ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ

Професиите

„Медицински фелдшер“ и „Лекарски асистент“ в България – историческо развитие, съвременно обучение и реализация

Пенка Петкова Врачева

ДИСЕРТАЦИЯ

за присъждане на образователна и научна степен

„Доктор”

Научни ръководители:

проф. д-р Юлияна Крумова Маринова, д.м.

доц. д-р Боряна Миткова Парашкевова – Симеонова, д.м.

Стара Загора

2017 г.

Използвани съкращения:

ААРА - Американска Академия на Лекарските асистенти
АМА - Американска медицинска асоциация
БАПЗГ – Българска Асоциация на професионалистите по здравни грижи
ВМС - Висш медицински съвет
ВУЗ – Висше учебно заведение
ДВ - Държавен вестник
ЕС - Европейски съюз
ЕК - Европейска комисия
ЕДИ - Единни държавни изисквания
ЗЗ - Закон за здравето
ЗНЗ – Закон за народното здраве
ЗООЗ – Закон за опазване на общественото здраве
ЗЗО - Закон за здравното осигуряване
ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения
ЗВО - Закон за висшето образование
ЗСОМСААМС - Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти
ИПЗКССО - Институт за подготовка на здравни кадри със средно специално образование
ISCO - Международен стандартизиран класификатор на професиите
ЛА - Лекарски асистенти
ЛС - Лекарски съюз
МВР - Министерство на Вътрешните работи
МС - Министерски съвет
МФ - Медицински фелдшери
МОН - Министерство на образованието и науката
МНЗ - Министерство на народното здраве
МНЗСГ - Министерство на Народното здраве и социалните грижи
НЗСГ - Народно здраве и социални грижи
НЗ – Народното здраве
NAPA - Национална асоциация на лекарските асистенти
НЕПР – Национален електронен професионален регистър
НС - Народно събрание
НСИ – Национален статистически институт
НКПД - Национален класификатор на професиите и длъжностите
НЦЗИ – Национален център по здравна информация
ОКС - Образователно - квалификационна степен
ПМС - Постановление на Министерски съвет
ПМИ - Полувисш медицински институт
РБ - Районна болница
СМА - Световна медицинска асоциация

СМП – Спешна медицинска помощ
СМФ - Сдружение на медицинските фелдшери
СЗУ – Селски здравен участък
ТрУ - Тракийски университет
УЗГ - Управление на здравните грижи
УССМФ - Управителен съвет на сдружението на медицинските фелдшери
ФОЗ - Факултет по обществено здраве
ФЗП – Фелдшерски здравен пункт
ФСМП – Филиал на спешна медицинска помощ
ЦСМП - Център за спешна медицинска помощ

Съдържание

Въведение …….....6

ГЛАВА ПЪРВА: Литературен обзор ……...9
1. Професия „Лекарски асистент“- международен опит и развитие ……..9
1.1 Научни изследвания в областта на развитие на професия „Лекарски асистент“ …….....30
1.2 Перспективи в развитието на професия „Лекарски асистент“ ……..33
2. Концепция „Лекарски асистент“ в България“ ……..34
2.1 Обучение на студенти, специалност „Лекарски асистент“ в Тракийски университет, Медицински факултет, гр. Стара Загора ……37
2.2 SWOT анализ на обучението на лекарски асистенти в Тракийски университет, Медицински факултет, гр. Стара Загора …….....46
2.3 Законодателна рамка и статут на професия „Лекарски асистент“ в България ……51

ГЛАВА ВТОРА: Цел, задачи и методика на проучването ……..55
1. Цел и задачи на проучването……..55
2. Методика на проучването……...56
2.1 Емпирично социологическо проучване на практикуващите фелдшери……60
2.2 Емпирично социологическо проучване със студентите, лекарски асистенти……66

ГЛАВА ТРЕТА: Резултати и дискусия ……..68
I. Възникване и развитие на професия „Медицински фелдшер“ в България от 1878 г. до наши дни – историческо изследване ……..68

1.1 Обучението на фелдшери – първото регламентирано медицинско образование в България. Образователният процес от 1879 до 1944 г.……68
1.2 Фелдшерското образование след 1944 г. ……..88

2. Фелдшерите в здравеопазването на България ……110
2.1 Фелдшерите, пионери в санитарното дело през годините на създаване на обществено здравеопазване от 1878 до 1944г. ……...110
2.2 Приносът на фелдшерите в здравното дело на България след Втората световна война. ……..138
2.3 Професионална дейност и компетенции на медицинските фелдшери: актуална нормативна рамка …….....160

II. Емпирично социологическо проучване на професионалния път, реализация, обучение и удовлетвореност на фелдшерите през погледа на практикуващите в условията на реформиращо се здравеопазване кадри. ……...171

III. Емпирично социологическо проучване на избора на специалност и нагласите за професионална реализация и продължаващо обучение на студентите от специалност „Лекарски асистент“, катедра „Здравни грижи“ в Медицински факултет на Тракийски университет, гр. Стара Загора……240

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА: Изводи, препоръки и приноси……..272
1. Изводи ……....272
2. Препоръки …….276
3. Приноси - с познавателен теоретикометодологичен и приложно - практически характер ……..278
4. Публикации във връзка с дисертационния труд……280

Литература…….281
Приложение……...296

Въведение

Основна цел на висшите медицински училища в България днес е подготовка на висококвалифицирани, мотивирани и конкурентноспособни специалисти с компетентност, предполагаща успешна реализация в здравната система.

Осигуряването на качествен кадрови ресурс в областта на здравеопазването е сложно и отговорно предизвикателство. С отношение към него са фактори като обучение и специализация в съответствие с новите стандарти и технологии, напредък на медицинската наука и иновации, дългосрочно планиране съобразено с потребностите на обществото и пазара на труда.

Световната здравна организация (СЗО) определя недостиг и неравномерно разпределение на работна сила в здравеопазването. Прогнозира задълбочаване на проблема в отговор на миграционните и демографски процеси.

“Най-критичният проблем, пред който са изправени здравните системи в света, е недостигът на хора, които да работят в тези системи” СЗО.

България не е изключение от световната тенденция. Демокрацията, членството на страната в Европейския съюз, отварянето на границите за трансфер на професионалисти откриха нови хоризонти за професионална реализация на здравните кадри. Същевременно, нерешени през годините проблеми като:

- недостатъчни инвестиции в обучението;
- затруднения във възможностите за специализация на кадрите;
- неадекватно на отговорностите и демотивиращо професионалистите трудово възнаграждание;
- недостатъчно финансиране на здравните заведения с последващи от това затруднения и проблеми на работната среда;

- отсъстваща целенасочена държавна политика в областта на мениджмънта на човешки ресурс в здравеопазването

се превърнаха в основание за българските медицински специалисти да мигрират и търсят други възможности за реализация и кариерно развитие.

В условията на непрекъснато реформираща се здравна система в страната, нестабилна икономическа, политическа, социално-културна и организационна среда, дефицита на медицински кадри е все по-осезаем и налага необходимостта от гъвкавост и търсене на подходи за неговото решаване. Този проблем има отредено приоритетно място и в политиката на ЕС, като трябва да бъде решен в контекста на усилията за подсилване на здравните системи. През 2008 год. излиза "Зелената книга за европейската работна сила в здравеопазването". Страните членки се поощряват да споделят позитивни местни практики и собствени подходи за решаване на проблемите в посока съхранение и развитие на медицинските специалисти. Мотивират се за обсъждане на възможности за връщане в системата на здравеопазване на професионалисти, които поради лична неудовлетвореност са избрали друго кариерно развитие.

Справянето с дефицита на кадри изисква многостранна стратегия. Част от нея, за много страни, е въвеждане на „нов" вид здравна професия - "Лекарски асистент". Това е професия в процес на глобализация, с добри перспективи за развитие и реализация на кадрите при съвременните условия. В България обучението на лекарски асистенти е в отговор на обективната реалност:

- сериозни трудности при медицинското обслужване на населението в малките и особено отдалечени от големите градове населени места (независимо от заявените принципи на достъпност и равнопоставеност);
- застрашаващото застаряване на населението, особено по селата, с нарастваща необходимост от специалисти, гарантиращи достъпността

и качеството на медицинска помощ в отговор на потребностите на възрастните хора;

- пряката връзка между обективните трудности на здравно обслужване на населението в малките и отдалечени от градовете места и преустановеното обучение на кадри с професионална квалификация „фелдшер“;
- голямо текучество на професионалисти в центровете за спешна медицинска помощ и тенденция за излизане на фелдшерите от структурата, (като ядро на функциониращите екипи) поради достигане на изискуемия трудов стаж за пенсиониране, в съответствие с трудовото законодателство на България.

Към посочените проблеми се отнасят и предизвикателствата обусловени от миграционния поток на професионалисти и нарастващ дефицит на медицински кадри, установяващите се в страната бежанци с потребности от медицинско обслужване, високите цени на здравните услуги в условията на финансови ограничения.

Упоменатите предизвикателства основателно провокират интерес и потребност от прецизиране и приемственост на позитивния опит в подготовката и реализацията на кадрите от профил фелдшер, в съображение на успешно обучение на Лекарски асистенти, като сходен на фелдшерите модел специалисти, просперираш и с разпознаваема професионална визия в целия свят.

С регулацията и утвърждаването на професия „Лекарски асистент“ в здравната система на България в предстоящите години и успешната реализация на кадрите като първоприемници и последователи на фелдшерите, ще се търси ценово ефективно решение на кадровия дефицит в здравеопазването.

ГЛАВА ПЪРВА

Професия „Лекарски асистент“ – международен опит и развитие

Утвърждаването на професия „Лекарски асистент“ е част от стратегията в търсене на икономически рентабилно решение на кадровия дефицит в здравеопазването. Лекарските асистенти са професионалисти, които допълват работата на практикуващите лекари в справянето с променящите се здравни нужди на населението, в условията на поскъпващи медицински услуги и ограничени финансови ресурси.

Идеята в здравните системи да се използват професионалисти, които не са лекари, подготвени по медицински модел с делегирани определени дейности от лекарската практика, не е нова. Лекарите, в процеса на работа, винаги са обучавали и ползвали различни помощници и сътрудници. В България такива успешни сътрудници на лекарите вече 138 години са фелдшерите, потвърдено и с историята на здравеопазването.

За групата асистенти, наречени фелдшери, за първи път се говори през 1650 г. Германските военни лекари ползват фелдшерите като помощници. Самата дума „фелдшер“ има немски произход и означава полеви хирург. [209]

Фелдшерите са били създадени за нуждите на руската армия от Петър Велики (1672-1725). До началото на 20-ти век те извършват повечето от медицинските дейности в селските райони на Русия. Руските лекари обаче са били критични към тези асистенти, твърдейки, че им липсва адекватно обучение и че предоставят услуги с по-ниско качество. Въпреки презрението руските лекари разчитат на фелдшерите, като отхвърлят всякакви предложения за подобряване на тяхното обучение, страхувайки се, че едни добре обучени и с по-малко разходи за обучение асистенти, ще заместят много лекари. [188]

През XX век от този вид помощ се ползват 1/3 от страните членки на СЗО. Мотивите за приложимостта на професията формират две диаметрално противоположни в развитието си групи страни:

- Страни определени като „Развиващи се“, в които този вид помощ е най-подходящ, поради дефицита на лекарски кадри. В такива условия подготовката и използването на фелдшерски или подобни кадри изисква 3-4 пъти по-малки разходи на средства и също по-кратко време за обучение на професионалистите;
- „Развити страни“, които се разделят на две групи.

  Първата, към която се причисляват САЩ, Канада, Финландия, ФРГ и др. използват фелдшерската или подобна на нея помощ придимно от икономически съображения. Основната цел е да се повиши производителността на труда на лекаря – според някои автори с 50-75%.

  Другата група страни – СССР, МНР, НРБ и др., които имат голям брой лекари на 10 000 души от населението, използват рационално тази категория професионалисти за доближаване на медицинската помощ до населението, в който и населен пункт да се намира то. [122]

Така в продължение на векове здравните системи в света утвърждават и ползват професия „фелдшер“ или много близки на нея професии:

- Франция - officier de sante(1803-1892);
- Китай - Barefoot doctor (“бос” доктор), от 1966 г.;
- Колумбия, Мексико, Перу, Гвияна - Community health technician (обществен здравен техник, 70-те г.);
- САЩ, Канада, Холандия, Австралия, Тайван, Южна Африка, Германия, Великобритания - Physician assistant, (Лекарски асистент);
- Кения - Clinical assistant от 1990 г.;

- Великобритания от 1966; в Пуерто Рико от 1866 до 1931 г., - Practicane (Медицински практик);
- Иран- Behdars. [189]

Тези професии независимо, че са с различни наименования, се характеризират със сходство. Създадени са по медицински модел, но се различават от обучението по медицина за лекари в ускореното време за придобиване на професията и развитие на практически умения още по време на обучението. Предимствата им са точно описани, теоретично и практически тествани, а резултатите - доказани.

Навсякъде в известните анализи се подчертава, че този тип кадри допълват лекарските практики и осъществяват голям брой дейности по интегрираните грижи за пациентите, като профилактични, диагностични и лечебни. Компетенциите им са ясно и точно формулирани, изискващи лекарски надзор, но и делегирана автономност за практикуващите.

Преустановеното обучение на фелдшери в България през 1999 г., непрекъснатото напускане на здравната система от кадрите изисква проследяване на международните тенденции и опит по отношение на приложими в здравната система модели, отговарящи на профила на фелдшерската професия, ползващи се с разпознаваемост в целия свят. Проучванията показват, че професия фелдшер е аналог на професия с нарастващо практическо приложение в глобален мащаб - професия „Лекарски асистент“. Независимо от разликите в наименованията сходствата между професиите са повече от очевидни.

Докато военните лекари по света, включително и в България, с модела на фелдшерите са използвали (лекарски) асистенти от средата на 19-ти век, цивилните лекарски асистенти се появяват в САЩ едва през 60-те години. По това време Американската здравна система не само се изправя пред проблема на неравномерно разпределение на медицинската работна сила, но и изпитва действителен недостиг на медицински специалисти.

Първоначално, за да се справят със ситуацията се разкриват нови медицински училища и броят на курсистите е увеличен, общата практика е обособена като медицинска специалност и са създадени специални програми, които да предоставят медицински услуги в райони с недостатъчно медицинско обслужване. [151]

Недостигът на медицински специалисти се съпътства с бързо нарастване цената на медицинските услуги и увеличено обществено търсене за по-лесен достъп до тях. За да намали разходите, правителството на САЩ е принудено да обмисли решение с друга работна сила. То включва развитие и използване на алтернативи, финансово ефективни и приложими във всички структури на здравната система - медицински специалисти, които не са лекари. [138]

Д-р Eugene Stead от Duke University е изказал идеята за „нов“ клас медицински специалисти, които евентуално да се наричат лекарски асистенти. Stead първоначално е предвиждал тези нови медицински специалисти да са медицински сестри с разширени клинични умения, но неговото предложение за развитие на усъвършенствана програма за обучение на медицински сестри е била отхвърлена от American National League of Nursing. [160]

Това отхвърляне е накарало Stead да обмисли подготовката на бившите военни корпсмени като „общи асистенти“, чието обучение и развитие на умения да са адекватни, да служат като платформа за по-нататъшно образование и развитие на уменията от лекарските работодатели. [192]

В образователната програма за лекарски асистенти към Duke University в Северна Каролина са включени четиримата бивши военноморски медицински корпсмени: Kenneth F. Ferrell, Victor Hugo Germino, Jr., Richard John, Scheele Donald.

