



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна
Факултет “Обществено здравеопазване”
Катедра „Здравни грижи”**

ДАНИЕЛА СЪБЕВА ТАСЕВА

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА СЪС
СЕМЕЙСТВОТА НА ДЕЦА С УВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОКАЗВАНЕ НА
ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“

по професионално направление 7.4. Обществено здраве специалност
Специалност „Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:

Проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н

ВАРНА

2022 г.

Дисертационният труд съдържа 240 стандартни страници и е онагледен с 2 диаграми, 35 таблици, 40 фигури и 4 приложения. Литературната справка включва 185 източника.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи” при Медицински университет „Проф.д-р Параскев Стоянов”- Варна на 02.03.2022 г.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 30.05.2022 г. от 13:30 часа на открито заседание на Научното жури в

Материалите по защитата са на разположение в отдел Докторантско училище на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ – Варна.

Забележка: Номерацията на фигурите и таблиците в автореферата не съответства на номерацията в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	7
1. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО 10	10
1.1. Цел, задачи и хипотези на проучването	10
1.2. Организация и методика на проучването.	11
1.3. Инструментариум на проучването.....	20
1.4. Източници за набиране на информация.	22
1.5. Методи на проучването	23
2. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	25
2.1. Социално-демографска характеристика на изследваните лица.....	25
2.2. Роля и място на медицинската сестра в екипа по предоставяне на интегрирани грижи.	31
2.3. Компетнтности на медицинската сестра за работа в интегрирани услуги.	42
2.4. Необходимост от допълнително обучение и специализация на медицинската сестра за работа в интегрирани услуги.	45
2.5. Родителите – част от екипа по предоставяне на интегрирани грижи.	53
2.6. Барieri за въвеждане на интегрираните услуги.	63
3. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА УСЛУГИ НА ДЕТЕ В ЦЕНТЪР ЗА КОМПЛЕКСНО ОБСЛУЖВАНЕ НА ДЕЦА С УВРЕЖДАНЯ И ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.....	66
3.1. Мултидисциплинарната екипна грижа в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ).....	68
4. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.....	76
4.1. Изводи	76
4.2. Препоръки.....	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	80
ПРИНОСИ.....	81
ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	83

СПИСЪК СЪС СЪКРАЩЕНИЯ

СЗО - Световна здравна организация

ООН - Организация на обединените нации

ОГРДВ – образование и грижи в ранна детска възраст

ЕС- Европейски съюз

ЕК –Европейска комисия

РБ – Република България

МЗ- Министерство на здравеопазването

МТСП- Министерство на труда и социалната политика

ГРАО – гражданска регистрация и състояние

ЗЗД - Закон за закрила на детето

ЗЗ - Закон за здравето

ЗЗО - Закон за здравно осигуряване

ЗЛЗ- Закон за лечебните заведения

ЗКЦ- Здравно - консултативни центрове

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

ЗСП - Закон за социално подпомагане

ППЗЗД - Правилник за прилагане на закона за закрила на детето

ЗСУ – Закон за социалните услуги

ЗЛП- Закон за личната помощ

КПД - Конвенция за правата на детето

МС - Министерски съвет

ДАЗД- Държавна агенция за закрила на детето

НПО - Неправителствена организация

РЗИ- Регионална здравна инспекция

ДМСГД –Дом за медико-социални грижи за деца

ЦКОДУХЗ - Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания

ДСП- Дирекция „Социално подпомагане”

СУ- Социални услуги

ПСВ- проект Социално включване

МДЕ- Мултидисциплинарен екип

РДИ–Ранна детска интервенция

ЦНСТ – Център за настаняване от семеен тип

ЦСРИ – Център за социална рехабилитация и интеграция

ДЦДУ- Дневен център за деца с увреждания

ВЪВЕДЕНИЕ

„Той не е като другите, тя не е като всяка. Те са различават един от друг по хиляди признаци. Няма, не е имало и няма да има два еднакви индивида; дори еднояйчните близнаци по нещо се различават и физически и психически. Но има и различия в различията. Едно нещо е различие в цвят на очите, друго е различие в ръст и телосложение, трето различие в умствена способност, различни характери, различен начин на мислене и чувства. Има различия, които в една или друга степен са безразлични за живота и различия, които не са безразлични”(Вл. Леви, „Нестандартните деца”)

Един от най-важните критерии за механизма и зрелостта на едно общество е отношението му към децата и хората с увреждания.

Още източници от древни времена показват, че отношението към хората с увреждания е било различно в сравнение с останалата част от общността. Омир в своята „Илиада“ пише, че бог Хефест бил хвърлен от върха на Олимп от собствената си майка Хера заради своя недъг. В Древна Спарта децата с увреждания били оставяни да умрат. Дори днес, въпреки научния и технически прогрес, нашето общество третира децата с увреждания през призмата на предразсъдъците, стигмата и етикетирането[7,16,125].

От древността до наши дни, обществото се опитва да даде отговор на два важни въпроса: На какво да бъдат научени тези деца? и Как да бъдат приети от другите хора? Изминат е много труден път, по който хуманизмът и реалните постижения се сблъскват с унизително съжаление, отхвърляне, безразличие и демагогия, за да достигне до най-съвременното схващане, че тези деца са като всички останали, независимо от особеностите в развитието им и специфичните нужди в техния живот. Тези деца са сред нас и около нас, което означава, че техните проблеми не могат да бъдат

решавани само от лекари, педагози и психолози, а от широк кръг специалисти [39].

Детето с умствени или физически увреждания трябва да води пълноценен живот в условия, които осигуряват достойнството му, поощряват самостоятелността и улесняват активното му участие в обществото. Съгласно чл. 23 от Конвенцията на ООН за правата на детето, всяко дете с увреждане има право на специални грижи и помощ „насочени към осигуряване на ефективен достъп и получаване на образование, обучение, здравни грижи, рехабилитация, подготовка за трудова дейност и възможност за отдих по начин, позволяващ на детето най-пълната възможна социална интеграция и индивидуално развитие, включително неговото културно и духовно развитие”[46].

Ранното детство е периодът от човешкия живот от раждането до момента на достигане на задължителната възраст за училищно обучение. Този период съвпада с най-важните стадии в развитието на личността във всеки един възможен аспект и независимо от средата, в която се случва, изисква оптимална подкрепа за детето и за неговото семейство от цялото общество и от всички публични институции. Ранното детско развитие е процес, който обуславя цялостното развитие на личността [4,16,47].

Именно затова първите години от живота са огромна възможност да се реализират правата на децата в полза на самите тях, на обществото и на света. Ранното детско развитие включва цялата необходима подкрепа за детето, за да може да бъде реализирано правото му на оцеляване, закрила и грижа, които да му гарантират най-доброто развитие. Разработването и прилагането на политиките за ранното детство са част от ценностите и политиките на всички държави от Европейския съюз , в т.ч. и България. Интервенциите са съобразени с нуждите на детето и ситуацията на семейството и подхождат към всеки проблем, свързан с развитието на детето, чрез семейно-ориентиран подход за осигуряване на добро здраве,

физическо и интелектуално развитие, социални умения и емоционално благосъстояние[13,25].

Грижите за здравето на майките и децата са инвестиция в бъдещите поколения, което поражда необходимостта от въвеждане на интегриран подход на институциите и обществото и разкриване на услуги, основани на междусекторното сътрудничество[42,48]. Тези услуги подкрепят семействата на деца с увреждания и хронични заболявания и могат да се разглеждат като отговор на фрагментираното предоставяне на здравни, социални, образователни и др. услуги.

Грижите за дете с увреждане изисква от родителите търпение, психологическа нагласа за една продължителна и нелека битка с предизвикателствата пред които са изправени. Взаимоотношенията, които децата развиват с родители, медицински и немедицински специалисти и общността са предпоставка за тяхното индивидуално развитие.

Медицинската сестра със своите автономни функции и отговорности е партньор в грижите за децата и активен участник в екипа по предоставяне на интегрирани услуги.

Анализът на достъпната литература показва, разнообразни форми на интегрирани грижа за деца с увреждания и техните семейства. Актуалността и значимостта на проблема и необходимостта от извеждане на ролята и функциите на медицинската сестра в екип по предоставяне на интегрирани грижи, предизвикват изследователския ни интерес и са основание за разработване на настоящия дисертационния труд.

1. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1.1. Цел, задачи и хипотези на проучването

Цел на настоящото проучване е да се определи ролята на медицинската сестра в мултидисциплинарния екип, предоставящ интегрирани здравно-социални услуги при деца с увреждания и техните семейства.

За постигане на целта си поставихме следните **задачи**:

1. Да се проучи същността на понятието „интегрирани грижи” в научната литература и изследвания по проблема.
2. Да се проучи опита на някои европейски страни и България при предоставяне на интегрирани здравно – социални услуги.
3. Да се проучат и анализират проблемите на родителите с деца с увреждания по отношение на тяхната информираност и способност за справяне с ежедневните грижи за техните деца.
4. Да се установи степента на информираност на специалистите, по отношение въвеждането на интегрираните услуги.
5. Да се изведат функциите на медицинската сестра в интеграните услуги чрез изследване мнението на специалисти, предоставящи социални услуги в общността.
6. Да се проучи мнението на студентите от четвърти курс, специалност „Медицинска сестра“, относно готовността им за професионална реализация при грижите за деца с увреждания и техните семейства.
7. Да се разработи и предложи Алгоритъм за предоставяне на услуги за деца в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания.

8. Да се изработи информационна брошура за родители, полагащи грижи за деца с увреждания.

Работни хипотези:

▪ Медицинската сестра със своята автономна функция като член на мултидисциплинарния екип може да постига оптимално своите цели при сътрудничество със семейството, специалистите от екипа и други институции за работа с деца.

▪ Медицинската сестра като член на мултидисциплинарния екип извършва дейности в по-малък обем отколкото предполага нейната квалификация и компетентност.

▪ Голяма част от медицинските специалисти ще оценят положително въвеждането на критерии и стандарти за здравни грижи в интегрираните здравно- социални услуги.

▪ Комплексното предоставяне на здравни грижи и социални услуги за деца с увреждания и техните семейства би предотвратило социалното им изключване и ще им гарантира един по-достоеен живот.

Работните хипотези разработихме, отчитайки резултатите от процеса на деинституционализация и разкриването на интегрирани услуги за деца с увреждания и техните семейства.

1.2. Организация и методика на проучването.

Предмет

Дейностите на медицинската сестра, които предоставя в интегрираните здравно-социални услуги при деца с увреждания и техните семейства.

Обект

- медицински и немедицински специалисти, работещи в социални услуги за деца с увреждания ;
- родители на деца с увреждания;

- студенти четвърти курс от специалност „Медицинска сестра“;
- експерти от държавна, общинска администрация и хабилитирани преподаватели.

Обхват на проучването

В проучването се включиха **720** лица, разпределени в четири групи респонденти:

Първа група - медицински и немедицински специалисти, работещи в социални услуги за деца с увреждания – медицински сестри, лекари, социални работници, психолози, рехабилитатори; логопеди и др (n = **300**) в (табл. 1).

Табл. 1. Разпределение на респондентите от първа група (по градове)

Град	Социални услуги	Брой анкетирани (n)
Велико Търново	Дневен център за деца и младежи с увреждания	12
	Общностен център “ Царевград“	10
	Центрове за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания	14
	Център за социална рехабилитация и интеграция на деца и младежи с увреждания	8
Русе	Дневен център за деца и младежи с увреждания „Милосърдие	10
	Дневен център за деца и младежи с умствени увреждания	10
	Дневен център за деца с увреждания - седмична грижа „Мечо пух“	12
	Комплекс за социални услуги за деца и семейства-ЦНСТДМУ(3)	20
	Обединени детски услуги“ Слънчо“	15
	Център за социална рехабилитация и интеграция – „Детски кът за развитие”	12
	ЦНСТДМУПМГ	10
Ловеч	Дневен център за деца и младежи с увреждания	12
	Център за настаняване от семеен	10

	тип за деца и младежи с увреждания	
	Център за социална рехабилитация и интеграция	10
Габрово	Комплекс за здравно-социални услуги за деца и семейства	12
	Дневен център за деца с увреждания	10
	Център за социална рехабилитация и интеграция на деца от аутистичния спектър	10
	Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи	12
	Дневен център за деца с увреждания	12
Силистра	Дневен център за деца и младежи с увреждания	10
	Центрове за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания	12
	Център за социална рехабилитация и интеграция	10
Свищов	Дневен център за деца с увреждания	12
Дебелец	ДМСГД	35

Втора група - родители на деца с увреждания (n =240), (табл. 2).

Табл. 2. Разпределение на респондентите от втора група (по градове)

Град	Социални услуги	Брой анкетиращи (n)
Велико Търново	Дневен център за деца и младежи с увреждания	16
	Общностен център "Царевград"	12
	Центрове за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания	4
	Център за социална рехабилитация и интеграция на деца и младежи с увреждания	11
Русе	Дневен център за деца и младежи с увреждания „Милосърдие	10

	Дневен център за деца и младежи с умствени увреждания	12
	Дневен център за деца с увреждания - седмична грижа „Мечо пух“	10
	Комплекс за социални услуги за деца и семейства-ЦНСТДМУ(3)	15
	Обединени детски услуги“ Слънчо“	19
	Център за социална рехабилитация и интеграция – „Детски кът за развитие”	10
	ЦНСТДМУПМГ	4
Ловеч	Дневен център за деца и младежи с увреждания	12
	Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания	4
	Център за социална рехабилитация и интеграция	6
Габрово	Комплекс за здравно-социални услуги за деца и семейства	14
	Дневен център за деца с увреждания	7
	Център за социална рехабилитация и интеграция на деца от аутистичния спектър	8
	Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи	5
	Дневен център за деца с увреждания	10
Силистра	Дневен център за деца и младежи с увреждания	8
	Центрове за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания	4
	Център за социална рехабилитация и интеграция	4
Свищов	Дневен център за деца с увреждания	15
Дебелец	ДМСГД	20

Трета група - студенти четвърти курс от специалност „Медицинска сестра“(n =150) в (табл. 3.)

Табл.3. Разпределение на респондентите (по структури на МУВарна)

Град	МУ-Варна	Брой анкетирани (n)
Варна	Катедра „Здравни грижи“	69
Шумен	Филиал	42
Велико Търново	Филиал	23
Сливен	Филиал	16

Четвърта група – експерти от държавна и общинска администрация, Медицински университет - Варна, ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“ и ШУ „Епископ Константин Преславски“ (n =30) в (табл. 4)

Табл. 4. Разпределение на експертите по институции

Експерти	Брой анкетирани (n)
Държавна администрация	9
Общинска администрация	13
Хабилитирани преподаватели	8

Логически единици

➤ **Първа логическа единица** – всеки медицински и немедицински специалист, практикуващ в социална услуга за деца с увреждания, предоставяща интегрирани грижи на детето и семейството.

➤ **Втора логическа единица** - всеки родител на дете с увреждане, ползващ интегрирани грижи .

➤ **Трета логическа единица** - всяка студентка – дипломантка, IV курс, специалност „Медицинска сестра“, випуск 2020, 2021 година в Медицински университет – Варна.

➤ **Четвърта логическа единица** –всеки експерти

Две групи:

- **Всеки директор** на: Дирекция „Социални дейности и здравеопазване“, Директор на Дирекция „Социално подпомагане“ и началник отдел “ Закрила на детето“, работещ в Община Велико Търново,

Ловеч, Габрово, Русе и Силистра;

Всеки хабилитиран преподавател от следните катедри:

- Катедра „Здравни грижи“, Медицински университет - Варна и Филиалите в Шумен и Сливен, водещи обучение по дисциплините: „Сестрински грижи в педиатрията“, „Сестрински грижи за деца и възрастни с увреждания“, „Сестрински грижи по домовете“ ;

- Катедра „Организация и методология на социалната работа“; Стопански факултет, ВТУ ”Св. Св. Кирил и Методий”, гр. Велико Търново;

- Катедра „Социална работа“, Педагогически факултет, ШУ „Епископ Константин Преславски“.

Признаци на логическите единици

Признаци на първа и трета логическа единица:

- отнасящи се до мнението на медицинските и немедицински специалисти, относно същността на понятието „интегрирани грижи“;

- свързани с формулиране функциите на медицинската сестра при предоставяне на интегрирани грижи;

- свързани с мнението на медицинската сестра, относно предоставянето на интегрирани грижи на деца с увреждания и техните семейства в домашна среда;

- свързани с мнението на медицинската сестра относно необходимостта от провеждане на допълнителна специализация, насочена към предоставянето на интегрирани грижи за деца с увреждания и техните семейства.

Признаци на втора логическа единица

- свързани с мнението на родителите по отношение трудностите, които срещат при предоставяне на ежедневните грижи за децата си;

- свързани с мнението на родителите за ползване на професионална сестринска помощ в домашна среда;

- свързани с мнението на родителите за подкрепата и консултациите, които получават.

Признаци при четвърта логическа единица

- свързани с мнението на експерта относно необходимостта от включването на медицинската сестра като част от екипа по предоставяне на интегрирани грижи за деца с увреждания и техните семейства;

- свързани с мнението на експерта относно необходимостта от изработване на нови стандарти и критерии за здравни грижи, в съответствие с потребностите на децата и техните семейства;

- свързани с мнението на експерта относно практическата приложимост на Алгоритъм за предоставяне на услуги за деца в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания.

