

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

---

МАРГАРИТА НИКОЛАЕВА КОТЕВА

**ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В**  
**ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”,**

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

Научна специалност: „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията”

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:**

Проф. ИВАНКА КОСТОВА СТАМБОЛОВА, д.м.

София, 2017

## Съ д ъ р ж а н и е

<b>Въведение</b> .....	7
<b>Глава 1: Литературен обзор</b> .....	11
<b>Първичната здравна помощ в системата на здравеопазване</b> .....	11
1.1. Стратегия на Световната здравна организация за сестринските грижи в Първичната здравна помощ.....	11
1.2. Място и роля на Първичната здравна помощ.....	13
1.3. Първична здравна помощ в България. Националната здравна стратегия за Първичната здравна помощ и сестринските грижи.....	15
1.4. Приоритетни задачи на Първичната здравна помощ. Място и роля на медицинската сестра.....	18
1.5. Хосписните грижи в структурата на доболничната помощ.....	36
<b>Характеристика на лечебното заведение “Хоспис”, от гледна точка на доболничната помощ</b> .....	44
1.6. Определяне на понятието палиативна медицина. Палиативни грижи – дефиниции, възникване и развитие.....	44
1.7. Начало на хосписните грижи в България.....	48
1.8. Същност, функции и място на хосписа в системата на здравеопазването на страната.....	50
1.9. Дефиниции на СЗО и други организации, касаещи хосписните и палиативни грижи.....	54
1.10. Създаване и регистриране на хоспис.....	57
1.11. Палиативни грижи в дома. Проблеми и предизвикателства на палиативните грижи в домашни условия.....	60

<b>Организация и развитие на хосписните (палиативните) грижи в някои страни, членки на Европейския съюз и мястото им в здравната система и структурата на доболничната помощ.....</b>	<b>67</b>
1.12. Хосписни грижи във Великобритания.....	68
1.13. Хосписни грижи в Германия.....	69
1.14. Хосписни грижи в Гърция.....	70
1.15. Хосписни грижи в Италия.....	70
1.16. Хосписни грижи в Испания.....	70
1.17. Хосписни грижи в Холандия.....	70
1.18. Хосписни грижи в Полша.....	70
1.19. Хосписни грижи в Австрия.....	71
<b>Заключение от литературния обзор.....</b>	<b>76</b>
<b>Глава 2: Цел, задачи и методика на проучването.....</b>	<b>81</b>
2.1. Цел и задачи на проучването.....	81
2.2. Работни хипотези.....	82
2.3. Предмет на проучването.....	83
2.4. Обект на проучването и единици на наблюдение.....	83
2.4.1.Технически единици на наблюдението.....	83
2.4.2.Логически единици на наблюдението.....	83
2.4.3.Признаци на логическите единици на наблюдението.....	83
2.5. Характер и обем на проучването.....	83
2.6. Място и време на наблюдението.....	85
2.7. Органи на наблюдението .....	85
2.8. Източници и методи на набиране на социологическа информация.....	85
2.8.1. Източници.....	85
2.8.2. Методи.....	86
2.9. Методи на обработка и анализ на първичната социологическа информация.....	87
2.10. Постановка и организация на проучването.....	89

<b>Глава 3: Резултати от собствено проучване.....</b>	<b>92</b>
3.1. Анализ и оценка на резултатите от проучване на дейността на медицинските сестри, работещи в системата на доболничната помощ и хосписните грижи.....	92
3.1.1. Характеристика на обекта на изследване.....	93
3.1.2. Обща и професионална интелигентност.....	99
3.1.3. Социална интелигентност.....	106
3.1.4. Мотиви за упражняване на професията на медицинска сестра доболнична помощ и в хоспис за грижи в дома.....	111
3.1.5. Професионална удовлетвореност на медицинската сестра, работеща в доболничната помощ и домашен хоспис.....	115
3.1.6. Професионална натовареност на медицинска сестра в центрове за интегрирани здравно-социални услуги.....	121
3.2. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред пациентите и близките им, относно ползването на здравни грижи в дома.....	126
3.2.1. Характеристика на обекта на изследване.....	126
3.2.2. Проучване на движението на пациентите и причините, които го обуславят.....	130
3.3. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред пациентите на ОПЛ, ДКЦ, МЦ и центрове за интегрирани здравно-социални услуги за удовлетвореност от получаваните здравни грижи в системата на доболничната помощ.....	133
3.3.1. Характеристика на обекта на изследване.....	133
3.3.2. Анализ на удовлетвореността на пациентите от получаваните от тях здравни грижи в доболничната помощ.....	136
3.4. Заключение.....	141
<b>Глава 4: Изводи и препоръки. Приноси.....</b>	<b>143</b>
4.1. Изводи.....	143

4.2. Препоръки.....	144
4.3. Приноси.....	145
4.3.1. Приноси с теоритично-познавателен и методичен характер.....	145
4.3.2. Приноси с приложен характер.....	146
<b>Библиография</b> .....	151
<b>Приложения:</b>	
<b>Приложение 1</b> – Анкетна карта.....	167
<b>Приложение 2</b> – Анкетна карта.....	172
<b>Приложение 3</b> - Анкетна карта .....	174
<b>Приложение 4</b> - Проект за организация и провеждане на конкурс за медицинска сестра в лечебно заведение за доболнична помощ.....	178
<b>Приложение 5</b> - Психограма на професията “Медицинска сестра в доболнична помощ”.....	182
<b>Приложение 6</b> - Формуляр за оценка на дейността на медицинската сестра, работеща в системата на доболничните грижи.....	183
<b>Приложение 7</b> - Модел на тема „Мениджмънт на хосписните грижи“, към учебната програма по „Управление на здравните грижи“.....	193

## **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**

БАПЗГ - Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

БЦНП - Български център по нестопанско право

БЧК - Български Червен кръст

ВБИ - Вътреболнични инфекции

ДМСГД - Дом за медико-социални грижи за деца

ДМСГ - Дом за медико-социални грижи

ЕС - Европейски съюз

ЕСЕРТ - Eastern and Central Europe Task Force

ЗЗО - Закон за здравното осигуряване

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

КТДЗ - колективен трудов договор в здравеопазването

КТ - кодекс на труда

МЗ - Министерство на здравеопазването

МПИСКП - Международен пакт за икономически, социални и културни права

МУ - Медицински университет

НЗОК - Национална здравноосигурителна каса

НЗС - Национална здравна служба

НРД - Национален рамков договор

НСИ - Национален статистически институт

ООН - Организация на Обединените нации

ОПЛ - Общопрактикуващ лекар

ПЗП - Първична здравна помощ

РЗИ - Регионална здравна инспекция

РЦЗ - Регионален център по здравеопазване

СЗО - Световна здравна организация

ТЕЛК - Териториална експертна лекарска комисия

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Демократичните процеси в България породиха съществени проблеми в икономическата, политическата, здравната и социалната сфера. Под влияние на тези фактори емиграционните процеси в страната се засилиха. След първата изселническа вълна в страните от Западна Европа и Америка, макар и с по-бавен темп продължава емиграцията на млади високообразовани хора, които търсят по-добри условия за лична реализация и живот на децата и семействата си. В страната остават самотни възрастни хора, без достатъчно средства за живот, със здравословни проблеми и с намалени възможности да се грижат за себе си.

Според статистическите данни през 2007 година България е имала население 7 640 238 души, което показва намаление с около 500 000 души в сравнение с 1990 година. През 2015 г. броят на населението е 7 082 037 души, което показва още по-драстична тенденция към спад.<sup>[177]</sup> Освен емиграцията, друга причина за намаляване броя на населението е увеличението на смъртността, в резултат на което прирастът на населението през последните няколко години показва устойчива отрицателна тенденция. Значително се увеличава броят на хората над 60 години, като прогнозите сочат, че след няколко години на един човек в трудоспособна възраст, ще се падат по двама души на възраст над 65 години. Средната продължителност на живота в България показва трайна тенденция към нарастване. За 2012 година тя е 74, 31, а за 2015 година е 74, 69 години.<sup>[177]</sup>

Основният фактор, обуславящ застаряването на населението, е намаляване интензитета на раждаемостта. Той предопределя снижаване на относителния дял на младите възрастови групи и респективно увеличаване на дела на старите хора, родени при предходна висока раждаемост.

С подобряване на здравното обслужване тенденцията към застаряване може да се засили още повече. Процесът на стареене на населението в нашата страна е необратим и мащабен по своя характер. Бъдещото население на България по демографски прогнози е старо население.

Това застаряване на българското население поставя пред държавата сериозни въпроси, свързани с усъвършенстването на медико-социалните грижи за хората от третата възраст. В условията на нестабилност на социално-икономическите параметри (доходи, потребление, жизнено равнище, заетост) и незавидна здравна и демографска характеристика на населението се очаква нуждата от здравно-социални услуги непрекъснато да нараства. Потребността от такива грижи ще расте и поради факта, че в резултат на икономическата ситуация в страната, много членове на семействата от активното население ще бъдат принудени да работят, за да могат да задоволят своите основни нужди и да отглеждат децата си. В резултат на това възрастните хора ще остават сами, без достатъчна помощ и осигурени подходящи грижи.

Изследвания осъществени под егидата на Световната здравна организация (СЗО) установяват, че около 2/3 от бюджета на страните за здравеопазване се изразходват в големите болници в градовете, въпреки че болниците обслужват едва 10-20% от населението. Освен това половината от болничните разходи са за обслужване на заболявания, които могат да се лекуват в извънболничния сектор. С цел снижаване на разходите и постигане на по-добра ефективност, първичното здравно обслужване става приоритетен сектор на националната здравна система и се разглежда в тясна връзка със социалното и икономическо развитие на всяка страна.

Развитието на първичната здравна помощ в България е свързано с цялостното развитие на общественно-политическата и икономическата ситуация в страната. През 1999 година след приемането на Закона за лечебните заведения беше започната реформата в тази област. Моделът на

„участъковия терапевт” и „участъковата сестра“ възприет при системата „Семашко” в България бе изцяло променен и бе въведена организационната форма на първична здравна помощ. Новите принципи на свободен избор на лекар, осигуряване на свободен достъп, премахване на административно-командните функции на държавата върху дейността на лекаря, въвеждането на принципа на свободната професия, промените в начините на заплащане – от заплата, към капитационен модел с допълнително заплащане за определени услуги, промени изцяло първичната медицинска помощ. Въпреки трудностите и недоверието, което съпътстваше въвеждането на общопрактикуващите лекари като основна фигура в системата през 2000 година, този модел заработи и се възприе както от медицинското съсловие, така и от обществото. Интересът към изследвания от страна на научната общност в областта на извънболничната помощ и здравните грижи нараства в последните години. [52,31,16,53,54,55]

Въпреки това до момента не е провеждано научно изследване в организацията на извънболничната помощ, което да изучи хосписните доболнични грижи и професионалните характеристики и квалификация на медицинските сестри, които ги осъществяват.

Нашата страна не може да се похвали с много на брой базови здравно – социални услуги за възрастни и хронично болни хора, но е факт, че постепенно навлизат и нови услуги, каквито са интегрираните здравно-социални грижи и хосписните грижи, които бавно, но сигурно си проправят път и се налагат в обществото.

Същевременно тези услуги непрекъснато трябва да се усъвършенстват, тъй като предоставянето на разнообразни, качествени и достъпни грижи е основен ангажимент на всяка човешка цивилизация.

Приоритетът на първичната медицинска помощ във всички страни в света не подлежи на съмнение, за това проблемите на този сектор на здравната система са обект на постоянни анализи и дискусии.

В настоящата дисертация се анализира проблемът за личностно – професионалната пригодност на медицинските сестри, осигуряващи грижите за пациентите в институциите и звената от системата на първичните здравни грижи, с фокус върху грижи за хронично болни и палиативни грижи в извънболнични условия.

В ориентацията към разработения проблем, ръководещи бяха професионалните съображения и най-вече желанието да се разшири представата за медико-социалната адекватност на медицинската сестра и задачите, които тя следва да решава.

Дисертационният труд е построен върху материал, достатъчен за формулиране на идеи и алтернативи на професионалната структура на медицинските сестри от лечебните заведения, осигуряващи извънболнични грижи (центрове домашни грижи, институции за хосписни грижи и др.)

Практическият аспект на разработката е насочен към разширяване на инструменталните възможности на управителите (директорите) на здравните институции да усъвършенстват професионалния подбор на медицински сестри, работещи в лечебните заведения за извънболнична помощ, осигуряващи грижи за хронично болни и палиативни грижи, както и да развиват и надграждат капацитета на персонала, чрез съвременни мениджърски методи (конкурс, атестиране и др.)

## **ГЛАВА 1: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**

### **ПЪРВИЧНАТА ЗДРАВНА ПОМОЩ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

#### **1.1. Стратегия на Световната Здравна организация за сестринските грижи в Първичната здравна помощ**

Общественото здраве се разглежда от Световната здравна организация (СЗО) като първостепенен компонент на националното богатство и просперитета на всяка нация. Чрез разработване на структури, процеси и професионална компетентност на служителите в здравеопазните системи се акцентира на анализа и оценката на общественото здраве, промоцията на здравето на населението и отделни негови групи.

В своята глобална стратегия – “Здраве за всички 21 век” СЗО визира устойчивото развитие на здравеопазните системи, чрез три основни компонента:

- ориентацията към общественото здраве;
- личната отговорност за здравето;
- намаляване зависимостта от високотехнологичната медицина.

Поставените предизвикателства пред съвременното здравеопазване рефлектират в дейността на лекари и медицински специалисти, чрез поставянето на стандарти за качество на дейностите в областта на общественото здраве. Редица документи <sup>[130,80]</sup> посочват, че стандартите са необходими в широкия спектър на здравната помощ, включително промоция, здравна превенция на болестта, лечение и рехабилитация.

Целта, която СЗО поставя е устойчиво развитие на здравеопазването, чрез балансиране между правата на пациента, солидарността в здравеопазването и пазарните механизми в управлението на здравните ресурси.

Постигайки тази цел ще се осигури справедлива и икономически управляема система на здравеопазване. Ще се осигури зачитане на моралните, законови и социални права на хората, като преди всичко се гарантира фундаменталното право на здраве.

Развитието на Първичната медицинска помощ(ПМП) в нашата страна след 2000 г. е част от общия процес на промяна в националните здравеопазни системи в целия свят. Здравната политика в страната ни през последните години се осъществява в условията на икономически затруднения и ограничени финансови ресурси.

От конференцията на СЗО в Алма Ата <sup>[156]</sup> през 1978 г. Първичната здравна помощ се определя като стратегически ориентир за националните здравеопазни системи. Тази основна здравна помощ се базира на практически, научно обосновани и социално-приемливи методи и технологии, които обществото може да си позволи.

Основополагащите принципи, на които трябва да отговаря ПМП са част от основните етични принципи и ценности, като най-значими се определят достъпността и равнопоставеността.

Стратегията “Здраве за всички” акцентира върху превантивност, мултидисциплинираност, непрекъснатост, висок професионализъм и етика, адекватност и автономност в решенията на пациента.

Първичната медицинска помощ се осъществява на нивото на първият контакт с индивида, семейството и обществото с националната система на Здравна помощ, като здравната помощ се приближава в максимална степен до местоживееене и се явява първият елемент в един непрекъснат здравеопазен процес.

С цел да се повиши демократичното участие в реформата и функционирането на здравеопазната система, конференцията на министрите на Здравеопазването на Европейските страни във Варшава през 1996 г. разглежда правата на пациента като интегрална част от

Здравеопазния процес. Солидарността изисква споделени права и отговорности на всички за осигуряване и защита на правата на пациента, участие на гражданите в поставяне на стандарти за качество на здравните дейности, специализирано обучение на здравните специалисти, справедлив достъп до здравните служби.

Увеличаващата се роля на общественото здраве в съвременните социално-икономически реалности е необходимо да се преосмисли в светлината на документите на СЗО и ЕС и да се увеличи неговата роля в социалната политика чрез дейности, касаещи:

- дискусии за оценка на здравето като ценност на индивида и обществото;
- развитие на Първичната медицинска помощ, като начало на промяната;
- по-висока удовлетвореност на пациентите, чрез по-големи възможности за избор;
- изграждане на системи за мониториране на здравето.

Дълбокият смисъл на новоевропейската идентичност се определя като осмисляне и интегриране на човека като основен фактор във всички сфери на обществения живот, и като основен носител на отговорността за бъдещето.

## **1.2. Място и роля на първичната здравна помощ**

Основна цел на всяка здравна реформа е осигуряването на качествена и рентабилна здравна помощ за населението. Една от първостепенните задачи за постигането ѝ е да се изгради взаимно доверие между лекар и пациент като се формира институцията на общопрактикуващия лекар. Въвеждането на здравно осигурителна система създава оптимални условия тази цел да бъде постигната. Чрез нея всеки

здравно осигурен гражданин получава гарантиран достъп до медицинска помощ на всички нива в системата на здравеопазване

Първичната здравна помощ е базов елемент на здравеопазната система. Здравното състояние на населението зависи до голяма степен от нейното функциониране. От работата на лекари, медицински сестри и други специалисти в ПЗП зависи мнението и отношението на населението към здравеопазната система въобще. В редица страни с развита семейна медицина (Великобритания, Швеция) семейният лекар и медицинската сестра от ПЗП удовлетворяват около 90% от целия обем здравни потребности на населението. За останалата част от случаите се налага специализирана помощ или хоспитализация.

Икономическите оценки, направени в световен мащаб доказват, че значителна част от ресурсите в здравеопазването се разходват за скъпа стационарна помощ. Специализираната и високотехнологична болница има отношение към лечението на остри състояния и заболявания, и е ангажирана с лечение на малка част пациенти.

В. Борисов <sup>[20]</sup> представя стационарната помощ като върха на пирамида с широка основа от стандартна масова нозология, която се обслужва, чрез структурите на Първичната здравна помощ и се осигурява в амбулатории и здравни центрове, в противоположност на вторичното и третично специализирано здравно обслужване, което се осигурява в болничната система. Изследвания, проведени под егидата на СЗО установяват, че в развиващите се страни около 2/3 от бюджета за здравеопазването се изразходват за болничната помощ, въпреки че болниците обслужват едва 10-20 % от населението. Застаряването на населението в европейски мащаб и хронифицирането на редица заболявания изместват тежестта на здравното обслужване в посока към Първичната помощ. Тази помощ се дефинира още като основна или базова, поради изключителната си важност за задоволяване на здравните потребности на хората.

Здравната политика на всяка страна инициира реформи, които гарантират на населението й сигурност за опазване и възстановяване на тяхното здраве и създават условия и предпоставки за подобряване на здравето на нацията като цяло.

### **1.3. Първична здравна помощ в България. Национална здравна стратегия за Първична медицинска помощ и сестринските грижи**

Здравната реформа в ПМП в България стартира през месец юли 2000г. Необходимостта от тази реформа е очертана от М. Попов <sup>[52]</sup> и се отнася към три основни причини:

- влошеното и влошаващо се здравно състояние на населението;
- неефективността на съществуващата здравеопазна система;
- несъответствието на здравната политика и здравната система с общите тенденции за развитие и утвърждаване на демокрацията, пазарната икономика и приобщаване към Европейските ценности.

Същият автор посочва, че в нашето здравеопазване липсват механизми, които да стимулират качеството на здравна помощ, съществуването на неефективна система за следдипломна квалификация на лекари и медицински сестри. Този коментар недвусмислено налага необходимостта от реформи на здравеопазването, базирана на ефективна здравна политика. Структурната и финансова реформа в България се извършва въз основа на разработени и приети закони – Закон за здравното осигуряване, Закон за лечебните заведения, Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите, Закон за здравето и най-новият - Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и на асоциираните медицински специалисти. Съобразявайки се със световните и европейски тенденции в развитието на здравеопазването и здравната

политика на СЗО, Българското законодателство акцентира на първичната медицинска помощ. В него все още не е определено нужното място на медицинската сестра, въпреки схващането, че развитието и утвърждаването на първичните здравни грижи се отнася не само до общопрактикуващия лекар, но и до всички членове на основния му екип – медицински сестри, фелдшери, акушерки и др.<sup>[18]</sup> Първичната здравна помощ има изключително важно значение, поради това, че тя е най-масовата и близка за оказване медицинска помощ, която формира и общественото мнение за системата на здравеопазване като цяло.

Именно институционализирането на ПМП е основния подход при постигане на целите, поставени от СЗО в нейната стратегия “Здраве за всички”. Това е така, поради факта, че тя се характеризира с достъпност и равнопоставеност, превантивност, мултидисциплинираност, непрекъснатост, висок професионализъм и етика, адекватност и автономност в решенията на пациента. Първичната медицинска помощ обхваща редица функции по укрепване и опазване на здравето, лечение, профилактика, решаване на медико-социални въпроси и др.

Всички те се реализират посредством изпълнението на управленските функции: планиране, организиране, координиране, контрол и оценка. Медицинската сестра (акушерка, фелдшер), могат да участват в изпълнението на тези функции, като за управленските медицински сестри – бакалаври и магистри има специфична теоретична и практическа подготовка.<sup>[156,157,158]</sup> Ролята и задачите на медицинската сестра в реформираната ПМП са отговорни и специфични. Нейните функции могат да се определят в контекста на глобалната стратегия “Здраве за всички” от 1977 г., “Първични здравни грижи” от конференцията в Алма Ата през 1978 г. и “Промоция на здравето” от Отавската конференция през 1986 г. Глобалната стратегия на СЗО отразява крайната цел на общественото здравеопазване, а другите две отразяват средствата за постигането ѝ.

Взаимовръзката между тези стратегии В. Борисов<sup>[18]</sup>, определя от типа терминални – “инструментални цели”. Към тези документи следва да се допълни и стратегията на СЗО “Медицински сестри и акушерки за здраве”, която определя насоките в обучението и сестринската практика. Основополагащо място в ПМП имат семейният лекар и медицинската сестра. Ключовата роля на медицинската сестра (акушерка, фелдшер), произтича от компетенциите ѝ, развити на базата на потребностите на пациентите от извънболнични грижи. Медицинската сестра в Европа има компетентност да предоставя здравни грижи, да провежда здравно обучение, да участва в програми за промоция на здраве, да работи за укрепване на семейното здраве, като част от екипа на общопрактикуващия лекар или самостоятелно. Ключовата роля на медицинската сестра се определя и на базата на уникалността на професията ѝ.<sup>[124]</sup> Необходимостта от цялостна организация на общата медицинска практика и прилагане на холистичният и проблемно-ориентиранят подходи към пациента налагат ОПЛ да работи в екип с медицинска сестра<sup>[18,25,130]</sup>

Националната здравна стратегия за първична медицинска помощ е разработена в духа на глобалната стратегия “Здраве за всички”. Тя се основава на конституционните и законови гаранции за здравето на българският народ.

Политическият контекст на Здравната стратегия включва международни и вътрешни фактори, отчита се фактът, че стратегията ще се прилага в периода на подготовка на страната ни за приемане в ЕС. Основна ориентация на стратегията спрямо здравето на човека, индивидите, семействата, групите и общностите е тяхното собствено участие. Акцентът е поставен върху развитието на промоцията на здравето и превенцията на болестите. Приоритет имат медицинските дейности, извършвани в първичната медицинска помощ, които се осъществяват от общопрактикуващите лекари и техните екипи. Стремезът е да се постигне

достъпност и равнопоставеност при ползване на здравните ресурси и задоволяване на здравните потребности на населението от висококачествени здравни услуги. Високото качество е стратегическа задача на Националната здравна политика.

В изминалите десетилетия на развитието на българското здравеопазване хиляди лекари, стоматолози, специалисти по здравни грижи и други специалисти са показали безброй примери и резултати на висококачествена работа в диагностиката, лечението, рехабилитацията, профилактиката и грижите. Към днешния ден изискванията към качеството на здравна помощ са нараснали. Лекарят и медицинската сестра са фигурите, които трябва да отговорят на тези изисквания. Във връзка с това те следва да придобият знания и нови умения, да поддържат нивото на знанията си и да участват в процеса за развитие на качеството. Основен момент в реализирането на здравната стратегия е сътрудничеството с пациентите при осъществяване на медицинските дейности. Екипът на общата практика трябва активно да ангажира пациентите с грижата за собственото им здраве. Важен дял в осъществяването на здравната стратегия за ПМП имат специалистите по здравни грижи – медицински сестри, акушерки, фелдшери и др.

#### **1.4. Приоритетни задачи на Първичната здравна помощ. Място и роля на медицинската сестра**

В условията на развитие на общественото здравеопазване особено нараства ролята на сестринството. Неговият принос се признава все повече в международен план. Съществува съгласие относно необходимостта от разширяване на отговорностите и функциите на специалистите по здравни грижи. Сестринството се счита за ефективен ресурс от икономическа гледна точка при осигуряването на здравни грижи. Затова

трябва да се разглежда като интегрална част от общата тенденция за икономическа ефективност в системата на здравеопазването.

През последното десетилетие се наблюдава голям напредък в развитието на сестринството в страните от Западна Европа. Положението на професионалистите по здравни грижи в Източна Европа в това число и в нашата страна е по-различно. Редица различни изследвания установяват основните проблеми на сестринството в страните на преход. Най-значимите от тях се отнасят към недостига на специалисти по здравни грижи в ПМП. Техният брой силно варира. Докато в скандинавските страни е 13,7 на 1000 души население, то в страните в преход е между 4 и 7. Друг важен проблем на медицинските сестри в ПМП е свързан с ниското заплащане на труда, лоши условия на работа, текучество, нисък престиж на професията. Резултатите от изследванията сочат също липсата на професионална автономност на медицинските сестри, силно ограничени възможности за обучение и кариера. Сериозно затруднение за развитие на функциите на сестринството представлява факта, че медицинските сестри са най-вече технически изпълнители на здравни грижи под ръководството на лекаря. Те не са автономни специалисти, които да удовлетворяват потребностите и интересите на пациента за грижи. Абсолютната подчиненост на професионалното съсловие на сестрите е спъващ за развитието им фактор.<sup>[118,119]</sup> За да се отговори адекватно на повишените изисквания към професионалната компетентност на медицинската сестра в ПМП, според С.Тончева 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.

- **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, дишане, отделяне, движение, комуникация и др. Медицинската сестра участва в подготовката и провеждането на редица изследвания, манипулации, провеждане на 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 ѝ 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 – 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.

Дейността на медицинските сестри и болногледачите е нормативно определена в Наредба МЗ №1/08.02.2011г.<sup>[70]</sup> и Единните държавни изисквания за тези професии <sup>[74,71]</sup>. Описаните в документите дейности се извършват както в условията на дома на пациента и доболничната помощ, така и в условията на стационарно лечение и престой на пациента в хоспис.

Сестринските функции са регламентирани и в квалификационната характеристика на специалността.

Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения. Съдържанието на професионалната компетентност на медицинската сестра е представено в **таблица №1:**

**Таблица1: Съдържание на професионалната компетентност на медицинската сестра (знания, умения и поведение)**

Съдържание	Вид
Знания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• клинични</li> <li>• превантивни</li> <li>• медико-социални</li> <li>• медико-педагогически</li> <li>• медико-психологически</li> <li>• управленски</li> </ul>
Умения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• комуникационни</li> <li>• поведенчески</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• умения за участие във физикални и функционални изследвания</li> <li>• умения за решаване на здравни проблеми</li> <li>• умения за мониториране и контрол върху развитието на болестта</li> <li>• умения за документиране</li> <li>• умения за традиционните сестрински дейности (в т.ч. манипулации)</li> <li>• умение за полагане на грижи за хигиената и храненето на болните</li> <li>• умения да осъзнава собствената си роля</li> <li>• умения за сътрудничество с партньорите в екипа.</li> </ul>
Поведение	<ul style="list-style-type: none"> <li>• прилагане на холестичния подход</li> <li>• прилагане на психо-соматичния подход</li> <li>• прилагане на пациент-ориентирания подход</li> </ul>

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

П. Маринова<sup>[61,61,63,64]</sup>, Ив. Стамболова<sup>[106,107,108,109,111]</sup> и др. работят по дефиниране на нови функции, имайки предвид, че медицинската сестра е една от основните фигури за успешното осъществяване на здравната реформа.

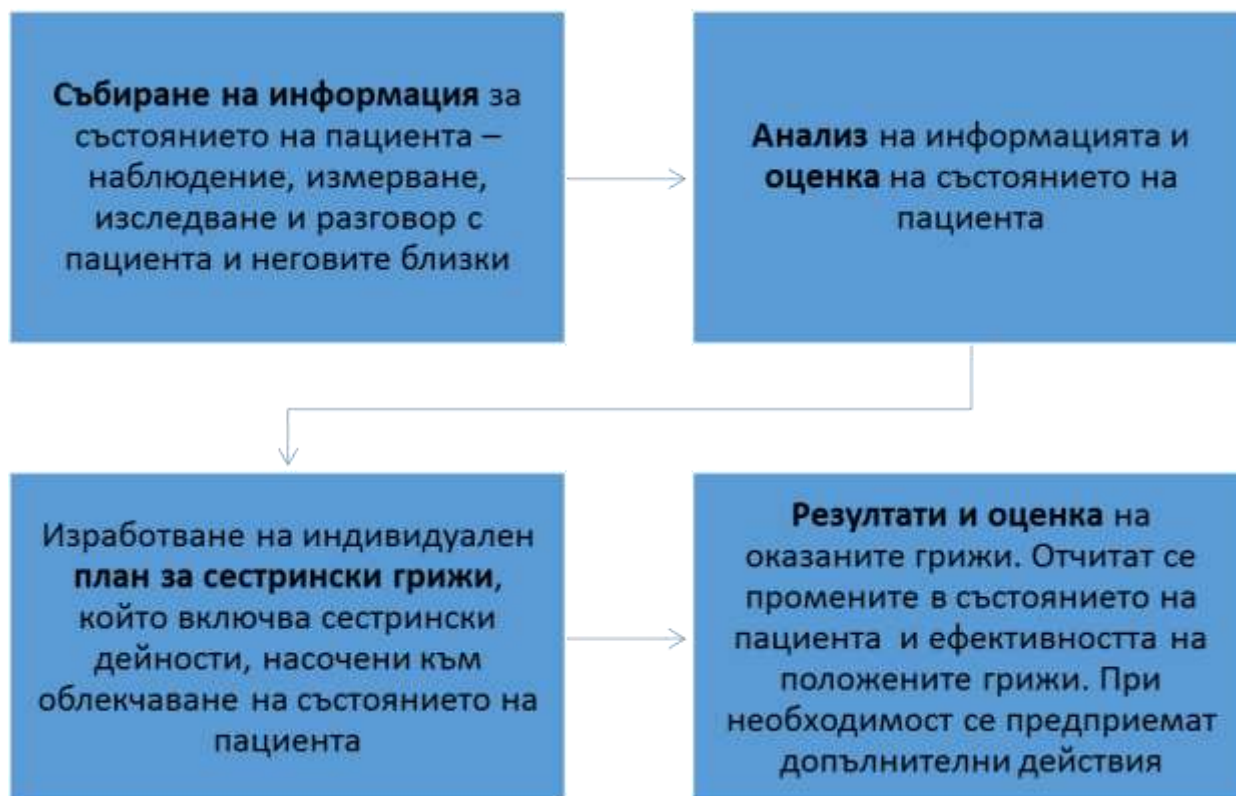
За изпълнението на всички по-горе визирани функции медицинската сестра трябва да има достатъчно добро базово и непрекъснато обучение.

Спецификата на работа в първичната медицинска помощ изисква и допълнително обучение, което ще гарантира адекватна адаптация към изпълнението на задълженията и ще отговори на променящите се законодателни изисквания и здравни потребности [2]

В проучване, проведено в продължение на три години, Александрова М.<sup>[3]</sup> откроява логично и научно обосновано акценти свързани с възможностите за персонално развитие на медицинските сестри; за тяхната равнопоставеност; за мотивацията им за обучение; за придобиване на високи образователни и квалификационни степени и др.