Първата учебна програма за обучение на лекарски асистенти е подобна на ускорената програма за обучение на лекари през Втората световна война. [198]

Първият клас на Stead (от трима лекарски асистенти) се дипломира през 1967 г. Скоро след това други медицински училища възприемат подобни програми.

Първоначално тези програми в по-голямата си част са били частно финансирани, но след узаконяването чрез Health Manpower act от 1970 г., правителството на САЩ осигурява частично финансиране на обучението на лекарски асистенти с цел стимулиране назначаването на работа в малцинства и заетостта в селските райони. През 2008 г. това финансиране е 2 милиона щатски долара. [152]

Лекарските асистенти основно са дефинирани като автономни здравни специалисти, които са лицензирани да практикуват медицина под ръководството на медицински специалисти. Дефиницията е дадена от Американската Академия на лекарските асистенти (AAPA) със седалище в Северна Каролина, създадена през 1968 г., първоначално като Американска асоциация на лекарските асистенти.

През 2002 г. AAPA издава Международен Тримесечен Доклад.

Информацията в този доклад се предоставя от Академията.

Персонал от AAPA се обръща към лекарските асистенти с интерес в развитието на професията на международно ниво, включително хора от Комитета по международни въпроси на AAPA, Асоциация към същия комитет, Учители по специалността, лекарски асистенти в клиничната практика и персонал на AAPA.

В доклада се оповестяват следните резултати :

(данните са от 01.- 04.2002г.):

През периода на изследването е използвана информация от 30 страни в 5 континента.

Докладваните дейности могат да бъдат разделени в 6 отделни теми:

1. Държави, търсещи информация за професията (Австралия, Гана, Ирландия, Ямайка, Нова Зеландия, ЮАР);

2. Държави домакини на конференции по развитието, където професията е предлагана (Холандия, Обединено Кралство, Германия, ЮАР, Тайван, Китай, Гана);

3. Държави, развиващи и установяващи официални съединителни споразумения с американски програми за размяна на студенти (Бразилия, Естония, Обединено Кралство, Гана, Тайланд, Хондурас, Еквадор, Китай, Папуа, и Коста Рика).

4. Развитие на програми за лекарски асистенти (Обединено Кралство, Холандия, Канада, ЮАР);

5. Държави с професии, близки до лекарските асистенти (Индия, Либерия, Хаити, Малайзия).

6. Държави използващи американски лекарски асистенти в здравните си системи (Канада, Обединено Кралство). [189]

В разискването на анализа се казва:

Анализът разкри огромни различия във времето, процесите и развитието на нови здравни професии в изследваните държави. Дори самото име на професията варира. В Манитоба, САЩ, лекарските асистенти се наричат клинични асистенти, защото другия термин не е добре приет.

Разликите разкриват колко е важно да се избере подходящо име.

Анализът на Международния тримесечен доклад е ограничен, поради това, че използваната информация е само на AAPA. Тя не представя всички участници и техните дейности на международно ниво. Много държави се консултират независимо от това с американските програми чрез представители, търсещи информация за професията. Освен това много държави, които използват ротационен принцип и сдружаване с програми

не фигурират. Комитетът по международни отношения на AAPA наскоро (при оповестяване на доклада) проведе проучване на всички програми, за да се определи пълния списък на програми, участващи в международни ротации и други подобни дейности. [189]

По данни на Physician assistant Education Association (PAEA) за 2016 г. в САЩ има вече 226 програми с образователно-квалификационна степен „магистър“ и 5 - „бакалавър“. Студентите по специалността са около 13 000. [173]

Обучението на Physician assistants в САЩ е с продължителност около и повече от три години и включва изучаване на: анатомия, физиология, биохимия, фармакология, физикална диагностика, поведенческа наука, медицинска етика, придобити за повече от 2000 часа на принципа на ротация на клиничните бази. Ротациите включват първични грижи, спешна медицина и психиатрия и други области на специализация, които често варират от практическата мрежа и локация. [187]

Учебната програма на лекарските асистенти прилича на „скъсена форма на традиционно медицинско обучение, с наблягане на първичните грижи и общ подход“. [193, 198]

Лекарските асистенти са длъжни да положат изпит за национален сертификат. [187]

Американската Медицинска Асоциация (AMA) възприема професията лекарски асистент през 1971 г. и започва работа за сертификация и кодификация на работните характеристики. [169]

За да практикуват, лекарските асистенти трябва да са регистрирани в щата, в който имат желание да работят. [187]

Като част от условията за придобиване на лиценз, регистрираните лекарски асистенти трябва да преминат 100 часа медицинско обучение (continuing medical education - CME) на всеки 2 години и положат

национален ресертификационен изпит на всеки 10 години за удължаване на сертификата. [187]

През 2015 г. по информация на AAPA в САЩ има 104 000 национално сертифицирани лекарски асистенти, работещи в различни медицински практики и места. Те са обширни и включват обща практика и болници, в които специализират във сфери като хирургия, неврохирургия, ортопедия, дерматология, ендокринология, урология, акушерство и гинекология, офталмология, гастроентерология и ревматология.

Притежават компетентност за:

1) Снемане на анамнеза;
2) Извършване на физикален преглед;
3) Диагностициране и лекуване на заболявания;
4) Назначаване и интерпретиране на изследвания с диагностична цел;
5) Разработване на лечебен план;
6) Предоставяне на съвети за превенция на здравето;
7) Асистиране в хирургията;
8) Изписване лекарства. [171]

Компетенциите им зависят от структурата в която работят, тяхната специализация и щатските закони и регулация. [189]

Лекарските асистенти са длъжни да се придържат към набор от професионални компетенции. Те включват:

- Ефективно и подходящо приложение на медицинско знание;
- Междуличностни и комуникативни умения;
- Грижа за пациента;
- Професионализъм;
- Практически насочено обучение и напредък;
- Системно - базирана практика, както и непоколебима отдаденост към продължително обучение;

• Професионално израстване в екипа на лекарските асистенти, в полза на пациентите и на по-голям кръг от обществото. [207]

Лекарските асистенти могат да извършват под наблюдение дейности, много от които преди са били привилегия само на лекарите.

Медицинската практика на лекарските асистенти е осигурена и обезпечена от съблюдаващите лекари, но това не винаги изисква физическо присъствие на съблюдаващ лекар на мястото, където са оказани услугите. Въпреки това, е наложително лекарските асистенти и съблюдаващият лекар да са в или да имат възможност да осъществяват контакт чрез телекомуникация. [135]

Според годишно проучване на AAPA от 2013 г., около 12% от всички лекарски асистенти работят в селската мрежа. Лекарските асистенти в селските райони е по-вероятно да практикуват в специалности от първичната помощ, имат по-широко поле на практика и преглеждат пациенти, които са неосигурени или не са покрити от медицинска помощ и медицински грижи. Позитивният ефект на Лекарските асистенти се демонстрира в екстензивни проучвания. Лекарските асистенти в селските райони са чести обичайни доставчици на здравно обслужване за пациенти с хронични заболявания. Извършваното обслужване е ценово ефективно и безопасно. В някои случаи повишава достъпа до лекар. Наемането на Лекарски асистенти в селските медицински практики може да има полезен икономически ефект, както за самата практика, така и за общността. [139]

Развитие на професията в **Канада**

Недостигът на лекари и намален достъп до периодично здравеопазване налага обучение на Лекарски асистенти в страната. [171]

Първите кадри завършват в Канадското медицинско училище на военно-въздушните сили в Борден, Онтарио през 1984 г. [150]

През 2003 г. професия „Лекарски асистент“ е одобрена от Канадската Медицинска Асоциация, а през 2004 г. е осигурена временна акредитация на Канадското медицинско училище и сертификация от Канадската Академия на лекарските асистенти.

Канадското медицинско училище и Канадската Медицинска асоциация през 2005 г. са домакини на конференция, разискваща въпроси свързани с обучението на лекарски асистенти и утвърждаване на професията. [171]

През 2015 г. в Канада лекарски асистенти се обучават по четири програми. В страната има 500 практикуващи специалисти, като 300 са в Онтарио. [171, 196]

Професия „Лекарски асистент” **в Холандия**

Професия „Лекарски асистент” е сравнително нова за Холандия (от 2000 г.), развита на базата на опита на лекарските асистенти в САЩ.

Холандското Здравно министерство предвижда бъдещия недостиг на всички професии в здравеопазването и изучава различни решения с цел запазване разходите под контрол. Решава, че лекарските асистенти могат да помогнат за облекчаване на проблемите с приемствеността от медицински специалисти в болниците и амбулаторните практики. За осъществяване на тази хипотеза холандски експерти посещават САЩ, за да се запознаят с опита на американците в професия „Лекарски асистент“. [149]

Първата учебна програма в Холандия, която не е акредитирана, е организирана в Utrecht през 2001 г. от няколко лекари и ръководена от кардиоторакалния хирург Aart Brutel de la Riviere. Първите студенти се дипломират през 2004 г. От 2003 г. в Nijmegen и Utrecht се обучават лекарски асистенти по акредитирани програми, като три нови стартират през 2004 г. в Amsterdam, Groningen, Rotterdam и общия им брой става пет. Акредитацията е от Акредитационната организация на Холандия и Фландрия, а образователната степен на завършилите е магистър. [184]

В продължение на тридесет месеца студентите се обучават в широк кръг от медицински грижи и компетенции. Те трябва да имат свързана със здравните грижи бакалавърска степен и поне две години клиничен опит, като работа в областта на здравеопазването. Програмите инкорпорират дуалистичен работно-образователен модел, т.е. студентите са заети с практическа медицинска специализация два дни в седмицата под наблюдението на лекар ментор, докато се обучават в магистърска програма. [184, 182] Моделът е успешен, защото освен да се обучават, студентите, с практикуването получават увереност в работата си след финализиране на подготовката. [184]

Холандските лекарски асистенти изпълняват набор от медицински задачи с ниска до средна трудност в някои специалности, както в първичните грижи, така и във вторичните. От януари 2012 г. лекарските асистенти са упълномощени да изпълняват предварително дефинирани медицински процедури и да предписват медикаменти под лекарски надзор. [182]

„Лекарски асистент“ е защитена от закона титла, по силата на Акта на Холандските индивидуални професии в здравеопазването, което означава, че всички регистрирани Холандски лекарски асистенти са лицензирани да практикуват. [182]

Създадена през 2004 г. от студенти, Холандската асоциация на лекарските асистенти (NAPA) играе важна роля. Тя колаборира с програми за лекарски асистенти, правителства, медицински професионални организации за просперирането на професията в Холандия. Регистрацията й през 2009 г. следва правилата за регистрация на лекарската организация. И двете професии изискват продължаващо медицинско обучение като условие за лицензиране. [184]

NAPA предоставя успешния модел на други европейски страни с интерес към професия „Лекарски асистент“ и сътрудничи с Великобритания и Германия. [184]

През 2014 г. броя на лекарските асистенти в Холандия надхвърля 1000. В съответствие с политиката по отношение на професията, през всяка от следващите няколко години ще се дипломират 150-200 лекарски асистенти. [184]

В Холандия има малко направени проучвания за лекарски асистенти. Повечето от тях са в развитие и се отнасят за ценовата ефективност от работата на лекарските асистенти, законопроекти за лекарските асистенти, най-добрите практики и кои процедури трябва да бъдат запазени за лекари. [165, 168, 180, 183, 185]

Професия лекарски асистент в **Германия**

През последните години в Германия се наблюдава тенденция на намаляване броя на студентите в медицинските училища - 1994-2008 с 13,6%. В периода 2004-2008, 17,9% от студентите прекратяват своето обучение. Увеличава се броя на тези, които завършват и избират да не се включват в немската здравна система. [162, 163]
(За сравнение отпадналите студенти медици в САЩ са по-малко от 4%). [190]

През 2011 г. в Германия има приблизително 300 000 практикуващи лекари. [208]

Причините за отказ на лекарите от реализация в системата предполагат повече екстензивни проучвания**,** „но като цяло се смята, че тези млади лекари търсят по-оптимални работни условия, специализация и по-добра реализация навън”. [134, 144]

При тези обстоятелства Германия е изправена пред недостиг на работещи в първичните грижи във време, когато по-малко професионалисти

са склонни да работят в селските райони и когато някои главни специалности в медицината имат трудности в осигуряване на квалифициран персонал. Национално проучване на Gibis разкри, че бъдещите лекари в голямата си част предпочитат реализация в клинична обстановка в сравнение с кариерно развитие в семейната медицина. [148] В същото време броят на емигриращите чуждестранни медици не може да компенсира масовото изселване на немски лекари. [148]

Германия се сблъсква с проблема на географското несъответствие и на лошото разпределение на лекарите. Независимо, че е обединена нация, работата в Източна Германия не се възприема като привлекателна, поради по-ниското заплащане в сравнение със заплащането в западната част. Въпреки, че е плътно населена страна, южните и източните региони са преобладаващо класифицирани като „междинни селски области, близки до града“, а една област по дължина на югоизточната граница с Чешката република е класифицирана като „селски, отдалечен район “. Южната и източната част общо формират 79% от територията на страната и са в особен риск за лишение от достъп до медицински грижи. [179] През последните години потокът от емигриращи в Германия прави още по-осезаем проблема с дефицита и неравномерното разпределение на медицинските кадри в страната. Посочените предизвикателства са импулс за обучение на професионалисти в здравеопазването в разумно по-кратък период от време до ниво, в което те са в състояние да изпълняват медицински задачи, преди характерни само за лекарите. [156]

Предвижданият недостиг на лекари в Германия предполага създаването на няколко програми за лекарски асистенти - четири до 2014 г.

Първата програма стартира в Steinbeis University Berlin (SUB) през 2005 г. Обучението се извършва в Steinbeis Transfer-Institute Medicine and Allied Health. SUB е основан през 1998 г. като държавно одобрен частен университет и е бил първата институция, която предлага академична степен

за здравни професионалисти. SUB има над 5000 студенти и включва бакалавърски и магистърски степени. [166]

Установил е формално споразумение за сътрудничество с German Society for Orthopedic and Trauma Surgery. Програмата е акредитирана от агенцията по акредитация на програми за обучение в здравните и социални науки (the Accreditation Agency for Study Programs in Health and Social Sciences – AHPGS). [166]

The Karlsruhe program отваря врати за студенти през 2010 г.

Целта на програмата:

„*да предостави качествено обучение между това на лекар и сестрински състав. Лекарите, чрез освобождаването им от извършване на рутинни дейности, получават повече свобода в тяхната медицинска дейност и едновременно, ефикасността от човешки ресурс в операционните и клиниките значително ще се повиши чрез тази нова професия* “.

Програмата подготвя студентите да: снемат анамнеза, извършат физикален преглед, поставят диагноза, започнат лечение и да асистират на хирурзите. Студентите приключват академичното обучение с държавен изпит за квалифициране и държавна сертификация като лекарски асистенти във федералната държава на Baden-Wuerttemberg.