Място на проучването.

Проучването се проведе на територията на **Северен централен район:**

1. Социални услуги за деца с увреждания и техните семейства за проучване мнението на специалисти и родители:

- ✓ Дневен център за деца и младежи с умствени увреждания;
- ✓ Дневен център за деца и младежи с увреждания ;
- ✓ Комплекс за социални услуги за деца и семейства;
- ✓ Обединени детски услуги “Слънчо“;
- ✓ Център за социална рехабилитация и интеграция
- ✓ Дом за медико- социални грижи;
- ✓ Общностен център “ Царевград“;
- ✓ Центрове за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания.

2. Дирекция "Социални дейности и здравеопазване", Дирекция „Социално подпомагане“, ВТУ „Св.св. Кирил и Методий“, ШУ „ Епископ Константин Преславски“ за проучване мнението на експерти.

3. Медицински университет Варна за проучване мнението на експерти и студенти от специалност “Медицинска сестра“

Организация на проучването

Проучването се проведе в периода м. юли-м. октомври 2020г след получаване на разрешение от Комисията по етика на научните изследвания към МУ- Варна(*Решение №92/02.04.2020г.*).

Основната част от проучването е извършено самостоятелно от автора. Привлечени за сътрудници са ръководители на социални услуги за деца с увреждания и експерти от Дирекция „Социални дейности и здравеопазване” от избраните Общини от Северен Централен район, тъй като почти всички услуги, предлагащи интегрирани грижи за деца с увреждания и техните семейства се управляват от Общините.

При проучване мнението на студентите - дипломанти използвахме сътрудничеството на асистенти от Катедра ”Здравни грижи” на МУ- Варна, Филиалите в гр. Шумен и Сливен

Всички подбрани сътрудници предварително бяха запознати с целта и методиката на проучването (табл. 5).

Табл. 5. Сътрудници на проучването

Група респонденти	Сътрудници
Първа група (медицински и немедицински специалисти, работещи в СУ за деца с увреждания)	Ръководители на СУ и експерти от Дирекция ”Социални дейности и здравеопазване, докторанта
Втора група (родители на деца с увреждания)	Ръководители на СУ
Трета група (студенти- дипломанти)	Докторанта и курсови ръководители
Четвърта група(експерти)	Докторанта

По своя характер проучването е комплексно емпирично социологическо изследване с използване на анкетен метод, стандартизирано интервю и документален метод.

Проучването сред специалистите се проведе в реална работна среда при спазване на изискванията за доброволност, анонимност и непреднамерен подбор на участниците.

Родителите са анкетирани във времето определено за водене или вземане на децата от социалните услуги (СУ). Предвид ситуацията, че проучването се проведе в обстановка на ограничен достъп до СУ, една част от анкетите са попълнени и в дома на родителите. Участието им е анонимно и доброволно.

Проучването се проведе в четири етапа, като са определени използван инструментариум, място и период на провеждане, представени в табличен вид (табл.6).

Табл. 6. Етапи на проучването

етап	Дейности	Инструментариум	Място за провеждане	Време
1.	Проучване актуалността на проблема; формулиране на темата; определяне на цел, задачи, обект и предмет на проучването; разработване на хипотези, на инструментариум за провеждане на проучването; подготовка на литературния обзор.	Литературни източници по темата, статии, доклади, публикации (вкл.международни), нормативни документи	гр.Велико Търново	септември 2018г. декември 2019 г.
2.	Провеждане на анонимно анкетно проучване на мнението на медицински и немедицински специалисти от СУ, родители на деца с увреждания, студенти-дипломанти, експерти от социалната сфера в	Анкетна карта №1 медицински и немедицински специалисти от СУ	гр.Велико Търново гр.Ловеч гр.Габрово, гр.Русе гр.Силистра	м.юли м.септември-2020г
		Анкетна карта №2 студенти- дипломанти	гр.Варна, гр.Велико Търново	м.юли- м.септември

	държавна и общинска администрация и университетски преподаватели		гр.Шумен гр.Сливен	2020г
		Анкетна карта №3 родители на деца с увреждания	гр.Велико Търново гр.Ловеч гр.Габрово, гр.Русе гр.Силистра	м.юли - м.октомври-2020г
		Въпросник№1 експерти	гр.Велико Търново гр.Ловеч гр.Габрово, гр.Русе гр.Силистра	м.септември- м.октомври-2020г
3	Обработка и анализ на получените данни чрез подбраните методи на анализа	SPSSv. 20.0	гр.Велико Търново	м.ноември -2020г- м.януари -2021г
4	Описание на резултатите: Обобщените данни ще бъдат подробно описани с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимости	SPSSv. 20.0 Microsoft Office Excel	гр.Велико Търново	м.февруари- м.април 2021г

1.3. Инструментариум на проучването

За осъществяване на целите и задачите на проучването е разработен собствен инструментариум:

- **Анкетна карта №1** - за проучване на мнението на специалисти от социалните услуги за деца с увреждания по изследваните признаци. Анкетната карта съдържа 25 въпроса (19 закрити, 4 полузакрити и 2 отворени), групирани по следния начин в 4 групи (табл.7.).

Табл. 7. Разпределение на въпросите в Анкетна карта №1

<p>Първа група – свързана с информираността на специалистите за същността и значението на интегрираните грижи и ролята на медицинската сестра като част от мултидисциплинарния екип при предоставяне на интегрирани грижи при деца с увреждания и техните семейства.</p>
<p>Втора група - свързана с компетенциите на медицинската сестра и необходимостта от допълнителна специализация за работа в услуги, предоставящи интегрирани грижи.</p>
<p>Трета група - отразява мнението им относно бариерите за въвеждане на интегрирани грижи в нас и ефекта от разработване на Алгоритъм за предоставяне на услуги в ЦКОДУХЗ</p>
<p>Четвърта група – проучва социално - демографските характеристики</p>

- **Анкетна карта №2** - за проучване на мнението на дипломанти по изследваните признаци. Анкетната карта съдържа 23 въпроса (18 закрити, 3 полузакрити и 2 отворени), групирани по следния начин в четири групи (табл.8.).

Табл. 8. Разпределение на въпросите в Анкетна карта №2

<p>Първа група – свързана с информираността на студентите за същността и значението на интегрираните грижи и ролята на медицинската сестра като част от мултидисциплинарния екип при предоставяне на интегрирани грижи при деца с увреждания и техните семейства</p>
<p>Втора група- отразява самооценката на студентите за тяхната подготовка и мотивацията им за работа с деца с увреждания и техните семейства</p>
<p>Трета група - отразява мнението им относно потребността от допълнителна специализация във връзка с работата в интегрирани услуги</p>
<p>Четвърта група - проучва социално-демографските характеристики</p>

- **Анкетна карта № 3** – за проучване мнението на родителите. Анкетната карта съдържа 23 въпроса (17 затворени, 4 полузатворени и 2 отворени), групирани по следния начин в 3 групи (табл.9.).

Табл. 9. Разпределение на въпросите в Анкетна карта №3

Първа група – отразява мнение на родителите за ролята на медицинската сестра като част от екипа, предоставящ, интегрирани грижи за деца с увреждания и техните семейства.
Втора група – отразява мнение на родителите, относно трудностите, които срещата в грижите за децата си.
Трета група - представят социално -демографските характеристики на изследваните лица.

- **Въпросник** - за провеждане на стандартизирано интервю с експерти. Съдържа 13 въпроса (11 закрити открити, 2 полузакрити), групирани по следния начин в три групи (табл.10.).

Табл. 10. Разпределение на въпросите във Въпросник №1

Първа група – отразява мнението им относно ролята на медицинската сестра в екипа по предоставяне на интегрирани грижи.
Втора група отразява мнението им относно необходимостта от изработване на нови стандарти и критерии за здравни грижи, в съответствие потребностите на децата и техните семейства и Алгоритъм за предоставяне на услуги за деца в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания.
Трета група - проучва социално - демографските характеристики

1.4. Източници за набиране на информация.

- Мнение на медицински и немедицински специалисти от социалните услуги за деца с увреждания изследвани чрез анкетна карта;

- Мнение на студенти дипломанти, обучаващи се по специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет „Професор д-р Параскев Стоянов“ – гр. Варна чрез анкетна карта;
- Мнение на родители на деца с увреждания чрез анкетна карта;
- Мнение на експерти чрез въпросник;
- Достъпни национални и международни нормативни документи, свързани със здравеопазването, социални дейности, сестринската наука и сестринската практика, ранно детско развитие (ЗЗ,ЗЛЗ, ЗСУ,ППЗСП, ЗЗД,ЗЛП);
- Законова рамка, регламентираща обучението и практиката на медицинската сестра в България;
- Достъпна научна литература – проучвания на наши и чужди автори по проблема за ранно детско развитие и ранна интервенция;
- Документи на СЗО и УНЦЕФ.

1.5. Методи на проучването

Целта на настоящото проучване наложи използването на разнообразни *социологически методи*:

- **Документален метод** - Проучване на национални и международни литературни източници, документи и нормативни актове, свързани с предоставяне на интегрирани грижи при деца с увреждания и техните семейства

- **Анкетен метод** – използвани са преки индивидуални анкети. Изготвени са три отделни анкетни карти за проучване мнението на медицински и немедицински специалисти, работещи в социални услуги за деца с увреждания и техните семейства; родители на деца с увреждания, студенти-дипломанти, специалност "Медицинска сестра“;

- **Стандартизирано интервю** с експерти от държавна и общинска администрация и университетски преподаватели по предварително

подготвен въпросник.

С оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им е приложен комплекс от *Статистически методи*.

- **Дескриптивен анализ** за представяне на честотни разпределения;
- **Параметрични и непараметрични тестове** - за оценка на хипотези – статистическо сравнение χ^2 анализ за проверка на хипотези за връзка между качествени променливи. Критичното ниво на значимост в изследванията е $\alpha = 0,05$;

- **Вариационен анализ** - измерва различията в съвкупността по определен признак. Измерване на показателите средноаритметична стойност (\bar{x}), Мода и медиана на статистическия ред и средно квадратичното отклонение.;

- **Корелационен анализ** – за установяване на степен на свързаност между две променливи. Измерване на коефициент на Пийърсън (r), за установяване и определяне на степен на праволинейна корелационна зависимост между количествени променливи и коефициент на Стюдант за качествени променливи;

- **Графичен анализ** – показва графично обработените от анкетата данни. За графичния анализи са използвани MS Excel 2019 и IBM Statistics 19.

2. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

2.1. Социално-демографска характеристика на изследваните лица.

✓ Медицински и немедицински специалисти

Проучването бе проведено сред медицински и немедицински специалисти (n=300), предоставящи интегрирани грижи за деца с увреждания и техните семейства в градове от Северен Централен район - Велико Търново, Свищов, Дебелец, Русе, Габрово, Ловеч и Силистра, относно ролята на медицинската сестра в мултидисциплинарния екип, предоставящ интегрирани грижи.(фиг.1)



Фиг.1 Изображение на Северен централен район

За целите на научното изследване е проучена социално-демографска характеристика на специалистите (табл.11).

Табл. 11. Социално-демографска характеристика на специалистите

Социално-демографска характеристика	n (брой)	%
Град	n (брой)	%
Велико Търново	44	14.67%
Свищов	12	4%
Дебелец	35	11.67%
Русе	89	29.67%
Габрово	56	18.67%
Ловеч	32	10.67%
Силистра	32	10.67%
Базово образование	n (брой)	%
Медицински специалисти	116	38.7%
лекар	4	1,3%
мед. сестра	57	19,0%
рехабилитатор	23	7,7%
кинезитерапевт	32	10,7%
Възраст	n (брой)	%
25-35 год.	8	6.8%
36-45 год	13	11.2%
46 -55 год.	35	30.17%
Над 55 год.	55	47.4%
Не посочили възраст	5	4.3%
Професионален стаж	n (брой)	%
1-5 год.	5	4,3%
6- 10 год.	25	21,5%
над 10 год.	83	71,5%
Неотговорили	3	2,6%
Немедицински специалисти	184	61.33%
психолог	32	17,39%
логопед	25	13,58%
социален работник	60	32,6%
специален педагог	47	25,5%
други	20	10,9%
Възраст	n (брой)	%
25-35 год.	53	28,8%
36-45год.	68	36,9%
46 -55 год.	33	17,9,7%
Над 55 год.	26	14,13%

Не посочили възраст	4	2,17%
Професионален стаж	n (брой)	%
1-5 год.	93	50.5%
6- 10 год.	65	35,3%
над 10 год.	21	11.4%
Неотговорили	5	2,7%

По местоживееене най-голям е делът на специалистите от Област Велико Търново (30.33%). Освен в областния град проучването се проведе в гр. Дебелец, и гр. Свищов поради факта, че в гр. Дебелец се намира ДМСГД, а ДЦДУ в гр. Свищов предоставя иновативни практики в грижите за деца с увреждания.

По отношение на базовото образование, 38.7% от респондентите са с медицинско образование - лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, кинезитерапевт. Делът на медицинските сестри е $\frac{1}{2}$ от тези медицинските специалисти (19%). Немедицинските специалисти съставляват 61.33% от анкетираните, като най-голям е делът на социалните работници (32.6%), следвани от специалните педагози (25.5%). Една част от специалистите имат повече от една специалност. В разписаните дейности, които се предоставят от социалните услуги за деца с увреждания се дава превес на: рехабилитацията и интеграция на децата, формиране на умения за самостоятелен живот, информирание и консултиране на родителите на децата с увреждания относно спецификата на конкретното увреждане на тяхното дете, поради което преобладават немедицинските специалисти.

Възрастовата граница на анкетираните респонденти е в интервала 25 и над 55 години, като $\frac{3}{4}$ от тях са на възраст от 25 - 55год. Това е активна възраст, която предполага справяне с многообразието от функции, които изпълняват и възможности за управление на промените, приемане на предизвикателства и овладяване на трудностите.

При немедицинските специалисти 83.6% попадат във възрастова група от 25 - 55год. Това са психолози, педагози, социални работници, логопеди и др.

От групата на медицинските специалисти (47,41%) са на възраст над 55 год., което съвпада с общата картина в страната, относно средната възраст на работещите в сферата на здравеопазването.

С професионален стаж повече от 10 год. са $\frac{3}{4}$ от медицинските специалисти, докато при немедицинските със професионален стаж от 1-5 год са $\frac{1}{2}$ от тях. Можем да обобщим, че с професионален стаж над 10 год са 82.9% от всички специалисти, работещи в интегрираните услуги. Това можем да си обясним с факта, че през последните 10 – 15 години успешно започна да се реализира процеса на деинституционализация, в резултат на което се разкриват услуги за деца с увреждания, отглеждани в семейна или близка до семейната среда.

✓ **Експерти**

За целта на научното изследване беше проучено мнението на експерти (n=30) от държавна, общинска администрация и хабилитирани преподаватели (табл.12.).

Табл. 12. Социално-демографска характеристика на експерти

Социално-демографска характеристика на експерти		
Месторабота	n	%
Държавна администрация	9	30,0%
Общинска администрация	13	43,3%
Висше училище	8	26,7%
Трудов стаж	n	%
5-10 г	2	6,7%
10-15г	7	23,3%
повече от 15 г	21	70,0%
Град	n	%
Велико Търново	7	23.3%
Силистра	4	13.3 %
Ловеч	4	13.3%
Варна	3	10%
Шумен	4	13.3%
Габрово	4	13.3%
Русе	4	13.3%

Най-голям е делът на експертите от общинска администрация (43.3%), следвани от държавна администрация и хабилитирани преподаватели. Това се дължи на факта, че всички социални услуги в които е проведено проучването са държавно делегирани дейности и се управляват от съответната община. Стажът на експертите е друг значим фактор, който имахме възможност да проучим. Почти $\frac{3}{4}$ от експертите са с трудов стаж над 15 год.(70%), а 23.3% от респондентите са с трудов стаж от 10-15 г. По отношение разпределението по градове най-голям е делът на експертите от гр. Велико Търново (23.3%). В останалите градове е почти еднакъв делът на проучените лица (13.3%).

✓ Родители

В проведеното проучване включихме родители на деца, посещаващи социални услуги в общността и от резидентен тип (n=240), (табл. 13).

Табл. 13. Социално-демографска характеристика на родителите

Социално-демографска характеристика на родителите		
Възраст	n	%
20- 25 г.	10	4,2%
26- 30 г.	32	13,3%
31- 35 г.	71	29,6%
Над 35 г.	127	52,9%
Образование	n	%
Висше	106	44,2%
Полувисше	19	7,9%
Средно	100	41,7%
Основно	10	4,2%
Непосочили	5	2,1%
Град	n	%
Велико Търново	43	18.92%
Дебелец	20	8.41%
Свищов	15	6.28%
Русе	80	33.33%
Силистра	16	6.81%
Габрово	44	18.36%
Ловеч	22	9.17%

Образованието на родителите е важен фактор, който може да има отношение към качеството на предоставяната грижа за детето в семейството. Най- висок е дялът на родителите с висше и полувисше образование (52,1%), следвани от тези със средно образование (41,7%), което предполага добра информираност, своевременно търсене на консултации и адекватна подкрепа. Малка част от респондентите са с основно образование (4.2%). Почти ½ от родителите са на възраст над 35год, а само 4.2% от изследваните лица са на възраст от 20 – 25 години. Образованието и възрастта оказват важно влияние за отговорното родителство.

