



**Медицински университет -Варна  
„Проф. Д-р Параскев Стоянов”**

**Факултет „Обществено здравеопазване”**

**Доц. Силвия Борисова Димитрова**

**ПРИЛОЖЕНИЕ НА СТАНДАРТИ ПО ЗДРАВНИ  
ГРИЖИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане  
на научна степен “Доктор на науките”

**специалност**

Управление на здравните грижи

**Официални рецензенти:**

Проф. д-р Юлияна Маринова, д.м.

Проф. д-р Татяна Иванова, д.м.

Доц. д-р Невяна Фесчиева, д.м.

Варна, 2018 г.

Дисертационният труд съдържа 254 страници, включващи 19 таблици и 48 фигури. Приложения - 3. Цитирани са 275 литературни източници, от които 157 на кирилица и 118 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет към Катедрата по Здравни грижи, ФОЗ, при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна на 30.04.2018 г.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 03.07.2018г. от 15.30 часа в зала А ет. 4 сграда Медицински колеж - Варна, на открито заседание на Научното жури.

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

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>Въведение</b> .....	6
<b>Цел, задачи, материал и методи</b> .....	8
<b>Резултати и обсъждане</b>	
1. Теориите в сестринството и възможности за промяна на настоящата практика .....	18
1.1. Анализ на теоретичните схващания в сестринството като основа за генериране на надграждащи познания и насоки в развитието на професията .....	18
1.2. Теоретична рамка на компетенциите на медицинската сестра за приложение на стандарти в практиката – международен опит.....	33
2. Прилагане на стандарти по здравни грижи в дейността на медицинската сестра .....	41
2.1. Анализ на организацията на сестринските дейности по утвърдени стандарти - международен опит.....	41
2.2. Регулиране на професионалните дейности на медицинската сестра в самостоятелна сестринска практика в Норвегия .....	47
2.3. Информираност, нагласа и готовност за приложение на стандарти по здравни грижи.....	53
3. Законодателни инициативи за подобряване на професионалния, обществен и социалния статус на сестринството.....	81
3.1. Анализ на нормативната уредба регулираща професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва по назначение или самостоятелно....	81
3.2. Изработване и приемане на стандарт по здравни грижи, съобразен с европейското законодателство и отговарящ на медицинските практики, базирани на доказателства.....	85
4. SWOT анализ на здравните грижи, оказвани от медицинската сестра в извънболничната помощ и тяхното значение в условията на съвременното здравеопазване .....	92
5. Стандарт за здравни грижи – възможност за регулиране на професионалните дейности, които медицинската сестра извършва самостоятелно.....	100
<b>Изводи</b> .....	113
<b>Препоръки</b> .....	115

<b>Предложения .....</b>	<b>116</b>
<b>Приноси .....</b>	<b>117</b>
<b>Публикации във връзка с дисертационния труд .....</b>	<b>119</b>

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

<b>АПМП</b>	Амбулатории за първична медицинска помощ
<b>БАПЗГ</b>	Българска Асоциация на Професионалистите по здравни грижи
<b>ВУ</b>	Висше училище
<b>ДВ</b>	Държавен вестник
<b>ЕДИ</b>	Единни държавни изисквания
<b>ЕИП</b>	Европейско икономическо пространство
<b>ЕС</b>	Европейски съюз
<b>ЗСОМСААМС</b>	Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти
<b>МЗ</b>	Министерство на здравеопазването
<b>МСС</b>	Международен сестрински съвет
<b>НСК</b>	Национален съвет по качество
<b>ОКС</b>	Образователно квалификационна степен
<b>ПМП</b>	Първична медицинска помощ
<b>СЗО</b>	Световна здравна организация
<b>АНА</b>	Американска сестринска асоциация
<b>АНАДИ</b>	Североамериканска асоциация по сестринска диагноза
<b>ICNP</b>	Международна сестринска практика
<b>INF</b>	Норвежка асоциация на медицинските сестри
<b>NANDA</b>	Североамериканска асоциация на медицинските сестри
<b>SWOT</b>	Анализ на силни, слаби страни, възможности заплахи

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Развитие на сестринските грижи е актуална концепция, която поставя пред сестринството сериозни задачи, изпълнението на които позволява коренна промяна в организацията на сестринските дейности. Съвременните схващания на сестринството са насочени към укрепване статуса на медицинските сестри.

Реформата в сестринството предполага значителни изменения във функциите и организацията на труда на медицинските сестри, което ще способства за по-рационално използване на потенциала на медицинските специалисти. От всичко това възниква потребността за развитие на автономия на сестринството, отнасяща се до поемане на управлението и отговорността за здравните грижи, в рамките на придобитите компетенции. Разширяването на пълномощията на медицинската сестра, повишаването на престижа на професията, прилагането на съвременни подходи към оказване на сестринска помощ е предизвикателство за предоставяне на здравни грижи, в унисон с променящите се условия и нарастващите потребности на населението.

Разширените компетенции позволяват на медицинската сестра да изпълнява своите професионални задължения, да осъществява емоционалната и информационна подкрепа на пациента и неговите близки като ги въвлеча в лечебния процес. Тази дейност е необходимо да бъде целенасочена и систематизирана, за да не лишава здравеопазната система от значителен ресурс, който е в състояние да подобри здравеопазването на населението.

Европейският и световен опит доказва постигане на качество в сестринските грижи чрез прилагане на стандарти за добра сестринска практика. Дейността на медицинската сестра се основава на правила и норми за добра практика базирани на цялостна концепция в стандартизирането на здравните грижи. Усилията на сестринските организации са насочени към издигане на авторитета и очертаване на автономността на практиката на сестринската професия, като се определят ценностите и приоритетите на медицински сестри в България. Чрез въвеждането на стандарти по здравни грижи могат да се предоставят ясни критерии и насоки в практиката на

медицинската сестра, да се повлияе на законодателството и да се приложи рамка за обективно оценяване на дейностите на медицинските сестри.

През последните години не липсват публикации и на български автори, относно качеството на здравните грижи и прилагане на правила за добра сестринска практика, но те разглеждат частично проблема (Г. Грънчарова, С. Тончева, И. Стамболова, С. Тончева, Г. Чанева, М. Стойчева, М. Драганова, М. Митова, К. Чамов, С. Попова, В. Борисов, Е. Димитрова).

В България няма нормативно въведени стандарти, които да ръководят дейността на медицинските сестри. Дейностите по здравни грижи са изключително важна част от лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на здраве. Тяхната нормативна регламентация е от съществено значение за прилагане на качествена грижа. Създаване на условия за осъществяване на дейностите по диагностика, профилактика, лечение и здравни грижи за пациента, в съответствие с изискванията на утвърдените от министъра на здравеопазването медицински стандарти и методичните указания, гарантиращи качествено медицински обслужване.

Анализът на извънболничната практика и качеството на предоставяне на сестрински грижи в България, показва, че ролята, значението и организацията на труда на медицинската сестра е необходимо да се промени в съответствие със съвременните направления на реформиращото се сестринство. Необходимо е значително да се разшири спектъра от взаимосвързани и независими сестрински намеси в практиката на медицинската сестра.

Очертаните празноти в научната литература, относно възможностите, които предоставя медицинската практика за прилагане на стандарти по здравни грижи, ни мотивираха да направим настоящото проучване.

## **ЦЕЛ, ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

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

**Цел:** Да се проучат и анализират възможностите на извънболничната помощ за прилагане на стандарти по здравни грижи в професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно.

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

1. Да се анализира организацията на здравните грижи в извънболничната медицинска помощ и възможностите, които тя предоставя за въвеждане на стандарт по здравни грижи.

2. Да се направи теоретичен анализ на съвременното сестринство и неговото значение в условията на извънболнична помощ.

3. Да се проучи международният опит в прилагане на стандарти по здравни грижи в практиката на медицинската сестра.

4. Да се анализира действащата нормативна уредба, регулираща професионалните дейности на медицинската сестра и възможностите за самостоятелни практики.

5. Да се изследва зависимостта между образование, професионален опит, компетенции на медицинската сестра и прилагане на стандарт по здравни грижи в извънболничната медицинска помощ.

6. Да се проучи мнение на експерти в областта на здравните грижи, относно проблемите на сестринството в условията на извънболничната помощ;

7. Да се разработи и предложи концептуален модел за въвеждане на стандарти по здравни грижи;

8. Да предложим структуриран стандарт по здравни грижи в извънболничната помощ за професионалните дейности, които медицинската сестра извършва самостоятелно.

### **2. Работни хипотези**

1. Настоящата организация на сестринските дейности в извънболничната помощ създава предпоставки за непълноценно използване на компетенциите на медицинската сестра.



2. Съществуват различия в нормативната уредба, свързана със сестринската практика и компетенциите за самостоятелни професионални дейности.

3. Медицинските сестри оценяват необходимостта от прилагане на стандарти по здравни грижи в извънболничната помощ.

4. Липсата на законово регламентиране на стандарт по здравни грижи влияе негативно на професионалното самочувствие на медицинската сестра и може да създаде предпоставки за непълноценно здравно обслужване.

Работните хипотези изработихме, отчитайки етапа на развитие на здравните грижи в извънболничната помощ в унисон със съвременното сестринство и поемането на нови повисоки отговорности от медицинските сестри.

### **3. Материал и методи**

За постигане на целта и задачите планирахме и проведехме следните изследвания:

- Анализ на теориите в сестринството и възможности за промяна на настоящата практика
- Анализ на нормативната уредба регулираща професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва по назначение или самостоятелно;
- Проучени информираност, нагласи и готовност на медицинските сестри в извънболничната помощ за изпълнение на стандарти по здравни грижи;
- Проучен опит за регулиране на професионалните дейности на медицинската сестра в самостоятелна сестринска практика в Норвегия;
- Анализ на сестринската практика в извънболничната помощ в България - качествено проучване на мнението на експерти от системата;
- SWOT анализ на здравните грижи в извънболничната помощ и тяхното значение в условията на съвременното здравеопазване;

#### ***3.1. Материал и методи за анализ на теориите в сестринството и възможности за промяна на настоящата практика***

Приложена е методика за оценка на практическата значимост на основните теориите в сестринството. За целта са разработени критерии, за съпоставимост на концепции и резултати от приложението. Съдържанието на критериите включва концепция на теориите, област на приложение, социална и практическа значимост.

Прегледът на достъпната литература е направен с използване на кумулативен индекс за здравни грижи, сестринство, медицинска сестра, професионален стандарт, компетенции, в специализирани медицински бази данни – Medline complete, PubMed, Web of science, Science Direct, през периода м. октомври 2005г. – м. февруари 2018г. Ключовите думи бяха въведени в оперативната програма за търсене в база данни. В допълнение към източниците, идентифицирани чрез търсене в специализирани медицински бази данни са включени и регулационни механизми, декларации и документи, които съблюдават правителствата на страните, членки на СЗО и международните сестрински организации при разработване на местните закони, регулативни механизми и социално-икономически програми, направляващи сестринските грижи в извънболничната помощ.

Пълните текстове на статиите бяха оценени за допустимост, като се използваха **критерии за включване:**

- обществено здраве;
- здравни грижи;
- сестринска дейности/интервенции;
- съвременни международни практики (2005-2018).

Най-голям брой статии са от Съединените американски щати (n = 36), Великобритания (n = 29) и Русия (n = 26). От проучените статии 45 бяха изследователски проекти. Те са проведени в САЩ (n = 14), Великобритания (n = 10), Русия (n = 7), Белгия (n = 6), Канада (n = 4), Норвегия (n = 3) и Финландия (n = 1).

***3.2. Материал и методи за анализ на нормативната уредба, регулираща професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва по назначение или самостоятелно***

Приложен е сравнително правен анализ на закони и подзаконни актове, регулиращи професионалните дейности на медицинската сестра: Закон за висшето образование, обн. ДВ. бр.112 от 27 Декември 1995г., изм. и доп. ДВ. бр.30 от 3 Април 2018г.; Закон за професионалното образование и обучение, обн. ДВ. бр.68 от 30 Юли 1999г., изм. ДВ. бр.14 от 20 Февруари 2015г.; Закон за здравето осигуряване, обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г., оп. ДВ. бр.40 от 15 Май 2018г.; Закон за здравето, обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. и доп. ДВ. бр.18 от 27 Февруари 2018г.; Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, обн., ДВ, бр. 46 от 3.06.2005 г.; Международна стандартна класификация на професиите (International Standard Classification of Occupations, 2008 (ISCO-08); Наредба №1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (обн. ДВ, бр.15 от 18.02.2011г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011г.); Кодекс за професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти в България, утвърден със Заповед № РД-01-102 от 11 май 2015 г. на министъра на здравеопазването, обн. ДВ. бр.45 от 19 Юни 2015г.; Директива 2005/36/ЕО за признаването на професионални квалификации, в сила от 20.10.2007г.; Стратегия на СЗО “ЗДРАВЕ 21”; Здравна стратегия на ЕС „Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС”; Концепция на Министерство на здравеопазването на Р. България „Цели за здраве 2020“; Мюнхенска декларация „ Медицински сестри и акушерки: сила в здравеопазването“, 2000; Стратегия за развитие на здравните грижи в Р. България 2013 – 2020 г. Национална здравна стратегия 2020 на Министерство на здравеопазването; Учебна програма по специалност „Първични здравни грижи“.

Приложеният сравнително правен анализ има за цел установяване на възможностите за регулиране на самостоятелните дейности на медицинската сестра, извършвани в извънболничната медицинска помощ.

### **3.3. Материал и методи за проучване на информираност, нагласи и готовност на медицинските сестри в извънболничната помощ за изпълнение на стандарти по здравни грижи**

Проведено е анкетно проучване за информираността, нагласите и готовността, свързани с прилагането на стандарти по здравни грижи, сред 473 медицински сестри от Северна и Югоизточна България - областите Варна, Добрич, Търговище, Шумен, Бургас, Девня, Стара Загора, в периода от м. септември 2016г. до м. декември 2017 г

#### **Подбор на изследваните лица**

Рамка на подбора: Медицински сестри, практикуващи в лечебни заведения от извънболничната помощ – амбулатории за първична медицинска помощ.

Обектите на изследването определихме в съответствие с поставените задачи и етапа на научното проучване.

Изследването е реализирано чрез типологичен подбор с определени гнезда за проучването - Варна, Добрич, Търговище, Шумен, Бургас, Девня, Стара Загора, а в тях чрез собствено - случайния подбор бяха избрани единиците на наблюдение.

В проучването на информираността, нагласи и готовност на медицинските сестри в извънболничната помощ за изпълнение на стандарти по здравни грижи, са поканени 374 индивидуални и групови практики, които са над 39% от практиките в Северна и Югоизточна България (Таблица 1).

**Таблица 1. Осигуреност с лечебни заведения за извънболнична помощ (Северна и Югоизточна България, 2017г., по данни на НСИ)**

Район	Лечебни заведения за извънболнична помощ	
	Заведения	Легла
Северна и Югоизточна България	962	578
Северен централен	228	93
Югоизточен	275	229
Югозападна и Южна централна България	1053	485
Южен централен	377	185

Разпределението на поканените по вид лечебни заведения за извънболнична помощ е представено на Таблица 2.

**Таблица 2. Разпределение на анкетираните по вид лечебно заведение**

Лечебно заведение	брой	%
индивидуална практика за първична медицинска помощ	415	87.74%
групова практика за първична медицинска помощ	58	12.26%

За медицинските сестри изследването беше проведено като репрезентативно. С оглед случайността на подбора бяха анкетирани медицински сестри, през първата смяна на работния ден в амбулаториите за първична медицинска помощ.

В своята основна част изследването е извършено от докторанта, с оглед постигане на по-голяма точност. Използвано е и сътрудничество на председатели на регионални колегии на БАПЗГ в градовете Варна, Бургас, Стара Загора, Шумен и Търговище.

#### ***3.4. Материал и методи за проучване на опита за самостоятелна сестринска практика, установен в Норвегия***

Проведено е структурирано интервю с цел проучване на модела на самостоятелна сестринска практика и организация на прилагане на стандарт по здравни грижи с медицински сестри - 24, от град Хаугесунд, Норвегия през месец април 2018г. Използвано е сътрудничество на студент от специалност „Медицинска сестра“ по време на преддипломен стаж (м. март – м. юни 2018г.), по програма Еразъм в гр. Хаугесунд, Норвегия.

#### **Подбор на изследваните лица**

Рамка на подбора: Медицински сестри, практикуващи в самостоятелни сестрински структури – Helse Fona, haugesund/surgical mid; Nursing home Udland; Nursing home Bjorgen; Nursing home Centrum в град Хаугесунд, Норвегия, за

предоставяне на самостоятелни сестрински грижи в лечебното заведение и в дома на пациента – патронажни грижи.

За проучване на модела на самостоятелна сестринска практика и опита за прилагане на стандарти по здравни грижи са поканени общо 32 медицински сестри, от които участие в интервюто взеха 24.

### ***3.5. Материал и методи на експертна оценка за проучване на възможностите за извършване на самостоятелни професионални дейности и въвеждане на стандарт по здравни грижи в България***

Проведено е структурирано интервю с цел детайлно изясняване на връзките между отделните фактори, оказващи влияние върху готовността за прилагане на стандарти по здравни грижи, с експерти – членове на ръководни органи на БАПЗГ и ръководители на регионални колегии към асоциацията. Извадката включва 26 изследвани лица. Интервюто бе проведено в период м. октомври - м. декември 2017г.

#### **Подбор на изследваните лица**

Рамка на подбора: За експерти са привлечени доказани професионалисти по здравни грижи, с принос в теоретичното и практическо развитие на сестринството – председатели на регионални колегии на БАПЗГ 15.39% (n=4) в градовете Девня, Търговище, Добрич и Стара Загора; дейност в ръководни органи на БАПЗГ 84.61%, (n=22), от които преподаватели в ВУ (n=7), заемат от които 7 са, утвърдени професионалисти от практиката (n=15), с опит и съвременни схващания за сестринството. Чрез изследване на мнението на експертите се цели в максимална степен да се очертаят възможностите, които съществуват пред медицинската сестра в извънболнична медицинска помощ за извършване на самостоятелни професионални дейности.

### ***3.6. Метод на SWOT анализ за оценка на силни и слаби страни на здравните грижи, оказвани от медицинската сестра, в извънболничната помощ, както възможности и заплахи пред тях за въвеждане на професионални стандарти***

С цел установяване на възможностите на съвременните грижи за разрешаване на проблеми, отнасящи се до индивидуалното и обществено здраве, определихме критичните фактори за успех на професията днес. За постигане на тази цел, идентифицирахме слабостите, които, ако не бъдат коригирани, ще възпрепятстват развитието на професията от зависима към независима. Идентифицирахме и външните заплахи, които застрашат утвърждаването на професията на медицинската сестра със значим и социален обществен статус в извънболничната помощ. Разкрихме и вътрешните сили на сестринството, тъй като те посочват вътрешните фактори, които можем да използваме за постигане на желаната цел. Слабостите, силните страни, възможностите и настоящите заплахи в професията са еднакво многобройни и разнообразни. Настоящият SWOT анализ на здравните грижи, направихме в контекста на съществуващата сестринска практика у нас.

#### **4. Статистически методи за обработка и анализ на информацията**

- **Алтернативен анализ** използвахме за разработка на качествено-измеримите признаци. Приложихме Аркусинусовата трансформация на Фишер, заради неговата универсалност. Отчетохме получената стойност за  $t$  при степен на свобода  $k=n_1+n_2-2$  и уровень на значимост  $p \leq 0,05$ .

- **Корелационен анализ** използвахме за разкриване връзката между влияние на явления като възраст, трудов стаж при различните групи респонденти, потребност от сестринска уредба, необходимост от допълнителна информация на медицинските сестри и др., чрез корелационен коефициент на Pearson и коефициент на рангова корелация на Spearman.

- **Непараметричен анализ** използвахме при отчитане наличието на разпределения, различаващи се от нормалното, както и при извършване на статистически анализ на сложни комбинационни таблици използвахме критерии на съгласие на Pearson ( $\chi^2$  - хи-квадрат) за категорийни признаци.

- **Параметричен анализ** използвахме Independent Samples T-test за сравнение на средни стойности в две независими извадки.

- **Вариационен анализ.** Чрез вариационния анализ бяха

изчислени основните параметри на количествено измеримите признаци. При сравняване на средните величини беше използван U критерия за нормално разпределение. Съществуващите различия бяха приемани за статистически значими и потвърждаващи алтернативната хипотеза  $H_1$  при  $P \geq 0,95$ .

• **Графичен анализ.** За онагледяване на наблюдаваните процеси и явления илюстрирахме съществуващите закономерности и зависимости чрез възможностите на графичния анализ (обемни, линейни, секторни и стълбовидни диаграми).

Данните са обработени с помощта на софтуерен продукт IBM SPSS Statistics, версия 21.

## **5. Инструментариум за изследването**

За осъществяване на целите и задачите на проучването са разработени:

**Анкетна карта №1** - за работещи медицински сестри по изследваните признаци с 38 въпроса, структурирани в 5 групи:

1. *Осведоменост за нормативната уредба за дейността на медицинската сестра в извънболничната помощ:* Направена е косвена оценка на ефективността на стандартите по здравни грижи.

2. *Информационни канали и осведоменост за стандарти по здравни грижи:* Като основни източници на информация са посочени: медии, интернет, научни форуми, специализирани издания, колеги. По отношение на информираността от една страна респондентите са поканени да самооценят степента на своята информираност за стандартите по здравни грижи, а от друга страна са включени контролни въпроси за нормативната уредба на здравните грижи в извънболничната помощ и възможностите за прилагане на специфични нормативни документи.

3. *Нагласи за прилагане на стандарт по здравни грижи:* Оценени са чрез преки въпроси, относно готовността на медицинските сестри, включени в проучването да извършват дейности в извънболничната помощ по установени стандарти.

4. *Професионално поведение:* Оценено е чрез преки въпроси относно оценка на дейностите на медицинската сестра в оказване на здравни грижи. Въпросите са насочени към



характеристиката и детайлизирането на дейностите в извънболничната помощ.

5. *Социално – демографски характеристики*: възраст, месторабота, образование, стаж по специалността.

**Въпросник за стандартизирано интервю №1** за работещи медицински сестри в самостоятелни структури за оказване на сестрински грижи в гр.Хаугесунд, Норвегия. Въпросникът съдържа 15 въпроса, отнасящи се продължителност на обучение, надграждащо обучение, организационен модел на самостоятелна сестринска практика, приложение на стандарт за здравни грижи

**Въпросник за стандартизирано интервю №2** за експерти с 18 въпроса, отнасящи се до възможностите за извършване на самостоятелни професионални дейности от медицинската сестра в извънболничната помощ и въвеждане на стандарт по здравни грижи в България.

## 6. Понятиен апарат

Проучването на възможностите в извънболничната помощ за прилагане на стандарти по здравни грижи в професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно е сравнително нова област в сестринството. Представянето на понятиен апарат ще допринесе за по-пълно изясняване на въведените понятия и изясняване на цялостната концепция на научната разработка.

- **здравни грижи** – дейност, свързана със здравето и болестта, извършвана от медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, осигуряване на човешките потребности, когато лицето не може (поради болест, възраст, инвалидност и други причини), няма познания или не трябва да я извършва само.

- **сестринска теория** – цялото сестринско познание, което се използва в подкрепа на сестринската практика.

- **сестрински модел** - изработен въз основа на теории и концепции, прилаган с цел подпомагане на сестринската практиката.

- **сестрински процес** - системен научен подход за планиране и осигуряване на активни сестрински грижи.

- **сестринска диагноза** - формулиране на клинична преценка от медицинската сестра, за реакциите към изявените и

потенциални проблеми на здравето, към процеса на живот на дадено лице, семейство или колектив.

- **клинично наблюдение** - наблюдението, което медицинската сестра извършва ежедневно на общото състояние на болния, положение в леглото, наблюдение на соматични показатели, израз на лицето, състояние на кожата и други важни за определяне на състоянието на пациента показатели.

- **стандарт** - държавен документ, който определя изискванията към стоките, изделията и др.

- **качество** - съвкупност от признаци, условия и свойства на даден продукт или процедура, изпълнявана в процеса на предоставяне на здравна помощ, задоволяващи изцяло или нахвърлящи очакванията на определена група или индивидуален пациент.

- **отговорност** - задължение на човек да отговаря за действията и постъпките си, за действията и постъпките на други лица, за сигурността на хора и предмети.

