

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

---

МАРГАРИТА НИКОЛАЕВА КОТЕВА

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

**АВТОРЕФЕРАТ**

НА 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, дм

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

Проф. ГАЛИНА ЧАНЕВА, дм  
Проф. Д-р ВЕСЕЛИН БОРИСОВ, дмн

София, 2017

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на катедра "Здравни грижи" при Факултета по Обществено здраве към Медицински университет - гр. София, с протокол №61/13.02.2017г.

Дисертационният труд съдържа 195 страници и е структуриран в четири основни глави. Включва 27 диаграми, 4 фигури, 7 таблици и 7 приложения.

Библиографският списък се състои от 182 източника, от които 131 на кирилица и 51 на латиница.

**Научно жури:**

Проф. Иванка Стамболова, дм  
Проф. Галина Чанева, дм  
Проф. Д-р Веселин Борисов, дмн  
Проф. Христина Милчева, дм  
Доц. Д-р Катя Попова-Юрукова, дм

**Резервни членове:**

Проф.Силвия Младенова, дм  
Доц. Диана Иванова, дм

Публичната защита ще се състои на 12.12.2017 година от 12.00 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве; УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД , ул. „Бяло море” №8, гр София.

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

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

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>Въведение.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Методика и организация на изследването.....</b>	<b>8</b>
1.1. Цел и задачи на проучването.....	9
1.2. Работни хипотези.....	9
1.3. Предмет на проучването.....	9
1.4. Обект на проучването и единици на наблюдение.....	9
1.4.1. Технически единици на наблюдението.....	10
1.4.2. Логически единици на наблюдението.....	10
1.4.3. Признаци на логическите единици на наблюдението.....	10
1.5. Характер и обем на проучването.....	11
1.6. Място и време на наблюдението.....	11
1.7. Органи на наблюдението .....	11
1.8. Източници и методи на набиране на социологическа информация.....	11
1.8.1. Източници.....	11
1.8.2. Методи.....	12
1.9. Методи на обработка и анализ на първичната социологическа информация.....	13
1.10. Постановка и организация на проучването.....	14
<b>2. Резултати от собствено проучване.....</b>	<b>16</b>
2.1. Анализ и оценка на резултатите от проучване на дейността на медицинските сестри, работещи в системата на доболничната помощ и хосписните грижи в България.....	16
2.1.1. Характеристика на обекта на изследване.....	17
2.1.2. Обща и професионална интелигентност.....	21
2.1.3. Социална интелигентност.....	24
2.1.4. Мотиви за упражняване на професията на медицинска сестра в доболнична помощ и хоспис за грижи в дома.....	27
2.1.5. Професионална удовлетвореност на медицинската сестра, работеща в доболничната помощ и домашен хоспис.....	30
2.1.6. Професионална натовареност на медицинската сестра в центрове за интегрирани здравно-социални услуги.....	35
2.2. Анализ и оценка на резултатите от проучване сред пациентите, относно ползването на здравни грижи в дома .....	38

2.2.1. Характеристика на обекта на изследване.....	38
2.2.2.Проучване на движението на пациентите и причините, които го обуславят.....	42
2.3. 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 .....	44
2.3.1. Характеристика на обекта на изследване.....	45
2.3.2. Анализ на удовлетвореността на пациентите от получаваните от тях здравни грижи в доболничната помощ.....	46
2.4. Заключение.....	49
<b>3. Изводи и препоръки. Приноси.....</b>	<b>49</b>
3.1. Изводи.....	49
3.2. Препоръки.....	50
3.3. Приноси.....	51
3.3.1. Приноси с теоритично-познавателен и методичен характер.....	51
3.3.2. Приноси с приложен характер.....	52
<b>Списък с научни публикации, свързани с дисертационния труд.....</b>	<b>54</b>

## **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, продължава макар и с по-бавен темп 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. 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, за 2015 година е 74, 69 години.

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 ще бъдат принудени да работят, за да могат да задоволят поне елементарните си нужди. В резултат на това възрастните хора остават сами, без осигурени подходящи грижи.

Изследвания 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. Ето защо, 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 „участковата 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. Въпреки това обаче, 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 лично – 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.)

## **1.МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

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

#### **1.1.1. Цел**

Настоящото пизследване 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 на доболничната помощ и хосписните и палиативни грижи в дома.

#### **1.1.2. 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 психограма 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“.

## **1.2. 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 са основни и мотивиращи фактори за работа.

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

## **1.3. 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.

## **1.4. 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.

#### **1.4.1. 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.

#### **1.4.2. Логически единици на наблюдение**

Логическите единици на наблюдение включват:

- управител (мениджър);
- медицинска сестра в обхванатите здравни заведения;
- пациент, обслужван от обхванатите здравни заведения.

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

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

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

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

- Управители (мениджъри) на лечебните заведения за хосписни грижи - 9
- Медицински сестри от лечебните заведения за хосписни и палиативни грижи -71
- Ползватели на услугите на лечебните заведения за хосписни и палиативни грижи - 1004

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

- Наблюдението на управителите (мениджъри) на лечебните заведения за хосписни грижи 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.

