са «входната врата» при предоставянето на интегрирани грижи;
- ❖ Структура на управление - организационна структура, в която членуват представители на всички заинтересовани групи. Тя осъществява координацията на различните нива на грижи;
- ❖ Финансов мениджмънт - управление на финансовите средства за справедливо разпределение за различните грижи или нива на грижи; механизми за финансиране, които насърчават мултидисциплинарната работа в екип; финансиране, осигуряващо адекватни ресурси за устойчива промяна.(139;140;141).

2.7. Здравно и социално законодателство относно грижите за възрастни и стари хора в България

Върховенството на закона в държавата се определя на първо място от *Конституцията*, в която се визират правата на гражданите по отношение на медицинската помощ - чл**.** ***52*** , гласи:

ал.1 Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. / В Закона за здравно осигуряване и НРД/.

Чл.2 Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и ред, определени със закон./ в Закона за здравно осигуряване/.

Ал.3 Държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма.

Ал.4 Никой не може да бъде подлаган на принудително лечение и санитарни мерки освен в предвидените в закона случаи /в Закона за Здравето/.

Ал.5 Държавата осъществява контрол върху всички здравни заведения, както и върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях.

Здравеопазната система на всяка страна се определя от ясно регламентирани правила, установени от законова и подзаконова нормативна рамка. Законът за лечебните заведения урежда устройството и дейността на отделните видове лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ. Променената характеристика на заболеваемостта, недостига на финансов ресурс, съвременните политики за съчетаване на ефективност и високо качество, поставят акцент върху първичната здравна грижа и приоритетно грижата в домашни условия (14). Законът за здравното осигуряване гарантира правото на задължително осигурените лица да получават медицинска помощ в

обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК -чл.35, ал1). Наредба № 3 от 16 февруари 1996 г. определя организацията на извънболничната медицинска помощ на населението (22;45;68;77).

Националната система за здравеопазване е изградена на три нива:

• Национално – обхваща територията и населението на цялата страна;

• Областно – обхваща територията и населението на една административна област от териториалното деление на страната;

• Общинско – обхваща територията и населението на една община (68; 45);

Задължителното здравно осигуряване обхваща два риска: „болест" и „бременност и раждане". Те не са изрично и самостоятелно уредени и откроени в закона като осигурителни рискове. Но се предпоставят от него и се извличат по тълкувателен път от чл.46 ЗЗО. Макар и да показват известна близост с аналогичните рискове в задължителното обществено осигуряване, те имат свои особености, които им придават характер на осигурени здравни рискове (22;44).

Рискът „болест" се извлича от разпоредбата на чл.45, ал.1, т.1-5, 9-14 ЗЗО. Те визират предпазване от заболяване, ранно откриване на заболяване, извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение и други.

Здравният риск „болест" е по-широк по обхват от социалния риск „обща болест" по общественото осигуряване. Болестта като осигурен здравен риск е „единен" риск, в смисъл че не е диференциран с оглед на произхода и причината за нарушаването на здравето на осигурения, както е при задължителното обществено осигуряване (обща болест, трудова злополука и професионална болест, всяко от които поражда и различни осигурителноправни последици). В здравното осигуряване тя отразява едно общо влошено здравно състояние (22;44;45).

Задължителната здравноосигурителна вноска е в размер на 8 % от дохода на всеки работещ, поделена между работника и работодателя в съотношение 40:60 за 2019г.

Осигурителните вноски за държавните служители се изплащат от учрежденията и организациите, в които те работят, със средства от републиканския бюджет. Самоосигуряващите се, включително и морските лица, плащат здравноосигурителните вноски изцяло за своя сметка.

Някои категории лица не дължат здравноосигурителни вноски. Здравноосигурителни вноски за тях се плащат, но не от самите здравноосигурени лица, а се внасят в НЗОК от други лица. Тези лица са изрично посочени в чл. 40, ал. 1, 2 и 3 от ЗЗО, а именно: пенсионерите-здравноосигурителните вноски, за които се определят върху размера на получаваната от тях пенсия или пенсии и са за сметка на държавния бюджет; лицата до 18-год. възраст и след тази възраст до завършване на средно образование, студентите редовно обучение до навършване на 26 годишна възраст и докторантите на редовно обучение по държавна поръчка и др., се осигуряват за сметка на републиканския бюджет (44;22).

В чл. 33 ЗЗО подробно са изброени категориите лица, които подлежат на задължително здравно осигуряване.

а) Всички български граждани- лица, които имат само българско гражданство, придобито по Закона за българското гражданство. Еднакво релевантно е както българското гражданство по произход, така и по натурализация.

б) Български граждани, които имат освен българско и друго гражданство. Така наречената „двойно", „тройно" и т.н. гражданство, за придобиването, на което няма пречка по действащия ЗБГ. За да бъдат задължително здравно осигурени, е необходимо още тези лица да живеят постоянно на територията на Република България. Това се удостоверява с адресната им регистрация.

в) Чужди граждани или лица, на които е разрешено дългосрочно да пребивават в Република България. То може да бъде с разрешение за време от 3 месеца до 1 година, както и постоянно пребиваване, което е за неопределен срок.

г) Бежанците и лицата с хуманитарен статут или на които е предоставено правото на убежище.

Задължителното здравно осигуряване възниква в различен момент за различните категории лица.

Изпълнителите на медицинска помощ са тези, които в крайна сметка реално предоставят медицинската помощ като същност на здравното осигуряване. Техните задължения към здравно осигурените лица са: а) да предоставят реално пакета от медицински услуги и съпътстващите ги дейности, така както са посочени в чл.55, ал.2, т.2-4 ЗЗО и конкретизирани в договора с РЗОК по чл.20, ал.1, т.4 ЗЗО; б) лечебните заведения за първична извънболнична помощ да създават условия за осъществяване правото на избор на лекар или стоматолог от здравноосигурените лица (чл.5, т 2. НРД)

В системата на здравеопазването субектите – изпълнители на медицинска помощ са предимно лечебните заведения.

Лечебните заведения са структури, предвидени и регламентирани в Закона за лечебните заведения. Лечебно заведение по смисъла на ЗЛЗ е организационно обособена структура, в която лекари и/или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински специалисти осъществяват дейностите, изброени в чл.2 ал. 1 от ЗЛЗ. Лечебните заведения се делят на три групи:

а) за доболнична (извънболнична) помощ

б) за болнична помощ

в) други лечебни заведения

Всяка осигурителна система се реализира чрез предоставяне на определени престации на осигурените лица при настъпване на осигурените социални рискове. Тези престации представляват блага, на

които имат право осигурените лица при настъпване на предвидените в законодателството условия. За здравното осигуряване това е система от действия и веществени престации, определяни с родовото понятие медицинска помощ (чл. 4 ЗЗО).

Понятието „медицинска помощ" е определено легално в § 1, т. 9 ДР ЗЗО. Това е „система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти". От посочената разпоредба могат да се извлекат правните белези на това понятие - човешка дейност; система от дейности; осъществяване от медицински специалисти.

Медицинската помощ е преди всичко човешка дейност. По своя характер тя може да бъде:

а. *Диагностична.* Тази дейност е свързана с преценка на здравното състояние на конкретно лице и определяне на настъпило у него заболяване. Такива са дейностите за ранно откриване на заболявания и за диагностика по повод на заболявания по чл. 45, ал. 1, т. 2-3 ЗЗО и медицинската експертиза на работоспособността по чл.45, ал. 1, т. 11 ЗЗО. Те включват прегледи и различни видове изследвания;

б. *Лечебна.* Това е дейност за преодоляване на увреждането на здравето и на последиците от увреждането. Целта й е да се отстранят нематериалните последици от заболяването и страданията, които лицето изпитва, и невъзможността му да упражнява психофизическите функции на здрав човек. Тази дейност заема основно място в системата на здравно осигуряване и включва лечение по повод на заболяване (чл. 45, ал. 1, т. 3 ЗЗО), неотложна медицинска помощ (чл. 45, ал. 1, т. 5 ЗЗО), предоставяне на лекарствени средства и консумативи (чл. 45,ал. 1, т. 10 ЗЗО) и др. Лечебната дейност се изразява в провеждане на различни медицински манипулации и процедури, хирургична намеса, предоставяне на лекарства и др.;

в. Рехабилитационна. Тази дейност има за цел да се укрепи здравното състояние след прекарано заболяване, да се довърши или допълни

проведеното лечение и да се даде възможност на вече окончателно или частично оздравялото лице да се върне към нормалния трудов, семеен, обществен и т.н. живот, да се подобри неговият социален комфорт. Това е предназначението на медицинската рехабилитация по чл. 45, ал. 1, т. 4 ЗЗО. Тя се изразява в различни медицински процедури, като лечебна физкултура, масаж, физиотерапевтично лечение и пр.;

*г. Профилактична***.** Тя цели предотвратяване на увреждания на здравето. В тази група се включват медицинските и стоматологичните дейности за предпазване от заболявания по чл. 45, ал. 1, т. 1 ЗЗО, както и някои грижи за бременните и родилките. Профилактиката е насочена както към отделния осигурен чрез мерки за благоприятно въздействие върху здравното му състояние или работоспособност и по този начин предотвратяване на увреждането на неговото здраве (лекарства, балнеолечение и пр.), така и към подобряване на общото състояние на здравето на населението.

Медицинската помощ се осъществява от **медицински специалисти.** Медицинските специалисти са физически лица, които притежават специални знания в областта на медицината, придобити по установен в нормативните актове ред. Те са физически лица с определена професионална квалификация (лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и пр.), която им позволява да упражняват медицинската професия при установените в Закона за здравето условия.

Изискванията за упражняване на медицинската професия от определено физическо лице се съдържат в чл. 183-193от ЗЗ .

Видове престации:

Фактически действия. Дължимата на здравноосигурените лица престация - медицинската помощ, се изразява преди всичко в човешки действия. Това е най-голямата по обем и разнообразна по съдържание част от медицинската помощ. Това са фактически действия, които изпълнителите на медицинска помощ трябва да осъществяват с оглед на конкретните потребности на осигуреното лице.

Тези действия са свързани с предотвратяването, откриването и отстраняването на възникнало увреждане на здравното състояние (чл. 45, ал. 1, т. 1-5, 8 и др. ЗЗО) и с експертизата на работоспособността (чл. 45, ал. 1, т. 11 ЗЗО). Осигуреното лице има право да изисква осъществяването им, а НЗОК чрез изпълнителите на медицинска помощ (чл. 58 ЗЗО) му ги дължи.

Веществени блага. Медицинската помощ може да се изразява и във веществени престации. Това са материални (веществени) блага, необходими на осигуреното лице във връзка с неговото здравно състояние. Такива са лекарствените средства (чл. 45, ал. 1, т. 10 ЗЗО), транспортът по медицински показания (чл. 45, ал. 1, т. 12 ЗЗО) и др. Осигурителният характер на тези престации се изразява в това, че получаването им не води до финансово натоварване на нуждаещото се лице, а заплащането се поема от осигурителния орган.

Задължителното здравно осигуряване се осъществява чрез два основни вида договори: национални рамкови договори (НРД) и договори между НЗОК, сключвани от нейно име от РЗОК, и изпълнителите на медицинска помощ. Двата вида договори служат за осъществяване на задължителното здравно осигуряване. Между тези договори има и съществени различия относно реда за тяхното сключване, страните, предмета и съдържанието им, а също така и в тяхната правна природа.

Съгласно действащото законодателство гражданите не могат да откажат или ограничат участието си в задължителното здравно осигуряване. Те обаче, след като заплатят вноските си за публичното, задължително здравно осигуряване, могат да платят вноски и да придобият здравноосигурителни права и чрез доброволно здравно осигуряване.

Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) е дейност на лицензирани здравноосигурителни дружества по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на здравноосигурителни премии, дължими на основа на

сключените между дружествата и съответните лица, които се нуждаят от здравни и медицински услуги, здравноосигурителни договори.

Янакиева изброява документите, които регламентират грижите в дома, като разглежда грижите в светлината на социалния патронаж. Проблемите на пациентите имат социално– здравни измерения и засягат дейността и на здравните специалисти: 1. Закон за лечебните заведения; 2. Правилник за социално обслужване на лица и семейства; 3. Домашен социален патронаж; 4.Национална програма „Асистент на хора с увреждания"; 5. Осигуровка „достойни старини"; Неправителствени организации – Програма домашни грижи на Българския червен кръст, международна неправителствена организация „Каритас".

Както посочват Ц. Воденичаров и С. Попова /2003год./ основните правила в една култура са отразени в здравното законодателство. Законите обаче поставят твърде строги параметри на медицинската дейност. За дейността на медицинската сестра такива параметри се визират отчасти в *Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти*(2005). Очакванията на пациентите обаче, не се изчерпват с текстовете на *Закона за Лечебните Заведения, Закона за Здравето, Закона за здравното осигуряване, Закона за съсловните организации на лекари и стоматолози* (22,24,32). Те очакват една по-комплексна грижа, търсят подкрепа и разбиране от страна на своя личен лекар и медицинската сестра. Самите пациенти са обвързани с вземане на решение по здравен проблем и съвестно провеждане на лечението, това неизбежно води до необходимостта от регламентиране на правата им като пациенти (32,44).

В раздел II – Права и задължения на пациента, чл**.** ***86*** на *Закона за здравето*, всеки пациент има право на:

1. зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните,културни и религиозни права;
2. грижи от общността, в която живее;
3. достъпна и качествена здравна помощ;

4. повече от едно медицинско становище относно диагнозата, лечението и прогнозата на заболяването;

5. защита на данните, отнасящи се до неговото здравословно състояние;

6. запознаване на достъпен език с неговите права и задължения;

7. ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите на евентуалното му лечение;

Правата на пациента фигурират и в раздел 3, гл. 3 на Националния рамков договор ***(***член ***105*** и ***106*** избор на лекар), които гласят:

Чл**. 105.** Първоначален избор на общопрактикуващ лекар може да се осъществи по всяко време с регистрационна форма за избор, която се получава от РЗОК или от ОПЛ.

Чл**. 106.** (1) Здравноосигурените лица могат да променят избора си на ОПЛ от 1 до 30.VI. и от 1 до 31.XII.

(2) При прекратяване на договор с изпълнител на ПИМП ЗЗОЛ осъществяват нов избор на ОПЛ с регистрационна форма за постоянен избор извън срока по ал. 1.

(3) Лицата по ал. 1 и 2 закупуват регистрационни форми за постоянен избор на общопрактикуващ лекар.

(4) Здравноосигурено лице, желаещо да направи постоянен избор, представя на новоизбрания ОПЛ:

1. здравноосигурителна книжка, в която новоизбраният ОПЛ вписва трите си имена и дата на избора;

2. третия екземпляр от регистрационната форма за избор на ОПЛ, в случай че няма здравноосигурителна книжка;

3. попълнена регистрационната форма за постоянен избор;

4. документ за актуалния му здравноосигурителен статус.

(5) Лицата, временно пребиваващи за срок от един до пет месеца извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, могат да направят временен избор с регистрационна форма за временен избор, която се закупува от лицето.

(6) При изтичане на срока на временния избор на ЗЗОЛ извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, се възстановява автоматично последният им постоянен избор на ОПЛ.

Според българското и международно право оценката на здравното състояние на пациента не може да се основава на раса, пол, възраст, етническа принадлежност, произход, религия, образование, културно равнище, убеждения, политическа принадлежност, сексуална ориентация, лично и обществено положение или имуществено състояние.(41;92)

Основна задача при прилагането на правата и задълженията на пациента в първичната медицинска помощ е да се осигури справедлив достъп до медицинска помощ. Това право изисква балансиране на правото на здравни услуги при ограничените ресурси в здравеопазването. За целта се осигурява:

- основен пакет от здравни услуги (Нар. № 40 МЗ/2004 г.)
- еднакъв достъп до лечебно заведение – гарантирано чрез правото на избор на пациента от личен лекар и болнично заведение
- лечение без дискриминация – чл. 52 от Конституцията на Р. България
- задоволяване на потребности на застрашени граждани от населението (38,53)

Всички хора, избрали свой Личен лекар имат и правата и свобода при вземане на клинични и етични решения, и на отказ или приемане на лечение, след като получи необходимата информация – информирано съгласие (14). За получаване на информирано съгласие от пациента, лекуващият лекар го уведомява лично или съответно уведомява негов родител, настойник или попечител относно:

1. диагнозата и характера на заболяването
2. описва естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати и прогнозата

3. описва потенциалните рискове, свързани с предлаганите лечебно-диагностични методи, включително страничните и нежелани лекарствени реакции, болка и други неудобства

4. вероятността за благоприятно повлияване, риска за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение. Тази информация се предоставя в подходящ обем и форма, даващи свобода на избора за лечение./ чл.88 *от Закона за здравето*/ Тази информация не може да се дава от медицинската сестра или друго лице. Медицинска помощ и лечение против волята на пациента може да се окаже само в случаи изрично посочени от закона. ОПЛ е длъжен да информира пациента и относно: здравословното му състояние и необходимостта от лечение, прогнозата на неговото заболяване, планираните профилактични, диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и рисковете свързани с тях, имената, длъжностите и специалността на лицата, които ще участват в процеса на неговото лечение (39).

Законът за лечебните заведения урежда устройството и дейността на отделните видове лечебни заведения за извънболнична помощ:

1. Амбулатории за първична медицинска помощ – те биват индивидуални или групови практики за първична медицинска помощ.

2. Амбулатории за специализирана медицинска помощ. Тук също законът допуска индивидуална практика за специализирана медицинска помощ; групова практика за специализирана медицинска помощ; Медицински център, дентален център и медико-дентален център; Диагностично-консултативен център.

3. Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. (41)

С приемането на *Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения, което стана на 9 септември 2015 г.,* държавата законово припозна и регламентира интегрираните здравно-социални услуги. Чрез текстовете в преходните разпоредби на Закона се извърши и промяна в Закона за лечебните заведения, като се даде легална

дефиниция на този вид услуги, регламентира се кой може да ги предоставя и какви са възможните начини за финансиране. Сред предоставящите вече са включени и неправителствените организации, доставчици на социални услуги, вписани в регистъра на Агенцията за социално подпомагане. Предвижда се възможност за финансиране и чрез държавния бюджет.

„Раздел Iа *Интегрирани здравно-социални услуги*

Чл. 125 б. (1) Интегрираните здравно-социални услуги са дейности, чрез които медицински специалисти и специалистите в областта на социалните услуги предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности.

(2) Услугите по ал. 1 могат да се предоставят от общините, от лечебните заведения и от лицата по чл. 18, ал. 2 от Закона за социално подпомагане.

(3) Общините и лицата по чл. 18, ал. 2 от Закона за социално подпомагане могат да предоставят услугите по ал. 1 след уведомяване по реда на чл. 36 на регионалната здравна инспекция, на територията на която се осъществяват услугите.

(4) Лечебните заведения могат да предоставят услугите по ал. 1 при спазване на условията на чл. 18, ал. 2 и 3 от Закона за социално подпомагане.

Чл. 125в. (1) Интегрираните здравно-социални услуги по чл. 125б, ал. 1 могат да се финансират от:

1. държавния бюджет;
2. общинските бюджети;
3. национални и международни програми;
4. лица по чл. 18, ал. 2 от Закона за социално подпомагане;
5. други източници.

(2) Интегрираните здравно-социални услуги се предоставят срещу заплащане от лицата по чл. 125б, ал. 1.

(3) Интегрираните здравно-социални услуги, които се финансират от държавния бюджет и се предоставят без заплащане на лицата по чл. 125б, ал. 1, се определят с акт на Министерския съвет.

Чл. 125г. (1) Видът на услугите по чл. 125б, ал. 1, условията и редът за предоставянето им, критериите и стандартите за тяхното качество и редът за осъществяване на контрола по спазването им се уреждат с наредба, приета от Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването и министъра на труда и социалната политика.

(2) Контролът относно спазването на критериите и стандартите за качество на услугите по чл. 125б, ал. 1 се осъществява съвместно от органите по чл. 31, ал. 2 и 3 от Закона за социално подпомагане и регионалните здравни инспекции.“(41).

Условията и редът на предоставяне, стандартите и критериите за качественото им предоставяне и осъществяването на контрола предстои да бъде регламентирано чрез поднормативни актове на Министерството на труда и социалната политика и Министерството на здравеопазването.

Правилно изработените стандарти и критерии за доставка на интегрирани здравно-социални грижи и услуги за възрастни и стари хора ще доведат до подобряване качеството, достъпността и устойчивостта на предоставяните комплексни здравно-социални услуги.

Разработване и прилагане на дългосрочни и ефективни политики, водят до устойчиво подобряване качеството на живот както на възрастните хора, така и на техните близки, грижещи се за тях. Голяма част от възрастните хора страдат от сериозни заболявания и това изисква специфичен и комплексен отговор на техните нужди за поддържане на оптимална самостоятелност и здравен статус, за грижа след активно лечение, за палиативна грижа, като от изключително значение е възможността за получаването на ефективни, компетентни и качествени грижи в условия, удобни за преобладаваща част от възрастните хора.

Първичното здравно обслужване е интегрална система за основна медицинска помощ, която според Воденичаров, Попова е универсално достъпна, икономически ефективна, насочена към най-честите заболявания на населението, ориентирана към отделната личност, семейството и общността и се осъществява с тяхното активно участие; основана на научно достоверни и социално приемливи методи (19).

Първичната медицинска помощ е базовото и основно ниво на грижите за населението, като се гарантира многоплановост и непрекъснатост на грижите през целия живот на всеки човек. Медицинските грижи се полагат в синхрон и екипно действие със социалните с цел да се повиши автономността на пациента, да се облекчат страданията му и да се улесни реинтеграцията (14).

Дейността на медицинските сестри работещи в извънболничната помощ включва разнообразни здравни и социални грижи: промоция на здравето, здравно образование, превенция на заболяванията, поддържане и възстановяване на здравето, физическа рехабилитация и социална работа (14).

За да се отговори адекватно на повишените изисквания към професионалната компетентност на медицинската сестра в първичната помощ С. Тончева /2001/ посочва, че е необходимо да се създадат условия за реализиране на нейните основни функции:

Промотивна*:*

Медицинската сестра от ПМП подпомага пациента и неговото семейство в грижите за собственото му здраве, отговорността за здравето и здравното поведение. Тя провежда здравно възпитание и подпомага индивида за здравословен начин на живот (98).

Профилактична*:*

Медицинската сестра активно участва за ограничаване и предотвратяване на рисковите фактори и социално-значимите заболявания. Диференцира поведението си в първичната, вторична и третична профилактика.

Полагане на грижи*:*

Това е традиционно най-застъпената сестринска функция. Тя включва извършване на хигиенни грижи, подпомагане при хранене, затруднения и отклонения в дишането, отделянето, движението, комуникацията и др. Медицинската сестра участва в подготовката и провеждането на редица изследвания, манипулации, лекарствена терапия.

Педагогическа*:*

Провеждането на обучение на пациента е част от лечението. Медицинската сестра обучава пациента и неговите близки относно поведението, свързано с болестта, лечебно-охранителният режим, самопомощ и помощ в лечението и рехабилитацията.

Социална функция*:*

Тя включва сестрински дейности, ориентирани към променящите се здравни потребности на личността, семейството и обществото. Нараства социалната дейност на медицинската сестра и ролята й чрез утвърждаване на нови взаимоотношения в контекста на грижите, оказвани в дома на пациенти и амбулаторията.

Мениджмънт*:*

Тази функция се отнася към управлението на сестринските грижи. Включва планиране, организиране, координиране и контрол на грижите. Медицинската сестра планира грижите и необходимите за извършването им ресурси – материални и нематериални, координира своята дейност с тази на лекаря и останалите лица в екипа на ОПЛ, контролира качеството на извършените сестрински грижи и техният резултат, използвайки сестринския процес в работата. За да може да изпълнява всички тези функции медицинската сестра трябва да е оторизирана от своя работодател/ според Кодекса на труда/ – ОПЛ, посредством длъжностна характеристика. Тя трябва да притежава специфични знания и умения за работа в първичната медицинска помощ. Това ще гарантира нейната качествена работа и добро екипно сътрудничество с общопрактикуващия лекар (102,12).

Страната ни е ратифицирала редица международни документи, с които гарантира защитата и интересите на всички граждани, намиращи се под нейна юрисдикция:

- 2000 - Европейската социална харта /ревизирана/;
- 1992 - Европейската конвенция за защита на правата на човека и основните свободи и първия допълнителен протокол към нея;
- 1970 - Международния пакт за граждански и политически права и Международния пакт за икономически, социални и културни права; (12)

Изработена и е прие Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008-2015 г., която е в изпълнение на препоръките на Съвета на Европа, добрите практики на държавите-членки на ЕС, принципите в Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, Стандартните правила на ООН за равнопоставеност и равни възможности за хората с увреждания.

Приети са редица нормативни документа, които да подпомогнат работата на социалните и здравни институции и да направят реалност равни права на всеки гражданин на Република България.

- Закон за социално подпомагане;
- Закон за интеграция на хората с увреждания, Обн., ДВ, бр. 81 от 17.09.2004 г., изм., бр. 62 от 10.08.2010;
- Закон за защита от дискриминацията, Обн. ДВ. бр.86 от 30 Септември 2003г;
- Закон за защита, рехабилитация и интеграция на инвалидите;
- Национална програма «Социални услуги в семейна среда»;приложение към заповед РД 01/1040 от 25.11.2008;
- Наредба 4 от 16.03.1999 г. за условията и реда за извършване на социални услуги;
- Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания;
- Националната здравна стратегия (2014-2020г.);

- Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012-2030 г.);
- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2013-2020);
- Национална здравна стратегия за дългосрочна грижа;
- Наръчник на социалния асистент в България, Министерство на труда и социалната политика; Програма на ООН за развитие; Проект „Социални услуги в замяна на нови работни места“ (СЕЙН).

Липсва нормативна уредба, която да регламентира дейността на медицинските сестри и другите медицински специалисти при дейностите им в извънболничната помощ и взаимодействие със социалните работници и как ще се поделят отговорности, задължения и финансиране. Това са специалисти, работещи с обща цел и екипната им работа би променила социално-здравното състояние на всеки в нужда. Липсата на регламент за финансовата страна, поставя огромна пречка за създаване на екип и съвместна работа, става предпоставка да не работи модела още преди да е стартирал.

Създаването на нормативни документи методически ще подпомогне специалистите и ще гарантира качество; валидизиране и финансиране на грижи за хронично болни; стари хора и такива с функционален дефицит в дома им.

Както посочва Бикова (14) дългосрочните грижи следва да се предоставят в мултидисциплинарна среда. Социалните услуги не могат да бъдат предоставяни нито в медицинска среда, нито в строго социална среда и следва да обхващат двата сектора. Особено важно е взаимното допълване на грижи и услуги в семейна среда: ако подкрепата на домашния помощник не е придружена от посещения на медицинска сестра или лекар, грижата няма да доведе до траен успех. Дългосрочните грижи трябва да бъдат фокусирани върху пациента/ ползвател на услуга, тъй като дългосрочните грижи включват социални услуги и медицински

грижи, финансирането и предоставянето им е много фрагментирано, и това не е в полза на пациента (14).

Според Ж. Стайкова създаването на институции за дългосрочна грижа, които комбинират медицинска и социална услуга, ще намали тежестта на близките и ще подобри качеството на медицинска помощ и ще осигури професионална рехабилитация на старите хора. Този подход предоставя възможност за по-ефективно използване на финансовия ресурс за здравеопазване. Здравната система ще бъде изключително облекчена, ако се разкриват повече подобни институции и ако се намери начин това направление да се развива с подкрепата на държавата (88, 90).

На този етап грижата за болен или самотен възрастен човек, не отговаря на съвременните виждания за качествен комплексен подход при прилагане на гериатрични грижи и услуги в България.

Прекалено дългия преход и реформи в здравеопазването, дадоха превес на грижите в болнична среда, а извънболничните грижи остават в периферията на общественото внимание.

Съществува тясна връзка между етиката, правото и здравната политика (7,63,15,17). Приложната етика осигурява моралните основи на правото и социалната политика, етичната рамка, в която се изгражда здравната политика.

2.8. Международни и национални стратегии и политики за осигуряване на грижи за възрастни и стари хора

Съгласно Основните принципи на ООН за възрастните хора те трябва да бъдат обект на справедливо отношение, без оглед на възраст, пол, раса или етнически произход, увреждания или други качества и да бъдат оценявани независимо за техния принос в обществото.Те имат право на:

- ✓ **Независимост-** да имат достъп до достатъчно храна, вода, подходящ подслон, облекло и медицински грижи чрез получаване на

доходи, подкрепа от страна на семейството и общността и самопомощ; да имат достъп до подходящи за тях обучаващи програми; да бъдат създадени условия за живот, които са безопасни, отчитащи специфични характеристики и промени в резултат на възрастта; да имат възможност да живеят в дома си колкото е възможно по-дълго време.

✓ **Участие-** да останат интегрирани в обществото; да участват активно в изработването и изпълнението на програми за подобряване на тяхното благосъстояние, както и в инициативи, които допринасят за споделяне на опита и знанията им с по-младите поколения; да бъдат поставени в позиция сами да търсят и развиват възможности да бъдат полезни обществото, както и да бъдат привличани като доброволци в дейности, които кореспондират техните възможности и интереси.

✓ **Грижа -** да се гарантира грижа в семейството и в общността, както и адекватна защита в съответствие с културните ценности на всяка една социална система; да имат достъп до медицински грижи, които да поддържат техния оптимален физически, психически и емоционален статус, както и да ги предпазват от настъпването на различни болести; да имат достъп до всички нива на осигуряваната от държавата подкрепа, рехабилитационни и социални услуги, в една хуманна и безопасна среда; да се осигури достъп до социални и юридически услуги с цел повишаване на тяхната независимост, защита и качество на съществуващите грижи; трябва да познават и защитават правата и основните свободи които притежават, без оглед на местоположението, лечебно или друго заведение, включително пълно зачитане на достойнството, убежденията, потребности и неприкосновеност, както и правото им да взимат решения, засягащи качеството на техния живот и предоставяните грижи.

✓ **Удовлетворение -** да бъдат предоставени възможности за пълноценно реализиране на техния потенциал; да имат достъп до образователни и културни мероприятия на общността, както и подходящи условия за отдих и почивка.

✓ **Достойнство -** да бъдат създадени условия да живеят достойно и в безопасност и да не бъдат подлагани на каквато и да била експлоатация, физическа или психическа злоупотреба.

Основните стратегически задачи на политиката на СЗО „Здраве 2020“ за по-пълно съблюдаване на принципите на социалната справедливост и усъвършенстването на стратегическото управление в интерес на здравето включват:

- Подобряване на здравето за всички и съкращаване на здравните неравенства;
- Усъвършенстване на лидерството и колективното ръководство за опазване на здравето, т.е прилагане на общодържавния подход (whole of government approach) и принципа на участие на цялото общество (whole of society approach) (100).

Значителен принос към формиране на политиката в отговор на застаряването на населението има Организацията на Обединените нации чрез дейността на Икономическата комисия на ООН за Европа. Приетият *Международен план за действие в Мадрид през 2002 г.* очертава основни цели и елементи за предприемане на подход и мерки спрямо застаряването на населението. Мадридският план за действие по застаряването призовава за промяна в нагласи, политики и практики на всички нива и във всички сектори, за да се осигури използването на огромния потенциал на процеса на застаряване на населението. Целта на Плана за действие е обезпечаване на всички хора и подсигуряване на техните старини. Планът представлява практически инструмент за водене на политики чрез фокусиране върху ключовите приоритети, свързани с процесите на застаряване. Изготвени са специфични препоръки, съобразени с разнообразните обстоятелства във всяка страна.

Основните тематични области за изпълнение, набелязани в Мадридския план за действие, са следните:

- Пълна реализация на всички човешки права и основни свободи на възрастните хора;

- Постигане на сигурност при остаряване, което е съпроводено от потвърждение на целите за елиминиране на бедността сред възрастните хора, в съответствие с принципите на ООН по отношение на възрастните хора;
- Предоставяне на възможност на възрастните хора за пълноценно и ефективно участие в икономическия, политическия и социалния живот на обществото, в това число чрез платен и доброволен труд;
- Обезпечаване на възможности за индивидуално развитие, себеосъществяване и за живот в добро здраве през целия живот, както и на старини чрез осигуряване достъп до обучение през целия живот и участие в обществения живот при условие на признаването на възрастните хора като разнородна група;
- Осигуряване на пълноценно упражняване на икономическите, социални и културни права, на гражданските и политически права и премахване на всички форми на насилие и дискриминация срещу възрастните хора;
- Осигуряване на равенство на половете сред възрастните хора, чрез премахване на дискриминацията, основана на признак „пол";
- Признаване на изключителното значение на семейството, на взаимната зависимост на поколенията, солидарност и взаимност от гледна точка на социалното развитие;
- Осигуряване на здравни грижи, подкрепа и социална закрила за възрастните хора, включително превантивни и рехабилитационни здравни услуги;
- Осигуряване на партньорство между всички нива на управление, гражданско общество, частен сектор и между самите възрастни хора при трансформирането на Плана за действие в практически действия.

Посрещането на демографските предизвикателства се нарежда сред трите основни политически приоритети на Европейския съюз. Наред с необходимостта от адекватен отговор на последиците от глобализацията и напредването на технологиите, предприемането на

действия в отговор на демографските промени се счита за неотложно и заема приоритетно място в съвместните стратегически и планови действия на държавите-членки на Европейския съюз. Във връзка с изпълнението на Мадридския план за действие, на европейско ниво е приета *Регионална стратегия*.

Основните ангажименти в Регионалната стратегия за изпълнение на Мадридския план за действие са следните:

- Мейнстрийминг на застаряването;
- Интеграция и участие на възрастните хора в обществото;
- Съдействие за равноправно и устойчиво икономическо развитие в отговор на проблемите със застаряване;
- Приспособяване на системата за социална закрила в отговор на демографските промени и свързаните с това социални и икономически последствия;
- Съобразяване на пазара на работна сила с икономическите и социални последствия от застаряването на населението;
- Насърчаване на обучението през целия живот и приспособяване на образователната система към променящите се икономически, социални и демографски условия;
- Усилия за осигуряване на качествен живот за всички възрасти и осигуряване на независим живот, здраве и благополучие;
- Възприемане и зачитане на джендър-подход към застаряването на обществото, подкрепа за семействата, които осигуряват грижа за възрастните хора и насърчаване на солидарността между поколенията в семейството;
- Подкрепа за семейства, които осигуряват грижи за възрастните хора и насърчаване на солидарността на поколенията в рамките на едно семейство;
- Съдействие при изпълнението на Регионалната стратегия на ИКЕООН с помощта на регионално сътрудничество.

В отговор на представените тенденции за демографското развитие на населението, Европейската комисия предприема целенасочени действия за формиране на стратегически подход за въздействие.

През 1999 г. чрез *Съобщението на Европейската комисия "Към Европа за всички възрасти"* са направени детайлни формулировки на значението на процеса на застаряване на населението - намаляване и застаряване на населението в трудоспособна възраст, възникване на необходимостта от адаптиране на публичните финансови системи и адаптиране на системите за социална закрила и здравни услуги, нарастване на нужди на възрастните хора и възникване на необходимост от адекватни действия за предотвратяване на риска от социално изключване и бедност, отчитане на джендър-аспектите на застаряването, поради по-големия брой възрастни жени.