- **автономност** – самостоятелност, независимост при решаване на определени въпроси, самоуправление.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### 1.1. Теориите в сестринството и възможности за промяна на настоящата практика

#### *1.1. Анализ на теоретичните схващания в сестринството като основа за генериране на надграждащи познания и насоки в развитието на професията*

Сестринството като наука се развива в самостоятелно направление, включващо парадигми, рамки и теории. В медицинската терминология **сестринските теории**, често се определят като „организирана рамка от понятия и цели, предназначени да ръководят практиката на сестринството“ (Stedman’s Health Professions & Nursing Dictionary, 2012). От гледна точка на цялостното познание, теориите в сестринството се използват за генериране на надграждащи познания и насоки в развитието на сестринската професията. Теорията може да бъде

описана като набор от установени твърдения или правила, която валидност може да бъде доказана чрез практиката (Hardy, M. E. 1978). Теоретично ръководената практика, основана на доказателства, е отличителна черта на всяка професионална дейност. Това именно определя големия брой изследователи, които са развили различни концепции, относно същността на сестринството и сестринските грижи. Съветът за сестрински грижи и акушерство (NMC, 2008 г.) посочва, че **медицинските сестри трябва да оказват грижа, „основана на най-добрите налични доказателства или най-добри практики“**.

От историческа гледна точка, теорията на сестринските грижи се развива успоредно с развитието на обществото и медицинските познания. Ролята на сестринството се разглежда като отговор на проблема на пациента и прилагане на първични, вторични и третични интервенции. През 50-те години на миналия век се очертава необходимост от валидизиране на практиката, чрез създаването на собствено, научно приложено теоретично познание за сестринството (Newman 1972).

Анализирайки развитието на сестринските теории, установяваме следната хронология на концепции, предложена от Sue Delaune и Patricia Ladner (Таблица 3). Хронологичната последователност представя как световните събития и теоретиците в сестринството направляват съвременната практика. В съществуващите теории откриваме различия в съдържанието.

**Таблица 3. Историческо развитие на сестринските концепции (по S. Delaune, P. Ladner, допълнена от автора)**

Година	Теоретик	Теория/ Публикация
1840–1841	Доротей Дикс	Грижи при болни със умствени увреждания
1859	Флоренция Найтингел	Записки за грижите: Какво е и какво не е сестринство
1869	Линда Ричардс	Писмена система за отчитане на индивидуалните характеристики на пациентите
1881	Клара Бартон	Организиране на грижите в институция: Национално дружество на Червения кръст
1896	Изабел Роб	Обучение в сестринството
1900	София Палмър	Научно сестринство, чрез публикуване на резултати
1907	Линда Док	Законодателство в сестринството
1908	Марта Франклин	Расова равнопоставеност в сестринските

		грижи
<b>1910</b>	Мари Аделаид	Академично обучение на медицинските сестри
<b>1918</b>	Лилян Уолд	Обществено здравеопазване и сестринство
<b>1920</b>	Мари Брекенрейдж	Грижи за семейството
<b>1930</b>	Сузи Беар	Подобряване на здравеопазването
<b>1952</b>	Хилдегард Пеплау	Междудличностните отношения в сестринството
		Основни принципи при консултиране на пациенти
		Междудличностни отношения: теоретична рамка за прилагане в сестринската практика
<b>1955</b>	Вирджиния Хендерсон	(with B. Harmer) Учебник за принципите и практиката на сестринството
		Същност на сестринството: определение и прилагането му в практиката, изследванията и образованието
		Същност на сестринството: Размисли след 20 години
<b>1960</b>	Фейе Абделах	(with Beland, Martin, and Matheney) Пациент-централизиран подход в грижите
<b>1961</b>	Ида Жан Орландо	Динамичното сестринство
<b>1963</b>	Марта Роджърс	Развитие на научното сестринство
		Въведение в теоретичните основи на сестринството
		Сестринството: наука за единството на човека
<b>1963</b>	Лидия Хол	Планиране на грижите
		Връзка с пациента
<b>1964</b>	Ернестина Винденбах	Клинично сестринство: изкуството да помагаш
<b>1966</b>	Джойс Травелби	Междудличностни аспекти на сестринството
<b>1969</b>	Майра Левайн	Въведение в клиничното сестринство
<b>1989</b>		Четирите опазващи правила: Двадесет години по-късно
<b>1991</b>		Опазващи правила: Модел на здраве
<b>1970</b>	Марта Роджърс	Въведение в теоретичните основи на сестринството
<b>1980</b>		Сестринството: наука за единството на човека
<b>1989</b>		Сестринството: наука за единните човешки същества
<b>1971</b>	Имоджен Кинг	Основни концепции за човешкото поведение
		Теория на сестринството: системи, концепции и процеси
		Основни системи: структура и теория
<b>1971</b>	Доротейа Орем	Сестрински концепции и практика
<b>1976</b>	Дороти Джонсън	Поведенчески системи и сестринство
<b>1980</b>		Поведенческите системи модел за сестринство

<b>1976</b>	Калиста Рой	Въведение в сестринството: Адаптационен модел
<b>1980</b>		Адаптационен модел на Рой
<b>1987</b>		Теоретична структура на сестринството: Адаптационен модел
<b>1991</b>		Адаптационен модел на Рой: Основни данни
<b>1976</b>	Джозефин Патерсън и Лорета Здерад	Хуманистично сестринство
<b>1978</b>	Маделин Лайнингер	Транкултурално сестринство: Концепции, теории и практика
<b>1980</b>		Грижа: Централен фокус на сестринството
<b>1988</b>		Културалната грижа – разнообразие и универсалност
<b>1979</b>	Джейн Уотсън	Сестринството: Философия и наука за грижите
		Сестринството: Наука за човека и грижа за него
		Нови измерения на теорията за грижи
		Философията на Уотсън и теория за човешките грижи в сестринството
<b>1979</b>	Маргарет Нюман	Теория за развитието на сестринството
		Теория за здравето
		Разширени познания за здравето
<b>1980</b>	Бети Нюман	Модел на здравни системи: Общ подход за разрешаване на проблеми на пациента
		Модели на Нюман
<b>1981</b>	Розмари Парс	Човек-Живот-Здраве: Теория на сестринството
<b>1983</b>	Джойс Фицпатрик	Анализи за сестринството като наука
<b>1984</b>	Патриция Бенер	Превъзходство и сила в клиничната сестринска практика
		Превъзходството на грижите: Стрес и справяне в здраве и болест
		Непреднамерост на грижите
		Радикална трансформация на сестринското образование
<b>1997</b>	Хилдегард Пеплау	Връзка медицинска сестра - пациент
<b>2007</b>	Линда Айкен	Сестринство основано на доказателствата
<b>2009</b>	Мария Левин	Теория за съхранение Външна и вътрешна среда при грижите
		Публикувани препоръки за подобряване на здравните грижи

Някои от тях имат относително абстрактен и обобщен характер ( Д. Дикс, 1841; С. Палмър, 1900; М. Франклин, 1908; С. Беар, 1930; Дж. Патерсън и Л. Здерад, 1976; Дж. Уотсън,

1979; Л. Айкен, 2007), а други са значително по-конкретни като съдържание (Л. Уолд, 1918; М. Брекенрейдж, 1920; К. Рой 1976; Б. Нюман, 1980; М. Левин, 2009) . Авторите на представените теории са личности с образование и опит, доказан в практиката. Основавайки се на това, те са направили опит да определят съдържанието на сестринството под влияние на епохата и значимите събития на времето в което са живели. В тези теории откриваме отражение на проблемите, които са били актуални в периода, когато са създавани. Независимо от времето на формулирането на теориите, поставената в миналото рамка на общата цел на грижите - **здравето и благополучието на хората и обществото**, остава непроменена и до днес.

Интерес за нас, представлява **оценката на сестринските теории по отношение на тяхната обществена и практическа значимост**. Анализът на съдържанието и значимостта, направихме въз основа на проучени методики, които използват изследователите в областта на сестринството.

Според методиката предложена от Johnson, D.E. (1974), анализа на теориите се основава на редица социално ориентирани критерии. Според автора, мисията определена на сестринството е необходимо да се постига, чрез поставените задачи, насочени към благополучието на обществото. В проучената методика, откриваме социално ориентирани **критерии, за приложимостта на теоретичните схващания:**

- обществена насоченост ;
- практическа достижимост;
- развитие на направления в грижите.

Приложението на този подход създава възможност за извеждане на задачите пред сестринството за разрешаване на значими проблеми в областта на грижите. Много автори откриват недостатък в методиката на Джонсън поради това, че критериите за оценка не съдържат елемент на обществена критика и създават затрудненията при съпоставяне на теориите по отношение на степен на изпълнение на задачите, възложени от обществото.

Социално-критичен подход в оценката на сестринските теории предлагат Alsvog, H. (1985) и Martinsen, K. (1975). Обществената значимост е определена в зависимост от залегалите ценностите, етичните норми и поведение,

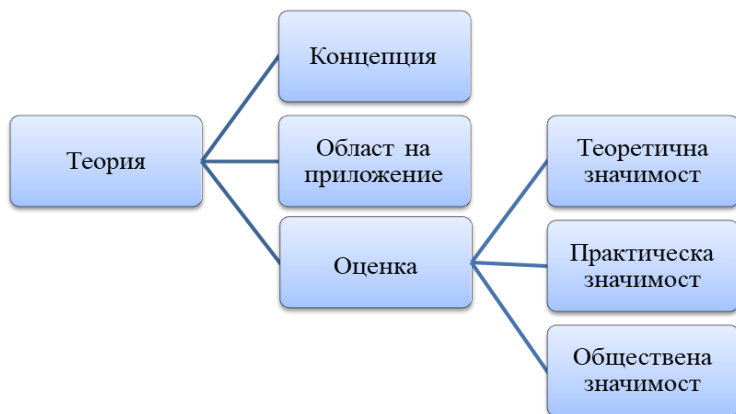
съдържащи се в теоретичните постановки. Според авторите, теорията е необходимо да отговаря на нуждите обществото. Проучената методика, установява възможност за извеждане на основните аспекти, които се отнасят до формиране на правилно поведението и реакции на обществото към цялостното благополучие.

В методиките предложени от Chinn, P. M. и Kramer, K. M. (1995), теориите в сестринството се подлагат на анализ въз основа на критерии: цел, взаимовръзки и обхват. Авторите насочват оценката към критичното отражение на теорията за развитието на грижите.

Meleis (1997) заявява, че структурните и функционалните компоненти на теорията трябва да бъдат проучени преди оценката. Функционалните компоненти включват описания на елементите: насоченост, клиент, сестринска грижа, здравеопазване, взаимодействие сестра-пациент, заобикаляща среда, проблеми и интервенции.

В проучените методики на Diers, D. (1984), Marcuse, H.J. (1989), и Ellis, R. (1968) основен критерий за оценка е значимостта на теориите по отношение на практическата приложимост на основните постановки. Теоретичният анализ, може да бъде приложен при разкриване на ограниченията на дадена теория и разширяване на познанията за явленията, които представят същността на сестринската намеса за подобряване на благополучието на пациента (Melnyk 1989). Като се има предвид, че няма теория, която да удовлетворява всички предложени критерии, този модел може да бъде приложен изцяло или частично, без да е необходимо да се следва последователността на компонентите.

Във основа на предложена от Диерс и Мелник методики, **разработихме критерии**, посредством които да съпоставим съдържанието и резултатите от приложението на теоретичните схващания в практиката (Фиг. 1).



**Фигура 1. Критерии за оценка на съществуващите теории**

Критериите определихме, извеждайки основните положения на моделите на сестринските грижи, описани от Мухина и Тарновская (2006).

Според авторите, ядрото на всеки модел са различията в разбирането на същността на пациента като обект на сестринска дейност, целта на грижите, набора от сестрински интервенции и особеностите в оценката на резултатите от тях:

- пациента, като обект на дейността на сестринския персонал;
- източника на проблемите на пациента;
- насоката на сестринската намеса;
- целта на грижите;
- начините на осъществяване на сестринска намеса;
- ролята на сестрата;
- оценка на качеството и резултатите от грижите.

От времето на Флоранс Найтингел до сега са разработени множество концептуални модели за сестринството (моделите на В. Хендерсон, Д. Орем, К. Рой, М. Роджърс и др.).

**Изборът на конкретните теории за анализ** направихме, съобразно включените за изучаване в учебните програми по специалност „Управление на здравните грижи“ в Медицинските университети в България теоретични схващания:

- *Теория на Флоранс Найтингел за околната среда;*
- *Теория на Хилдегард Пепло за междуличностните*



отношения;

- *Теория на Верджиния Хендерсон за сестринството;*
- *Теория на Фейе Абделах за типологията на*

*сестринските проблеми;*

- *Теория на Ида Орландо за сестринския процес;*
- *Теория на Майра Левин за адаптацията и цялостните грижи за пациента;*
- *Поведенчески системен модел на Дороти Джонсън;*
- *Модел на Марта Роджърс за уникалните човешки същества;*
- *Теория на Доротея Орем за сестринството;*
- *Теория на Имоджен Кинг за постигане на целите;*
- *Системен модел на Маргарет Нюман;*
- *Адаптационен модел на Калиста Рой;*
- *Теоретичен модел на Джейн Уотсън за грижите на човека.*

### **Съдържание на критериите**

#### **➤ Концепция на теориите**

Определянето на концепцията, е структуриран начин за разбиране, обяснение и тълкуване на теорията. Концептуалният модел на сестринската професия притежава предимството да определя най-общите характерни черти и границите на здравните грижи, предоставяни от медицинската сестра. Всяко изходно положение или постулат в концепцията на определена теория считаме като философско виждане или идеологическа позиция, етични възгледи, културни традиции, социални интереси, а също така и основни положения от други теории. Различните подходи в теориите към многообразните явления на действителността в техните сложни взаимовръзки, оказва влияние на концепция за света и човека. Във връзка със съществуването на достатъчно различни концепции, повлияващи на развитието на теориите в сестринството, съотнесохме една или друга теория към общата концепция за човека и действителността.

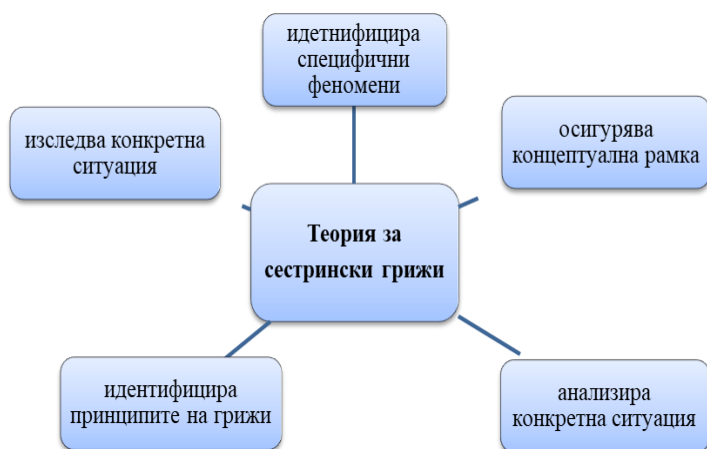
#### **➤ Област на приложение**

Теориите в сестринството разясняват значими проблеми, отнасящи се до определена област на практическо приложение.

За област на практическо приложение приемаме съвкупността от явления, които определят предмета на дейност на медицинската сестра, в рамките на придобитите компетенции. Сестринските грижи могат да оказват влияние на факторите, намиращи се в сферата на оценка на състоянието на пациента чрез различните методи, идентифициране нуждите на пациента, ефективна комуникация и взаимодействие с пациента, решаване на идентифицираните проблеми.

➤ **Оценка на теориите в сестринството**

Оценката на теоретичната и практическата значимост на теориите поставихме, анализирайки основните изходни положения в заложената концептуалната рамка. Проблемът за ефективността изяснихме въз основа на съответствието на концепцията на действителността и възможността за внедряване в текущата практика. Значимостта на теориите оценихме и въз основа на това доколко би могла да подпомогне организацията на дейността на медицинската сестра при вземането на решение, предоставянето на грижи и утвърждаване на етични взаимоотношения с пациента (Фиг. 2).



**Фигура. 2. Класификация на сестринските теории в зависимост от общата приложимост на техните принципи**

Анализът на съдържанието на теориите в сестринството, установи, насоченост на грижите към основните човешки потребности, съответстващи на възраст, етап на развитие и отклонение в здравословното състояние (Х. Пеплау, 1952; К. Рой, 1976; Дж. Патерсън и Л. Здерад, 1976). Отношението на медицинската сестра към пациента, към неговите нужди и проблеми откриваме в схващанията представени от В. Хендерсон, 1955 и Дж. Уотсън, 1979. Авторите на тези теории са насочени не толкова към конкретните задачи на грижите, а към методологичните аспекти на сестринството.

Според **В. Хендерсон** (1966), сестринството е "подпомагане на хората да получат независимост по отношение на изпълнението на дейности, допринасящи за здравето или неговото възстановяване". Според теоретиците в сестринството индивидуалните нужди се задоволяват в зависимост от културата и начина на живот на всеки човек. Основните сестрински грижи се състоят от едни и същи елементи, но те трябва да се променят и осигуряват, чрез различни мерки, съобразно потребностите на всеки индивид. Всичко това показва, че **основите на сестринството откриваме във фундаменталните човешки нужди**, което дава основание да се говори за превантивни и лечебни сестрински грижи.

Взаимодействието между медицинската сестра и пациента откриваме като основна концепция в теориите на Ф. Найтингейл, 1859; М. Франклин, 1908; Ф. Абделах, 1960; М. Роджърс, 1970; Б. Нюман, 1980; М. Левин, 2009. Влиянието на медицинската сестра като въздействаща сила върху здравето на пациента е изведено в теориите на Л. Хол, 1963; М. Нюман, 1979; Р. Парс, 1981; Л. Айкен, 2007.

Дейностите на медицинската сестра в теориите на В. Хендерсон, Ф. Абделах и Роджърс са в пряка зависимост от отношението към пациента, неговите нужди и проблеми. Теориите на изследователите имат огромно влияние върху развитието на сестринството.

Найтингейл, Ф. определя сестринството като професия: „...се различава от лекарската дейност и изисква специални, различни от лекарските познания”. В своята книга тя пише: „... необходимо е да се лекува човека, а не само болестта...“.

Към голяма част от принципите, утвърдени от **Ф. Найтингейл**, се придържат редица страни от Европа и са възприети като основа за развитие на сестринството.

От гледна точка на **Ф. Абделах** (1960) и нейните привърженици дейността на медицинската сестра се състои в това да оказва холистични грижи, ориентирани към потребностите на пациента, оказвайки помощ към адаптацията.

Подпомагане на пациента за възстановяване на неговата автономност е основна задача на медицинската сестра представена в теорията на **Д. Орем** (1971). Сестринските дейности се фокусират в три направления: изцяло заместващи, частично компенсаторни и подкрепящи.

Теорията на **Д. Тревълби** (1966) и до днес продължава да се преподава в страните от Европейския съюз. Тя се основава на междуличностните отношения между медицинската сестра и индивида, нуждаещ се от нейните грижи. Тази теория се отличава от теорията на Д. Орем и в научната литература се разглежда като теория, която развива сестринството.

В теорията на **К. Рой** (1976) пациентът се разглежда съвкупност от физиологични, психологични и социални системи, влияещи върху поведението му. Рой, К. определя сестринството като научна и хуманна професия като подчертава значението на специфичните познания за постигане на благосъстоянието на общността

Теорията за дефицита на самопомощ на Доротея Орем и моделът за адаптация на Калиста Рой са значими теории и до днес. Тезите, които развиват са насочени към подобряване на личното благополучие и възможността лицето само да повиши своето ниво на адаптация в състояние на здраве и по време на заболяване. Сестринските грижи се разглеждат като научно-обоснован подход, включващ в себе си набор от информация за пациента, неговите способности и потребности в адаптацията, насочени към удовлетворяване на потребностите на пациента и неговото семейство, прилагане на планирани действия и оценка на резултатите. Моделът за самопомощ на Д. Орем се фокусира върху способността на човека сам да поддържа живота, здравето и благосъстоянието. Сестринските грижи може да се предоставят чрез извършване на конкретни действия от сестрата при поддържане, подкрепа и насърчаване на способността на

пациента за подобряване на индивидуалното благополучие. Д. Орем и К. Рой имат различни гледни точки към принципните понятия. Д. Орем се фокусира върху способността за самопомощ, докато Рой разглежда човека като отворена система, чието поведение може да се изрази в адаптивни или неефективни отговори.

Транскултуралната грижа в теорията на **М. Линингер** представя сестринството като интегриран, всеотрашен подход, насочен към зачитане на културалните особености, вярвания, ценности и поведение на лицето, нуждаещо се от грижа. Сестринството в контекста на културното разнообразие и универсалността е разгледано от М. Линингер като специфична грижа за хората с различни култури.

В теорията на **Д. Фитцпатрик** професионалната медицинска сестра участва в предоставянето на здравни грижи, чрез прилагане на мултидисциплинарен подход към здравето на пациента в оценка, планиране и реализиране на програми, насочени към формиране на оптимално ниво на здраве за всеки пациент.

Първостепенната задача на медицинската сестра да подпомага пациента в поддържане или създаване на здравен режим, който той би изпълнявал без чужда помощ по отношение на ежедневните навици на живот е формулирана в модела на **М. Ален**. Появява се през 70-те години, когато в света се обсъждат концепции за първичната медицинска помощ. Моделът позволява на медицинската сестра в цялостност да се реализира в системата на здравните грижи, без да изземва от дейностите на другите медицински специалисти. Очертани са четири основни направления на грижите: укрепване на здравето; семейството, като обект на здравето; здравно обучение; сътрудничество.

Независимо дали чрез промоция на здравето или качеството на живот от гледна точка на човека, теориите на **Д. Джонсън** и **Х. Пеплау** дават смисъл в сестринската практика и в ежедневието, чрез фокусиране върху междуличностните отношения (Пеплау) и човешкото поведение (Джонсън).

В съдържанието на сестринските теории, можем да открием и някои недостатъци, допринасящи за ограничението при тяхното прилагане. Приемаме критиките отправени от

някои автори, отнасящи се до ролята на различните теории в сестринството.

**Направеният анализ и оценка на теориите в сестринството,** позволяват да се приложат различни професионални подходи в практиката на медицинската сестра и да се предприемат действия за утвърждаване на значението на сестринските грижи и тяхната автономност в извънболничната практика.

**Теориите в сестринството са насочени към човека,** а не към заболяването. Този модел е необходимо да бъде приложен към нуждите на пациентите, техните семейства и обществото, създаващ възможност медицинските сестри да проявяват различни роли и функции в дейността си не само към пациенти, с изявено заболяване, но и към здрави лица с цел поддържане и запазване на тяхното здраве. Теориите в сестринството отразяват съществуващата действителност, дават възможност да се сравнят различните концепции в продължение на голям период от време. Времето на Флоранс Найтингейл и същността във философията на грижите за въздействието на заобикалящата среда придобиват изключителна значимост при оказване на грижи в съвременната практика. Дейностите в медицинския екип са насочени към определяне на заболяването и прилагане на подходи за адаптация на пациента към болестта, обучение за самопомощ и подкрепа в определяне на мястото на пациента в обществения живот. Установените различия между медицинския и холистичния модел за грижа представяме в Таблица 4.

**Таблица 4. Съпоставка между медицински и холистичен модел на сестрински грижи**

Сестринска дейност	Медицински модел	Холистичен модел
Определяне същността на пациента	Сбор от органи и системи	Личност с индивидуални характеристики, проблеми, нужди и очаквания
Източник на проблеми	Нарушение във функция на орган и система	Нарушение в удовлетворяването на потребности, свързани със заболяването, незнание и неувереност, стрес и трудности в адаптацията
Приоритетни задачи пред	Изпълнение на назначения	Помощ в адаптацията,

медицинската сестра	от лекар	удовлетворяването на потребностите и корекция в поведението
Роля на медицинската сестра	Помощна и допълваща роля на лекаря	Самостоятелност и пълноправност в медицинския екип
Дейности на медицинската сестра	Изпълнение на това, от което има остра нужда в добро състояние	Механизъм на удовлетворяване на потребностите, контрол и насоки в поведението на пациента, способности за адаптация
Интервенции за изпълнение на дейностите	Зависими: прилагане на грижи и манипулации	Независими, взаимосвързани и зависими: грижи, манипулации, консултация, обучение и насоки за грижи към пациента и неговото семейство
Регистрация и отчетност	В нормативно утвърдена документация	Специфично разработени форми за документиране на грижите, отразяващи етапност и изчерпателност на дейностите
Очаквания	Подобряване на функциите на органи и системи	Достигане от пациента степен на самочувствие и самообслужване
Обратна връзка	Задължителен елемент	Задължителен елемент
Обучение	Компетенции за изпълнение на зависими дейности	Компетенции за независими, взаимосвързани и зависими дейности чрез базово и продължаващо обучение

Теориите в сестринството подкрепят медицинските сестри в определянето на техните роли, по-доброто познаване на реалността и произтичащата от тях адекватност и качество на професионално развитие, което дава възможност за постигане на ефективност и качество в предоставянето на грижи, предизвикателство пред настоящата практика и промяна в същността на нормите и съществуващите принципи. **Съвременното сестринство е ориентирано към света на пациента, неговото семейство, професионалната среда за разрешаване на проблемите и нуждите, които се проявяват във връзка със здравето.**

В този смисъл функциите на медицинската сестра в извънболничната помощ значително се разширяват. Тя изпълнява основните задължения за грижи за пациента (болен или здрав), профилактика на заболяванията, запазване и

съхранение на здравето, рехабилитация и облекчаване на страданието. Концептуалните модели за сестрински грижи позволяват на медицинските сестри да прилагат различни професионални подходи в своята практика и да осигуряват качествени грижи за пациентите. Анализът на съдържанието на теориите ни дава основание да определим областите на дейност на медицинската сестра (Фиг. 3).