В България обучението по сестрински палиативни грижи започва едва през 2005г., с приемането на Единните държавни изисквания за придобиване на висше образование с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ за специалностите „медицинска сестра“ и „акушерка“. [74] В изпълнение на тази наредба през учебната 2005/2006 г. за пръв път у нас се въвежда изучаването на самостоятелната учебна дисциплина „Палиативни сестрински грижи“. В настоящия момент обучението по тази дисциплина се провежда в трети курс в рамките на 30 учебни часа, от които 10 часа лекции и 20 часа учебно-практически занятия. Модула завършва със семестриален изпит. [58]

Според Юрукова, К. процесът на оказване на сестрински грижи включва **четири етапа** (фигура №1 ). [131]

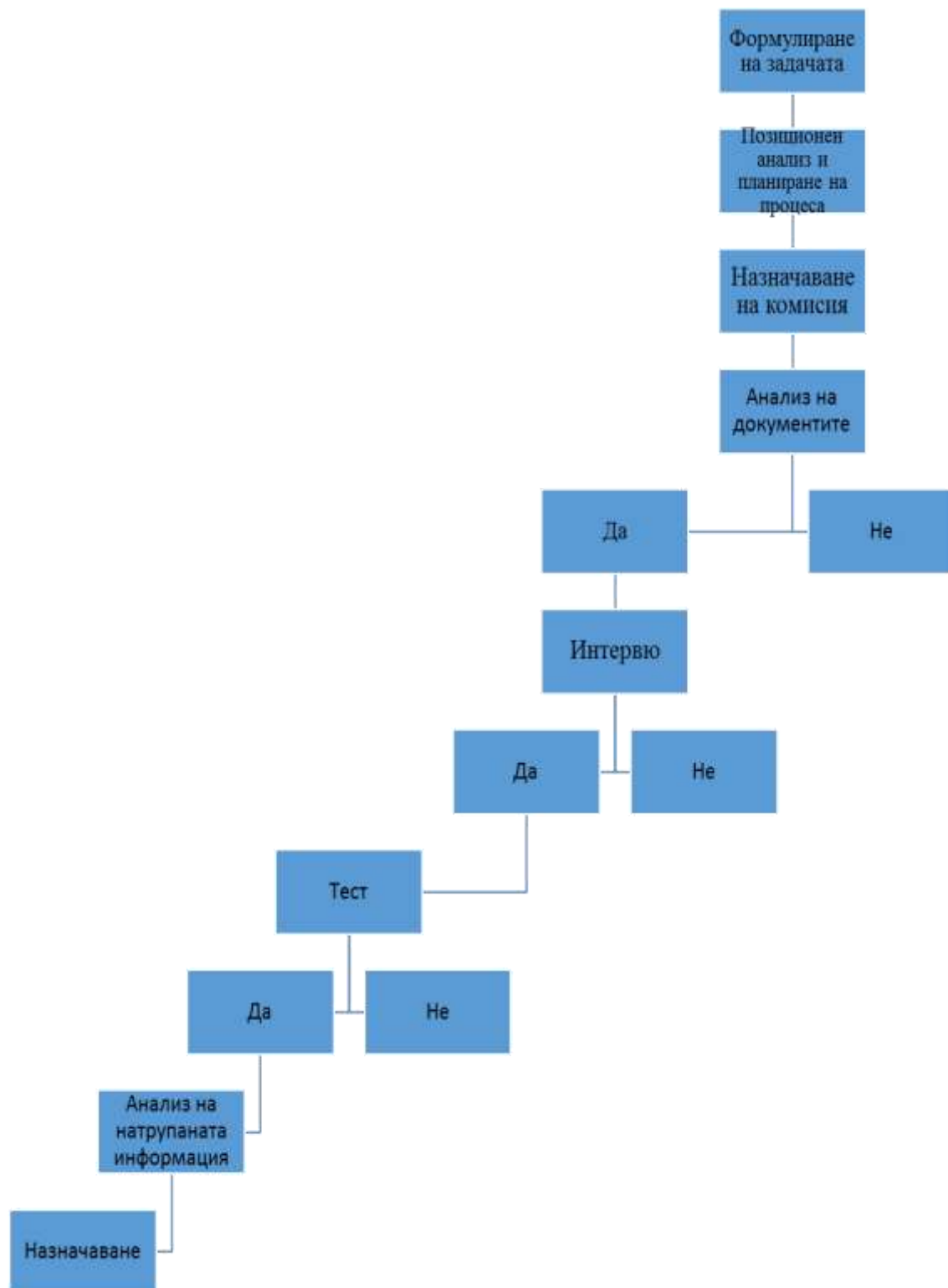


**Фиг.№ 1.** Процес на оказване на сестрински грижи

Пред медицинската сестри в ПМП стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят към повишаване на компетентността им чрез формите на непрекъснато обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи; активно сътрудничество на мед. сестра от ПМП с индивида, семейството и общността и въвличането им в партньорство за постигане на здравно благополучие; повишаване на отговорността за запазване, укрепване и възстановяване на здравето на обслужваното население; спазване на моралния и професионален кодекс,

прилагане на холистичния подход в грижите за пациента; защита на интересите и престижа на сестринското съсловие чрез участие в съюзи, съсловни организации и техни форуми и изяви. Ето защо, принципна политика за един съвременен мениджмънт трябва да бъде утвърждаването на професионалния подбор на медицинските сестри. Мнозина считат, че подборът им се състои в извършване на еднократен акт – запознаване с документите на медицинската сестра и назначаването ѝ на свободно сестринско място. В действителност, преди да се осъществи подборът на медицинската сестра трябва да се извършат някои предварителни дейности:

- Установява се общият брой на наличния и необходим сестрински персонал, като се имат предвид следните показатели: щатни възможности, допълнителен фонд работна заплата, наличен брой пациенти. Анализира се действителното натоварване на медицинските сестри, т.е. потребността от нови медицински сестри се предявява едва след предварителен анализ.
- Определя се стандартът, на който трябва да отговаря кандидатът за свободно място за медицинска сестра.
- Назначава се комисия и се разработва инструментариум, по който да се събере информация и да се направи оценка на качествата на кандидата.
- Провежда се избор на кандидата и сключване на договор.
- Установява се контрол върху протичане на процеса, като се анализират източниците на грешки.



**Фиг.№2** Алгоритъм на процеса “Подбор и назначаване на медицински сестри”

Първите организационни дейности, предхождащи подбора на кандидатите, се извършват от управителя на лечебното заведение или от

друго, упълномощено от него лице. Избират се и членове на комисията за подбора на най-подходящ кандидат. Сформираната комисия има за задача да подбере критериите и методите, по които ще се осъществи подбора и назначаването на медицинските сестри и да проконтролира правилното им реализиране.

Първата стъпка за изпълнение на алгоритъма на процеса за подбор на кандидатите за медицински сестри (виж **фиг.2**) е разработването на т.нар. “позиционен анализ”, който да опише спецификата на работното място. Според Палмър <sup>[153]</sup>, позиционният анализ има следния вид:

### **Позиционен анализ на работното място на медицинската сестра**

#### **I. Същност на работното място:**

1. Цели на лечебното заведение.
2. Организационна структура на лечебното заведение .
3. Основни изисквания към кандидата.
  - По отношение на неговите професионални характеристики;
  - По отношение на поведението му с пациентите;
  - В отношението му към другите членове на колектива;
  - В отношенията му към други хора, групи и организации, с които ще има контакти.

#### **II. Статистически и динамични характеристики на работното място:**

1. Кое е най-важното, което трябва да знае и умее при започване на работа?
2. Какво би трябвало да промени на работното място?
3. Кои функции и характеристики ще бъдат засегнати най-силно от тази промяна?
4. Какво ще бъде влиянието на други хора, имащи отношение към обгрижването на пациенти?

5. Доколко е приемлив за новия член колективът, в който той ще работи?
6. Какви са характерните особености на пациентите, с които той ще работи?

### III. Поведение на медицинската сестра

1. С пациентите;
2. В отношението ѝ към другите членове на колектива;
3. В отношението ѝ към външни за колектива групи и организации.

### IV. Характеристика на медицинската сестра.

1. Умения;
2. Отношения;
3. Интереси;
4. Социална база.

След като бъде изработен позиционният анализ, следващата стъпка е да се използва информацията, получена от него, за да се подберат критериите или стандартите, по които ще се оценява кандидатът. Критериите, правилата или принципите, използвани при подбора на медицинските сестри, са онези поведения, характеристики или резултати, които трябва да бъдат предписани от комисията по подбора, основавайки се на натрупаната за кандидата информация.

Методите за подбор на медицински сестри са следните:

А/ Заявление, автобиография и/или мотивационно писмо.

Почти не е изследван въпросът каква писмена форма да се приложи към документите на кандидатстващите за определено работно място. Общоприето е представянето на заявление и автобиография. Тези документи се изписват в свободна форма и това обикновено е първата среща на комисията с възможностите на кандидата. Например, ясното изложение и добрият правопис могат да покажат някои от уменията на кандидата. В същото време тези писмени материали не са много надеждни,

защото чрез тях кандидатите се стараят да се покажат привлекателни. Освен това те могат да бъдат написани от други хора. Според Едгъртън, Файнбърг и Томпсън, автобиографията дава възможност да се проследи професионалното развитие на кандидата.<sup>[132]</sup> Напоследък стана модерно при кандидатстване за работа да се представи и мотивационно писмо. То спомага за проследяване на мотивите на кандидата за кандидатстване за определена длъжност, умението му да контактува с хора и възможностите му.

Независимо колко са надеждни тези документи, те дават една добра възможност на комисията да направи предварително сравнение между кандидатите и да отхвърли онези, които счита за неподходящи.

#### Б/ Препоръка или характеристика

Препоръчителните писма са форма за набиране на информация, която почти е изживяла времето си, но все още се използва. Уместно е, ако се използва тази форма, към нея да се предявят конкретни изисквания за отразяване на важни характеристики от предишното работно място на кандидата: заплата, продължителност на работата му там, дали е уволнен или е напуснал доброволно и една кратка оценка за работата му от предишния ръководител. Обикновено информацията в препоръчителните писма е необективна и трудно може да се приеме за достоверна. Характеристиките също се изработват по стереотип и в тях рядко се отбелязва някое действително качество на кандидата, което значително го отличава от останалите кандидати. В най-общия случай те винаги са положителни.

Тези методи за набиране на сведения не могат да се приемат за обективна и достоверна информация за вземане на правилно решение, а могат да се използват само в комбинация с други процедури и алгоритми.

## В/ Интервю

Не съществува по-разпространен метод за подбор на медицински сестри от интервюто. Тази първа среща с кандидата допринася за процеса на подбора в много по-голяма степен от останалите.

Интервюто е система от въпроси и отговори, която дава възможност за двустранен обмен на информация. Комисията си съставя мнение за кандидата, а той за системата на подбор. Въпросите могат да бъдат така насочвани, че да се получи пълният обмен на информация, необходим на комисията, за да вземе правилното решение за назначаване на работа.

Организацията на процедурата за интервюиране на кандидата може да приеме различни форми, които да се съобразяват с това, дали всички кандидати ще бъдат интервюирани, или някои ще отпаднат още след приемане на документите; колко пъти ще бъдат интервюирани кандидатите; дали интервюто ще се проведе с всички допуснати кандидати едновременно или ще влизат един по един; дали въпросите ще бъдат известни предварително, или не.

Чрез интервюто някои ръководители могат да се опитат да открият наличието на онзи единствен критерий, който според тях дава основание за ефективна работа на кандидатката за медицинска сестра. За някои това може да бъде голямата му загриженост за болните хора. За други наличието на ентузиазъм може да бъде достатъчно условие, за да се счете кандидатът за подходящ.

Мненията за качествата на интервюто, като една от основните процедури при назначаването на медицинските сестри, е различно, но всички считат, че преобладаващата част от дадените отговори са по-скоро частично верни, защото се съобразяват със създадената атмосфера и с личността на интервюиращия. На интервюиращия му е трудно да даде бърз и в същото време точен отговор.

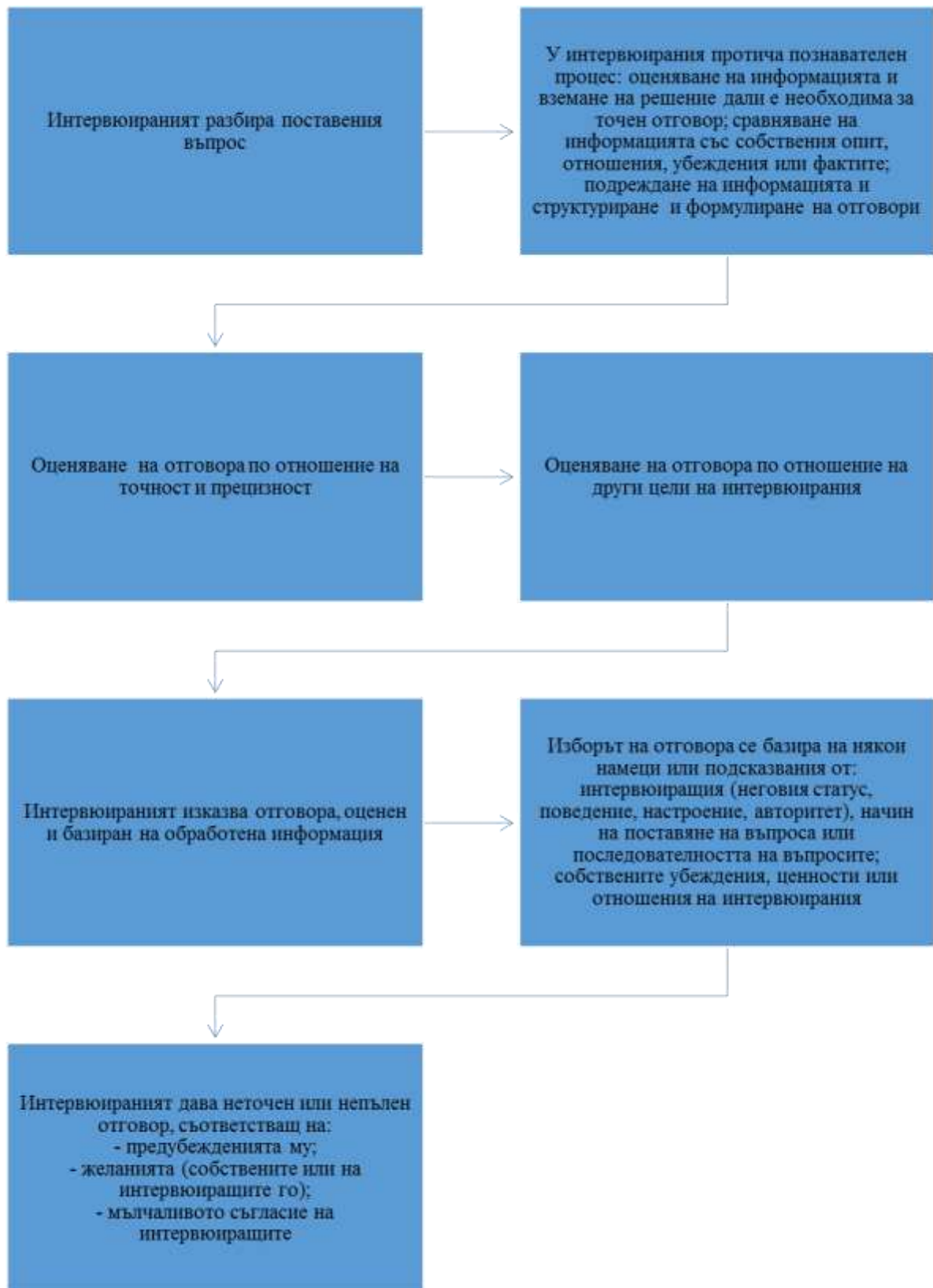
Идеалният кандидат формира своя отговор по процедурата, показана на **фигура №3** (стъпки от 1 до 5), но всяко отклонение може да доведе до неправилен или неправилно формулиран отговор (стъпки 6 и 7).

Възможни са и някои грешки при провеждане на интервюто:

- Поставяне на въпросите така, че да се получават отговори само с “да” и “не”, което ще даде твърде малко информация за кандидата;
- Задаване на общоприети въпроси, за които интервюиращият има готови отговори;
- Задаване на въпроси, които да навеждат към единствения правилен отговор;
- Задаване на въпроси или коментиране по такъв начин, че да се открие отношението на интервюиращия или комисията;
- Задаване на въпроси, които нямат нищо общо с процедурата;
- Задаване на въпроси, за които вече има готов отговор в приложените от кандидата документи и това го смущава, защото той счита, че има някои неясноти в документите му.

За да се избегнат всякакви грешки при осъществяването на този метод е необходимо интервюиращите да бъдат обучени предварително.

Натрупаният опит в развитите страни показва, че оценяването на кандидатите за медицински сестри, чрез интервю е един добър метод за подбора им. Той дава възможност да се прецизира информацията, получена от писмените източници, като се допълни и обогати от визуална информация. Интервюто може да бъде валидно и надеждно в зависимост от уменията на интервюиращите, от ситуацията, от условията, от характерните особености на кандидата. Не винаги са валидни резултатите, но може да се повиши и валидността, и надеждността, ако са добре обучени интервюиращите.



Фиг.№3 Алгоритъм на процеса ” отговор на въпроса” за интервюирания

## Г/ Тестове при постъпване на работа

Входящите тестове за измерване на професионалните знания и умения на медицинските сестри са въведени в много страни. Изследванията показват, че при прилагането им се получава информация, която не винаги е надеждна и валидна, защото тя оценява преди всичко личните знания, умения и възможности, а това все още не е гаранция че медицинската сестра пълноценно може да осъществява основните свои задължения. Тестът измерва по-скоро интелигентността ѝ и личните ѝ характеристики, но не може да предскаже професионалните ѝ постижения. Удачно е да се прилага такъв тест, когато е необходима прецизна процедура за избор на кандидат с най-високи лични качества. С тестовете е трудно или почти невъзможно да се изследва моралната култура на медицинската сестра или да се предсказва нейното поведение.

Сами по себе си тестовете за подбор на медицински сестри от хосписите, не биха могли да се преценяват като добри или лоши, полезни или не, защото винаги могат да се посочат предимства или недостатъци. Важно е комисията по подбора да разработи или избере най-подходящия тест, в тясна зависимост с останалите методи за подбор и оценяване на медицинските сестри и получената информация да бъде анализирана правилно.

Използването на тестове за оценяване компетентността на медицинските сестри се свързва не само с подбора и назначаването им. Те могат да бъдат прилагани заедно с други методи и за оценяване на медицинските сестри или за определяне на темите, по които да се осъществи допълнителна квалификационна работа в доболничната помощ или хосписа.

В системата на здравеопазването работят хора с различни професии и квалификация. Взаимодействието между тях е безусловно необходимо за реализирането на ефективно здравно обслужване. От всички професионални групи най-многобройни са специалистите по здравни грижи (медицински сестри, рехабилитатори, акушерки).<sup>[21]</sup>

Сред професиите с феминизиран състав професията на медицинската сестра заема водещо място. Тя дава възможност за пълноценна изява на жените в тази област, защото самата ѝ същност предполага богата душевност и хуманна насоченост.

Едно от трудните и отговорни направления за сестринските грижи са за пациенти в тежко и терминално състояние. Такива са голяма част от пациентите, обслужвани в доболничната помощ. Тези грижи изискват освен компетентни и внимателни грижи и дълбоко човешко отношение към болните хора и техните близки.

Терминално болните пациенти не се повлияват от терапия през последната фаза на болестта. Грижите за болните през този етап (палиативните грижи) е необходимо да бъдат насочени към физическите страдания и купиране на болковия синдром. Сериозно внимание трябва се обръща и на психо-социалните страдания и оказване на психо-емоционална подкрепа на пациента и неговите близки. Медицинската сестра е професионалистът, който е най-близко до леглото на болния и до неговото семейство.

Тя е професионалистът, който информира, съветва, обучава и осигурява непрекъснатостта на грижите за болния в дома или стационара.

Медицинската сестра проследява състоянието на пациента и оценява болката и другите симптоми и промени в състоянието му. Тя поддържа контакта и координацията с лекаря и с близките.

Тази специфика на работата на медицинската сестра, в извънболничната помощ, налага там да работят опитни медицински кадри с подходящо социално поведение. Социалното поведение на всеки човек се обуславя от личността, социалните норми и нагласи. Чрез социалното поведение човек участва в социалните взаимоотношения и реализира обществено присъствие. От всички многобройни варианти на поведение в обществото, социалната психология формира пет основни типа: подпомагащо поведение, агресия, зависимост, независимост и доминантност.

*За медицинската сестра, на която се възлага да играе важна роля в социалната и емоционалната подкрепа на пациентите, настанени в Хоспис или обслужвани по домовете, е важно да познава и да се стреми именно към подпомагащо поведение (helping behavior).<sup>[131]</sup>*

Това е най-дефицитната форма на социално поведение в човешките взаимоотношения. Колкото повече се говори за взаимопомощта, толкова по-често се среща бездушието, конкуренцията и експлоатацията, които понякога се допуска да доминират дори в най-близките човешки взаимоотношения, каквито са семейните. Ето защо пациентите, без разлика във възраст и пол очакват да получат наистина безкористност в помощта от своята медицинска сестра.

Пациентите, които медицинската сестра ще обслужи в стационара, или при които ще отиде в домовете им по причини от различен характер (биологични, социални или психични), имат в различна степен изразена зависимост във взаимоотношенията си с хората. И именно тя - медицинската сестра, със своите знания, умения и подпомагащо поведение трябва да успее да подпомогне и мотивира пациентите да променят поведението си в максимално благоприятна посока, доколкото това е възможно.

Несъмнено правилното осъществяване на грижите за пациентите, до голяма степен зависи от медицинските сестри. От една страна за тези сестри е необходим висок образователен ценз и достатъчно практически опит, а от друга страна от решаващо значение е медицинският персонал да притежава благородни човешки качества<sup>[93]</sup>, като себеотдаване, алтруизъм, търпение, комуникативност, нагласа за работа с болни хора и редица други. Като професионално значими качества за работещите в сферата на здравеопазването, се считат добре развитите комуникативни и емоционални качества<sup>[17]</sup>. Грижите в доболничната помощ са предимно сестринска дейност. В никоя друга област на здравеопазването професионализмът на медицинската сестра не е толкова очевиден и автономността на сестрата не е толкова голяма.<sup>[120]</sup>

### **1.5. Хосписните грижи в структурата на доболничната помощ**

Проблемно ориентираният подход на Първичната здравна помощ, както и необходимостта от цялостна организация на общата медицинска практика трябва да бъде подчинена на интересите на пациента и налага общопрактикуващият лекар да работи в екип с други медицински специалисти.

Медицинската сестра се приема като необходим и ценен сътрудник на лекаря. Нейната роля и функции са определени от Верджиния Хендерсон (V. Henderson, 1966-1969 г.), която развива идеята за уникалната функция на медицинската сестра. Както посочва авторката “уникалната функция на сестрата е да подпомага индивида (здрав или болен) в извършване на такива дейности, които способстват за запазване на здравето или за възстановяването му (или за достойна смърт), и които той (пациента) би извършвал сам, ако има необходимата сила, желание,

знания и възможност, и то да прави това по такъв начин, че да подпомага индивида да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо”.<sup>[73,27]</sup>

В съвременното здравеопазване хосписът е признат като модел за предоставяне на качествени и милосърдни грижи. Всичко това е отнесено към специфичните нужди и желанията на пациентите. Фокусът е поставен най-вече върху грижите, а не толкова върху лечението и в повечето случаи грижите се осъществяват в самия дом на пациентите. В центъра на философията на хосписа е убеждението, че всеки човек има правото да умре безболезнено и с достойнство, а близките на болните трябва да получат необходимата подкрепа. В тази връзка, в последните години се наблюдава истински „бум“ в развитие на хосписните грижи в системата на доболничната помощ и основно в предоставянето им в дома на пациента.

Действащия Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ) класифицира три големи групи лечебни заведения, съобразно извършваната от тях медицинска дейност. Това са лечебни заведения за извънболнична помощ, лечебни заведения за болнична помощ и една трета, по-особена група лечебни заведения, която ЗЛЗ отделя в Глава пета – „Други лечебни заведения“. Именно в тази т. нар. „трета група“ лечебни заведения, българският законодател е включил хосписите, домовете за медико-социални грижи, диспансерите и пр. Всяко едно от тези лечебни заведения има своите особености, както от гледна точка на извършваната медицинска дейност, така и по отношение на техния правен режим на създаване и управление. В този смисъл, хосписите и центровете за спешна помощ и трансфузионна хематология имат повече общи белези с видовете лечебни заведения за извънболнична помощ, докато останалите от „третата група“ лечебни заведения стоят по-близо до болнични лечебни заведения.<sup>[122,49]</sup>

През 2015 г. с промяната в Закона за здравето<sup>[49]</sup> бе поставено началото на узаконяване и регламентиране на сестринските дейности от извънболничната помощ в частта, в която те се предоставят в дома, в това

число палиативните домашни грижи. Създаден е нов член (Чл. 125б.), в който законодателно се урежда въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги. Според определението в закона 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“.<sup>[50]</sup>

В така посоченото определение се дава законодателна възможност за практикуване на хосписни домашни грижи от мултипрофесионални екипи. Все още, обаче, няма подзаконова нормативна рамка, която да дава подробности за начина на практикуване на дейността, както и за организацията на работа на тези екипи.

Доскоро работата в хосписите не беше предпочитана от медицинските сестри, най-вече поради следните обстоятелства:

- Денонощното функциониране на хосписите;
- Специфичните и тежки грижи, които изискват терминално болните;
- По-ниското и непостоянно заплащане;

През последните пет години се забелязва промяна в тези нагласи за работа. Най-вероятно напредването на здравната реформа и промените в икономическата обстановка в страната и света доведе до необходимостта много медицински кадри да работят на повече от едно работно място.

Променена е и мотивацията за работа в хоспис. Мотивацията може да се определи като състояние на ума, като схващане на лицето по отношение на дадена цел, което му придава енергия да действа, като процес на активиране на човешкото поведение.<sup>[40]</sup> Проучвания сочат, че в България

водещо място заемат финансовите и хуманните мотиви за работа в хоспис. Причината за високата честота на финансовите мотиви у нас се дължи на ниското заплащане на труда в болничните и извънболничните заведения, което принуждава персонала да търси други възможности за допълнителна работа(основно почасова) и на други места, освен основната си месторабота. [6]

Сред основните хуманни мотиви както у нас, така и в световен мащаб водещо място заема т.нар.”семеен опит”, т.е. наличието на близък боледувал от рак. [140]

Важно е да се отбележи, че в работата на хоспис-екипите основно място заемат специалните сестрински грижи, които изискват нов квалифициран подход: специализирано обучение в медицинските университети по палиативни грижи, квалификационни курсове за следдипломно обучение, с оглед получаване на диплом за медицинска сестра с образователно-квалификационна степен ”бакалавър” или сертификат за преминато обучение по палиативни грижи. Необходимост е и изучаването на “хоспис мениджмънта” в програмата по Управление на здравни грижи. [164, 171] През 2010г с промяна в наредба №34 на МЗ/2008г. е добавена нова специализация „Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания (за медицински сестри и фелдшери)“ [72], но за получилите специалност медицински сестри няма определено по-високо възнаграждение и те не получават такова, въпреки високата си квалификация. Осъществяването на палиативни грижи налага потребност от нови знания, умения и подходи, които трябва да бъдат включени в актуални учебни програми, за да могат медицинските сестри да приложат реални знания и умения в практиката си в хоспис.

Всички лекари, сестри и други свързани с тях здравни професионалисти, работещи за пръв път в условията на палиативните грижи, се нуждаят от

обучение.

Рутинното професионално обучение не ги подготвя адекватно за предлагане на най-добрия стандарт на палиативни грижи.<sup>[5]</sup>

Съгласно “Методичното указание за устройството и дейността на лечебното заведение хоспис“ управлението му е поверено на управител (директор). Негови са и пълномощията по подбора и наемането на персонал.<sup>[68]</sup> Управителят има конкретни задължения при подбора и назначаването на персонала в хосписа.<sup>[51]</sup>

Намирането на най-подходящия за длъжността специалист в повечето случаи не е лесна задача, защото оценките се поставят от един човек – управителя и в повечето случаи са субективни, а грешките очевидно са неизбежни.

Субективизмът, който се проявява, може да бъде резултат от липсата на психологическа подготовка на управителя, на преднамереност или мнителност, на погрешно избран инструментариум.

При назначаването на медицински персонал в хосписите в България, не се използват психограми за медицински сестри, както се прави в редица държави с по-голяма практика. Специфичните изисквания, които медицинската професия предявява към психиката на човека, са обединени в т.нар. „психограма“ - описателна-техническа и психофизиологическа характеристика на професионалните действия на човека с идентифициране на обективните изисквания, които професията предявява към човека - отделни психически функции, способности или свойства на личността на работника.<sup>[46]</sup>

За първи път психограма на медицинска сестра е създадена през 1984 г. от група психолози и е описана в "Основи на общата и медицинска психология".<sup>[28]</sup>

Факт е, че образованието на специалистите по здравни грижи дълги години беше многократно реформирано, но пък и не малко пренебрегвано. Причините могат да се крият от една страна в недостатъчното финансиране на това образование, а от друга страна- в дълбоко залегналата в обществото философия на убеждението, че специалистите по здравни грижи (медицинските сестри и др.) са само помощен персонал на лекарите. Съществено е да се осъзнае, че медицинската сестра играе важна роля във веригата на здравното обслужване<sup>[117]</sup> и е необходимо да има образователни и правни компетенции за извършване на своите професионални задължения, а също и необходимата професионална пригодност. Известният клиницист Щекел още през 1950 г. е написал в своя учебник<sup>[155]</sup> „Медицинският персонал присъства на двете най-големи тайнства - раждането и смъртта“. За тази своя привилегия той трябва да бъде подготвен.<sup>[11]</sup>

Проучената литература, нормативните документи, сравнителният анализ на резултатите от социологически проучвания, проведени с управители и медицински сестри в някои стационарни хосписи в София и страната, както и за грижи в дома, позволиха да се открият известни пропуски и недостатъци в квалификационната дейност на медицинските сестри<sup>[6]</sup>. „Обучението е важна компонента на хосписните и палиативните грижи. Повечето хосписни центрове предлагат някакъв вид програми за обучение, вариращи от неформални учебни сесии, предоставяни от местните общински сестри и лекари, до професионално акредитирани курсове“.<sup>[136]</sup> У нас съществуващата система за повишаване на квалификацията на медицинските кадри в хосписите не се осъществява с тяхното пряко участие в избора и формата, тематичната насоченост, продължителността и мястото на провеждане на квалификационния процес. След преминаване на дадено обучение те получават документ,

който няма никаква официална стойност, която да ги прави по-конкурентноспособни на пазара на труда.

Открит стои и проблемът със стимулирането на медицинските кадри и обвързването на заплащането с равнището на тяхната квалификация.

Прави впечатление също, че повечето медицински сестри са попаднали в тази професия случайно, а случайният избор и липсата на подбор, оценяващ пригодността им, носи в себе си набор от грешки и разочарования, които придружават изпълнителя през целия му професионален път и трудно се преодоляват, най-често поради необратимия характер на самия избор.

Попадането на голяма част от вече практикуващите медицински сестри в хосписите също е случайно, поради липса на други възможности за реализация. Трябва да се отбележи, че много от тях нямат необходимата мотивация за работа с терминално болни хора.

В практиката на управлението на хосписите широко е прието разбирането, че ръководителят няма специални задължения за авансирането, развитието и подмяната на персонала, за търсене и прилагане на различни методи на оценка, пренасочване и т.н. Всички тези дейности практически остават извън вниманието и компетенциите на управителя на хосписа. Персоналните решения обикновено се вземат интуитивно, без да се разглеждат като етап от една логично построена система за работа с персонал.

Вън от вниманието на управителя са и въпросите за ротация и смяна на персонала, за атестиране и оценка и т.н. Всичко това, може да доведе до обвързване на резултатите от труда на медицинските сестри със заплащането им.

Необходимо е също да бъде оценена и мотивацията за работа. Тя отразява степента, в която членовете на дадена организация желаят да работят и влиянието на околната среда. Тя се състои от два взаимосвързани аспекта: защо хората работят и какво да предприемат ръководителите, за да създадат и поддържат мотивация за работа у персонала, за да се изпълнят целите на организацията. Мотивацията на човешките ресурси е тясно обвързана със запазването на организационната култура и ценностите, които са ръководни за постигането на по-високо качество и удовлетвореност на труда. Самата организационна среда предопределя и поведението на човека.

Обучението на персонала е в тясна връзка с неговото развитие в процеса на трудовата му кариера. Крайната цел на обучението на персонала е свързана с интереса на организацията. От теоретична гледна точка целта на обучението е най-бързо и с най-малко разходи да се достигне желаното ниво на работа, да се изградят и разширят уменията и познанията, необходими за заеманата длъжност или да се натрупа потенциал за бъдещето.

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

В тази връзка организационните аспекти на хосписните грижи, предоставяни в доболничната помощ следва да бъдат изучавани и развивани и тяхното успешно интегриране в здравната система трябва да бъде един от приоритетите на съвременната здравна политика.

## ХАРАКТЕРИСТИКА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ ХОСПИС ОТ ГЛЕДНА ТОЧКА НА ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

### 1.6. Определение на понятието палиативна медицина. Палиативни грижи - дефиниции, възникване и развитие.

Палиативната медицина се дефинира като : „Обучение и управление на пациенти с активни прогресиращи заболявания, за които прогнозите са ограничени и фокусът на грижите е насочен към качеството на живот ”.

Палиативната медицина е призната за медицинска специалност в редица страни в света. Световната здравна организация (СЗО) дефинира палиативните грижи по следния начин:

*“Това са активни грижи за пациенти, чиито заболявания не се поддават на лечение. Първостепенна роля при тях имат контрола на болката и други симптоми, както и решаването на психологичните, социалните и религиозните проблеми. Целта на палиативните грижи е да се постигне най-доброто възможно качество на живот за тези болни и техните семейства”.*<sup>[172]</sup>

Терминът „палиативен“ е предложен от канадеца Balfour Mont и през 1973 г. придобива широка популярност.<sup>[145]</sup> Той идва от латинската дума „pallium“, което означава “мантия”. Глаголът „palliate“ в английския означава облекчаване без лечение.<sup>[161]</sup> Тази историческа мантия през последните тридесет и пет години е станала символ на покровителство, топлина и грижа за пациенти в тяхната последна фаза на живот.<sup>[65]</sup>

Според дефиницията на СЗО, палиативните грижи трябва да отговарят на редица изисквания. Тези изисквания от една страна могат да бъдат интерпретирани като „грижи“, в смисъла на рамката, в която медицинските сестри трябва да дадат съдържание на грижите в палиативната фаза на болестта, а от друга страна определението носи в себе си изискванията, по които грижите могат да бъдат проверявани.