Сертификатът позволява на лекарските асистенти да практикуват навсякъде в Германия, но съгласно закона „медицинската дейност на завършилите лекарски асистенти остава под надзора на лекарите“. [166]

Програмата предложена от Mathias Rheine University of Applied Sciences (MR-AUS) стартира през 2011 г. Както и програмата в SUB и тази е разрешена от AHPGS. Съкратена версия на учебната програма на MR-AUS довежда до прозрението, че във връзка с трансферирането на медицински умения и знания, студентите също така започват курсове в базисни науки. Типичните форми на обучение могат да варират за отделните предмети и

семестри и включват лекции, семинари, обучение, работа базирана на проекти, наставничество, семинари, стаж и онлайн обучение.

През 2013 г. има 3 действащи програми. Обучаваните по тези програми са със сестринско минало. Четвъртата програма е открита през есента на 2013 г. в Fliedner University in Duesseldorf. Студентите по тази програма са приети след завършване на средно образование. [166]

Продължителността на всяка програма е 36 месеца. От лекарските асистенти се изисква да продължават практикуването в рамките на избраната специалност по време на три годишната програма. Това гарантира, че завършилият лекарски асистент е квалифициран и три години е бил в досег с клинична практика. [166]

През 2013 г. са завършили приблизително 100 обучаващи се по специалността Лекарски асистент.

Развитието на професията в Германия следва тенденцията за обучение и развитие на професионалистите в другите страни. [166]

Лекарските асистенти са част от решаването на неравенството между търсенето и предлагането на медицински грижи. [156]

Опитът на Великобритания.

Във Великобритания терминът „Лекарски асистент“ се използва по два начина.

Първият - в някои болнични тръстове за описание на медицинските техници с национална професионална квалификация (NVQs) на ниво 2 или 3.

Вторият е във връзка с Лекарските асистенти (PAs) обучени както в САЩ, така и във Великобритания на следдипломни нива до американския модел. [143]

Първите лекарски асистенти работели в Англия са обучени в САЩ (2003 г.) - американски лекарски асистенти, ангажирани в първичната помощ на страната. [136]

Под покровителството на политиката за модернизиране на работната сила, в първото десетилетие на века са окуражени много разработки за нови професии. В много части на страната в малък мащаб са развити местни пилотни програми за професионално обучение. Такава е и програмата за обучение на Лекарски асистенти. [133]

Интересът на централния правителствен отдел за здравеопазване в проучване използването на PAs се проявява по два начина.

Първият е в подкрепа развитието на програма за практикуващи анестезиолози, по-късно PAs (Анестезия) към Кралския колеж за анестезиолози The Royal College of Anaesthetists през 2003 г. [199]

Вторият начин е във финансиране на пилотни проекти за разгръщане на лекарските асистенти в подкрепа на широк диапазон от медицински екипи.

Два мащабни пилотни проекта са финансирани от централния здравен отдел, в който обучени в САЩ лекарски асистенти са наети в различни звена на здравеопазването: първични грижи, спешни центрове, междинни грижи, ортопедични и хирургични специалности в Англия 2002-2005 [186] и Шотландия (2005-2008) [146]

През 2002 г. стартира пилотна програма във Великобритания за обучение на Лекарски асистенти, които са наречени health care practitoners (HCPs). Обучението е в два университета - St.Gorge`s University of London и Kington University. Този модел по-късно еволюира в medical care practitioner (MCP). [136]

Пилотните проучвания в Англия възникват в отговор на:

- трудностите за намиране на общопрактикуващи лекари за лишените общности;

- интереса към ролята на Лекарските асистенти, като потенциално решение за партньор в екипа на медицинските практики, от страна на някои местни общопрактикуващи лекари и местните тръст-мениджъри на първични здравни грижи. [186]

Оценителите докладват, че Лекарските асистенти са много добре приети от пациентите, посрещнати са без проблеми от други специалисти, работели са на ниво като Nurse Practitioner (практикуваща сестра) или лекар при обучението. Дейността им се определя като безопасна в клиничната практика. [143]

Първата PA програма стартира в University of Wolverhampton 2004 г. През 2007 г. стартират първите самостоятелни програми в University of Birmingham and University of Wolverhampton, всяка с групи от 15 студенти. Университетът в Лондон рестартира обучение с подобен брой студенти през 2009 г. [136]

Тези програми следват националния курикулум (програма за обучение) и обучението е на ниво postgraduate diploma (Pg Dip). [175, 200].

Спънка за развитието на Лекарските асистенти във Великобритания е спирането на PA програмата в университета в Birmingham през 2011 г. [136]

Physician Associate е иновативен нов здравен професионалист, който работи в клиничен екип за доставяне на качествени здравни грижи в националната здравна система (NAS). [206]

Медицинската професия Physician Associate стартира през месец юли 2015 г. след колаборация на UKAPA (Асоциация на лекарските асистенти във Великобритания) и the Royal College of Physicians.

UKAPA е създадена през месец юли 2005 г. от американски лекарски асистенти, наети във Великобритания, в усилията да подпомогнат и популяризират развитието на професия Лекарски асистент в Англия. [206]

Компетенциите и работната рамка на образователната програма на Министерството на здравеопазването за Лекарски асистент (сега Physician associate) дефинира Physician associate като:

„ … *нов здравен професионалист в здравеопазването, който макар и да не е лекар, работи по медицински модел, с нагласи, умения и знания базирани да доставя холистични грижи и лечение в общ медицински и/или общопрактикуващ екип под дефинирани нива на надзор“*. [206]

В момента във Великобритания има няколко университета, които провеждат курсове за Physician associates (PAs). По настоящем PAs работят в Англия и Шотландия в голямо разнообразие от медицински и хирургически специалности. Те също така могат да формират академичния състав на университетските програми.

Към 08.11.2016 г. доброволният регистър (Managed Voluntary Register) включва 276 PAs. [167] Регистрираните в него могат да добавят към името си „PA-R”, за да демонстрират, че са включени в регистъра и се подписват да поддържат висок стандарт на практика.

Има също така самостоятелна професия наречена Physician assistants (Aneaesthesia). Това е отделна професия с различен набор от компетенции, които позволяват работа под надзора на анестезиолози в операционни зали. [176]

PA е зависим професионалист в здравните грижи, който е обучен по медицински модел и работи под надзора на лекар или хирург. Снема анамнеза, провежда обстойни физикални прегледи, назначава и интерпретира тестове, диагностицира и лекува болести и наранявания и съветва за превенция на здраве.

PAs в Англия засега не могат да предписват медикаменти. [206]

Професионалистите работят в GP хирургии, центрове за злополуки, спешни центрове, стационарни медицински и хирургични отделения в Англия и Шотландия.

От месец септември 2015 г. студенти по специалност Physician associate се обучават в следните университети:

1. University of Aberdeen;
2. Anglia Ruskin University;
3. University of Birmingham;
4. University of East Anglia;
5. University of Leeds;
6. University of Liverpool;
7. University of Manchester;
8. Plymouth University Peninsula School of Medicine;
9. University of Reading;
10. Sheffield Hallam University;
11. St. George`s University of London;
12. University of Central Lancashire;
13. University of Wolverhampton;
14. University of Worcester

В процес на развитие са програми за PAs в седем университета. [206]

Очаква се обучените Лекарски асистенти да започнат работа в първичните здравни грижи. Компетенциите и работната рамка на учебната програма развити от МЗ са фокусирани към първичните здравни грижи. В изпълнение на Европейската директива за работно време чувствително са ограничени работните часове на лекарите на по-малко от 48 часа за седмица. Като резултат се очаква нарастване на Лекарските асистенти работещи в общите практики (амбулаторна медицина). [136]

За PAs във Великобритания все още не се изисква установена със закон регистрация, затова титлата Physician Associate не е защитена.

Всеки PAs трябва да притежава най-малко бакалавърска степен, обикновено в областта на хуманитарните науки. Повечето програми за PAs

изискват най-малко 2:1 honours degree за включване в курс за Postgraduate Diploms, заедно с предшестващ опит в здравните или социални грижи.

Най-често предишните професии са медицинска сестра, асистент по здравни грижи и парамедик. Други предишни професии са: треньор по атлетика, сърдечен физиолог, техник домашни грижи, асистент - домашна сестра, асистент - домашно здраве, техник клинична лаболатория, възпитател, психолог, администратор здравни грижи, здравен възпитател, билкар, лабораторен работник, акушерка, професионален терапевт, асистент в операционна зала, асистент фармацевт, физиотерапевт, техник радиотерапия, научен изследовател. [178]

PAs работят в голямо разнообразие от специалности и обстановки. Повечето PAs работят само в една специалност, обаче в цензуса приблизително 10% от отговорилите посочват, че работят в повече от една специалност.

Специалностите включват: Общопрактикуващи специалности, възпитател (педагог, учител), Спешна медицина, Обща практика, Обществено (медицина) здравеопазване, Кардиология, Дерматология, Ендокринология, Вътрешна медицина, Сексуално здраве, Хематология, Инфекциозни болести, Нефрология, Неврология, Психиатрия, Рехабилитационна медицина, Респираторна медицина. Педиатрични специалности, Критични грижи, Обща педиатрия. [177]

Въпреки че работят десетилетие в националната здравна система, Лекарските асистенти все още не са официално признати и регистрирани от британското правителство. Те имат първоначален квалификационен изпит подобен на Лекарските асистенти в САЩ, а възможността да практикуват в Англия е в резултат на клауза в Ръководството за добра медицинска практика на Британския Общ Медицински Съвет. [136, 191]

Изводи:

Литературният обзор на професия „Лекарски асистент“ - международен опит и развитие определя следните изводи:

1. В световен мащаб обучението на лекарски асистенти се налага в резултат на дефицита и неравномерното разпределение на кадрови ресурс в системата на здравеопазване при нарастващи нужди на обществото от медицински услуги.
2. Професията е с глобално приложение като успешен, финансово рентабилен модел на медицински кадри в условията на кадрови дефицит, поскъпващи услуги и ограничени ресурси в здравеопазването.
3. Обучението на кадрите в цитираните страни е по различни учебни програми с разнообразие дори в пределите на конкретната страна.
4. Заимстване на модела и обмен на опит между страните по отношение развитието на професионалистите, но и съхраняване на специфичния за съответната страна облик на медицински кадри.
5. В страните, в които има такъв модел кадри, описанието на професията е различно, но тя се практикува на едно и също ниво.
6. Лекарските асистенти допълват и подпомагат лекарската практика и не я заменят.

1.1. Научни изследвания в областта на развитие на професия „Лекарски асистент“

Моделът „ Лекарски асистент“ от създаването му досега е показал, че е рентабилен за обучение на високо квалифицирани специалисти. Обучението е ефикасно и гъвкаво.

В САЩ професията има високо ниво на одобрение от страна на пациентите и други медицински специалисти, включително и от АМА. Проучвания за лекарските асистенти се провеждат в страната от 1970 г. Значителна част от тях са остарели, но техните изводи за ползите, които лекарските асистенти са доставили на здравната система на САЩ, са убедителни.

- *„Няколко проучвания заключиха, че качеството на грижите предоставени от лекарските асистенти е равно на това от лекарите във сравними ситуации“*.
- Проучване на удовлетвореността на пациентите направено с над 40 000 анкети показва, че „*пациентите са еднакво удовлетворени от грижата предоставена им от лекари и лекарски асистенти“*. [141]
- Проучване проведено от името на AAPA през април 2007 г. доказва, че над 80% от респондентите са доволни от това да се консултират с лекарски асистент, относно рутинен здравен преглед, в случаите когато няма възможност прегледът да се извърши от техния лекар.
- Деветдесет процента от хората обслужени от лекарски асистенти са били доволни и склонни да ги посетят отново. [204]

Както се предполага от някои доказателства, обяснението за това високо одобрение се крие във факта, че много хора предпочитат холистичния подход в грижите, които лекарските асистенти предлагат. [202]

- Проучвания показват, че е по-вероятно лекарските асистенти в сравнение с лекарите да започнат практика в селски райони, както и в

райони, в които има цялостен недостиг на медицински специалисти. [195]

Четиридесет процента от лекарските асистенти работят в общности с по-малко от 50 000 население и десет процента от тях работят в общности с по-малко от 10 000 население.

Въпреки това, според аргументи като този на Dr Robert Bowman, изследовател от University of Nebraska Medical Center (sic) в САЩ, твърдението, че лекарските асистенти са крайното решение за недостига на работна сила в селските райони, трябва да се отстоява. Bowman смята, че поради провала на здравната политика на САЩ в това да предостави решения за справяне с недостига на работна сила в селските райони, е очертана тенденция тези професионалисти да се локализират в главни медицински центрове, тъй като тези центрове се възползват от многостранността и ценовата ефективност, която професията предлага. [201]

- Икономически проучвания доказват, че лекарските асистенти предоставят ценово ефективни услуги. *„Сравнение между лекарските асистенти и лекарите по отношение на тяхната продуктивност в няколко медицински области, включително обща практика, лекарските асистенти в общи линии са видели десет процента повече пациенти в сравнение с лекарите“*. [153]

Въз основа на различни проучвания е важно да се отбележи, че във връзка с предоставянето на качествени услуги в контекста на заядливата американска здравна система, не е имало повишение в дела за отговорност, възникнало в резултат на практиката на лекарските асистенти. [153]

- *Друго проучване разкри, че лекарските асистенти в селски и соло практики повишават особено продуктивността от гледна точка на прегледани пациенти. В същото време те облекчават работата и подобряват приходите на лекарите, които ги наемат; чрез това*

лекарските асистенти предоставят по-безопасна и по-ефективна здравна работна сила. [154]

- *Според други проучвания, в повечето случаи, в които лекарските асистенти забелязват същият тип пациенти, е било финансово по-изгодно те да бъдат наети вместо лекари*. [140]

Въпреки това твърдение, трябва да се отбележи, че лекарите продължават да преглеждат по-трудни, заплетени и изискващи време случаи. В същото време, обаче, фактът, че лекарските асистенти са на разположение, вероятно помага на лекарите като им осигурява адекватно време да разглеждат такива случаи. [140]

1.2. Перспективи в развитието на професия Лекарски асистент

Интересът към професия „Лекарски асистент” в световен мащаб изхожда от социални, географски и икономически фактори, които пряко кореспондират с дефицит и неравномерно разпределение на медицински кадри.

На международно ниво моделът за обучение на Лекарски асистенти в САЩ лесно може да бъде променен в зависимост от специфичните нужди на съответните държави, което обуславя големия интерес към професията и все по-глобалното и приложение.