✓ Студенти

За реализиране целите на проучването е проведено анкетно проучване сред студенти - дипломанти от специалност „Медицинска сестра”, от Катедра „Здравни грижи”, МУ- Варна и Филиалите в гр. Велико Търново, гр. Шумен и гр. Сливен (n=150), (табл.14).

Табл. 14. Социално- демографска характеристика на студентите

Социално- демографска характеристика на студентите		
Възраст	n	%
18-20 г.	3	2,0%
20-25 г.	102	68,0%
25- 30 г.	10	6,7%
над 30 г.	35	23,3%
Пол	n	%
Жена	145	96,7%
Мъж	5	3,3%
Място на обучение	n	%
гр. Варна	69	46,0%
гр. Велико Търново	23	15,3%
гр. Сливен	16	10,7%
гр. Шумен	42	28,0%

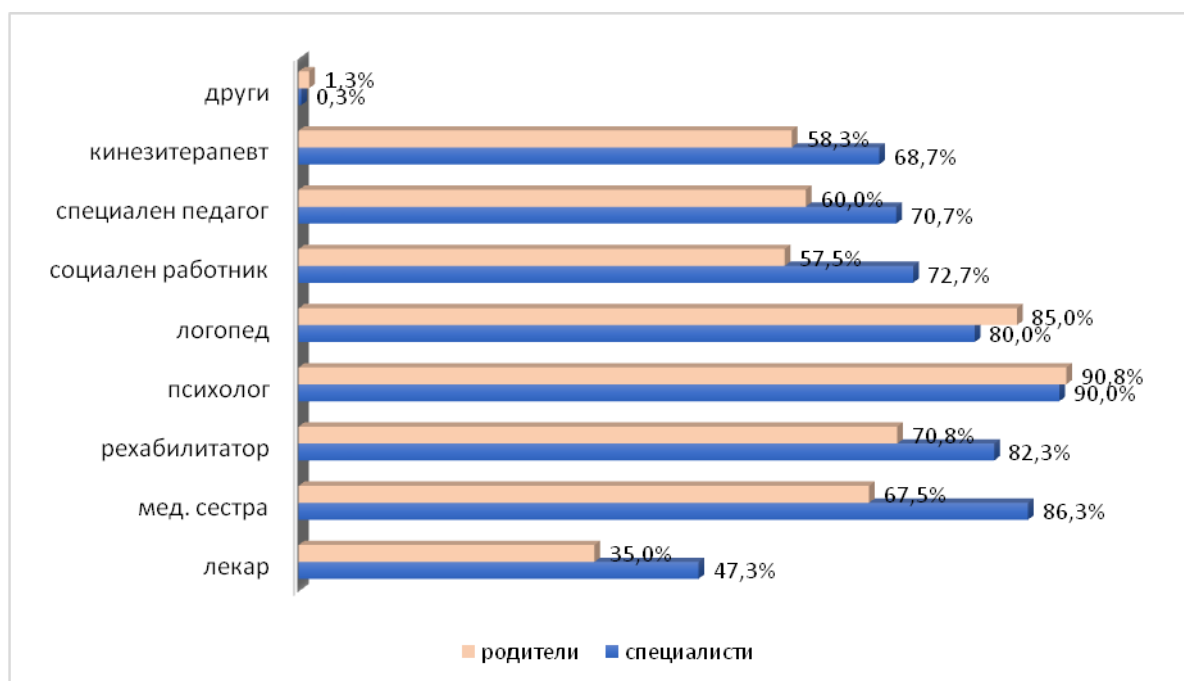
Най-голям е дялът на студентите от Катедра „Здравни грижи”- МУ Варна (46%), следвани от студентите на Филиал-Шумен (28.%) Преобладаващата част от анкетираните са на възраст между 20-25г.(68%) и почти $\frac{1}{4}$ от респондентите са на възраст над 35год.Тези данни ни показват, че изборът на професията е осъзнат и добре обмислен акт и преди всичко това е професия-призвание.

2.2. Роля и място на медицинската сестра в екипа по предоставяне на интегрирани грижи.

Появата на дете с увреждане в семейството променя начина на живот и взаимоотношенията. За да се запази и съхрани равновесието си е

необходима помощта на специалистите и подкрепата на обществото. За предоставянето на качествени грижи от голямо значение са професионалните знания и умения на специалистите, работещи с деца с увреждания и техните семейства. Добрата подготовка и компетентност са предимство за въвеждане на новия модел на интегрирани услуги, а това би намалило организационната съпротива при осъществяване на промените и би осигурило адекватното им функциониране. **Холистичният подход** е основен принцип на работата в мултидисциплинарния екип, където при взимането на решения се зачитат личността и желанията на детето, участват родителите и важните за детето фигури, привличат се необходимите специалисти, според потребностите и възможностите на детето. При този модел за работа в центъра са поставени интересите на детето, а участие в грижите взимат всички важни за детето институции, служби и организации.

За нас беше важно да проучим мнението на две групи респонденти-специалисти и родители относно специалистите, които трябва да бъдат включени в екипите по предоставяне на интегрирани грижи (фиг.2).

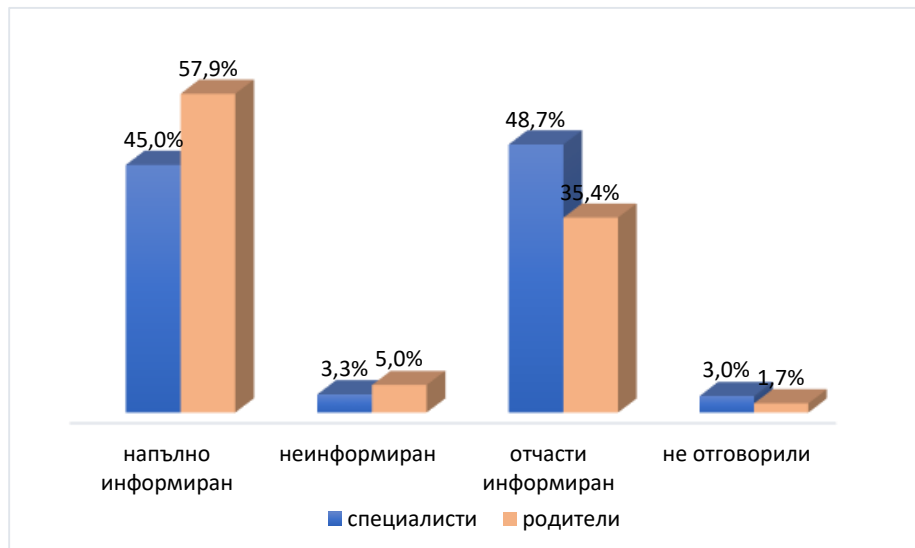


Фиг.2. Членове на МДЕ (сравнителни данни)

За родителите на децата с увреждания от специалистите с най- голямо значение са психологът (90,8%), с относително висок дял като член на екипа са посочили логопеда (85,0%) и рехабилитатор (70,8%). Едва 1/3 от тях са на мнение, че е необходимо включване на лекар, докато 2/3 са на мнение, че е необходимо за децата да се грижи и медицинска сестра (86.3%).

В последните години се променя нормативната рамка (в секторите здравеопазване, образование и социални услуги). България е в началото на апробирането на този интегриращ подход и всеки модел от практиката, който акумулира професионален опит, допринася за развитието на ефективна социална политика.

Относно прилагането на интегрирания подход в грижите за деца с увреждания за нас беше важно да изследваме степента на информираност на родители и специалисти (фиг.3).



Фиг. 3. Степен на информираност (сравнителни данни)

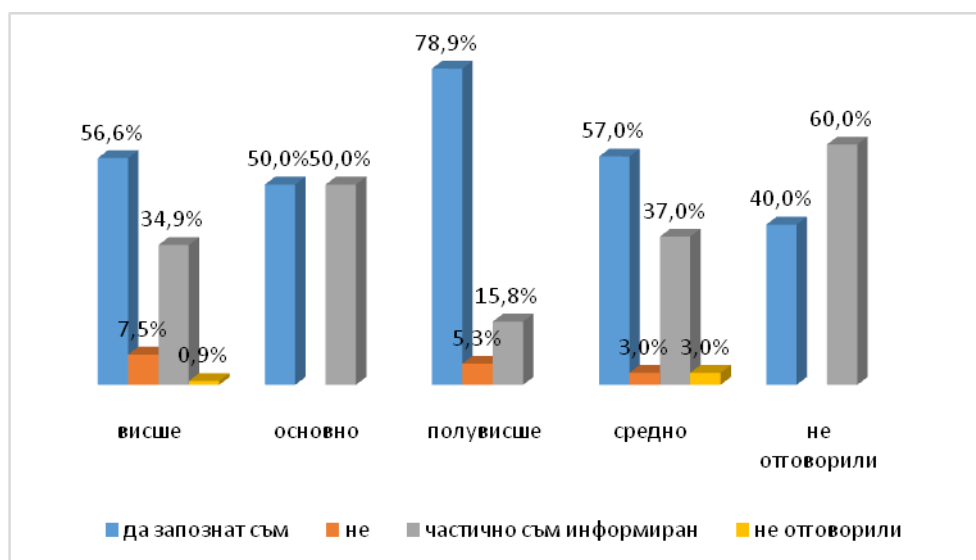
Високата степен на информираност на респондентите е вследствие на активния процес на деинституционализация и развитието на публично-частното партньорство в сектора на социалните услуги за деца в риск и техните семейства. Почти 1/2 от специалистите смятат, че „отчасти” са

информирани за необходимостта от прилагането на интегрирания подход (48.7%). Това можем да си обясним с факта, че една част от респондентите смятат, че са запознати с интегрираните услуги, като възможност за комплексна грижа за деца с увреждани и техните семейства, но не и за институциите, които могат да ги предоставят, реда и начина за ползването им. Друг фактор, който можем да отчетем, като оказващ влияние е, че за голяма част от тях, понятията ”здравни грижи“, „медицински грижи“, „социални грижи“ и „интегрирани здравно-социални услуги“ са почти еднозначни.

Повече от ½ родителите и 45% от специалистите са напълно информирани, относно прилагането на интегрирания подход. Данните от направения анализ показват, че има статистически значима разлика в степента на информираност ($n=540$, $\chi^2=11.750$, $p<0,001$, $r=-0.101$).

По-високата степен на информираност сред родителите смятаме, че се дължи на факта, че те използват много повече източници на информация, проучват нашия и чуждия опит.

Проучена е степента на информираност на родителите в зависимост от тяхното образование (фиг.4).



Фиг.4. Степен на информираност на родителите според образованието

От направения анализ установяваме, че няма статистически значима разлика в отговорите. Образованието на анкетираните не се отразява на мнението им ($n=240$, $\chi^2 = 10,375$, $r=0.06$)

Децата с увреждания и техните семейства имат нужда от помощта на медицинската сестра, но обществото ни все още не може да я възприеме като професионалист, който може да взема самостоятелни решения, да предоставя самостоятелни грижи по домовете, които да бъдат само и единствено в полза на пациента. По време на своето обучение медицинската сестра овладява знания и умения, което и позволява да притежава професионална компетентност за полагане на здравни грижи за здравия и болния човек, самостоятелно или във взаимодействие с лекаря да изпълнява задачи в различни сектори на здравеопазването, полагайки комплексни грижи за психическото, физическо и социално здраве, както и да взема решения относно изяви или потенциални проблеми на пациента или семейството.

Проучихме ролята на медицинската сестра според специалистите, работещи с деца с увреждания и техните семейства, (табл. 15).

Табл. 15. Роля на медицинската сестра при предоставяне на интегрирани грижи (според специалистите)

Дейности	Да		Не		Не мога да преценя	
	n	%	n	%	n	%
Подкрепяща специалистите	278	92,7	9	3,0%	13	4,3%
Обучаваща и консултираща децата и техните семейства	212	70,7%	17	5,7%	71	23,7%
Изпълняваща лекарски назначения	220	73,3%	13	4,3%	67	22,3%
Извършва домашни посещения	145	48,3%	30	10,0%	125	41,7%

*% надхвърля 100, тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от 1 отговор

За нас беше важно мнението на експертите по отношение ролята на медицинската сестра (фиг. 5).



Фиг.5. Роля на медицинската сестра при предоставяне на интегрирани грижи (според експертите)

* % надхвърля 100, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

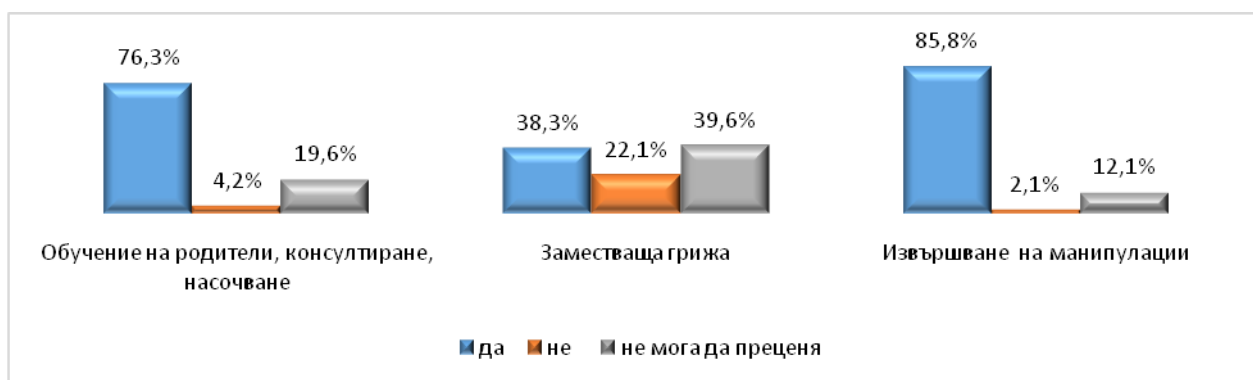
Специалистите и експертите виждат в лицето на медицинската сестра един подкрепящ ги специалист. У нас здравните грижи все още са организирани предимно институционално, докато в редица европейски страни, медицинската сестра има по-голяма свобода да предоставя грижи под различна форма, която е съобразена с индивидуалните потребности на детето и семейството.

За $\frac{3}{4}$ от специалистите медицинската сестра може да извършва обучение на децата и родителите и да изпълнява лекарски назначения. По отношение на домашните посещения, респондентите имат известни колебания, тъй като относителният дял на далите положителен отговор е почти равен с тези, които не могат да преценят. Това може би се дължи на факта, че към момента домашни посещения се извършват от медицинската сестра, която работи към ОПЛ.

Експертите чрез изразеното си мнение очертават автономната функция на медицинската сестра. Те посочват това което се очаква от

медицинската сестра, т.е. не само изпълнение на лекарски назначения, а провеждане на обучение, подкрепа на децата и техните семейства, извършване на домашни посещения, защото са запознати с новостите при подготовката на медицинската сестра с ОКС „бакалавър“.

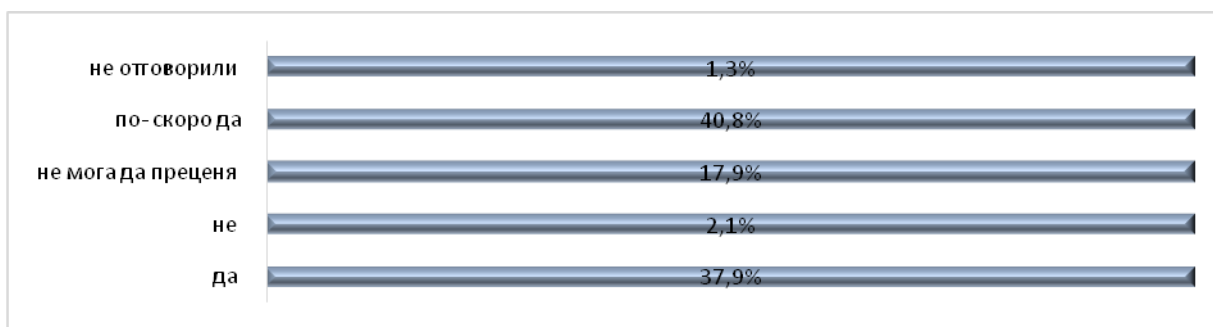
За целите на научното изследването проучихме мнението на родителите, относно възможността да ползват почасови и мобилни услуги, предоставени от медицинската сестра (фиг.6).



Фиг. 6. Мобилни услуги, ползвани от родителите

На обучение, консултиране и насочване отстрана на медицинската сестра биха разчитали 2/3 от родителите, а 85.8 % от тях биха предпочели медицинската сестра да извърши назначените манипулации в домашни условия. Едва 1/3 от родителите могат да се доверят на заместващата грижа. Този вид услуга е непозната за голяма част от анкетираните, тъй като към момента се предоставя само за деца с увреждания, настанени в приемни семейства.