*Фигура 3. Области на дейност на медицинската сестра*

Ключовата концепция за развитие на сестринството в извънболничната помощ, подчертава ролята на медицинската сестра, която ще отговори на нуждите на пациентите повече от нуждите на здравната система. Теоретичните схващания за професията на медицинската сестра помагат да се разграничи това, което трябва да формира основата на практиката, като описва сестринството. **Ползите от изучаване на теориите** в професията включват по-добра грижа за пациентите, повишен професионален статус за медицинските сестри, по-добра комуникация между медицинските сестри и насоки за научни изследвания и обучение. Съществуващите концептуални модели и теории за сестринство осигуряват основа на практиката и помагат тя да се организира в предоставяне на дейности базирани на подходящи решения, свързани със сестринските интервенции (Фиг. 4).

Интегрирането на теориите за сестринство е израз на еволюция по пътя на развитие на съвременната сестринска практика. Добрата практика, базирана на доказателства, създава възможност за приложение на съвременни подходи, адаптирани към конкретните условия за оказване на сестрински грижи:



- принципи, задачи и състояние на здравната система;
- демографски показатели;
- социално-икономически условия на обществото;
- доминиращи морално-етични принципи и култура.



**Фигура 4. Концепция за добра практика**

Съвременните сестрински грижи е необходимо да бъдат ориентирани към запазване на здравето на човека, повишаване на качеството на живот и независимост към заболяването.

### ***1.2. Теоретична рамка на компетенциите на медицинската сестра за приложение на стандарти в практиката – международен опит***

Идентифицирането на основните аспекти на ролята на медицинската сестра остава в центъра на съвременните политически дебати и единствената константа е необходимостта от здравни специалисти да предоставят грижи, независимо от начина на организиране и управление на здравните услуги. Разработените теоретични модели за сестринство, могат да бъдат основа за развитие и утвърждаване на същността на сестринските грижи и приноса на медицинските сестри в здравната система.

През последните години усилията в редица страни и у нас са насочени към **въвеждане на политики за подкрепа на**

**модернизацията и реформата на здравните грижи**, където медицинските сестри имат централна роля в екипите за здравна помощ. Редица страни предприемат основни стъпки за реформиране на здравните системи с цел, създаване на условия за ефективно използване на ресурсите от медицински специалисти. **Анализът на международния опит** показва различни подходи към структурата, управлението на здравните институции и начина на предоставяне на здравни грижи. Въпреки различията във функционирането на здравните системи, здравните политики на отделените страни са насочени към основана цел - подобряване на качеството на грижите.

Анализът, представлява преглед на литературни източници, които представят теории и модели за предоставяне на сестрински грижи, както и международни документи, определящи професионалните стандарти за компетенции.

Прегледът на достъпната литература е направен с използване на **кумулятивен индекс** за здравни грижи, сестринство, медицинска сестра, професионален стандарт, компетенции, в специализирани медицински бази данни – Medline complete, PubMed, Web of science, Science Direct, през периода м. октомври 2005г. – м. февруари 2018г. Зададеният предварително период на проучване е с определена продължителност (2005-2018), поради бързо настъпилите в тези години образователни, социални и здравни промени, както у нас, така и в редица държави, с което допускаме, че резултатите са значими за провеждане на настоящото проучване. Анализирана бе информация от достъпни източници, които свързваме с компетенциите на медицинската сестра за предоставяне на възможно най-добрата практика и за определяне на дейностите при оказване на здравни грижи. Ключовите думи бяха въведени в оперативната програма за търсене в база данни. Първоначалното търсене отчете 247 източника. Пълните текстове на статиите бяха оценени за допустимост, като се използваха следните **критерии за включване:**

- обществено здраве;
- здравни грижи;
- сестринска дейности/интервенции;
- съвременни международни практики (2005-2018).

Всяка статия е обобщена в таблица, съдържаща информация, отнасяща се до автор, година, държава, научно списание, заглавие на статията, цел, методика, резултати от изследването.



**Фигура 5. Етапи на проучване в специализирани бази данни**

В допълнение към източниците, идентифицирани чрез търсене в специализирани медицински бази данни **са включени и регулационни механизми, декларации и документи**, които съблюдават правителствата на страните, членки на СЗО и международните сестрински организации при разработване на местните закони, регулативни механизми и социално-икономически програми, направляващи сестринските грижи в извънболничната помощ.

Всички 103 статии бяха допълнително категоризирани за анализ по държава на проведеното проучване, представени нива на компетентност и опит във въвеждането на професионални стандарти в сестринската практика. Анализът на информацията от специализираната база данни идентифицира дейностите на медицинската сестра, насочени към предоставяне на грижи, съобразени с нивото на придобити компетенции независимо от това как се организират и управляват здравните услуги.

Най-голям брой анализирани статии са от Съединените американски щати (n = 36), Великобритания (n = 29) и Русия (n

= 26). От проучените статии 45 бяха изследователски проекти. Те са проведени в САЩ (n = 14), Великобритания (n = 10), Русия (n = 7), Белгия (n = 6), Канада (n = 4), Норвегия (n = 3) и Финландия (n = 1).

Много страни реформират своите здравни системи с цел създаване на условия за ефективно използване на ограничените налични ресурси за подобряване на здравния статус на популациите. Редица автори считат, че професионалното сестринско общество има нужда от официално признати системи на сестринско образование и контрол при практикуване на професията. Във връзка с това схващане, Международният сестрински съюз приема и оповестява **концепция на универсални стандарти за образование и практическа дейност в областта на сестринството.**

От наличната информация, откриваме различия в методологията на разработване на професионалните стандарти. В голяма част от изследователите в световното сестринството, бяха идентифицирани в рамките на включените стандарти за компетентност, редица общи теми, включително сестринска практика, комуникация, професионализъм и промоция на здравето.

Сред проучените държави, откриваме значително въздействие на професионалните сестрински организации върху развитието на сестринството и разрешаването на въпроси, свързани с регулиране на професионалната сестринска дейност на национално ниво в Съединените американски щати.

Основните принципи заложи в разработените от Американската асоциация на медицинските сестри (ANA) стандарти за сестрински грижи са:

- отговорност;
- конфиденциалност;
- етичност;
- безопасност.

**Основополагащ стандарт,** регулиращ сестринската практика в САЩ е Етичен кодекс за медицински сестри (The ICN Code of Ethics for Nurses), преработен през 2012 година. Кодексът е стандарт за практикуване на професията, адаптиран към организацията и функционирането на здравните системи във

всички страни по света от началото на приемането му през 1953г.

Основополагащи документи разработени от ICN, приложени като стандарти в редица страни са:

- Ръководство по безопасни условия на труд;
- Ръководство за медицински сестри в случаи на агресивно поведение на пациенти;
- Ръководство по планиране на кариера в сестринската практика;
- Ръководство за понижаване на риска и профилактика на ВБИ за медицински сестри при сестрински грижи и манипулации.

Ръководна роля в контрола по изпълнение и спазване на стандартите за сестринска дейности имат Акредитационните комисии в областта на здравеопазването на САЩ. Съвместно с Асоциацията на медицинските сестри, комисията изработва списък от стандарти, който е необходимо да бъде спазен за получаване на положителна акредитационна оценка и за поддържане високо ниво на сестринските грижи, т.е. тези стандарти определят основните критерии за оценка на качеството на сестринството в дадено лечебно заведение.

Основният стандарт приет от организацията за практическа работа е **„Кодекс на добрата сестринска и акушерска практика: стандарти и етика“**, който регламентира:

- уважение към пациента;
- получаване на информирано съгласие от пациента преди медицински намеси;
- ефективни взаимодействия с медицинския екип;
- конфиденциалност;
- непрекъснато професионално развитие;
- умение за работа в безопасна за пациента среда.

В сестринската практика във Великобритания съществуват и стандарти, определящи:

- границите на професионалните компетенции на медицинската сестра;
- непрекъснато обучение;
- правила за добра практика;

- образователно нива;
- обучение на медицински сестри.

Основните протоколи за добра сестринска практика във Великобритания определят правилата за приложение на лекарства; за работа със сестринска документация; за определяне границата на взаимодействие с пациента.

Практиката **във Великобритания** показва, че в процеса на разработването на стандарти за сестринската практика, активно са въввлечени образователните институции. Член на Международния съвет на медицинските сестри във страната е Сестринския кралски колеж. Информационните ресурси на колежа създават възможност практикуващите медицински сестри да се запознаят с разработени ръководства за:

- профилактика на риска от нараняване при стари хора;
- профилактика на декубитус;
- оценка на болката в педиатричната практика;
- обезболяване в педиатричната практика;
- приложение на ваксини;
- грижи за пациенти с диабет тип 2.

Всяка професионална асоциация във Великобритания определя **специфични стандарти за всяко направление в сестринската практика**. Съветът на медицинските сестри и акушерки на Великобритания в тесен контакт и **съвместно с Департамента по здравеопазване за страната**, участват в разработването на законодателната уредба, определяща сестринската практиката.

Анализирайки достъпната информация за структурата на стандартите в сестринската практика **на Австралия** откриваме сходства в процеса на разработване и приложение с тези от Великобритания. В Австралия стандартите за сестринска практика се разработват и утвърждават от няколко основни сестрински професионални организации с подкрепата на държания департамент по здравеопазване: Федерацията на медицинските сестри в Австралия (ANMF) и Съвета на медицински сестри и акушерки.

Стандартите за сестринска практика представляват следните основни документи:

- стандарт за професионални компетенции;

- стандарти за оценка на качеството на сестринските грижи;

- етичен кодекс;
- кодекс за професионални дейности.

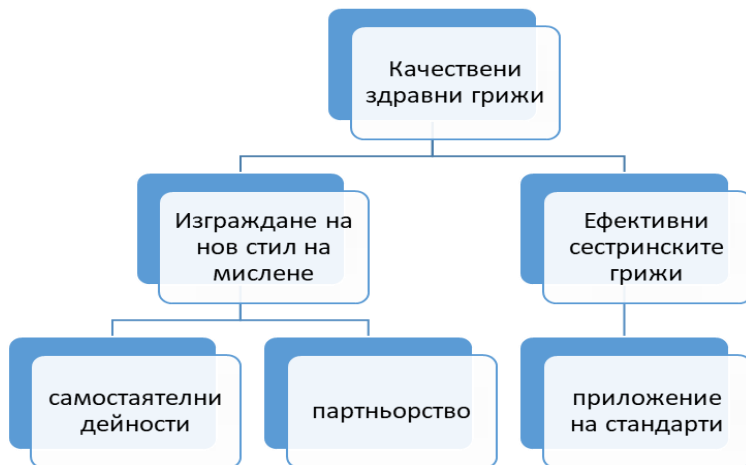
Основните принципи, които откриваме в тези документи са:

- основни положения и принципи на работа на медицинската сестра;
- професионални и етични отговорност;
- конфиденциалност;
- спазване на безопасност;
- запазване правата и достойнството на пациента;
- прилагане на сестрински процес при оказване на грижи;
- спазване на принципите за взаимодействие с останалите членове в екипа;
- роля на медицинската сестра в поддържане и подобряване качеството на сестринската практика;
- критично мислене и сестринство основано на доказателствата;
- непрекъснато професионално развитие.

С активното участие на професионалните сестрински и акушерски асоциации са разработени и приложени в практиката **стандарти в сестринството и в управлението на здравните грижи**. Процеса на разработване и внедряване в практиката на протоколи за поведение на медицинската сестра при извършване на високоспециализирани дейности е съвместен между професионалните организации и образователните институции в Австралия. Анализирайки достъпната документация установяваме, че **база за висококачествените стандарти за сестрински дейности представляват не само практическите ръководства – алгоритми за изпълнение на сестрински манипулации, но и основни документи за принципи в работата на медицинската сестра**. Без тях не би могло да се определя необходимото ниво на професионална отговорност и качество на сестринската практика.

Медицинската сестра не трябва да бъде технически изпълнител на медицинските манипулации. Тя задължително трябва да вижда професионалните перспективи, достигнати в

много страни. Медицинската сестра е професионалист, предан на своята работа, познаващ съвременните стандарти на сестринска практика и повлияващ на тяхното усъвършенстване и внедряване. Медицинските сестри представляват уникален ресурс на всяка здравеопазна система – на тях се доверяват, тях ценят, те заслужават високо професионално признание (Фигура 6).



*Фигура 6. Модел за оказване на качествени здравни грижи*

Изграждането на ефективни системи за предоставяне на здравни грижи, ориентирани към подобряване на здравето състояние на населението е основна цел и приоритет на извънболничната помощ във всяка страна. Сред медицинските специалисти в Европа, медицинските сестри представляват една от най-многочислената категория, поради което могат да повлияят на социалните детерминанти на здравето и типа подходи за оказване на помощ, ориентирана към на нуждите на хората. Световната банка извежда медицинските сестри като най-рентабилен ресурс за осигуряване на високо качество на здравните грижи.

Международните насоки в сестринската практика са водещи принципи за организация на грижи, които се стремят да осигурят помощ и подкрепа на пациентите и техните семейства. **През 2010г. Международния сестрински съвет ( International Council of Nursing) дефинира дейностите на медицинската**



**сестра като “автономна и съвместна грижа за индивидите от всички възрасти, семейства, групи и общности, болни или здрави и при всякакви условия“.**

Развитието на сестринските грижи в Европа се осъществява в контекста на нарастващите изисквания за достъпна и висококачествена здравна грижа и признание, че здравето и болестите са отговорност на всички.

Дейностите на медицинската сестра могат да бъдат насочени към равен достъп до грижи за всички нуждаещи се; отговорно отношение към поведението на пациента; обучение за правилна хигиена, оптимално хранене и цялостни здравни грижи; предоставяне на информация за планиране на бременност; сътрудничество в рамките на болничните системи и законодателната система за подобряване на сестринската практика и др.

## **2. Прилагане на стандарти по здравни грижи в дейността на медицинската сестра**

### ***2.1. Анализ на организацията на сестринските дейности по утвърдени стандарти – международен опит***

Главен координатор в областта на международното сестринство е Международният съвет на сестрите (МСС), който е създаден през 1899 г. и обединява националните сестрински асоциации от повече от 130 страни по света. Международният съвет, управляван от медицински сестри, работи за гарантиране на качеството на здравните грижи, в световен мащаб, регулира обучението на медицинските сестри, както и защитава интересите на сестринството като професия.

**САЩ** е една от страните, в които професионалните сестрински асоциации са оказали значително влияние върху развитието на сестринството и участват в регулирането на дейността на медицински сестри на държавно ниво. Най-известна и влиятелна е **Американската асоциация на медицинските сестри (ANA)**. Стандартите за добра практика са публикувани за първи път през 1973г. от Американската асоциация на медицинските сестри (АНА). Тези стандарти, определят всяка от стъпките (включително и сестринска

диагноза), които днес са включени в етапите на сестринския процес:



**Фигура 7. Стандарти за добра практика в САЩ**

В разработените стандарти за сестринска практика, откриваме заложените основни положения, значими за всяка практика и държава:

- цели и основни принципи на сестринска дейност;
- професионалната отговорност, конфиденциалност и зачитане правата на пациента;
- зачитане и взаимноуважение в медицинския екип.

**В САЩ** стандартите по здравни грижи за високоспециализираните дейности се разработват от съответните сестрински асоциации. Например, стандартът за спешна помощ е разработен, обсъжда се периодично и се актуализира от Американската асоциация на реанимационните сестри и въз основа на него, всяко лечебно заведение разработва свои практически ръководства, пособия и алгоритми за изпълнение на манипулации (Фиг. 8).

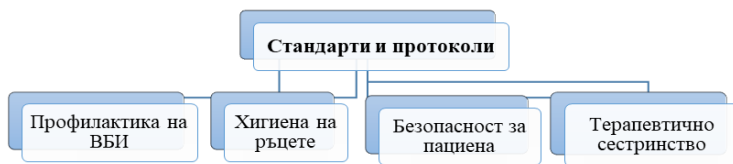


**Фигура 8. Модел на добра сестринска практика**

Ръководен орган в контрола за въвеждането и спазването на необходимите стандарти за сестрински дейности е Комитет по акредитация на Министерството на здравеопазването на САЩ. Съвместно с Американската асоциация на медицинските сестри той въвежда редица стандарти, които е необходимо да се спазват за получаване на акредитация и поддържане на високо ниво сестринските грижи, т.е. тези стандарти определят основните критерии за оценка на качеството на сестринската дейност в съответното лечебно заведение.

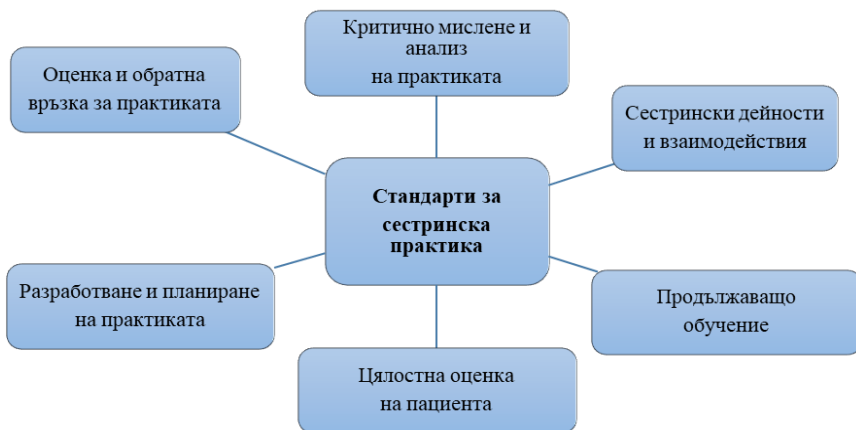
**Във Великобритания** стандартите по здравни грижи са разработени и утвърдени от Съвета на медицински сестри и акушерки, който представлява основната професионална организация на медицинските сестри в Обединеното кралство. Съветът ръководи дейността на всички медицински сестри в страната и има право да удостоверява със сертификат, придобитата квалификация и допуска медицинските сестри да практикуват професията. Основният документ, координиращ практическата дейност, разработен от организацията е "Правила в работата на медицински сестри и акушерки: стандарти и етичен кодекс

По-късно професионалните сестрински асоциации на Великобритания определят стандартите в съответните области на сестринската практика.



**Фигура 9. Стандарти, разработени от Асоциацията на медицинските сестри по контрол на инфекциите**

Организацията за изработване и валидизиране на стандартите по здравни грижи в **Австралия** до голяма степен наподобява системата за стандартизация във Великобритания.. Практиката на медицинските сестри в Австралия се регулира от седем основни стандарта (Фиг. 10).



**Фигура 10. Стандарти за сестринска практика в Австралия**

Процесите на разработване и прилагане на стандартите за практикуване на професията в Австралия подлежат на периодична оценка и актуализация, основана на достиженията в съвременната практика. Координатор в процеса на приложение

на стандарти и протоколи в сестринската практика е Министерство на здравеопазването.

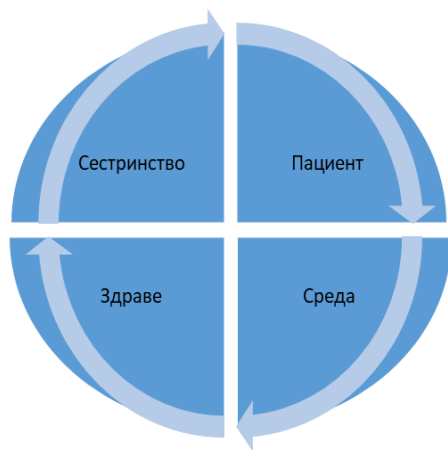
Анализът на международните практики показва, че прилагането на стандарти за регулиране на дейността на медицинската сестра, гарантира безопасността на пациентите и подобрява качеството на медицинската помощ.

**В Норвегия** сестринството се разглежда като важен компонент от системата на здравеопазването, в който ролята, в осигуряването на медицинска и социална помощ на населението, принадлежи на медицинските сестри. Дейностите, насочени към пациента се регулират от шест утвърдени национални стандарта (Фиг. 11).



**Фигура 11. Регулиране на сестринската практиката с национални стандарти в Норвегия**

В страни като **Франция, Белгия и Канада** правителството е предоставило правото на сестринските организации да регулират дейността на медицинската сестра. Правителствата са упълномощили и делегирани права на националните сестрински асоциации да гарантират отговорността на професията пред обществото и държавата. Дейността на медицинската сестра в Канада е базирана на научните познания в сестринството, организирана и подчинена на концепции, теории, рамки и модели (Фиг. 12).



**Фигура 12. Метанапарадигма на сестринството в Канада (Québec, 2010)**

В проучените страни сестринството е независима професия с достатъчен потенциал да се приравни с лечебната дейност. Като професия, медицинските сестри осъзнават своите роли и функции при предоставяне на грижи - независими, зависими и взаимозависими.

Професията на медицинската сестра в **Германия** се развива в три направления – обща практика, педиатрия и гериатрия. Основните компоненти при практикуване в страната са уважение към опита на пациента; подкрепа и удовлетворяване на потребностите; адаптиране на грижите съобразно спецификата на пациента; уважение; зачитане достойнството на пациента, подкрепа при вземане на решение.

Международната практика възприема **независимата функция на медицинската сестра** в две измерения. Първото измерение обхваща аспектите на професионалната дейност по отношение на анализ на състоянието на пациента, поставяне на сестринска диагноза, прилагане на действия и интервенции за подобряване на състоянието на пациента. Второто измерение се отнася до начина, по който медицинската сестра изпълнява задълженията си като професионалист, поемащ отговорността за всяко взето решение и предприети действия.

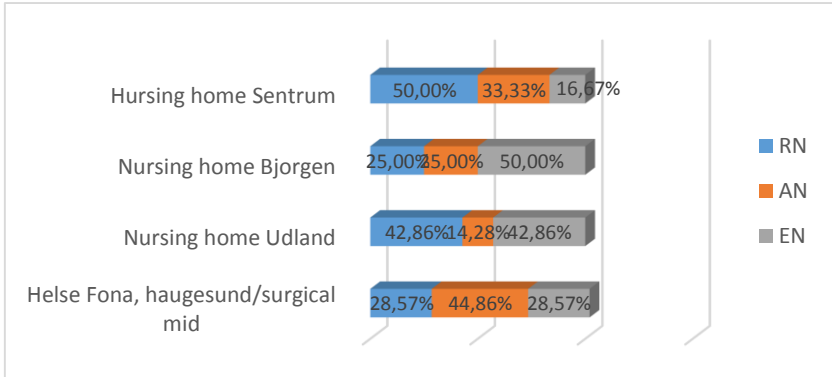
Професионалните стандарти утвърдени в дейността на медицинската сестра на редица страни от Европа, спомагат да се приложат безопасни практики за пациента, да се делегират задачи на други медицински специалисти, да се регистрира, отчете и поеме отговорност за всяко предприето действие и оказана грижа на пациента.

## ***2.2. Регулиране на професионалните дейности на медицинската сестра в самостоятелна сестринска практика в Норвегия***

Норвегия е една от страните, в които сестринството е автономна и независима професия в системата на първичната медицинска помощ. С цел проучване на опита в регулирането на дейностите, които медицинската сестра извършва самостоятелно, изследвахме мнението на 24 медицински сестри от четири самостоятелни практики в гр. Хаугесунд, Норвегия:

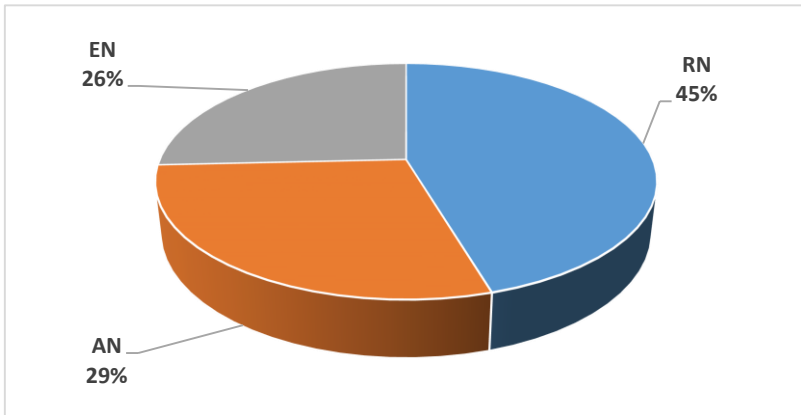
- Helse Fona, haugesund/surgical mid (n=7);
- Nursing home Udland (n=7);
- Nursing home Bjorgen (n=4);
- Nursing home Sentrum (n=6).