През 2001 г. в Стокхолм Европейският съвет приема Тройната стратегия за преодоляване на икономическите и бюджетните предизвикателства на застаряването на населението, която включва:

1. Бързо намаляване на дълга.
2. Повишаване на заетостта и на производителността.
3. Реформи на пенсионните системи, системите на здравеопазване и дългосрочни грижи**.**

Важността от разработване на политика по отношение на застаряването на работната сила е отразена в *Лисабонската стратегия,* която очертава параметрите в развитието на Европейския съюз за периода 2000 – 2010 г.

Становището на Европейския икономически и социален комитет относно *„Последиците от застаряването на населението върху системата на здравеопазването и социалната система" от 20.07.2010г. посочва няколко области към които трябва да бъдат насочени политиките и дейностите на страните от ЕС, които са диференцирани по следния начин:*

- **Превенция**

- собствена отговорност опазване на здравето чрез активно участие в превантивни мерки (хранене, спорт, здравословен начин на живот, избягване на рискови фактори и др.), **насърчаване на здравето и здравно образование** помага на възрастните хора да останат колкото може по-дълго време в дома и обичайната им социална среда.

- **високото качество на здравословните и безопасни условия на труд** и подобряването на ергономията на работното място могат да допринесат в значителна степен за удължаване на работоспособността и трудовия живот на възрастните хора;

- **предотвратяването на социалната изолация - с**лед напускането на професионалния живот е изключително важна **социалната интеграция в обществото и социокултурната среда**. Именно възрастните хора могат да приложат своите социални умения и опит - например чрез доброволческа дейност.

❖ **Здравни услуги**

- осигуряването на насочени към пациентите здравни услуги и гарантирането на включването на пациентите в разработването и планирането на здравни услуги.

- по-добро и по-специфично обучение на здравните професии. Работещите в областта на здравните професии и научните изследователи трябва да се запознаят по-подробно с особеностите на гериатрията и в по-голяма степен да бъдат обучавани и квалифицирани в тази област. На здравните специалисти следва да се осигурява специфично обучение относно значението на мерките за насърчаване на здравето и превантивните мерки за хората в напреднала възраст (напр. предотвратяване на падания, здравословно хранене и др.).

- Разработване и адаптиране на съобразени с нуждите на възрастните хора форми на лечение – коморбидността, обмяната на веществата и др.

- да се разработят здравни услуги, свързани с интегрирани и персонализирани грижи, при които пациентът е поставен в центъра на

вниманието, насърчаване на прекия контакт с възрастните хора на специалистите осигуряващи здравни грижи.

❖ **Услуги, свързани с грижи**

- Създаване на съобразени с нуждите на възрастните хора здравни институции и институции за грижи, както и алтернативи за жилищно настаняване - необходим е гладък и обратим преход между здраве/болест/грижи/социален живот, който при необходимост да дава възможност за добро медицинско обслужване и качествено предоставяне на грижи, но и да позволява на възрастните хора да останат колкото може по-дълго време в „нормална“ т.е. обхващаща няколко поколения среда. Това изисква добра координация между здравеопазването и предоставянето на грижи. Едновременно с това наред с институциите за дългосрочни грижи трябва да се предвидят и повече стационарни и амбулаторни хосписи и институции за палиативна медицина и да се поддържа „култура на хосписите“.

За тази цел трябва да се създаде цялостна, децентрализирана инфраструктура по местоживеене за предоставяне на грижи в дома **(деинституционализация на грижите**).

❖ **Научни изследвания в рамките на превенцията, в областта на заболяванията и лечението, в областта на грижите, в областта на системата на здравеопазване-** Демографските промени да бъдат включени в планирането на съвместната програма за научни изследвания на Европейската комисия.

❖ **Мрежи на местно равнище – „най-малкото звено е най-ефективно и най-близо до гражданите“-** платформите на общинските доставчици на услуги, социалните партньори, НПО и ръководителите в областта на здравеопазването, които служат за сътрудничество и координация на услугите. Подобни инициативи предлагат добри възможности за подпомагане от страна на структурните и кохезионни фондове.

❖ **Разработване на нови технологии и финансова устойчивост на здравната и социална система**

В Резолюция на Европейския парламент от 7 септември 2010 г. относно ролята на жените в едно застаряващо общество (2009/2205(INI)), се обръща специално внимание върху преодоляването на неравенствата между половете в по-напреднала възраст, призовава се Комисията да обърне внимание на: защитата на правата на възрастните потребители; недопускането на дискриминация по възрастов признак; необходимостта от съгласуване на труд и грижи; осигуряване на равен достъп до здравни и социални услуги и грижи; засилване на научната и изследователска дейност за познание на потребностите на възрастните хора и др.

През 2011 г. Европейската комисия инициира приемане на Решение на Европейския парламент и Съвета на Европейския съюз за обявяване на 2012 г. за *Европейска година за активен живот на възрастните хора. Провеждането и на инициативи за солидарност между поколенията допринасят за възприемане и популяризиране на позитивна* нагласа към по-пълноценното използване на големия потенциал и ресурс на възрастните хора в икономически и социален аспект. Чрез тях се повишаване информираността, стимулира се дебат и обмен на опит, предоставяне на рамка за ангажимент за насърчаване на активността на възрастните и за конкретни действия, преодоляване на стереотипите по отношение на възрастните в заетостта.

В предложената трета програма за действие на ЕС в областта на здравето (2014—2020 г.), озаглавена „Здраве за растеж“, в още по-голяма степен се заздравява и подчертава връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението. Програмата е насочена към действия с ясна добавена стойност за ЕС в унисон с целите на стратегията „Европа 2020“ и настоящите политически приоритети. В програмата се посочва, че здравето не е просто ценност сама за себе си — то е и фактор за растеж и

само население в добро здраве може да използва напълно своя икономически потенциал (100;77;12).

Постигането на всички основни цели, определени в „Европа 2020 — Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж“, зависи от нарастването на иновациите в здравното обслужване, които обаче не се свеждат само до технологии и нови продукти. Става дума също за новаторски подход при организацията и структурирането на здравното обслужване, усвояването на ресурсите и финансирането на системите (100).

Осигуряването на качествени, достъпни и устойчиви услуги за дългосрочна грижа при възрастни и стари хора е един от ключовите приоритети в европейските институции. Европейският съюз препоръчва изпълнението на три дългосрочни цели за националните здравни и социални системи, които трябва да се преследват успоредно:

- ✓ гарантиране на добър достъп до здравни грижи и социални услуги;
- ✓ подобряване на качеството на грижите;
- ✓ гарантиране на устойчивост на финансирането им (78).

В Националната здравна стратегия (2014-2020г.), в съответствие с регламентите приети от ЕС, изработената Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България 2012-2030 г.), Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2013-2020) и други стратегически документи, са представени насоките и мерките за гарантиране на достоен живот на възрастните хора в добро здраве в България. Съществени моменти от тези мерки са:

• повишаване на информираността на населението от всички възрасти за здравословен начин на живот;

• повишаване уменията на възрастните хора по отношение на грижите за себе си, превенция на болести и увреждания;

• деинституционализация на настоящия модел на грижа за възрастните хора и предприемане на мерки за подобряване на дългосрочните грижи за възрастните хора;

• осигуряване на условия за равен достъп на възрастните хора до медицински, дентални и медико-социални услуги, с фокус върху малките населени места;

• финансиране и развитие на допълнителни здравни услуги, насочени към възрастните хора;

• развитие на дългосрочната грижа чрез създаване на иновативни междусекторни услуги (с фокус върху интеграцията на социални и здравни услуги), които да бъдат предоставяни в съответствие с реалните потребности на нуждаещите се;

• изграждане на адекватна мрежа от социални и здравни услуги в общността и домашна среда (разкриване на нови услуги в общността и в домашна среда, включително и предоставяне на почасови услуги в подкрепа на социалното включване);

• подобряване на достъпа до превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция;

• осигуряване на комплексна подкрепа на семействата, полагащи грижи за зависими членове;

• подобряване на взаимодействието между държавния и неправителствения сектор при предоставяне на здравни и социални услуги за възрастни;

• Насърчаване на доброволчеството в процеса на осигуряване на услуги за възрастни (77; 78; 80).

Други инициативи, с които трябва да бъде съобразена националната здравна стратегия са насочени към насърчаване на внедряването и оперативната съвместимост на решенията за електронно здравеопазване (e-Health) (77;100;124; 158).

2.9. Анализ на грижите за възрастни и стари хора в страни от Европейския съюз

Австрийската система за грижи за възрастни

Възрастните, нуждаещи се от грижи, са подкрепени от публичните власти чрез предоставяне на финансови надбавки за медицински и

здравни грижи, и на нефинансови придобивки (например социални услуги, настаняване в домове). Финансовите надбавки се предоставят на хора, които имат нужда от грижа, но получателите решават сами как да използват средствата.

Предоставянето на парични надбавки, се регулира индивидуално от всяка федерация. Обикновено не съществува възможност за такъв вид надбавки в рамките на домашните грижи. С цел да се финансират социални услуги могат да бъдат използвани осигуровки за грижи, частни средства, други обществени фондове, дарения или доброволчески услуги. Комбинацията от финансовите средства зависи от самата социална услуга, ситуацията във всяка федерация и организацията, предоставяща услугата.

Австрийската система за грижи, се финансира от публични средства, идващи от националния бюджет, но също така и от федералните и местните бюджети. Последните две, финансират части от надбавките за грижи (федерални надбавка за грижи) и част от нефинансовите придобивки в рамките на формалния сектор за грижи. На второ място частни домакинства предоставят финансови средства и по този начин подкрепят финансирането на грижите за възрастни. В момента, ролята на частните осигурителни фондове за грижи е по-скоро малка.

Видове грижи

Могат да бъдат разделени на формални и неформални грижи за възрастни. Все по-голям дял се покрива от черния пазар за грижи. В Австрия, основно персонал от Източна Европа е зает в тази област.

Във формалния сектор за грижи има „традиционни" старчески домове като стационарна форма на грижите за възрастни хора. Освен, мобилни социални услуги за грижи се предоставят и мобилни (медицински) грижи за възрастни хора, живеещи у дома. На трето място различни форми на алтернативно съжителство, настаняване между амбулаторни и стационарни институции, вече съществуват и се прилагат.

Разширяване на мобилните услуги, което се обуславя най-вече от високия брой хора, нуждаещи се от нискостепенни грижи и поради факта, че около 80% от възрастните са обгрижвани в дома им.

С оглед да се осигурят услуги за обрижване на възрастни чрез предоставяне на достатъчно човешки ресурси, ще бъде проектирана по-гъвкава система.

Мобилни грижи за възрастни

В Австрия грижите за възрастни се предоставят главно от социални и социално-медицински доставчицина на услуги, консолидирани в национален консорциум, наречен "Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt". Членове на този консорциум са Каритас Австрия, Diakonisches Werk Австрия, Hilfswerk Австрия, Австрийски Червения Кръст и Volkshilfe Австрия със съответните федерални организации. Във федерация Форалберг, местните асоциации на медицинските сестри и "Gesundheits и Sozialsprengel" в Тирол предоставят услуги, свързани с полагане на грижи за възрастни. По-малки местни организации завършват обхвата на услугите.

Като цяло можем да заявим, че поради гъстата мрежа от доставчици, мобилните услуги се предлагат на национално ниво. Нивото на обхват и интензивността им обаче варират значително между различните федерални провинции.

Социалните и мобилните услуги включват различни услуги от сектора за амбулаторни грижи, като (здравни) домашни грижи, услуги за помощ в домакинството, "храна на колела", почистване и ремонтни услуги, хоспис, медицински терапевтични услуги и други подобни.

Здравните грижи в дома се извършват от професионалисти (регистрирани медицински сестри, болногледачи, домашни помощници и гериатрични асистенти). Те се предоставят, ако лицето, нуждаещо се от грижи, страда от болест, определена в Генералния национален закон за осигуряване. Те се състоят от услуги, които отчасти заменят болниците и се основават на лекарско предписание за определен период

от време. Тези услуги се предоставят само от регистрирани доставчици. Домашните помощници подкрепят хора, нуждаещи се от грижи при извършване на ежедневните си дейности, пазаруване и поръчки.

Поради разширяването на мобилните услуги и подобрения стандарт на живот у дома, домовете за стари хора са станали по-малко важни и са превърнати в домове за възрастни, нуждаещи се от по интензивно наблюдение и грижи. Настаняването на възрастни хора днес се предоставя под формата на "асистирано съжителство" (Betreutes/ betreubares Wohnen).

Въпреки всички усилия за повече комфорт, най-големите институции със 100 или повече места, предполага добре регулирана ежедневна рутинна грижа за всички настанени там. Загубата на автономия при вземане на решения и извършване на действия се смята за най-големия недостатък за живеещите в стационарни старчески домове. Много хора приемат резидентните центрове за грижи като големи институции за възрастни хора, които не са в състояние да работят повече и нямат къде другаде да отидат, защото никой не иска да се грижи за тях. Страхът и съпротивата да те принудят да се преместиш в старчески дом, са все още широко разпространени.

Рамковите условия на "тоталната институция", както е случаят със старческите домове, където всички области на живота се състоят при едни и същи условия, управлявани от един и същ орган, търпят дълбоки промени в момента. За големия брой настанени, страдащи от деменция, които не могат да разберат и да следват правилата на големите домове се изработва нов режим на живот. Дизайнът на устойчивите услуги за възрастни хора изисква организационни структури, които по най-добрия начин комбинират сигурност и нормален начин на живот.

С разширяването на амбулаторните грижи правителството отчита, че средната възраст на хората, които са обгрижвани в старчески домове се е покачила. Стационарните домове днес се фокусират върху група мъже и жени в много напреднала възраст.

Осъществяват се програми за обучение на кадри

В рамките на плановете за развитие на грижите за възрастни хора, специален фокус е поставен върху хората, страдащи от деменция и по възрастните имигранти. Имигрантите, които идват в Австрия през 60-те години, сега достигат по-висока възраст и нуждата от грижи, се превръща във важен въпрос. За повечето от тях стационарната грижа е неприемлива. Затова е важно, междукултурните аспекти на грижата да са интегрирани в програмата за обучение на професионалните болногледачи. В това отношение професионалисти болногледачи с имигрантски произход са важен ресурс (163f).

Грижа за възрастни хора в Германия

Хората, нуждаещи се от грижа представят своята социална оценка (ТЕЛК) пред отговорния фонд за грижи. След това те получават мобилни, полустационарни или стационарни услуги за обгрижване. В случай, че за тях се грижат близките им, ползвателите на услугата могат да получат парични средства за грижи, според нивото им на зависимост. Освен това членове на семейството могат да получат неплатен отпуск за период до 6 месеца, за да се погрижат за болните си близки.

Доставчиците на услуги могат да бъдат национални, частни или организации с нестопанска цел. Повече от половината старчески домове са управлявани от свободни благотворителни организации с нестопанска цел. В Германия има 6 основни организации които заедно се обединяват в Национална Работническа Общност за безплатни грижи: Arbeiterwohlfahrt, Каритас Германия, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Немски Червен Кръст, Diakonisches Werk и Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland, както и някои други свободни нестопански организации, които принадлежат към нито една от големите социални асоциации.

Форми на грижа за възрастни хора в Германия

Целта на грижите за възрастните хора, като дългосрочни грижи, е да създадат стабилно качество на живот за ползвателите на услугите.

Хората, нуждаещи се от грижи, често желаят те да се извършват възможно най-дълго в дома им, в познатата среда или в собствено жилище.

Професионална грижа за възрастни хора се предлага под различни видове услуги, като: мобилните услуги за грижа в дома; старческите домове, гериатрична психиатрия, заведения за палиативно лечение и хосписи.

Полу-стационарни грижи

Полустационарните грижи са дневна или нощна заетост, където възрастните получават почасово обгрижване за един или повече дни/нощи на седмица.

Краткосрочни грижи

Хора, които имат нужда от грижи, могат да получат краткосрочна услуги за период до 28 дни на година, например след престой в болница или за да освободят своите неформални болногледачи, в случай, че болногледача временно е възпрепятстван да изпълнява задълженията си.

Стационарни грижи

Стационарната грижа означава постоянна грижа в старчески дом.

Необходимите болнични лечения, например в старчески-психиатричен отдел, не са част от обхвата на стационарните грижи за възрастни хора, защото не са постоянни, а само временни. Голяма част от настанените в старчески домове са самотноживеещи, страдащи от деменция и на възраст над 85 години. Периодът на престой в стационарни заведения за грижи намалява постоянно.

Старческите домове и клиниките са редовно контролирани от така наречената Щатска домашна супервизия. Здравно-осигурителната медицинска служба (MDK) също проверява веднъж годишно качеството на всяко заведение за грижи и всяка мобилна услуга. Резултатите от проверката (критерий за прозрачност) се публикуват в Интернет от Фонда за грижи.

Немското законодателство определя квота от 50% квалифициран персонал, работещ в домовете за възрастни. Квалифицираните специалисти включват сертифицирани гериатрични сестри или сестри с 3-годишно образование. Това образование, както в повечето европейски страни, не е на университетско ниво. Същевременно гериатрични сестри и болногледачи с различни квалификации също работят в старческите домове.

Асистирано съжителство

Много от възрастните хора предпочитат да прекарат последните си годинини у дома, независимо, например в учреждения за асистирано съжителство. Асистираното съжителство за възрастни също е подходящ тип настаняване, докато човек не започне да се нуждае от постоянни грижи.

Този термин все още не е стандартизиран. Това обикновено са жилищни или търговски имоти, предлагани на подходящи цени от доставчици на услуги. В допълнение, се сключва дългосрочен договор за предоставяне на основни услуги, като основни грижи, медицински услуги на повикване и почистване на дома, срещу определена такса. С цел да се определят минимални изисквания за качество за този тип настаняване, от 2006 г. е въведен стандарт за качество DIN 77800 за доставчици на асистирано същителство. Спазването на този стандарт е доброволно.

Като сравнително ново развитие в тази сфера са амбулаторните услуги, които въвеждат общности за асистирано съжителство за дементно болни.

Мултигенерационен дом

Този алтернативен начин на живот, където нормални семейства живеят заедно със самотни лица, самотни родители или възрастни, позволява на възрастните хора да живеят независимо у дома възможно най-дълго. Мобилни услуги подкрепят нуждаещите се от грижи.

Тенденции

Старческите домове се променят силно през последните 30 години. Според принципа на осигуряването за дългосрочни грижи, "мобилно преди стационарно", днес все по-малко възрастни живеят в старчески домове.

Много старчески домове се специализират още повече в гериатрични психиатрични заведения, където са обгрижвани предимно хора с деменция в последен стадий.

Изискванията да се документират предлаганите услуги и да се публикува тяхното качество се увеличават. Организации за обгрижване са способни да предоставят високо качество на услуги базирано на традициите им в сферата.

На пазара се появяват все повече частни доставчици на услуги, които понякога предлага услуги за обгрижване по- евтино от тарифно ограничените нестопански организации. Съществуват оферти за луксозни старчески домове със хотелски стандарти, често наричани пенсионерски домове. В случай на заболяване, настанените там получават и дългосрочни грижи.

Поради демографското развитие ще има все повече и повече хора, нуждаещи се от грижи и дементно болни пациенти. Основавайки се на факта, че все по -малко хора са обгрижвани от своите близки, нуждата от професионални болногледачи нараства. Най-голямото предизвикателство за правителството при обгрижването на възрастни хора в германското общество е да се осигурят достатъчно хора в сектора за грижи, поради значителната липса на опитни специалисти (163f).

Анализ на грижата за възрастни хора в Полша

Член 68 от Конституцията на Република Полша задължава публичните власти да осигурят на всички свои граждани, равен достъп до услугите за медицински грижи, финансирани в рамките на публични средства. Публичните власти са длъжни да осигурят специални грижи за хората с увреждания, както и за възрастните хора. Медицинските

придобивки за хора, изискващи интензивни грижи поради хронични заболявания, са предоставени под формата на дългосрочни грижи.

Дългосрочните, последователни и професионални грижи могат да се реализират под формата на болнични услуги или като грижа в дома. В Полша дългосрочните грижи са засегнати от две области на социалната политика, здравеопазване и социални грижи.

Формите на институционални социални грижи - социални домове, дневни центрове за грижи от различен тип - функционират, наред с различните форми на институционални медицински грижи - в центрове за дългосрочни грижи, институти за здраве и грижа и институти за грижа и защита, хосписи.

Подобна е ситуацията в сферата на "отворените грижи" (амбулаторна грижа в дома), които се извършват от социални центрове, не-правителствени организации като Полски Червен Кръст, Полски комитет за социално подпомагане, заведения, ръководени от Каритас или Националния фонд за рехабилитация на хора с увреждания, както и медицински услуги, реализирани от сестрински дългосрочни грижи, договорени от Националната Здравна Каса.

Сред заведенията и институциите в подкрепа на възрастните хора са също: дом за възрастни хора ("Пенсионерски дом"), пансиони за възрастни хора, комуни за възрастни, областни домове за социални грижи или временни хостели за семейства. В критични ситуации, нуждаещите се лица, могат да намерят помощ в приюти, приюти за бездомни или трапезарии за бедни.

От 1999 г. в страната функционират различни форми на дългосрочни грижи. Те са реализирани денонощно от институти за грижа (Институт за здраве и Институт за грижа и закрила), както и в дома на пациента: дългосрочна сестринска грижа в дома, извънболнична домашна помощ за механично вентилирани пациенти.

В планирането на дългосрочните грижи са взети под внимание следните елементи: Системно увеличение на търсенето на услуги,

свързано със застаряването на населението и влошаване качеството на условията на живот; Системно увеличаване на броя на бенефициентите / пациентите; Системно повишаване на броя на леглата в институтите за здраве и грижа и институтите за грижа и закрила; Системно повишаване на броя на осигурените лица, които чакат за място сред местата, посочени по-горе; Въвеждане на становище за пациенти способни да се грижат сами за себе си според международния индекс Бартел като определящ фактор за допустимост на лицето в клиника или заведение за дългосрочни грижи.

Осъществява се постоянен мониторинг на: средното време на престой в различни форми на грижа; рационално използване на леглата; броят на осигурените лица на едно легло; класификация на болестите; институции изпращащи/ насочващи пациентите; увеличение на развитието и отделяне на дългосрочната грижа от болничните структури и нейнота еволюция към дългосрочни грижи от различна форма; застаряване на населението заедно с тенденция за удължаване на средната продължителност на живот и необходимостта от създаване на нови заведения; проблеми, свързани с оценка на размера на осигурените лица, живеещи на полска територия, нуждаещи се от социални и медицински грижи.

Институциите за дългосрочни грижи осъществяват медицинско обслужване, грижи, както и услуги за придружаване.

Човек може да се възползва от дългосрочни грижи, ако изпитва хронична болест, инвалидност или зависимост. Най-често, това са хора, в старческа възраст, оставени сами, без перспективи, да живеят (оцелеят) до достигане на физиологична старост.

От най-съществено значение при гарантирането на професионалната грижа за лице, настанено в институция за дългосрочни грижи, е заетостта на изключително квалифициран персонал. Квалифицирани медицински сестри и болногледачи са основния персонал в такива институции, а лекарите играят само допълваща роля.

От 1990 година заведенията за дългосрочни грижи в Полша, се развиват достатъчно бързо, но нуждата и търсенето на този вид услуги расте непрестанно.

Институциите за дългосрочни грижи могат да бъдат от следния вид: *Институтите за здраве и грижа са стационарни заведения,* предоставящи здравни услуги денонощно. В такива институции, пациента се ползва от настаняване, храна, подходяща за здравословното му състояние, медицински материали, фармакологично лечение, ортопедична техника, помощни средства, специализирани консултации, медицински преглед, транспорт, както и участие в терапевтични, културни и развлекателни дейности.

Периодът на престой на пациента в този вид институция може да бъде определено или временно - за срок от 6 месеца.

Институтите за грижа и закрила, осигуряват също стационарни дългосрочни грижи и денонощни здравни услуги. Институтите предоставят продължително фармакологично лечение, настаняване, както и храна, подходяща за здравословното състояние на пациентите, те извършват и здравно образование за пациентите и техните семейства. Най-важната цел на тези институти е да осигури на пациента временни / периодични интензивни, специализирани здравни грижи.

С цел да се изгради автономия на възрастните хора, се съкращаване на времето, прекарано в стационарни институции и създаване на възможно най-цялостна грижа у дома.

Дългосрочните сестрински грижи се договарят от Националната здравна каса и гарантират свободна форма на специализирана болногледаческа домашна грижа за обездвижени и хронично болни лица. Домашните дългосрочни грижи се базират на тясно сътрудничество с главния здравен лекар или домашния лекар на семейството, и са ориентирани към подготовка на болния (и на семейството му) за самостоятелни грижи. Задачите на медицинската сестра (като дългосрочна услуга) включват оказване на помощ при

решаване на здравословни проблеми, свързани с независимото функциониране на болния в дома, здравно образование на обгрижваните и техните семейства, както и помощ при отпускане на медицинско и рехабилитационно оборудване и устройства.

Освен медицински и сестрински/болногледачески форми на грижи за възрастни съществува и социално подпомагане, което гарантира превантивни и компенсаторни услуги.

Основните задачи на социалното подпомагане са: спасяващи социални

услуги, ранна интервенция, съветване/консултиране, лечение, профилактика, общностна/областна помощ: временни и дългосрочни материали, както и временни и постоянни услуги в областта на грижата и защитата. Центровете за социални грижи организират правни и психологически консултации, те подпомагат лицата, за да получат място в социално заведение. Социалните центрове могат да предложат подкрепа на лицата, чрез така наречените болногледачески и сестрински услуги (обгрижване) или специализирани такива, реализирани от обществени болногледачи (здравни посетители - болногледачи). Тези услуги са предназначени да гарантират възможно допълнение на медицинската помощ, изпълнявана от дългосрочна медицинска сестра при ситуация, в която получателят е не само самотно живеещ човек, но също така и хронично болен. Тези услуги включват подкрепа и помощ в домакинството - чистене, готвене, пазаруване и контакт с институции и органи, или със здравни центрове.

От страна на социалното подпомагане, предоставянето на помощ за лица, които не могат да се справят добре с ежедневните си проблеми, защото са възрастни, страдат от хронични заболявания, психически, умствени или физически увреждания, се извършва от социални домове. *Социални домове* могат да бъдат частни или публични, и предоставят денонощни услуги за постоянно пребиваващите там. Възстановяване, активиране, организация на свободното време и интеграция на

резидентите, както и грижата за тяхното благосъстояние са главните цели на тези заведения. Социалните домове, предназначени само за възрастни, представляват около 1/3 от всички институции от този тип. Разполагат с 2 246 места, които са все още недостатъчни в сравнение с търсенето на такава форма на грижа.

Освен стационарни грижи, реализирани от отдела за социално подпомагане и този за здравеопазване, в Полша съществуват и *амбулаторни грижи под формата на*:

а) *дневни центрове* –центрове за дневна помощ, осигуряващи помощ и придружаване на възрастни, самотни лица, които поради своята възраст, заболяване или увреждане, имат нужда от този вид подкрепа. Обхватът на услугите на дневните центрове включва по-специално: "интелектуално и физическо активиране на възрастните хора, възможност за задоволяване на техните хигиенни нужди, развитие на социални и културни нужди, подобряване на тяхната сръчност чрез трудова терапия". Тези заведения функционират под контрола на отдела за социално подпомагане.

б) амбулаторни гериатрични грижи - гериатрична извънболнична клиника - амбулаторен информационен център. Този вид заведения предоставят услуги, свързани с профилактика и лечение на болести, чиято специфика е свързана с множество заболявания и причини за съществуващите нарушения.

в) *дневен гериатрични център* – дневен стационар/болнично звено - грижи се за възрастни хора, които са в състояние да се грижат за себе си самостоятелно. Желателният брой места е на около 15 - 25 на 100,000 жители. Целта на тези заведения е да удовлетворят здравословни, психо-социални и духовни нужди на болни лица, както и да подобрят на качеството им на живот. Тази задача се осъществява чрез рехабилитационни дейности в широкия смисъл на думата (физически, психологически, социални, трудова терапия), както и медикаменти (163f).

Анализ на грижите във Франция

Във Франция реформата, която се провежда в здравеопазването се определя от променените здравни нужди на населението; развитието на медицинската техника и промяната в закона за здравето. Създава се национална класификация на компетенциите. Тази стъпка внася образователен елемент свързан с нуждите на професията и компетенциите. Тя е очаквана от професионалистите медицински сестри и прави ясно и видимо отношението им към здравето на обществото.

Във Франция (Rohode E. 2009) има два типа служби за сестринска помощ - служба за укрепване на здравето и профилактика на заболяванията и служба за домашни сестрински грижи. В службите за домашни грижи работят медицински сестри. Финансирането им се осъществява чрез система за социално застраховане. За да се финансира сестринската дейност от тази система, тя трябва да се извършва по назначение от лекар. Грижите в дома за хронично болни, инвалиди и стари хора се координират от сестринска служба с обществено финансиране.

По данни на JFSI (институт на сдружените медицински сестри на свободна практика) във Франция има 5500 свободно практикуващи медицински сестри.

Професия на свободна практика е всяка професия упражнявана на база добита квалификация, за собствена сметка и собствена отговорност по професионално независим начин, предлагайки услуги, интелектуални знания и концепции в полза на клиент или обществото.

Регламентирано професия на свободна практика е тази, управлявана от дипломирани личности (притежаващ диплома) призната за тази професия, лична отговорност пред закона и професионалната етика. Контрол се осъществява от професионалните организации, Министерството на здравето и др. (още 5 организации).

Статуса „свободно практикуващ” трябва да се заслужи, като са въведени много регламентации и критерии.

Здравните грижи са определени и групирани от действащата номенклатура в три категории:

AMI – acte medico-infermier - технически медико- сестрински грижи

AIS – acte de soins infermier – грижи за комфорта

DI – demarshes de soins infermier – хигиенни грижи. (156)

В свободната практика грижите за комфорта и техническите умения не се забравят и имат своето място, но общуването и връзката с пациента е на водещо място.

Реформата във Франция е базирана на опита на Квебек. В Квебек през 1974 година създават условия и нормативна база за развитие на свободно практикуващи медицински сестри с цел добра сестринска практика и защита на населението.

Анализ на грижите в Испания

Демографските и социалните промени предизвикват прогресивно увеличаване на броя хора от населението в ситуация на зависимост. От една страна стои значителният ръст на населението на възраст над 65 години, който се е удвоил през последните 30 години. Към това трябва да се добави демографския феномен, наречен "стареене от стареенето", т.е., повишение на населението над 80-годишна възраст, което се е удвоило само за двадесет години.

През 2006 г. се приема *Закон за лична автономия и грижи за хората в зависимо състояние (2006 Испания) Ley de Autonomía personal y Atención a la personas en situación de Dependencia; (2006)* (148).

Този закон предвижда действия за координация и сътрудничество между Публичните здравни власти като средство за подсигуряване на правото на защита на здравето за всички граждани. Общата цел е да се гарантира равнопоставеността, качеството и социалното участие в Националната здравна система (НЗС). Без да се намесва в разнообразието от организационни форми, управление и предоставяне на услуги, свързани с децентрализираната държава, законът се грижи за

обслужването на гражданите от службите за обществено здраве и да отговорят на основни общи гаранции.

Сферата на сътрудничество между публичните санитарни администрации, дефинирани от този закон са: Националната здравна система; фармацията; здравните специалисти; изследването; системата за здравна информация; качеството на здравната система. По този начин законът създава и овластява специализирани органи, които са отворени за работа с автономните области. Такива органи са: Агенция за оценка на здравните технологии, Испанската агенция за лекарствата и здравни продукти, Комисията по човешките ресурси, Консултативният комитет по изследвания на здравеопазването, Институт по здравеопазване Карлос III, Института по здравна информация, Агенция за качеството на Националната здравна система и Обсерваторията на националната здравна система.

Според класирането на Блумбърг (Bloomberg), испанската система заема пето място в света и първо в Европа сред най-ефикасните здравни системи в света. Преди Испания се нареждат Хонг Конг, Сингапур, Япония и Израел. (163h)

През 2006г. се приема *Закон за промоция на персоналната автономност и грижи за хора в състояние на зависимост.* Основна цел на закона е да се припознае правото на всеки гражданин на Испания да бъде автономен и да бъде осигурена грижа за хората в състояние на зависимост. Някои от фундаменталните принципи на този закон са: универсалният и публичен характер на услугите; достъпът до услугите в условия на равенство и липса на дискриминация; участието на всички публични органи в упражняването на тези компетенции.

Системата за автономност и грижи за зависими хора (САГЗ) се създава с цел да се промотира личната автономност и да се гарантира грижата към и защитата на хората в ситуация на зависимост из територията на цяла Испания с участието и сътрудничеството на всички

публични администрации. *САГЗ* се създава и като мрежа, която обхваща публични и частни центрове(чл.6).

Накрая се създава Териториалният съвет на системата за автономност и грижа за зависимост. Това е инструмент за сътрудничество и съвместна система, в която участва централното правителство, автономните общности и местните органи (чл. 9 и чл. 13).

Законът дава определение на термините "автономност" и "зависимост".

В чл. 15 е представен Каталогът на услугите на системата:

- услугите за превенция на ситуация на зависимост и за промоция на лична автономност;

- услуги за домашна помощ: грижа за битовите нужди и лични грижи;

- услуги за дневни и нощни центрове: дневни центрове за възрастни; дневни центрове за по-млади от 65г.; дневни центрове за специализирана грижа; нощни центрове;

- услуги за грижи в резиденции: настаняване на възрастни хора в състояние на зависимост в домове; центрове за грижи за хора в състояние на зависимост според различните видове увреденост.

Осигурена е икономическа помощ за грижите в домашни условия и подкрепа към непрофесионалните болногледачи. Крайната цел е бенефициентът да получи в своя дом грижи от непрофесионални болногледачи, зачитайки се адекватните условия на съжителство и обитаемост на жилището. Предвижда се болногледачите да бъдат включени в програми за обучение и информация.

В Закона се предвижда и икономическа помощ за лични асистенти. По този начин се улеснява промоцията на лична автономност за най-зависимите, независимо от тяхната възраст. Законът допринася за наемането на личен асистент, който да подпомогне бенефициента в подобряване качеството на живот, достъпът до образование и работа.

Освен този закон, съществуват и различни професионални организации като *Генералният съвет на медицинските сестри (CGE).*

Това е професионална организация с над 100-годишна история. Основана е според целите и функциите на Устава, одобрен от *Кралски указ 1231 от 8 ноември 2001 г.* Утвърждава се като еталон за професията "медицинска сестра" и представлява група от двеста хиляди колеги. Това е орган, който обединява всички професионалисти ангажирани с грижата за здравето на гражданите. За тази цел се стреми към развиването на упражняване на професията на медицинските сестри. Основна цел са подобряване качеството и професионалните постижения, въз основа на критериите на етиката, научни доказателства, професионална отговорност и самостоятелност (63k).

Анализ на грижите в Обединеното кралство Великобритания

Доставчици на грижи в домашни условия. **Асоциация на UK (Обединеното Кралство) за домашно лечение.**Услугата "грижи в домашни условия" се закупува от ползвателя на услугата директно от независими агенции за домашни грижи или като част от отделите на местните власти, отговарящи за социалните услуги, които полагат грижи чрез своите служители или независими агенции. Грижи обикновено се предоставят веднъж или два пъти на ден с цел запазване на здравето и независимостта на немощни или хора с увреждания и може да стигне до помощ на пълно работно време от медицинска сестра или болногледач. Асоциация на UK (Обединеното Кралство) за домашно лечение е професионално сдружение на 1600 доставчици на грижи в домашни условия във Великобритания. Асоциацията поддържа списък на агенциите по райони в Обединеното Кралство. Асоциацията за домашно лечение на Великобритания издава списание "Болногледач" и широк кръг от публикации за доставчици на грижи в домашни условия, като Accessible Home Health Care (Достъпни грижи в домашни условия).