Много страни - Нова Зеландия, Япония, Сингапур, Китай, Белгия, Испания, Ирландия, Швейцария включително и България проявяват в различна степен интерес и ентусиазъм от модела Лекарски асистент. [136]

През последните години професията се утвърждава в европейските страни. Това налага през 2016 г. провеждане на финансирано от Европейската комисия проучване на заинтересоваността на държавите членки на Европейския съюз към разработването на обща рамка за обучение на Лекарски асистенти (общ набор от знания, умения и компетенции). Проучването е мотивирано от очакването мобилността на професия Лекарски асистент да нарасне в отговор на потребностите на застаряващото население. [98]

В следващите години ще продължи развитието на професия „Лекарски асистент“, като национално търсене на пътища, отнасящи се до нарастващата потребност на доставяни от тях услуги и откриване на опции за постигане ценова ефективност и ефикасна система на здравеопазване. [136]

2. Концепция „Лекарски асистент“ в България

Обучението и създаването на медицински кадри е сложен и отговорен процес. С отношение към него са поредица от фактори:

- подбор на лицата бъдещи медицински специалисти спрямо тяхната обща култура, личностни качества и мотивираност за овладяване и практикуване на нелеката професия;
- изискванията на времето и обществените потребности;
- организация на образователния процес базиран на учебна методика с обучение по качествени учебни помагала и съвременни методи;
- наличие на опит в образователния процес и внедряване на международни постижения в обучението през призмата и в съобразение със специфичните за конкретната страна изисквания и народно-психологическа чувствителност;
- добър преподавателски екип - с професионален опит и преподавателски умения;
- достатъчни финансови средства и материално-техническа база, в условията на която да се реализира теоретичната и практическа подготовка на кадрите при формирането на стройни и трайни знания, практически умения и професионално поведение.

Тези фактори определят високата цена за формиране на професионален кадрови потенциал като водещ фактор от компонентите с отношение към успешна здравна система.

В този смисъл Управителният съвет на Сдружението на медицинските фелдшери в България след:

1. Анализ на здравното обслужване на населението в корелация с работата на кадрите от профил фелдшер ;
2. В съобразение с формиращия се през последните години кадрови дефицит;
3. Отчитайки традициите и опита в обучението на здравни кадри в България;

4. Съобразявайки международните тенденции в обучението на кадри със сходен, разпознаваем и приложим за нашите условия профил в отговор на преустановеното от 1999 г. обучение на фелдшери предлага на Министерството на Здравеопазване „Проект на Концепция за професия „Лекарски асистент". [102]

Интересът към специалност "Лекарски асистент" се основава на сходството в компетенциите на специалистите в страните, където се практикува професията и учебните програми включващи обучение по основни медицински дисциплини, клинична насоченост и голям практически стаж - характерно и за подготовката на фелдшерите в България. Важен фактор е международната разпознаваемост на професия "Лекарски асистент", утвърждаването ѝ в световен мащаб с добри възможности за реализация и професионално развитие на кадрите.

Целта на проекта: Утвърждаване и регулация на нова професия в България – „Лекарски асистент" (ЛА). Професия, приемник и наследник на професия „фелдшер", отговаряща на съвременните изисквания както в България, така и в световен мащаб по отношение предоставяне интегрирана грижа за пациентите. [110]

Проектът определя професията като уникална, отличаваща се с гъвкавост, поливалентност и интердисциплинарност на подготовка на кадрите. Предлага завършилите началния базов курс на обучение да специализират в медицински направления, в които държавата има необходимост от квалифицирани медицински специалисти. [110]

Професия „Лекарски асистент" се определя като професия отличаваща се от лекарската с изключителна практическа насоченост още в хода на обучението, по-малък хорариум и по-кратък период за обучение на кадрите – 4 год. Разпознаваема от сестринската по медицинската насоченост – извършване на рутинни медицински дейности, а не само здравни грижи, с

компетентност за диагностика, лечение, профилактика и промоция на здраве под лекарски надзор и самостоятелно. [110]

Със заповед на Министъра на здравеопазването на основание чл. 45, ал.1 и ал.2 от Закона за администрацията, чл.5, т.19 от Устройствения правилник на МЗ и във връзка с чл.175 и чл.183 от ЗЗ се определя работна група, с участието на представители на всички Медицински университети, Министерство на Образованието и Науката (МОН) и заинтересовани институции, включително и СМФ за „*Обсъждане на постъпилото предложение на СМФ и създаване на окончателен вариант на концепция за развитие на професията“*. [49]

В България подготовката на лекарски асистенти е държавна политика и обучението на студенти по специалността стартира с решение на Министерския съвет от септември 2014 г.

В Медицински университет (МУ), Факултет по Обществено здраве (ФОЗ) гр. София и Тракийски университет (ТрУ), Медицински факултет (МФ), гр. Стара Загора се осъществява първият прием студенти – лекарски асистенти.

Относно питане на народния представител г-жа Дариткова в 42-то Народно събрание за перспективите за обучение на лекарски асистенти в България Министърът на образованието проф. д-р Ан. Клисарова отговаря: *„МОН в изпълнение на своите законови функции участва активно в обсъждане на възможностите за развитието на специалността „Лекарски асистент”. В този смисъл се разглежда и възможността за включване на професия „Лекарски асистент” в Списъка на регулираните професии в РБ, (към онзи момент) с цел гарантиране качеството на обучение и практическа подготовка на студентите.* [203]

1.1 Обучение на студенти специалност “Лекарски асистент” в Тракийски университет, Медицински факултет, гр. Стара Загора

Обучението по специалност „Лекарски асистент“ в ТрУ, МФ, гр. Стара Загора се провежда в съответствие с всички нормативни документи в България за обучение на медицински специалисти: Закон за висше образование (ЗВО), Закон за здравето (ЗЗ), Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ), Наредба за прилагане на система за натрупване и трансфер на кредити във висшите училища, Директива 2013/55ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 20 ноември 2013 г. за изменение на Директива 2005/36 ЕО относно улесняване на свободно движение на медицинските специалисти и взаимното признаване на техните дипломи за професионална квалификация. [41, 45, 46, 75]

Обучението по специалност „Лекарски асистент“ е в редовна форма с продължителност 4 (четири) учебни години, съответстващи на 8 семестъра, от 2016 г., по учебен план (представен в Приложение) съобразен с Наредба за Единните държавни изисквания (ЕДИ) за висше образование с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалност „Лекарски асистент“. [69]

С учебният план се осъществява теоретична и практическа подготовка на студентите. Методите и средствата за обучение следват най-добрите традиции, опит и постижения в областта на медицинската наука и практика. Целта на обучението – да формира у студентите общомедицинска и специализирана професионална компетентност, аналитично мислене и професионално поведение.

Теоретичната подготовка е представена от задължителни, избираеми и факултативни учебни дисциплини под формата на лекции, семинари и практически упражнения в рамките на 6 семестъра. Провежда се от хабилитирани преподаватели, главни асистенти и асистенти съобразно изискванията на ЗВО. [45]

Нормативните документи определят четиригодишното обучение с хорариум не по-малко от 4625 часа, от които:

- теоретична подготовка не по-малко от 2025 часа.
- минимално практическо обучение - 2600 часа, представено от 1000 часа клинична практика и 1600 часа преддипломен стаж.
- Практическо обучение - над 50% от общия задължителен хорариум часове. [69]

Задължителните дисциплини по учебен план за специалност „Лекарски асистент“ в МФ, гр. Стара Загора имат хорариум 2236 часа, а факултативно изучаваните – 150 часа. Те трябва да осигурят задълбочени познания върху диагностиката, лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоцията на здраве, като формират характерния професионален профил на кадрите. [69]

Таблица 1 от Учебен план за специалност „Лекарски асистент“ **(**в Приложение**)** представя изучаваните от 2016 г. задължителни учебни дисциплини (аудиторна и извънаудиторна заетост, лекции и упражнения) със съответен хорариум и кредити, съобразени с ЕДИ. Факултативно изучаваните дисциплини - “Общи грижи за болния”, “Чужд език” и „Български език“ с посочена натовареност и кредити.

Знанията на студентите придобити от теоретичната подготовка се оценяват чрез текущ и краен контрол.

Текущият контрол предполага: тестово изпитване, разработка на реферати, писмен отговор от студентите на текстови задачи и казуси, активност по отношение участие в семинари, устно изпитване.

Крайният контрол е полагане на изпит по съответните дисциплини след проведено обучение съобразно предвидения в учебния план хорариум по съответния предмет.

Практическото обучение на студентите от специалност „Лекарски асистент” в МФ, ТрУ е с хорариум 2600 часа – 1000 часа клинична практика

от втори до шести семестър включително и 1600 часа преддипломен стаж - седми и осми семестър. Ръководи се от асистент по клинична практика, магистър по „Управление на здравните грижи“, с базова професионална квалификация “Фелдшер” и дългогодишен стаж по специалността, с оглед формиране у студентите на характерния за професионалната квалификация начин на работа.

В учебните кабинети на катедра "Здравни грижи” на базата на теоретичните знания студентите усвояват професионални техники по общи здравни грижи. Практикуват различни манипулации и работят за формиране на професионално поведение. Като модул от дисциплината Първична медицинска помощ през трети учебен семестър се изучават „Специалните грижи“ за пациенти със заболявания на различни органи и системи.

Практическо приложение на знанията, студентите реализират с клинична практика на ротационен принцип в лечебни заведения, получили положителна акредитационна оценка за обучение на студенти по чл. 90, ал. 1, т. 2 от Закона за лечебните заведения - в клиники и отделения на УМБАЛ проф. Д-р Стоян Киркович, гр. Стара Загора, включително Спешно приемно отделение (СПО), Комплексен онкологичен център (КОЦ), гр. Стара Загора. Студентите практикуват и в лечебни, и здравни структури от извънболничната помощ и социални институции – Дом за възрастни хора с физически увреждания (ДВХФУ), Дом за медико-социални грижи за деца (ДМСГД), Хоспис за палиативни грижи, Регионална здравна инспекция (РЗИ), Училищно и детско здравеопазване (УДЗ), Практики за извънболнична медицинска помощ (ПИМП). [127]

В клиничните бази студентите осъществяват директен контакт със здрави и болни хора. Съпоставят знанията придобити в учебните кабинети в Катедра „Здравни грижи“ и практическото им приложение в реална болнична и извънболнична среда. Под ръководството и прекия контрол на асистента по клинична практика лекарските асистенти пряко участват в

реализирането на манипулации и грижи, като част от лечебния процес на пациентите. Разглеждат клинични случаи, обсъждат патологията в процеса на снемане на анамнеза, определят обективния статус на пациента с прилагане на физикални методи на изследване – оглед, палпация, аускултация, перкусия, анализират рутинни лабораторни изследвания, интерпретират резултати от инструменталната диагностика и се учат да формулират работни диагнози, като част от професионалните им правомощия. Комуникацията с лекарите от клиничните бази в процеса на извършване на медицинските дейности повишава качеството на обучение. Доброжелателното отношение на специалистите от клиниките към студентите от специалност „Лекарски асистент“ стимулира много студенти по собствена инициатива да търсят ментори за практикуване в извънучебно време. Пряката колаборация с лекарите – ментори повишава мотивацията на студентите и създава увереност в процеса на практическата им работа.
Табл. 1 от Учебен план (в Приложение) представя хорариума и кредитите на клиничната практика и преддипломен стаж.

С изпитите по клинична практика в трети и шести семестър се преценяват знанията и усвоените практически умения, а по време на преддиплония стаж - готовността на студентите за самостоятелна работа.

С хорариум от 4986 часа, лекарските асистенти формират основни знания и базисни умения, които осигуряват изискваното ниво на компетентност по всяка учебна дисциплина в следните области:

- По предклиничните фундаментални науки - анатомия, физиология, биохимия, патоанатомия, патофизиология, микробиология и вирусология.
- За етиологията, патогенезата, клиниката, диагнозата, профилактиката и лечението на вътрешните, хирургическите, детските, нервните и психични, кожно-венерически, очни, ушни и инфекциозни заболявания. Теоретичната подготовка по

клиничните дисциплини осигурява достатъчни познания за оказване на спешна и първична медицинска помощ, рутинни медицински дейности и здравни грижи, отнасящи се до болестта и здравето.

- В областта на социалните науки и общественото здравеопазване – комуникативни умения, медицинска психология, етика и деонтология, социално и здравно законодателство, социална медицина и промоция на здраве, необходими за правилно решаване на социални и морално - етични проблеми.
- За работа с компютър и познания в областта на информатиката.
- Умения за екипна дейност с други специалисти.

Студентите преминали курса на обучение и успешно положили държавни изпити по:

- Спешна медицинска помощ, реанимация и интензивно лечение - (практичен и теоретичен)
- Първична медицинска помощ и Фармакология -- (практичен и теоретичен)
- Гериатрия, детски и нфекциозни болести

придобиват висше образование с ОКС „бакалавър“ и професионална квалификация „Лекарски асистент“. [69]

Дипломираните лекарските асистенти са кадри подготвени по медицински модел, различен от този на лекарите с придобити практически умения още по време на обучението. Компетентността им предполага реализиране на медицински дейности и здравни грижи, самостоятелно и под лекарска супервизия, за цялостно обслужване на пациентите – с профилактична и промотивна, диагностична и лечебна насока.

Професионалните дейности на лекарските асистенти като последователи и първоприемници на фелдшерите съответстват на посочените в Наредба №1 от 2011 год. дейности, които медицинските фелдшери имат право съгласно

чл.7 и чл.8 да извършват самостоятелно и под лекарски контрол. Същите са ясно и точно формулирани в квалификационната характеристика (представена в Приложение) на специалност „Лекарски асистент“, утвърдена на Академичен съвет в Тракийски университет, гр. Стара Загора. [56]

Професионалните правомощия на лекарските асистенти предполагат:

- ✓ медицински дейности

долекарски медицински преглед чрез снемане на анамнеза, статус (с физикални методи на изследване – оглед, палпация, перкусия, аускултация), поставяне на предварителна (работна) диагноза на база симптоматика, обекивно състояние и лаболаторни изследвания на болния, като не се допуска самостоятелен преглед, назначение и лечение на деца до 3-годишна възраст освен при състояния, пряко застрашаващи живота на детето. [67, 56]

Интерпретиране рутинни изследвания на:

- Кръвна картина – хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити и тромбоцити, СУЕ.
- Клинико-химични изследвания – глюкоза, креатинин, урея, общ билирубин, АсАТ, АлАТ, пикочна киселина, холестерол, триглицериди.
- Урина – pH, белтък, глюкоза, кетонни тела, уробилиноген, билирубин, кръв и ориентировъчно изследване на „седимент“.
- Разпознаване на промени в електрокардиограмата, налагащи оказване на спешна медицинска помощ.
- Предписване на разрешени за употреба в страната лекарствени продукти и издаване на рецепти, с изключение на тези от приложение №1 на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти. [67, 70]

- ✓ Манипулации, включващи:

Извършване на инжекции (вътрекожни, подкожни, мускулни и венозни), извършване на венозна пункция и вземане на кръв, осигуряване на продължителен венозен достъп и парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори, въвеждане и поддържане на уретрален катетър на мъж и жена, инстилиране на лекарствени продукти през катетър (сонда), дренаж, извършване на влагалищна промивка и поставяне на интравигинални лекарствени продукти, обработка на рани, инцизия на фурункул и карбункул, местна аналгезия и хирургичен шев на меки тъкани, сваляне на конци и дренажи и поставяне превръзки на рани, извършване на стомашна промивка и промивка на конюнктивален сак, поставяне на назогстрална сонда, предна носна тампонада, асептични и септични превръзки, извършване на електрокардиография и др. [67, 56]

- ✓ Здравни грижи предполагащи:

  Наблюдение и регистриране динамиката в развитието на болестния процес, измерване и регистриране на показатели като пулс, дишане, температура, кръвно налягане, диуреза, подпомагане дишането, отделянето, движението, храненето, съня и почивката, хигиенния тоалет, обличане и съблича не на пациента. Осъществяване на предоперативни и следоперативни грижи за пациента.

