



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна**

**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“
КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“**

Соня Колева Тончева

СУПЕРВИЗИЯ И НАСТАВНИЧЕСТВО В СЕСТРИНСТВОТО

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за придобиване на научна степен
„Доктор на науките“

**Научна специалност
„Управление на здравните грижи“**

Официални рецензенти

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, д.м.н.
Проф. Тодорка Костадинова, д.и.
Доц. д-р Невяна Фесчиева, д.м.

Варна, 2018 г.

Дисертационният труд съдържа 252 страници и е структуриран в пет основни глави.

Включва 102 фигури, 1 таблица и 5 приложения.

Библиографският списък включва 257 литературни източника, от които 72 са на кирилица и 180 – на латиница и 5 интернет източника.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ към Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“, гр. Варна, на 30.04.2018 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 03.07.2018г. от 14ч. в зала А в Медицински колеж на Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ –Варна на открито заседание на Научно жури.

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

Съдържание

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	5
I. ВЪВЕДЕНИЕ	6
II. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ	8
2.1 Цел и задачи на проучването	8
2.2 Работни хипотези.....	9
2.3 Организация на проучването	9
2.4 Методи.....	12
2.5 Инструментариум на проучването.....	13
2.6 Понятиен апарат, допринасящ за по-пълното изясняване на понятия и цялостната концепция на научната разработка	14
III. СУПЕРВИЗИЯ И НАСТАВНИЧЕСТВО В БЪЛГАРИЯ – РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ	15
3.1. Мнение на експерти, относно необходимост от въвеждане на клинична супервизия.....	15
3.1.1 Приложимост на клиничната супервизия в сестринството у нас.....	15
3.1.2 Необходимост и условия за въвеждане на специализация „Клинична супервизия“	20
3.1.3 Ползи за медицинските сестри при въвеждане на клинична супервизия и представи, относно образа на супервайзора.....	25
3.2. Образователни и организационни аспекти на наставничеството в сестринството	29
3.2.1 Ефективен наставнически процес - роля на наставника	33
3.2.2 Система за подбор на наставници	43
3.2.3 Наставничеството като инструмент за повишаване мотивацията на обучаващия и ефективността на учебния процес	46
IV. ВЪВЕЖДАНЕ НА СУПЕРВИЗИЯ И УТВЪРЖДАВАНЕ НА НАСТАВНИЧЕСТВО В СЕСТРИНСТВОТО В БЪЛГАРИЯ - иновативни подходи за признаване на автономна сестринска практика и гарантиране на високо качество на здравните грижи.	52
4.1. Предпоставки за прилагане на супервизия в сестринството в България	52
4.1.1 Правен анализ на нормативни документи, регламентиращи обучението и професионалната реализация на медицинската сестра у нас.	52
4.1.2 Модел и континиум на супервизия, приложим в България.....	59
4.2. Теоретичен и практически модел за ефективно наставничество в обучението на медицинските сестри.....	65
4.2.1 Теоретичен модел и Практически модел за прилагане на наставничество.....	65
4.2.2 Образът на наставника в студентското есе.....	93

4.3. Разлика и прилика между супервайзор и наставник	100
4.3.1 Професионално развитие на медицинската сестра и Цикъл на професионално развитие с участието на супервайзор и наставник	103
V. ИЗВОДИ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПРЕПОРЪКИ	106
5.1 Изводи.....	106
5.2 Предложения и препоръки.....	108
5.3 Приноси	109
<i>Теоретично – познавателни</i>	109
<i>Практико-приложни</i>	109
ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД...	111

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АЦСК – Акушерски център за семейно консултиране

БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ВО – Вътрешно отделение

ДСГ – Диагностично свързани групи

ДО – Детско отделение

ЕДИ – Единни държавни изисквания

КС – Клинична супервизия

ЛС – Лекарски съюз

ОЗ – Обществено здравеопазване

ОКС – Образователна и квалификационна степен

СДО – Следдипломно обучение

СЗО – Световна здравна организация

УЗГ – Управление на здравни грижи

УПБ – Учебно – практическа база

ХО – Хирургично отделение

ЧР – Човешки ресурси

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Настъпилите обществено-политически и социални промени през последните години, както и променената здравна политика и отражението ѝ в здравеопазването дадоха тласък на нови подходи в професионалната подготовка, адаптацията и реализацията на специалистите по здравни грижи. Включването на България в Европейския съюз постави на дневен ред синхронизирането на националните стандарти с европейските по отношение на сестринската професия.

В България **супервизия, не се свързва с дейността на медицинската сестра**, тъй като не е правно регулирана като дейност. Не е призната и автономна дейност на медицинската сестра. Уменията за предоставяне на клинична супервизия реално се надграждат над съществуващите базови умения за комуникация. Тези умения могат да се доразвият с натрупването на опит и рефлексия над практиката. Академичната подготовка на медицинските сестри в България създава гаранции, че могат:

- ✓ Да идентифицират реални и/или потенциални проблеми от соматичен, психичен и социален характер на индивида, семейството, общността.
- ✓ Да планират и участват в извършването на промотивни, превантивни и медико-социални дейности.
- ✓ Да познават и прилагат на практика нови техники и технологии в областта на здравните грижи.
- ✓ Да осигуряват качествени здравни грижи, съобразно съвременните научни постижения, нормативните разпоредби и етичните принципи.

В страни като Великобритания, Австралия, САЩ и др., където се прилага клинична супервизия в сестринството, има призната автономия и сестрите имат сериозен принос за гарантиране на качеството на здравните грижи.

Изясняването доколко клиничната супервизия трябва да се развива в сестринството у нас е важно за признаване на автономна сестринска практика в рамките на придобитата професионална компетентност. Представени са резултати от проучено мнение на експерти (главни медицински сестри от различни градове в страната (31) с придобита ОКС „Магистър“ по специалност „Управление на здравни грижи“ и преподаватели от ВУЗ, където се обучават медицински сестри (42), относно необходимост от подготовка на супервайзори и въвеждане на клинична супервизия в сестринската практика. На базата на проучен международен опит е предложен Модел на сестринска клинична супервизия, който би могъл да бъде въведен в България.

Наставничеството, като една доказана в исторически план форма за приемственост на професионалните ценности, придобива нова характеристика. В основата на неговата същност са заложи очакванията, че могат да бъдат постигнати по-големи успехи с подкрепата и напътствието от по-опитния колега професионалист.

Съвременните изисквания за по-високо качество и ефективност, както в процеса на обучение, така и в индивидуалната професионална дейност на медицинските сестри, налагат нов преглед на принципите, задачите и критериите за успешно наставничество. Прилагане на иновативен, научен и системен подход биха гарантирали превръщането на наставничеството в ефективен процес на обучение и подготовка на млади специалисти.

В най-общовалиден смисъл, наставничеството (менторството) е: „Глобално, концептуално, философско осмисляне на съществуването, значението, целта, потенциала и съдбата на човечеството, хората, личностите и себе си; самоосъзнато и възприето призвание да създава блага, растеж и печалба в живота на другите; отнася се към личностите с оглед на тяхната пълна идентичност, с цел да ги съветва, консултира или направлява от гледна точка на потенциала, който може да се извлече или проблемите, които могат да се решат чрез консултации, духовни, психологически, научни, юридически или други професионални усилия“.

Повишените изисквания към контрола над дейността на медицинските сестри, по-специално над обучението им навежда на мисълта, че самите те оценяват възможността за въвеждане на схеми и програми за тяхното професионално развитие и усъвършенстване. В по-голямата си част съществуващата литература съдържа информация свързана с практическото обучение на студентите, но напоследък се обръща внимание и върху самите квалифицирани медицински сестри и въвличането им в дейност като супервайзори и наставници.

Ролята на наставника става все по – отговорна и наставничеството се оценява като иновативен подход и ефективен метод за обучение. Поемането на наставнически функции е отговорност и предизвикателство, доброволно избрана дейност, вътрешна потребност да предадеш професионалните си знания на нивото на майсторско изкуство. Наставничеството означава още да обичаш младите хора, да живееш с техните стремежи, страхове, да приемеш младостта като невероятен извор на енергия, която можеш да насочиш за постигане на резултати.

Наставникът е: мъдър и верен съветник или наблюдател, преценява хора, личности, мотиви, което изисква философско и психологическо осмисляне и интерес към цялостната личност на другите; съзнателност, относно съществуването, значението, целта, потенциала и съдбата на хората, личността и самия себе си.

Проведеното емпирично изследване и анализа на приложени в практиката инструменти, поддържащи качеството на наставническия процес са основание да бъде предложен теоретичен и практически модел за наставничество в обучението на медицинските сестри. Полустандартизираното експертно интервю ни ориентира за нагласите в България да бъде въведена супервизия в сестринството, която ще допринесе за признаване на автономия на медицинската сестра и ще гарантира качество на здравните грижи.

Дисертационният труд е първи у нас, изясняващ цялостната концепция относно ролята на различните субекти и предлага модели за теоретично и практическо изясняване на възможностите и условията за прилагане на успешно наставничество и супервизия, като са взети предвид добри практики в други страни.

II. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ

2.1 Цел и задачи на проучването

1. Цел

Да се изясни същността на супервизията и наставничеството в сестринството и на тази основа се предложат Модели за прилагането им в сестринската практика, като необходимо условие за признаване на автономия на професията в България.

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

1. Да се направи преглед на добрите практики за прилагане на супервизия и наставничество в сестринството.
2. Да се изясни същността на наставничеството в сестринството.
3. Да се направи анализ на понятийния апарат, като се дефинира „сестринска супервизия“ и се подбере работно определение.
4. Да се проучи и анализира законодателната рамка, която урежда обучението и професионалната практика на медицинската сестра в България.
5. Да се предложи Модел (континиум) за формиране на медицинска сестра - супервайзор.
6. Да се проучи мнение на **експерти**: *главни медицински сестри* (от Университетски, многопрофилни и специализирани болници) и *преподаватели* (от Катедрите по Здравни грижи на МУ - Варна, РУ „Ангел Кънчев“, МУ - Пловдив, МУ - София, МУ - Плевен), относно въвеждане на супервизия в сестринството у нас.
7. Да се проучи мнение на наставници, студенти от специалност Медицинска сестра, магистри по УЗГ и главни медицински сестри, относно наставничеството като ефективен метод на обучение, бърза адаптация и постигане на професионално развитие.
8. Да се анализират резултати от приложени инструменти за поддържане на качеството на обучение на студентите от специалност „Медицинска сестра“ (фиш за оценка на стажант – медицинска сестра)
9. Да се анализира съдържанието на есета на студенти от специалност „УЗГ“ в МУ Варна, представящи образа на наставника.
10. Да се предложат Модели за прилагане на супервизия и наставничество в практиката на медицинската сестра, необходимо условие за признаване на автономия на професията в България.
11. Да се установят прилики и разлики в практическата дейност на супервайзора и наставника.
12. Да се предложи Модел на професионално развитие на медицинската сестра с участието на супервайзор и наставник.

2.2 Работни хипотези

- Въвеждането на супервизия в сестринството в България няма да допринесе за признаване на автономия в сестринската практика.
- Дефинирането на функциите на наставника и супервайзора няма да са достатъчни, няма да се възприемат от сестрите и може да се създаде напрежение в практиката.
- Поради липса на традиции в прилагането на сестринска супервизия редовите сестри ще възприемат супервайзора като контролор и оценител, от който ще изпитват респект и притеснение, ще се чувстват подценени.
- Въвеждането на ясно дефинирани функции и притежаване на необходими професионални компетенции на наставника и супервайзора в сестринската практика ще гарантират качество на здравните грижи и признаване на автономия в рамките на сестринската компетентност.

2.3 Организация на проучването

• Обект на проучването

За обекти на дисертационния труд подбрахме супервизията и наставничеството като процеси и методи, създаващи възможност за обучение и подкрепа на медицинската сестра, повишаване качеството на здравните грижи и удовлетвореността на пациента.

• Обем на проучването

За супервизията

В проучването са обхванати 2 групи респонденти (експерти):

Първа група – Преподаватели от Катедрите по Здравни грижи на университетите в страната, където се обучават медицински сестри – Варна, Русе, Плевен, София и Пловдив (**n=42**)

Втора група – Главни медицински сестри на Университетски, многопрофилни и специализирани болници от страната (**n=31**)

За наставничеството

В проучването са обхванати четири групи респонденти:

Трета група – студенти от специалност „Медицинска сестра“ от първи до четвърти курс в МУ Варна, София и Плевен, по време на клинична учебна практика и преддипломен стаж (**n= 260**);

Четвърта група – наставници на студенти от специалност „Медицинска сестра“, работещи УМБАЛ „Св. Марина“ АД и МБАЛ ”Св. Анна” – Варна, УМБАЛ „Александровска” и МБАЛ към ВМА – София, Университетска многопрофилна болница „Георги Странски”- Плевен (**n=189**);

Пета група - студенти – дипломанти, обучаващи се в магистърска програма по УЗГ, с базова медицинска специалност „Медицинска сестра“ от Медицинските университети във Варна, София и Плевен (**n=167**);

Шеста група – експерти (ръководители по здравни грижи) в областта на сестринството, работещи в УМБАЛ, МБАЛ и в други лечебни заведения в страната, присъствали на национална среща на главните медицински сестри в София, организирана от БАПЗГ(**n=27**);

Логически единици

- Всеки преподавател от Катедра по Здравни грижи на университети в страната, където се обучават медицински сестри
- Всяка главна медицинска сестра на Университетска, многопрофилна и специализирана болница в страната
- Всеки студент от специалност „Медицинска сестра“
- Всеки наставник, включен в обучението на медицински сестри, работещ в ДО, ВО или ХО
- Всеки студент, обучаващ се в магистърска програма по УЗГ
- Всеки експерт (ръководител по здравни грижи)

Технически единици

- ✓ Катедрите по Здравни грижи от МУ Варна, РУ „Ангел Кънчев“, МУ Пловдив, МУ София, МУ Плевен (за преподавателите)
- ✓ Университетски, многопрофилни и специализирани болници от страната (за главните медицински сестри)

Критерии за включване в проучването

Първа група (преподаватели от Катедрите по Здравни грижи на университетите в страната)

- университетски преподаватели със стаж не по – малко от 1 година
- с базово медицинско образование „Медицинска сестра“
- заемачи академична длъжност „асистент“, „главен асистент“, „доцент“ и „професор“
- преподаващи по дисциплините „Философия и въведение в сестринските грижи. Теоретични основи“ и дисциплина от „Практически умения в сестринските грижи“ (от 1 до 12 в учебния план на специалност „Медицинска сестра“ по ЕДИ)
- притежаващи ОКС „Магистър“ по Управление на здравни грижи
- притежаващи сертификат, издаден от БАПЗГ

Втора група (главни медицински сестри на Университетски, многопрофилни и специализирани болници)

- 1 с базово медицинско образование „Медицинска сестра“
- 2 притежаващи ОКС „Магистър“ по Управление на здравни грижи
- 3 със стаж не по – малко от 1 година като главна сестра
- 4 притежаващи сертификат, издаден от БАПЗГ

Трета група (студенти от специалност „Медицинска сестра“)

- ✓ от първи до четвърти курс

Четвърта група (наставници, включени в обучението студенти от специалност „Медицинска сестра“)

- ✓ медицински сестри от практиката, които са привлечени като наставници на студенти от специалност „Медицинска сестра“
- ✓ работещи в УПБ – ВО, ХО, ДО

Пета група (студенти, обучаващи се в магистърска програма по УЗГ)

- ✓ студенти – дипломанти от специалност УЗГ
- ✓ с базова медицинска специалност „Медицинска сестра“

Шеста група (ръководители по здравни грижи)

- ✓ главни медицински сестри, които са запознати с наставничеството

Органи на проучването

В голямата си част проучването е извършено самостоятелно от автора, за да се гарантира достоверност и правилна работа с инструментариума. За малка част от проучването са привлечени сътрудници, които предварително са обучени за работа с инструментариума (анкетните карти и въпросниците) – ръководители на Катедри по здравни грижи и старши медицински сестри на съответните клиники, където е проведено проучването.

Характер на проучването

По характер проведеното проучване е репрезентативно. Обхванати са над 50% от всяка от групите в проучването. Спазен е принципът на доброволност. Проучването е проведено в обичайна работна среда за преподавателите. За главните медицински сестри е проведено в рамките на Национална среща на главните медицински сестри, проведена на 22 април 2017 година в град Варна, в работата на която участва и автора. Получено е съгласие за провеждане на проучването лично от Председателя на БАПЗГ – г- жа Милка Василева и от председателя на Съвета на главните медицински сестри в България – главна медицинска сестра Жанета Стоянова.

Проучването, засягащо наставничеството е проведено чрез пряка, анонимна, индивидуална анкета. За правилна работа с инструментариума в по – голямата си част проучването е извършено от автора и сътрудници, които са предварително обучени (студенти, преподаватели, главни и старши медицински сестри).

Време на проучването

Проучването на проблема „супервизия“ е извършено през периода април 2017 – февруари 2018 година.

- ✓ **За преподавателите** – юни 2017 – февруари 2018 година
- ✓ **За главните медицински сестри** – 22 април 2017 година

Проучването за наставничеството е проведено в продължение на две години 2010 – 2012 година, като са обхванати четирите групи.

• Етапи на проучването

ПЪРВИ ЕТАП

- Проучване за наставничеството, проведено 2011-2012 година
- Обработване на фиш за оценка на стажант – медицинска сестра 2012 година (за периода 2008 – 2012) (345)

- Обработване на есета на студенти от специалност Управление на здравни грижи – 2012 година (за периода 2010 – 2012),(139)

ВТОРИ ЕТАП

- Проучване за супервизия е проведено през 2017 – 2018 година.
 - Обработване на фиш за оценка на стажант – медицинска сестра – 2018 година (за периода 2014 -2017)(309).
 - Обработване на есета на студенти от специалност Управление на здравни грижи –2018 година (за периода 2015 – 2018),(70)
- **Източници за набиране на информация**
 - ✓ Нормативни документи, регламентиращи обучението на специалност „Медицинска сестра“ в България
 - ✓ Законова рамка, регламентираща практиката на медицинската сестра в България
 - ✓ Документи на СЗО, относно развитие на сестринството
 - ✓ Литературни източници, предоставящи данни за супервизията и наставничеството в практиката на медицинската сестра в страни от ЕС
 - ✓ Документи на ЕСС
 - ✓ Официална документация на Катедра „Здравни грижи“ в МУ – Варна
 - **фиш за оценка на стажант – медицинска сестра** за 2 периода: 2008 – 2012 година (обработени 345 фиша) и 2014 – 2017 година (обработени 309 фиша)
 - **есета на студенти** от специалност „Управление на здравни грижи“, заключителен контрол по дисциплината „Наставничество в сестринството. Подбрани са есета от 2010 до 2018, когато са възлагани теми: „Моят наставник...“ (85) и „Какъв наставник искам да бъда...?“ (124).

2.4 Методи

- **Анкетен метод** - Чрез 3 анкети е събрана първична социологическа информация (главни медицински сестри и редови медицински сестри - наставници, студенти). Проучването е осъществено чрез пряко, индивидуално анонимно анкетиране.
- **Полустандартизирано интервю** – 2 въпросника (за преподавателите и главни медицински сестри /за супервизия)
- **Документално – съдържателен метод**
 - проучени са нормативни документи на Република България, Закони, Наредби, Постановления и др., документи на СЗО;
 - анализирана е официална учебна документация на катедра Здравни грижи
- **Анализ на съдържанието на есета** на студенти от специалност „Управление на здравни грижи“, разработени по темата за наставничеството;

Данните от анкетните карти и фиш за оценка на стажант – медицинска сестра са обработени със статистическата програма SPSS v.17.00, като при статистическата обработка на резултатите бяха използвани надеждни анализи:

- ✓ **Вариационен анализ** – за измерване на различието между случаите в дадена съвкупност по разновидностите на даден признак.
- ✓ **Корелационен анализ** – за идентифициране степента на свързаност между две променливи. Използвани са индекси за праволинейна зависимост с коефициентът на корелация на Пийърсън за количествени променливи и коефициентът на корелация на Стьюдънт за качествени променливи.
- ✓ **Сравнителен анализ** – анализ, при който се прави сравнение на измененията в показателите на променливите по даден признак.
- ✓ **χ^2 анализ** – за проверка на статистически хипотези за връзката между качествени променливи. Използваното от нас критично ниво на значимост е $\alpha = 0.05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка α .
- ✓ **Графичен анализ** – графично представяне чрез различни фигури на получените резултати.

2.5 Инструментариум на проучването

За супервизията

Проучването е проведено чрез **полустандартизирано интервю**. За целта са разработени 2 въпросника със сходен дизайн.

Въпросник №1 – за проучване на мнението на Преподаватели от Катедрите по Здравни грижи на университетите в страната (*Приложение №4*). Включва 18 въпроса - 10 затворени и 8 отворени, обособени в 4 блока.

Въпросник №2 - за проучване на мнението на Главни медицински сестри на Университетски, многопрофилни и специализирани болници (*Приложение №5*). Включва 17 въпроса - 10 затворени и 7 отворени, обособени в 4 блока.

Включени са значителен брой отворени въпроси за да могат участниците свободно да изразят своето мнение, с което се създава възможност за по – голяма дълбочина на проучвания проблем. Всеки от въпросниците съдържа кратка описателна част, относно същността на супервизията и функциите на супервайзора, както и необходимостта за налагане на сестринска супервизия, като необходимо условие за гарантиране на качество на сестринските грижи и признаване на автономия на професията. **Този „просветителски подход“** е избран от автора, тъй като супервизията е нов проблем за сестринската практика в България.

За наставничеството

Мнението на респондентите е проучено чрез пряка индивидуална анонимна анкета. Разработени са 3 анкетни карти (*Приложение №1, №2 и №3*). За наставниците и магистрите – дипломанти е използвана една и съща анкетна карта, тъй като част от студентите магистри са също наставници и всички са практикуващи медицински сестри. В структурно отношение анкетите са идентични - съдържат 4 блока въпроси – открити и закрити, относно необходимост от развитие на наставничеството, необходимост от

допълнително обучение за ефективен наставнически процес, необходими качества на добрия наставник, потребност от наставничество. Тази структура позволява сравняване на мненията на различните групи респонденти.

2.6 Понятиен апарат, допринасящ за по-пълното изясняване на понятия и цялостната концепция на научната разработка

Супервизия...работно понятие

Общо звучене

Клинична супервизия се промотира като метод за осигуряване на безопасна и отговорна практика в сестринството.

Конкретизация

- **Клиничната супервизия** - “Термин“, който означава процес на утвърдена практика за професионална подкрепа и обучение, която позволява на специалистите да развиват знания и компетенции, за да поемат отговорност за собствената си дейност и да осигурят най-добрата защита за пациентите при сложни клинични ситуации.

Department of Health (1993) A vision for the future. Report of the Chief Nursing Officer

Наставничество ...работно понятие

Общо звучене

Под термина „ментор“ (наставник) в Обединеното Кралство се разбира опитна „първокласна“ сестра, която ще улесни обучението на студентите (ENB, 1989).

Конкретизация

- **Наставничеството (менторството)** се дефинира като: ... дълготрайни връзки между хора, един от които обикновено е значително по-възрастен или по-опитен от другия, същността на връзката се съдържа в термина „протеже“ като предполага наличие на потенциал и се отнася за доброто на индивида, неговия прогрес и цялостен просперитет”, **Vozeman и Feeney (2007)**.

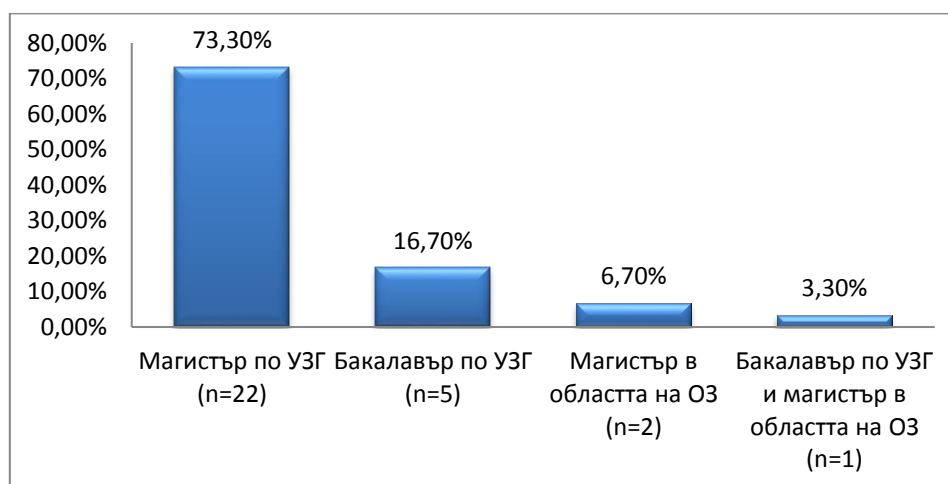
III. СУПЕРВИЗИЯ И НАСТАВНИЧЕСТВО В БЪЛГАРИЯ – РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

3.1. Мнение на експерти, относно необходимост от въвеждане на клинична супервизия

3.1.1 Приложимост на клиничната супервизия в сестринството у нас

Проведено е проучване на експерти (n=31) (главни медицински сестри, работещи в УМБАЛ (20,70%), МБАЛ (44,80%) и други лечебни заведения (34,50%) в страната), относно необходимост, условия и предпоставки за въвеждане на супервизия в сестринството.

Проверихме с какъв образователен ценз са попадналите в проучването ръководители по здравни грижи, тъй като предмет на изследването е иновативен подход – супервизия и се предполага, че медицинските сестри с по-висок образователен ценз ще имат по – широка представа за новостите в сестринската професия и опита на други страни (Фиг.1).



Фиг. 1. Разпределение на главните сестри по образование

Очевидно с успех се изпълнява изискването на ЗЛЗ за заемане на позициите главна медицинска сестра, кандидатът да притежава ОКС „Магистър“ или „Бакалавър“ по УЗГ. Според резултатите повече от 90% отговарят на изискванията.

Повече от половината главни медицински сестри имат клиничен стаж повече от 5 години (55.20%), а 37.90% са със стаж до 5 години.

В проведеното интервю са взели участие и експерти – преподаватели по основни дисциплини на специалност „Медицинска сестра“. Най-голям е дялът на придобилите АД „Асистент“ (47.60%), следвани от придобилите АД „Доцент“ (31,00%).

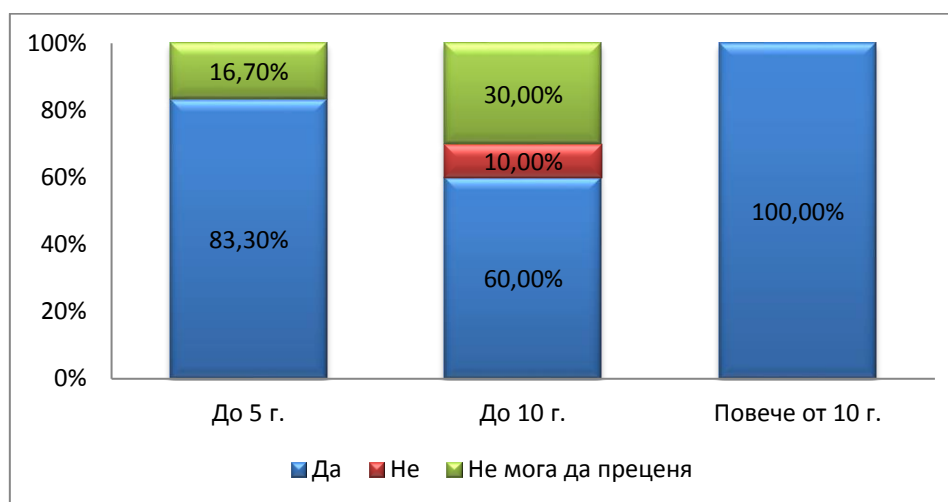
Във висшето училище, където в момента се обучават медицинските сестри се спазват разпореденията на ЗВО, а като регулирана професия специалност „Медицинска сестра“ прилага ЕДИ и Директива на ЕС. Тези регулации на специалността изискват преподаването по профилиращите и специални дисциплини, формиращи професионалните компетенции да бъдат преподавани от преподаватели, които

притежават базова медицинска специалност, съответстваща на специалността (основно медицинска сестра) със съответната хабилитация, както и други изисквания за придобитата специализация, стаж и др. В проведеното полуструктурирано интервю са взели участие предимно академични преподаватели, с базова медицинска специалност „Медицинска сестра“ (92,90%).

В проучването най-голяма е групата на преподавателите със стаж повече от 10 години (57,10%), което предполага че ще могат да дадат компетентни отговори и конструктивни предложения по темата на дисертационния труд.

Обхванати са преподаватели от 5 университета в страната, където се обучават медицински сестри. Различията в броя на преподавателите от университетите се основава на броя на обучаваните студенти и създадената организация на учебния процес. В интервюто са включени само преподаватели на щат. По тази причина най-голям е броят на преподавателите от МУ Пловдив и МУ Варна.

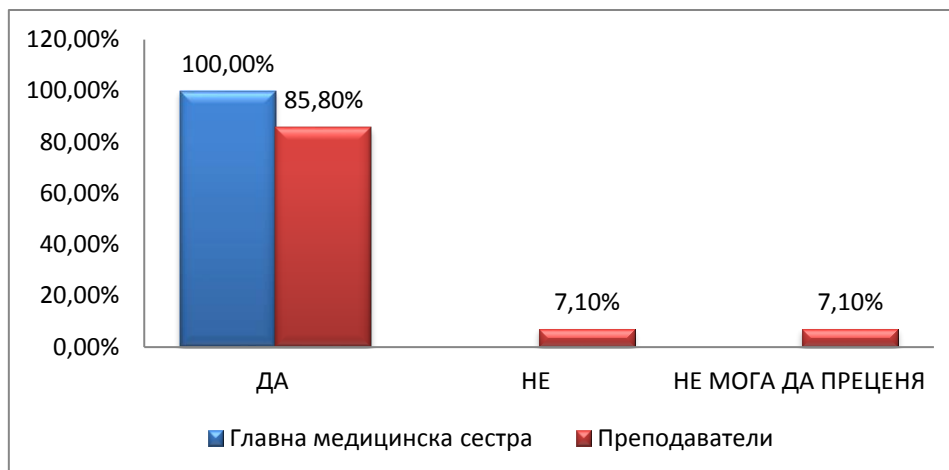
Установена съществена разлика в мнението на преподавателите, относно необходимостта за въвеждане на клинична супервизия в България ($p < 0,05$), като се установи обратнопропорционална умерена зависимост ($r = -0.379$; $p < 0.05$), (фиг. 2).



Фиг. 2. Необходимост от въвеждане на клинична супервизия в България (според стажа на преподавателите)

Всички преподаватели със стаж над 10 години, а те са предимно заемащите АД „Доцент“ и „Професор“, категорично подкрепят въвеждане на клинична супервизия в България.

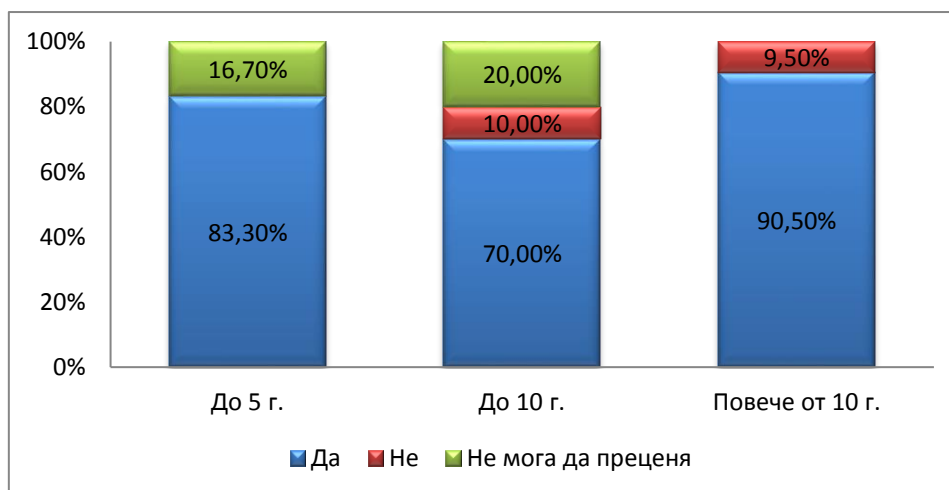
Сравнихме резултатите от изказаното мнение на двете групи експерти, относно възможността медицинската сестра да осъществява клинична супервизия. Всички анкетирани главни медицински сестри са единодушни, че медицинската сестра може да осъществява клинична супервизия (100%), (фиг.3).



Фиг.3. Възможност на медицинската сестра да осъществява клинична супервизия(сравнителни данни)

Експертите - преподаватели не са така категорични, въпреки че те също убедително подкрепят осъществяването на супервизия от медицинската сестра (85,80 %), (n=36), трима са с отрицателно мнение и 7,10 % (n=3) и още толкова не могат да преценят.

Възможността медицинската сестра да осъществява клинична супервизия най – силно е подкрепена от експертите със стаж над 10 години. Те категорично казват „да“ (90.50%) и „не“ (9,50%), и в тази група няма експерт, който не може да прецени. Докато в групата на експерти със стаж до 5 години, колебаещите се са 16,70%, а в групата експерти със стаж до 10 години те са 20,00%. Опитът (стажът) оказва влияние при преценката за въвеждане на клинична супервизия в България (фиг. 4).



Фиг. 4. Възможност на медицинската сестра да осъществява клинична супервизия (според стажа на експертите – преподаватели)

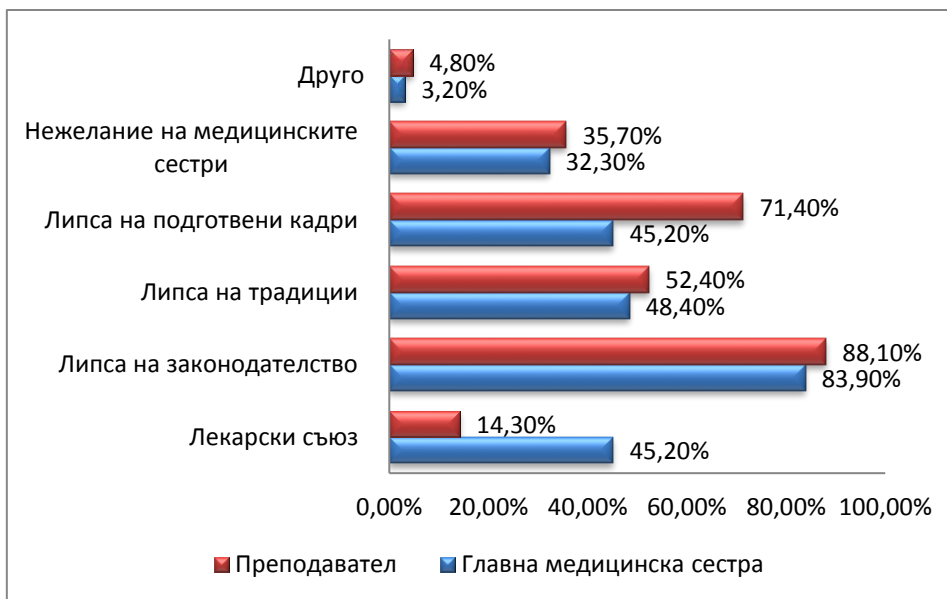
Допълнителни изказвания на експертите – преподаватели, относно възможност на медицинската сестра да осъществява клинична супервизия:

- Това би било възможно само при достатъчен брой здравни кадри, законова рамка за ефикасен стандарт на супервизията и адекватно заплащане.

- Хубаво би било да се въведе клинична супервизия на сестринско ниво. Проблем ще бъде недостатъчният брой медицински сестри. Ще трябва да се промени може би и трудовото законодателство, за да се предвидят такива работни места. Директорите на болниците мисля, че ще оказват съществена съпротива. Супервайзорите трябва да имат сигурна административна позиция и реална възможност да осъществяват задачите си.
- Смятам, че бъдещият клиничен супервайзор трябва да притежава задълбочени познания в различни области: психология, педагогика, психотерапия. Да бъде клиничен специалист с достатъчно трудов стаж и опит, запознат със спецификата на патологията в отделението в което работи. Да притежава както мениджърски умения така и чисто човешки качества като: съпричастност, търпение и разбиране, уважение, емпатично отношение към болните и техните близки, за да може да помага както на пациентите да приемат своето заболяване и проблемите свързани с него, така и на медицинските сестри: да бъдат полезни, равноправни членове на екипа и да разгърнат своите оптимални възможности за справяне в трудни ситуации.
- Като всяка новост въвеждането на клиничната супервизия може да има съпротива, която да бъде очаквана и неочаквана, но при достатъчно добро разяснение, подходящо обяснение и убеждение, могат да се постигнат добри резултати и ползи за развитието на здравните грижи и съсловието на медицинските сестри.
- Изключително актуален и наболял въпрос. Опитвам се вече втора учебна година да работя по този модел при обучението си на МС. Срецам разбиране от шефове на болници, ректорско ръководство на университета, студенти и асистенти. Преподавателите в катедрата резистират за съжаление и не спират да разпространяват че ще падне качеството и за тях щяло да остане да запълват дупки Манталитет за съжаление (МУ – Пловдив).