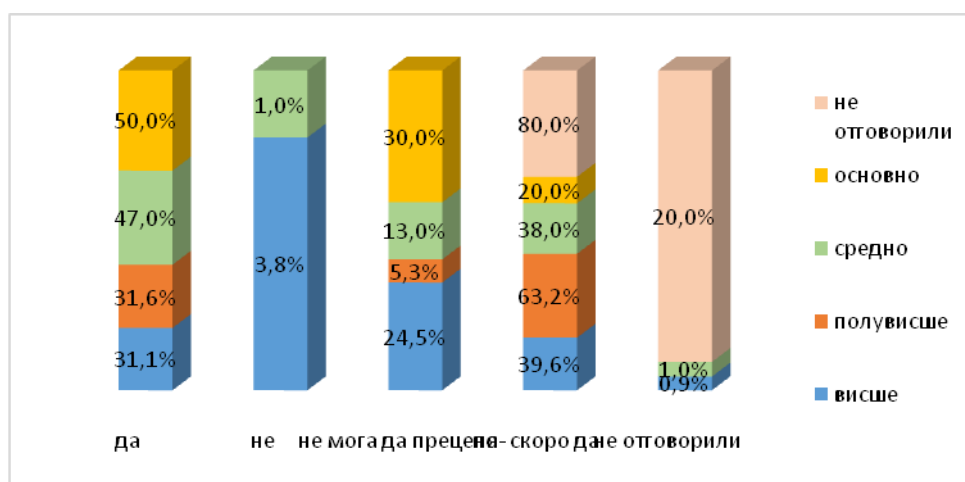
За целите на нашето проучване, попитахме родителите, дали включването на медицинската сестра в екипа би подобрило грижите за тяхното дете (фиг.7) .



Фиг.7. Мнение на родителите за ролята на сестра в подобряване качеството на грижата за деца с увреждания

Почти 80% от родителите смятат, че включването на медицинската сестра би подобрило грижите за детето им.

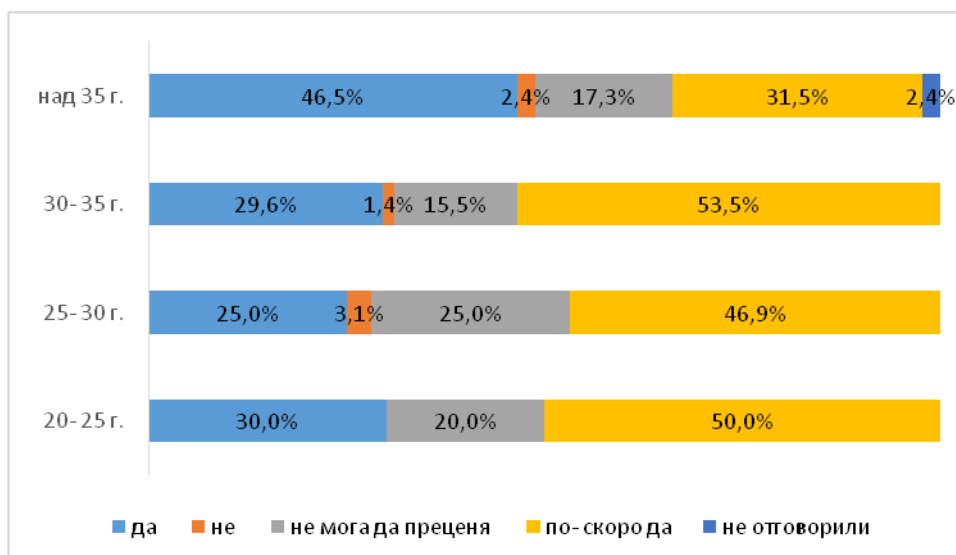
Изследвахме зависимостта между мнението на родителите и възрастта и степента на образованието им (фиг.8).



Фиг. 8. Мнение на родителите за ролята на медицинската сестра, относно подобряване качеството на грижата (според степента на образование)

От направения анализ установяваме, че няма статистически значима разлика в отговорите. Образованието на анкетираните не се отразява на мнението им ($n=240$, $\chi^2 = 36.064$, $r = -0.093$).

За целите на проучването изследвахме зависимостта между възрастта на родителите и мнението им за ролята на медицинската сестра, относно подобряване качеството на грижата (фиг. 9).

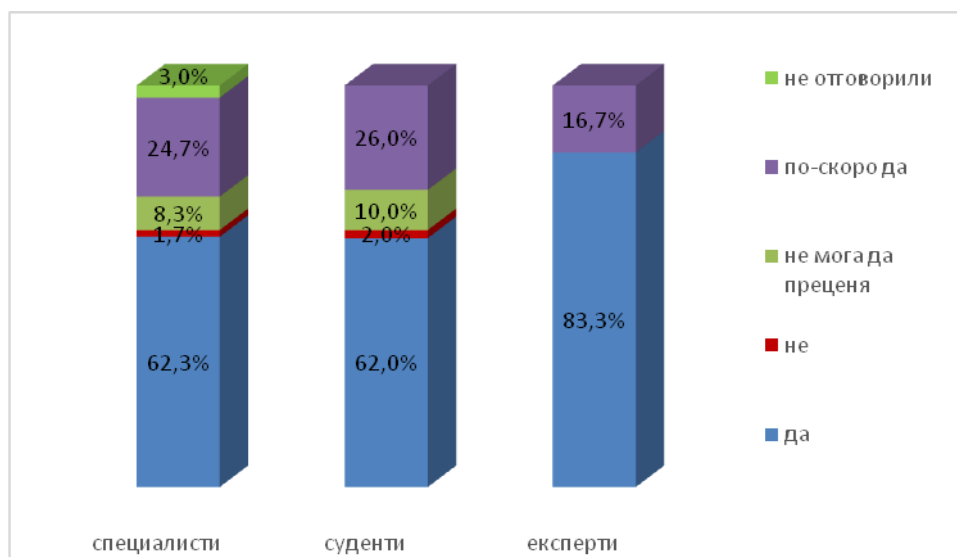


Фиг. 9. Мнение на родителите за ролята на медицинската сестра, относно подобряване качеството на грижата (според възрастта)

Резултатите от анализа показват, че няма статистически значима разлика в отговорите. Възрастта на анкетираните не се отразява на мнението им ($n=240$, $\chi^2=15.746$, $r=-0.134$).

През последните години обучението на медицинските сестри у нас се осъществява на основата на концептуалните модели. В резултат на подготовката, която получават могат да извършват оценка на индивидуалните потребности на всеки един пациент - здрав, болен или с увреждане и по този начин могат да му осигурят адекватни грижи. За съжаление все още обществото не може да възприеме медицинската сестрата като професионалист, който може да взема самостоятелни решения и тези решения да бъдат единствено в полза на пациента. По този начин системата на интегрираните грижи се лишава от значим ресурс.

За целите на проучването беше важно да сравним мнението на специалисти, експерти и студенти, относно включването на медицинската сестра в екипа и подобряване качеството на услугата (фиг.10).



Фиг. 10. Роля на медицинската сестра за подобряване качеството на услугата (сравнителни данни)

Според резултатите 83.3% от експертите отчитат приноса на медицинската сестра за подобряване грижите за деца с увреждания. За 2/3 от специалистите и студентите включването на медицинската сестра ще се отрази положително върху работата на екипа.

Специалистите имаха възможност да опишат в какво би се изразила помощта на медицинската сестра. Те са единодушни, че присъствието на медицинска сестра в екипа, би гарантирало "спокойствие на родителите", от друга страна ще се засили „доверието към тях”, дава „сигурност” за всички. Респондентите виждат в лицето на медицинската сестра специалистът, който ще ги „информира за заболяванията на децата, усложнения, както и потребности, породени от заболяването”. Разчитат на „бързата и адекватна реакция при влошаване състоянието на детето или възникнали спешни състояния”, а така също и да „обучат и останалите членове на екипа за поведение при спешни състояния”. Анкетираните споделят, че ще разчитат на компетентното мнение на медицинската сестра при изготвянето на плана за грижи за детето, а така също при обсъждане на случай с други специалисти. Освен в обучение и подкрепа на специалистите, от медицинската сестра се очаква да „консултира родителите” по отношение

грижите за децата, физиологичните промени, които настъпват при тях с възрастта, което от своя страна е свързано и с поведенчески реакции.

За специалистите ”не е възможно да си представят интегрирани услуги без участието на медицинската сестра.” Нейното присъствие ще „повиши ефективността”, а това неминуемо води до „по-добро качество”, което лежи в основата на интегрираните услуги. От друга страна, освен постигане на по-високо качество на услугата се цели и постигане на „живот с добро качество”, а така също и „качествена промяна в условията на живот, която ще се усети както от отделната личност, така и от общността като цяло”. Положителната оценка, която дават респондентите е основание да приемем, че присъствието на медицинската сестра в МДЕ е гарант за качеството на предоставената услуга (табл.16).

Табл.16. Значимост на дейността на медицинската сестра (сравнителни данни)

Дейности	Специалисти		Студенти		Родители		Експерти	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Важна част от ежедневието	154	51%	91	60.7%	87	36.3%	15	50%
С решаващо значение за грижите за детето	144	48%	59	39.3%	108	44.6%	15	50%
Не е важна	1	0.3%						
Маловажна	1	0.3%			1	0.8%		
Не мога да преценя					44	18.3%		

Едва 10% от анкетираните не могат да преценят приноса на медицинската сестра. Това са предимно възпитатели и помощник-възпитатели, чиято дейност е спомагателна, насочена преди всичко към организиране работата в групата. Според 1/5 от родителите се наблюдава известно колебание, относно ролята на медицинската сестра в интегрираните услуги.

В резултат на многообразните дейности, посочени от респондентите и отчетената значимост на работа на медицинската сестра в грижите за деца с увреждания и техните семейства се очертава необходимостта медицинската сестра да бъде включена в екипа предоставящ интегрирани грижи. Оценена е нарастваща ролята на медицинската сестра в комплексното обслужване на пациента и интегрираната екипна работа[95] .

Медицинската сестра със своята подготовка може да предоставя такива дейности, които да подкрепят ежедневието на детето и семейството, но към настоящия момент те са все още неприложими. Тези грижи се поемат от родителите, близките на семейството, като една част от тях са назначени като „лични асистенти” на детето.

Поради тази причина от медицинските специалисти се очаква да окажат помощ и подкрепа на децата и семействата, да има помогнат да намалят чувството на отхвърлени от обществото.

2.3. Компетентности на медицинската сестра за работа в интегрирани услуги.

Компетентността се определя като „съвкупност от знания, умения и навици, които специалистите придобиват по време на базовото си образование и могат да надграждат в процеса на работа“[170]. Базовото образование е основата, върху която медицинската сестра надгражда своята компетентност и се усъвършенства във времето. Тя притежава теоретични, практически и комуникативни знания и умения, което е предимство за въвеждане на новия модел на интегрирани услуги, а това би намалило организационната съпротива при осъществяване на промените и би осигурило адекватното им функциониране.

Изследвахме мнението на специалисти, експерти и студенти относно уменията и компетентностите, които трябва да притежава медицинската сестра, работеща в интегрирани услуги (табл.17).

Табл.17. Умения и компетентности на медицинската сестра за работа в интегрирани услуги (сравнителни данни)

Умения и компетентности	Специалисти		Експерти		Студенти	
	п	%	п	%	п	%
Умения за работа в екип	200	66,7%	12	40,0%	113	75,3%
Добри комуникативни умения	157	52,7%	10	33,3%	128	85,3%
Адаптивност и психологическа нагласа за работа в сферата на социалните услуги за деца с увреждания	224	74,7%	22	73,3%	115	76,7%
Познаване спецификата на социалната работа при деца с увреждания и техните семейства	160	56,0%	22	73,3%	110	73,3%
Способност за бързо вземане на точни решения при всякакви ситуации;	147	49,0%	9	30,0%	76	50,7%
Да познава и прилага действащата нормативна уредба в областта на здравното и социално законодателство	37	12,3%	8	26,7%	47	31,3%
Развито чувство на отговорност	135	45,0%	6	20,0%	72	48,0%

* % надхвърля 100, тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от 1 отговор

Според $\frac{3}{4}$ от респондентите най-важно е медицинската сестра да притежава адаптивност и психологическа нагласа за работа в сферата на социалните услуги за деца с увреждания. Адаптацията представлява процес на приспособяване на работещите към нови условия на работа. Времето необходимо за адаптация е строго индивидуално и се дължи на взаимодействието на съвкупност от личностни особености, теоретични и практически знания.

Експертите (73.7 %) и студентите (76.7%) споделят, че медицинската сестра трябва да е запозната със спецификата на социалната работа с деца с увреждания. Почти ½ от специалисти и експерти смятат, че е необходимо тя да умее да взема бързи решения при всякакви ситуации. С най-голямо значение са посочени: умения за работа в екип; адаптивност и психологическа нагласа за работа в сферата на социалните услуги за деца с увреждания; познаване спецификата на социалната работа при деца с увреждания и техните семейства.

За 85.3% от студентите от значение са комуникативните умения, които трябва да се съчетаят с добра теоретична подготовка в областта на общи и специални грижи, социално законодателство, детска психология и взаимодействие между всички членове на екипа.

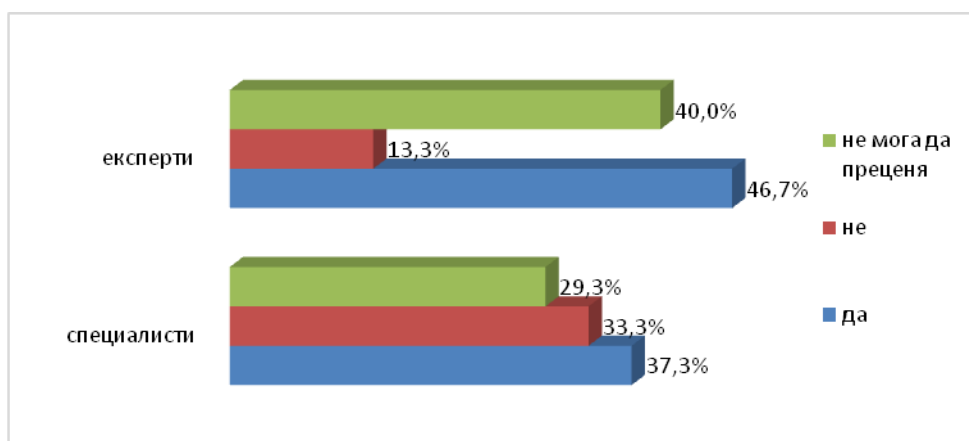
Основните функции на медицинската сестра са зависими, взаимозависими и автономни в състава на екипа, предоставящ грижи, независимо дали е в лечебно заведение, дома на пациента или социална услуга. Според СЗО тя осъществява сестрински грижи, обучава пациентите и сестринския персонал и развива сестринска практика с помощта на изследователска дейност [112,113].

Независимо къде работи медицинската сестра има ключова роля и осъществява дейности, основани на компетентностите, които притежава. Разширяването на нейните правомощия обосновава внедряването на нови форми на организация на труда. Все по - често се появяват термини като "сестрински процес", "сестринска диагноза", „клинично мислене". Съвременната концепция за сестринството е свързана с изграждането на навици и умения в медицинската сестра за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента/ потребител на услуга и прилагане на индивидуален подход в сестринските грижи [10].

2.4. Необходимост от допълнително обучение и специализация на медицинската сестра за работа в интегрирани услуги.

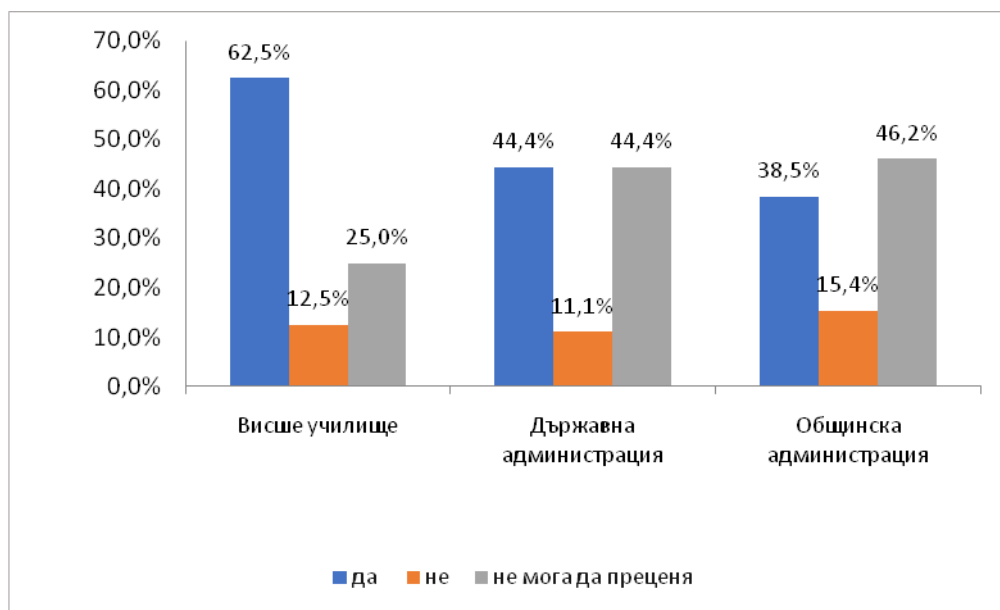
Според 1/3 от специалистите, базовите знания и умения, които притежава медицинската сестра са достатъчни за работа с деца с увреждания и техните семейства. Ниския дял на респондентите дали положителна оценка смятаме, че се дължи на факта, че много от тях не са запознати с дейностите, които може да предоставя медицинската сестра. Към момента това, което тя извършва в социалните услуги, не се вписва в новата визия на интегрираните грижи.

При експертите по-висок е дялът на изказалите положително мнение (46.7%), тъй като те са запознати с учебните планове и програми по които се обучава медицинската сестра (фиг.11).