Законова регулация: Агенциите за домашни грижи се регулират от държавни органи в три от четирите нации, съставляващи Обединеното Кралство. Функцията на регулатора е да се гарантира, че агенциите за домашни грижи работят в рамките на приложимото законодателство.

Англия Регулатор: Комисията за качество на грижите (CQC) The Care Quality Commission Законът за здравни и социални грижи 2008 (The Health and Social Care Act 2008)Законът за здравеопазването и социалните грижи (2008 регулирани дейности) Регламенти 2010 (The Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2010)

Уелс Регулатор: Инспекторат за грижи и социални услуги наУелс (CSSIW) (The Care and Social Services Inspectorate Wales (CSSIW)) Законът за стандарти за грижи 2000 г. (The Care Standards Act 2000)

Агенции за грижи в домашни условия (Уелс) от 2004 (The Domiciliary Care Agencies (Wales) Regulations 2004)

Във Великобритания освен институцията на ОПЛ (JP) е развита и системата health visitors - медицински сестри, които принадлежат към здравните власти. Те работят в тясно сътрудничество със семейните лекари, социални служби и други организации и институции.

Специалисти в областта на здравните грижи от Англия дефинират понятието „консултация“, ползвано широко в ПМП като „времето, в което в предразполагаща обстановка в кабинета, един човек, който е болен или се счита за болен, търси съвет от медицинско лице, на което се доверява“. Всички други медицински дейности произтичат от това действие. Определението се прилага както за лекарската, така и за сестринската консултация, която се осъществява в САЩ и Англия. Отчита се необходимостта от допълнително обучение на медицински сестри за такава практика. Сестринските консултации се въвеждат от Wright и Pearson. В резултат на прилагане на сестринските консултации в САЩ и Англия се утвърждава и нараства броя на независимите консултанти - медицински сестри. Днес тази практика се разширява в Дания, Швейцария, Франция и други Европейски страни.

Шотландия Регулатор: Комисията за грижите (The Care Commission)

Регламентът за грижи на Шотландия 2001 (The Regulation of Care (Scotland) Act 2001)

Северна Ирландия Регулатор: Регламент и институция за повишаване на качеството (RQIA) The Regulation and Quality Improvement Authority. Заповед за здраве и социални услуги (качество, подобряване и регулация) 2003 (Северна Ирландия). Регламенти на агенцията за грижи по домовете (Северна Ирландия) от 2007 г. Агенции за минимални национални стандарти за грижи в домашни условия -2007 г.

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

Изнесена грижа извън стените на болничните заведения има в почти всяка страна в Европа. Работещи структури са обособени за хората, които изпитват най- голяма нужда - старите хора. В изнесените данни се говори за лица над 65 години, при които с увеличаване продължителността на живот се увеличават хроничните заболявания и стават безпомощни да се грижат за себе си (7;9;10;59, 64, 93, 116). Проблемът не е само здравен, той е и социален, защото с миграционните процесите, които не засягат само една страна, те се наблюдават в световен мащаб, много възрастни хора остават сами, без възможност да се обслужват. По данни изнесени от неправителствени организации решението на проблема в различните страни, членки на Европейският съюз има своите специфични черти и общи проблеми (68; 58).

Грижите за възрастни хора в България са обусловени от следните проблеми:

- ✓ Има голямо търсене от старите хора за включване в домовете за възрастни. Някои обясняват това с бедността на пенсионерите. В държавните старчески домовете срещу 70% от пенсията си, те получават грижа, храна и топлина.

✓ Въпреки ръста на услугите за възрастни през последните години, развитието на неформалните грижи, и увеличаването броя на бенефициентите, обхватът на тези грижи е все още недостатъчен, в резултат на застаряването на населението.

✓ През последните години много хора в трудоспособна възраст остават извън пазара на труда, защото се грижат за болни или възрастни членове на семейството. Те се грижат за близките си, защото не могат да си позволят разходите за старчески домове; хосписи или пък няма свободни места (57).

Организация на грижите за възрастни, дългосрочните грижи и другите социални услуги за възрастни хора в България са осигурени от две отделни системи - системата на социалното подпомагане и системата на здравеопазването.

В Р България след реформата от м. юли 2000 г. първичната медицинска помощ (ПМП) може да се определи като първото ниво на достъп до системата на здравеопазване за пациента. Съгласно ЗЛЗ амбулаториите за първична или специализирана извънболнична помощ са лечебни заведения, в които лекари или лекари по дентална медицина извършват: диагностика, лечение, рехабилитация и наблюдение на болни; консултации; профилактика; диспансеризация. Те имат право да предписват: лабораторни и други видове изследвания; извършването на медицински дейности и манипулации под техен контрол и отговорност; обема, вида домашни грижи и помощ за болни; лекарства, превързочни материали и медицински пособия. Извършват експертиза на временна нетрудоспособност; дейности по здравна промоция и профилактика, включително профилактични прегледи и имунизации. Издават документи, свързани с тяхната дейност; насочват пациенти за консултативна и болнична помощ (41). ПМП се характеризира с достъпност за населението, независимо от естеството на здравословни проблеми и се предоставя в близост до домовете на пациентите.

Медицинската сестра е част от екипа на ОПЛ и нейната дейност трябва да е фокусирана най-вече върху различните видове здравни грижи, които тя трябва да полага за пациентите. Медицинската сестра се превръща в свързващо звено между ПМП и други сектори от общественото здравеопазване.

Основните услуги за възрастни в България, са финансирани от държавата, от местните бюджети, от потребителски такси и от европейски програми. Не съществува осигуряване за грижа, а личният принос е чрез минимално заплащане. По-голямата част от услугите са делегирани от държавата, което означава, че се финансират от държавата, но се управляват от общините.

Дългосрочните грижи и другите социални услуги за възрастни в България традиционно са категоризирани като формални и неформални, както и институционални и неинституционални. Неформални услуги, като например домашните грижи, предоставяни от членове на семейството, традиционно представляват по-голямата част на дългосрочните грижи. След като България преструктурира системата за социално подпомагане през 2003 г., делът на неформалните услуги, предоставяни в общността или у дома нараства стабилно от 17% до 81% през 2008 г. Неформални грижи, са услугите, предоставяни в общността и в семейна среда. За разлика от други европейски страни, България не разполага със система за възнаграждение на членове на семейството, които предоставят дългосрочни грижи за възрастните си роднини. Вместо това, държавата поддържа системата от лични асистенти и домашни помощници, които получават възнаграждение, за да предоставят грижи като: готвене, почистване, поддържане на лична хигиена, пазаруване и други ежедневни задачи. Тази система е създадена за осигуряване на ресурси и осигуряване на семействата на възрастни хора и инвалиди, които се нуждаят от постоянни грижи. Системата е отворена и за трети страни.

В допълнение към личните асистенти и другите домашни помощници, общините предоставят услуги като **дневни центрове** за възрастни, дневни центрове за възрастни с увреждания, центрове за социална рехабилитация и интеграция, защитени жилища и социални услуги в семейна среда (домашен социален патронаж). *Социалният асистент* предоставя услуги за възрастни хора или хора с увреждания, включително готвене, пазаруване, лична хигиена, почистване, поръчки.

Дневните центрове предоставят комплекс от услуги за възрастни хора, включително храна, здравеопазване, образование, рехабилитация и основни социални контакти. Център за социална рехабилитация и интеграция предвижда диапазон на социални услуги чрез екип от специалисти (психолог, терапевт, съветници и др.) с цел да подготви своите клиенти за интеграция в обществото и в крайна сметка за независим живот.

Социалният патронаж са социални услуги в дома като доставка на храна, почистване, помощ при лична хигиена.

Институционални услуги в България се предоставят главно от домове за възрастни с увреждания, старчески домове, специализирани болници за продължително лечение и рехабилитация и хосписи. Бенефициентите на тези услуги са извън обхвата на услугите, базирани в общността. Сравнително нова алтернатива е настаняването в хосписи –каквито вече могат да бъдат открити навсякъде в България.(58).

Министерството на здравеопазването готви създаването на мрежа от патронажни центрове в 16 общини и в 28 области. В тях ще се проследяват хронично болните пациенти.

От обощената информация може да се направи извода, че услугите за възрастните и стари хора в България са фрагментирани и не могат да окажат комплексни и непрекъснати качествени гериатрични грижи.

В приетата Наредба № 1/ 8 февруари 2011 на Министерство на здравеопазването се регламентира професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински

специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, която не е достатъчно основание, за да се регистрират сестрински практики за оказване на здравни грижи по домове, центрове в различните им разновидности. Това поставя медицинската сестра в неравнопоставено положение в сравнение с колегите и в други Европейски страни и намалява възможността на старите хора да получат качествена грижа от компетентен специалист (14).

ИЗВОДИ ОТ НАПРАВЕНИЯ ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР

- ✓ Популацията на възрастните и стари хора в световен мащаб се увеличава, като този процес в България придобива драматични размери, което и определя водещо място за най-бързо остаряващата нация в Европа;
- ✓ Възрастните и стари хора имат специфични, разнообразни и многопластови проблеми, които са предпоставка за тяхната здравна, психологическа и социална изолация.
- ✓ В международен план са разработени ясни стратегии и приоритети за осигуряване на сигурност, достойнство и благополучие на възрастните и стари хора, както и подкрепа на тяхното обкръжение;
- ✓ Нереформираната здравеопазна и социална система, както и намаления финансов ресурс в България не позволяват да се осигурят достъпни, непрекъснати, устойчиви и интегрирани качествени здравно-социални грижи на възрастните и стари хора;
- ✓ Разработените концептуални модели и теории за здравни грижи предоставят възможност за приоритизиране и индивидуализиране на гериатричните услуги;
- ✓ В развитите страни от Европейския съюз има създадени добри практики за организиране и предоставяне на гъвкави и ефективни

здравно-социални услуги за възрастните и стари хора, в контекста на съвременните концепции за гериатрична грижа;

- ✓ В България няма изграден цялостен интегриран модел за гериатрични грижи и формализирани методически стандарти за осигуряване на качествени грижи за възрастни и стари хора.

3. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА

ЦЕЛ

Да се проучат и анализират потребностите и нагласите на възрастни и стари хора и техните обгрижващи за необходимостта от интегрирани медико-социални грижи и да се разработи модел, позволяващ прилагане на качествени грижи и услуги за гериатрични пациенти /клиенти в Бургаска област.

Задачи:

1. Да се проучи и анализира международното и национално законодателство, както и специализираната литература по проблемите на възрастните и стари хора и техните обгрижващи.
2. Да се направи исторически преглед и сравнителен анализ на моделите за организация и прилагане на здравни грижи, в контекста на концепциите за здравни грижи и тяхната релевантност в обгрижването на възрастни и стари хора.
3. Да се анализира европейския опит за организиране и прилагане на интегрирани гериатрични грижи в среда.
4. Да се изследват и анализират специфичните потребности от грижи за възрастни и стари хора, които биха подобрили качеството им на живот.
5. Да се проучат и анализират медико-социалните проблеми в семействата и близките, обгрижващи възрастни и стари хора.
6. Да се проучат и анализират нагласите на старите хора и техните обгрижващи за използване на услугите в Център за интегрирани гериатрични грижи и приоритетните видове услуги, които да се предоставят в този център.

7. Да се проучи и анализира мнението на медицински сестри, работещи в първичната медицинска помощ, относно организацията и професионалните отговорности в областтта на гериатричните грижи;

8. Да се проучи и анализира мотивацията на бъдещите специалисти по здравни грижи за професионална реализация в областта на гериатрията.

9. Да се разработи Модел за организиране на интегрирани грижи за възрастни и стари хора.

10. Да се разработят Методически насоки за компетенции на Експерт по гериатрични грижи.

Хипотеза

Организацията на грижи за възрастните и стари хора не предлага цялостен холистичен подход за комплексно решаване на техните здравно-социални проблеми, което да повиши удовлетвореността на потребителите и да подобри качеството им на живот.

Специфичността на потребностите на възрастните и стари хора и нереформираните здравни и социални системи са предизвикателство за професионална реализация на специалистите по здравни грижи в областта на гериатричните грижи**.**

Обект на изследването са потребностите на възрастни стари хора от медико- социални грижи.

Предмет на изследване е процеса на организиране и предоставяне на грижи и услуги за възрастни и стари хора като фактор за подобряване качеството им на живот.

Контингент на изследването

Анкетното проучване е проведено през 2016-2018 г. В изследването на участват 937 респонденти, от тях:

- 360 възрастни и стари хора, живеещи в домашна среда;
- 160 лица, обгрижващи възрастни и стари хора;
- 125 медицински сестри, работещи в АПМП;
- 140 студенти от професионално направление „Здравни грижи".

За проучване мнението от апробиране на модел за мобилен екип за превантивни грижи са изследвани:

- 152 възрастни и стари хора от гр. Бургас.

Проучването на **възрастните и стари хора** и **техните обгрижващи** е проведено на територията на Бургаска област в тринадесетте общини, в различни по големина градове и села на случаен принцип.

Проучването на **медицински сестри**, работещи при общопрактикуващи лекари е проведено на територията на всички 13 общини в Бургаска област.

Изследваните **студенти** са от професионално направление „Здравни грижи" и се обучават в Университет „Проф. д-р А. Златаров" Бургас.

Признаци на изследване

Признаци за изследване на възрастни и стари хора:

- възрастова, демографска и социална структура;
- структура на заболеваемостта;
- оценка на здравното състояние;
- здравни и социални потребности
- достъп до здравни и социални услуги;
- желание за ползване комплексни услуги в гериатричен център;
- видове услуги, които да се предоставят в този център.

Признаци за изследване на грижещи се за стари хора:

- възрастова, демографска и социална структура;
- оценка на здравното състояние на старите хора;
- здравни и социални потребности;
- достъп до здравни и социални услуги;

- оценка на натовареността, свързани с грижи;
- желание за ползване комплексни услуги на гериатричен център;
- видове услуги, които да се предоставят в този център.

Признаци за изследване на медицински сестри

- възрастова и демографска структура;
- професионален опит;
- дейности в първичната медицинска помощ;
- степен на професионална автономност;
- знания и умения на медицинската сестра в ПМП;
- достъп до здравни грижи на възрастни и стари хора;
- мотивация за повишаване на професионална квалификация.

Признаци за изследване на студентите:

- достъп до здравни грижи на възрастни и стари хора;
- форми за организация на гериатрични грижи;
- желание за професионална реализация;
- желание за специализация в областта на гериатричните грижи.

Методология на изследването

1. Етапи на проучването

➢ Подготвителен етап:

Проведе се в периода: януари 2016 г. – април 2016 г.

- Критичен анализ и синтез на научната литература по темата.
- Подготвяне на методиките за изследване, определяне на извадката и формиране на отделните гнезда по случаен принцип.

➢ Изследователски етап:

- Първи етап: изработване на анкетни карти.

Проведе се в периода: май 2016 г. – юни 2016 г.

Втори етап: реализиране на анкетните проучвания.

Проведе се в периода: септември 2016 г. – юни 2018 г .

Анкетиране на възрастни и стари хора- I група- септември 2016- март 2017 г.

Анкетиране на възрастни и стари хора- II група (след апробиране на екип за мобилни грижи) - септември 2017 г.- декември 2017 г.

Анкетиране на грижещи се за възрастни и стари хора - септември 2016- март 2017 г.

Анкетиране на медицински сестри, работещи в АПМП- септември 2016- март 2017 г.

Анкетиране на студенти- юни 2016 – януари 2018 г.

Всички анкетирани лица са изразили съгласие за участване в проучването.

В инструкцията на анкетните карти е отбелязано, че изследването е за научни цели. Може да се приеме, че степента на надеждност на данните е висока поради анонимния характер на анкетата, както и поради напълно доброволния характер на участие.

След провеждането на изследването се извърши статистическа обработка на данните.

- Заключителен етап:

Проведе се в периода: февруари 2018 г. – януари 2019 г.

- Обработка, анализ на резултатите, изготвяне на изводи и препоръки.
- Разработване на Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора.
- Разработване на методически насоки за компетенции на Експерт по гериатрични грижи.

Органи за наблюдение

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигане на по – голяма точност. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие на РК на БАПЗГ, АПМП и дипломант студенти.

Всички сътрудници, които подбрахме, предварително бяха запознати с целта и методиката за извършване на изследването. Всички сътрудници бяха обучени за работа с инструментариума.

2. Методи на проучването

За реализиране на целите на изследването са използвани следните методи:

✓ **документален метод** -проучване и анализ на научна литература и нормативни документи по разглеждания проблем; историческо развитие на сестринските компетенции, философии и концепции за здравни грижи в контекста на гериатричните грижи; исторически преглед и сравнителен анализ на модели за организация на здравни грижи.

✓ **социологически метод**- организирано и проведено анкетно проучване, чрез индивидуални анкетни карти (въпросници) различни за всяка група респонденти;

Анкетни карти за изследване на мнението на респондентите са разработени специално за целта (Приложение 1, 2, 3, 4, 5). Във въпросниците преобладават закритите въпроси, но са включени и полуоткрити въпроси. Използвани са разнообразни въпроси – многовариантни, ординални скали формулирани като оценка с която анкетирания може да се съгласи (или не се съгласи) в различна степен – „да", „по-скоро да", „по-скоро не" и „не", дихотомни въпроси с два възможни отговора – „да" и „не".

✓ **статистически методи** за обработка, систематизиране и обобщение на получената информация:

За статистическата обработка на данните е избран статистическия пакет SPSS ver. 19. Възприетото критично ниво на значимост за

отхвърляне на нулевата хипотеза H_0 е $\alpha = 0,05$ (Z критерий = 1,96), при гаранционна вероятност 95%.

- При статистическата обработка на събраната първична емпирична информация са използвани следните математико-статистически методи: дескриптивна статистика – определяне на относителни дялове.
- Тестове за изследване на зависимости между описателни данни:

χ^2 на Пирсън – в случаите, когато се изследват зависимости между описателни данни с две или повече категории. Теста се основава на кръстосана таблица (таблица на спрегнатост);

Точен тест на Фишер – използва се като алтернатива на теста χ^2 на Пирсън за проверка на работната хипотеза – когато повече от 20% от клетките в таблицата на спрегнатост имат очаквани честоти по-малки от 5 и/или някоя клетка има очаквана честота по-малка от 1;

Коефициент на контингенция на Крамер (V) - за ориентировъчна оценка на степента на проявление на установените с χ^2 - метода зависимости (за таблици с две и повече категории).

Тестове за сравняване на относителни дялове – Z тест.

- Резултатите от проведените анализи се представят чрез:

Честотни таблици – едномерни и двумерни таблици на честотното разпределение – абсолютни честоти – определяне на броя на единиците в отделно взета група; относителни честоти - определяне на структура чрез относителни дялове (броя на единиците в отделно взета група спрямо общия брой единици в съвкупността) и на разновидността на признаците, характеризиращи различните параметри (разновидностите на възможните отговори на поставени въпроси).

Двумерни таблици на честотното разпределение (крос-табулация) между категорийни величини.

Графичен анализ – онагледяване на получените резултати са представени в таблици и диаграми на Microsoft Excel 2016.

4. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

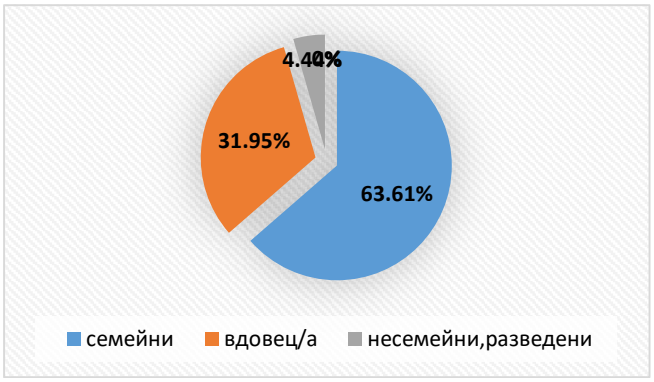
4.1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на възрастни и стари хора.

Проучването е проведено в села и градове в 13-те общини от Бургаска област сред 360 възрастни и стари хора, живеещи в домашна среда. Анкетното проучване обхваща 170 (47,22%) респонденти от градове и 190 (52,78%) от села. Разпределението на респондентите по общини е посочено в Таблица 2.

Таблица 2. Разпределение на респондентите по общини

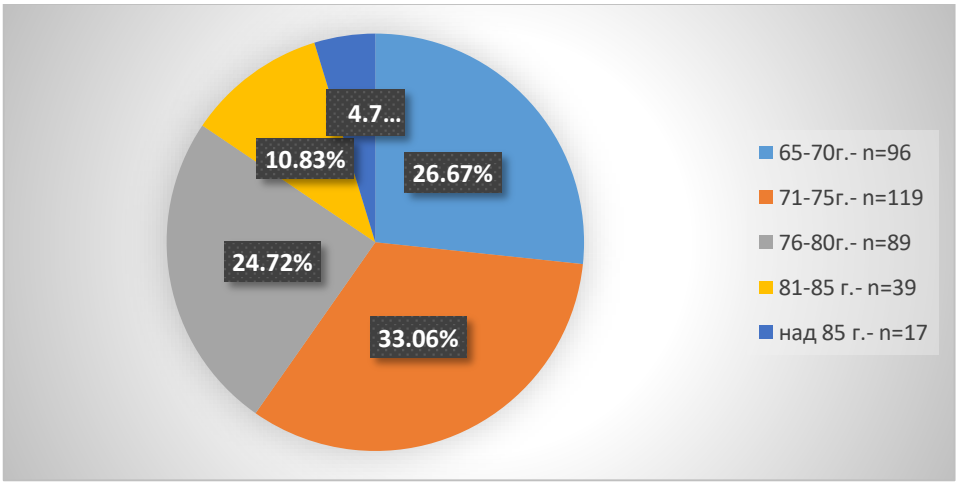
Общини Бургаска област												
Айтос	Бургас	Камено	Карнобат	М. Търново	Несебър	Поморие	Приморско	Руен	Созопол	Средец	Сунгурларе	Царево
Брой изследвани лица												
25	58	23	32	18	28	34	24	39	18	21	23	17
Относителен дял %												
6.94	**16.11**	**6.39**	**8.89**	**5.00**	**7.78**	**9.44**	**6.67**	**10.83**	**5.00**	**5.83**	**6.39**	**4.73**

Най- големият брой респонденти 229 (63.61%) посочват, че имат семейство, но почти една трета- 131 (36.39)% живеят сами, което е риск за физическа, психологическа и социална изолация (Фиг. 1.).



Фиг. 1. Семейно положение

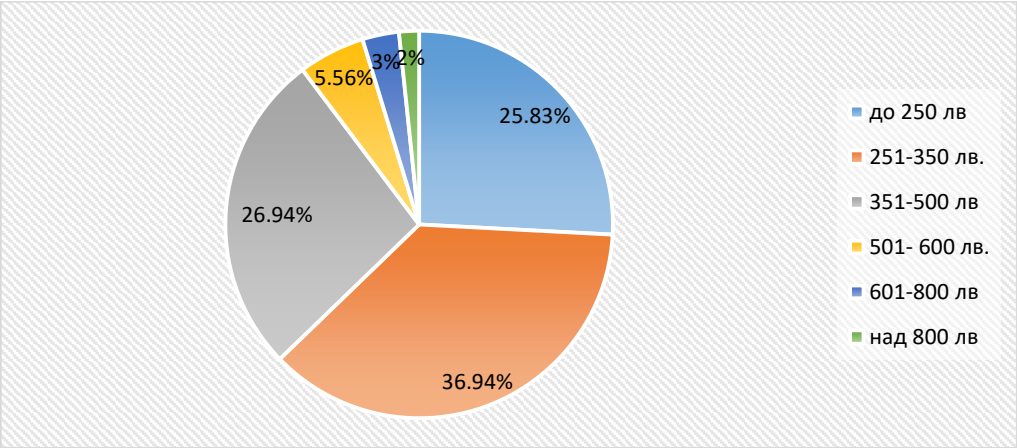
Разпределението по пол е 33.06% (119 анкетирани) мъже и 66.94% (241 анкетирани) жени. Участниците в анкетирането по възрастова структура са представени във Фиг.2.



Фиг. 2. Възрастова структура на респондентите

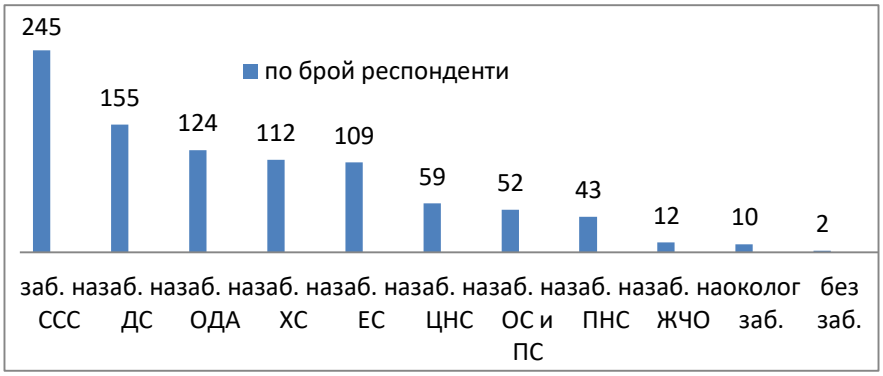
Анализа на доходите на възрастните и стари хора не е положителен фактор за добро качество на живот и възможности за правилна физическа, психологическа адаптация към настъпилите промени с възрастта. 62.78% от анкетираните живеят с месечен доход под

определената линия на бедност за страната, а 89.72% с доход под удовлетворяващия основните нужди, съгласно приетите за страната (Фиг.3).



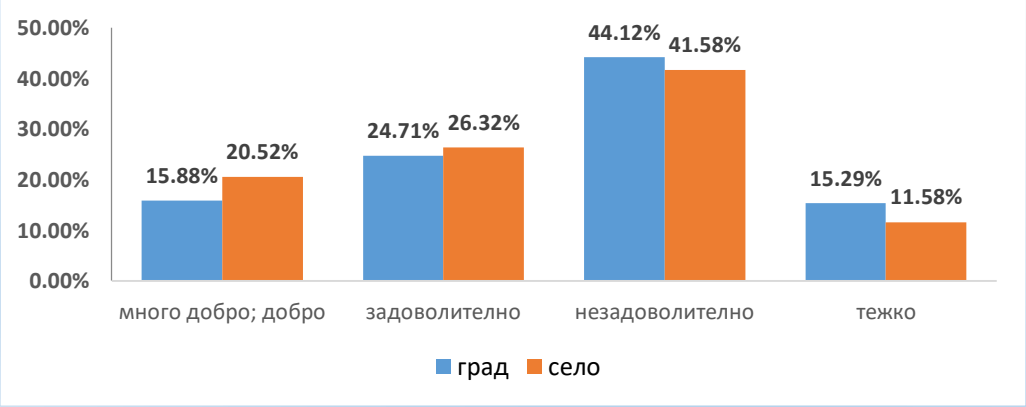
Фиг.3. Разпределение на анкетираните според месечен доход

На въпроса „Какви диагностицирани заболявания имате?" анкетираните възрастни и стари хора посочват, че имат между 2 и 3 хронични заболявания - средно 2,56. Водещо място заемат сърдечно-съдови заболявания с 68.06%; второ място – заболяванията на дихателната система- 43.06%, на трето място заболявания на опорно-двигателния апарат- 34,44%; четвърто място с 31.11% са заболяванията на храносмилателната система; 30.28% от анкетираните посочват, че имат ендокринни заболявания; заболявания на ЦНС- 16,39%; следват заболявания на отделителна и пикочополовата система- 14.44,%; заболявания на ПНС- 11.94% заболявания на жлъчно-чернодробна област- 3,33%; 2,8 % имат онкологични заболявания. Само 0,56% посочват, че нямат никакви заболявания (Фиг.4.).



Фиг. 4. Диагностицирани хронични заболявания на възрастните и стари хора

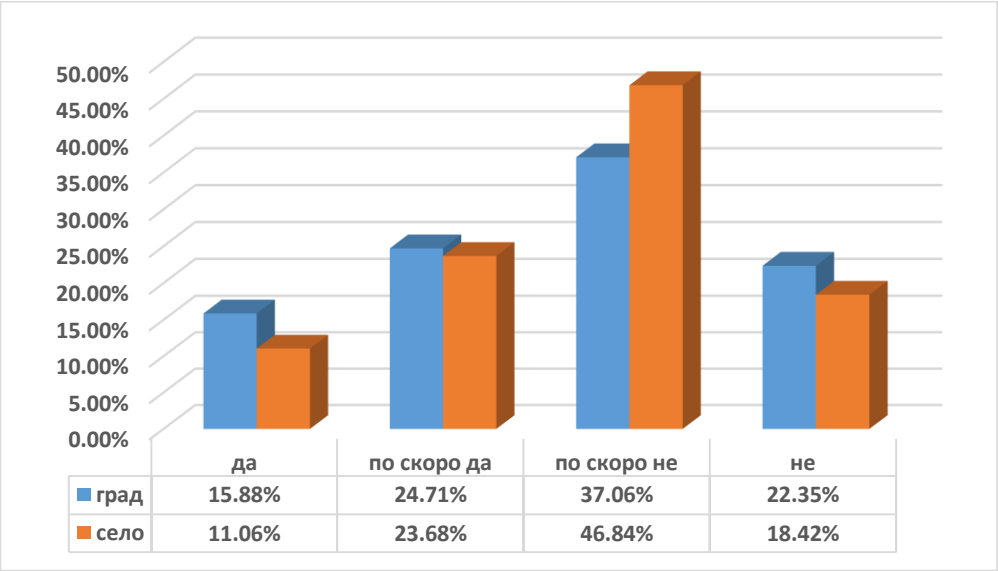
На въпроса „Как определяте здравословното си състояние?“ водещ отговор е „незадоволително“ 42.78% (154 респонденти), следва „задоволително“ с 25.56% (92 респонденти). Като „много добро“ и „добро“ посочват 158 анкетирани (18.33%), а 48 (13.33%) определят здравословното си състояние като „тежко“. Разпределението по градове и села е представено на фиг.5:



Фиг.5. Оценка на здравословното състояние

Изследва се удовлетвореността на възрастните и стари хора от достъпа до здравни грижи в населеното място. Резултатите показват в

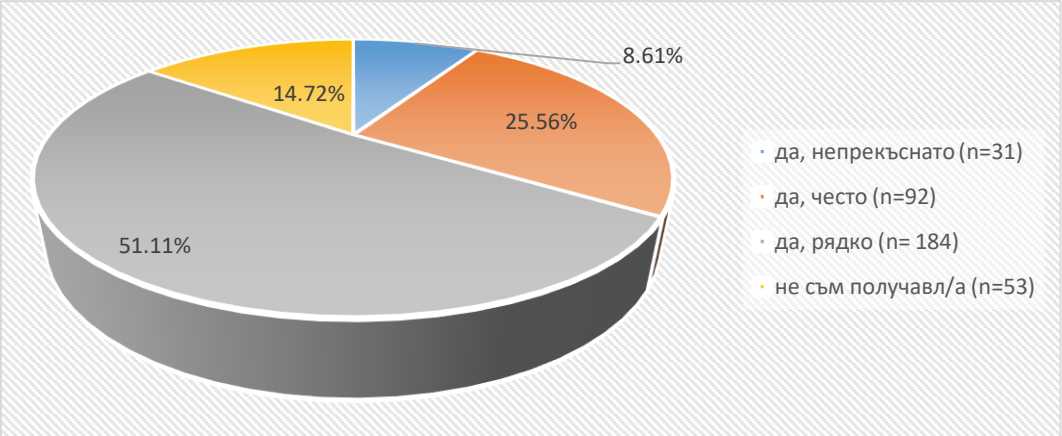
по-висока степен неудовлетвореност- с „ по- скоро не“ и „не“ са отговорили 225 от респоденти (62.50%). В позитивната част на скалата са 135 анкетирани (37.50%). Разпределението на отговорилите в градовете и селата е представено на фиг. 6, което не показва статистически значима разлика ($\chi 2$ (3) = 4,33 p=0.0228) :



	да	по скоро да	по скоро не	не
град	15.88%	24.71%	37.06%	22.35%
село	11.06%	23.68%	46.84%	18.42%

Фиг.6. Достъп до здравни грижи в населеното място

На въпроса „Получавате ли писмена или устна информация от лекаря или медицинската сестра, свързани с грижи (хранене, хигиенни грижи, движение, прием на лекарства и др.) при Вашите здравословни проблеми?”, отговорите се разпределят: „непрекъснато“ и „често“ получават информация 34.17% от респондентите, 65.83% посочват, че „рядко“ или „никога“ не са получвали компетентна информация. Във фиг.7 са посочени по- детайлно получените отговори:



Фиг. 7. Здравна информираност за грижи при хронични заболявания

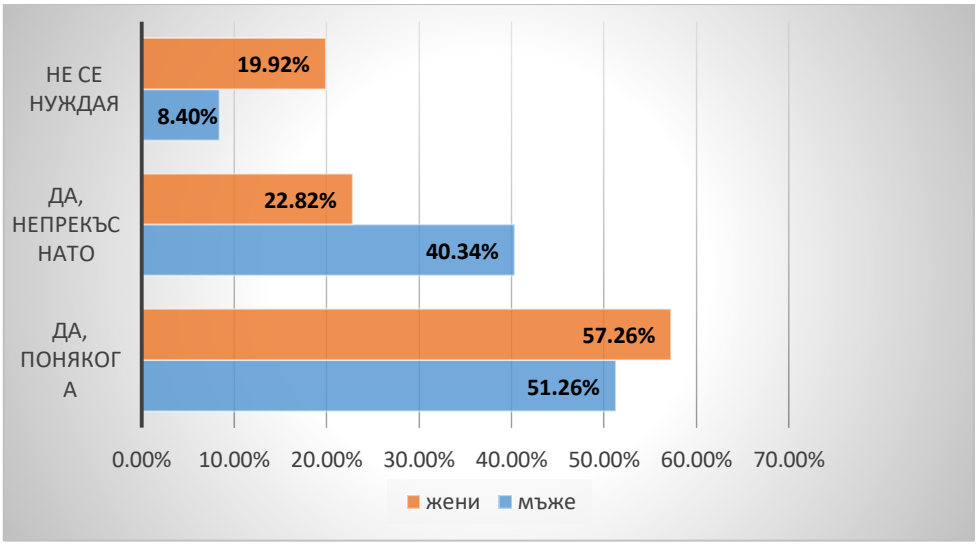
На уточняващия въпрос доколко старите хора получават информация за възрастовите особености и промените в организма, както и подходи, поведение за съхраняване на здравето си и предпазване от заболявания и възникване на усложнения, едва 28,06% от респондентите се чувстват достатъчно информирани. Останалите над 70% не се чувстват сигурни как да управляват здравето си (Фиг.8.).