  Дейности съобразно национални здравни програми. Участие в организацията и провеждането на профилактика. Контрол и епидемиологичен надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване. [56]

- ✓ Оказване на спешни, хуманитарни и други дейности, включващи:

  Участие в дейности при бедствени ситуаци и оказване на хуманитарна помощ. Дейности по овладяване на състояния на хипо- и хипертермия, оказване на първа медицинска помощ на пострадал/и в отсъствие на

лекар, извършване на временна имобилизация на крайници и гръбначен стълб, поставяне на шийна яка, извършване на механична хемостаза и/или локално прилагане на хемостатични лекарствени продукти, осигуряване и поддържане на проходими горни дихателни пътища, извършване на непряк сърдечен масаж и изкуствена вентилация, поддържане жизнените функции на пациента при състояния, застрашаващи живота по време на транспортиране, оказване на помощ при раждане до идване на лекар или акушерка. Прилагане на антиаритмичини, кардиотропни лекарствени продукти и кортикостероиди при състояния налагащи оказване на спешна медицинска помощ. [21]

- ✓ Други професионални дейности, които лекарският асистент извършва самостоятелно:

  Предоставяне и събиране на здравна информация, провеждане на обучение и възпитание на пациента и близките му. Обучение и възпитание в областта на хигиената и общественото здраве, ресоциализация, реадаптация и рехабилитация на пациента. [21]

- ✓ Извършвани от лекарският асистент дейности по лекарско назначение:

  Подготовка и преливане на кръв и други продукти с биологичен произход, извършване и наблюдение на проби за чувствителност, поставяне и сваляне на катетър или перфузионна игла в повърхностна вена, наблюдение на поставени от лекар централни венозни катетри и имплантирани системи за съдов достъп. Осъществяване и наблюдение на специфични превръзки, обработка и наблюдение на рани, фистули и стоми, впръскване на лекарствени средства в пикочен мехур, полагане грижи и наблюдение на влагалищна пластика, осъществяване на грижи и наблюдение на интубиран или

трахеостомиран пациент, като първа смяна на канюлата на трахеостомата се извършва от лекар. [56]

Завършилите специалност „Лекарски асистент“, образователно-квалификационна степен (ОКС) „бакалавър“ имат право да продължат обучението си в ОКС „магистър“ по специалностите „Управление на здравните грижи“ и „Здравен мениджмънт“.

Направеният анализ предполага заключението:

Лекарските асистенти с курса на обучение по учебен план съобразен с всички нормативни изисквания:

1. Придобиват добра теоретична подготовка по всички основни (предклинични) и клинични медицински дисциплини;
2. Формират професионален профил характеризиращ се с медицински модел на подготовка, а не само здравни грижи;
3. Имат очевидна принадлежност към практическата медицина, безспорно приета по отношение на Лекарските асистенти в САЩ;
4. Формират практически умения с добрата подготовка по общи и специални грижи, което потвърждава тезата за мултифункционалност, флексибилност и приложимост на професионалистите в здравната система.

2.2 SWOT анализ на обучението на студенти по специалност “Лекарски асистент“ в Тракийски университет – Стара Загора

Анализът на обучението на студентите от специалност “Лекарски асистент” в ТрУ, МФ, гр. Стара Загора по метода SWOT анализ дава основание да се формулират силни и слаби страни в подготовката, заплахи и възможности за повишаване качеството на обучение по специалността.

Силни страни

- Обучението на студентите от специалност „Лекарски асистент“ е регламентирано с ЕДИ от 2016 г. за придобиване на висше образование по специалностите от направление „Здравни грижи“ за образователно - квалификационна степен „Бакалавър“. [69]
- Подготовката на студенти специалност “Лекарски асистент” в ТрУ, МФ, гр. Стара Загора е резултат от целенасочена и последователна политика на Ръководството на МФ, ТрУ за въвеждане и устойчиво развитие на специалност “Лекарски асистент”. Това определя обучението на студентите от специалността в една силно подкрепяща ги среда.
- Студентите лекарски асистенти се обучават в Катедра “Здравни грижи“ - акредитирано професионално направление в МФ. Осъществена е процедура по програмна акредитация на специалност “Лекарски асистент”.
- Обучението на лекарски асистенти отговаря на целите на Висшето медицинско образование - да подготви висококвалифицирани, мотивирани и конкурентноспособни професионалисти, които с формирането на компетентност ще се реализират успешно в здравната система.
- Обучението е в съответствие с академичния календарен план на Университета и е регламентирано със ЗВО, ЕДИ и Правилата за учебна дейност, приети с решение на Академичния съвет на Тракийски университет. [45, 69, 75, 126]
- Учебният план за специалност „Лекарски асистент“ за учебната 2016/2017 г. е съобразен с действащото законодателство в Република България. [45, 69, 75]
- След въвеждането на ЕДИ от 2016 г. са усъвършенствани учебните програми по Анатомия и Физиология на човека, Спешна медицинска

помощ, Детски болести. Дисциплината „Специални здравни грижи“ се изучава като модул от Първичната медицинска помощ. [3]

- Теоретичната подготовка се осъществява чрез задължителни, избираеми и факултативни учебни дисциплини под формата на лекции, семинари и практически упражнения с обща продължителност не по-малко от 6 семестъра. Това предполага придобиване на базови познания по дисциплините, които са в основата на дейностите по оказване на спешна и първична медицинска помощ, лечение на болестите и промоция на здраве, познания за професионалната етика. [69,75]
- Обучението се провежда от хабилитирани преподаватели, главни асистенти и асистенти, в съответствие с изискванията на ЗВО.
- Практическото обучение, включващо клинична практика и преддипломен стаж е 2600 часа, което е над 50% от общия задължителен хорариум часове и предполага възможност за създаване на практически умения на базата на усвоените теоретични знания. [69, 127]
- Практическото обучение се провежда под ръководство на асистент по клинична практика, магистър с базова квалификация „Фелдшер“, което спомага за изграждане на умения за извършване на диагностични и лечебни процедури, съобразно професионалната компетентност на лекарските асистенти.
- Клиничната практика от 1000 часа и преддипломният стаж – 1600 часа предполагат формиране на практически умения още по време на обучението на студентите. С изпитите по клинична практика в трети и шести семестър се оценява готовността на студентите за самостоятелна професионална практическа дейност. [69, 127]

Слаби страни

- В задължителните учебни дисциплини съгласно ЕДИ не е включена дисциплината “Общи и специални здравни грижи“, с която се усвояват знания и изграждат умения за манипулации - основа на практическата дейност на професионалистите. Съгласно нормативния документ обучението по дисциплината е по преценка на учебната институция на основание чл.17в (2) от раздел IIIA на ЕДИ, което може да бъде съществен пропуск в подготовката на студентите. [69]
- В ЕДИ за специалността няма регламентирано изискване за базова квалификация на наставниците по клинична практика, съответстваща на модела на лекарските асистенти, така както е при специалностите “Медицинска сестра“ и „Акушерка“. Възможността обучението да се провежда от специалисти с всяка една от базовите професионални квалификации от направление „Здравни грижи“ не позволява запазване специфичността в професионалната дейност на лекарските асистенти. [69]

Заплахи

- Динамично променящото се законодателство в здравната система и това с отношение към кадрите с професионална квалификация „Лекарски асистент“ в условията на непрекъснато реформиращо се здравеопазване.
- Липсваща яснота за професионалната реализация и обем дейност на лекарските асистенти в болничната помощ.

Възможности

- Увеличаване приема на студенти по специалност „Лекарски асистент“ в ТрУ, МФ, гр. Стара Загора.
- Създаване на студентска организация на лекарските асистенти и осъществяване на контакти с други европейски организации с

възможност за бъдещ трансфер на професионалисти, академичен обмен на преподаватели и студенти с тази професионална квалификация.

- Участие на студентите в научни форуми, национални и европейски проекти, като възможност за повишаване нивото на подготовка.
- Участие в международни програми за учебни практики на студенти от специалност „Лекарски асистент“.

Направеният анализ предполага следните

изводи:

- Политиката на Ръководството на МФ, ТрУ, гр. Стара Загора в подкрепа на специалност „Лекарски асистент“ е гаранция за успешното ѝ бъдещо развитие.
- Обучението на студенти по специалност “Лекарски асистент“ в МФ, гр. Стара Загора е в съответствие с изискванията за придобиване на висше образование, ОКС „бакалавър“ в системата на висшето медицинско образование, което гарантира качеството на подготовка на бъдещите професионалисти.
- Включването на дисциплината „Общи и специални здравни грижи“ в учебния план на студентите лекарски асистенти като решение на Академичния съвет на основание чл.17в (2), раздел IIIA от ЕДИ гарантира знания и формиране на умения за осъществяване на медицински манипулации.
- Ръководството на клиничната практика от асистент с професионална базова подготовка, съответстваща като модел на професионалната квалификация на студентите, гарантира съхраняване специфичността на практическата подготовка на бъдещите професионалисти.
- Акредитирането на специалността в съответствие с изискванията на ЗВО и обявяването на професия „Лекарски асистент“ за регулирана

професия ще гарантира увеличаване приема на студенти по специалността.

2.3 Законодателна рамка и статут на професия „Лекарски асистент“ в България

Лекарските асистенти са медицински специалисти с висше образование, образователно-квалификационна степен „бакалавър“, професионално направление „Здравни грижи“, обучени във висши медицински училища (факултети и/ или филиали на ВУЗ) получили акредитация за това по реда на ЗВО.

Обучението по специалност „Лекарски асистент“ в България е съгласно Решение на МС (от 2014 г.) и се осъществява съобразно действащата в РБ нормативна уредба - ЗЗ, ЗВО, ЗЛЗ, Наредба за ЕДИ за придобиване на висше образование по специалност „Лекарски асистент“, Наредба 21 за прилагане

на система за натрупване и трансфер на кредити във висшите училища. В съответствие с Директива 2013/55ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 20 ноември 2013 г. за изменение на Директива 2005/36 ЕО относно улесняване на свободното движение на медицинските специалисти и взаимното признаване на техните дипломи за професионална квалификация. [69,75, 41, 45, 46]

Курсът на обучение по специалност "Лекарски асистент" е четиригодишен (8 семестъра), редовна форма и отговаря по изисквания на чл.42, ал.1, т.1 „б" от ЗВО**.** [45]

Специалност „Лекарски асистент" е нова медицинска професия, приемник и наследник на професията "фелдшер". [116] Тя пряко кореспондира с: чл.183, ал.4., чл.190, ал. 1. от Закона за здравето, § 2б т."в" от допълнителните разпоредби на същия закон и чл.175, ал. 2 от Закона за висшето образование.

От 20.01.2016 г. професия „Лекарски асистент" придобива статут на регулирана професия в Република България и е включена в регистъра на регулираните професии, което означава, че е призната за обществено значима и с принос за живота и здравето на хората в съответствие с определението за регулирана професия. [205]

Професионалните дейности на фелдшерите, дефакто и на лекарските асистенти като техни приемници, са съобразени с чл.7 и чл.8 на Наредба № 1 на МЗ за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. [67] В съответствие с наредбата е изготвена и квалификационната характеристика на обучаваните в ТрУ, МФ лекарски асистенти, утвърдена на Заседание на Академичния съвет – 26.05.2016 г. Протокол №5, т.6 от дневния ред. [126]

Придобитият в курса на обучение обем теоретична и практическа подготовка позволяват на лекарските асистенти в съответствие с Наредба

№1 за професионалните дейности и квалификационна характеристика за специалността да работят във всички структури на извънболничната и болнична помощ:

- Центрове и филиали за спешна медицинска помощ;
- Първична извънболнична медицинска помощ;
- Специализирана извънболнична медицинска помощ (ДКЦ и МЦ);
- Специализирани диспансери;
- Центрове за трансфузионна хематология;
- Домове за медико-социални грижи за възрастни хора с и без физически и ментални увреждания;
- Домове за медико-социални грижи за деца;
- Кризисни центрове;
- Служби по трудова медицина;
- Здравно-осигурителни фондове и организации;
- В структурите на БЧК;
- В областта на транспорта – за предпътни прегледи на шофьори и машинисти;
- Медицинско осигуряване на туристи.

Възможностите на лекарските асистенти за реализация са уредени в някои нормативни документи с конкретно упоменато наименование на професионалистите и техните правомощия.

В текстовете на Закона за лечебните заведения навсякъде професия „фелдшер“ е заличена и заменена с професия „лекарски асистент“.

ЗЛЗ (изм. и доп. ДВ., бр.72 от 2015 г.)

Чл.17а

*(1) В медицинския, медико-денталния и диагностично-консултативния център могат да се разкриват звена, в които **лекарски асистенти**,*

медицински сестри или акушерки самостоятелно оказват здравни грижи.

(2) Видовете дейности, които се извършват в звената по ал.1, се определят в съответствие с наредбата по чл.7, ал.1 от Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.

(3) (изм. ДВ., бр.72 от 2015г.) *Звената по ал.1 се ръководят от лица с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалностите* ***„лекарски асистент“****, „медицинска сестра“ или „акушерка“ и с професионален стаж не по-малко от две години.*

В стандарта за Спешна медицина професия „фелдшер“ отново е заменена с професия „Лекарски асистент“.

Дефинираните професионални дейности в Наредба №1 въвеждат задължението на работодателите да съобразяват длъжностните характеристики и възлагането на служебни задачи на „Лекарските асистенти“ с изискванията на нормативните актове.

От 01.01.2015 г. професия „Лекарски асистент” фигурира в Националния Класификатор на Професиите и Длъжностите (НКПД) под **код 2240**, (**6004**) в групата „Парамедицински специалисти“ заедно със професия „Фелдшер“. (с влезли промени в НКПД-2011)

Терминологичното квалифициране на групата „парамедицински“, в която са поставени двете професии, не съответства на специфичната подготовка на кадрите, независимо от правилното описание на професионалните правомощия:

Парамедицинските специалисти предоставят услуги по консултиране, диагностика, лечение и превенция на хора, които са по-ограничени по отношение на обхват и сложност от услугите на лекарите. Те работят

самостоятелно или под ограничено наблюдение на лекари като прилагат модерни процедури за лечение и превенция на болести, наранявания и други физически или умствени болести, които са присъщи на конкретни общности..... [197]

Наименованието на групата е под влияние на Международната стандартизирана класификация на професиите, ISCO-08, но с глобализацията на професия „Лекарски асистент“ и вероятното бъдещо регламентиране статута и дейността на кадрите на европейско равнище, терминологията на групата е възможно да бъде променена. [98] Основание за това е разпознаваемостта на лекарските асистенти в международен мащаб като професионалисти различаващи се по квалификация, компетентност и правомощия от „парамедиците“, които в момента не фигурират като професия в НКПД. Може би и поради това в Стандарта за спешна медицина в таблицата указваща професионалистите с право на работа в структурата, парамедиците са поставени в графа „немедицински специалисти“. [117]

ГЛАВА ВТОРА

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Цел и задачи на проучването

Цел

Да се проучи възникването, развитието и реализацията на кадрите с професионална квалификация медицински фелдшер като български опит, настоящето състояние и перспективност в обучението и реализацията на лекарските асистенти като техни последователи.