Съпоставено е мнението на двете групи относно пречки, които биха съществували за въвеждане на супервизия. Според преподавателите експерти водещи причини за невъвеждане на супервизия са „липса на законодателство“ (88.10%), „липса на кадри“ (71.40%) и „липса на традиции“. По подобен начин са подредили пречките и главните медицински сестри, като на второ място са поставили „липса на традиции“ (48.40%), (фиг. 5)

Беше намерена правопрпорционална умерена връзка между мнението на главните медицински сестри, които са посочили, че пречката, която съществува за въвеждането на супервизията в България е „Лекарския съюз“ и промяната в Закона за съсловната организация ($r=0.360$ $p < 0,05$).

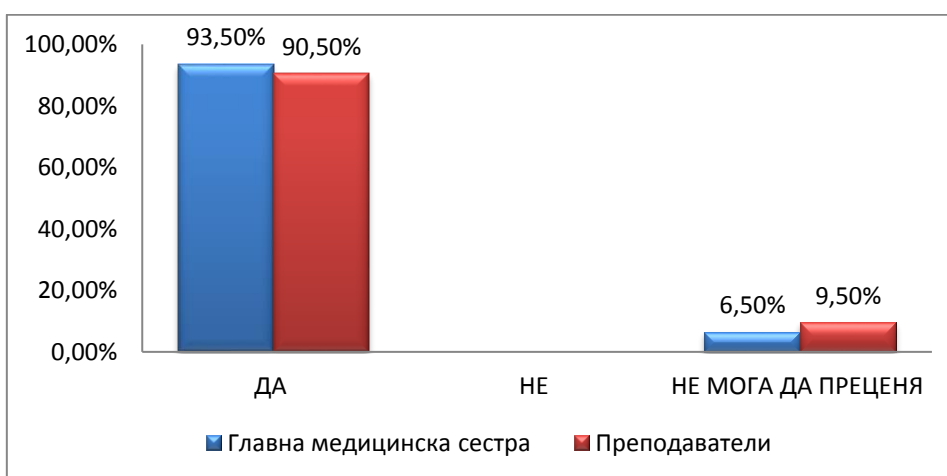


Фиг. 5. Пречки за въвеждане на супервизия в сестринството

Интересен факт е, че се намери обратнопропорционална зависимост между посочената като пречка „Липса на традиции“ и промяната в ЗВО ($r=-0,372$ $p < 0,05$). Това показва, че според анкетираните традициите трябва да се създават на друго ниво, различно от нормативните регламенти.

При изследването на връзката между липсата на законодателство като пречка за въвеждане на супервизията и нуждата от законодателна промяна беше установена умерена зависимост ($r=0,383$; $p < 0,05$), като 87.9 % от тези преподаватели, които са посочили липсата на законодателство като пречка са на мнение, че има нужда от законова промяна.

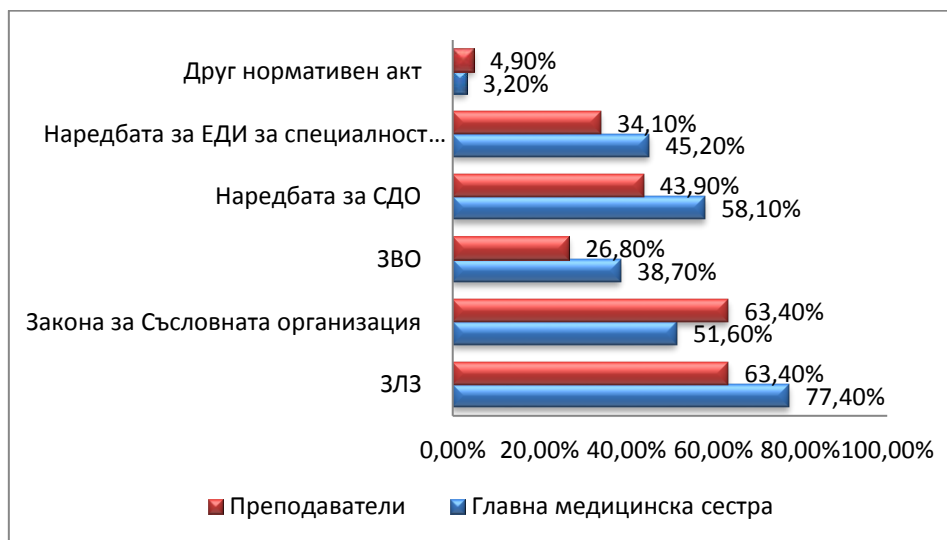
Според 93,50 % (29) от главните сестри има нужда от законодателна промяна. Останалите 6,50 % (2) не могат да преценят. Нито една главна медицинска сестра не е посочила отрицателен отговор (фиг.6).



Фиг. 6. Необходимост от законодателна промяна (сравнителни данни)

От експертите - преподаватели 90.50 % (38) са на мнение, че законодателството има нужда от промяна, а 9,50 % (4) не могат да преценят.

Проучено е мнението на двете групи и относно Закони и Наредби, в които трябва да се нанесат промени (Фиг.7).



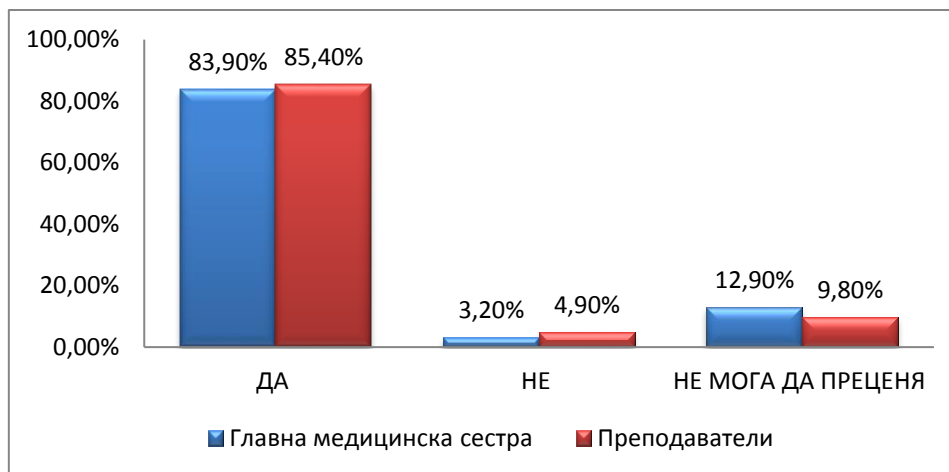
Фиг.7. Закони и Наредби, в които трябва да се нанесат промени (сравнителни данни)

И двете групи приоритетно посочват нужда от промяна в ЗЛЗ, Закона за съсловната организация и Наредбата за СДО, като леко се разминават в реда на посочване за останалите нормативни документи. Резултатите са важни за нас, тъй като са в основата на предложението ни за въвеждане на супервизия в сестринството, което правим за допълнения на законодателната рамка, относно обучението и професионалната реализация на медицинската сестра в България.

3.1.2 Необходимост и условия за въвеждане на специализация „Клинична супервизия“

Според 93,50 % (29) от главните сестри е необходимо да се въведе клинична супервизия в България.

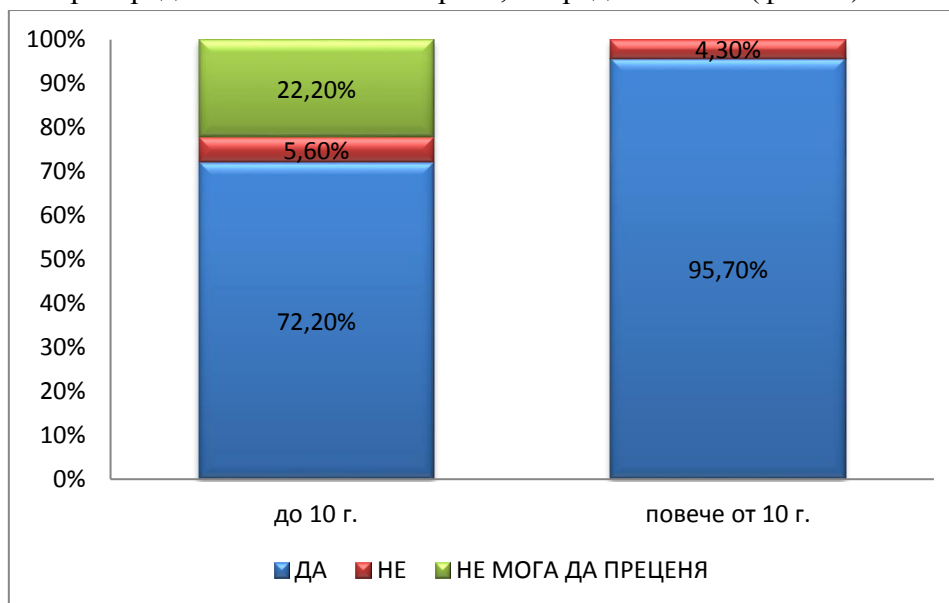
Практика в страни, където е въведена супервизия да бъде придобивана специализация, затова беше важно да установим какво мислят по този въпрос главните медицински сестри. Най – голямата част от отговорилите убедително потвърждават необходимост от специализация „Клинична супервизия“ (83.90%), (фиг. 8).



Фиг. 8 *Необходимост от придобиване на специализация „Клинична супервизия“*

Двете групи експерти почти еднозначно са отговорили и убедително потвърждават, че е необходима специализация „Клинична супервизия“, която ще създаде компетенции и ще гарантира успешно прилагане на супервизия у нас.

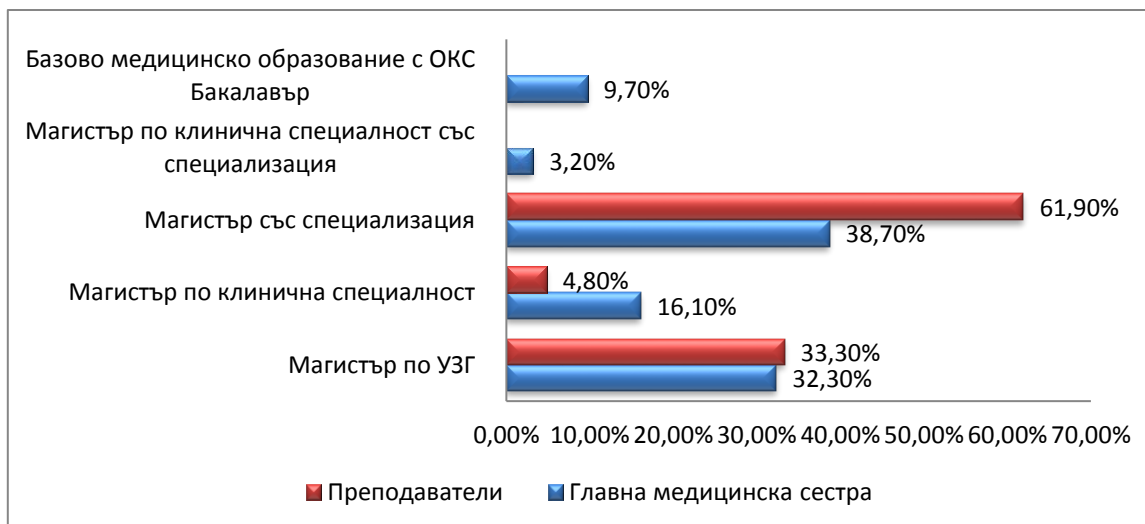
Преподавателите също са изказали мнение по този въпрос, но интерес представлява разпределението на отговорите, според стажа им (фиг. 9).



Фиг. 9. *Необходимост от придобиване на специализация „Клинична супервизия“ според стажа на преподавателите*

Намерената умерена зависимост между стажа на преподавателите и мнението им за придобиване на специализация „Клинична супервизия“ ($p=0,342$; $p=0,029$) показва, че с нарастването на стажа се увеличава и подкрепата за придобиване на специалността в тази област.

Главните медицински сестри и преподавателите са отговорили на въпрос, отнасящ се до необходимост от придобиване на образователна степен от супервайзора (фиг.10).

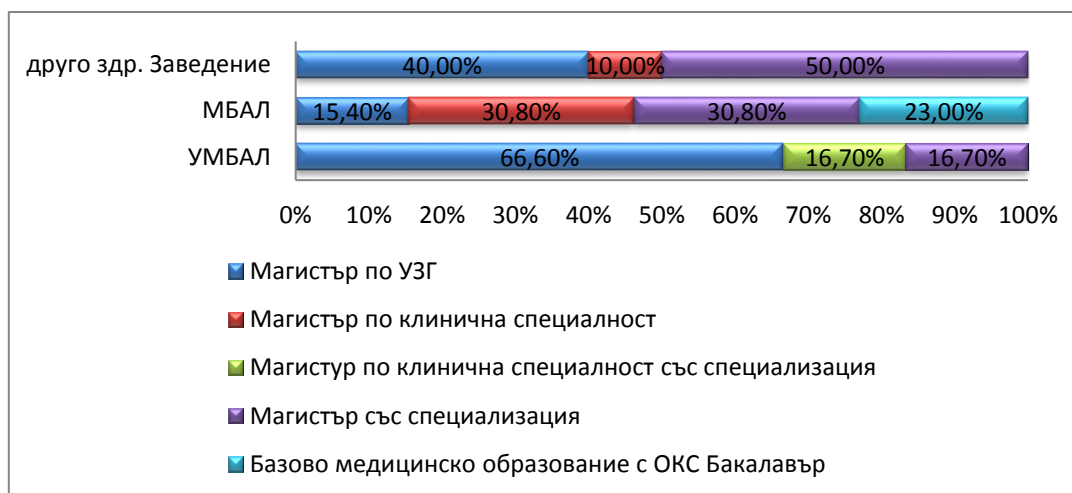


Фиг. 10. Образователна степен на супервайзора

Двете групи експерти еднозначно потвърждават на първо място необходимост от придобита ОКС „Магистър“ и специализация, на второ са посочили магистър по специалност „Управление на здравни грижи“.

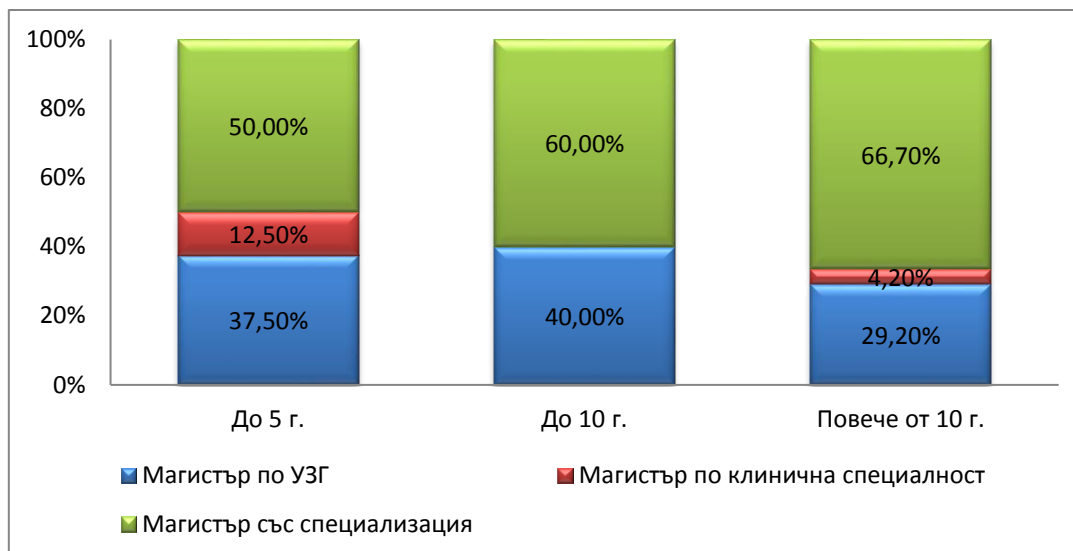
Беше намерена значима разлика в мнението на главните медицински сестри, относно необходимата образователна степен, която трябва да притежава супервайзорът ($\chi^2=14,81$ $p < 0,05$), (фиг.11).

Главните медицински сестри от УМБАЛ изказват мнение, че супервайзорът основно трябва да притежава магистърска степен по УЗГ (66,60 %), докато тези от другите здравни заведения посочват притежанието на магистърска степен със специализация (50,0%).



Фиг.11. Образователна степен, която трябва да притежава супервайзорът (според месторабота на главните медицински сестри)

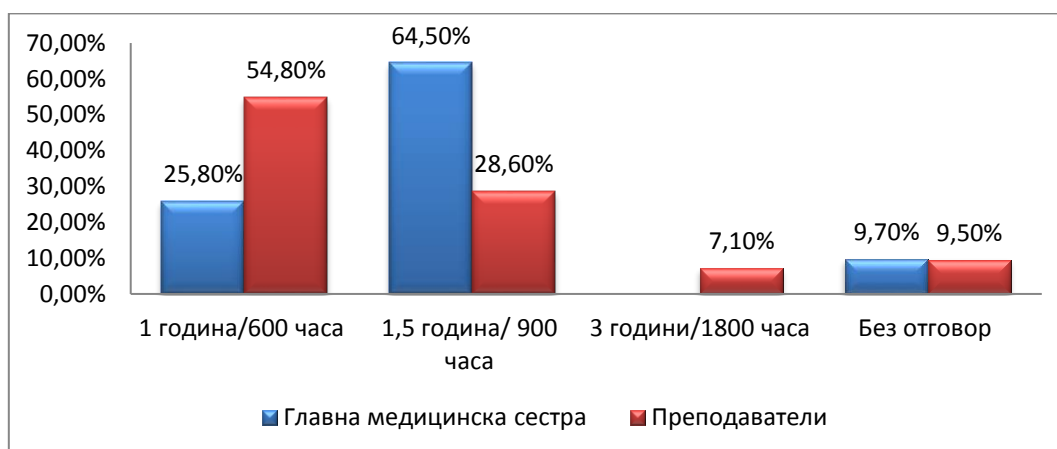
Независимо от стажа си преподавателите дават превес на образование на супервайзора, което трябва да включва магистърска степен и придобита специализация „Клинична супервизия“ и на следващо място магистър по УЗГ (фиг. 12).



Фиг. 12. Образователната степен на супервайзора (според стажа на преподавателите)

Само при главните медицински сестри със стаж до 5 години има такива, които считат, че супервайзорът трябва да притежава ОКС „Магистър“ по клинична специалност (12,50%).

Попитахме експертите каква продължителност, според тях, ще е подходяща за придобиване на специализацията „Клинична супервизия“ (фиг.13).

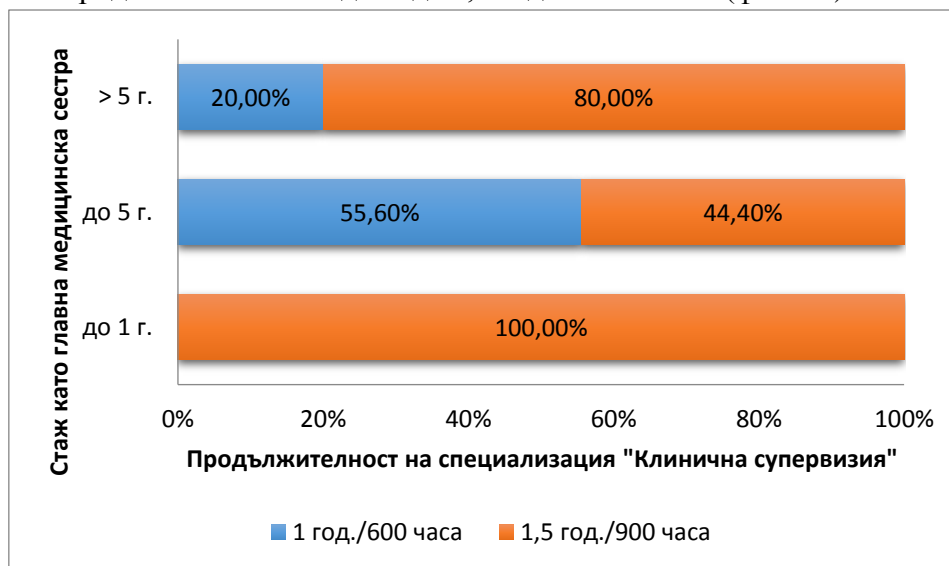


Фиг. 13. Продължителност на специализацията „Клинична супервизия“ ($p < 0.05$)

Продължителността на специализацията според мнението на преподавателите и главните медицински сестри се разминава ($p < 0.05$). Най – голямата група от главните сестри са потвърдили продължителност 1.5 година (900 часа), (64.50%), следвани от привържениците на предложението обучението да бъде 1 година или 600 часа (25.80%). Преподавателите са преценили най – вече, че е достатъчно едногодишно обучение (600 часа), но има и такива, които посочват 900 часа (28.60%), както и три годишно обучение (7.10%).

Въпреки, че не се доказва сигнификантна разлика, може да се каже, че повечето медицински сестри със стаж като главна сестра до 5 г. предпочитат продължителността на специализацията „Клинична супервизия“ да бъде 1 година/600 часа, а тези със стаж

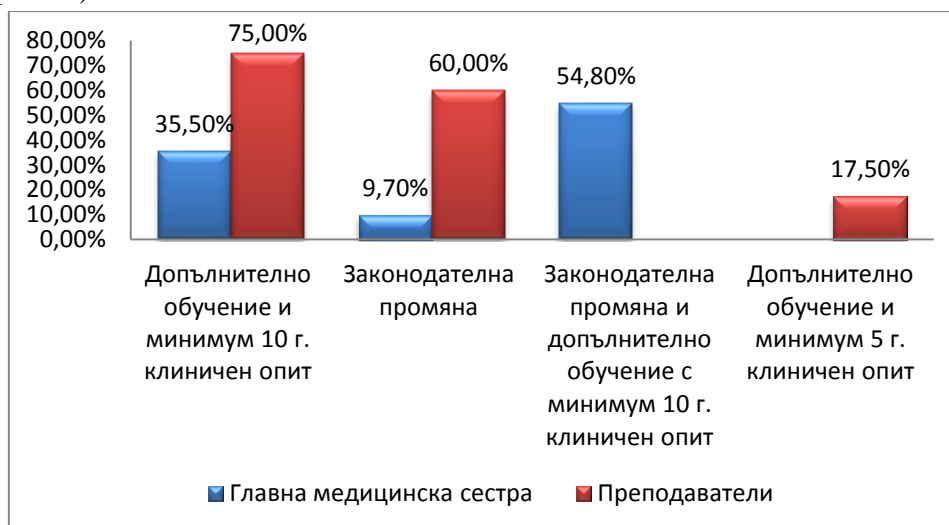
повече от 5 години предпочитат основно продължителността да е 1,5 година/900 часа. Всички главни медицински сестри, които имат минимален стаж са посочили, че предпочитат продължителността да бъде 1,5 година/900 часа (фиг. 14).



Фиг. 14. Продължителност на специализацията „Клинична супервизия“ според стажа като главна сестра

Беше намерена значителна разлика в мнението на главните медицински сестри за необходимостта от придобиването на специалност „Клинична супервизия“ и приложението на предложения модел за клинична супервизия ($\chi^2=7,63$ $p < 0,05$), като всички, които са посочили, че е необходимо да се придобие специалност са на мнение, че моделът е приложим. Подобен е резултата и за тези, които са на мнение, че не е необходимо придобиването на специалност и приложението на модела. Изключение правят главните сестри, които не могат да преценят необходимост от придобиване на специалност, които в 33,30 % от случаите са на мнение, че модела е неприложим.

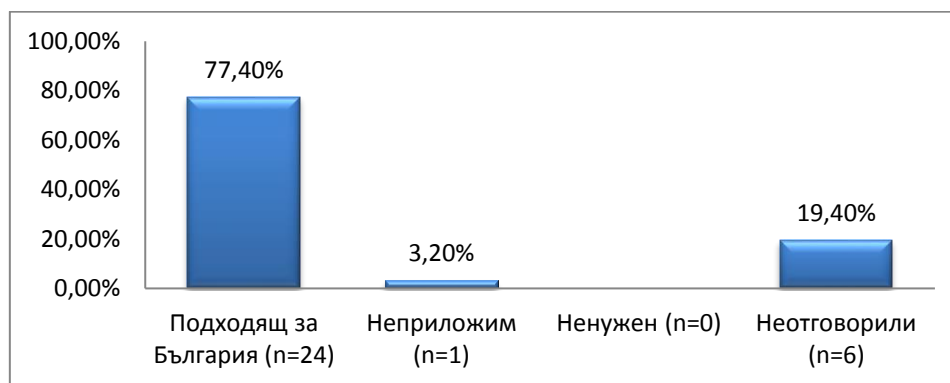
Според преподавателите най – важното условие за осъществяване на супервизия от медицинската сестра е допълнително обучение и минимум 10 години клиничен стаж, (75%) (фиг.15).



Фиг. 15. Условия, при които МС може да осъществява супервизия
% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали по повече от 1 отговор

Главните медицински сестри считат, че е най – важно да се направи законодателна промяна, допълнително обучение и минимум 10 години клиничен стаж (54.80%). Очевидно главните сестри са по – възискателни и искат и ясен регламент за практикуването на супервайзорите.

След представяне на континиума за клинична сестринска супервизия експертите бяха помолени да изкажат мнение относно приложимост на Модела за България (фиг. 16).



Фиг. 16. Мнение, относно предложеният Модел (континиум) на клинична супервизия (главни медицински сестри)

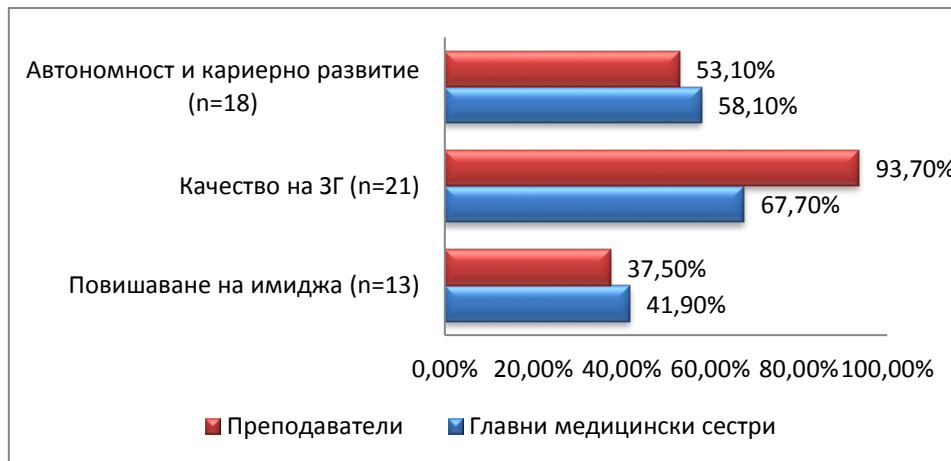
Убедено са потвърдили приложимостта на Модела по – голямата част от респондентите (77.40%). Основната причина за неприложимост на модела е, че той е нефинансиран.

Две от главните медицински сестри като допълнително условие за приложение на модела са посочили „да е максимално до 3 нива“ и „след прецизно дефиниране на понятията“.

3.1.3 Ползи за медицинските сестри при въвеждане на клинична супервизия и представи, относно образа на супервайзора

Важно беше да установим дали експертите смятат, че ще настъпят промени за съсловието при въвеждане на клинична супервизия.

Експертите считат, че въвеждането на клинична супервизия ще доведе до промяна в качеството на здравните грижи (67.70), както и до утвърждаване на автономност и кариерно развитие. Около 42% считат, че въвеждане на супервизия ще допринесе за издигане на имиджа на професията (Фиг.17).



Фиг. 17. Въпроси, които могат да бъдат решени на съсловието с въвеждане на клинична супервизия

% надхвърля 100, тъй като анкетираните са давали по повече от 1 отговор

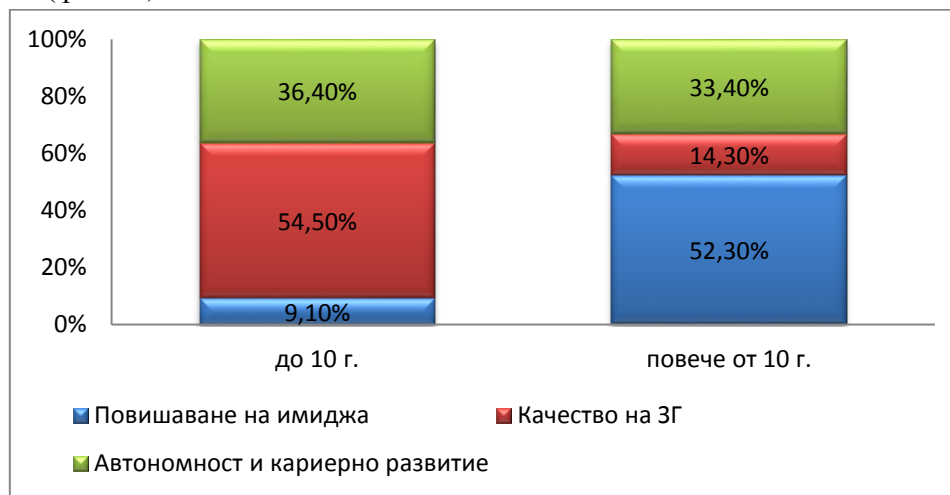
Съпоставени резултатите показват единомислие в отговора на всички експерти по този въпрос. Те считат, че въвеждането на супервизия в България ще допринесе най – вече за повишаване на качеството на здравните грижи. Индиректно се потвърждава мнението, че ще се увеличи и сигурността на пациентите, тъй като ще се минимизират евентуално допускани грешки. Вторият важен принос е възможност за признаване на автономия и възможност за кариерно развитие.

Други разновидности на отговорите, посочени от експертите - преподаватели:

- ✓ Осигуряване на по-добра адаптация и намаляване стреса на работното място на новоназначените медицински сестри;
- ✓ Ще се преодолее ниско ниво на компетенции на медицинските сестри;
- ✓ Достойно заплащане;
- ✓ Неяснота в задачите и дейностите на медицинските сестри
- ✓ Намаляване на тежестта върху младите (новопостъпили) медицински сестри в следствие на пренатоварване с дейности и поемане на прекалено отговорности;
- ✓ По-пълно въвличане на медицинските сестри в клиничната дейност;
- ✓ Недостиг на медицински сестри;
- ✓ Ниско заплащане на труда;
- ✓ Бърза адаптация на новопостъпилите;
- ✓ Адекватно „вписване“ в спецификата и условията в конкретното звено (отделение, клиника), както в работния процес , така и в екипа;
- ✓ Разрешаване на конфликти в екипа;
- ✓ Добра комуникация и мултидисциплинарен екип;
- ✓ При наличие на супервайзъри, получили необходимата специализация, ще има възможност да се свърже теорията с практиката и чрез постоянно наблюдение и контрол на медицинските сестри, ще се оптимизират грижите за пациентите;
- ✓ Клиничната супервизия ще подобри обучението на стажант - медицинските сестри, провеждащи понастоящем стажа си под ръководството на редовите медицински сестри, което поради недостига на кадри и голямата им натовареност е недостатъчно и неефективно;

- ✓ В дългосрочен план, супервайзърите ще имат възможност да усъвършенстват своята компетентност и личностно развитие и да претендират за автономност в работата си;
- ✓ Ефективно и ефикасно използване на ресурсите (човешки, материални, времеви);
- ✓ Засилване на доверието от страна на потребителите на здравни грижи;
- ✓ Оптимизиране на контролните механизми в здравните грижи;

Продължителният преподавателски опит допринася за вярна оценка на зададените въпроси, относно ползи за сестринското съсловие при въвеждане на супервизия (фиг.18).



Фиг. 18. Въпроси, които могат да бъдат решени на съсловната организация (според стаж на преподавателите)

Резултатите показват наличието на съществена разлика в мнението на преподавателите относно въпросите, които биха се решили при въвеждането на клиничната супервизия ($\chi^2=9,83$; $p=0,05$), като преподавателите с по-малко стаж посочват основно качеството на ЗГ (54,50 %), а тези със стаж повече от 10 г. посочват повишаването на имиджа на професията (52,30 %).

Представи, относно образа на супервайзора

Анкетираните главни медицински сестри свободно са изразили представата си за супервизия. На въпроса „Какво според вас е клинична супервизия?“ са дадени разнообразни отговори. Този резултат е логичен, тъй като в България в сестринството не се прилага супервизия.

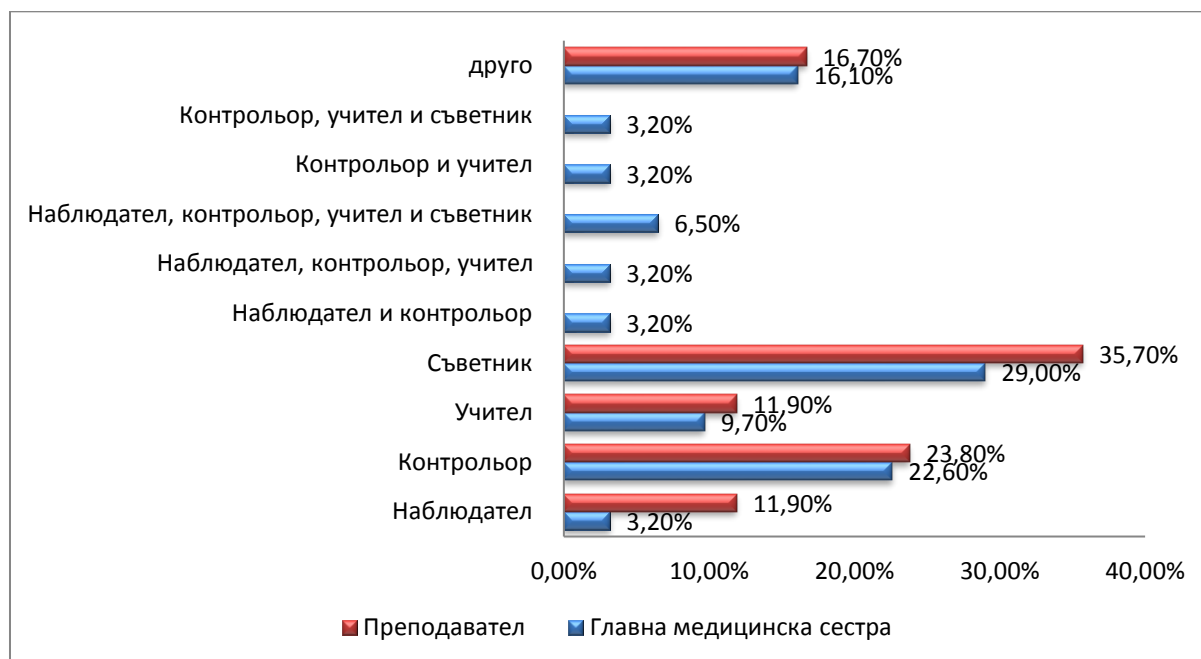
1. Изпълнение на отговорни задачи, свързани с клиничните ситуации
2. Лице, обучено и подготвено да проследява, наблюдава и контролира дейността на медицинската сестра в дадена структура и ако е необходимо да обучава.
3. Наблюдение на извършваните дейности, препоръки и подкрепа за тяхното подобряване и участие в изработване на алгоритми.
4. Клинично и следдипломно обучение, довеждащо до автономност при работата, дори и със законова сестринска практика.
5. Повече права на специалистите по здравни грижи, гарантиращи автономност.
6. Наставничество, обучение на специалистите по здравни грижи.
7. Медицинска сестра, която се отличава от останалите медицински сестри, с образование, знания, умения, опит и компетенции.

8. Професионализъм и качество в дейността на медицинската сестра. Качествено обгрижвани пациенти.
9. Регламентиране конкретно нивата за извършване на дейностите в болнична и извънболнична дейност.
10. Подкрепа, обучение, насоки.
11. Клиничната супервизия е метод за проследяване на осъществяваната професионална дейност от подготвени специалисти, които оценяват качеството и планират дейности за подобряване на дейността, съветват и консултират стажанти, специализанти и професионалисти.
12. Обучено лице, защитник правата на медицинската сестра.
13. Сътрудничество, подкрепа и предаване на клиничен опит.
14. Възможност за прилагане на придобитите компетентности в помощ на нови служители.
15. Една по-висока отговорна роля на медицинската сестра, съпроводена с повече задълбоченост. За това се изисква по-голяма образованост и съответните лични качества.
16. Добре подготвени медицински сестри, които наблюдават, оценяват, знаят какво да видят, оценят „тесните места“, дават адекватни предложения и подпомагат здравните грижи.
17. Професионалист по здравни грижи, който има необходимите комуникации, професионализъм и увереност в ежедневната си работа.
18. Добре подготвен персонал. Контрол на компетенциите на медицинските сестри. Да продължи своето обучение.
19. Контрол на дейностите на специалистите по здравни грижи.
20. Досегашното наставничество, обогатено с подкрепа и надграждане на знания и умения.
21. Наставник, ръководител, съветник, който пряко наблюдава професионалните дейности, обучава и дава съвети.
22. Клиничната супервизия е иновативно професионално поведение, свързано с обучение, даване на възможност за професионална реализация, подкрепа, насочване и коригиране на професионалните дейности.
23. Активно участие в клиничната дейност, свободен избор на решения в областта на здравните грижи.
24. Самостоятелно регламентирана работа. Високо качество на медицинските грижи с непрекъснат характер. Непрекъснато обучение и професионално развитие.