Палиативен, като термин използван в медицината, по своята същност се отнася до всичко, което не е лечимо. „Палиативни грижи“ е предпочитано понятие поради факта, че за медицинската аудитория този термин има респектиращо и професионално звучене, за разлика от другите два термина–религиозния подтекст на „хоспис“ и твърде откритата асоциация със смъртта при „терминални грижи“.<sup>[60]</sup>

Освен терминът „палиативен“ и определението за „палиативни грижи“, отношение към тематиката имат и определенията за „хоспис“ и „хосписни грижи“. Думата „хоспис“ става синоним на грижите за умиращите в края на 18-и век.<sup>[154]</sup> Ранните хосписи са били изградени и поддържани от различни религиозни органи. Това са първите опити за разделяне и отдиференциране на грижите за умиращите и като такива те могат да се считат за предшественици на модерните хосписи.<sup>[143]</sup> Понятието „хоспис“ произхожда от латинската дума *hospitum*, което означава частен пансион. През различните епохи и етапи, през които преминава хосписното движение, то претърпява развитие и динамика, за да стигне до съвременния си вид.

Създаването на първите хосписи се свързва с римската матрона Фабиола, която през IV в. предоставя двореца си за грижи и приют на всички нуждаещи се от помощ. Самата идея за палиативните грижи е възникнала в Лондон в края на 60-те години на 20-и век. Тя намира своя реален израз в създаването на първия Хоспис – Свети Христофор.

За основоположник на съвременното хосписно движение се счита английската медицинска сестра Сесили Сондърс, която открива първия съвременен хоспис през 1967 г., с наименованието „Свети Христофор“.<sup>[135]</sup> При откриването му г-жа Сондърс казва: „Името хоспис място за отдих на странници беше избрано, защото това ще бъде нещо средно между болница и дом, с уменията на първото и гостоприемството, топлината и времето на второто“.<sup>[133]</sup> Малко по-късно нейният опит е възприет от

САЩ, където през 1974 година е основан първият хоспис в Кентъки. Друга значима за развитието на палиативните грижи дама е д-р Елизабет Кюблер-Рос. Основавайки се на повече от 500 интервюта с умиращи, тя публикува през 1969 г. книгата си “За смъртта и умирането“, която се превръща в ръководство за всички професионалисти, работещи с умиращи болни.<sup>[58]</sup>

В исторически план много институции за палиативни грижи започват съществуването си като независими хосписи с ясно очертана философия. Съвременният опит обаче показва, че много страни успешно развиват палиативните грижи и в рамките на многопрофилни болници, като създават специални болнични отделения. Такава практика например е широко разпространена във Франция и Белгия, както и в други развити страни.<sup>[26]</sup>

Днес Хоспис-движението е обхванало повече от 90 страни.

В последните петнадесет години силно нараства вниманието и ангажираността на държавните и неправителствените организации в целия свят към развитието на хосписните/палиативните грижи. Специално внимание се отделя на страните от Централна и Източна Европа.<sup>[5]</sup> През 1999г. се създава Международна организация ЕСЕРТ(Eastern and Central Europe Task Force) с цел подпомагане реализацията на задачите от Познанската декларация от 1998г.<sup>[138,146]</sup>

През 2003 г. Комитетът на министрите на Съвета на Европа приема препоръка №23 към страните членки, относно организацията на палиативните грижи.

Основна идея на хосписите е да се облекчи физическата и духовната болка и страдание, като се оказват специализирани и комплексни грижи за пациенти в напреднал стадий на нелечимо заболяване. Основен приоритет е запазване качеството на живот на пациента. Независимо от вида и стадия на заболяването, качество на живот може да бъде постигнато, като се

гарантира контрол на болката, съпътстващите симптоми, причиняващи му дискомфорт и психологическа подкрепа.<sup>[22]</sup>

Прогресът и постиженията на медицинската наука са повишили човешките очаквания за изхода на техните заболявания. Едновременно с това нараства и броят на хората, които умират в болнична среда. Смъртта в болниците, обаче е нежелателна за пациентите в терминалния стадий на техните заболявания. Те прекарват последната си фаза от живота в стерилна, но “недружелюбна” атмосфера, заобиколени от медицинска апаратура. Палиативната грижа се предприема тогава, когато болният или близките му стигнат до така нареченото “информирано решение” за отказ от всякакви по-нататъшни медицински усилия за излекуване на заболяването. От съвременни позиции палиативните грижи и хосписите се приемат като важна алтернатива на концепцията за третиране на всеки пациент с прогресиращо нелечимо заболяване.

Хосписът, като вид медицински грижи, може да се разбира като едно движение, противостоящо на безмисленото медикаментозно лечение на причината на болестта във фаза, когато заболяването не може да бъде повлияно от него. Хоспис-движението подкрепя идеята, че на определен етап смъртта трябва да бъде приета като нещо реално и отношението към болния следва да се промени от лекарства - към грижи.

Най-важните елементи на хосписните грижи са следните:

- Утвърждава се философията за живота и смъртта и приемането на смъртта като естествен процес;
- Осигурява се облекчаване на болката;
- Не се ускорява и не се отменя леталния изход;
- Намаляват се до минимум изследванията и промените в терапията;
- Подкрепя се семейството по време на заболяването и след смъртта на неговия член;
- Набляга се на психологическия и духовен аспект на грижите.

## 1.7. Начало на хосписните грижи в България

Началото на хосписните грижи в България датира от периода преди приемането на Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) през 1999 г. и е свързано с името на Донка Паприкова. През 1989 г. тя събира средства от благотворителна дейност и създава дом “Майка Тереза”. В началото в него се обгрижват предимно самотни възрастни хора. През 1994г. движението се регистрира като фондация “Хоспис Милосърдие”. Същата година се създава и първият стационарен хоспис с пет легла. През 2000 г. хосписът получава лиценз към Министерството на труда и социалната политика и е пререгистрирано като благотворително дружество, което разчита на доброволци и спонсори. Непосредствено след приемането на ЗЛЗ през 1999г. се отбелязва развитие на хосписните грижи у нас, но впоследствие една част от регистрираните хосписи прекратяват дейността си. Интересът към палиативните грижи нараства, като се появяват и редица ценни публикации, в рамките на проекти на фондация „Отворено общество“.

[7,57,10,83,122] По данни от проучване на Силвия Александрова - МУ Плевен, към април 2007 г. регистрацията са получили над 100 хосписа в 23 области на страната. По данни от „Международната обсерватория за грижи“ в областта на палиативните грижи в България работят около 40 лекари без специалност по палиативна медицина, 130 медицински сестри, 25 психолози и психиатри и 100 доброволци. Проучване на същия екип чрез регистрите на РЗИ сочи, че в страната към края на 2008 г. има 35 действащи хосписа – 20 стационарни и 15 за грижи по домовете. Броят на леглата във функциониращите стационарни хосписи е 384.

В световен мащаб са издадени много монографии, справочници и ръководства, които третират въпроса с лечебните схеми при терминално болни, купиране на болковия синдром, облекчаване на страданията, но е оскъдна или липсваща литературната информация за организацията и

управлението на сестринските хосписни грижи и за „хоспис мениджмънта“ в България. [42,67,79,10,95,99,137,167,147,160,100]

Хосписните грижи се полагат винаги от екип от различни по своята квалификация и компетенции специалисти.

Екипно ориентираният подход на хоспис–грижите е насочен към осъществяване на квалифицирани здравни грижи, помощ за справяне с болката и емоционална и духовна подкрепа. *Хоспис екипите имат за задача да изработват индивидуален план за осъществяване на грижи за пациентите за контрол на болката и управление на симптомите.* [165]

Според вече установената световна практика, хосписните грижи съдържат няколко елемента:

- Стационарни хосписни грижи – предприемат се при невъзможност да се обгрижва пациентът в дома и да се овладее болката. Това е решението, което осигурява физически и психически дистрес;
- Грижи в дома – основно място за палиативни грижи е домът на пациента, неговата естествена домашна среда. Пациентът и семейството му се обслужват от екип от специалисти с разнообразна компетентност;
- Дневен стационар – място за кратковременно пребиваване (два-три пъти седмично или само при необходимост, краткосрочно), където пациентите пребивават само през деня. По този начин се облекчава семейството от грижите за пациента в дома;
- Временни домове за възрастни, терминално болни пациенти (пациентите се настаняват за определен период от време, докато техните близки са на почивка или искат известно време да се разтоварят);
- Консултантски служби(кабинети) – здравни специалисти със специална подготовка посещават пациентите в дома или в стационара, за да ги консултират и насочат към служби и

организации, от които те биха могли да получат финансова или друга помощ и подкрепа;

- Екипи за психо-социална помощ – те подкрепят семейството и близките на починалия, за да могат да преживеят по-безболезнено загубата на близкия човек.

### **1.8. Същност, функции и място на хосписа в системата на здравеопазването на страната.**

Осигуряването на нормативни и правни възможности за създаване на лечебни заведения, с цел оказване на палиативни грижи е мерило за хуманността на съвременното общество.

Доскоро българската система на здравеопазване се характеризираше със свръхпредлагане на болнични легла и лекари специалисти. Финансирането в зависимост от болничните легла често водеше до фиктивно регистриране на незаети легла и ненужно удължаване на болничния престой. *Наследената система на здравеопазване имаше ясно изразена централизация и значителни свръх-капацитети, с незадоволително качество и ефективност, което пък водеше до огромни разходи.*<sup>[75]</sup> Още през 1995 г. Министерство на здравеопазването започна процес на децентрализация на отговорността и даване по-голяма автономия на районните центрове по здравеопазване (РЦЗ). Планираните реформи в здравеопазването бяха насочени към подобряване ефективността и ефикасността на медицинските услуги, и то в рамките на наличния финансов ресурс. Нов и важен елемент и фундамент на стратегията за осъществяване на реформа в здравеопазването бе Първичната медицинска помощ, приета от Министерство на здравеопазването през 1997 година, с така наречените общопрактикуващи лекари, в резултат на което се проведе допълнителна преквалификация.

Общопрактикуващите лекари започнаха да действат от 01.07.2000 г., т.е. една година след старта на здравното осигуряване.

Целта бе тези лекари да извършват първоначална диагностика и ако е необходимо и възможно, да започнат терапията на пациентите, както и да провеждат информационни кампании за стимулиране на здравословен начин на живот. Тази първа степен на медицинско обслужване трябваше да осигури контролирания достъп до лекарите специалисти. Финансирането на извършваните от общопрактикуващите лекари дейности започна да се осъществява чрез Националната здравноосигурителна каса.

През 1999 година Народното събрание прие Закона за лечебните заведения (ДВ, бр.62 от 09.09.1999г.). Според този закон, съгласно чл.28 :

**Хосписът е лечебно заведение, в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и поддържащо лечение, предписано от лекар, и специфични грижи по домовете на лица с хронични и инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми.**

След 1999 г. в България съдържанието на понятието „хоспис“ претърпява няколко по-съществени изменения, които могат да бъдат проследени в Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) между 1999 г. и 2010 г. (когато е въведено последното изменение). Първият хоспис, регистриран по реда на ЗЛЗ, обособен като самостоятелна институция със стационар и обслужване по домовете, е хосписът „Филаретова“ООД.<sup>[121]</sup> Легалната дефиниция, посочена в чл. 28 ал. 1 на ЗЛЗ от 1999 г., гласи, че хосписът е лечебно заведение, *„в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение, поддържащо лечение, предписано от лекар на лице с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми“*.<sup>[51]</sup> В сравнително-правния анализ „Хосписите в България и в Европейския съюз“, изготвен от Български център по нестопанско право (БЦНП) и Фондация „Програмен и

аналитичен център за европейско право“ и публикуван през 2003 г., се подчертава, че „в методическото указание №3 на МЗ от 29.03.2000 г. дефиницията е разширена, като е добавено, че дейността в хосписа е насочена и към лица в **терминални състояния**“.<sup>[23]</sup> До последното изменение на закона от 31.07.2010 г. дефиницията е придобила следното значително по-тясно звучене: „*Хосписът е лечебно заведение, когато в него медицински и други специалисти осъществяват палиативни грижи за терминално болни пациенти*“. Една от обективните причини това да се случи е делегирането на част от грижите на Домове за медико-социални грижи (ДМСГ), които именно обслужват нуждите на пациенти с „*хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми*“. Чл. 27 от ЗЛЗ, дефиниращ ДМСГ, звучи така: „*лечебно заведение, в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми*“.

Два аспекта от дефиницията на Домовете за медико-социални грижи правят особено силно впечатление в съпоставка с отсъствието на същите в дефиницията за хоспис. Първият се отнася до акцентирането върху наличието на „различни възрастови групи“ лица, което предполага съобразяване на грижата със специфичните за възрастта на болните потребности (както е известно, в България функционират Домове за медико-социални грижи (ДМСГ) и Домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД)). Що се отнася до пациентите в хосписите, в анализа на БЦНП „Хосписите в България и в Европейския съюз“, четем следното: „*Пациентите могат да бъдат възрастни или деца, осигурени по Закона за здравно осигуряване*“.<sup>[24]</sup> В същото време в страната липсват педиатрични хосписи, което поставя терминално болните деца и техните семейства в особено трудна ситуация, в която правата на детето в сферата на

здравеопазването са сериозно нарушени. То може да се възползва от хосписни грижи, но те не са адаптирани към нуждите му, тъй като са организирани за работа приоритетно с възрастни пациенти.

Вторият аспект е свързан с обхвата и гъвкавостта на грижите - в дефиницията на Домовете за медико-социални грижи е заложена възможността те да се предоставят в дома на нуждаещото се дете или възрастен, докато по отношение на хосписните грижи се вижда отсъствие на подобни възможности. Тук е мястото да се спомене, че Р България и Р Косово са единствените страни в Европа, в които липсват патронажни сестри, осигуряващи домашни педиатрични палиативни грижи.<sup>[81]</sup>

Налице е известно противоречие. От една страна, нуждите на болното тяло са припознати с оглед на възрастта и потребностите му, що се касае до нетерминални заболявания, от друга, обаче, терминално болните пациенти се оказват поставени под общ знаменател – деца и възрастни, без отчитане на разликата в потребностите им.

Повод за размисъл е и фактът, че търсейки дефиниция на понятието „хоспис“, в България попадаме на легална такава, отнасяща се именно до физическото място (сградата), където пребивават пациентите, докато в страните с по-добре развити услуги за терминално болни пациенти (САЩ, Англия, Австрия, Германия и др.) фокусът на дефиницията е върху понятието „хосписни грижи/hospice care“, която е насочена именно към същността на самите грижи, а не към физическото място, където те се предоставят. То може да бъде домът на пациента или специализирано заведение – правото да вземе решение е в неговите ръце и/или в ръцете на семейството, когато пациентът не е в състояние да реши за себе си. Разликите в боравенето със самото понятие биха могли да се възприемат като индикатор за степента на развитие (или застой) на тези грижи в

съответната страна, тъй като разкриват начина, по който дадено явление се възприема в едно общество.

### **1.9. Дефиниции на СЗО и други организации, касаещи хосписните и палиативни грижи.**

Грижите, които се предлагат в хосписите, нямат за цел удължаване на човешкия живот или ускоряване на смъртта, а единствено полагане на палиативни грижи за терминално болни пациенти и подобряване качеството на живот в последните им дни. В този смисъл през 2002 г. Световната здравна организация дефинира понятието „палиативни грижи” като: **подход, който позволява да се подобри качеството на живот на пациентите и техните семейства, които са изправени пред смъртоносна болест, чрез предотвратяване и облекчаване на страданието, чрез ранно откриване и точна оценка на възникващите проблеми и поведение и адекватни медицински интервенции (за болка и други нарушения на жизнените функции), както и психическа и морална подкрепа“.**

Според *Световната здравна организация* (2006) палиативната грижа следва да си поставя следните цели:

- *Осигуряване на облекчение на болката и други симптоми на пациента;*
- *Утвърждаване на живота и формиране на отношение към смъртта като към нормален процес;*
- *Неускоряване на смъртта и неудължаване на живота;*
- *Включване на психологически и духовни аспекти на грижата;*
- *Оказване на подкрепа на пациентите в пълноценното им живеене до настъпване на смъртта;*

- *Използване на екипен подход с цел адресиране на нуждите на пациента и семейството му;*
- *Оказване на подкрепа на семейството за справяне по време на болестта и след смъртта.*

Медицинската грижа в края на живота е от огромно значение с оглед на съхраняването на човешкото достойнство и качество на живот, което в международен план я утвърждава като човешко право. Според Комитета на ООН за икономически, социални и културни права, от критична важност е предоставянето на „внимание и грижа за хронично и терминално болните пациенти, като същите трябва да бъдат предпазвани от изпитване на ненужна болка и следва да им бъде осигурена възможност да посрещнат смъртта достойно“.<sup>[148]</sup> Основанието палиативните грижи да бъдат разглеждани като човешко право може да бъде открито в няколко източника. Основният сред тях е фиксираното в международното право „право на най-високия постижим стандарт на здравеопазване“. Това право присъства под различна форма в няколко международни спогодби, сред които най-ярко в чл. 12 от Международния пакт за икономически, социални и културни права (МПИСКП)<sup>[66]</sup>, където понятието „здраве“ е широко дефинирано и включва и здравето при хора, страдащи от заболявания с терминален изход. Палиативните грижи са част от континуума на здравните грижи и по тази причина, държавната отговорност за тяхното предоставяне би следвало да произтича директно от международното право, отнасящо се до здравеопазването.

Съдържанието на задължението, което произтича от правото на здраве, и е очертано от Комитета, наблюдаващ спазването на МПИСКП, е в сила за България от 3 януари 1976 г. В своя общ коментар № 14 Комитетът посочва, че подписалите го страни имат някои „основни задължения“<sup>[134]</sup> във връзка с правото на здраве, независимо от ресурсите си.

Интерпретирани в контекста на палиативните грижи, те включват гарантирането на всеобщ достъп до тях, предоставянето на основни лекарства за контрол на симптомите и за терминални грижи, както и приемане и изпълнение на национални политики за палиативни грижи. В допълнение на „основните задължения“ Комитетът изброява и задължения, „равносилни по приоритет“, като в контекста на палиативните грижи задълженията, които правителствата имат, са свързани с осигуряване на обучение на здравни специалисти в принципите и практиката на този тип грижи, както и осигуряване на обществен достъп до информация, свързана с палиативната медицина.

*Глобалният атлас за палиативни грижи в края на живота* <sup>[139]</sup>, издаден в началото на 2014 г. от Световната здравна организация от Международна мрежа за палиативни грижи за деца (ICPCN), информира, че всяка година приблизително 20 млн. пациенти се нуждаят от палиативни грижи в края на живота, децата на възраст 0-14 г. съставляват 6% от тях, това се равнява на 1,2 млн. деца годишно, а за Европа статистиките сочат за необходимост от хосписни грижи при 30 на 100 000 деца годишно. Към края на 2013 г. едва 20 страни (8%) имат добре интегрирани в здравната си система палиативни грижи. 80% от пациентите, нуждаещи се от грижи в края на живота, се намират в слабо и средно развити страни, когато тези грижи са добре развити и интегрирани в страните с високи доходи.

В Националния социален доклад на Република България за 2011-2012 г. е посочено, че към края на 2010 г. хосписите в България са 54.<sup>[76]</sup> В същия доклад за периода 2013-2014 г. отсъства каквато и да е информация по темата хосписни и палиативни грижи.<sup>[77]</sup> По данни на Националния статистически институт става ясно, че до месец декември 2013 г. в България функционират 45 хосписа, като всички са ориентирани към грижа за възрастни пациенти<sup>[78]</sup>, педиатрични хосписи продължават да липсват не само на физическо, а и на идейно ниво.

В българската научна литература в областта на хосписните и палиативни грижи следва да се отбележи практическият принос на монографията „Хосписни грижи – мениджмънт и етика“<sup>[5]</sup> от С. Александрова-Янкуловска, която се явява първи за страната труд в полето на грижите в края на живота, както и учебникът „Хосписни и палиативни грижи-световна практика и опит в България“.<sup>[6]</sup>

### **1.10. Създаване и регистриране на Хоспис**

Според цитирания вече в т.1.3 „Закон за лечебните заведения“<sup>[51]</sup>, хосписи се създават като търговски дружества или кооперации. Създаването на хосписа е подчинено на регистрационен режим, идентичен с този на заведенията за извънболнична помощ. Правният режим на възникването включва два основни елемента:

- **Учредяване на хосписа като юридическо лице (търговско дружество или кооперация), според действащото законодателство;**
- **Последваща регистрация по реда на чл. 40 от ЗЛЗ в районната здравна инспекция (РЗИ) по седалище на хосписа.**<sup>[51]</sup>

Потенциалните потребители на хоспис-услугите в този закон са доста широко третирани. Както е известно, хоспис в международен аспект означава грижа за терминално болни хора.

В гореизложеното определение, формулирано в Закона за лечебните заведения, контингентът на хосписа включва:

- хронично болните;
- инвалидите;
- възрастните хора.

Това разширение на понятието създава определени трудности при финансирането на хосписите от Националната здравноосигурителна каса. Според методичното указание на Министерство на здравеопазването за

“ Устройството и дейността на лечебното заведение хоспис “<sup>[68]</sup> той има за задача да осъществява следните основни функции:

- Непрекъснато (24 часово) медицинско наблюдение, медико-социално обслужване и квалифицирани всеобхватни грижи в жилищната част и по домовете на болни с тежки, в напреднал стадий заболявания и инвалиди;
- Професионални здравни грижи за тежко болни и техните семейства, без оглед на диагноза, възраст, пол религия, избор на лекар или възможност за плащане;
- Обучение на болни и техните семейства;
- Осигуряване възможности за провеждане на домашна рехабилитация;
- Предоставяне в дома на специализирано оборудване, осигуряващо качество на живот на тежко болните и инвалидите;
- Предоставяне на помощ при снабдяване на болните с медикаменти и пособия;
- Персонални грижи, предвиждащи запазване достойнството и независимостта на болния;
- Емоционална, социална и духовна подкрепа на болните, особено в терминално състояние, чрез духовни лица и социални работници;
- Обучение на доброволни сътрудници за работа с пациентите.

Явно Министерство на здравеопазването е осъзнало, че съществува обективна необходимост от такъв вид грижи в България. Създадени са и нормативни предпоставки за учредяване на лечебно заведение с конкретна дейност – хоспис. Доколко тези документи са най-подходящите и доколко те са съобразени със световния опит е друг въпрос. Най-важното е, че са поставени основите на този вид грижи в нашата страна и те тепърва

предстои да се разгръщат, развиват и оптимизират, съобразно специфичните условия в Република България.

Броят на хосписите в нашата страна непрекъснато се увеличава. Интересни са данните, предоставени от Апис-регистъра<sup>[162]</sup> и регионалните здравни инспекции (РЗИ)<sup>[169]</sup>, съгласно които към 31.12.2001 година в България е имало 36 регистрирани Хосписа. В края на месец юли 2002 година техният брой нараства на 54, а през април 2003 година той е достигнал цифрата 58. Към м. април 2007 г. регистрацията са получили над 100 хосписа в 23 области на страната, т.е. у нас се наблюдава буквално „бум“ на регистрацията на хосписи. Същевременно проучванията показват, че в последствие голяма част от регистрираните в РЗИ хосписи не са започвали дейност въобще или са замразили дейността си.

Това говори за недооценка на кадровите възможности от страна на управителите и съдружниците, както и за сериозни трудности в стартирането и поддържането на дейността на хосписите.

През 2016 г. на територията на обл. София има регистрирани 20 хосписа, като 16 от тях са на територията на гр. София, в област Варна -7, в област Благоевград-0, област Пловдив-2, в област Враца-0.<sup>[170]</sup>

Тъй като хосписните грижи са една сравнително нова концепция за България, трябва да се подчертае, че неотменна част от развитието на палиативните грижи е създаването на система от хосписи в страната. Палиативните грижи, оказвани в хосписите са ефективни и икономически по-изгодни, отколкото същите грижи оказвани в болниците за активно лечение. Потребностите от легла в хосписите се определят от броя на болните в терминален стадий на базата на среден престой от 30 дни за съответната община, регион, област.

За съжаление в България Националната здравноосигурителна каса (НЗОК)<sup>[173]</sup>, поради финансови затруднения, все още не проявява необходимия интерес и не предприема мерки за оказване на финансова

подкрепа на вече учредените хосписи. Голям проблем, оказващ влияние върху съществуването и дейността на хосписите, е именно финансирането им. Много често учредителите сами търсят финансови средства, чрез кандидатстване с проекти пред различни донори или събират значителни суми от пациентите или техните близки. Това дава възможност от тези услуги да се възползват само платежоспособни хора.

Като ясно диференциран стои и проблемът, че няма и достатъчно литература, преведена на български език, която да може да помага на заелите се с тази нелека задача.

### **1.11. Палиативни грижи в дома. Проблеми и предизвикателства на палиативните грижи в домашни условия**

В определението, което законодателят е дал на хоспис, е включена възможността да бъдат полагани и хосписни грижи в домашни условия. У нас все още палиативните грижи в дома не са развити, нито пък са регулирани с подзаконовни нормативни актове. Първи опит за узаконяване и регламентиране на сестринските дейности в дома, в това число палиативните домашни грижи, се прави с промяната в Закона за здравето от 2015 г.<sup>[49]</sup> Създаден е нов член (Чл. 125б.), в който се регламентира въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги. Според определението в закона 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“. <sup>[50]</sup> В така посоченото определение се дава законодателна възможност за практикуване на хосписни домашни грижи

от мултипрофесионални екипи. Все още, обаче, няма подзаконова нормативна рамка, която да дава подробности за начина на практикуване на дейността, както и за организацията на работа на тези екипи. Според експерти в палиативната медицина (Национален съвет за хосписите и специалните служби за палиативни грижи),<sup>[175]</sup> палиативните грижи трябва да се полагат при спазване на три основни постулата:

- Всеки индивид с животозапращващо състояние има право да получи подходящи палиативни грижи;
- Всеки здравен специалист (съобразно своята компетентност) е отговорен за обезпечаването на подходящи палиативни грижи за този, който се нуждае от тях;
- Пациентите, нуждаещи се от палиативни грижи, трябва да имат възможност да ги получат на място по техен избор.

Голяма част от пациентите желаят да получават грижи в дома си или в домовете на техни близки или приятели и да бъдат наблюдавани от познат лекар и доверена медицинска сестра. Такъв модел на грижи, известен като модела на „първични здравни грижи“, е широко разпространен в различни европейски страни, като Великобритания, Холандия, Швейцария и др. Проучванията в областта показват, че 5-75% от тези палиативни пациенти, приближавайки терминално състояние, предпочитат грижите за тях да се осъществяват у дома.<sup>[10, 142]</sup>

Различните държави показват големи различия в броя на починалите у дома, такива пациенти. Данните са показани в **табл. №2.**<sup>[141]</sup> Прави впечатление, че в страните с добре развита система от хосписни грижи в дома, процентът на умирация в домашни условия все още не е особено висок.

**Таблица 2: Брой на умиранията в домашни условия в някои държави**

Хонг-Конг	По-малко от 1
Тайван	1
САЩ	10
Канада	15
Дания и Великобритания	24
Белгия	27
Бразилия	40
Южна Африка	41
Полша	48
Южна Корея	66

Трябва да си зададем въпроса, защо процентът на хората, които изявяват желание да починат в дома си, е толкова висок, а данните за умиранията в домашни условия показват обратен резултат. Дали това се дължи само на липсата на условия (организирани домашни хосписни грижи ) или на други фактори? Разбира се, трябва да се имат предвид и някои други моменти: кога пациентът е споделил това си желание - в началото на заболяването или приближавайки терминалната фаза, дали желанието на пациента се променя, във връзка с какво се променя и т.н.

Най-общо факторите, които влияят на избора, дали пациентът да умре в къщи или в болница, са следните <sup>[10]</sup>:

- Пол на пациента - наблюдавана е интересна зависимост: медицинските фактори най-често определят къде желаят да починат мъжете, а функционалната зависимост и социалната подкрепа са определящи при жените.
- Наличност и достъпност на служби за палиативни грижи - качеството на грижите, получавани в къщи определят продължителността на престоя на палиативните пациенти в болница.

Наличието на добри условия в къщи, както и на необходимата медицинска техника, води до скъсяване на болничния престой.

- Подлежащата патология - в тази област повечето проучвания се отнасят до пациенти с онкологични заболявания. Освен тези заболявания трябва да се имат предвид и други състояния и заболявания, които водят до необходимост от хосписни грижи. Важно е да се отчита и интензивността на понасяното от пациента страдание, независимо от причиняващото го заболяване.
- Възрастта на пациента - по-младите и тези, които са семейни, по-често остават в къщи. По-старите хора, особено самотноживеещите, по-често се налага да бъдат приемани в болница или стационарен хоспис, поради липсата на добре организирана система за грижи в дома.
- Качеството и контролът на болката и другите симптоми-притесненията за контрола на болките и диспнеята са много често срещани както у пациентите, така и у близките им. Все още в България този въпрос не е добре уреден, притесненията са основателни поради ред причини и налагат обезболяването да се извършва в болнични условия.
- Стресът, понасян от близките, грижещи се за болния - именно той е факторът, поради който тежко болните пациенти предпочитат да напуснат дома в терминалната фаза на заболяването. Често пациентите решават да постъпят в болница именно, за да спестят на близките си тежките моменти, които им предстоят.
- Социалното и икономическото състояние на болния - в нашата страна проучвания за влиянието на социалното и икономическото състояние върху избора на пациентите къде да починат - в дома, в стационарен хоспис или в болница, не са правени. Със сигурност тези фактори оказват влияние, имайки предвид, че в България

престоят в хосписите не се финансира от здравната каса, а е изцяло платен, а възможностите на населението да заплащат такива услуги са твърде ограничени.

- Етническата принадлежност - етническите малцинства в различните страни имат различни традиции в грижите за тежко болните и умиращите. В някои етнически групи тези традиции се спазват, въпреки че не винаги се разбират и спазват добре от останалите. За това при предоставяне на избор трябва да се взимат предвид особеностите на културата и традициите.
- Отношението на личния лекар на пациента - изключително важен аспект на палиативните грижи. Именно личният лекар трябва да е водещ в екипа за палиативни грижи, да е в постоянен контакт с болния, своевременно да внася корекции в терапията и да насочва към консултация с различни специалисти. На този етап, обаче, в България основна трудност се явява именно затрудненият такъв контакт, особено в извънработните часове за личния лекар. Това може да доведе до предрешения избор пациентът да не остане в дома, където на практика все още не е възможно да получи необходимите му 24-часови медицински грижи, такива каквито би получил в стационарно лечебно заведение - болница или хоспис.
- Достъпност на необходимото медицинско оборудване-нерядко палиативните пациенти имат нужда от специални легла, средства за придвижване, за апаратно поддържане на основни жизнени функции за продължителен срок от време. В домашни условия най-често се провежда вентилаторна/оксигенационна терапия и хемодиализа. Тогава възниква въпросът за осигуряване на необходимата медицинска апаратура за ползване в дома. Тя е конструирана специално за извънболнични условия. В редица страни съществуват служби, които осигуряват на нуждаещите се необходимите им

помощни средства и системи (матраци, легла, колички, респиратори, диализатори, монитори, перфузори).

- Наличие на обучен обслужващ персонал - за да получат палиативните пациенти качествени грижи, те трябва да се провеждат от добре обучен персонал. Тежкоболните пациенти и техните близки срещат големи трудности в ежедневните дейности като миене, обличане, хранене и пиене, придвижване, вземане на лекарства, грижи за поставен катетър и др. Трудно понякога става и осигуряването на храната на тежкоболните и грижите за домакинството. Поради това болните и техните семейства се нуждаят както от помощта на лекуващия лекар, така и на квалифицирани медицински сестри и домашни помощници.
- Особености на културата и традициите - трябва да се има предвид, че за разлика от страните от третия свят, където хората ежедневно се сблъскват със смъртта още от детството, в европейските страни, както и в САЩ и Канада, хората, на възраст по-ниска от 45 години не са виждали труп, въпреки че са виждали стотици пъти неестествена смърт и ужаси от телевизионния екран. Дори и лекарите и сестрите, грижещи се за тежко болни пациенти, имат минимален опит в грижите си за пациенти през последните им седмици или дни, когато те умират в къщи. На тази тема не се правени проучвания и за това е важно да се проучи и взема предвид опита и психическата пригодност на персонала, зает с този вид дейност.

Според „Международната асоциация по хосписни и палиативни грижи“ повечето стационарни хосписи осъществяват и някаква форма на грижи в дома. Названията на такива услуги са разнообразни - домашни услуги, домашни грижи, хоспис в дома, услуги на ниво общност и др.<sup>[144]</sup>

Пациентите, които получават палиативни грижи в дома, могат да продължат да посещават хосписа или отделението за палиативни грижи

или да бъдат регулярно посещавани от мултидисциплинарен екип, т.е те не са „приковани към дома“.<sup>[6]</sup> Повечето пациенти в дома са основно обгрижвани от семейството си, но болшинството хосписни програми предлагат грижи и за пациенти, живеещи сами. <sup>[152, 176]</sup>

През 1989г. в България е направено проучване на потребностите от палиативни грижи в дома на болния. Доклад от това проучване е изнесен на семинар „Етични, културни и социални аспекти в края на боледуването и смъртта от нелечимо заболяване в концепцията на хоспис-палиативни грижи“, проведен на 17 ноември 2011 г. в София. Според този доклад изследваните болни са 222-ма, от които 30,0% на възраст 70-79г., 23,9% между 60-69г., 20,0% над 80г. Повече от половината (57,4%) от пациентите са били частично или напълно приковани към леглото. Самотните пациенти са 20,0%. Всеки десети съобщава, че няма кой да му помага, 38,0% се нуждаят от доставка на храна, 77, 0%-от помощ в личната хигиена. Желание да получават медикаментите си в дома са изразили 54,0% от болните, а 18,7% са пожелали болногледач за облекчаване на семейството и за компания.