Задачи

1. Да се осъществи исторически преглед на възникването и развитието на професия медицински фелдшер в България;

2. Да се проучи и анализира професионалният път, реализация, обучение и удовлетвореност на фелдшерите през погледа на практикуващите в условията на реформиращо се здравеопазване кадри;

3. Да се проучи и анализира изборът на специалност и нагласите на студентите лекарски асистенти в Тракийски университет, Медицински факултет, гр. Стара Загора, за бъдеща професионална реализация, следдипломно и продължаващо обучение.

Работни хипотези

1. Независимо, че през различни исторически периоди се води дискусия – да съществуват или не фелдшерите като професионалисти, те са приложим трудов ресурс в здравеопазването на България не само в кризисни периоди.
2. Практикуващите в условията на реформиращо се здравеопазване медицински фелдшери в област Стара Загора са неудовлетворени от професионалната си дейност, като в най-голяма степен от факторите с отношение за неудовлетвореността са нормативната рамка и възможностите за следдипломно обучение.

3. В България студентите от специалност „Лекарски асистент“, като последователи на кадрите с професионална квалификация „фелдшер“, изразяват удовлетвореност от избора на специалност и несигурност по отношение на бъдеща професионална реализация.

2. Методика на проучването

Съобразно поставената цел и в съответствие с формулираните задачи са проведени следните проучвания:

- ✓ Историческо проучване на професия „фелдшер“ - възникване, обучение и реализация на професионалистите в общественото здравеопазване на България от 1879 г. до наши дни.
- ✓ Емпирично социологическо проучване, с интервю лице-в-лице, на професионалния път, реализация, обучение и удовлетвореност на фелдшерите, през погледа на практикуващите в условията на реформиращо се здравеопазване кадри;
- ✓ Емпирично социологическо проучване, с интервю лице-в-лице, за избора на специалност и нагласите за професионална реализация и продължаващо обучение на студентите от специалност „Лекарски асистент“, катедра „Здравни грижи“ в Медицински факултет на Тракийски университет, гр. Стара Загора.

Предмет на наблюдение

Развитието и реализацията на кадрите с професионална квалификация „фелдшер“ във времето от възникване на професията до настоящата реализация на професионалистите в България, в условията на реформиращо се здравеопазване и студентите от специалност „Лекарски асистент“ в ТрУ, МФ, гр.Стара Загора, последователи и първоприемници на медицинските фелдшери.

Обект на изследване

- Исторически извори с отношение към възникването на професия „фелдшер“, обучението и реализацията на професионалистите;
- Всички фелдшери практикуващи на длъжност „фелдшер” на територията на област Стара Загора по официално изискана и официално предоставена информация от РЗИ гр. Стара Загора (на база

данни от отчетни доклади за дейността в лечебните и здрави заведения);

- Студентите от специалност „Лекарски асистент“, катедра „Здравни грижи“, Медицински факултет на Тракийски университет, гр. Стара Загора.

Изследователски методи

1. Анализ на документи:
   - Автентични исторически документи, укази, закони и разпоредби с отношение към професия „Фелдшер“ и кадрите;
   - Научни статии от периодичния медицински печат и специализирани издания (1878 – 2017 г.), отнасящи се до професиите „Фелдшер“, „Лекарски асистент“ и кадрите – фелдшери, лекарски асистенти.
2. Полустандартизирано интервю лице-в-лице за проучване мнението на практикуващите на длъжност „фелдшер“ в област Стара Загора кадри относно професионалния им път, реализацията като професионалисти, обучението и удовлетвореността им.
3. Полустандартизирано интервю лице-в-лице за проучване мнението на студентите от специалност „Лекарски асистент“ в ТрУ, МФ, гр.Стара Загора за начина на избор на специалност, нагласите и предпочитанията за бъдеща реализация и квалификация.

Крос-секционни проучвания

Проведените проучвания се определят от съвременната социология като крос-секционни (срезови, трансверзални). Типът проучване, неговите възможности и ограничения са съобразени с оглед правилното представяне и интерпретиране на резултатите. Известно е, че срезовите прочвания в различни страни и времеви периоди дават резултати вариращи в широки граници.

4. **Статистически методи: описателна и аналитична статистика:**

4.1.Описателни методи:

- ✓ Честотен анализ на качествени променливи (номинални и рангови), които включват абсолютни честоти, относителни честоти (в проценти), кумулативни относителни честоти (в проценти)
- ✓ Вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение, минимум, максимум.
- ✓ Графични изображения

4.2. Методи за оценка на хипотези: непараметрични - χ^2, Z – тест; оценка надеждността на Ликертова скала - Кронбах α (Cronbach's alpha)

Проведени са две емпирични социологически проучвания – емпирично социологическо проучване на практикуващите фелдшери и емпирично социологическо проучване на студентие от специалност „Лекарски асистент“, Медицински факултет на ТрУ.

Емпирично социологическо проучване на практикуващите фелдшери

Обект на изследване са всички 102 практикуващи на територията на област Стара Загора фелдшери, по официално изискана и официално предоставена информация от РЗИ - Стара Загора. (представена в Приложение)

Логическа единица на наблюдение е всеки фелдшер, работещ на длъжност „Фелдшер“ към юли-ноември 2016 г. в област Стара Загора.

Технически единици на наблюдение са лечебни и здравни заведения в общините Стара Загора, Казанлък, Чирпан, Павел баня, Мъглиж, Гурково, Гълъбово, Раднево, Братя Даскалови, в които медицински фелдшери на длъжност „Фелдшер“ реализират професионална дейност:

- Заведения с предимно диагностично-лечебна дейност: ЦСМП/филиали; Лекарски практики в Първичната извънболнична медицинска помощ; Лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ – (Диагностично-консултативни центрове, Медицински център „Селена-Л“ гр. Стара Загора); Други лечебни заведения – Хоспис „Лек“ гр. Стара Загора; Държавна психиатрична болница „д-р Георги Кисьов“ гр. Раднево.

- Заведения с основно промотивна, профилактична и контролна дейност: Училищни и детски здравни кабинети (здравни кабинети в: детска градина №4, „Бреза“, ДГ №25, „Ален мак“ гр. Стара Загора, детска ясла гр. Мъглиж); РЗИ гр. Стара Загора.

Инструментариум:

Въпросникът за интервюто лице-в-лице е изработен след задълбочена литературна справка, съобразен със специфичната за кадрите с професионална квалификация „Фелдшер“ компетентност и възможност за професионална дейност в различни направления и структури на здравната система. Той е представен и одобрен от етичната комисия на МФ, на ТрУ, гр. Стара Загора (в Приложение). Съдържа 28 въпроса разпределени в 3 основни области:

✓ Характеристики на фелдшерите:

- социално-демографски: възраст, пол, местоживеене.
- професионални характеристики: месторабота, трудов стаж, професионален маршрут, обучение и специализация.

✓ Удовлетвореност от работата – работни часове седмично, обем задължения, автономност във вземане на решения и възможност за реализиране на професионалната компетентност, нормативната рамка, определяща професионалната реализация.

✓ Морално-етични измерения на професионалната реализация – доверие, признание, сътрудничество, нагласи за напускане на професията, нагласи за възпроизвеждане на професията чрез рекрутиране на децата или значимите близки.

Удовлетвореността на фелдшерите от работата изследваме след модификация на WCW - скала за проучване професионалната

удовлетвореност на ОПЛ в България, приложена през 2013 г. от Б. Парашкевова и Ю. Маринова.

Като инструментариум за изследване на УР в сектора на здравеопазване се утвърждава скалата на P.Warr, J. Cook и T.Wall (WcW – scale.) Създадена през 1978 г. от тримата психолози, скалата се прилага за оценка на УР и в други сфери на обществения живот. Известна като JSS (jobsatisfaction – scale), тя представлява въпросник с 16 айтема, всеки от които отразява и измерва различни компоненти на УР. Измерването се осъществява по седемстепенната скала на Ликерт, с ранжиране от крайно недоволен (скор = 1) до изключително доволен (скор = 7). В края на 80-те години Cooper и съавтори определят 9 компонента на УР сред ОПЛ и редуцират WCW - скалата. В следващите години и до днес тя се утвърждава като най-популярния инструмент за тази цел при лекарските кадри в много европейски страни и особено в общата медицинска практика.

В нашето изследване в 5-степенната Ликертова скала айтемите за измерване удовлетвореността на фелдшерите от работата са редуцирани до 6.

Табл. 2 Скала за оценка на удовлетвореността от работа сред фелдшерите в област Стара Загора

	Удовлетвореност от:	Силно удовлетворен	Удовлетворен	Нито удовлетворен Нито неудовлетворен	Неудовлетво-рен	Силно неудовлетворе
1	От броя работни часове седмично	5	4	3	2	1
2	От възможността да реализирате професионалната си компетентност	5	4	3	2	1
3	От обема на задълженията, които имате	5	4	3	2	1
4	От нормативната рамка, определяща професионалната Ви реализация	5	4	3	2	1

5	От възможността за автономно вземане на професионални решения в рамките на компетентността	5	4	3	2	1
6	От зачитането на Вашето професионално мнение в екипа, в който работите	5	4	3	2	1

Набиране на първичната социологическа информация:

Проведено е полустандартизирано интервю лице-в-лице. Методиката е апробирана при 6-ма фелдшери, представители на работещи в различни здравни структури. Продължителността на интервюто се установява между 30 - 45 минути. Този вид интервю е предпочетен за приложение предвид неговите силни страни и възможностите за тяхното използване за постигане на изследователските цели. Индивидуалното полу стандартизирано интервю дава изключителната възможност да се включат елементи на наблюдение. Това позволява изследователят да обсъди много задълбочено аспектите от дейността, поставени в отворени въпроси. Освен това, важно е, че се гарантира в най-висока степен достоверността и изчерпателността на първичната социологическа информация. Изследваните респонденти в по-голяма степен биха се отзовали и дали съгласие за участие в проучването. Избягва се възможността за отказ от участие в проучването, както и формално подхождане към въпросите. Умението на изследователя да предразположи интервюираните също следва да се подчертае: те не са просто обект на „нечий неясен интерес", стоящ извън обсега на техните проблеми и възможностите за тяхното идентифициране и подходи за разрешаване. На територията на област Стара Загора към момента на проучването (юли – ноември 2016 г.) работят 110 фелдшери по официална информация от РЗИ на база данни от отчетни доклади за дейността в лечебните и здравни заведения на територията на областта. Интервюто е насочено само към фелдшерите практикуващи на длъжност "Фелдшер". От

110 работещи по специалността, 103-ма са издирени и поканени за участие в изследването. Отзовали се на поканата и участвали в проучването – 102-ма професионалисти. Отказал участие - 1. Степен на отзивчивост 99,03%. Проучването се извърши при спазване на етичните принципи и правила. Спазен е основният принцип при социологическите проучвания – принципа на анонимността, приложен при проучването, обобщаването и представянето на резултатите.

Време и място на емпиричното проучване

Проучването е проведено в периода юли – ноември 2016 година на територията на област Стара Загора. Места на проучване:

- ЦСМП гр. Стара Загора и неговите филиали в гр. Казанлък, Павел баня, Мъглиж, Гурково, Чирпан, Раднево, Гълъбово, Братя Даскалови.
- Амбулатории на общопрактикуващи лекари в гр. Стара Загора, Казанлък, Павел баня, Мъглиж, Бузовград, Гълъбово и селата - Малка Верея, Еленино, Малко Кадиево, Кирилово, Загоре, Димитриево, Черганово, Зетьово.
- Медицински център „Селена- Л“ в Стара Загора.
- Държавна психиатрична болница „д-р Георги Кисьов“ гр. Раднево.
- Хоспис „Лек“ в Стара Загора.
- Училищни здравни кабинети в гр. Стара Загора и гр. Раднево, здравни кабинети в целодневни детски градини - №4, „Бреза“, №25, „Ален мак“ в гр. Стара Загора; Детска ясла гр. Мъглиж.
- Регионална здравна инспекция гр. Стара Загора.
- Здравна служба в регионалната дирекция на МВР, гр. Стара Загора.

По-голяма част от интервютата се проведоха на работните места в съответните населени места след официално получено съгласие от преките ръководители на респондентите и предварителна уговорка с тях за времето на провеждане на интервюто. Създадената организация изключи

възможността за възпрепятстване на служебните задължения на интервюираните и нарушаване на трудовия процес, в обстановка позволяваща спокойно събеседване. Проучването с останалата част от фелдшерите се осъществи след уговорка за време и подходящо място на среща в гр. Стара Загора предвид тяхното местоживеене в града. Продължителността на проведеното интервю е в интервал 30 – 45 минути.

Крос-секционно социологическо проучване:

От гледна точка на социологията, проучването можем да определим като крос-секционно (срезово, трансверзално). Това е важно по отношение анализа и интерпретацията на данните, тяхното обобщаване и обсъждане.

Статистическа обработка и анализ:

За статистическата обработка на данните е изградена база данни с използването на Microsoft Excel 2010 и програмата Statistica 10. (http://www.statsoft.com)

Приложени са основни методи за математико-статистически анализ: описателна статистика на качествени и количествени променливи, непараметрична линейна корелация, тестове за проверка на хипотези - χ^2 – тест, първи вариант; χ^2 – тест, втори вариант.

Графиките, диаграмите и таблиците са разработени в Microsoft Excel и прехвърлени в Microsoft Word с превод на български за удобство.

Емпирично социологическо проучване със студенти лекарски асистенти.

Обект на изследване са всичките 42-ма студенти от специалност „Лекарски асистент“ в катедра „Здравни грижи“, Медицински факултет на Тракийски университет гр. Стара Загора.

Логическа единица на наблюдение е всеки студент от специалност “Лекарски асистент“ в Медицински факултет гр. Стара Загора.

Инструментариум:

Въпросникът за интервюто (представен в Приложение) е изработен съобразно поставената цел. Съдържа 19 въпроса разпределени в четири области.

- ✓ Характеристики на студентите:
  - Социално-демографски: възраст, пол, местоживеене.
- ✓ Избор на специалността „Лекарски асистент“ и удовлетвореност на студентите от обучението към времето на проучването.
- ✓ Нагласи на студентите за бъдеща реализация като професионалисти лекарски асистенти.
- ✓ Нагласи на студентите за следдипломно обучение.

Набиране на първичната социологическа информация:

Проведено е полу стандартизирано интервю лице-в-лице. Продължителността на интервюто се установява между 30 - 45 минути. Този вид интервю е предпочетен за приложение предвид малкия брой на респондентите и възможностите, които предоставя като качествен метод, позволяващ постигане на поставените цели. Вниманието, което интервюиращият засвидетелства към студентите–респонденти, спомага за предразполагането им и осигурява подходяща нагласа за споделяне на откровено мнение по поставените въпроси. Избягва се възможността студентите да подходят шаблонно, формално, не особено задълбочено и отговорно към изследваните теми. Трябва да отбележим, че интервюто се провежда от преподавател на студентите-респонденти, което би могло в някаква степен да окаже влияние върху отговорите.