Фиг.11. Достатъчност на базови знания и умения на медицинската сестра (сравнителни данни)

Проучихме доколко влияе местоработата на експертите върху мнението им, относно базовото подготовка на медицинските сестри (фиг.12).



Фиг.12. Достатъчност на базовите знания и умения на медицинската сестра (експерти от ВУ, ДСП и Общинска администрация)

Установихме, че няма статистически значими разлики в отговорите. Работещите в различни институции отчитат сходно мнение за обучението, което са получили медицинските сестри ($n=30$, $\chi^2=13213$, $r=0.190$).

Интерес представлява мнението на тритите групи респонденти-специалисти, студенти и експерти, относно необходимостта медицинската сестра да притежава допълнителна специализация "Медицинска сестра за социални дейности" във връзка с предоставянето на интегрирани услуги (табл. 18).

Табл.18. Необходимост от специализация "Медицинска сестра за социални дейности" (сравнителни данни)

Отговори	Специалисти		Студенти		Експерти	
	п	%	п	%	п	%
Да	68	22,0%	43	28,7%	9	30,0%
По-скоро да	112	36,7%	63	29,3%	15	20,0%
Не мога да преценя	120	38,3%	44	42,0%	6	50,0%

Работата с деца с увреждания е специфична, изисква допълнителни знания, умения, не само по отношение грижите за тези деца, но и познаване на нормативната уредба в областта на социалните грижи. Придобиването на специалност се свързва с усвояване на специфични знания и умения, необходими за предоставяне на здравни грижи на определени група лица. Половината от експертите, 38.3% от специалистите и 42,0% от студентите не могат да преценят необходима ли е допълнителна специализация на медицинската сестра за работа в интегрирани услуги. Специализацията е от значение за 1/3 от студенти и експрти и за 22,0% от специалистите. В резултат на съвместната работа специалистите установяват необходимост от провеждане на допълнителна специализация.

Придобиването на специалност се осъществява по Наредба 1/22.01.2015 г. Специализацията се осъществява от отделите по СДО към медицинските университети[69]. Изискването за специалност не е регламентирано в нормативни документи, отнасящи се до професионални дейности, при които за дадена длъжност се изисква допълнителна квалификация.

Преди да бъде въведена Наредбата за специализация през 2007г., беше извършена промяна в учебния план за обучение по регулираната професия „Медицинска сестра“, съобразно ЕДИ за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка” за ОКС „бакалавър”. [69]. С извършените промени в обучението се включи дисциплината - "Практически основи на сестринските грижи“, в която от трети до шести семестър последователно се изучават 14 поддисциплини. Сред тях са:

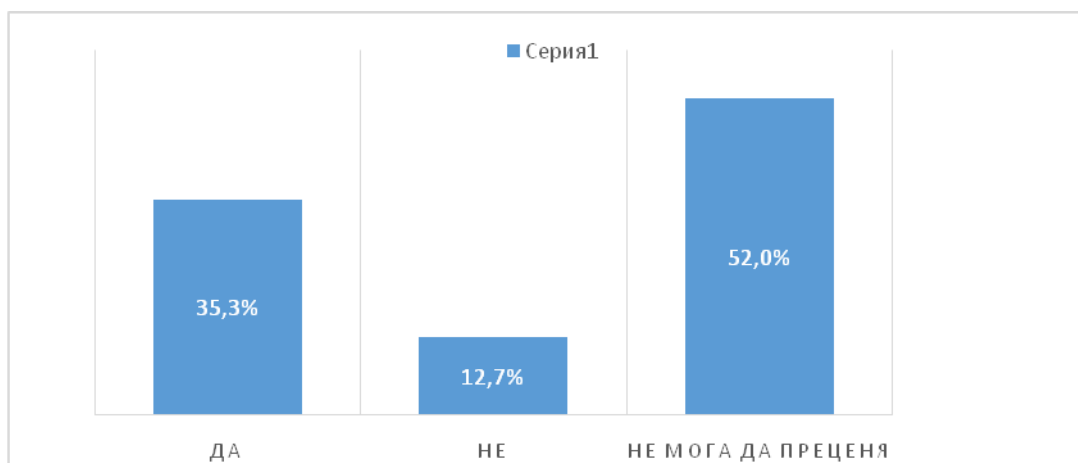
- ✓ **„Сестрински грижи при деца и възрастни с увреждания”** с общ хорариум **60 часа** (20 ч. теория и 40 ч упражнения), която се изучава в рамките на два семестъра (III-IV). Дисциплината е насочена към предоставяне на знания и формиране на умения в областта на сестринските грижи, насочени към лица с различни по вид и степен увреждане.

- ✓ **Сестрински грижи по домовете** с общ хорариум **60 часа** (20ч.теория и 40ч упражнения), която се изучава в рамките на два семестъра(V-VI).

При провеждане на клинична практика в ДМСГД/ЦКОДУХЗ, социални домове, ДЦДУ студентите имат възможност да се запознаят с дейността на медицинската сестра, комплексните грижи, които се предоставят на децата.

По учебен план за специалност "Медицинска сестра" тези две дисциплини, са с един от най-високия хорариум, което е предпоставка за добра базова подготовка в областта на грижите за деца с увреждания и такива предоставени по домовете. По време на своето базово обучение чрез изучаваните дисциплини медицинските сестри получават знания и практически умения относно спецификата на работа с деца с различни видове увреждания, техните родители, прилагане на техники на общуване.

За целите на нашето изследване проучихме нагласите на студентите-дипломанти за професионална реализация в сферата на грижите за деца с увреждания и техните семейства на база придобити знания и умения по време на своето обучение. (фиг. 13).



Фиг.13. Готовност за работа в интегрирани услуги

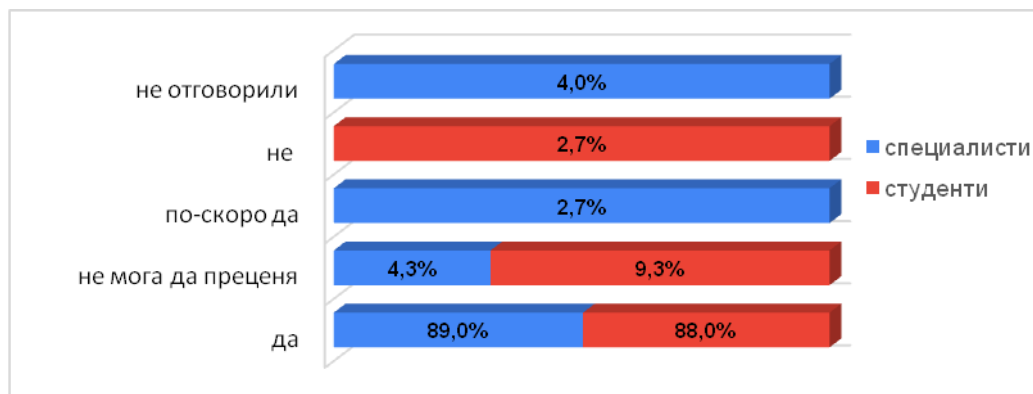
Въпреки емоционалното натоварване и затрудненията, които изпитват в осъществяване на комуникация с децата и техните родители по време на своето практическо обучение, 35.3% от студентите споделят за готовност да започнат работа в инетгрираните услуги.

Повече от половината на този етап не могат да преценят.

Работата с деца с увреждания е специфична и изисква допълнителни знания, умения, не само по отношение грижите за тези деца, но и познаване на нормативната уредба в областта на социалните грижи. В приетата Стратегията за осигуряване на равни възможности на хора с увреждания (2008-2015г.) е заложено „създаване на система за непрекъснато обучение и повишаване на квалификацията на персонала в специализирани институции за деца и хора с увреждания, с оглед прилагането на съвременните стандарти за медицински и социални грижи” [75].

Важен елемент от професионалната практика на медицинската сестра е поддържането на актуални знания и умения, както и непрекъснатото им разширяване. Според М.Александрова „бързото развитие на всички области на науката, в медицината и медицинските технологии също, налага непрекъснато обучение на здравните специалисти” [2].

Беше потърсено мнението на специалистите и студентите, относно необходимостта от поддържане и усъвършенстване на знанията и уменията на екипа, с цел подобряване качеството на работа (фиг.14).



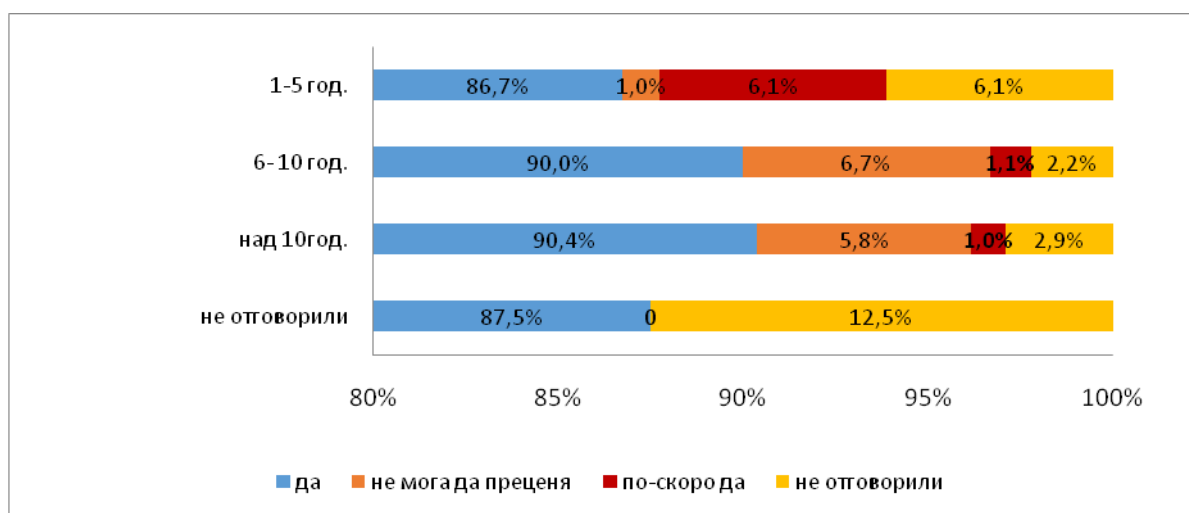
Фиг. 14. Необходимост от поддържане и усъвършенстване на знанията и уменията на екипа (сравнителни данни)

Обучението играе ключова роля в осигуряване на успеха на предоставяне на интегрираните услуги.

Относителният дял на далите положителен отговор е почти еднакъв

при двете групи респонденти (89% при специалистите и 88% при студентите). Много малка част от специалистите (4.3%) и 1/10 от студентите не могат да преценят необходимостта от поддържане на знанията и уменията.

За целите на нашето проучване изследвахме в каква степен стажът оказва влияние върху нагласите на специалистите за поддържащо обучение. (фиг. 15)



Фиг.15. Необходимост от поддържане и усъвършенстване на знанията и уменията на екипа (според стажа на специалистите)

Установихме, че няма статистически значима разлика в отговорите. Мнението на анкетираните относно поддържащото обучение на мед. сестри не зависи от натрупания трудов стаж. ($n=300$, $\chi^2 = 14.681$, $r = -0.071$).

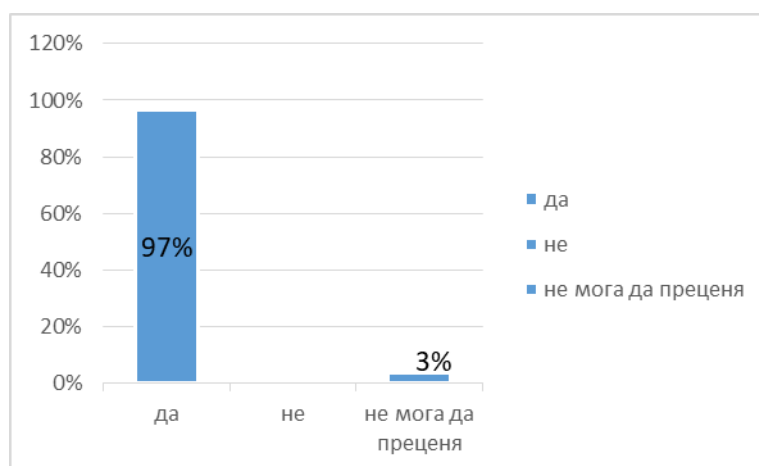
За нас беше важно да установим влияе ли образованието върху нагласите на респондентите за поддържащо обучение (табл.19).

Табл.19. Необходимост от поддържане и усъвършенстване на знанията и уменията на екипа (според образованието на специалистите)

Образование	Да	По-скоро да	Не мога да преценя	Не отговорили
Бакалавър n= 194	86.6%	3.6%	5.2%	4.6%
Магистър n=56	91.1%	0	3.6%	5.4%
Двете n=43	97.7%	2.3%	0	0
Не посочил образование n=7	88.7%	0	14.3%	0

Според резултатите няма статистически значима разлика в отговорите. Мнението на анкетираниите относно поддържащото обучение не зависи от степента на образование. ($n=300$, $\chi^2=9.165$, $r = -0.103$). Незначителната обратна корелационна зависимост се изразява в това, че анкетираниите с по-ниско или непосочили образование дали отговор "не мога да преценя" са по-голям процент от тези с по-високо образование.

От особено важно значение е мнението на експертите относно необходимостта от поддържането на знанията и уменията на целия екип. Тук виждаме един безспорен резултат - 97% от тях посочват тази необходимост. Мнението е споделено от представителите на висшите училища, общинска администрация, МТСП, ДАЗД, които организират голяма част от обучителните курсове и научните форуми (фиг. 16).



Фиг.16. Необходимостта от поддържане и усъвършенстване на знанията и уменията на екипа (според експерти)

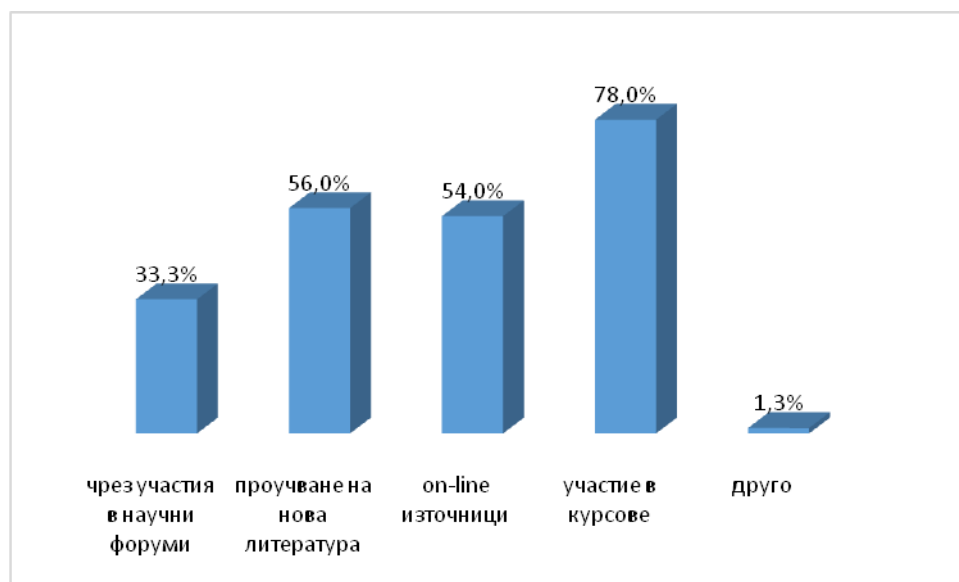
Изразеното мнение на специалистите относно необходимостта от провеждане на поддържащо обучение на екипите може да приемем като стремеж към самоусъвършенстване. Стремежът към личностно самоусъвършенстване може да се свърже с формирането на нагласи за обучение и самообучение. Т. Попов (2006) посочва, че „непрекъснатото образование е насочено не само към усвояване и разширяване на знания и умения, необходими за новите етапи на развитие на науката и

производството, но и към личностно и културно развитие” [2].

Следдипломната квалификация включва различни форми на обучение, даващи възможност за актуализиране на знанията и ефективно преодоляване на трудностите, породени в процеса на предоставяне на интегрирани грижи.

Когато обсъждаме възможностите за поддържане знанията и уменията на медицинската сестра от интегрираните услуги, трябва да се има предвид, че в този процес се включват специалисти от социална сфера и образование. Поради тази причина много често обучението може да се провежда и под формата на екипни срещи за обмяна на опит и съвети или сесии за обратна връзка между сътрудническите си партньори. По този начин участниците ще имат възможност да се учат един от друг чрез идентифициране на най-добрите практики и пропуски.

Проучихме кои форми предпочитат специалистите за поддържане на знанията и уменията си,(фиг. 17).



Фиг. 17. Начини за поддържане на знанията и умения на специалистите
*%надхвърля 100 тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от 1отговор

В дизайна на проучването дадохме възможност на респондентите да посочат повече от един отговор. Участията в курсове като начин за поддържане и усъвършенстване на знанията са предпочетени от близо 2/3 от

специалистите. Проучване на нова литература и използване на on-line източници предпочитат повече от 50% от специалистите. Дистанционната форма на обучение става все по-популярна в сравнение с традиционните присъствени форми. Участието в научни форуми е предпочетено като форма за поддържане знанията и уменията едва от 1/3 от работещите в интегрираните услуги.