## **1.7. 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.

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

### **1.8.1. Източници**

- Мнение на лицата от първа, 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 здравето 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 хосписите, 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.

### 1.8.2. 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 на 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 на дисертационен труд).
- **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.

## **1.9. 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 (Sp).

- 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 анкетираните 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**.

## **1.10. 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.

## 2. Изследователски етап:

През този етап е осъществен контакт с управителите(мениджърите) на подбраните 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.

## 3. 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)

## **2. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ**

### **2.1. Анализ и оценка на резултатите от проучване на дейността на медицинските сестри, работещи в 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 за хосписни и палиативни грижи се извърши в периода февруари 2014 - юни 2016 г. Изследването е направено в естествена работна среда.

### 2.1.1. 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.

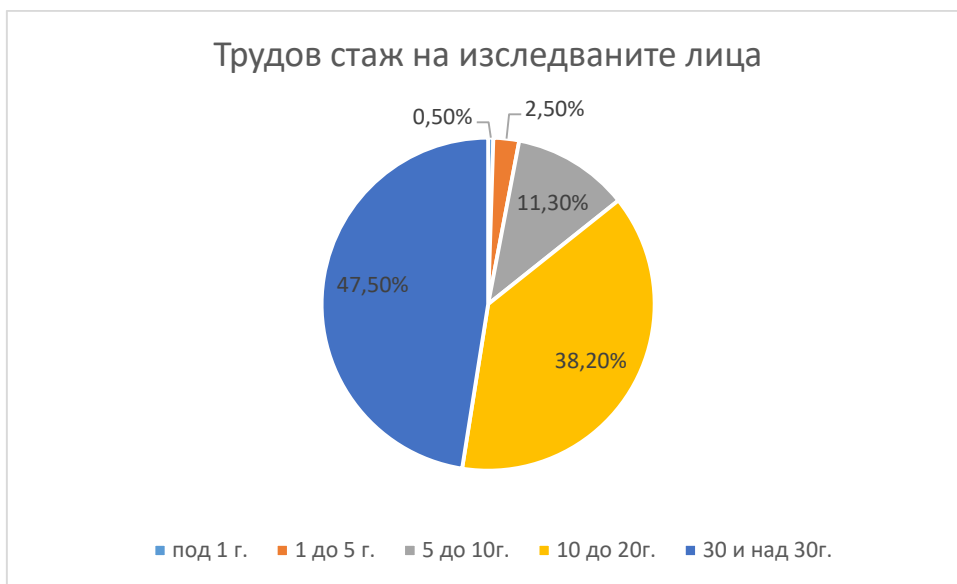
Като допълнително затруднение се очертава още един проблем - откриването на удобни и с положителна нагласа за изследване обекти. От познавателно естество е важно да бъдат открити такива лица за изследване, които могат да дадат не само точна и адекватна оценка на своите възможности, но и те да могат да 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 №1**), 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.**

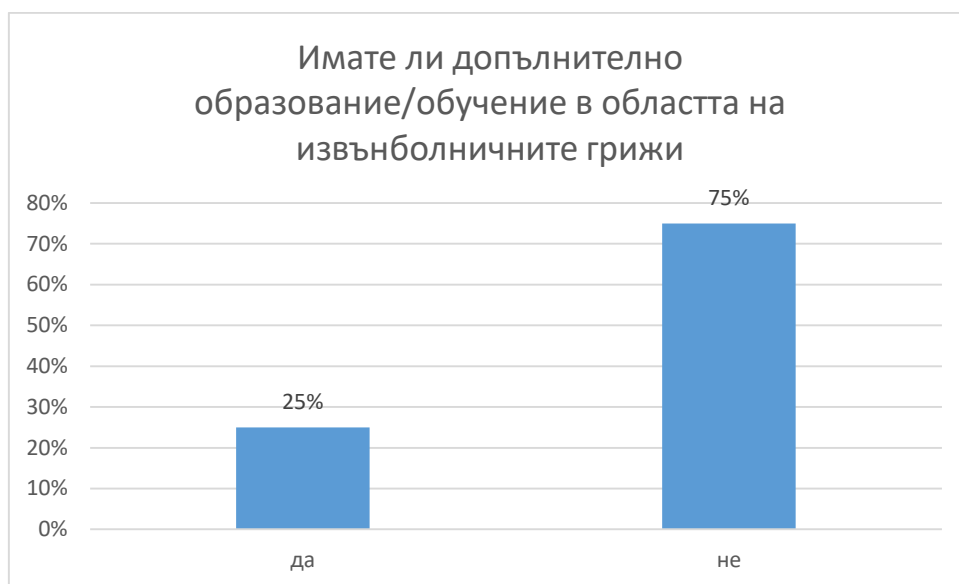
Данните за трудовия стаж на изследваните лица са представени графично в **диаграма№1**, като при изследването не се установяват статистически различия ( $p \leq 0,05$ ).



**Диаграма№1.** Трудов стаж на изследваните здравни професионалисти ( $p \leq 0,05$ )

Изследването на образователния ценз 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.