Над 70,0% от близките на пациентите са изразили потребност от наставления, 64,0% са преценили като необходимо лекарско наблюдение, а 40, 0% наблюдение от медицинска сестра. Грижите в дома са предпочетени от 61,5% от пациентите, 2,6% са предпочели настаняване в заведение за социални грижи, а 22,0 %(живеещи сами) желаят стационарно заведение. <sup>[82]</sup>

В тази връзка интересен е въпросът, как се възприемат тези грижи 15 години по-късно, до къде е стигнало развитието им и какви са основните грижи, които медицинските сестри полагат за пациентите в домашни условия.

В България в настоящия момент основните дейности, свързани с организацията и управлението на хосписните грижи в дома, се осъществяват от медицински сестри с образователна степен бакалавър или магистър по „Управление на здравните грижи“. Ръководителят по здравни грижи участва активно в приема и подбора на пациенти и персонал, обучението на близки на пациентите и персонала, изготвяне на графици за посещения при пациентите и работни графици на персонала, осъществява планиране и контрол на здравните грижи и тяхното качество. В рамките на дейността си ръководителят извършва и непрекъснат контрол върху дейността на медицинските сестри и болногледачите, планира и контролира разходването на консумативите и материалите, тяхното остойносттаване и заплащане и др.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И РАЗВИТИЕ НА ХОСПИСНИТЕ(ПАЛИАТИВНИТЕ) ГРИЖИ В НЯКОИ СТРАНИ, ЧЛЕНКИ НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ И МЯСТОТО ИМ В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА И СТРУКТУРАТА НА ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

Палиативните грижи са сложен проблем в общественото здравеопазване поради застаряването на населението и увеличаването на броя на възрастните хора.

В Европа делът на хората на възраст 65 и повече години постоянно се увеличава. По данни на ЕВРОСТАТ през 2010 г. тази възрастова група представлява почти 15, 5 % от населението на Европейския съюз. <sup>[163]</sup> Прогнозите до 2050 г. са, че повече от една четвърт от населението на Европа ще бъде на възраст 65 и повече години. Това неизбежно ще доведе до по-голямо търсене на палиативни грижи за тази група от населението. Този проблем е често пренебрегван, въпреки че е от значение за всички. В миналото, в развитите страни на Европа, палиативните грижи най-често са

се предлагали на хора с онкологични заболявания и грижите са им били предоставяни в хосписите.

С новите тенденции на застаряването на населението обаче е необходимо да се обърне внимание и на възрастните хора, тъй като повечето смъртни случаи са сред тях. В този смисъл политиката на палиативните грижи трябва да е насочена не само към онкологично болните хора и грижите да се предлагат въз основа на нужди, а не на базата на диагноза или прогноза, както е в България.

В различните страни-членки на ЕС организацията и развитието на хосписните (палиативните) грижи имат различни отношения със здравната система.

**1.12.** Хосписните грижи във **Великобритания** <sup>[4]</sup> се предоставят от смесица от благотворителни заведения и от заведения в рамките на Националната здравна служба (НЗС) в зависимост от индивидуалните нужди и от вида на местните налични услуги. Тази страна е лидер в развитието на палиативните грижи, в количеството на предлаганите услуги и високите стандарти.

Един от недостатъците е недостигът на медицински персонал и много от работните места в хосписите остават незаети. Към 2009 г. функционират 164 хосписа, в които работят около 5000 медицински сестри и 750 лекари. Те допълнително се подпомагат от около 70 000 доброволци.

Съществуват различни форми на организация на палиативните грижи:

- Доброволни или независими хосписи - това е регистрирана благотворителна дейност, която се управлява независимо, но има твърдо установени връзки с политиката и практиката на НЗС, от която те получават определено финансиране (около една трета), за да допълнят събираните фондове.

- Центрове за палиативни грижи в рамките на НЗС, управлявани и финансирани от НЗС.

- Макмилън звена за грижи за раково болните - изградени от благотворителни организации (Макмилън център за облекчаване на болката), по-често разположени в болниците, финансирани и организирани от НЗС. Няколко звена функционират в рамките на благотворителния сектор. Понастоящем около 1800 макмилън сестри работят в болници, хосписи или заведения за палиативни грижи и в общността, обикновено като част от НЗС.

- Центрове „Мария Кюри“ - управлявани и финансирани от благотворителна фондация „Мария Кюри“ за грижи за раково болните с известна подкрепа от НЗС. Фондацията има над 5000 почасово наети сестри в цялото Обединено кралство, предоставящи практически 24-часови сестрински грижи за болните от рак в техните домове.

- Домове „Сю Райдър“ - управлявани и финансирани от едноименна фондация.

Правителството на Великобритания финансира около 83 % от хосписните грижи. Останалата част е от частни и благотворителни средства.

Хосписите във Великобритания, които съществуват като независими благотворителни организации, не дължат данъци за дарения или други подобни източници на доходи.

**1.13. В Германия,** поради политическото разделение преди 1989 г., развитието на палиативните грижи е неравномерно, но непрекъснато се разраства и разпространява в повечето области. Към 2009 г. функционират 216 хосписа <sup>[149]</sup>, с 80 000 души персонал (предимно доброволци).

Механизмите за финансиране на палиативните грижи са сложни и зависят от вида на грижите. Хосписите получават субсидии от държавната здравна система за дневните хосписи, а останалата част от необходимите средства се осигурява от дарения от физически и юридически лица и преки плащания от пациентите.

**1.14.** Системата за хосписните грижи в **Гърция** е недоразвита. В хосписите работят само 100 лекари <sup>[150]</sup> (със специалност „Палиативни грижи”), но има и други лекари и специалисти (онколози и анестезиолози), който работят в хосписите на непълно работно време. Останалият персонал е около 5000 души и повечето от тях са доброволци. Почти никаква финансова помощ не се осигурява от държавната здравна система. Средствата се набират от дарения и преки плащания от заболелите лица и техните близки.

**1.15.** Тъй като в **Италия** е най-старото население на Европа, палиативните грижи заемат важно място в здравната система. Над 2000 лекари <sup>[150]</sup> и медицински сестри със специалност „Палиативни грижи” работят в хосписите. Не е малка и ролята на доброволците. Финансирането е разпределено - 60 % субсидии от държавното здравеопазване и 40 % от дарения и други източници.

**1.16.** В **Испания** палиативните грижи са неравномерно разпределени в отделните региони. Около 1600 специалисти <sup>[150]</sup> работят в тази област. Към 2009 г. хосписите са 67. През 2007 г. испанското правителство разработи Стратегия за палиативни грижи. Около 60 - 65 % <sup>[150]</sup> от разходите на хосписите са за сметка на държавата. Останалата част се покрива от дарения и преки плащания.

**1.17.** Палиативните грижи са добре организирани и структурирани в **Холандия**. Към 2009 г. функционират 89 хосписа, с персонал 200 лекари и 400 медицински сестри със специалност „Палиативни грижи”, както и около 15 000 доброволци <sup>[151]</sup>. Правителството инвестира значителни суми за финансиране на хосписите, но грижите по домовете се финансират чрез комбинация от дарения, застраховки и безвъзмездни помощи.

**1.18.** Като източноевропейска страна **Полша** се откроява в организацията и развитието на палиативните грижи. Началото е положено още през 1970 г. и е тясно свързано с католическата църква. Към 2009 г. има

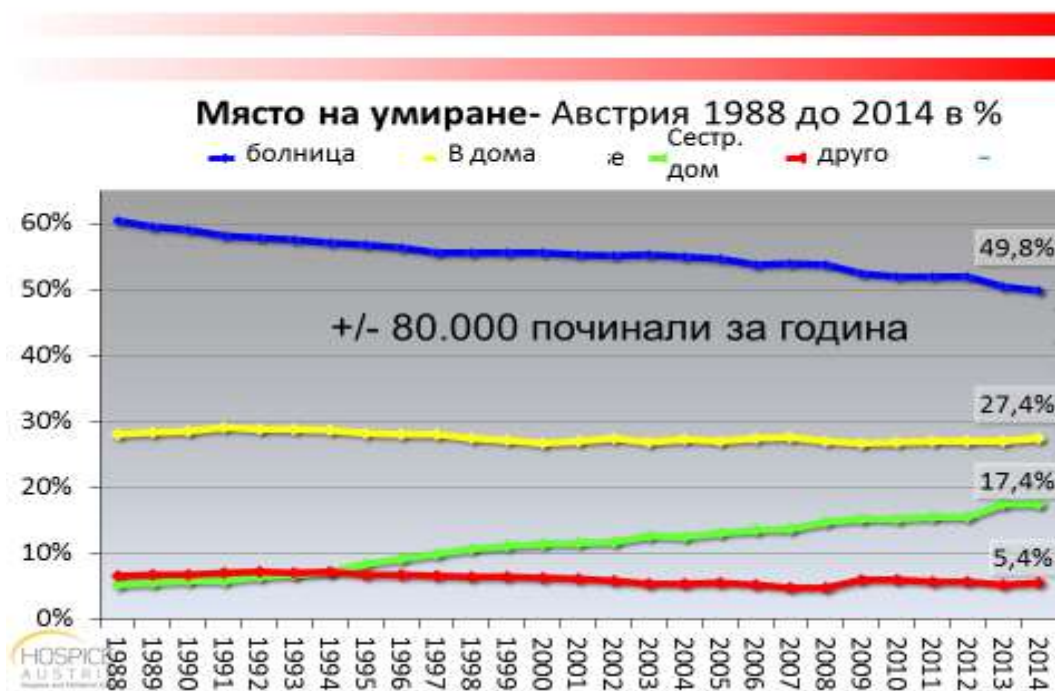
близо 2000 специалисти (500 лекари и 1500 медицински сестри), работещи в 63 хосписа <sup>[177]</sup>. 60 % от финансирането на хосписите се осъществява от държавни субсидии, а останалата част се покрива от дарения и преки плащания.

**1.19.** През последните десетина години в **Австрия** се наблюдава бурно развитие на хоспис-концепцията. Създава се хоспис-движение, което обединява различни институции и хора, работещи в областта на палиативните и хосписни грижи. Хоспис движението в Австрия е представено от „Хоспис Австрия“ – сдружение с нестопанска цел, национална организация, чадър на повече от 300 хоспис и палиативни институции с голям екип от служители.

Основната цел на сдружението е въвеждането в цялата страна на хосписните и палиативните грижи, като грижи с дългосрочно финансиране, така че за всеки, който има нужда от тях те да бъдат достъпни и евтини. През 2014/2015 г. в австрийския парламент се провеждат четири-дневни лекции и дискусии под надслов „Достойнството в края на живота“. В резултат на тези дискусии се гласуват петдесет и една препоръки за интеграцията на хосписните и палиативните грижи в здравната и социална система на страната. Основни акценти в тези препоръки са пълното покритие на хосписните и палиативните грижи в цялата страна, цялостно образование и обучение в областта, предварително планиране на тези грижи и препоръката за „умиране у дома“, която цели да достигне (80%).

Т.е 80% от умираанията да се случват в домашна обстановка.<sup>[181]</sup>

**(диаграма№1):**



Дијаграма №1. <sup>[168]</sup> Място на смъртта на палиативните пациенти

В Австрия системата на хосписните и палиативните грижи е представена от няколко нива. Първото ниво е базовата мрежа за здравни грижи. На това ниво активните грижи се предоставят от болници, отделения и амбулатории. Дългосрочните грижи за хронично болни се предоставят от сестрински домове и „резиденции“ за грижи, а грижите в дома са приоритет на семейните лекари, семейните сестри, лекарите-специалисти, както и социалните работници.

Второто ниво на хосписни и палиативни грижи е представено от специалистите за подкрепа. Това са специално сформирани и подготвени хосписни екипи от доброволци, палиативни екипи за подкрепа в болнична среда и палиативни екипи за подкрепа в домашни условия. На третото ниво се намират специалистите за хосписни грижи.

Съответно, при нужда от активни палиативни грижи същите се предоставят от специализирани звена за палиативни грижи, дългосрочните грижи се извършват в стационарни хосписи, а домашните грижи се

представени от дневни хосписи и специализирани екипи за домашни посещения. (Фиг.4)



Фиг.№4. Нива на хосписни и палиативни грижи в Австрия

Причините за тласъка в развитието на мрежа за хосписни и палиативните грижи в Австрия през последните няколко години са няколко. На първо място се отчита големият натиск, оказван върху болногледачите, които работят в домашни условия и невъзможността им да взимат трудни решения сами. От друга страна – увеличава се броят на хората, които биха желали да умрат в дома си, но въпреки това към момента на проучването все още над 70% от тях умират в болнични заведения. Трети фактор е необходимостта от тясно сътрудничество и интензивна комуникация с различни специалисти и доставчици на здравни и социални услуги. Не на последно място работата в системата за хосписни и палиативни грижи се характеризира с голямо психическо и физическо напрежение и изисква специфични професионални умения.

Всички тези фактори довеждат до ангажиране на много институции в Австрия за изработването на индикатори за интеграция на палиативните и хосписни грижи в съществуващата вече система за „домашни грижи“ в

Австрия. Още през 2012 г. австрийското Министерство на здравеопазването приема „Национална концепция за хосписни и палиативни грижи“<sup>[179]</sup>. В нея основно внимание се обръща на оценката на индивидуалните нужди, препоръките за оборудване и персонал, както и препоръки за образование и обучение. В резултат на тези препоръки австрийският „Институт за здравни грижи“ е създал последователно няколко документа:

1. Учебник „Как институциите за хосписни и палиативни грижи трябва да работят“ - описание на типичните процеси (2012).
2. Концепция за педиатрични палиативни грижи в Австрия(2012)-структура и нужди.
3. Наръчник за хосписни и палиативни грижи в базовата мрежа за здравни грижи (ще бъде завършен в края на 2016 г.)

Направена е и оценка на нуждите от оборудване и екипи за хосписни и палиативни грижи:

- В звената за палиативни грижи - 50 легла на 1 милион жители
- В стационарните хосписи - 30 легла на 1 милион жители
- Палиативни болнични екипи за подкрепа – за всяка съществуваща болница по един екип.
- Палиативни екипи за подкрепа в домашна среда – 4,5 екипа на 140 000 души население.
- Доброволчески хосписни екипи -1 екип на 30-40 000 жители и 0,5 координатор на екипа на същото население.
- Дневни хосписи - в по-големите градове по един.

Действащите институции за хосписни и палиативни грижи в Австрия в периода 1989-2014 г. са представени в **диаграма №2** по-долу:



**Диаграма №2.** Институции за палиативни грижи в Австрия <sup>[168]</sup>

Според движението „Хоспис Австрия“ до 2020 г. съществуващите институции за палиативни и хосписни грижи трябва да се увеличат съответно с (диаграма №3):

- 60% - за дневните хосписи;
- 64,5% - за леглата в стационарните хосписи;
- 29,6 % - за леглата в отделенията за палиативни грижи;
- 61,8% - за болнични екипи за подкрепа;
- 25,3% - за екипи за подкрепа в дома;
- 47,3% - за доброволчески хоспис екипи.



**Диаграма №3.** Увеличение на институциите за палиативни грижи до 2020г. в Австрия

С това увеличение ще се постигне покриване на нарастналите нужди от такива грижи, както и ще се изпълнят заложените в концепцията на Министерството на здравеопазването на Австрия предварителни индикатори, с които ще се осигурят качествени грижи.

### **Заключение от литературния обзор:**

След началото на здравната реформа през 2000 г на преден план излязоха редица проблеми на здравеопазването. Промените в извънболничната помощ, целящи повишаване на здравната и медицинска ефикасност, доведоха до преразпределение на мястото и ролята както на лекарите, така и на медицинските сестри работещи в системата на доболничната помощ. Тенденцията към застаряване на населението и увеличаване на делът на хората с множество хронични заболявания постави нов фокус върху здравните грижи. Грижите в домашни условия, както и хосписните следва да бъдат основен акцент в развитието на съвременните здравни системи.

В последните десетилетия в областта на хосписните и палиативните грижи са направени редица проучвания, които са свързани с развитието на тези грижи в световен мащаб. В някои европейски страни, като и в такива извън Европа, хосписните и палиативните грижи са много добре развити и имат дългогодишна история (Англия, Германия, САЩ и др.) В други – например Австрия, Полша и др. в последните пет години се наблюдава бурно развитие и навлизане на хоспис-концепцията, с акцент в предоставянето на тези грижи в домашна среда. За съжаление в България, не се наблюдава развитие на палиативните и хосписни грижи, въпреки, че би следвало това да е сред приоритетите на съвременното общество, както и на здравните власти. Нормативната база в областта се свежда до определението на лечебното заведение „хоспис“ в ЗЛЗ, както и до едно методично указание за устройството и дейността на това лечебно заведение. Националната здравна каса все още не финансира дейността на тези лечебни заведения и те са принудени да се самоиздържат.

Няма ясна концепция за качествата и пригодността на персонала, в такъв тип лечебни заведения, където работата има своята строга специфика. Не са правени проучвания за личностните качества на медицинските сестри, за нуждите от специфично обучение, подготовка и професионална пригодност за работа в системата на доболничната помощ, особено с фокус в предоставянето на палиативните и хосписни грижи в дома.

Няма ясно дефинирана система и изисквания, по които персоналят да бъде подбиран. При подбора и развитието на медицинския персонал, работещ в доболничната помощ, не се използва пълният набор от управленски инструменти. В научните разработки в областта на палиативните и хосписни грижи в България основен акцент заема анализът на тези грижи в различните страни, дефиниране на различните модели на

хосписни грижи, проучвания за броя и състава на хосписните екипи и др. Липсват проучвания в областта на мениджмънта на хосписните грижи.

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

- В закона за здравето е записано <sup>[51]</sup>, че всеки **нелечимо болен има право на палиативни грижи**. Право, което у нас за съжаление остава само на хартия.

Директива на Съвета на Европа от 2003 г. казва, че палиативните грижи са задължителни и всяка страна членка трябва да ги развива. България като страна-членка на Европейския съюз е длъжна да осигурява тези грижи, но проблемът не е толкова в липсата на стандарт, колкото в липсата на финансови средства. Палиативните грижи са скъпи. В калкулацията влизат лекарства, апаратура, режимните разходи и поддръжката на сградния фонд, трудът на лекари и сестри. В Западна Европа над 50% от разходите са за човешки труд. Най-малък е делът на лекарствата, а тук е точно обратното - най-големият разход са лекарствата, а най-малкият - човешкият труд. Изключително скъпо е да се полагат грижи за умиращите в болнично заведение, в повечето случаи грижите може да се полагат в домашна обстановка, където те са по-евтини.

- Все още съществуват **организационни проблеми за палиативните грижи в България**. Не е напълно изяснено финансирането на организациите, занимаващи се с проблема. Оказването на палиативни грижи на болни в края на живота им и на техните близки е непрекъснат процес, в който участват личният лекар, болниците за активно лечение, диспансерът, хосписите, домовете за стари хора, социалните служби. Неотменна част от развитието на палиативните грижи е създаването на система от хосписи в страната ни. *У нас*

*липсва организация на грижите за умиращите, а причината е, че палиативната грижа на практика липсва. Болните от рак в България са над 300 000 и немалка част от тях са именно в последния, терминален стадий.*

- Прилагането на палиативни грижи налага **потребност от нови знания сред медицинските специалисти и създаване на нова медицинска специалност по палиативна медицина.** Министерският съвет одобри позицията на България и мандата за представянето ѝ в неформална среща на министрите на здравеопазването на държавите-членки на Европейския съюз, проведена на 22 и 23 октомври 2014 г. в Милано.<sup>[180]</sup> Една от дискусиите на тази среща е на тема лечение на болката и палиативни грижи. България счита въпроса за развитието на палиативните грижи като изключително приоритетен и изразява съгласие за обмен на информация с Италия, който ще допринесе за продължаването на работата по тези въпроси. Страната ни подкрепя определянето на Европейски ден на палиативните грижи и Европейски ден на болката.

До настоящият момент в България **специалност по палиативна медицина не съществува.**

- През 2012 г. със заповед на министъра на здравеопазването е сформирана група, която да изработи **стандарт за палиативните грижи**, където да бъдат описани ясно на какви условия трябва да отговаря едно такова здравно заведение, за да се заеме с грижата за хора в последния стадий от живота си. До момента, обаче такъв **стандарт не е приет.**

- Персоналът, работещ в системата на извънболничните хосписни и палиативните грижи не е преминал **специален подбор и обучение**, каквито са необходими за извършване на тази специфична дейност.
- Узаконяването на сестринските грижи в дома, извън практиките на ОПЛ, ДКЦ, МЦ е става възможно със създаването на нов вид лечебни заведения за доболнична помощ-центровете за интегрирани здравно-социални услуги (дефинирани в Закона за здравето). **Все още няма подзаконова нормативна база, която да укаже функционирането на тези центрове, изискванията за персонала, стандарти за качество на работа и т.н.**

## **ГЛАВА 2: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **2.1. Цел и задачи на проучването**

#### **2.1.1. Цел**

Настоящото изследване има за цел да проучи организацията на сестринските грижи в извънболничната помощ, за да се оптимизира управлението на сестринския ресурс и се очертае личностно-професионален портрет на медицинската сестра, нейната квалификация и развитие, които удовлетворяват изискванията за професионална реализация в направлението доболничната помощ и хосписните и палиативни грижи в дома.

#### **2.1.2. Задачи**

Формулирането на целта дедуктивно налага изпълнението на следните основни задачи:

1. Да се проучат източниците на информация за състоянието и организацията на извънболничната помощ в страната, както и регистрираните, разкритите и функциониращи хосписи, за да се изготви анализ на състоянието за броя и структурата на сестринския персонал;
2. Да се проучат и анализират мотивите и потребностите за упражняване на професията медицинска сестра в извънболнична помощ и домашен хоспис на основанията за ефективна и продуктивна професионална реализация, като се определят ролята и значението на доминиращия тип интелигентност в структурата на професионалната дейност;
3. Да се определят основните параметри на потребността от специализирана квалификация и професионално развитие на медицинските сестри, работещи в сферата на извънболничните хосписни и палиативни грижи;

4. Да се проучи характера и обема на дейността на медицинските сестри, работещи в центрове за интегрирани здравно-социални услуги в извънболнични условия, за да се изработи психograma на медицинската сестра, работеща в тях;

5. Да се изработи примерен проект за организация и провеждане на конкурс и атестационен формуляр за оценка на дейността на медицинската сестра, работеща в доболнична помощ.

6. Да се разработи учебна програма за свободно избираема учебна дисциплина „Мениджмънт на хосписните грижи“, към учебния план по „Управление на здравните грижи“ на студенти -ОКС "бакалавър" и „магистър“.

## **2.2. Работни хипотези**

1. Качествените здравни грижи за пациенти в извънболнични условия се осъществяват от медицинска сестра, която носи в себе си интегрални личностни качества и специфична професионална подготовка, адекватна на потребностите от грижи, предоставяни в доболничната помощ.

2. Най-адаптивни и пригодни за осъществяване на здравни грижи са тези сестри, които имат самосъзнание за подпомагащо поведение и силно развито чувство на емпатия. Правилният подбор, непрекъснатото обучение и атестиране на медицинските сестри, практикуващи грижи в извънболничната помощ, включително палиативни грижи са основни и мотивиращи фактори за работа.

Разбира се, контекстно са формулирани и обсъдени други догадки и предположения.

### **2.3. Предмет на проучването**

Предмет на настоящото проучване е изучаването на организационните аспекти на здравните грижи и личностно-професионалните качества на медицинските сестри, които ги осъществяват в извънболнични условия, свързани с професионалния подбор, мотивация и квалификация, както и организацията и управлението на човешките ресурси в домашни хосписи и центрове за интегрирани здравно-социални услуги.

### **2.4. Обект на проучването и единици на наблюдение**

Обект на проучването са няколко категории здравни заведения в доболничната помощ – диагностично-консултативни центрове, индивидуални практики на ОПЛ, хосписи за грижи по домовете и центрове за интегрирани здравно-социални услуги. В тази връзка за обект на изследването бяха определени:

- Управители (мениджъри) на лечебните заведения;
- Медицински сестри от лечебните заведения;
- Пациенти, ползващи услугите на лечебните заведения за доболнична помощ

#### **2.4.1. Технически единици на наблюдение**

Техническите единици на наблюдение включват един диагностично-консултативен център (ДКЦ), един медицински център (МЦ), четири практики на ОПЛ, два хосписа за грижи по домовете и шест центъра за интегрирани здравно-социални услуги:

1. ДКЦ и МЦ– ДКЦ1-гр.Враца, МЦ „Св.Ана“-гр.Враца, МЦ-Алпико-гр.Враца;

2. Индивидуална практика за извънболнична помощ –Д-р Петкова и Д-р Иванова –гр.Криводол и Д-р Тонева и Д-р Янчева-гр.Враца.

3. Хоспис ”Червен кръст” - гр.Кърджали (предоставящ и грижи в дома);

4. ”Хоспис Червен кръст ” - гр.София (за грижи по домовете);

5. Центрове за интегрирани здравно-социални услуги към БЧК в градовете Пловдив, Благоевград, Враца, Бяла Слатина, Оряхово и Криводол.

#### **2.4.2. Логически единици на наблюдение**

Логическите единици на наблюдение включват:

-управител (мениджър);

-медицинска сестра в обхванатите здравни заведения;

-пациент, обслужван от обхванатите здравни заведения.

#### **2.4.3. Признаци на логическите единици на наблюдението**

**Признаците на наблюдението** имат общи и специфични характеристики при групите анкетирани лица в лечебните заведения от доболничната помощ и се разглеждат подробно при описанието и анализа на използваните въпросници.

#### **2.5. Характер и обем на проучването**

В проучването са обхванати 1084 лица, разпределени, както следва:

- Управители (мениджъри) на лечебните заведения - 9
- Медицински сестри от лечебните заведения -71
- Ползватели на услугите на лечебните заведения - 1004

## **2.6. Място и време на наблюдението**

- Наблюдението на управителите (мениджъри) на лечебните заведения се извърши в периода февруари 2014 - февруари 2015 г.
- Наблюдението на работещите медицинските сестри от лечебните заведения се извърши в периода февруари 2014 - юни 2016 г. Изследването е направено в естествена работна среда.
- Наблюдението на пациентите е извършено в периода февруари 2015- февруари 2016 г.

## **2.7. Органи на наблюдението**

В своята основна част проучването е извършено самостоятелно, с оглед постигане на по-голяма точност. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие и сътрудничество от мениджъри на лечебни заведения, пациенти и персонал. Всички подбрани сътрудници, предварително бяха запознати с целта и методиката за извършване на изследването. Всички сътрудници бяха обучени за работа с инструментариума.

## **2.8. Източници и методи на набиране на първичната социологическа информация**

### **2.8.1. Източници**

- Мнение на лицата от първа и втора и трета група респонденти, изследвани чрез индивидуални анкетни карти.
- Данни от медицинската документация на пациентите.

- Учебна документация - учебни планове и програми за обучение на медицински сестри от различни медицински университети.
- Нормативни документи - Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за съсловните организации, Единни държавни изисквания, Закон за здравното осигуряване, Национален рамков договор и др.
- Документи на Световната здравна организация - Европейска стратегия на СЗО за обучение на медицински сестри и акушерки, Стратегии и др.
- Документи, свързани с регистрацията и отчетната документация на лечебните заведения за доболнична помощ, уебсайтове и различни публикации в медиите (данни от “Апис”, от регистрите на РЗИ, специализиран софтуер и др.)
- Документи свързани с дейността на медицинските сестри и хоспис – екипите - учебници, материали от семинари свързани с палиативни грижи, от тематични конференции, медико–социални съвети, анализи и оценки за състоянието на пациенти, лични планове за сестрински грижи и др.
- Различни интернет източници.

### **2.8.2. Методи**

Както във всяко психолого-медицинско проучване, така и тук методите са подбрани въз основа на особеностите на предмета на изследването – съдържанието на личностната пригодност на човека да упражнява професията на медицинска сестра. В този смисъл изследването е построено върху следните методи:

- **Исторически метод** - дава възможност да се анализират същността и качеството в областта доболничната помощ и хосписните и палиативни грижи, предоставяни в нея и дейността на медицинските сестри, заети в тях, както и да се оценят съществените във времето промени.
- **Социологически методи:**
  - **Интервю** - този метод е използван при телефонните контакти с управителите на лечебните заведения. На всички управители са задавани едни и същи въпроси, с цел полученият резултат да бъде показателен (структурирано интервю).Интервюто даде възможност за подробно запознаване с целите на проучването и за изслушване на мнението на управителите по изследваните проблеми.
  - **Анкетен метод** - в основата на изследването лежи емпирично проучване с анкети, в която доминират затворени въпроси от интроспективен характер, релевантни на предмета на проучването. (**Приложение №1, Приложение№2 и Приложение№3**).
- **Документален** - теоретичният анализ на документите и различните литературни източници, позволяват да се изгради логическата схема на изследването, да се дефинира обектът и предметът и да се извърши анализ на получените резултати.
- **Наблюдение** - в определени интервали от време са наблюдавани различни фрагменти от дейността на медицинските сестри в посочените здравни заведения при работата им с болните пациенти. В известен смисъл е наблюдавана и работата на управителя и на помощния персонал.

## **2.9. Методи за обработка и анализ на първичната социологическа информация**

- **Статистически метод**

Статистическата обработка на първичните данни помогна да се интерпретират получените производни статистически величини, с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления, обект на настоящия дисертационен труд. Спазен е принципът, че качествен анализ трябва да се прилага при невъзможност за количествена оценка на изучаваното явление. Изчислявани са предимно описателни статистически показатели за качествени променливи и данните са организирани в подходящи таблици и диаграми.

- Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт Microsoft Excel;
- Статистическата обработка и анализът на данните са извършени с помощта на статистически пакет SPSS версия 17.0 и Microsoft Excel.
- За разработка на качествено-измеримите признаци е използван **алтернативен анализ**, за оценка на честотни разпределения при качествени величини и групирани данни, относителен дял  $\pm$  стандартна грешка ( $S_p$ ).
- За разкриване на връзката между разглежданите явления като възраст, трудов стаж, необходимост от допълнително обучение на медицинските сестри и др. е използван **корелационен анализ**.
- За оценка на статистическата значимост на наблюдаваните количествени разлики в отговорите на различни групи анкетиран е използван един от двата метода:
  1.  **$\chi^2$  тест за независимост на Pearson** (при сравнение на две групи);

2. Непараметричен едномерен **вариационен анализ** - при описание на количествени показатели (признаци). Резултатите са представени като средна аритметична  $\pm$  стандартно отклонение и стандартна грешка. (при сравнение на повече от две групи); Статистически достоверни различия са приети при  $p < 0,05$ .

- За онагледяване на съществуващите закономерности и зависимости, чрез секторни и други диаграми е използван **графичен анализ**.

## **2.10. Постановка и организация на проучването**

### **1. Подготвителен етап:**

Проведе се в периода: май 2013 г. – октомври 2013 г.

През него са проучени източниците на информация за регистрираните, разкритите и функциониращи лечебни заведения за извънболнична помощ и палиативни извънболнични грижи България. Изградена бе реална картина за броя и структурата на медицинския персонал, работещ в тях. Направен бе предварителен подбор на здравните заведения, които ще бъдат обект на проучването. Успоредно с това е издирвана, проследявана и систематизирана информация, касаеща персонала в тях. Проучени са различни публикации на хартиен носител, в Интернет и средствата за масова информация.

Основните дейности през този етап са:

- 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.

## **1. Изследователски етап:**

**През този етап е осъществен контакт с управителите(мениджърите) на избраните през подготвителния етап лечебни заведения. Отправена е покана за участие в проучването. След получаването на разрешение, са проведени телефонни интервюта с управителите(мениджърите), както и анкети с персонала и пациентите. Някои от здравните заведения са посетени на място. Етапът премина в две части:**

- Първа част: изработване на анкетни карти.

Проведе се в периода: октомври 2013 г. – януари 2014 г.

- Втора част: реализиране на анкетните проучвания. Проведе се в периода: февруари 2014 г. – юни 2016 г. и включва:

- Интервюта с управители.
- Анкетиране на действащи медицински сестри, обект на проучването.
- Анкетиране на пациенти.

След провеждането на изследването анкетните карти бяха събрани, а данните от тях въведени във файлове с цел по-нататъшната им статистическа обработка.

С оглед игнориране на социалната желателност в инструкцията към анкетата 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.

## **2. Заключителен етап:**

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

- Обработка, анализ на всички данни, изготвяне на изводи и препоръки;

- Разработване на **психограма** на професията на медицинската сестра, работеща в извънболничната помощ, в изпълнение на Задача №4.
- Изработване на **проект за организация и провеждане на конкурс** за медицинска сестра в доболнична помощ (задача №5).
- Изработване на **атестационен формуляр за оценка на дейността на медицинската сестра работеща в доболнична помощ** (задача №5).
- Изработване на **модел на учебна тема „Мениджмънт на хосписните грижи“** (задача №6)

## ГЛАВА 3: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

### 3.1. Анализ и оценка на резултатите от проучване на дейността на медицинските сестри, работещи в системата на доболничната помощ и хосписните грижи.

Проучването на теоретично дефинирания проблем е построено върху глобалната идея за взаимоотношението между личност и професионална активност и реализация. Социалната практика убеждава и показва, че професионалната регулация на медицинската дейност притежава по-широк обхват от психични факти, отколкото са нормативно зададените в учебните планове и програми за обучение на специалистите в тази област. С други думи успешното осъществяване на личността в качеството на медицинска сестра е силно опосредствано от развитието на личностните структури и образувания, в това число от качествата на конкретната индивидуалност.

