



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
– ВАРНА**

**„Проф. д-р Параскев Стоянов“**  
Факултет по обществено здравеопазване  
Катедра „Здравни грижи“

**Янка Георгиева Маркова-Димитрова**

**МОДЕЛИ ЗА ГРИЖИ ЗА ЗДРАВЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ  
НА САМОТНО ЖИВЕЕЩИ ВЪЗРАСТНИ ХОРА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане  
на образователна и научна степен „Доктор“

**Специалност**

**„Управление на здравните грижи“**

**Научни ръководители:**

Проф. Силвия Борисова, д. оз. н.  
Доц. Маринела Грудева, д. п.

**Официални рецензенти:**

Проф. д-р Соня Тончева, д. оз. н.  
Проф. д-р Иваничка Сербезова, д. п.

Варна, 2019

Дисертационният труд съдържа 176 страници и е структуриран в пет основни глави. Включва 65 фигури, 10 таблици, и 9 приложения.

Библиографският списък включва 184 литературни източника, от които 124 на кирилица, 48 на латиница и 12 интернет адреса.

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 24.09.2019 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 16 октомври 2019 г. от 11.30 часа 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 отдел Докторантско училище на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ – Варна.

# **СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ</b>	5
<b>I. ВЪВЕДЕНИЕ</b>	6
<b>II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО</b>	8
2.1. Цел и задачи на проучването	8
2.2. Работни хипотези	8
2.3. Етапи на научно-изследователската работа	9
2.4. Материал и методика на проучването	12
2.4.1. Обект и обхват на проучването	12
2.4.2. Признаци при определените логически единици	13
2.5. Източници за набиране на информация	14
2.6. Методи на проучването	15
2.7. Статистически методи за обработка на информацията	15
2.8. Инструментариум на проучването	18
<b>III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ</b>	19
3.1. Демографска характеристика на Област Велико Търново	19
3.2. Благосъстояние и здраве на самотно живеещите възрастни хора в Област Велико Търново	22
3.3. Мнение на медицинските специалисти, относно качеството на здравните грижи, които се предоставят на възрастни хора в домашни условия	33
3.4. Анализ на физическите и психо-социални потребности на възрастните хора	41
3.5. Въвеждане и оценка на ефективността на модел за грижа за здраве и благополучие на самотно живеещи възрастни хора	46

<b>IV. МОДЕЛ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГРИЖИ ЗА ЗДРАВЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ НА САМОТНО ЖИВЕЕЩИ ВЪЗРАСТНИ ХОРА В ДОМАШНА СРЕДА</b>	<b>49</b>
4.1. Оценка на здравето и качеството на живот на самотно живеещи възрастни хора	49
4.2. Модел за грижи за здраве и благополучие при самотно живеещи възрастни хора	60
<b>V. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ</b>	<b>69</b>
5.1. Изводи	69
5.2. Препоръки	70
5.3. Приноси	71
<b>ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД</b>	<b>73</b>

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

<b>ДВ</b>	Държавен вестник
<b>ДКЦ</b>	Диагностично консултативен център
<b>ЕС</b>	Европейски съюз
<b>МСП</b>	Медико-социална помощ
<b>МСЗ</b>	Медико-социално заведение
<b>МБАЛ</b>	Многопрофилна болница за активно лечение
<b>МЗ</b>	Министерство на здравеопазването
<b>МСС</b>	Международен сестрински съюз
<b>МЦ</b>	Медицински център
<b>НЗОК</b>	Национална здравно осигурителна каса
<b>НСИ</b>	Национален статистически институт
<b>НЦОЗИ</b>	Национален център по обществено здраве и анализи
<b>ООН</b>	Организация на обединените нации
<b>ОПЛ</b>	Общопрактикуващ лекар
<b>ПМС</b>	Постановление на министерски съвет
<b>САЩ</b>	Съединени американски щати
<b>СЗО</b>	Световна здравна организация
<b>ANA</b>	Американска сестринска асоциация
<b>ANADI</b>	Североамериканска асоциация по сестринска диагноза
<b>ICNP</b>	Международна сестринска практика
<b>INGESA</b>	Национален институт по здравеопазване /Испания – Сеута, Мелия/
<b>NANDA</b>	Североамериканска асоциация на медицинските сестри
<b>NIC</b>	Класификация на сестринските интервенции
<b>РАНО</b>	Pan American Health Organization
<b>PES</b>	Проблем, етиология, симптом
<b>SHCEK</b>	Институт за социално осигуряване и закрила на детето /Турция/
<b>VIPS</b>	благополучие, уважение, профилактика, безопасност

## I. ВЪВЕДЕНИЕ

*„Научих, че хората ще забравят какво си казал,  
хората ще забравят какво си направил,  
но хората никога няма да забравят  
как си ги накарал да се чувстват...”  
Мая Анджелоу*

Един от важните глобални проблеми на човечеството през ХХІ век е застаряването на населението. По данни на НСИ средно един възрастен човек има 4-6 хронични заболявания. В повечето случаи хроничните заболявания водят до нарушаване на жизнени функции, частична или пълна загуба на възможностите за самообслужване, придвижване, общуване, трудова дейност. Всичко това налага организирането на система от постоянни медицински и социални грижи.

Проведените изследвания в различни страни, свързани с подобряване на организацията на медико-социалната помощ за населението посочват различни подходи за анализа на ефективността на предоставянето ѝ, предимно в стационарни условия. Предоставянето на здравни и социални услуги в домашна среда и тяхната ефективност е актуален проблем за разработване на ефективни подходи за предлагане на здравна грижа в домашни условия [169].

За успешното реализиране на тази цел е необходим комплексен подход, при обединяване на усилията на голяма група специалисти от различни области на медицината и терапията – общопрактикуващи лекари, лекари специалисти, медицински сестри, рехабилитатори, психолози, социални работници, трудотерапевти и други.

Актуалността на темата на настоящият дисертационен труд е обусловена от перспективите в здравното и социално благополучие на самотно живеещите възрастни хора, които изискват квалифицирана, дългосрочна и комплексна сестринска грижа.

Анализът на литературата показва, че има редица изследвания по проблема за старостта и стареенето, интегрирани и дългосрочни грижи за възрастни и стари хора, но не намираме целенасочено проучване за конкретните дейности на медицинската сестра, оказвани в домашни

условия, при самотно живеещи възрастни хора.

Настоящото проучване, създаде възможност за конкретизиране и очертаване на областите и направленията в оказване на грижи за здраве и благополучие на самотно живеещи възрастни хора. Установи нуждата от здравна грижа в дома на възрастния човек, подкрепата и помощта за поддържане на качество на живот. Проучването на проблема, ще даде възможност да се направи оценка на значимостта на здравната грижа, както и да се приложи Модел за грижа за здраве и благополучие на самотно живеещите възрастни хора в домашни условия.

## **II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

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

**Цел:** Да се проучат основните биологични и психо-социални потребностите на самотно живеещите възрастни хора в област Велико Търново и да се обосноват оптимални модели за грижа при съхранение, поддържане и възстановяване на здравето и благополучието.

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

1. Да се проучат основните приоритети в европейските изследвания по стареенето.
2. Да се направи теоретичен анализ на базата данни за българското изследователско пространство по стареенето.
3. Да се определят биологичните и психо-социалните детерминанти за качество на живот на възрастните хора.
4. Да се анализира организацията на грижа за възрастни хора в домашни условия в област Велико Търново.
5. Да се проучи мнението на специалисти от извън болнична, болнична помощ и социални услуги, относно оказваните здравно-социални грижи в домашни условия в област Велико Търново.
6. Да се апробира модел за грижи в домашни условия с цел проследяване на качеството на живот на възрастните хора в началото и след 6 месеца, чрез стандартизиран въпросник.
7. Да се разработят модели за грижа за здраве и благополучие на самотно живеещи възрастни хора в домашни условия.

### **2.2. Работни хипотези**

На базата на проучената литература и поставената цел на дисертационното изследване бяха формулирани следните работни хипотези:

1. Прилагането на организационни модели за грижи ще доведе до съхранение, подобрене и възстановяване на здравето, ще се постигне повишаване на благополучието и удовлетвореността на самотно живеещите възрастни хора.



2. В процеса на оказване на грижи за възрастни хора медицинската сестра не участва активно при предоставянето им в домашни условия.
3. Взаимодействието между медицински специалисти и самотно живеещи възрастни хора е незадоволително и липсва обратна връзка.
4. Допускаме, че активното участие на медицинската сестра в грижите за здраве и благополучие, ще подобри значително качеството на живот при самотно живеещите възрастни хора.

Хипотезите изработихме, отчитайки необходимостта от оптимизиране на здравни грижи в домашни условия при възрастни хора.

### 2.3. Етапи на научно-изследователската работа

Дейностите по дисертационния труд са проведени в 8 етапа:

Етап	Дейност	Място на провеждане	Инструментариум	Период
<b>Етап 1</b>	Анализ на специализирана литература във връзка с актуалността на изучавания проблем.	гр. Велико Търново	Специализирана литература; специализирани бази данни с публикации.	март 2018 г. – декември 2018 г.
<b>Етап 2</b>	Определяне целите и задачите на дисертационното изследване; избор на подходящи методи; изработване на инструментариум за неговото провеждане.	гр. Велико Търново	Информирано съгласие за включване в експеримент; Въпросник за оценка на здраве и благополучие; Анкетни карти.	април 2018 г. – ноември 2018 г.

<b>Етап 3</b>	Създаване на организационен модел за грижи за самотно живеещи възрастни хора; проучване на демографските показатели.	гр. Велико Търново	Схематичен модел за грижи; Въпросник оценка на състоянието и грижи; Визуална аналогова скала;	декември 2018 г.
<b>Етап 4</b>	Анализ на получените резултати; определяне на експериментална и контролна група; оценка на качеството на живот.	Област Велико Търново	Предварително зададени критерии за подбор на пациенти;	ноември 2018 г. – декември 2018 г.
<b>Етап 5</b>	Прилагане на модели за грижи за период от 6 месеца. Оценка и анализ на състоянието на възрастните хора чрез попълване на информационна карта за оценка на състоянието.	Област Велико Търново	Информационна карта за оценка на състоянието; Въпросник за оценка на здравето и качеството на живот	януари 2019 г. – юни 2019 г.
<b>Етап 6</b>	Анализ и оценка на състоянието на възрастните хора; самооценка на състоянието; оценка на качеството на живот.	Област Велико Търново	Въпросник за удовлетвореност от модела за грижи; Информационна карта за оценка на състоянието.	юли 2019 г.

<b>Етап 7</b>	Статистическа обработка и анализ на резултатите в различните етапи на проучването.	Гр. Варна  Гр. Велико Търново	STATISTIC A 8.0 Stat. Soft. Inc. и IBM SPSS Statistics Version 23.	юли 2019 г. – август 2019 г.
<b>Етап 8</b>	Формулиране на изводи, приноси, препоръки, изведени от дисертационния труд.	Гр. Велико Търново		август 2019 г. – септември 2019 г.

**Критерии за включване на възрастни хора:** самотно живеещи хора; възраст – 65 - 74 години; наличие на здравословен проблем, който изисква грижи в домашна обстановка; заявено писмено информирано съгласие за включване в експеримента.

**Критерии за изключване:** възрастни хора живеещи в домакинство с близки и семейство; психично заболяване.

За целите на експеримента са включени 100 лица от Област Велико Търново, които са във възрастовата група от 60 до 74 години, самотно живеещи, за период от м. декември 2018 до м. май 2019 г. Експерименталното проучване от 6 месеца включва четири посещения на самотно живеещи възрастни хора. Мястото за провеждане е дома на възрастния човек в градовете Велико Търново, Горна Оряховица, Лясковец, Свищов, и съседни на тях малки населени места. Извадката съдържа 31 души експериментална група и 32 души контролна група.

За постигане на целите и задачите на проучването са разработени анкетни карти, визуална аналогова скала за оценка на здравето, въпросник за оценка на качеството на живот и здравословното състояние.

При провеждане на експеримента са спазени следните принципи:

- **Контрол** - за елиминиране влиянието на възможни неизследвани фактори, се наблюдава развитието в експерименталната група и се сравнява с това на контролна група;
- **Рандомизация** – случаен подбор на изследваните в експериментална и контролна група, което осигурява равно изходно състояние на двете групи;
- **Повторения** – приложени са достатъчно брой повторения, за да се доловят различия в развитието на показателите.

## **2.4. Материал и методика на проучването**

### **2.4.1. Обект и обхват на проучването**

За обект на наблюдение на настоящото проучване определихме:

- **Самотно живеещи възрастни хора – 100;**
- **Пациенти**, хоспитализирани в терапевтични и хирургични отделения на МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ АД гр. Велико Търново; МБАЛ „Д-р Димитър Павлович“ ЕООД гр. Свищов – 300;
- **Медицински специалисти**, участници в процеса на предоставяне на здравни грижи за възрастни хора от болнична и извън болнична помощ – ДКЦ „Д-р Ст. Черкезов“ ЕООД гр. Велико Търново; ДКЦ I ЕООД гр. Велико Търново; Медицински център „Норма“ гр. Свищов; ЕТ „ИПМП-ЛК Д-р Христо Попов“ гр. Свищов; Дом за стари хора „Венета Ботева“ гр. Велико Търново; „Хоспис-Елена“ ООД гр. Елена; Дом за стари хора „Мария Луиза“ гр. Свищов и в малки населени места (село) – 200;
- **Специалисти предоставящи социални услуги на възрастните хора** – Дом за стари хора „Венета Ботева“ гр. Велико Търново; Дирекция „Социални дейности“ община гр. Велико Търново; „Хоспис-Елена“ ООД гр. Елена; Дом за стари хора „Мария Луиза“ гр. Свищов - 40.

### **Логически единици на проучването**

- Медицински специалист, работещ в сферата на извънболничната и болничната помощ;
- Социален работник, практикуващ в сферата на социалните услуги;
- Възрастен човек, лице над 65 години, нуждаещ се от грижи в домашни условия.

### **2.4.2. Признаци при определените логически единици**

#### ***Признаци при първа логическа единица:***

- отнасящи се до възможностите за оказване на здравни грижи в домашни условия;
- свързани с готовността на медицинската сестра да предоставя дейности в рамките на професионалните си компетенции за съхраняване, опазване и възстановяване здравето на възрастните хора;
- свързани с условията и възможностите, които създава законодателната и нормативно-правна уредба в Република България за оказване на грижи в домашни условия;

#### ***Признаци при втора логическа единица:***

- свързани с медико-социалните услуги оказвани в домашни условия на възрастните и самотно живеещи хора;
- отнасящи се до необходимостта от подобряване на съществуващата нормативно-правна уредба в Република България, свързана с медико-социалното обслужване в домашни условия;

#### ***Признаци при трета логическа единица:***

- свързани с потребността от здравни грижи в домашни условия;
- отнасящи се до самооценка на емоционално състояние и физическо здраве;
- отнасящи се до необходимостта от медицински и социални грижи в домашни условия;
- свързани със степента на удовлетвореност на възрастните хора от оказаната здравна грижа в домашни условия.