Фиг. 8. Здравна информираност за грижи, свързани с възрастовите особености

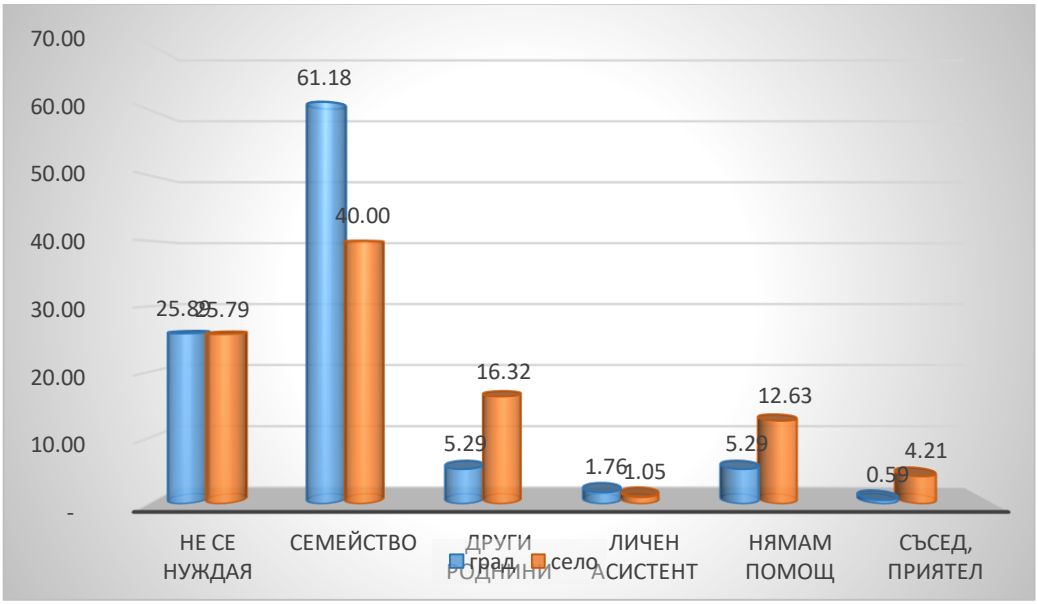
Сравнителния анализ показва, че здравните специалисти подценяват необходимостта от здравно обучение на старите хора, което ще помогне на възрастния човек да управлява успешно здравословното си състояние, недопускане на усложнения и да има добро качество на живот. Здравните специалисти неглижират потребността на възрастните и стари хора да познават възрастовите промени, като фактор за адаптация на старите хора в променящата се среда и необходимост от специален подход при прилагане на здравни грижи за тях.

На въпроса за необходимостта от грижи за ежедневни дейности 302 (83.89%) от респондентите посочват, че се нуждаят от непрекъсната или частична помощ, 58 (16.11%) отричат да имат нужда от помощ. Разпределението между половете показва, че жените се чувстват по-автономни в осъществяване на ежедневните дейности. Сравнителния анализ показва статистическа значима разлика по отношение на пол - $\chi 2$ (2) = 15,62 p=0.0004 (Фиг. 9):



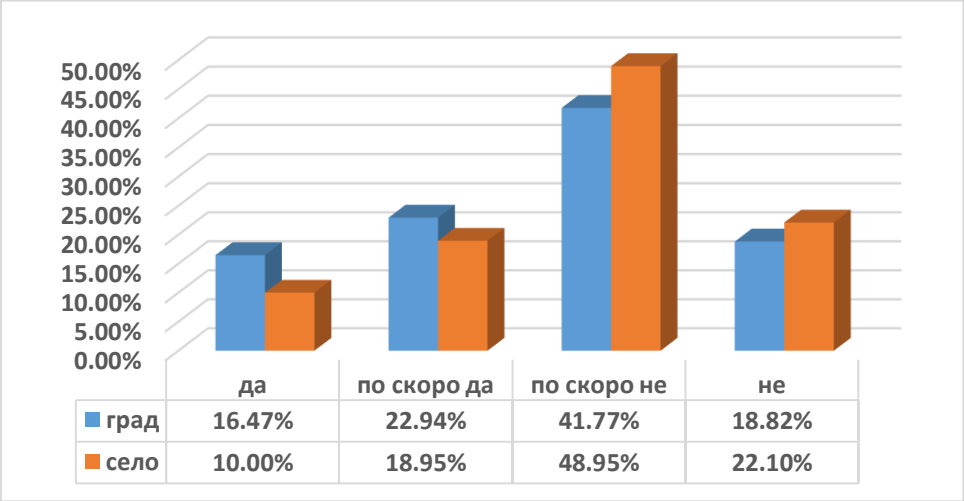
Фиг.9. Необходимост от грижи за ежедневни дейности

Респондентите, които се определят като нуждаещи се от грижи получават помощ основно от своите семейства, с които живеят-180 (50,00%) и 40 (11.11%) получават помощ от други роднини. Тревожен е факта, че 33-ма (9.17%) от анкетираните стари хора посочват, че се нуждаят от ежедневна помощ, но няма кой да им помага, като този процент при живеещите в селата е 12,63% (24 респоденти). В проучването 25.83% (93 респонденти) изразяват мнение, че не се нуждаят от помощ. Лични асистенти имат само 1.39% от анкетираните, също 2.50% получават грижи от съсед, приятел. При сравнителния анализ на данните получени за старите хора, живеещи в град или село, се наблюдава статистически значима разлика ($\chi 2$ (3) = 23,01 p=0.00016), (фиг. 10.)



Фиг. 10. Лица, осигуряващи помощ за ежедневни дейности

Мнението на възрастните и стари хора за достъп до социални услуги в населеното място е в областта на негативната част на скала- 164 (45.56%) респонденти отговарят „по скоро не“ и „не“ -74 (20.56%) . При 47 (13.05%) от анкетираните считат категорично, че имат достъп до социални грижи и 75 (20.83%) отговарят „по- скоро да“. Няма статистически значима разлика между градове и села- $\chi 2$ (3) = 5,05 p=0.1682. Резултатите по териториалното разпределението са представени на фиг.11., което показва по- висока неудовлетвореност на населението в селата:



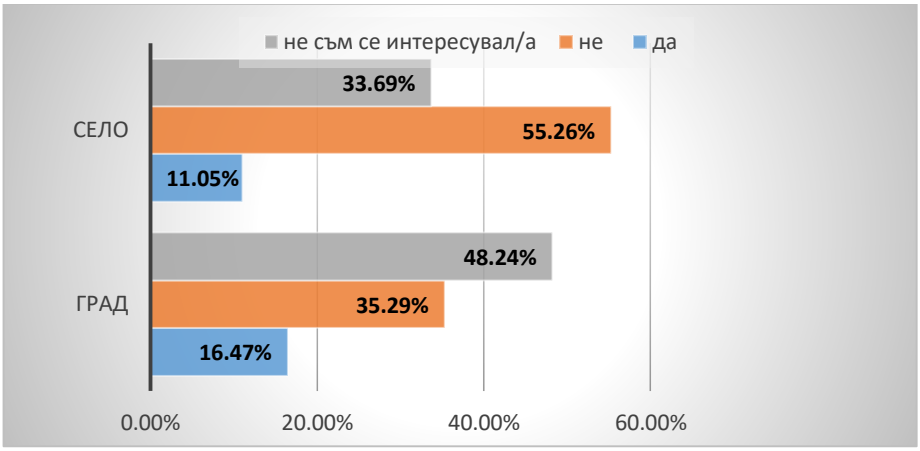
	да	по скоро да	по скоро не	не
град	16.47%	22.94%	41.77%	18.82%
село	10.00%	18.95%	48.95%	22.10%

Фиг.11. Достъп до социални услуги в населеното място

При провеждане на сравнителен анализ за мнението на старите хора за степен на достъп между здравни и социални услуги също не се отчита статистически значима разлика.

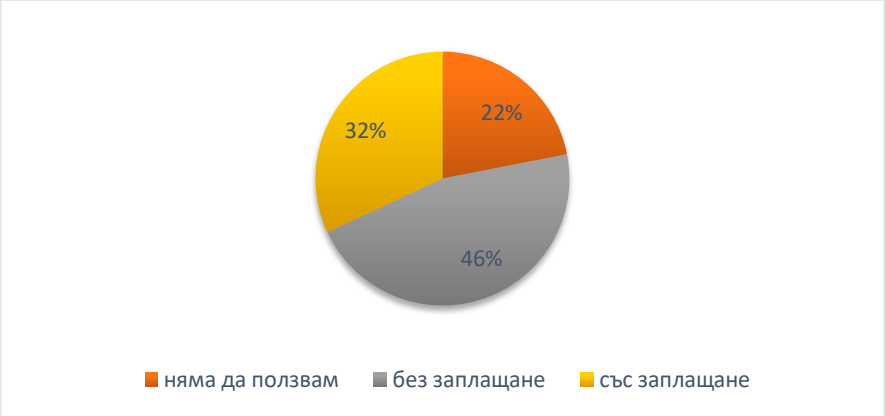
На въпроса „Има ли във Вашето населено място Комплексен център за здравни и социални услуги за стари хора?” само 49 (13,61%) от респондентите посочват, че има в населеното място, където живеят, 165 (45,83%) отговарят отрицателно, а 146 (40,56%) нямат информация

(Фиг.12). Налице е много висока степен на значимост според географското разпределение ($\chi 2$ (1) = 6,74 p=0.0094).



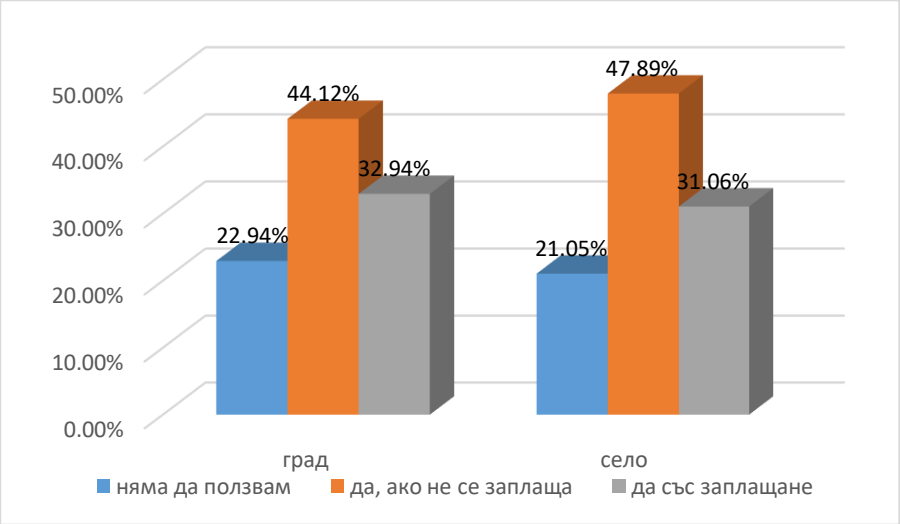
Фиг.12. Наличие на Комплексен център за медико-социални услуги в населеното място

Проучване на нагласите на старите хора да ползват услугите на Център за медико-социални грижи показва: 79 (21.94%) от анкетираните са категорични, че няма да ползват услугите му. Останалите респонденти биха се възползвали под различна форма и при определени условия. 166 (46.11%) ще ползват предоставените грижи и услуги, ако не трябва да плащат, а една трета - 115 (31.95%) са готови да заплащат определена такса (Фиг. 13).



Фиг. 13. Желание за ползване на медико- социални услуги

Разпределението на нагласите на респондентие, според местоживеене е показано на Фиг. 14. и не показва статистически значима разлика.



Фиг. 14. Нагласи за ползване на услуги в Комплексен център за медико-социални грижи

Няма изразена зависимост между финансовите възможности на анкетираните и мотивация за ползване на услуги в Център за медико-социални грижи и услуги.

В анкетното проучване е търсено мнението на старите хора за начина на организиране на Комплексен център за медико-социални грижи-видовете услуги, от които имат потребност възрастните хора. Респондентите посочват в отговорите си средно между 4-5 задължителни услуги (4,33). Според възрастните и стари хора необходимите грижи и услуги се ранжират, както следва (Таблица 3.):

Таблица 3. Видове грижи и услуги в Комплексен гериатричен център

Ранжиране	Видове грижи и услуги	Общо		град		село	
		Брой отговори	**Относителен дял в %**	**Брой отг.**	**Отн. дял в %**	**Брой отг.**	**Отн. дял в %**
1.	Измерване на артериално налягане, пулс, ЕКГ	**276**	***76.67***	130	*76.47*	146	*76.84*
2.	Консултации с лекар-специалист	**251**	***69.72***	114	*67.06*	137	*72.11*
3.	Провеждане на лабораторни изследвания	**249**	***69.17***	111	*65.29*	138	*72.63*
4.	Получаване на консултации по здравни проблеми	**191**	***53.06***	84	*49.41*	107	*56.32*
5.	Провеждане на беседи за предпазване от усложнения на заболяванията	**152**	***42.22***	79	*46.47*	73	*38.42*
6.	Рехабилитационни процедури	**120**	***33.33***	73	*42.94*	47	*24.74*
7.	Предлагане на грижи и услуги в дома	**102**	***28.33***	53	*31.18*	49	*25.79*
8.	Консултация със социален работник	**72**	***20.00***	30	***17.65***	42	*22.11*
9.	Консултация с психолог	**69**	***19.17***	41	***24.12***	28	*14.74*
10.	Провеждане на срещи разговори със свои връстници, участие в културна програми	**45**	***12.50***	26	*15.29*	19	*10.00*
11.	Юридически консултации	**24**	***6.67***	9	*5.29*	15	*7.89*
12.	Консултации за организиране на финансите	**7**	***1.94***	4	*2.35*	3	*1.58*

Получените резултати отразяват не само желание за сигурност и достъп до медицински и здравни грижи и услуги на възрастните и стари хора, но и желание от обучение и повишаване на здравна

информираност, необходимост от общуване и преодоляване на социалната изолация.

Резултатите от посочените потребности на старите хора показват дефицит на организирани интегрирани стуктури за медицински, здравни, психологически, социални и други грижи и услуги, които да намали бюрокрацията, да повишат достъпа на старите хора до различни видове услуги, като елемент за подобряване качеството им на живот.

4.2. Анализ на резултатите от анкетното проучване на обгрижващи възрастни и стари хора.

Проучването е проведено в различни населени места от 13-те общини в Бургаска област. Изследването е сред хора, полагащи гериатрични грижи **най- малко четири часа** седмично.

От 160 изследвани -75 (46.87%) живеят в градове и 85 (53.13%) в села (виж Табл.4.).

Таблица 4. Разпределение на акетираните по общини

Общини Бургаска област												
Айтос	Бургас	Каменно	Карнобат	М. Търново	Несебър	Поморие	Приморско	Руен	Созопол	Средец	Сунгурларе	Царево
Брой изследвани лица												
12	22	11	16	11	12	14	10	17	9	8	10	8
Относителен дял %												
7.50	**13.75**	**6.87**	**10.0**	**6.87**	**7.50**	**8.75**	**6.25**	**10.63**	**5.63**	**5.00**	**6.25**	**5.00**

От тях 143 (89,38%) са жени и 17 (10,62%) мъже. Възрастовата структура на респондентите е показана в Таблица 5.

Таблица 5. Възрастова структура на обгрижващите

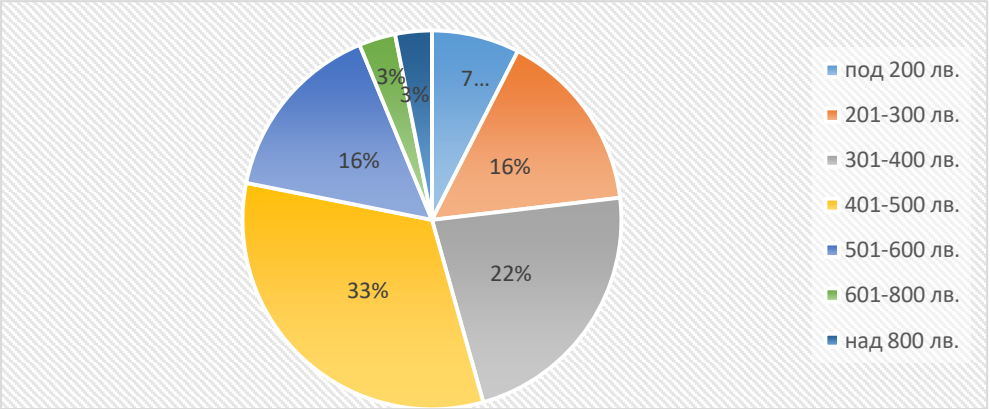
Възраст	20-30г.	31-40г.	41-50г.	51-60г.	61-70г.	71-80г.
Брой (n)	2	36	64	46	10	2
отн. дял- %	1.25	22.50	40.00	28.75	6.25	1.25

Преобладаваща част от обгрижващите са близки родственици- 153 (95,63%), като 103 (67,32%) от тях са деца, 39 (25.49%)- внуци, 11 (7.18%)- съпрузи на старите хора. Само 7 (4,37%) от изследваните не са роднини. Тревожен е факта, че 12 (7,50%) от лицата, полагащи грижи се отнасят към групата на възрастните и стари хора.

По голяма част от обгрижващите са семейни- 126 (78,75%), несемейни – 7 (4,38%), разведени-10 (6,29%), вдовици- 15 (9,37%), не са отговорили- 2 (1.25%). По-голяма част от анкетираните имат по две или три деца – 96 (48,70% и 11,25%), едно дете- 56 (35%), нямат деца- 6 (3,75%) от изследваните, 2 (1.25%) не са посочили.

Възнаграждение за положените грижи получават само 9 (5.63%)от анкетираните.

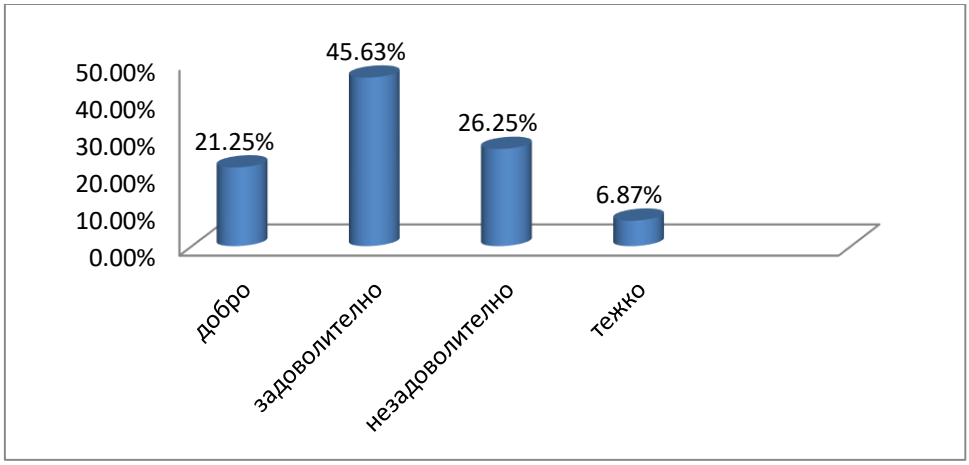
Месечният доход на член от семейството посочен от респондентите е нисък. Само 40 (25.00%) декларират, че имат доход над определения за удовлетворяване на основните нужди. Най-голяма част от анкетираните посочват доход между 300-500 лв.- 118 (73.75%). По детайлното разпределение е представено на фиг. 15.



Фиг. 15. Разпределение по месечен доход

При обгрижваните възрастни и стари хора- 36 (22.50%) са мъже и 124 (77,50%)- жени, като 58 (36,25%) имат съпруг/а; 102 (63,75%) - вдовец/ вдовица/ разведени.

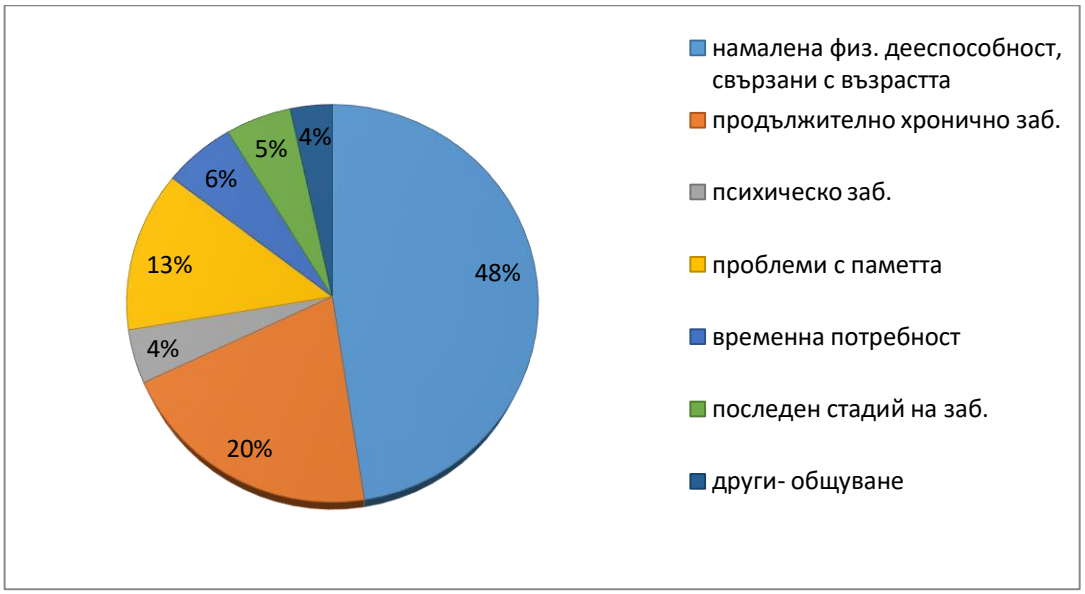
Изследваните лица определят общото здравословно състояние на старите хора като „добро”- 34 (21.25%); „задоволително”- 73 (45,63%); незадоволително - 42 (26.25%). „тежко”-11 (6.87%) (Фиг.16).



Фиг. 16. Здравословно състояние на старите хора

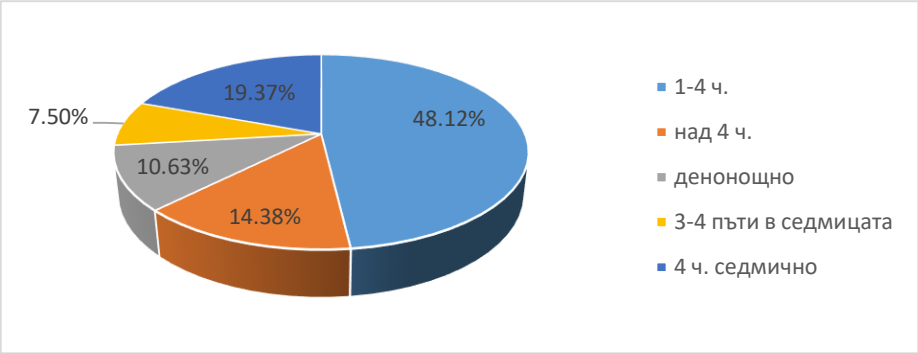
Основните причини, които респондентите посочват за необходимост от грижи за старите хора са свързани както с физически проблеми, така

и от психологочески и социален характер. Отговорите са приравнени към 100%, защото респондентите са посочвали повече от 1 отговор- 46 (28.75%) от тях са посочили повече от една причина (фиг. 17.):



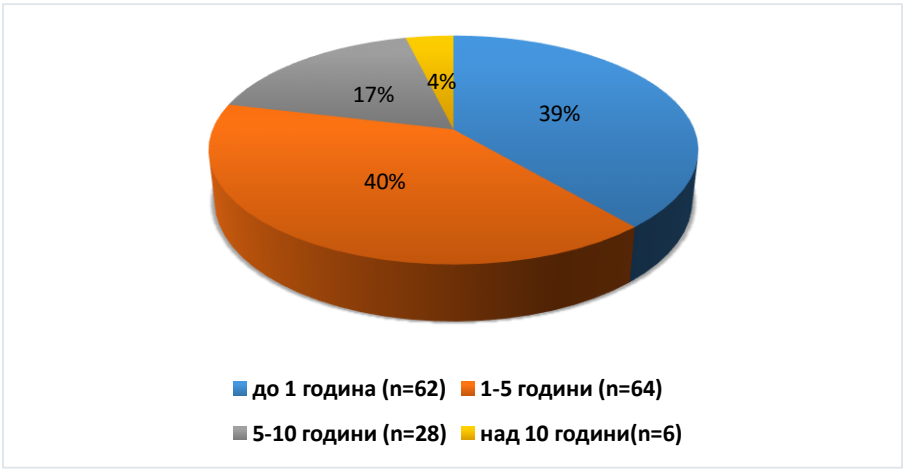
Фиг. 17. Видове причини за оказване на грижи

Проучено е времето, което отделят близките за оказване на грижи за старите хора. Почти половината от респондентите посочват, че отделят време за грижи между 1-4 часа на ден – 77 (48,12%). Повече от 4 часа на ден -23 (14.38%), денонощно- 17 (10,63%). Останалите изследвани се разпределят, както следва: 3-4 пъти в седмицата – 12 (7,50%). При 31 (19,37%) от изследваните лица отделеното време за грижи е 4 часа седмично (Фиг. 18).



Фиг. 18. Време за полагане на грижи през седмицата

Проучена е продължителността на грижите, които оказват близките във времето (Фиг. 19), което отразява високото им физическо и психическо натоварване- повече от 2/3 (61.25%) от респондентите се грижат за възрастен човек повече от 1 година:



Фиг. 19. Продължителност на грижите

На въпроса „Кога за последен път сте имали време за почивка от грижи за възрастния човек?”, резултатите показват значително физическо и психическо натоварване на анкетираните, което е по-ясно изразено в селата. Подробно резултатите са представени в Таблица.6:

Таблица 6. Време за почивка на обгрижващите

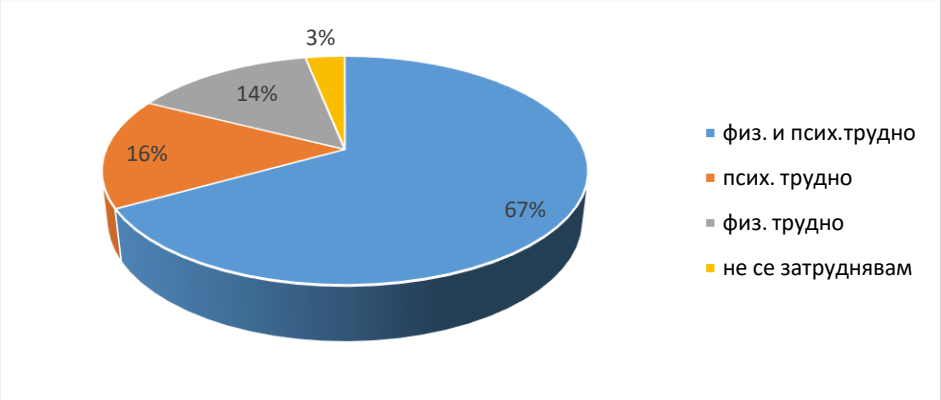
отговор	село		град		общо	
	брой	**отн. дял %**	**брой**	**отн. дял %**	**брой**	**отн. дял %**
този месец	11	*12.94*	17	*22.67*	28	*17.50*
повече от 1 месец	14	***16.47***	26	***34.67***	40	*25.00*
повече от 6 месеца	23	*27.06*	24	*32.00*	47	*29.38*
повече от година	37	***43.53***	8	***10.66***	45	*28.12*
общо	**85**	***100***	**75**	***100***	**160**	*100*

При обгрижващите от селата се отчита много висока натовареност, което показват и статистическите показатели (($\chi 2$ (3) = 23.06 p=0.0001).

Ангажираността на респондентите в гериатрични грижи, недостатъчно време за почивка е сериозен риск за качеството на живот както на обгрижващите, така и на обгрижваните. Домашните грижи съдържат много трудности, в това число за здравето на полагащите грижи, тяхното благополучие и социалните им контакти. Понякога семействата трябва да понесат значителни лишения, за да се грижат за възрастните си роднини. Проблемът се усложнява от това, че не винаги са достатъчно подготвени да се справят с подобна ситуация, ако липсва достатъчната подкрепа. Могат да възникнат конфликтни ситуации и различни видове малтретиране на стария човек.

Тези опасения се потвърждават и от отговорите на следващия въпрос „Считате ли грижите за възрастните хора за трудна задача?”- 107 (66,87%) от респондентите отговарят „да, физически и психически е трудно”; „не се затруднявам” посочват 25 (15.63%); „психическото

натоварване е по- голямо”- 23 (14.37%); „физическото натоварване е по-голямо” отговарят 5 (3.13%) от изслеваните лица (Фиг. 20).



Фиг.20. Трудности при полагане на грижи

В рамките на изследователския процес се проучи мнението на близките за удовлетвореност от достъпа до здравни и социални услуги, които да ги подкрепят в грижите за старите хора. От анализа на резултатите се отчита значителна степен на неудовлетвореност на респондентите от достъпа до структурите, предоставящи здравни и социални услуги. По отношение на здравните грижи отговорилите с „не“ и „по- скоро не“ са 104 (65.00%). За затруднен достъп до социални услуги са отговорили 101(63.13%) от респондентите. Сравнителния анализ не показва статистическа разлика по отношение удовлетвореността на вида услуги- $\chi 2\ (3) = 0.78$, $p=0.8542$.

Според териториалното разпределение резултатите за удовлетвореността се разпределят по следния начин:

- **в градовете**: *здравни услуги*- „да“ и „по-скоро да“ само 38.67% от респондентите, *социални услуги*- „да“ и „по-скоро да“-41.33% от изследваните;

- **в селата:** *здравни услуги*- „да“ и „по-скоро да“ само 31.76% от респондентите, *социални услуги*- „да“ и „по-скоро да“-34.12% от анкетираните.

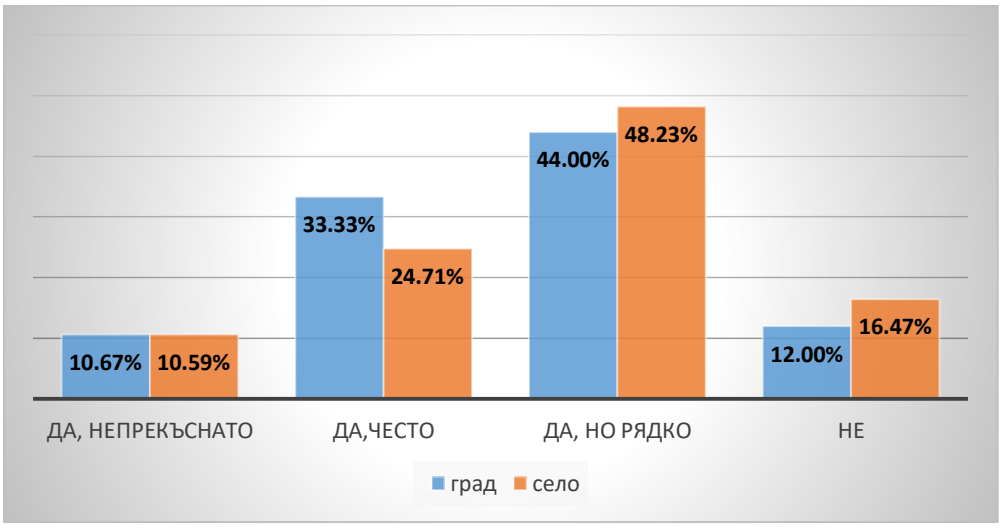
Сравнителния анализ за изследване на удовлетвореността не показва статистическа разлика както по отношение на вида услуги, така и според териториално разпределение: за градовете- $\chi 2$ (3) = 7.815 p=0.855; за селата- $\chi 2$ (3) = 7.815 p=0.752.

По детайлизирано резултатите са представени в Таблица 7:

Таблица.7. Удовлетвореност от достъпа до здравни и социални услуги в общността

видове услуги удовлетв.	град		село		общо	
	Брой (n)	Отн. дял %	Брой (n)	Отн. дял %	Брой (n)	Отн. дял %
	здравни услуги					
да	11	*14.67*	10	*11.76*	21	*13.12*
по-скоро да	18	*24.00*	17	*20.00*	35	*21.88*
по-скоро не	29	*38.67*	34	*40.00*	63	*39.38*
не	17	*22.66*	24	*27.24*	41	*25.62*
	социални услуги					
да	15	*20.00*	7	*8.24*	22	*13.75*
по-скоро да	16	*21.33*	21	*24.71*	37	*23.13*
по-скоро не	28	*37.44*	36	*42.35*	64	*40.00*
не	16	*21.33*	21	*24.70*	37	*23.12*

Анкетното проучване очертава мнението на обгрижващите за необходимостта да имат адекватна информация за подходи, методи и техники от компетентни специалисти в извънболничната помощ за полагане на грижи, която те не получават. На въпроса получават ли информация и консултация от здравните специалисти за прилагане на грижи за стария човек, респондентите посочват: „да“ – 17 (10.63%); „по скоро да“- 46 (28.75%); „по-скоро не“- 74 (46.25%); „не“- 23 (14.37%). Резултатите според териториално разпределение на изследваните лица не показват значима статистическа разлика са представени на фиг. 21:



Фиг.21. Информираност за подходи, методи и техники за адекватни грижи

Респондентите бяха попитани от каква помощ имат нужда за извършване грижи в областта на ежедневните дейности на стария човек. Изследваните лица посочват средно между 4-5 дейности, при които имат нужда от помощ възрастните и стари хора, поради което отговорите надхвърлят 100% Получените отговори се ранжират по следния начин:

Таблица 8. Нужда от помощ за ежедневни дейности

място	Ежедневни дейности	Брой отговори	Относителен дял %
1.	Почистване на дома	124	*77.50*
2.	Приготвяне на храна	112	*70.00*
3.	Прием на лекарства	109	*68.13*
4.	Покупки от магазин	86	*53.75*
4.	Хигиенни грижи	85	*53.12*
5.	Общуване	49	*30.63*
6.	Обличане	43	*26.86*
7.	Хранене и прием на течности	40	*25.00*
8.	Разходка извън дома	38	*23.75*
9.	Придвижване в дома	24	*15.00*
9.	Организиране на финанси	17	*10.63*
	0бщо	**727**	***454.37***

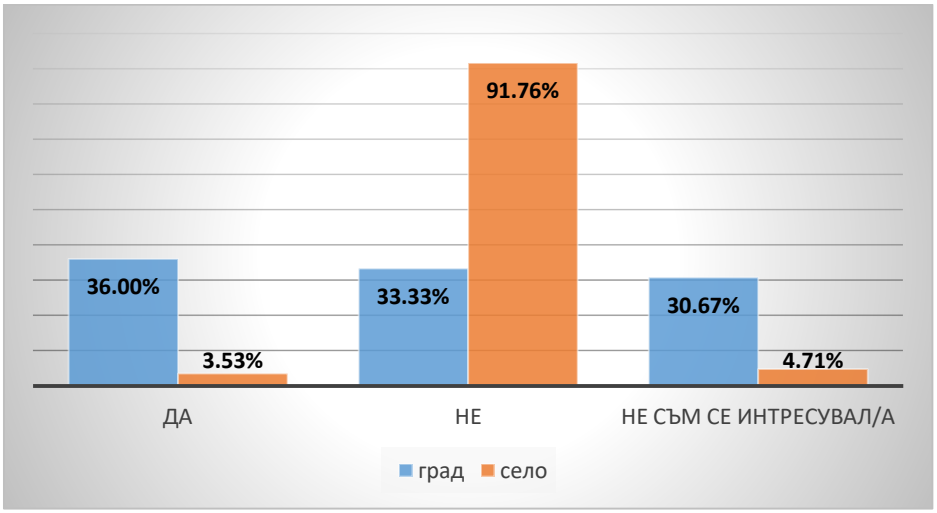
На въпроса „От какви здравни и социални услуги се нуждаете при обгрижване на възрастния човек?”, обобщените резултати подредиха мнението на респондентите по следния начин (посочени са между 2-3 услуги):

Таблица 9. Желание за здравни и социални услуги в Комплексен гериатричен център

потребности ранжиране		общо		град		село	
		брой отг.	**Отн. дял %**	**брой отг.**	**Отн. дял %**	**брой отг.**	**Отн. дял %**
1.	Консултация и помощ от специалист по здравни грижи	**96**	***60.00***	43	*57.33*	53	*62.35*
2.	Финансова подкрепа	**78**	***48.75***	38	*50.66*	40	*47.09*
3.	Информация за заболяванията, методи за грижи	**63**	***39.38***	32	*42.67*	31	*36.47*
4.	Технически средства, които да улеснят процеса на обгрижване на възрастния човек	**45**	***28.13***	16	***21.33***	29	***34.12***
5.	Регулярна здравна и социална услуга (по няколко часа или един ден в седмицата) , която да дава което да осигури почивка за близките	**36**	***22.50***	19	*25.33*	17	*20.00*
6.	Обмен на информация и опит от други хора, които полагат грижи за възрастни хора	**35**	***21.88***	26	*34.67*	9	*10.59*
7.	Временна здравна и социална услуга (1-2 седмици), която да осигури почивка за близките	**34**	***21.25***	17	*22.67*	17	*20.00*
8.	Обучение по практически аспекти на грижите	**32**	***20.00***	15	*20.00*	17	*20.00*
9.	Технически средства, които да улеснят придвижването на възрастния човек	**25**	***15.63***	18	*24.00*	7	*8.24*
10.	Оценяване на потребностите на възрастния човек от грижи	**9**	***5.63***	6	*8.00*	3	*3.53*

Анализът отразява желанието на обгрижващите да оказват качествени и ефективни грижи за старите хора, като очакват професионална подкрепа от специалисти.