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 №2:**



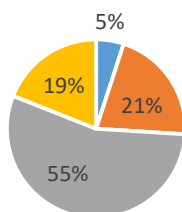
**Диаграма №2.** Процентно съотношение на здравните професионалисти, поучили допълнително обучение, свързано с извънболничните грижи ( $p \leq 0,05$ )

На **диаграма №2** 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 № 3**. Видно от от нея е, че всички анкетиращи 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 %**.

### Образователна степен на медицинските сестри, работещи в доболничната помощ

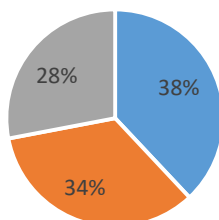


- магистър
- бакалавър
- професионален бакалавър "медицинска сестра"
- професионален бакалавър "детска медицинска сестра"

**Диаграма №3.** Образователна степен на изследваните специалисти по здравни грижи, работещи в доболничната помощ

По-дълбока диференциална характеристика на професионалния образ на изследваните лица се разкрива в преживяването и удовлетворяването на потребността от професионален успех. Както се вижда в нагледно представените в **Диаграма №4** 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.

### Постигнато ниво на професионален успех на медицинската сестра работеща в доболничната помощ



- Не мога да преценя
- Постигнат професионален успех
- Липса на професионален успех

**Диаграма №4.** 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.

### **2.1.2. 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.

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.

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 **Диаграма № 5**.

Както се вижда от, на общата интелигентност е даден висок ранг на преимущественост (**24,0%**) и тя е поставена в системата от фактори за професионална пригодност на второ място, почти наравно с емпатията (**28,0%**).



**Диаграма № 5.** 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 №1**.

**Таблица 1: 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 качества, 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 № 2**, 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 №2: 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.

### **2.1.3. 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.

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.

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 №6.** Несъвместими с професията на медицинска сестра качества

От **Диаграма №6** 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 №5**, 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.

Интересен аспект на изследването представляват отговорите на респондентите относно съдържанието на квалификационния процес (**диаграма №7**). 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%**.



**Диаграма №7.** Съдържание на квалификационния процес

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.

#### **2.1.4. Мотиви за упражняване на професията**

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. 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.

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.).

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 **Диаграма № 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 **Диаграма №8**, в която са представени резултатите от проучването. 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.



**Диаграма №8.** Мотиви за работа в доболничната помощ и домашен хоспис

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.

Идеалното положение от **Диаграма №8** 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 (№8) 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.

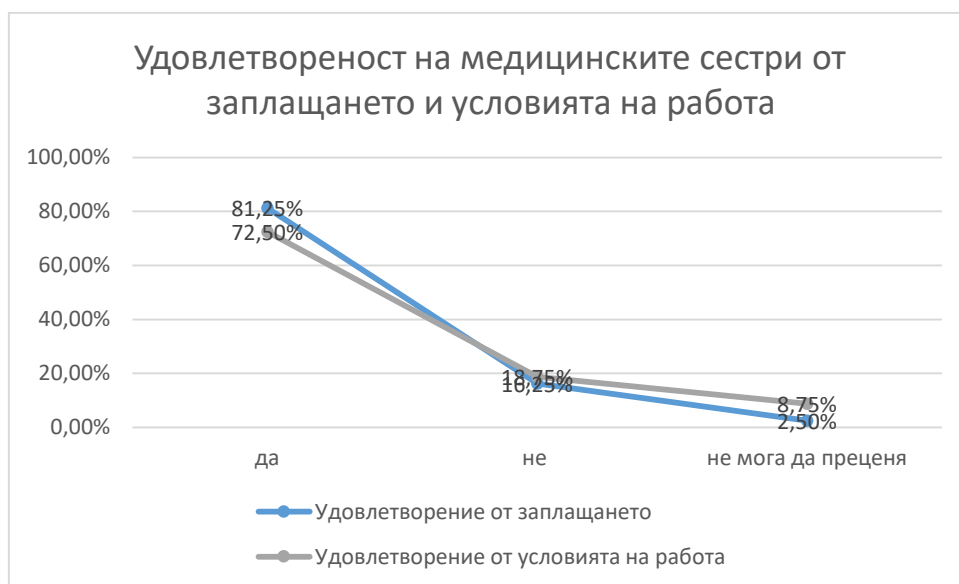
Разбира се, данните от същата диаграма ни ориентират, че има медицински сестри, които упражняват своята дейност и по силата на хуманистични мотиви - загриженост към страдащи хора (**22,0%**) и осмисляне на живота с нещо реално и благородно(**10,0%**).