Изследването е реализирано чрез типологичен подбор. В етапа на подготовка за провеждане на научното проучване беше изчислен

необходимият брой единици на наблюдение при уровень на значимость 95%. Изчисленията бяха направени както за количествено, така и за качествено измеримите признаци. В процеса на събиране на информация целенасочено анкетата бе проведена във всяка група с по-голям брой респонденти. В първият етап бяха определени гнездата за проучването – Велико Търново, Горна Оряховица, Свищов. Във вторият етап с помощта на собствено – случайния подбор бяха избрани единиците на наблюдение.

За медицинските специалисти изследването беше проведено като репрезентативно. С оглед случайността на подбора бяха анкетирани медицински специалисти, през първата смяна на работния ден в лечебните заведения от извън болничната и болничната медицинска помощ. Изследваните 200 медицински специалисти представляват 27% от медицинските специалисти работещи в посочените лечебни заведения.

## **2.5. Източници за набиране на информация**

- **Мнение на лекари**, работещи в сферата на извън болничната помощ - гр. Свищов, гр. Велико Търново, гр. Горна Оряховица;
- **Мнение на лекари**, работещи в сферата на болничната помощ - гр. Свищов, гр. Велико Търново, гр. Горна Оряховица;
- **Мнение на специалисти по здравни грижи**, работещи в сферата на извън болничната помощ – гр. Свищов, гр. Велико Търново, гр. Елена, гр. Горна Оряховица;
- **Мнение на специалисти по здравни грижи**, работещи в сферата на болничната помощ - гр. Свищов, гр. Велико Търново, гр. Горна Оряховица;
- **Мнение на социални работници**, работещи в гр. Свищов, гр. Велико Търново, гр. Елена, гр. Горна Оряховица;
- **Мнение на лица на 65 и повече години**, нуждаещи се от МСП в домашна среда – гр. Свищов, гр. Велико Търново, гр. Елена, гр. Горна Оряховица, с. Петко Каравелово; с. Вардим;

с. Беляковец;

- **Достъпни национални и международни нормативни документи**, свързани със здравеопазването, правата на гражданите, правата на пациентите, сестринската наука и сестринската практика.
- **Достъпна научна литература** – проучвания на наши и чужди автори по проблема.

## 2.6. Методи на проучването

- **Документален метод** - проучване на нормативни документи, стратегии, закони, методически указания свързани с предоставянето на здравни и социални услуги на възрастни хора.
- **Анкетен метод** - пряка анкета за проучване на здравето и благополучието на самотно живеещи възрастни хора участващи в експеримента; пряка индивидуална анонимна анкета с медицински специалисти; лекари и медицински сестри, работещи в сферата на извън болничната и болнична помощ; социални работници; лица над 65 и повече години, нуждаещи се от грижи в домашни условия.
- **Метод наблюдение** – наблюдение изпълнението на препоръките за здраве и благополучие на възрастните хора.
- **Експериментален метод** – модел за проспективно проучване на грижите за здраве и благополучие на самотно живеещи възрастни хора в област Велико Търново.

## 2.7. Статистически методи за обработка на информацията.

Използвани са следните методи на анализ:

А. Метод на статистическа групировка на данните;

Б. Метод на статистическото оценяване:

- **Достоверна вероятност (сигнификантност) – р**. При коефициенти  $p=0,95$  (95%), грешката от I род е 0,05 (5%);

- **Интервали на доверителност (CI)**

Интерпретират се като вероятността посоченият интервал да съдържа в себе си реалната точкова оценка на

популацията. Използвани са 95% интервали на доверителност.

- **Вариационен анализ** при сравняване на непрекъснати и интервални показатели - t-тест по двойки или непараметричен анализ по двойки - Wilcoxon рангов тест. При възможност групираните анализи се сравняват с анализи на независими подгрупи – ANOVA тест, t-тест на Student и непараметричен анализ на Mann-Whitney.
- **Непараметричен анализ** - критерий  $\chi^2$  (хи-квадрат) на Pearson или  $\tau$ - анализ на Kendall.
- **Корелационен анализ** - по метода на Pearson и на Kendall.
- **Регресионен анализ** (линеен или логистичен).

*Експерименталните резултати са анализирани съобразно следната статистическа методика:*

- **Тест на Стюдънт** за независими извадки, където нулевата хипотеза се състои в предположение за равенство на съответните теоретични средни (различието между емпиричните средни не е статистически значимо). За потвърждение на резултатите от теста на Стюдънт се използва и непараметричният тест на Ман-Уитни, където нулевата хипотеза обикновено се формулира като предположение за равенство на съответните теоретични медиани. Двата теста имат сходно познавателно предназначение;
- При сравненията е използван и **дисперсионен анализ** с два фактора, при който се проверяват три нулеви хипотези: по една за главните ефекти на двата фактора и една за ефекта на тяхното взаимодействие.
- Надеждността на някои от формираните обобщени скали са проверени, чрез средствата на класическата теория на тестовите - **коефициента алфа на Кронбах**.
- Приложен е **факторен анализ** по метода на главните компоненти, а потвърждаване едномерността на латентното пространство на скалите, както и за формиране на факторни резултати (FS – factor scores). Факторните тегла представляват индикатори за дискриминантна сила на тестовата единица. Те



трябва да бъдат изразено положителни (по смисъла на тестовата единица) и приблизително равни по магнитуд.

- При изследване на някои от обобщените скали се ползват средства от **Item Response Theory**. Моделите GPCM и 2-PL от IRT позволяват да се пресметнат EAP резултати (EAP – scores), които да бъдат ползвани в статистическите анализи. Разпределението на тези резултати е близко до стандартно нормално.
- **Линейният коефициент на корелация R** показва посоката и силата на линейната статистическа асоциация между променливите, за които е пресметнат. Стойностите на  $r$  варират между -1 и 1. Заедно със стойността на  $r$ , се привежда и неговата **значимост P**, която представлява достигнатото ниво на значимост (p-value) от проверката на нулева хипотеза, че истинската стойност на коефициента е нула.
- **Хи-квадрат тестът (ChiSquare)** се ползва за установяване наличие на статистическа асоциация между подходящо структурирани променливи. Тук нулевата хипотеза е, че променливите са независими.

Всички нулеви хипотези се проверяват чрез достигнатото ниво на значимост p-value. Основната интерпретация на p-value е вероятност за грешка от първи род – грешката, която би възникнала, когато нулевата хипотеза се отхвърля при условие, че тя е фактически валидна. Следователно достатъчно малките стойности на p-value препоръчват отхвърляне на нулевата хипотеза. Обичайната прагова стойност е 0.05 (5%). Стойностите на p-value са дадени заедно със съответната проверяваща статистика.

Основната цел на статистическата обработка е да приведе обективни аргументи в полза на хипотезата, че при експерименталната група се наблюдава подобро в определени аспекти качество на живот.

При статистическата обработка са използвани STATISTICA 8.0 Stat. Soft. Inc. и IBM SPSS Statistics Version 23.

## 2.8. Инструментариум на проучването

- **Анкетна карта № 1** – за проучване мнението на възрастни хора по изследваните признаци с 34 въпроси, от които 31 закрити, 3 полузакрити и 3 отворени.
- **Анкетна карта № 2** – за проучване мнението на медицински специалисти по изследваните признаци с 21 въпроси, от които 16 закрити, 4 полузакрити и 1 отворен.
- **Въпросник за оценка на здравето № 3** – за проучване мнението на самотно живеещи възрастни хора за качеството на живот в началото и края на експеримента.
- **Визуална аналогова скала на здравето** - линия, разграфена от 0 до 100 през 10 деления. Нулата (0) отговаря на възможно най-лошото здравно състояние, а сто (100) – възможно най-доброто здравно състояние. Пациентът избира и отбелязва цифра, отговаряща или възможно най-близка до неговото усещане за здраве в този момент. Резултатите се съпоставят преди и след прилагането на Модела за грижи.
- **Информирано съгласие на пациента.** Разработено е за целите на проучването и удостоверява съгласието на пациента да участва доброволно в изследването и информацията която се получава да бъде събирана и анализирана, като се използва единствено и само за научно-изследователски цели.
- **Анкетна карта за оценка на Модела за грижи за здраве и благополучие.** Анкетната карта е авторска разработка, изготвена и приложена за целите на конкретната оценка. Съдържа 17 въпроса от затворен тип с възможност за отразяване на лично мнение по някои от въпросите. Първата група въпроси се отнасят до очакваните резултати при прилагането на Модела за грижи. Втората група се отнасят до компетентност на медицинската сестра и доверието към нея от страна на възрастните хора. Третата група въпроси засягат получените резултати от прилагането на Модела за

грижи: съхранение, възстановяване и подобряване на здравето на самотно живеещи възрастни пациенти, адекватен отговор на потребностите и приложимост.

- **Достъпна научна литература** – проучвания на наши и чужди автори по проблема.

### **III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

#### **3.1. Демографска характеристика на област Велико Търново.**

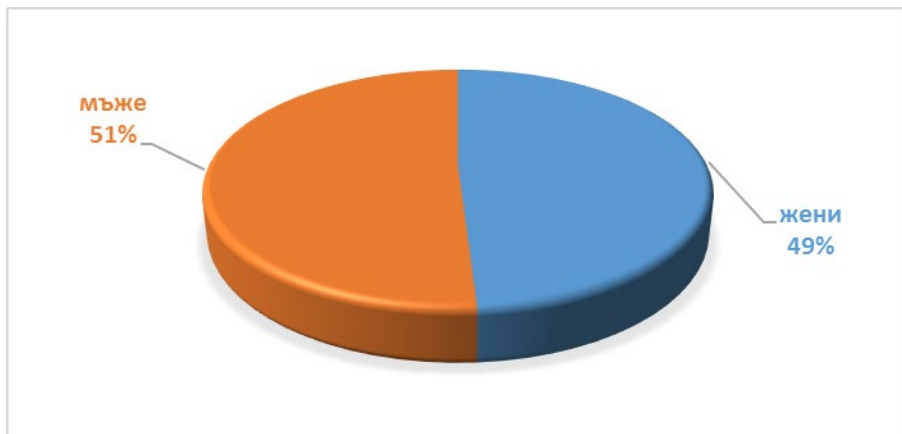
Област Велико Търново е разположена в централната част на Северна България и западната част на Северния централен район. Територията ѝ е с площ 4 662,6 km<sup>2</sup> (4,2% от територията на страната). Най-големите общини на областта са Велико Търново, Горна Оряховица и Свищов. Релефът в северната част е низинно-равнинен, а на юг – хълмисто-платовиден и планински. Голяма част от населените места в областта (49,4%) са от типа “малолюдни”, т.е. с население до 200 души. Селищата без население са в три общини от областта, които са разположени в южните, планински части – община Велико Търново (21 селища без население), община Елена (21 безлюдни селища) и община Златарица (9 населени места без население). На територията на областта са разположени 14 града, повечето от които са общински центрове. От тях 3 града (Велико Търново, Горна Оряховица и Свищов) са в категорията на средните градове, а 1 - в категорията на малките - Павликени. По отношение на числеността на населението в отделните населени места, в територията на област Велико Търново се обособяват две зони:

- ***Зона със селища с по-голям брой население***, което дава основание в тях да функционират обслужващи обекти за първично обслужване на населението – основни училища, детски градини, амбулатории за извън болнична лечебна помощ, читалища и др. Тази зона включва общините в северната, равнинна част на област Велико Търново;

- ***Зона със селища от т.нар. “пръснат тип”*** (бивши махали и колибарски селища) в планинските части на областта. Този тип селища са малолюдни, с население под 100, дори под 50 души. Малкият брой на населението в по-голямата част от селищата в

планинските части на област Велико Търново, създава сериозни проблеми с обслужването на населението и с използван им ресурси.

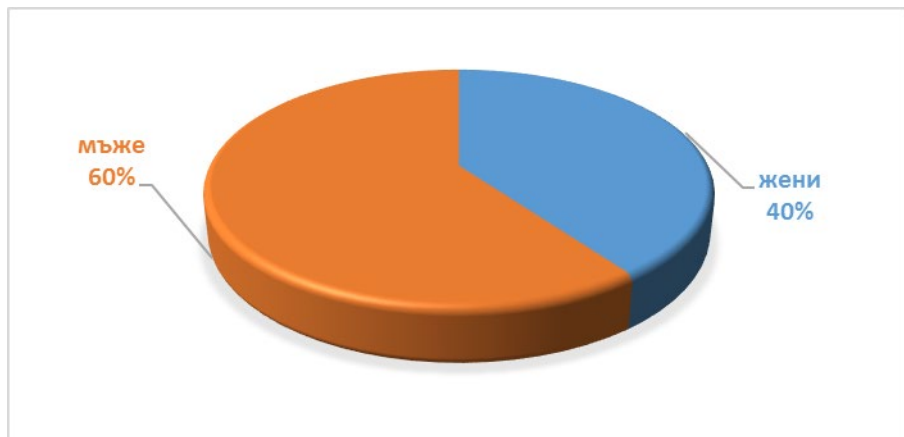
Към 31 декември 2017 година населението на област Велико Търново е 239 132 души, което представлява 3,4 % от населението на страната и нарежда областта на девето място по брой на населението от 28-те области в България. В сравнение с 2016 година населението на областта намалява с 3 127 души, или с 1,3 %. Мъжете са 115 655 (48,4 %), а жените - 123 477 (51,6 %) (Фиг. 1.).



**Фигура 1. Разпределение на населението по пол, област Велико Търново 2017 година ( по НСИ)**

По данни на НСИ към 12.04.2019 година лицата на 65 и повече навършени години са 55 435, или 23,5 % от населението на областта. Делът на населението в тази възрастова група нараства с 0,9 % спрямо 2017 година. Процесът на остаряване е по-силно изразен сред жените отколкото сред мъжете (Фиг. 2). Относителният дял на жените на възраст над 65 години е 59,3 %, а на мъжете – 40,7 % от населението на областта. Разликата се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и като следствие от нея по-ниската

среднапродължителност на живота при тях. В регионален аспект делът на лицата на 65 и повече навършени години е най-висок в общините Сухиндол (30,9 %), Полски Тръмбеш (30 %), и Павликени (29 %).