Проучването установи две основни направления в дейността на медицинската сестра в самостоятелната сестринска практика – дейности насочени към запазване на здравето и дейности насочени към превенция на заболявания. Тригодишната бакалавърска програма за обучение на медицински сестри предоставя обща квалификация и дава право за практикуване във всички здравни заведения в страната. Установяваме висока мотивация за продължаващо обучение сред медицинските сестри в проучените самостоятелни структури на гр. Хаугесунд (Фиг. 13).



**Фигура 13. Разпределение на медицинските сестри според образователна степен**

Представените резултати показват, че медицинските сестри в самостоятелните практики притежават изключително развито и стимулирано желание за продължаващо обучение. Повече от половината от медицински сестри в проучените структури са повишили своето образование (Фиг. 14).



**Фигура 14. Професионална квалификация на медицинските сестри**

Бакалавърска степен притежават около половината от медицинските сестри (45%, n=11). Близо една трета от



професионалистите, са надградили образованието си в степен „Магистър“ (26%, n=6) и чрез допълнителни квалификационни курсове (29%, n=7).

За да работят на базата на доказателства, медицинските сестри се нуждаят от компетентност в професионалното развитие, увереност във формулиране на клинични решения, провеждането на проучвания, анализ на научната литература, както и прилагането в практиката на изследванията.

Професията на медицинската сестра в Норвегия се направлява от Норвежката асоциация на медицинските сестри (NSF). Всяка дипломирана медицинска сестра, след завършване на образованието си, е необходимо да бъде регистрирана в Асоциацията на медицинските сестри за да има право да практикува професията. Сертификатът за професионална квалификация, който се удостоверява чрез персонален код, дава правото професията да бъде упражнявана в държавите членки на Европейския съюз на Европейското икономическо пространство и Швейцария.

Развитие на първичната здравна грижа е една от приоритетните области на услуги в здравеопазната система на Норвегия.

Стратегията за първична здравна грижа (PHCS) е насочена към запазване на здравето на населението и оказване на превантивни сестрински грижи. Дейността на медицинската сестра се определя от шест ключови направления:

- работа с общности и населението;
- идентифициране и преодоляване на неравенствата в предоставяне на грижи;
- предоставяне на достъп до услуги за подобряване, поддържане и възстановяване на здравето на хората;
- координиране на грижите;
- развиване на основната на доказани практики;
- подобряване на качеството на здравните грижи.

Структурите, в които се предоставят самостоятелни сестрински грижи са част от задължителната здравна служба на общините. За всяка група медицински специалисти, лицензирани от държавата, са приети законови и подзаконови актове, които дефинират обхвата на дейностите и определят регулаторният орган, направляващ развитието на професията.

Регулаторен орган за професията на медицинската сестра в Норвегия е Норвежката асоциация на медицинските сестри. Тя разработва документи, които определят обхвата на дейност в сестринската практика и определят изискванията за практикуване.

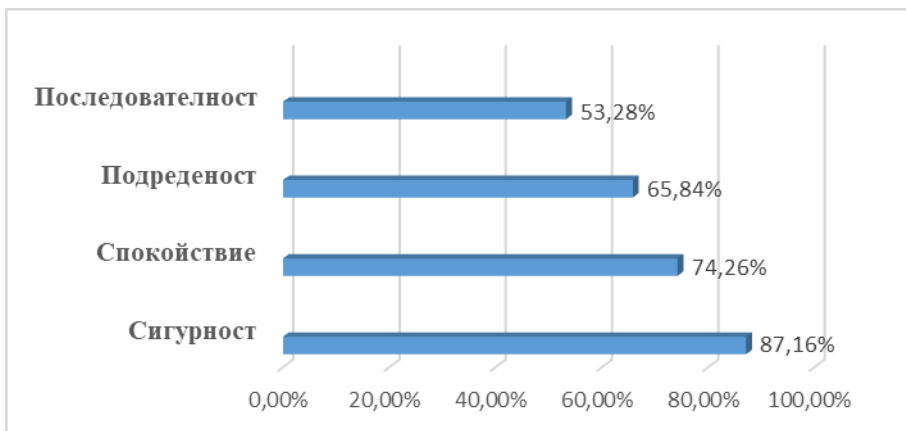
При регистрация на професията в Асоциацията, медицинската сестра получава персонален код, с който се идентифицира при практикуване и при използване на документи за регламентиране на своите дейности. Документите които разработва асоциацията са национални и определят рамката на професията за страната. Стандартите се получат персонално, след регистриране в системата на Асоциацията и не са публично достъпни.

Обхватът на дейностите на медицинските сестри може да бъде допълнително дефиниран от болничните политики и процедури, в зависимост от профилираната насоченост на съответната практика. Поради това, до разработените стандарти на NSF достъп могат да имат и структурите, в които практикуват медицинските сестри като се съгласяват да не споделят или разпространяват стандарти на NSF, защитени с авторски права, извън тяхната агенция.

Медицинските сестри от проучените самостоятелни структури за грижи имат изключителна отговорност при спазване на професионалните стандарти в своята дейност. При нарушение или отклонение от приетите норми за поведение, подлежат на санкции и носят юридическа отговорност.

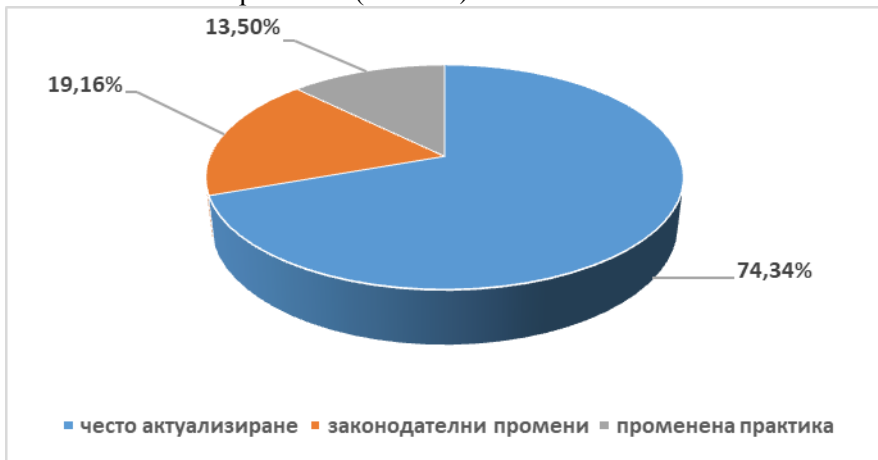
Опита в приложението на стандарти е утвърдил систематичност, подреденост и последователност в грижите, регулирани от практическите стандарти, което води до ефективно управление на сестринската практика.

Сигурност и спокойствие при работа по стандарти изказват голяма част от медицинските сестри в самостоятелните структури (Фиг. 15).



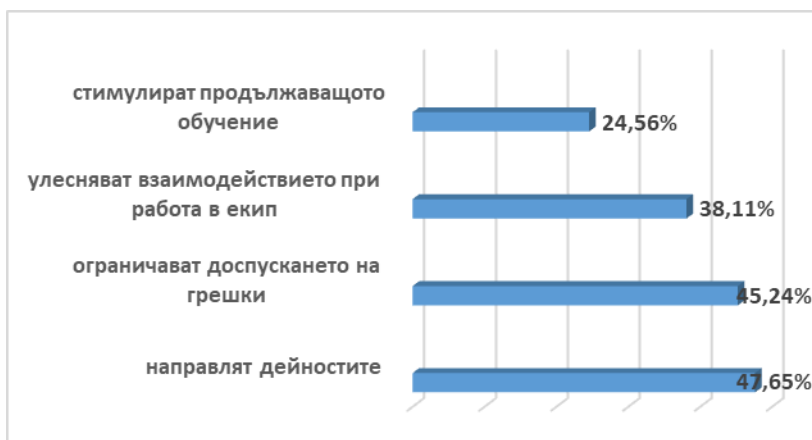
**Фигура 15. Влияние на стандартите по грижи върху дейността на медицинската сестра.**

Цел на стандартите по здравни грижи е осигуряване на безопасна, етична и компетентна грижа за пациента. В унисон с динамично променящата се практика настъпват изменения и в потребностите и нуждите на пациентите, което налага периодично промяна в съдържанието на стандарта. Честата ревизия и актуализация на документа (74.34%) е затруднение, което в най-голяма степен изпитват медицинските сестри от самостоятелните практики (Фиг. 16).



**Фигура 16. Затруднения при използване на стандарт по грижи**

Утвърдените стандарти определят задълженията и отговорностите на медицинската сестра при работа с пациентите и техните семейства. Медицинските сестри от самостоятелните практики в гр. Хаугесунд, Норвегия убедително възприемат положителното влияние на стандартите в дейността им. Според тях, те направляват дейностите (47.65%), ограничават допускането на грешки (45.24%), улесняват взаимодействието при работа в екип (38.11%), и стимулират продължаващото обучение(24.56%) (Фиг. 17).



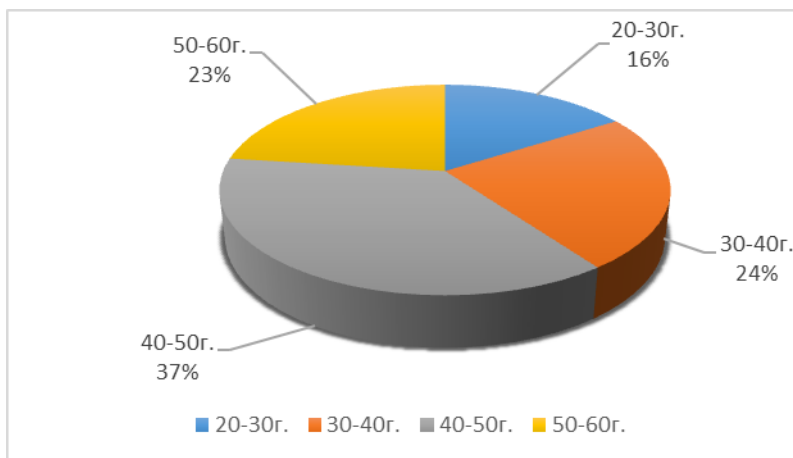
**Фигура 17. Влияние на професионалните стандарти върху сестринската практика**

Анализът на опита показва, че прилагането на стандарти по здравни грижи направлява и улеснява работата на медицинската сестра, намалява неоправданите разходи, време, създава възможност за приемственост и високо качество на дейностите, извършвани самостоятелно от медицинската сестра. Прилагането на стандарти по здравни грижи представлява ключов компонент на всяка една от основните функции на медицинската сестра, необходимо условие за поемане на отговорност при извършване на самостоятелните професионални дейности.

### **2.3. Информираност, нагласа и готовност за приложение на стандарти по здравни грижи**

Настоящото проучване представя информираността, нагласите и готовността, свързани с прилагането на стандарти по здравни грижи, сред медицински сестри, работещи в първичната медицинска помощ в България и експерти, с утвърден принос в развитието на съвременното сестринство.

Медицинските сестри попаднали в анкетното проучване са общо 473. Възрастовата граница на анкетираните се вмества в интервала 20-60 години (Фиг. 18).



**Фигура 18. Разпределение на анкетираните медицински сестри по възраст**

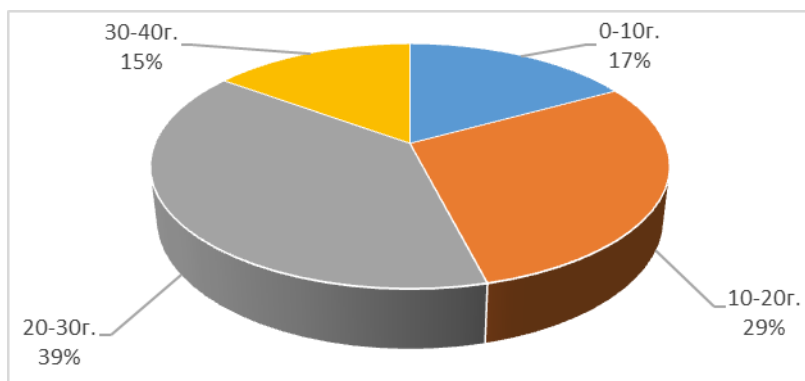
Средната възраст е 43.07 години ( $n = 175$ ). Разпределението по **възрастови периоди** показва най-голям дял на анкетираните между 40-50 години (37%), следвани от тези на възраст между 30 и 40 години. Това възрастово представителство, гарантира значението на мнението по въпроси отнасящи се до сестринството и прилагането на стандарти по здравни грижи в практиката. В Таблица 5 са представени основните демографски и социално-демографски характеристики на участниците.

**Таблица 5. Социално-демографски характеристики на участниците в проучването**

	<i>Медицински сестри</i>		<i>Експерти</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Лечебно заведение за извънболнична помощ</i>				
<b>Индивидуална практика</b>	415	87.74	-	-
<b>Групова практика</b>	58	12.26	-	-
<i>Длъжност</i>				
<b>Експерт сертификация</b>	-	-	1	3.85
<b>Експерт продължаващо обучение</b>	-	-	1	3.85
<b>Член Национален съвет по качество БАПЗГ</b>	-	-	5	19.23
<b>Член Управителен съвет БАПЗГ</b>	-	-	4	15.38
<b>Преподавател</b>	-	-	6	23.07
<b>Главна медицинска сестра</b>	-	-	5	19.23
<b>Медицинска сестра</b>	-	-	4	15.38
<i>Населено място</i>				
<b>Варна</b>	141	29.81	11	42.30
<b>Стара Загора</b>	114	24.11	2	7.69
<b>Бургас</b>	73	15.43	1	3.85
<b>Шумен</b>	87	18.39	2	7.69
<b>Добрич</b>	18	3.81	1	3.85
<b>Търговище</b>	28	5.92	1	3.85
<b>Девня</b>	12	2.53	1	3.85
<b>София</b>	-	-	7	26.92
<i>Възраст</i>				
<b>От 20 до 30 години</b>	75	15.85	4	15.38
<b>От 30 до 40 години</b>	115	24.32	5	19.24
<b>От 40 до 50 години</b>	175	36.99	8	30.76
<b>Над 50 години</b>	108	22.84	9	34.62
<i>Образование</i>				
<b>ОКС „специалист“</b>	170	35.94	-	-

ОКС „бакалавър“	145	30.65	5	19.23
ОКС „бакалавър“/„магистър“ по специалност „Управление на здравните грижи“	158	33.41	17	65.38
Академична длъжност ВУ	-	-	4	15.39
<i>Трудов стаж</i>				
до 10 години	75	15.85	12	46.15
от 10 до 20 години	139	29.38	9	34.62
от 20 до 30 години	185	39.12	5	19.23
от 30 до 40 години	74	15.65	-	-

Според **трудовия стаж** в системата на здравеопазването преобладава групата на професионалистите между 20-30 години (39%, n = 185) (Фиг. 19).



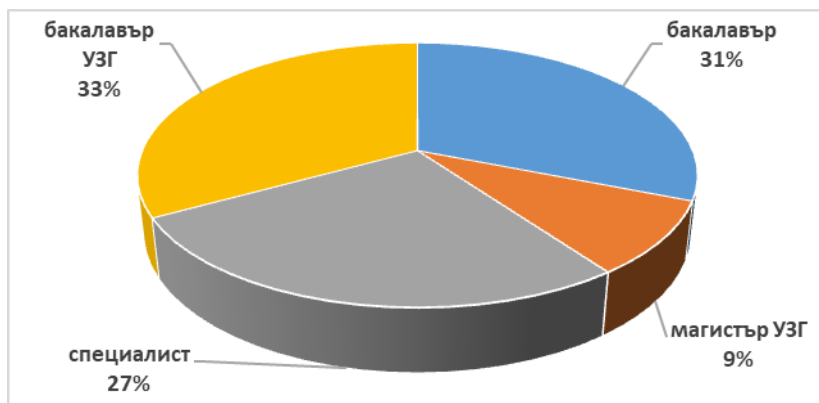
**Фигура 19. Разпределение на анкетираните медицински сестри по трудов стаж**

Следват медицинските сестри с трудов стаж между 10-20 години – (29%, n = 139), трудов стаж до 10 години (17%, n = 75) и между 30 и 40 години (15%, n = 74).

Базирайки се на тези данни, установяваме, че в изследваните лечебни заведения на първичната медицинска

помощ работят специалисти с богат практически опит, натрупан по време на продължителния им трудов стаж, което ни дава основание да считаме, че мнението изказано от тази група респонденти е от значение за проведеното изследване.

По **образователна степен** работещите медицински сестри се разпределят както следва (Фиг. 20).



**Фигура 20. Разпределение на медицинските сестри по образование**

С образователно-квалификационна степен „Бакалавър“ по специалност „Управление на здравните грижи“ са една трета от медицинските сестри (33%,  $n = 158$ ), следвани от тези със ОКС „Бакалавър“ по специалност „Медицинска сестра“ (31%,  $n = 145$ ). Прави впечатление, че голяма част от медицински сестри са дипломирани в по-висока от базовата специалност образователно-квалификационна степен, което показва желание и мотивация от медицинските сестри за професионално развитие.

Между образователната степен и местоработата на медицинските сестри се установява статистически значима връзка ( $\chi^2 = 37,8$ ;  $p = 0,04$ ).



**Таблица 6. Разпределение на медицинските сестри съобразно ОКС и местоработата**

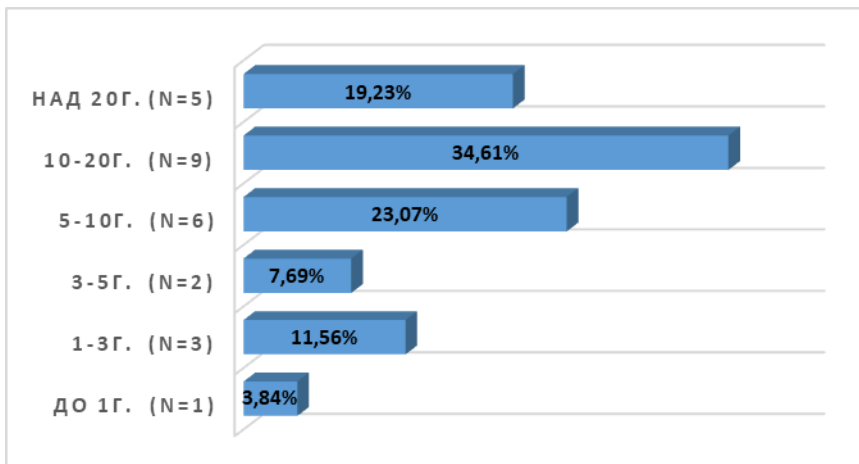
Образователно-квалификационна степен	Първична медицинска помощ				Общо	
	Индивидуална практика		Групова практика			
	п	%	п	%	п	%
специалист	82	63.57	47	36.43	129	100.00
бакалавър	84	57.14	63	42.86	147	100.00
бакалавър, магистър УЗГ	112	56.86	85	43.14	197	100.00
<b>Общо</b>	<b>278</b>	<b>58.77</b>	<b>195</b>	<b>41.23</b>	<b>473</b>	<b>100.00</b>

Установява се, че медицинските сестри от индивидуалните практики на първичната медицинска помощ направление в извънболничната помощ изпреварват по отношение по-висока образователно квалификационна степен.

Между професионалния стаж на медицинските сестри и мястото, където работят, беше намерена слаба зависимост ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,001$ ), показваща, че продължителността му нараства с преминаването от индивидуални към групови практики в първичната медицинска помощ.

С цел по-детайлно изясняване на възможностите на извънболничната медицинска помощ за утвърждаване на самостоятелни дейности на медицинската сестра и прилагане на стандарти по здравни грижи, проучихме мнението на експерти – членове на ръководни органи на БАПЗГ и ръководители на регионални колегии към асоциацията. Извадката включва 26 изследвани лица, като (15.39%,  $n=4$ ) са председатели на регионални колегии на БАПЗГ, а (84.61%,  $n=22$ ) заемат ръководни позиции в БАПЗГ.

В голямата си част заемащите ръководни позиции в БАПЗГ имат дългогодишен управленски опит. Най-висок е дялът на анкетираните с управленски опит в групата между 10-20г. (34.61%,  $n=9$ ), а заемащите ръководна позиция над 20г. са 19.23% ( $n=5$ ), (Фиг. 21).



**Фигура 21. Разпределение експерти според управленски стаж**

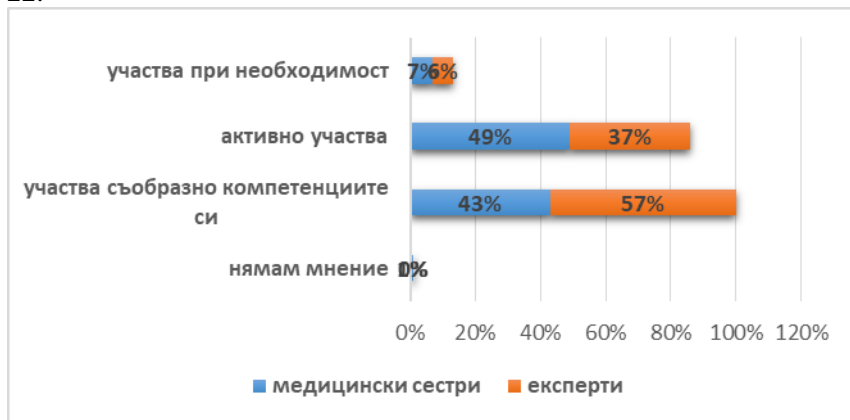
Експертите, включени в проучването, са заемали ръководна позиция и са с **доказан опит и успех в практиката, основана на доказателства**. В проучването са включени общо 26, експерта в ръководни органи на БАПЗГ, от които 7 са преподаватели в ВУ, 15 са доказани професионалисти от практиката, с опит и съвременни схващания за сестринството и 4 са ръководители на регионални организации.

В своята практика, медицинската сестра осъществява професионални дейности, които изпълнява по назначение на лекар или самостоятелно. Ефективното развитие на здравните грижи в значителна степен зависи от нивото на професионална подготовка и рационалното използване на медицинските специалисти, като значим ресурс в здравеопазването. Осигуряването на достъпност и качество на грижите е невъзможно без компетентни професионалисти по здравни грижи.

Стандарти за здравни грижи са очаквания, които ще допринасят за подобряване на благополучието на пациента и обществото. Стандартите могат да се определят като сравнителен показател за достигане на нивото на върховите постижения в медицинската практика. Критериите са

предварително определени елементи, по които могат да се сравняват аспектите на качеството на здравната услуга.

Мнението на респондентите за участието им в процеса на повишаване на качеството на здравните грижи в извънболничната медицинска помощ е представено на Фигура 22.



**Фигура 22. Участието на медицинската сестра в процеса на повишаване на качеството на здравните грижи**

В оценката на участието на професионалистите по здравни грижи в предоставяне на здравни услуги, статистическа значима разлика между медицински сестри и експерти, се установява за “участва съобразно компетенциите си” ( $p < 0.001$ ). Тази оценка се отчита като значително по-показателна от експертите. Практикуващите медицински сестри отдават голямо значение на активното участие в процеса на предоставяне на грижи (49%). Налице е силна зависимост между активното участие и трудовия стаж на медицинските сестри ( $\chi^2=13,7$ ;  $p=0,04$ ). Натрупаният в годините на професията опит и сигурност при извършване на дейностите, оказва влияние на мнението изказано от медицинските сестри ( $\rho = -0,15$ ;  $p=0,02$ ). Установява се статистически значима връзка между ранжирането на участие съобразено с компетенциите и трудовия стаж на медицинските сестри ( $\chi^2=14,6$ ;  $p=0,04$ ).

Мнението изказано от експертите, по отношение на участието им в процеса на повишаване на качеството в здравните грижи, е в значителна степен отчетено като

съобразено с придобитите компетенции за оказване на дейности в първичната медицинска помощ.

В проучването медицинските сестри ранжираха по значимост предложени от нас **качества, относно професионализма**, който трябва да притежава медицинската сестра (Таблица 7).

**Таблица 7. Качества, които трябва да притежава медицинската сестра (сравнителни данни)**

Професионални качества	Медицински сестри			
	Брой	%	Средна стойност	Sd
Комуникативност	212	44.82%	1.25	0.71
Етичност	136	28.75%	2.56	0.84
Съобразителност	114	24.10%	3.24	0.85
Наблюдателност	105	22.19%	2.95	0.86

*Заб.\* % надхвърля сто поради посочени повече от един отговор*

Зависимостта между комуникативност и трудовия стаж на медицинските сестри е значителна ( $\chi^2=24,7$ ;  $p<0,001$ ). Уменията и навиците изградени по време на работа до голяма степен допринасят за изграждането на медицинската сестра като добър професионалист ( $p=0,2$ ). Съобразителност (42%,  $n = 174$ ) и етичност (36%,  $n = 125$ ), отчитат като важни качества за сестрата, анкетираните, с най-голям трудов стаж, между 30 и 40 години. Установява статистически значима връзка между ранжирането на съобразителност и трудовия стаж на медицинските сестри ( $\chi^2=14,6$ ;  $p<0,001$ ). Натрупаният в годините на професията опит и сигурност при извършване на дейностите, оказва влияние на мнението изказано от медицинските сестри ( $\rho= -0,17$ ;  $p = 0,02$ ).