Безспорна е нуждата от непрекъснато обучение и обновяване на знанията, умения и опит. В повечето европейски страни продължаващото медицинско образование е задължително. Медицинските сестри в повечето случаи надграждат знанията и уменията си по собствено желание. Отговорност за професионалното развитие и адаптация на медицинските специалисти според КТ е на работодателя, който трябва да внедри принципа на непрекъснато обучение и развитие на всички служители и да го превърне в стандарт за професионално израстване.

2.5. Родителите – част от екипа по предоставяне на интегрирани грижи.

В наши дни все повече родители поемат отговорността да се грижат за своето дете, което е с увреждане. Промените, които настъпват в тях са твърде значими и те имат нужда от подкрепа за приемане на тези промени и за справяне с трудностите, както и от достоверна и достъпна информация. Грижите за деца с увреждания изискват от родителите много търпение и психологическа нагласа, за да успеят да съхранят собственото си здраве и да полагат адекватни грижи за детето .”*Децата са битка от друг вид.....Битка без флагове или бойни рогове, но не по-малко яростна*”, Джордж Мартин.

Семейството е константа в живота на детето, те са най-значимият фактор в живота му, което оказва влияние и върху развитието му. При работата ни със семействата е важно да се наблегне на силните им страни,

които да се използват като ресурс за посрещане на потребностите. За да окажат адекватна подкрепа, специалистите трябва да са запознати с процесите, през които преминава семейството, да проявят уважение към тяхната религия, език, обичаи, социално-културно ниво. Всяко дете носи своята индивидуалност, като общо състояние и потенциал, което предопределя неговите специфични нужди. Когато едно дете се чувства закриляно от възрастния, това му дава чувство за подкрепа, научава се да се справя с всекидневните предизвикателства. Стабилните и грижовни взаимоотношения в семейството са жизнено важни за правилното развитие на детето.

Връзката между специалистите, разполагащи с експертно знание за детската грижа и родителите е потенциал за прилагане на семейно-ориентирания подход.

Имайки предвид разнообразието от семейства - като семейни модели, семейни взаимоотношения, материален, културен и социален капитал, ключова е постановката за индивидуализация на грижата като средство за ефективно общуване с родителите.

За целите на нашето проучване потърсихме информация от Агенция за социално подпомагане относно броя на деца с увреждания за периода 2018-2020 г в областите, включени в проучването (табл. 20).

Табл. 20. Брой деца с увреждания подпомагани по реда на чл.8 от ЗСП

Информация за брой деца с увреждания подпомагани по реда на чл.8 от ЗСП			
Области	2018 година	2019 година	2020 година
Велико Търново	794	810	827
Габрово	586	611	610
Ловеч	935	856	728
Русе	712	705	694
Силистра	402	389	392
общо	3429	3371	3251

(*Информацията е предоставена с писмо изх.№ 944-00-0108#1/ 25.05.2021 г. от АСП)

Във връзка с провеждане на нашето проучването потърсихме информация от Агенция за социално подпомагане, относно броя на децата от изследваните области, спрямо които е предприета мярка за закрила по реда на ЗЗД (табл.21).

Табл. 21. Брой деца с увреждания с предприета мярка за закрила по реда на ЗЗД

Информация за брой деца с увреждания, спрямо които е предприета мярка за закрила по реда на ЗЗД			
Области	2018 година	2019 година	2020 година
Велико Търново	29	41	26
Габрово	15	12	10
Ловеч	13	12	4
Русе	15	12	10
Силистра	16	9	13
общо	88	86	63

(*Информацията е предоставена с писмо изх.№ 944-00-0108#1/ 25.05.2021 г. от АСП)

За разлика от някои други държави, в България липсва цялостна статистическа информационна база от индикатори в областта на детското благосъстояние. Това е един от сериозните дефицити, възпрепятстващи информационната обоснованост, върху която следва да се изграждат политиките към децата и семействата.

За нас беше важно да установим какъв е относителния дял на децата с увреждания в изследваните области. За целта направихме справка по данни НСИ за детското население от Северен централен район. Обобщението е направено от автора въз основа на данни, получени от АСП и НСИ (табл.22).

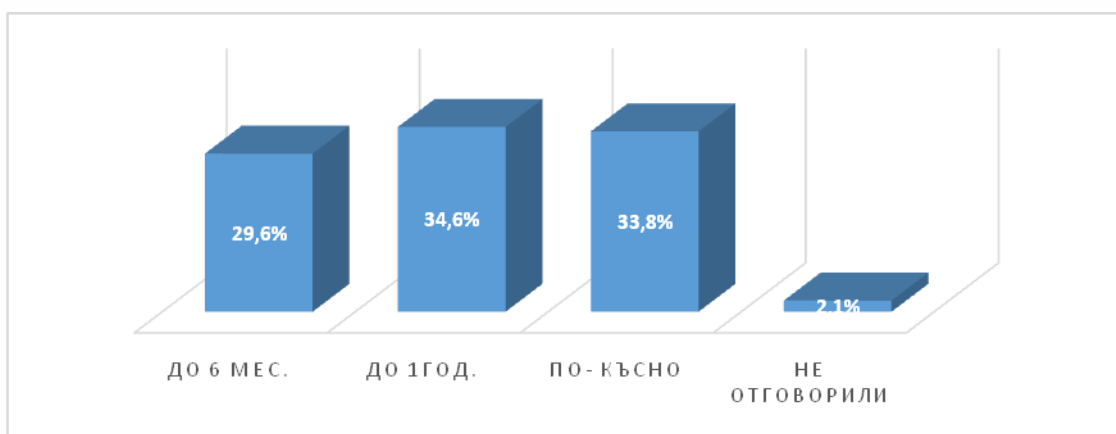
Табл. 22. Относителен дял на деца с увреждания в изследваните области за 2020 г.

Области	Общ брой детско население	Деца с увреждания п	Относителен дял %
Велико Търново	39 366	853	2.16%
Габрово	16 468	620	3.76%
Ловеч	22 157	732	3.30%
Русе	36 344	704	1.94%
Силистра	19 659	405	2,06%

Според данните можем да обобщим, че за 2020 година децата с увреждания в изследваните области представляват 2,51% от детското население за Северен Централен район.

Една част от уврежданията могат да бъдат констатирани непосредствено след раждането. Други се проявяват на по-късен етап от развитието на детето и проявленията им не са толкова ясни, че категорично да сочат за наличие на увреждане налагащо интервенция. Затруднения настъпват когато тези проявления се пречупват през идеализираните представи и надежди на родителите за тяхното дете. И тук възниква въпросът по какъв начин и от кого да се изследва детето, за да се установи съществува ли необходимост от специализирана подкрепа. Ролята на системата за здравни грижи е ключова за разпознаването, идентифицирането и придружаването на проблемите на едно дете със специални потребности в ранна възраст.

За целите на изследването проучихме мнението на родителите относно възрастта на която е установен проблем в развитието на тяхното дете (фиг.18).



Фиг. 18. Възраст на децата когато родителите са установили отклонение в развитието им

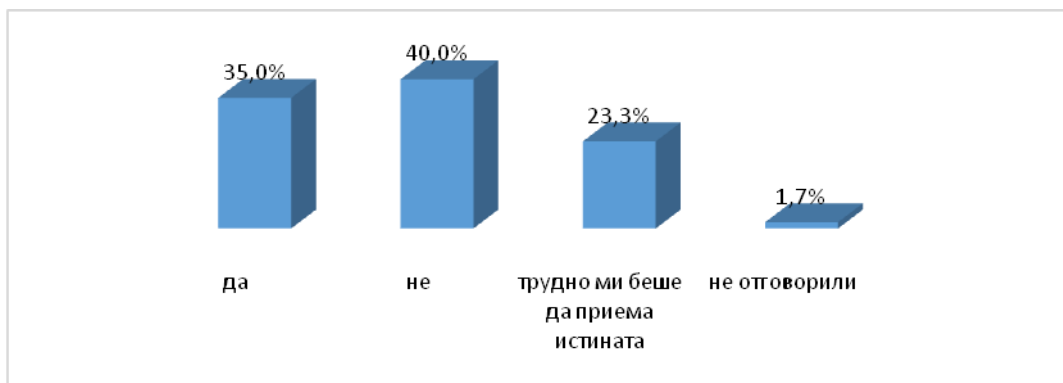
За съжаление едва 1/3 от родителите откриват отклонение в развитие на детето до 6 месец. Почти еднакъв е дялът на семействата, установили

отклонение до 1 год.(34.6%) и на по-късен етап това са установили 33.8% от респондентите.

Тези резултати са показателни за необходимостта от предварителни познания на родителите по отношение на показателите за физическо и нервно-психическо развитие на детето през първата година.

Наред с увреждането при една част от деца се наблюдават и други съпътстващи заболявания и медицински проблеми, които трябва да бъдат открити своевременно, за да се планират адекватни грижи. Това от своя страна очертава необходимостта децата да се насочват към мултидисциплинарни екипи. В България не съществуват такива екипи, които да се запознаят с проблема на детето и да направят план за решаването му. За преодоляване на затрудненията в достъпа до своевременно здравни грижи и развитието на мобилни услуги, МЗ направи промени в Закона за лечебните заведения през 2015 г., с които се създава нов вид лечебно заведение – Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ). Това е ключов момент, защото извежда на преден план въпроса за „универсалността“ на здравната услуга, която гарантира неограничен достъп до нея за всяко семейство на дете със специални потребности. Тези центрове се разкриват на мястото на бившите ДМСГД, териториално повечето от тях са разпределени в областните градове.

Основен приоритет на семействата на деца с увреждания е необходимостта от достъпна високоспециализирана помощ за диагностика и лечение. За целта изследвахме мнението на родителите, относно затрудненията които срещат (фиг. 19).

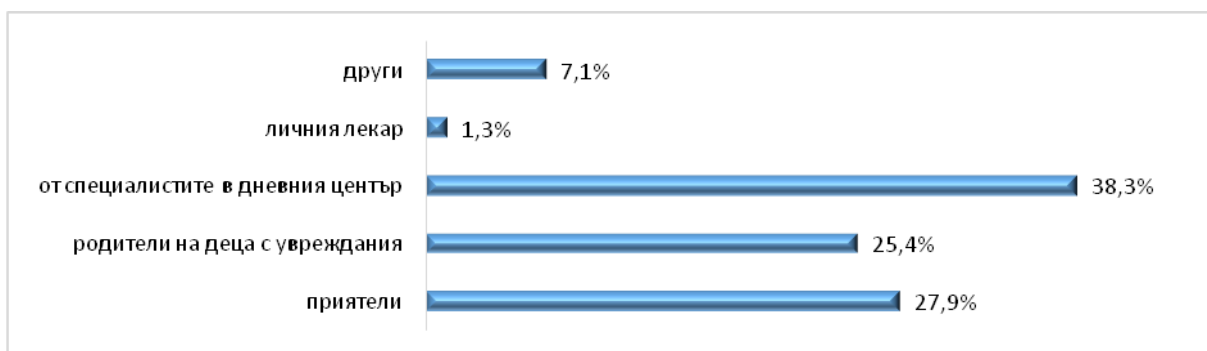


Фиг. 19. Затруднения на родителите при достъп до високоспециализирана помощ

Според анализа на резултатите най-голям е относителният дял на родителите, дали отрицателен отговор (40.0%). Повече от 1/3 от респондентите са срещнали затруднение в достъпа си до високоспециализирана помощ. Приемането на истината е бил проблем за почти 1/5 от родителите (23.3%).

Родителите не желаят да приемат, че детето им има проблем, било то поведенчески или медицински. Не винаги са готови да осъзнаят проблема с детето, поради факта, че обществото приема увреждането като стигма и дефицит. Често те отхвърлят/отричат увреждането с аргумента „Специалистите нищо не разбират“. Липсата на сътрудничество от страна на родителите се дължи именно на този срам, криене на проблема от „другите“ и затваряне в семейството.

За разкриване проблемите за семействата на деца с увреждания за нас беше важно да установим от кого родителите получават най-голяма помощ и подкрепа (фиг. 20).



Фиг. 20. Помощ и подкрепа за родителите

На помощта на специалистите от дневния център разчитат повече от 1/3 от родителите (38.3%). Смятаме, че това се дължи на наличието на достатъчно социални услуги за деца с увреждания и своевременното информиране и насочване на родителите към тях. Почти еднакъв е делът на родителите на деца с увреждания (25.4%) и приятели (27.9%), които ги подкрепят. Прави впечатление, че 7.1% са посочили други - *книги, интернет, семейство, а някои споделят, че се справят сами със ситуацията.*

Значително нисък е делът на родителите, които разчитат на помощта на личния лекар (1.3%). За родителите ролята на лекаря и на медицинската сестра е да излекуват само чисто физическото състояние, а всичко останало е работа на други специалисти.

Тук трябва да отбележим, че лекарят има ключова роля за сътрудничеството с другите специалисти. Много често при лекарите липсва чувствителност и внимание към психическото развитие на децата до 3 години, което от своя страна води до пропуски в откриването на поведенчески, езиково-говорни нарушения, които трудно се профилактират на по-късен етап от развитието на детето.

В процеса на своето развитие при децата настъпват психически и физически промени съобразно възрастта им и това поражда необходимостта от информация и съвети по отношение ежедневните грижи. Такава

информация родителите могат да получат от различни специалисти. За целите на проучването изследвахме предпочитанията на родителите от специалисти на които биха се доверили да ги обучават в грижите за детето има (табл. 23).

Табл.23. Мнение на родителите за членовете на мултидисциплинарния екип, които предоставят обучение

Членове на МДЕ	Родители n	%
Лекар-специалист	143	59.6
Медицинска сестра	152	63.3
Рехабилитатор от дневния център	146	60.8
Родители на деца с увреждания	97	40.4
Нямам нужда от обучение	10	4.2

**% надхвърля 100, тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от 1отговор*

Родителите предпочитат да бъдат обучавани от лекар (59.6%), медицинска сестра (63.3%), рехабилитатор (60.8%).

Предпочитанията към медицинската сестра като партньор в грижите за децата се дължи на нейната уникалност, която се изгражда в процеса на усвояване на знания, придобиване на умения и формиране на специфично поведение[112]. Медицинската сестра вече не се разглежда само като медицински изпълнител, но и активен участник в екипа със своите автономни функции и отговорности.

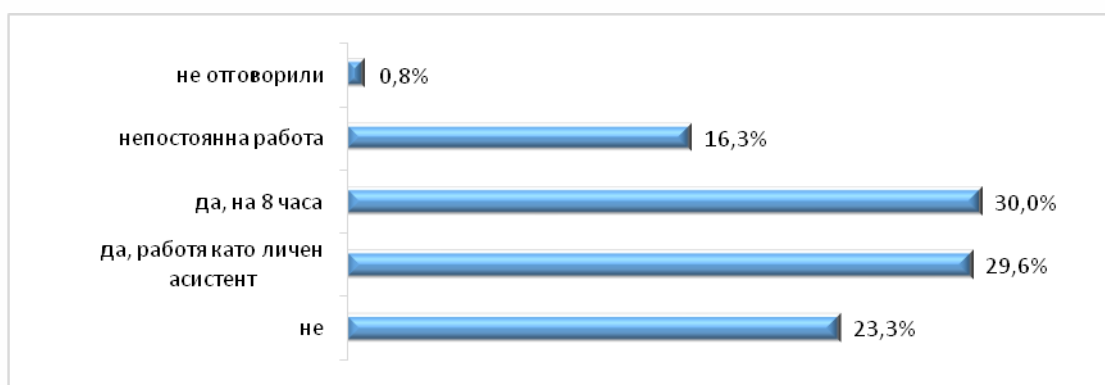
Преходът на специализирани знания за отглеждане на детето от специалисти към родители преминава през изграждане на отношения на доверие и съпричастност.

Много важен момент в процеса на взаимодействие е родителят да допусне специалиста до себе си и до детето и да приеме факта, че детето има проблем, който може да се реши съвместно.

Появата на дете с увреждане е свързано с появата на негативни емоции в семейството и изисква професионална помощ и обучение. За

целта е необходимо да се работи в посока промяна на нагласите на самите родители към необходимост от получаване на знания и умения. Първата крачка, която трябва да се постигне е родителят да допусне специалиста до себе си и до детето. Последствията на неосъзнатите родителски роли се виждат и в момента – родители, които не водят децата си на прегледи, които скриват проблемите на децата дотогава, докато стане нетърпимо. Това е особено важно в сферата на здравната грижа, когато поради ниска здравна култура родителят става бариера пред навременното лечение на детето си..

Наличието на дете с увреждане в семейството изисква усилията на ангажираните страни да бъдат насочени към помощ и подкрепа на цялото семейство. В тази връзка проучихме доколко родителите имат възможност да работят и да упражняват избраната от тях професия (фиг. 21).