**Фигура 2. Относителен дял на лицата над 65 години, област Велико Търново, 2019 година**

Най-нисък е делът на възрастното население в общините Велико Търново – 19,6 %, Стражица – 21,8 %. Застаряването на населението в областта води до повишаване на неговата средна възраст, която е 44,7 години в края на 2017 година (42,9 години за мъжете и 46,3 години за жените).

Съществуват **фактори, които пораждат риск** за различни групи от населението: демографски фактори, които имат пряко отношение към рисковите групи и развитието на медико-социални услуги в Община Велико Търново; безработица при хората в трудоспособна възраст ограничен достъп до заетост; местоживеене; ограничен достъп до здравни услуги на хората, включително и на живеещите в малки населени места,

отдалечени от градските центрове; липсата на междусекторните услуги, които включват здравни, образователни и социални дейности са слабо развити, а това затруднява предоставянето на комплексна подкрепа на уязвимите групи.

По данни на кметски наместници, клубове на пенсионера и социални работници от Дирекция „Социално подпомагане“, самотно живеещите възрастни хора на територията на Община Велико Търново са 570 души, а в областта са 621 души.

### **3.2. Благосъстояние и здраве на самотно живеещите възрастни хора в Област Велико Търново**

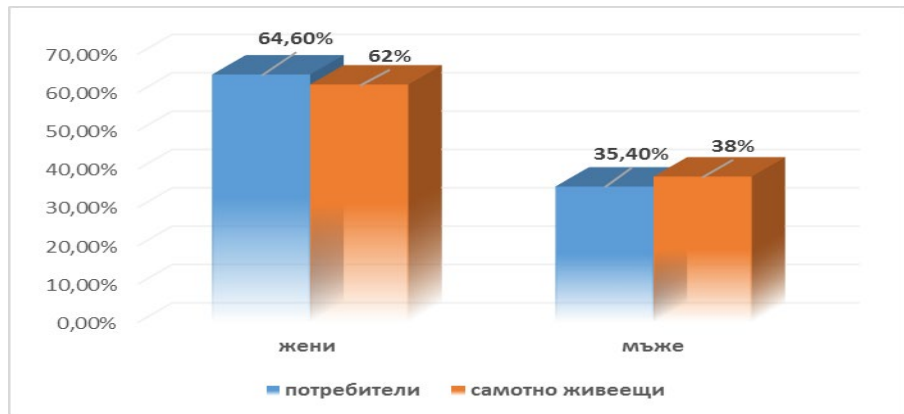
Благосъстоянието на възрастните хора е аспект, който се определя от запазената способност активно да възприема собствения си здравен статус и да се реализира във всички компоненти на заобикалящата го среда. Поддържането на едно високо ниво на това качество е по-важно от удължаването на живота, защото в такива случаи смъртта не е неочаквано събитие и болният е психически подготвен за нея.

Проведено е социологическо проучване на качеството на живот и възможностите за поддържане на благосъстоянието на възрастните и стари хора в Област Велико Търново. Анкетното проучване обхваща 300 потребители на МСП и 100 самотно живеещи възрастни хора от Област Велико Търново.

За определяне влиянието на възрастовите изменения и тяхното влияние върху качеството на живот, жизнеспособност, потребност от грижи и обслужване в изследването включихме лица на възраст между 60 и 74 години, живеещи на територията на Област Велико Търново (n=139).

С цел точното определяне характеристиките на изследваните лица проучихме някои от основните показатели даващи възможност за демографски анализ, а именно: пол, възраст и местожителство. Проследихме и някои социално-икономически фактори – образование, трудова заетост, големина на домакинството.

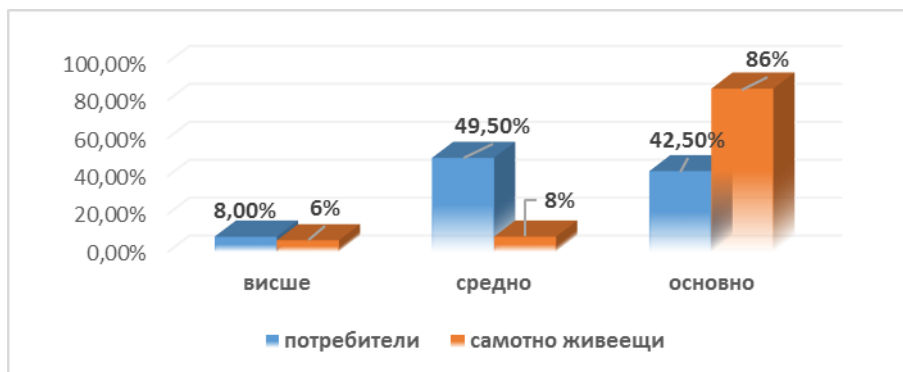
При двете групи анкетирани в разпределението на по пол, преобладават жените – самотно живеещи (n=62), потребители – (n=194). Мъжете са съответно 38% (n=38), 35,6% (n=106) (Фиг. 3).



**Фигура 3. Разпределение на анкетираните по пол**

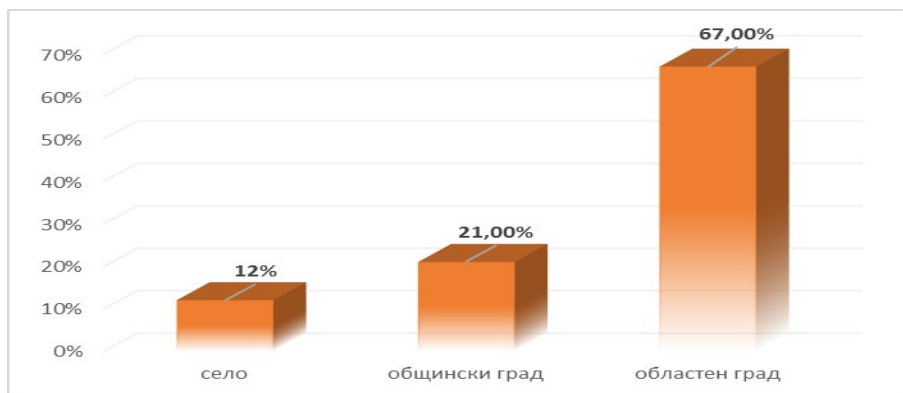
Възрастовата характеристика по групи показва най-висок относителен дял на лицата между 55-65 години – 40,4%. Следващата възрастова група е на лицата 65-80 години – 31,9%, на възраст над 80 години са 27,7%.

Сред двете групи респондентите преобладават лицата с основно образование, следвани от лицата със средно образование (Фиг.4). Степента на образованост е важна за нас, поради съществуващата пряка връзка между знанията и информираността на потребителите по отношение на тяхното заболяване, потребностите от информация, разбирането на предоставената информация от медицинските специалисти, а също и получаването на информирано съгласие по отношение на грижите в домашни условия, ролята и приноса на медицинската сестра за оптимизирането им.



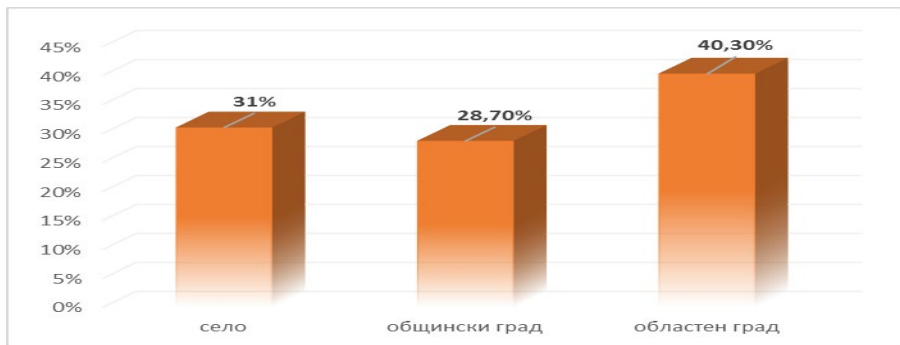
**Фигура 4. Степен на образование на анкетираните лица**

В анкетното проучване попадат възрастни хора, които се грижат сами за себе си от различни по големина населени места – село, общински град, областен град. Данните от разпределението са представени на Фигура 5 и Фигура 6.



**Фигура 5. Разпределение на самотно живеещите възрастни хора по местоживееене**



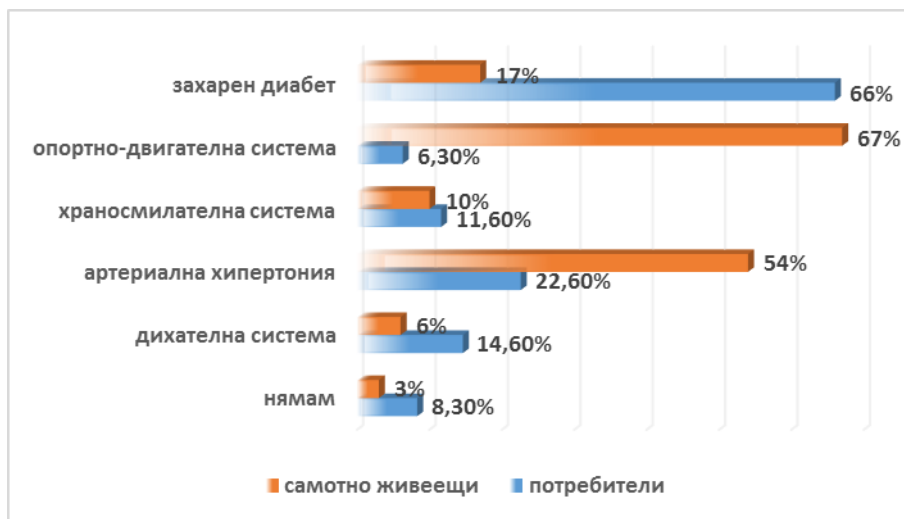


**Фигура 6. Разпределение на потребители по местоживеене**

Съществен фактор е материално-икономическото състояние на тази група от населението. Данните от проведеното изследване показват, че основен доход на старите хора са пенсиите, допълнително на социална помощ разчитат 32%, а 24% получават допълнителна помощ от деца и роднини.

Материалното състояние оказва влияние и върху качеството на живот. Повече от половината респонденти (57%) изразходват паричните си средства за закупуване: на лекарствени средства за постоянно лечение, хранителни продукти и стоки от първа необходимост.

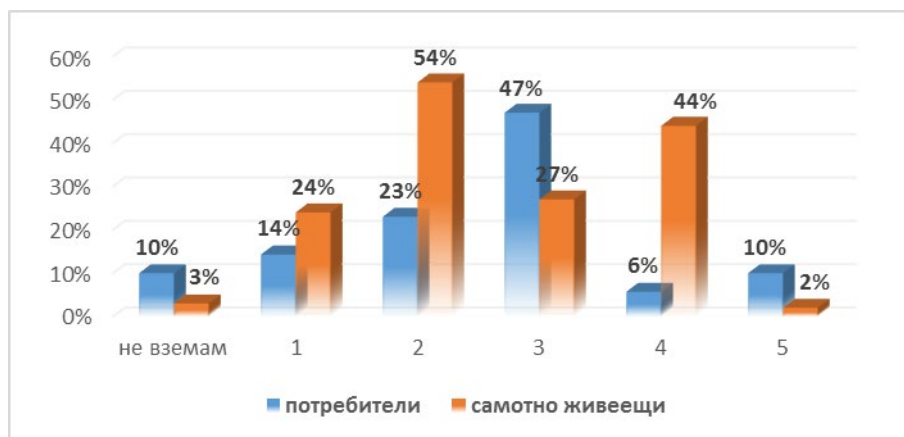
Голяма част от самотно живеещите възрастни хора съобщават за наличие на няколко заболявания, които затрудняват ежедневните им дейности (80%), (Фиг. 7). Превес имат заболяванията на опорно-двигателната система (67%), следвани от артериална хипертония (54%) и захарен диабет (17%). Незначителна част от анкетираните са отговорили, че нямат заболяване ( $n=3$ ). Установихме, че има съществена разлика между заболяемостта на потребителите и самотно живеещите възрастни хора ( $\chi^2=438,665$ ;  $p < 0,001$ ).



**Фигура 7. Заболявания сред самотно живеещите възрастни хора**

При потребителите с предоставена МСП превес има заболяването захарен диабет (66%), следвано от артериалната хипертония (22,6%).

Наличието на заболяванията налага прием на различен брой медикаменти (Фиг.8).



**Фигура 8 . Дневен прием на медикаменти (брой)**

Хроничният характер на заболяванията води до ограничения в ежедневните дейности на респондентите – движение в дома и извън дома, обличане и събличане, грижи за външния вид и поддържането на лична хигиена, пазаруване и приготвяне на храна, приемане на храна и течности, почистване на дома (Табл. 1).

**Таблица 1. Ежедневни дейности извършвани от потребителите в домашни условия**

Дейност	Потребители n=300				Самотно живеещи n=100			
	сам		с чужда помощ		сам		с чужда помощ	
	Бро й	%	Бро й	%	Бро й	%	Бро й	%
Движение в къщи	166	55,3	134	44,6	100	100	0	0
Движение извън дома	159	53	141	47	57	57	43	43
Обличане и събличане	194	64,6	106	35,3	63	63	37	37
Приемане на храна и течности	253	84,3	47	15,6	86	86	14	14
Поддържане на лична хигиена	247	82,3	53	17,6	75	75	25	25
Грижи за външния вид	248	82,6	52	17,3	91	91	9	9
Приготвяне на храна	239	79,6	61	20,3	87	87	13	13
Пазаруване	242	80,6	58	19,3	43	43	57	57
Почистване на дома	236	78,6	64	21,3	34	34	66	66

При уточняване на потребностите се установи, че значителна част от самотно живеещите възрастни хора имат проблеми при самообслужването си. Една четвърт от тях се нуждаят от помощ при поддържане на личната хигиена, 37% имат нужда от помощ при

обличане и събличане, всеки четвърти (43%) – при движение извън дома, повече от половината респонденти извършват пазаруване (57%) и почистване на дома с чужда помощ (66%).

С всички затруднения в ежедневната дейност възрастните и стари самотно живеещи хора са принудени да се справят. Справянето от своя страна води до ниско ниво на жизнения стандарт.

При изследването на ежедневните дейности, установихме, че има съществена разлика в отделните градове ( $\chi^2=45,39$ ;  $p < 0,001$ ). С най-висока активност по отношение на ежедневните дейности са възрастните хора от Велико Търново (72,90 %), а най-слабо активни са тези от селата (42,0 %).