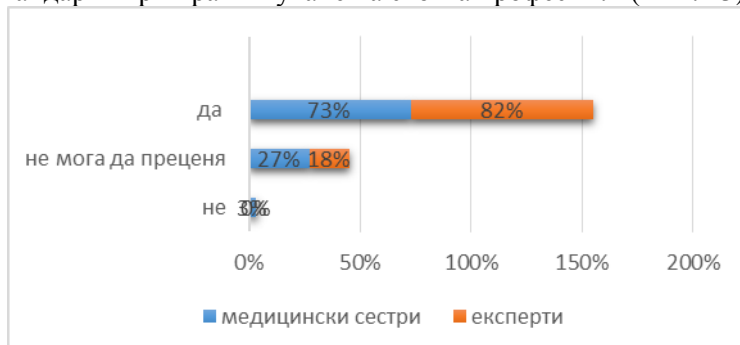
Сравнение на средните стойности на качествата, които трябва да притежава медицинската сестра при респондентите от групата на медицинските сестри и групата на експертите е направено чрез Independent Simple T-test (Таблица 8).

**Таблица 8. Средни стойности на качествата на медицинската сестра**

Професионални качества	T test for Equality of Means						
	t	df	p	Mean Difference	SE	95% CI	
						от	до
Комуникативност	1.56	303.111	0.118	0.140	0.090	0.317	0.036
Етичност	1.17	317.173	0.241	0.117	0.099	0.312	0.079
Съобразителност	2.4	328	0.017	0.228	0.095	0.042	0.415
Наблюдателност	0.30	328	0.762	0.029	0.095	0.157	0.215

В оценката на качествата, статистически значима разлика между медицински сестри и експерти, се установява само за “съобразителност” ( $p < 0.001$ ). Това качество се отчита като значително по-необходимо от експертите. Практикуващите медицински сестри отдават голямо значение на етичността в грижите. Професионалният опит ги насочва към значимостта на подхода и отношението към болния и неговите близки, което допускаме, че е причина в по-голяма степен те да посочат етичност в по-голям превес, отколкото експертите.

Параметрите на самостоятелната сестринската дейност, се очертават в отговора на анкетираните на въпроса „Необходимо ли е медицинската сестра да спазва установени стандарти при практикуване на своята професия?” (Фиг. 23).



### ***Фигура 23. Необходимост от стандарти при практикуване***

В своята професионална практика медицински сестри дават несъмнен приоритет на стандартите по здравни грижи (73%,  $n = 346$ ). Въпреки, че голяма част от анкетираните изказват необходимост от въвеждане на стандарти в практиката, има медицински сестри, които не са уверени и не могат да преценят (27%,  $n = 127$ ). Категоричността, изказана сред голяма част от анкетираните лица, показва ясно осъзнаване на параметрите на действие на съвременната медицинска сестра при оказване на здравни грижи. Прилагането на стандарти по здравни грижи утвърждава автономността на професията и повишава качеството на оказаните грижи.

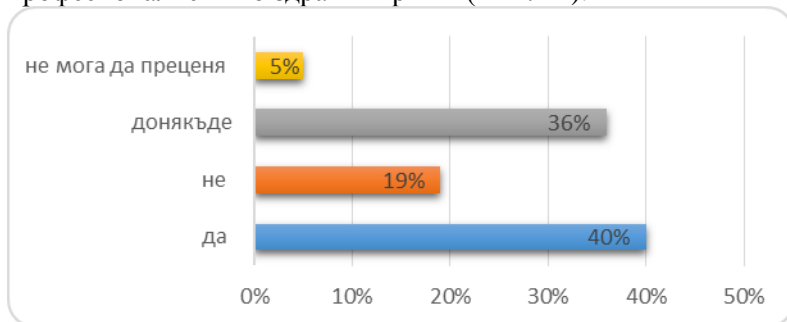
Между продължителността на трудовия стаж и мнението на медицинските сестри за необходимост от въвеждане на стандарти в дейността се установява статистически значима връзка ( $\chi^2=23,3$ ;  $p<0,001$ ). Анкетираните медицински сестри ясно осъзнават отговорността на действията които се гарантират от въведените в световната практика, с доказан положителният ефект, професионални стандарти за здравни грижи.

Стандартите по здравни грижи са необходимост в практиката на медицинската сестра ( $p<0,001$ ), не се повлияват от ОКС и сектор на работа на медицинските сестри ( $p>0,05$ ), а от възрастта ( $\rho=0,18$ ;  $p<0,001$ ) и трудовия стаж на професионалистите ( $\rho=0,13$ ;  $p<0,001$ ).

Европейският и световен опит доказва постигане на качество в сестринските грижи чрез прилагане на стандарти за добра сестринска практика. Дейността на медицинската сестра се основава на правила и норми за добра практика основани на цялостна концепция в прилагането на стандарти по здравни грижи. Усилията на сестринските организации са насочени към издигане на авторитета и очертаване на автономността на практиката на сестринската професия като се определят ценностите и приоритетите.

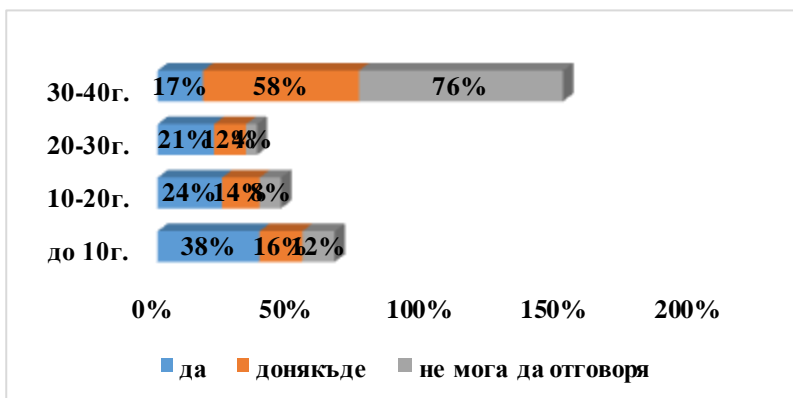
Потърсихме мнението на медицински сестри, относно възможностите, които предоставя сестринската практика в извънболничната помощ за поемане на високи професионални отговорности от медицинската сестра. Голяма част от

анкетираните, отчитат положително влиянието на обхвата на дейност на първичната медицинска помощ за изграждане на професионалисти по здравни грижи (Фиг. 24).



**Фигура 24. Възможности на съвременната практика за поемане на високи професионални отговорности**

Убеденост във възможностите, които създава практиката на първичните здравни грижи за поемане на високи професионални отговорности изказват значителна част от анкетираните медицински сестри (40%,  $n=190$ ). Почти равностойни са отговорилите на въпроса „донякъде” (36%,  $n=170$ ). Резултатите ни дават основание да считаме, че е оценена ролята на медицинската сестра в първичните здравни грижи. Възрастта е фактор, който оказва влияние върху нагласите на медицинските сестри за поемане на високи професионални отговорности (Фиг. 25).



**Фигура 25. Нагласа за поемане на високи професионални отговорности**

Медицинските сестри на средна възраст до 10г. изразяват категорично становище относно убеждението за поемане на високи професионални отговорности в съвременните практики на първичните медицински грижи. Докато сестрите, които се колебаят в решението си, са на средна възраст 34,4–39,7г., ( $\chi^2 = 36,15$ ;  $p < 0,01$ ). Въпреки високия относителен дял на сестрите, които изразяват положителна нагласа за поемане на професионални отговорности, при анализа на резултатите по градове се установява съществена разлика в изразените нагласите ( $\chi^2 = 33,87$ ;  $p < 0,01$ ). Резултатите сочат по-висок относителен дял на сестрите, които не биха поели висока отговорност – Добрич (38,00%), Шумен (23,50%) и Сливен (15,00%)

Не се установява статистически значима връзка между трудовия стаж на медицинските сестри и мнението им за съвременното обучение, даващо възможност за поемане на високи отговорности и професионализъм ( $\chi^2=10,9$ ;  $p>0,05$ ). Все още има професионалисти по здравни грижи, които добре осъзнават собствената си роля и място в хода на съвременната практика, като доставчик на важна част от здравните грижи (Таблица 9).

**Таблица 9. Възможности на съвременната практика за поемане на високи професионални отговорности (според трудов**



*стаж)*

Поемане на отговорност	Трудов стаж в системата на здравеопазването				
	0-10 години	11-20 години	21-30 години	31-40 години	Общо
Да	3	85	97	5	<b>190</b>
Донякъде	52	27	43	48	<b>170</b>
Не	18	7	18	11	<b>54</b>
Не мога да преценя	2	20	27	10	<b>59</b>
<b>Общо</b>	<b>75</b>	<b>139</b>	<b>185</b>	<b>74</b>	<b>473</b>

Анализът на зависимостите между възможностите на съвременната практика за поемане на високи професионални отговорности и трудовия стаж на медицинските сестри установява права слаба корелация ( $r=0.143$ ;  $p<0.05$ ). Поради това резултатите по отношение на трудовия стаж са само ориентир във възможностите, които предоставя образованието.

Болшинството от анкетираните експерти, считат, че съвременната практика е основана на доказателства и създава условия за извършване на дейности, които могат да бъдат по назначение или самостоятелно.

### ***Функции и професионални компетенции на медицинската сестра в първичната медицинска помощ***

В своята практика медицинската сестра извършва дейности, насочени към пациента самостоятелно (**автономни**), съвместно с лекар (**взаимозависими**) и под контрол на лекар (**зависими**), регламентирани в Наредба №1 от 8 февруари 2011г.

По отношение на **функциите на медицинската сестра** изпълнявани в екипа на първичната медицинска помощ, участниците в изследването, придават най-голяма тежест на взаимозависимите функции на медицинската сестра (Таблица 10).

***Таблица 10. Функции на медицинската сестра изпълнявани в***

### *първичната медицинска помощ*

Функции на медицинската сестра	Експерти		Медицински сестри		Общо	
	n	%	n	%	n	%
Автономни	15	57.69	170	35.94	185	37.07
Взаимозависими	8	30.76	216	45.67	224	44.88
Зависими	3	11.55	87	18.39	90	18.05
<b>Всичко</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>473</b>	<b>100</b>	<b>499</b>	<b>100</b>

Значителна част от респондентите, категорично определят функциите на медицинската сестрата в първичната медицинска помощ като взаимозависими (44.88%). Установява се статистическа значима връзка между принадлежността на респондентите към групата на експерти и медицински сестри и функциите на медицинската сестра по отношение на грижите за болния ( $\chi^2=23.3$ ;  $p=0.001$ ).

Резултатите сочат, че малка част от двете групи, дават превес на зависимите функции на медицинската сестра (18.05%). Този отговор може да бъде обяснен със съществуващите традиции в сестринството медицинската сестра да е изпълнител на предписанията на лекаря.

Близо една трета от анкетираните отчитат самостоятелност при оказване на грижите в първичната медицинска помощ (37.07%). Корелацията е слаба отрицателна статистически значима ( $r=0.23$ ;  $p<0.001$ ), което може да обясним с факта, че има медицински сестри, които не са осмислили обхвата на сестринските грижи, все още разглеждат професията като предимно зависима, с помощни и чисто технически функции.

**Експертите** потвърждават наложителна и незабавна необходимост от въвеждане на ясно регламентирани стандарти за здравни грижи. **В България не са определени ясни правила за добра практика, границите на зависимите, взаимосвързаните и автономни функции на сестрата, не могат ясно да се утвърдят в практиката на първичните грижи.**

Функциите на медицинската сестра по отношение на оказване на грижи разгледани **според трудовия стаж** показват,

че медицинските сестри с най-малък трудов стаж дават най-голям превес на автономните дейности (34.49%), следвани от тези с най-продължителен стаж (32.53%), докато средното поколение - със стаж 10-20г. и 20-30г. отреждат много по-скромно място на автономните функции (24.00%, респ. 8.93%). Налице е статистически значима връзка между оценката на функциите на медицинската сестра и трудовия стаж на анкетиранияте професионалисти

$$(\chi^2 = 11,8; p < 0.001).$$

Независимо от усилията на БАПЗГ за приемане на стандарти по здравни грижи, съответстващи на компетенциите на медицинската сестра, все още това не е факт. Съвременните условия на практикуване на сестринската професия формират умения, способности и мотивация за адекватен стил на професионално поведение и извежда на преден план отговорността за здравето на отделния човек (Таблица 11).

**Таблица 11. Функции на медицинската сестра изпълнявани в първичната медицинска помощ (според ОКС)**

Функции на медицинската сестра	ОКС „специалист“		ОКС „бакалавър“		ОКС „бакалавър“ „магистър“ УЗГ		Общо	
	п	%	п	%	п	%	п	%
	Автономни	65	37.23	43	25.29	62	36.48	<b>170</b>
Взаимозависими	39	18.23	79	36.92	96	44.86	<b>214</b>	<b>100</b>
Зависими	25	28.08	25	28.08	39	43.84	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Всичко</b>	<b>129</b>	<b>27.28</b>	<b>147</b>	<b>31.08</b>	<b>197</b>	<b>40.64</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

Установява се статистически значима връзка между образованието и мнението на медицинските сестри по отношение на функциите на медицинската сестра в първичната медицинска помощ ( $\chi^2=23,9; p=0,008$ ). По-високата ОКС способства за подготовката на медицински сестри, способни да организират качествени, на съвременно ниво здравни грижи, осъществявайки взаимозависими и автономни функции.

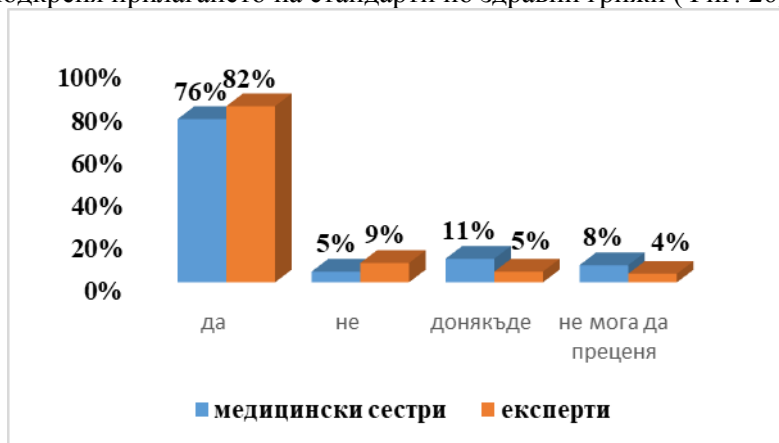
В научната литература е застъпено схващането, че за изграждането на медицинската сестра като професионалист са

необходими много качества, сред тях особено внимание се обръща на критичност, самообладание, наблюдателност, съобразителност и др.

За оценка ролята на медицинската сестра в медицинския екип значение има ОКС. Резултатите сочат изразена статистическа зависимост ( $\chi^2=34,8$ ;  $p<0,001$ ). Това ни дава основание да смятаме, че ролята на медицинската сестра в екипа се оценява различно от анкетираните в зависимост от придобитата образователно-квалификационна степен.

Съвременната практика изгражда компетенции у медицинската сестра за оценка на състоянието на пациента, управление на грижите и оценка на достиженията на целите.

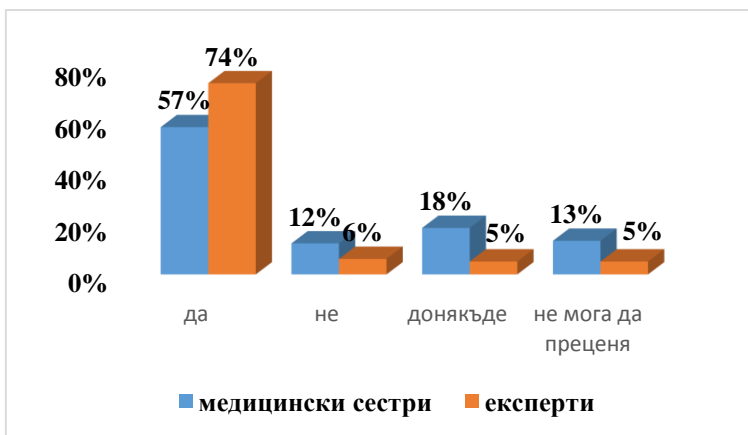
Мнението изказано от медицинските сестри и експерти подкрепя прилагането на стандарти по здравни грижи (Фиг. 26).



**Фигура 26. Необходимост от прилагане на стандарти по здравни грижи**

Тази категоричност от респондентите показва ясно осъзнаване на параметрите на действие на съвременната медицинска сестра при оказване на здравни грижи (76% - медицински сестри и 82% - експерти).

Оценката за нивото на подготовка за прилагане на стандарти по здравни грижи е представена на Фигура 27.



**Фигура 27. Познания за прилагане на стандарти по здравни грижи**

Сравнителните данни сочат, че професионалистите по здравни грижи имат адекватна подготовка и умения за прилагане на стандарти по здравни грижи (56.87%).

Установява се статистически значима връзка между готовността на медицинските сестри да прилагат стандарти и продължителността на **трудовия стаж** ( $\chi^2=34,8$ ;  $p<0,001$ ), както и образование ( $\chi^2=22,9$ ;  $p<0,001$ ). Силата на корелационните зависимости показва, че по-голямо значение за **готовността за прилагане на унифицирана форма, определяща рамката на професионалните дейности** има образователната степен, отколкото трудовия стаж (Таблица 12).

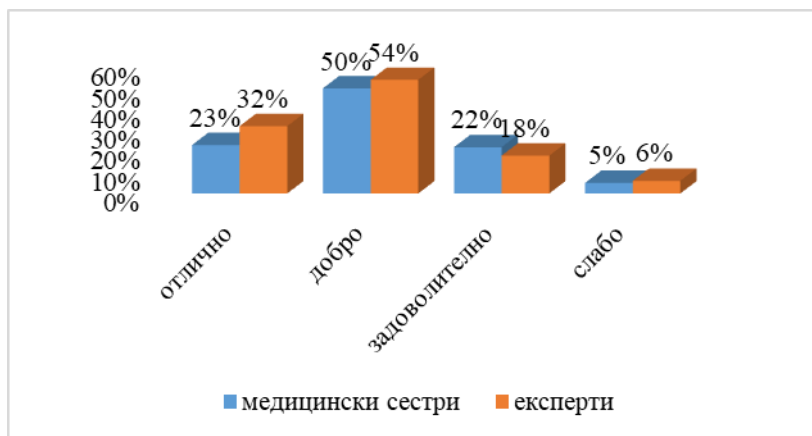
**Таблица 12. Познания за прилагане на стандарти по здравни грижи (според ОКС)**

Готовност за прилагане на стандарти	ОКС „специалист“		ОКС „бакалавър“		ОКС „бакалавър“ „магистър“ УЗГ		Общо	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Да	53	41.08	73	49.66	122	61.92	<b>269</b>	<b>56.87</b>
Донякъде	43	33.33	35	23.82	34	17.25	<b>85</b>	<b>17.97</b>
Не	13	10.09	21	14.28	18	9.13	<b>56</b>	<b>11.83</b>

Не мога да преценя	20	15.50	18	12.24	23	62.43	63	13.31
<b>Всичко</b>	<b>129</b>	<b>27.27</b>	<b>147</b>	<b>31.07</b>	<b>197</b>	<b>41.66</b>	<b>473</b>	<b>100</b>

Като цяло резултатите от проучването, сочат положителна подготовка за прилагане на стандарти по здравни грижи и анализ на потребностите на пациента.

Добрата **комуникация с пациента** е съществено по значимост умение за медицинската сестра при осъществяване на значителния обем от дейности, определени нормативно като самостоятелни. Правилната определяне на състоянието на пациента се основава на преценката, която анкетираните поставят на уменията си за общуване (Фиг. 28).



**Фигура 28. Оценка на комуникативните умения за общуване**

Добър знак за комуникативните умения придобити по време на практическата дейност е идентичната оценка, поставена от експерти и медицински сестри (експерти 54.17%, респ. 50.08%) като „добра“ ( $p < 0,001$ ).

Установява се статистически значима връзка между образованието на медицинските сестри и оценката, която си поставят за комуникативни умения ( $\chi^2 = 52,4$ ;  $p = 0,001$ ). Уменията за общуване нарастват с повишаване на **ОКС** ( $r = 0,18$ ;  $p < 0,001$ ).

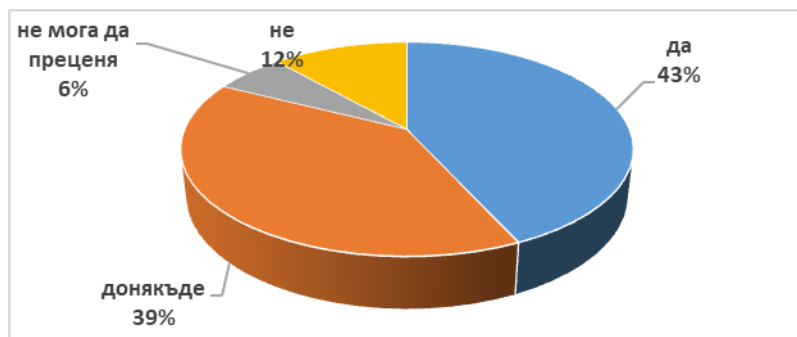
Високата оценка паралелно нараства и с **трудовия стаж** ( $\rho=0,28$ ;  $p<0.001$ ) и **възрастта** ( $\rho=0,18$ ;  $p<0.001$ ).

Резултатите при медицинските сестри установяват статистически значима връзка между продължителността на трудовия стаж и по-добрата комуникация с пациента и неговите близки ( $\chi^2=28,2$ ;  $p<0,001$ ). На база на професионалния опит сестрата може да участва активно при оценка на състоянието на пациента – да анализа, да определи проблема и да постави сестринска диагноза.

Медицинската сестра в своята практика следва алгоритми, протоколи, както и изпълнява дейности по регламентирани от всяко лечебно заведение технически фишове. **Въвеждането на стандарти по здравни грижи ще очертае ясни параметри и обхват на дейността на сестрата. Ще стане възможно въвеждането на документ за регистрация, отчетност и контрол на сестринските грижи, което ще провокира медицинските сестри към поемане на по-високи отговорности, ще повиши ефективността на здравното обслужване и ще утвърди автономните функции на медицинската сестра в първичните здравни грижи.**

#### ***Необходимост от продължаващо обучение за прилагане стандарти по здравни грижи***

Значителна част от анкетираните медицински сестри посочват, че имат предоставени възможности за системно и своевременно усвояване на знания, умения и навици (43.16%), а „донякъде” (39.24%), (Фиг. 29).



**Фигура 29. Предоставени възможности за системно и своевременно**

### *усвояване на знания, умения и навици (според медицинските сестри)*

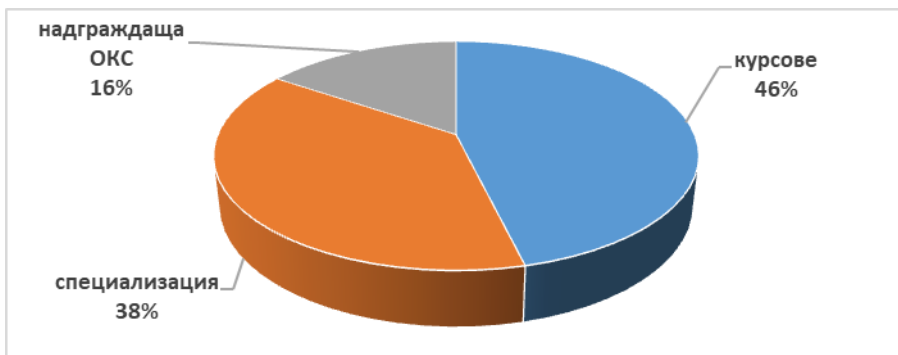
Колебливостта в оценката може да се дължи, както на **дефицита на кадри** в здравеопазването, който ограничава възможностите за осигуряване на отпуск и участие в по-продължителни форми на обучение, така и **недостатъчна подкрепа** за обучение в лечебните заведения.

Налице са данни за разминаване между новите утвърдени тенденции в сестринското образование, новата роля на сестрата от една страна и средата, в която тя трябва да се осъществява.

Многообразието от форми на **продължаващо обучение**, което предлага университетското сестринско образование благоприятства включването на работещите медицински сестри в тях. Болшинството от анкетираните медицински сестри са мотивирани за продължаващо обучение (61.85%). Обезпокояващ е факта, че не малка част не изпитват потребност от продължаващо обучение (39.06%). Като аргументи за това те посочват - незачитане на труда на медицинската сестра (18.34%), неуредено диференцирано заплащане за по висока ОКС и специализация (14.23%), ограничаване на възможностите за израстване в йерархията (7.95%). Според нас, предпоставки за това становище биха могли да се търсят в социално-психологическата атмосфера, като цяло и в недостатъчно доброто управление на човешките ресурси.

Значителна част от анкетираните медицински сестри проявяват желание за включване в курсове (46.18%) и специализации (38.24%), което при голяма част става за сметка на личния им годишен отпуск (Фиг. 30).