### **2.1.5. 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 остойността 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 №9**)

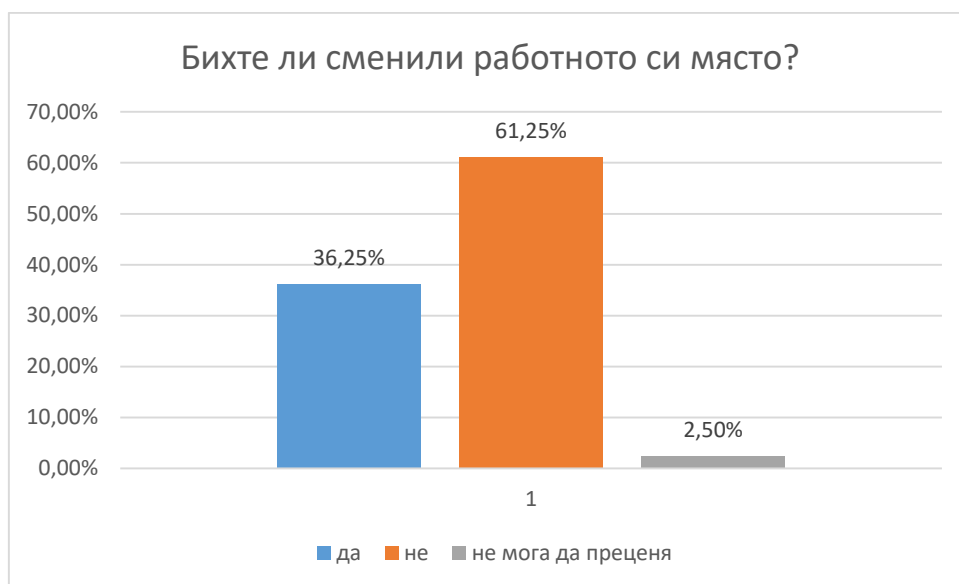


**Диаграма №9.** Удовлетвореност на медицинската сестра от работните условия ( $p \leq 0,05$ )

На **диаграма №9** 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 №10**)

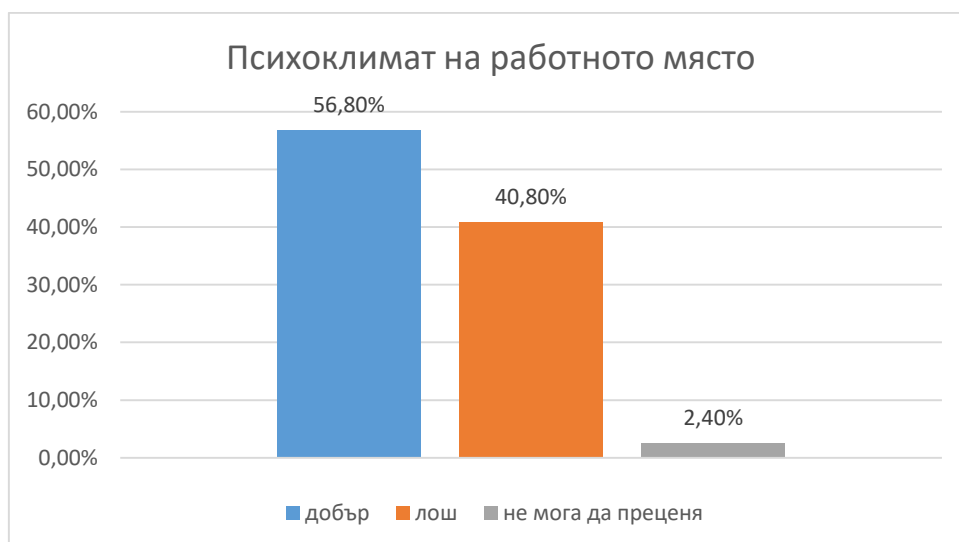


**Диаграма №10.** Отговори на въпроса "Бихте ли сменили работното си място?"

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.

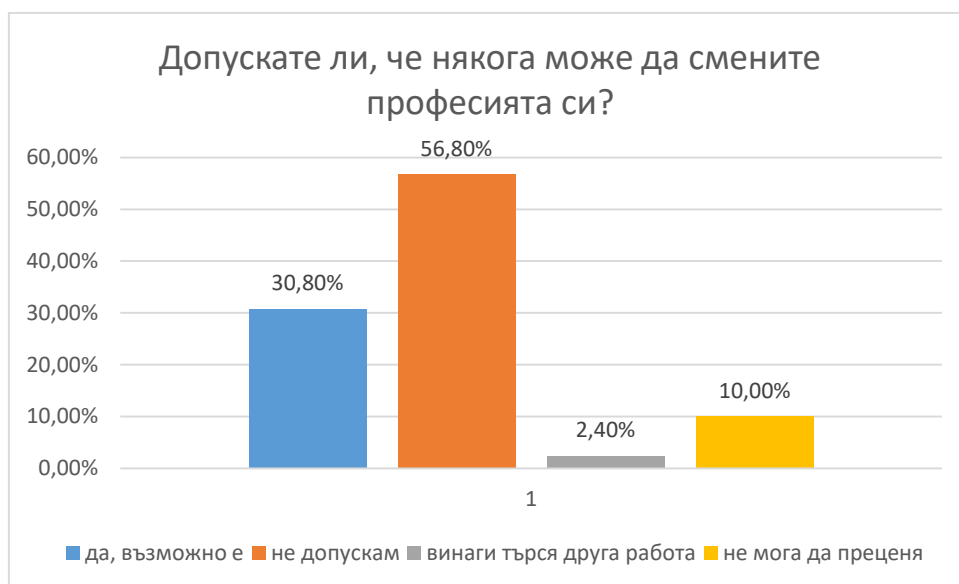


**Диаграма№11.** Отговори на въпроса “Как оценявате психоклимата на работното си място?” ( $p \leq 0,05$ )

От **диаграма№11** 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 в хосписа.