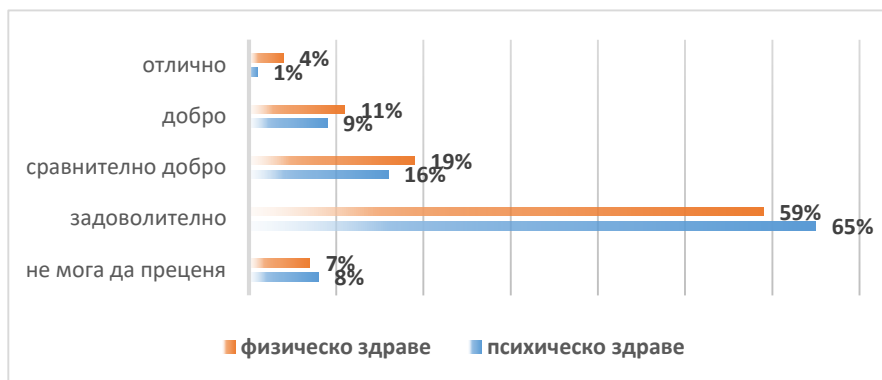
В хода на нашето проучване установихме, че респондентите имат проблеми със слуха, зрението, нужда от зъбни протези, необходимост от медико-технически средства за придвижване, които влияят на качеството им на живот.

Възрастните самотно живеещи хора срещат огромни затруднения при осъществяване на комуникация с различни институции, особено жителите на малките населени места от общинския и областен център. С най-висок относителният дял са възрастните хора от малките населени места (84%), следвани от тези във Велико Търново (80%), ( $\chi^2=32,35$ ;  $p < 0,001$ ).

Особено внимание заслужава самооценката на възрастните хора относно физическото и психическото си здраве. Повече от половината анкетирани дават оценка „задоволително“, което се съпровожда със малка честота на търсене на медицинска помощ, независимо от заболяванията на респондентите (59%). Оценка „сравнително добро“ – 19%, „добро“ – 11%, а 7% не могат да преценят. Незначителна част оценяват физическото си здраве като отлично (4%).

Повече от половината респонденти оценяват емоционалното си състояние като задоволително, което се дължи на ниската оценка за физическото здраве, ниските доходи, стесняване на кръга от хора за

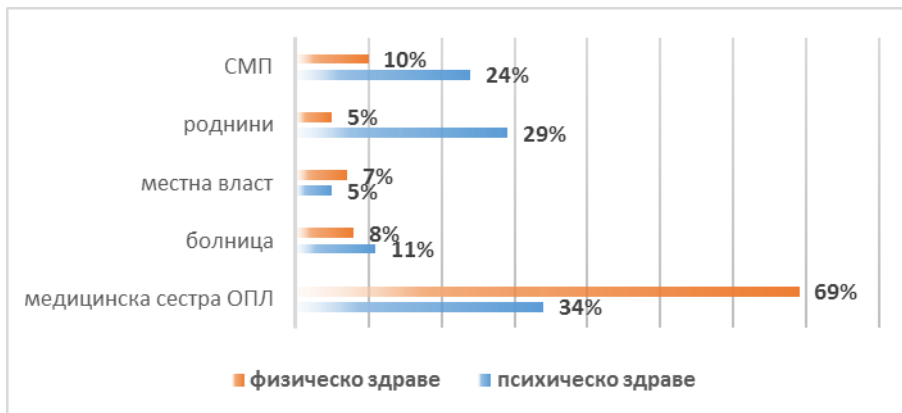
общуване, загубата на съпруг/а, загубата на дете, липсата на адекватни грижи в домашна среда в зависимост от потребностите (65%). Отрицателните емоции създават чувството на самота, забравеност и ненужност (14%) при самотно живеещите хора (Фиг. 9).



**Фигура 9. Самооценка на самотно живеещите възрастни хора за емоционалното и физическото си състояние**

Самооценката на потребителите на МСП относно физическото и емоционалното си състояние е по-висока. Здравето се оценява като „задоволително“ при 41% (n=123), „сравнително добро“ – 29% (n=87), „добро“ – 14,3 % (n=43), а 13,6% (n=41) - не могат да преценят. Малко над половината от анкетираните от Велико Търново, проявят желание за информация по тази тема ( $\chi^2=10,25$ ;  $p = 0,006$ ). Общуването с приятели, съседи и колеги е важен социален фактор за социалната, емоционална стабилност и достойното качество на живот на респондентите.

В процеса на изследването се анализира информираността на лицата на възраст 60 и повече години за лицата и организациите, оказващи медико-социална помощ. Болшинството от респондентите се обръщат към личният лекар и работещата в екипа му медицинска сестра (Фиг. 10).



**Фигура 10. Организации, предоставящи медицинска помощ**

Възможността за получаване на различни медицински услуги е различна в населените места. Градските жители имат по-добри възможности за получаване на специализирана медицинска помощ, стоматологична помощ, домашно посещение на лекар, лабораторни изследвания, осигуряване с лекарства и помощни технически средства, да повикат медицинска сестра за изпълнение на медицински манипулации, помощ от болногледач, докато това затруднява лицата в малките населени места (42,0 %) ( $\chi^2=20,13$ ;  $p < 0,001$ ). Резултатите са представени в Таблица 2. За получаване на различни медицински услуги почти от самотно живеещите възрастни хора се отнасят към роднини (30%) и към СМП (25%). Към органите на местната власт се отнасят предимно лица, живеещи в малки и отдалечени от общинския и областен център населени места – села и махали, разположени в трудно достъпни територии. Друга алтернатива за оказване на медицинска помощ намират в хора, наети срещу заплащане.

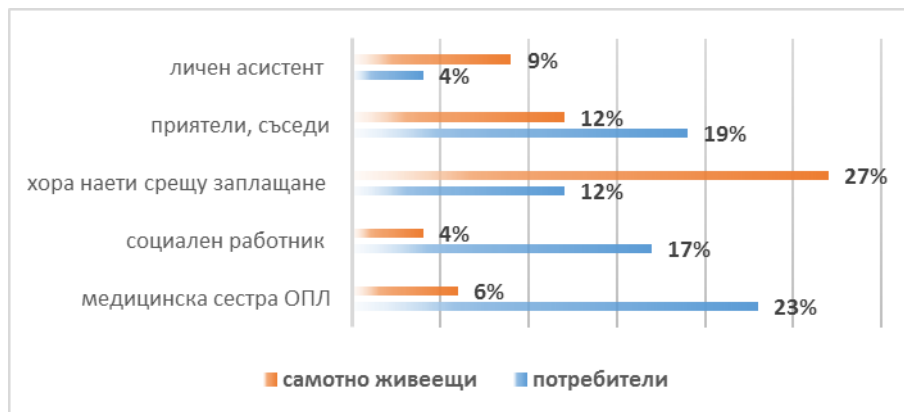
**Таблица 2. Обща характеристика на изследваните лица по местоживеенеи получени грижи**

Предоставени медико-социални грижи	Възрастни и самотно живеещи лица		Общо
	Град	Село	
В домашни условия	124	95	219
В дневен стационар	46	28	74
В болнични условия	139	118	257
В дом за възрастни хора	168	9	177
Не са ползвали услуги	23	35	58

Нуждата от медицински услуги в домашни условия се изявява в посочените отговори на изследваните лица: измерване на кръвно налягане (67%), рехабилитация (16%), извършване на превръзки (6%), поставяне на инжекции (4%), измерване ниво на кръвна захар (3%), алтернативни методи за лечение (3%), обучение на роднини, близки за полагане на грижи за тях (1%).

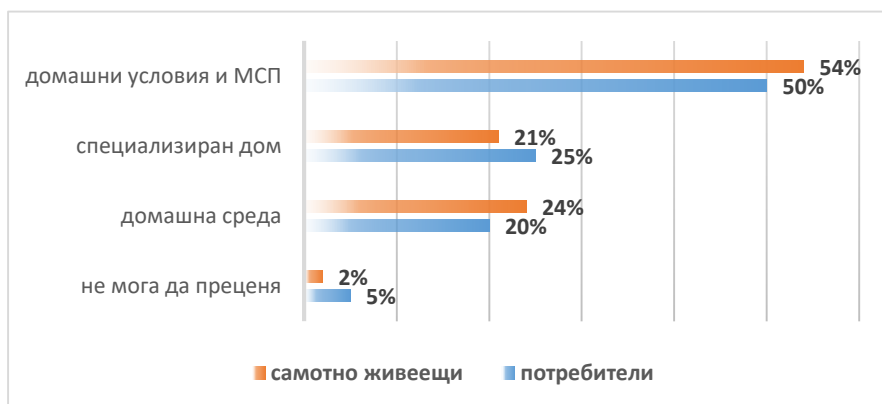
По отношение степента на удовлетвореност от оказаната медицинска помощ потребителите посочват на първо място ОПЛ (83,3%), следван от медицинска сестра (68,5%) лекар-специалист (55,6 %). От социалните услуги най-желани са заплащането на битови сметки (58%), придружаване (при лекар – 24%), получаване на пенсия (11%), помощ в осъществяване на контакт с различни институции. Сред лицата, които оказват социална помощ е посочена и медицинска сестра. Социалните контакти на възрастните хора с приятели, колеги и съседи са важен фактор за доброто им емоционално състояние и по-добро качество на живот. (Фиг. 11). Резултатите от проучването показват, че малка част от самотно живеещите възрастни хора разчитат на помощта им (12%). Помощта и подкрепата от приятели, съседи е значима ( $\chi^2=27,77$ ;  $p < 0,001$ ). За ефективността от предоставяната

МСП важно значение имат предпочитанията на нуждаещите се.



**Фигура 11. Лица, предоставящи помощ и подкрепа**

Анализа на получените резултати от проведеното анонимно анкетно проучване сред лицата на 60 и повече години определи следните тенденции (Фиг. 12).



**Фигура 12. Мнение на лицата на 60 и повече години за модела на предоставяне на грижи**



Повече от половината респонденти предпочитат да останат в домашна среда и да получат необходимата МСП според потребностите си. Причините за избора са: привързаност към родното място и бащиния дом; нежелание за нарушаване на обичайния начин на живот; опасност от прекъсване на контакти с роднини и близки, приятели и съседи; недоверие към медико-социалната институция.

Всеки четвърти желае да получи МСП в институция, а всеки втори желае да остане в домашна среда и периодически да ползва институционална МСП. Много малък процент от респондентите не могат да направят своя избор. Впечатление прави значителната разлика в относителният дял потребители и самотно живеещи възрастни хора ( $\chi^2=34,00$ ;  $p < 0,001$ ).

### **3.3. Мнение на медицинските специалисти, относно качеството на здравните грижи, които се предоставят на възрастни хора в домашни условия**

Предоставянето на медико-социална помощ на възрастни хора се осъществява от различни специалисти, с различно ниво на квалификация. В проучване са включени 20 медицински специалисти от различни сфери на предоставената помощ, представени в Таблица 3.

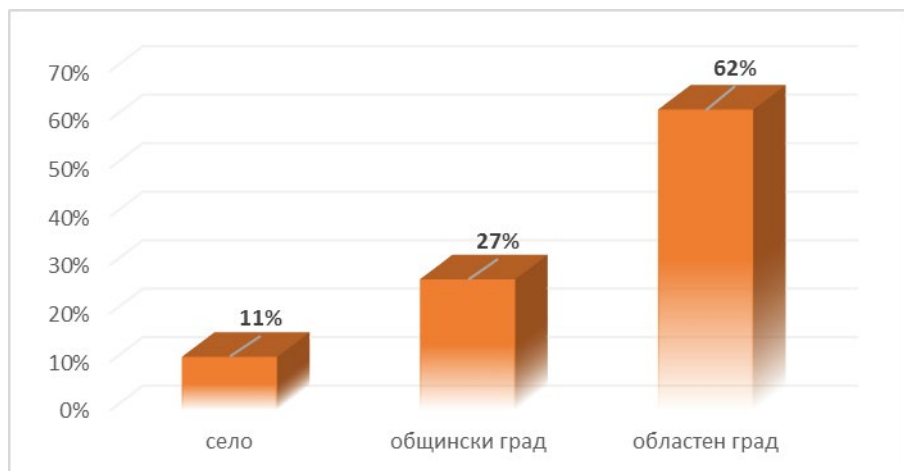
**Таблица 3. Разпределение на медицинските специалисти**

<b>Медицински специалисти</b>	<b>Лекар брой</b>	<b>Медицинска сестра - брой</b>	<b>Социален работник</b>
Извън болнична помощ	25	78	
Болнична помощ	23	33	

Медико- социални заведения	-	41	
<b>ОБЩО</b>			

Сред анкетираните медицински специалисти преобладават жените (84%). Болшинството от анкетираните са специалисти по здравни грижи практикуващи в извън болнична медицинска помощ (51 %), болнична помощ (22 %), медико-социално заведение (27 %).

Преобладаващата част от анкетираните специалисти осъществяват своите дейности в областния град (Фиг. 13).



**Фигура 13. Разпределение на специалисти по извършване на дейности в населено място**

Предоставянето на грижи в домашни условия е необходимо да се извършва от добре обучен и компетентен екип. Високата професионална компетентност е задължително условие за постигане на качество на медицинските услуги (Фиг. 14).

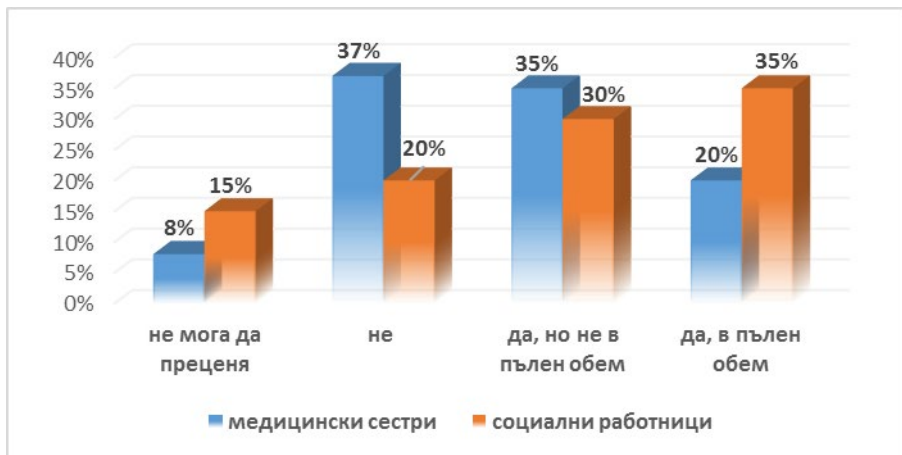


**Фигура 14. Ниво на компетентност в разрешаването на медико-социалните проблеми при възрастните хора (според медицинските сестри)**

Голяма част от медицинските специалисти считат, че са добре подготвени за прилагане на здравни грижи в домашни условия при възрастни хора (86%). Малка част от тях не са с достатъчна компетентност по всички въпроси (11%). Според нас, тези медицински сестри изпитват необходимост от получаване на специализирани знания и умения в грижите за диабетно болни пациенти и е необходимо те да бъдат включени в различни форми на допълнително обучение с цел повишаване на тяхната компетентност.