**Фигура 30. Предпочитани форми за продължаващо обучение (според медицинските сестри)**

Ориентацията към **непрекъснато обучение** се дължи на факта, че краткосрочните курсове не изискват продължително откъсване от работа и оголване на сектори. Установява се статистически значима връзка между средствата за поддържане на квалификацията и образователно квалификационната степен на медицинските сестри ( $\chi^2=29,9$ ;  $p<0,001$ ). Обучението в висока образователна степен е предпочетено при малка част от тях (15.58%). Тези данни са в полза на промяна в **политиката за СДО**.

Необходимо е да се провежда политика за въвличане на професионалисти в непрекъснатото обучение, което изгражда способности за многократно повишаване на качеството на сестринските грижи и удовлетвореността на пациентите. Съвременното сестринство се стреми към формиране на медицински сестри, които разбират и приемат новите тенденции в практиката и осъзнават своята отговорност - фактор благоприятстващ въвеждането на нови подходи и стандарти в дейността на медицинската сестра.

### **Необходимост и готовност за прилагане на стандарти по здравни грижи в дейността на медицинската сестра**

Въвеждането на **стандарти по здравни грижи** в практиката е преди всичко внедряване на качествено нови взаимодействия в екипа за извънболнична помощ. За определяне

на ролята на медицинската сестра в осъществяването на самостоятелните професионални дейности, съществено влияние оказва внедряването на специфичен инструментариум за обхвата и насочеността на грижите.

Мнението на медицинските сестри относно **необходимостта от прилагане на стандарт по здравни грижи** показва, че повече от половината анкетирани утвърждават необходимостта от внедряване на документ, научно- обоснована методология за работа, ориентирана към потребностите на пациента (73.47%).

У нас, среда стимулираща прилагането на стандарти по здравни грижи не е сформирана. Въвеждането на стандарти в сестринската практика става трудно и бавно. В днешно време сестринството прави крачка напред в един нов етап от своето развитие. Всички **експерти** изказват необходимост от прилагане на подходи за въвеждане на документ, регулиращ дейностите в практиката на медицинската сестра. Експертите, както и ние, считаме, че съвременното сестринство, създава възможност медицинските сестри в първичната здравна помощ да прилагат различни форми на отчет, регистрация и контрол на дейността.

Мнението на експертите и медицинските сестри, относно **информираността** им по отношение на стандартите по здравни грижи е представено в Таблица 13.

**Таблица 13. Информираност, относно стандарти по здравни грижи**

Информираност	Медицински сестри		Експерти		Общо	
	п	%	п	%	п	%
Напълно информиран	171	57.65	17	65.38	<b>223</b>	<b>44.68</b>
Недостатъчно информиран	173	25.29	9	34.62	<b>66</b>	<b>13.22</b>
Нямам информация	129	17.06	0	00.00	<b>41</b>	<b>8.20</b>
<b>Всичко</b>	<b>473</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>499</b>	<b>100</b>

Болшинството от анкетираниите се определят като „напълно

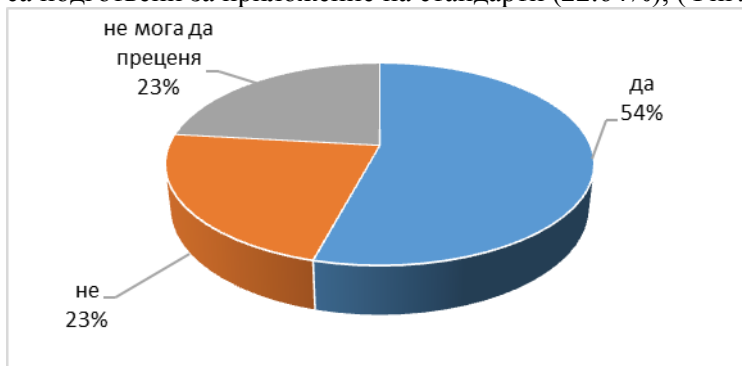
информиран” за стандарти в практиката на медицинската сестра (44.68%). Между информираността сред медицинските сестри и експертите не се откриват статистически значими различия ( $p>0.05$ ). Резултатите показват, че се осъзнава новата роля на сестрата в здравеопазването, както и очертаната необходимост от изграждане на навици и умения, адекватни на изискванията в здравната реформа.

Приложението на Стандартите за здравни грижи се основават на компетентното ниво на поведение в професионалната роля на медицинската сестра, вкл. дейности, свързани с качеството на грижа, поставяне на оценка, ниво на компетентност, колегиалност, етиката, сътрудничество, прилагане на достиженията на научните изследвания и отчитане на ресурса за тяхното въведение. Не малка част от медицинските сестри нямат достатъчна информация относно стандартите по здравни грижи (25.29%). На съвременния етап информирането за съвременните достижения в практиката, новите подходи в обслужване, прилагане на индивидуален подход в сестринските грижи е повече от необходимо. За неговото прилагане професионалистите по здравни грижи трябва да имат не само добра теоретична и практическа подготовка, но и умение за творческо отношение към поетите ангажменти и отговорност. Сестринските дейности, в рамките на конкретна клинична практика се повлияват от редица сложни фактори, включително обхват, екип, взаимодействие и нужди на пациента. За да изпълни очакванията на обществото е необходимо медицинската сестра да усъвършенства своите знания и опит чрез непрекъснато обучение и прилагане на най-новите насоки в своята дейност (Фиг.31).

**Фигура 31. Приложение на стандарти за здравни грижи според професионалната роля на медицинската сестра**



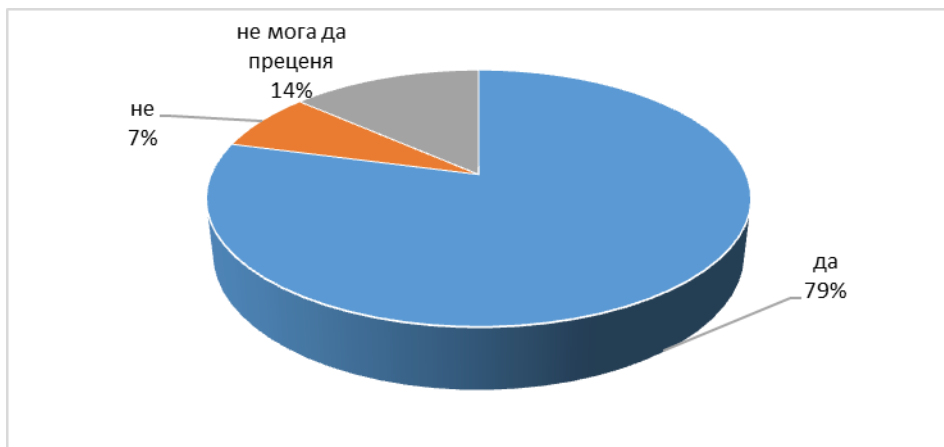
Изследваното мнение, относно готовността за прилагане на стандарти по здравни грижи в практиката от медицинската сестра, е от значение за въвеждането на правила и подходи в сестринството, както и за утвърждаването на автономията на професията. Голяма част от медицински сестри (54.18%), изказват **готовност за прилагане на стандарти** в своята практика ( $p > 0.05$ ). Индикатор за остарялото схващане, че медицинските сестри са технически изпълнители в своята дейност е не малкия относителен дял на анкетираните, които не са подготвени за приложение на стандарти (22.64%), (Фиг. 32).



**Фигура 32. Готовност за прилагане на стандарти по здравни грижи**

В нашата страна не съществува утвърден от законодателството модел за приложение на стандарти по здравни грижи, което според нас повлиява негативно на преценката за готовността за приложението им. Професионалните стандарти се прилагат за предоставяне на рамка за упражняване на придобитите компетенции, за оценка на медицинската грижа, за разработване на правила за робата, дори като възможност за създаване на политики за добри практики.

Желанието и **нагласата** за личностна и професионална реализация, както и готовността за прилагане на научно-обоснован подход към грижите са основателни аргументи посочени от експертите, за приложение на стандарти по здравни грижи (Фиг. 33).



**Фигура 33. Нагласа за прилагане на стандарти по здравни грижи**

Експертите допускат, че положителната нагласата на медицинските сестри за прилагане на стандарти по здравни грижи в практиката, се дължи на високата мотивация за оказване на качествени здравни грижи и готовността за прилагане на европейските сестрински практики у нас.

Сред медицинските сестри положителна нагласа за прилагане на стандарти по здравни грижи изказват малко над половината (57.52%). Не е малък дела на тези, които не се чувстват уверени в своето решение (28.11%).

Налице е връзка между изказаната нагласа за приложение на стандарти и професионалния стаж. Анкетираните медицински сестри с по-голям опит в практическата си дейност приемат въвеждането на нови регулиращи практиката документи (Таблица 14).

**Таблица 14. Нагласа за прилагане на стандарти по здравни грижи (спрямо трудов стаж)**

Нагласа	до 10 г.		от 10 до 20 г.		от 20 до 30 г.		от 30 до 40 г.		Общо	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Да	36	41.37	65	66.33	76	61.79	95	57.58	272	57.52
Не	31	35.63	29	29.59	24	19.52	27	16.36	133	28.11
Не	20	22.9	4	4.08	23	18.6	43	26.0	68	15.3

мога да преценя		0				9		6		7
Всичко	87	100	98	100	123	100	165	159	473	100

Зависимостта между трудов стаж на анкетираните медицински сестри и нагласа за прилагане на стандарти по здравни грижи е статистически значима ( $\chi^2=23,6$ ;  $p<0,001$ ). Корелацията е малка отрицателна статистически значима ( $\rho=-0,27$ ,  $p<0,001$ ).

Проученото мнение за **очакванията от въвеждане на стандарти по здравни грижи** в практиката е представено на Фигура 34.



**Фигура 34. Очаквания от въвеждането на стандарти за здравни грижи в практиката (според медицинските сестри)**

Въвеждането на стандарти по грижи според медицински сестри на първо място ще доведе до утвърждаване на автономията на професията (45.15%). Очаквания за повишаване качеството на здравните грижи изразяват около една трета от анкетираните лица (31.58%). Друга част са изказали мнение, че това ще предпази медицинската сестра от допускане на грешки в своята дейност (23.27%).

Предоставена беше възможност на анкетираните лица да изкажат мнение относно **приносите за ефективна**

**сестринската дейност**, които могат да се очертаят след въвеждане на стандарт по здравни грижи (Таблица 15).

**Таблица 15. Принос на планирането на здравните грижи за ефективна сестринска дейност**

Принос	Експерти		Медицински сестри		Общо	
	п	%	п	%	п	%
Утвърждава автономност	26	23.85	332	29.65	<b>358</b>	<b>39.21</b>
По-точна организация на грижите	26	23.85	204	18.22	<b>230</b>	<b>19.71</b>
Пълноценно общуване с пациента	18	16.51	89	7.95	<b>107</b>	<b>8.80</b>
Развива клинично мислене	15	13.76	16	14.74	<b>31</b>	<b>2.52</b>
Повишава качеството на сестринските грижи	23	22.00	206	18.39	<b>229</b>	<b>18.62</b>
Не допринася	1	0.03	26	2.29	<b>27</b>	<b>2.18</b>
Не мога да преценя	0	0.00	98	8.76	<b>98</b>	<b>8.96</b>
<b>Всичко</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>1120</b>	<b>100</b>	<b>1229</b>	<b>100</b>

*Заб.\* % надхвърля сто поради посочени повече от един отговор*

Анкетираните са посочили средно по 4 отговора. Голяма част от обхванатите в проучването експерти (23.85%) и медицински сестри (29.65%) считат, че стандартът по здравни грижи е напълно възможно да съдейства за утвърждаване на професията като автономна. Резултатите от анкетата показват, че качеството на здравните грижи и организацията на грижи ще се оптимизира, ако медицинските сестри прилагат утвърдена регулация на своята дейност.

В практиката медицинската сестра оценява ролята, значението и организацията на сестринските грижи като възможност за въвеждане на утвърден стандарт за професионалната дейност. Това е **благоприятен фактор** за промени в съответствие със съвременните направления в реализацията на реформите в сестринството. Нуждата от нова организация на сестринството се обуславя и от необходимостта за разширяване на спектъра от автономни сестрински намеси.



Считаме, че прилагането на стандарт по здравни грижи за самостоятелните професионални дейности на медицинската сестра в извънболничната помощ **ще допринесе за:**

- повишаване ефективността на сестринските мероприятия;
- повишаване нивото на качество на живот на пациентите;
- яснота по статута на медицинската сестра;
- увеличаване на ресурса време за изпълнението на независимите сестрински намеси;
- предпазване от грешки;
- утвърждаване на авторитета на професията;

### **3. Законодателни инициативи за подобряване на професионалния, обществен и социалния статус на сестринството**

#### *3.1. Анализ на нормативната уредба регулираща професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва по назначение или самостоятелно*

В системата на здравеопазването, медицинската сестра е професионалист, с придобити компетенции да практикува сестринството в съответствие със съвременните достижения на науката и практиката в областта на здравните грижи.

Съгласно Закона за висше образование (обн. ДВ. бр.112 от 27 Декември 1995г., изм. и доп. ДВ, бр. 13 от 2008 г.) е приет Списък на регулираните професии в Република България. Съдържанието на терминът "регулирана професия" е определено в Закона за професионалното образование и обучение (обн. ДВ. бр.68 от 30 Юли 1999г., доп. ДВ, бр. 62 от 2006г.) в допълнителни разпоредби §1 т.11 по следния начин: „...дейност или съвкупност от дейности, включена в Списъка на регулираните професии в Република България, която е от обществена значимост и/или е от съществено значение за живота и здравето на хората, и правото за упражняване на която е определено чрез закони, подзаконови или административни разпоредби, за притежаването на специфична професионална квалификация, правоспособност или членство в професионална

организация, работеща за поддържане на високо равнище в съответната професионална област, за осъществяването на което е получила специфично признаване от държавата“.

Ефективното развитие на здравните грижи в значителна степен зависи от нивото на професионална подготовка и рационалното използване на медицинските специалисти, като значим ресурс в здравеопазването. Съгласно Директива 2005/36/ЕО обучението на медицински сестри е с минимална продължителност от три години или 4 600 часа теоретично и клинично обучение. Осигуряването на достъпност и качество на грижите е невъзможно без компетентни професионалисти по здравни грижи.

Образователните компетенции се разширяват въз основа и на съществуващата специализация „Първични здравни грижи“, която ясно дефинира ролята на медицинската сестра като специалист, полагащ здравни грижи за лицата, семействата и общността. (по Наредба № 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването).

В учебната програма по „Първични здравни грижи“ (2012), утвърдена от министъра на здравеопазването е изведено значението на съществуващите стандарти и Стратегията на СЗО за обучение на медицински сестри и акушерки, като основни документи, които очертават новата роля и по – високите отговорности, изискващи допълнителна подготовка на медицинските сестри и акушерките. На фона на съществуващите ограничени финансови ресурси, на преден план се поставят въпросите за пълноценното въвличане на медицинските сестри в многообразните аспекти на здравните дейности.

В определението на СЗО за обществено здраве се посочва, че „...медицинските сестри са важен и ценен ресурс, който е крайно време да бъде обективно оценен, за да се подобри общественото здраве и да се намалят икономическите показатели и разходи за здравеопазване“.

Здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС“, определя медицинските сестри като специалистите по здравни грижи, които имат изключителна роля за правилното функциониране на цялата здравеопазна система.

В Концепцията на Министерство на здравеопазването на Р. България „Цели за здраве 2020“ е определено, че достигането на възможно най-високия стандарт здраве е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество. Приетата Концепция насърчава всяка държава от Европейския регион да участва в изпълнението на европейските цели и да определя свои национални цели и задачи, свързани със здравето на нейните граждани.

Основно предизвикателство за здравната система на България, определено в Националната здравна стратегия 2020, е развитието на първичната медицинска помощ. Посочените мерки към Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване, извеждат необходимостта от създаване на условия за разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.

В Доклад на Европейската комисия за напредъка в структурните реформи в страната се очертава необходимостта от развитие на здравните услуги, чрез подобряване на достъпа и качеството на грижите, както и гарантиране на по-добра профилактика и по-добра координация на грижите. Според същият доклад, в нашата страната се наблюдава висок брой на приетите лица за болнично лечение, което показва слабости в развитието на доболничното здравеопазване.

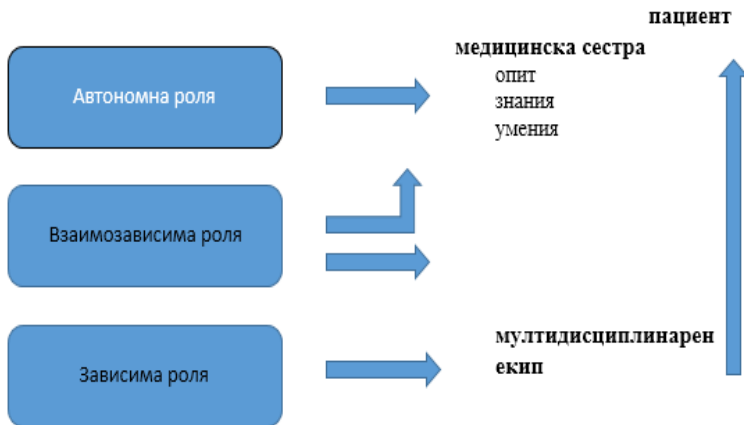
Законът за здравното осигуряване дефинира понятието „Медицинска помощ“ като система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти. Съгласно Допълнителните разпоредби на същия нормативен акт в Паграф 1а. т.5, като медицински специалисти са определени „...лица, упражняващи медицинска професия по чл. 183, ал. 1 от Закона за здравето“. Националната класификация на професиите и длъжностите (2011), осигурява прилагането на Международната стандартна класификация на професиите ISCO-08 и на изискванията на европейското законодателство за нейното използване, определя обхвата, функциите и задачите на медицинските специалисти. В документа откриваме, към подклас 22. Медицински специалисти, шест групи професии, в които с код 2221. се

включва „Медицинска сестра“. Обхвата на дейност е ясно определен: „Медицинските сестри провеждат назначено от лекар лечение, предоставят помощ и грижи за хора, които се нуждаят от подобен вид грижи вследствие на старост, травма, заболяване или друг вид физическо или ментално увреждане или съществуващ потенциален риск за тяхното здраве. Те поемат отговорност за планирането, управлението и оценяването на грижи за пациенти, включително и контрол на други здравни специалисти, работещи самостоятелно или в екип с лекари и други в практическото приложение на превантивни и лечебни мерки“.

Професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно са определени с Наредба №1 от 8 февруари 2011г. (обн. ДВ, бр.15 от 18.02.2011г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011г.). В чл.3, ал.1 от същата Наредба, тези дейности са систематизирани в следните групи:

- предоставяне и събиране на здравна информация;
- промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите;
- медицински и здравни грижи, и дейности;
- ресоциализация, рехабилитация и рехабилитация;
- манипулации;
- оказване на спешни, хуманитарни и други дейности;
- провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи.

Голяма част от изброените дейности се извършват в извънболничната помощ. Ролята на медицинската сестра, при изпълнение на професионалните дейности, които извършва самостоятелно или по назначение на лекар, може да представим схематично в следния модел на ефективност (Фиг. 35). Световната здравна организация определя ключова роля и място на медицинските сестри в националните здравни системи. В документите на СЗО по сестринство водещо място заема Мюнхенската декларация „ Медицински сестри и акушерки: сила в здравеопазването“ приета през 2000г.



**Фигура 35. Ефективен модел за сестринска дейност**

Считаме, че качеството на здравните грижи в голяма степен зависи от компетентността и професионализма на медицинската сестра. Разширените компетенции позволяват на медицинската сестра да изпълнява своите професионални задължения, да осъществява емоционалната и информационна подкрепа на пациента и неговите близки като ги въвлича в лечебния процес. Своите знания и навици медицинската сестра прилага при оказване на грижи за здравето на пациента. Тази дейност е необходимо да бъде целенасочена и систематизирана, за да не лишава здравеопазната система от значителен ресурс, който е в състояние да подобри здравеопазването на населението.

### **3.2. Изработване и приемане на стандарт по здравни грижи, съобразен с европейското законодателство и отговарящ на медицинските практики, базирани на доказателства**

В съвременното здравеопазване професионалистите по здравни грижи възприемат нови роли, имащи значение за обществото и за самите тях. Въвеждането на правила за създаването и функционирането на структури, които да

предоставят интегрирани здравно – социални грижи в домашна среда са приоритетите на съвременното здравеопазване. Нарастването на потребността на населението от болнична помощ и реформата в сестринството, предполагат значителни изменения във функциите и организацията на труда на медицинските сестри, което способства за по-рационално използване на потенциала на медицинските специалисти.

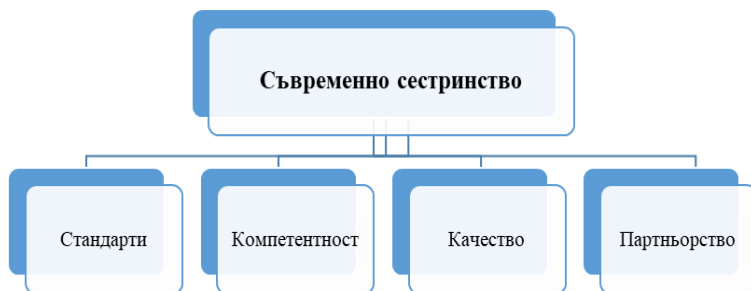
Една от основните задачите, определени за изпълнение от медицинската сестра в Националния класификатор на професиите (2011) е предоставяне на сестрински грижи за пациенти в съответствие с модерната медицинска практика и стандарти.

Медицинската сестра, работи в сътрудничество и партньорство в екипа за извънболнична помощ, за създаване на възможна най-добрата среда на лица, семейства, групи, общности и население за достигане на оптимални нива на здраве и благополучие. Запазване и укрепване на здравето на нацията е главна цел на националните политики в областта на здравеопазването.

Съгласно Чл. 6. (1) от Закона за лечебните заведения (Изм. - ДВ, бр. 62 от 2002 г., изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г., изм. - ДВ, бр. 72 от 2015 г.) дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента. Медицинските стандарти се утвърждават с наредби на министъра на здравеопазването.

Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е една от основните цели в управлението на здравеопазватната система. В Стратегия за развитие на здравните грижи в Р. България 2013 – 2020 г. ясно е определен инструментариума за гарантиране на качеството на медицинските услуги се декларира „... медицински стандарти, клинични пътеки, акредитация и други“. За съжаление в малко от тях откриваме насоченост към здравните грижи. В България няма приети национални стандарти за здравни грижи, не съществуват утвърдени минимални стандарти за съотношение на специалисти по здравни грижи към обгрижвани пациенти.

Водещи концепции в международното сестринство са - отговорност и самостоятелност. Съгласно Кодекса за професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти в България „... Професията на специалистите по здравни грижи се основава на професионална квалификация, компетентност и отговорност...”. Отговорността е съзнание за дълг, за поет ангажимент, за изпълнение на задължение. Стандартите очертават професионална рамка, обхвата и границите на отговорност в оказване на здравните грижи. Автономията на медицинските сестри е свободата и правото да действат независимо и самостоятелно в своята практика. Отговорностите и пълномощията на специалистите по здравни грижи се установяват в процесите на организация и поддържане на основните компоненти в съвременната практиката - стандарти, качеството, продължаващо обучение и партньорство (Фиг. 36).



**Фигура 36. Основни компоненти на съвременното сестринство**

Здравните реформи, които се провеждат в нашата страна, значително увеличават потребностите на обществото от високо качество на медицинските грижи, увеличават необходимостта от медицински сестри, които да притежават знания и умения за прилагане на различни методи за грижа, съответстващи на международните стандарти.

Много автори като Борисов В., Маркова Ст., Тончева С., Стамболова И., Кръстева Н., Стойчева М., отчитат

положителните промени на преустройството, следващи съвременната философия за професионализъм на медицинската сестра не само като пръв помощник на лекаря , а и като негов партньор в опазване и възстановяване на здравето.

В редица документи на Световната здравна организация откриваме настоятелни препоръки за засилване на системите на здравеопазването, чрез ценностите и принципите на извънболничната медицинска помощ. Здравето във всички политики е приоритет на здравеопазната система в България. „Национална здравна стратегия 2020“ определя визията за развитие на здравеопазването, чрез гарантиране на здравно благополучие, високо качество на живот и намаляване на здравните неравенства.

В основата на регулирането на качеството и безопасността на медицинската услуга е системата за стандартизация. Разработването и прилагането на стандарти е дейност, насочена към постигането на максимална степен на подреденост, както и управление на риска в определена област, посредством установяване на правила за многократно използване.

В съвременното здравеопазване професионалистите по здравни грижи възприемат нови роли, имащи значение за обществото и за самите тях.