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№12.** Отговори на въпроса „Допускате ли, че някога може да смените професията си? ( $p \leq 0,05$ )

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 анкетирани бяха запитани дали са мислили над възможността някога да напуснат изцяло професията (диаграма№12). 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 анкетирани 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 анкетирани (**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 хосписа източник на мотивация на сестрите да бъдат полезни и да помагат.

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

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.

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.

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“. 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.

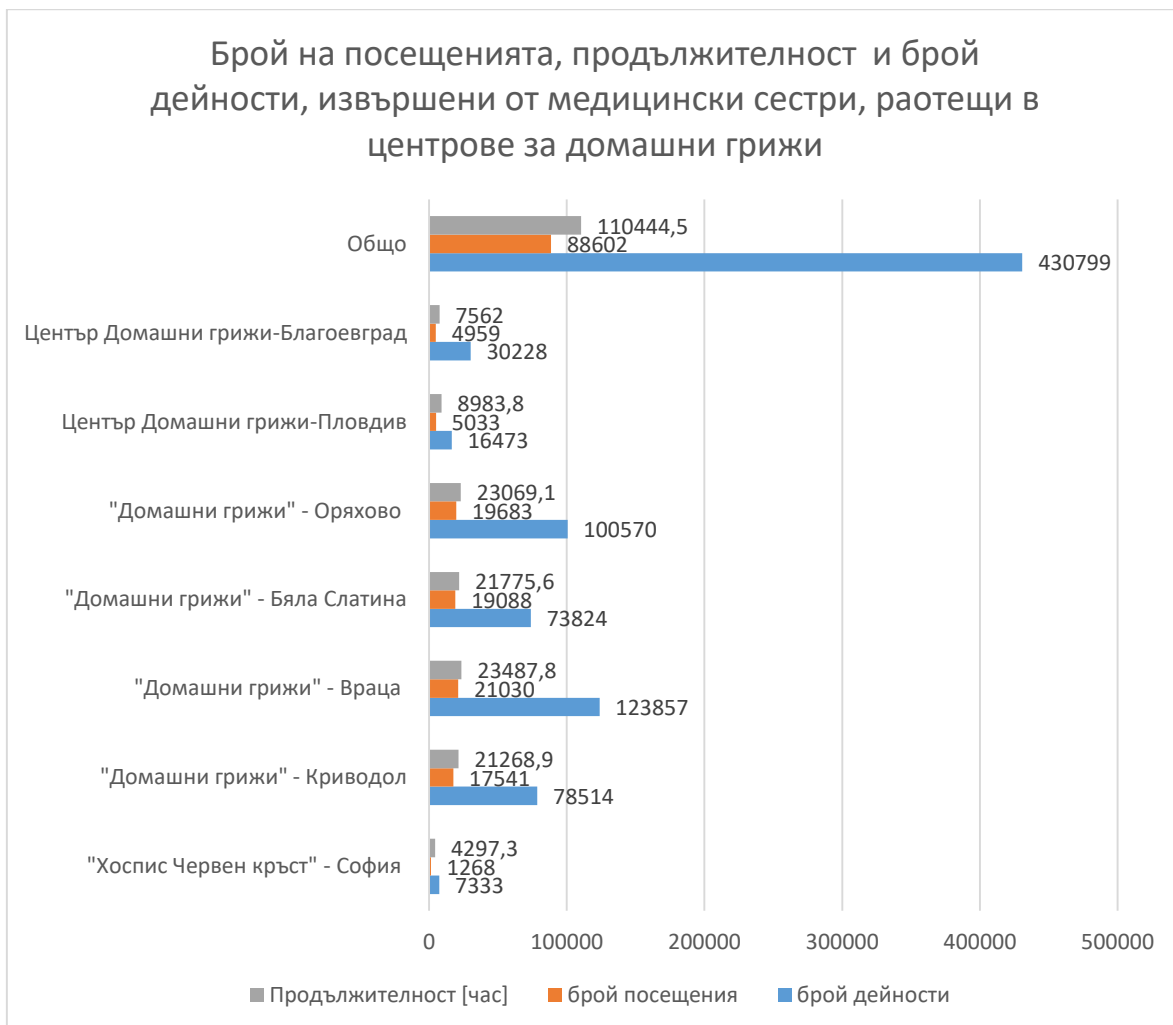
Един здравен специалист обслужва 6 до 10 потребителя дневно, което налага и чисто физически ограничения по отношение на броя на обслужваните пациенти.