Данните от проведеното изследване сочат, че социалните работници са с недостатъчна професионална подготовка по отношение оказване на социална помощ в домашна среда.

При анализа на резултатите от проведеното проучване установихме различие в мненията на медицинските специалисти и социалните работници по отношение достъпността на информацията относно предлаганите медико-социални услуги в пълен обем (Фиг. 15).



**Фигура 15. Достъпност на информация за медико-социални услуги за населението**

Болшинството от анкетираните медицински специалисти, считат че най-значима роля в решаване на проблемите на старите хора и инвалидите, свързани с предоставянето на медико-социални услуги имат лечебните заведения – дом за медико-социални услуги и хоспис, семейство и роднини.

Значителна част от медицинските специалисти, считат че е необходима промяна в законодателната система, отнасяща се до ефективността на медико-социална помощ за възрастни хора (31,5%), а малко повече от половината не могат да преценят (62%). Подобна е тенденцията и относно необходимостта от промяна в законодателството, като в тази област най-висок относителен дял имат медицинските специалисти спрямо социалните работници ( $\chi^2=6,68$ ;  $p = 0,035$ ), (Фиг. 16).

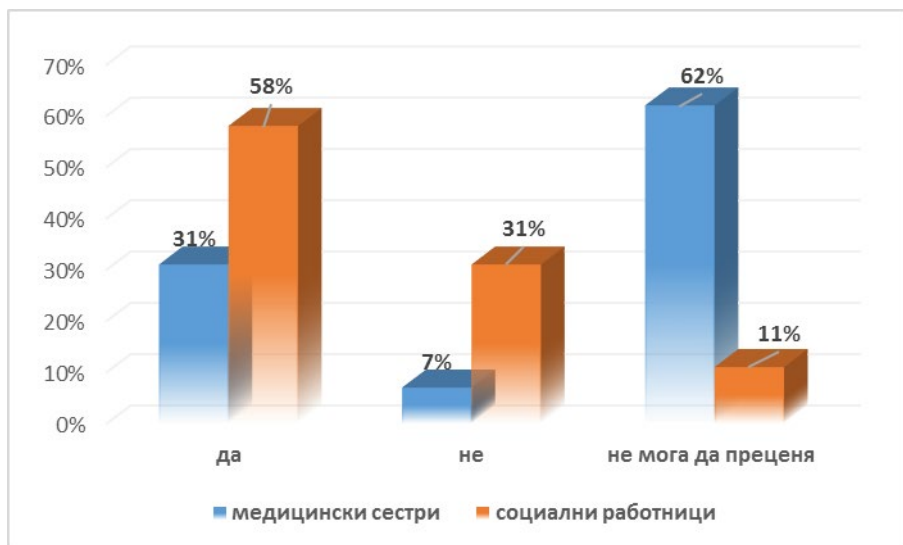


***Фигура 17. Мнение на медицинските специалисти за необходимостта от промяна в действащата законодателна система***

Повече от половината социални работници изказват мнение, че е необходима законодателна промяна (Фиг. 18).

Като причини за неефективното междуетовомствено сътрудничество експертите посочват:

- несвършенството на действащата законодателна и нормативно-правна база, свързана с медико-социалното обслужване в домашна среда;
- недостъпността на информацията в пълен обем до населението;
- спецификата на обслужвания контингент от населението;
- липсата на регистър на нуждаещите се;
- недостиг на кадри.

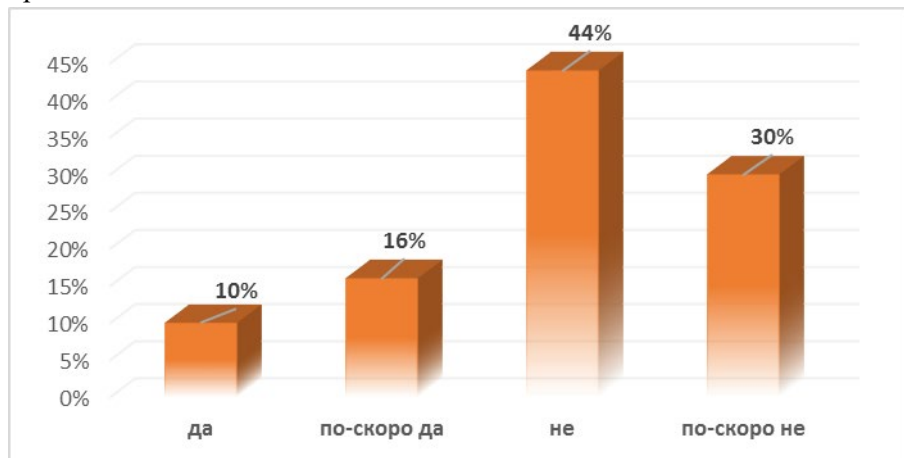


**Фигура 18. Мнение на социалните работници за необходимостта от промяна в действащата законодателна система**

Ефективността от оказваната МСП зависи и от междуведомственото сътрудничество. Голяма част от медицинските специалисти оценя сътрудничество като неефективно (74,5%), (Фиг. 18).

За подобряване на ефективността от оказваната МСП на възрастни медицинските специалисти предлагат дейности като: подобряване на законодателната и нормативно-правна уредба (31,5%, морална подкрепа на оказващите МСП (19%), създаване на условия за повишаване на квалификацията (15%), подобряване на материално-техническата база и достойно заплащане на положения труд (77%), увеличаване обема на медицинската помощ в домашни условия (79%). В отговорите си анкетираните лица посочват индивидуален подход към всеки нуждаещ се, достъпна информация, повишаване престижа на професиите свързани с обгрижване на възрастни хора, съвместна

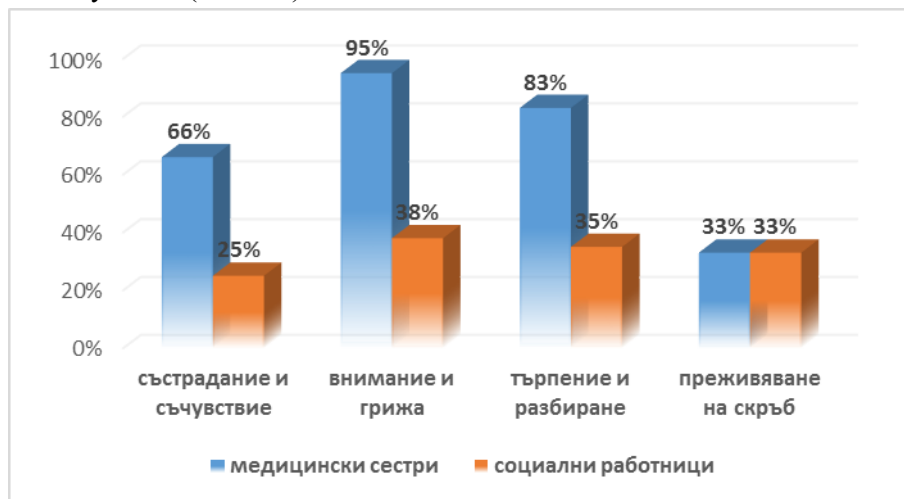
дейност с доброволци, представители на църкви и благотворителни организации.



**Фигура 18. Оценка на ефективността на междуведомственото сътрудничество при оказване на МСП**

Дейностите по обгрижване на възрастни и стари хора са трудните и свързани с емоционално-психологическо натоварване на специалистите оказващи медико-социална помощ. В хода на нашето проучване почти половината от социалните работници (45%) и повече от една четвърт от медицинските специалисти (30%) съобщават за наличие на емоционално психологически проблеми, които могат да повлияят на отношението им към работата и възрастните хора. Впечатление прави значителната разлика в относителният дял на социалните работници, които искат да се обучават в това да предоставят психологическа подкрепа ( $\chi^2=34,00$ ;  $p < 0,001$ ). Специалистите посочват като причини за това спецификата на обслужвания контингент, затрудненията в контактите, възрастовите изменения в психиката на старите хора, липсата на социални контакти и контакт с близки и роднини, недостига на кадри, ниското заплащане

на труда. Независимо от тези причини специалистите оказват емоционална подкрепа на възрастните самотно живеещи хора, от която те се нуждаят (Фиг. 19).



**Фигура 19. Оказвана емоционална подкрепа**

Данните показват необходимостта от подготовка на социалните работници по психологически науки. Една от задачите на проучването е да се установят потребностите на самотно живеещите възрастни хора в област Велико Търново. По мнението на специалистите потребностите на самотно живеещите възрастни хора имат комплексен характер – медицинска помощ, социална помощ, помощ в ежедневните дейности, помощ в домакинството. В зависимост от компетенциите си специалистите оказват съответната МСП. Най-желаната медицинска услуга според анализа на резултатите от оценката на специалистите е измерване на кръвно налягане (22,5%), оказване на първа помощ (20%), поставяне на инжекции (19,5%), изписване на лекарства за постоянно лечение (18,5%), измерване на кръвна захар (12,5%), профилактика и



лечение на декубитални рани (12,5%), обучение на роднини и близки (8,5%). Социалните работници, според компетенциите си, оказват други услуги на нуждаещите се: обезпечаване с медикаменти (52,5%), психотерапия (15%), измерване на кръвно налягане (12,5%).

Ранжировката на най-желаните социални услуги е следната: придружаване /посещение при лекар/ (30%) контакт с организации и институции (28%), помощ в общуване (20,5%). Според социалните работници най-желаните социални услуги са контакт с организации и институции (72%), помощ в общуване (42,5%).

Според медицинските специалисти и социалните работници повече от половината от самотно живеещите възрастни хора имат нужда от помощ при почистване на дома (66%), при извършване на ежедневните дейности (57%паза), при пазаруване (43%), обличане и събличане (37%), поддържане на лична хигиена (5%).

### **3.4. Анализ на физическите и психо-социални потребности на възрастните хора**

В периода м. март – м. август 2019 година е проведен възрастов анализ на биологичните и психо-социалните потребности на възрастните и стари хора при отсъствие на грижи в домашни условия. Наблюдаваните пациенти са от различни възрастови групи, с различни диагнози и стадии на заболяване. Пациентите във възрастовата група 65-74 години в състояние след мозъчен инсулт са 23 (27%). Пациентите с фрактури с различна локализация са 14 (29,7%). В терминален стадии на онкологични заболявания са наблюдавани 12 пациенти на средна възраст 65-74 години. Пациентите с хронична дихателна недостатъчност втора и трета степен като усложнение на хронична обструктивна белодробна болест имат 9 (37,5%), (Фиг. 20).



**Фигура 20. Относителен дял на пациентите  
по нозологична единица**

За да идентифицираме биологичните и психо-социалните потребности на анкетираните лица, разработихме специален въпросник, който включва:

- биологични и медицински проблеми на пациента: хранене, болка, контрол на тазовите функции, ограничаване на автономността и независимостта, внимание, жажда, респираторни нарушения, кожни проблеми, астеничен синдром, терморегулаторни нарушения под формата на хипотермия;
- психологически проблеми: разбиране за болестта, ниво на подкрепа, чувството за вина и други;
- социални проблеми: чувство за социална изолация финансови затруднения.

За идентифициране на приноса на индивидуалните биологични потребности на старите хора за осигуряване на качеството на живота

в домашни условия приложихме корелационен анализ. В тази част на проучването участваха 89 възрастни лица, средната възраст е била  $67,1 \pm 2,4$  години. За да определим здравето и благополучието, използвахме Въпросник, който отразява цялостната самооценка на собственото здраве на пациента в динамиката през последната година, както и няколко области на здравеопазването: физическо функциониране, ограничения на ролята във връзка с физически здравословни проблеми, болка, емоционално благополучие, ограничения на ролята поради емоционални проблеми, социално функциониране, запазване на жизнеността.

При проучване на възрастовите различия в биологичните нужди при оказване на домашни грижи се установи, че за лицата във възрастовата група 60-74 години най-голямата трудност и принос за спада в качеството на живот са: неадекватно хранене -  $24,5 \pm 2,3\%$ , ограничаване на самоувереността при извършване на ежедневните дейности поради намалена двигателна активност, синдром на болката, синдром на хипотермия -  $31,4 \pm 3,1\%$ ,  $p < 0.05$  и други биологични причини  $98,4 \pm 8,7\%$ .

Най-често срещани биологични при самотно живеещите възрастни хора са:

- борба с болката – 47%;
- намаляване степента на обезводняване - 14,7%;
- намаляване на дихателните разстройства – 9,8%;
- контрол на тазовите функции – уриниране и дефекация – 15,7%;
- справяне с терморегулаторните нарушения 33,6% (Фиг. 21).

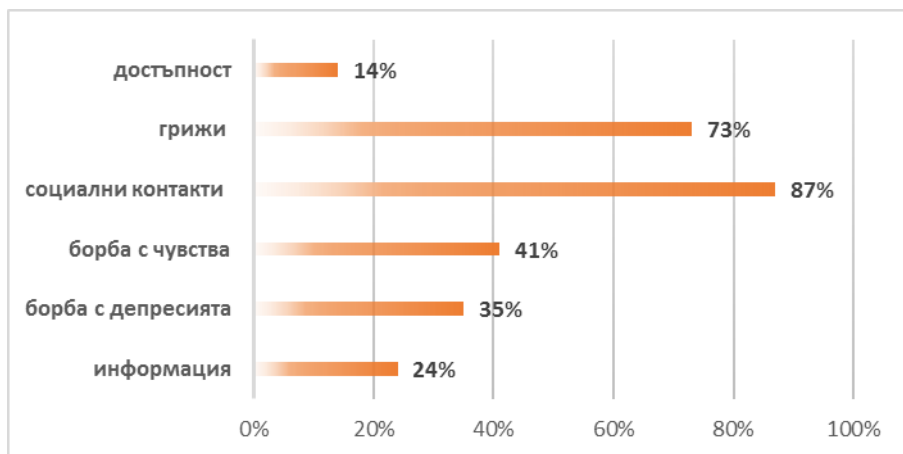


**Фигура 21. Физиологични потребности на възрастните хора**

При проучване на възрастовите различия в психологическите потребности при оказване на домашни грижи установихме съществена разлика между мнението на възрастните хора ( $\chi^2=56,01$ ;  $p < 0,001$ ).

Възрастните, самотно живеещи хора се нуждаят от:

- информация за заболяването си протичането му – 24,2%;
- борба с депресивните състояние – чувство на страх тревога, страх от смъртта - 35,1%;
- борба с чувството за вина – 21,3%
- повече социални контакти – 87,5%;
- повече грижи - 73,3%;
- достъпност до медикаменти - 13,7% (Фиг. 22).