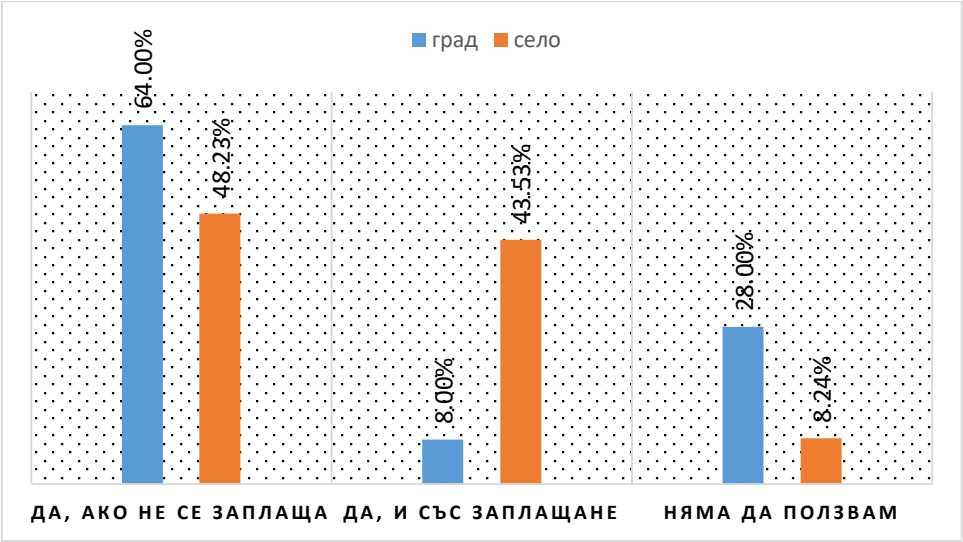
На въпроса „Има ли във Вашето населено място Комплексен център за здравни и социални услуги за стари хора“, 103 (64.38%) от анкетираните отговарят с „не”; 30 (18.75%)- „да”; „не съм се интересувал” посочват 27 (16.87%) респонденти. Налице е статистическа значимост на връзка между населеното място и наличието на интегрирана грижа при провеждане Chi-square-Tests - $\chi 2$ (1) = 40.62 при ниво на значимост p=0.0001. Резултатите според териториалното разпределение на изследваните лица е посочено на Фиг.22:



Фиг. 22. Наличие на Комплексен център за здравни и социални услуги в населеното място.

При изследване нагласите на респондентите при какви условия ще ползват услугите при наличие на Интегриран гериатричен център, повече от половината 92 (57,51%) посочват „да, ако не се заплаща”; с равен брой отговори по 29 (18.13%) са „да, дори и да се заплаща” и „не

бих ги ползвал”. Налице е разлика в нагласите на изследваните за заплащане на услуга по териториален показател със статистическа значимост Chi-square-Tests - $\chi 2$ (1) = 11.11 при p= 0.0009 (фиг. 23):



Фиг.23. Нагласи за ползване на услуги

Проучени са предложенията на респондентите за видовете здравни и социални грижи и услуги, които са необходими в Център за гериатрични грижи. Респондентите посочват между 4-5 вида услуги, затова процентите надхвърлят 100%. На Таблица 10 са посочени предложенията според предпочитанията на обгрижващите:

Таблица 10. Необходими грижи и услуги в Интегриран гериатричен център.

Място	Необходими услуги	Общо		град		село	
		Брой отг.	Отн. дял %	Брой отг.	Отн. дял %	Брой отг.	Отн. дял %
1.	Измерване на основни жизнени показатели	**130**	***81.25***	67	*89.33*	63	*74.12*
2.	Консултации с лекар-специалист	**119**	***74.38***	57	*76.00*	62	*72.94*
3.	Получаване на консултации по здравни проблеми	**80**	***50.00***	38	*50.67*	42	*49.41*
4.	Рехабилитационни процедури	**75**	***46.88***	36	*48.00*	39	*45.88*
5.	Провеждане на беседи за предпазване от усложнения на заболявания	**73**	***45.63***	35	*46.67*	38	*44.71*
6.	Предоставяне на грижи в дома	**69**	***43.13***	33	*44.00*	36	*42.35*
7.	Провеждане на лабораторни изследвания	**62**	***38.75***	28	*37.33*	34	*40.00*
8.	Организиране на групи по интереси за старите хора	**31**	***19.38***	20	*26.67*	11	*12.94*
9.	Консултация със социален работник	**30**	***18.75***	12	*16.00*	18	***21.18***
10.	Консултация с психолог	**28**	***17.50***	18	***24.00***	10	*11.76*
11.	Организиране на групи за поддръжка от хора, грижещи се за гериатрични пациенти	**12**	***7.50***	7	*9.33*	5	*5.88*
12.	Юридически консултации	**5**	***3.13***	3	*4.00*	2	*2.35*
13.	Консултации за организиране на финансите	**4**	***2.50***	3	*4.00*	1	*1.18*

При направения сравнителен анализ няма значими разлики в предпочитанията на респондентите по географски признак. Резултатите

показват ясно изразен дефицит от обучение, информираност, подкрепа и грижа за лицата, обслужващи стари хора, липса на добра комуникация със специалисти. Друга услуга, която посочват анкетираните е предлагане на почасова или по- дългосрочна грижа.

4.3. Анализ на резултатите от анкетното проучване на медицински сестри от Амбулатории за първична медицинска помощ (АПМП)- индивидуални и групови практики.

Направеният статистически анализ очертава, че населението над трудоспособна възраст, съотнесено към активното население (от 15 г. до 64 г.) в Бургаска област за периода 2010-2016 г, се е увеличило от 22,6% до 27,4% (с 4,8%). Това е обща тенденция за цялата страна по данни на НСИ. За същия период броя на АПМП в Бургаска област са намалели по данни на РЗИ и НСИ, както е посочено в таблица 11.

Таблица 11. Брой АПМП в Бургаска област

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2017
АПМП- индивидуални практики	263	258	243	229	222	212
АПМП- групови практики	12	14	14	14	11	5

В настоящото проучване са изследвани 125 медицински сестри, работещи в индивидуални и групови практики на АПМП на територията на Бургаска област в 13 общини (Таблица 12.). Разработената анонимна анкетна карта включва няколко групи въпроси: възрастова и професионална структура, дейности на медицинската

сестра в първичната медицинска помощ (ПМП), автономност при провеждане на здравни грижи, организация на гериатрични грижи, мотивация за следдипломно обучение, степен на удовлетвореност от професионалната реализация.

Таблица 12. Брой практики за АПМП и респонденти по общини

Общини- област Бургас												
Айтос	**Бургас**	**Каменo**	**Карнобат**	**М. Търново**	**Несебър**	**Поморие**	**Приморско**	**Руен**	**Созопол**	**Средец**	**Сунгурларе**	**Царево**
брой индивидуални/ групови АПМП												
14	121/1	6	2/2	1	11/1	7/1	3	13	6	6	8	5
брой респонденти- медицински сестри												
6	81	2	5	1	6	6	1	6	3	3	3	2

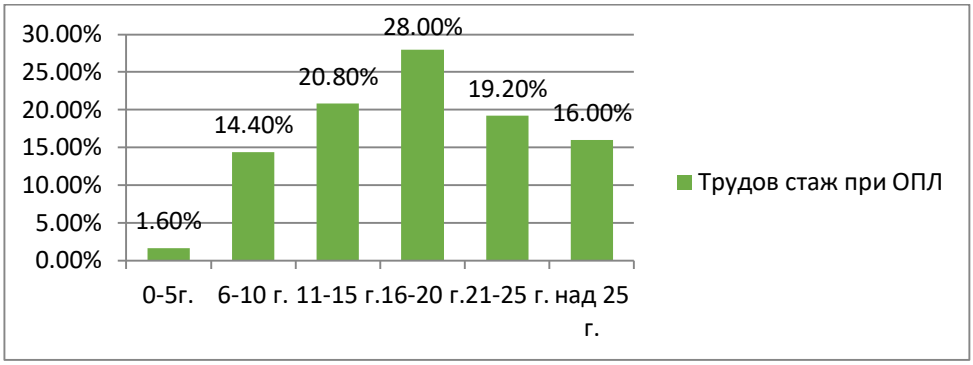
При изследване на възрастовата структура на медицинските сестри се очерта ясна тенденция за застаряване на работещите в извънболничната помощ при ОПЛ. От Таблица 14. е видно, че работещите пенсионери са 4%, а в период от 10 години ще се пенсионират 51,2% от изследваните лица. От резултатите може да се направи извода, че младите медицински сестри не се насочват за професионална реализация към първичната медицинска помощ. Само 3,2% са до 35 г. и 12% до 40 г. (таблица 13).

Таблица 13. Възрастова структура на респондентите

възраст	**20-30г.**	**31-35г.**	**36-40г.**	**41-45г.**	**46-50г.**	**51-55г.**	**56-60г.**	**над 60г.**
Брой (n)	0	4	15	11	26	30	34	5
Относителен дял (%)	0,00	3,20	12,00	8,80	20,80	24,00	27,20	4,00

От отговорите на респондентите за продължителността на работа им при ОПЛ може да се обобщи, че няма текучество сред тях.

Медицинските сестри имат голям трудов стаж в областта на ПМП, а преди реформата и като „участъкови медицински сестри”. Повече от 20 г. трудов стаж при ОПЛ имат 44 (35,20%) от респондентите. По подробно разпределение е направено на фиг.24:



Фиг. 24. Трудов стаж при ОПЛ

Чрез анкетата са изследвани основните дейности, които най-често извършва медицинската сестра в ПМП в реалната практика. Дадена е възможност да се дадат няколко отговора, като респондентите са посочили между 4-5 (средно 4,4). Според мнението на респондентите отговорите се разпределят последния начин:

- ✓ Организирам приема в кабинета на ОПЛ- 125 (100%);
- ✓ Изготвям необходимата документация- 125 (100%);
- ✓ Извършвам инжекционни манипулации по назначение на ОПЛ-116 (92,8%);
- ✓ Измервам основни жизнени показатели и правя ЕКГ – 102 (81,6%);
- ✓ Провеждам промотивни и профилактични дейности – 34 (27,2%);
- ✓ Давам консултации за домашни грижи (хранене, хигиена, двигателна активност и др.)- 33 (26,4%);
- ✓ Правя домашни посещения- 10 (8%).

При анализа на резултатите може да се твърди, че медицинската сестра извършва дейности ориентирани повече към клиничната, а не към превантивната медицина, каквито са съвременните тенденции.

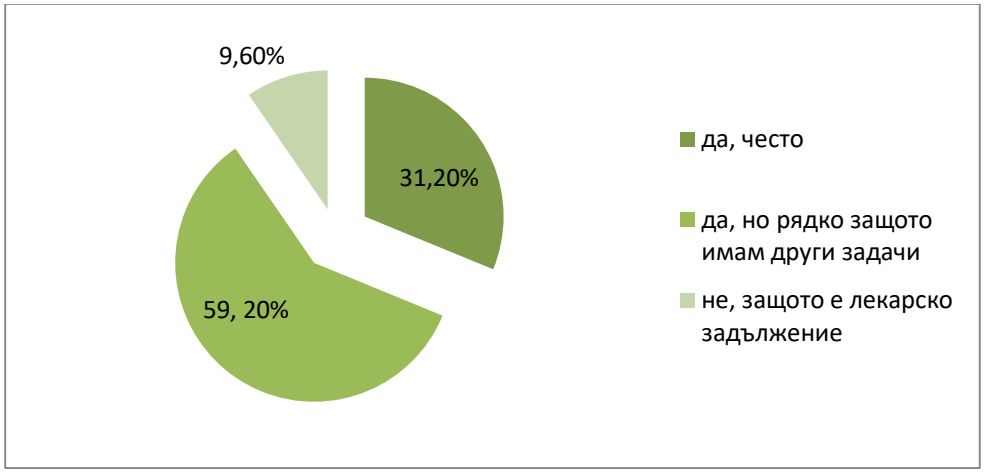
Изследвано е мнението на респондентите за знанията и уменията, които трябва да притежава съвременната медицинска сестра, работеща в първичната медицинска помощ.

Изследваните лица са посочили между 5-6 отговора (средно 5,8). Анализът на резултатите потвърждава извода от горепосочената констатация, че медицинските сестри все още отдават приоритет на знанията и уменията, насочени към болния, а не към здравия човек. Резултатите се ранжират по следния начин (брой отговори/ %):

- ✓ Клинични (медицински)знания- 125 (100%)
- ✓ Компютърни умения – 125 (100%)
- ✓ Знания и умения за основни сестрински дейности (в т.ч. манипулации)- 125 (100%)
- ✓ Комуникативни умения – 98 (78.40%)
- ✓ Превантивни знания и умения- 78 (62.40%)
- ✓ Организационни умения- 67 (53.60%)
- ✓ Медико-педагогически знания и умения- 66 (52.80%)
- ✓ Медико-психологически знания и умения-59 (47.20%)

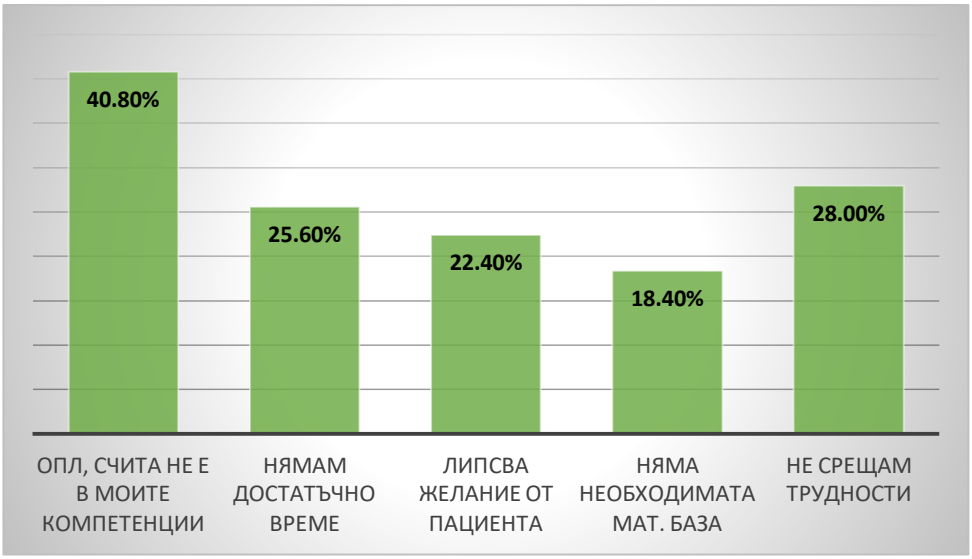
Чрез проучването е изследвано участието на медицинската сестра в здравно- образователни беседи или други форми на обучение, насочени към пациентите или тяхното обкръжение От резултатите е видно, че системно обучение се провежда само при 39 (31,20%) от респондентите. Тревожно е твърдението на 12 (9,60%) от здравните специалисти, че тази

дейност не е в обсега на техните задължения. Повече от половината анкетирани (74) дават отговор „рядко“ (Фиг.25.):



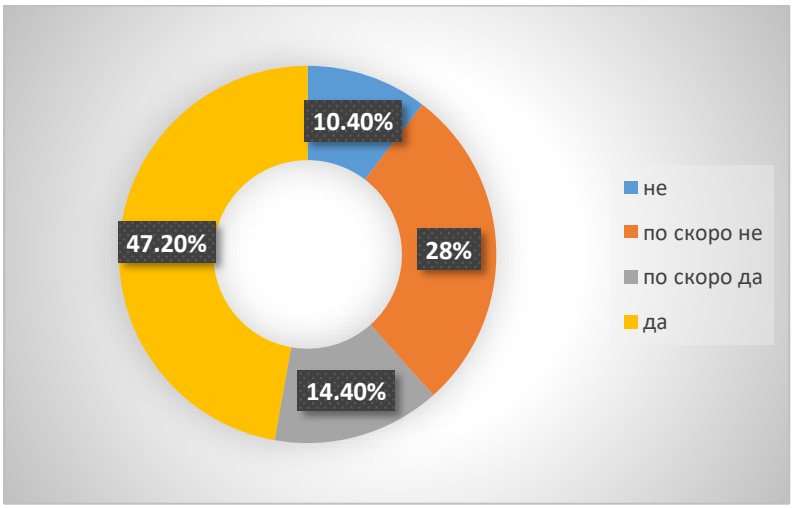
Фиг.25. Провеждане на здравно- образователни дейности от медицинската сестра

Респондентите бяха попитани за трудностите, които срещат при здравното обучение на пациентите и техните близки. В анкетната карта е дадена възможност да се посочи повече от един отговор. Само 35 (28%) от анкетираните отговарят, че не срещат трудности. Останалите изследване лица са посочили между 2-3 отговора (2,6). Като водеща причина е посочена „ОПЛ счита, че това не е в моите компетенции”- 51 (40.80%) от анкетираните; на второ място е „нямам достатъчно време”- 32 (25.60%); трета позиция заема отговор „липсва желание от пациентите” -28 (22.40%); следва „няма необходимата материална база”- 23 (18.40%). (виж фиг. 26).



Фиг. 26. Трудностите, които срещат медицинските сестри при здравното обучение

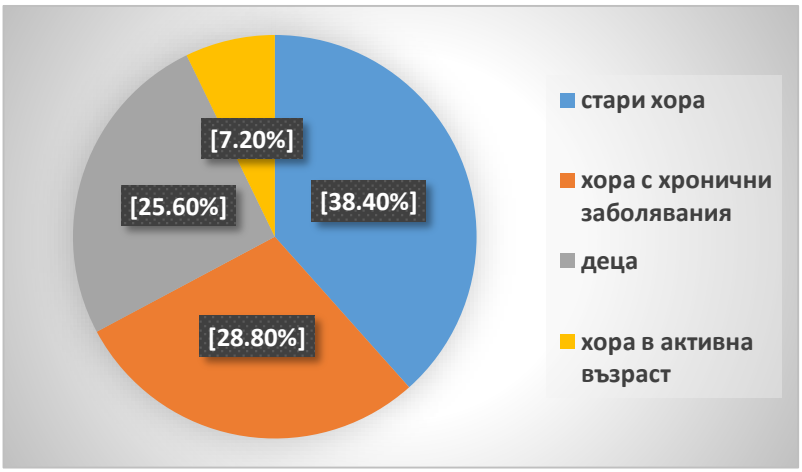
Чрез анкетното проучване се проследява мнението на медицинската сестра за възможностите да изпълнява своите автономни функции, посочени в квалификационната характеристика и утвърдената Наредба. Резултатите показват, че 48 (38,4%) от респондентите дават негативни отговори „не" и „по скоро не". С „категорично „да" са отговорили само 18 (14,4%), а „по скоро „да"-59 (47,2%) от изследваните лица (Фиг.27):



Фиг. 27. Изпълнение на автономни функции

От анализа на резултатите в горепосочените два въпроса можем да изразим мнение, че е необходимо да се повиши информираността на лекарите за промените в съвременното здравеопазване и функциите на медицинската сестра като част от здравния екип. Създаването на Стандарт за здравни грижи ще повиши увереността и ще даде по-голяма свобода на медицинската сестра да осъществява автономните си функции.

На респондентите се зададе въпрос относно групите пациенти, търсещи здравна помощ най-често от ОПЛ. Според изследваните лица 38,40% са стари хора; 28,80% са хора с хронични заболявания, независимо от възрастта; трета позиция са деца с 25,6% и последни с 7,20% са хората в активна възраст (Фиг.28.).



Фиг.28. Контингент на АПМП

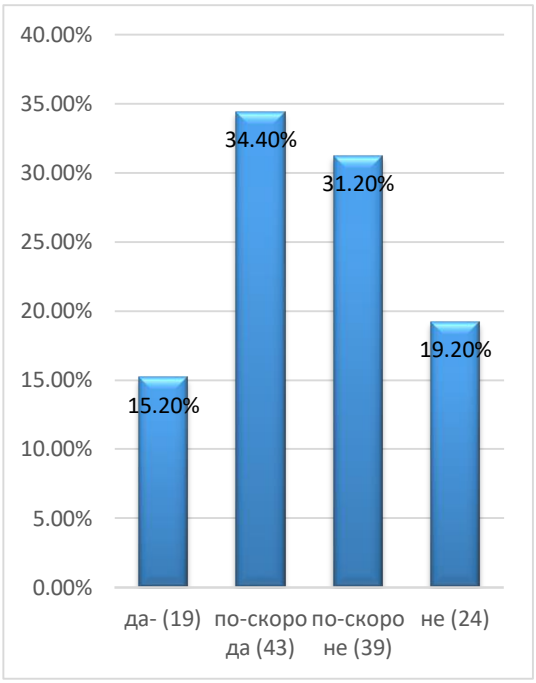
В рамките на изследването медицинските сестри бяха попитани има ли осигурен достъп на възрастните и стари хора до доболнична помощ. Според респондентите 13 са отговорили категорично „да“, 81- „по-скоро да“, 27- „по- скоро не“ и 4-„не“ (Фиг.29):



Фиг. 29. Достъп на старите хора до доболнична помощ

На въпроса извършват ли се домашни посещения при възрастни и стари хора от медицинските сестри. Според получените резултати тази дейност не е приоритет на медицинските сестри. По- голяма част от изследваните лица- 93 (74.40%) отговарят „рядко, за извършване на инжекционни манипулации“, „регулярно“- 7 (5.60%), „ не“- 25 (20.00%).

При изследване мнението на медицинските сестри доколко възрастните и стари хора имат достатъчни знания и умения да поддържат здравословното си състояние, резултатите се разделят почти наполовина между позитивната и негативната част на скалата, както е показано на фиг. 30:



Фиг. 30. Знания за самостоятелно поддържане на здравословно състояние от старите хора

Резултатите показват, че е необходимо медицинските сестри да притежават специфични знания и умения в областта на гериатричните грижи поради нарастващия контингент на възрастни и стари хора и особеностите при тяхното обгрижване.

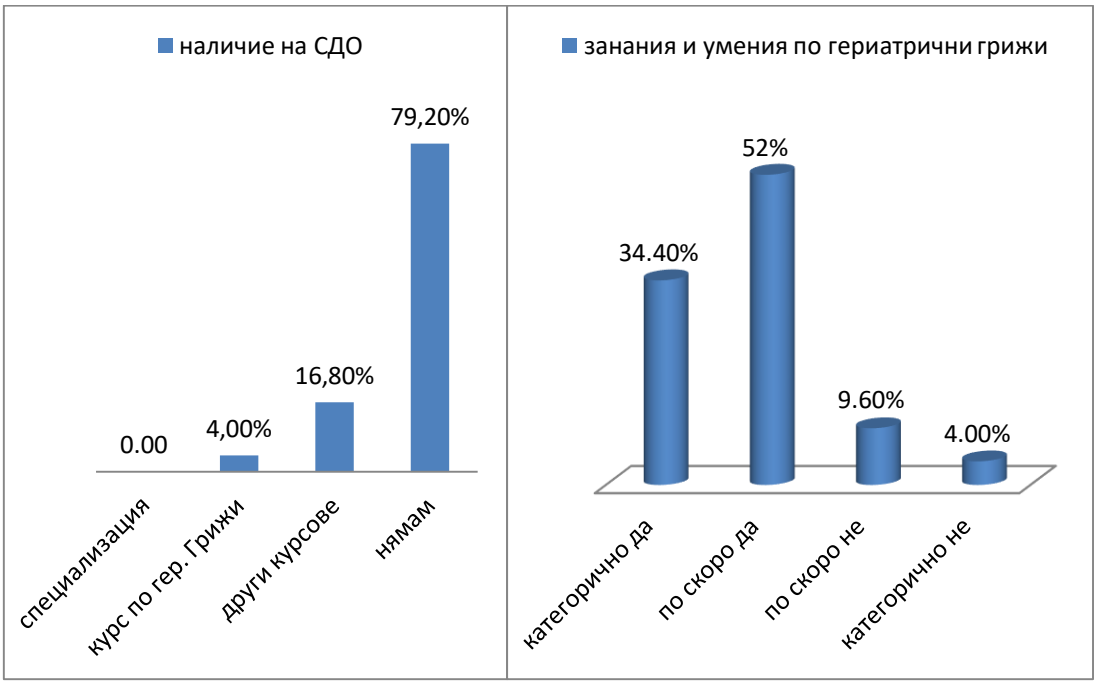
На въпроса дали медицинските сестри са изучавали гериатрични грижи в базисното си медицинско образование само 11,20% отговарят с „да”, 10,40% „не помнят” и 78,40% отговарят „не”. Получените резултати са съпоставими с възрастовата структура на респондентите, тъй като едва през 2005 г. съгласно новите Единни държавни изисквания бяха въведени учебните дисциплини „Сестрински грижи за възрастни”, „Гериатрия”, „Сестрински грижи по домовете”.

За да направим изводи за квалификацията на изследваните медицински сестри, относно знанията и уменията им в областта на

гериатричните грижи бяха зададени два въпроса, в които се потърси обективна информация и субектната позиция на респондентите (Фиг.31 и фиг. 32).

На фиг.31 е представена обобщена информация за проведено следдипломно обучение на изследваните медицински сестри, което показва много негативни резултати относно непрекъснатата квалификации на специалистите в ПМП (99 от анкетираните (79,2%) не са участвали в никакви форми на продължаващо обучение).

От анализа на резултатите представени на фиг. 32 можем да направим изводи, че медицинските сестри, които имат дълъг практически опит се считат за достатъчно квалифицирани, за да оказват качествени здравни грижи за стари хора. От изследваните медицински сестри на възраст до 45 г.- 16 (53.33%) не се чувстват достатъчно подготвени да полагат грижи за старите хора.



Фиг.31. Проведено СДО от медицинските сестри

Фиг.32. Субектна оценка на медицински сестри

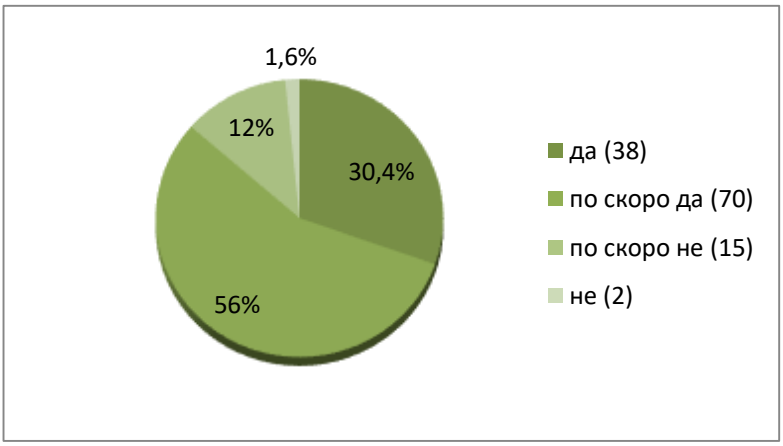
За да се изясни желанието на респондентите да повишават квалификацията си в областта на гериатричните грижи към тях са зададени допълнителни въпроси. Само 18 (14,40%) от медицинските сестри дават категоричен отговор „да, имам желание". При 26 (20,8%) от изследваните желанието е съпроводено с условие „да, ако се изисква за работното място". 41 (32,80%) от медицинските сестри посочват „бих специализирала в други области на здравните грижи". При 25 (20%) от специалистите изразяват категорично „нямам желание" и 19 (12%) дават отговор „не съм запозната с формите за повишаване на квалификация". Липсата на мотивация сред над една трета от изследваните лица може да се обясни с възрастовия състав, на част от който му предстои пенсиониране в предстоящите пет години.

Друг изследван проблем е мнението на медицинските сестри в ПМП за стимули, които биха ги мотивирали да повишават професионалната си квалификация. На респондентите бе дадена възможност да посочат повече от един отговор. При обобщаване на резултатите средно са посочени два отговора. Водещ стимул при медицинските сестри за професионално усъвършенстване е „да води до повишаване на работната заплата"- 83,30%; на второ място и трето място следват отговорите „обучението да се финансира от работодателя"- 68,80% и „да се осигурява служебен отпуск за обучение"- 25,60%. Само 5,6% от здравните специалисти посочват „да дава възможност за професионално израстване". На „други" 8,4 % от респондентите е посочено „предстои ми пенсиониране". На фиг. 33 са представени предпочитаните стимули (по брой на отговорите):



Фиг. 33. Стимули за повишаване на квалификацията (по брой отговори)

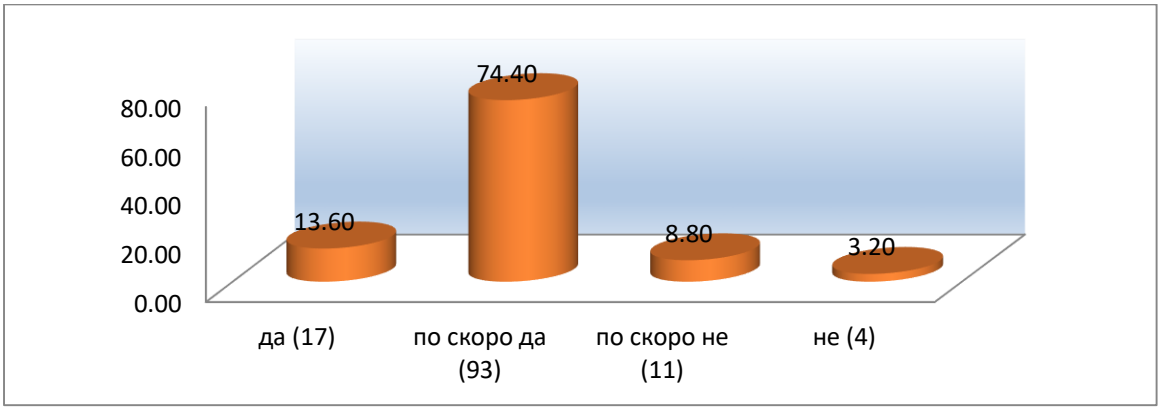
В анкетното проучване е изследвано мнението на медицинската сестра за включването към екипа на ОПЛ „патронажна медицинска сестра", която да извършва домашни посещения и консултации за хронично болни и стари хора. Респондентите изразяват позитивно отношение към предложението, като 86,40% посочват отговор „да" и „по скоро да". По- детайлно резултатите са представени на фиг. 34.



Фиг. 34. Необходимост от „патронажна медицинска сестра"

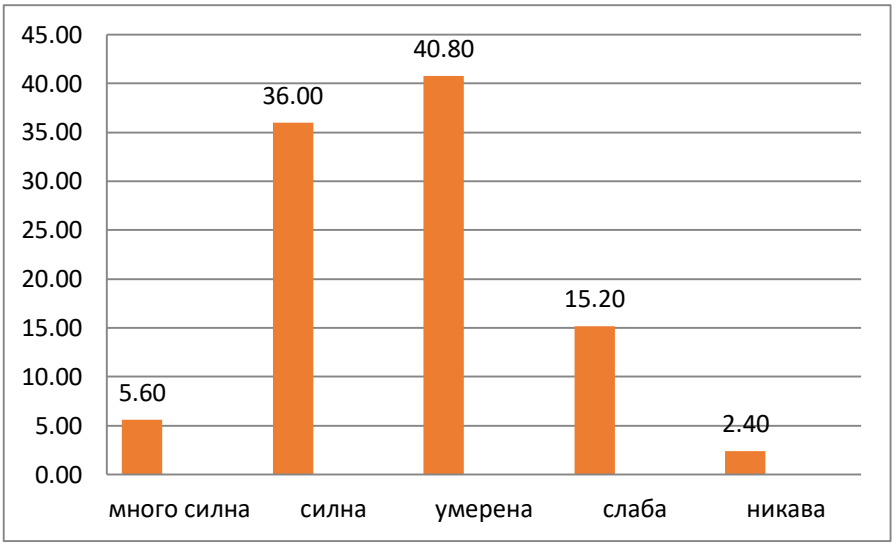
Не толкова категорично здравните специалисти приемат възможността да работят на тази длъжност - само 38,40% от тях. Останалите предпочитат позиция на медицинска сестра-амбулаторен прием- 61,60%.

Медицинските сестри подкрепят възможността за създаване на самостоятелни общински структури, които да оказват комплексни медико-социални грижи за възрастни и стари хора в домашна среда (Виж фиг. 35).



Фиг. 35. Създаване структури за комплексни медико-социални грижи в дома

Друг изследван показател в проучването е степента на удовлетвореност на медицинската сестра от професионалната си реализация. Използвана е 5-степенна скала. Обобщените данни показват резултати в позитивния спектър на удовлетвореност – 52 (41, 60%) са посочили отговори „много силна" и „силна", а 51 (40,80%) от здравните специалисти- „умерена". В негативна част на скалата са отговорите на (22) 17,60% от респондентите -„слаба" и „никаква" (фиг. 36).



Фиг. 36. Удовлетвореност от професионална реализация

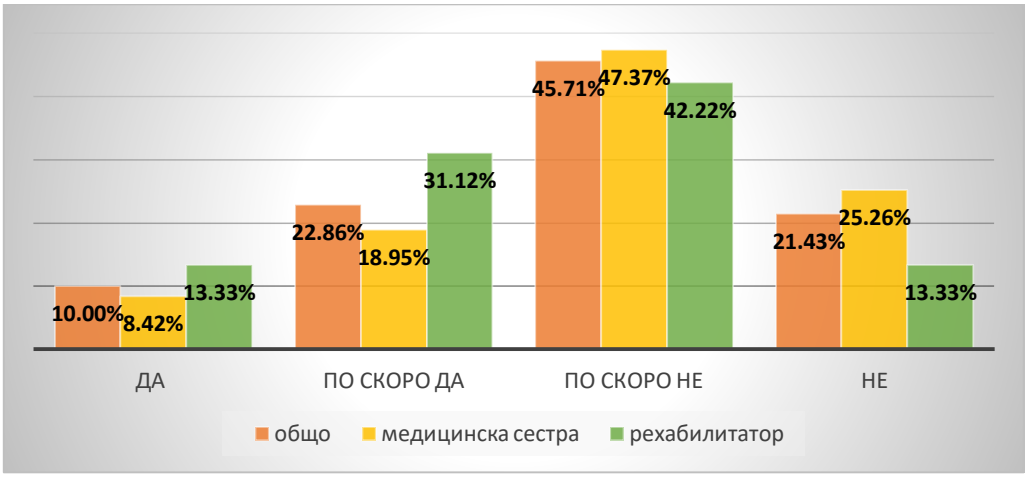
4.4. Анализ на резултатите от анкетното проучване на студентите от професионално направление „Здравни грижи”.