Разбира се в хода на адаптацията към професионалната дейност са възможни и новообразувания, придобиване на нови знания, на уникален опит, както и на промяна на мотивацията и ценностно отношение към обекта и предмета на дейността. В този смисъл пригодността за упражняване на професията е процес със сложна субективна и обективна детерминация, с пресичане на фактори и причини от ситуативно и устойчиво естество. В настоящото изследване методологичната функция на теорията може да бъде резюмирана в обобщението, че професионалната пригодност е динамичен процес на специфично развитие с диахронна структура – налице е както прогрес, така и при определени обстоятелства-регрес.

От друга страна, процесите на професионална пригодност, не само могат да бъдат управлявани външно, но при известни обстоятелства е

възможно да се превърнат в саморегулираща се активност от самия субект. Когато този факт е налице, вече може да се говори за съвършена тенденция към стабилизиране на пригодността и за наличие на устойчив професионализъм. Движението към такъв Аз – професионален образ на личността е вътрешен процес на развитието на човека в професията и не винаги се постига. Това е особено трудно, когато не са налице предварителни предпоставки и рационален подбор на кадри за лечебното заведение хоспис.

Проучването сред управителите (мениджъри) на лечебните заведения за хосписни грижи се извърши в периода февруари 2014 - февруари 2015 г. Проучването сред работещите медицинските сестри от лечебните заведения доболнична помощ и домашни ходсписи се извърши в периода февруари 2014 - юни 2016 г. Изследването е направено в естествена работна среда.

### **3.1.1. Характеристика на обекта на изследването**

При настоящата ситуация на организацията на медицинската дейност в лечебните заведения за доболнична помощ и домашните хосписи свободният достъп до такива заведения не е ограничен. Наблюдава се обаче тенденция за подозрително отношение на управителите и на медицинския персонал към желаещия да извърши изследването, която може да се обясни със страха от конкуренция или със страха, че всяко външно посещение, може да предизвика след това нежелателни проверки.

Като допълнително затруднение се очертава още един проблем - откриването на удобни и с положителна нагласа за изследване обекти. От познавателно естество е важно да бъдат открити такива лица за изследване, които могат да дадат не само точна и адекватна оценка на своите

възможности, но и те да могат да се сравнят с потребни и задължителни еталони за медицински грижи. В тази част на проучването своето мнение по поставените в анкетата въпроси са дали **80 лица**.

В хода на изследователския контакт стана ясно, че медицинските сестри са особено чувствителни към проблемите на своята професионална пригодност и често посрещат враждебно и със съмнение всеки опит да функционират като изследвани лица в своята професия. При това трябва да се знае, че в чисто емпиричен план медицинските сестри разбират, че професионалната пригодност се разкрива тъкмо в дейността, която извършват.

Средният трудов стаж на изследваните лица е  $\bar{x} = 28.9$  г.  $\Delta \pm 8$ , като същият се движи от два-три месеца до тридесет и над тридесет години (**диаграма №4**), а като медицински сестри в лечебно заведение за доболнична помощ и/или хоспис за домашни грижи от два - три месеца до три години. Всички изследвани лица са жени. Виден от резултатите на респондентите е фактът, че най-големият процент изследвани лица са с трудов стаж 30 и над 30 г. (**47,5%**), следвани от групата с трудов стаж от 10 до 20 г. (**38,2%**). Относително малък процент респонденти са с трудов стаж от 5 до 10 г. (**11,3%**), от 1 до 5 г. - (**2,5%**), а респондентите с никакъв трудов стаж или такъв до 1 г. съставляват едва **0,5%**. Това поставя въпросите за мотивацията на изследваните лица за този вид работа, както и въпросът какво базово обучение са получили те, тъй като палиативните грижи и грижите в дома като предмет от базовото обучение на медицинските сестри е включен в учебните програми на медицинските университети през 2005 г., т.е. преди 11 години. Изхождайки от този факт, следва да заключим, че  $\bar{x} = 85,7\%$   $\Delta \pm 1,24$  от изследваните лица **не са**

получавали подготовка по палиативни и хосписни грижи, както и подготовка за грижи в дома.

Данните за трудовия стаж на изследваните лица са представени графично в **диаграма№4**, като при изследването не се установяват статистически различия ( $p \leq 0,05$ ).



**Диаграма№4.** Трудов стаж на изследваните здравни професионалисти ( $p \leq 0,05$ )

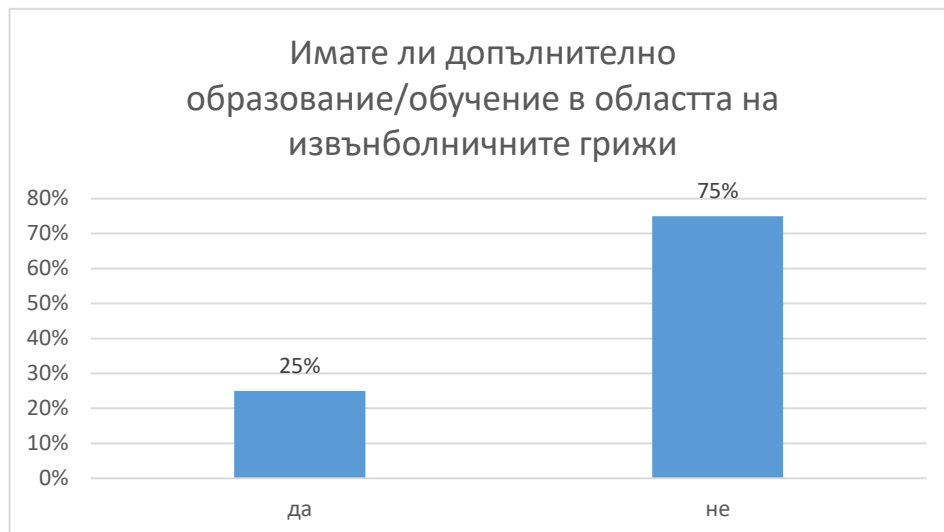
Изследването на образователната степен показва следните резултати: с висше образование – магистър по управление на здравни грижи са 4-ма от респондентите, които заемат и управленска позиция, бакалавър по здравни грижи -16 лица, с образование бакалавър по професионално направление „медицинска сестра“ - 46 души, с образование бакалавър по професионално направление „медицинска сестра детски профил“ -14 души.

Данните получени при проведеното изследване на образователната степен на медицинските сестри са представени в **Таблица №3:**

**Таблица 3: Образователна степен на медицинските сестри**

№ по ред	Степен на образование	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Магистър	4	5.0
2	Бакалавър	16	20.0
3	Професионален бакалавър	60	75.0
		80	100 %

От изследваните 80 лица само 20 са участвали в семинари или са преминали допълнителни курсове за грижи за терминално болни или грижи за тежко болни в домашни условия (**25.0%**). Данните са представени в **диаграма №5**:



**Диаграма №5.** Процентно съотношение на здравните професионалисти, поучили допълнително обучение, свързано с извънболничните грижи ( $p \leq 0,05$ )

На **диаграма №5** е представена взаимовръзката между отговорите на респондентите относно въпроса, дали са получили допълнително обучение и образование в областта на хосписните и палиативните грижи и грижите в

извънболнични условия. Установява се, че процентът на обучените респонденти не корелира с процента на необучените. По характер установената връзка е обратна и обикновена ( $r = - 0,34$ ) ( $p \leq 0,05$ )

Когато се характеризира обектът на изследването, изключително важно е да се покажат една или две характеристики от тяхната личностно–професионална изграденост, които разкриват наличието или отсъствието на реално функциониращ или разпадащ се професионален Аз–образ. В случая е важно, че всички изследвани лица имат субективни преживявания и в структурата на своето професионално съзнание се самоопределят като организатори на процеса на обгрижване на болните.

Образованието и допълнителното обучение е важен фактор в професионалната характеристика. Процентното съотношение на степените на образование на изследваните лица е показано на **Диаграма№6**.



**Диаграма№6.** Образователна степен на изследваните специалисти по здравни грижи, работещи в доболничната помощ

Видно от **диаграма№6** всички анкетирани лица са с различни степени на висше образование. С „магистърска“ степен са **5,0%** от респондентите,

със степен „бакалавър“ – **21,0%**, а с образователно ниво „професионален бакалавър“ са общо **74,0%**.

По-дълбока диференциална характеристика на професионалния образ на изследваните лица се разкрива в преживяването и удовлетворяването на потребността от професионален успех.

Данните от проведеното изследване на нивото на професионален успех са представени в **Таблица № 4**:

**Таблица 4: Ниво на постигнат професионален успех при медицинските сестри**

№ по ред	Ниво /степен/ на професионален успех	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Не мога да преценя	30	38.0
2	Постигнат професионален успех	28	34.0
3	Липса на професионален успех	22	28.0
		80	100 %

Както се вижда в нагледно представените в **Диаграма №7** данни, **28.0%** от изследваните лица се преживяват като професионалисти, **без да са постигнали професионален успех**. Голям е делът и на отговорилите „не мога да преценя“ (**38,0%**). Една трета от отговорилите (**34,0%**) преценяват себе си като професионалисти, които са постигнали професионален успех.



**Диаграма№7.** Постигнато ниво на професионален успех на медицинската сестра, работеща в доболничната помощ

В случая не са толкова важни различията, които имат в критериите за професионален успех, а самочувствието и удовлетвореността, защото тъкмо те участват в мотивацията за дейността на медицинската сестра. В каква степен самосъзнанието за професионален успех влияе върху чувството за собствена ценност е трудно да се каже, но е важно да се подчертае, че това самосъзнание често е причина медицинските сестри да преразглеждат своето професионално поведение.

### 3.1.2. Обща и професионална интелигентност

Професионалната дейност на медицинската сестра носи в себе си сложна и все още не добре изследвана структура. Задълбоченият анализ на структурата на наблюдаваните дейности на медицинската сестра насочва вниманието към една представа за вътрешни процеси и състояния, която естествено носи личностно-психологична природа. Професионалният поведенчески акт се проявява като нещо елементарно, но вътрешните основания на неговата същност и развитие отвеждат към сложни структури

на съзнанието, без развитието на които професията не би могла да се упражнява с успех.

Ако се следва линията на проследяване равнищата на психичната регулация на дейността, в това число и на професионалната дейност, няма да бъде трудно да се стигне до извода, че интелектуалното равнище на регулация играе първостепенна роля за осъществяване на професионалния, поведенчески акт. Логично е да се смята, че, без определена степен на развитие на интелигентността, медицинската сестра трудно би могла да осъществява своята професионална дейност.

В съвременната наука трайно се е утвърдило становището, че *“умствените способности стоят най-високо в йерархията на когнитивните структури и оформят крайните възможности на един развит човешки интелект в дадено време”*.<sup>[1]</sup> В този контекст трябва да се отбележи, че интелектът е система от процеси и функции с познавателен характер и комплекс от знания, запазени в дълготрайната памет. Основополагащите елементи в него са знанията и всички психични функции и процеси в единство със способностите. Интелектът има две страни. Едната е съдържателна, а другата функционална (формална).

Съдържателната страна на интелекта е от всички знания, които функционират в съзнанието на човека, т.е. като основна клетка се очертава знанието. Както посочва проф. Павел Александров в своята книга *“Интелект и обучение”*, *“Знанията са основна структура на съзнанието, подвижни модели на действителността, реализирани от дейността на мозъка”*.<sup>[1]</sup> Тук трябва да се подчертае, че съзнателната интелектуална дейност е невъзможна без знания, без понятия, без образи, без знаци и значения. От казаното дотук става ясно, че съдържателната страна на интелекта е образувана от всички знания, които притежава човек, независимо от тяхната форма и модалност. Разширяването или

стесняването на вътрешната база на мисленето и въображението, на интелектуалните функции и способности е в пряка зависимост от характера на знанията, обобщеността им, абстрактността им и тяхната дълбочина. Базирайки се на познавателната дейност на човека, можем да обобщим, че без достатъчно количество разбрани и осмислени знания и без достатъчно стартова информационна база, не може да се мисли. *“Няма интелект без знания. Ако ги няма, той не функционира”*.<sup>[1]</sup>

Функционалната страна на интелекта е изградена от висшите психични функции и креативни способности. Именно в структурата на този втори блок влизат общите интелектуални способности, развитието на мисленето, въображението, паметта, сетивните процеси и такива качества като критичността на мисленето, съмнението в истината, наблюдателността, чувствителността към истината и т.н.

В същия смисъл проф. П. Александров отбелязва, че *“в развитието на оперционно–функционалната страна на интелекта лежи развитието на висшите психични функции, като интегратор на познавателната дейност, продължени от стереотипизирани в общите умствени способности, а така също и в някои специални способности”* <sup>[1]</sup>

Въздействията на околния свят, формирането и преработката на образи и понятия, достигането до истината и изменението на действителността в крайна сметка се отразяват в тези структури на интелекта.

Моделът на интелекта откъм неговите два полюса може да се синтезира най-общо в две понятия – знание и мислене.

Разумно е да се смята, че в структурата на професионалната дейност на медицинската сестра стартово място заема общата интелигентност, редуцирана в хода на активността до професионална интелигентност.

В адаптивните теории за интелекта, дори в биологичните течения за интелигентността, общият интелект е признат и описан като глобално

свойство на мозъка за разкриване същността на явленията и процесите от гледна точка на това, което в теорията на познанието се нарича истина.

Често общата интелигентност у човека се отъждествява с неговата способност за абстрактно мислене посредством езиците, знаците и значенията, изработени и утвърдени като средство за сигнификация и комуникация в дадена култура.

Същественото е, че общата интелигентност и общите умствени способности са широката и естествената основа на професионалната интелигентност. В определен смисъл те съвпадат. В хода на наблюденията и проучването на значението на общата и професионалната интелигентност в организацията на дейността на медицинската сестра, стана ясно, че в съзнанието на изследваните лица тези фактори на умствената регулация на професионалната активност са в центъра на професионалния “Аз” – образ. Чрез тях той най-силно е идентифициран и инициран. Налице е разбирането, че без развита обща и професионална интелигентност трудно може да се осъществи желаната реализация.

Резултатите от изследването на общата и професионална интелигентност с нашата репрезентативна извадка от 80 души, работещи в различни лечебни заведения за извънболнична помощ, са представени в

#### **Таблица №5:**

**Таблица 5: Изследване на обща и професионална интелигентност**

№ по ред	Ценностни качества за професията	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Емпатия	22	28.0
2	Обща интелигентност	20	24.0
3	Положителна мотивация	10	14.0

4	Професионална интелигентност	10	12.0
5	Съвест	6	8.0
6	Човешки дълг	6	8.0
7	Уравновесеност	4	6.0
		80	100 %

Както се вижда от **Таблица № 5**, на общата интелигентност е даден висок ранг на преимуществовност (**24,0%**) и тя е поставена в системата от фактори за професионална пригодност на второ място, почти наравно с емпатията (**28,0%**).

Съотношението на ценностните качества за професията медицинска сестра в доболничната помощ според резултатите от проучването, са представени в **Диаграма №8**.



**Диаграма №8.** Съотношение на ценностните качества за професията медицинска сестра в доболничната помощ

Фактът, че професионалната интелигентност е поставена на четвърто място(12,0%), не означава отмяна на нейната ценност и значимост. Въпросът е в това, че в редица беседи и наблюдения върху професионалната дейност на медицинските сестри се установява, че понятията обща интелигентност и професионална интелигентност не са ясно диференцирани и често се отъждествяват. Сравнителният анализ на тези два типа интелигентност показва тяхната необходима връзка и зависимост в хода на професионалната дейност. Това позволява да се утвърди обобщеното разбиране, че тези фактори на личностно-професионалната пригодност са изключително съществени в изграждането на личността на медицинската сестра.

От друга страна, става ясно, че на необходимостта от развитието на професионална и обща интелигентност се гледа като на фактор за професионален прогрес. Потвърждение за това намираме в данните, представени в **Таблица №6.**

**Таблица 6: Съдържание на квалификационния процес**

№ по ред	Съдържание на квалификационния процес	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Развитие на професионални умения и техники	28	35.0
2	Усвояване на методи и похвати за развитие на знания и качества	20	26.0
3	Новости в теорията	20	25.0
4	Развития на умения за самоконтрол	8	9.0

5	Възстановяване на забравени теоритични и практически знания	4	5.0
		80	100 %

Ако погледнем в Таблицата, ще открием, че медицинските сестри държат да развият у себе си преди всичко професионални умения и техники(**35,0%**), както и да се запознаят с новостите в теорията(**25,0%**) и да придобият знания и качества(**26,0%**) и т.н. Известно е, че придобиването на знания по същество е обогатяване на предметно съдържателната страна на интелекта и съзнанието, а формирането на качествата, в това число на методи и похвати за саморазвитие, се отнася до развитието на висши психични функции и в силна степен до развитието на функционалната страна на интелекта.

В обобщаващ вид звучи фактът, съдържащ се в **Таблица № 7**, според която **12,5 %** от изследваните лица твърдят, че професията медицинска сестра, не може да се упражнява при липсата на интелектуални възможности, което ще рече, че ниската интелигентност е несъвместимо психично свойство с професията на медицинска сестра.

**Таблица 7 : Несъвместими с професията „медицинска сестра“личностни качества**

№ по ред	Несъвместими с професията личностни качества	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Липса на специално образование	28	35.0
2	Отрицателна нагласа към работа с болни	12	15.0
3	Емоционална неустойчивост	12	15.0

4	Липса на интелектуални възможности	10	12,50
5	Маскирани невротични прояви	10	12,50
6	Ниска морална култура	6	7,50
7	Дефекти в характера	2	2,50
		80	100 %

Факт е, че без развити интелектуални възможности, професионална пригодност е почти невъзможна. Големият въпрос е не само в подготовката на интелектуално способни, но и положително мотивирани медицински сестри.

### **3.1.3. Социална интелигентност**

В научната литература понятието социална интелигентност не е разработено задълбочено. Известни са различните гледни точки и теории. Според някои от тях социалната интелигентност е човешката емпатия или способността за съпреживяване. Други откриват в нея способността за разбиране и рационализиране на човешкото поведение, както и за модификация на взаимоотношенията между хората. Има автори, които смятат, че социалната интелигентност е и способност за извличане на информация от поведението и взаимоотношенията между хората. Във всички тези възгледи се наблюдават рационални моменти, но те не удовлетворяват широк кръг от емпирично наблюдавани факти и процеси. Тук трябва да се отбележи, че определена категория хора притежават способността не само да разбират, но и да променят съзнанието на други лица, да постигат социални цели и програми, дори да променят себе си така, че да въздействат преобразуващо на другите.

*“Социалната интелигентност е системно качество на личността, което включва в себе си разбиране за същността на човека, способност за построяване на междуличностните взаимоотношения съобразно тази същност, обществените еталони и нравствените изисквания”.* [1]

На основата на всичко споменато по-горе можем да обобщим, че социалната интелигентност е функциониране не само като отворено съзнание, а преди всичко като практическа програма, която оперира с нормите и правилата на културата, в която живее човекът. Ето защо тя е интеграция между теоретичен и практически интелект. Функционирането ѝ може да се оприличи на способност за самоконтрол върху мисленето и поведението, като непрекъснато осъзнавана оценка и самооценка на това, което се прави, като готовност за действие и поведение, съобразено с общоприетите еталони и принципи на човешкото съществуване.

Способността за рационално и нравствено общуване с човека се очертава като ядро на социалната интелигентност. *“Ако в общия интелект, съдържателната страна е изградена от всички знания, които функционират в съзнанието на човека, а функционалната – от висшите психични функции и креативните способности, то съдържателната страна на социалния интелект е предствена от знанията за законите, нормите и ценностите на обществото. В случая тази функционална страна ще се изрази в трансформиране на знанията в практически действия, в социално отговорно поведение”.* [1]

В социално интелигентните хора можем да наблюдаваме силно развити механизми на нравствен самоконтрол и висока чувствителност към начина, по който ги възприемат другите.

Те са не само социално адаптивни личности, а дори в по-голяма степен са креативно преобразуващи междуличностните взаимоотношения.

Взаимодействията им с другите се основават на зачитане на човешкото достойнство, на превръщане на общуването в акт на емоционална ценност, на толерантност към възгледите на другите. Най-важното е, че социално интелигентните личности никога не унижават, а винаги съхраняват достойнството на човека.

В психологически план те имат излъчване, висок човешки авторитет, желани са и останалите се съобразяват с тях без принуда.

Твърдейки, че социалната интелигентност е системно и синтетично качество на личността, не би трябвало да пропускаме факта, че *“тя извежда в активност около социално отговорните мисли и действия почти всички структури на съзнанието”*.<sup>[1]</sup> Смыслообразуващият елемент, който стои в центъра на социалната интелигентност, е практическо преминаване на осмислената обществена норма в акт на персонално поведение. Ето защо тя носи в себе си определен морален профил. Един неморален човек трудно би могъл да бъде дефиниран като социално интелигентен в смисъла, за който говорим.

На основата на този анализ се стига до извода, че в социалната интелигентност по специфичен начин са приведени в единство интелектуалното и нравственото, съзнанието и обществено потребното поведение. За упражняването на професиите от типа човек-човек социалната интелигентност е значимо и системосповащо качество. Това важи с особена сила за професията медицинска сестра.

Всяка медицинска сестра трябва да се характеризира с определено равнище на социална интелигентност. За нея тази страна на интелекта е основополагаща. Тя едва ли би могла да изпълни професионалните си задължения с успех, без наличието на такива способности.

От друга страна, трябва да се знае, че социално интелигентната медицинска сестра на практика синтезира две качества – интраперсонална

и интерперсонална. Интраперсоналната интелигентност носи интроспективен характер и се изгражда от способността да разбираме и управляваме адекватно своя вътрешен живот, а интерперсоналната от способността да изграждаме отношенията с хора. Наблюденията показват, че медицинските сестри с ниска интроспективна професионална интелигентност, трудно построяват развиващи и хуманизиращи отношения с техните пациенти.

Най-лесно се адаптират и стават пригодни за медицински сестри тези личности, които осъществяват психична съвместимост с пациентите на основата на социалната и професионалната култура.

В направеното проучване с медицинските сестри от доболничната помощ е трудно да се каже какви различия в разбирането за социалната интелигентност имат изследваните лица, но е ясно, че зад дифузните гледни точки за това качество, те са поставили свои по-достъпни качества, но по същност синоними на социалната интелигентност.

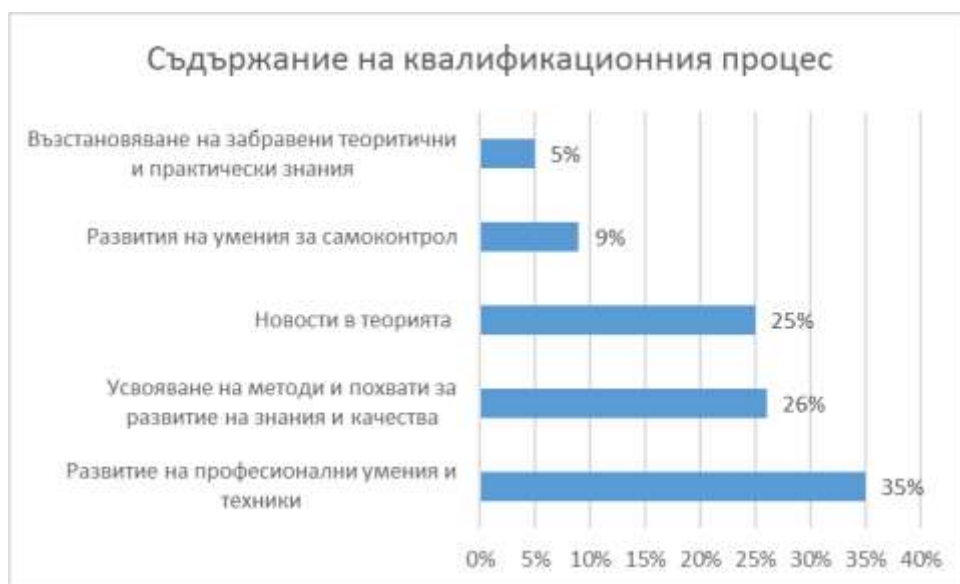


**Диаграма №9.** Несъвместими с професията на медицинска

сестра качества

От **Диаграма №9** се вижда, че голям процент от изследваните лица имат разбиране, че професията на медицинската сестра е несъвместима с дефекти в характера (**2,5%**), ниска морална култура (**7,5%**), отрицателна нагласа към работата с болни (**15,0%**) и т.н. Никак не е трудно да се разбере, че наличието на невротизъм, липсата на морал, пренебрежението към болния или към работата са всъщност отсъствие на социална интелигентност.

Определено отношение към ролята на социалната интелигентност за личностно–професионалната пригодност на медицинската сестра има и фактът посочен в **Диаграма№8**, а именно високата ценност на положителната мотивация за упражняване на професията. Тук трябва да се подчертае само това, че положителната мотивация за работа с хора по принцип принадлежи към същността на морално изградения тип личност.



**Диаграма№10.** Съдържание на квалификационния процес

Интересен аспект на изследването представляват отговорите на респондентите относно съдържанието на квалификационния процес (**диаграма№10**). Според **35,0%** от отговорилите, развитието на професионални умения и техники е водещият елемент на квалификационния процес, следван от усвояването на нови методи и

похвати за развитие на знания и качества-**26,0%** и новостите в теорията - **25,0%**. Относително малък процент респонденти са посочили развитието на уменията за самоконтрол (**9,0%**) и възстановяването на забравени теоритически и практически знания (**5,0%**), като значими елементи за квалификационния процес.

Не е трудно на основата на направения анализ да се стигне до извода, че първото съществено и общочовешко качество, което е необходимо на всяка медицинска сестра, работеща в лечебно заведение за извънболнична помощ, е висока социална интелигентност, която позволява да се реализират едни нормални човешки взаимоотношения.

#### **3.1.4. Мотиви за упражняване на професията на медицинска сестра в доболнична помощ и хоспис за грижи в дома**

Мотивите са всички процеси и факти, които ни обясняват защо и в името на какво действа личността. Мотивът е основание на дейността. Професионалната насоченост на личността се характеризира особено пълно от мотивите за дейност. Те са тясно свързани с потребностите и начина на тяхното задоволяване. А. Н. Леонтиев отбелязва, че “ *мотивът означава, това, което конкретизира потребностите при дадени условия и към което се насочва тази дейност* ”.<sup>[59]</sup>

В професионалната медицинска дейност мотивите имат високосмислова и енергетизираща функция. Това определя регулиращият им характер. Професионалната мотивация описва личността като висше съзнателно същество. Мотивацията изяснява защо личността упражнява професията и какво иска да постигне, разкрива смисъла на професионалната дейност. В този план най-важна е смислообразуващата функция на мотива. Той разкрива субективния смисъл на мисленето и действието.

Мотивът намира израз в съзнателно поставената цел и усилията за нейното осъществяване. Типична черта на мотивацията е нейният енергетизиращ характер, описан блестящо от К. Левин (1890 – 1941). Това определя различната степен на активност в изява на отношението към труда и професията.

Мотивацията допринася твърде много за изграждане на психичната нагласа за работа с терминално болни хора. От нея зависи също и резултатът от тази дейност. Следователно тя определя не само функционалната готовност за дейността, но и ефектите от тази дейност (преодоляване на трудности, равнище на постижения и др.).

“Отношението към професионалната дейност се определя от системата от мотиви, между които намираме различни степени и характерна взаимовръзка”.<sup>[56]</sup> Твърде многообразни са връзките на подчинение на едни към други, съподчинение, доминиращи мотиви, подтискане на някои мотиви и т.н. Всичко това изгражда т. нар. “мотивационна сфера”.

Големият въпрос при назначаване на медицински сестри в лечебни заведения от доболничната помощ е не само в подбирането на интелектуално способни личности, а най-вече на специалисти с положителна мотивация за професионална активност и работа с болни хора.

Ако се върнем към **Таблица № 5**, ще установим, че изследваните лица имат ясно разбиране за значението и ролята на мотивацията при осъществяване на професия от такъв тип. Това е много важен момент, защото самосъзнанието за вътрешните детерминанти на професионално поведение е белег на личностна зрялост. С други думи изследваните медицински сестри поставят на едно от челните места мотивацията като

фактор за професионална пригодност. По всяка вероятност тази позиция е основана на професионална самовзискателност и ясно се осъзнава.

Директна и сурова информация за съдържанието на мотивите за упражняване на професията на медицинска сестра в извънболничната помощ се съдържа в **Таблица №8**, в която са представени резултатите от проучването.

**Таблица №8: Съдържание на мотивационния процес**

№ по ред	Съдържание на мотивационния процес	Брой на изследваните лица /N/	Относителен дял в %
1	Финансови мотиви	36	46.0
2	Загриженост към страдащи хора	18	22.0
3	Липса на друга възможност	12	14.0
4	Осмисляне на живота с нещо реално и благородно	8	10.0
5	Възможност за изява като специалист	6	8.0
		80	100 %

Ако данните в нея бъдат оценени в категорията вътрешна – външна мотивация, нещата ще застанат доста неблагоприятно. Мотивите от типа “финансови” (**46,0%**) и “нямам друг избор”(**14,0%**) са твърдения, които стоят далеч по ценност от мотива “обичам да работя с болни хора”(22,0%). Първите два мотива са от типа външни, вторият е вътрешен. Научните изследвания показват, че ефектът от една дейност е винаги по-устойчив и е надежден, ако хората се ръководят от вътрешен тип мотивация. По

принцип се предполага, че вътрешният тип мотивация стои по близо до афекта на хуманистичната природа на човека.



**Диаграма №11.** Мотиви за работа в доболничната помощ и домашен хоспис

Идеалното положение от **Диаграма №11** би било налице, ако изследваните лица подредят мотивите за упражняване на професията така, че “загриженост към страдащите хора“ и “искат да осмислят живота си с нещо реално и благородно”, дойдат на първо и второ място.

Както се вижда обаче, мотивът “осмисляне на живота с нещо реално и благородно” е останал на четвърти план. Успоредно с това трябва да се отбележи, че тази диаграма (№11) скрива и два типа нагласи – мотивация, центрирана към ценността на обекта (загриженост към стари хора и осмисляне на живота с нещо реално и благородно) и мотивация, центрирана към защитни функции, т. е. към себе си и собствената позиция и интерес.

Разбира се, данните от същата диаграма ни ориентират, че има медицински сестри, които упражняват своята дейност и по силата на хуманистични

мотиви - загриженост към страдащи хора (22,0%) и осмисляне на живота с нещо реално и благородно(10,0%) (въпроси №2 и №4 от табл.№8).

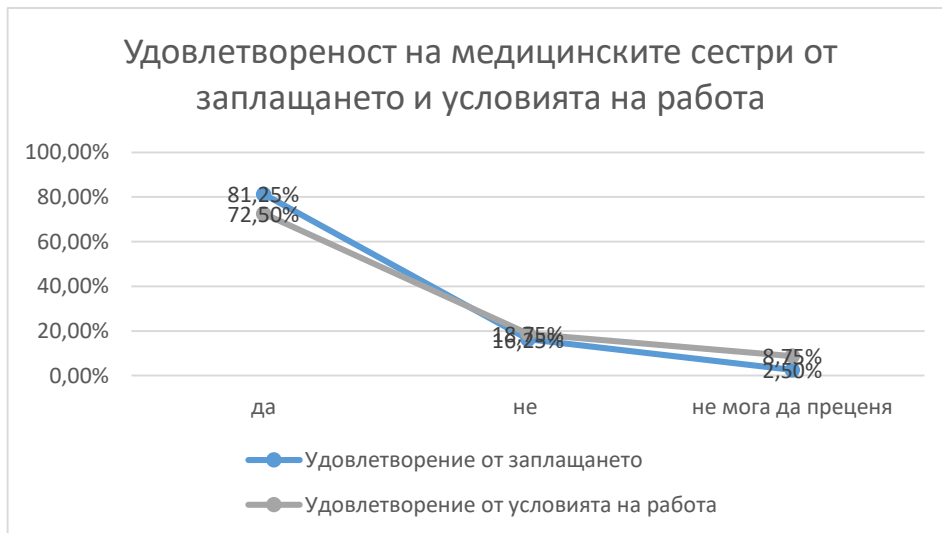
### **3.1.5. Професионална удовлетвореност на медицинската сестра, работеща в доболничната помощ и домашен хоспис**

Проблемът за заплащането на труда е един от основните дискутирани въпроси сред специалистите по здравни грижи, работещи в системата на здравеопазването в България. Погледнато в глобален мащаб, то е твърде ниско на фона на изискванията към тях и тяхната натовареност. Има обаче и сфери, където то е по-високо и удовлетворява работещите там, като например сферите на инвазивната кардиология и кардиохирургията, ортопедията, неврохирургията и др. В сферата на хосписните грижи също се наблюдава интерес за работа и нарастване на удовлетвореността на медицинските сестри от заплащането.

Това е свързано най-вече с факта, че тези грижи в голямата си част не се финансират от НЗОК или от МЗ, а се заплащат лично от пациента. В обхванатите от проучването домашни хосписи всички услуги са платени. В хосписите за грижи по домовете до месец септември 2015 г. медицинските сестри извършваха платени посещения и дейности в дома на пациента, без те да са законово регламентирани и същите бяха част от т.нар. “сива икономика”, не се характеризираха с масовост на явлението и нямаха особено голямо икономическо значение. С влизането в сила на промените в Закона за здравето през септември 2015 година явлението “домашни посещения” следва да придобие масовост и да окаже влияние на пазара на здравните услуги. Предстои да бъде изследван и проучван въпросът за остойностяването на грижите в дома, тяхната ефективност и ефикасност.