**Фигура 22. Физиологични и психо социални потребности при самотно живеещи възрастни хора**

При изучаване на социалните потребности установихме, че с увеличаване на възрастта намалява необходимостта от намаляване на социалната изолация.

В този етап на проучването, идентифицирахме най-важните биологични и психо-социални детерминанти на качеството на живот на възрастните и стари хора за грижи в домашни условия.

Получените данни формират основата за разработването на био-психо-социален модел за активиране на грижите за възрастни и стари хора в домашни условия. За тази цел беше извършена оценка на дейностите, които в най-висока степен водят до възможно най-високо качество на живот, чрез задоволяване на установените биологични и психо-социални детерминанти.

### **3.5. Въвеждане и оценка на ефективността на Модел за грижа за здраве и благополучие на самотно живеещи възрастни хора**

За изпълнението на експеримента на Модел за грижи ще се формират две групи самотно живеещи възрастни хора: неекспериментална група ( $n = 32$ , средна възраст  $67,4 \pm 1,8$  години) и експериментална група ( $n = 31$ , средна възраст  $67,9 \pm 1,6$  години).

Възрастните лица от неексперименталната група ще получат стандартни мероприятия за грижи от медицински и социални услуги, а лицата, включени в експерименталната група ще бъдат обгрижвани по разработеният Модел за грижи.

Критериите за включване в експерименталната група на самотно живеещите възрастни хора са наличие на заболяване, което изисква оказване на домашни грижи, пациенти във възрастова група между 60 г. и 74 г., критерият за изключване е наличието на психични заболявания, които изискват грижи и затрудняват вербалния контакт с пациента.

Периодът на наблюдение е планиран да бъде 6 месеца, в края на който ще бъде оценена ефективността на разработения модел. Оценката на ефективността на Модела ще се извърши по следните показатели:

- качество на грижите: външен вид, нарушения в целостта на кожата, обриви, спазми, нарушаване на хигиенните правила;
- нарушения на общото състояние на пациента – флебит, инфилтрати, оток и др.
- подобряване на автономността на пациента – ежедневни грижи, хранене, физиологични нужди, хигиена и др.

Индексът на здравните грижи ще бъде определен според скалата на Varht по основните жизнени потребности на Вержиния Хендерсън и включва следните въпроси:

**1. Хранене:** нямам нужда от помощ, мога да използвам всички необходими съдове (10); Нуждая се например от помощ при подготовката на храната (5); напълно зависим от помощ, необходимо хранене с помощ (0).

**2. Лична хигиена:** измиване на лицето, тоалет на устна кухина, измиване на зъбите, бръснене (10); няма нужда от помощ (5); нуждае се от помощ (0).

**3. Облекло и външен вид:** Няма нужда от външна помощ (10); Има нужда от помощ, напр. при обличане, обуване и т.н. (5); Изцяло има нужда от помощ (0).

**4. Хигиена:** извършва хигиенни грижи без помощ (5); Има нужда от помощ (0).

**5. Контрол на тазовите функции (уриниране, дефекация):** Няма нужда от помощ (20); Има нужда от помощ отчасти (с помощта на помощни средства) (10); Непрекъснато се нуждае от помощ във връзка с грубо нарушение на тазовите функции (0).

**6. Движение и правилна стойка:** Няма нужда от помощ (15); нуждае се от контрол или минимална подкрепа (10); има нужда от значителна подкрепа, може да се движа с инвалидна количка (5); не може да се движи (0).

**7. Информираност за заболяването:** Няма нужда от информация (15); нуждае се от допълнителна информация и подкрепа (10); има нужда от информация и подкрепа в осъществяване на контрола на здравословното състояние (0).

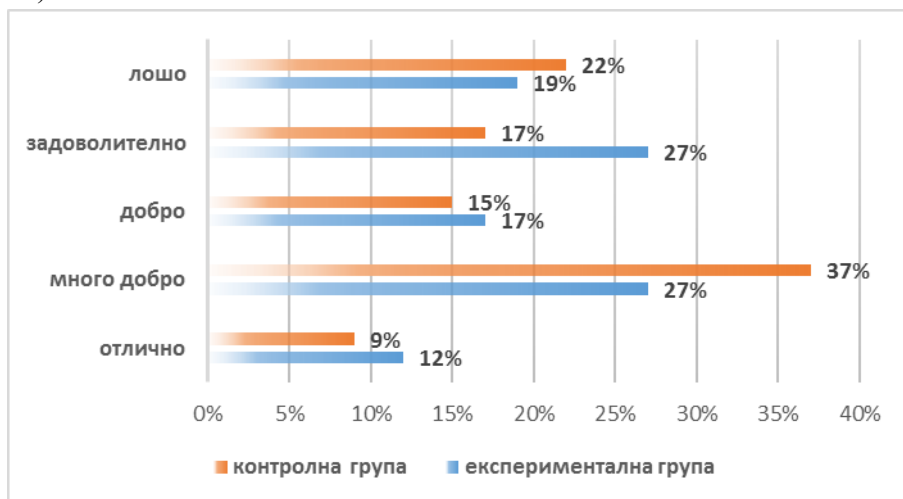
**8. Контрол на жизнените показатели (RR, пулс, дишане, температура):** Няма нужда от подкрепа и помощ (15); нуждае се от допълнителна подкрепа (10); има нужда от подкрепа в

осъществяване на контрола на жизнените показатели (0).

**9. Изпълняване на манипулации и дейности:** Няма назначени манипулации (10); нужда се от дейност, назначена от лекар (0);

След отговора на пациента (домашна среда), общият резултат се определя на поставените въпроси, ако той се колебае от 0 до 20, това съответства на пълната зависимост на пациента, от 21 до 60 - изразена зависимост, от 61 до 90 - умерена зависимост, от 91 до 100 точки - пълна независимост при ежедневните дейности.

При анализа на специфичните измерения на здравето – физическо, психическо и социално, на самотно живеещи възрастни хора се установи ниска самооценка и ниско ниво на качеството на живот (Фиг. 23).



**Фигура 23. Оценка на здравето**

Здравето е определено като удовлетворяващо в по-голяма степен от жените, в сравнение с мъжете във възрастовата група от 65 до 70 години ( $F=6,080$ ). Неудовлетвореност от здравето и благополучието



изразяват голяма част от самотно живеещите възрастни хора между 70 и 74 години ( $F=6,080$ ,  $p<0,05$ ). Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група [ $t(61) = 12.486$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 6.482$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ].

#### IV. МОДЕЛ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ГРИЖИ ЗА ЗДРАВЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ НА САМОТНО ЖИВЕЕЩИ ВЪЗРАСТНИ ХОРА В ДОМАШНА СРЕДА

##### 4.1. Оценка на здравето и качеството на живот на самотно живеещи възрастни хора

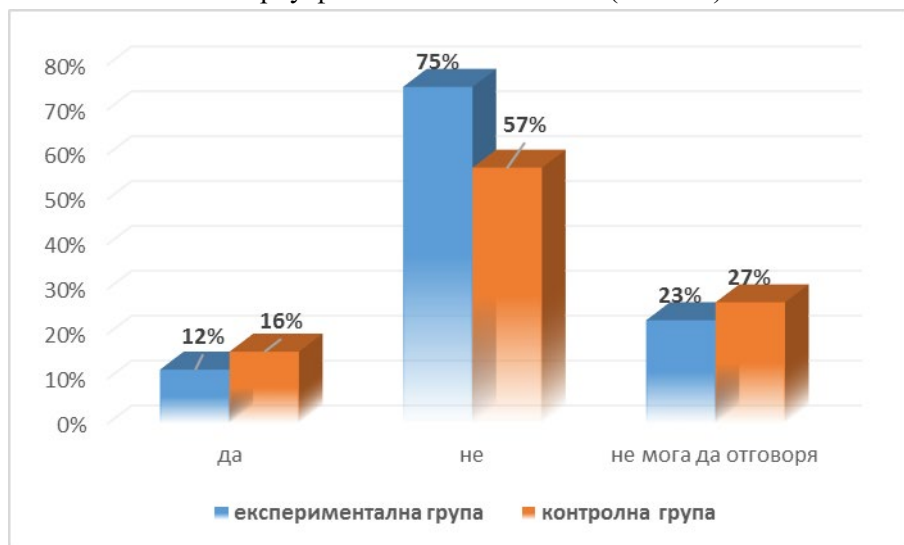
При проучването на потребностите и въвеждане на нов модел на здравни грижи при самотно живеещи възрастни хора изследвахме в какви области имат нужда от знания за извършване на ежедневни дейности, грижа за кожата, грижа за общото състояние и профилактика на заболяването. Разработихме **практически подходи** за обучение на самотно живеещите възрастни хора (Фиг. 24).



*Фигура 24. Практически подходи за обучение*

С цел осигуряване на приемлива грижа за възрастните хора, сестринските дейности е необходимо да бъдат насочени към формиране на навици за интерпретиране на отклоненията на жизнените показатели, двигателна активност и хранителни навици. Трябва да бъдат обучени в адаптирането към балансирана диета, двигателна активност, правилно медикаментозно лечение и социална активност.

Голяма част от самотно живеещите възрастни пациенти изразяват притеснение по отношение ограничението, което здравословното им състояние налага върху физическата активност (Фиг. 25).



**Фигура 25. Влияние на здравето върху физическото натоварване (брой отговорили)**

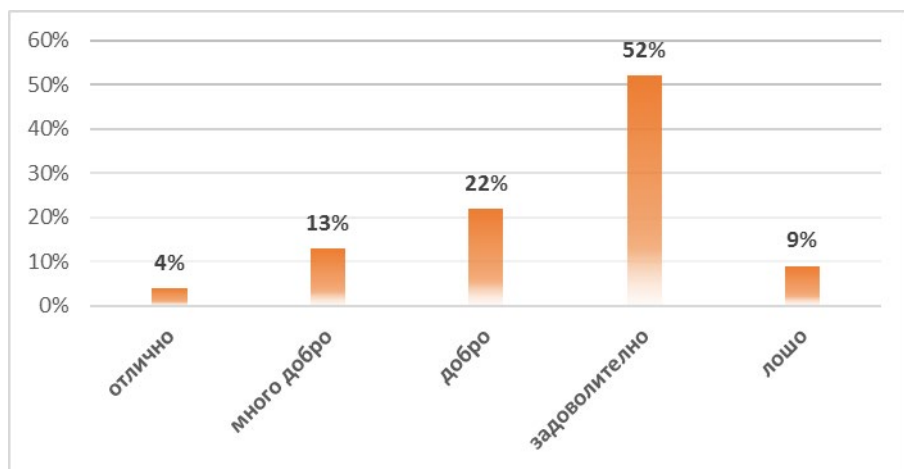
Тестът на Стюдънт не показва статистически значимо различие [ $t(61) = 0.763$ ;  $p\text{-value} = 0.448$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 0.674$ ;  $p\text{-value} = 0.501$ ].

Анализът на резултатите от проучването на мнението на

медицинските специалисти и самотно живеещите възрастни хора показва, че има съществена разлика относно направлението, в които има нужда от провеждане на обучение, свързано с оценката на тяхното състояние ( $p < 0,05$ ).

Цел на Модела за грижи за здраве и благополучие е да се повиши качеството на живот на самотно живеещите възрастни хора, чрез удовлетворяване на нарушените биологични и психо-социални потребности. Същевременно с това те да осъзнаят важноста и ползата от спазването на определен двигателен режим според възможностите си, спазването на хранителен режим, редовен прием на назначена медикаментозна терапия.

Предоставена бе възможност на анкетираните самотно живеещи възрастни хора да поставят оценка на своето здраве (Фиг. 26).

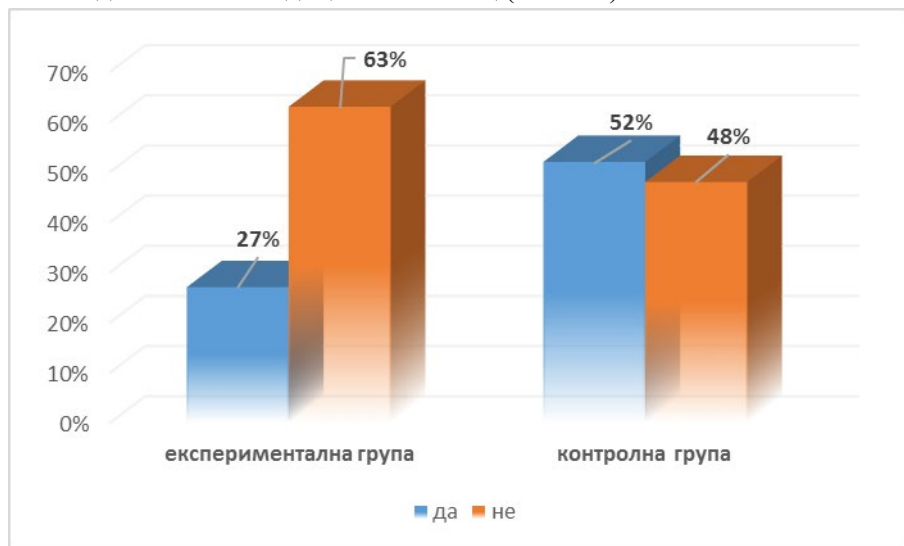


**Фигура 26. Самооценка на възрастните хора за физическото си здраве**

За нас тази самооценка е важна, защото дава информация за проблемите на пациента – функционални възможности, наличие на нарушени потребности и др. Тази информация медицинската сестра

анализира, определя проблема на пациента, планира грижите за него и сестринските интервенции, прави оценка на постигнатите резултати. При изследването на връзката между качеството на живот и оценката за здраве установихме съществена разлика в мнението изказано от възрастните лица, които трудно определят качеството на живот и тези, които оценяват своето здраве като „сравнително добро“ ( $\chi^2=15,74$ ,  $p < 0,001$ ).

Голяма част от самотно живеещите възрастни хора са с установени здравословни проблеми повече от 5 години (63%). Болшинството от тях не осъзнават значимостта на своето състояние, както и необходимостта от медицинска помощ (Фиг. 27).



**Фигура 27. Отражение на здравословното състояние  
(брой отговорили)**

Тестът на Стюдънт не показва статистически значимо различие [ $t(61) = 0.763$ ;  $p\text{-value} = 0.448$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 0.674$ ;  $p\text{-value} = 0.501$ ].

Помощта в ежедневните хигиенни грижи за възрастни и самотно живеещи стари хора е важна част от медико-социалната помощ в домашни условия. При проучване необходимостта от помощ при осъществяване на хигиенни грижи, установихме че по-голямата част от лицата полагат грижи за външния си вид и обща хигиена (74,5%). Повечето от тях (23,4% от 25,5%) извършват дейностите ежедневно. Този факт е твърде неблагоприятен за засегнатите поради доказаното увреждащо въздействие на външния вид върху цялостното състояние и благополучие (Фиг. 28).