Представата на участниците в полуструктурираното интервю в най-голям процент се свързва със „съветник“ (29.00%) и контролор (22.60%). Някои експерти – главни медицински сестри със свободни отговори са допълнили представата си:

- Предоставя очакваната нужна помощ.
- Представител на медицинските сестри, обединяващ горепосочените.
- Съвкупност от всичките
- Обучаващ, подкрепящ, даващ възможност, коригиращ
- Многопластова – включва всичко.

Съпоставено е мнение на преподаватели и главни медицински сестри в качеството им на експерти, относно представа за ролята на медицинска сестра - клиничен супервайзор (Фиг. 19).



Фиг. 19. Представа за ролята на медицинската сестра - клиничен супервайзор (сравнителни данни)

Еднозначно са отговорили преподавателите (35.70%) и главните медицински сестри (29.00%), че супервайзорът е основно „съветник“. На следващо място с незначителни разлики в отговорите е посочен „контрольор“. Преподавателите са изказали по убедително мнение от главните медицински сестри, че супервайзорът е „наблюдател“ (11.90%).

3.2. Образователни и организационни аспекти на наставничеството в сестринството

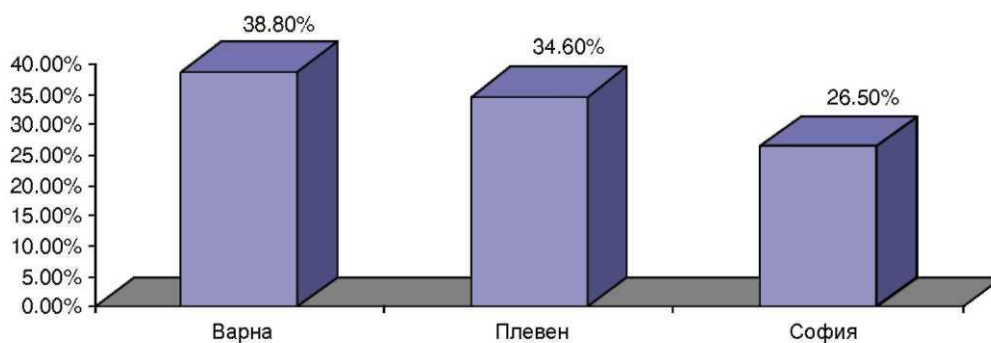
Липсата на задълбочени изследвания върху наставничеството в сестринството на фона на нарастващата му роля ни подтикна да проведем емпирично проучване, с което да изясним възприемането на наставническия процес от различни групи участници в него. Отдавна е минало времето когато „прикрепянето" на стажант към опитна медицинска сестра изчерпваше феномена наставник.

Все повече се налага схващането, че наставничеството, прилагано в сестринството като системен подход и следвайки логическата завършеност на процеса, може да изиграе съществена роля за формирането на бъдещия професионалист и превръщането на студента от специалност „Медицинска сестра" в практикуваща медицинска сестра.

Нарастващите потребности на обществото от качествени и ефективни здравни грижи налага обучението на бъдещите медицински сестри да бъде комплексно. То трябва да е непрекъснато взаимодействие между теория и практика, между учебни и работни ситуации.

Наставничеството е традиция при провеждане на практическо обучение на бъдещите медицински сестри и студентите от специалност „Управление на здравни грижи“. Въпреки това то не е достатъчно анализирано у нас. Това ни накара да проучим мненията на различните участници в наставническия процес.

Анализирано е мнение на студенти от трите основни града, където се провежда обучение по специалност „Медицинска сестра“: МУ-Варна (103), МУ, Плевен (90) и МУ - София (67), (фиг. 20).

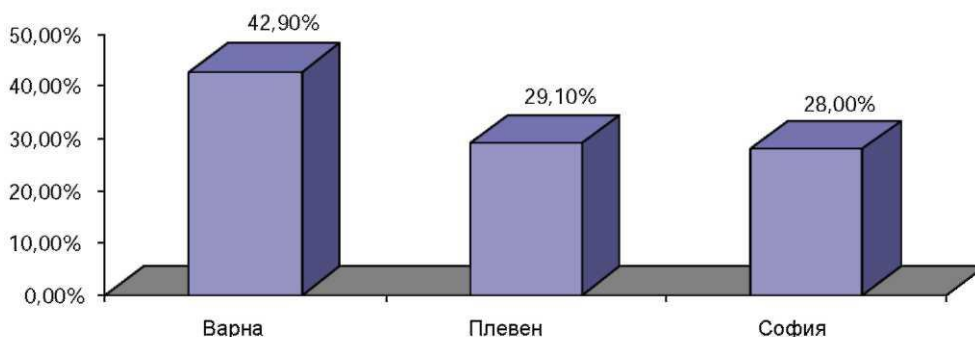


Фиг. 20. Разпределение на студентите (според медицинския университет)

Съвсем целенасочено структурата на извадката на студентите включва най-голям брой от IV курс (62,9%), тъй като наставничеството се прилага най-вече по време на преддипломния стаж, където студентите работят под контрол на наставник.

На съвременния етап все по-широко се прилага наставничеството и по време на учебната (клинична) практика, като наставникът има допълваща на преподавателя роля, тъй като студентите се включват от първи семестър в работни процеси. По този начин студентите работят по-активно и усвояват голям обем знания.

Проучено е мнение на наставници от учебно-практически бази, където се провежда обучение на студенти от специалност „Медицинска сестра“ (терапевтични, хирургични и педиатрични клиники, където клиничната учебна практика и преддипломният стаж са най-продължителни) на медицинските университети във Варна (82), Плевен (57) и София (50), (фиг. 21).



Фиг. 21. Разпределение на наставниците от учебно-практически бази на медицинските университети

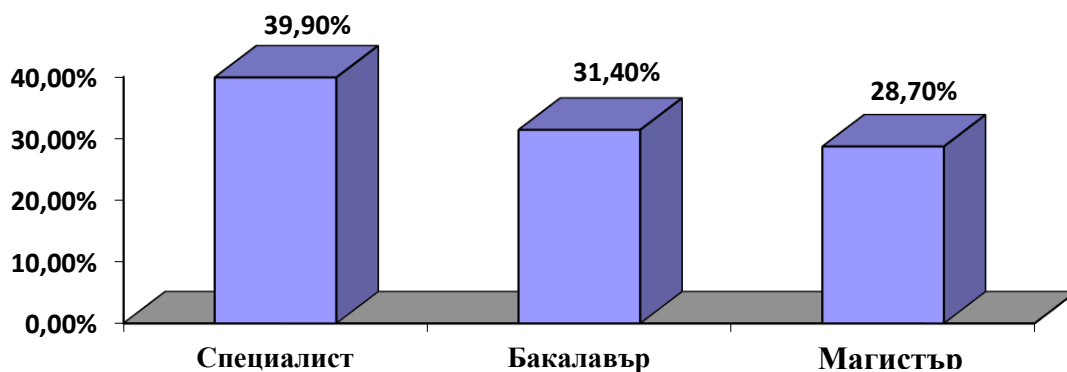
Средният трудов стаж на анкетираните наставници е 22 ± 9 г., като минималният стаж е 2 г., а максималният - 40 г. За Варна средният стаж е 19 ± 8 г., за Плевен 22 ± 9 г., за

София 24±9 г. Установена бе статистически значима разлика между стажа на наставниците от Варна и София ($t = 2,74, p < 0,01$). Продължителността на стажа позволява реална оценка на въпросите, отнасящи се до наставничеството.

Разпределението по възраст на наставниците показва, че най-голям дял са във възрастовата група 40 - 50 г. (31,20%), а най-малък са на възраст до 30 г. (14,30%).

Възрастовите групи 30 - 40 г. и над 50 г. са приблизително по равно разпределение (съответно 28% и 26.50%). Преобладаването на наставниците във възрастта 40 - 50 години е логично, тъй като те са утвърдени в професионално отношение. Вероятно част от тях са вече бакалаври и магистри по специалност „Управление на здравни грижи“ и отговарят на съвременните критерии за подбор на наставници - трудов стаж и образователна степен.

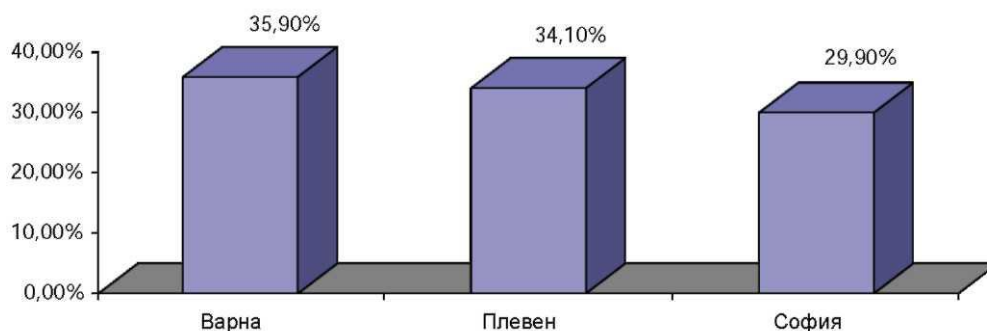
Основната образователно-квалификационна степен (ОКС), посочена от наставниците, е „специалист“ (39,90%), следвана от „бакалавър“ (31,40%) и „магистър“ 28,70% (фиг. 22).



Фиг. 22. Разпределение на наставниците по ОКС

Въпреки че не беше намерена разлика в образователните степени на попадналите в изследването наставници, разпределението им показва, че по-голяма част от тях във Варна и Плевен притежават степен „специалист“, докато в София преобладават наставници с магистърска степен.

Мнението на магистрите изследвахме, тъй като придобиване на специалност „Управление на здравни грижи“ ги ангажира в перспектива към наставническия процес и тяхната роля е важна за поддържането на наставничеството като ефективен метод в придобиването на нови знания. В проученото мнение на студенти от специалност „Управление на здравни грижи“ с ОКС „магистър“ относно наставничеството са обхванати студенти от медицинските университети във Варна, Плевен и София (фиг. 23).



Фиг. 23. Разпределени на магистрите (според медицинския университет)

Почти половината от магистрите, участвали в проучването, са със стаж от 5 до 20 години (49,10%), като значително по-малък е дялът на магистрите със стаж до 1 година (8,90%). Най-много са представителите на възраст от 30 до 40 години (32,50%), като следващата възрастова група е до 30 години (30,20%).

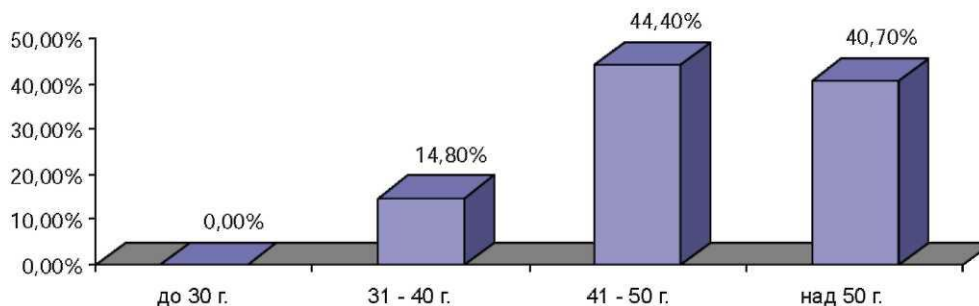
При изследването на зависимостта между възрастта на магистрите и стажа, който имат, беше намерена силна зависимост ($r = 0,84$, $p < 0,001$).

Посочената основна образователна степен по медицинско образование, която притежават студентите от магистърските програми, се разпределя между ОКС „бакалавър“ (54,00%) и на второ място ОКС „специалист“ (36,00%). Малка част от всички анкетирани са посочили, че притежават и ОКС „магистър“ (11,10%), придобита преди да започнат обучение по специалността „Управление на здравни грижи“. Резултатите са напълно логични, тъй като съгласно ЕДИ за специалността са обособени две магистърски програми (след придобита специалност по УЗГ с ОКС „бакалавър“ и след придобита друга специалност с ОКС „магистър“, които имат различен учебен план и продължителност на обучение).

Анализирано бе мнението на експертите за наставничеството и приложението му в сестринството, с оглед нагласите и готовността им за прилагане на ефективен наставнически процес.

Всички експерти са с трудов стаж над 6 години. Най-голямата част са с трудов стаж над 20 години (81,50%), което показва, че в проучването са попаднали ръководители с богат професионален опит и могат обективно да оценят предимствата и недостатъците на наставничеството като прилаган метод в обучението на медицинските сестри.

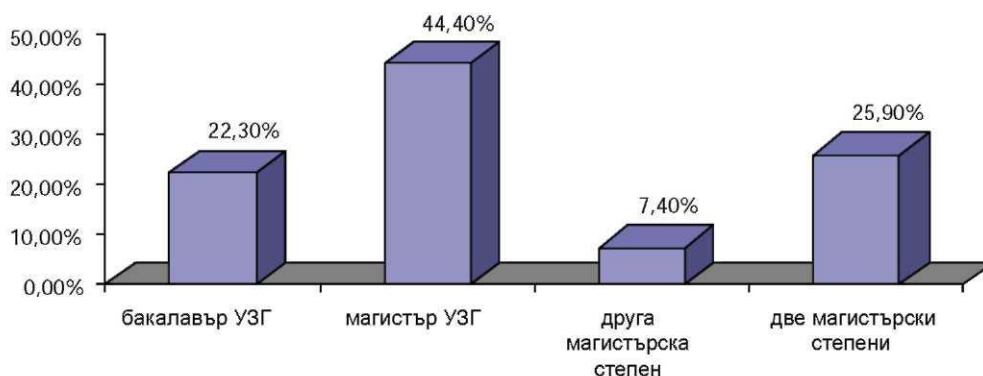
Разпределението по възраст на експертите показва, че преобладават двете възрастови групи 41 - 50 години (44,40%) и над 50 години (40,70%), (фиг. 24).



Фиг. 24. Разпределение на експертите по възраст

Лицата имат достатъчно богат опит, за да направят обективна оценка за ролята на наставничеството в процеса на обучение.

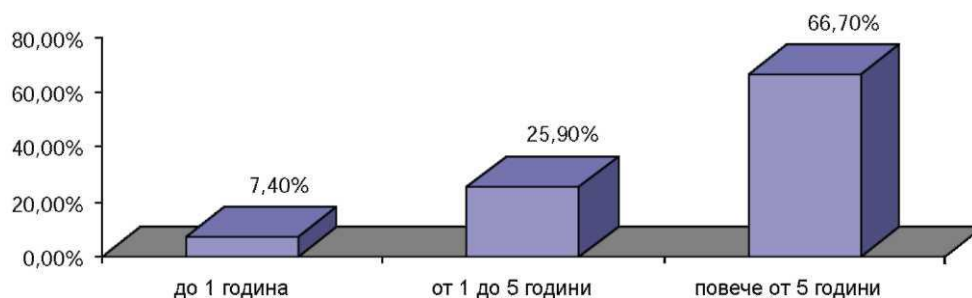
Законово са регламентирани изискванията за образователен ценз на заемащите длъжност „главна медицинска сестра“ или ръководител по здравни грижи със Закона за лечебните заведения. Заемащите длъжността трябва да притежават специалност „Управление на здравни грижи“ (УЗГ) с ОКС „бакалавър“ и/или „магистър“. Проверихме с каква образователна степен са попаднали в проучването експерти (Фиг. 25).



Фиг. 25. Разпределение на експертите по образование

По-голямата част от анкетираните експерти притежават ОКС „магистър“ или „бакалавър“ по УЗГ (66,70%), като 44,40% от тях са със степен магистър по УЗГ, а 25,90% освен магистър по УЗГ имат и втора магистърска степен.

Най-голямата част от експертите са с повече от 5 години управленски стаж (66,70%), а само 7,40% са посочили, че имат стаж на тази длъжност до 1 година (фиг. 26).



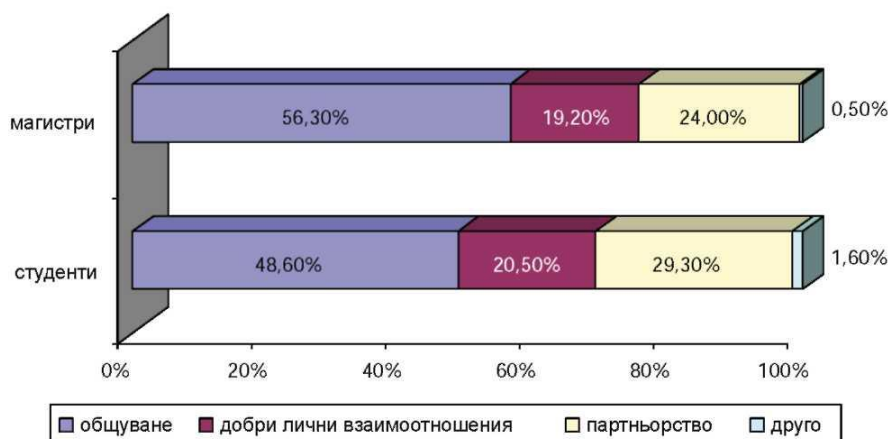
Фиг. 26. Разпределение на експертите според управленския стаж

Резултатите от проучването показват, че 59,30% от анкетираните работят като главни медицински сестри в многопрофилни болници, останалите 40,70% работят в други лечебни заведения.

3.2.1 Ефективен наставнически процес - роля на наставника

Условия за ефективност в процеса на обучение са комплекс от психологически процеси, които дават енергия на студента за неговото поведение, като го насочват към постигане на определената цел.

Основополагащото за извършването на ефективен наставнически процес според изказаното мнение на студентите е общуването (48,60%), следвано от партньорството (29,30%) и добрите лични взаимоотношения - 20,50%. (фиг. 27).

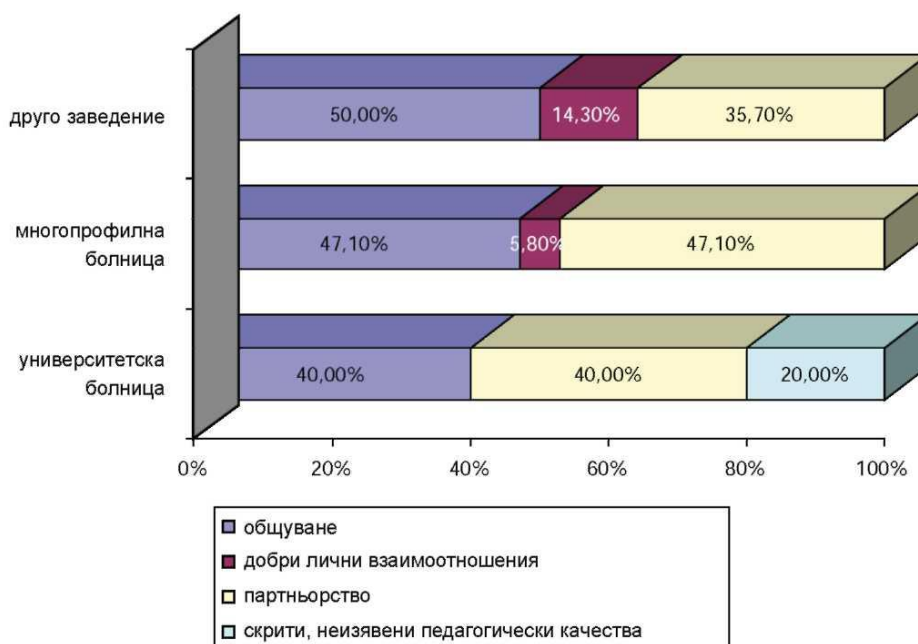


Фиг. 27. Основополагащи фактори за ефективен наставнически процес на студенти и магистри.

По същият начин са подредени факторите и според студентите-магистри с още по-голям дял на общуването (56,30%).

Анкетираните експерти също посочват на първо място общуването като основополагащ фактор за ефективен наставнически процес (47,30%). На второ място, както и при другите групи е посочено партньорството (41,60%).

Интересно е разпределението на отговорите на експертите в зависимост от здравното заведение, в което работят (Фиг. 28)



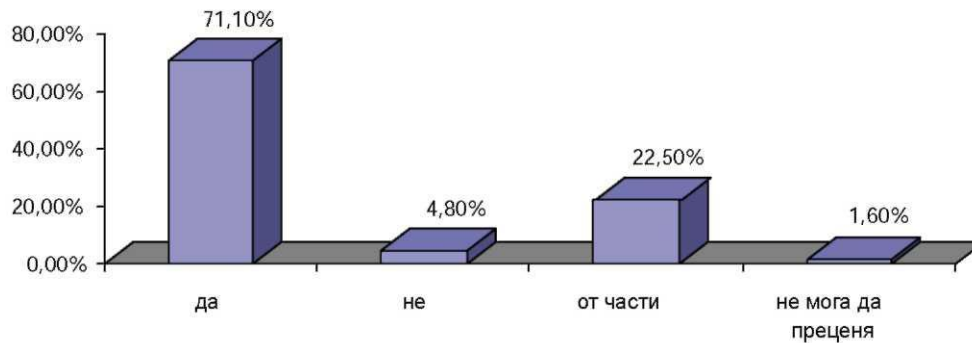
Фиг. 28. Основополагащи фактори за ефективен наставнически процес (експерти, в зависимост от здравното заведение)

Според резултатите главните сестри от университетските болници по равно оценяват факторите общуване и партньорство (с по 40%). Експертите от многопрофилните болници отдават еднакво значение на същите основополагащи фактори за наставническия процес (47,10%), докато при експертите от другите заведения водещо значение е дадено на общуването (50%). Прави впечатление, че експертите от

университетските болници не посочват добрите лични взаимоотношения като необходими за ефективен наставнически процес.

Средното време, през което наставниците са били избрани да бъдат такива, е 9 ± 8 г., като най-малкият период е 2 месеца, а най-дългият е 36 години. Попадналите в извадката наставници имат достатъчно опит, за да дават преценка относно развитие на наставничеството.

Според по-голямата част от наставниците съществува партньорство между наставника и преподавателя (71,10%), (фиг. 29).



Фиг. 29. Наличие на партньорство между наставник и преподавател (наставници)

Допускаме, че причините, поради които наставниците не са могли да изградят партньорски взаимоотношения, са малкият опит, липсата на желание да обучават, административно възложена роля на наставник или не споделени цели на образователната организация.

Наставниците и преподавателите играят основна роля за успеха на комплексното обучение. Те са двата субекта в образованието на студентите и трябва да имат общи цели. Определянето им трябва да е общо дело, постигнато чрез консенсус между партньорите.

Партньорството между преподавателите и наставниците се основава на три принципа: желание за съвместна работа; признаване допълващата роля на всеки партньор; необходимост от висока степен на участие и общуване.

Средствата, прилагани от партньорите, трябва да бъдат напълно ясни, както и начините за контрол и регулация.

Според опита, който сме натрупали в наставничество на стажант сестри, създаването на партньорство изисква постигане на съгласие относно крайната цел на обучението, определяне на специфичните цели, възприемане на средствата, предоставени от всеки партньор, начините на оценяване, планиране на задачите, начина на циркулиране на информацията.

Роля на наставника. Проблемни ситуации в процеса на общуване между наставник и студент.

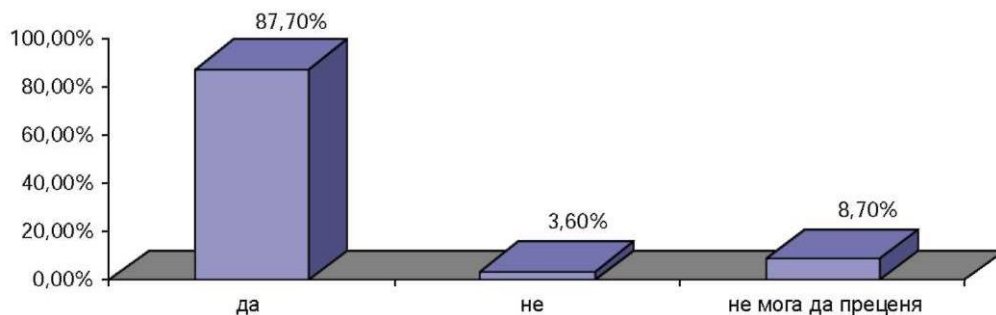
Много основаващи се на практиката професии, включително и сестринската, обикновено разчитат на клиничния персонал да подкрепя, надзирава и учи практикуващите студенти. Основна причина е, че работейки заедно с практикуващите медицински сестри, студентите ще имат възможност да учат от изявени в практиката

професионалисти в една безопасна, благоприятна и образователно пригодена за това среда.

Практическото обучение изисква добри познания, способности и умения в дадена професия, добра преценка и разбиране по отношение на обучавания. Наставникът трябва да се опита да разбере средата, в която живее студентът - това ще му помогне да го обучава. Обучението трябва да бъде постоянно - това доказва искреността на интереса към обучавания. Обучението на наставника трябва да е увлекателно и поглъщащо.

Според изказаното мнение на студентите по-голямата част от тях са работили с наставници (63,50%), като 44,60% са работили с наставник през целия си стаж.

Запитахме студентите доколко наставникът им е оказал помощ за адаптация към професионалната среда. Според повечето студенти наставникът им помага да се адаптират към работата в отделението/клиниката (87,70%). На противоположното мнение са незначително малко от анкетираните (3,60%). Според нас не е малък дялът на тези, които се колебаят да дадат положителен отговор, не можейки да преценят (фиг. 30).

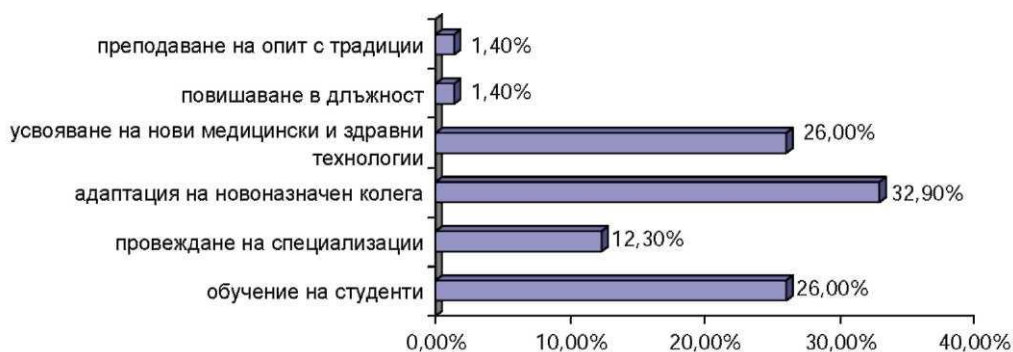


Фиг. 30. Оказана помощ от наставника за адаптация към работата в професионалната среда (студенти)

Експертите също потвърждават ролята на наставника за бърза адаптация на студента към изискванията на работната среда, колегите, пациентите и техните близки, изобщо възприемане на особеностите и спецификата на конкретната среда и работните процеси в унисон с добрата сестринска практика.

Наставникът трябва да подпомогне адаптацията на обучавания към професията, дейността на работното място, като му дава ясни отговори на въпросите какво се прави и как, при какви ресурси и за колко време, кой носи отговорност за резултата и как ще бъде оценяван. От наставника се очаква да бъде положително настроен, да играе консултативна и обучаваща роля вместо авторитарна: да бъде напътстващ и наставляващ. Той трябва да предразположи студента с цел разгръщане на неговия пълен потенциал. И студентът, и наставникът трябва да обменят информация, да се стремят към партньорство, от което всеки ще извлече нещо полезно и ще промени всеки един от тях поотделно.

Основната цел на наставничеството според главните сестри (експерти) е адаптация на новоназначен колега (32,90%). Като други цели, които постига наставничеството, са посочени обучението на студентите и усвояването на нови медицински и здравни технологии (с по 26,00%) (фиг. 30).



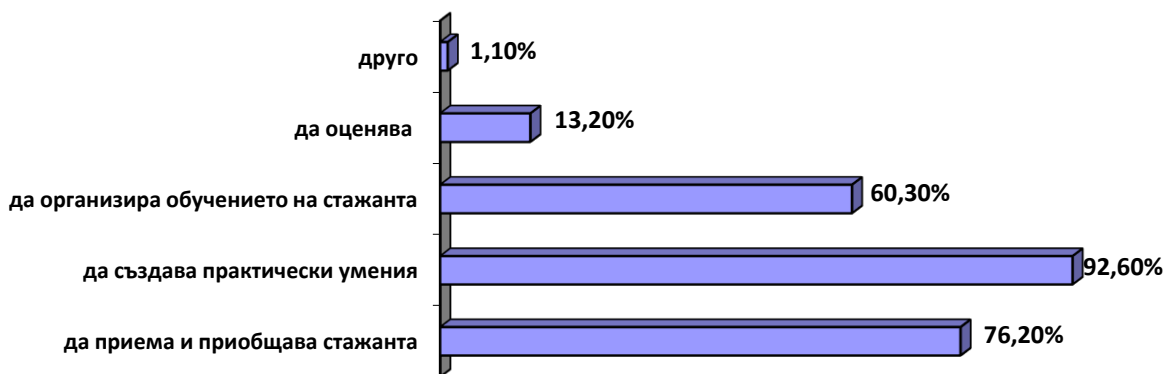
Фиг. 30. Цели на наставничеството (експерти)

Освен затвърждаване на придобитите практически умения и навици наставникът има важната задача да формира професионално поведение и комуникативни умения у обучаемите. Студентите трябва да се убедят, че уменията за адекватно и професионално общуване са задължителна професионална характеристика, средство за оказване на лечебно въздействие не само върху конкретното заболяване, а и върху цялостната личност на пациента. Формирането на действени похвати за общуване с пациента се извършва посредством личния пример на наставника и редовия персонал.

Запитахме студентите каква според тях е основната роля на наставниците в наставническия процес. Респондентите са имали възможност да дават до три отговора от предварително зададени пет. Най-високо оценена е ролята на наставника да изгражда практически умения (80,76%). На второ място с незначителна разлика студентите възприемат наставника, като човека, който ще създаде благоприятна среда за приемането и приобщаването на стажанта в учебно - практическата база - клиника, отделение или друг сектор (77,31%). На трето място студентите имат очаквания наставникът да има важна роля по отношение организирането на обучението на студента, да окаже контрол, наблюдение, професионална и психологическа подкрепа за пълноценна клинична практика (68,10%).

Няма разлика в мнението на студентите по териториален признак и курс на обучение.

Проверихме каква е оценката на самите наставници за ролята им в наставническия процес. Основната роля на наставника според най-голямата част от анкетираните е да създава практически умения (92,60%), на второ място е да приема и приобщава стажанта (76,20%) и на трето да организира обучението (60,30%), (фиг. 31).



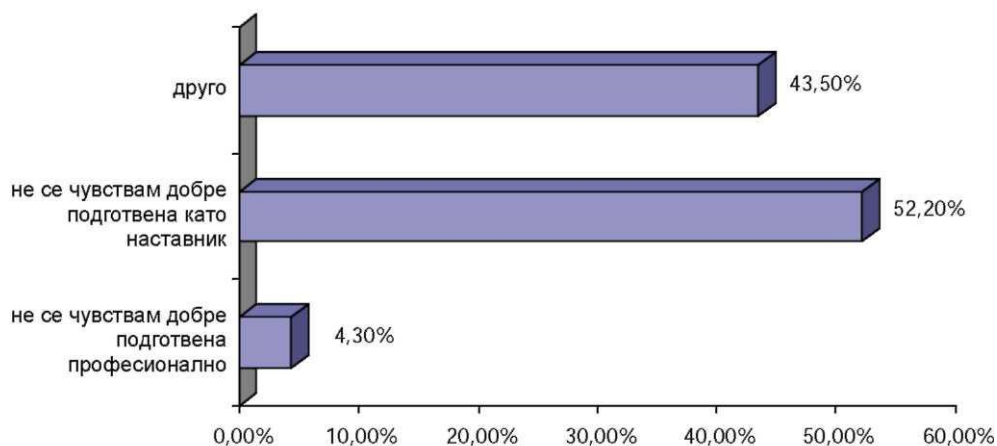
Фиг. 31. Роля на наставника (наставници)

Нашето мнение е, че слабо изразеното желание наставниците да оценяват (13,20%) кореспондира с административно приемане на функции на наставник, че не се вглеждат в работата и формално изпълняват своите задължения. Страхът да оценяват най-вероятно се дължи на липсата на ясни показатели и критерии. Очевидно наставниците считат, че оценяването е в приоритетите на преподавателя и не се чувстват добре подготвени за тази роля. Резултатът налага изясняване на статута на наставника и ролята му като оценител. От друга страна, оценката налага детайлно познаване не само на уменията, но и на личността на студента. Познаването изисква коректни взаимоотношения, доверие, отдаденост и непрекъснато вглеждане и подкрепа в процеса на практическото обучение.

При сравняване на изказаното мнение от студентите и наставниците се открива сходно подреждане на ролята на наставника. Тази еднозначност благоприятства наставническия процес и подпомага както дейността на наставника, така и възприемането от студентите.

Като цяло наставниците се чувстват добре в своята роля на наставник (84,80%), не се чувстват комфортно (15,20%). От отговорилите отрицателно най-голям е процентът на наставниците от Варна, които не се чувстват добре в ролята си (53,60%), следвани от Плевен (32,10%) и София (14,30%).

Основната причина за недоволството на наставниците е, че не се чувстват добре подготвени за ролята си като наставник (52,20%), а останалата част от изразилите недоволство (43,50%) са посочили други причини. Очевидно е необходимо изясняване на причините, които създават дискомфорт на наставниците. Този въпрос е важен, тъй като, независимо от причината наличието на недоволство създава напрежение и то може да влоши качеството на обучение, както и да създаде неприятен рефлекс върху студента, може да възникнат грешки в работата, някои от които да са с лоши последствия за пациента или да доведат обучаемия до отблъскване от професията (фиг. 32).



Фиг. 32. Причини, работещите медицински сестри да не се чувстват добре в ролята на наставник

Между студентите и наставниците понякога възникват проблемни ситуации, които са от различно естество. Случва се да има затруднения в комуникацията. При възникване на проблемна ситуация в процеса на общуване е необходимо наставникът да владее и умее да прилага различни техники за отстраняване на смущенията. При нарушаване на нормалния ход на общуването трябва да се търси общ пункт, от който да

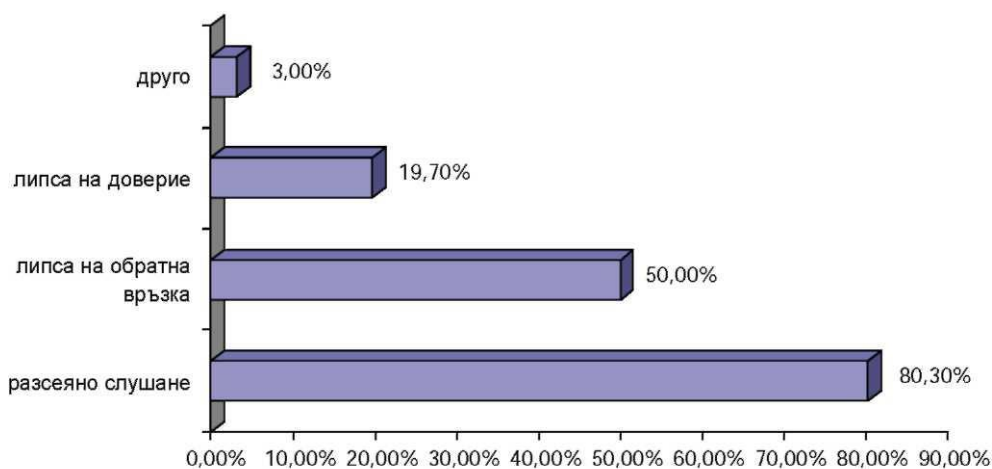
се тръгне нататък. Ето защо владенето и използването на техники за отстраняване на възникнали проблеми е от съществено значение. Тези умения наставникът би трябвало да придобие чрез специално обучение. То трябва да отговаря на съвременните постижения на науката за комуникационни умения, за да подготви наставниците за реализация на една от автономните функции на сестринството.

Резултатите показват, че студентите са раздвоени по отношение на мнението си за съществуването на бариера в общуването между студент и наставник, като 47,30% са на мнение, че такава съществува, а 38,30% са на противоположния полюс. Студентите са посочили причини за съществуването на тази бариера. Отговорите са почти по равно разпределени между липсата на обратна връзка (26,80%), липсата на доверие (25,20%) и липсата на незаинтересованост от страна на наставника (22,80%),

По-голямата част от анкетираните наставници не са изпитвали затруднения в общуването със студентите (64,30%), като тези, които са имали подобни проблеми, са 35,70%. Беше намерена разлика в уменията на наставниците да общуват със студентите по градове ($\chi^2 = 18,89$, $p < 0,001$). По-голямата част от наставниците от Варна (78,20%) и София (67,30%) нямат проблемни ситуации в общуването със студентите, докато повече от половината наставници от Плевен изпитват подобни проблеми (58,20%).