В наблюдаваните центрoве 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. 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. Данни за професионалната натовареност на медицинската сестра в изследваните институции, предоставящи хосписни грижи, са представени в **диаграма №13**:



**Диаграма №13.** Професионална натовареност на медицински сестри от Центрове домашни грижи за проучвания период ( $p \leq 0,05$ )

Анализът на резултатите показва, че извършените от хосписните 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.

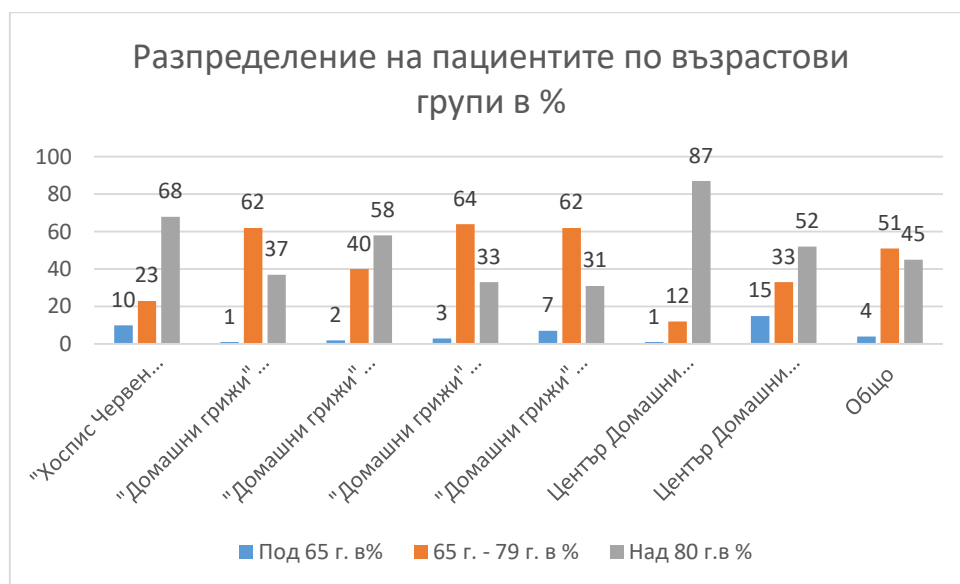
Застаряващо население в добро здраве означава по-малко натиск върху здравната и социалната система. Тенденцията за деинституализация на грижите за възрастното население поставя тези хора в благоприятната среда на собствения дом. Те обаче трябва да получават достатъчно медицински и други грижи, като тези в социалните заведения и другите такива в семейна среда. Обмисляйки част от работната ситуация на хосписната 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.

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

### **2.2.1. Характеристика на обекта на изследване**

Проучването на пациентите е извършено в периода февруари 2015 -февруари 2016 г. В него са обхванати 813 пациенти, обслужвани 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 № 14**:



**Диаграма №14.** Разпределение на пациентите по възраст ( $p \leq 0,05$ )

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 74, 31 години, за 2015 година вече е 74, 69 години. В обхванатите от проучването центрове за домашни грижи средната възраст на обгрижваните лица е  $\bar{x}=82,3$  г.  $\Delta \pm 8$ , т.е. основната група от ползвателите на услугите са надживяли 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 заболяемостта, особено за хората от възрастовата група над 65 години. 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 -тип 1 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.

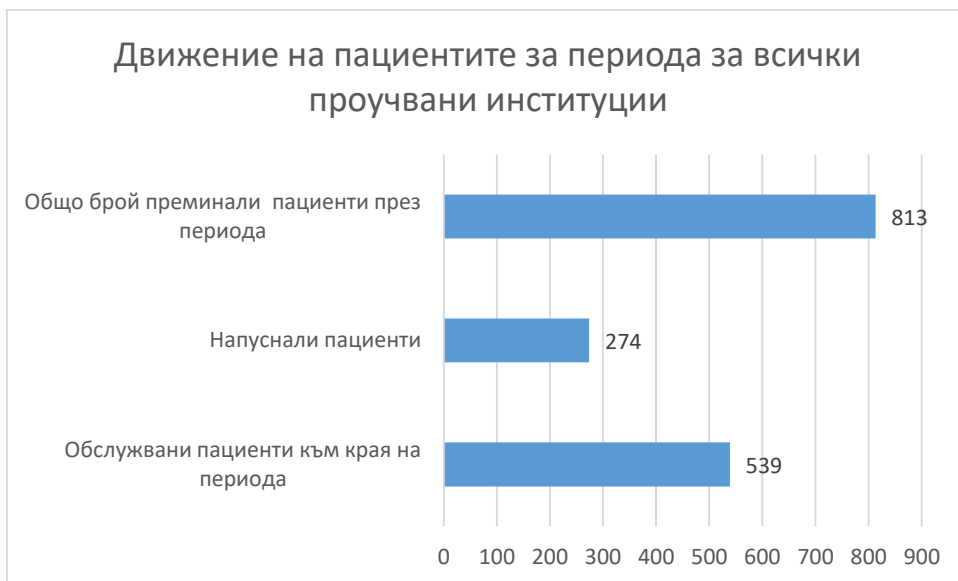
Нараства броят на потребителите с Деменция и болест на Алцхаймер, както и на тези с онкологични заболявания, което поставя нови предизвикателства пред медицинските сестри. Тези заболявания са включени в групата „други“ и съставляват **13,0%** от разглежданата патология. Разпределението на заболяванията сред потребителите е представено графично в **диаграма №15**.