Проблемите на пациентите с финансирането на грижите при ниски доходи и липса на възможности прибавя икономически регулации в пазара

на този вид грижи. Недостигът на медицински сестри в здравната система води до необходимост от непрекъснато нарастване на материалното им стимулиране, за да бъдат привлечени на работа в лечебните заведения за доболнична помощ и домашните хосписи. Затова на въпроса: „Удовлетворява ли ви заплащането, което получавате ?” положително отговарят **81,25 %** от анкетираните сестри.(диаграма №12)



**Диаграма №12.** Удовлетвореност на медицинската сестра от работните условия ( $p \leq 0,05$ )

На **диаграма №12** е представена взаимовръзката между резултатите от степента на удовлетвореност на медицинските сестри от получаваното от тях трудово възнаграждение и удовлетвореността им от условията на работа. Установява се, че степента на удовлетвореност на медицинските сестри от заплащането корелира с удовлетвореността им от работните условия. По характер установената връзка е права и умерена ( $r = + 0,34$ ) ( $p \leq 0,05$ )

Очевидно, много голям процент от респондентите смятат, че условията ги удовлетворяват (**81,25 %**), за **8,75%** преценката се оказва невъзможна, а **18,75%** са дали отрицателен отговор.

При създадените добри условия на труд и заплащане е логично да се очаква, че медицинските сестри не биха напуснали работното си място. (диаграма №13)



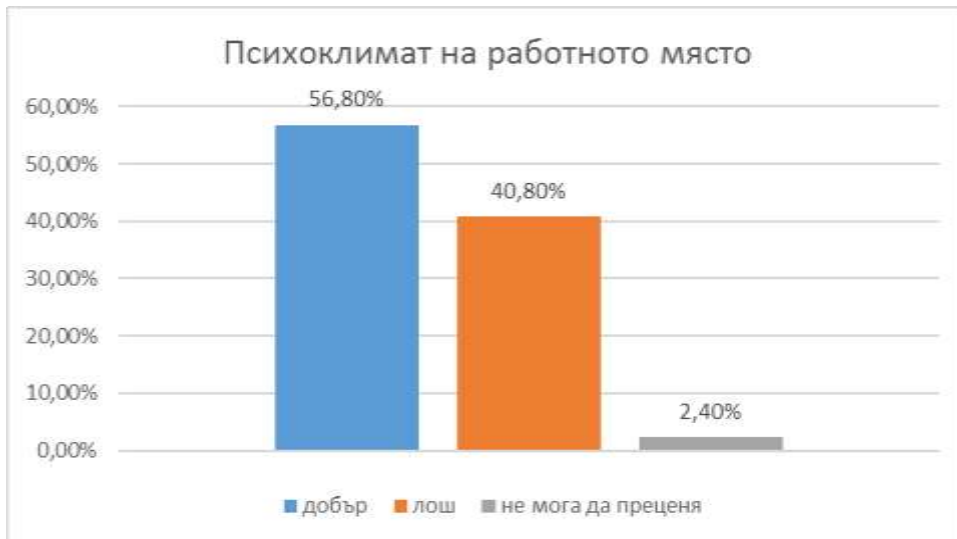
Диаграма №13. Отговори на въпроса “Бихте ли сменили работното си място?”

Според предварителните очаквания, на въпроса: ”Бихте ли сменили работното си място?”, по-голяма част от анкетираните (61,25%) отговарят, че не биха сменили работното си място, но относителният дял на респондентите, които биха напуснали тази работа е също висок (36,25%). Въпреки че заплатата заема водеща роля сред мотивите за смяна на работното място, очевидно тя не е единственото условие, което би задържало медицинските сестри на работа в доболничната помощ.

В този аспект интересни са отговорите на въпроса, дали психоклиматът на работното място не е причината процентът на желаещите да сменят работата си с друга да е относително висок.

Все повече и по-често на преден план като фактори за задържане на работното място се оказват причини свързани с отношението на пациентите и лекарите към медицинските сестри и техния труд. Взаимоотношенията и психоклиматът на работното място имат

съществено значение. Дори трудната и тежка работа, извършвана в условия на взаимопомощ и уважение може да доставя удоволствие и удовлетвореност. Дълбоката вътрешна мотивация на хората, които полагат грижи, е пряко свързана с човешките отношения и възпитание.

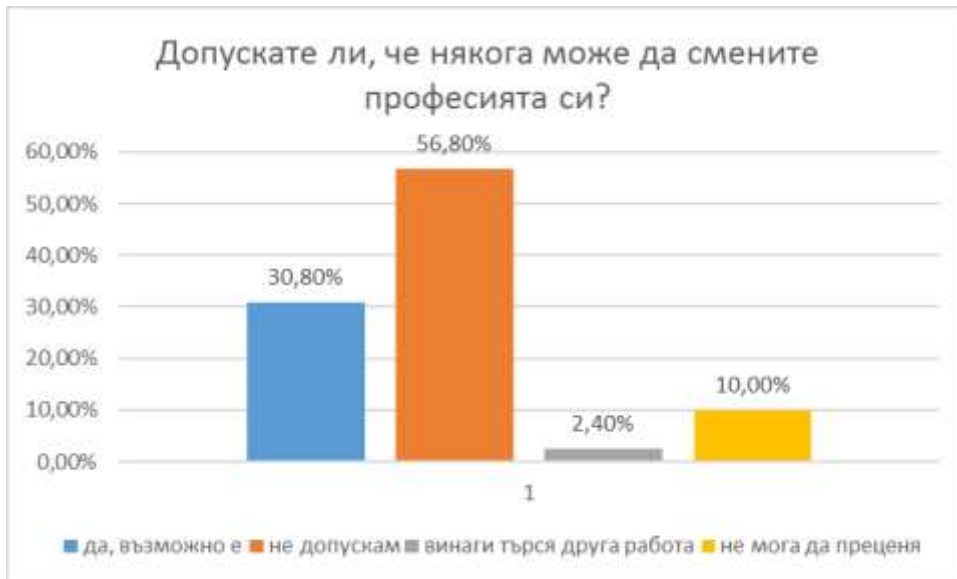


**Диаграма №14.** Отговори на въпроса “Как оценявате психоклимата на работното си място?”

От **диаграма №14** става ясно, че **56,8%** от анкетираните медицински сестри оценяват психоклимата на работното си място като добър, но за **40,8%** от респондентите взаимоотношенията в колектива не са добри. Тук се отчита водещата роля на ръководителя по здравни грижи, а именно в правилното разпределение на задачите сред персонала и равномерното му натоварване, както и в създаването на климат на доверие и взаимопомощ, уважение и колегиалност. Това са условия за поддържане на добър психоклимат, който може да намали психическото натоварване от работата с пациенти в тежко увредено и терминално състояние.

Анализирайки до тук получените резултати, може да се направи изводът, че въпреки някои проблеми в управленския процес в извънболничната помощ и домашните хосписи, медицинските сестри, работещи в тях, се чувстват удовлетворени от професионалната си реализация и възнаграждение.

Не е малък относителният дял на тези сестри, които биха заменили работата си с друга, но това се дължи по-скоро на голямото натоварване и преумора на работещите сестри, които се стремят да осигурят за себе си и семействата си нормално съществуване с ограничени финансови средства.



Диаграма №15. Отговори на въпроса „Допускате ли, че някога може да смените професията си?“

Професията на медицинската сестра е трудна и отговорна. От медицинските сестри се изисква и очаква непрестанно повишаване на професионалната квалификация и самоусъвършенстване. Това налага непрекъснати усилия за поддържане на високо ниво, а не всеки професионалист може да издържи на такова темпо на развитие. В тази връзка анкетираните бяха запитани дали са мислили над възможността някога да напуснат изцяло професията. Отговорилите положително на въпроса респонденти, които смятат за възможно да напуснат професията съставляват **30,8%** от всички. Обнадеждаващ е фактът, че процентът на отговорилите отрицателно анкетираните медицински сестри е **56,8%**. Това показва, че същите смятат своя професионален избор за правилен. Процентът на отговорилите, че нямат мнение по въпроса, е **10%**.

Теоритично можем да предположим, че тази група респонденти не са имали професионални или лични причини, които да налагат да мислят по този въпрос и по-скоро клонят към групата на тези, които не биха напуснали професията, отколкото към групата, която смята напускането на професията за възможно. Един малък процент анкетираните (2,4%) отговарят, че винаги търсят друга работа. Този процент не оказва особено влияние върху резултатите от проучването, защото във всяка професия има малък процент хора, които винаги смятат, че биха се реализирали по-добре в някоя друга сфера.

В заключение може да се отбележи, че добрият психоклимат на работното място създава предпоставки за спокойна работа и мотивация за работа. Редица изследвания потвърждават дълбоката вътрешна мотивация на медицинските сестри за упражняване на професията. Мотивацията на сестрите да обслужват пациенти в дома излиза от материалния си аспект и включва дълбоко човешки и лични отношения и разбирания. Докато при болничното лечение акцентът на грижите пада върху подготовката и организацията на диагностично-терапевтичните мероприятия за поставяне и уточняване на диагнозата и прогнозата на болестта и зависи най-вече от решенията на лекаря, в извънболничната помощ и домашните хосписни грижи акцентът е върху грижите за човека като личност, за неговото качество на живот със заболяване или инвалидност, за холистична грижа към пациента. Тази страна на взаимодействието медицинска сестра - пациент прави работата с хората и техните проблеми в източник на мотивация на сестрите да бъдат полезни и да помагат.

### **3.1.6. Професионална натовареност на медицинска сестра в центрове за интегрирани здравно-социални услуги.**

Както вече беше посочено в глава 1, т.1.11, касаеща палиативните и хосписни грижи в дома, първи опит за узаконяване и регламентиране на сестринските дейности в дома, в това число палиативните домашни грижи се прави с промяната в Закона за здравето от 2015 г. Създаденият нов член (Чл. 125б.), регламентиращ въвеждането на центрове за интегрирани здравно-социални услуги, даде възможност за легитимно функциониране на този тип звена от системата на здравеопазването. Ето защо изследователски интерес представлява проследяването на професионалната ангажираност на медицинската сестра, работеща в център за интегрирани медико-социални услуги. Организацията на работа и потребностите от здравни грижи на потребителите на услугата бяха проучени и отнесени към физическото, психическото и емоционалното натоварване на специалистите по здравни грижи, които ги осъществяват. Анализирани са дейността на медицинските сестри в централните „Домашни грижи“ на Български Червен кръст в градовете София, Враца, Криводол, Оряхово, Бяла Слатина, Пловдив и Благоевград, в процеса на обгрижване на ползватели с различни заболявания, здравни и социални проблеми

В предоставянето на интегрирани медико-социални услуги за възрастни и хронично болни лица (включително палиативни грижи) в България пионер е Българският Червен кръст.

Възрастните и болни хора се нуждаят не просто от квалифицирани грижи, но и от внимание и специализирана подкрепа, за да почувстват както сили, така и желание да водят пълноценен живот.<sup>[69]</sup>

Към момента на проучването Българският Червен кръст, чрез своите центрове за интегрирани „Домашни грижи“, предоставя квалифицирани здравни грижи и социални услуги на над 700 потребители в 8 населени

места в България. Грижите се предоставят в дома на потребителя, като водеща роля в тях имат специалистите по здравни грижи, представени основно от медицински сестри.

Обгрижването на пациенти с различни заболявания и увреждания, социални и психологически проблеми поставя медицинския специалист в изключително сложна среда и изисква от него висока компетентност и професионализъм, максимална концентрация и прецизност. Здравните специалисти на центрoвете за „Домашни грижи“ предоставят услугите директно в дома на потребителите, след извършване на индивидуална оценка на нуждите по специално подготвени въпросници<sup>[182]</sup>

До 2015 г. центрoвете са разкрити по проект на Български Червен кръст и съществуват като социални заведения, без регистрация по Закона за здравето и Закона за лечебните заведения. Това определя характера на дейността и правомощията на медицинските сестри, работещи в тях.

Те изпълняват най-вече дейности като здравен консултант на пациентите. Здравните грижи, които осъществяват, не включват инвазивни манипулации. Ангажираността на медицинските сестри е в наблюдение и проследяване на здравословното състояние на потребителите. Това включва и възможните мануални и апаратни изследвания в дома, неинвазивни манипулации и грижи и др. Особено значими сестрински дейности са контролът върху приема на лекарства, спазването на диетичното хранене и режима на живот, контактите и колаборацията с личните лекари, специалистите и лечебните заведения.

С промените в Закона за здравето се дава възможност здравните специалисти в новите центрoве за интегрирани здравно-социални услуги да предоставят медицински грижи и манипулации, регламентирани с Наредбата за компетенциите за специалност „медицинска сестра“ и „акушерка“ (инвазивни процедури - подкожни, мускулни, венозни инжекции, венозни вливания; превръзки, поставяне и грижи за уретрален

катетър, сонди, парентерално хранене, поставяне на очни и ушни капки, ректални супозитории и др.).<sup>[50,70]</sup>

С тези промени ще се разшири и увеличи професионалната натовареност на медицинските сестри, работещи в областта на грижите в дома и се очаква търсенето на тези сестрински грижи и услуги да нарастне неимоверно.

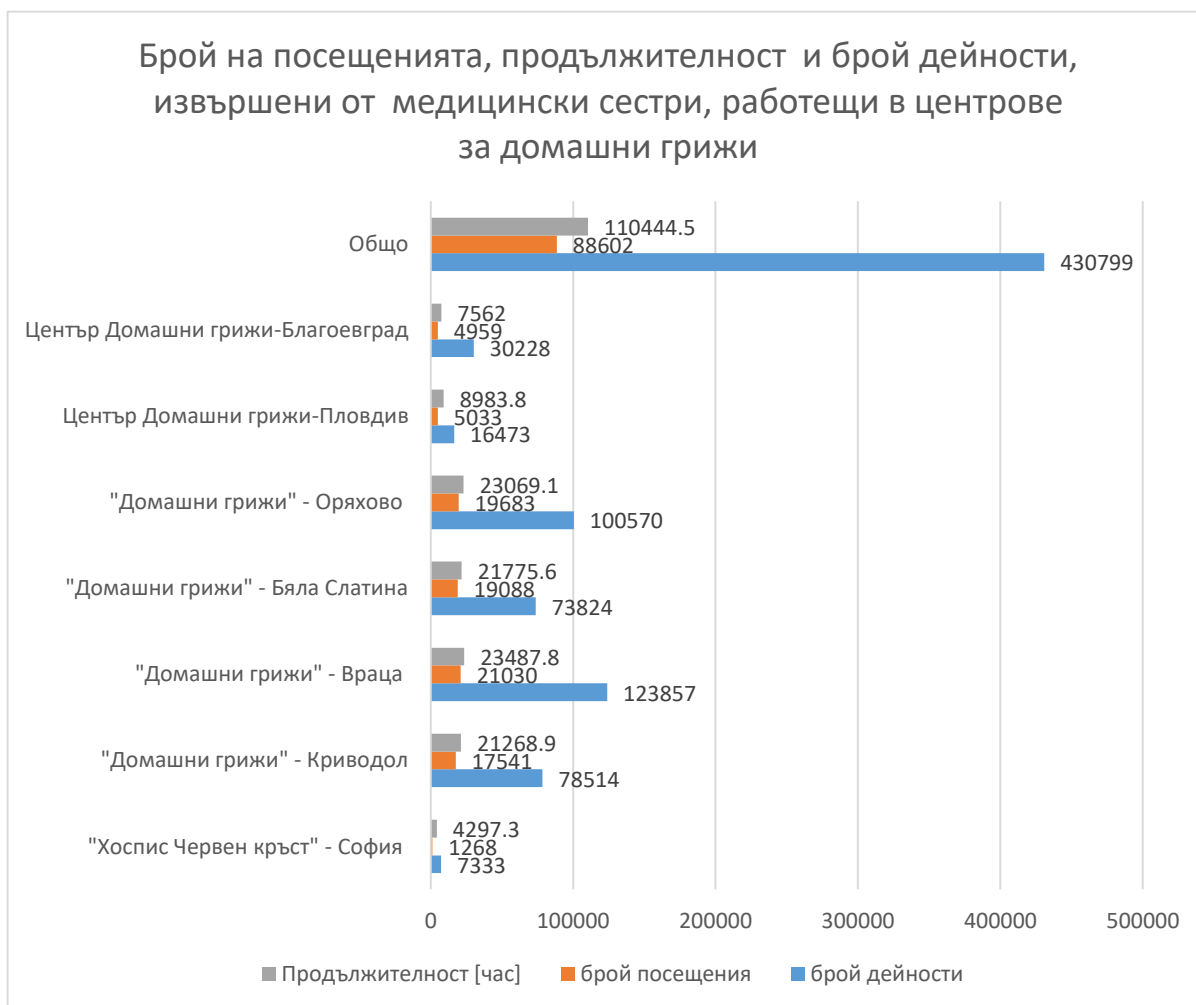
Един здравен специалист обслужва 6 до 10 потребителя дневно, което налага и чисто физически ограничения по отношение на броя на обслужваните пациенти.

В наблюдаваните центрове работната седмица е от 40 часа, от които 35 са за директна работа (преки грижи) с потребителя.

Разстоянията в големите градове са от порядъка на няколко километра между отделните адреси, за разлика от тези в малките населени места. Времето, отделяно за транспорт, отнема поне 20% от разполагаемото време на сестрата.<sup>[97]</sup> Отделни, но свързани с това, са обстоятелствата на етажност, пропускателни механизми на входни врати и други, свързани с достъпа до обгрижваните лица.

В резултат се явява мисловна и емоционална ангажираност на медицинския специалист в разпределението на работния график по време и последователност на посещенията.

Ежедневното общуване с възрастни, немощни и увредени хора въздейства в емоционалната сфера на професионалиста по здравни грижи.<sup>[11]</sup> Данни за професионалната натовареност на медицинската сестра в изследваните институции, предоставящи домашни грижи, са представени в **диаграма №16:**



**Диаграма №16.** Професионална натовареност на медицински сестри от Центрове домашни грижи за проучвания период ( $p \leq 0,05$ )

Анализът на резултатите показва, че извършените от медицинските сестри посещения в домовете на пациентите за едногодишен период са **88 602**. Броят на извършените дейности е **430 799**, а времето, отнело извършването на тези дейности е **110 444, 5 часа**.

**Средният брой посещения**, които един пациент е получил за периода, е  $\bar{x} = 108, 98$  бр.  $\Delta \pm 1, 23$ . **Средното време за грижи**, което медицинската сестра е изразходила за един пациент, е  $\bar{x} = 135, 85$  часа  $\Delta \pm 1, 24$ , което означава, че всяко едно посещение е било с продължителност 40 и/или повече минути. **Усредненият брой на извършените дейности** за един пациент за изследвания период е  $\bar{x} = 529$  бр.  $\Delta \pm 1, 23$ , т.е. при всяко

посещение медицинската сестра е извършвала над 4 различни вида сестрински дейности.

Всичко това показва голяма професионална натовареност на медицинските сестри, работещи в центрове за интегрирани здравно-социални услуги и изисква правилно разпределение на задачите в рамките на работния процес.

Страданието в много случаи прави потребителите непремерени в общуването и в очакваните резултати от грижите. Възможността за въздействие и промени в морално-етичната сфера и в културата на тези потребители в напреднала възраст е изключително ограничена.

Медицинската сестра е поставена в ситуация да проявява специфични личностно-професионални качества като търпение, емпатия, самоконтрол, за да извършва качествено и професионално своите задължения.

Застаряващо население в добро здраве означава по-малко натиск върху здравната и социалната система. Тенденцията за деинституализация на грижите за възрастното население поставя тези хора в благоприятната среда на собствения дом. Те обаче трябва да получават достатъчно медицински и други грижи, като тези в социалните заведения и другите такива в семейна среда. Обмисляйки част от работната ситуация на медицинска сестра, предоставяща грижи в дома и анализирайки достъпните данни, получаваме възможност да въздействаме върху системата, да подобрим съществено качеството на живота на пациенти-потребители и лицата, осъществяващи здравни грижи за тях.

## 3.2. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред пациентите ползващи здравни грижи в дома

### 3.2.1. Характеристика на обекта на изследване

Проучването на пациентите е извършено в периода февруари 2015 - февруари 2016 г. В него са обхванати **813 пациенти**, обслужвани в доболничната помощ. Анализът на резултатите от разпределението по възраст на ползвателите на здравни грижи и услуги в „Центрове Домашни грижи” в градовете София, Враца, Криводол, Оряхово, Бяла Слатина, Пловдив и Благоевград е представено на **диаграма №17**.



Диаграма №17. Разпределение на пациентите по възраст

Ползвателите на здравни грижи и услуги в обхванатите от проучването центрове „Домашни грижи“ – > 65 години **8.0%** , 70-80 години - **17.0%**, 80-90 години -**54.0%**, < 90-100 години – **17.0 %** .

Средната продължителност на живота в България показва трайна тенденция към нарастване. За 2012 година по данни на НСИ тя е  $\bar{x} = 74, 31$  години, за 2015 година вече е  $\bar{x} = 74, 69$  години. [178]

В обхванатите от проучването центрове за домашни грижи средната възраст на обгрижваните лица е  $\bar{x}=82,3$  г.  $\Delta \pm 1,24$ , т.е. основната група от ползвателите на услугите са надживявали средната възраст продължителност на живота в България в години.

Специалистите по здравни грижи (медицински сестри и акушерки), работещи в проучванети центрове за домашни грижи, обслужват предимно потребители в напреднала възраст.

Повече от половината лица, получаващи грижи в тези центрове, са на възраст 80-90 години, а близо 1/5 са дълголетници – на възраст над 90 години. Тези хора имат потребност от подкрепа и грижи не само поради старост и немощ, но голяма част от тях и поради наличието на едно или повече хронични заболявания. Със застаряването на населението се увеличава и заболеваемостта, особено за хората от възрастовата група над 65 години. <sup>[84]</sup> Потребителите на услугите, предоставяни от центрове „Домашни грижи“ от професионалната гледна точка на специалистите по здравни грижи, са пациенти в пълния медицински смисъл на това понятие – те са хора с хронични заболявания и увреждания. Широката мултипатология и уврежданията в изследваната група лица изисква висока квалификация на медицинските сестри. Както в световен мащаб, така и в настоящата проучвана и анализирана целева група пациенти най-разпространени са сърдечно-съдовите заболявания, следвани от травмите и заболяванията на опорно-двигателния апарат, следвани от неврологичните заболявания. Ендокринните заболявания и заболяванията на сетивните анализатори се откриват при **8.0%** от наблюдаваната група. В обобщената група на други заболявания, представена с **13.0%**, има най-разнообразна патология, която не може да бъде квалифицирана към останалите групи.

Обхванатите в проучването пациенти имат призната степен на инвалидност според решения на Териториалните експертни лекарски

комисии (ТЕЛК) с трайно намалена работоспособност над **51,0 до 100 %** са **98,0%** от наблюдаваните пациенти в изследваната целева група.

Най-често срещани заболявания са тези на сърдечно-съдовата ситема. При по-голямата част (**35,0%**) се наблюдават вариращи високи стойности на артериалното кръвно налягане и нарушения на сърдечния ритъм, на фона на провежданата медикаментозна терапия, налагаща непрекъснат медицински контрол и грижи.

С напредване на възрастта на пациентите се увеличават травмите и заболяванията на опорно-двигателната система, които заемат второ място като значима група заболявания (**23,0%**). Тази група включва пациенти, които имат най-вече увреждания на прешлените, остеопороза, коксартроза, спондилоза, ревматоиден артрит, гонартроза, състояние след счупване на крайниците и др. Тези заболявания ограничават подвижността и способността за самообслужване и налагат използването на помощни средства – инвалидни колички, бастуни, проходилки и канадки, тоалетни столове и др. Хората с тези заболявания се нуждаят от помощ при различни дейности от ежедневието и самообслужването, които им се осигуряват от медицинска сестра. Медицинската сестра обучава и подпомага пациента в ползването на техническите средства, но извършва и голяма психологическа работа – разговаря и окуражава пациента, мотивира го и го насърчава към самостоятелни движения.

Неврологичните заболявания (**13,0%**), от които са засегнати изследваната група ползватели на здравни грижи, са представени основно от мозъчно-съдова болест и състояния след прекаран мозъчен инсулт. Част от потребителите на здравни грижи и услуги са с парези на долни и горни крайници, лежачо болни. Възрастовите промени и тази тежка патология се отразяват на психическото състояние на тези хора и когнитивните им възможности. Пациентите показват нестабилно психо-емоционално

състояние – лесна раздразнителност, тъга и отчаяние, обидчивост и други промени, изискващи специални сестрински грижи и внимание.

Ендокринните заболявания сред изследваните потребители съставляват **8,0%** от изследваната група и са представени основно от заболяването захарен диабет в двете му форми -тип1 и тип 2, както и с най-разпространеното усложнение на диабета - диабетната полиневропатия. Сестринските грижи за тези пациенти изискват редовно и правилно измерване, контрол и регистриране на стойностите на кръвната захар, както и контрол върху диетичното хранене и двигателния режим на пациентите. Грижите, свързани с недопускане на хипо- и хипергликемични състояния и профилактика на усложненията при диабет, се осъществяват чрез непрекъснато обучение на пациента и неговите близки от медицинската сестра.

Висока е и честота на болестите на сетивните анализатори (**8,0%**). Най-често срещани заболявания от тази група при пациентите, обследвани в центровете са катаракта, глаукома, дегенерация на макулата, уврежданията на слуха. Тези заболявания също изискват от медицинската сестра специализирани познания и умения, при полагането на здравните грижи за пациенти, при които ги има.

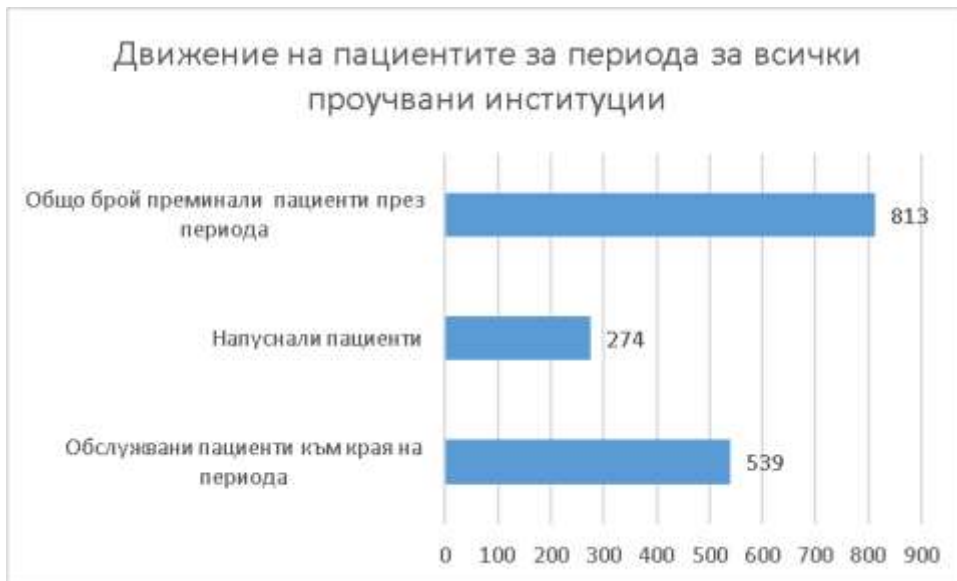
Нараства броят на потребителите с Деменция и болест на Алцхаймер, както и на тези с онкологични заболявания, което поставя нови предизвикателства пред медицинските сестри. Тези заболявания са включени в групата „други“ и съставляват **13,0%** от разглежданата патология. Разпределението на заболяванията сред потребителите е представено графично в **диаграма №18:**



Диаграма №18 Разпределение на потребителите по заболявания

### 3.2.2. Проучване на движението на пациентите и причините, които го обуславят.

В проучвания период различни здравни услуги, предоставяни от проучваните институции, са ползвали **813 пациента**. Трябва да се отчете фактът, че това са услуги, които са получени в домашна среда. От тях **(33,7%)** от пациентите са преустановили обслужването си поради различни причини, които са анализирани по-долу. Към края на изследвания период такива грижи продължават да получават **539 пациента** или **66,30% от всички проучвани от началото на периода**. Данните за движението на пациентите общо за изследваните институции са показани в **диаграма №19:**



**Диаграма №19.** Движение на пациентите за проучвания период

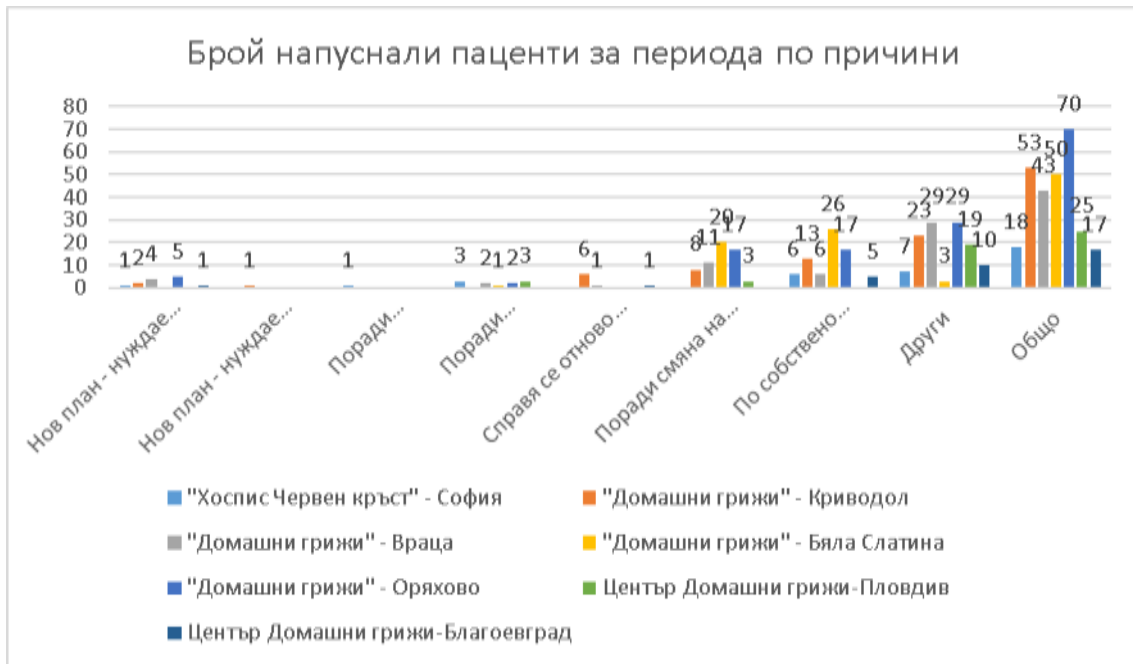
По подробно е разгледано движението на пациентите отделно за всяка институция (**Диаграма №20**).



**Диаграма №20.** Движение на пациентите за проучвания период по институции ( $p \leq 0,05$ )

От **диаграма №20** става ясно, че съотношенията между напуснали, обслужвани и общо преминали пациенти, корелират по между си. По характер установената връзка е права и умерена ( $r = + 0,38$ ) ( $p \leq 0,05$ ).

Обект на научноизследователски интерес станаха и причините за напускане на пациентите от системата на домашните грижи. Данните от проучването са представени графично в **диаграма №21** :



**Диаграма №21.** Причини за напускане на пациентите за проучвания период

Основна причина за напускане(отпадане)на пациентите от системата на грижи в дома е класифицирана в групата „други“ (**44,28%**) Тук следва да изясним, че в групата всъщност се има предвид леталният изход на пациентите. Втора по ранг причина е собственото желание на пациента (**26,94%**). Причините за този голям процент напуснали по собствено желание следва да се търсят в качеството на грижите, техния обем, а също и в професионалите и личностни качества на персонала, който ги предоставя. Като причина за напускане поради смяна на населеното място, което обитава пациентът, е установена в **21,55%** от проучваните. Необходимост от постъпване в стационарно лечебно заведение е открита при **3,06%**, промяна в плана за грижи е наложил отпадането на **3,81%** от пациентите, а постъпването в стационарен хоспис е установено при **0,36%**.

### **3.3. Анализ и оценка на резултатите от проучване на мнение на пациентите на ОПЛ, ДКЦ, МЦ и центрове за интегрирани здравно – социални услуги за удовлетвореност от получаваните здравни грижи в системата на доболничната помощ.**

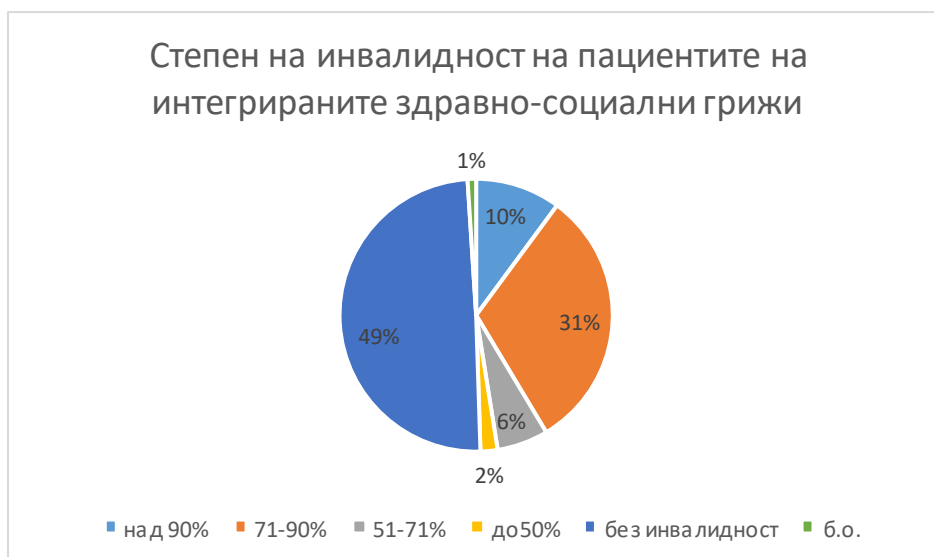
#### **3.3.1. Характеристика на обекта на изследване:**

В проведеното проучване са анкетирани пациенти на две индивидуални практики на ОПЛ, един медицински център, един диагностично-консултативен център и четири центъра за интегрирани здравно-социални услуги на БЧК. За да има сравнимост анкетираниите са разделени на две групи – група на ползващите интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда (група на БЧК) и група на ползвателите на здравни грижи при ОПЛ, ДКЦ и МЦ (контролна група). Общият брой участници в това анкетно проучване е 191. От тях 81 души са от групата на БЧК и 110 души от контролната група. Целевата група анкетирани е на възраст над 65г.