Към момента на проучването (месец ноември - декември 2016 год.) в катедра „Здравни грижи“ на Медицински факултет се обучават 42-ма студенти от специалност „Лекарски асистент“ - три випуска. Поканени за участие в интервюто са всичките 42-ма студенти. Отзовалите се на поканата и участвали в проучването 42-ма студенти са от: първи курс - 10, от втори – 8 и 24-ма студенти от трети курс. Степен на отзивчивост 100%.

Проучването, обобщаването и представянето на резултатите се осъществяват при спазване на анонимността, като основен принцип на социологическите проучвания.

Време и място на емпиричното проучване.

Проучването е проведено в периода ноември - декември на 2016 година. Място на проучване: учебен кабинет в катедра „Здравни грижи“ на Медицински факултет, гр. Стара Загора. Създадената организация изключи възможността от нарушаване учебния процес на студентите. Предварително изготвеният план и часовото разпределение за среща със студентите

спомогна за добра организация, позволяваща спокойна обстановка, достатъчно време за интервюиране и анонимност при споделяне мнението на студентите по поставените въпроси.

ГЛАВА ТРЕТА

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

I. Възникване и развитие на професия „Медицински фелдшер“ в България от 1878 г. до наши дни – историческо изследване.

1.1. Обучението на фелдшери - първото регламентирано медицинско образование в България. Образователният процес от 1879 до 1944 г.

Историята на медицинското образование в нашата страна датира от 1879 г. По време на Руско-турската война в освободените райони на страната се организира гражданска власт. Паралелно с другите ангажименти тя поема отговорността за организиране и оказване на необходимата медицинска помощ на населението. Временното руско правителство под ръководството на княз Владимир Черкаски е натоварено с изпълнението на задачата. В деня на подписването на Санстефанския мирен договор Черкаски умира и делото е продължено от Александър Михайлович Дондуков Корсаков /1820-1893/, който остава като руски императорски комисар и главнокомандващ окупационния корпус в България. [5]

Българският лекар д-р Димитър Петров Моллов/ 1845-1914/ от гр. Елена по поръчение на княз Дондуков съставя “Временни правила за устройството на медицинското управление в България”. [25]

Преценени исторически “Временните правила” са законодателен акт, който слага началото на здравеопазването” след Освобождението. [18] Влиза в сила с утвърждаването му на 1 февруари 1879 година и в три раздела урежда:

1. Правилата за медицинското управление в България;
2. Болничният устав за лечебните заведения;
3. Временни правила за устройството на аптеките в България. [31]

С изграждането на здравеопазването се утвърждават и щатни длъжности, за които са необходими медицински кадри за уреждане на бъдещото обслужване на населението.

Статистиката показва, че непосредствено след Освобождението в България има всичко 12 болници. [5] Броят на лекарите през 1879 година е 72, от които 53 българи, а останалите чужденци. [18] Медицинските кадри са крайно недостатъчни. Войната оставя бездомни десетки хиляди българи и турци, хиляди старци и вдовици. Наред с глада и нищетата епидемиите отнемат хиляди човешки животи. За периода 1878-1879 г. от глад и болести са намерили смъртта си 3 500 жени и над 7000 деца. [5] Малкият брой лекари не е в състояние да осигури необходимите, макар и елеменатри, санитарно-профилактични и лечебни дейности сред населението. Освен това, от медицински грижи се нуждае и създадената от княз Дондуков земска войска, която наброява 31 400 души. За нейното медицинско осигуряване се предвижда във всяка дружина да бъдат назначени по 1 лекар и 4-ма фелдшери.

От фактите е видно колко остра е необходимостта от незабавно решаване на основния медицински проблем, проблемът с кадрите след Освобождението. Така обстоятелствата пораждат необходимостта от откриване на фелдшерско училище.

В чл.8 на Временните правила е записано: „*На едного от членовете на Медицинския съвет се възлага управлението на фелдшерското училище, което се урежда според особенното положение да снабдява болниците и войската с фелдшери* “. [25]

Залагайки въпросът за подготовка на медицински кадри във Временните правила се вижда, че Първото регламентирано медицинско образование в България е фелдшерското и се явява като отговор на нарасналата необходимост от собствени медицински кадри във възобновената българска държава. [5]

Ролята на фелдшерите в бъдещото административно и стопанско ръководство на болниците след Освобождението е посочена във Временните правила. Ясни са и ангажиментите им в българската земска войска, задачите им при командироване при нужда при окръжните лекари, за съдебномедицински нужди и др.

Във Велико Търново на 23 февруари 1879 год. по инициатива на генерал Гресер / Министър на вътрешните работи/ и д-р Димитър Моллов се провежда медицинско събрание. Целта е внасяне на предложения за допълване на Временните правила. На това събрание се обсъжда и фелдшерското образование в България. Ангажимента по организацията е на Медицинския съвет. При обсъждане на задачите се взема решението: „*Това управително тяло си предназначава правата да отваря фелдшерски школи и да преподава то само онези курсове, които намери за добро и нужно* “. [5]

По сведение на Г. Коцев, кореспондент на в. „България “, събранието приема и одобрява формулировката за фелдшерското образование в България без изменение и допълнение, така както е дадена във Временните правила.

Присъствалите на събранието във В. Търново наши изтъкнати медицински общественици дават положителна оценка на грижата на княз Дондуков и усилията на д-р Моллов за създаване на собствени здравни

кадри. Подготвя се разкриването на учебни заведения за обучение на фелдшери, които се устройват по руски образец. С това се поставя началото на законодателно регламенирано медицинско образование в България. Годината е 1879.

Едва през 1895 г., тоест 16 години по-късно, в София се открива Акушерско училище, а в 1900 година - сестринско.

Първите военно-фелдшерски училища (след Освобождението) се откриват в София, В. Търново и Пловдив.

Работата по откриването на училищата е под ръководството на д-р Бонев - старши военен лекар във войската. За подготовката на дружинни и ротни фелдшери, обучението в училищата се осъществява под надзора на губернските лекари: д-р Мирков за София, д-р Угрюмов за Пловдив, д-р Швайцер за Търново. В помощ на училищната дейност на заплата във всяко от тях са назначени по двама местни лекари. От Русия се осигуряват необходимите пособия за обучението - учебници, анатомични атласи, скелети. За целта д-р Угрюмов е командирован в Москва.

В съответствие с условията и правилника на училището, първите ученици са от редовете на войската. „*Понеже не са намерени ученици от вън да посетят тези курсове, то трябва такива да се изберат между войниците, като за тая цел са избрани по-грамотни и способни между тях*“. [128]

Избирани са по 6 човека от всяка дружина. Числеността на учениците от Софийското училище е 60. Те трябва след обучението да отговорят на потребностите от фелдшери на Софийска и Видинска губернии. За Пловдивска и Сливенска губернии са подготвяни 60 ученика в Пловдивското училище. Търновска, Русенска и Варненска губернии очакват своите 85 възпитаници. [82]

Учебните занятия започват м. март и завършват м. август, а за В. Търново м. октомври 1879 г. [5, 128] Подготовката включва изучаване на

предмети като: анатомия, хигиена, терапия, хирургия, фармакология, патология, рецептурна практика, военно полева практика и др. Болниците са учебно практични бази. В края на обучителният курс учениците се явяват на изпит пред санитарна комисия, която оценява знанията и уменията им. Комисията взема решение кой от преминалите курса придобива право да упражнява фелдшерската професия.

Въпреки краткия срок на обучение учениците показват удволетворяващи санитарната комисия знания.

Със завършване на курса и трите военно-фелдшерски училища са закрити. В княжество България и Източна Румелия работа започват 150 фелдшери. [82, 128]

С *Приказ №13 от 17.08.1879 г.* военният Министър генерал Паренсов нарежда да се попълнят свободните щатове във войската с медицински фелдшери, като „всяка част да има по един старши фелдшер с 480 франка годишна заплата“.

Тази заповед поставя логичния въпрос: Откъде са тези фелдшери, за да бъдат разпределени по войсковите части още през първата половина на 1879 г.?

Действително преди Заповед № 13 генерал Паренсов издава Заповед №7, с която удостоява със званието „Старши фелдшери - старши унтер-офицери, младши фелдшери - младши унтер-офицери“, а по-късно и със званието фелдшерски ученици - ефрейтори, които са завършили успешно Временното военно Софийско фелдшерско училище. [125] Приема се, че обучението в това училище започва в края на 1877 и началото на 1878 г.

„*Ето и имената на първите лястовици в пролетта на народното здраве“:*

Старши фелдшери: Христо Тодоров, Петър Петков, Беро Василев, Марко Кашенов, Сава Дамянов, Ангел Златарев и Петър Дамянов.

Младши фелдшери: Петър Николов, Панталей Димитров, Ташо Стоянов, Стойко Михайлов, Георги Манчев, Васил Николов, Вато Георгиев, Петър Кръстев, Живко Станков, Георги Вълчев, Сава Стоянов и Петко Мишев. [125]

Освен упоменатите фелдшери 19 души са удостоени със званието фелдшерски ученици, а една група от 5 човека, които са показали слаб успех в подготовката са върнати в частите им. [125]

Фактите са доказателство, че обучението на фелдшери в България датира още от края на 1877 г., а исторически материали разкриват, че „още преди Освобождението в нашата страна е имало фелдшери, завършили в Цариград и Румъния. Някои от тях като Васил Соколов, Васил Петлешков и др. са взели дейно участие в Априлското въстание 1876 г.. Други, на които имената за съжаление остават неизвестни, са участвали в Освобождението на България“. [50]

Млади българи усвояват фелдшерската професия и в Русия, като в повечето случаи това става по официален път. Във фондовете на Окръжния исторически музей – Враца се съхранява личния архив на Драган Данов от Лютиброд (Врачанско), известен с прозвището Фелдшера. На 14-годишна възраст със съгласието на майка му, след като остава без баща, е заведен в Русия от своя покровител полковник Сергей Степанович Канишчев. След завършване на двукласно училище в гр. Вилкомир, Драганов е записан в Новочеркаското военнофелдшерско училище, от което през 1883 г. придобива специалност младши медицински фелдшер. Завърнал се в България с препоръчително писмо от Канишчев, вече генерал-лейтенант и началник на артилерията на Донската войска, Драганов започва работа като карантинен фелдшер в с. Вакарел. Сръбско-българската война през 1885 г. го заварва на длъжност орханийски околийски фелдшер, като за участието във войната е награден с бронзов медал. Професионалната му биография непрекъснато се допълва – врачански околийски фелдшер, болничен

фелдшер във Второкласната държавна болница във Враца (1889 г.), до 1893 г. болничен и аптечен фелдшер, а от март 1911 г.- околийски участъков фелдшер в Лютибродския санитарен участък. [79]

Архивните материали за Драган Данов предоставят информация за един от многото случаи на обучени извън страната фелдшери.

Историческите факти сочат Стефан Дренков като пръв фелдшер преди и след Освобождението. Той е работил дълго време в Плевенската болница. [50]

След Освобождението подготвените в първите три училища в България 150 фелдшери се оказват недостатъчни за нуждите на времето. Според доклад на Завеждащия военния отдел генерал майор Золотарев полевото медицинско управление не може да отговори на потребностите на българската земска войска от фелдшери. Това налага необходимостта от разкриване на нови училища.

Видно е, че фелдшерското образование през този период е неразривно свързано със създаването на българската войска в новоосвободената българска държава.

Гражданската медицинска организация през 1879 г. се ръководи от първия Медицински съвет (МС), който има заслуга за откриване в София на Първото Гражданско фелдшерско училище.

МС, който ръководи здравните грижи за цивилното население изготвя Правилник за устройството на фелдшерските училища. Одобрен от министъра на ВР - Бурмов и представен от него с доклад № 2693 от 31.08.1879 г. за одобрение от Княз Александър Батемберг. С Указ №150 от 5 септември 1879 г. на Министерството на вътрешните работи, публикуван в ДВ бр. 7 от 19.09.1879 г., Правилникът, одобрен и от княза влиза в сила и урежда устройството, вътрешния ред, програмата за обучение и щата на гражданското фелдшерско училище. [125]

Съгласно първа точка от Правилника:

„*Фелдшерското училище се учредява с цел да се подготвят опитни със знания фелдшери, които да служат както в болниците, така и във войската* “. [125]

Видно е, че се цели да бъдат подготвени не какви да е кадри, а опитни и с добри знания.

Първото гражданско училище за фелдшери се ръководи от лекар на длъжност Директор. Той бива избрано от Министерството на вътрешните работи лице, а стопанската част се възлага на икономист, който се назначава измежду опитните фелдшери. Медицинският съвет упражнява цялостен контрол върху дейността на училището. Кандидатите, бъдещи ученици, са на възраст 16-23 години. Подборът им става с изпит. / По всяка вероятност за грамотност и здравословно състояние/.

Първият випуск от 50 ученици започва обучение на 01.09.1879 г. Курсът на обучение е 3 години. [128] Обучението е безплатно. Директорът на училището е задължен да обезпечи учениците с учебни пособия, дрехи, храна и необходимите за провеждането на обучението помещения.

Програмата е по-разграничена от тази на военните курсове. По-обширна, за да могат фелдшерите да заместят лекарите, където отсъствуват. [128] Публикувана е в Държавен вестник.

В първи курс се изучават предметите български и латински език, аритметика, география, кратка българска история, кратък катехизис. От тази програма се получават общи познания и култура, такава каквато може да се получи в първоначалния и средния курс на народните училища според привременния устав от 1879 год. за същите. Тя се доближава или почти покрива на средната степен с двегодишен курс. Тук обаче е включен като крайно необходим предмет латински език, за нуждите на специалните изисквания при понататъшното обучение.

Във втори клас се преподават специални предмети - анатомия, хирургия с дисмургия, фармакология, медицинска полиция, хигиена, военно

обучение. Програмата в трети клас е продължение и повторение материала по хирургия и дисмургия с практически занятия при болните под ръководството на ординаторите, служба в болничните стаи под ръководството на старши фелдшери и наблюдения на лекарите, дежурства в болницата, приготвяне на лекарства в аптеките, аптечно изчисление и книговодство, патологични съдебномедицински разрязвания /аутопсии/ под ръководството на лекар, съставяне на протокол при изпълнение на други фелдшерски задачи. [125]

Точка четвърта от Правилника дава възможност в училището да учат и свободно постъпващи ученици без да плащат такса за обучението, но в замяна на това се задължават да служат в болниците една година срещу една година учение. [5]

Практическата ангажираност на обучаващите е с цел поемане на част от ангажиментите на лекарите поради тяхната недостатъчност.

В края на всяка учебна година учениците полагат изпит по всеки предмет в присъствието на членове на Медицинския съвет или на лекари назначени от него. Съгласно чл.16 от Правилника в края на тригодишния курс на обучение в изпитната комисия са директорът, преподавателите и представител на Медицинския съвет. Най-добрите ученици, отлично представили се на изпита, са отличени с похвални листове.

Всеки завършващ получава безплатно инструментален набор и учебници изучавани в училището. [5]

Ясно е, че медицинската литература по онова време не е достатъчна и завършващите чрез тях имат възможност да правят справки и опресняват знанията си.