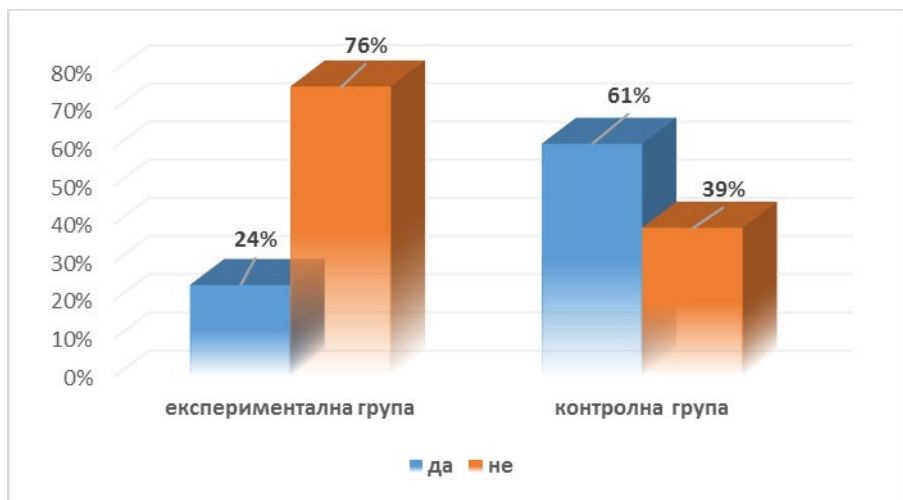


**Фигура 28. Грижа за външен вид и обща хигиена**

Задоволяването на нуждата от поддържане на добра лична хигиена със съдействието на медицинската сестра води до подобряване на самочувствието и качеството на живот. Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група

[ $t(61) = 5.475$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ].

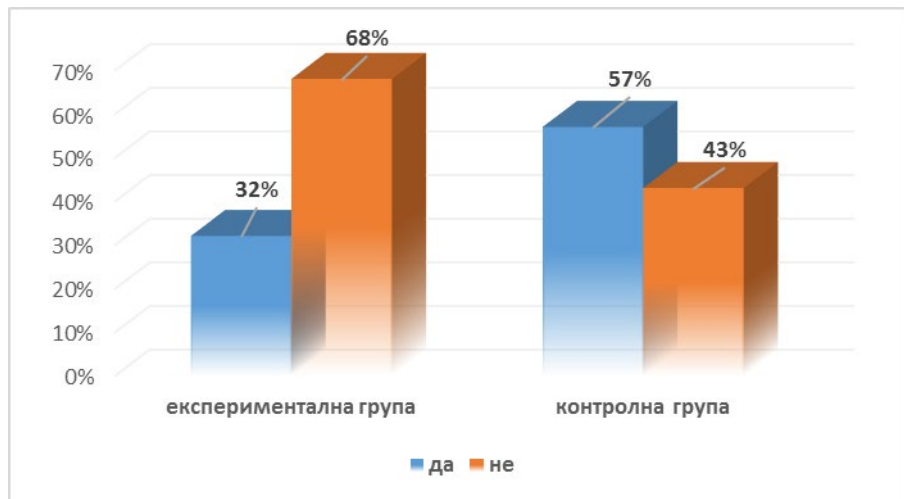
И в двете групи възрастните хора съобщават за наличие на няколко заболявания, които имат хроничен характер. Това води до нарушаване извършването на обичайни дейности и понижаване качеството на живот. Повече от половината изследвани лица са със затруднения в извършване на ежедневните двигателни дейности в началото и в края на 6-месечния период на наблюдение(61%). Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 4.118$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ], (Фиг. 29).



**Фигура 29. Ежедневни двигателни дейности**

В най-висока степен затруднения изпитват възрастните хора от контролната група. Желание да се обучават в областта на качеството на живот имат възрастните хора със заболявания (78,60 %), като този процент намалява с увеличаване на давността на заболяването ( $\chi^2=27,67$ ;  $p < 0,001$ ). Това може да бъде обяснено с факта, че за този период възрастните хора са успели да се справят с проблема.

Модела за наблюдение и конкретно ролята на медицинската сестра да оказва въздействие върху устойчивостта на пациентите, двигателния режим, създаването на безопасна среда за движение, самостоятелно наблюдение на хронично болни пациенти и пациенти с не добър контрол на здравето (Фиг. 30).

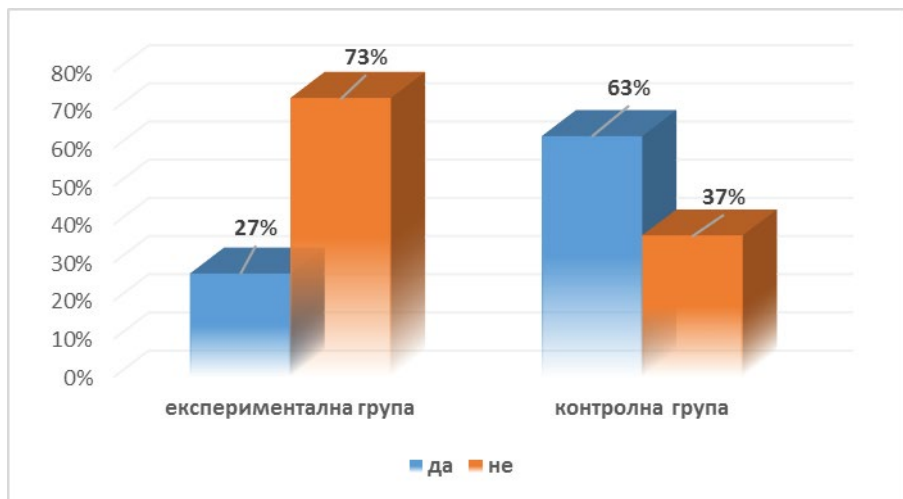


**Фигура 30. Съблюдаване на двигателен режим**

Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група [ $t(61) = 2.783$ ;  $p\text{-value} = 0.007$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 2.275$ ;  $p\text{-value} = 0.023$ ].

Недостатъчната информация относно основното заболяване и придружаващите водят до нарушения в емоционалното състояние. Влияние оказват и чувството на тревога и страх от смъртта, които влияят отрицателно на емоционалното състояние. Основна задача на специалиста по здравни грижи е поставянето на сестринска диагноза свързана с психологическия проблем, организация на психологическата подкрепа, своевременно оказване на психотерапевтична помощ при развитие на депресивно състояние.

Влиянието на емоционално състояние върху извършване на обичайни ежедневни дейности е представено на Фигура 31.

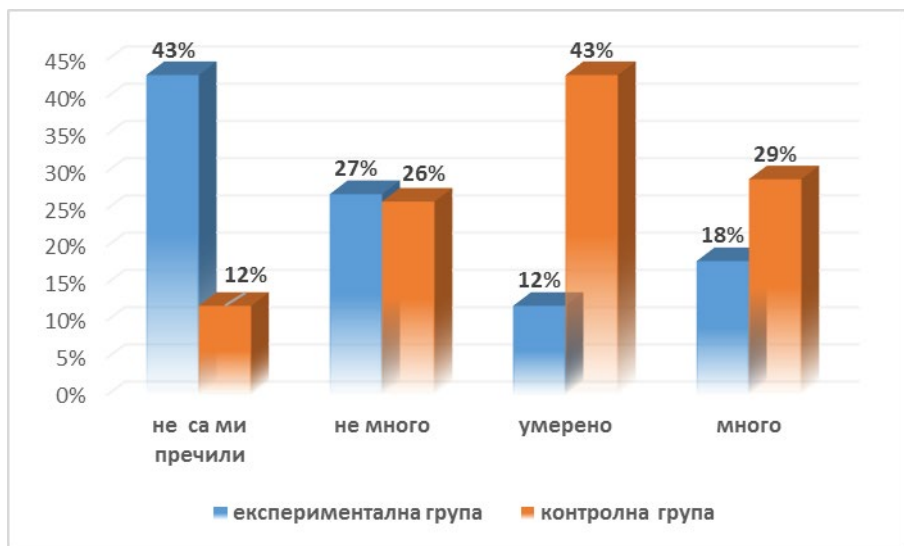


**Фигура 31. Влияние на емоционално състояние върху извършване на обичайни ежедневни дейности**

Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група [ $t(61) = 5.291$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 3.794$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ]. Това наложи провеждане на обучение на пациентите от страна на медицинската сестра за правилно използване на помощни технически средства – бастун, патерици, проходилка.

Между човешкият ум, емоции и тялото има неразривна връзка. Съхранявайки жизнената си активност самотно живеещите възрастни хора поддържат социална стабилност. Отражение на физическо и емоционално състояние върху отношенията с околните е представено на Фигура 32.





**Фигура 32. Отражение на физическо и емоционално състояние върху отношенията с околните**

Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група [ $t(61) = 5.957$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 4.654$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ].

С напредването на възрастта се променя както здравният статус, така и социалните позиции. Старееенето на индивидуално ниво се характеризира с отслабване на функциите на редица органи и системи в организма. Най-показателни са намаленото зрение и слух и дегенеративните изменения в опорно-двигателния апарат. Здравните потребности на възрастните хора са свързани с основни аспекти на жизненото функциониране, които взаимно си влияят: функционална дееспособност, наличие на болка и контрол на болката, психичен и когнитивен статус, ролево функциониране. Интерес за нас, бе влиянието на болката и неразположението върху общото състояние на възрастните хора (Фиг. 33).



**Фиг. 33. Влияние на болката и неразположението върху общото състояние на възрастните хора**

Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група [ $t(61) = 5.889$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 4.530$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ].

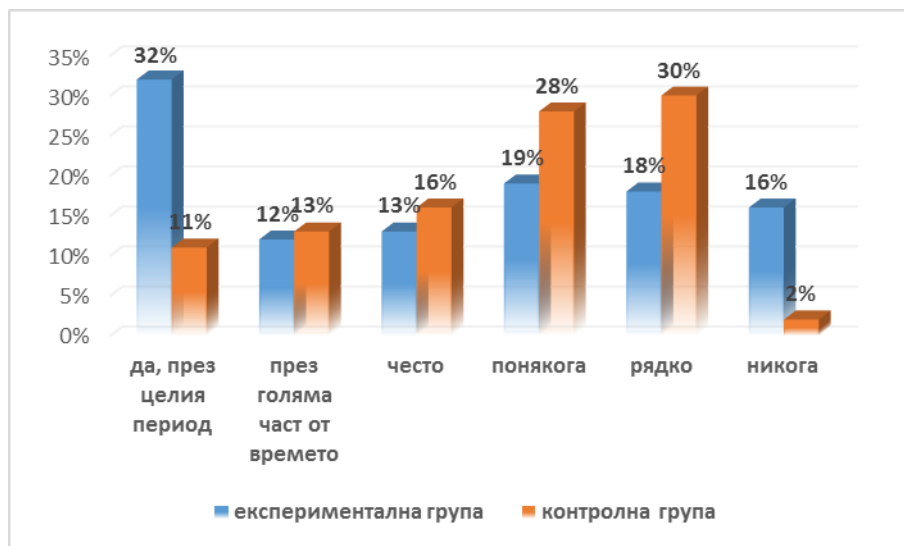
Доколко болката затруднява двигателната активност на възрастния човек, установихме при анкетното проучване (Фиг. 34).



**Фиг. 34. Влияние на болката върху двигателната активност**

Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група [ $t(61) = 5.980$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ]. Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 4.454$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ].

Проследяването на емоционалния статус и неговия когнитивен аспект с напредване на възрастта показва затрудняване на възприятията, отслабване на активното внимание и неговата превключваемост, забавяне на мисловните операции, отслабване на паметта. Засилват се тревожните опасения, особено свързани със собственото здраве. Рискът от депресия при възрастните хора нараства при соматични заболявания, които ограничават възможността за нормално физическо функциониране (Фиг. 35).



**Фиг. 35. Влияние на емоции върху благополучието на възрастния човек**

Тестът на Стюдънт показва статистически значимо различие в полза на експерименталната група [ $t(61) = 21.252$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ].

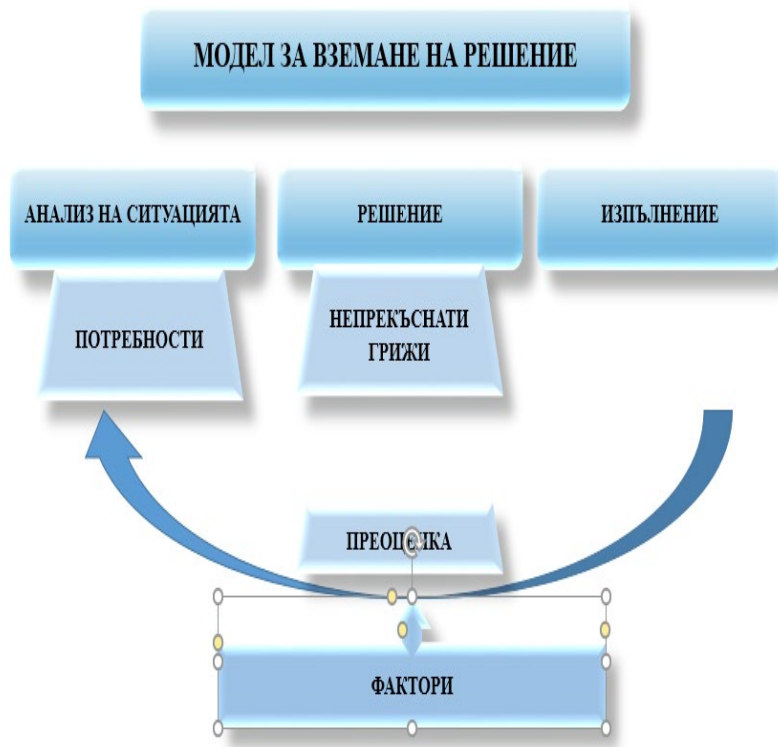
Резултатът се потвърждава от теста на Ман-Уитни [ $Z = 6.812$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ ].

#### **4.2. Модел за грижи за здраве и благополучие при самотно живеещи възрастни хора**

Анализирайки условията на сестринска практика у нас, както и възможностите за прилагането на иновативни подходи в планирането на грижи за възрастните хора, разработихме ***Модел за вземане на решение*** при оказване на грижа, за прилагането на който е необходимо да отчетем следните условия:

- създаване на база данни;
- идентифициране на проблемите - ясно дефинирани и точно формулирани;
- анализ на възможни варианти за решение на проблема и последиците от тях;
- критерии за оценка на алтернативните възможности за решение.

Вземането на решения е процесът на избор на най-добрата алтернатива от наличните за оказана здравна грижа. Възможността за компетентно вземане на решения е критичен и основополагащ аспект на професионалната сестринска дейност (Фиг.36).