Липсата на вербална комуникация между студент и наставник не дава възможност да бъдат изгладени пречките в общуването. За да съществува успешно делово общуване между наставник и обучаван, е нужно наличието на доверие и надеждност. Наставникът трябва да бъде ясен и точен в изказванията си, да не допуска използването на специфичен език или жаргон. Той трябва да съумее да възпита у студента аналитично мислене, да стимулира интереса му към действие и изпълнение, да дава възможност за споделяне на лична позиция. Наставниците, които закрилят твърде много своите студенти, биха могли да задушат тяхната креативност и способност да разрешават проблемите си, пораждайки у тях емоционална и познавателна зависимост.

Проучихме от какво естество са проблемите на наставниците при общуването със студентите. Според резултатите на първо място е посочено „разсеяното слушане“ (80,30%), следвано от липсата на обратна връзка (50,00%) и липсата на доверие (19,70%) (фиг. 33).



Фиг. 33. Проблеми на наставниците при общуването със студентите (наставници)

Общуването между наставник и обучаван трябва да е насочено към обединяване и съгласуване на усилията им за достигане на общ резултат. Общуването е процес на обмяна на необходима и полезна информация, ценна както сама за себе си, така и с оглед регулирането на съвместните им действия. Общуването създава взаимно влияние между наставник и обучаван, подбуждане, насърчаване и насочване на действия и тяхната взаимна оценка. Силата на наставника се корени в доброто сътрудничество с обучавания. Той трябва да умее да комуникира на неговото ниво. Да не се отнася снизходително към него. Това ще му даде възможност да види и оцени възможностите на обучавания. Когато обучава, трябва да акцентира върху положителното. Наставникът трябва да намери подход, който да се крепи на силните страни, знанията, уменията и опита на обучавания, да открие от какво се интересува обучаваният и да стимулира интереса му към действия и изпълнение. Общуването е процес на съпреживяване и взаимно разбиране. За неговото осъществяване е необходим определен времеви ресурс, който в работния процес е ограничен.

По-голямата част от наставниците намират достатъчно време да обучават студентите (68,50%). За тези, за които времето не достига (31,50%), причина, посочена на първо място, е липсата на заинтересованост от страна на студента (51,80%) и на второ - лоша организация на работния процес (16,70%).

Според резултатите три четвърти от студентите са посочили, че наставникът отделя достатъчно време за тях (73,00%), като недоволни са 16,00%, а тези, които не могат да преценят, са 11,00%. Интересен е фактът, че беше намерена разлика в мнението на студентите по отношение както на териториален признак ($\chi^2 = 12,87$, $p < 0,05$), така и според курса на обучение ($\chi^2 = 13,38$, $p < 0,05$).

От изказалите недоволство от времето на наставника, отделено за тях, по-голямата част са студентите от Варна (63,40%), докато при студентите от Плевен най-много са тези, които не могат да преценят (35,70%).

Разликата в мнението на студентите според курса на обучение се състои в това, че студентите от първи курс са напълно доволни от времето, което наставникът им отделя, докато студентите от втори и четвърти курс започват да стават по-критични и делът на недоволните студенти нараства.

Факторът време е значим при провеждане на практическата подготовка на студентите. Времето не може да бъде натрупано предварително или запазено. То е важен ресурс и е значим по начина, по който се управлява и разпределя за практическо обучение.

При двете изследвани групи причините, според които времето не достига, се различават ($p < 0,01$). Според наставниците основната причина за недостига на време е липсата на заинтересованост от страна на студентите (51,80%), докато при студентите основната причина е лошата организация на работния процес (50,70%), (фиг. 61).

По отношение на причините за липсата на достатъчно време и изследваните групи беше намерена слаба зависимост ($\gamma = 0,28$ при $p < 0,001$).

Понякога времето на наставника не достига поради голямата му ангажираност както с пряка работа в клиниката, така и с обучаваните. Недостигът на време може да доведе до невъзможност на наставника да организира своята дейност и да има рефлекс върху негативни взаимоотношения между студенти и наставници, повишен стрес и

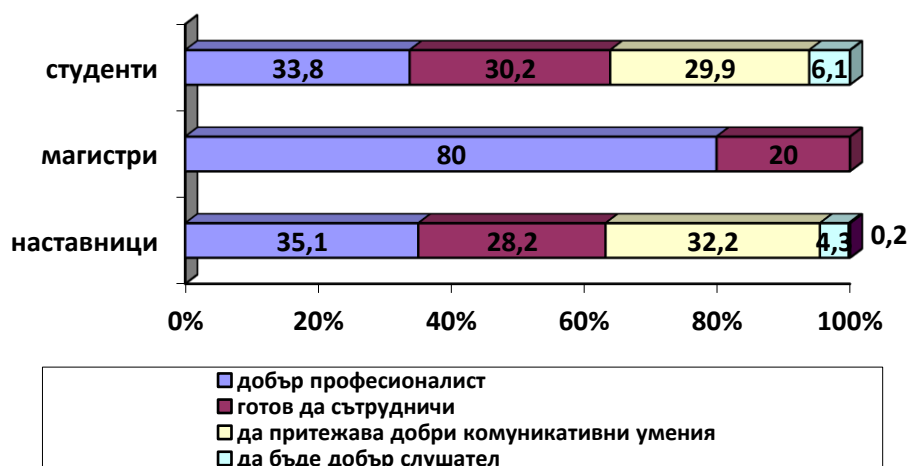
възникване на конфликти. За да намери изход от тази ситуация, наставникът трябва да промени начина на организация, както и отношението към студентите и колегите си.

Подкрепяща среда е от голямо значение за ефективността на наставническия процес. Професионалистите, които не са наставници, да оказват помощ на наставника, да се отнасят с разбиране към обучението и насърчаващо към студента, за когото новата среда е понякога стресираща.

Качества на добрия наставник

За наставническия процес са важни качествата на наставника. Нашето мнение е, че трябва да има синхрон между личностни и професионални качества. Наставническите взаимоотношения имат междуличностен характер. За да бъде ефективен наставническият процес, от значение са и индивидуалните качества на наставника. Важни характеристики като необходимо условие за добър наставник включват достъпни, ефективни междуличностни отношения, изграждайки положителен образователен имидж, отделяйки достатъчно внимание на обучението, осигурявайки наставническа подкрепа и възможност за професионално развитие. Наставникът трябва да умее да интегрира теория и практика едновременно. Той не трябва да забравя, че бъдещите медицински сестри формират своето поведение главно по подражание: на своя наставник, на преподаватели по практика, на медицински сестри от работното им място, които са избрали за модел на поведение. Добрите наставници прекарват качествено времето си със студентите, оценявайки техният принос към грижите за пациента.

Сравнителният анализ на мненията на анкетираните групи за наставничеството показва съществена разлика по отношение на качествата, които трябва да притежава добрият наставник ($p < 0,001$), (фиг. 34).



Фиг. 34. Качества, които трябва да притежава добрият наставник (сравнителен анализ)

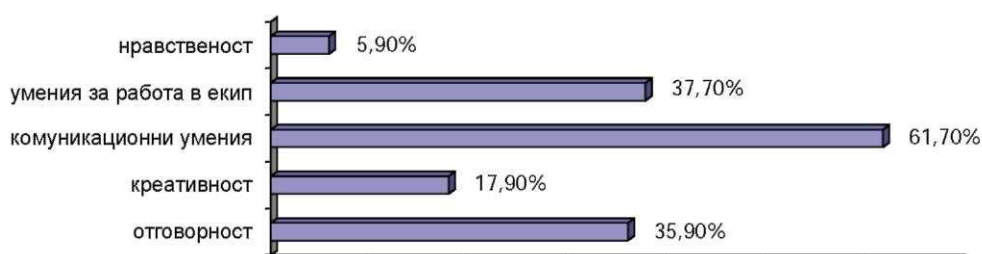
На първо място според всички изследвани е поставено качеството на наставника да е добър професионалист, но след това започват разликите в мненията на анкетираните от различните групи. На второ място студентите поставят готовността за сътрудничество, докато наставниците на тази позиция са поставили добрите

комуникативни умения. Интересен е отговорът на магистрите, които са се ограничили до два основни отговора: професионализъм и готовност за сътрудничество.

Според 80,00% от магистрите водещо качество на добрия наставник е професионализмът, като личните качества остават на второ място с 20,00%. Никой от магистрите не е посочил друг отговор. При сравнителния анализ на мнението на магистрите от трите града беше намерена разлика ($x^2 = 18,52$, $p < 0,001$). Магистрите от София изцяло посочват професионализма като водещо качество на наставниците, докато магистрите от Плевен посочват и личните качества (54,50%), като техният процент е по-висок в сравнение с този на магистрите от Варна (45,50%).

Не беше намерена разлика в мнението на наставниците по възрастов и териториален признак, както и за студентите според разпределение по град и курс.

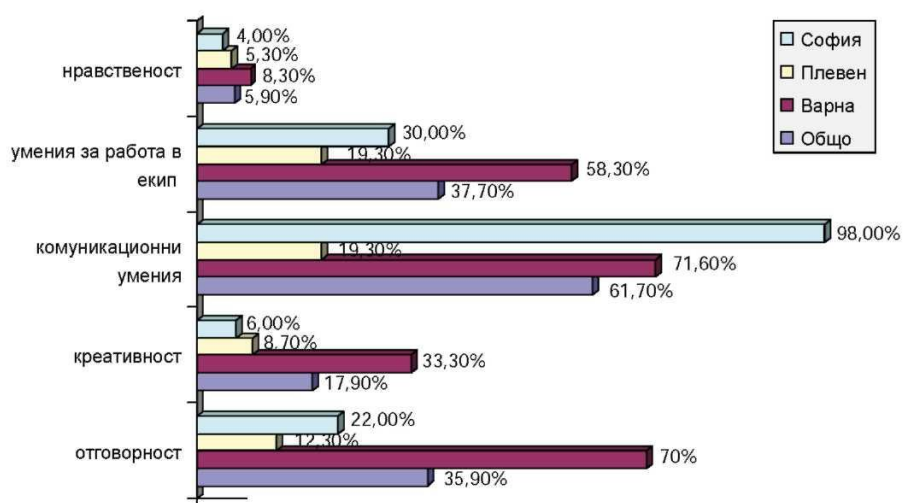
Основното личностно качество, което магистрите ценят у наставниците, са комуникативните умения - 61,70% (фиг. 35).



Фиг. 35. Личностни качества у наставниците (студенти УЗГ)

На следващите второ и трето място, почти по равно оценени, са качества умение за работа в екип (37.70%) и отговорност (35.90%).

При анализа на изказаното мнение от магистрите относно личностните качества, които трябва да притежава добрият наставник, се наблюдават интересни отклонения от общия резултат по градове (фиг. 36).



Фиг. 36. Сравнение на личностните качество по градове

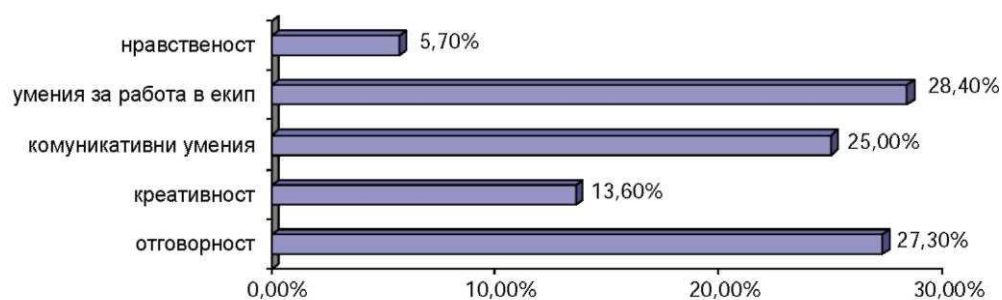
Въпреки че няма доказана разлика в мнението на магистрите за личностните качества по градове, се вижда, че има известни отклонения от общия резултат, а именно:

Варна - първо място - комуникационни умения, второ място - отговорност и трето място - умения за работа в екип;

Плевен - първо място - комуникационни умения и умения за работа в екип, второ място - отговорност, трето място - креативност;

София - първо място - комуникационни умения, второ място - умения за работа в екип и трето място - отговорност.

Според експертите трите основни личностни качества, които би трябвало да притежава един наставник, са умения за работа в екип (28,40%), отговорност (27,30%) и комуникативни умения (25,00%). Най-ниско е оценена нравствеността като качество, което трябва да притежава наставникът (5,70%) (фиг. 37).



Фиг. 37. Личностни качества, които би трябвало да притежава наставникът (експерти)

Качеството, което студентите най-много ценят у наставника, е неговият професионализъм (72,10%). Не е малък и делът на тези, за които са важни личните качества на наставника (20,50%).

При разглеждане на резултата по отношение на териториалния признак беше намерена разлика в мнението на студентите ($\chi^2 = 34,24$, $p < 0,001$). Студентите от Варна и София на първо място поставят професионализма на наставника и на второ личните качества, докато студентите от Плевен ценят единствено професионализма.

Разлика се наблюдава и по отношение на курса на обучение ($\chi^2 = 13,02$, $p < 0,05$). Студентите от първите три курса на обучение ценят най-много професионализма, а тези, които са в последната година на своето обучение, освен професионализма започват да ценят и личните качества на наставниците. Оценката си те вероятно правят на базата на много контакти в професионалната среда във времето на клинична учебна практика и преддипломния стаж и влиянието, което са оказали срещите с различни наставници.

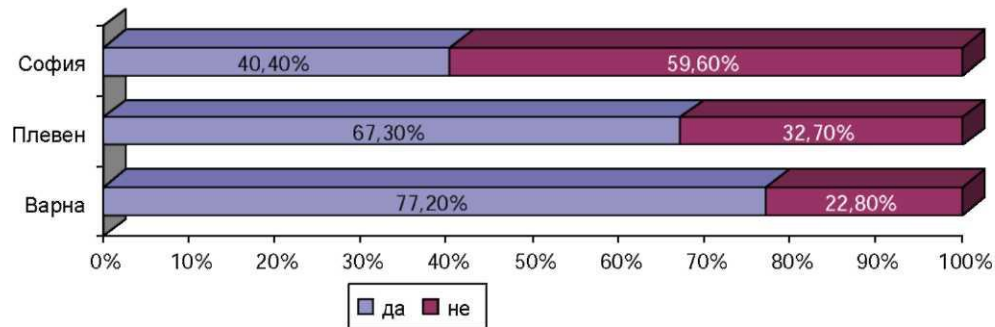
3.2.2 Система за подбор на наставници

Практиката показва, че наставниците се определят според индивидуални критерии на старшите медицински сестри в базите за обучение на студенти. Често професионалните умения и лични качества отстъпват място пред трудовия стаж и лични симпатии. Някои от сестрите не стават наставници по собствено желание, а са задължени от старшата сестра. Освен това преподавателите в медицинските университети разчитат

на медицинските си колеги от лечебните заведения да изберат персонал за наставници. В много случаи критерият за избор не е точно и ясно формулиран.

Интересен е резултатът, че 64,00% от наставниците посочват, че в тяхното здравно заведение има изготвена система за подбор на наставниците, но процентът на тези, които посочват отрицателния отговор, е доста висок - 36,00%, което показва, че все още има пропуски в информирането на персонала относно системата за подбор на наставници.

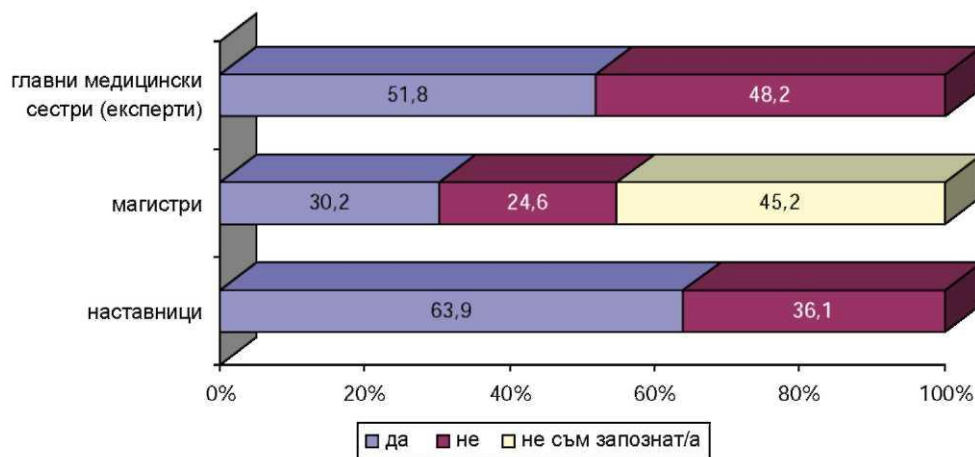
Беше намерена разлика по отношение на мнението за системата за подбор на наставниците във Варна, Плевен и София ($\chi^2 = 18,83$, $p < 0,001$), (фиг. 38).



Фиг. 38. Сравнителна оценка на мнението на наставниците за наличието на система за подбор (по градове)

Според резултатите наставниците от Варна (77,20%) и Плевен (67,30%) изказват мнение, че съществува система за подбор, докато за повечето от наставниците от София такава няма (59,60%).

При изследване за наличието на система за подбор на наставници в здравните заведения, според различните групи респонденти, беше намерена съществена разлика в изказаното от тях мнение ($p < 0,001$) (фиг. 39).



Фиг. 39. Наличие на система за подбор на наставници (сравнителен анализ)

Установява се умерена зависимост между групата, към която принадлежи анкетираното лице, и мнението за наличието на система за подбор на наставници ($\gamma = 0,35$ при $p < 0,001$).

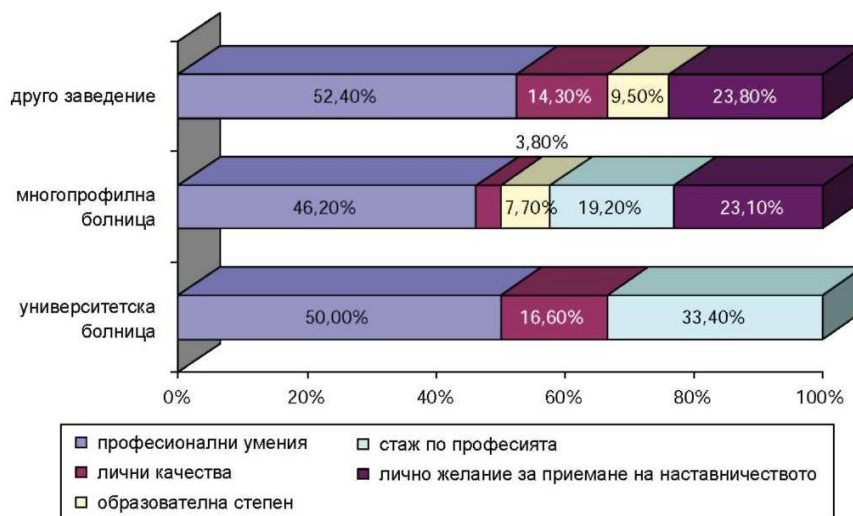
Според резултатите експертите са раздвоени в своето мнение относно наличието или липсата на система за подбор на наставници в здравните заведения, в които работят. Почти половината от анкетираните магистри не са запознати със съществуването на такава система (45,20%). Повече от половината от анкетираните наставници потвърждават наличието на система за подбор на наставници в здравните заведения, в които работят (63,90%).

Според магистрите от Варна и София в лечебните заведения, в които работят, не са запознати с наличие на система за подбор на наставници, докато магистрите от Плевен изказват мнение, че няма такава ($\chi^2 = 17,38, p < 0,01$).

Резултатите могат да се коментират с това, че експертите са тези, които изготвят програма за подбор на наставници, но явно или такава не е внедрена в системата на лечебното заведение, или липсва достатъчно информация за това.

Програмата за подбор на наставници трябва по наше мнение да се изготвя от главната медицинска сестра съвместно със старшите медицински сестри, работещи в клинични бази за обучение на студенти. Основната цел на една такава програма трябва да бъде: Осъществяване на избор на най-подходящи кандидати за наставници в структурата на здравното заведение.

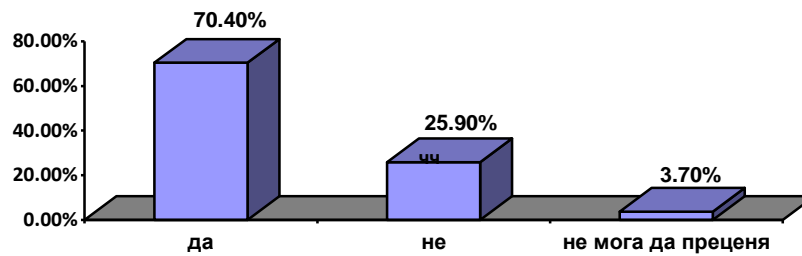
Интерес представлява разпределението на изказаното мнение от експертите относно водещите фактори при подбора на наставници според здравното заведение, което ръководят (Фиг. 40).



Фиг. 40. Водещи фактори при подбора на наставници (според експертите и заведението, което ръководят)

Без оглед на здравното заведение, в което работят, най-високо оценени от експертите са професионалните умения. За експертите от университетските болници на следващо място по важност е посочен стаж по професията (33,40%), докато експертите от другите заведения (23,80%) и многопрофилните болници (23,10) са посочили много правилно, според нас, лично желание за приемане на наставничеството. Ние считаме, че наставничеството е успешно, когато се вземе предвид този принцип. Той е много важен, за да им бъде полезен и насърчаващ наставническият процес.

Основната част от главните медицински сестри (70,40%) са на мнение, че има нагласа у професионалистите по здравни грижи да бъдат наставници (фиг. 41).



Фиг. 41. Нагласа у професионалистите по здравни грижи да бъдат наставници

Подборът на наставници трябва да бъде планиран, подготвян и внимателно управляван. Това ще даде възможност да се изберат подходящите хора. Определянето на критериите е важен момент от процеса. Независимо каква ще бъде техниката на подбор, критериите, по които ще бъдат избрани наставниците, трябва да бъдат ясни, точни, добре формулирани. Те трябва да са както общи, така и специфични за всяка организация. Медицинската сестра наставник трябва да се ползва с авторитет от колегите си и добре да разбира специфичните професионални задължения на студента. При това заедно с професионалните характеристики трябва да се обърне внимание и някои личностни качества като:

- ✓ лоялност - приема ли наставникът целите на лечебното и обучаващото заведение
- ✓ способност да убеждава, да заразява околните със собствените си идеи
- ✓ способност да приема психологическите особености на другите
- ✓ позитивна емоционална нагласа
- ✓ основен мотивиращ фактор в дейността му да не бъде материалният стимул

3.2.3 Наставничеството като инструмент за повишаване мотивацията на обучаващия и ефективността на учебния процес

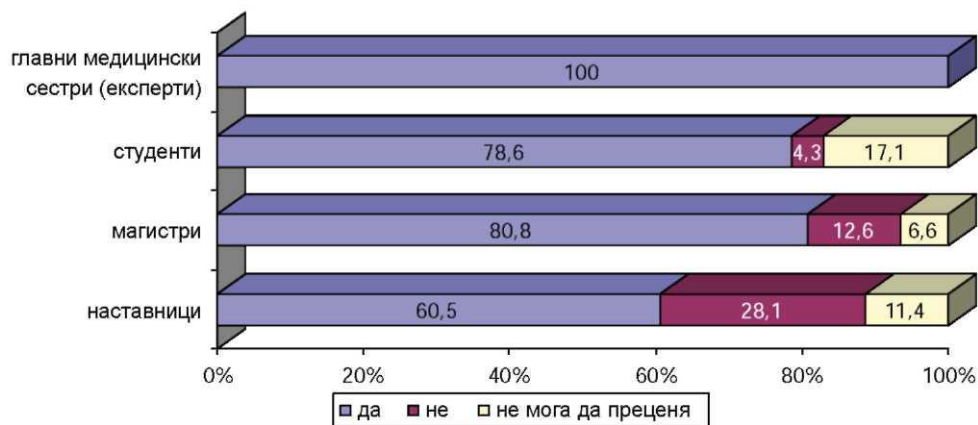
Мотивацията е основен и ценен ресурс в наставническия процес. Мотивацията е процес на насочване на избора, т.е. наставникът насочва студента към формиране на професионални умения, знания и навици, като предразполага студента да постигне определени цели.

Мотивацията е психологически механизъм, по който наставникът избира свой начин на поведение. Мотивите и мотивацията са област, в която се преплитат психологични и организационно-поведенчески компоненти.

Мотивацията обуславя дейността на наставника и неговото професионално развитие. Съществува връзка между мотивация и удовлетвореност. Те са много добре изразени в наставничеството. Мотивацията включва целева насоченост на поведението и изисква получаването на пряка и своевременна връзка между целенасочените действия и постигнатите резултати. Крайният резултат винаги е от субективно значение и има психологическа ценност.

Голяма част от студентите са на мнение, че наставничеството повишава ефективността на учебния процес (78,60%). На противоположното мнение са

незначително малка част от тях (4,30%). Съществена разлика беше намерена и по отношение на мнението на анкетираните за ролята на наставничеството за ефективността на учебния процес ($p < 0,001$). Анкетираните от различните групи изказват мнение, че наставничеството повишава ефективността на учебния процес. Съществуват разлики по отношение на изказаните отрицателно мнение и на тези, които не могат да преценят (фиг. 42).

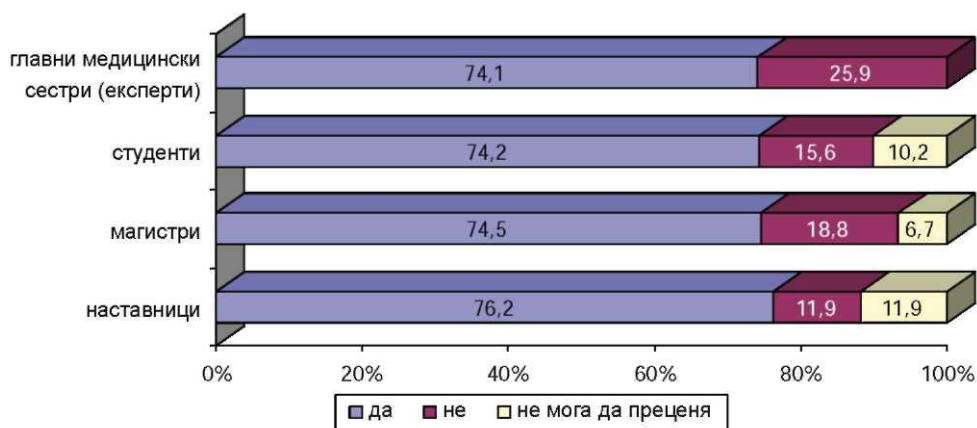


Фиг. 42. Приносът на наставничеството за ефективността на учебния процес (сравнителен анализ)

Всички експерти са потвърдили приноса на наставничеството за ефективността на учебния процес (100%), а най-много отрицателни отговори на същия въпрос са дали наставниците (28%). Студентите се колебаят в своята преценка и не могат да преценят (17,1%). Според нас студентите се въздържат да правят оценка на ефективността на учебния процес, макар че за нас тяхното мнение е от голяма важност, тъй като те са ползватели на образователния продукт.

Проученото мнение относно нагласите на наставниците да обучават студенти показва разлика в резултатите ($p < 0,001$). Анкетираните от различните групи изказват положително мнение относно съществуване на нагласи у наставниците за обучение.

Малка част от наставниците разпределят по равно отговорите си между „да“ и „не мога да преценя“ (11,90%), докато експертите не посочват отговор „не мога да преценя“ (фиг. 43).

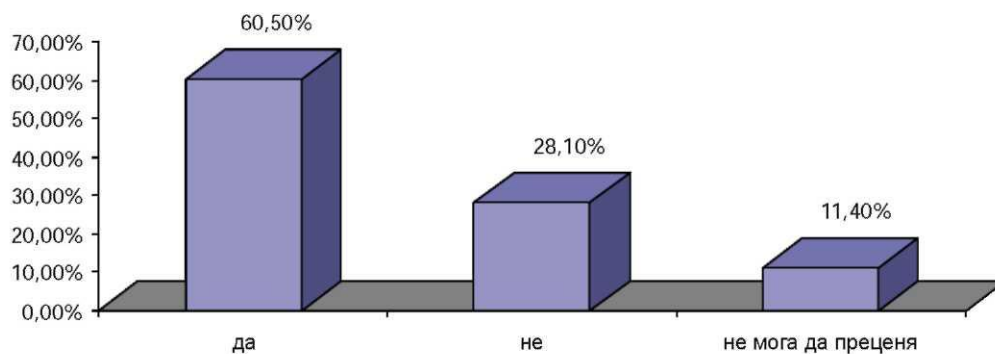


Фиг. 43. Нагласа на наставниците да обучават (сравнителни данни)

Според 74,20% от студентите съществува нагласа у професионалистите по здравни грижи да обучават, като на противоположното мнение са 15,60%. Не беше намерена разлика в мнението на студентите по град и курс на обучение.

Според 76,20% от наставниците професионалистите по здравни грижи имат нагласа да обучават. На противоположното мнение са 11,90%, като основният процент се формира от наставници от Варна.

Голяма част от наставниците споделят мнение, че наставничеството повишава мотивацията и удовлетвореността от работата (60,50%), като малко повече от една трета от тях споделят това и изказват отрицателно мнение (28,10%), (фиг. 44).

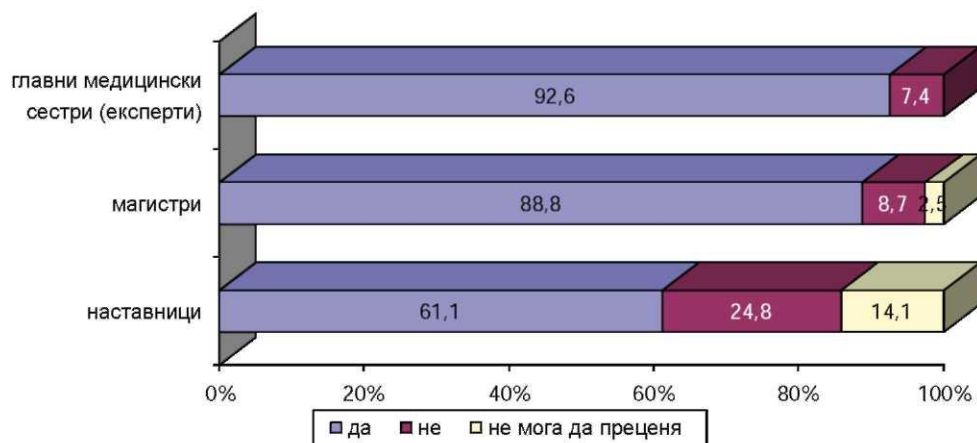


Фиг. 44. Принос на наставничеството за мотивация и удовлетвореност от работата (наставници)

При извършването на сравнителен анализ беше доказано, че има разлика по отношение на мнението на наставниците от различните градове ($\chi^2 = 16,19$, $p < 0,01$). Въпреки че по-голямата част изказват мнение, че наставничеството повишава мотивацията и удовлетвореността от работата, най-голям е дялът на изказалите противоположно мнение от Варна (51,90%), следвани от наставниците от Плевен (42,30%). При наставниците от София изказалите отрицателно мнение са значително по-малко (5,80%).

Според СЗО една от основните функции на съвременната медицинска сестра е да се обучава, както и да провежда непрекъснато обучение на пациентите и техните близки. Подготовката на професионалистите за поемане на наставнически функции също може да бъде придобивана по пътя на допълнителното обучение. Обучението може да бъде провеждано в рамките на здравното заведение, като е важен приносът на обучаващата институция - медицинския университет. Добрите практики в други страни, където наставничеството се развива успешно, оценяват необходимост от разработване на национално приета програма за обучение на наставниците медицински сестри. Възприемаме този подход за удачен, тъй като считаме, че по този начин ще се приложат уеднаквени критерии и стандарти за компетенциите на наставниците.

Проучихме мнението на различните групи изследвани лица относно необходимостта от допълнително обучение на наставниците. Значителна част от анкетираните магистри изказват положително мнение (88,80%), (фиг. 45).



Фиг. 45. Необходимост от допълнително обучение на наставниците (сравнителни данни)

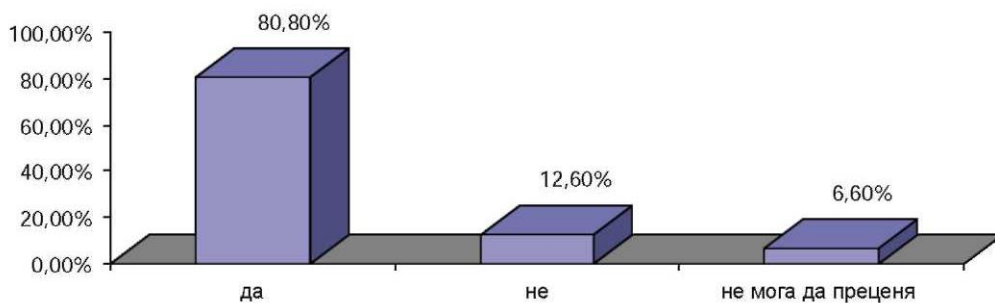
Установява се разлика в мнението на магистрите от различните градове по отношение на необходимостта от допълнително обучение ($\chi^2 = 14,31$, $p < 0,01$). Най-голям е дялът на магистрите от Варна, които са посочили отрицателен отговор относно необходимост от допълнително обучение. Магистрите от София и Плевен изказват мнение, че е необходимо да има допълнително обучение.

Считаме, че изказаното отрицателно мнение на магистрите от Варна кореспондира с въведената в МУ - Варна дисциплина „Наставничество в сестринството“, и те вече са преминали обучение за прилагане на наставничество като метод в практическото обучение на студенти от специалност „Медицинска сестра“.

Според сравнителните данни всички изследвани групи потвърждават необходимост от обучение, но изразено в различни проценти. Най-високо е изразено потвърждаването на този въпрос от експертите (92,6%). Като наблюдаващи и ръководещи наставническия процес те очевидно най-добре преценяват, че допълнителното обучение ще конкретизира функциите, ролята и задълженията на наставниците, с което ще бъде подпомогнато научното ръководство на процеса. По този начин наставничеството ще спомогне за постигане на по-високи резултати в полза на обучаемите.

Въпреки че значителна част от анкетираните групи са на мнение, че е необходимо да има допълнително обучение за наставници, беше намерена разлика в тяхното мнение ($p < 0,001$). Наставниците не са толкова категорични в своите отговори и не малка част от тях посочват, че не могат да преценят (14,10%). Експертите са категорични, че допълнително обучение е необходимо (92,60%). Тук беше намерена и умерена зависимост между нуждата от допълнително обучение и различните групи анкетираните ($\gamma = 0,32$ при $p < 0,001$).

Значителна част от анкетираните студенти по „Управление на здравни грижи“ смятат, че наставничеството повишава мотивацията и удовлетвореността от работата (80,80%). Според нас бъдещите мениджъри в областта на здравните грижи възприемат положително, че наставничеството заема основно място в системата за управление на човешките ресурси (фиг. 46).

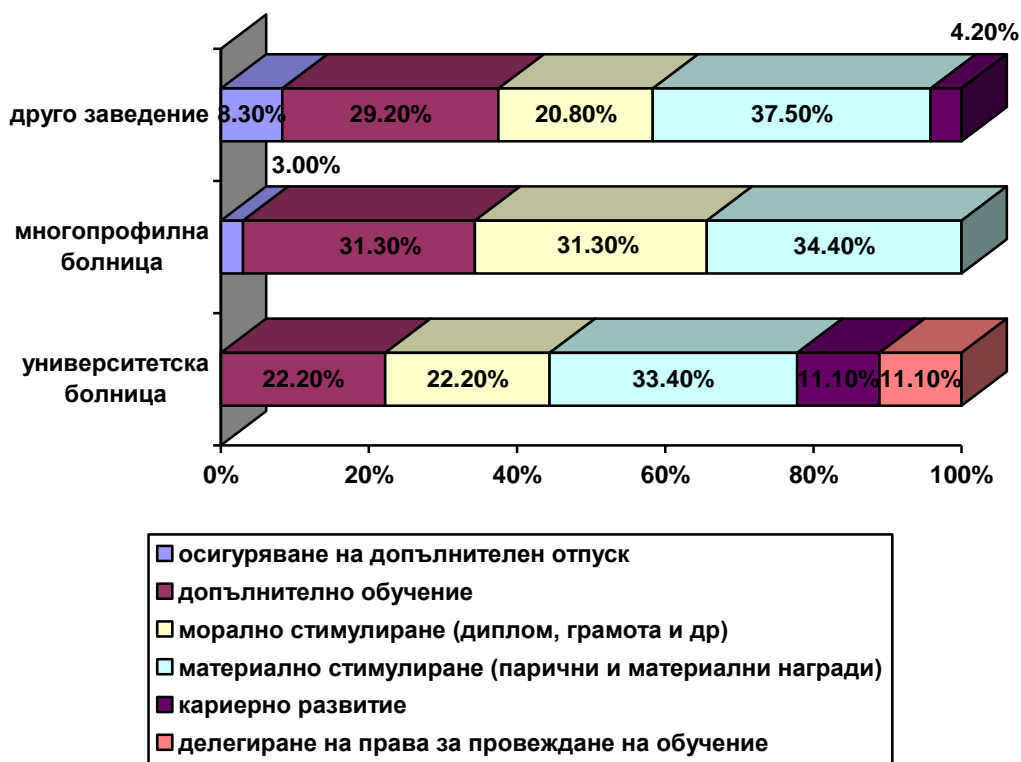


Фиг. 46. Принос на наставничеството за мотивация и удовлетвореност от работата (магистри)

Разлика беше намерена и по отношение изказаното мнение на магистрите, че наставничеството повишава мотивацията и удовлетвореността от работата ($\chi^2 = 26,58$, $p < 0,001$), като отрицателният отговор се формира основно от отговори на магистри от София (66,60%), като останалата част се формира от отговорите на магистрите от Варна.