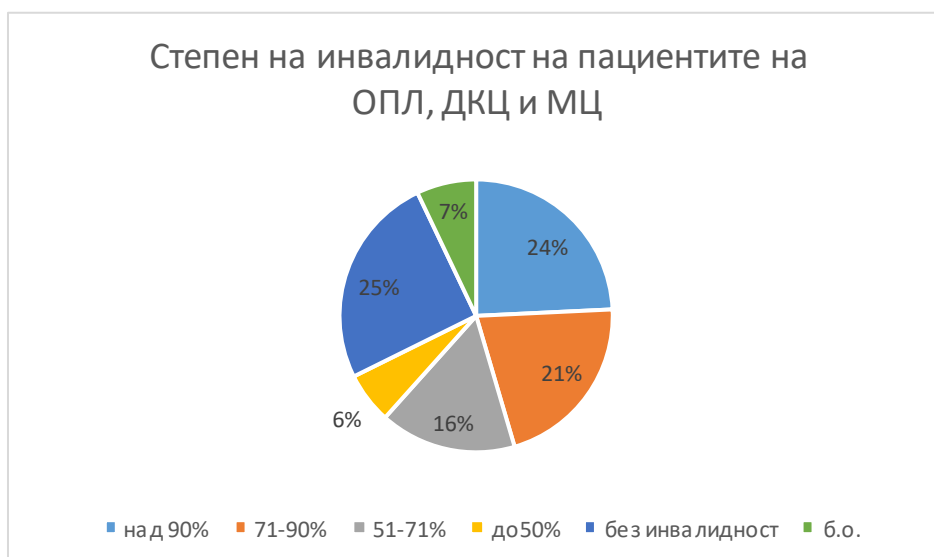
Хората, включени в анкетното проучване са в по-голямата си част полиморбидни, с едно или повече хронични заболявания и с усложнения, в резултат на основното си заболяване. По отношение на структурата на заболяемостта по причини водещи са сърдечно-съдовите, ендокринологичните (основно диабет и остеопороза), болестите на централна и периферна нервна система и опорно-двигателния апарат и онкологичните. От участниците в проучването, които не са обхванати от интегрираната грижа **38,0 %** не съобщават за наличие на придружаващи заболявания, докато сред потребителите на интегрираната услуга този процент е едва **6,0 %**.

Впечатление правят резултатите за признатата степен на инвалидност на респондентите от двете групи.

Въпреки, че без призната инвалидност сред потребителите на интегрираната услуга са **49,0 %** (спрямо **25,0 %** от групата на ОПЛ, ДКЦ и МЦ), детайлният анализ на структурата на заболяемостта показва, че мнозинството от тях са със сериозни, в някои случаи тежки хронични заболявания и увреждания. Поради това не е изненадващ фактът, че процентът на потребителите на интегрираната услуга, които самоопределят здравното си състояние като лошо е с около 10 % по-висок от респондентите сред контролната група, дали същата оценка. (Диаграма №22 и Диаграма №23).



Диаграма №22. Степен на инвалидност на респондентите от първа група

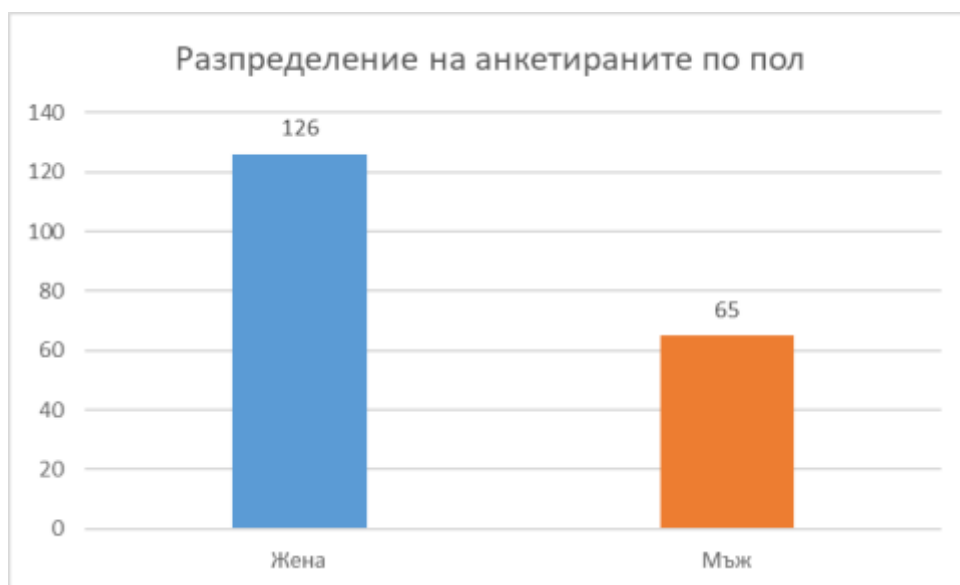


Диаграма №23. Степен на инвалидност на респондентите от контролната група.

По отношение на структурата на самооценката на здравето (много добро, добро, задоволително, лошо и много лошо) двете групи не се различават, като преобладаващи са задоволителните оценки.

В разпределението по пол, по-голям относителен дял се пада на жените. При спецификата на целевата група на анкетираните, а именно възрастни хора над 65 години, разликата се дължи най-общо на факта, че жените се характеризират с по-висока продължителност на живота.

( Диаграма№24)



Диаграма№24.Разпределение на анкетираните по пол

По отношение на разпределението по възраст не се забелязват особени диспропорции, като най-голям процент от анкетираните – **27,0 %** попадат в границите на 71-75 г., а най-малък – **22,0 %** в границите 76-80 г.

(Диаграма №25)



**Диаграма №25.** Разпределение на анкетираните по възраст

От съществено значение за необходимостта от здравни грижи за възрастните хора с хронични заболявания, при равни други условия е и броят на членовете на домакинството. За съжаление, една от тенденциите в определени райони на страната, особено в малките населени места е увеличаването на самотно живеещи възрастни хора, като поради обясними, най-вече икономически причини младите хора мигрират към големите градове, където могат да намерят по-добри условия за реализация. В този смисъл, резултатите от проведената анкета по този въпрос потвърждават негативната тенденция.

### **3.3.2. Анализ на удовлетвореността на пациентите от получаваните от тях здравни грижи в доболничната помощ.**

Анализът на удовлетвореността от предоставянето здравни грижи в доболничната помощ, и основно в домашна среда се основава на преценка на степента, в която осъзнатите здравни потребности на хората от целевата група са били удовлетворени през изминалата една година. В допълнение е изследвана и степента на удовлетвореност на потребителите на БЧК от

оказваната им интегрирана услуга. Въпреки, че първичната информация се базира на субективни оценки на индивидуалните респонденти, акумулираните данни за възприятията на потребностите и чувството на удовлетвореност носят важна информация за предимствата или недостатъците на една форма на обгрижване на населението пред друга.

Данните от анкетното проучване показват, че съществуват значими разлики в удовлетвореността на потребностите от здравни услуги между групата на потребителите на интегрираната услуга и контролната група. По всички изследвани показатели удовлетвореността на потребностите е съществено по-голяма сред потребителите на интегрираната социално-здравна услуга.

Разликата в дела на хората, които винаги са получавали медицинската помощ, от която са се нуждаели през последната година между потребителите на интегрираната здравно-социална услуга и контролната група е около **34,0 %** (при вероятност за грешка 0,0025) в полза на потребителите на интегрираната услуга. Това означава, че интегрираната услуга на покрива значителна част от съществуващите неудовлетворени здравни потребности на целевата група.

По отношение на причините, поради които респондентите не са получили медицинската помощ, от която са се нуждаели през последната една година, също се наблюдават статистически значими различия. Резултатите показват, че интегрираната социално-здравна услуга допринася за преодоляване на затрудненията в достъпа до медицинска помощ, които се явяват най-честите причини за незадоволяване на потребностите от медицинска помощ.

Най-ясно предимствата на интегрираната социално-здравна услуга на БЧК личат от цялостната оценка на степента, в която здравните и социалните потребности на респондентите са били удовлетворени през

последната една година. Резултатите и статистическата значимост на различията между потребителите на БЧК и контролната група категорично потвърждават предимствата на интегрираната социално-здравна услуга по отношение на удовлетворяване на потребностите, както спрямо хората които не получават социални и здравни услуги в домашна среда, така сред тези, които получават такива услуги от други доставчици.

**91,4 %** от потребителите на интегрираната здравно-социална услуга заявяват, че са напълно и в голяма степен удовлетворени от предоставяната им интегрирана услуга, срещу **20,0%** от контролната група. Поради това и предвид степента на удовлетворяване на здравните и социалните им потребности в резултат на интегрираната грижа, не е изненадващ фактът, че мнозинството от тях заявяват, че имат нужда от нея.

Резултатите, относно честотата на неудовлетворените потребности по видове здравна помощ са посочени в следващата диаграма (**№26**):



**Диаграма №26.** Неудовлетворени потребности от медицинска помощ през последната една година

По отношение на причините, поради които респондентите не са получили медицинската помощ, от която са се нуждаели през последната една година, също се наблюдават статистически значими различия.

Резултатите, посочени в таблицата по-долу, показват, че интегрираната социално-здравна услуга допринася за преодоляване на затрудненията в достъпа до медицинска помощ, които се явяват най-честите причини за незадоволяване на потребностите от медицинска помощ.



**Диаграма №27.** Причини за неудовлетворени потребности от медицинска помощ през последната една година

Най-ясно предимствата на интегрираната социално-здравна услуга на БЧК личат от цялостната оценка на степента, в която здравните и социалните потребности на респондентите са били удовлетворени през последната една година (следващата **таблица №9**). Резултатите и статистическата значимост на различията между потребителите на БЧК и контролната група категорично потвърждават предимствата на интегрираната социално-здравна услуга по отношение на удовлетворяване на потребностите, както спрямо хората които не получават социални и здравни услуги в домашна среда, така сред тези, които получават такива услуги от други доставчици.

**Таблица 9: Степен на удовлетвореност като цяло на здравните потребности**

Степен на удовлетвореност	Потребители на интегр. услуга, в %	Контролна група, в %	Статистически значима разлика при $\alpha$ (d.f. 180)
Напълно	91,4	20,0	0,0005
В голяма степен	3,7	45,5	0,0005
В малка степен	1,2	26,4	0,0005
Не	0,0	6,4	0,0025
Без отговор	3,7	1,8	

В резултат на анализа на удовлетвореността на пациентите от получаваните от тях здравни грижи в доболничната помощ, могат да бъдат направени следните изводи:

- Предоставяните в домашни условия здравни грижи в рамките на интегрираната социално-здравна услуга запълват една съществена ниша от потребности, които остават неудовлетворени по линия на здравното осигуряване поради липса на аналогични услуги или затруднен достъп до тях и по линия на частните доставчици, поради големите разходи на пациентите за тях.
- Поради високите частни разходи и ограниченията в достъпа до здравни грижи (включително и в географски аспект) интегрираната социално-здравна услуга, предоставяна в домашна среда се явява единствената алтернатива за възрастни хора с хронични заболявания и/или трайни увреждания, които са с ниски доходи и местоживееене в региони с утежнени социално-икономически условия.
- Деинституционализацията на грижата за възрастни хора и хора с увреждания може да се осъществи основно, чрез развитието

на мрежа от услуги в общността и в домашна среда, което води до необходимост от планиране на мерки за разпространение на добри практики в областта на домашните грижи поетапно в цялата страна.

### **3.4. Заключение :**

Извършеното проучване върху личностно-професионалната пригодност на медицинските сестри и организацията и управлението на здравните грижи в лечебните заведения за доболнична помощ показва, че:

- Професията на медицинска сестра, може да бъде упражнявана с успех единствено от лица със специфично развита професионална и психологическа структура на личността.
- Упражняването на професията медицинска сестра от професионално и личностно неадекватни субекти дава неблагоприятно отражение върху пациентите.
- В доболничната помощ не бива да бъдат назначавани медицински сестри без предварителен личностно-професионален подбор.
- Системната, личностна и професионална квалификация на медицинските сестри и тяхното морално и материално стимулиране са задължителни.
- Удовлетвореността от организацията на работа, условията на труд и размера на трудовото възнаграждение е висока. 2/3 от работещите не биха сменили работното си място, а 1/2 не биха сменили професията си.

Като цяло може да се направи заключение, че медицинските сестри от лечебните заведения за доболнична помощ имат нужда от допълнителна подготовка за работа с терминално болни, особено когато те се намират в

домашна обстановка. Тази подготовка следва да се извършва въз основа на модерни учебни планове, програми, принципи за подбор и контрол, които следва да се вземат от чужди държави, с богат опит и традиции.

## ГЛАВА 4. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ. ПРИНОСИ

### 4.1. Изводи

Проучената литература, нормативните документи, сравнителният анализ на резултатите от анкетата, проведена с управителите и медицинските сестри в здравните заведения за доболнична помощ и хосписите, както и изследването на професионалната натовареност на медицинската сестра позволиха да се направят следните изводи:

**1. Квалификацията на медицинските сестри, работещи в доболнична помощ и домашен хоспис е недостатъчна** за да изпълняват дейността си адекватно и качествено. Само **25,0%** от анкетиранията лица са преминали допълнителни квалификационни курсове или са участвали в семинари.

**2. Заплащането на труда не е обвързано с квалификацията** на полагащите го медицински сестри (само **25,0 %** от медицинските сестри са с допълнителна квалификация, а **46,0%** работят в доболничната помощ, водени от финансови мотиви) .

**3. Липсва необходимата мотивация** за работа с терминално болни хора (при **46,0 %** от анкетиранията водещият мотив е финансовият, а едва **22,0%** отговарят, че мотивът е загриженост към старите хора). Прави впечатление също, че попадането на голяма част от медицинските сестри в доболничната помощ и хосписите също е случайно, поради липса на други възможности за реализация (**14,0 %** от анкетиранията).

**4. Нивото на удовлетвореност** от постигнатия професионален успех е ниско – само **34,0%** от анкетиранията смятат, че са постигнали такъв.

**5. Необходимост от разширяване** на нормативните и инструменталните възможности в управлението на лечебните заведения за доболнична помощ

и хосписите. Не се използват психограма, атестационни карти и други управленски инструменти при подбора и мотивирането на персонала.

#### **4.2. Препоръки:**

За да се преодолеят посочените пропуски и недостатъци и за да се постигне някаква промяна, е полезно да се има предвид следното:

#### **Към Министерство на здравеопазването:**

- Да се формулират в правилника за методичното указание за устройството и дейността на лечебното заведение точни и ясни критерии и показатели за измерване и оценяване труда на медицинската сестра. Уточняването им да стане с активното участие на медицинската общност;
- Да се утвърдят държавни стандарти и съвременна методика за периодична оценка (атестиране) на медицинските сестри. Резултатите от периодичната оценка да се използват за:
  - а/ промяна на заплащането;
  - б/ вземане на решение за израстване;
  - в/ повишаване квалификацията.
- Да се въведе конкурсното начало при избора на медицински сестри за работа в системата на извънболничната помощ, хосписните и палиативни грижи.

#### **Към медицинските университети и колежи :**

- В плановете за следдипломното обучение на здравните професионалисти да се включват сертифицирани курсове по хосписни грижи.

- Хосписните грижи да бъдат включени и в програмите на медицинските университети и колежи като избираема дисциплина, с оглед на профилирането при завършването.
- Да се организират обучения “на място” в новоразкриващи се хосписи.
- Да се включи в учебните планове по специалността “Управление на здравните грижи“ изучаването на предмета „Мениджмънт на хосписните грижи“.

### **Към МЗ, Съсловни организации и БАПЗГ**

- Постепенно да се въведе конкурсната система при заемане на длъжността медицинска сестра в доболнична помощ и хоспис.
- Да се преодолее субективизмът при подбора на персонала, чрез обогатяване на методите за оценяване на неговите личностно – професионални качества.

## **4.3. Приноси**

### **4.3.1 Приноси с теоритично-познавателен и методичен характер**

1. Проведено е медико-социално проучване сред персонала на лечебни заведения от доболничната помощ. Съставена е реална картина на структурата и професионалната квалификация на работещите, чрез анализ на анкетираните лица.
2. Проведено е проучване на професионалната ангажираност на медицинската сестра, работеща в нов тип лечебно заведение - център за интегрирани здравно-социални услуги.

3. Проучени са организацията на работа и потребностите от здравни грижи на пациентите, използващи услугите на центрове за интегрирани грижи в дома (хосписи в дома) и същите бяха отнесени към физическото, психическото и емоционалното натоварване на специалистите по здравни грижи, които ги осъществяват.

4. Проучена е мотивацията на анкетираните за работа в доболночна помощ (включително и хоспис в дома) и мненията им за професионалната реализация.

5. Представени са вижданията на интервюираните за качествата, които трябва да притежават медицинските сестри, работещи в този тип лечебни заведения, и кои са несъвместимите с професията такива.

#### **4.3.2. Приноси с приложен характер**

1. В резултат на направеното проучване е изработена **психограма на професията медицинска сестра в доболничната помощ (Приложение №5)**

Психограмата на професията е достатъчно пълно описание на система от изисквания, спрямо психически и психо-физиологически качества на човек – субект на дейността в рамките на дадена професия, специалност, длъжност. Спецификата на психограмата на медицинската сестра от доболничната помощ се определя от главната цел в този тип заведения – предоставяне на качествени и милосърдни грижи за болни хора, както и от особеностите на обекта – субект на тези грижи.

В резултат на проведеното проучване се очертаха задължителните за медицинската сестра в доболничната помощ качества:

- Интелигентност ( обща, професионална и социална ).

Без определена степен на развитие на интелигентността медицинската сестра, трудно би могла да упражнява своята професия по посока на конкретни цели и задачи. Общата и професионалната интелигентност заемат стартово място в структурата на професионалната дейност на медицинската сестра. Социалната интелигентност, която носи в себе си определен морален профил, е структурообразуващо качество. Ценността ѝ се заключава във възможността медицинската сестра да влияе върху пациентите със свои лични и човешки качества.

- Емпатия.

Предвид особеностите и здравословното състояние на хронично и терминално болните това качество се очертава като особено важно за професията. Емпатията е способността за разбиране на психическото състояние на другите хора и за съпреживяване.

*Емпатията в нашия случай означава да усетиш момента, “да уловиш мига”, в който е необходимо съпреживяване, да се отъждествиш с болния и да съумееш навреме да излезеш от това състояние и да се върнеш в собственото си “Аз”.*<sup>[87]</sup>

- Положителна мотивация.

Тя допринася твърде много за изграждане на психическата нагласа за работа с хронично и терминално болни хора. От нея зависи и резултатът от тази дейност. Следователно тя определя не само функционалната готовност за дейност, но и ефектите от тази дейност.

- Емоционална устойчивост (стабилност)

Като свойство на личността и израз на състоянието на нервната система и на типа нервна дейност, тя е способност за справяне със стресови ситуации. Динамиката и сложността на обекта на труда на медицинската сестра, променливостта на ситуациите, задължителните за професията контакти с различни среди, изискват от медицинската сестра да владее и контролира поведението си, да реагира по подходящ начин, внасяйки спокойствие и организираност, сдържаност и деловитост във взаимоотношенията.

- Общителност (умения за общуване).

Тя е система от междуличностни отношения. Включва обмен на информация, взаимодействие, както и възприемане на социалния партньор. Компонентите на общителността са: необходимост от общуване, съобразяване с индивидуалните особености на пациентите, способността да бъдат изслушвани и т.н.

- Наблюдателност.

Тя е сложно многокомпонентно качество, необходимо във всеки момент и във всяка област от дейността на медицинската сестра. Наблюдателността не е отделен психичен процес, а свойство на личността на медицинската сестра. В структурата ѝ влизат умения и способности, чрез които медицинската сестра бързо и правилно разпознава външните прояви, сетивно дадените характеристики на обекта, които са сигнал за вътрешното му състояние.

## **2. Изработен е проект за организация и провеждане на конкурс за медицинска сестра в лечебно заведение за доболнична помощ (приложение №4)**

Теорията и практиката на управлението на персонала различават две основни фази - до назначаване на работа и в хода на изпълнение на служебните задължения. В етапа преди назначаването на работа се включват дейностите по: планиране на персонала, анализ и проектиране на длъжностите, набиране и подбор на кандидатите и назначаване на работа.

Ето защо, за целите на подбора на персонал за лечебно заведение хоспис, беше изработен управленски инструмент, който да улесни ръководителите на този първи етап.

## **3. За целите на разработката е изработен **Формуляр за оценка на медицинската сестра, работеща в системата на доболничната помощ (Приложение №6)****

След назначаването на персонала започва изпълнението на служебните му задължения. От гледна точка на ръководителя по здравни грижи този етап включва дейностите след назначаване на работа, като: оценяване / атестиране на персонала, обучение и кариерно развитие на наетия персонал, мотивация; осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, трудови отношения и др. Атестацията е един от ключовите елементи в системата на управление. Тя трябва да осигури информация на всяко лице за очакванията и точните измерения на неговата работа, която да бъде обсъдена с неговия началник. Тя трябва да мотивира, да стимулира и подпомага личното развитие на всеки служител, което да води до промяна във възнаграждението. Една от важните страни на оценката, свързана с

кадровата политика, е да осигури информация за организационни решения относно персонала и да изследва валидността на методите на подбор на човешките ресурси.

Тъй като атестирането (оценяването) на медицинските сестри в България все още не е широко застъпено, а пък в хосписите изобщо не се прилага, беше изработен проект на атестационен формуляр за прилагане в системата на доболничната помощ и хосписните грижи в дома.

4. Изработен е и модел на тема „Мениджмънт на хосписните грижи“, към учебната програма по „Управление на здравните грижи“.  
**(Приложение №7)**

Целта на учебната дисциплина „Мениджмънт на хосписните грижи“, към учебната програма по „Управление на здравните грижи“ е здравните специалисти да получат допълнителни компетенции в управлението на хосписните грижи, чрез повишаване на техните умения в комуникацията, преподаването и клиничната практика.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александров, П. – Интелект и обучение. С. 1990., с.54;
2. Александрова, М. / Попов, Т., За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, с. 440-444;
3. Александрова, М., Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, София, 2007;
4. Александрова, С. Мястото на хосписите в системата на здравеопазване. Здравен мениджмънт, т. 8, София, 2008, стр. 4 и 5.;
5. Александрова, С. Хосписни грижи-мениджмънт и етика, второ преработено и допълнено издание, Плевен, 2005;
6. Александрова, С. Хосписни и палиативни грижи. Световна практика и опит в България, 2009;
7. Александрова, С. Хосписни грижи. Мениджмънт и етика. Издателски център на ВМИ-Плевен, 2002, с.143;
8. Апостолов М., Иванова П., История на медицината и сестринството. „Горекс Прес”, София, 1998 г.;
9. Апостолов М., Исторически, социални и етични измерения на медицината. „Горекс Прес”, София, 2004 г.;
10. Атанасов, Ат., и колектив, Основи на палиативната медицина, Пловдив, 2005г, с.193 и 194;
11. Ачкова М., Приложна психология в медицината и здравните грижи, Коти ЕООД, София, 2001;
12. Балканска, П., Приложна психология, София 2012, изд. Булвест 2000;

13. Балканска, П., Психологични подходи в здравния мениджмънт, изд. Булвест 2000, С.2009;
14. Балканска, П., Приложна психология в медицинската практика, изд.Булвест 2000, С.2009;
15. Балканска П., Георгиев Н., Младенова С. Образователни потребности на професионалистите по здравни грижи. Здравна политика и мениджмънт, 2008, том 8, № 6, 54-60;
16. Бикова П., Основни аспекти и приоритети на здравните грижи в дома, С., 2015г.
17. Бойко В.В., Энергия эмоций 2-е издание – Москва, 2004;
18. Борисов В., Здравна политика и мениджмънт. “График консулт”. София, 1998 г.;
19. Борисов В., Медицинската сестра в управлението на здравеопазването. В-к „Форум медикус” бр. 8, 1994 г.;
20. Борисов В., Синтетична социална медицина. Учебен конпендиум. София, 1999г.;
21. Борисов, В., Воденичаров, Ц., Юркова, К., Попова, С. Социална медицина.2001, с.140;
22. Българска асоциация по палиативни грижи. <http://www.barc-bg.org/imdex1.html>;
23. Български център за нестопанска право. Програмен и аналитичен център за европейско право(2003). Хосписите в България и Европейския съюз. Действаща нормативна уредба. Сравнително-правен анализ, стр.7.  
[http://www.osf.bg/cyeds/downloads/health\\_hospice\\_bg-eu.pdf](http://www.osf.bg/cyeds/downloads/health_hospice_bg-eu.pdf);
24. Български център за нестопанско право; Програмен и аналитичен център за европейско право(2003). Хосписите в България и Европейския съюз, стр.3.

<http://www.bcnl.org/uploadfiles/documents/socialno%20dogovanrane/hospices2014.pdf>;

25. Валентинова Цв., Работа на основните екипи в общата практика през погледа на участващите в тях медицински сестри, акушерки, фелдшери, сп. Социална медицина, бр.3 2003, 40-41с.;
26. Вентафрида В., Палиативните грижи-нова реалност в медицината. В кн.: Въведение в палиативните грижи, Фондация „Борба с рака“, София, 1996, 3-7.;
27. Василева, Н., А. Терзиева, „Грижи за емоционалното здраве на пациента“, Интердисциплинарна гражданска академия – XXVII Научно – технологична сесия – Контакт / сборник статии /, стр.93-97, изд.“ТЕМТО“, София, 2011 г.;
28. Витенко И. С., Пискун В. М., Тылевич И. М., Чередниченко А.Т. Основы общей и медицинской психологии. –Киев, 1984;
29. Воденичаров Ц. В. Нишева, Л. Гатева и съавт., Ръководство по медицинска етика., Горекс прес,1997г.;
30. Воденичаров Ц., С., Попова, Медицинска етика, ДАК, София, 2003;
31. Воденичаров Ц., Янакиева А., Сиджимова Д., Димитров Т. Потребност от услугата „Медицински патронаж в домашни условия“. Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 4, 21-27;
32. Воденичаров Ц., 7-те разлики между медика и мениджъра, ДАК, София 2003;
33. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. Симелпрес, София, 2010;
34. Воденичаров, Ц., С. Попова. Социална медицина. Еко Принт, София, 2009.;
35. Гатева-Чакърлова, Л., Професионална етика за специалисти по здравни грижи. София, 2001;

36. Георгиева Л., Следхоспитализационни здравни потребности на лицата над 65-годишна възраст – концептуални и оперативни аспекти, Социална медицина, 16, 2008, № 1-2, 79-81;
37. Георгиева Л., Участие на медицинските сестри в посрещане на здравните потребности на възрастните хора след активно стационарно лечение, Здравни грижи, 7, 2009, № 1, 28-31;
38. Георгиева Л., Попова С., Потребности от първична медицинска помощ на възрастните хора след активно стационарно лечение, Здравна политика и мениджмънт, 8, 2008, № 5, 87-93 26;
39. Гладилов, Ст., Делчева, Е., Икономика на здравеопазването, Principers, София, 2000;
40. Грънчарова, Г., Управление на здравните грижи, 2011, с.173;
41. Грънчарова, Г., С. Александрова, Анжелика Велкова, Медицинска етика, ВМИ-Плевен, 2001;
42. Декерс, Кр., М.Ж.Жако, Кл.Маркстейн, Практически лекарствен справочник по палиативна медицина. Превод Г.Бонев. Изд.къща „Загер“, София, 1993;
43. Деспотова-Толева, Л., Актуални аспекти на общата медицинска практика, Пловдив, 2009 г.;
44. Димитров, И., Основи на научните проучвания в медицината: методика и методология, Пловдив, 2007.;
45. Димитров, Н., Въведение в научните изследвания. “Интелексперт-94”, С, 2013г.;
46. Дмитриева М.А., Крылов А.А.,Нафтельев А.И. „Психология труда и инженерная психология“, 2005.;
47. Дойновска, Р., Н.Колев, С.Узунов, Управление на здравната система, София, 2013г.;
48. Жеков, А., Екипният подход в болничния мениджмънт. София, 2009г.;

49. Закон за здравето, в сила от 01.01.2005 г.;
50. Закон за здравето, ДВ, бр. 72 от 2015 г., чл.125-б;
51. Закон за лечебните заведения, чл.28, ал.2 и 3 и чл.40.;
52. Здравната реформа в България – 1 и 2 част, под редакцията на М. Попов, МЗ и програма Фар, Македония прес, 1998 г;
53. Златанова Т., Златанова-Великова Р., Първичната извънболнична медицинска помощ-проблеми и перспективи, С. 2008 г.;
54. Златанова Т., Нерешени проблеми в дейността на ОПЛ. - Здравен мениджмънт, 2005, № 5
55. Златанова Р., Мониторинг на здравето в първичната медицинска помощ. - Здравен мениджмънт, 2005, № 5
56. Иванова, З. И Косев, И. – Личност и професия, С. 1976, с.136;
57. Институт „Отворено общество“. Оценка на нуждите и нагласите към хосписите. Фондация “Отворено общество“ и Алфа Рисърч, София, 30.04.2003г.;
58. Ламбрева, Д., Палиативни сестрински грижи, София, 2015, с.9;
59. Леонтиев, А.Н. – Проблемы развития психики. М., 1965., с.290;
60. Мадокс Ян, Промяна в концепциите за палиативни грижи. В кн.: Въведение в палиативните грижи, Фондация „Борба с рака“, София, 1996, 7-14.;
61. Маринова, П., Направления в кариерата на медицинските сестри, Социална медицина, С., 4, 1999.;
62. Маринова, П., Професионална адаптация и възможности за професионална кариера на медицински сестри, С., 1999.;
63. Маринова, П., Професионална компетентност и компетенции (Технологични насоки за изработване на компетенциите на специалистите по здравни грижи), Здравен мениджмънт, 2004, 2, 25-28.;

64. Маринова, П., Съвременната медицинска сестра, Изд. Нов Ден, 2001;
65. Маринова, П. (под редакцията), Палиативни грижи, София, 2007, стр.4;
66. Международен пакт за икономическите, социалните и културните права. [www.csd.bg/fileSrc.php?id=210](http://www.csd.bg/fileSrc.php?id=210);
67. Мелцак Р., Трагедия бессмысленной боли. В мире науки, 1990, 4, 6-13;
68. Методично указание № 3 от 29.03.2000г на Министерство на здравеопазването за устройството и дейността на лечебното заведение Хоспис.;
69. Мухина, С., И. Тарновская, Теоретични основи на сестринските грижи, МУ – Плевен, 2006.;
70. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. МЗ Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г., изм. ДВ. бр.50 от 1 Юли 2011г.;
71. Наредба № 73 от 26 септември 2012г., за придобиване на квалификация по професията "БОЛНОГЛЕДАЧ";
72. Наредба № 34 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 23.01.2007 г., в сила от 1.01.2007;
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, посл. изм. ДВ. бр.32 от 5 Май 2015г.;

74. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите "Медицинска сестра" и "Акушерка" за образователно-квалификационна степен "бакалавър";
75. Национален анализ – Обща оценка за България., Доклад на ООН за 2000 г., стр.35;
76. Национален социален доклад на Република България 2011-2012 г., стр. 19., [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7836&langId=bg](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7836&langId=bg);
77. Национален социален доклад на Република България 2013-2014 г., [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11770&langId=bg](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11770&langId=bg);
78. Национален статистически институт(2013)., Лечебни и здравни заведения.  
<http://www.nsi.bg/bg/content/3310/лечебни-и-здравни-заведения-на-3112>;
79. Национална здравноосигурителна каса, Национален рамков договор 2015. Клинична пътека № 297, Палиативни грижи при онкологично болни.;
80. Национална здравноосигурителна каса, Национален рамков договор 2015;
81. Национална мрежа за децата. Хосписи за деца с увреждания помагат на родители в Европа.: <http://nmd.bg/hospisi-za-detsa-s-uvrezhdaniya-romagat-na-roditelite-v-evropa/>;
82. Николова, С., Проучване на потребностите от палиативни грижи в дома на болния., Доклад на семинар „Етични, културни и социални аспекти в края на боледуването и смъртта от нелечимо заболяване в концепцията на хоспис-палиативни грижи“. Национална образователна програма по палиативни грижи. Фондация „Палиативни грижи“, София, 17 ноември 2001г.;