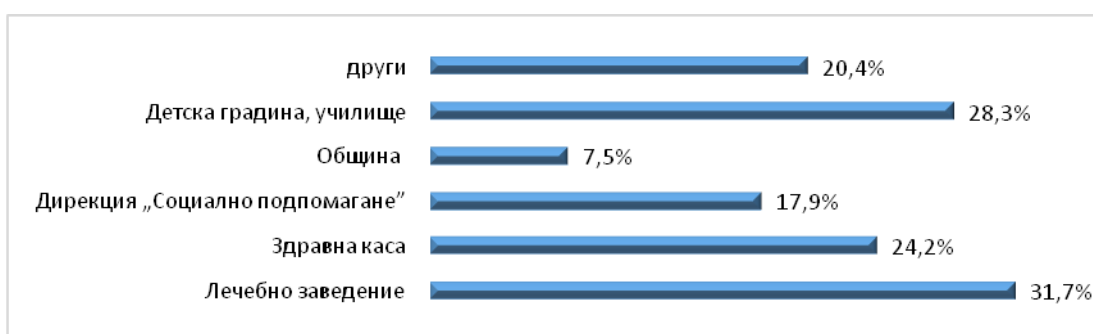
Фиг. 21. Трудова ангажираност на родителите

Резултати показват, че $\frac{1}{4}$ от родителите не работят, докато повече от половината (60%) са трудово ангажирани. Показателен е фактът, че 30% от анкетираните родители работят на 8ч., почти толкова са и тези, които предоставят услугата „личен асистент“. Смятаме, че тези резултати се дължат на различни фактори, като – вид и степен на увреждане на детето, възможност то да посещава училище и съпътстващи услуги, наличие на подкрепяща семейна среда. Грижите за дете с увреждания са свързани с разходване на финансови средства, което изправя голяма част от родителите пред сериозни затруднения.

Когато говорим за проблемите трябва да имаме предвид, че това са проблеми не само на детето или на родителя, а на семейството като цяло. Отглеждането на дете с увреждане е свързано с физическо, емоционално, финансово натоварване и неминуемо предизвиква сериозни негативни емоции във всяко едно семейство. [76,77]. За да променят своята нагласа и начин на живот, те се нуждаят от професионална помощ и обучение.

Един от начините за справяне на родителите е организиране на срещите за споделяне в групи, които те си създават. По тяхно заявено желание на срещите могат да се канят външни лектори - изявени медицински специалисти, представители на родителски организации на деца с увреждания. Тези срещи могат да се организират и по предложение на членовете на МДЕ. Важна подкрепа за семейството е ако се насърчат да общуват с други семейства с деца с увреждания и по този начин ще разберат, че не са сами, ще се научат да споделят и да се справят по-лесно с трудностите. Желателно е с помощта на специалистите ако има и другото дете в семейството, то да бъде стимулирано и мотивирано за включване в грижите.

Беше важно да проучим мнението на родителите кои са институциите, в които срещат най-често проблеми при обслужване (фиг.22).



*% надхвърля 100 тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от 1отговор

Фиг. 22. Работа с институции

Резултатите показват, че повече от 1/3 от родителите имат проблеми в лечебните заведения. Спецификата при работата с деца с увреждания

определено изисква допълнително обучение на медицинските сестри в отговор на специфичните грижи и индивидуални потребности [106].

Въпреки усилието интегрираните услуги да се регламентират в Закона за здравето, на практика липсва споделена концепция между трите ключови министерства /здравно, образователно и социално/ за това как те следва да бъдат развивани и регламентирани. Здравната система има огромен потенциал да подпомогне детското развитие за всички деца от общността и през адекватни секторни услуги, които реализират интегриран подход, докато интегрираните услуги са важен елемент по отношение на децата с комплексни потребности.

Грижите за хората с различни увреждания не бива да се смята, че е ангажимент единствено на държавните институции. Необходимо е да се работи в насока създаване на НПО, които имат за цел подпомагане на децата и техните семейства, а това е предпоставка за повече алтернативни решения. От опита на редица държави се вижда, че родителите се чувстват по-сигурни и по-силни, когато са в структурата на дадена организация.

2.6. Бариери за въвеждане на интегрираните услуги.

От прегледа на международните практики и програми за интегрирани услуги установяваме, че не съществува единен или общоприет концептуален модел, практика или програма за тях. Въпреки че общите цели са едни и същи в отделните страни, дейностите, които се извършват за постигането им са различни. България е в началото на апробиране на подобен интегриран подход. Факторите, които насърчават или възпрепятстват развитието също са дискутирани от много автори и политици. Много от факторите на макросредата като законодателни, финансови и политически оказват влияние върху организацията и развитието на интегрираните услуги. Оказва се, че броят на неблагоприятните надвишава броя на благоприятните.

Обсъжданите фактори се вземат предвид при разработване и въвеждане на услугите. Съществуват различни модели на предоставяне на услуги, но общото е свързване на структури, финансови и човешки ресурси, информация и познание с цел подобряване на грижите и разпределение на икономическия ресурс. За нас беше важно да проучим мнението на специалисти, студенти и родители относно съществуващите у нас бариери за въвеждане на интегрираните услуги (табл.23).

Табл. 23. Бариери за въвеждане на интегрираните услуги

Бариера	Специалисти		Студенти		Родители	
	n	%	n	%	n	%
Изоставане на законодателството от действителното развитие на грижите	134	44.7 %	70	46,7%	121	50.4%
Сложни и тромави правила и разпоредби	168	56%	60	40%	157	65.4%
Неизяснени източници на финансиране и механизмите на заплащане на интегрирани грижи	168	56%	55	36.7%	114	47.5%
Липса на достатъчно добре обучен персонал в областта на интегрирани грижи	57	19%	52	34.7%	40	16.7%
Недостатъчно инициативи за междусекторно сътрудничество	135	45%	29	19.3%	89	19.3%

* % надхвърля 100, тъй като анкетираните имаха възможност да посочат повече от 1отговор

Според 1/2 от специалистите, студенти и родители изоставане на законодателството от действителното развитие на грижите е една от бариерите за въвеждане на интегрирания подход. Сравнително висок дял от родителите – 65.4% и почти половината от специалистите виждат в сложни

и тромави правила и разпоредби основната бариера, която стои пред тях и децата им. Неизяснени източници на финансиране и механизмите на заплащане на интегрирани грижи според 1/2 от родителите и специалистите възпрепятстват въвеждането на интегрираните грижи.

Връзката между социалните услуги, финансирани от държавата и услугите, които се финансират със собствени приходи на общините, ще бъде ключов момент в прилагането на новото законодателство.

Партньорството изисква квалифицирани преговори, ясна цел и понякога компромиси. С приетите промени в ЗЛЗ, юридическите лица с нестопанска цел, регистрирани в АСП, ще имат възможност да осъществяват социална работа и да предоставят здравни грижи, включително и в домашна среда, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания, които имат нужда от подкрепа при изпълнение на ежедневните си дейности.

За разлика от съществуващата световна практика в българския сектор на социални услуги доминират публичните доставчици.

Смятаме, че предизвикателствата, които стоят пред управляващите са свързани със синхронизиране на нормативната уредба, тъй като в предоставяне на интегрираните услуги са ангажирани МТСП, МОН, МЗ, МФ. С въвеждането на новия ЗСУ се предвиждат промени в Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и Закона за здравното осигуряване, които произтичат от новата регламентация на социалните услуги и закриването на домовете за деца, включително и домовете за медико-социални грижи за деца.

3. ПРЕДОСТАВЯНЕ НА УСЛУГИ НА ДЕТЕ В ЦЕНТЪР ЗА КОМПЛЕКСНО ОБСЛУЖВАНЕ НА ДЕЦА С УВРЕЖДЕНИЯ И ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.

Социалната политика, социалните услуги и институции в България са една динамична и развиваща се система, която постоянно се трансформира. Посоката на провежданата социалната политика е насочена към провеждане ефективна деинституционализация.

У нас за хронично болните и деца с увреждания, грижите се предоставят частично от здравната система и системата на социалното подпомагане.

С допълнение в ЗЛЗ през 2015 г. е регламентиран *нов вид лечебно заведение – Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания*[32].

Със създаването на това лечебно заведение се цели да се отговори на нуждите на децата с увреждания и хронични заболявания от комплексни грижи, да се подобри здравният им статус, като се гарантира достъпът им до всички необходими медицински грижи и социални услуги, без да бъдат институционализирани.

Институционалната организация на живот не предполага наличие на доверителна връзка с един постоянен възрастен, индивидуална грижа, внимание и лично пространство за детето. Тя не може да задоволи основните потребности на децата и оказва негативно влияние върху тяхното развитие и поведение. Това от своя страна води до допълнителна икономическа и социална цена за цялото общество.

Поради тази причина и предвид най-добрия интерес на детето от 2009 год. с промени в Закона за закрила на детето, настаняването в институция се предприема само когато са изчерпани всички останали мерки за закрила.

Съгласно приетата през 2010 г. Национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ е предвидено всички ДМСГД, като институции за отглеждане на деца, да бъдат закрити, а като алтернатива на тях да бъдат създадени услуги и форми на грижа в общността, подпомагащи отглеждането на децата в семейна среда. В тази връзка през 2019 г. с приетият нов Закон за социалните услуги се регламентира закриването на всички ДМСГД към 01.01.2021 г. Допуска се изключение само за четири институции.

За целите на нашето проучване изготвихме справка за броя на настанените деца в ДМСГД в периода 2010- 2021 г.(табл. 24).

Табл.24. Движение на децата в Дом за медико-социално грижи за деца за периода 2010-2021г.

Година	Брой ДМСГД	Капацитет	Настанени	Постъпили
2010 г.	32	3854	2455	2209
2014 г.	29	2199	975	1041
2019 г.	13	809	454	650
2021 г.	4		277	0

Източник НСИ- Домове за медико- социални грижи за деца

В периода на деинституционализация от 2010 г до момента са създадени следните алтернативни форми за деца с увреждания:

- приемната грижа - по данни на АСП броят на приемните семейства в България към 2021 г е 2227.

- ЦКОДУХЗ - чрез тях ще отпадне възможността деца до 3 год. да бъдат настанявани в институции. В иновативните лечебни заведения се осъществяват следните дейности:

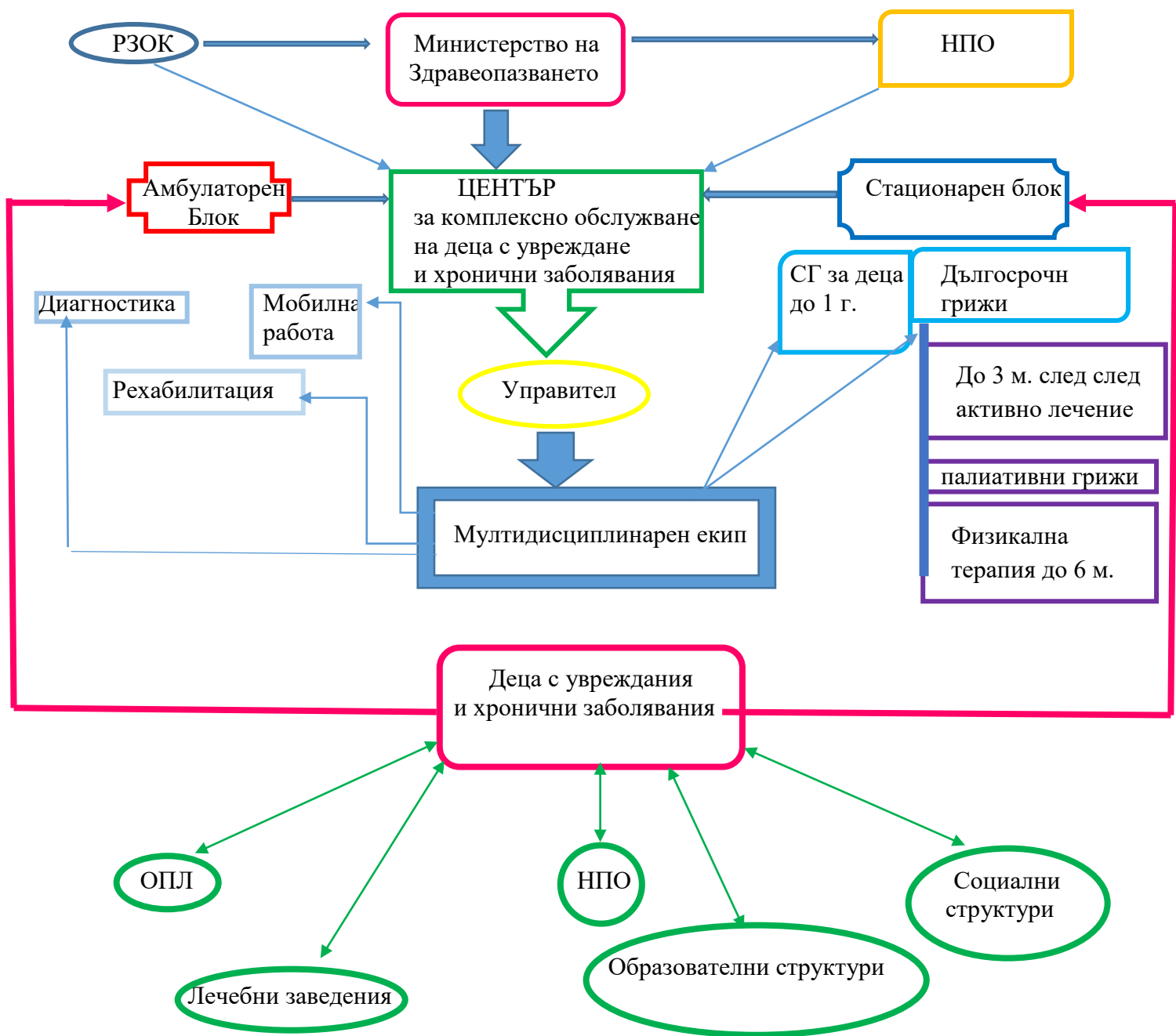
- ✓ подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна

диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация;

- ✓ осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална услуга резидентен тип.

3.1. Мултидисциплинарната екипна грижа в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ)

На база анализ на съществуващата нормативна уредба и на нашия клиничен опит, разработихме **Модела на мултидисциплинарна екипна грижа за деца с увреждания** в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (фиг.23)



Фиг.23. Модел на мултидисциплинарна екипна грижа за деца с увреждания в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания(структура и взаимодействие)

В предложения модел се обединяват структури, човешки ресурси и информационни потоци с цел предоставяне на интегрирани грижи за децата с тежки увреждания, подкрепа на родителите и предотвратяване на

институционализацията. Моделът включва както клиничен аспект - ранна диагностика, диагностика, лечение, медицинска и психо-социална рехабилитация, така и управленски, организационни, информационни, аспекти.

Мултидисциплинарният екип осигурява разнообразна и допълваща се грижа, предоставя среда с ясни роли, споделена отговорност и възможност за професионална автономност. Включването на различни специалисти в екипа гарантира всеобхватност, цялостност и безопасност на грижата. Основният екип включва – лекар, психолог и социален работник. В зависимост от конкретния случай могат да се включат и специалисти (рехабилитатор, кинезитерапевт, логопед, педагог и музикален педагог).

За осъществяване на дейностите си екипът работи в тясна връзка с ОПЛ, педиатри, образователни, социални институции и НПО.

С развитието на сестринската наука и практика настъпват промени в ролята и функцията на медицинската сестра. Упражняването на професионалната дейност от медицинската сестра е регламентирано от законови и подзаконови актове за професионална квалификация, правоспособност и членство в призната от държавата съсловна организация [33,67,68,69,70,82].

Медицинската сестра оказва качествена и комплексна грижа чрез прилагане на научно обосновани методи и подходи във всички структури на здравната система. В Наредба 1 на МЗ от 08.02.2011г. са описани професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Изискванията към медицинските сестри при упражняване на професионалната дейност непрекъснато се актуализират. Към традиционните изисквания се добавят: прилагане на съвременни знания и научни доказателства; клинично мислене и критичен анализ на дейности и резултати от тяхното прилагане за

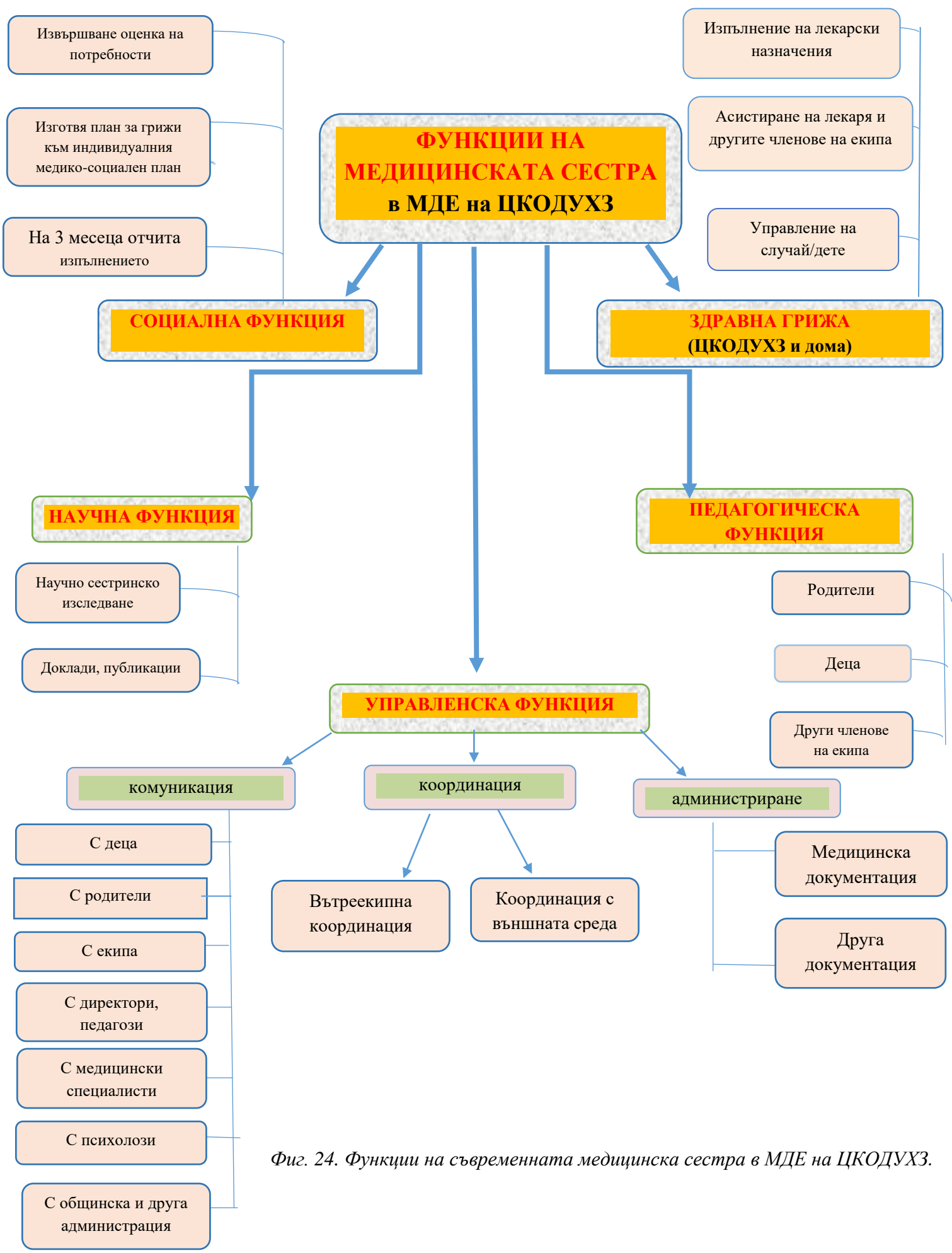
човешкото здраве; менажиране на грижите; поемане на отговорност за професионални действия и управление на риска; активна комуникация; ефективно екипно взаимодействие; стремеж към автономност в рамките на компетенциите; стремеж към личностно и професионално развитие.