Всички експерти са единодушни и потвърждават, че наставничеството повишава мотивацията и удовлетвореността от работата.

Мотивацията може да бъде вътрешна и външна. Приемането на наставнически функции от работещите медицински сестри е по желание и доброволно считаме, че е израз на вътрешна мотивация. Все пак в условията на реални работни условия ангажираността към наставнически процес понякога претоварва наставника. Ето защо, според изказаното мнение на експертите, е нужна и външна мотивация, чрез прилагане на различни стимули (фиг. 47).



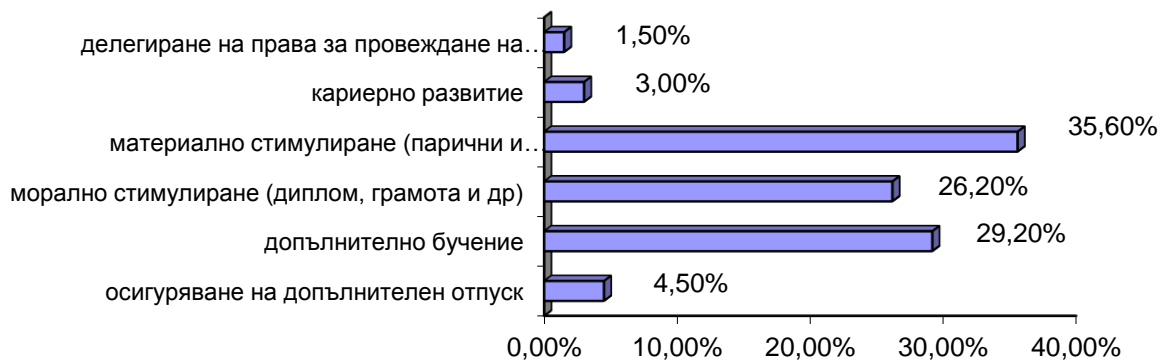
Фиг. 47. Стимули, които биха прилагали експертите в ръководеното от тях здравно заведение

Експертите от университетските болници са разпределили мнението си по всичките предварително предложени стимули. Ръководителите по здравни грижи от многопрофилните болници изключват възможност за делегиране на права при провеждане на обучение и кариерно развитие, свързано с наставничеството, а от другите заведения са изключили само делегиране на права.

Всички експерти са на мнение, че наставничеството може да повлияе върху развитието на сестринството и е важен фактор в процеса на обучение, адаптация и усвояването на нови технологии.

Според 96,30% от експертите здравните професионалисти трябва да бъдат стимулирани, за да поемат наставничество. Допълнителното заплащане на наставниците се определя от 88,90% от експертите като необходимост, докато останалите са на мнение, че не е нужно предприемането на подобна мярка или не могат да преценят в момента.

Като основен стимул, който биха предложили главните медицински сестри на наставниците, е материалното стимулиране чрез парични и материални награди (35,60%), а на второ място е посочено като стимул допълнителното обучение (29,20%), (фиг. 48). Недостатъчно оценени от експертите са стимулите кариерно развитие (3,00%) и осигуряване на допълнителен отпуск (4,50%), (фиг.48).



Фиг. 48. Стимули, които биха предложили експертите на наставниците

Според голяма част от анкетираните главни медицински сестри е необходимо наставниците да преминат през допълнителни курсове или обучение (92,60%). Незначително малка част са изказали мнение, че не е необходимо допълнително обучение на наставниците (7,40%).

За съжаление в нашата страна не всички наставници притежават съответната подготовка да обучават и подготвят студентите за самостоятелна и пълноценна работа. Наставникът трябва да бъде включен в системата за непрекъснато усъвършенстване и продължаващо обучение на здравното заведение, в което работи, да получава актуално професионално обучение, постоянно да развива своята лична и професионална компетентност.

IV. ВЪВЕЖДАНЕ НА СУПЕРВИЗИЯ И УТВЪРЖДАВАНЕ НА НАСТАВНИЧЕСТВО В СЕСТРИНСТВОТО В БЪЛГАРИЯ - иновативни подходи за признаване на автономна сестринска практика и гарантиране на високо качество на здравните грижи.

4.1. Предпоставки за прилагане на супервизия в сестринството в България

4.1.1 Правен анализ на нормативни документи, регламентиращи обучението и професионалната реализация на медицинската сестра у нас.

Законодателната рамка за обучението и дейността на медицинската сестра в България включва редица Закони и Наредби, които регламентират обучението и професионалната реализация на медицинските сестри. Без да бъдем изчерпателни в правния анализ, ще направим преглед на основните нормативни документи, които изясняват статута на професията у нас.

Съгласно чл. 8а от **Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“, „Акушерка“ и „Лекарски асистент“**(31), завършващите специалисти получават задълбочени познания по дисциплините, които са в основата на сестринските грижи, включително достатъчно високо ниво на познание за организма, психологическите функции и поведението на здравите и болните хора, както и за социалната среда на човека, познания за същността и етиката на професията и общите принципи, касаещи здравето и сестринските грижи, подходящ практически клиничен опит, умения за работа съвместно със здравния персонал и други медицински специалисти.

Раздел II – ри от **Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (33)** регламентира изчерпателно дейностите, които **медицинската сестра** може да извършва самостоятелно, а именно: предоставяне и събиране на здравна информация, включваща запознаване на пациента със структурата, организацията и работния график на лечебното заведение, запознаване на пациента с дейностите по промоция, профилактика, превенция, диагностика, лечение или рехабилитация, които се осъществяват от лечебното заведение; запознаване на пациента с неговите права и задължения; информиране на пациента с цел получаване на информирано съгласие при извършване на изследвания и манипулации; водене на медицинска документация; изготвяне на необходимите доклади и анализи, свързани с дейността; даване на указания на пациента при необходимост от вземане на материал за медико-биологични анализи; проследяване и регистриране на лабораторни изследвания, манипулации и здравни грижи; **промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите**, включващи: промоция, профилактика и консултиране на лицата за социално-значими заболявания; оказване на грижи за психичното, физическото и социалното здраве на лицата; извършване на профилактика в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве, превенция и профилактика на сексуално предавани инфекции, ХИВ и СПИН, токсикоманиите, алкохолизма, тютюнопушенето, насилието, трудовите и битовите

злополуки; оценка на здравни проблеми и съветване на лица с повишен здравен риск; превенция на злокачествени заболявания на репродуктивната система; осъществяване на оценка на здравни потребности и рискови фактори за здравето; консултиране по въпросите на семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве; информиране при безплодие; промоция на кърменето; оказване на психологична помощ на пациентите и семейството; предоставяне на съвети за хигиена и хранене; консултиране за отглеждане на новородено, включително за хранене, хигиена, имунизации; консултиране за хигиена и предпазване от развитието на декубитуси при рискови за това пациенти; обучение на жените за самоизследване на млечни жлези; разпознаване на белези на насилие или изоставяне и предприемане на действия за уведомяване на съответните компетентни власти; **медицински и здравни грижи и дейности, включващи:** извършване на общ и специален тоалет; подпомагане на дишането; подпомагане при хранене и приемане на течности; подпомагане на отделянето; подпомагане на движението; подпомагане при сън и почивка; подпомагане при обличане и събличане; участие при поддържане на оптимална температура; подпомагане при избягване на опасности; дейности съобразно националните здравни програми; предоперативни и следоперативни грижи за пациенти; измерване, регистрация и оценяване на витални показатели; разпознаване индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременни действия; съставяне план за сестрински грижи; предпазване, възстановяване, поддържане и подобряване здравето на лицата при съобразяване с психологическите, физическите, социалните, икономическите, културните и етническите особености на пациента; изписване в лекарствен лист на предписаните от лекар лекарствени продукти и санитарно-хигиенни материали; организиране и съблюдаване на правилното транспортиране, съхраняване и срок на годност на лекарствените продукти и материалите; организиране, провеждане и контрол на дейностите по дезинфекция и стерилизация; участие в организацията на профилактиката, контрола и епидемиологичния надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване; **ресоциализация, реадaptация и рехабилитация, включващи:** извършване на психосоциална рехабилитация на пациенти със социалнозначими заболявания; организиране и провеждане на общоукрепващи, мобилизационни и закалителни процедури; ранна рехабилитация на хоспитализирани пациенти; обучение в ползване на помощни средства, приспособления и съоръжения за придвижване; подпомагане укрепването, адаптирането и връщането на лицата в семейството и социалната среда; съдействие за адаптирането на обществото към лицето; **манипулации, включващи:** извършване на инжекции –подкожни, мускулни, венозни, вътрекожни; осигуряване на продължителен венозен достъп; извършване на венозна пункция и вземане на кръв; инстилиране на лекарствени продукти през катетър (сонда), дренаж; извършване на венозна инфузия; извършване на скарификационни тестове; извършване на очистителна и лечебна клизма; въвеждане, поддържане проходимостта и смяна на уретрален катетър при жена; поддържане проходимостта на уретрален катетър при мъже; извършване на септични и асептични превръзки; парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори; извършване на влагалищна промивка; извършване на тоалет на външни полови органи; поставяне на интравагинални лекарствени продукти; сваляне на конци и дренажи от оперативни рани; отстраняване на

шина; извършване на промивка на конюнктивален сак; извършване на стомашна промивка; извършване на електрокардиография; оказване на спешни, хуманитарни и други дейности, включващи: участие в дейности при бедствени ситуации; участие в дейности по оказване на хуманитарна помощ; извършване на дейности за овладяване на състояния на хипо-и хипертермия; извършване на временна имобилизация на крайници и гръбначен стълб, поставяне на шийна яка; механична хемостаза и/или локално прилагане на хемостатични лекарствени продукти; осигуряване и поддържане на проходимост на горни дихателни пътища; извършване на първична реанимация – непряк сърдечен масаж и изкуствена вентилация; поддържане на жизнените функции на пациента при състояния, застрашаващи живота по време на транспортиране; провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи: участие в практическото обучение на студенти и стажанти по специалностите от направление „Здравни грижи“; участие в изследвания в областта на сестринските грижи; участие в обучението на лица в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве; обучаване, профилактика и възпитание на пациента и близките му; изследвания в областта на епидемиологията, ергономията, хигиената и безопасността. Тези професионални дейности могат да се извършват от медицинската сестра както самостоятелно, така и по лекарско назначение. **Професионалните дейности, които медицинската сестра** извършва по лекарско назначение, са: асистирание на лекар при извършване на манипулации и интервенции; подготвяне и извършване на преливане на кръв или на други продукти с биологичен произход; провеждане на назначено от лекар лечение; подготвяне и при необходимост подпомагане на пациента при извършване на медико-диагностични манипулации; извършване и наблюдение на проби за чувствителност; поставяне и сваляне катетър или перфузионна игла в повърхностна вена; наблюдение на поставени от лекар централни венозни катетри и имплантирани системи за съдов достъп, поставени от лекар; разпределяне и даване на пациент на лекарствени продукти; осъществяване на грижи за новородени в кувьоз; наблюдение на хранителния режим на кърмаче; осъществяване и наблюдение на специфични превръзки; подготвяне за и сваляне на конци, дренаже и сонди; обработване и наблюдение на рани, фистули и стоми; полагане на грижи и наблюдение на пластика; осъществяване на грижи и наблюдение на интубиран или трахеостомиран пациент, като първата смяна на канюлата на трахеостомата се извършва от лекар; поставяне на назогастрална сонда.

В чл. 81 и чл. 82 от **Закона за здравето (21)** са посочени основните принципи и правото на достъпна медицинска помощ за гражданите, както и обхвата на медицинските услуги, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Така, всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при прилагане на следните принципи: своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ; равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година; сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения, зачитане правата на пациента. Предоставят се медицински услуги, свързани с медицинска помощ при спешни състояния, стационарна психиатрична помощ; осигуряване на кръв и кръвни продукти; трансплантация на органи, тъкани и клетки; задължително лечение и/или задължителна изолация. Чл. 96 Закона за здравето дефинира палиативните медицински грижи: медицинско наблюдение;

здравни грижи, насочени към обгрижване на пациента, премахване на болката и психоемоционалните ефекти на болестта; морална подкрепа на пациента и неговите близки. Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ и от хосписи.

Съгласно чл. 15 от **Закона за лечебните заведения (22)** лекарите могат да сключват договори с медицински сестри за изпълнение от тях на медицинска дейност. А съгласно чл. 17а в медицински, медико – дентален и диагностично-консултативен център могат да се разкриват звена, в които медицински сестри могат да оказват самостоятелно здравни грижи.

В Раздел II – ри, чл. 6 от **Наредба № 19 от 22 юли 1999 г. за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите (34)** е посочено, че в регистъра на лечебните заведения, длъжностно лице води азбучен указател, в който се отразяват и видовете дейности, за които е регистрирано заведението.

Съгласно **Методично указание № 3 от 29.03.2000 г. за устройството и дейността на лечебното заведение ХОСПИС (27)** в хосписа се осъществяват следните основни функции: Непрекъснато (24 часова) медицинско наблюдение, медико-социално обслужване и квалифицирани всеобхватни грижи в жилищната част и по домовете на болни с тежки, в напреднал стадий заболявания и инвалиди; професионални здравни грижи на тежко болни и подкрепа на техните семейства без оглед на диагноза, възраст, пол, религия, избор на лекар или възможност за плащане; обучение на болните и техните семейства; осигуряване възможности за провеждане на домашна рехабилитация; предоставяне в дома на специализирано оборудване, осигуряващо качество на живот на тежко болните и инвалидите; предоставяне на помощ при снабдяването на болните с медикаменти и пособия; персонални грижи предвиждащи запазване на достойнството и независимостта на болния; емоционална, социална и духовна подкрепа на болните, особено в терминално състояние, чрез духовни лица и социални работници; обучение на доброволни сътрудници за работа с пациенти.

Дейностите в хосписа се осигуряват от лекари от лечебните заведения за първична извънболнична помощ; специалисти-консултанти при предписание от лекарите от лечебните заведения за първична извънболнична помощ; **медицински сестри**; социални работници, според потребностите; санитарни-болногледачи, които могат да изпълняват функциите и на домашни помощници за социално-битова помощ на пациентите при оказване на грижи в дома; духовни лица за религиозните потребности на пациентите; доброволци за работа в хосписа, както в жилищната част, така и по домовете на пациентите. Координатор на грижите за всеки пациент на хосписа е **медицинската сестра**. Със заповед на директора (управителя) на хосписа се определят: сестра – координатор на грижите в хосписа; сестра – координатор на грижите в дома на пациента; социален работник – координатор на социалната работа; координатор на доброволците – сътрудници на хосписа.

Съгласно чл. 80, ал. 1, т.2 от **Закона за лечебните заведения (22)**, персоналят в лечебните заведения се състои и от медицински специалисти с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ по здравни грижи.

Съгласно чл. 6 дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество

на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента. Никое лечебно заведение не може да отказва медицинска помощ на лица, явили се в него в състояние, което застрашава техния живот, независимо от местоживеенето им.

Съобразно чл. 1, ал. 2 от **Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните специалисти** цел на професионалното развитие на **медицинските сестри (23)** е да се поддържат, повишават и разширяват теоретичните знания и практическите умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи. При упражняване на професията си медицинската сестра осъществява диагностика на нуждите, промотивни, профилактични, клинични и рехабилитационни здравни грижи в съответствие с професионалните ѝ компетенции.

Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи представлява своите членове и защитава професионалните им права и интереси; създава и води национален електронен професионален регистър и регионални професионални регистри на членовете си; определя условията и реда за вписване в регистри на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и правилата за издаването на сертификат за квалификация по професията; приема Кодекс за професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и упражнява контрол по спазването му; приема Правила за добра медицинска практика по здравни грижи, предлага ги за утвърждаване от министъра на здравеопазването и упражнява контрол по спазването им; налага санкциите, предвидени в този закон; организира, координира и регистрира **продължаващото обучение на медицинските сестри**, при условия и по ред, определени в договори с висшите медицински училища и с базите за следдипломно обучение; приема Квалификационна рамка за професионално развитие на **медицинските сестри**, състояща се от квалификационни нива; участва със свой представител със съвещателен глас във Висшия медицински съвет към министъра на здравеопазването; дава становища по проекти на нормативни актове в областта на здравните грижи, осъществявани от медицинските сестри; осъществява сътрудничество с други органи, организации и институции в страната и чужбина; подпомага своите членове и техните семейства в случай на нужда съгласно устава на организацията; извършва други дейности, предвидени в устава ѝ. Последните изменения в този Закон (ДВ. бр.103 от 27 Декември 2016г.) очертават нови регламенти в практиката на медицинските сестри:

(2) (нова) Цел на професионалното развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти е да се поддържат, повишават и разширяват теоретичните знания и практическите умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи.

4. (нова) "Квалификационни нива" са нива на професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, които отразяват придобитите знания, умения и компетентности, усвоени в рамките на продължаващото медицинско обучение и/или специалност в системата на здравеопазването за период 5 години.

7а. (нова) приема Квалификационна рамка за професионално развитие на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, състояща се от квалификационни нива;

В Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването (35) се дефинира продължителната квалификация като непрекъснато обучение след придобиването на правото за упражняване на професия под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, както и програми за дистанционно обучение. Обучението за придобиване на специалност и за продължителна квалификация се провежда в лечебни и здравни заведения, които са "бази за следдипломно обучение". Специалност могат да придобиват правоспособни специалисти с висше образование по **здравни грижи** и завършили медицински колеж. Така, специалност могат да придобиват и специалисти с висше образование при условие, че работят в системата на здравеопазването.

НАРЕДБА за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността "Управление на здравните грижи" за образователно-квалификационните степени "магистър" и "бакалавър" от професионално направление "Обществено здраве"(32) урежда дисциплините и хорариум при провеждането на обучението. Висше образование по специалността **"Управление на здравните грижи"** се придобива във факултет на висше училище, получило акредитация по реда на Закона за висшето образование и провеждащо обучение по специалностите "Медицина", **"Медицинска сестра"** и "Акушерка" след придобита специалност "Медицинска сестра" или "Акушерка", специалност от професионално направление "Здравни грижи" на образователно-квалификационна степен "професионален бакалавър по ..." и една от специалностите "Социални дейности", "Социална педагогика", "Социален мениджмънт" или "Здравен мениджмънт" на образователно-квалификационна степен "бакалавър", както и след придобита специалност от професионално направление "Здравни грижи" на степен "професионален бакалавър по ...".

Посочените параметри за образование, квалификации и компетентност на медицинските сестри определя тяхната решаваща роля при реализиране на здравни услуги. Към настоящия момент ролята на професионалиста по здравни грижи е различна и много динамична. Европейска практика е професионалистът по здравни грижи да се приеме за равноправен партньор в екипа, както в предоставянето на медицински и здравни грижи, така и в управлението. Но до известна степен продължаващото и професионално развитие зависят от личната мотивация и доброто желание на самите здравни специалисти. Добрата теоретична и практическа подготовка, както и познаването на етичните норми и добросъвестност при изпълнение на професионалните ангажименти на медицински сестри, е предпоставка за повишаване на качеството на здравните грижи. Непрекъснатото обучение на медицинските специалисти е изключително важно и необходимо в условията на лавинообразно развитие на медицинската техника и извършване на високоспециализирани грижи и манипулации. Продължаващото обучение на професионалистите по здравни грижи е важен елемент в системата на здравеопазването и гаранция за по-високо качество на здравните грижи.

Анализирайки законодателството, което урежда обучението и професионалната реализация на професионалистите по здравни грижи, в частност медицинските сестри у нас, считаме че за въвеждането на супервизия и утвърждаване на наставничеството в

сестринството би трябвало да се направят някои допълнения в следните Закони и Наредби:

- ✓ **Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните специалисти**, за да се определи: **в Квалификационната рамка за професионално развитие на медицинските сестри квалификационното ниво на супервайзора и наставника;**
- ✓ **Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването (35)** – да се добави: **и специализация „Клинична супервизия“.**
- ✓ **Закона за лечебните заведения (22)**- съгласно чл. 17а в медицински, медико – дентален и диагностично-консултативен център могат да се разкриват звена, в които медицински сестри могат да оказват самостоятелно здравни грижи - да се добави: **под контрол на супервайзор.**
- ✓ **Закона за здравето (21)** - Чл. 96 дефинира палиативните медицински грижи: медицинско наблюдение; здравни грижи, насочени към обгрижване на пациента, премахване на болката и психоемоционалните ефекти на болестта; морална подкрепа на пациента и неговите близки. Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ и от хосписи – да се добави: **и от медицински сестри под контрол на супервайзор.**
- ✓ **Методично указание № 3 от 29.03.2000 г. за устройството и дейността на лечебното заведение ХОСПИС (27)** - да се добави: **сестринските дейности се извършват под контрол на супервайзор. Координатор на грижите за всеки пациент на хосписа е медицинската сестра/супервайзор.**

Предложението е в съответствие със стратегическите документи на правителството: Програма на правителството за стабилно развитие на Република България за периода 2014- 2018 г. и Концепция „Цели за здраве 2020“. В Програмата на правителството са предвидени конкретни мерки за подкрепа на системата на продължаващото обучение в системата на здравеопазването. Според Концепция „Цели за здраве 2020“ (25) **здравните професионалисти на бъдещето трябва да бъдат подкрепени от лесен достъп до възможности за учене през целия живот. Здравните професионалисти трябва да са способни да актуализират своите знания и умения и да реагират на новите здравни предизвикателства.** Тази цел според Концепцията ще се постигне чрез усъвършенстване на системата за обучение и квалификация, гарантираща качеството на медицинската помощ, чрез развитие на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организирането и провеждането на обучението. Концепцията също в раздела „Човешки ресурси“ - *Основни дейности за реализация на целите* предвижда **„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., което също подкрепя предложението ни за въвеждане на супервизия.**

Съгласно чл. 182 от Закона за здравето Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи организира, координира, провежда и регистрира продължаващото обучение на медицинските сестри, акушерките и асоциираните

медицински специалисти. **Резултатите от продължаващото обучение обаче не са обвързани с професионалното развитие.** На този етап участието в продължаващото обучение е единствено в зависимост от стремежа и желанието на професионалистите по здравни грижи за лично и професионално усъвършенстване. Здравеопазната ни система се лишава от ресурса в лицето на висококвалифицирани медицински сестри, които под контрол на супервайзор могат да осъществяват автономна дейност в интерес на здравето на пациента.

Развитието на медицинската наука и технологии поставя високи изисквания към квалификацията на медицинските специалисти, което налага непрекъснатото ѝ поддържане и повишаване. Сигурността и безопасността на пациентите е в пряка зависимост от квалификацията на всички медицински специалисти. Качеството на здравните грижи е от ключово значение за гарантиране на високо ниво на защита на здравето и безопасността на хората и за доверието в системата. Това е водещата причина за предлаганото изменение и допълнение към законодателството, което урежда обучението и професионалната реализация на медицинските сестри.

Целта е законово да се регламентира професионалното развитие на специалистите по здравни грижи. Професионалното развитие на медицинските сестри да гарантира, поддържането, повишаването и разширяването на теоретичните знания и практическите умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи. Професионалното развитие да се отразява в квалификационни нива, определени в квалификационна рамка, приета от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Квалификационните нива да удостоверяват придобити знания, умения и компетентности, усвоени в рамките на продължаващото медицинско обучение или придобитата специалност в системата на здравеопазването за период от пет години. Прецизиране на понятието „добра медицинска практика“ в областта на здравните грижи, предоставяни от медицинските сестри. Въвеждането на квалификационните нива да създаде условия за реализация на целите и мерките предвидени в Програмата на правителството за стабилно развитие на Република България за периода 2014-2018 г. и Концепция „Цели за здраве 2020“. Да се отговори на високите изисквания към квалификацията на медицинските специалисти и по този начин гарантиране на сигурността и безопасността на пациентите. Да се гарантира високо ниво на защита на здравето и безопасността на гражданите и доверие в системата на здравеопазването.

В регистъра на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи са вписани 23433 медицински сестри в работоспособна възраст и част от тях са потенциални участници в продължаващото обучение.

Може да обобщим, че съществуващата законодателна рамка, въпреки своята непълнота е добра възможност за развитие на модерно сестринство в България, което включва супервизия и наставничество.

4.1.2 Модел и континуум на супервизия, приложим в България

Въпреки някои различия, отразяващи спецификата на всяка страна разглеждана поотделно, медицинската сестра се разглежда като централна фигура във всички

модерни здравни системи. Голяма част от страните в Европа са променили своето здравно законодателство, така че по-добре да съответства на потребностите и нуждите на населението и определят сестринството като важен ресурс за всяка здравна система – дадени са възможности сестрите да управляват своите практики в рамките на придобитите компетенции и да носят отговорност за качеството на здравните грижи. Медицинските сестри в съвременния свят споделят нова философия на грижите и ги предлагат на пациентите през различни организационни модели, стремейки се да подобрят своята ефективност, да направят цената равно достъпна. Познати са дългосрочни грижи, интегрирани социално – медицински грижи, пациент – центрирани грижи, управление на случай и др.. Независимо какъв модел на оказване на грижи прилагат сестрите в различните страни общ е стремежа да се търсят пътища грижите да имат гарантирано качество и непрекъснат характер.

В България Медицинските сестри имат различно ниво на компетентност:

- Различни образователни степени
- Различен стаж в професията (опит)
- Различно следдипломно обучение (краткосрочно, специализации, придобити бакалавърски и магистърски степени по Управление на здравните грижи и др.)
- Придобит първи или втори Сертификат (професионална карта), като гаранция за полагане на качествени здравни грижи, както и такива, които не са сертифицирани.

Следователно е необходим е професионален „поглед отгоре“, който може да бъде възложен на подготвената, специално обучена за това медицинска сестра.

Грижите, независимо дали се предоставят в общността или в институционална среда, са процес, изискващ интензивното участие на трудовия фактор – лекари, медицински сестри, акушерки, психолози, педагози, социални работници и др. като непрекъснатото обучение е предпоставка за поддържане на високо качество на предлаганите здравни грижи.

Общата тенденция е деинституционализиране на грижите - с изключение на хората с тежки увреждания и предлагане на съобразени с индивидуалните потребности грижи в домашни условия и грижи в общността, както и внедряване на съвременните технологии - електронно здравеопазване, теленаблюдение, телемедицина и др., които ще улеснят грижите. Всичко това налага осигуряване на подготвени здравни професионалисти.

Участието на медицинските сестри в осъществяване на политики за превенция и рехабилитация, насочени към насърчаване воденето на активен и здравословен начин на живот изисква наличието на добре обучен и квалифициран персонал и ефикасно използване на информационните и комуникационни технологии, прилагане на иновативни подходи и неизбежно въвеждане на супервизия.

Модел на супервизия в България

1. *Организационно-технологичната рамка на супервизията в институционален контекст*

- конструктивна и редовна **обратна връзка** със супервизираните медицински сестри и здравната структура (болница, отделение, клиника и др. или здравна грижа);
- периодично провеждане на супервизия (поне 1 път месечно);
- познаване на трудностите и проблемите на персонала и използване на възможностите на индивидуалната и груповата супервизия за преодоляването им;
- познаване на потребностите на персонала и перспективите за неговото развитие;
- преодоляване на недоверие и негативизъм към възможностите на супервизията;
- приемственост в дейността на супервизорите.

2. *Използване на различни видове и форми на супервизия (оптимално съчетаване на различните видове и форми, като се дава приоритет на индивидуалната супервизия)*

Видове супервизия

- Индивидуална супервизия
- Групова супервизия

Форми

- използване на дистанционната форма на супервизия (онлайн супервизия) в съответствие с нейните възможности;
- редовно използване на административна, образователна и подкрепяща супервизия;
- доминиране на супервизията между колеги.

3. *Основни цели на супервизията в сестринството*

1. **Да се подобри качеството на работата:**

- Да се подкрепи и насърчи медицинската сестра и да ѝ се вдъхне увереност в работата.
- Да се наблюдава и да се практикува – да се дадат на медицинската сестра знания и умения, които да ѝ позволяват да върши по-добре работата си.
- Да се проследява качеството - да се приложат механизми за контрол на качеството и насърчаване на медицинските сестри да прилагат стандарти и правила за „добра здравна грижа“

2. **Осигуряване на най-добрата защита за пациентите при сложни клинични ситуации:**

- Прилагане на индивидуален подход
- Анализ на състоянието и оценка на потребностите на пациента
- Планиране на грижите в съответствие с целите, които си поставя медицинската сестра
- Сестрински интервенции, съответстващи на законово регламентирани професионални компетенциите (изключване на риск за пациента)

3. Предпазване на медицинската сестра от „бърнаут“

- Дейности на институцията за намаляване на стреса (анти-стрес програми)
- Обратна връзка със супервайзора
- Самооценка за извършени дейности от медицинската сестра (рефлекс над сестринската практика)

Предлагаме **Модел на супервизия**, който може да бъде приложен в България (фиг. 49).



Фиг.49. Модел на клинична супервизия

4. Очакваните ефекти от прилагане на супервизията биха могли да се изразят в следното (фиг.50):

- ✓ Подкрепа на кариерно развитие на медицинската сестра
- ✓ Разширяване на знанията;
- ✓ Подпомагане на клиничните умения;
- ✓ Намаляване на стреса;
- ✓ Намаляване на риска за пациента;
- ✓ Издигане на имиджа на професията;
- ✓ Принос за признаване на автономия в рамките на професионалните компетенции на медицинската сестра;

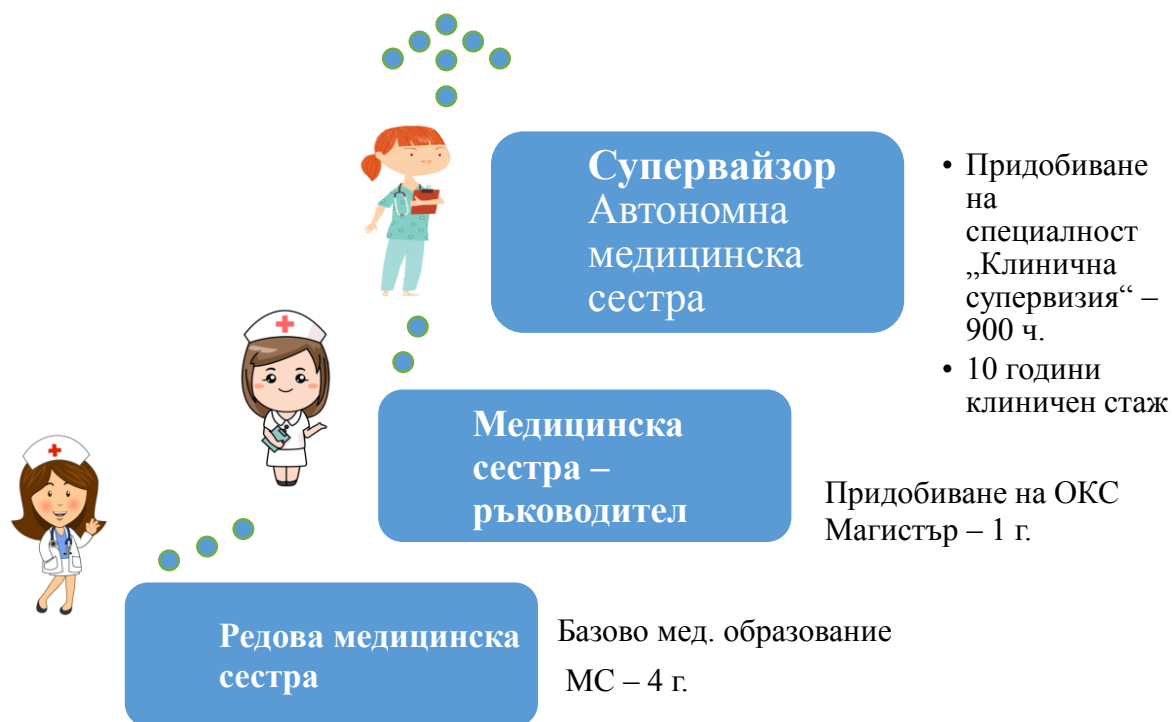


Фиг. 50. Ефекти от въвеждане на клинична супервизия в сестринството

Модел на супервайзор – професионални компетенции

- Установяване атмосфера на доверие, сигурност и подкрепа;
- спазване на приети отговорности;
- сътрудничество и обмен на идеи и решения;
- обсъждане на очаквани трудности и проблеми в съвместната дейност;
- разясняване на значението на супервизията като важен елемент на сестринската работа;
- отговорност и инициативност – провеждане на редовни работни срещи,
- осъществяване на посредничество между ръководител на социалната служба или услуга и персонал при трудности във взаимодействието;
- анализиране на проблеми и ситуации на затруднение;
- поддържане на действена обратна връзка със супервизирания;
- балансирано упражняване на власт;
- съобразен с културната принадлежност и недискриминиращ стил на комуникиране и поведение;
- съобразяване с етичните принципи на сестринската работа

Считаме, че за България има възможност да се предложи Континиум **на супервизията в сестринството** (фиг. 51).



Фиг. 51. Континуум на супервизията в сестринството в България

Същността на Континуума може да се изясни в три стъпки, от които двете са законодателно уредени в България:

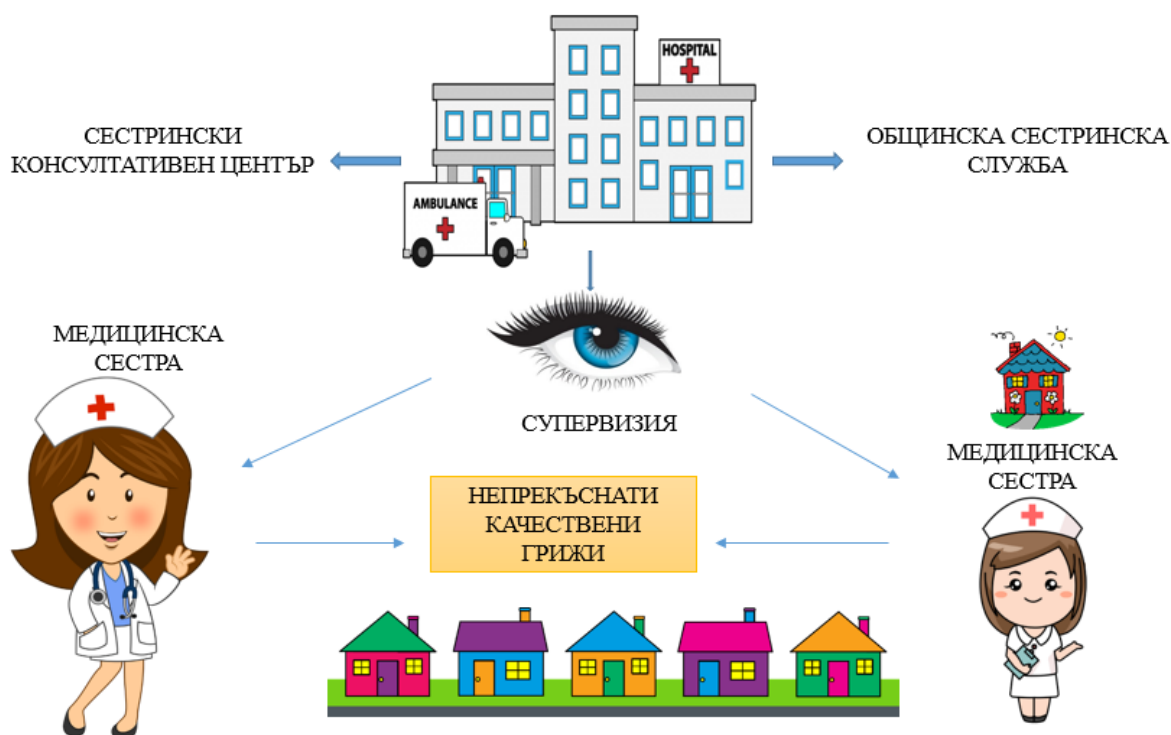
1. Базово образование за придобиване на специалност „Медицинска сестра“ с ОКС „Бакалавър“ – срок на обучение 4 години в Университет, *достатъчно условие за практикуване на професията като редова медицинска сестра*

2. Придобиване на ОКС „Магистър“ – срок на обучение 1г. в университет, *достатъчно условие за заемане на ръководни длъжности, и в т.ч. и шеф екип в клинични звена, ако магистърската програма е с клинична насоченост.*

3. *Необходимо условие – 10 години клиничен стаж, придобиване на специалност „Клинична супервизия“ и право на автономна сестринска практика като супервайзор.*

За третата стъпка е необходимо допълване на законовата рамка, включване на специалност „Клинична супервизия“ и право на автономна практика на медицинската сестра.