Диаграма №15 Разпределение на потребителите по заболявания

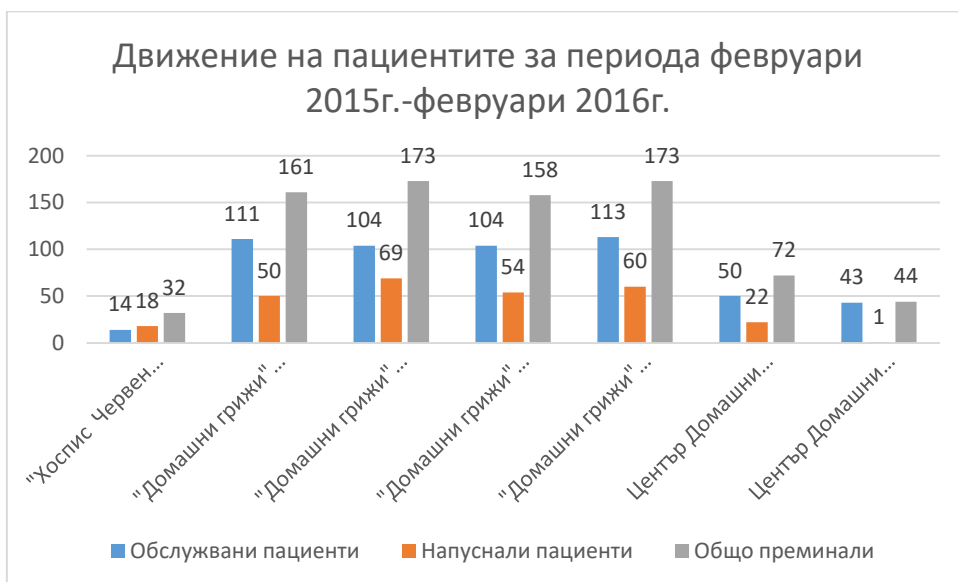
### 2.2.2. Проучване на движението на пациентите и причините, които го обуславят

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 №16**.



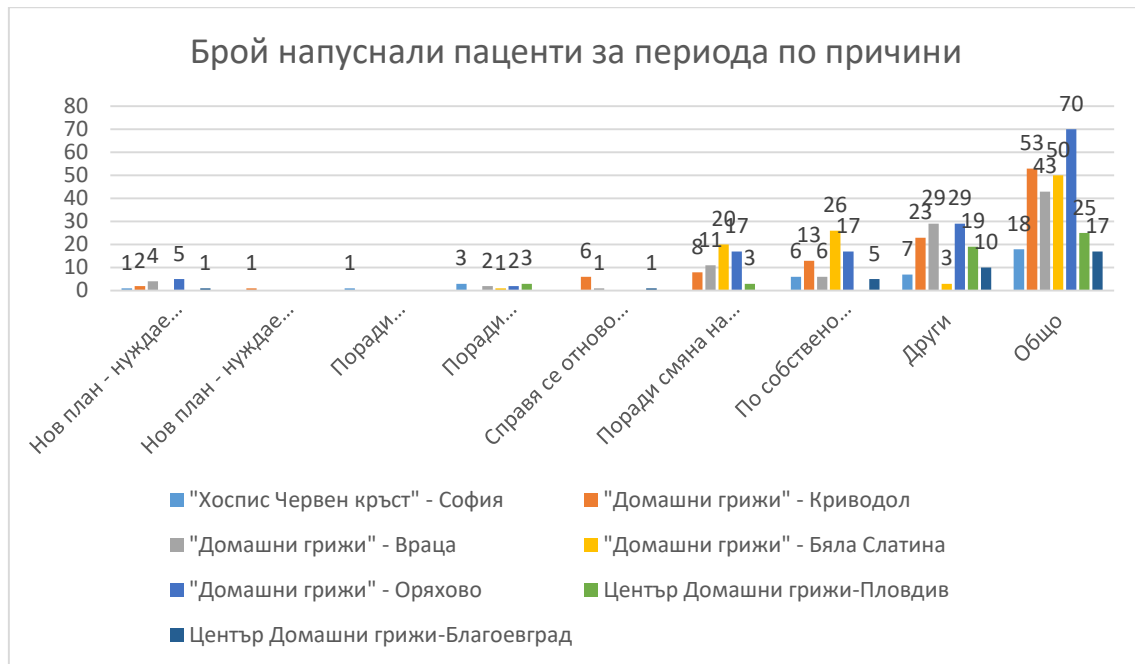
**Диаграма №16.** Движение на пациентите за проучвания период

По подробно е разгледано движението на пациентите отделно за всяка институция (Диаграма №17). От нея става ясно, че съотношенията между напуснали, обслужвани и общо преминали пациенти, корелират по между си. По характер установената връзка е права и умерена ( $r = + 0,38$ ) ( $p \leq 0,05$ ).