Чрез нашето проучване доказахме някои по-важни умения (виж табл.17) и очертахме необходимите компетентности на медицинската сестра за работа в ЦКОДХЗУ, (табл. 24).

Табл.24. Умения и компетентности на медицинската сестра за предоставяне на интегрирани грижи в ЦКОДУХЗ

Умения на медицинската сестра в МДЕ	Компетентности на медицинската сестра за предоставяне на интегрирани грижи в ЦКОДУХЗ
<ul style="list-style-type: none"> ✓ клинично мислене; ✓ организационни умения; ✓ комуникационни умения; ✓ умения за работа в екип; ✓ адаптивност и нагласа за работа с деца с увреждания и техните семейства; ✓ умения за анализиране, синтезиране на информацията и представяне на резултатите; ✓ способност за вземане на точни решения в различни ситуации; ✓ да проявява инициативност, толерантност и лоялност към ползвателите на услугите и членовете на екипа; ✓ умения за формиране на отношение, поведение и ценности към професията, себе си и общността 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ да прилага семейно-ориентирания подход; ✓ да планира грижите за детето за детето съвместно с родителите; ✓ да работи самостоятелно и с други членове на екипа; ✓ да участва в мултидисциплинарния екип при изготвяне на индивидуалните оценки на потребностите от подкрепа и индивидуалните планове за подкрепа ✓ да познава нормативните актове, свързани с дейността и; ✓ да спазва правилата за добра медицинска практика; ✓ да познава етапите на физическото и психологическо развитие на децата и младежите, и в частност при наличието на увреждане, свързано с психичното здраве и интелектуалното развитие ✓ да провежда обучение на детето и семейството по здравни теми; ✓ да консултира и насочва родителите към специалисти; ✓ да предоставя мобилни услуги; ✓ да спазва етичния кодекс за работа с деца; ✓ да взема участие в обучения, супервизии и екипни срещи.

Предлагаме съдържателни аспекти на функциите на медицинската сестра в МДЕ в ЦКОДУХЗ (фиг. 24).



Фиг. 24. Функции на съвременната медицинска сестра в МДЕ на ЦКОДУХЗ.

Разписаните компетентности придават нов смисъл и формират ново отношение към професията. За осъществяване на уникалната си професионална роля, медицинска сестра може самостоятелно или в екип с лекар, да оказва комплексни грижи (дейности) за всички аспекти на човешкото здраве.

На база съществуващата нормативна уредба и нашия клиничен опит разработихме и предлагаме Алгоритъм на действие на медицинската сестра в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Предлагаме конкретни стъпки и взаимовръзки, които биха улеснили работата на специалистите в отделните звена на Центъра, ще намалят риска от грешки и ще осигурят по-добра информираност на родителите. Предложения алгоритъм е подробно описан в дисертационния труд. Конкретизирали сме дейностите на медицинската сестра в амбулаторен, стационарен блок и при предоставяне на мобилни услуги.

Проучихме мнението на експерти и специалисти, работещи в интегрираните услуги, относно ефекта от въвеждане на алгоритъм на работа на медицинската сестра в отделните звена на ЦКОДУХЗ (фиг.25).



Фиг. 25. Ефект от въвеждане на алгоритъм на работа на медицинската сестра в ЦКОДУХЗ (сравнителни данни)

За $\frac{3}{4}$ от анкетираните лица с въвеждане на алгоритъма ще се улесни работата на екипа и ще намали риска от грешки. Според специалистите

(18.7%) и експертите (13.3%) с прилагането му ще се осигури информираност на родители и специалисти, ангажирани с грижите за деца с увреждания и хронични заболявания. Направените статистически изследвания показват, че няма статистически значима разлика в отговорите на двете групи респонденти- $\chi^2 = 11,046$, $n=330$, $p < 0,05$, $r = 0,004$.

За целите на научното изследване и след извършено от нас проучване на нормативната уредба и анализ на резултатите от анкетното проучване, предлагаме **Модел на длъжностна характеристика за медицинска сестра**, работеща в интегрирани услуги. В нея се съчетават традиционните ценности и съвременните аспекти на сестринската професия. В предложението от нас модел оптимизираме до сега действащата, тъй като в нея не е отчетена възможността за самостоятелна работа на медицинската сестра. Посочваме характеристиката на работата, основните задължения на медицинската сестра, умения и компетенции, които трябва да притежава за работа в интегрирани услуги, основните нормативни документи, с които трябва да е запозната, взаимодействия, които осъществява с работещите в интегрираната услуга, семействата на децата, с различни организации – държавни, общински, НПО.

В хода на изследването пролича необходимостта от разработване на информационна брошура за родители, специалисти, ангажирани с грижата за деца с увреждания и техните семейства. Информационната брошура, която разработихме предоставя възможност за информиран избор на родителите, относно ползване на услугите от Центъра, на специалистите да консултират и насочват децата за диагностика, лечение и рехабилитаци.

В брошурата са описани **основните функции** на Центъра: подкрепа на родителите за превенция на изоставянето на децата, за назначаване и провеждане на ранна диагностика, диагностика, лечение, медицинска и психо-социална рехабилитация.

Предоставена е информация за **набор от документи**, които трябва да се подготвят от родителите за ползване услугите на Центъра - амбулаторен лист, медицински експертизи, изследвания решение на ТЕЛК; изследвания на детето – патогенна чревна флора, чревни паразити Васерман на един от родителите, ПКК, медицинска бележка за липса на контакт с болен с остра заразна болест, копие на удостоверение за раждане.

От брошурата родителите получават **информация за екипа**, който ще работи с тях. Той се определя съобразно индивидуалните потребности на детето и задължително включва лекар, психолог и социален работник, като в зависимост от конкретния случай може да се включват и други медицински и немедицински специалисти.

В брошурата са описани различните **форми на грижа**, които се предлагат - дневна услуга, почасова услуга – работи се по график и мобилна услуга - специалистите извършват домашни посещения и предоставят услугата в дома на семейството.

4. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

4.1. Изводи

Въз основа на проучения опит, проведено анкетно проучване и интервю сред специалисти, студенти-дипломанти, родители на деца с увреждания и експерти, можем да **направим следните изводи**:

1. Основните затруднения, които срещат родителите са свързани с достъп до: високоспециализирана помощ (35%); лечебни заведения (31.7%); при работа със Здравна каса и Дирекция „Социално подпомагане” (40%). В процеса на информиране и подкрепа почти 50% от родителите разчитат на приятелите си.

2. Нивото на информираност сред родителите относно прилагането на интегрирания подход е относително високо (57.9%), докато при специалистите почти еднакъв е делът на тези, които са напълно (45%) и отчасти (48.7%) информирани относно прилагането му. Данните от направения анализ показват, че различията са статистически значими.

3. Повече от половината родители предпочитат медицинска сестра да извършва манипулации (85.8%), да ги консултира и насочва (76.3%) и не на последно място да ги обучава в грижите за тяхното дете (63.3%).

4. Резултатите от проучването доказат дейностите, които може да извършва медицинската сестра при практическото приложение на Модела на мултидисциплинарна екипна грижа за деца с увреждания: подкрепа на специалистите (специалисти - 92,7%, експерти - 100%); обучаване и консултиране децата и техните семейства (специалисти -70,7% , експерти - 93.3%); изпълняване лекарски назначения (специалисти - 73,3%, експерти - 83.3%); извършване на домашни посещения (специалисти - 48,3%, експерти -83.3%). По този начин се създават условия за разширяване на сестринските функции и ефективно екипно функциониране.

5. Включването на медицинската сестра в интегрираните услуги ще подобри грижите за детето (родителите - 80%, експертите - 83.3% и студенти -75%).

6. Установено е положително отношение за участие в различни форми на продължаващо обучение за работа с деца с увреждания и техните семейства (специалисти - 89%, студенти -88% и експерти - 97%).

7. Готовност да започнат работа в сферата на интегрираните услуги за деца с увреждания и техните семейства споделят 35% от студентите – дипломанти.

8. Интегрираните грижи представляват съгласуваност между различни сектори на здравеопазването, социални дейности и образование, с цел подобряване качеството на грижите, качеството на живот, особено на хронично болни деца - пациенти с комплексни нужди.

9. Всяка страна реализира собствен модел на грижи отличаващ се по степен на интегрираност на ангажираните структури, финансови, човешки ресурси, правна уредба. Към момента у нас няма политически документ или концепция, която да координира и планира развитието на интегрирани услуги и ранна интервенция.

10. Барьерите за въвеждане на интегрираните услуги са: изоставане на законодателството от действителното развитие на грижите (специалистите - 44.7%, студенти - 46.7% и родители -50.4%); тровави правила и разпоредби (родители – 65.4% и специалисти - 56%); неизяснени източници на финансиране и механизми на заплащане на интегрирани грижи (47.5% - родителите и 56% - специалистите).

11. Изготвената брошура ще съдейства за повишаване информираността на родители и специалисти за услугите, които се предоставят в ЦКОДУХЗ.

12. Медицинската сестра, следвайки алгоритъма на работа в ЦКОДУХЗ, ще допренесе за: улеснение работата на екипа (експерти -

43.3% и специалисти- 40.3%); намаляване риска от грешки(експерти – 26.7% и специалисти - 28.3%); осигуряване информираност на родители и специалисти, ангажирани с грижите за деца с увреждания и хронични заболявания(експерти – 13.3% и специалисти – 18.7%).

Направените изводи до които стигнахме след проведеното проучване не могат да бъдат пълни и изчерпателни, поради сложността на разглеждания проблем и неговата дълбока същност, но са достатъчни, за да докажат, че специалисти по здравни грижи имат своето място при предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги за деца с увреждания. Спецификата на работата определено изисква допълнително обучение на медицинските сестри в отговор на специфичните грижи и индивидуални потребности на децата и техните семейства.

4.2. Препоръки

Във връзка с направеното проучване и на база проучена литература можем да направим следните препоръки:

Към Министерство на здравеопазването, БАПЗГ, БЛС и Медицинските университети

➤ Провеждане на обучения и практика/стажове на специалистите, относно същността на интегрираните грижи, ролята на отделните здравни професионалисти и организацията по предоставяне на услугите .

➤ Обучение на медицински специалисти, ОПЛ, педиатри и др. в системата на първичната медицинска помощ за повишаване на компетенциите, относно ранното идентифициране на специални потребности в ранна възраст на детето и адекватно предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги .

➤ БАПЗГ да предложи Стандарти за оказване на здравни грижи от медицинската сестра в структурите социални услуги.

**Към Министерство на труда и социалната политика и Агенция
„Социално подпомагане”**

- На базата на междусекторно сътрудничество да се регламентират нови стандарти и критерии, в т.ч. за здравни грижи, в съответствие с потребностите на отделните целеви групи.
- Синхронизиране на новите законодателни промени, засягащи функционирането на интегрираните услуги, с цел регламентиране предоставянето на мобилни услуги от медицинската сестра.
- Да се изгради информационна база от индикатори в областта на детското благосъстояние, върху която следва да се изграждат политиките към децата и семействата.
- Разработване на програма за допълнителна квалификация „Супервизия в помагащи професии”.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интегрираните услуги за деца с увреждания имат смисъл за детето, семейството и общността. Те помагат на децата да постигнат по-добри резултати, защитават човешките права, подкрепят семействата и спестяват ценни ресурси за общността.

Българското общество, политиците, съсловните организации, експерти, специалисти, както и семействата на деца с увреждания трябва да извървят своя път и да осъзнаят, че различието между индивидите, различието между децата, включително наличие на увреждане или хронично заболяване е част от живота.

Всяко дете, независимо от спецификата си, трябва да има възможност да се реализира, да учи, да развива потенциала си, да участва в живота на обществото. Това най-добре може да стане когато то е в семейството си и получава необходимата любов, помощ и подкрепа от родители, близки и специалисти в зависимост от индивидуалните му потребности.

Обединяване усилията на всички институции от здравния, социалния и образователния сектор е важен фактор за успеха и развитието на интегрираните услуги.

Медицинската сестра със своята уникалност, която се изгражда в процеса на усвояване на знания, придобиване на умения и формиране на специфично поведение се превръща в предпочитан партньор на семействата в грижите за децата с увреждания. За осъществяване на уникалната си професионална роля, медицинска сестра може самостоятелно или в екип с лекар, да оказва комплексни грижи (дейности) за всички аспекти на човешкото здраве.

ПРИНОСИ

Настоящото изследване създава възможност да се очертаят социално-медицинските аспекти в дейността на медицинската сестра и приносът и във взаимодействието със семействата на деца с увреждания при оказване на интегрирани грижи.

Приноси с теоретичен характер

- В теоретичен аспект са обосновани възможни дейности, които медицинската сестра може да изпълнява в структурите на ЦКОДУХЗ .
- Успешно са изведени Функции на съвременната медицинска сестра в МДЕ на ЦКОДУХЗ.
- Доказана е социалната роля на медицинската сестра в грижите за деца с увреждания и техните семейства, което разчупва традиционното разбиране за нейната роля като предоставяща само здравни грижи.
- Установени и анализирани са основните бариери за въвеждане на интегрираните услуги.
- Дефинирани са необходимите умения и компетентности на медицинската сестра за предоставяне на интегрирани грижи в ЦКОДУХЗ.
- Разработен е **Алгоритъм за предоставяне на услуги на дете в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания**, който в логическа последователност определя стъпките, които следва да осъществи медицинската сестра от момента на поява на дете до последващата грижа от МДЕ.

Приноси с приложно-практичен характер

- Доказано е, че въвеждането на **Алгоритъм за предоставяне на услуги на дете в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания** ще улесни работата на екипа и ще намали риска

от грешки, ще се осигури информираност на родители и специалисти, ангажирани с грижите за деца с увреждания и хронични заболявания.

- Създаден е **Модел на Длъжностна характеристика на медицинска сестра при оказване на грижи за дете в Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания**, прилагането на който ще повиши удовлетвореността на родителите от здравните грижи.
- Предложена е собствено разработена **Информационната брошура**, която предоставя възможност за информиран избор на родителите, относно ползване на услугите от Центъра, на специалистите да консултират и насочват децата за диагностика, лечение и рехабилитация.
- Представен е **Модел на мултидисциплинарна екипна грижа за деца с увреждания с участие на медицинската сестра**, който може да бъде практически приложен в Центъра за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания

ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Тасева, Д., И. Манолова, Интегрирани здравно-социални услуги, предизвикателство пред медицинската сестра, Македонско сестринство, Изд. Висока медицинска школа, Битола, 2019 г. бр.8, 6-13стр., ISSN 1857-6605**
2. **Тасева, Д., С.Тончева, Ролята на медицинската сестра в интегрираните грижи през погледа на специалиста“ ,Здравни грижи“ изд. БАПЗГ, 2020 г., бр.3, 5- 11 стр. ISSN 1312 -2592**
3. **Тасева, Д., С.Тончева, Центровете за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания - алтернатива на деинституционализацията, сп. Обща медицина, 2021, 23(5), 57-61стр. ISSN 1311-1817 УДК 611**
4. **Даниела Тасева, Проучване нагласите на студенти дипломанти за работа с деца с увреждания и техните семейства“ , Варненски медицински форум, 2021,10(2), 405-410 стр. ISSN 1314- 8338**