По този начин супервайзорът ще има **поглед отгоре**. Той ще може компетентно и професионално да оказва подкрепа. Компетенциите му ще бъдат достатъчни да взема решения, да намалява стреса на своя супервизиран на работното място. Ще оказва помощ за справяне и ще развива чувство за отговорност сред медицинските сестри. Този компетентен специалист – супервайзор, ще сътруднича на мениджмънта в организацията за преодоляване на тежестта, конфликти породени от трудовата среда и неясни роли. (фиг. 52)



Фиг. 52. Поглед отгоре

4.2. Теоретичен и практически модел за ефективно наставничество в обучението на медицинските сестри

4.2.1 Теоретичен модел и Практически модел за прилагане на наставничество

В България наставничеството в обучението на медицинските сестри не е нормативно регулирано, за този труд здравните професионалисти не получават заплащане. По – скоро наставничеството при обучение на медицински сестри у нас се разглежда като морален и професионален дълг на дипломирания с доказан професионализъм и авторитет специалист в областта на здравните грижи. Според Наредба №1/08.02.2011 на Министерство на здравеопазването за професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват в Раздел II, т.7, а е записано „ участие в практическото обучение на студенти и стажанти по специалностите от направление „Здравни грижи”. Практически Наредбата най – общо визира проблема.

Добрата предварителна подготовка за приемане на студентите в Учебно – практическите бази (болница, структури в извън болничната помощ, социални заведения и др.) е сериозна предпоставка за ефикасното протичане на практическото обучение. Така се създават оптимални условия за затвърждаване и обогатяване на знанията, включване на студентите в работен екип и осъществяване на дейност под контрол и наблюдение на наставник. Ефективната адаптация изисква и висока степен на сработване между Учебно-практичните бази и Медицинския университет, повишаване на критериите и общата отговорност. Новите предизвикателства при интегрирането ни с

Европейските структури, поставят необходимостта от изграждане на комплексен подход при подготвянето на нова генерация от здравни специалисти. Изясняване на проблема и очертаване на параметрите на наставничеството в сестринството, неговите образователни и организационни аспекти, се налага и поради настъпилите промени в обучението на медицинските сестри – широко застъпено клинично практическо обучение през целия 4 годишен срок на обучение и увеличаване продължителността на преддипломния стаж за специалността (VII и VIII семестър).

Според нас Теоретичният модел за прилагане на наставничество налага възприемане на ясни **правила**, отнасящи се до различните субекти в образователния процес – студента, наставника и преподавателя.

Правила

за създаване на качествена организация на практическото обучение

- **за студента/стажанта**

1. В процеса на работа студентите/стажантите ясно да разберат целите на клиничното практическо обучение.
2. В условията на клинична работа студентите/стажантите да се стремят към постигане на все по – добри резултати.
3. Студентите/стажантите да изграждат убеденост, че работните ситуации изискват проява и съчетаване на личностни човешки качества, морал и професионални умения и способности.
4. Студентите/стажантите да възприемат обучението като двустранен процес на обмен на знания, даване на обратна връзка и да разглеждат себе си като част от медицинския екип,
5. В процеса на обучението студентите/стажантите да възпитават у себе си чувство на отговорност и да поемат споделена отговорност.

- **за наставника (учебно практическата база)**

6. Ръководството на Учебно – практическата база да организира качествена подготовка за приемане и приобщаване на студентите/стажантите за провеждане на клинична учебната практика/преддипломен стаж.
7. УПБ да разработи система за подбор на наставници, като визира образователни и функционални аспекти.
8. УПБ да изгради Координационен център, който да контролира дейността по практическото обучение. Центърът да бъде базиран в УПБ и в състава му да бъдат привлечени ръководители по здравни грижи (старши медицински сестри) и преподаватели по сестрински грижи.

- за преподавателя (образователната институция)

9. Университетът да разработи въпросници за възможностите на УПБ (звеното) за провеждане на клинична учебна практика/преддипломен стаж, по определени критерии за качество.

10. Да обсъди съвместно с ръководството на УПБ инструментариум за поддържане на качество на практическото обучение.

11. Университетът да прилага ефективен наставнически процес чрез поддържане на партньорски отношения с наставниците (възприемане на процедура по наставничество)

12. Университетът да поддържа квалификацията на наставниците като предлага разнообразни форми за обучение, тематично обвързани с проблема „Наставничество”

13. Университетът да разработи практическо ръководство за Наставника и да провежда подходяща политика за обективна оценка труда на наставника

Според нас **Теоретичният модел** на наставничество трябва да акцентира върху приемането на студенти в УПБ. Поради спецификата на различните практични бази следва да се разработят съответните алгоритми, които да отразяват тази специфика. Тъй като болницата е основна база за клинично обучение, където студентите осъществяват около 70% от преддипломния стаж, считаме за удачно да представим разработен **„Алгоритъм за приемане на студент/стажант в болнично заведение”**.

Алгоритъм за приемане на студенти в Учебно – практическа база (болница)	
1. Цялостно представяне на болничното заведение	<ul style="list-style-type: none"> • Историческа справка • Структура (клиники, специалности, персонал) • Информация за клиниката, където ще се провежда стажът
2. Представяне на клиниката, където ще се провежда стажа	<ul style="list-style-type: none"> • Наименование и специфика на клиниката • Имена на ръководния състав на клиниката • Име на наставника (информация относно стаж, образование и др.) • Структура на клиниката (бр. легла, персонал, използваемост) • Силни, слаби страни, заплахи и възможности
3. Основни цели на практическото обучение и наставниците (дейности)	<ul style="list-style-type: none"> • Според спецификата на клиниката • Според патологията (контингент, лекувано население, средна възраст на пациентите, средна продължителност на престоя, прилаган медицински стандарт, валидирани клинични пътеки)

4. Организация на работа в клиниката

- Работни графици на персонала (на наставниците)
- Дежурства
- Начини на функциониране на екипите
- Разпределение на дейностите в клиниката и конкретното работно място, където се провежда стажа

5. Инструменти за поддържане на качеството на практическата дейност (за студента и наставника)

- **Помощни средства**
 - Алгоритми за извършвани дейности
 - Протоколи за здравни грижи
 - Технически фишове
- **Писменно документиране на стажа**
 - Дневник на стажанта
 - Книжка на стажанта с нормативи (заверява се от наставника)
 - Карта за присъствие на стаж (заверява се от наставника)
 - Фиш за оценка на стажант – медицинска сестра (попълва се от наставника)

6. Координация на стажа

- **Координационен център**
- **Наставник**
- **Преподавател**

По наше мнение прилагането на Алгоритъма ще създава добри възможности на всички участници в процеса:

- Ще гарантира провеждане на стаж, с ясно формулирани цели на различните субекти.
- Прилагане на обективни критерии за мястото на провеждане на стажа.
- Познаване на инструментите за поддържане на качество на обучението.
- Прилагане на ефективен наставнически процес.

Според нас прилагането на **Теоретичния модел и Алгоритъма** ще поставят начало на НАУЧНО РЪКОВОДСТВО НА СТАЖА. Безспорно такъв подход ще промени степента на мотивация на стажантите за участие в работни процеси и удовлетвореност от постигнати резултати и собствен принос в практическото обучение от страна на наставника.

Теоретичният модел налага изясняване на ролята и отговорностите на различните субекти в практическото обучение. Очертават се основно роли на три субекта: преподавателят, стажантът и наставникът.

Всеки един от субектите има специфични цели, които следва да постигне в рамките на процеса на практическо обучение:

- **Преподавателят** – си поставя и постига цели, свързани с развитите и утвърждаване на специалност „Медицинска сестра”

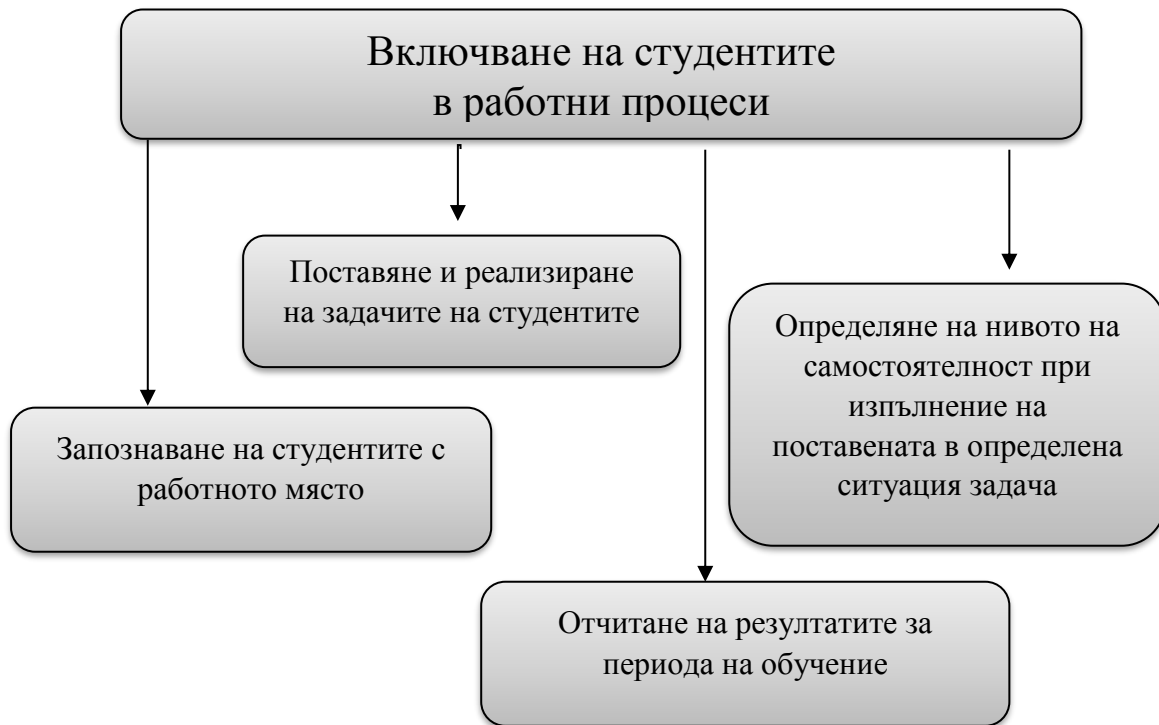
- **Студентът** – постига цели, които са специфични за специалността, но успоредно с това постига лично формулирани цели за постигане и професионално израстване. Индиректно студентът допринася за постигане на удовлетвореност от оказани здравни грижи за пациента (фиг. 53).



Фиг.53. Субекти в обучението и цели, които се постигат

- **Наставникът** – формулира цели, относно постигане на резултати за професионално изграждане на студента, постига специфични цели за болницата, отнасящи се до издигане имиджа на здравното заведение и в крайна сметка повишава своята мотивация за прилагане на наставничество.

Друг важен момент от обсъждането на теоретичния модел е включването на студентите в работни процеси (фиг.54).

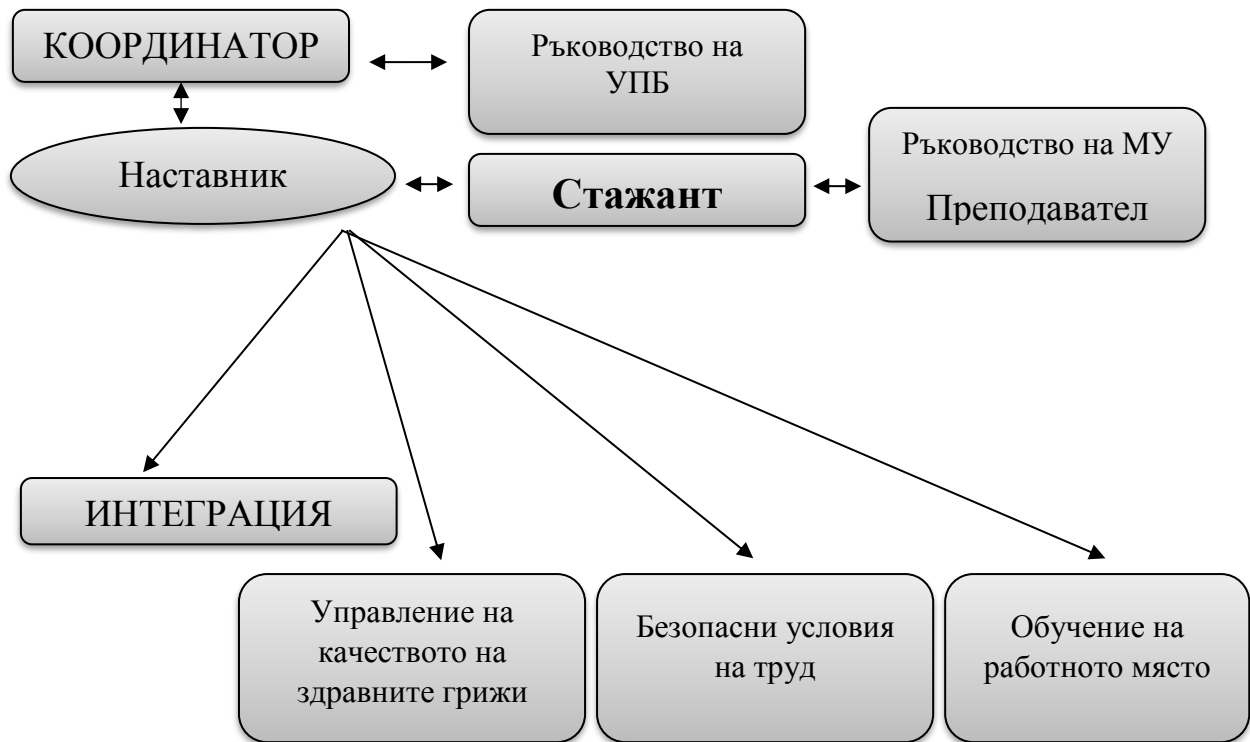


Фиг.54. Включване на студентите в работните процеси

Възприемането на наставничеството като ефективен метод в обучението на медицинските сестри налага вглеждане и познаване възможностите на студента, на тази база определяне от наставника на работните процеси, в които той ще бъде включен. За тази цел образователната институция (Медицинският университет) е необходимо да поддържа високо образователно ниво на наставниците, в. т.ч. запознаване с новостите и перспективите, новата философия на сестринството, предоставяне на учебна документация (учебен план, програми), актуална литература, да поддържа непрекъсната обратна връзка за постиженията и проблемите, за които може да даде информация наставника.

В теоретичен аспект се очертават функциите и отговорности на различните участници (партньори) в наставническия процес (Фиг. 55).

Като цяло Учебно-практическата база носи споделена отговорност за качествено провеждане на клиничния стаж, чрез въвеждане на Система за подбор на наставници, прилагане на Процедура по наставничеството, определяне на клиниките, които изпълняват критериите за провеждане на обучение на студенти, поддържа връзка с координационния център и Университета. Своевременно отстранява възникнали административни проблеми по осъществяване на стажа.



Фиг. 55. Функции и отговорности на различните участници (партньори) в наставническия процес

Всички партньори в процеса имат ясни роли, които се трансформират в отговорности и функции.

ОТГОВОРНОСТИ И ФУНКЦИИ НА РАЗЛИЧНИТЕ ПАРТНЬОРИ		
Координатор		
<p>Той е обслужващ кадър, има важна роля за приема на стажантите, за оценката на отделните звена (клиники) за провеждане на стаж, той е отговорен за дейността на наставниците, поддържа връзка с обучаващата институция, той е арбитър в случай на възникнал спор между стажанта и наставника или спор от друго естество в УПБ.</p>	Наставник	
	<p>Носи отговорност за практическата дейност на стажанта, включва стажанта в работни процеси, осъществява контакти с преподавателя за целите на обучението. Оценява личните и професионални качества и умения на стажанта, проследява неговия растеж, познава развитието на специалността и инструментариума за поддържане на качество на обучението.</p>	Преподавател
		<p>Осъществява връзка между Университета и УПБ (болницата), поддържа тесни партньорски взаимоотношения в наставника, носи отговорност за съдържателната част на стажантската практика, търси възможности за обогатяване на стажа, заедно с наставника провежда контрол и оценяване на стажа в клиниката, контролира работата с помощните средства и писменото документиране на стажа</p>

Практически модел – инструментариум за поддържане на качеството на наставническия процес

Практическият модел налага изясняване на средствата (инструментите), прилагани за връзка между учебно – практическата база (УПБ) и Медицинския университет. Описаният по – долу практически модел се опира на собствен опит , приложен в Медицински университет Варна и може да бъде схематично представен (Фиг. 56).

Основно средство за връзка на МУ - Варна с УПБ е **Договор за обучение** - документ, който се подписва ежегодно от Ректора на ВУ и принципала на учебно – практическата база (УМБАЛ, МБАЛ, ДКЦ, ДЯ, Социални домове и др.) и по същността си представлява взаимно поет ангажимент между болничното (социалното) заведение, приемащо студенти и Медицински университет “Проф. д-р П. Стоянов” – Варна, с цел определяне ролята и мястото на всеки един от партньорите в различните моменти от провеждане на учебно – производствения процес. В документа са уредени **Права и задължения на страните, Други условия.**



Фиг.56. Средства за връзка между учебно – практическата база и Медицинския университет

Важна част в Договора са Приложенията , застъпени по преценка на Катедра „Здравни грижи” с оглед предоставяне на официална учебна документация на базовата катедра за специалност „Медицинска сестра” при разглеждания проблем, касаещ наставничеството. Интерес представляват Приложенията с номера 4 и 5 които визират критериите на образователната институция по отношение подбора на наставниците от учебно-практическата база и , отговорностите на Главната (старшата) медицинска сестра за контрол на наставническия процес и задължението на наставника да попълни „Фиш за оценка на стажант – медицинска сестра”.

Приложения:

- **Учебни програми по Общи и специални сестрински грижи и Общи и специални сестрински и акушерски грижи**
- **Учебни програми за Учебна клинична практика на специалност “Медицинска сестра” и “Акушерка”**
- **График за движението на групите със съответните преподаватели по сектори.**
- **Фиш за оценка на стажант – сестра и акушерка (попълва се от наставник)**
- **Изисквания, относно осъществяване на връзка между учебното заведение, ръководството на болницата и отделението**

Фишът за оценка на стажант – медицинска сестра е собствено разработен и въведен от 1998 година в Медицински колеж Шумен, към момента на преобразуване на ПМИ в Колеж и промяна в образователната степен от „полувисше образование“ в „специалист“ на специалност „Медицинска сестра“. Доразвит и по новому, съдържателно структуриран е въведен по - късно в университетската специалност „Медицинска сестра“ с ОКС „Бакалавър“ през 2006 година в МУ - Варна. Практически този документ играе роля на инструмент за поддържане на качеството на наставническия процес и на средство за получаване на обратна връзка от наставника, като субект в процеса на обучение. Фишът се прилага по време на преддипломния клиничен стаж в сектори (клиники), където продължителността е не по - малко от 4 седмици. Попълването на фиша ангажира и двете страни и мотивира наставника да се вглежда внимателно в поведението, личните качества и уменията на студента, за да може в края на стажа да направи обективна оценка за пригодност за работа на своя наставяван студент. От друга страна студентът е мотивиран да покаже най – доброто от себе си, за да получи положителна оценка и да покаже придобитите знания и умения, да бъде добре посрещнат в реалната работна среда, да получи доверието на по – опитен колега.

Фиш за оценяване на стажант – медицинска сестра

(попълва се от наставник, където стажът продължава не по-малко от 4 седмици)

Студент		
Име	Курс	Фак.№
Презиме	Клиника	
Фамилия	Дата на започване на стажа	
	Край на стажа	
Учебно-практическа база		
Име и фамилия на наставника		Подпис:

Извършена работа

1/ Ефективност <ul style="list-style-type: none"> ■ Голям работен капацитет ■ Добър работен капацитет ■ Нормален, без особености ■ Ограничен капацитет ■ Незадоволителен 	2/ Качество на труда <ul style="list-style-type: none"> ■ Изключително ■ Голяма прецизност ■ Нормално ■ Пренебрежително ■ Незадоволително
3/ Познания и умения за заемане на длъжност <ul style="list-style-type: none"> ■ Надвишаващи ■ Съответстващи ■ Нищо повече от необходимото ■ С пропуски ■ Непригоден за длъжността/ големи пропуски 	Други наблюдения по извършената работа

Поведение

1/ Към висшестоящите <ul style="list-style-type: none"> ■ Всеотдайно сътрудничество ■ Коректно отношение в рамките на задължителното ■ Склоност към обсъждане на получените нареждания ■ Недисциплиниран 	2/ Към колегите си <ul style="list-style-type: none"> ■ Чувство за колективност и вкус към колективния труд ■ Добър колега и сътрудник ■ Нищо повече от коректно отношение ■ Отсъствие на колективно чувство ■ Враждебно отношение към колеги
3/ Към хоспитализираните <ul style="list-style-type: none"> ■ Много внимателен и услужлив ■ Отзивчив и учтив ■ Нищо повече от коректен ■ Липса на разбиране и такт, безразличен ■ Липса на уважение 	4/ Към външни лица <ul style="list-style-type: none"> ■ Много коректен ■ Демонстрира самочувствие ■ Не се ангажира с близките на болния

Лични качества

• Бърз	▪ Муден
• Ловък	▪ Несръчен
• Разсъдлив	▪ Неразсъдлив
• Подреден	▪ Разхвърлян
• Старателен	▪ Небрежен
• Динамичен	▪ Мързелив
• Съзнателен	▪ Безскрупулен
• Търпелив	▪ Нетърпелив
• Уравновесен	▪ Импулсивен
• Услужлив	▪ Неуслужлив
• Дискретен	▪ Бъбрив
• Коректен	▪ Некоректен
• Инициативен	▪ Неинициативен
▪ Спокоен	▪ Гневлив
▪ Точен	▪ Неточен
▪ Комуникативен	▪ Некомуникативен

Скала за оценяване по шестобалната система (заградете с кръгче)

оценка	1	2	3	4	5	6
--------	---	---	---	---	---	---

попълва се от наставник

Преценявате ли този студент като пригоден за работа?

ДА
 въздържам се за момента
 НЕ

Дата...../ г.

Име/Подпис:

Попълва се от преподавател

Оценка от проведения колоквиум

.....

Препоръки:

Дата...../ г.

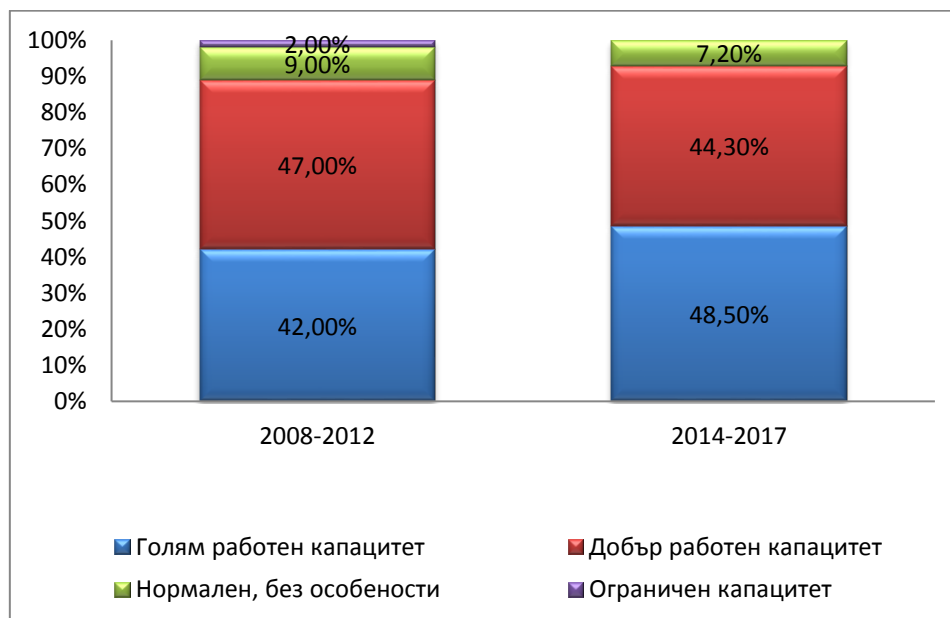
Име/Подпис:

P.S. Фишът се съхранява в Катедра „Здравни грижи”

Опитът ни показва, че попълването на фиша е лесно за наставника, не му губи времето и му дава удовлетвореност както и формира самочувствие, че е специално избран и полезен в обучението. Информацията от фиша ориентира и преподавателя, който провежда изпита в нивото на самостоятелната практическа дейност на студента по време на стажа и е основание да бъдат направени препоръки за подобряване на практическото обучение, тъй като стажът е все още място, където е възможно допълване на знанията и уменията на студентите. Попълнените фишове се съхраняват в Катедра «Здравни грижи» и това създаде възможност да бъдат обобщени резултати за 5 последователни години за периода 2008– 2012 година. Фишовете са попълнени за Вътрешно отделение (ВО) и Хирургично отделение (ХО), където стажът е с продължителност съответно 4 и 5 седмици

Общият брой, обработени фишове за оценка на стажант – медицинска сестра е **345, от които 167 във ВО и 178 в ХО за периода 2008 -2012 година и 309 (163 във ВО и 146 в ХО) за периода 2014 -2017 година.** Направихме сравнителен анализ на данните за двата периода, за да установим съществува ли промяна в преценката, която дават наставниците за стажант – медицинските сестри. Резултатите са обработени по рубрики, представени във фиша за оценка, попълнен от наставника.

За визираните периоди по отношение на ефективност на извършената работа почти половината от наставниците са оценили стажантите като имащи почти на равно разпределени „добър“ (47% и 44,30%) и „голям“ (42% и 48,50%) работен капацитет. Незадоволителен капацитет не е посочен за периода 2008 – 2012 година (фиг. 58).

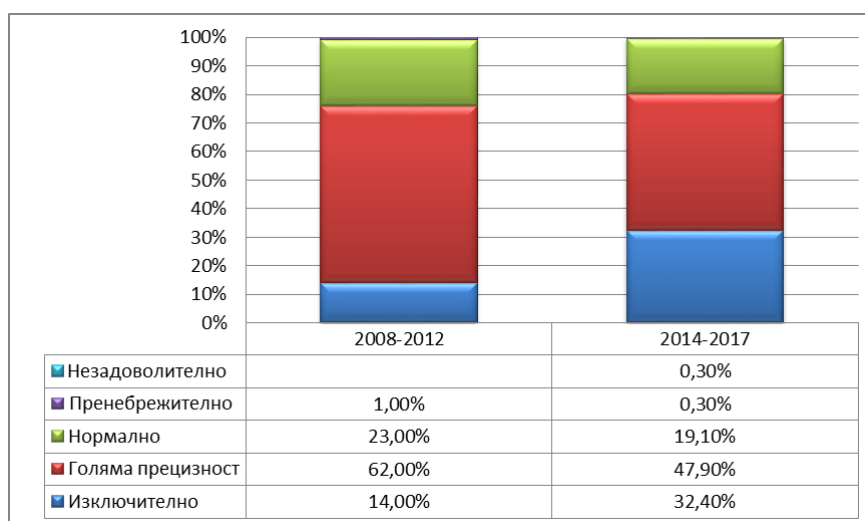


Фиг. 58. Ефективност на извършената работа (p > 0,05)

При сравняване на резултатите се наблюдава тенденция към повишаване на ефективността от добър работен капацитет (47,0 %) за периода 2008-2012 на голям работен капацитет (48,50 %) за 2014-2017. През 2014-2017 няма отговори за „ограничен капацитет“.

Считаме оценената ефективност на извършената работа от стажантите като обективна, тъй като до държавен стаж достигат студенти, които многократно в различни форми са оценявани от преподавателите (колоквиуми, изпити, контролни, решаване на практически казуси, извършване на манипулации и др. сестрински дейности) и са приложени съвременни, обективни методи на контрол.

Наблюденията ни показват, че стажантите много отговорно се отнасят към преддипломния стаж и споделят, че това е най – сложната част от обучението, тъй като в рамките на стажа те все още се обучават и затвърждават знания, но при променени условия: *липса на преподавател, лична отговорност за качество на грижите и работа в реална работна среда* (Фиг.59).

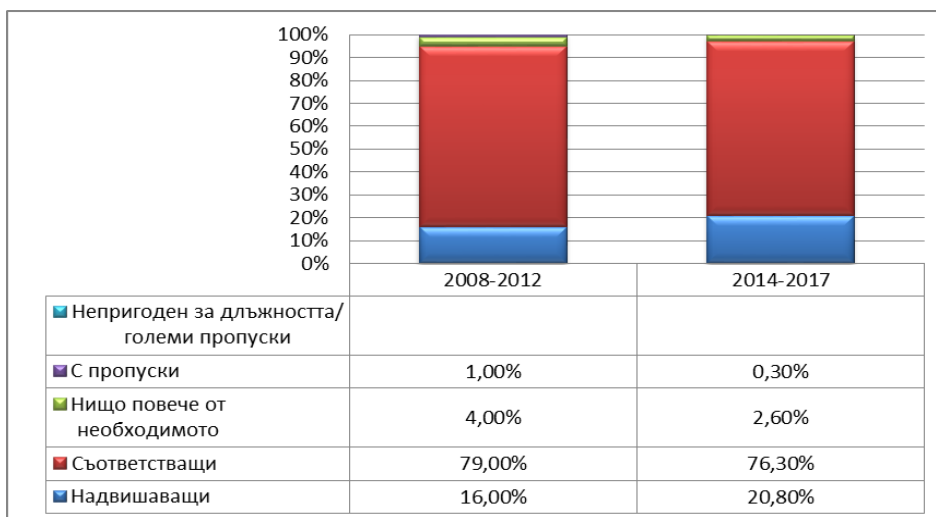


Фиг. 59. Качество на труда(сравнителни данни), (p < 0,001)

Наставниците са оценили качеството на труда по 5 предложени във фиша нива. Установихме съществена разлика в мнението на наставниците, относно качеството на труда на стажантите($\chi^2=13.27$; $p < 0,001$). От основно „голяма прецизност“ (62,0 %) за периода 2008-2012 г. до нарастване на „изключително“ качество (32,4 %) през следващия период. За периода 2014-2017 г. се появяват и отрицателни отговори „незадоволително“, въпреки повишаването на относителния дял на отличните резултати. Наличието и на отрицателно оценени трудови качества означава, че стажантите са прецизно наблюдавани и оценени от наставниците.

За нас е важно как професионалистите от практиката преценяват знанията и уменията на стажантите за заемане на длъжност, тъй като само 2-3 месеца след стажа студентите започват работа в здравната система и заемат конкретни работни места.

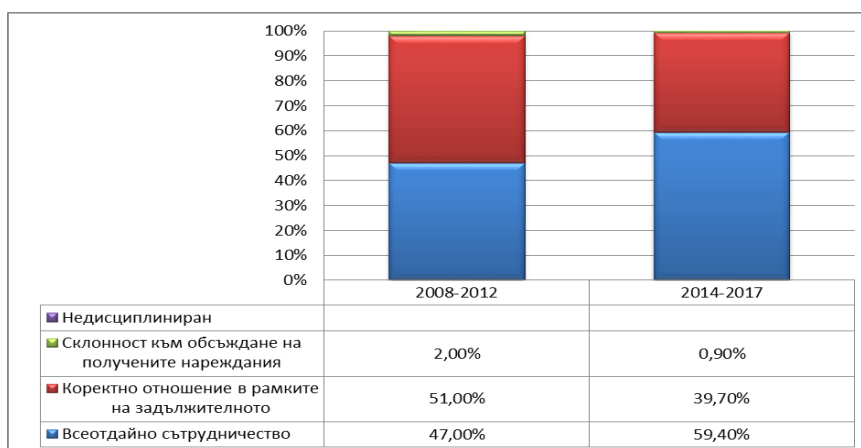
Важно за обучаващата институция е дали подготовката на младите специалисти отговаря на нуждите на пазара на труда по отношение на подготовката за извършване на качествени здравни грижи. Във фиша наставниците отразяват мнението си относно, формираните професионални качества (фиг.60).



Фиг. 60. Познания и умения за заемане на длъжност ($p > 0,05$)

За периода 2008 - 2012 година най – голямата част от стажантите са оценени като притежаващи „съответстващи“ знания и умения, които ще им помогнат за бърза адаптация при заемане на конкретно работно място (79%), като не е малък дялът и на тези, които притежават „надвишаващи“ умения и знания (16%). Незначително малко са оценените, допуснали пропуски в работата (1%) и тези, които не са показали „нищо повече от необходимото“ (4%). При направеният сравнителен анализ с данни за периода 2014 -2017 година не се установи съществена разлика като и през двата периода най – голямата част от стажантите имат „съответстващи“ познания и умения за заемане на длъжността ($p > 0,05$).

Почти по равно са разпределени оценените стажанти, които имат коректно отношение (51%) и всеотдайно отношение (47%). Тази оценка показва, че студентите имат правилно формирано отношение към висшестоящите (фиг.61).

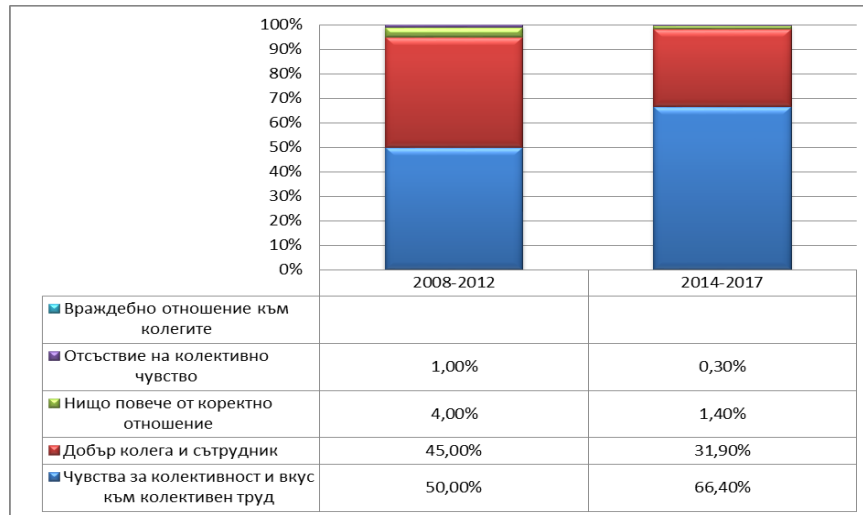


Фиг. 61. Поведение към висшестоящите, ($p > 0,05$)

Наблюдава се лека тенденция за към повишаване на преценката за всеотдайно сътрудничество през втория период за сметка на коректното отношение в рамките на задължителното с превес през 2008 -2012 година. Оценката, която наставниците са дали според нас показва, че е изградена правилна организационна култура още в

университета, тъй като ние считаме че спазването на йерархията е важно качество и е част от визията, която формира нов имидж на медицинската сестра.

От съвременната медицинска сестра се изисква както много добра професионална подготовка и умения за комуникации, така и за работа в екип, които се проявяват в поведението и отношенията в колектива (фиг.62).



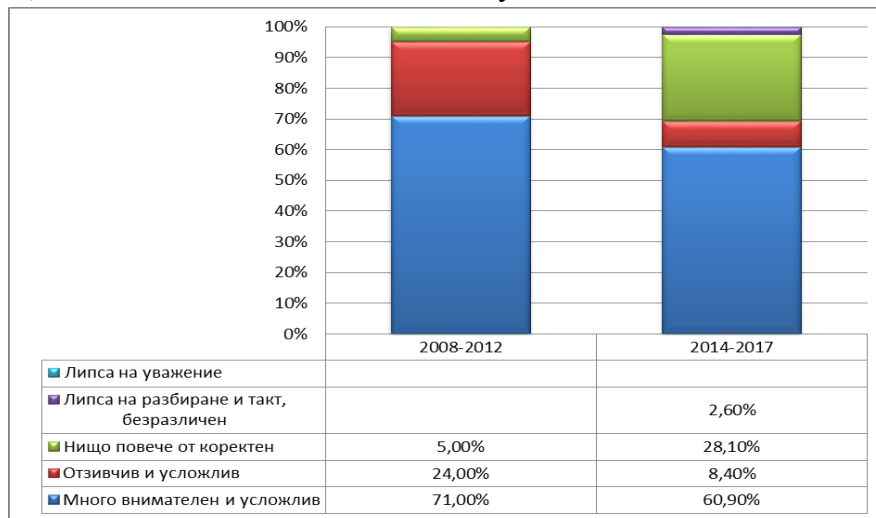
Фиг. 62. Поведение на стажантите към колеги, ($p > 0,05$)

Уменията за работа в екип се изграждат постепенно първо в университета, след това на работното място. Чувството за колективизъм според нас е важно, тъй като естеството на работа налага да се опреш на колега, да поискаш помощ, да възприемеш добра практика. Наставниците не са посочили прояви на „враждебно отношение към колегите“ и за двата периода, проявено от стажантите. Най – много стажанти са оценени като „добър колега и сътрудник“ и с „чувство за колективност и вкус към колективен труд“. Прави впечатление положителната тенденция за увеличаване на делът на стажантите, проявили „чувство за колективност и вкус към колективен труд“, през периода 2014 -2017 година (66.40%), ($p > 0,05$).