**Фигура 36. Модел за вземане на решение за сестринска грижа**

Анализирайки нашия и международен опит в оказване на грижи за самотно живеещи възрастни хора, както и предложените от редица автори у нас форми на подкрепа и помощ, считаме за необходимо да предложим **Модел за грижи за здраве и благополучие при самотно живеещи възрастни хора**, както и специфична сестринска документация, проследяваща състоянието на възрастните хора в домашни условия (Фиг.37).

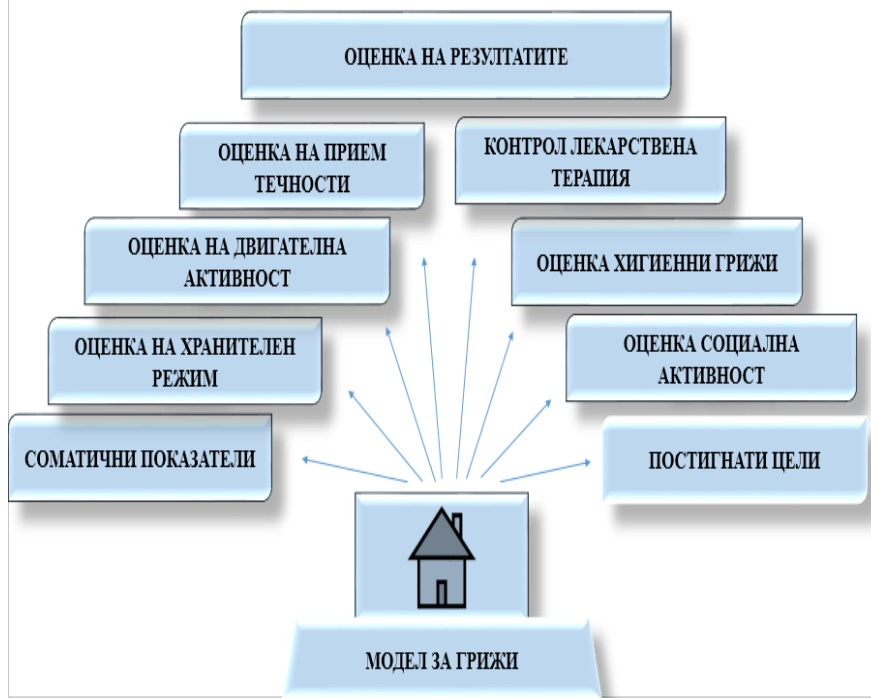


**Фигура 37. Модел на грижи за здраве и благополучие - посещения**

Модел за здраве и благополучие при самотно живеещи възрастни хора е предвиден за прилагане в период от 6 месеца. Моделът включва четири домашни посещения:

- Първо посещение – начално;
- Второ посещение - в рамките на вторият месец от началото;
- Трето посещение – в четвърти месец от началото;
- Четвърто посещение – след шестият месец.

Предложеният Модел е собствено разработена методика, адаптирана към определяне на качеството на живот по отношение на предлагането на медико-социални грижи на възрастни и самотно живеещи хора. Той дава възможност да се получи количествена оценка и последващо сравнение с мнението на потребителя и това на медицинските специалисти. Изключително е значението за определяне не само потребността от обгрижване, но и да се предвидят възможни противопоставяния и конфликти (Фиг. 38).



**Фигура 38. Модел за грижи за здраве и благополучие при самотно живеещи възрастни хора**

Основен момент в предлаганият Модел е подходящо подбрания въпросник. Той трябва да отговаря на следните изисквания:

- Въпросите да отразяват точно проблемите, които са характерни за психическото, физическото и здравословно състояние на възрастният човек и на тази база да се оцени качеството на живот и необходимите медико-социални грижи;
- В зависимост от информацията, която трябва да се получи по конкретен показател е необходимо да има няколко конкретни въпроса, като техния брой за оценка на различните

показатели не се ограничава. По този начин се гарантира по-точна оценка и намаляване влиянието на субективния фактор;

- Въпросите е необходимо да бъдат стилизирано редактирани така, че да могат да се възприемат от конкретния възрастен човек без затруднения.

Имайки предвид, че е необходимо да се удовлетворят медико–социалните потребности въпросите са включени в две групи:

#### **А/ Физическите потребности на възрастния човек.**

Оценка на състоянието	
Сестринска интервенция	Аргумент
Определяне на фактори, които увеличават риска от нараняване.	Тези фактори ще помогнат при определяне на необходимите интервенции за възрастните хора. Рисковите фактори включват възраст, наличие на заболяване, сензорни и двигателни дефицити, употреба на лекарства и неподходяща употреба на помощни средства за мобилност.
Оценка на средата за фактори, които увеличават риска от нараняване.	Анализът на средата ще помогне при определяне на риска при наличие на сензорни и двигателни дефицити, помощни средства, дезориентация, изолация, медикаментозно лечение и симптоми свързани със заболявания.



Оценка на автономността на възрастния човек	Анализът на двигателната активност и степента на самостоятелност при поддържане на комфорта на възрастния човек ще спомогне за определяне на степента на помощ при изготвяне на плана за грижа и подкрепа.
---	--

## **Б/ Терапевтични потребности на възрастния човек**

Оценка на състоянието	
Сестринска интервенция	Аргумент
Оценка на текущата физическа активност и подвижност.	Да се създадат възможности и условия за запазване и възстановяване на автономността.
Събиране на информация за медикаментозното лечение.	Въздействие на страничен ефект от определени лекарства - транквиланти, релаксанти, успокоителни, бета-блокери.
Подкрепящи сестрински действия и грижи за осигуряване на комфорт, лечение и възстановяване.	Засилване на адаптационните възможности на възрастния човек, помощ за справяне със стреса и предотвратяват на потенциални здравословни проблеми.

Фактори, които биха могли да повлияят върху оценката и анализа на състоянието на възрастните хора, могат да се определят като:

- На ниво пациент –поведение, сътрудничество, личностни особености;

- На ниво медицинска сестра – информация, оценка, умения (организационни, комуникативни, професионални);
- На ниво заобикаляща среда – подкрепа, взаимодействие, социален статус, ценности и вярвания;
- На ниво политика – законова и нормативна уредба, регулираща предоставянето на грижи в домашни условия.

***Разработихме стратегии при оказване на подкрепа и помощ от медицинската сестра:***

- Развитие на доверителни отношения между самотно живеещия възрастен човек и медицинските специалисти;
- Подкрепа в определяне на приоритетите и целите в грижата за възрастните;
- Организиране на проучвания за оценка на риска от проява на усложнения от заболяването;
- Подкрепа и увереност в собствените сили и възможност за изграждане на доверие и партньорство;

Въз основа на проведеното проучване сред самотно живеещи възрастни хора разработихме ***Практически стъпки при прилагане на Модел за грижи за здраве и благополучие на самотно живеещи възрастни хора:***

**Съвместно планиране и предоставяне на грижи**

**Здравно обучение**

**Психологическа подкрепа**

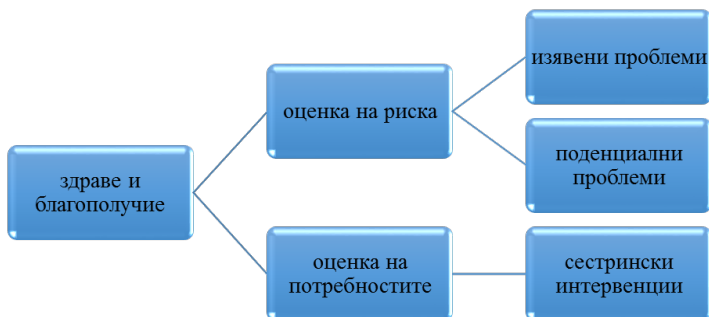
**Консултиране със специалист**

**Профилактика на усложнения**

**Разработване на индивидуален  
план за грижи**

**Фигура 39. Практически стъпки при прилагане на Модела**

За да се постигне положителен резултат от грижите, медицинската сестра реализира изпълнението на дейностите, представени на фиг. 46.



**Фигура 39. Задачи на медицинска сестра в подкрепата на възрастни хора**

Промените във физическия, психичния и когнитивния статус, които нарушават функционирането, трябва да се зачитат при

ежедневното общуване с възрастните хора, още повече ако те са зависими от чужда помощ. Напредналата възраст не бива да се разглежда като бreme и утежняващ фактор за икономиката, а като постижение, към което всеки човек се стреми и има право да преживее достойно.

В глобализиращия се свят все повече изчезва моделът на съжителство на различни поколения в едно домакинство. Лишени от социални роли, свързани с активна трудова дейност и с близки семейни взаимоотношения, възрастните хора се обезсърчават. Социалната изолация е тежка за всеки, но е особено пагубна за възрастните с намалена мобилност и полиморбидност.

Социалната подкрепа е решаваща за получаване, както на необходимите соматични грижи, така и за запазване на самоуважението на възрастния човек. Обществото следва да се стреми не само да осигури на възрастните хора условия за физическо съществуване, но и да им отдаде необходимото признание, както и да се възползва от мъдростта на натрупания дълъг житейски опит.

## **5. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ**

### **5.1. ИЗВОДИ**

1. Анализът на литературните източници показва, че в световен мащаб съществуват различни модели за грижи за възрастни хора, които в годините са показали своите силни и слаби страни и са се наложили като добри модели в практиката
2. Системата за оказване на дейности при самотно живеещи възрастни хора се нуждае от преосмисляне на функциите на различните професионалисти, осъществяващи интегрирани и дългосрочни грижи.
3. Значителната част от медицинските специалисти оценяват междусекторното сътрудничество като неефективно (74,5%). Основни причини според тях са: несъвършенството на действащата законодателна и нормативно-правна база, спецификата на обслужвания контингент от населението, недостиг на кадри, липсата на регистър на нуждаещите се.
4. Значителната част от възрастните самотно живеещи хора, нуждаещи се от домашни грижи имат различни биологични и психо-социални потребности. При организацията на помощ и подкрепа е необходимо да се отчита комплексния характер на техните потребности.
5. Повече от половината анкетирани самотно живеещи възрастни хора предпочитат Модела, при който да останат в домашна среда и да получат индивидуална грижа за здраве и благополучие (54%).
6. Необходимост от създаването на Модел на грижи, насочен към укрепване и повишаване здравето на възрастните хора е установена при всички изследвани групи.
7. Доказана е необходимостта от предоставяне на грижи в домашни условия от добре обучен и екип с професионални компетенции.

Удовлетвореност от оказаната помощ от медицинската сестра е изразена от голяма част от респондентите (68,5%).

8. Голяма част от самотно живеещите възрастни хора, обект на Модела на грижи са с по-добро здраве и благополучие (83%).

## 5.2. ПРЕПОРЪКИ

Въз основа на получените резултати и направените изводи след прилагане на **Модел за грижи за здраве и благополучие** ще направим следните предложения:

- ***Към Министерство на здравеопазването и Министерство на труда и социалната политика***

- ✓ Да се утвърдят правила за добра здравна грижи при възрастни хора;

- ✓ Да се създадат благоприятни условия за регулиране и финансиране на дейностите на медицинската сестра в извън болничната медицинска помощ;

- ✓ Да се утвърди Модел за интегрирани и дългосрочни грижи за възрастни хора в домашна среда;

- ✓ Съвместно с местната изпълнителна власт да се създаде пазар за медико-социални услуги в домашни условия на база държавно-частно партньорство, осигуряване на допълнителни кадри и материални ресурси.

- ***Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи***

- ✓ Да се създаде работна група за изготвяне на правила за добра практика при предоставяне на здравни грижи на възрастни хора в домашни условия

- ✓ Да се обсъдят и предложат Модели за грижи за възрастни хора.

- ✓ Да се утвърди индивидуален план за грижи в домашна среда за възрастни хора.

### **5.3. ПРИНОСИ**

#### ***Приноси с теоретичен характер***

1. За пръв път детайлно се разглежда проблема за оказване на медико-социална помощ за самотно живеещи възрастни хора в област Велико Търново.
2. Обоснован е комплексен здравно-социален подход в предоставянето на грижи за повишаване здравето и благополучието на възрастните хора.
3. Осъществено е проучване, свързано с мнението на медицински специалисти и социални работници по отношение на организацията на медико-социална помощ в домашна среда.
4. Идентифицирани са биологичните и психо-социални потребности на възрастните и стари хора при отсъствие на грижа в домашна среда.
5. Комплексно за изучени различни аспекти на качеството на живот на самотно живеещи възрастни хора в област Велико Търново.
6. Разработени са авторски модели за грижи за здраве и благополучие на самотно живеещи възрастни хора в домашни условия.

#### ***Приноси с практико-приложен характер***

1. Разработен е Модел за вземане на решения при планиране на грижи за самотно живеещи възрастни хора.
2. Идентифицирани са фактори, влияещи върху разработването и изпълнението на плана за сестрински грижи в домашни условия.
3. Разработени са информационна сестринска карта и протокол за сестрински интервенции като водещи документи при оказване на грижи в домашни условия.

4. Апробиран е авторски модел за грижи в домашна среда за възрастни хора, водещ до повишаване качеството на живот.
5. Въведена е унифицирана оценка на потребностите на самотно живеещите възрастни хора, която разширява възможностите и иновативните подходи за оптимизация на грижите в домашни условия.



### **Списък с публикации, свързани с темата на дисертацията:**

1. Маркова, Я., Ж. Павловска, Анализ на потребностите при обгрижване на възрастни хора в България, Сборник доклади „Непрекъснати здравни грижи – условие за високо качество на живот“, Шумен, 2016, с. 101-105, ISBN: 978-619-221-081-6
2. Маркова, Я., Практическа значимост на научните изследвания в областта на здравните грижи, Сборник доклади „Здравните грижи – настояще и бъдеще“, Шумен, 2017, с. 323-327, ISBN: 978-619-978-619-221-168-4
3. Петров, П., J. Маркова, Методологија за проценка на ризикот при здравствена нега во домашни услови, Македонско сестринство, брой 7, Битола, 2018, с.21-27
4. Петров, П., J. Маркова, Интеракции меѓу потребите и интересите како средство за зголемување на ефикасноста на обуката на социјалните асистенти, Македонско сестринство, 2018, Битола, брой 7, с.28-32

**Под печат: Юбилейна научна конференция „Съвременни тенденции в здравните грижи“, 21-22 септември, 2018 г., гр. Сливен**

1. Маркова, Я., С. Борисова, Проучване мнението на медицински специалисти и социални работници относно организацията на медико-социална помощ за възрастни и стари хора в домашна среда
2. Маркова, Я., С. Борисова, Ж. Павловска, Изследване необходимостта от медико-социална помощ у дома на възрастни и стари хора.