Изследването е проведено сред студенти от професионално направление „Здравни грижи”. От 140 изследвани студенти- IV курс: 95 са от специалност „медицинска сестра” /ОКС„бакалавър”/ и 45 от специалност „рехабилитатор”/ОКС „професионален бакалавър”/, които са III курс. Изборът на студенти е обоснован от завършването на пълния курс от теоретична и учебно-практическа подготовка през различни звена на здравна и здравно- социална система за оказване на гериатрични здравни грижи.

На въпросите, изследващи спазване правата на възрастните и стари хора за достъп и прилагане на качествени здравни грижи, наблюденията на студентите показват доста негативна оценка.

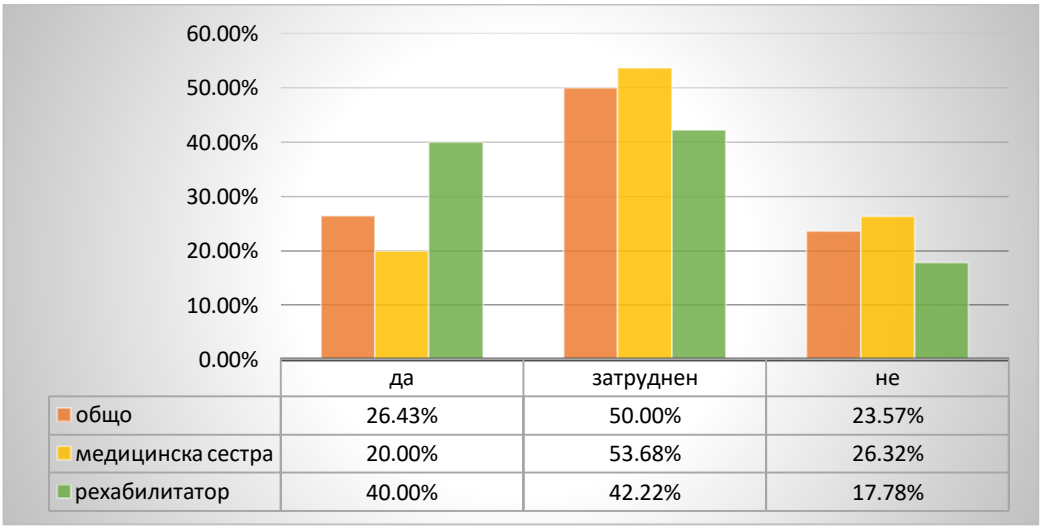
На въпроса: „Считате ли, че се спазват правата на възрастните и стари хора за прилагане на адекватни здравни грижи?”, само 46 (32.86%) от

респондентите отговарят с „да” и „по- скоро да“ и 94 (67.14%) – „по-скоро не“ и „не“. На фиг.37 са представени по- детайлно резултатите по специалности:



Фиг.37. Спазване на правата за прилагане на качествени грижи за стари хора

Мнението на студентите за осигурен достъп на старите хора до здравни грижи и услуги е показано на Фиг.38:

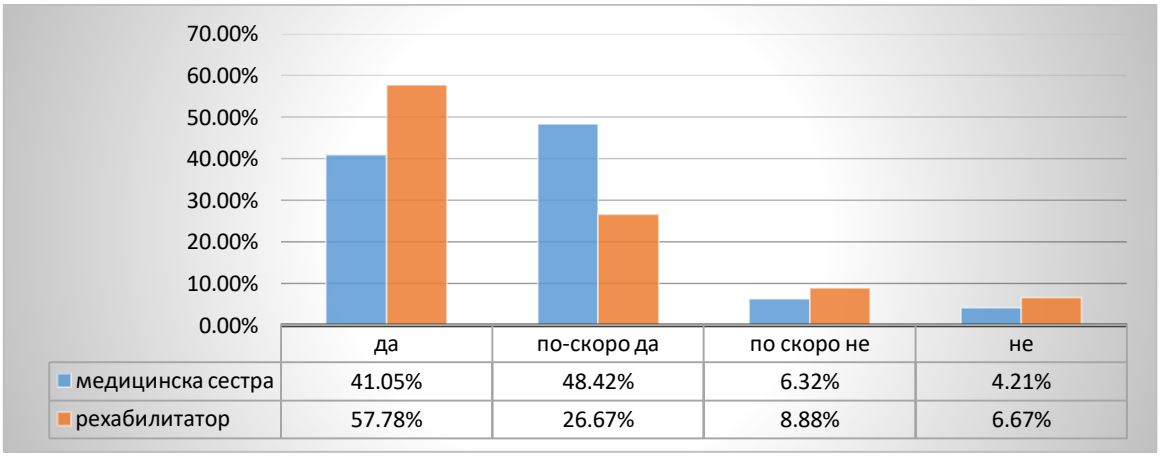


	да	затруднен	не
общо	26.43%	50.00%	23.57%
медицинска сестра	20.00%	53.68%	26.32%
рехабилитатор	40.00%	42.22%	17.78%

Фиг.38. Достъп на възрастите и стари хора до качествени здравни грижи

Преобладават отговори „затруднен" достъп -19 (42.22%) от рехабилитаторите и 51 (53.68%) от медицинските сестри и „не"- съответно 8 (17.78%) и 25 (26.32%). Само 37 (26.43%) от студентите изразяват мнение, че старите хора имат достъп до качествени здравни грижи. Данните съответстват на редица европейски проучвания за удовлетвореността на българските потребители от качеството на здравните услуги.

Изследвано е отношението на студентите към необходимостта за създаване на интегрирани центрове за гериатрични грижи. С „да" и „по скоро да" отговарят 123 (87,86%) от студентите, останалите 17 респонденти дават отговор „не" и „по-скоро не"- 12.14% (Фиг. 39):

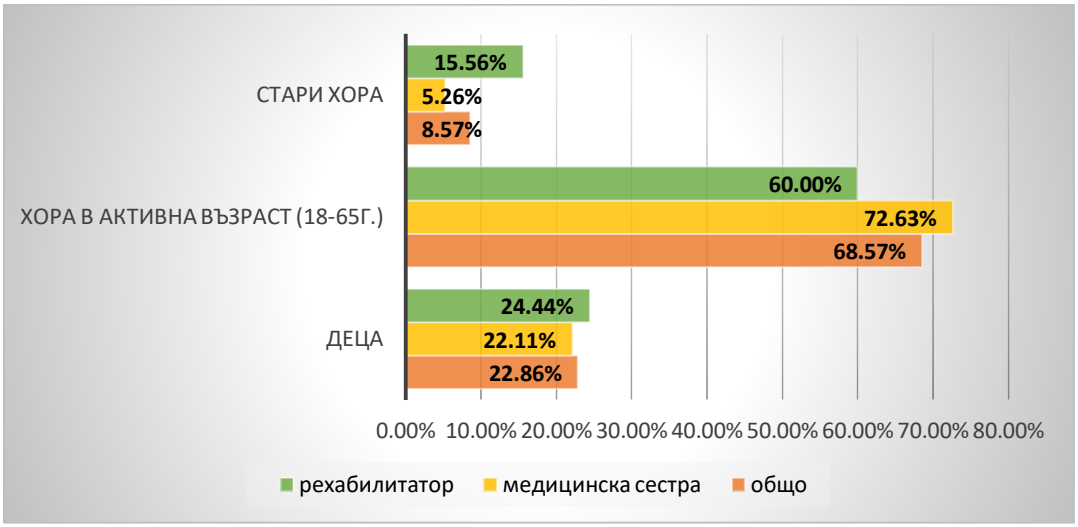


	да	по-скоро да	по скоро не	не
медицинска сестра	41.05%	48.42%	6.32%	4.21%
рехабилитатор	57.78%	26.67%	8.88%	6.67%

Фиг.39. Необходимост от създаване на Интегриран център за гериатрични грижи

На въпроса „За какъв контингент хора според възрастовата структура бихте искали да се грижите?", Водещо място в предпочитанията на студентите (96 респонденти) са „хора в активна възраст"– 68.57%, следва „за деца" – 32 студенти (22.86%). Само 12 (8.57%) от бъдещите специалисти имат желание да прилагат здравни грижи за възрастни и

стари хора. На фиг. 40 са представени предпочитанията по специалности:



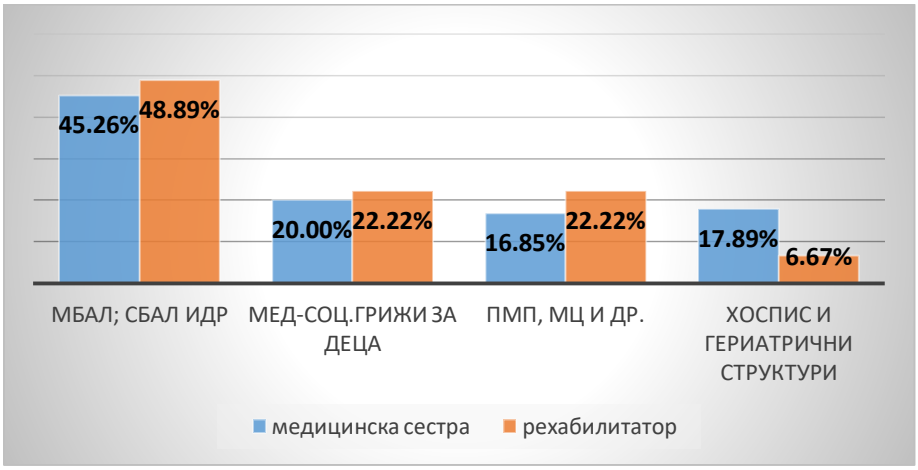
Фиг.40. Желание за прилагане на здравни грижи, според възрастова структура

На уточняващия въпрос, относно желанието за професионална реализация, студентите показват нежелание да изберат лечебни заведения и други медико-социални структури, които обгрижват хора над 65 години.

От десет възможности за отговор на въпроса: „В какъв вид лечебни и здравни заведения бихте искали да работите?”, водещо място при специалност „медицинска сестра” имат болниците за активно лечение и специализирани болници и центрове (МБАЛ,СБАЛ, КОЦ, ЦПЗ и д.) – 43 респонденти (45.26%), следват заведения, оказващи медико-социални грижи за деца- 19 (20.00%), на трето място- 16 (16.85%) от изследваните лица посочват различни структури в първичната и друга извънболнична помощ. В специализирани структури за възрастни и стари хора имат

желание да работят само 10 (10.53%) и в хоспис- 7 (7.37%) от анкетираните студенти- медицински сестри (Фиг.41) .

При студентите от специалност „рехабилитатор" предпочитанията са: болници за активно лечение и специализирани болници и центрове (СБР и др.)- 22 (48.89%); медико-социални заведения за деца-10 (22,22%); лечебни заведения в извънболничната помощ също с 22.22%. Респондентите- рехабилитатори поставят в дъното на класацията - хоспис и специализирани структури за обгрижване на стари хора с 6.67% (**Фиг.41):**

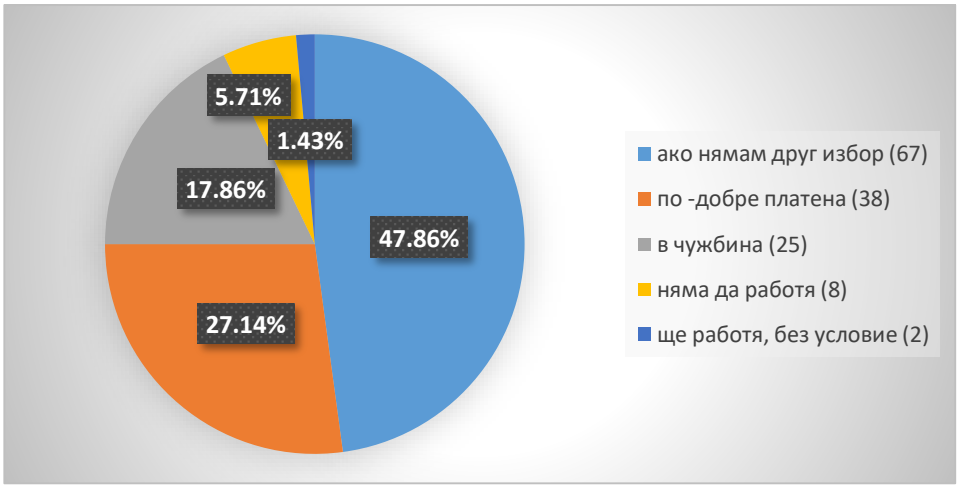


Фиг.41. Предпочитания за професионална реализация

На уточняващ въпрос "При какви условия бихте работили в лечебни и други здравни заведения, предоставящи специализирани грижи за възрастни и стари хора?", 43 (45.26%) студенти от специалност „Медицинска сестра" посочват на първо място „ако не мога да си намеря по –добра работа, свързана с професията". На второ място бъдещите медицински сестри поставят с 27.37% „ако е по –добре платена". Отговорът „ако е в чужбина, защото е по- добре платена" е на трето място с 21,05%, „никога не бих работил/а" посочват 2 респонденти

(2.11%). Само 4,21% от анкетираните студенти- медицински сестри изразяват желания да се реализират в структури обгрижващи възрастни и стари хора.

При студентите от специалност „рехабилитатор" също на първо място с 53.33% е „ако не мога да си намеря по –добра работа, свързана с професията". На втора позиция е отговор „ако е по –добре платена"с 26,67%; трето място - „ако е в чужбина, защото е по- добре платена" с 11,11%. Само 4 от изследваните студенти-рехабилитатори не поставят условия и имат желание да работят в областта на гериатричните грижи. Обобщеното разпределение е посочено на фиг. 42:



Фиг.42. Условия за работа в областта на гериатричните грижи

За да се детайлизират демотивиращите фактори, на студентите се зададе въпроса: „Какви са причините за да нямате желание да се грижите за възрастни и стари хора?". Получените резултати се ранжират по следния начин:

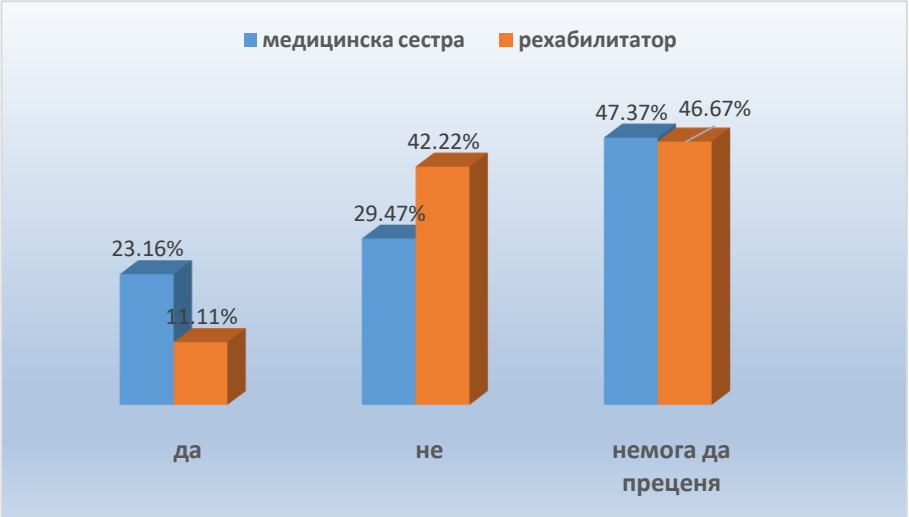
- ❖ работата е тежка и не добре платена-52.86% (n=74);
- ❖ работата е трудна и неквалифицирана-22.15% (n=31);

- ❖ други причини- 12,14% (n=17);
- ❖ нямам достатъчно знания и умения да се грижа за стари хора- 7.14% (n=10);
- ❖ нямам бариери за да работя с този контингент хора- 5.71% (n=8).

Водеща причина за липсата на интерес към гериатричните грижи студентите определят ниското заплащане, трудността при обгрижване на старите хора. Като **„други причини”** изследваните посочват липсата на търпение, трудности при общуване, невъзможността за пълно възстановяване или липса на подобрение в здравето на възрастните хора, което ги демотивира.

Налице е недостатъчната информираност на част от студентите за специфичните интердисциплинарни знания и умения, които трябва да притежават. В тази педагогическа дейност, водеща е ролята на преподавателя по здравни грижи, който да насочи, подпомогне и мотивира студента, в съответствие с неговите интереси и индивидуални възможности, да осъзнае потребностите на обществото и своето място в грижата за възрастните и стари хора.

Желанието на бъдещите специалисти за усъвършенстване и професионално развитие в областта на гериатричните грижи показва, че 41,4% от студентите рехабилитатори и 47,3% от студентите медицински сестри все още не са достатъчно ориентирани за бъдещата си специализация, което е обяснимо с липсата на професионален опит. Категорично не желаят да се развиват в това направление на здравните грижи са 24,3% от медицинските сестри и 41,4% от рехабилитаторите. Студентите от специалност „Медицинска сестра”, които биха специализирали гериатрични грижи са 28,4% (фиг.43):



Фиг. 43. Желание за специализация по гериатрични грижи

Резултатите от направеното проучване посочват, че пред обучението по гериатрични грижи на студентите от професионално направление „Здравни грижи“ стоят не малко предизвикателства. Наложително е да се организира процес на обучение и възпитание, който да подготви здравни специалисти с необходимите компетенции, за да се отговори на нарасналата обществена потребност от осъществяване на гериатрични грижи.

Водеща е ролята на преподавателя по здравни грижи при планирането, организирането и реализирането на педагогическа дейност, която да насочи, подпомогне и мотивира студента, в съответствие с неговите интереси и индивидуални възможности при ученето, да осъзнае потребностите на обществото и своето място в грижата за възрастните и стари хора.

Познаването същностната характеристика на интерактивните методи и включването им от преподавателя в обучението на студентите е фактор, който прави обучителния процес по-ефективен. Използването

им поставя студентите в активна позиция. Прилагането на дискусионни методи по време на семинари и упражнения, решаване на казус, включването на метода на конкретните ситуации, дава възможност на студентите да затвърдят и разширят знания за възрастните и стари хора, да придобият опит за самостоятелно идентифициране и решаване на проблеми, да представят различни подходи и интерпретации. В този процес преподавателят е в ролята на модератор, който стимулира оригиналното мислене, добрата аргументация и провокира изказване на различни мнения и гледни точки.

Участието на студенти в реализиране на изследователски проекти им помага за формиране на интелектуална автономност, критично мислене, както и възможност да реализират идеи за свои собствени цели. При подготовката за провеждане на практическото обучение на студентите в медико-социални общински структури: Дом за стари хора, Домашен социален патронаж, както и в лечебни заведения от извънболничната помощ: индивидуални и групови практики в доболничната помощ се ползват дискусионни и ситуационни методи.

Ангажирането на студентите в извънаудиторни дейности е част от обучението по гериатрични грижи. Това е още една възможност за практическо приложение на усвоените знания и умения в извънуниверситетската среда.

Получените резултати насочват, че съществуват достатъчни възможности за преподавателските екипи да намерят подходящите педагогически подходи към младите хора за постигане на осъзнат избор и удовлетворяваща професионална реализация. В рамките на научното изследване и прилагане на интерактивни методи за обучение се създаде:

Мобилен екип за превантивни грижи за стари хора.

Сформираха се интердисциплинарни мобилни екипи от доброволци, в които се включиха студенти от здравно и социално направление. В организация и провеждане на срещите участваха студенти от професионално направление „Здравни грижи" (медицинска сестра, рехабилитатор/ медицински ерготерапевт, помощник фармацевт), „Социални дейности", психолог от неправителствена организация (Схема 1.):



Схема 1. Структура на мобилен екип от доброволци за превантивни грижи

Под ръководството на преподавател студентите подготвиха актуална информация за възрастните хора относно различни здравни, социални и психологически проблеми- хигиена, хранене, двигателна активност при често срещани заболявания в третата възраст; прием на лекарства- правила; форми и начини за психологическа подкрепа; форми и изисквания за социална защита.

Апробиране на дейността на мобилните екипи се осъществи със съдействието на Община Бургас. Разработените дейности и задачи се осъществиха в десет Клуба за възрастни и стари хора и в Дом за възрастни хора на територията на гр. Бургас. Основният акцент бе насочен към повишаване на знания и формирането на уменията на възрастните и стари хора за независим живот в домашна среда.

В процеса на срещата се осъществи презентация по темите, групова и индивидуални беседи по вълнуващи възрастните хора проблеми. На участниците бе предоставена и в писмен вид полезна здравна и социална информация, под форма на брошури и технически фишове.

Под ръководството на преподавател по здравни грижи студентите проведоха физикални, антропометрични изследвания и някои експресни лабораторни тестове (артериално кръвно налягане, пулс, индекс на телесна маса, коремна обиколка, кръвна захар, 3-глицериди, урея).

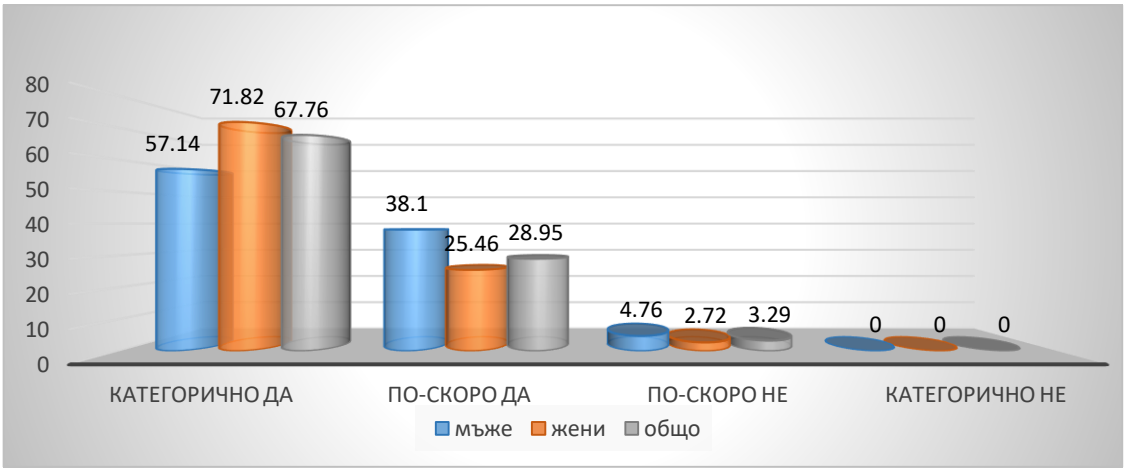
По време на целия процес се проведе целенасочено наблюдение на студентите и старите хора. Наблюдението на студентите показа висока мотивация при подготовка и провеждане на информационните срещи, непрекъснато подобряване на комуникационните умения и увереността в професионалната подготовка на бъдещите специалисти. При провеждане на беседите и разговорите студентите предоставяха информацията научно- обосновано, достъпно и в рамките на своите компетенции. Наблюдението на старите хора показа висока степен на внимание, интерес и активност- по всяка тема се зададоха поне по 2 въпроса. При индивидуалните беседи активно бяха търсени съвети по конкретни здравни проблеми.

На финала на срещата се проведе анонимно анкета за получаване на обратна връзка, относно удовлетвореност и полезност от инициативата. В анкетата бе заложена четиристепенна скала за оценяване. В изследването участваха 152 респонденти, от тях 110 жени и 42 мъже. Разпределението по възрастов състав е представено в Таблица 14:

Таблица 14. Възрастова структура

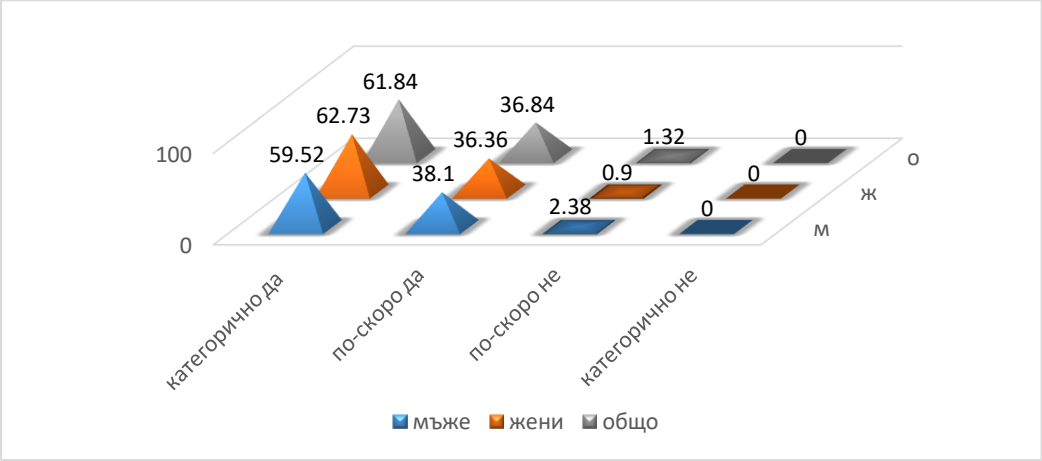
възраст	**общо**		**мъже**		**жени**	
	брой	**относителен дял %**	**брой**	**относителен дял %**	**брой**	**относителен дял %**
65-70 години	49	32,24	16	38,10	33	30,00
71-75 години	48	31,58	11	26,19	37	33,63
76-80 години	32	21,05	11	26,19	21	19,10
над 80 години	23	15,13	4	9,52	19	17,27
общо	***152***	***100***	***42***	***100***	***110***	***100***

На въпроса „Интересна ли е за Вас предоставената информация?” с „категорично да” са отговорили 67,76% от анкетираните, 28,95% са посочили „по скоро да” и само 3,29% дават негативен отговор „по скоро не”. Няма нито един отговор ”категорично не”. Според получените резултати, жените изразяват по- голяма позитивна категоричност, че предоставената информацията е интересна за тях, което е видно от данните на **фиг.44.**:



Фиг. 44. Интерес към предоставената информация

До колко са полезни предоставените съвети и информация, 61,84% от респондентите са категорични, че съветите са полезни за тях, 36,84% посочват отговор „по скоро да" и едва 1,32% от възрастните хора отговарят „по скоро не". Детайлното разпределение на отговорите е посочено на фиг.45:

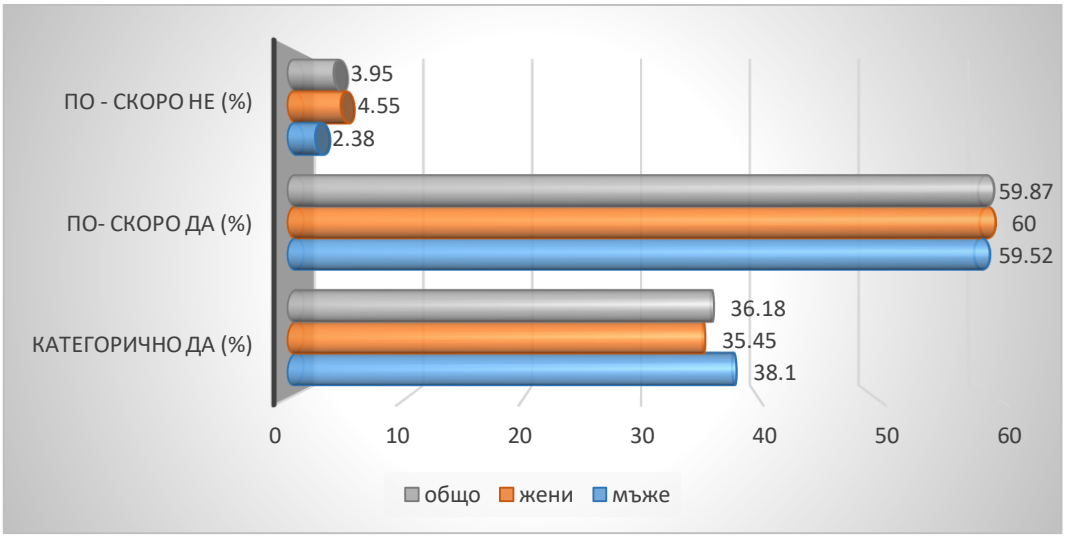


Фиг. 45. Полезност на получените съвети

В резултат на анализ на резултатите от горепосочените отговори може с голяма увереност да се каже, че предоставената здравна, социална и

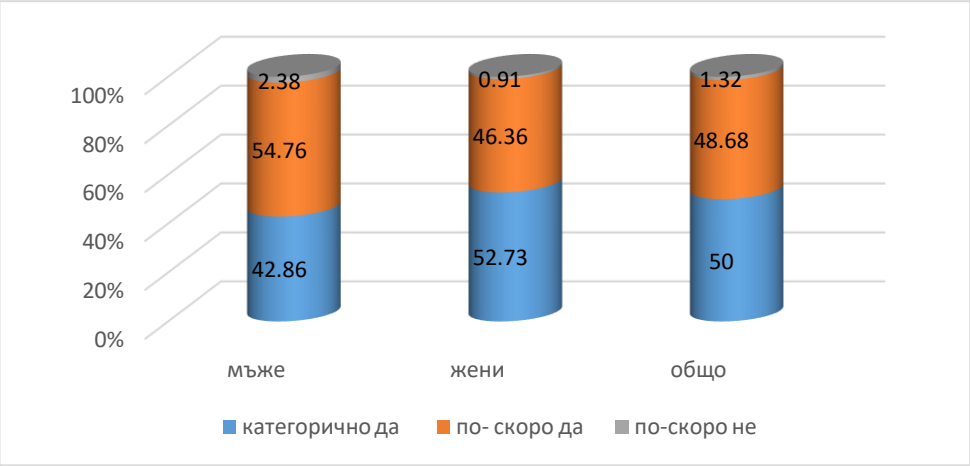
психологическа информация е била актуална, ценна и поднесена по подходящ начин за възрастните хора.

За да се проучи, доколко предоставените съвети и информация са повлияли на респондентите да изменят нездравословните навици, им бе зададен следния въпрос „Ще спазвате ли дадените съвети?". Анализът на резултатите показва, че за възрастните хора е трудно да променят дългогодишно установения начин на живот и създадените навици. Само 36,18% от анкетираните са категорични, че ще спазват съветите, 59,52% посочват „по скоро да" и 3,95% отговарят „по скоро не". Отговорите на мъжете показват по- висока мотивация да променят вредните си навици, което е показано на **фиг. 46**:



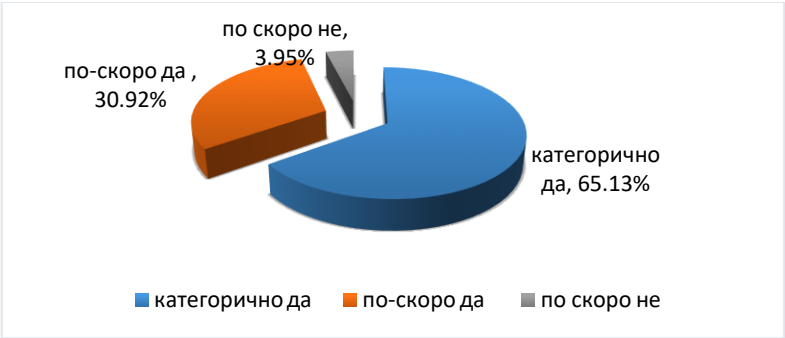
Фиг. 46. Мотивация за спазване на предоставените съвети

По- голяма част от респондентите са убедени, че спазването на предоставените съвети ще им помогне да поддържат продължителен, активен и пълноценен живот. Само 1,32% от възрастните хора отговарят „по скоро не", а останалите 98, 68% дават отговори „категорично да" и „по скоро да"(фиг.47).



Фиг. 47. Значение на предоставените съвети за съхраняване на добро качеството на живот

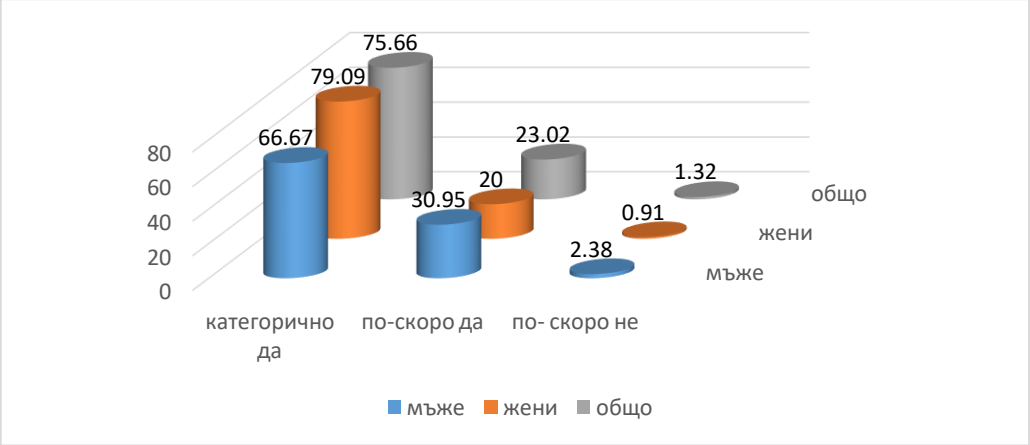
За повишаване на здравната, психологическа и социална грамотност на възрастните хора е важно повече от тях да бъдат информирани и да осъществяват мотивиран избор за поддържане на здравето си. Това може да се случи чрез специалистите, но е важно и хората в своята среда да разпространяват придобитите знания и умения и да мотивират свои близки и приятели в общността. На въпроса „Бихте ли споделили предоставената информация със свои близки и познати?”, 65,13% от изследваните лица отговарят „категорично да”, 30.92% - „по скоро да” и само 3,95% „по скоро не” (Фиг.48).



Фиг. 48. Разпространение на предоставената информация в обкръжението

Резултатите показват колко е важно специалистите от различни структури да създадат съвременни организационни форми за повишаването на информираността на възрастните хора в общността.

За специалистите е важно мнението на възрастните хора за необходимостта от провеждането на регулярни информационни срещи в мултидисциплинарен екип. Респондентите изразяват позитивни нагласи и считат за полезни и значими тези срещи – 75, 66% отговарят „категорично да". Има различие между мнението на жените (79,09%) и мъжете (66,67%). Негативна позиция изразяват само 1,32% от анкетираните, които считат, че по скоро не е необходимо да се провеждат подобни срещи (фиг. 49.):



Фиг. 49. Необходимост от провеждане на информационни срещи

За провеждането в бъдеще на образователни срещи по полезни и вълнуващи възрастните хора теми, бе дадена възможност на възрастните хора да посочат интересуващите ги проблеми. Отговори за интерес към тематики за бъдещи информационни срещи се получиха от 147 изследвани лица (96,71%). Останалите петима респонденти (3,29%) не

са посочили отговори. В анкетата е дадена възможност на изследваните възрастни хора да посочат повече от един отговор. **В таблица 15** са представени в низходящ ред предпочитанията на възрастните хора. Сумарно отговорите надвишават броя на изследваните лица, тъй като средно респондентите са посочили между 2 и 3 отговора (средно 2,67). Водещите три места заемат здравните теми за грижи при хронични и често срещани заболявания при възрастни хора, поведение при спешни състояния. Интерес и особено внимание предизвикват отговорите на изследваните мъже, които на второ място посочват, че имат нужда от информация за възможностите за ползване на психологическа подкрепа **(виж Таблица 15).**

Таблица 15. Желание за тематики при организиране на периодични информационни срещи

Тематика	мъже		жени		общо	
	брой отговори	относителен дял (%)	брой отговори	относителен дял (%)	брой отговори	относителен дял (%)
хранителен режим при различни хронични заболявания	24	57,14	62	56,36	**86**	**56,58**
комплексни грижи при различни често срещани заболявания	20	47,62	56	50,91	**76**	**50,00**
поведение при спешни състояния	16	38,09	55	50,00	**71**	**46,71**
възможности за ползване на психологическа подкрепа	23	**54.76**	24	21,82	**47**	**30,92**
подходяща физическа активност	14	33.33	29	26,36	**43**	**28,29**

специфични хигиенни грижи	8	19,05	26	23,64	**34**	**22,37**
възможности за ползване на социални услуги	10	23,81	23	20,91	**33**	**21,71**
други: **-Грижи при пейсмейкър** **-грижи при алергични кожни заболявания**	1	2,38	1	0,91	**2**	**1,32**
общо	**116**		**276**		**392**	

Анализът на резултатите показват, че възрастните и стари хора дават висока оценка за провеждането на информационни срещи с мултидисциплинарни екипи в неформална среда. Включването на студентите по време на обучение като доброволци в мултидисциплинарни екипи повишава качеството на професионалната им подготовка, подобрява мотивацията и увереността за реализиране в областта на гериатричните грижи.

5. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Въпреки положените усилия на национално и местно ниво все още не може да се постигне съответствие между потребностите на населението в т.ч. старите хора и реализираните здравни грижи и социални услуги. В предлагането на грижи липсва холистичен подход, те са силно фрагментирани, което затруднява достъпа до тях и риск от здравна и социална изолация на уязвимите групи. Сериозно предизвикателство е неравномерното географско разпределение на населението и възможностите за предлагане на разнообразие от грижи и услуги в различните населени места, недостатъчен брой подготвени професионалисти и експерти по гериатрични грижи, както и силно ограничения финансов ресурс.

Приетите концепции и стратегии за комплексни грижи за възрастните и стари хора не дават необходимите резултати. Данните на State of Health in the EU България- Здравен профил за страната 2017, отчита че по-голямата част от изразходваните ресурси в здравеопазването са за лекарствени продукти и болнична помощ. При предоставянето на здравни услуги, болничните запазват водеща роля, като равнището на ненужни хоспитализации е от най-високите в ЕС, което се потвърждава и от направените изследвания на Ж. Стайкова (88, 90). Високите равнища на ненужни хоспитализации говорят за слабо развита първична помощ и липса на координация в здравеопазната система. Като основен проблем в първична помощ е наличие на значителни регионални различия в осигуреността с общопрактикуващи лекари и голямата отдалеченост. Национални проучвания също потвърждават

регионалните неравенства, като делът на пропуснатите грижи е по-голям в малките градове и села (Атанасова, Мирчева и Докова, 2016 г.).

Достъпът до здравни услуги е проблематичен и от наличие на висок процент преки плащания на потребителите, което е бариера за уязвимите групи, домакинствата с по-ниски доходи и възрастните хора. Тези негативни резултати се отразяват на качеството и водят до неудовлетвореност на населението от достъп до здравни грижи, особено за хора с ниски доходи и уязвимите групи от населението, каквито са възрастните и стари хора.

Направеното изследване сред възрастните и стари хора и техните семейства в Бургаска област потвърждава международните и национални проучвания. Неудовлетвореност от достъпа до здравни услуги посочват 62.50% от възрастните и стари хора, както и 65% от хората грижещите се за тях. Релевантни са и резултатите на респондентите по отношение на достъпа до социални услуги. Неудовлетвореност изпитват 66.12% от старите хора и 63.13% от обгрижващите.

С приетите промени в Закона за здравето е въведена концепцията за интегрирана грижа (2015 г.). С този закон е създаден и разрешен нов тип доставчик на здравни услуги, центрове за комплексни услуги за хора с увреждания и хронични заболявания. Все още обаче лисват създадени правилници, регламенти, стандарти, които да осигурят лесен достъп, ефективна координация и подобряване на здравно-социалните грижи и услуги. Мултидисциплинарен подход при интегрирана подкрепа на хората в домашна среда може да се осъществи чрез правилно

организиране, управление и на сътрудничество между различните институции, основно МЗ и МТСП.

Резултатите от проучването показват, че за създадени под различна форма центрове за комплексни медико-социални грижи отговарят 13,61% от възрастните и стари хора, и 18.75% от обгрижващите. Като териториалното разпределение показват значими диспропорции. Според близките, които се грижат за стари хора само 3.53% от тези живеещи в селата дават положителен отговор.

Неусъвършенстваната нормативна база води до неравномерно разпределение на тези структури за интегрирани грижи и недостатъчно разнообразие от мрежи-публични, общински, частни, което да не допуска интитуционализация на грижите за стари хора. Налице е и малкия брой услуги, които се предоставят. Семействата и близките, които се грижат за стари хора не могат да си осигурят почивка от грижите- само 17.50% от анкетираните имат почивни дни всеки месец. Високата ангажираност води до физическо и психологическо натоварване при 66.87% от респондентите.

Усъвършенстване на законовата и нормативна рамка, приемането на Стандарт за здравни грижи, Стандарт за гериатрични грижи, детайлизиране на Наредба № 1 от 08 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, Стандарта по обща медицинска практика и др. документи ще подпомогне този процес. Един от най- важните документи е приемането на Стандарт за здравни грижи, чрез който да се обективизира нивото на качество на предоставените

услуги. Този регламент трябва да даде възможност на здравните специалисти да се включат като достоен партньор в предоставяне и осигуряване на качествени здравни грижи, както и по-добра профилактика и по-добра координация на грижите. На схема 2. е представен организационен модел за взаимодействие на институциите за осъществяване на интегрирани грижи за възрастни и стари хора.



Схема 2. Организационно взаимодействие на институциите за осъществяване на интегрирани грижи за възрастни и стари хора.

Съществуващите структури в доболничната помощ (общопрактикуващ лекар и професионалист по здравни грижи в екип) са предпочитани от старите хора за тяхното обгрижване в областта на медицинската помощ: манипулации, лекарски визити, изписване на лекарствени средства и осъществяване на връзки с други медицински специалисти. Направеното проучване доказва недостатъчната ефективност на този екип относно осигуряване на информираност, обучение и изграждането на умения за справяне с възникналите проблеми на старите хора в домашна среда, като и недостатъчна подкрепа на семействата, полагащи грижи за зависими членове. Само 34.17% от старите хора и 39.38% от обгрижващите отговарят с „да“ и „по- скоро да“. Проведените в процеса на научото изследване здравно-социални срещи в Клубовете за стари хора показа висока степен на мотивация и нагласи на старите хора за активно участие в процеса на подържане на добро здраве- спазване на предоставените съвети и необходимост от регулярно провеждане на здравни беседи.

Здравно-образователни дейности провеждат системно само 31.20% от изследваните медицински сестри в ПМП. Това е свързано както с обективни, така и субективни причини- голям обем от дейности, пренатоварване на персонала, недостатъчно специалисти, неразбирането на медицинските специалисти (лекарите) за самостоятелната функции на съвременните медицинска сестра в областта на промоция на здравето и превенция на заболяванията и техните усложнения и др.

Създаването на регламенти за взаимодействие на здравните и социални институции чрез спецификата на тяхната предметна дейност

ще подпомогне възрастния човек да излезе от тясното медицинско поведение към собственото си здраве.

Въз основа на разгледаните и анализирани съвременни теории, концепции, стратегии и модели, както и анализа на направеното изследване, предлагаме ***Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора,*** който да преодолее несъответствието между реалните потребности на обществото и състоянието на здравно-социалната система у нас **(Схема 3)**.

Отчитайки хетерогенността на възрастното население, *водещата идея* на Модела е осигуряване на грижи и подкрепящите услуги, които се осъществяват в различни среди и да включват: промотивни, превантивни, подкрепящи, рехабилитационни, палиативни и грижи за терминално болни, управление на заболяванията, краткосрочни и продължителни грижи. Ефективността на Модела се постига, когато той се прилага в социалната общност. Той трябва да отчита териториалното разпределение, специфичните здравни и социални потребности на старите хора и техните семейства в контекста на тяхната среда – в дома, обществени структури и институции.

Ефикасността на гериатричните грижи е фокусирането им в социалната общност (*ниво община, населено място),* което осигурява индивидуализиране на грижите след отчитане на био-психо-социалните аспекти на здравето на всеки потребител и комплексно оценяване на потребностите. При създадения *Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора* в социалната общност важен акцент е включване в структурата на общинската администрация на *Експерт по гериатрични грижи,* който да организира и координира дейността

между доставчици на здравни и социални грижи, различни групи специалисти, Висшите училища, неправителствени и други организации, доброволци. Това ще повиши достъпността и ефективността на гериатричните грижи в социалната общност. Създаването на разнообразни форми за подкрепа и взаимопомощ разширява възможностите за съхраняване и подобряване качеството на живот на старите хора **(Схема 3)**.

Приоритет на грижите и услугите е прилагане на подход за промоция на независимостта за възрастните и стари хора и интердисциплинарен подход при разрешаване на комплексни проблеми. Важни акценти в Модела са:

- осигуряване на устойчив механизъм за прилагане на непрекъснат процес на грижи и услуги чрез ефективно мулти- и интер професионално сътрудничество;
- формиране на уменията на възрастните и стари хора за независим живот в домашна среда чрез провеждане на промотивно-превантивни дейности;
- осигуряване необходимата компетентна подкрепа на семействата при осъществяване на качествени грижи за възрастния човек.

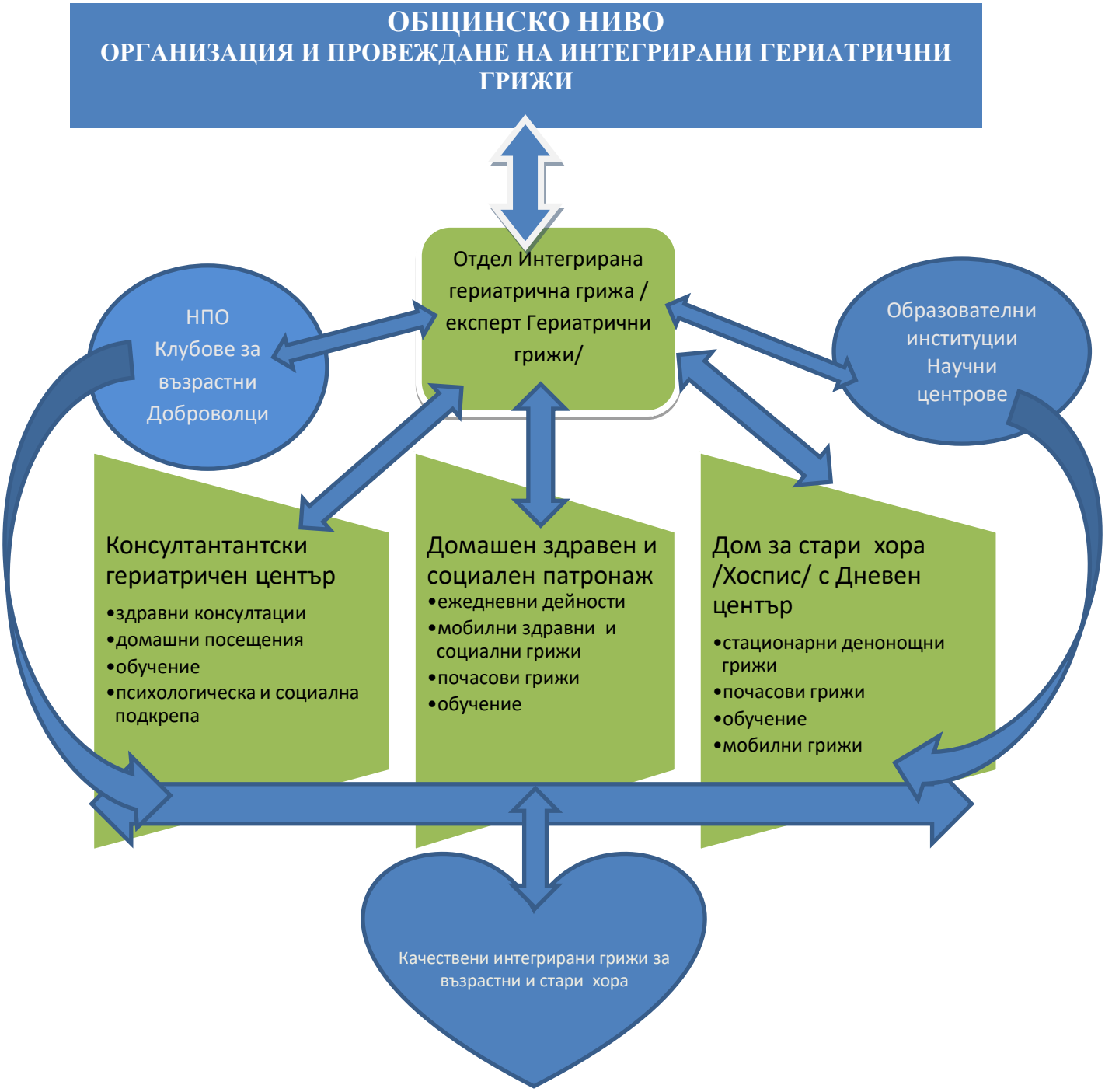


Схема 3. Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастните и стари хора

Този Модел може да се осъществи чрез създаване на гериатрични практики в ПМП и разширяване на дейностите на вече съществуващите

структури в социалната общност, като Домашен социален патронаж, Домовете за стари хора и др. В тези институции могат да се оказват интегрирани здравно- социални услуги, почасова грижа, дневна грижа, да се осъществяват информационни и образователни срещи както за възрастните и стари хора, така и за хора, участващи в обгрижването им.

Създаване на групови практики по гериатрични грижи (гериатричен център), включващи специалисти в областта на здравни и социални услуги (медицинска сестра, медицинска сестра по социални дейности, лекарски асистент, гериатричен асистент и др.) дава възможност за преодоляването на протективния подход в здравните грижи. Тези практики е необходимо да са в тясно взаимодействие с общопрактикуващите лекари.

Тяхното администриране преобладаващо трябва да се осъществява от общинските структури. Те могат да бъдат разположени в МЦ, ДКЦ, АПМП, АСМП и др., които до голяма степен са съобразени с териториалното разпределение на населението. По този начин ще се подобри достъпа до превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция, както и обезпечаване на комплексна, ефективна подкрепа на семействата, полагащи грижи за стари хора с намалена автономност. Чрез създадени добри регламенти, инструкции и информационно осигуряване се осъществява непрекъснат процес за грижи, съобразно здравословно и социално състояние на стария човек.

Осъществяването на следдипломно обучение на специалистите по здравни грижи е затруднено, което показват резултатите от проучването на медицинските сестри в доболничната помощ. Една от основните

обективни причини са разпоредби в Стандарта по обща медицинска практика, където повишаването на квалификацията на медицинските сестри има препоръчителен характер и се оставя на субективната преценка на лекаря, който се явява работодател на тези специалисти. Това създава бариери за непрекъснатото им усъвършенстване и квалификация.

Не са създадени задължителни регламенти за стимулиране на медицинските сестри, повишили квалификацията си. Формираната гериатрична структура на общинско ниво има отговорността да организира и контролира процеса на непрекъснато обучение и квалификация на специалистите по гериатрични грижи, което ще подпомогне подобряването на качеството на предлаганите услуги. Тази структура трябва да взаимодейства с професионалните организации (напр. БАПЗГ) и висшите училища в този процес.

За ефективното прилагане на интегрирани грижи е необходима промяната в начина на обучение на професионалистите от здравеопазната и социалната система. Към момента професионалното мислене на специалистите е ориентирано още по време на образованието им към специализация и фрагментация. Формирането от образователните институции на нов начин на мислене в бъдещите специалисти, освободен от професионални и институционални граници и насочен към комплексност и цялостност на грижата чрез партньорство, ще подобри качеството на гериатричните грижи.

Осъществяване на взаимодействие с научните организации и центрове, висшите училища, които имат отношение към възрастните

хора със създаване на съвременни технологии за контрол на здравето, за развитието на геронтологията и гериатрията.

Привличането на пациентски организации, неправителствени организации, здравни клубове за възрастни граждани могат да предложат услуги за формиране на умения за самопомощ. Възможностите за оказване на самопомощ са свързани с изграждане у личността на жизнени умения, вкл. и умения за укрепване на здравето. Жизнените умения позволяват на хората да контролират и управляват своя живот, да се справят с изискванията и предизвикателствата на всекидневния живот. Те включават и уменията за справяне с хроничните болести. В изброените организации членуват компетентни хора по много специфични въпроси, относно домашното обслужване на тежко болни, хранителен режим при някои болести, режим на труд и почивка, психо-социална рехабилитация. Те могат да участват активно в обучението на семейството на възрастните хора при тяхното обгрижване. Членовете на доброволческите организации могат да измерват артериално налягане, тегло, кръвна захар и могат да осъществяват различни здравно-възпитателни дейности. В много страни е доказана ефективността в оказване на подкрепа на възрастни хора от съществуващите здравни клубове за възрастни. В България може да се ползва опита на неправителствени организации като Сдружение за диабетни грижи, за хора с увреждания, за онкологично болни и др. Социална подкрепа се оказва от административни структури на местно ниво за осигуряване на различни видове облекчения, финансова подкрепа и домашни грижи. Други социални центрове създават възможност за разнообразяване на формите за организиране и

включване в културни събития, отдих, срещи с приятели. Този подход подобрява взаимодействието между регионални и национални структури с неправителствения сектор при предоставяне на здравни и социални услуги за възрастни.

Сътрудничеството и партньорство с бизнес организации ще подпомогне и стимулира предоставянето на разнообразни и достъпни за старите хора технически съвременни средства, облекчаващи здравната, социална и психологическа адаптация, както и за финансиране и развитие на допълнителни здравни услуги. По този начин се постига балансирано и резултатно взаимодействие между държавната подкрепа и предприемаческата активност, повишава се мотивацията и стимулирането на заетите с предоставянето на услугите.

Преодоляване на негативното отношение на по- младата част от обществото, което показва стереотипизиране и дискриминиране на хора заради напредналата им възраст, може да се осъществи в училищна среда чрез включване на децата в различни инициативи за подкрепа на възрастните и стари хора. По този начин се възпитава хуманно отношение и солидарност между поколенията, изграждат се ценности на уважение и зачитане на човешкото достойнство.

Включването на електронните и печатни медии в изграждане на позитивния образ на старите хора, презентиране на добри практики в гериатричните грижи, участие в инициативи за промотиране на здравословния начин на живот разширява начините и формите за качествени гериатрични грижи и създаване на подкрепяща социална среда.

Разработения *Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастните и стари хора* преодолява дефицита от пълноценни гериатрични грижи чрез алтернативни съвременни подходи за организация и провеждане на качествени здравни и социални грижи. Акцентира се на създаването на възможности при старите хора за повишаване на личната отговорност за здраве, себеподпомагане и социална подкрепа.

В представения Модел основна роля за организиране и управление на процеса за осигуряване на качествени грижи е *Експерт по гериатрични грижи.* В **Таблица 16.** са представени Методически насоки за основните компетенции на Експерта:

Таблица 16. Методически насоки за компетенции на експерт по гериатрични грижи в социалната общност.

Компетенции	**Основни изисквания и дейности**
Професионални	❖ Притежава знания и умения да осигурява интегрирани и непрекъснати грижи за популацията на възрастните хора и тяхното обкръжение в социалната общност като: анализира, идентифицира и интерпретира био-психо-социалните потребности, планира, осигурява и оценява ефективността на приложените грижи. ❖ Спазва законите и политиките, свързани със старите хора, като организира прилагането на оптимални грижи и подкрепа на благосъстоянието на старите хора и техните семейства в социалната общност. ❖ Спазва етичните стандарти и професионалните норми, както и високи лични

	стандарти за поведение. ❖ Повишава професионалните си знания и усъвършенства уменията си с цел подобряване качеството на грижите за стари хора. ❖ Подобрява и осъвременява собственото си професионално поведение с оглед предлагане на висококачествени грижи и подкрепа за старите хора в общността. ❖ Обсъжда и решава конфликти в екипа.
Организационни	❖ Разработва, адаптира и внедрява дългосрочни политики и дейности, свързани с грижите и услугите за старите хора и тяхното обкръжение на местно и организационно ниво. ❖ Планира и координира програми и мрежи за грижи и услуги изпълнявани от професионалистите от различни организации, като прилага холистичен подход. ❖ Създава регламенти и процедури за безопасно и ефективно преминаване през нивата на грижи и подкрепа, което да осигури непрекъснатост на грижите за стария човек при изменения степента на автономност и различни социални фактори. ❖ Оценява ефективността на предлаганите грижи и идентифицира необходимостта от нови видове услуги за старите хора и техните семейства, както и приема инициативи за разработването им. ❖ Демонстрира лидерски качества в екипа.
Комуникативни	❖ Поддържа взаимоотношения и ефективна комуникация с професионалистите за обезпечаване на интегрирани грижи и подкрепа на старите хора и техните семейства в общността.

	❖ Създава и поддържа мулти- и съвместно сътрудничество с други организации, институции за постигане на оптимални здравни и подкрепящи грижи за старите хора. ❖ Инициира създаването на партньорство с бизнес структури и научни организации за финансиране и внедряване на технологични новости, подобряващи качеството на живот на старите хора в общността. ❖ Взаимодейства с медиите и приобщава обществеността към инициативи свързани със здравето и благосъстоянието на старите хора-създава позитивен образ в обществото.
Образователни	❖ Използва образователни стратегии за промотиране на самостоятелността, самочувствието и качеството на живот на старите хора. ❖ Осигурява прозрачност и достъп до информация на старите хора и семействата за предлаганите здравни грижи, социални услуги и обществени програми. ❖ Съветва и консултира различни групи професионалисти по здравни и социални грижи. ❖ Организира и контролира непрекъсната обучение и квалификация на специалистите по гериатрични грижи съвместно с професионалните организации и висшите училища. Съдейства и участва в обучението на бъдещите професионалисти за прилагане на качествени комплексни грижи.
Изследователски	❖ Следи и анализира научни и практически проучвания, свързани с осигуряване на на грижи и

	подкрепа за старите хора и техните семейства. ❖ Съобразява се с новите тенденции в професионалната литература с фокус към подобряване на грижите и услугите за старите хора и техните семейства. ❖ Разработва протоколи, стандарти и процедури за промоция на качеството, ефикасността и ефективността на грижите, осигурявани за старите хора. ❖ Инициира и провежда проучвания в общността за оценка удовлетвореността на потребителите от качеството на предлаганите грижи и услуги. ❖ Подпомага и извършва практически изследвания като спазва биоетичните норми и правила.

6. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

6.1. Изводи

Застаряването на населението в глобален, европейски и национален мащаб поставя множество предизвикателства пред здравните и социални системи за осигуряване на добро качество на живот, активен и достоен живот в старостта. С нарастване на възрастта нуждите на старите хора от медицинско обслужване и социална закрила се увеличават. Здравните и социалните служби трябва да решат редица проблеми за подобряване живота, адаптивността и самочувствието на тази част от населението, което налага прилагане на дългосрочни и интегрирани грижи. Инвестирането в съвременни и ефективни структури между различни здравни, социални и образователни институции ще подобри качеството на грижите и услугите за старите хора.

В резултат на проведеното научно изследване могат да се направят следните **изводи:**

1. В резултат на нереформираните здравна и социална системи са налице диспропорции в териториалното разпределение на предоставяните здравно-социални грижи и услуги, което затруднява достъпа на старите хора до тях и създава риск за здравна, психологическа и социална изолация;
2. Липсват изградени мрежи за интегрирани грижи за възрастните и стари хора, които да осигурят поддържане на техния оптимален физически, психологически и емоционален статус;
3. Семейството и грижещите се за възрастни и стари хора не получават достатъчна здравна, социална и психологическа подкрепа от

специалистите, което нарушава качеството им на живот и затруднява оказването на ефективни гериатрични грижи;

4. Възрастните и стари хора и техните обгрижващи проявяват желание за повишаване на здравните и социални знания и умения, които да осигурят поддържане на добро здравословно състояние и независим живот;

5. Медицинските сестри в първичната медицинска помощ са ориентирани към прилагане на протективен подход в здравните грижи и не полагат достатъчно грижи в промотивно-профилактичната област;

6. Направеното изследване показа, че професионалната реализация на медицинските сестри в първичната здравна помощ е непривлекателна за младите специалисти;

7. Сред медицинските сестри в доболничната помощ се отчита висока степен на демотивация за повишаване на професионалната квалификация в областта на гериатричните грижи, което според тях е обусловено от силно ограничените функции на медицинските сестри в първичната медицинска помощ и липса на финансови стимули;

8. Налице е несъответствие между реалните потребности на обществото от специалисти по гериатрични грижи и липса на мотивация сред бъдещите здравни специалисти да се развиват в това направление;

9. Водеща причина за демотивацията на студентите е заплащането, което не е адекватно на комплексните изисквания за грижа към възрастните и стари хора.

10. Всички изследвани групи изразяват положителна нагласи за необходимостта от изграждане на комплексни центрове за гериатрични грижи на местно ниво;

11. Медицинските сестри одобряват разнообразяване на формите за оказване на гериатрични грижи; за разширяването на екипа на ОПЛ с включването на „патронажна медицинска сестра", която да извършва домашни посещения и консултации за хронично болни и стари хора.

6.2. Препоръки

В резултат на направеното изследване могат да се формулират следните предложения и препоръки:

Към МЗ и МТСП

1. Създаване на правилници, регламенти, стандарти, които да осигурят лесен достъп, ефективна координация и подобряване на здравно-социалните грижи и услуги за възрастните и стари хора.
2. Създаване на ефективна система за дългосрочно финансиране на гериатричните грижи, чрез оптимални, социално поносими здравно и социалноосигурителни схеми и вноски или данъчно облагане.

Към МЗ

1. Приемане на Стандарт за здравни грижи и в частност Стандарт за гериатрични грижи, чрез които да обективизира нивото на качество на предоставените услуги и да даде възможност на здравните специалисти да се включат като достоен партньор в предоставяне и осигуряване на качествени здравни грижи, както и по-добра профилактика и по-ефективна координация на грижите.

2. Да се направят промени в Стандарта по обща медицинска практика, в който повишаването на квалификацията на медицинските сестри да има задължителен характер, както и задължителни регламенти за стимулиране на медицинските сестри, повишили квалификацията си.

Към Общинските администрации:

1. Създаване в структурата на общинската администрация на *Експертно звено по гериатрични грижи,* което да организира и координира дейността между доставчици на здравни и социални грижи, различни групи специалисти, Висшите училища, неправителствени и други организации, доброволци. Това ще повиши достъпността и ефективността на гериатричните грижи в социалната общност. Създаването на разнообразни форми за подкрепа и взаимопомощ разширява възможностите за съхраняване и подобряване качеството на живот на старите хора.

2. Създаване на групови практики по гериатрични грижи (гериатричен център), включващи специалисти в областта на здравни и социални услуги (медицинска сестра, медицинска сестра по социални дейности, лекарски асистент, гериатричен асистент и др.), които да са в тясно взаимодействие с общопрактикуващите лекари.

6.3. Заключение

В настоящото научно изследване сме се опитали въз основа на теоретичните постановки и добри практики да предложим организиране на комплексни медико-социални грижи за възрастни и стари хора, чрез които да се постигне по-голяма достъпност, добро качество и дългосрочна устойчивост на гериатричните грижи.

В резултат на направеното изследване могат да се посочат следните **приноси:**

- ✓ *научно- теоретични*

  - направен е задълбочен анализ на международното и националното законодателство за осигуряване на комплексни грижи за възрастните и стари хора и техните семейства;

  - изследвани, анализирани и са обобщени потребностите на възрастните и стари хора и техните семейства от здравни и социални услуги, което да осигури качество на грижите и удовлетвореност от потребителите.

- ✓ *научно-приложни*

- представен е организационен модел за взаимодействие на институциите за осъществяване на интегрирани грижи за възрастни и стари хора;

- изработен е Модел за организиране на интегрирани грижи на възрастни и стари хора, който да осигури непрекъснат процес на грижи и подкрепящите услуги, осъществявани в различни среди, които включват: промотивни, превантивни, подкрепящи, рехабилитационни, палиативни и грижи за терминално болни,

управление на заболяванията, краткосрочни и продължителни грижи;

- разработени са Методически насоки за компетенции на Експерт по гериатрични грижи в социалната общност.

✓ *с потвърдителен характер*

- осъществения научно-педагогически експеримент на мобилен екип за превантивни грижи показа, че възрастните и стари хора дават висока оценка на здравно-социалните образователни срещи с мултидисциплинарни екипи в неформална среда. Включването на студентите по време на обучение като доброволци в интердисциплинарни екипи повишава качеството на професионалната им подготовка, подобрява мотивацията и увереността за реализиране в областта на гериатричните грижи.

7. Приложения

Приложение 1. Анкетна карта №1 за възрастни и стари хора

Приложение 2. Анкетна карта №2 за лица, обгрижващи възрастни и стари хора

Приложение 3. Анкетна карта №3 за медицински сестри, работещи в доболничната помощ

Приложение 4. Анкетна карта №4 на студенти от професионално направление „Здравни грижи”

Приложение 5. Анкетна карта №5 за възрастни и стари хора, преминали обучение –превантивни грижи

АНКЕТНА КАРТА_1 **№ 1. ____**

Уважаеми дами и господа,

Молим Ви да попълните предоставената анкетна карта. Тя е **анонимна** и **доброволна** и се провежда с научна цел. Резултатите ще бъдат предоставени само в обобщен вид и имат за цел да проучат потребностите Ви от здравни и социални услуги.

Моля да поставите знак ☑ или ☒ за обозначаване на отговорите.

На всеки въпрос има по един отговор, освен ако не е указано друго.

Благодарим Ви за отделеното време!

1. **Каква е Вашата възраст?**

☐ 65-70 г.	☐ 71-75 г.	☐ 76-80 г.	☐ 81-85 г.	☐ над 85г.

2. **Вашият пол е:**

☐ мъж	☐ жена

3. **Какво е Вашето семейно положение**?

☐ семеен	☐ несемеен	☐ разведен	☐ вдовец/вдовица

4. **Вие живеете в**:

☐ град	☐ село

5. **В коя община се намира Вашето населено място? Община_____**

6. **Как определяте здравословното си състояние?**

☐ много добро	☐ добро	☐ задоволително	☐ незадоволително	☐ тежко

7. О**т какви заболявания страдате, диагностицирани от лекар? /може да посочите повече от един отговор/**

☐ заболявания на дихателна система (хроничен бронхит, бронхиална астма, емфизем, др)

☐ заболявания на сърдечно-съдова система (хипертонична болест, исхемична болест на сърцето, инфаркт на миокарда, др.)

☐ заболявания на ендокринна система (диабет, др.)

☐ заболявания на централна нервна система (исхемичен инсулт, хеморагичен инсулт, Паркинсон, др.)

☐ заболявания на периферна нервна система (радикулит, дискова херния, др.)

☐ заболявания на опорно-двигателния апарат (артрит, артроза, остеопороза, др.)

☐ заболявания на храносмилателната система (гастрит, язва, др.)
☐ заболявания на отделителната система (пиелонефрит, бъбречна калкулоза, простатит, др.)
☐ заболявания на жлъчно-чернодробна област (холелитиаза, хепатит, цироза, др.)
☐ други (посочете какви) ……
☐ нямам хронични заболявания

8. Удовлетворени ли сте от достъпа до здравни грижи?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

9. При посещение при Вашия личен лекар, получавали сте информация (писмена или устна) от лекаря или медицинската сестра, как да се грижите за себе си при здравословни проблеми (напр. за хранене, движение, хигиенни грижи, прием на лекарства и др.)?

☐ да, непрекъснато	☐ да, често	☐) да, рядко	☐ не съм получавал/а

10. При посещение при личния лекар, получавали сте информация от лекаря или медицинската сестра свързана със здравословно поведение при Вашето хронично заболяване?

☐ да, често	☐ да, рядко	☐ не съм получавал/а

11. Нужна ли Ви е помощ за да извършвате ежедневните си дейности?

☐ да, непрекъснато	☐ да, понякога	☐ не се нуждая

12. При нужда кой Ви оказва помощ?

☐ семейство	☐ други роднини	☐ имам личен асистент
☐ съседи, приятели	☐ нямам помощ	☐ не се нуждая от помощ

13. Удовлетворени ли сте от достъпа до социални услуги?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

14. Има ли във Вашето населено място Комплексен център за здравни и социални услуги за стари хора?

☐ да	☐ не	☐ не съм се интересувал/а

15. **Ако във Вашето населено място има Комплексен център за здравни и социални грижи за стари хора бихте ли ползвали различни видове услуги?**

☐ да, ако не се заплаща	☐ да, дори и да се заплаща	☐ няма да ползвам

16. **Какви здравни и социални услуги в един Дневен център биха били полезни за Вас?/може да посочите повече от един отговор/**

☐ измерване на кръвно налягане, пулс, електрокардиограма
☐ провеждане на лабораторни изследвания
☐ консултации с лекар- специалист
☐ получаване на консултации по здравни проблеми
☐ провеждане на беседи за предпазване от усложнения на заболяванията
☐ консултация с психолог
☐ рехабилитационни процедури
☐ Предлагане на грижи и услуги в дома
☐ консултация със социален работник
☐ провеждане на срещи разговори със свои връстници, участие в културна програми
☐ юридически консултации
☐ консултации за организиране на финансите
☐ други (посочете какви)……

17. Какъв е средния месечен доход на човек във Вашето домакинство?

☐ до 250 лв.	☐ 251- 350 лв.	☐ 351- 500лв.
☐ 501- 600лв.	☐ 601- 800лв.	☐ над 800лв.

Благодарим Ви за отделеното време!

АНКЕТНА КАРТА_2 **№ 2. ____**

Уважаеми дами и господа,

Молим Ви да попълните предоставената анкетна карта, ако се грижите за възрастен човек **над 65 години** и **минимум 4 часа седмично**. Тя е **анонимна** и **доброволна** и се провежда с научна цел. Резултатите ще бъдат предоставени само в обобщен вид и имат за цел да проучат потребностите от здравни и социални услуги за възрастни и стари хора. Моля да поставите знак ☑ или ☒ за обозначаване на отговорите.

На всеки въпрос има по един отговор, освен ако не е указано друго.

Благодарим Ви за отделеното време!

1. **Каква е Вашата възраст?**

☐ 20-30 г.	☐ 31- 40 г.	☐ 41- 50 г.	☐ 51-60 г.	☐ 61-70 г.	☐ над 70 г.

2. **Вашият пол е:**

☐ мъж	☐ жена

3. **Какво е Вашето семейно положение**?

☐ семеен	☐ несемеен	☐ разведен	☐ вдовец/вдовица

4. Вие имате ли деца?

☐ едно	☐ две	☐ три	☐ повече от три	☐ нямам

5. **Вие живеете в**:

☐ град	☐ село

6. **В коя община се намира Вашето населено място? Община_____**

7. **В какви родствени връзки сте с възрастния човек за когото се грижите?**

☐ съпруг/ съпруга	☐ баща/майка	☐ баба/дядо	☐ друг роднина	☐ не съм роднина

8. **Получавате ли възнаграждение (от държавна или общинска институция) за положените грижи?**

☐ да	☐ не

9. **От какъв пол е възрастния човек за когото се грижите?**

☐ мъж	☐ жена

10. **Какво е семейното положение на възрастния човек за когото се грижите?**

☐ семеен	☐ несемеен	☐ разведен/а	☐ вдовец/вдовица

11. **Как определяте здравословното състояние на възрастния човек за когото се грижите?**

☐ много добро	☐ добро	☐ задоволително	☐ незадоволително	☐ тежко

12. **Каква е основната причина за необходимостта от грижи за възрастния човек?**

☐ намалена физическа дееспособност от възрастта
☐ продължително хронично заболяване
☐ психическо заболяване
☐ проблеми с паметта
☐ временна/ краткосрочна потребност от грижа, поради заболяване
☐ последен стадий на неизличимо заболяване
☐ друго (посочете).....