Като силни професионалисти, медицинските сестри имат компетенции в подкрепа и помощ както на отделната личност, така и на семейството и обществото за справяне с различни преходни или хронични болестни състояния. Основната цел в най-добрата професионална дейност е максимално повишаване на нейните качества. В областта на международното сестринско дело, главен координиращ орган за обезпечаване на качествена сестринска помощ в глобален мащаб, както и орган, направляващ обучението на медицинските сестри е Международния сестрински съюз (The International Council of Nursing, ICN). Международен Сестрински Съюз приема и оповестява концепции на универсални стандарти за образование и практическа дейност за професионалното сестринско общество, които са нормативно утвърдени в областта на здравните грижи в повечето страни.



През последните години здравната реформа в нашата страна поставя редица нови изисквания към личността и компетенциите на медицинската сестра. Участието на медицинската сестра в екипа, предоставящ здравни услуги в извънболничната медицинска помощ, е определено в учебната програма за специалност „Първични здравни грижи“ в следните основни направления:

- Оценка на здравното състояние и медико-социалните потребности на отделните членове на семейството, при отчитане на тяхната здравна култура

- Вземане на здравни решения, при спазване на морално етични професионални норми и уважение на човешкото достойнство на всяка личност;

- Планиране, организиране, инициране и извършване на качествени и непрекъснати здравни грижи в дома при съобразяване на потребностите в семейството и законовите разпоредби, регламентиращи извънболничната медицинска помощ;

- Владее на комуникативни техники за водене на разговор с цел педагогическо и терапевтично въздействие върху пациентите и професионално общуване;

- Участие при планиране и осъществяване на промотивни и профилактични програми. Провеждане на здравно обучение, насочено към повишаване на здравната култура на индивида и семейството;

- Познаване и прилагане на здравния мениджмънт и изграждането на качества за управление на самостоятелна сестринска структура при поддържане на високо качество на здравните грижи в дома и умения за координиране на дейностите на различни здравни специалисти, оказващи помощ за преодоляване на здравни неблагоприятия на членове на индивида и семейството;

- Самооценка на дейността при спазване на стандартите за добра здравна грижа, отчитане на ефективността на сестринското обслужване в семейството и икономическите измерения;

- Нагласа за непрекъснато обучение, професионално развитие и участия в научни изследвания за инициране на промени в практиката;

- Прилагане на нови технологии, осигуряващи сестринския труд.

Въз основа на публично достъпните данни за състоянието на здравната система в България установяваме редица предизвикателства като ниска продължителност на живот, висока смъртност от сърдечно-съдови, онкологични и незаразни заболявания, онкологични заболявания, както и трудности при осигуряване на достъп по здравни услуги.

Проучените литературни източници и анализа на международния опит, потвърждава значението на стандартите в медицинската практика за осигуряване на научно обоснован баланс между силно нарастващите технологични възможности на съвременната медицина и ограничените финансови, материални и кадрови ресурси за съответна медицинска дейност в страната. Можем да изведем следните фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на стандарти по здравни грижи в извънболничната помощ:

- внедряване на нови медицински технологии в здравеопазването, повишени изисквания към качеството на сестринските грижи;

- недостатъчна осигуреност от специалисти от различни нива, включително сестрински грижи за болните;

- нарастващият недостиг на професионалисти по здравни грижи;

- необходимост от повишаване на авторитета на дейността на медицинските сестри (самоосигуряване на определени видове дейности с пълна отговорност за техния краен резултат);

- застаряване на населението, увеличаване хронични заболявания и нуждата от медицинска помощ;

Въз основа на анализа на настоящата практика и нормативна уредба, регулираща дейността на медицинската сестра установяваме, че професионални дейности, които медицинските сестри извършват самостоятелно, съгласно Наредба №1 от 2011г. са в общата професионална компетентност на професията.

### **3.3. Законодателна възможност за реално работещи самостоятелни сестрински практики в извънболничната помощ**

Правната регламентация на самостоятелната дейност на медицинската сестра е посочена в чл. 17а от Закона за лечебните заведения. Според него медицинските сестри **могат самостоятелно да оказват здравни грижи** в разкрити звена към медицински, медико-дентални и диагностично-консултативни центрове в страната. Практиката, която може да се осъществява в звената, е необходимо да бъде в съответствие със определените професионални дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно по Наредба №1 от 8 февруари 2011г.

Звената по ал. 1 от чл. 17а от ЗЛЗ се ръководят от лица с образователно-квалификационна степен "бакалавър" по специалностите "лекарски асистент", "медицинска сестра" или "акушерка" и с професионален стаж не по-малко от две години. Закона определя и редът за извършване на дейностите в звената по ал. 1 съгласно правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на съответното лечебно заведение.

**В нашата страна, за първи път в историята на професионалното сестринство, през м. април 2018г. е разкрито Звено за самостоятелни сестрински и акушерски грижи към ДКЦ „Чайка“ гр. Варна.** Към звеното работят 2 акушерки и 3 медицински сестри, които в тясно сътрудничество с пациентите, извършват дейности в съответствие с принципите на Добрата медицинска практика.

Самостоятелната дейност е отговор на стратегията на Европейския съюз "Здраве 2020", както и на програмата на Световната здравна организация 2015-2020 година. Звеното за оказване на самостоятелни сестрински грижи предоставя здравни грижи и медицинско наблюдение, включително в домашна среда, в подкрепа на хора с увреждания и хронични заболявания, хирургично болни, дехоспитализирани от лечебни заведения, онкологични болни пациенти с хронични рани, болни с диабетно стъпало, болни с декубитални рани, обработка на рани и поставяне на специфични превръзки, въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори по лекарско назначение. Звеното за самостоятелни акушерски грижи

предоставя пренатални, постнатални и патронажни грижи в извънболничната помощ от висококвалифицирани акушерки за подрастващите, бременните жени, младите майки и новородените деца.

#### **4. SWOT анализ на здравните грижи, оказвани от медицинската сестра в извънболничната помощ и тяхното значение в условията на съвременното здравеопазване.**

Развитието на сестринството и неговата подкрепа като професия, зависи от възприемането, разбирането и оценката на значимостта на здравните грижи, оказвани от медицинската сестра. За постигане на професионална идентичност в системата на извънболничната помощ, като модерна, организирана, социално значима и уважавана професия, анализирахме сестринските грижи в настоящата практика. С цел установяване на възможностите на съвременните грижи за разрешаване на проблеми, отнасящи се до индивидуалното и обществено здраве, определихме критичните фактори за успех на професията днес. За постигане на тази цел, идентифицирахме слабостите, които, ако не бъдат коригирани, ще възпрепятстват развитието на професията от зависима към независима. Идентифицирахме и външните заплахи, които застрашат утвърждаването на професията на медицинската сестра със значим и социален обществен статус в извънболничната помощ. Разкрихме и вътрешните сили на сестринството, тъй като те посочват вътрешните фактори, които можем да използваме за постигане на желаната цел. Слабостите, силните страни, възможностите и настоящите заплахи в професията са еднакво многобройни и разнообразни. Настоящият SWOT анализ на здравните грижи, направихме в контекста на съществуващата сестринска практика у нас.

#### **Силни страни**

- утвърдена законова рамка, определяща професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва по назначение или самостоятелно;

- създаден национален регистър за вписване на удостоверена правоспособност за практикуване на професията;
- приета квалификационна рамка за професионално развитие;
- човешки ресурс с квалификация, отговаряща на европейските директиви за качество на обучение;
- осигуреност с професионалисти по здравни грижи с компетенции, гарантиращи извършване на самостоятелни дейности в областта на здравните грижи;
- функционираща съсловна организация;
- сътрудничество с международни сестрински организации – ICN, EFN, EFNNMA;
- дейности, съобразни с изискванията на СЗО;
- прилагат екипен подход в оказване на грижи;
- създават условия за провеждане на изследователска дейност;
- създават предпоставки за изграждане на лидерски умения;
- създават възможности за придобиване на специализации и непрекъснато обучение през цялото време на професионална реализация;
- влияят върху хода и крайните резултати на извършващите се здравни реформи;
- ориентирани към целите и стратегиите на СЗО;
- утвърждават позитивно отношение към общото благосъстояние на населението;
- ориентирани към контрол на качеството и оценка на обучението;
- допринасят за по-висок престиж на професията на медицинската сестра.
- въвличат в научно-изследователска дейност.
- създават условия за национална и международна мобилност

## Слаби страни

- неизяснена правна уредба за самостоятелна сестринска практика;
- изоставане на практиката от внедрените в обучението нови подходи и иновационни практики;
- нерегламентиран процес на планиране и отчитане на сестринските грижи;
- липсват критерии за оценка на качеството на здравните грижи;
- нерегламентиран процес на регистрация и отчет на извършените сестрински дейности;
- липса на стандарти за здравни грижи по клинични специалности;
- неразвита система за интегрирани програми за обучение и подготовка по актуални въпроси и новости в сестринската професия;
- неадекватно заплащане;
- намален брой на медицинските специалисти;
- липса на критерии за степенуване на сестринската професия обвързани с притежаване на конкретни професионални знания и умения;
- липсва законово регламентиране на съвременни сестрински практики, за които медицинската сестра има професионална подготовка;
- липса на автономия на медицински сестри;
- недостатъчна подкрепа на непрекъснатото професионално обучение и развитие от страна на работодателите;
- все още недостатъчно развити силни лидерски позиции;
- преобладаваща зависимост при извършване на дейности;
- подценяване на компетенциите на медицинската сестра за превенция, профилактика и промоцията на здравето;
- неудовлетвореност от финансово заплащане;
- недоразвита система на патронажни грижи;
- ограничена автономност във функциите на медицинската сестра;
- незачитане на сестринския труд в медицинския екипи;

- несъответствие с европейските норми за съотношение сестра/пациент;
- недостатъчна подкрепа за професионална кариера;
- недостатъчен брой медицински специалисти;
- недостатъчно въвличане в дейностите по профилактика;
- териториалното разпределение на индивидуалните и групови практики е неравномерно за страната.
- липса на критерии за оценка на ефективността на здравните грижи;
- липса на организирана програма за изработване на стандарти по здравни грижи;
- липса на нормативно регламентирани дейности, отговорности, ясни правила, които да създадат последователност в системата на оказване на здравни грижи;
- липса на критерии за оценка на ефективността на извършените дейности от практиката.

### **Заплахи**

- динамично променящо се законодателство, регламентиращо здравната система;
- често променящо се законодателство, регламентиращо сестринската професия;
- традиционни схващания за ролята на медицинската сестра като изпълнител на лекарските назначения;
- задълбочено разминаването между образованието и практиката;
- недостатъчни лидерски позиции, които да способстват за утвърждаване на самостоятелна сестринска практика;
- подценяване на университетското образование на медицинската сестра;
- недостиг на специалисти по здравни грижи в национален мащаб;
- изтичане на сестрински кадри към други страни в ЕС и създаване на дефицит, в който трудно би се осъществила новата философия на сестринството;
- липса на регистрация и отчет на извършените дейности;

- нисък обществен и професионален престиж на професията;
- застаряването на населението увеличава риска от заболявания за по-големи групи от населението и съответно увеличава потребността от ефективна здравна грижа;
- тенденциите за увеличаване на групите с ниска степен на образование представляват заплаха за неравенство в информираността за подобряване, поддържане или запазване на личното здраве;
- липса на нормативно регламентирани правила за извършване на качествени здравни грижи, отговарящи на критериите за добра сестринска практика.

### **Възможности**

- поемане на отговорност за здравните грижи в рамките на придобитите компетенции;
- създаване на лидери на сестринската практика, способни да въздействат върху обществото и здравната система за утвърждаване на мисията и функциите на медицинската сестра;
- финансиране на сестринските дейности от различни източници (МЗ, НЗОК, общини, НПО);
- утвърждаване на интегрирани здравни грижи;
- прилагане на холистичен подход в грижите и отношенията с пациентите;
- въвеждане на единен стандарт за здравни грижи;
- въвеждане на единни критерии за оценка на ефективността на сестринските грижи;
- повишаване качеството и ефективността на здравните грижи;
- постигане на икономическа ефективност при оказване на грижи;
- внедряване на специфична сестринска документация за регистрация, контрол и отчет на извършените дейности;
- изграждане на творческо мислене свързано със способността за вземане на обосновани и отговорни решения;



- засилено влияние върху промените на здравеопазването и на общността;
- участие в дейности, насочени към създаване на укрепваща здравето жизнена среда;
- участие в решаването на проблеми, свързани с индивидуалното и общественото здраве;
- развитие на личните знания, умения и възможности за укрепване на здравето;
- засилване участието в системата от здравно-социални явления;
- разширяване обществената подкрепа за автономия на сестринската професия;
- 
- засилване на сътрудничеството за подобряване на здравните параметри на средата;
- засилване на мотивацията и възможностите за надграждащо образование;
- провеждане на изследователска дейност;
- интензифициране на изследователско-приложни разработки върху сестринското практиката;
- сътрудничество с доказано ефективни европейски практики;
- увеличаване на усилията по укрепване на сестринството;
- изграждане на нови модели на сестринска практика;
- укрепва статуса на медицинските сестри;
- изграждане на професионална кариера;
- решаване на проблеми свързани с индивидуалното и общественото здраве;
- отчет и контрол на извършените дейности, чрез ясно формулирани и приложени критерии;
- признаване на приноса и значението на здравните грижи в дейностите насочени към повишаване на информираността и повишаване на качеството на живот;
- въвеждане на стандарти в здравни грижи.

**Силните** страни, идентифицирани в анализа се разкриват и в другите раздели от настоящото проучване. Професията на медицинските сестри е от изключително голямо значение, тъй

като има отношение към общото благосъстояние на населението, чрез предоставянето на здравни грижи, които да отговарят на промените в околната среда и на нарастващите потребности. Като най-голяма група здравни професионалисти, работещи в различни здравни заведения, медицинските сестри са ключов ресурс за осъществяване на наложилите се здравни реформи. Медицинските професионалисти притежават компетенции, защитени с придобит висок образователен ценз и имат мотивация за предоставяне на качествена здравна помощ, съобразена със стандартите на Европа. Професионалната подготовка на медицинската сестра отговоря на постоянно растящите здравни потребности на населението.

Една от най-известните **слабости** на грижите предоставяни от медицинската сестра в извънболничната помощ е недостигът на персонал и несигурност на работното място, което води до претоварване на медицинския екип и влошаване на качеството на предлаганите услуги за пациентите. Все още в България няма стандарт за оптимално съотношение сестра/пациент. Липсата на специфична сестринска документация, която да регистрира и отчита дейностите на медицинската сестра, както и липсата на критерии за оценка на качеството на грижи влияе негативно върху оценката за грижите на болния. Ниският обществен и социален престиж на професията, не наложената все още система за кариерно развитие, трудните условия за изпълнение на научни изследвания са слабости, които ако не бъдат преодоляни ще се отразят негативно върху развитието на здравните грижи. Професионалната идентичност на медицинската сестра е свързана с ценности за равенство и свобода, съответстващи на концепцията за автономност и независимост при оказване на сестрински грижи в практиката на извънболничната помощ.

Все още откриваме твърде големи различия между нашето и европейско законодателство. Аспектите за развитие на сестринството в България за съжаление не са приоритет на МЗ. Основна **заплаха** пред сестринството в България е изтичане на сестрински кадри към други страни в ЕС и създаване на дефицит от медицински специалисти. Ниското заплащане, липсата на обществен и социален престиж на професията води до отлив в желанието за практикуване на професията и поставя обществото

в кризисна ситуация по отношение на качеството на здравните услуги.

Хуманната роля на сестринската професия изисква от медицинските сестри да се грижат за хората като индивиди, семейства и групи (социални, професионални, рискови и др.) по време на целия им жизнен цикъл; да определят и подпомагат развитието на техния физически, психически и социален потенциал в рамките на трудовата и битовата им среда.

Нарастването на потребността на населението от болнична помощ и реформата в сестринството предполага значителни изменения във функциите и организацията на труда на медицинските сестри, което ще създаде **възможност** за по-рационално използване на потенциала на медицинските специалисти. От всичко това възниква потребността за развитие на автономия на сестринството, отнасяща се до поемане на управлението и отговорността за здравните грижи, в рамките на придобитите компетенции. В този смисъл сестринството е изправено пред редица здравно политически и мениджърски предизвикателства, от решаването на които зависи обществения и професионалният престиж на сестринската професия. Необходимо е значително да се разшири спектъра от взаимосвързани и независими сестрински намеси в практиката на медицинската сестра. Разширяването на пълномощията на медицинската сестра, повишаването на престижа на професията, прилагането на съвременни подходи към оказване на сестринска помощ изисква внедряване на нови форми на организация на труда на медицинските сестри.

Пред сестринството са поставени сериозни задачи, изпълнението на които позволява коренно да се измени съществуващото положение в сестринските грижи, като съставна част в организационната технология на здравеопазването, насочена към решаване на проблеми отнасящи се към индивидуалното и обществено здраве в днешните сложни и бързо променящи се условия.

## 5. Стандарт за здравни грижи – възможност за регулиране на професионалните дейности, които медицинската сестра извършва самостоятелно

Промените в сестринството се провеждат не заради измененията произтичащи в сестринска практика, а защото тя се явява част от огромния процес на промени в обществото. В литературата и практиката не откриваме автори разработили критерии и условия, отнасящи се до въвеждането на стандарти по здравни грижи. Литературният обзор и проученият международен опит ни дават основание да определим следните направления в приложението на стандарти за здравни грижи:

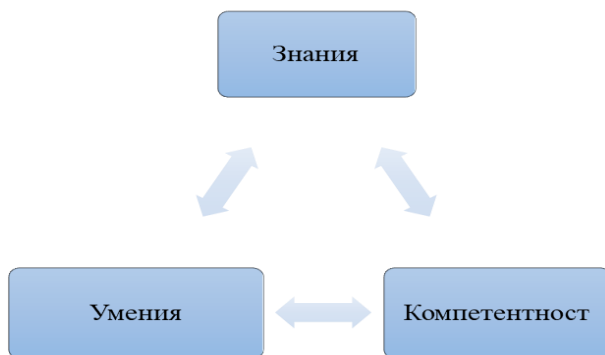
- обхват и стандарти за добра практика;
- компетентно ниво на оказване на сестрински грижи.

Прилагането на стандарт по здравни грижи е продиктувано от необходимостта от създаване на рамка, която обезпечава ефективността на самостоятелните сестрински дейности в практиката.

Стандарта по здравни грижи осигуряват защитата на качеството на работата на медицинската сестра. Представява цялостна рамка на всеобхватната сестринска практика.

Стандарта по здравни грижи има следните **компоненти**:

- Стандарт за професионална компетентност
- Стандарт за етика в сестринството
- Стандарт за добра здравна грижа (Фиг. 37)

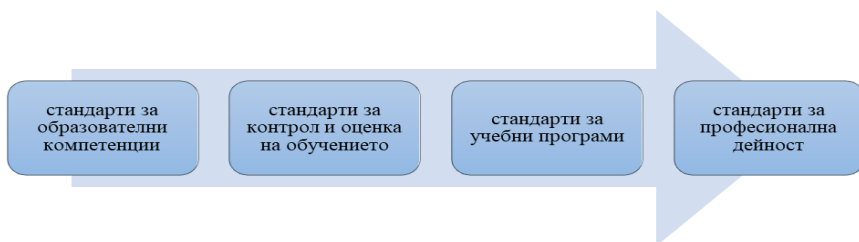


**Фигура 37. Компоненти на стандарта по здравни грижи**

**Стандартът за здравни грижи** описва отговорността на медицинската сестра към обществото и определя процесите на саморегулиране, професионално регулиране и правно регулиране като механизми за поддържане на общественото доверие. Определя компетентното ниво на поведение на медицинската сестра за осъществяване на практическа дейност, съобразно квалификационната рамка за професионално развитие (чл.8 ал.7а от Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти). Стандартите за професионална дейност, очертават ролята на медицинската сестра в екипа при оказване на извънболнична медицинска помощ и дейности насочени към провеждане на научни проучвания, повишаване на качество на сестринската практика, разширяване на взаимодействията в екипа, комуникация, лидерство, оценка на здравните грижи, използването на ресурсите и околната среда за постигане на здраве.

Стандартът по здравни грижи е **предназначен за:**

- установяване и поддържане на единни изисквания към обхвата и качеството на професионалната дейност на медицинската сестра;
- изработване на национални образователни стандарти и учебни програми за обучение на студенти по специалност „Медицинска сестра“, програми за следдипломно обучение, ръководства и указания за провеждане на продължаващо обучение;
- мениджмънт и управление на здравните грижи (Фиг. 38).



**Фигура 38. Прилагане на стандарт по здравни грижи**

**Основната цел** на професионалните стандарти е да осигурят процес на управление на здравните грижи и да предоставят безопасна и основана на научни доказателства и компетентност сестринска практика. Тези стандарти регулират сестринската практика по отношение на управление и изпълнение на качествени грижи. Осигуряват на медицинските сестри клинични знания и умения за изпълнение на дейностите и създаване на безопасна среда при прилагане на сестринските интервенции.

Приложението на стандарти за професионална дейност ще създаде възможност за осигуряване на рамка за разработване на контролни списъци за клинична компетентност или за оценка на професионалната квалификация за конкретна клинична единица или работодател. Могат да бъдат използвани като инструмент за сравнение, за да се оцени качеството на сестринската грижа във връзка със спазването на установените организационни политики или широко приетите насоки, установени от нормативната уредба и стратегията за развитие на здравните грижи в Р. България.

Стандартът за професионална дейност:

- подпомага разработването на безопасни практики за оказване на здравни грижи;
- подпомага делегирането на задачи според нивото на компетентия и квалификация;
- гарантира поемането на отговорност за взетите решения и предприети действия;
- стимулира поддържане на високо ниво на компетентност по време на практикуване на професията.

Стандартите са насочени към поддържане на високо качество при оказване на здравните грижи, стимулират постигане на възможно най-добрия резултат в грижите за пациента и намаляват до минимум възможността за допускане на риск. Тези стандарти стимулират желанието за повишаване на компетентностите и повишаване на квалификационното ниво, чрез непрекъснато обучение и прилагане на най-новите насоки в дейността на медицинската сестра (НКР, на Р. България, 2012).

Стандарти по здравни грижи се приемат и прилагат в Канада, Норвегия, Великобритания, САЩ. Анализирайки

условията на сестринска практика у нас, както и откриване на съответствия в прилагането на индивидуален подход в грижите, **считаме за подходящо въвеждането на професионален стандарт по здравни грижи, в извънболничната помощ, за дейностите които медицинската сестра извършва самостоятелно.**

**Обсъждането на предложението за съдържание и обхват на експертно ниво ще подпомогне законовото приемане и въвеждане на стандарти по здравни грижи в професионалната дейност на медицинската сестра в България.**

**Според нас, не се използва напълно ресурса на медицинските сестри за въвличането им в по-широк обем дейности за които имат необходимата подготовка.**

Анализирайки нашия и международен опит в регулиране на сестринската професия, както и предложените от редица автори у нас форми на протоколи, технически фишове, алгоритми за изпълнение на дейности от медицинската сестра, **считаме за необходимо да предложим въвеждане на професионален стандарт по здравни грижи отнасящо се до същността и обхвата на дейностите в извънболничната помощ, които медицинската сестра извършва самостоятелно.**

## **Стандарт за здравни грижи (професионални дейности)**

### **I. Общи положения**

#### **1. Област на приложение на стандарт**

Стандартът по здравни грижи е нормативен документ, определящ обхвата на дейност, изискванията за заемане на длъжност, квалификация и компетентност на медицинската сестра в извънболничната помощ.

#### **2. Понятиен апарат**

- **здравни грижи** – дейност, свързана със здравето и болестта, извършвана от медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, осигуряване на човешките потребности, когато лицето не може (поради болест, възраст, инвалидност и други причини), няма познания или не трябва да я извършва само.

- **стандарт** - държавен документ, който определя

изискванията към стоките, изделията и др.

- **качество** - съвкупност от признаци, условия и свойства на даден продукт или процедура, изпълнявана в процеса на предоставяне на здравна помощ, задоволяващи изцяло или нахвърлящи очакванията на определена група или индивидуален пациент.

- **отговорност** - задължение на човек да отговаря за действията и постъпките си, за действията и постъпките на други лица, за сигурността на хора и предмети.

- **автономност** - самостоятелност, независимост при решаване на определени въпроси, самоуправление.