Оценката на наставниците, отразена във фиша дава представа за поведението на стажантите към пациентите, постъпили на лечение в съответната клиника, където се провежда стажа. Резултатите сочат, че повечето от стажантите са оценени като много внимателни и услужливи (71%) през първия период. През втория период, обаче делът на много внимателните и услужливи стажанти намалява за сметка на тези, които са нищо повече от коректни (28,10%). Нова тенденция е и намаляване делът на отзивчив и услужлив (8,40%) както и повилата се оценка за стажанти, които са показали липса на разбиране и такт, граничещи с безразличие към пациентите (2.60%), (фиг.63).

Тази оценка е много важна, като се има предвид, че в рамките на обучението бъдещите медицински сестри изучават дисциплини като медицинска етика, психология, педагогика, в теоретичните основи на грижите са застъпени аспекти на взаимоотношенията, които трябва да поддържа с пациента и неговото семейство, комуникации, работа в екип и превръщането на пациента в част от медицинския екип. Доказаните нови тенденции в поведението на стажантите към пациентите са тревожни и

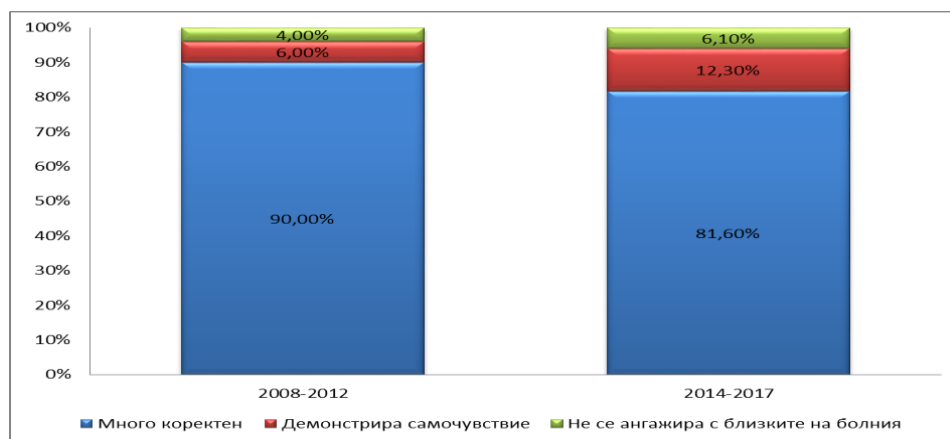
очевидно има нужда от корективен подход при формиране на положително отношение към пациента, неговото семейство и близките му.



Фиг. 63. Поведение на стажантите към пациентите, ($p > 0,05$)

Съвременната сестра трябва да има холистичен подход, да проявява съпричастност, емпатия и разбиране към проблема на болния и изисква друго поведение. Причините според нас може да са в прекомерната натовареност в отделението, копинг поведение на стажантите с оправдание за липса на време и намален състав на медицинските сестри, което води до стрес на работното място, текучество и променя отношението към пациента в негативна посока.

Поведението на медицинската сестра към външните за лечебното заведение публики, формира имиджа на съсловието и поддържа доверието (фиг. 64).



Фиг. 64. Поведение към външни лица, ($p < 0,01$)

През втория период се забелязва плавно покачване на процента на стажанти, които демонстрират самочувствие (12,30%) и не се ангажират с близките на болния (6,10%). За нас, придобиване на академично образование с ОКС „Бакалавър“ или осъзнаване на имащи власт над пациента, медицинските сестри би следвало да стават по – компетентни и можещи да вземат правилни решения, относно болестта и здравето, а не да формират поведение, което е непрофесионално и недостойно.

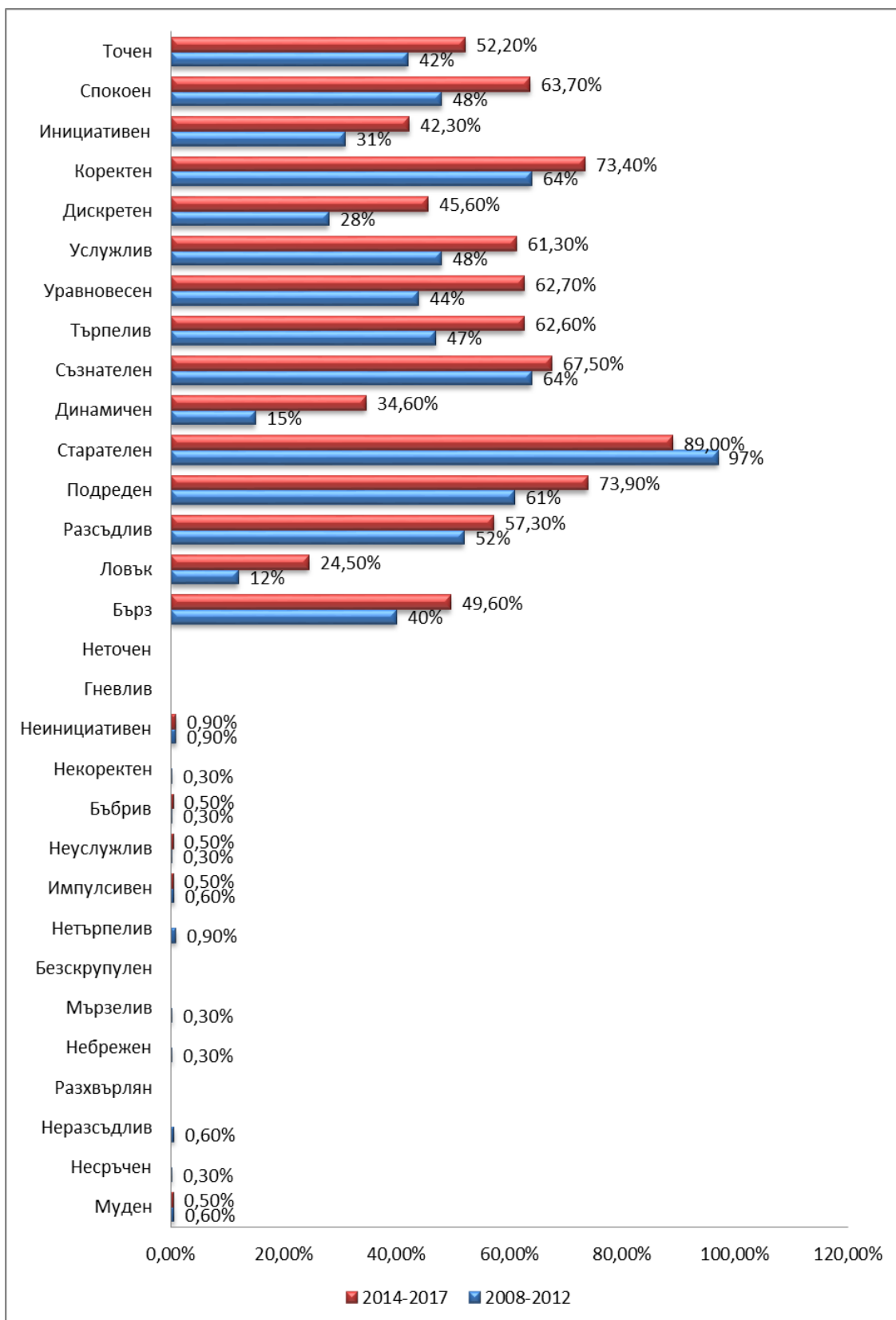
Направената от наставниците преценка на готовността за работа на стажантите е много важна. По този начин обучаващата институция сверява собствените си оценки с практиката за продукта, който произвежда. Почти всички стажанти са оценени като пригодни за заемане на длъжност (97%) и за двата периода. За нас е важно, че все пак има стажанти, за които наставниците се въздържат за момента да дадат положителна оценка за пригодност за работа (3%). Този резултат не бива да пренебрегваме, според нас той е реалистичен, наставничеството улавя неуловимото, когато по – възрастния колега е обективен и справедлив.

Наставниците чрез попълването на фиша се ангажират внимателно да наблюдават и личните качества на стажантите. Личните качества имат отношение към изграждане на бъдещия професионалист. Производствената среда, контактите с пациента и неговите близки, уменията за екипно поведение и идентифициране с ценностите на сестринското съсловие изискват определени качества, които са залог за успешно професионално развитие и изграждане на специфично професионално поведение (Фиг. 65).

Наставниците са посочвали различни лични качества (толкова, колкото са преценили) по предварително посочените положителни и отрицателни качества. Независимо, че отговорите се разсейват за нас те показват прецизност при посочване на личните качества от наставника. В анализа бихме могли да групираме качествата, но според нас е по важно всяко качество да се разглежда по отделно. Забелязва се тенденция към повишаване делът на стажантите, които са „коректни“ и „съзнателни“, „подредени“, „разсъдливи“, „услужливи“ и „спокойни“ през периода 2014 -2017 година. По отношение на преценката на наставниците за „старание“ в работата има леко намаляване на делът на стажантите. От отрицателните качества за двата периода не са посочени „разхвърлян“, „безскрупулен“, „гневлив“, „неточен“, но са посочени почти всички от предварително зададените (от 0.30 % - 0.90%). Независимо от ниският процент сме впечатлени от прецизността на оценките, които са давани от наставниците.

По тази причина убедено считаме, че фишът за оценка е подходящ инструмент и ориентира в нивото на подготовка и готовност за старт на професионална дейност. Създава перфектна обратна връзка и утвърждава партньорските взаимоотношения преподавател – наставник.

В Договора между УПБ и Медицински университет - Варна като Приложение № 5 е разработен **Въпросник**, чрез попълването на който се установява възможността за провеждане на клинична учебна практика или преддипломен стаж.



Фиг 65. Лични качества

Въпросникът се попълва от Ръководството на УПБ (директор на болницата, главна медицинска сестра, координатор) и дава обратна връзка за готовността на базата да провежда качествено обучение (информацията се прецизира от Катедра „Здравни грижи“ и се уточняват УПБ за съответната учебна година) (фиг. 66).

ВЪПРОСНИК
ЗА ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНА УЧЕБНА
ПРАКТИКА/ПРЕДИПЛОМЕН СТАЖ
ВКЛИНИКА

№	Въпрос	Отговор	
		ДА	НЕ
1.	Обсъдено ли е предложението за провеждане на клинична учебна практика /преддипломен стаж в здравното заведение	ДА	НЕ
2.	Осъществени ли са срещите между партньорите от здравното звено и Медицински университет	ДА	НЕ
3.	Има ли определен координатор за провеждането на практическото обучение	ДА	НЕ
4.	Персоналът на здравното звено има ли желание и възможности за обучение	ДА	НЕ
5.	Определени ли са наставниците на студентите	ДА	НЕ
6.	Запознати ли са наставниците с Договора за обучение на студентите	ДА	НЕ
7.	Запознат ли е персоналът с програмите за практическо обучение на студентите и нивото на придобити знания, с оглед включване в работни процеси	ДА	НЕ
8.	Запознат ли е персоналът с целите на практическото обучение	ДА	НЕ
9.	Осигурени ли са необходимите формуляри за обучението на студентите	ДА	НЕ
10.	Запознати ли са наставниците с графици за провеждане на практическото обучение	ДА	НЕ
11.	Разполага ли звеното с брошура за приемане на студентите	ДА	НЕ
12.	Запознати ли са наставниците с Дневник на студента и с фиш за оценка на стажант – медицинска сестра..	ДА	НЕ

Фиг. 66. Въпросник за възможностите за провеждане на клинична учебна практика/преддипломен стаж

Друг важен инструмент за поддържане на добър наставнически процес е разработената и въведена в практиката при обучение на студентите от специалности

„Медицинска сестра“ с ОКС „бакалавър“ и специалност „Управление на здравни грижи“ с ОКС „Магистър“ и „Бакалавър“ **Книжка на стажанта**. Книжката играе роля на индивидуален план за професионално развитие на дипломанта, чрез изпълнение на предвидените нормативи (сестрински дейности) преминавайки през различните предвидени по учебен план сектори (лечебни и социални заведения). Чрез този документ се поддържа връзка между учебно - практичната база и образователната институция (Медицинския университет). Покриването на предвидените нормативи, се удостоверява с подпис на наставника. По този начин наставникът поема отговорност да гарантира за качеството и количеството на извършените от дипломанта дейности. Заверена книжката със съответните нормативи за сектора, в който е преминал стажът е вход (куверт) в деня на изпита. Студент, който не е изпълнил и заверил нормативите не се допуска до явяване на колоквиум. Практиката ни в това отношение показва, че и студентите и наставниците се чувстват ангажирани да поддържат добра комуникация, да обсъждат пропуските и постиженията на обучаваните. Връзка има и с преподавателя, който заедно с наставника провежда контрола за съответния сектор и оценява развитието, знанията и уменията на стажанта. Книжката с нормативи на стажанта е документ, който е въведен от 1998 година в МК Шумен и в последствие доразвит и въведен при обучението на медицинските сестри в МУ – Варна като инструмент за поддържане на качеството на обучение и наставническия процес. В годините на прилагане на този подход са преодолени формален подход и ниска заинтересованост от страна на наставниците. Няма случай, при който студент се е явил на колоквиум без заверени нормативи. Считаме за удачно да представим разработени нормативи за основни сектори (ДО, ВО, ХО) от **Книжката на стажанта за специалност „Медицинска сестра“**. Нормативите за останалите сектори са разработени и включени в **Книжката**, като са взети предвид спецификата на съответния сектор и нивото на компетентност и практическите умения на стажантите. Подчертаваме, че такъв документ е въведен и за специалности „Медицинска сестра“ с ОКС „бакалавър“ и специалност „Управление на здравни грижи“ с ОКС „магистър“ и „Бакалавър“ поради доказана необходимост. **Книжката** се съхранява в досието на стажанта.

Друг важен документ е **Дневник за наблюдение и контрол**, въвеждането на който се налага с цел повишаване критериите за оценка и контрол през целия курс на обучение. Студентите от специалност „Медицинска сестра“ попълват своя дневник по модел, разработен от нас и също внедрен в МК Шумен (1998) и впоследствие в МУ – Варна през 2006 година, когато беше структурирана Катедра „Здравни грижи“. Възприетият **Дневник за наблюдение и контрол** е документ, който се попълва във времето на преддипломния стаж и е инструмент за поддържане на наставническия процес. Освен за времето на преддипломния стаж Дневник се попълва и по време на клиничната учебна практика. Достъпната литература ни ориентира, че подобна практика има въведена в много страни (Обединеното кралство, Русия, Франция, Белгия и др.).

ДНЕВНИК ЗА НАБЛЮДЕНИЕ И КОНТРОЛ ПО ВРЕМЕ НА КЛИНИЧНА ПРАКТИКА И ПРЕДДИПЛОМЕН СТАЖ

В новите учебни планове и програми за придобиване на степен "Бакалавър" в специалност "Медицинска сестра", особено значение се отделя на практическото обучение по здравни грижи, което се осъществява по време на клинична практика и преддипломен стаж.

Стажът е особено място за придобиване на професионални знания и навици, където студентът се чувства отговорен.

С цел повишаване критериите за оценка и контрол на студентите през целия курс на обучение се налага въвеждането на **Дневник за наблюдение и контрол**.

1. Същност на дневника

Той е собственост на студента/ стажанта и му помага в процеса на усвояване на знания и умения през целия курс на обучение. В зависимост от вида на конкретния стаж, в който стажантът участва, свързан с различните етапи на обучение, се изисква последователно **попълване на дневника от студента/ стажанта, наставника и преподавателя**.

2. Изработване на дневника

Изработва се въз основа на специфичните функции на професията на медицинската сестра. В дневника се включват нормативните текстове, регламентиращи професионалните компетенции. Той описва дейностите, които стажантът може да изпълнява по време на обучението си.

3. Използване на дневника за наблюдение и контрол

За по-оптимално провеждане на стажа, Дневникът трябва да се ползва от студентът/ стажантът, наставника и преподавателя.

За студента/ стажанта

Дневникът е средство за самооценка по време на неговото обучение. Той е отражение на личните цели и техническия му напредък. За по-голяма самокритичност от страна на студента/ стажанта, той се задължава ежедневно да попълва дневника, като отразява:

- Поставените конкретни цели по тематиката за деня.
- Дейностите, извършени през деня.
- Изпълнение на целите.
- Придобити нови знания и умения.

За наставника

Посредством Дневника на студента/ стажанта, наставникът осъществява връзка с базата за обучение, чрез която се определят предварително усвоените знания и индивидуални цели. Наставникът оказва помощ при изработване и попълване на дневника. Той е съветник, организатор на работата и оказващ подкрепа на студента/ стажанта. Качеството на неговата намеса е основна в успеха на алтернативното обучение. Успоредно с това, той дава становище за извършената дейност на студента по критерии, като попълва **Фиш за оценка на стажанта** и за качеството на извършената работата.

За преподавателя

Дневникът позволява на преподавателя да ориентира студента/ стажанта при провеждане на стажа и при формулиране на индивидуалните цели. Преподавателят извършва педагогическа оценка, контролира практическото обучение, подпомага студента за усъвършенстване на придобитите знания, умения и навици. Участва съвместно с наставника при поставянето на комплексна оценка на студента/ стажанта по време на клиничната практика/ стажа.

Изисквания към воденето на дневник за клинична практика и преддипломен стаж за специалност “Медицинска сестра”

1. Трите имена, курс, специалност

2. Семестър - разпределение на секторите за клинична практика (преддипломен стаж)

3. Отделение/клиника – тематични единици за съответния сектор (нормативи за съответната клиника/сектор)

4. Цели за отделението/клиниката

5. Дата, тематична единица/нормативи за деня

- Цел/и за деня
- Задачи за деня
- Дейности, извършени за деня (студентите на преддипломен стаж описват подробно и извършените нормативи от Книжката на стажанта)
- Какво ново научих?(описват се дейности и наблюдавани клинични случаи, запознаване с нова апаратура, новости, които са извън предвидената за деня дейност)

6. Самооценка за работата в сектора (поставя се в края на съответната клинична практика, преди провеждането на колоквиума)

Професионално формиране на обучавания от наставник е един от успешните и доказани методи в професионалното обучение.

За да се прилага добро наставничество е необходимо лечебното заведение (учебно практическа база), да разработи система за подбор на наставници и да има ясна стратегия. Програмата за подбор на наставници трябва, по наше мнение, да се изготвя от главната медицинска сестра съвместно със старшите медицински сестри, работещи в клинични бази за обучение на студенти. В екипа може да бъдат включени преподаватели от Катедра „Здравни грижи“, както и представител на Координационния център.

СИСТЕМА ЗА ПОДБОР НА НАСТАВНИЦИ

Основната цел на системата за подбор на наставници трябва да бъде: **Осъществяване на избор на най-подходящи кандидати за наставници в структурата на здравното заведение.**

За постигането на тази цел трябва да се изпълнят следните **задачи**:

1. *Да се анализира наличният ресурс от наставници*
2. *Определяне изискванията към бъдещите наставниците*
3. *Дейности по избора на наставници*
4. *Определяне на стимули и мотивационни подходи.*
5. *Изработване на длъжностна характеристика*

За да се поддържа качеството на наставническия процес, като ефективен метод за обучение на студентите ние считаме за необходимо да се прилага строг научен подход - **алгоритъм за действие при осъществяване подбора на наставници.**

АЛГОРИТЪМ

Етапи на системата за подбор на наставници

- *Определяне на комисия, в която да има и представител (преподавател) от учебното заведение*
- *Разработване на критерии, по които ще се състои избора*
- *Избор на техника за подбор – препоръки, интервю.*
- *Окончателен избор на наставника*
- *Обучение на наставника*
- *Въвеждане в длъжност*

Подборът на наставници трябва да бъде планиран, подготвян и внимателно управляван. Такъв подход ще създаде възможност да се изберат подходящите хора. Определянето на критериите е важен момент от процеса.

Система за подбор на наставници - критерии

1. **Наставникът** трябва да е готов да сътрудничи, но и да умее да работи, да има нагласа и желание да общува и подготвя други хора;

2. Наставникът трябва да бъде включен в системата за непрекъснато усъвършенстване и продължаващо обучение където работи, да получава актуално професионално обучение, постоянно да развива своята лична и професионална компетентност;
3. Наставникът трябва да участва в постоянното професионално усъвършенстване на персонала на структурата, в която работи;
4. Наставникът трябва да е лоялен към фирмата, фирмената политика и фирмената култура.

Независимо каква ще бъде техниката на подбор, критериите по които ще бъдат избрани наставниците трябва да бъдат ясни, точни, добре формулирани. Те трябва да са както общи, така и специфични за всяка организация. Медицинската сестра-наставник трябва да се ползва с авторитет от колегите си и добре да разбира специфичните професионални задължения на обучавания.

Кой може да бъде наставник при обучението на студенти?

Всеки добър професионалист може да стане ефективен наставник **АКО:**

- ✓ е приел наставничеството доброволно
- ✓ облекчава процеса на обучение
- ✓ има изградени добри партньорски и коректни взаимоотношения между различни институции – образователната структура (университет, катедра), потребители на кадри и други заинтересовани страни.

Качествата на добрия наставник, които трябва да се съблюдават:

- ✓ да бъде доказан и утвърден професионалист
- ✓ да притежава добра теоретична и практическа подготовка по професията
- ✓ да умее да работи с професионална и учебна литература
- ✓ да познава интересите на обучаваните
- ✓ да проявява такт и търпение в процеса на обучение
- ✓ да оценява справедливо знанията, уменията и поведението
- ✓ да формира у обучаваните умения за самостоятелна практическа дейност
- ✓ да подпомага професионалното формиране на студентите
- ✓ да приучва студентите към работа в екип
- ✓ да изработи индивидуални подходи към всеки обучаван, съобразно неговите възможности и компетенции
- ✓ да обсъжда проблемите, възникнали в процеса на обучението, поведението и взаимоотношенията на обучаемите с колегите
- ✓ да улеснява комуникацията между обучаваните и медицинския екип

За наставника е важно да знае, че има групи обучавани:

- ✓ *Обучавани, проявяващи голям интерес към изучаваната професия.*
- ✓ *Обучавани с колебливи интереси и поведение*
- ✓ *Обучавани, които не проявяват интерес и не желаят да овладеят*

Обучението трябва да премине през степени на формиране на умения и навици у обучаваните

Първа степен: усвояване на правилата и механизмите, на които се базира професията;

Втора степен: преодоляване на първоначалните трудности;

Трета степен: усъвършенстване на работата;

Четвърта степен: затвърждаване на постигнатото и приложението му в практиката;

Пета степен: усъвършенстване на навиците до степен на професионализъм

Наставничеството е традиционно прилаган метод в базовото обучение на медицинските сестри. С оглед изграждане на правилен подход при подбора, обучението, и поддържане на мотивацията за наставничество ние счетохме да подходящо разработването и прилагането на Процедура за възприемане и развитие на наставничеството при обучение на студенти от специалност „Медицинска сестра“. Процедурата е връзка между обучаващата институция (Университета) и клиничната учебно – практическа база при поставени взаимно възприети критерии. Описан е опит на Катедра „Здравни грижи“ в МУ- Варна.

Процедура за възприемане и развитие на наставничеството при обучение на студенти от специалност „Медицинска сестра“ с ОКС „Бакалавър“.

Наставничеството е динамичен процес, при който непрестанно се обменя опит и информация. Наставникът се явява като проводник на целта, стила, мисията, организационната култура на организацията, в която постъпва специалистът – дипломант.

Остава открит въпросът, относно търсене на пътища и форми от обучаващата организация (университета) как наставническият процес да бъде направляван в правилна посока, за да има реален принос за обучението и как да се преодолее формалният подход при осъществяването му. В МУ Варна взаимодействието между наставника и студента се обвързва със собствено разработен документ „Книжка на стажанта“, съдържаща нормативи, които студентите трябва да покрият в присъствие, под контрол и заверка от наставник. Книжката е куверт (вход) на изпита при оценяване на преддипломния стаж.

Практика на Катедрата по Здравни грижи е да се определят за наставници според следните критерии: управленски опит не по – малко от 3 години, изразено желание да обучават студенти, коректност, добри комуникативни умения, обективност, добронамереност и търпимост, преценка на главната сестра официално потвърдена с писмо до Катедрата. Определянето на наставници понякога е неуспешно.

Традициите в обучението на медицински сестри в МУ- Варна налагат наставничеството като метод в обучението. С оглед повишаване на качеството на академичното обучение на медицинските сестри се търсят пътища за преодоляване на формално осъществяване на процеса на наставничество. В лечебните заведения във Варна има достатъчно натрупана критична маса (дипломирани магистри по Управление на здравни грижи), които са привлечени и утвърдени наставници. Всички дипломанти по

време на преддипломния стаж се прикрепят към наставник, като е препоръчително те да са с ОКС „Магистър“.

Наставничеството е процес на ефективно обучение, чрез даване на обратна връзка между членове на медицинския екип, с цел повишаване на мотивацията, включеността и познанието за областите, където е възможно и необходимо развитие, в който основните участници са наставникът и наставляваният.

Наставничеството е особено полезно при практическото обучение, тъй като изгражда система от практически умения и професионално значими способности у студентите на основата на знанията, придобити от теорията, които се разширяват и задълбочават в хода на практическата дейност.

Задачи на практическото обучение, с които наставниците се запознават и ги прилагат в реална работна среда:

- Затвърждаване на получените знания;
- Установяване на връзка между теорията и практиката;
- Придобиване на първоначални умения и навици;
- Анализиране и оценяване на ситуацията;
- Формиране на навици за самостоятелно решаване на практически задачи;
- формиране на личностни качества, необходими за работа в екип.

С оглед поддържане на високо качество на практическото обучение МУ Варна поставя ясни **изисквания към наставника**:

- Да е доказан професионалист,
- да актуализира и повишава своите знания и умения,
- да изгражда у себе си умения за безрезервно предаване на опита и знанията си,
- да следи дали това, което преподава, се усвоява от обучаемите,
- да добавя непрекъснато и своя личен опит,
- да подпомага студентите за поддържане на качеството на здравните грижи,
- да запознава студентите със специфичните особености и етичните аспекти на здравните професии,
- да подпомага формирането на умения и навици за оказване на здравните грижи,
- да способства за налагане на специфично поведение.

Очакваните резултати (*влияние на процеса на наставничество*)

- **Повишено качество при оказване на здравните грижи**
- **подобрена вътрешноинституционална комуникация,**
- **повишена ангажираност на персонала към общите цели и задачи на организацията,**
- **понижено равнище на стрес и тревожност на здравните професионалисти,**
- **по-добро междуличностно взаимодействие,**
- **ограничаване на конфликтите,**
- **положителна обратна връзка от персонала относно климата в организацията,**
- **по-ефективно стратегическо планиране,**

- по-добро менажиране на риска,
- създаване на организационна култура на доверие,
- по-ефективно упражняване на личната власт от страна на лидера.

Прилагането на процедура по възприемане на наставничеството повишава нивото на професионално обучение на медицинските сестри.

- Обучаващата организация (МУ Варна) и лечебните заведения (специфични учебно – практически бази) изграждат политика за развитие на партньорски отношения и си поставят общи цели при осъществяване на наставничеството.
- Наставниците и преподавателите играят основна роля за успеха на комплексното обучение на здравните професионалисти, като свързващо звено между теория и практика.
- Медицинските специалисти – наставници, играят важна роля за подобряване на процеса на обучение - те дават мнение какво да се добави или измени в предлаганите курсове, за да отговорят те по-пълно на потребностите и интересите на обучаваните.

Прилагането на наставничеството е възприет от МУ Варна европейски опит при провеждане на преддипломен стаж на студенти от специалност „Медицинска сестра” с ОКС „Бакалавър“. Наставничеството се възприема като механизъм за подпомагане на работното място на стажанта от опитен специалист, осигуряващ едновременно собствената си професионална дейност и наставническа функция и е поставено на основата на общото познание и академичната теория. В този смисъл още на студентската скамейка бъдещите здравни професионалисти си изясняват ползността на наставничеството като ефективен метод на обучение и изграждат нагласи в бъдещата си професионална дейност да участват в организацията, в която работят, като наставници.

Катедра „Здравни грижи” изисква непрекъснато от главните медицински сестри актуализирани списъци с наставници от учебно – практическите бази на университета, които могат да изпълнят целите на институциите, провеждащи обучение на студенти.

Собственият опит и резултатите от научното изследване ни дават основание да предложим проект на „**Длъжностна характеристика на наставника**”, като приложение към длъжностната характеристика на практикуваща медицинска сестра.

ДЛЪЖНОСТНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА НАСТАВНИКА (ПРОЕКТ)

I. Наименование на длъжността: наставник

Наставник – медицинска сестра в отделение или клиника

Длъжността е включена в обхвата на отделението или клиниката.....

II. Основни задачи на наставника:

1. Да спазва йерархията.

2. Да ръководи и контролира и подпомага практическото обучение на стажант медицинските сестри .
3. Да спазва спецификата и изискванията на наставническия процес.
4. Да има внимателно отношение към студентите от специалност „Медицинска сестра”.
5. Да осигурява пълноценно и равномерно натоварване на студентите

III. Основни отговорности на наставника:

- Съгласува своята дейност с главната сестра, старшата сестра, и преподаватели от катедрата „Здравни грижи”.
- Организира работата на студентите медицински сестри и осигурява приемственост.
- Открива и анализира проблемите възникнали по време на обучението на студентите в рамките на своята компетентност.
- Организира пълноценно и равномерно натоварване на студентите и проявява гъвкавост при разпределението им за по-ефективна работа.
- Организира въвеждането в работния процес на студентите
- Наблюдава развитието на практическите умения и прави оценка на постиженията на студентите.
- Осъществява политика на непрекъснато професионално усъвършенстване.
- Подпомага участието на студентите в дейностите специфични за съответното отделение или клиника.....
- Създава условия за практическо обучение и заверява книжката на стажанта при покриване на нормативите (определени критерии за работа от Катедра „Здравни грижи”) на студентите медицински сестри от МУ – гр. Варна.
- Попълва „Фиш за оценка на професионалната пригодност на стажант – сестра”, като оценява лични и професионални качества за заемане на длъжност „медицинска сестра”
- Участва заедно с преподавателя при провеждане на колоквиум за проверка на знанията на студентите

IV. Отчет на дейностите на наставника:

За своята дейност наставникът се отчита пред:

- Главната сестра
- Старшата сестра
- Преподаватели към катедра „Здравни грижи”

V. Подчиненост и взаимоотношения на наставника:

В ежедневната работа наставникът е подчинен и е във връзка и взаимодействие с :

- Старшата медицинска сестра
- Главната медицинска сестра
- Старши медицински сестри от други отделения и клиники.....

VI. Основни документи които наставникът трябва да познава :

- Закон за здравето и Правилник за неговото приложение.

- Закон за образованието и ЕДИ за специалност „Медицинска сестра”
- Закон за лечебните заведения.
- Други нормативни документи, регламентиращи организацията и управлението на лечебните заведения.

VII. Професионална етика на наставника:

Наставникът трябва да притежава инициативност, чувство за отговорност, комуникативност, организаторски умения, умения да работи със студенти, да зачита достойнството и правата на студентите.

VIII. Изисквания за заеманата длъжност – наставник:

1. Образователно квалификационна степен „Бакалавър” или „Магистър” по „Управление на здравни грижи“.
2. Трудов стаж по специалността – не по – малко от 3 години.
3. Компютърна грамотност.
4. Висока професионална компетентност.
5. Високо чувство за отговорност.
6. Умения за работа със студентите и в екип.
7. Комуникативност на всички нива.
8. Психическа и емоционална устойчивост.
9. Деловитост и толерантност към студентите
10. Наблюдателност.
11. Прецизност.
12. Стремение към усъвършенстване.

IX. Трудови правоотношения на наставника:

1. Граждански договор между МУ – гр. Варна и съответното лечебно заведение

Дата:
гр. Варна

Подпис :.....
/наставник/

Предложените инструменти за поддържане на качеството на обучение, чрез прилагане на наставничество в сестринството изграждат представата за един добре подреден практически модел, който ще спомогне за извличане на максимални ползи от процеса на наставничество.

4.2.2 Образът на наставника в студентското есе

Развитите от нас Теоретичен и Практически модел за прилагане на наставничество се допълват от получени резултати от обработени есета на студенти от магистърска програма по Управление на здравни грижи“ в Медицински университет – Варна.

От 2006 година като избираема дисциплина, с оглед необходимост за развитие на наставничеството за нуждите на базовото обучение на специалност „Медицинска сестра“ с ОКС „Бакалавър“, в магистърските програми по „Управление на здравни грижи“ в Медицински университет – Варна е въведена избираема дисциплина „Наставничество в сестринството“. Бъдещите ръководители по здравни грижи от 50 до 100% в различните години са избирали дисциплината, което според нас подчертава осмисляне на проблема и желание за попълване на собственият дефицит от знания в областта на наставничеството. Контролът на дисциплината е провеждан чрез различни форми, като една от тях е разработване на есе. Темите на есетата са били различни, но ние подбрахме есета от 2010 до 2018, когато са възлагани основно „Моят наставник...“ (85) и „Какъв наставник искам да бъда...?“ (124).

Обобщени резултатите от 85 есета на тема „Моят наставник...“ показват спомен и преживявания за наставници, които имат следните **качества**:

- изключителен професионалист, с много добра теоретична и практическа подготовка
- даващ всичко от себе си за изграждане на добри професионалисти
- показва грешките
- вдъхва любов към професията
- човек, който вярва във възможностите на студента и вдъхва оптимизъм
- строг
- приятел и съветник
- амбицира студента
- проявява търпение
- носител на високи морални добродетели
- прилага индивидуален подход към обучавания
- принципен човек
- насърчаващ към организираност, отговорност и трудова дисциплина
- притежаващ желание и способност да обучава
- дискретен и коректен към колегите в професионалната среда
- постоянно усъвършенстване
- добър „психолог и педагог“
- притежава умения за работа в екип
- упорит човек
- комуникативен

Моят Наставник ...

„...жената в бяло – строга, но справедлива, близка и далечна, възискателна и мила, на когото дължа своя професионализъм, човека, който никога няма да забравя.“ – Кичка Димитрова, 2010г.,

„.....достоеен наставник, даряващ всичко свое на поверените си студенти, не чакаш благодарности, а очакващ резултати, знаейки , че накрая идва удовлетворението, че е подготвил едни от най – добрите професионалисти по здравни грижи.“ – Димитринка Миланова, 2010г.

„...моята наставничка беше носител на високи морални добродетели...всеки, който имаше щастието да я познава отблизо беше удивен от нейните честност, искреност и безкористност, съчетани с огромна мъдрост.” – Галина Ангелова, 2010г.

„...моят наставник ме научи на още нещо много важно – да съчувствам, да подкрепям, да вдъхвам кураж, да уважавам хората, с които работя. Не помня да ми се е карала „моята старша” –малко сдържана, винаги приветлива, и готова да ми даде следващата задача...” – Мария Денчева, 2010

„...тя беше слънчев човек, с искряща усмивка, чистичка и спретната...” – Надежда Шишкова, 2010г.

„...тя първа повярва в мен. С търпението на светец и всеотдайността на майка ме въведе в сестринството...” – Анна Козарова, 2010

„... всичко дължа на моя Наставник – един невероятен Човек, човек с главно „Ч”, Човек на когото аз бих искала да приличам...” – Милена Банушева, 2011г.

„...Моят наставник беше изключителен специалист, много компетентен в това, което прави. С него изградихме много силна връзка, въпреки голямата разлика във възрастта. Менторът ми показва качества от мен, които самата аз не бях намерила в себе си...” – Йоана Григорова, 2016г.

„...Благодаря ти сестра Стамова! Благодаря ти, че беше мой наставник! Благодаря ти за ръката, която ми подаде и ме поведе по трудния и нелек път на сестринството! Благодаря ти, че осмисли този път и ми даде цел в живота!... Благодаря ти, че ме научи на удовлетвореност от добре свършена работа!...” – Ивелина Попова, 2016г.

„...Моят наставник ме поставяше в ситуации да вземам сама решения при изпълнението на дадена задача, стимулираше ме да разсъждавам и ме напътстваше в моите действия. По този начин тя изгради у мен трайни знания, умения и навици, които подпомогнаха бъдещето ми развитие...” – Галина Стоянова Кулишева, 2016г.

„...Имам огромен късмет, че попаднах на такъв страхотен човек и наставник като нея. Може би в професионален план нямаше да съм това, което съм в момента без усилията, които положи тя и това, което даде за моето развитие като медицински професионалист....бих искала да съм като нея!...” – Катерина Раданова, 2016г.

„...Най-силно ме впечатли нейното отношение към професията. Тя работеше с желание, притежаваше опит и професионални познания, имаше добро отношение към колегите си, беше внимателна с пациентите и най-важното беше „отворена“ за разговори, за всичко, което ме притеснява или вълнува...” – Красимира Топчева, 2016г.

„...С течение на времето и годините натрупан опит, вярвам, че наставникът е необходимост и задължително условие при въвеждането на служителя в работния процес. Моят наставник, бе човека, който ми показва пътя, който следвам и до днес...“ - Силвена Антонова Ставрева, 2016г

„...Добрите наставници са като възобновяемите източници на гориво. Те са неизчерпаем източник на информация стига да знаем как да я получим и как да я използваме...“ Николина Вишнарова, 2016г.