83. Парламентарен център за европейско право. Права на пациента., Сравнителноправен анализ., Фондация “Отворено общество“, София, 2003;
84. Пархон К., Биология на възрастите, Медицина и физкултура, София, 1960.;
85. Паунов,М., Организационно поведение, изд.къща “Сиела“, София, 1998;
86. Петков В., Н. Попов, Т. Златанова. Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. – Социална Медицина 2005 том 13, 3 стр. 4-7.
87. Петровский, А. В.(под.ред), Общая психология. Просвещения, М.1977., с.475;
88. Попова С., Социално-етични измерения на здравния мениджмънт. ДАК С., 2005г.;
89. Попова, С., Комуникация в сестринството – бариери за ефективна комуникация. – В: комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 63-70. ;
90. Попова, С., Развитие на сестринството – приоритетни въпроси. – В: Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, 2001, 7-12.;
91. Попова, С., Социалната роля на медицинската сестра. – МП Сестр. дело, 28, 1996, №1, 12-14.;
92. Попова, С., Хронична болест и промоция на здравето. – В: Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. С., Гореск Прес, 2001, 34-41.;
93. Професионално значими качества на медицинската сестра - Д.Червенкова, В.Нишева, сп.“Здравни грижи“ бр.2/ 2004.;
94. Ранчов, Г., Кратък курс по биостатистика, С., 2004;

95. Световна здравна организация(1986), Обезболяване при рак, Превод А.Ганчева, Изд.къща„Загер“, София, 1993.;
96. Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, С., 2009;
97. Служебен архив на сектор „Домашни грижи“ при НС на БЧК-София;
98. Социална медицина (за студенти по медицина), под редакцията на В. Борисов, Зл. Глутникова, К. Юрукова, София 1994 г.;
99. Спасова, Е., Социална работа с болните от нелечими заболявания. Доклад на семинар „Етични, културни и социални аспекти в края на боледуването и смъртта от нелечимо заболяване в концепцията на хоспис-палиативни грижи“. Национална образователна програма по палиативни грижи.Фондация „Палиативни грижи“. София, 17 ноември 2001г.;
100. Справочник за палиативни грижи при болни с напреднал рак. Под редакцията на доц.д-р Христо Ганчев, Варна, 2003;
101. Стамболова И., Етични аспекти на сестринските и акушерски грижи. Зачитане правата на пациента. Правила за добра сестринска и акушерска практика. Медицинска тайна и поверителност, Основи на сестринските и акушерски грижи, изд. КОТА, Ст. Загора, 2009;
102. Стамболова И., Обучението на медицинските сестри в САЩ, Здравни грижи, бр.2, 2003 г., стр.52;
103. Стамболова И., Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицинските сестри, С., Горекс Прес, 2001;
104. Стамболова, И., Сестрински грижи при соматични заболявания, 2012г, МУ София;
105. Стамболова И., Чанева Г., Хронометражна методика за определяне на потребностите от сестрински персонал, Сестринско дело, 34, 2002, № 2, 7-10;

106. Стамболова Ив., М. Александрова, Участие на медицински специалисти в проект за реструктуриране на ПМП в България, сп. Сестринско дело, бр. 4 2001, 26-28 ;
107. Стамболова Ив., Организационни аспекти на дейността на медицинската сестра от извънболничната помощ, сп. Спец. медицина, бр. 4 2003, 28-29с.;
108. Стамболова, Ив., Г. Чанева. Автономност и отговорност в сестринската практика. – МП – Сестр. дело, 33, 2001, № 2, 8-12.;
109. Стамболова, Ив., Г. Чанева. Качества и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. – В: Управление на здравните грижи. Под ред. С. Попова, С., Филвест, 2003, 94-100.;
110. Стамболова, Ив., Г. Чанева., Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. – В: Управление на здравните грижи. Под ред. С. Попова, С. Филвест, 200, 79-83.;
111. Стамболова, Ив., Г. Чанева., Управление на здравните грижи. Учебно-практическо ръководство. Филвест, София, 2003;
112. Стамболова, Ив., Мениджмънт и етика в общата медицинска практика, София, 2008г.;
113. Стамболова, Ив., П. Цонов, Г. Чанева, Протокол за здравни грижи – средство за качествени здравни грижи. – Соц. мед., 2001, №1, 35-36.;
114. Стамболова, Ив., Промоция на първите бакалаври по здравни грижи, сп. „Сестринско дело“, С., 1998;
115. Стамболова, Ив., Сестринството в България-възникване, развитие, състояние и перспективи, С., 2015;
116. Стойчева М., Съвременни концепции и перспективи на сестринството и новата роля на медицинската сестра, сп. Асклепий, С., 2000, 69с.;
117. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013-2020г.;

118. Тончева С., Образователни, организационни и социални аспекти в дейността на медицинските сестри в ПМП, Дис. Варна, 2001г.;
119. Тончева С., Потребност от допълнително обучение на медицинската сестра за работа в първичната медицинска помощ, Здравен мениджмънт, 2003, том 3, № 2, 37-40;
120. Тосева, Н., Палиативните грижи-неотложна потребност., Здравен мениджмънт, 2001, т.1, №1, с.46-48;
121. Тошева, Д., Хосписът - първи стъпки и нестандартни решения. Здравен мениджмънт, vol.1,1, 2001, 39-41;
122. Трифонова, Д., Д.Мишкова, М.Димитрова, Н.Шабани, Хосписите в България и Европейския съюз. Действаща нормативна уредба. Сравнителноправен анализ. Фондация "Отворено общество", София, 2003;
123. Фогел, А., Г. Водрашке, И. Барден, Наръчник за гледане на болни в домашни условия, изпитана програма на съюза "Каритас", С.1999;
124. Хендерсон В., Основни принципи на сестринските грижи – международен съвет на сестрите, Изд. Център ВМИ Плевен, 2003, 9с.;
125. Христова, Т., Мениджмънт на човешките ресурси, Princesps 1996;
126. Христова, Т., Христов, С., Мениджмънт на човешките ресурси, Варна, изд. Сита – МБ, 1993;
127. Чакърова, Л., С. Младенова, Обучението за устойчиво развитие в медицинската сфера според бъдещите медицински кадри, сп. „Управление и образование“, 2012 г., том. 8, кн. 3, стр. 209-212;
128. Чанева, Г., Сестрински концептуални модели, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, С., 2009;
129. Чанева, Г., Управленски подходи за ефективни здравни грижи, С. , 2015

130. Шипковенска Е., Джолис, Основи на общата медицинска практика, изд. Отечество, С., 1998, 139с.;
131. Юрукова, К.(под ред.), Обществено здраве – Ръководство за специализация на медицински сестри, С. 2001. с.43;
132. Bolman, Dale L., Selection and evaluation of Personal, California USA 1984., с.65;
133. Clark D. Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967, Soc Sci Med, 1999 Sep; vol.49(6), pp.727-36;
134. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14. “The Rights to the highest attainable standard of health (Article 12 of the Covenant)”. 22<sup>nd</sup> Session April – May 2000 E/C 12/2000/4. <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.html>;
135. Davies, E., I. Higginson, Палиативна помощ, Всемирная организация здравоохранения, 2005, с. 14 и сл.;
136. Directory of hospice and palliative care services in the United Kingdom and Republic of Ireland, London, The hospice information Service at St.Christophers, 2000, p.122 ;
137. Doyle, D., R. Woodruff, The IAHPC Manual of Palliative care, Second edition, Published by IAHPC Press, 2004;
138. ECEPT(Eastern and Central Europe Task Force)Newsletter,Vol.5, 2005;
139. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, (01.2014 г.), p. 3, <http://www.thewhpc.org/get-informed/hospice-and-palliative-care-worldwide>;
140. Haberman, M.R., B.B. Germino, S.Maliski et al., What makes oncology nursing special? Walking the road together, Oncol nurse forum, 1994, vol.21;

141. Higginson I et al, Where do cancer patient die? Ten years trends in the place of death of cancer patients in England, 1998, Palliative med 12, 353-65;
142. Hospice care, A Physician guide, Includes Medical Guidelines for Determining Prognosis, National Hospice Organistion, 1998;
143. Humphreys C, 'Soul curses'': Spiritual and physical care in the early hospices, Palliative medicine, 1998;
144. International Association for Hospice and Palliative care(IAHPC), Hospice/Palliative Care:Getting Started, IAHPC press, 2005;
145. Janssens, M.J.P.A, Palliative care. Concepts and ethics. Nijmegen, Nijmegen University Press, 2001;
146. Lynn, J., D.M. Adamson, Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age, Arlington,VA, Rand Health, 2003;
147. Management of pain, In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. Oxford textbook of Palliative Medicine, 2nd ed., Oxford University press; 1998:299-487;
148. Open Society Foundations. (2011), Palliative Care as a Human Right. <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/palliative-care-human-right-20110524.pdf>;
149. Palliative care in the European Union, European Parliament's Committee on the Environment, Public Health and Food Safety, 2009, p. 34, 35  
[http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_46109\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_3532.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_46109_FICHERO_NOTICIA_3532.pdf);
150. Palliative care in the European Union, European Parliament's Committee on the Environment, Public Health and Food Safety, 2009, p. 42,

[http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_46109\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_3532.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_46109_FICHERO_NOTICIA_3532.pdf);

151. Palliative care in the European Union, European Parliament's Committee on the Environment, Public Health and Food Safety, 2009, p. 48
152. Palliative care, Social work and service users, Peter Beresford, Lesley Ahead, and Suzy Croft, 2007, Philadelphia;
153. Palmer Darlie Harlei, Situational variables affecting decision making in the selection of the personnel, University of Washington, 1970, C.24;
154. Phillips WE, The origin of hospices/hospitals, Death Stud, 1988 vol.12(2), pp.91-9;
155. Stekel W, Boltz OH (1950), Technique of Analytical Psychotherapy. Liveright Publishing Corporation;
156. WHO. Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Health for All Series № 1. World Health Organization, Geneva 1978;
157. WHO. Nursing practice. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 860. World Health Organization, Geneva 1996;
158. WHO. WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education for Health for All. Report on a WHO Expert Group Meeting, Madrid, 23-5 November 1997;
159. WHO. Salvage J & Heijnen S {eds}. Nursing in Europe: A Resource for Better Health. WHO Regional Publications, European Series № 74. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997;
160. Woodruff, R., Palliative medicine, 4th edition, Oxford University press, 2004;

161. Woods, S., P.Webb, D.Clark, Palliative care in the United Kingdom, In: Palliative care in Europe, H.ten Have and R. Janssens(eds.), Amsterdam, IOS Press, 2001, pp.85-98;
162. <http://apis.bg/>;
163. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/publication\\_s/ci\\_emography\\_sub](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/publication_s/ci_emography_sub);
164. <http://foz.mu-sofia.bg/> -учебни планове;
165. <http://hospicecare.com>;
166. [http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_46109\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_3532.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_46109_FICHERO_NOTICIA_3532.pdf);
167. <http://www.hospiscare.co.uk/uploads/attachments/SymptomControlBooklet2016>. Symptom Control Advice;
168. <http://www.hospiz.at/>;
169. <http://www.mh.government.bg/bg/ministerstvo/vtorostepenni-razporediteli/regionalni-zdravni-inspeksii/>;
170. <http://www.mh.government.bg/bg/politiki/nacionalna-zdravna-karta>;
171. <http://www.mu-varna.bg/BG/ucheben-plan-uzg>;
172. <http://www.nationalhospicefoundation.org/>;
173. <http://www.nhif.bg/>;
174. <http://www.nhif.bg/web/guest/1051>;
175. <http://www.nhpco.org/resources/national-council-hospice-and-palliative-professionals>;
176. [http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics\\_Research/2015\\_Facts\\_Figures.pdf](http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2015_Facts_Figures.pdf);
177. <http://www.nsi.bg/>;
178. <http://www.nsi.bg/bg/content/3018>;
179. [www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung\\_und\\_spezielle\\_Versorgungsbereiche/Hospiz\\_und\\_Palliativversorgung\\_in\\_Oesterreich](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich);

180. [www.consilium.europa.eu/bg/documents-publications/.../2015/.../qcao14001bgn\\_pdf/](http://www.consilium.europa.eu/bg/documents-publications/.../2015/.../qcao14001bgn_pdf/);
181. [www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I\\_00491/fname\\_386917.pdf](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/fname_386917.pdf);
182. [www.redcross.bg/activities/activities5/homecare.html](http://www.redcross.bg/activities/activities5/homecare.html);

# П Р И Л О Ж Е Н И Я

## ПРИЛОЖЕНИЕ №1

### АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колеги,

настоящата анкета е необходима за изграждането на професиограма на медицинската сестра, работеща в хоспис. За целта е необходимо да попълните Вашите отговори на петнадесет въпроса. Анкетата ще бъде използвана за научни цели. Вашето мнение е важно за нас и предварително Ви благодарим за отделеното време!

Въпрос №1 Вашата професия.....

Въпрос №2 Трудов стаж по специалността .....

Въпрос №3 Трудов стаж в хосписа .....

Въпрос №4 Може ли да кажете за себе си , че сте личност, която е постигнала професионален успех?

1. Да
2. Не
3. Не мога да преценя

Въпрос №5 Като каква личност се преживявате?

1. Като типична медицинска сестра.
2. Като болногледачка.
3. Като лекар.
4. Като психотерапевт.
5. Като роднина.
6. Друго (ако има какво да добавите).....

Въпрос №6 Без кое личностно-професионално качество не бихте могли да упражнявате професията на медицинска сестра в хоспис? .....

.....

Въпрос №7 В какъв ред по степен на важност, бихте подредили ценността на следните качества за вашата професия: обща интелигентност, социална интелигентност, професионална интелигентност, положителна мотивация за работа, съчувствие (емпатия), упоритост, човешки дълг, воля, уравновесеност, съвест?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Въпрос №8 Каква личност не би могла да упражнява професията на медицинска сестра? Дайте един отговор.

1. Личност, която не притежава специално образование.
2. Личност, която има явни дефекти в характера.
3. Личност с отрицателна нагласа към работата с болни хора.
4. Личност с маскирани невротични прояви.
5. Личност с ниска морална култура.
6. Личност с ясно изразена емоционална неустойчивост.
7. Личност, която не притежава интелектуални възможности.
8. Друго (ако имат какво да добавите)

.....

Въпрос №9 Какви са основанията на колегите Ви да работят в хоспис?

1. Тук намират работа по специалността.
2. Искат да докажат себе си като професионалисти.
3. Изпитват загриженост към страдащите хора.
4. Няма друг избор.
5. Искат животът им да бъде осмислен с нещо реално и благородно.
6. Друго (ако има какво да добавите).

.....

Въпрос №10 Често ли се сменят медицинските сестри във Вашия хоспис?

1. Да.
2. Не.
3. Не е голямо текучеството.

Въпрос №11 Уморява ли Ви работата с пациентите?

1. Да

2. Не
3. Понякога
4. Трудно ми е да преценя

Въпрос №12 Удовлетворена ли сте от собствената си подготовка, като професионалист?

1. Да, напълно.
2. Да, отчасти.
3. Не.
4. Трудно ми е да преценя.

Въпрос №13 Какво трябва да бъде образователното съдържание на квалификационния процес? Дайте един отговор!

1. Да възстановява забравени теоретични и практически знания.
2. Да се подчинява на новостите в теорията и практиката, свързани с професията.
3. Да бъде ориентирано към развитието на специални професионални умения и техники.
4. Да развива умения за самооценка и самоконтрол.
5. Да бъде ориентирано към усвояване на методи и похвати и професионално развитие на знания и качества.
6. Друго (ако имате какво да добавите) .....

Въпрос №14 Кой следва да управлява и контролира качеството на квалификационния процес?

1. Лицата, осъществяващи самата квалификация.
2. Специално подготвени експерти в тази област.
3. Специалисти от звената, в които работят обучаваните.

4. Службите, организиращи квалификационния процес.
5. Не мога да преценя.

Въпрос №15 Допускате ли, че някога може да се наложи да смените професията си?

1. Да, възможно е.
2. Не допускам подобно нещо.
3. Винаги търся друга работа.
4. Не мога да преценя.

**АНКЕТНА КАРТА**

**Уважаеми колеги,**  
**настоящата анкета е необходима за проучване на удовлетвореността на медицинската сестра, работеща в хоспис. За целта е необходимо да попълните Вашите отговори на 7 въпроса. Резултатите от анкетата ще бъдат използвани само за научни цели. Мнението Ви е важно за нас, и предварително Ви благодарим за отделеното време!**

Въпрос №1 Вашата професия.....

Въпрос №2 Трудов стаж по специалността .....

Въпрос №3 Трудов стаж в хосписа .....

Въпрос №4 Удовлетворява ли ви нивото на заплащане за положения от вас труд в хосписа?

1. Да
2. Не
3. Не мога да преценя

Въпрос №5 Бихте ли сменили работното си място?

1. Да
2. Не
3. Не мога да преценя

Въпрос №6 Как оценявате психоклимата на вашето работно място?

1. Добър
2. Лош
3. Не мога да преценя

Въпрос №7 Удовлетворяват ли ви условията на работа в хосписа?

1. Да
2. Не
3. Не мога да преценя

## ПРИЛОЖЕНИЕ №3

### АНКЕТА

за хора над 65 г. възраст, пациенти на ОПЛ, ДКЦ , МЦ и центрове за интегрирани здравно-социални услуги

**1. Посещавали ли сте личния си лекар през последната година?**

Да, ..... пъти (моля, посочете с цифра)

Не съм го посещавал/а (моля, преминете на въпрос № 3)

**2. Личният ви лекар (или сестрата, която работи при него) посещавал/а ли ви е вкъщи през последната година?**

Да,..... пъти – от личен лекар (моля, посочете цифра)

Да,..... пъти – от сестра (моля, посочете цифра)

Не ме е посещавал личен лекар/сестра в дома ми

**3. Ходили ли сте на преглед при специалист през изминалата година?**

Да,..... пъти при специалист по.....(моля, посочете броя на посещенията и вида на специалиста, при когото сте били)

Не съм ходил/а на преглед при специалист

**4. Случвало ли се е в рамките на последните 12 месеца да имате нужда от медицинска помощ, но да не я получите?**

Не, винаги съм получавал/а медицинската помощ, от която се нуждая (моля, преминете на въпрос № 10)

Да, но рядко, в повечето случаи съм получавал/а медицинската помощ, от която се нуждая

Да, често съм имал/а нужда от медицинска помощ, която не съм получавал/а

**5. От каква медицинска помощ сте имали нужда през последната една година, но не сте я получили? (може да посочите повече от един отговор)**

Преглед, консултация от личния лекар

Домашно посещение от личния лекар

Сестрински грижи (манипулации и други, например инжекции, превръзки, компреси, грижа за катетър, стома, даване на лекарства, масаж, раздвижване и други)

Преглед при специалист

Изследване

Лечение в болница

Спешна помощ, повикана на тел. 112

Специализиран медицински транспорт (линейка)

Друго .....(моля, посочете какво)

**6. По какви причини не сте получили медицинската помощ, от която сте имали нужда? (възможни са повече от един отговор)**

Не знаех към кого да се обърна за помощ

Не можех да се свържа с лекаря/ с тел.112 / с лечебното заведение

Не бях в състояние да потърся помощ (друг трябваше да се погрижи за мен, но нямаше кой)

Не можех да стигна (да се придвижа) до кабинета на лекаря/лабораторията/болницата

Беше ми отказвана медицинска помощ

Личния лекар не ми даде направление

Не можех да си позволя да платя за помощта, от която се нуждаех

Трябваше много да чакам

Друго.....

(моля, посочете какво)

**Здравно състояние**

**7. Водещо заболяване** .....  
(моля, посочете)

**8. Придружаващи заболявания** (моля, избройте всички придружаващи заболявания).....

**9. Степен на инвалидност:**

- над 90 %
- 71-90 %
- 50-70 %
- до 50 %
- без призната инвалидност
- с придружител

**10. Как оценявате здравословното си състояние през изминалата една година?**

- много добро
- добро
- задоволително
- лошо
- много лошо

**Удовлетвореност**

**11. Бяха ли удовлетворени като цяло здравните ви потребности през изминалата година?**

- Напълно
- В голяма степен
- В малка степен
- Не

**12. Удовлетворени ли сте от предоставената интегрирана услуги в домашна среда /включва социални и здравни услуги/?**

- Напълно
- В голяма степен
- В малка степен
- Не
- Не получавам интегрирана услуга в домашна среда /включва социални и здравни услуги/

**Потребности**

**13. Имате ли необходимост от предоставянето на услуги в домашна среда?**

- Да, от интегрирана услуги в домашна среда /включва социални и здравни услуги/

- Да, само социални услуги в домашна среда
- Да, само здравни услуги в домашна среда
- Да, от други.....(моля, пояснете)
- Не, нямам потребност

### Демографски данни

#### 14. Пол:

- Мъж
- Жена

#### 15. Възраст :

- 65-70 г.
- 71-75 г.
- 76-80 г.
- над 80 г.

#### 16. Местоживеене: .....

(моля, посочете името на населеното място)

**ПРОЕКТ**

**за организация и провеждане на конкурс за медицинска сестра в  
лечебно заведение за доболнична помощ**

**I. Предварителна организация на конкурса**

1. Анализ на състоянието на лечебното заведение.

Управителят(мениджъра) или упълномощени от него лица проучват задълбочено тенденциите по отношение на контингентът обслужвани лица и предстоящи промени.

2. Определяне на изискванията, на които трябва да отговаря кандидата. Обсъжда се и се определя какви медицински сестри са необходими, в зависимост от потребностите на лечебното заведение за доболнична помощ. Могат да се поставят изисквания за образование, възраст и т.н.

3. Назначаване на комисия за провеждане на конкурса:

- Комисията се назначава от управителя(мениджъра);
- Комисията уточнява условията за участие в конкурса, съобразно действащите нормативни документи и направения предварителен анализ за нуждите на здравното заведение;
- Членовете на комисията обсъждат методиката за протичане на конкурса, показателите и критериите за класиране на кандидатите;

- Определя се член на комисията, който да води протокола и да събира документацията, която да се съхранява за справки.

## II. Провеждане на конкурса:

А/ Оценяване на данните по документи.

Б/ Оценяване на резултатите получени чрез:

1. Писмени отговори на поставени въпроси.

Например:

*„Посочете какво в професията на медицинска сестра Ви привлича най-много?“* или *„Какви качества бихте искали да притежават колегите, с които работите?“*

2. Писмен отговор на поставени задачи.

Например:

*„Каква е ролята на медицинската сестра в палиативните грижи?“*  
*или „Какво е мястото на медицинската сестра при неотложните състояния в палиативната медицина?“*

Описание на емоционалното състояние на терминално болен по снимка.

3. Писмен отговор на казус или тест.

Забележка:

- Въпросите, задачите, казусите и тестовете са едни и същи за всички кандидати.
- Отговорите се предоставят анонимно.

4. Събеседване с кандидатите – на всеки кандидат се задават едни и същи въпроси.

Примерни въпроси:

*„Как бихте осъществявали ежедневно си професионално сътрудничество с колегите от лечебното заведение?“ или „Какви са съвременните тенденции в палиативните грижи в дома?“*

Примерен казус:

*„Продължително боледуващ терминално болен изпада в депресия, по време на Ваше посещение в дома му. Как ще постъпите?“*

Забележка: При оценяването на казусите се имат предвид два главни критерия:

- Ориентиране и анализ на ситуацията;
- Вериативност и адекватност на решенията.

5. Изпълнение на практическа задача (смяна на лично бельо на лежащо болен пациент, хранене на тежко болен и т.н.).

По преценка на комисията, конкурсът може да се раздели на отделни фази:

1-ва фаза: Тя приключва след оценката на отговорите от писмените въпроси, задачи, казуси, тестове, с отпадане от по-нататъшно участие на слабо представилите се кандидати.

2-ра фаза: Приключва след събеседването, при което отпадат отново онези, които са получили ниски оценки.

3-та фаза: На третата фаза се формира обща оценка от всички показатели и се класира кандидатът с най-висок бал.

При равен бал се преминава към 4-та фаза - резервна, след което следва окончателно класиране на кандидатите.

### III. Назначаване

Трети, последен етап.

**Психограма на професията  
“Медицинска сестра в допълнителна помощ”**



**ФОРМУЛЯР ЗА ОЦЕНКА НА  
ДЕЙНОСТТА НА МЕДИЦИНСКАТА  
СЕСТРА, РАБОТЕЩА В СИСТЕМАТА НА  
ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

<b>МЕСТОРАБОТА:</b>	
<b>Здравен професионалист-име, функция:</b>	
<b>Регистрационен номер:</b>	

**Информация за медицинската сестра**

Трите имена			
Дата на раждане		Място на раждане	
Ниво на заплащане		На това ниво на заплащане от дата:	

**Образование и обучение:**

Образователна институция	От дата	До дата
Последно успешно завършено образователно ниво:		
Учи ли в момента:		

Повод за оценката:	
<input type="checkbox"/> Изпитателен срок	<input type="checkbox"/> Смяна на позиция
<input type="checkbox"/> Редовна оценка	<input type="checkbox"/> Напускане
<input type="checkbox"/> По желание на ръководителя	<input type="checkbox"/> Насърчителни мерки
<input type="checkbox"/> Повишаване в длъжност	<input type="checkbox"/> Текуща оценка по план

Последна оценка:

Дата:

Актуална оценка:

Дата:

**Задачи:** (формулират се от атестирания)

**Преценяват се задачите, въз основа на описанието на работното място:**

**Постигане на целите:** (формулират се от атестирания)

**Били ли са постигнати поставените цели?  
С какъв резултат? Ако не - защо, по каква причина?**

**Удовлетвореност на медицинската сестра:** (формулира се от атестирания)

**Удовлетворение от работата:**

**1. Съдържание на работата - как се идентифицира медицинската сестра със своята работа?**

**2. Условия на работа - как медицинската сестра оценява работното си място, заплатата, трудовият си договор, насърчителните мерки, работния климат, работата в екип, работното време, отношението на колегите и началника?**

**3. Успех/признание – има ли успех в работата си медицинската сестра, има ли за това съответното признание?**

**4. Усещане - чувства ли се медицинската сестра добре на работното си място? Чувства ли се добре в колектива?**

**5. Възможност за участие при вземане на решения – има ли възможност медицинската сестра с нейната функция на работното място, да участва при вземане на решения?**

**6. Отговорност/компетентност- отговорностите и компетентностите на медицинската сестра ясни и писмено формулирани ли са, и правилно и точно преценени със задълженията ѝ ли са ?**

**ЧАСТ 3      Характеристика на атестирания**

№	1. Изпълнение на работата	A	B	C	D	Забележки/намеси	Z
1.1	Професионални знания и умения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1.2	Ръководене и наблюдение на обучаеми, практиканти и доброволци.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1.3	Старателност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1.4	Разпознаване и решаване на проблеми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1.5	Познаване на работата в собствената организация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1.6	Придържане към указанията	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1.7	Разбиране, изказване и информиране	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<b>Оценка:</b>					A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	

№	2. Резултат от работата	A	B	C	D	Забележки/намеси	Z
2.1	Ефикасност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.2	Размер/обем на работата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.3	Спазване на работните часове	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.4	Натовареност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	/издръжливост			
2.5	Чистота на работното място, икономичност, екологичност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Оценка:</b>		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>

Скала за оценка							
A= справя се много добре				D=лоша оценка, не изпълнява служебните задължения			
B=отговаря на очакванията				Z=не може да бъде преценен			
C=почти не отговаря на очакванията							
№	3.Самостоятелност	A	B	C	D	Забележки/намеси	Z
3.1	Самостоятелност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.2	Инициативност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.3	Гъвкавост	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.4	Готовност за поемане на отговорност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.5	Способност за учене, готовност за повишаване на квалификацията	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<b>Оценка:</b>					A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>

№	4.Поведение	A	B	C	D	Забележки/намеси	Z
4.1	Способност за работа в екип	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.2	Поведение спрямо колеги и началник	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.3	Поведение към пациенти и близките им	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.4	Поведение към външни лица, посетители	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.5	Поносимост на критика	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	<b>Оценка:</b>		A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
--	----------------	--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

<b>Обща оценка:</b>
<input type="checkbox"/> <b>A = работи отлично</b>
<input type="checkbox"/> <b>A-B = много добра оценка</b>
<input type="checkbox"/> <b>B = справя се добре със задълженията</b>
<input type="checkbox"/> <b>B-C = почти добре</b>
<input type="checkbox"/> <b>C = отговаря на изискванията, но има много какво да се желае</b>
<input type="checkbox"/> <b>C-D = частично изпълнение на задълженията</b>
<input type="checkbox"/> <b>D = не работи добре</b>
<b>Заключителна оценка :</b>

**Поставяне на цели, необходими намеси :**

<b>Цели, очаквания, намеси, повишаване на квалификацията(с определяне на точни дати):</b>
<b>Цел 1:</b>
<b>Намеса/интервенция:</b>
<b>Цел 2:</b>
<b>Намеса/интервенция:</b>
<b>Цел 3:</b>

**Намеса/интервенция:**

**Цел 4:**

**Намеса/интервенция:**

**Кой е най-трудния момент във връзка с поставените цели до следващия разговор с атестирания?**

**Забележки / Решения :**

**УЧАСТНИЦИ В ИЗГОТВЯНЕТО НА ОЦЕНКАТА:**

Име	Позиция	Подпис
	Атестиран	
	Атестиращ	
	По-високо стоящ ръководител	

**ДАТА:**

## **ИНСТРУКЦИИ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ФОРМАТА**

1. *Формата се попълва от старша или главна медицинска сестра или управител.*
2. *Информацията се преценява, защото може да е противоречива, тъй като различните хора възприемат едни и същи обстоятелства по различен начин. При преценка на всички различни фактори е важно да се запази фокуса и всички заключения, до които атестираният достига по отношение на атестирания, да се основават на доказателства, а не предположения. Този процес на анализиране на наличната информация за служителя, капацитета му и факторите на обкръжаващата среда трябва да доведе до ясна оценка, която да гарантира възможността на атестираната медицинска сестра да развие своя потенциал.*
3. *Информацията трябва да е максимално изчерпателна. При необходимост графите могат да се разширяват колкото е необходимо.*
3. *Към оценката се прилагат всички протоколи от интервюта и друг използван инструментариум.*
4. *Оценката се съхранява задължително в личното досие на атестирания.*

**МОДЕЛ НА ТЕМА**

„Мениджмънт на хосписните грижи“, към учебната програма по  
„Управление на здравните грижи“

**Хорариум:** 8 часа лекции и 7 часа практически упражнения;

**Форма за проверка на знанията:** изпит;

**Вид на изпита:** писмен - 2 части - теоритичен и практически;

**Анотация:**

Целта на учебната дисциплина „Мениджмънт на хосписните грижи“, към учебната програма по „Управление на здравните грижи“ е, здравните специалисти да получат допълнителни компетенции в управлението на хосписните грижи, чрез повишаване на техните умения в комуникацията, преподаването и клиничната практика.

**Цели на обучението:**

След приключване на обучението, участниците ще могат да:

- Демонстрират повишени знания в ключовите компетенции по управление на хосписните грижи;
- Прилагат нови умения в мениджмънта на човешките ресурси в хоспис;
- Преподават основите на хосписните грижи (оценка и лечение на физическо състояние, психо-социална и духовна подкрепа, комуникация, етични и културни въпроси, хосписни грижи при педиатрични популации, депресия и тежка загуба) на студенти от медицинските колежи и/или университети;

- Разработват програми за хосписни грижи, използвайки принципите на стилове на обучението за възрастни, нови методики на преподаване и чрез предоставяне на обратна връзка;
- Интегрират различни клинични програми за хосписни грижи в различни здравни заведения, чрез оценка на институционалната структура и култура, оценка на готовността за промяна;
- Изработват стратегии за набиране на средства и развитие и финансиране на програми за хосписни грижи.

### **Съдържание на учебната дисциплина:**

1. Хоспис концепция –възникване и развитие. Специфики в управлението на хосписните грижи.
2. Оценка на потребностите и планиране на необходимият сестрински персонал за лечебно заведение хоспис.
3. Позиционен анализ на работното място на медицинската сестра в хоспис.
4. Методи за подбор на медицински сестри в хоспис. Провеждане на конкурс.
5. Професиограма на медицинска сестра в хоспис.
6. Оценка (атестиране) на медицинските сестри в хоспис.
7. Определяне на темите за допълнителна квалификация на хосписните медицински сестри.
8. Модели на стратегии за развитие и финансиране на хосписните грижи в някои европейски страни.

**Технология на обучението:** В учебният процес е необходимо да се използват ефективни учебни методи, които са подходящи за обучаемите и поддържат активно техния интерес и внимание, като с това допринасят и за разнообразяване на обучението. Учебните методи са съобразени с учебното съдържание и особеностите на организационните форми, използвани във висшето училище. Основната форма за провеждане на

занятията са лекции и учебно – практически занятия. В методиката на провеждане се поставят и се решават типови и ситуационни задачи и казуси. Обсъждане на случаи.

### **Средства за обучение:**

Важно условие за ефективен учебен процес е използването на разнообразни, ефектни и атрактивни нагледни материали. Те могат да се разделят на три основни групи - визуални, аудио и смесени(аудио-визуални).

#### Визуални:

- табла, каталози, атласи и др. Показването им предполага да са съобразени с темата и да са с интересен и заинтригуващ студентите дизайн.
- брошури, листовки, дипляни и др. В процеса на усвояване на здравни знания е уместно на студентите да бъдат раздавани подходящи учебни материали, като брошури, листовки, дипляни и др. Основно предимство на печатните материали е, че те могат да се използват многократно за получаване на информация. Раздаваните материали пораждаат интерес у студентите.

Аудио: при тях информацията се възприема чрез слуховия анализатор. Такива са: компакт дискове, записи на магнитен носител и др.

Аудио-визуални: при тях знанията се получават, чрез зрителния и слуховия анализатори. Такива са видеофилмите, филмите на CD и DVD, използването на мултимедия, интерактивна дъска и др.

**Текущ контрол** се осъществява на лекции и на упражнения. За заверка на дисциплината се изисква 100% посещение на лекции и на практически упражнения. Окончателната оценка е по шестобалната система и се формира след положен изпит – теоретична и практическа част, по предварително изготвен конспект.