**Диаграма №17.** Движение на пациентите за проучвания период по институции ( $p \leq 0,05$ )

Обект на научноизследователски интерес станаха и причините за напускане на пациентите от системата на домашните грижи. Данните от проучването са представени графично в **диаграма №18** :



**Диаграма №18.** Причини за напускане на пациентите за проучвания период ( $p \leq 0,05$ )

Основна причина за напускане(отпадане)на пациентите от системата на хосписните 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%**.

**2.3. 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**

### 2.3.1. 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 анкетираните 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 анкетираните 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, ендокринолоичните (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.

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.

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.

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.

### **2.3.2. 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.

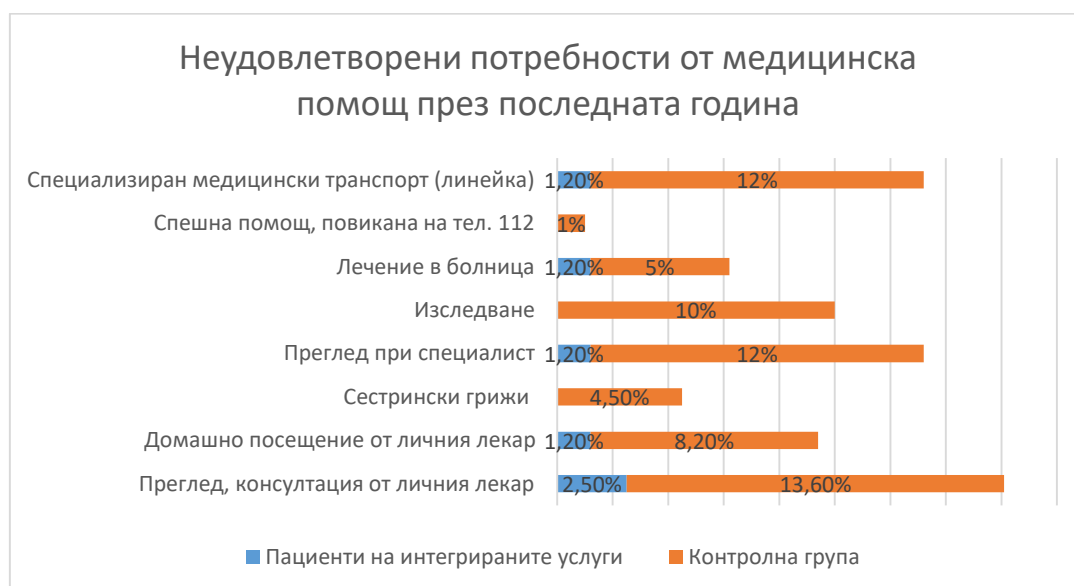
Разликата в дела на хората, които винаги са получавали медицинската помощ, от която са се нуждаели през последната година между потребителите на интегрираната здравно-социална услуга и контролната група е около **34,0 %** (при вероятност за грешка 0,0025) в полза на потребителите на интегрираната услуга. 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 (**№19**):



**Диаграма №19.** 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 №20.** Причини за неудовлетворени потребности от медицинска помощ през последната една година

Най-ясно предимствата на интегрираната социално-здравна услуга 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.

## **2.4. 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.

## **3. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ. ПРИНОСИ**

### **3.1. 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 анкетираните 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 анкетираните 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 анкетираните).

**4. Нивото на удовлетвореност** от постигнатия професионален успех е ниско – само **34,0%** от анкетираните 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.

### **3.2. 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.

### **3.3. Приноси**

#### **3.3.1 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.

### **3.3.2. 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 болни хора, както и от особеностите на обекта – субект на тези грижи.

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

- Интелигентност (обща, професионална и социална).
- Емпатия.
- Положителна мотивация.
- Емоционална устойчивост (стабилност)
- Общителност (умения за общуване).
- Наблюдателност.

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.

#### 1. 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.

## **СПИСЪК С НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Котева, М., Стамболова, И., Личностно-професионален портрет на медицинската сестра, работеща в лечебно заведение тип “Хоспис“, сборник резюмета от Национална научно-практическа конференция на професионалистите по здравни грижи-София, 2013, с.60
2. Котева, М., Стамболова, И., Професионална натовареност на медицинската сестра в центрове за предоставяне на интегрирани медико-социални услуги, сп.“Управление и образование“, том XII(5), 2016, с.142
3. Котева, М., Хосписни и палиативни грижи в Австрия, съвременни тенденции, сп. “Здравни грижи“, бр.1/2017г.
4. Котева, М., Стамболова, И., Личностно-професионален подбор и пригодност на медицинските сестри за работа в системата на хосписните грижи в България, сп. “Сестринско дело“, бр.1/2017г.,стр.40
5. Котева, М., Изследование удовлетворенности пользователей интегрированного здравоохранения и социальных услуг на дому как альтернативы больничному уходу, Международный медицинский научный журнал «MEDICUS», № 6 (18), ноябрь 2017 (под печат)