„...Човекът, който ме поведе по пътя на професионалната ми реализация беше голям професионалист, който преди всичко беше ЧОВЕК...добрият наставник е този който дава криле на начинаещия, дава знания, нови прогресивни идеи, запалва хуманизма...“ - Гордана Антоанска, 2018г.

„...Тя беше жена със силен характер и борбен дух. Винаги беше позитивно настроена, от нея струеше ведро настроение и вяра, че всичко ще се случи по най – добрия начин. Търпелива, изчакваща, насърчаваша, но и способна да казва „не“...Наставник не се става – наставникът се ражда такъв. Неговата работа не е просто работа, тя е мисия...“ - Наталия Христова, 2018г.

„...Наставникът е завинаги, за цял живот... никога няма да забравя моят пръв наставник ...това беше като „любов от пръв поглед“ от втория ми работен ден...няма да забравя лъчезарната усмивка и добрите очи, които ме посрещнаха. Уверените и топли ръце, които държаха моите и прекрасното отношение към пациентите...“ - Донка Николова, 2018г

„...За мое нещастие попаднах на наставник, който ме приемаше като конкуренция и заплахата, а не като равен партньор и по никакъв начин не ми съдействаше с поведението си. Напротив, никога не ме окуражаваше дори и за добре свършена работа, много рядко виждах усмивка на лицето й. Имаше трудни моменти, в които исках да се откажа от професията си...“ Галина Станчева, 2018г.

„...Тя ме допусна близо до себе си по начин по който аз от една страна я чувствах много близо до себе си, а от друга бях изключително респектирана...Благодарение на това, че тя повярва в мен, в моите качества и умения, аз започнах да придобивам все по – голяма увереност в собствените си възможности, започнах с все по – голяма лекота да се справям с предизвикателствата в работата ...“ - Ивелина В.Александрова, 2018г.

„...Моят наставник...човекът, който е държал ръката при страх, одобрително е кимал при несигурност, насърчавал е при трудности и колебание...човекът който е оказвал емоционална подкрепа в трудни ситуации...“Татяна Минева, 2017г

Независимо как е бил възприеман наставника, като добър и скромнен или строг и недостъпен, няма есе в което студентите да не благодарят на своя наставник. С особено

чувство на емоционална приповдигнатост те описват как в сърцата си пазят спомена за първите наставници, които са ги подкрепяли и са вдъхвали любов към професията.

В 124 есета на тема „Какъв наставник искам да бъда?“ размишлявайки за своята бъдеща роля, студентите от магистърската програма по „Управление на здравни грижи“ (медицински сестри), са мислили за това как в бъдеще ще се представят и като наставници. В основата си техните виждания отразяват опита им по време на курса обучение. Като добри наставници те си представят, че **биха:**

- подкрепяли студентите повече, отколкото да ги обезкуражават;
- насърчавали и позволявали участие в грижите за пациента, а не само наблюдение;
- показвали увереност в уменията на студентите и вяра в тях, че ще справят и без да бъдат наблюдавани;
- градили добри отношения с техните студенти;
- отделяли време всеки ден да дават на студентите да правят или наблюдават нещо, а не да ги пренебрегват, защото вече са го изпълнявали или виждали в предишен момент;
- независимо от фазата, в която се намира студентът, биха провели разговор с него, за предпочитане в първия ден, за да установят какви са способностите му и какви биха били техните последствия;
- се уверили какво изисква студентът като личност, за да получи желаните от него резултати;
- уточнили искания на двете страни и обсъдили съществуващите възможности за достигане на желаните резултати;
- включили студента, когато има важно събитие в отделението;
- осигурили на студента независимост, като му дават повече насоки в началото биха го оставили да покаже инициатива;
- правили срещи с други членове на екипа за да „видят как върви работата“, ако те няма да са на работното си място, когато студентът ще е там, за да може той да не се чувства изоставен;
- помислили внимателно за списъка със задълженията, с цел студентът и наставникът да имат време да работят заедно по даден въпрос всяка седмица.

В основата си групирани качества, изразени от студентите – магистри, отразяват качествата на добрия наставник, рефлектирала върху тях самите когато са се обучавали под контрол на наставник. Трябва да подчертаем, че голяма част от обучаващите се имат и реално натрупан стаж като наставници. Това им дава повод да опишат собствен модел на поведение, свързан с наставничеството в обучението на студенти от специалност „Медицинска сестра“.

Какъв наставник искам да бъда в едно изречение....

„...Добър като професионалист, като учител, като пример, като отношение, като грижа – добър във всичките измерения на доброто” -Даниела Желева, 2011

„...да бъдеш наставник е призвание...със сигурност ще дам всичко от себе си, да предам на моите „ученици” всички знания и умения, които притежавам както професионални, така и чисто човешки” - Ина Златева, 2012

„...искам да бъда наставника, който имах аз...професионалист, да мотивирам студентите си и те да обичат професията си. ” - Милена Янкова, 2012

„...мечтая...моите обучавани да са готови да поемат подадената от мен ръка и заедно да вървим към успех! ” - Жанета Росенова, 2012

„... искам да бъда – влюбена в професията си и в хората, постоянно отворена към нови идеи и практики, за да мога да заразя с тях всички, които са тръгнали по моя път” - Златка Костадинова, 2012

„...за мен наставничеството носи удовлетворение, идващо от поемането на отговорност не само за себе си, но и за друг човек...отговорностите на наставника възприемам като възможност да обогатя собственият си опит... ” - Теодора Евтимова, 2012

„...искам да съм онази силна, твърда, мила, обгрижваща, достойна и завладяваща личност, наречена наставник, която да може да подкрепи и мотивира, да насърчи и вдъхнови” - Милена Димитрова, 2012

„...искам да бъда онази която....обучава, анализира, съпоставя, твори, убеждава, реализира, обновява и прилага ежедневно в практиката наученото... ” Марияна Крумова, 2012

„...за добрия наставник считам, че са необходими ...преди всичко да бъдеш добър човек, да си покорил собствените си върхове ,за да учиш другите как става това, да си се научил да даваш, без да чакаш нещо в замяна, да имаш сърце, в което да има място за всички” - Гълабина Славова, 2012

„...Според мен едно от най-важните качества, които трябва да има добрият наставник е щедростта на духа. За да може да се раздава за своите ученици, за да може активно да ги подкрепя в успеха им с думи и действия. Щедрият ментор ще изгражда връзки с тях, ще им предложи ресурси, които може да се окажат полезни за тяхното бъдеще...“ - Живка Петрова, 2015г.

„...Бих искала да предам цялата си любов, отговорност и хуманно отношение към сестринската професия, които неотдавна са възпитавани в мен, от моите прекрасни наставници. Ще бъда извор на доверие, за да вдъхвам стремеж към усвояване на нови навици и умения и затвърждаване на теоретичната подготовка в обучаващите се...“ - Татяна Димитрова, 2015г.

„...Моето мото ще бъде: Наставничеството е любов и отговорност – към себе си, към професията, към младия човек, към институцията в която работим!!!“ - Налян Неджмидин Нури, 2015г.

„...Искам да предам всички знания и умения, които притежавам, както професионални, така и чисто човешки. Искам да имам куража да се справя с предизвикателствата на наставничеството. Искам да съм човека, посадил в чистата почва на теорията зрънцето на качествената личност, за да израсне стабилен и уверен в себе си бъдещ специалист...“ - Мирослава Маринова, 2015г.

„...Освен знанията и опита си, искам да предам и любовта си към професията, както я предаде на мен моят Наставник. Ще се старая като съм наставник да съм всичко това, но няма да ми е достатъчно. Тайно ще се надявам след години да съм оставила следа в сърцата им, както моя Наставник....“ - Албена Спасова, 2015г.

„...За мен Наставничеството е изкуство. Изкуството да съумееш да имаш индивидуален подход към всеки, да преценяваш точния момент кога да хванеш ръката му и момента кога да го пуснеш да се справи сам...“ - Миглена Баелова, 2015

„...Да бъда отговорна към себе си, към професията си и към екипа, с който ще работя. Трябва да развия вътрешно лидерство, а то е съвкупност от идеи, самовдъхновение и импулс. След това ще мога да бъда добър наставник...“ - Грета Георгиева, 2015г.

„...Искам да бъда наставник както в строго класическия смисъл на понятието, така и наставник със съвременен облик... за когото студентите ще се сецат с благодарност дълго след като са напуснали студентските аудитории и са поели по собствен път на реализация...“ - Светла Христова, 2015г.

„...Да си наставник това е мисия, съдба, любов и нашия личен дълг към младия човек и към бъдещето. Благоденството да подадеш ръка, да си опора на младия човек, това е чудото наставник. Ежедневно обличам бялата престилка и с гордост прегръщам наставничеството, като вътрешен копнеж, за любов и отговорност към децата ни, към родината ни и към нас самите...“ - Соня Христова, 2015г.

Независимо как виждат ролята си като наставник, в есетата всички студенти от магистърската програма по специалността „Управление на здравни грижи“ изразяват подражание на наставниците, които са имали по време на обучението или при

постъпване на работа. Те показват много често, че са силно повлияни от своите наставници и искат да притежават някои от качествата им или напълно се идентифицират с образа на собствен добър наставник, който са имали.

4.3. Разлика и прилика между супервайзор и наставник

След като първоначално сме заявили, че клиничната супервизия е термин, който обхваща много дейности, става ясно, че можем да разграничим клинична супервизия и наставничество.

Ролята на ментор добива популярност особено в образователните програми на Проект 2000. Не е учудващо, че тази територия не е нова за американските сестри. **Darling (1984)**, един от пионерите в менторството в Щатите, разработва система за оценяване на потенциала на менторството. **Дарлинг** определя характеристиките на “ добрите ментори“, които включват:

- Да бъде визионер: да споделя с учещия своето виждане за това как трябва да изглежда сестринската професия
- Да бъде стимул: да подтиква учещия към постигане на високи стандарти и
- Провокатор: да накара учещия да се вгледа в своите умения и решения

Puetz (1985) описва менторите като:

- изпълняващи няколко специфични функции, включително на учители, спонсори, домакини, образци и съветници.
- споделящи своя опит, като така преподават най-добрите методи ,
- развиват уменията на своите протежета и интелектуалните им способности.

Burnard (1989) описва модел, предложен от Дарлинг, в който тя идентифицира три аспекта на ролята на ментор:

- вдъхновяващ,
- инвестиращ
- подкрепящ и предполага, че е възможно създаването на модел на ефективна сестринска дейност.

Някои считат, че този подход е далеч от онези по - малко сигурни, по-улесняващи модели, възприети в психотерапията и социалните дейности. Не е учудващо, че сестринството - професия, при която несигурността създава неудобство - е привлечено от модели, достатъчно смели да твърдят, че менторите или супервайзорите са наясно с най- добрия начин и е в техните възможности да развиват умения и спомагат за интелектуално развитие.

По- добре е такова сложно развитие да се разглежда като продукт на развитие чрез взаимодействие в условията на сигурни и стимулиращи отношения, базирани на откритост и доверие, за което еднакво отговорни са и супервизираният, и супервайзорът.

Моделите на менторство, в които учениците - буквално/обучаваните са просто обект, отразяват процеса на клиничната практика, при който пациентите не са активни в партньорството. Такова предложение поставя този аспект от ролята на ментора извън традиционните представи за учител на медицински сестри в UK. При тези учители уменията не се развиват поради липсата на достъп до практиката и следователно не могат да служат като модел. Това не е критика, а по-скоро илюстрира пътят, който е извървян

и отдалечаването от практическата среда. Има няколко алтернативни предложения, които разглеждат учителя/специалиста/ teacher/practitioner/ като способен да комбинира клиничните умения с преподавателски (Jarvis and Gibson, 1985). Вторият аспект на Дарлинг - “Инвестиране“ е свързан с идеята, че всеки ученик има ценни качества и потенциал, които трябва да се насърчават, развиват и усъвършенстват заедно с ментор. Тук може да се направи сравнение с възгледите на Rogers (1951), т.е., за да има развитие в отношенията, те трябва да са топли, положителни и безусловни- условие, добре познато на тези, които се занимават с консултиране. Този модел няма здрави основи в сестринството, въпреки че напоследък сестрите са насърчавани да създават отношения с пациента. Междучелностните умения са обект на разглеждане в учебния план за медицински сестри, въпреки че методите за добиването им търпят критика.

Третият аспект в менторството е **подкрепата**. Burnard (1989) предполага, че се изискват умения за активно слушане и емпатия. Може да се изкаже хипотеза, че обучавайки се в среда, развиваща тези умения, ще доведе до квалифицирани сестри, които ще насърчават подобни терапевтични отношения между сестри и пациенти.

Остава да се определи най - подходящия ресурс за ментори. Тази отговорна роля очевидно изисква компетенции отвъд тези на обучената медицинска сестра. Редица специалисти в областта на сестринството коментират нуждата от осъзнаване на важноста при избора на тези, които работят като ментори и супервайзъри. Burnard (1988) набляга на вероятността, че взаимоотношенията между студент и ментор също търпят промени, особено след като менторът е вече в ролята на “експерт“. Всичко това означава, че той трябва внимателно да се избира. Въпросът за това кой ще направи избора, подлежи на обсъждане.

Някои автори имат леки съмнения за това кои са най - подходящи за супервайзъри. Pembrey (1980) изтъква необходимостта от най-способните медицински сестри на ниво отделение, по отношение на клиничната супервизия. Това от своя страна изисква разработването на система, която осигурява кариерна структура и подходящи стимули в клиничната ситуация, за да се задържат най-способните.

Оставаме с усещането че, няма разлика между наставник и супервайзор, но това е привидно. Наистина някои роли се припокриват, но задълбочаването в обсъждането доказва разлики, отнасящи се до пътя по който супервайзорът оказва подкрепа и подтиква професионалното развитие. В процеса на супервизия има **Стандарт**, който следва да се прилага.

Конкретни **правила** са заложи, които направляват дейността на супервайзора:

- води се протокол и се описва проведената супервизия
- супервизираният избира супервайзор и може да поиска прекратяване на взаимоотношенията си
- супервизираният избира вида на супервизията – индивидуална, групова или мрежова
- двете страни в процеса имат разписани права и задължения, които стриктно се спазват
- супервайзорът може да е вътрешен или външен за организацията.

Без да се задълбочаваме изтъкнатите факти доказват възможността на супервизията да осигури по – голяма защита както на пациента, така и на медицинската

сестра. Средата на несигурност и неясноти, относно ролята на медицинската сестра в практиката, оправдава необходимост и от супервизия и утвърждаване на процеса на наставничество.

Менторството е описано като прогресия на кариерата, личностно развитие и академични постижения, докато клиничният надзор е осигуряване на професионална подкрепа и насоки и напредване на клиничната практика чрез размисъл (Mills et al., 2005). Клиничните надзорни взаимоотношения са подобни на наставничеството, тъй като те са зависими от развитието на силно чувство за реципрочност и отчетност и се случват в продължение на дълъг период от време. Клиничните контролни сесии се различават от наставничеството, тъй като те обикновено се улесняват в малки групи и за предпочитане далеч от работното място (Mills et al., 2005). Клиничната супервизия може да се разглежда като стратегия за допълване на съществуващите модели за подкрепа, като например предучилищно обучение или наставничество в сестринските заведения за справяне с актуалните проблеми на тежестта при новозавършили медицински сестри. . (<https://doi.org/>)

Според Mills J, Francis K, Bonner A. наставничеството и супервизията изискват много сходно високо ниво на ангажираност от всеки участник за установяването на връзка. Провеждат се за дълги периоди, като в някои случаи те могат да бъдат поддържани в продължение на години. Основната разлика между тези взаимоотношения е фокусът на дискусиите между участниците. Наставничеството позволява всеобхватно ниво на обсъждане, което може да варира от ежедневните клинични въпроси до "по-широк кръг от теми" за живота на наставявания, разбира се при взаимно съгласие. Супервизията се ограничава до професионалната реализация на медицинската сестра, въпреки че може да се достигне до обсъждане и на лични аспекти на живота, тъй като те влияят върху трудовия живот. Това е описано като пасторален аспект на клиничния надзор.

От литературата изглежда, че границите между наставничеството и клиничния надзор не са ясни, и че няма отличителни характеристики, които категорично ги разграничават. И в двата случая участниците изграждат взаимоотношения, които показват че са взаимно отговорни един за друг при запазена конфиденциалност за дискусиите, които се провеждат в рамките на тяхното взаимно създадено пространство. Съществуват известни различия между наставничеството и клиничния надзор в нивата на време и ангажираност, които характеризират взаимоотношенията, както и изискването за формално отчитане на резултатите от връзката.

Всеки тип поддържаща връзка, обсъждана в литературата, има различен фокус. Менторингът се основава основно и се концентрира върху развиващите се области като кариерно развитие, научни постижения и личностно развитие. Супервизията се фокусира върху напредването на клиничната практика чрез размисъл и осигуряване на професионално ориентиране и подкрепа.

Подготовката се фокусира върху придобиването на клинични умения и социализацията. Всяка връзка за подкрепа също се различава в контекст и интензитет. Авторите Mills J, Francis K, Bonner A., (2005) представят основни моменти от разликата между менторинг и клиничен надзор на базата на австралийски опит (185), www.rnh.org.au/journal/article/410, (фиг. 68).

Елемент	Наставничество	Клинична супервизия
Контекст	Извън реалната работна среда	В работна среда, но извън реалната работна зона
Време	Дългосрочна времева рамка с прогресия във фазите на взаимоотношенията	Дългосрочна времева рамка с прогресия във фазите на взаимоотношенията
Взаимоотношения	Конфиденциални дискусии; ограничено обсъждане на статуса на взаимоотношенията във формална обстановка	Конфиденциални дискусии; ограничено обсъждане на статуса на взаимоотношенията във формална обстановка
Ниво на ангажираност	Високо ниво на ангажираност ; може да изисква отделяне на време извън работната среда	Високо ниво на ангажираност ; с надежда да се осъществява в работно време, но извън работна обстановка; може да изисква отделяне на време извън работната среда
Резултати	В по-широк аспект може да включват по-добра клинична практика, напредък в кариерното развитие и академичните усилия, личностни постижения	По-добра клинична практика

Фиг. 68. Основни моменти от разликата между наставничество и клинична супервизия

4.3.1 Професионално развитие на медицинската сестра и Цикъл на професионално развитие с участието на супервайзор и наставник

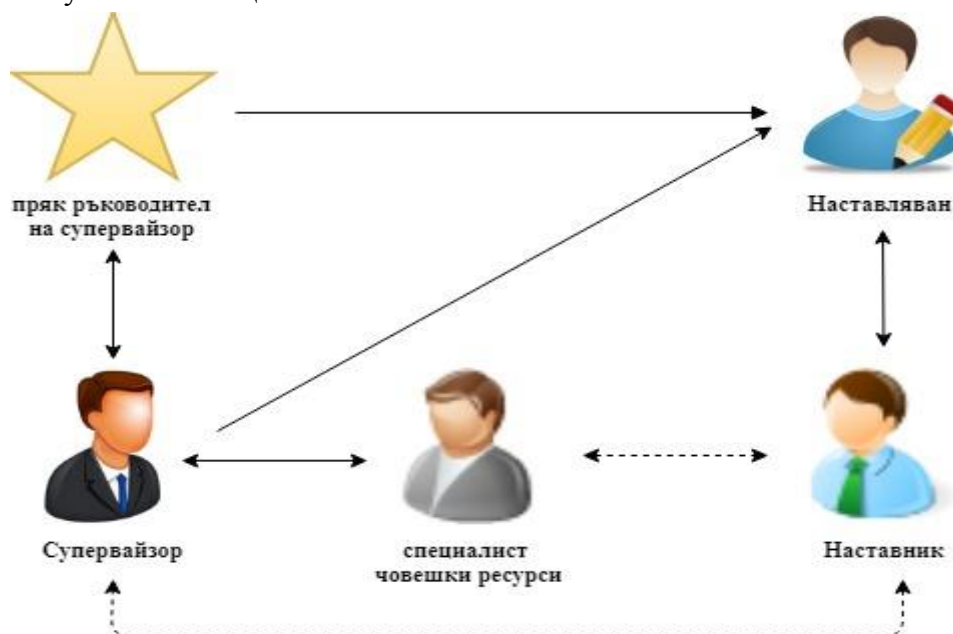
Наставникът и супервайзорът не се изключват взаимно, а се допълват. Те могат да имат много важна роля в индивидуалното израстване и развитие на професионалистите по здравни грижи в организацията (фиг. 69).

Ако организацията иска да прилага супервизия и наставничество, за да подпомага работещите следва да има ясно изградени отношения между всички участници в процеса:

- ✓ **Прекият ръководител** планира кариерното израстване на младия специалист, който има потенциал за развитие. По негова преценка развитието се планира във времето и се определят бъдещите функции, които специалистът ще има.

Успоредно с това се прави преценка относно компетенциите и дефицитът, който има специалистът и какво трябва да включи обучението.

- ✓ **Специалистът по човешки ресурси (ЧР)** работи съвместно с прекия ръководител, като прави конкретизация за индивидуалното кариерно развитие на младия специалист – предвижда начало и край на обучението, срок за заемане на нова длъжност, пробен период, конкурс или назначаване и въвеждане в длъжност. В зависимост от вида на организацията, спецификата на труда и компетенциите на специалиста по човешки ресурси той може да бъде и в ролята и на наставник.
- ✓ По-честа практика може да бъде въвличане на утвърдените **наставници**, които да наставяват младия специалист. В този случай наставникът поддържа активна връзка със специалиста по ЧР. Планира заедно с него посоката на наставническия процес – формулира целите, задачите, които следва да бъдат изпълнени, възлага отговорности на наставника и др. Ролята на наставника е да подкрепя, вдъхновява, окуражава и наставява обучаемия. Наставникът трябва да създава максимално благоприятна среда, в която обучаемия да разгърне способностите си и да усвои нови знания.
- ✓ **Супервайзорът** също е фактор, който може съществено да повлияе, да катализира процеса на обучение. Той може да е вътрешен или външен за организацията. Прекият ръководител следва да подпише договор с него, след като е избран от обучаемия. За прилагане на супервизия следва организацията да има ясни правила, които супервайзорът ще спазва. Супервайзорът следва да документира проведените супервизии. Целта е подкрепа за работа, съобразно “добрата практика“, минимизиране риска от грешки във вреда на пациента и професионално развитие. Супервайзорът поддържа тесни връзки със специалиста по ЧР, наставника и прекия ръководител и целенасочва дейността си в интерес на обучаемия и пациента.



Фиг. 69. Професионално развитие с участието на супервайзор и наставник

Цикъл на професионално развитие (етапи)

Цикълът на индивидуалното развитие преминава през 5 етапа (Фиг. 70). формулиране на целите на развитие, планиране на развитието, съгласуване между целите и плана за развитие, дейности по изпълнение на плана, оценка на резултата и когато цикълът по конкретна цел приключи се преминава към изпълнение на нова цел.

На всеки етап супервайзорът и наставникът могат да окажат помощ и подкрепа и да създадат условия за максимално разкриване на възможностите и уменията на обучаемия. Успоредно с това те могат да имат и контролни функции за постигане на по – високи резултати.

Дефинирането на ролите и функциите на всички участници е важно за комфорта на обучаемия. Той ще знае при възникване на различни ситуации къде може да получи подкрепа. Има риск ако се нарушават ролите младият специалист да се обърка, да се приложат двойни стандарти за оценка на резултатите и той да се демотивира, да се откаже и да се откаже от развитие, което може да му струва много усилия и излишна енергия.



Фиг. 70. Цикъл на професионално развитие (етапи) с подкрепата на супервайзор и наставник

Закономерното преминаване през различните етапи създава увереност за справяне, възможност за самооценка и изпълнение на политиката на организацията за прилагане на супервизия и наставничество като инвестиция в професионализацията на младия колега.

V. ИЗВОДИ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПРЕПОРЪКИ

5.1 Изводи

- Проведеното проучване доказва нагласа на експертите за въвеждане на супервизия в сестринството в България, като се очертават необходими условия за това – промяна в законодателството, разкриване на специализация „Клинична супервизия“ за медицински сестри с продължителност една година и половина (900 часа) и ясно дефиниране на компетенциите на супервайзора.
- Прилагането на протокол за осъществяване на супервизия в сестринската практика налага допълнително обучение на супервайзор, с което ще се гарантира качеството на здравните грижи.
- В лицето на академично подготвената медицинска сестра здравеопазната система в България има сериозен ресурс, който може да бъде насочен към осъществяване на автономни непрекъснати грижи както за болните, така и за здравите хора, възрастните и децата, при прилагане на супервизия и наставничество.
- Здравеопазната ни система се лишава от ресурса, който има в лицето на академично подготвената медицинска сестра. Това води до недостатъчност на грижите за бременните жени и майките, както и за старите хора, които имат нужда от консултации, от подкрепа и окуражаване – дейности за които медицинските сестри у нас имат компетенции и могат да изпълняват отговорно – с наставник или супервайзор.
- Все още не е ясно дали сестринската професия може да се справи с последиците от самостоятелността и отговорностите. Необходим е супервайзор – подготвена медицинска сестра, която да има „поглед отгоре“ и ограничава допускане на грешки във вреда на пациента.
- За прилагане на клинична супервизия в сестринската практика у нас е необходимо допълнително обучение на утвърдени в практиката медицински сестри с достатъчно опит (10 години), комуникативни умения и желание за развитие като супервайзор, в унисон с традициите в сестринството и националния контекст.
- Подкрепящата професионална роля на клиничен супервайзор може да допринесе за по – висока мотивация на сестрите, предпазване от „прегриване“ и поддържане на високо качество на здравните грижи.
- Предложените модели на Супервизия и Наставничество на базата на проучената литература и получени резултати могат да бъдат добра основа за прилагане на научен

подход и създаване на възможност медицинските сестри да обсъждат въвеждане на супервизия в България.

- Анализът на законовата рамка, засягащ обучението и практиката на медицинската сестра в България създава възможност за допълване и конкретизиране на дейността на наставника и супервайзора, позиции които могат да заемат медицински сестри с потенциал за развитие.
- Супервизия в сестринството у нас, според експертите, може да допринесе за промяна в качеството на здравните грижи, автономна дейност на медицинската сестра и издигане имиджа на професията.

Заклучение

Обучението на медицински сестри в България е комплексно. Осъществява се чрез непрекъснато взаимодействие между теория и практика, между учебни и работни ситуации. Теорията е онази част от професионалното обучение, което формира знания и умения, приложими в професионалната действителност. Тя се осъществява във всички видове и степени на образование, но с различен относителен дял и специфична насоченост. Целта на формиране на интелектуални умения е да може на основата на теоретична подготовка да се получи информация, да се планира, да се извършва контрол, да се развиват умения за наблюдение и обработка на данни за ориентиране, за бърза реакция.

Наставничеството играе много важна роля за повишаване ефективността на обучението на бъдещите професионалисти по здравни грижи. Чрез него се постига взаимодействие между работните и учебни занимания. Обучавания в реална работна среда се научава как да носи професионална отговорност.

С разработените от нас теоретичен и практически модели на наставничеството в сестринството ние се стремим да изградим положителният, даже „идеалният” образ на Наставника. Практиката, обаче ни среща с образа на Анти-наставника. Кой е той? Вероятно това е грубият човек, този който „работи за себе си”, не общува професионално, няма обаянието на човекът който се „зарежда” от професионалните постижения и благодарността в очите на пациента и младият колега... Сега е силен, професионално завършен и ...недостъпен, даже деспотичен, недоверчив към младите, които са избрали да отдадат сили и енергия в името на любовта към Живота...

Ние вярваме в развитието на наставничеството и супервизията в приложението им като иновативни подходи за обучение в сестринството и подкрепа на професионалистите в средата където работят. Когато наставниците осъзнаят, че се превръщат в модел за подражание в продължение на много години за младия колега, те най – вероятно ще искат да покажат най – доброто от себе си. За това е необходимо прилагане на систематичен подход, грижовно отношение към развитите образа на наставника и супервайзора, ясно дефиниране на ролите им, инвестиране на средства за обучение, даващи модел за добро наставничество и супервизия, въвеждане на система за стимулиране на наставниците и супервайзорите, създаване на усещане у тях, че са специално избрани, че имат важна мисия – да предадат своя опит, знания и умения и да изградят образа на медицинската сестра на бъдещето!

Супервизията може да допринесе за прилагане на стандарти в практиката, подкрепа и окуражаване, и сигурност за пациента. Супервизията може да има мощно и решаващо значение за бърза адаптация, за развитие на човешките ресурси и ограничаване на текучеството, особено в сектори с интензивно натоварване на медицинските сестри.

5.2 Предложения и препоръки

• Към Законодателството

- ✓ Законово въвеждане на супервизия и признаване на автономия на медицинските сестри.
- ✓ Институциализиране на наставничеството в сестринството – изработване на политики и прилагането им, при ясно определени параметри.

• Към Министерството на здравеопазването

- ✓ Утвърждаване на специализация „Клинична супервизия“ с продължителност 900 часа и включване в наредбата за СДО на медицинските сестри.

• Към БАПЗГ и медицинските университети

- ✓ Провеждане на краткосрочно обучение на медицински сестри за работа като супервайзор и наставник;
- ✓ Разработване на програми за специализация „Клинична супервизия“ за медицински сестри.

- **Към болничния мениджмънт**

- ✓ Прилагане на подбор и поддържане на Система за наставничество и ангажиране с тази дейност най – добрите професионалисти – медицински сестри с образование, опит, комуникативни умения и желание в наставническия процес. Такъв подход би ангажирал наставниците към ценностите на организацията и извличане на ползи, отнасящи се до бърза адаптация на нови служители, намаляване на текучеството, усвояване и предаване на нови знания.

5.3 Приноси

Теоретично – познавателни

- ✓ Разработен е **Теоретичен модел за прилагане на наставничество** в обучението на студентите от специалност „Медицинска сестра“, който включва: *Правила за качествена организация на практическото обучение, Алгоритъм за приемане на студенти в УПБ, Роли на субектите в наставническия процес – преподавател, студент, наставник.*
- ✓ В теоретичен аспект е разработен **Модел на супервизия**, приложим в България, като се взема предвид законовата рамка и националния контекст и традициите за развитие на сестринството у нас.
- ✓ На базата на направен правен анализ е предложен **Континиум на супервизията в сестринството** за България.
- ✓ Резултатите от проучено експертно мнение доказват необходимост от въвеждане на клинична супервизия в сестринството у нас, за което е необходимо 900 часа обучение и придобиване на специалност „Клинична супервизия“ .
- ✓ Предложен е **Модел за професионално развитие с участие на супервайзор и наставник.**
- ✓ В теоретичен аспект на базата на анализ на научна литература и проучен опит на страни, където са приложени клинична супервизия и наставничество в сестринството са потърсени прилики и разлики между практическата дейност, която извършват супервайзор и наставник.

Практико-приложни

- ✓ Разработен е **Практически модел за ефективно наставничество в обучението на медицинските сестри.** Моделът съдържа собствен

инструментариум, който улеснява прилагането му – *средства за връзка между УПБ и МУ, фиш за оценка на стажант сестра, Книжка на стажанта за преддипломен стаж, Дневник за наблюдение и контрол (практически приложен в дейността на КЗГ).*

- ✓ Разработен е **Алгоритъм за подбор на наставници**, който включва – *етапи на подбора, критерии за подбор на наставници, качества на добрия наставник (практически приложен в дейността на КЗГ).*
- ✓ Разработена е **Процедура за възприемане и развитие на наставничеството** при обучение на студенти от специалност „Медицинска сестра“ (*реално приложена в МУ Варна*).
- ✓ Предложен е Проект на длъжностна характеристика на наставника, който може да бъде приложение към трудовия договор на обучаващата медицинска сестра от практиката, когато тя изпълнява функции на наставник

ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Соня Тончева**, Борисова, С., „Наставничеството – ефективен метод в обучението на медицинските сестри“, „Здравни грижи“, брой 1, 2008 г., 12-17 с.
2. **Соня Тончева**, „SUPERVISION IN NURSING - A PROMISE FOR THE QUALITY OF HEALTH CARE“, 56th Science Conference of Ruse University, Bulgaria, 2017, Научни трудове на Русенския университет, 169-176 с. (отличена с Диплома, Кристален приз „THE BEST PAPER“ за участие в научна конференция на РУ „Ангел Кънчев“ с представен пленарен доклад).
3. **Соня Тончева**, „Практични пристапи за одуржување на квалитетот на клиничката пракса на студентите на студиската програма „Медицинска сестра“ со четиригодишно академско образование“, „Македонско сестринство“, брой 6, година 4, 2017 г., 9-18 с.
4. **Соня Тончева**, Евтимова, Т., „OBSTETRIK CENTER FOR FAMILY COUNSELING – AN INNOVATIVE MODEL FOR FAMILY COUNSELING WORK AMONG MARGINALIZED GROUPS“, Scripta Scientifica Salutis Publicae, vol. 2, 2016, suppl. 1, pp. 101-107, Medical University of Varna.
5. Атанасова, А., **Соня Тончева**, Варнева, М., „Необходимост от допълнително обучение по здравен мениджмънт на управителите на зъботехнически лаборатории“, „Здравни грижи“, брой 1, 2016 г., 34-39 с.
6. **Соня Тончева**, „Приносът на медицинските сестри и акушерките за осигуряване на непрекъснати здравни грижи в извънболнични условия“, сборник доклади, 12 Национален форум на специалистите по здравни грижи, 2016 г., Шумен.
7. Цветкова, Т., **Соня Тончева**, „Сестринска служба за деца со посебни потреби – реалност и перспектива“, „Македонско сестринство“, брой 2, година 2, 2015 г., 35-40 с.
8. **Соня Тончева**, „От традиционното сестринство към иновации и отговор на очакванията на пациента“, Научни трудове на Русенския университет, 2015 г., том 54, серия 8.3, 9-18 с.
9. **Соня Тончева**, „Мобилен микро-социален център – модел за оказване на професионални здравни грижи в дома на възрастните хора“, „Социална медицина“, брой 3, 2014 г., 24-26 с.
10. **Соня Тончева**, Керековска, А., „Проблемни ситуации в процеса на общуване между наставник и студент“, „Здравна икономика и мениджмънт“, година 13, брой 4, 2013 г., 75-80 с.
11. **Соня Тончева**, „Развитие специалности „Менеджмент в сестринском деле“, „Медицинска сестра“, брой 7, 2013 г., 49-53 с.
12. **Соня Тончева**, Павлова, Ст., „Партньорски взаимоотношения между преподаватели и наставници“, „Здравна икономика и мениджмънт“, година 13, брой 4, 2013 г., 81-85 с.
13. Цветков, Н., **Соня Тончева**, „Въвеждането на нови технологии в практическото обучение на студентите от специалност „Зъботехник“, като отговор на очакванията на работодателя“, „Здравни грижи“, брой 3, 2013 г., 38-46 с.

14. **Соня Тончева**, „Наставничество в сестринството – образователни и организационни аспекти“, монографичен труд, 2012 г.
15. Варнева, М., **Соня Тончева**, „Значението на наставничеството за практическото обучение на студентите от специалност „Зъботехника“, „Здравни грижи“, брой 1, 2012 г., 26-30 с.
16. **Соня Тончева**, „Наставникът – субект в обучението на студенти от специалност „Медицинска сестра“, „Известия на съюза на учените – Сливен“, том 21, 2012 г.
17. **Соня Тончева**, Чепишева, М., „Изграждането на Сестринска служба в структурата на Многопрофилна болница за активно лечение“, „Здравни грижи“, брой 4, 2011 г., 5-11 с.
18. **Соня Тончева**, „Процедура за възприемане и развитие на наставничеството при обучение на студенти от специалност „Медицинска сестра“ с образователно-квалификационна степен „Бакалавър“, „Здравни грижи“, брой 1, 2011 г., 12-15 с.
19. **Соня Тончева**, „Ролята на наставничеството в сестринската професия“, „Иновации в образованието“, Шуменски университет „Еп. К. Преславски“, 2010 г., 379-387 с.
20. **Соня Тончева**, „Наставничеството в обучението на студентите от специалност „Управление на здравни грижи“ (опит на МУ – Варна)“, сборник доклади от Национална конференция с международно участие „Хуманизъм и прагматизъм в образованието на 21 век“, 2008 г., Варна.
21. **Соня Тончева**, Борисова, С., „Наставничеството – ефективен метод в обучението на медицинските сестри“, „Здравни грижи“, брой 1, 2008 г., 12-17 с.
22. **Соня Тончева**, „Ефективността на връзката учебно-практическа база – Медицински колеж критерий за повишаване качеството на клиничните стажове в обучението на медицински сестри“, „Известия на съюза на учените – Сливен“, том 2, 2000 г., 84-87 с.
23. **Соня Тончева**, „Стажантската практика – основа за висок професионализъм на медицинската сестра“, сборник доклади от Международна научно-практическа конференция, посветена на 45 годишнината от основаването на института, Враца, 1996 г., 104-111 с.
24. **Соня Тончева**, „Оптимизация на оценката и контрола при провеждане на стажантската практика“, „За средните медицински кадри“, год. 27, брой 4-5, 1995 г., 5-13 с.