13. От колко време се грижите за възрастния човек?

☐ По- малко от 1 година	☐ 1-5 години	☐ 5-10 години	☐ над 10 години

14. Колко време отделяте за грижи за възрастния човек?

☐ 1-4ч. на ден	☐ над 4ч. на ден	☐ денонощно	☐ 3- 4пъти в седмицата	☐ 4 часа седмично

15. Кога за последен път сте имали време за почивка от грижите за възрастния човек?

☐ този месец	☐ повече от един месец	☐ повече от шест месеца	☐ повече от една година

16. Считате ли грижите за възрастния човек за трудна задача?

☐ Да, физически е трудно	☐ Да, психологически е трудно	☐ Да, физически и психологически е трудно	☐ Не се затруднявам

17. Удовлетворени ли сте от достъпа до здравни грижи в подкрепа на възрастния човек?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

18. . При посещение при личния лекар, получавали сте информация (писмена или устна) от лекаря или медицинската сестра, как да се полагат грижи за възрастния човек си при здравословни проблеми (напр. за хранене, движение, хигиенни грижи, прием на лекарства и др.)?

☐ да, непрекъснато	☐ да, често	☐ да, но рядко	☐ не

19. Удовлетворени ли сте от достъпа до социални услуги в подкрепа на възрастния човек?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

20. От каква помощ има възрастния човек в ежедневните си дейности? /можете да посочите повече от един отговор/.

☐ прием на лекарства	☐ хигиенни грижи	☐ обличане	☐ разходка извън дома
☐ покупки от магазин	☐ хранене и прием на течности	☐ приготвяне на храна	☐ придвижване в дома
☐ почистване на дома	☐ да общува	☐ организиране на финанси	☐ други(посочете) …… …….. ……..

21. От какви здравни и социални услуги Вие се нуждаете при обгрижването на възрастния човек? /може да посочите повече от един отговор/?

☐ консултация и помощ от специалист по здравни грижи
☐ информация за заболяванията, методи за грижи, източници за справка
☐ обучение по практически аспекти на грижи
☐ обмен на информация и опит от други хора, които полагат грижи за възрастни хора
☐ оценяване на потребностите на възрастния човек от грижи
☐ регулярна услуга, която да дава възможност за почивка на обгрижващия (за няколко часа или един ден в седмицата)
☐ временна услуга, която да дава възможност за почивка на обгрижващия (за 1-2 седмици)
☐ финансова подкрепа
☐ технически средства, които да улеснят възрастния човек при придвижване
☐ технически средства, които да улеснят процеса на обгрижване на възрастния човек
☐ други (посочете)……

22. Има ли във Вашето населено място Комплексен център за здравни и социални услуги за стари хора?

☐ да	☐ не	☐ не съм се интересувал/а

23. Ако във Вашето населено място има Комплексен център за здравни и социални грижи за стари хора бихте ли ползвали услугите, които се предоставят за Вашите близки/ роднини?

☐ да, ако не се заплаща	☐ да, дори и да се заплаща	☐ няма да ползвам

24. Какви здравни и социални услуги в един Комплексен център биха били полезни за Вас и възрастните хора /може да посочите повече от един отговор/?

☐ измерване на основни жизнени показатели
☐ провеждане на лабораторни изследвания
☐ консултации с лекар- специалист
☐ получаване на консултации по здравни проблеми
☐ провеждане на беседи за предпазване от усложнения на заболяванията
☐ консултация с психолог
☐ рехабилитационни процедури
☐ Предлагане на грижи и услуги в дома
☐ консултация със социален работник
☐ организиране на групи по интереси за стари хора
☐ организиране на групи за подкрепа между грижещи се за стари хора
☐ юридически консултации
☐ консултации за организиране на финансите
☐ други (посочете какви)……

25. Какъв е средния месечен доход на човек във Вашето домакинство?

☐ до 200 лв.	☐ 201- 300 лв.	☐ 301- 400лв.	☐ 401- 500 лв.
☐ 501- 600 лв.	☐ 601- 700 лв.	☐ 701- 800 лв.	☐ над 800 лв.

Благодарим Ви за отделеното време!

АНКЕТНА КАРТА_3 **№ 3. ____**

Уважаеми колеги,

Молим Ви да попълните предоставената анкетна карта, ако работите в Амбулатории за първична медицинска помощ (АПМП). Тя е **анонимна** и **доброволна** и се провежда с научна цел. Резултатите ще бъдат предоставени само в обобщен вид и имат за цел да проучи професионалната дейност на медицинската сестра в АПМП.

Моля да поставите знак ☑ или ☒ за обозначаване на отговорите.

На всеки въпрос има по един отговор, освен ако не е указано друго.

Благодарим Ви за отделеното време!

1. **Каква е Вашата възраст?**

☐ 20-30г.	☐ 31- 35г.	☐ 36- 40 г.	☐ 41-45 г.	☐ 46 -50г.	☐ 51-55 г.	☐ 56-60 г.	☐ над 60г.

2. **Населението на коя община обслужвате?** _____

3. **От колко време работите при общопрактикуващ лекар (вкл. и като „участъкова медицинска сестра“ преди реформата)?**

☐ 0- 5г.	☐ 6- 10 г.	☐ 11- 15 г.	☐ 16-20 г.	☐ 21 -25 г.	☐ над 25г.

4. **Кои дейности най-често извършвате в реалната практика при ОПЛ?**

☐ Организирам приема в кабинета на ОПЛ
☐ Извършвам инжекционни манипулации по назначение на ОПЛ
☐ Изготвям необходимата документация
☐ Измервам основни жизнени показатели и правя ЕКГ
☐ Провеждам промотивни и профилактични дейности
☐ Правя домашни посещения
☐ Давам консултации за домашни грижи (хранене, хигиена, двигателна активност и др.)
☐ Други (посочете)-_____

5. **Какви групи пациенти най-често посещават ОПЛ?**

☐ Деца (до18 г.)	☐ хора с хронични заболявания	☐ хора в активна възраст	☐ стари хора (над 65г.)

6. **Според Вас какви знания и умения трябва да притежава съвременната медицинска сестра, работеща в първичната медицинска помощ? <u>/ може да посочите повече от един отговор/</u>**
   - ☐ Клинични (медицински) знания
   - ☐ Знания и умения за основни сестрински дейности (в т.ч. манипулации)
   - ☐ Комуникативни умения
   - ☐ Организационни умения
   - ☐ Медико-педагогически знания и умения
   - ☐ Медико-психологически знания и умения
   - ☐ Компютърни умения
   - ☐ Знания и умения за превенция на заболявания
   - ☐ Други (посочете)-_____

7. **Провеждате ли здравно-образователни беседи или други форми на обучение на пациентите?**

☐ Да, често	☐ Да, но рядко защото имам други задачи	☐ Не, защото е лекарско задължение

8. **Какви трудности срещате при провеждане на здравно обучение на пациентите?**
   - ☐ Нямам достатъчно време
   - ☐ Липсва желание на пациентите
   - ☐ ОПЛ счита, че не е в моите компетенции
   - ☐ Няма необходимата материална база
   - ☐ Други (посочете)-_____
   - ☐ Не срещам трудности

9. **Според Вас имате ли възможност да изпълнявате самостоятелно (автономно) дейностите посочени в Наредба 1** за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

10. Считате ли, че възрастните и стари хора (65+) имат осигурен достъп до първична медицинска помощ?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

11. Считате ли, че възрастните и стари хора (65+) имат необходимите знания и умения за поддържане на здравословното си състояние?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

12. По време на основното си медицинско образование изучавали ли сте гериатрични грижи?

☐ да	☐ не	☐ не си спомням

13. Провеждали сте някаква форма на следдипломно обучение по време на професионалния си стаж?

- ☐ Да, имам специализация
- ☐ Да, курс по гериатрични грижи
- ☐ Да, други здравни курсове
- ☐ не съм провеждала

14. Считате ли, че имате достатъчно знания и умения в областта на гериатричните грижи?

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

15. Имате ли желание да повишаване квалификацията си в областта на гериатричните грижи?

- ☐ Категорично да
- ☐ Да, ако се изисква за работното ми място
- ☐ Да, но в други области на здравните грижи
- ☐ Категорично не
- ☐ Не съм запознат/а с формите за повишаване на квалификацията

16. **Какви стимули биха Ви мотивирали да повишите професионалната си квалификация?**
    - ☐ Да води до повишаване на работната заплата
    - ☐ Да дава възможност за професионално израстване
    - ☐ Да се финансира от работодателя
    - ☐ Да се осигурява служебен отпуск за обучение
    - ☐ Други (посочете**)_____**

17. **Според Вас необходимо ли е в екипа на ОПЛ да се включи „патронажна медицинска сестра“, която да провежда домашни посещения и консултации на хора с хронични заболявания и стари хора?**

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

18. **Вие бихте ли работили като „патронажна медицинска сестра“?**

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

19. **Считате ли, че е необходимо създаването на общинска структура, която да оказва комплексни медико-социални грижи за стари хора в домашна среда?**

☐ да	☐ по скоро да	☐ по скоро не	☐ не

20. **Чувствате ли удовлетвореност от професионалната си реализация в първичната медицинска помощ?**

☐ Много силна	☐ Силна	☐ умерена.	☐ слаба	☐ никаква

Благодарим Ви за отделеното време!

АНКЕТНА КАРТА_4 **№ 4.____**

Уважаеми студенти,

Молим Ви да попълните предоставената анкетна карта. Тя е **анонимна** и **доброволна** и се провежда с научна цел. Резултатите ще бъдат предоставени само в обобщен вид и имат за цел да проучат нагласите за професионална реализация на бъдещите здравни специалисти.

Моля да поставите знак ☑ или ☒ за обозначаване на отговорите. На всеки въпрос има по един отговор, освен ако не е указано друго.

Благодарим Ви за отделеното време!

1.	В какъв вид лечебни заведения бихте искали да работите?	☐ болници за активно лечение ☐ болници за долекуване ☐ хоспис ☐ медико- социални заведения за стари хора ☐ медико- социални заведения за деца ☐ медико- социални заведения за стари хора с увреждания ☐ медико- социални заведения за деца с увреждания ☐ рехабилитационни центрове /СБР и др./ ☐ извънболнична помощ /ОПЛ, медицински центрове, медико-диагностични центрове/ ☐ други (посочете) ……
2.	С какъв контингент хора според възрастовата характеристика бихте искали да работите?	☐ с хора в активна възраст / 18-64г./ ☐ с деца ☐ с възрастни и стари хора
3.	Бихте ли работили в лечебни заведения или други организационни структури, обгрижващи възрастни и стари хора?	☐ да, предпочитам да работя с този контингент хора ☐ да, ако е в чужбина, защото е по- добре платена ☐ да, ако не мога да си намеря по –добра работа, свързана с професията ☐ да, ако е по –добре платена ☐ не
4.	Какви са причините, които Ви затрудняват в грижите за възрастни и стари хора?	☐ работата е тежка и неквалифицирана ☐ работата е тежка и не добре платена ☐ нямам достатъчно знания и умения да се грижа за стари хора ☐ нямам бариери за да работя с този контингент хора ☐ други причини(посочете) ……

5.	Бихте ли искали да специализирате гериатрични здравни грижи?	□ по скоро да □ по скоро не □ все още не мога да преценя
6.	Считате ли, че възрастните и стари хора имат лесен достъп до здравни грижи?	□ да □ по скоро да □ по скоро не □ не
7.	Считате ли, че за възрастните и стари хора се прилагат качествени здравни грижи?	□ да □ по скоро да □ по скоро не □ не
8.	Считате ли за необходимо създаването на Интегриран център за гериатрични грижи	□ да □ по скоро да □ по скоро не □ не
9.	В каква специалност се обучавате?	□ медицинска сестра □ рехабилитатор

Анкетна карта_5 **№5. ___**

Уважаеми дами и господа,

Молим Ви да попълните предоставената анкета. Тя е **анонимна и доброволна** и се провежда с научна цел. Резултатите ще бъдат предоставени само в обобщен вид и имат за цел да да проучи удовлетвореността Ви от проведената информационна среща.

Моля да поставите знак ☑ или ☒ за обозначаване на отговорите.

На всеки въпрос има по един отговор, освен ако не е указано друго.

Благодарим Ви за отделеното време!

1. Какъв е Вашият пол?

☐ Мъж ☐ жена

2. Каква е Вашата възраст?

☐ 65- 70 г. ☐ 71- 75 г. ☐ 76-80 г. ☐ над 80 г.

3. Интересна ли беше информацията, която Ви се предостави?

☐ категорично да ☐ по-скоро да ☐ по-скоро не ☐ категорично не

4. Полезни ли са за Вас съветите, които получихте?

☐ категорично да ☐ по-скоро да ☐ по-скоро не ☐ категорично не

5. Ще спазвате ли дадените съвети?

☐ категорично да ☐ по-скоро да ☐ по-скоро не ☐ категорично не

6. Считате ли, че предоставените съвети, ще Ви помогнат да съхраните активния си начин на живот за дълго време?

☐ категорично да ☐ по-скоро да ☐ по-скоро не ☐ категорично не

7. Бихте ли споделили предоставената информация и съвети със своите близки?

☐ категорично да ☐ по-скоро да ☐ по-скоро не ☐ категорично не

8. Необходимо ли е периодично да се провеждат подобен тип информационни срещи?

☐ категорично да ☐ по-скоро да ☐ по-скоро не ☐ категорично не

9. Каква информация бихте желали да получавате периодично на тези срещи?

☐ за хранителен режим при различните хронични заболявания

☐ за специални хигиенни грижи

☐ за подходяща физическа активност

☐ за поведение при спешни състояния

☐ за комплексни грижи при различни често срещани заболявания

☐ за възможности за ползване на психологическа подкрепа

☐ за възможности за ползване на социални услуги

☐ други (посочете):

8. Библиография:

1. Алексиева, М. Дефицити на общуването в семейството, сп. Педагогика 4, С., 2000.
2. Ачкова, М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. С., Коти ЕООД, 2001.
3. Балканска, П. Възрастният човек като пациент. Клинична геронтопсихология в здравните и в социалните грижи. С., Булвест 2000, 2003.
4. Балканска, П. Основни направления на съвременните гериатрични грижи – насоки на гериатричната оценка, Соц. мед., 3, 2003, № 3.
5. Балканска, П. За умението да общуваме с пациента, сп.Сестринско дело, кн. 3, 2009, с. 26-30.
6. Балканска П., З. Савова, Водещи принципи в гериатричните грижи. Здравен мениджмънт, 5, 2003.
7. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, Филинвест, С. 2003.
8. Борисов В., Медицинската сестра в управлението на здравеопазването. В-к "Форум медикус" бр. 8, 1994 г.
9. Борисов, В., Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа, София, 2000.
10. Борисов В., Ц. Воденичаров, Доброволно здравно осигуряване. С., 2001.
11. Бикова П. Обучението на пациентите – приоритет на съвременното сестринство, Здравни грижи, бр. 3, 2010, с. 12-14.
12. Бикова П., М.Димитрова, М. Георгиева, Приложението на сестринският метод при оказване на специализирани грижи по домовете, 28 НТ сесия Контакт 2011, ТЕМТО.
13. Бикова, П., И. Стамболова, А. Димитрова. Проблеми и приоритети на сестринските грижи в детското здравеопазване, сп."Здравни грижи" бр.1, 2011.
14. Бикова П., Основни аспекти и приоритети на здравните грижи в дома. МУ София, 2015.
15. Воденичаров Ц., М. Л. Митова, Гатева. Медицинска етика, Мнемозина, С.,1995.
16. Воденичаров Ц., В.Нишева, Л. Гатева и съавт., Ръководство по медицинска етика. ГорексПрес, С., 1997.
17. Воденичаров, Ц., Л. Гатева, С. Томова, Медицинска етика и медицинско право В: Ново обществено здравеопазване, Аквафикс, С., 1998.
18. Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, ДАК, С., 2003.
19. Воденичаров, Ц., С. Попова, Социална медицина. С., 2009.
20. Воденичаров, Ц., А. Янакиева, Д. Сиджимова, Потребност от професионално обучение на специалисти за „медицински патронаж в домашни условия": Сборник материали от 8 международна научно-практическа конференция; Изд. МВБУ; Бояна , 2011, с. 666-671.
21. Воденичаров, Ц., А. Янакиева, Д. Сиджимова,Т. Димитров. Потребност от услугата „медицински патронаж в домашни условия", сп. Здравна политика и мениджмънт, т.11; N 4; 2011, с.21-27.
22. Веков, Т., Дейности на НЗОК за осигуряване на стабилност и устойчивост на системата за задължително здравно осигуряване, 2009.

23. Гатева-Чакърова, Л., Г. Петрова, Ив. Салабашева, Предизвикателствата при обгрижване на хронично и терминално болните за специалистите по здравни грижи, сп. Психосоматична медицина, 13, 2005, N 2, с. 159-166.
24. Генев Стр., Клиничните пътеки в България – шестгодишен опит, сп.”Здравен мениджмънт”, кн. 5; 2006.
25. Гюрова В., Андрагогия. Изкуството да обучаваме възрастните, Универсал-Друмев, С., 1998.
26. Грънчарова Г., Велкова, М. Александрова, Социална медицина, 2002.
27. Грънчарова Г., Управление на здравните грижи, Издателски център МУ – Плевен, 2009.
28. Григорова М., Н. Калчева, С. Максимова. Медико-социални грижи в здравеопазването. сп.”Здравна политика и мениджмънт” №5/ 2010. с. 56-58.
29. Григоров, Ф. Гериатрия, ръководство за МК, МУ-Плевен, 2005.
30. Георгиева, Л. Управление на грижите за здравето на възрастните хора след болнично лечение, сп. Здравна политика и мениджмънт, 9, 2009, N 3, с. 54-57.
31. Драганова М, С. Панайотова, Значимост на етичните норми за осигуряване на качествени здравни грижи, Етиката в българското здравеопазване. 2007, с. 441.
32. Димитрова Св., Общата медицинска практика в Европа – опитът на Холандия и Великобритания, сп. Инф. за ръководни кадри в здравеопазването и медицинската наука, 29, 1998 г., 2, с. 3–9.
33. Директива на съвета на Европейската икономическа общност от 27 юни 1997 г. за координация на правните, административните и регулиращите разпоредби по дейността на медицинската сестра – общ профил /Наредба № 77/ 453 на ЕИО/.
34. Джонев С., Социална психология, том 2, С, 1996.
35. Дракър П., Ефективното управление. Изд. Класика и стил, С., 2002.
36. Димитрова М., Оптимизация на здравните грижи за болни с инфекциозни заболявания 2011, сп. Здравни грижи, 9, 2011, N 2, с. 5-10.
37. Европейска комисия, Пред прага на демографските промени, нова солидарност между поколенията (Faced with demographic change, a new solidarity between the generations) (“Зелена Книга”). COM, № 94. (2005). http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2005/m ar/demog_gp_en.html 7
38. Здравеопазване 2016; НСИ, НЦОЗА, МЗ, С, 2017.
39. Закон за здравето, изм. ДВ. бр.24 от 22 Март 2019г.
40. Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005 г.
41. Закон за лечебните заведения, доп. ДВ. бр.84 от 12 Октомври 2018 г.
42. Закон за висшето образование, ДВ, бр. 27/ 1995 г.
43. Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, ДВ, бр. 83/1998 г.
44. Закон за здравното осигуряване, изм. и доп., бр. 102 от 11.12.2018 г.
45. Закон за интеграция на хората с увреждания, Обн. ДВ бр 81 от 17.09.2004
46. Здравната реформа в България – 1 част, под редакцията на М. Попов, МЗ и програма Фар, Македония прес, 1998 г.
47. Здравната реформа в България – 2 част, под редакцията на М. Попов, МЗ и програма Фар, Македония прес, 1998 г.

48. Златанова Т., Нерешени проблеми в дейността на ОПЛ, сп. Здравен мениджмънт, бр. 1 2005, 5-9с.
49. Златанова Р., Мониторинг на здравето в първичната медицинска помощ; Здравен мениджмънт; бр5; 2005.
50. Ивков Б. Инвалидност и стареене на населението в България. Състояние, последствия, социален статус и социални позиции на възрастните хора. В:Стареене на населението - реалности и последици, политики и практики. София, 2006.
51. Кодекс на професионалната етика, Изд. от министъра на здравеопазването- обн., ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.
52. Маркова Ст., И.Стамболова, Г.Чанева и кол; Учебно помагало. Семейна медицинска сестра, БЧК, С., 2011.
53. Маркова Ст., И.Стамболова Г.Чанева, Автономност и отговорности в сестринската практика, Сестринско дело, 2001, 2, с.8-12.
54. Маркова Ст., Медицинската сестра у дома, Форум медикус, 2010.
55. Маркова Ст., Социална медицина и обществено здраве, Знание ООД, Стара Загора 1996 г.
56. Маркова Ст., Статус и проблеми на сестринството в Република България. Сп. Здравни грижи ,бр.3, 2005 г.
57. Маркова Ст., Н.Фесчиева, К.Чамов, и колектив. Социална медицина и обществено здраве, Знание ООД,С,1996
58. Маринова П. Съвременната медицинска сестра. изд. Нов ден 2001, 6-12с.
59. Маринова П., Организационни структурни аспекти на домашните грижи. Изд. ГорексПрес; С. 2013
60. Младенова С., Здравно образование, Артик- 2001, С.,2009
61. Милчева Х., От традицията към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, Екс-прес, Габрово, 2012
62. Мутафова Е., Е.Атанасова Л. Коева, А. Димова, М. Рохова и съавт., Болничен мениджмънт, Дийор принт, НЦОЗ, 2005, 350 с.32-39; 274-283.
63. Мухина С.А., И.Торньовская, Теоретични основи на сестринските грижи; ИЦ МУ-Плевен, 2006
64. МОН, НИО, „Образование за всички – Национална оценка – 2000г", С., 1999
65. Медицинско и не медицинско образование, за работещи в системата на здравеопазването, МЗ.
66. Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „личен асистент"; Агенция за социално подпомагане; № 63/216 от 26.06.2009г.
67. Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „домашен помощник", Агенция за социално подпомагане; № 63/216 от 26.06.2009г
68. Министерство на финансите, Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции; 2006
69. Наредба № 1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Издадена от Министерството на здравеопазването. Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г.

70. Наредба №4 от 16.03.1999 за условията и реда за извършване на социални услуги. Издадена от Министъра на МТСУ обн ДВ бр 29 от 30.03.1999
71. Наръчник за работа на медицинската сестра в извънболнична помощ, под редакцията на К. Юрукова и програма ТЕМПУС, изд.”Филвест”, София 2000 г.
72. Наредба №12 – 06. VI. 1994 г. за следдипломното обучение на специалистите със средно и полувисше образование.
73. Наредба №38 от 16.11. 2004 за определяне списъка на заболяванията, за чисто домашно лечение. НЗОК заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично, обн. ДВ 102 от 2005г
74. Наредба № 72 от 26.09.2012 за придобиване на квалификация по професията „Здравен асистент”, обн. ДВ бр 77 от 9.10.2012 .
75. Наредба № 73 от 26.09.2012 за придобиване на квалификация по професията „Болногледач”; обн.ДВ бр 77 от 9.10.2012.
76. Население и демографски процеси през 2017г.Окончателни данни, НСИ, 2017.
77. Национална здравна стратегия 2014-2020. София, 2013.
78. Национална стратегия за дългосрочна грижа (ПМС № 2/07.01.2014 г.).
79. Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012-2030), МТСП, София, 2012.
80. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2013-2020), МЗ, София, 2013.
81. Национална стратегия за внедряване на електонно здравеопазване в България, 2006.
82. Национален доклад за България -2011г. (Втори преглед и оценка по изпълнение на международния план за действие по застаряване от Мадрид, 2002г. и на Регионалната стратегия за Европа към него), МТСП, София, 2011.
83. Попов, Т. Терапия и профилактика чрез изкуство. Изд. “Образование”, София, 2004
84. Попова К., Съвременни подходи в организацията на гериатричните здравни грижи, XXXVI Научно- технологична сесия - Контакт „Интердисциплинарната идея в действие” сб. доклади от Национална конференция ИНГА, изд. ТЕМПТО, София, с. 312- 319, 2015г.
85. Попова Н. Системата за домашни грижи да бъде законово регулирана, ще настояват от БЧК, 2013, zdrave.net
86. Пешева П., Н. Христов, Социална медицина. Практически подходи., Под редакцията на доц. М. Мутафова, изд. АРСО, С., 2007, с. 126-173
87. Райнов В. Особености на невербалната комуникация, БАН, С, 1987.
88. Стайкова, Ж. Възможности за подобряване здравния статус на населението чрез инструменти на публичното управление, УИ "Св. Климент Охридски", София, 2017
89. Стайкова, Ж. Нарастваща потребност от профилактика на хронично незаразните заболявания на регионално ниво, Мед. Меридиани, 2017, № 1, с. 42-46.
90. Стайкова, Ж. Визии на СЗО за здравословно стареене. В: Социални услуги за възрастни хора в зависимост: сборник статии, Варна, Славена, 2017.
91. Стамболова И. Сестрински грижи при соматични заболявания,МУ-ЦМБ,2012,

С.
92. Стамболова И., Самочувствието на медицинските сестри като израз на тяхната професионална отговорност и удовлетвореност, сп. Здравни грижи, бр.1/2010.
93. Стамболова И., Мениджмънт и етика в общата медицинска практика, 2008, С.
94. Стамболова И., Предизвикателства на хроничната болест и палиативните грижи, Медицински преглед, Сестринско дело, 2002, 1, с.28-32.
95. Стамболова И., Семейната сестра, учебно помагало. БЧК, 2009.
96. Стамболова Ив., Г. Чанева, под редакцията на С. Попова, Управление на здравните грижи. Учебно-практическо ръководство, Филвест, С, 2007
97. Становище на Европейския икономически и социален комитет относно „Малтретиране на възрастните хора“ 16.2.2008 г. C 44/113 Официален вестник на Европейския съюз BG (2008/C 44/24)
98. Сиджимова Д., А. Янакиева, Г. Петрова, Проучване потребностите на населението от услугата „ медицински патронаж в домашни условия”, Сборник научни съобщения от конкурсни сесии, 2012, МУ-Пловдив, с. 345—354
99. Стратегия за осигуряване на равни възможности за хората с увреждания, 2008-2015.
100. Стратегия на Европа за растеж „Европа 2020”, Европейска комисия, юни 2012, Брюксел, Белгия
101. Тодорова Е., Идеи в социалната психология. сборник, УИ ”Св. К. Охридски”, С, 1987
102. Тончева С., Т.Цветкова, П.Загорчев, С.Борисова, Наръчник за медицински сестри в извънболничната помощ, под редакцията на К.Юрукова, Филвест, 2000, С.
103. Тончева С. М. Чепишева, Изграждане на сестринска служба в структурата на многопрофилна болница за активно лечение, сп. Здравни грижи, бр.4, 2011.
104. Тончева С., Фактори, определящи професионалния имидж на медицинската сестра, Сестринско дело, 44, 2012, с. 24-30.
105. Тодорова Е, Групата и личността в социалната психология: четиринадесет западноевропейски учени, НИ, С, 1990.
106. Фелдмън Р., Христоматия по социална психология., С.,2001.
107. Христозов, Георгиева, Психологични, етични и естетични проблеми на медицината, МФ, С, 1982
108. Под научното ръководство и редакцията на проф. Т. Попов, Педагогика. Теория на възпитанието, Екс-прес, Габрово, 2012
109. Чанева, Г., И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес, Филвест, С. 2003.
110. Чанева, Г. ,И. Стамболова, Концепции за сестрински грижи в: Управление на здравните грижи, под редакцията на доц. С. Попова, Филвест,2003.
111. Чанева, Г, Качеството на сестринските грижи като приоритет, Изд. Артик 2001, С, 2008.
112. Чанева Г., И. Стамболова, М. Димитрова, П. Бикова, А. Терзиева, Н. Василева, М. Георгиева, Изработване на стандартни планове за сестрински грижи; 2011, С.
113. Чанева Г., Болнични условия и качество на грижите, сп. Здравен мениджмънт, 7, 2007, N 6, с. 28-31.

114. Чанева Г., Пациентите за качеството на болничните грижи, сп.Социална медицина 15, 2007, N 4, с. 37-38.
115. Чанева Г., Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата, Български медицински журнал, 2, 2008, N 1, с. 61-64.
116. Чанева Г., Сестрински грижи в домовете на пациента при хронични заболявания. В: Семейната сестра, учебно помагало, БЧК, 2009.
117. Чакърова Л., Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването, ЕксПрес, Габрово, 2013
118. Шопова К., Социално-медицинският подход в ПМП, Филвест, С., 2002, 70с.
119. Шипковенска Е., Върху философията на общата медицина, сп. Обща медицина, бр.1 2000, 3-6с 97.
120. Под редакцията на доц. Юрукова К., Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, Горекс прес, С. 2001
121. Янакиева А., Д. Сиджимова, Т. Дмитров, Имплементиране на услугата «медицински патронаж в домашни условия» в: Сборник научни студии и статии Съвременно образование. Мисии и визия, ЮЗУ «Неофит Рилски», Благоевград, 2010.
122. Янакиева А. Имплементиране на мениджмънт на качеството при здравни грижи, сп. Здраве и наука, бр 4 Мк, МУ- София. С. 56-61
123. Янакиева А., Маркетинг на дейността «медицински патронаж в домашни условия», Дисертационен труд, 2012.
124. Последиците от застаряването на населението върху системата на здравеопазването и социалната система, Становище на Европейския икономически и социален комитет, Брюксел, 2010.
125. Проект информационен стандарт за медицинско досие, Здравно информационни стандарти – документация и класификация 2005, Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт.
126. Turner G. J; K. H. Chavigny; Community Health Nursing; 1988
127. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. International Journal of Integrated Care 2005;5:3–14
128. Dyer J., Collaborative Advantage, New York: Oxford University Press, 2000
129. Montenegro H. Integrated health care in the region of the Americas: The view of the Pan American Health Organization. Paper for WHO workshop on integrated care, Barselona, 2001
130. Overtveit, J. Five ways to describe a multidisciplinary team. Journal of Interprofessional Care, 1996, 10 (2), 163-171.
131. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: services: lessons from the United States and the United Kingdom. The Milbank Quarterly. 1999;77(1):77–110
132. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1
133. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1

134. WHO. Health Systems:Improving Performance, The World Health Report, 2011
135. Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy. 1999;48:87–105.
136. De Stampa M., Vedel I. et all. Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership, International Journal of Integrated Care, Vol 10, 18 Feb. 2010
137. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1
138. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics and Policy Law 2010;5(Pt 1):71–90.
139. Burns L. et al., Just How Integrated Are Integrated Delivery Systems? Results from a National Survey, Health Care Management Review 26, no. 1 (2000): 22–41
140. Burns, L.R. 1999. "Polarity Management: The Key Challenge for Integrated Health Systems." Journal of Healthcare Management 44: 14-31.
141. Burns, L.R., S.L. Walston, J.A. Alexander, H.S. Zuckerman, R.M. Andersen, P.R. Torrens et al. 2001. "Just How Integrated Are Integrated Delivery Systems? Results from a National Survey." Health Care Management Review 26: 20-39.
142. Bullough, "Nursing in the community of State University of New York College at Buffalo", I.V. Mosby Company, 1990
143. Garlang K.L. "Nurse – patient communication", Braun Co. Publishers, 1969
144. Wedverduldt B., Giffin K., Patton R.B. "Interpersonal communication in nursing", Davis Co., 1984
145. Smith S. "Communication in Nursing", Mosby-Jea Book, 1992
146. Hagan, Lefal., Info – sante: un service. – Rev. Canad. Sante Publ., 89, 1998, № 2, 125-128c.
147. Johan SAUWENS (BE/ЕНП), член на Фламандския парламент; „План за действие за електронно здравеопазване за периода 2012–2020 г. – иновационно здравно обслужване през 21-ви век", Становище на Комитета на регионите**;** Официален вестник на Европейския съюз; (2013/C 280/07)
148. Ley de Autonomía personal y Atención a la personas en situación de Dependencia, (2006) Закон за лична автономия и грижи за хората в зависимо състояние (2006 Испания.
149. Reprinted permission Rose Dobrof, Editor, The role of the social worker interdisciplinary geriatric teams; Journal Gerontological Social Work Journal of Gerontological Social Work, Vol. 30 (3/4)1998.) www. emj.bmjjournals.com
150. P Bywaters, E McLeod; Social care's impact on emergency medicine: a model to test Downloaded from emj.bmjjournals.com on 15 February 2006
151. Victor Molinari, Ph.D., Mark E. Kunik, M.D.; Benoit Mulsant, M.D., A. Hind Rifai, *M.D.* The Relationship Between; Patient, Informant, Social Worker, and Consensus Diagnoses of Personality Disorder in Elderly Depressed Inpatients; emj.bmjjournals.com 136-144p
152. Edward H Wagner; The role of patient care teams in chronic disease anagement**;** Downloaded from bmj.com on 15 February 2006

153. Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R, Sabate E. The challenge of chronic conditions: WHO responds. *BMJ* 2001; 323:947-48.
154. Assal J-Ph, Traitement des maladies de longue durée: de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. Encyclop.Med. Chir, Ed Elsevier, Paris, 10-365-A-10, 1996.
155. Lorig K. Partnerships between expert patients and physicians. *Lancet* 2002;359:814
156. Lacroix A, Assal J-Ph. L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique. 2ème ed. Paris:Maloine, 2003.
157. Ivernois (d') J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient – approche pédagogique. 2ème ed. Paris: Maloine, 2004.
158. Accelerating the Development of the eHealth Market in Europe; eHealth Taskforce report 2007; European commission; Information Society and Media
159. European Union: Perceptions, Experiences and Attitudes. Report on the Special Eurobarometer 317, Field Work: May-June 2009, Publication: November 2009.
160. Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment : A Psychosocial Approach to Aging. Current Directions in Psychological Science , 332-336.
161. Ragan, A.M., Bowen, A.M. (2001). Improving Attitudes Regarding the Elderly Population: The Effects of Information and Reinforcement for Change. The Gerontologist. 41, pp. 511-515.
162. Thompson, N. (2001). Anti-discriminatory practice (3rd ed). Basingstoke: Palgrave. Macmillan
163. Интернет
    a. htpp//eppeurostat.ec. europa.eu/- данни 2017г.
    b. www.age-platform.org
    c. *http://ec.europa.eu/health-eu/ care_for_me/long_term_care/index_bg.htm*
    d. http://www.healthyageing.eu/action/healthy-ageing-action
    e. http://www.un.org/en/index.html
    f. http://foryoubg.org/userfiles/files/Analyses%20elderly%20care%20Bulgarian.pdf
    g. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html
    h. http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries
    i. http://www.cmpimss.org.mx/temas/pdf/perfi_de_enfermera_de_familia.pdf
    j. http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1737/28/00280030_LR.pdf
    k. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990
    l. http://www.consejogeneralenfermeria.org/
    m. http://europa.eu/pol/index_bg.htm
    n. www.jor10642_fm.pdf; Chronic disease self-management education programs:challenges ahead; Joanne E Jordan and Richard H Osborne;Australia