## II. Вид професионална дейност: Медицинска сестра – 2221

### III. Характеристика на професионалната дейност

Наименование	Квалификационно ниво	Обхват на дейност	Изисквания за образование и професионален стаж	Допълнителни характеристики
Първи цикъл на КРЕПВО - съгласно ЕКР	Ниво 6 Подниво 6Б – бакалавър 240 кредита по ECTS	Дейности, свързани със здравето и болестта, извършвани от медицинските сестри, осигуряване на човешките потребности, когато лицето не може (поради болест, възраст, инвалидност и други причини), няма познания или не трябва да извършва сам.	ОКС „Бакалавър“	Специализация в областта на първични здравни грижи

### IV. Професионален стандарти



**Стандарт 1.** Предоставяне и събиране на здравна информация

**Стандарт 2.** Промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите

**Стандарт 3.** Медицински и здравни грижи и дейности

**Стандарт 4.** Ресоциализация, реадaptация и рехабилитация:

**Стандарт 5.** Манипулации

**Стандарт 6.** Спешни, хуманитарни и други дейности:

**Стандарт 7.** Обучение и изследвания в областта на здравните грижи

## **V. Характеристика на професионалните стандарти**

*съгласно НАРЕДБА № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно*

### **Стандарт 1. Предоставяне и събиране на здравна информация**

- запознава пациента със структурата, организацията и работния график на лечебното заведение;
- запознава пациента с дейностите по промоция, профилактика, превенция, диагностика, лечение или рехабилитация, които се осъществяват от лечебното заведение;
- запознава пациента с неговите права и задължения;
- информира пациента с цел получаване на информирано съгласие при извършване на изследвания и манипулации;
- води медицинска документация;
- изготвя необходимите доклади и анализи, свързани с дейността;
- дава указания на пациента при необходимост от вземане на материал за медико-биологични анализи;
- проследява и регистрира лабораторни изследвания, манипулации и здравни грижи;

### **Стандарт 2. Промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите**

- провежда промоция, профилактика и консултиране на лицата за социално-значими заболявания;
- оказва грижи за психичното, физическото и социалното благополучие на лицата;

- извършва профилактика в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве;
- прилага мерки по превенция и профилактика на сексуално предавани инфекции, ХИВ и СПИН, токсикоманиите, алкохолизма, тютюнопушенето, насилието, трудовите и битовите злополуки;
- изготвя оценка на здравни проблеми и съветване на лица с повишен здравен риск;
- провежда превенция на злокачествени заболявания на репродуктивната система;
- изготвя оценка на здравни потребности и рискови фактори за здравето;
- консултиране по въпросите на семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве;
- предоставя информация по проблемите на безплодие;
- провежда промоция на кърменето;
- оказва психологична помощ на пациентите и семейството;
- предоставя съвети за хигиена и хранене;
- консултира отглеждане на новородено, включително за хранене, хигиена, имунизации;
- консултира хигиена и предпазване от развитието на декубитуси при рискови за това пациенти;
- провежда обучение на жените за самоизследване на млечни жлези;
- разпознава белези на насилие или изоставяне и предприемане на действия за уведомяване на съответните компетентни власти;

### **Стандарт 3. Медицински и здравни грижи и дейности**

- извършва общ и специален тоалет;
- подпомага затруднения при дишане, хранене и приемане на течности;
- подпомага на отделянето;
- подпомага движение и правилна стойка;
- подпомага сън и почивка;
- подпомага обличане и събличане;
- участва поддържане на оптимална температура;
- подпомага при избягване на опасности;
- провежда дейности съобразно националните здравни програми;
- оказва следоперативни грижи за пациенти;
- измерване, регистрация и оценяване на витални показатели;

- разпознава индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременно действия;
- съставя план за сестрински грижи;
- предпазва, възстановява, поддържа и подобрява здравето на лицата при съобразяване с психологическите, физическите, социалните, икономическите, културните и етническите особености на пациента;
- организира и съблюдава правилното транспортиране, съхраняване и срок на годност на лекарствените продукти и материалите;
- организира, провежда и контролира дейностите по дезинфекция и стерилизация;
- участва в организацията на профилактиката, контрола и епидемиологичния надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване;

#### **Стандарт 4. Ресоциализация, реадaptация и рехабилитация**

- извършва психосоциална рехабилитация на пациенти със социалнозначими заболявания;
- организира и провежда общоукрепващи, мобилизационни и закалителни процедури;
- провежда ранна рехабилитация на хоспитализирани пациенти;
- провежда обучение при използване на помощни средства, приспособления и съоръжения за придвижване;
- подпомага укрепването, адаптирането и връщането на лицата в семейството и социалната среда;
- съдейства за адаптирането на обществото към лицето;

#### **Стандарт 5. Манипулации**

- извършва инжекции – подкожни, мускулни, венозни,
- вътрекожни;
- осигурява продължителен венозен достъп;
- извършва венозна пункция и вземане на кръв;
- инстилиране на лекарствени продукти през катетър (сонда), дренаж;
- извършва венозна инфузия;
- извършва скарификационни тестове;
- извършва очистителна и лечебна клизма;
- въвежда, поддържа проходимостта и смяна на уретрален катетър при жена;
- поддържа проходимостта на уретрален катетър при мъже;
- извършва септични и асептични превръзки;
- парентерално въвежда на лекарствени продукти и инфузионни

- разтвори;
- извършва влагалищна промивка;
- извършва тоалет на външни полови органи;
- поставя интравагинални лекарствени продукти;
- сваля конци и дренажи от оперативни рани;
- извършва промивка на конюнктивален сак;
- извършва стомашна промивка;
- извършва електрокардиография;

#### **Стандарт 6. Спешни, хуманитарни и други дейности**

- участва в дейности при бедствени ситуации;
- участва в дейности по оказване на хуманитарна помощ;
- извършва дейности за овладяване на състояния на хипо- и хипертермия;
- извършва временна имобилизация на крайници и гръбначен стълб, поставя шийна яка;
- извършва механична хемостаза и/или локално прилага хемостатични лекарствени продукти;
- осигурява и поддържа проходимост на горни дихателни пътища;
- извършва първична реанимация – непряк сърдечен масаж и изкуствена вентилация;
- поддържа жизнените функции на пациента при състояния, застрашаващи живота по време на транспортиране;

#### **Стандарт 7. Обучение и изследвания в областта на здравните грижи**

- участва в практическото обучение на студенти и стажанти по специалностите от направление „Здравни грижи“;
- участва в изследвания в областта на сестринските грижи;
- участва в обучението на лица в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве;
- обучава, провежда профилактика и възпитание на пациента и близките му;
- провежда изследвания в областта на епидемиологията, ергономията, хигиената и безопасността.

*Професионалните дейности могат да се извършват от медицинската сестра както самостоятелно, така и по лекарско назначение.*

## VI. Компетенции за изпълнение на Стандарт по здравни грижи

<b>Професионална етика и ценности</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Упражнява своята професия по съвест и оправдава предоставеното доверие като прилага уважение към правата на човека, всеотдайност и чувство за отговорност;</li><li>• Спазва правилата установени в Кодекс за професионална етика;</li><li>• Оказва дейности за запазване здравето на пациента и обществото;</li><li>• Практикува самостоятелните дейности отговорно, без риск за пациента, състрадателно, личностно-ориентирано;</li><li>• Основава своята практика на доказателства, като зачита и запазва достойнството и правата на човека;</li><li>• Проявява професионализъм и почтеност в рамките на признати професионални, етични и правни рамки;</li><li>• Работи в партньорство с други здравни и социални специалисти и организации свързани с грижите, като гарантира споделяне на решенията;</li><li>• Практикува с увереност съгласно Правилата за добра здравна грижа;</li><li>• Разпознава и се справя с етичните предизвикателства, свързани с вземане на решения за сестринската грижа и действия в рамките на професията;</li><li>• Прилага холистичен, безпристрастен, грижовен и чувствителен подход като подкрепя, зачита и уважава индивидуалния избор на пациента;</li><li>• Подкрепя и насърчава здравето, благосъстоянието, правата и достойнството на хората, групите, общностите и населението;</li><li>• Управлява риска и стимулират здравето и благосъстоянието, като прилага индивидуален подход. се стремят към овластяване;</li><li>• Зачита и уважава различните роли на специалистите в екипа и работи съвместно в полза на всички, които се нуждаят от грижи;</li><li>• Практикува самостоятелни дейности, спазвайки границите на придобитите компетенции;</li></ul>
<b>Комуникационни и междуличностни умения</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Използва широк спектър от стратегии и интервенции за ефективна комуникация.</li><li>• Изгражда партньорства и терапевтични връзки чрез безопасни, ефективни и недискриминационни техники на общуване.</li></ul>

- Отчита индивидуалните различия, способности и нужди.
- Използва набор от комуникационни умения и технологии, за да подпомогне личната грижа и подобряване на качеството и безопасността.
- Предоставя информация на достъпен език, по начин , който позволява на лицата да направят информиран избор и споделят вземането на решения.
- Използва пълния набор от комуникационни методи, включително устно, невербално и писмено за разбиране, интерпретиране и отчитане на знанията и разбиране за нуждите на хората.
- Отчита личностните особености и характеристики на хората при комуникация и оценява влиянието им върху здравето, инвалидността и други фактори при затруднено общуване.
- Прилага терапевтични принципи за насърчаване на благосъстоянието на лицата и контролира личната безопасност.
- Използва ефективни комуникационни стратегии и техники за разговор с цел постигане на най-добри резултати, като зачитат достойнството и правата на човека на всички заинтересовани.

#### **Сестрински дейности и грижи**

- Практикуват състрадателно, умело и отговорно като запазва достойнство и насърчаване здравето и благосъстоянието;
- Оказва подкрепа за възвръщане на автономността на пациента, в зависимост от заболяването, осигурява подкрепа при удовлетворяване на физическите и психическите здравни нужди на хора от всички възрасти, които имат нужда от сестринска намеса;
- осигурят безопасна и ефективна грижа за нуждаещите се до момента на оказване на специализирани услуги, независимо от областта на тяхната практика;
- Извършва критичен анализ на възможните интервенции, включително използването на съвременни технологии;
- Планиране и предоставяне на грижи;
- Използва съвременни знания и доказателства за оценка, планиране, предоставяне на грижи, обсъжда резултатите, влияе върху промяната и насърчават здравето и най-добрите практики;
- Взема партньорски решения основани на индивидуалните особености на пациента, на научни доказателства с други, участващи в процеса на предоставяне на грижи, за да осигури висококачествена грижа;

- Оценява необходимостта от специализирани познания и експертен опит и да консултира състоянието на пациента;
- Притежава широко познание в областта на здравето;
- Установява и отговаря на физическите, социалните и психологическите потребности на хората, групите и общностите;
- Разбира принципите, приоритетите и практиката на общественото здраве, за да разпознае и отговори на основните причини и социални детерминанти на здравето, болестите и здравните неравенства;
- Постава оценка на нуждите на хора, групи, общности и население и оказва действия за подобряване на здравето и благосъстоянието;
- Оценява риска и предприема навременни действия за неговото предотвратяване;
- Прилага широк кръг от познания, методи и действия при оценка на състоянието на пациента, вземане на решения и планиране на грижи.

#### **Лидерство, управление и работа в екип**

- Прилага процесите на клинично управление за подобряване на сестринската практика;
- Създава възможностите за подобряване на сестринските дейности и грижи;
- Съдейства на промяната и осигурява лидерство чрез подобряване на качеството и грижите за благосъстоянието на хората;
- Системно оценява грижите и гарантира подкрепа при оказване на самостоятелни дейности;
- Поддържа професионалното развитие, чрез обучения, споделяне на опит, наблюдение, обратна връзка, клинично мислене и оценка;
- Повишава своята компетентност, като използват методи и средства за изграждане на умения за професионално и личностно развитие.
- Координирането и контролира дейностите за безопасно управление на риска и поемане на отговорност за предоставената грижа.

**Стандартът е изготвен от .....**  
**Влиза в сила от .....**

**Стандартът за здравни грижи** определя предоставяне на компетентни самостоятелни сестрински дейности във всеки етап от прилагането на грижи в практиката. В световната практика е доказано, че тези стандарти отразяват желаното и постижимо ниво на ефективност, чрез прилагане на инструменти, гарантиращи добрата здравна грижа – сестринско досие, сестринска диагноза, протоколи за здравни грижи.

Стандартът за здравни грижи определя областите за развитие на клиничната практика, осигурява безопасни грижи за пациента и подкрепяща среда за упражняване на професията. Допринася за запазване на доверието и уважението на пациентите и обществото.

**Към всеки стандарт, е необходимо, всяко лечебно заведение, в зависимост от обхват, компетентност, профил и специфика на дейност на медицинската сестра да изработи правила за добра здравна грижа.**

Правилата за добра здравна грижа имат за цел да организират и поддържат безопасна и компетентна сестринска практика, като определят конкретните сестрински намеси, необходими да бъдат извършени, за подобряване на благополучието на пациента и обществото.

Действията и интервенциите, определени в правилата, е необходимо да съответстват на професионалните компетенции на медицинската сестра за самостоятелна дейност.



## ИЗВОДИ

На базата на собствените данни от научното проучване могат да бъдат обобщени следните изводи и препоръки:

➤ Практиката, основана на доказателства, според теоретичния анализ, създава условия за действия, насочени към промяната в схващанията за сестринство и утвърждаване на автономност в извънболничната медицинска помощ.

➤ Международната практика, показва необходимост от периодична оценка и актуализация при разработване и прилагане на стандарти за здравни грижи, съобразно компетенциите на медицинската сестра.

➤ В проучените страни сестринството е независима професия с осъзнати роли и функции при предоставяне на грижи - независими, зависими и взаимозависими.

➤ Професионалните стандарти утвърдени в дейността на медицинската сестра на редица страни от Европа, спомагат да се приложат безопасни практики за пациента, да се делегират задачи на други медицински специалисти, да се регистрира, отчете и поеме отговорност за всяко предприето действие и оказана грижа на пациента.

➤ Според проученият опит за самостоятелна сестринска практика, установен в Норвегия, стандартите по здравни грижи очертават професионална рамка, обхвата и границите на отговорност в оказване на здравните грижи.

➤ Честата ревизия и актуализация на стандарта е затруднение, посочено в най-голяма степен при медицинските сестри от самостоятелните практики (74.34%).

➤ Изказаното мнение на медицинските сестри от самостоятелни структури на гр. Хаугесунд, Норвегия, потвърждава мотивация за надграждащо обучение, чрез включване в магистърски програми, както и в специализации, за постигане на по - високо качество на здравното обслужване (55%).

➤ Правната регламентация създава възможност за самостоятелната дейност на медицинската сестра самостоятелни здравни грижи в разкрити звена към медицински, медикодентални и диагностично-консултативни центърове в страната. Практиката, която може да се осъществява в звената, е

необходимо да бъде в съответствие със определените професионални дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно по Наредба №1 от 8 февруари 2011г.

➤ Всички експерти потвърждават необходимостта от прилагане на стандарт по здравни грижи в професионалните дейности, които извършва медицинската сестра самостоятелно.

➤ Стандартите по здравни грижи са очертани като приоритет в съвременната практика от анкетираниите медицински сестри (73%).

➤ Изразената нагласа и готовност от медицинските сестри (54%) за прилагане на иновационни практики, ще ускори нормативното им въвеждане в практиката.

➤ Параметрите на действие на съвременната медицинска сестра при оказване на здравни грижи в извънболничната помощ ясно се осъзнават от медицински сестри (76%) и експерти (82%).

➤ Анализирайки условията на сестринска практика у нас, както и откриване на съответствия в прилагането на индивидуален подход в грижите, считаме за подходящо въвеждането на професионален стандарт по здравни грижи, в извънболничната помощ, за дейностите, които медицинската сестра извършва самостоятелно.

➤ Регулирането на самостоятелните дейности на медицинската сестра в извънболничната помощ, според анкетираниите лица, ще определи автономността, непрекъснатостта и качеството на здравните грижи (73%).

➤ Стандартите по здравни грижи ще очертаят рамката на дейностите, извършвани от медицинските сестри в болничната помощ, ще повлияят върху нормативното утвърждаване на сестринската практика и ще представят критериите за обективно оценяване на дейностите, извършвани от медицинската сестра, мнение, изказано от всички експерти.

## ПРЕПОРЪКИ

Като изхождаме от литературните данни, собственото проучване и направените изводи, считаме за удачно да направим следните препоръки:

### *1. Към Министерство на здравеопазването:*

➤ да обсъди и утвърди стандарти по здравни грижи, извънболничната помощ, за професионалните дейности, които медицинската сестра извършва самостоятелно.

➤ да регламентира правила за добра здравна грижи в практиката на медицинската сестра, което ще повиши ефективността на здравното обслужване.

➤ да разкрие самостоятелен отдел по здравни грижи в организационната структура на Министерство на здравеопазването.

➤ да се създаде възможност за разкриване на самостоятелни сестрински практики за обслужване на пациенти в лечебно заведение или в дома, чрез обсъждане и съдействие от Дирекция „Промоция и профилактика на болестите и зависимостите” и Дирекция „Медицински дейности“ към Министерство на здравеопазването.

### *2. Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи:*

➤ БАПЗГ да обсъди и съдейства за въвеждане на унифициран модел на здравни грижи за сестринската практика в България.

➤ БАПЗГ да инициира нормативно въвеждане на стандарт по здравни грижи, който ще установи единни изисквания към обхвата и качеството на професионалната дейност на медицинската сестра в извънболничната помощ.

### *3. Към образователните институции:*

➤ съвместно с експерти от БАПЗГ да разработят критерии за определяне на компетенциите на медицинската за изпълнение на стандарт по здравни грижи.

### *4. Към ръководствата на лечебните заведения:*

➤ съвместно със Съвета по здравни грижи, да разработи правила за добра здравна грижа, в съответствие с обхват, компетентност, профил и специфика на дейност на медицинската сестра във всяко лечебни заведения.

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

➤ Националният съвет по качество към БАПЗГ, съвместно с експерти от образователните институции и практика, да разработят единни изисквания към обхвата и качеството на професионалната дейност на медицинската сестра в извънболничната помощ

➤ Националният съвет по качество към БАПЗГ, съвместно с експерти от образователните институции и практика, да подготвят и внесат за обсъждане стандарт по здравни грижи, за професионалните дейности, които медицинската сестра извършва самостоятелно.

➤ Образователните институции, съвместно с експерти от практиката на медицинската сестра да определят национални образователни стандарти и учебни програми за обучение на студенти по специалност „Медицинска сестра“, програми за следдипломно обучение, ръководства и указания за провеждане на продължаващо обучение.

➤ Съвместно образователните институции с главните медицински сестри на лечебните заведения, в съдействие с БАПЗГ да изготвят критерии за отчитане на дейностите на медицинската сестра, както и специфична документация за регистриране.

➤ Образователните институции съвместно с експерти от Националния съвет по качество към БАПЗГ, да определят областите за развитие на клиничната практика, която осигурява безопасни грижи за пациента и подкрепяща среда за упражняване на професията.

## ПРИНОСИ

### *С теоретичен характер*

➤ Направен SWOT анализ на здравните грижи, оказвани от медицинската сестра в извънболничната помощ и тяхното значение в условията на съвременното здравеопазване.

➤ Анализирани хронологично и по съдържание теории в сестринството, с изведено значение за утвърждаване на автономност на сестринските грижи в извънболничната практика.

➤ Изведено значението на сестринството като решаващ фактор за успешното изпълнение на стратегическия план в развитието на здравните грижи.

➤ Направен преглед на цялостната концепция в прилагането на стандарти по здравни грижи за постигане на качество в сестринските грижи.

➤ Анализирани опит на различни страни в прилагане на стандарти по здравни грижи.

➤ Проучен международен опит за работа по утвърден стандарт по грижи в самостоятелна сестринска практика.

➤ Очертана рамка на компетенциите на медицинската сестра за самостоятелна дейност.

➤ Проучени законодателни инициативи за подобряване на професионалния, обществен и социалния статус на сестринството

➤ Анализ на нормативната уредба регулираща професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва по назначение или самостоятелно

➤ Изведена възможност за изработване и приемане на стандарт по здравни грижи, съобразен с европейското законодателство и отговарящ на медицинските практики, базирани на доказателства

➤ Анализ възможностите за нормативно въвеждане на стандарт по здравни грижи.

➤ Анализ на законодателната възможност за реално работещи самостоятелни сестрински практики в извънболничната помощ.

## *С практически характер*

- За първи път е определена готовността на медицинските сестри за въвеждане и прилагане на стандарт по здравни грижи;
- За първи път са проучени нагласите на медицинските сестри за регулиране на самостоятелните дейности;
- За първи път е проучен международен опит за самостоятелна сестринска практика;
- Предложени са нови подходи в организацията на сестринските дейности с цел осъществяване на взаимосвързаните и независими сестрински намеси;
- Задълбочено изследване на информираност, нагласа и готовност за прилагане на стандарт по здравни грижи;
- Предложен е структуриран стандарт по здравни грижи в извънболничната помощ, за дейности, които медицинската сестра извършва самостоятелно;
- Разработени са компетенции за изпълнение на стандарт по здравни грижи в извънболничната помощ.

## ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Борисова С.**, Стандартите по здравни грижи: необходимост в професионалната практика. Сп. Здравни грижи, бр.3 2017, 5-12.
2. **Борисова С.** Определяне на сестринските интервенции при оказване на здравни грижи Варненски медицински форум, том 3, 2014, приложение 2, стр.195-199
3. **Борисова С.**, Оценка на ефективността на грижите като етап от сестринския процес, Сп. Здравна икономика мениджмънт, СТЕНО, бр.4, 2013, 12-15.
4. **Борисова С., С. Тончева**, Диятельность медицинской сестры в семье как фактор создания осознанного поведения к сохранению здоровья, Медсестра, 1,2012, 47-51.
5. **Борисова С.**, Необходимост от въвеждане на критерии за регистрация и отчет на дейностите извършени от медицинската сестра. Scripta Scientifica Medica, 2011, Vol. 43, 7, с. 289 - 291.
6. **Борисова С. Д., Генова К. Е.** Компетенции медицинской сестры в оказании комплексной медицинской помощи. УДК 614.2. Наука через призму времени, Международный научный журнал, №9 (декабрь), 2017, часть I, с. 51-55. ISSN 2541-9250
7. **Борисова С.**, Възможности за повишаване качеството на здравните грижи чрез прилагане на адаптиран VIPS модел на сестринска документация. Scripta Scientifica Medica, 2011, Vol. 43, 7, с. 285 - 287.
8. **Борисова С.**, Оценка готовността на медицинските сестри за поемане на отговорност в прилагане на сестрински процес, Здравни грижи, 3, 2009, 26-30.
9. **Борисова С., Тончева, С.**, Съвременни схващания за сестринството, Съюз на учените, Стара Загора, Том VI "Педагогика", Международна научна конференция „Предизвикателствата пред науката във връзка с членството на България в ЕС“, Стара Загора 7-8 юни 2007, с.63-68.

10. Тончева С., С., **Борисова**, Семейна медицинска сестра – нов професионален профил при оказване на първични здравни грижи, *Trakia Journal of Science*, Vol.3, Suppl. 1, 146-150.
11. **Борисова С.**, Необходимост от въвеждане на научнообоснована методология в практиката на медицинската сестра, Оптимизация, оценяване, децентрализация - научни, образователни, иновационни аспекти, Национална конференция с международно участие “Хуманизъм и прагматизъм в образованието на XXI век”, Варна, 2008, 169-178.



## Application of standards for health care in excelible aid

**The aim** of the dissertation is to investigate and analyze the possibilities of outpatient care for the application of health care standards in the activity of the nurse

**Materials and Methods:** Strategies, draft laws, normative documents for the regulation of the professional activity of the nurse in outpatient medical care; to study the awareness, attitudes and readiness to implement health care standards, a cross-sectional survey of awareness, attitudes and readiness among 473 nurses from outpatient care from Northern and Southeastern Bulgaria was conducted. The study included nurses in the medical team conducting practice in outpatient care establishments from different large-scale settlements. The information was gathered through a questionnaire that included 38 questions, structured into 5 groups: socio-demographic characteristics; information channels and awareness of health care standards; professional behavior; attitudes to apply a standard on health care; awareness of the regulation of the nursing activity in outpatient care: An indirect assessment of the effectiveness of health care standards has been made; for a qualitative expert assessment of the healthcare organization in outpatient care in Bulgaria has carried out a qualitative study on the problems of health care in outpatient care with a total of 18 experts. A qualitative study of the experts' opinion in the system was considered the most appropriate to analyze and evaluate the current system, as well as to outline possibilities for the application of standards on health care.

**Results:** Healthcare standards are expectations that will contribute to improving the well-being of the patient and society. Standards can be defined as a benchmark for achieving the level of excellence in medical practice. Criteria are predefined elements where the quality of health service aspects can be compared. In the assessment of the participation of healthcare professionals in the provision of health services, a statistically significant difference between nurses and experts is established for "participating according to their competencies" ( $p < 0.001$ ). There is a strong correlation between active participation and nursing practice ( $\chi^2 = 13.7$ ;  $p = 0.04$ ). The experience gained in the years of the profession and the security of the activities influenced the opinion expressed by the nurses ( $\rho = -0.15$ ;  $p = 0.02$ ). There is a statistically significant correlation between the scheduling of competency and the length of service of the nurses ( $\chi^2 = 14,6$ ;  $p = 0,04$ ). The analysis of available literature outlines the multidimensional role of the nurse, which has a huge impact on decision-making in the delivery of health care.

**Conclusion:** The nurse is a professional who is devoted to his work, knowing the modern standards of nursing practice and influencing their improvement and implementation. Nurses are the most numerous and unique resource of every healthcare system - they trust, they value, they deserve high professional recognition.