Завършилите са длъжни да служат 3-4,5 години по разпределение на Медицинския съвет съгласно чл.19 [5]

След прослужване на срока в болниците на фелдшерите се дава звание „лекарски помощници” с право да практикуват малка хирургия като при

това могат да бъдат и волнопрактикуващи, ако не желаят да заемат държавна служба. Това право, което им дава допълнението на правилника на училището (издадено 1881 г.), не им е позволено и игнорирано после с издаването на санитарния закон през 1888 г. Строго се „*запрещава*“ упражняването на медицина.

Курсът на обучение в Гражданското фелдшерско училище, от 1879 до 1881, завършват 31 ученици. [128, 50] Това са първите квалифицирани помощници на лекаря, по време, когато нашето здравеопазване прави първите си стъпки. [50]

Завършилите фелдшери съвсем не са достатъчни за нуждите на здравеопазването по онова време. Повечето са разпределени на административна работа съгласно раздел 2 от Временните правила. Съгласно тях управлението на второ и третостепенните болници се възлагат на окръжните лекари и фелдшери. Освен това при всяка болница се предвижда назначение на 2-ма фелдшери, а в третостепенните болници те поемат и надзирателски задължения. И въпреки това временно управляващия Министерството на вътрешните дела Д. Агура през 1882 год. закрива училището.

Гражданското фелдшерско училище минава „с целия си състав от преподаватели под ведомството на Военното министерство и се именува Софийско Военно Медицинско Фелдшерско училище”. Курсът на училището остава 3 годишен. Преименуваното училище дава три випуска. Завършилите 46 души, веднага са разпратени по войсковите части. С последният випуск училището е закрито. Считано е, че числото на фелдшерите в България е достатъчно и ще удовлетвори нуждата на военното и гражданско ведомство. От закриването на това военно фелдшерско училище, от 1884 г. до 1888 г. не е съществувало никакво фелдшерско училище. [128]

През 1880 год. в България има два военни отдела - Западен в София и Източен във Варна. В същите градове са открити две военни училища. Приема на ученици е от редиците на постъпващите новобранци с цел попълване частите на войската с фелдшери. В програмата на обучаващите се /за разлика от тази на трите закрити през 1879 г. училища/ има нови предмети. Изучават се огнестрелни рани и се провежда военно - полева практика. Прави се опит за обучение с профилактична насоченост, предимно военна.

Курсът на обучение на тези училища трае една година. И двете са дали по два випуска фелдшери, 113 души, които са разпратени по частите на различните родове от войската. [128] С указ на Александър I, по предложение на Министъра на войната от 01.02.1883 год., са закрити.

В същия указ в т.2 се разпорежда съществуващото при Министерството на вътрешните дела фелдшерско училище да премине под ведомството на Военното министерство с остатъка от бюджета за текущата година, предназначен за издържане на училището, а т.3 въвежда одобрения военен устав и щат. [5] (има информация, че документът е съхранен в Държавен военно-историческия архив град В.Търново).

И така през 1882 г. се закриват три училища - двете военно-фелдшерски в София и Варна и софийското гражданско. Всъщност новото учебно заведение е гражданското, преминало под военното ведомство. В точка 1 на устава се казва:

„*За снабдяване частите на войската, както и за лечебните заведения с медицински фелдшери, които да са с надлежно специално образование за един помощник на доктора в София се открива Медицинско фелдшерско училище. То е под ведомството на военния министър, под прекия надзор на Върховния медицински съвет и главния лекар на войската* “. [5]

Училището се ръководи от Директор - военен лекар. Това е д-р Стефан Христов от Севлиево, завършил медицинското си образование в Букурещ. Той се ползва с права на Началник на отделна част.

Приемните изпити в училището имат за цел по-качествен подбор на кандидатите, които са на възраст 17 - 19 години. За обучение се допускат и приходящи ученици след успешно положен приемен изпит. Възпитаниците на училището са шестдесет на брой, а курса на обучение - тригодишен. Учебната програма предвижда: първи подготвителен курс, втори - специален с теоритичен материал и нагледно преподаване. През третата година на обучение се провежда практика, като учениците по специално разписание се изпращат по болниците в страната.

Успешно завършилите обучението получават званието медицински фелдшер със съответните професионални права и задължения. Постъпват на служба във войсковите части. Валидно е задължението за служба толкова години, колкото е учил. След изтичане на срочната служба при нежалание да продължат службата си във военното ведомство, фелдшерите се зачисляват в запаса на общо основание. Поради опитността им те постъпват с предимство на работа в гражданските ведомства.

Смята се, че съществена разлика между училището под военното ведомството и гражданското не е имало. Курсът на обучение е един и същ и вероятно до подобно решение се е стигнало след анализ на подготовката на възпитаниците. И все пак учебната програма е разширена с изучаване на руски език, физика, химия и др. дисциплини. За първи път учениците се набират по собствено желание, а не от войската. Регламентът за постъпване в училището е уповестен в държавен вестник, което е прогрес в устройството и работата на училището. И въпреки добрата обща и специална подготовка на учениците, за съжаление, както и предходните, училището е закрито през 1884 год.

След Сръбско-българската война с *Указ № 16 от 1888 г.* [42] в София отново се открива фелдшерско училище. То се ръководи от търновеца д-р Сарафов, завършил медицина в Букурещ. Обучението започва на 4 април. Подготовката е двегодишна. Различието от досегашните училища е във формирането с *ПРАВИЛНИК* на два отдела - медицински и ветеринарен. [106] Обучаваните са на пълна държавна издръжка и набирани от военните части, както първите три военно-фелдшерски училища и двете от София и Варна. Подборът на бъдещите ученици в училището става по *„Програма за испитване новобранцитъ отъ частитъ на войската за постъпване въ фелдшерското училище"*. [108]

Училището е дало 3 випуска. Завършили 74 души. Те са разпратени по частите произведени в звание " Младши унтер офицери". [128]

Като самостоятелно училището съществува до 01.01.1889 г. и е на подчинение на Военното министерство с двата си отдела. С *Указ № 2/1889г.* на княз Фердинанд I, след цитираната дата то се закрива, присъединявайки се с целия си състав към Военното училище под наименованието „ Фелдшерско отделение ". [43]

Д-р Сарафов става завеждащ учебната част на Фелдшерсия отдел на Военното училище.

На 30.12.1891 г. с *Указ 179* по предложение на военния министър, фелдшерската рота при Военното училище се закрива, а със *Заповед №6/1892 г.* на основание на Височайшия указ 179 се заповядва: „*управляющия военното училище да се разпоръди за расформированието на фелдшерската рота"*. [44]

На 05.03.1892 г. със *Заповед № 498* на военен министър Савов се откриват санитарни дивизионни команди. Подготовката на медицински фелдшери е с нова насока. По онова време в София, Пловдив, Русе, Плевен, Враца и Сливен има дивизионни болници и към всяка от тях се формират санитарни команди.

С „*Програма за обучение на санитарнитъ команди при дивизионнитъ болници”* се цели подготовка на санитарни подофицери за войсковите части. [109]

С осеммесечна обучителна програма се подготвят и санитари. Техните задачи са свързани с грижи за болните. Те също полагат изпити, придобивайки званието „Фелдшерски ученик “. Непредставилите се добре на изпитите не получават званието. След два месеца отново полагат изпит и след повторен неуспех се връщат във войсковите части да служат като санитари в лазаретите.

Фелдшер учениците имат възможност да продължат обучението си достигайки званието „Унтер офицер “. Техните правомощия им позволяват да останат в болниците и изпълняват фелдшерски и аптекарски задачи в продължение на четири месеца. След тази четиримесечна практика се командироват във войсковите части като „Санитарен унтер офицер“. Изпълняват функциите на ротни, батарейни и ескадронни фелдшери.

За цялостната подготовка на фелдшерите през този период е отговорен Началникът на дивизионната болница. Той определял срока на обучение според програмата изготвена от Военния министър и д-р Сарафов в качеството на главен лекар на войската. [5]

Учебната програмата включва следните предмети със съответна часова натовареност: анатомия 200 часа, латински език 200 часа, превръзки 128 часа, външни болести 96, вътрешни болести 64, фелдшерски операции 69, гледане на болните 160 часа, първа помощ 96, лекарствознание 96 часа.

Липсват данни за ползвани учебници поради това, че бившите фелдшерски училища ползват такива донесени от Русия, но по всяка вероятност учениците са учили от записки, доколкото са могли да водят такива. [5]

Подготовката на санитарните команди не може да се сравни с обучението на фелдшерите. Такава е преценката и на Висшия медицински

съвет. С оглед и на обстоятелството, че нуждите от кадри е сравнително задовелено, през 1900 г. министърът на войната разпорежда да бъде открита само една санитарна команда. В нея с осем месечен курс се подготвят избрани от всички дивизионни болници санитарни служители. След успешно приключване на обучението те са произведени в санитарен подофицер, оставайки на срочна служба. Това положение се запазва до 1904 г.

С разкриването на санитарните участъци нуждата от фелдшери за гражданското ведомство нараства.

По инициатива на Гражданската Санитарна Дирекция се открива Гражданско фелдшерско медицинско училище – месец септември 1895 г. [128] Тринадесет години след закриване на първото през 1882 г.

Решението е одобрено с Указ 22 на Гражданската санитарна дирекция /ДВ бр.207/.

Създава се устав на училището и съгласно чл.1 целта на новото учебно заведение е да осигури необходимите за страната фелдшери.

Основател на училището е д-р Марин Русев от Търново - възпитаник на женевската медицинска школа. След дипломирането си като лекар през 1890 год., се връща в Търново, където работи като ординатор в градската болница. Член е на 6-ти и 7-ми Медицински съвет и поддиректор на Гражданската санитарна дирекция.

Във второто гражданско фелдшерско училище се приемат български граждани на възраст 17 - 19 год., завършили най-малко четвърти клас на гимназиите.

Учениците са на пълна държавна издръжка и живеят на пансион в училището. Курсът на обучение е две години. [128]

Подготвителният курс е премахнат поради наличния по-висок първоначален образователен ценз на учениците, които от самото начало посещават болниците за нагледно обучение. За първи път програмата

предвижда обучение по бактериология и като отделен предмет минералогия. Изучава се микроскопия, като предшествие на лабораторното обучение. Напредък в учебната програма е и предвидената двукратна практика на учениците в болниците в страната с продължителност по три месеца.

С обучението училището е продължител на постигнатото от 1882/84г., но има и нови предмети съобразени с нуждите. Учебната програма е подобрена на базата на придобития вече опит.

Завършилите обучението ученици получават свидетелство за медицински фелдшер. Първият випуск от 36 ученици завършва месец юни 1897 г. Вторият випуск от 17 души - през юни 1898 г.[128]

Приключилите обучението имат всички права на завършили средно учебно заведение. Отличниците получават привилегията да следват медицина в чужбина без да полагат конкурс с право на държавна стипендия.

Второто гражданско фелдшерско училище е закрито 1903 год. В него са обучени четири випуска медицински фелдшери. Може да се каже, че то бележи най-голям успех в обучението на кадрите до момента. По-нататъшното образование и преквалификация имат за база постигнатите в него успехи. Всъщност възможност за преквалификация имат санитарните фелдфебели. Право на това им дава чл.52 от Закона за общественото здраве от 1903 год. Тази преквалификация е наложена от обективните потребности от фелдшери за гражданското ведомство. От своя страна излезлите в запас унтер офицери „атакуват“ гражданската санитарна дирекция с искания да бъдат назначени на фелдшерски длъжности под гражданско ведомство. Дълго време получават отказ с аргумент, че нямат нужната подготовка. И все пак, във времето потребностите налагат Медицинският съвет да направи подбор съобразно образователния ценз на кадрите. Определени са две категории: първа, към която се отнасят завършилите третокласно образование и втора - всички останали. Кадрите от първа категория имат

право да положат изпит (по програма на училището от 1895 г.). Успешно преминалите изпита придобиват фелдшерски правомощия. Всички лица от втора категория могат да работят като ваксинатори и санитарни пристави.

Недостиг на фелдшери отново е в основата на решението взето от Върховният медицински съвет и МВР. Със заповед 431 от 18.10.1895 г., санитарни подофицери със завършени санитарни команди преди да изслужат петгодишната си срочна служба, са назначени временно на длъжност околийски фелдшери. Условието за назначение е явяването им в период от пет години на изпит за придобиване на фелдшерска правоспособност. Решението е отменено през 1900 г., когато броят на фелдшерите нараства.

През декември 1914 г. е открито последното гражданско училище, което има за цел подготовка на кадри до попълване на вакантните места намиращи се на подчинение на ведомството на гражданската дирекция. Обучението се осъществява по програмата на фелдшерското училище от 1895 г. с подобрения направени от Висшия медицински съвет, с оглед приключване на подготовката за срок от 1 година. По своята същност това обучение е със стойност на преквалификационен курс. Предполага се, че Първата световна война е причина училището да се закрие през 1915 г.

Паралелно с гражданското, през 1914 г. в София е открито и санитарно подофицерско училище. То има за цел да отговори на нуждите от фелдшери след Балканската, Междусъюзническата и Първа световна война.

Обучаващите се в училището редовни войници преминават едногодишен теоретичен курс на подготовка и практика за период от две години. Постъпилите за подготовка доброволци имат още една година практическо обучение.

Ограниченията наложени от Ньойския мирен договор и съкращението на армията са основание за закриването на санитарното подофицерско

училище през 1915 г. По-нататъшното фелдшерско образование до 1944 год. по своята същност е преквалификация на кадрите.

Съгласно указ от 20.06.1921 г., санитарните подофицери имат възможността, след успешно полагане на изпит по програма изготвена от Върховния медицински съвет, да се квалифицират в медицински фелдшери. Право на преквалификация имат санитарни подофицери уволнени от запаса с не повече от тригодишна непрекъсната служба.

По данни на вестник „Санитарен глас" 1 162 санитарни подофицери придобиват правоспособност "фелдшер" след проверовъчен изпит проведен в първокласните държавни болници, в присъствието на комисия назначена от Министъра на Вътрешните работи и народното здраве и представител на Дирекция народно здраве. По информация на цитирания по-горе източник, само 520 санитарни подофицери от всичките 1 682 фелдшери придобиват звание без явяване на изпит. [5]

Във времето на преквалификация софийското дружество на санитарния персонал по своя инициатива организира в Александровска болница обучение на санитарни подофицери, в помощ за придобиване на фелдшерска правоспособност. Лекторите участвали в този курс по своя инициатива отпечатват и разпращат из цялата страна учебници: Вътрешни болести д-р Касяков, хирургия д-р Москов, инфекциозни болести д-р Василев, анатомия д-р Геков, физиология д-р Димитров, очни болести д-р Пашев, УНГ болеси д-р Славов, фармакология и рецептура магистър Стефанов, санитарна организация д-р Джамжиев, хигиена д-р Вълчев, гинекология д-р Николов, експерементална анатомия д-р Балам и др. [5]

До 9.09.1944 г. повече училища за фелдшери не се разкриват.

По сведение на Фелдшерския съюз от 1897 г. броят на медицинските фелдшери от всички фелдшерски училища в България е 422. [128] (до посочената година, без санитарните команди и обучаваните в училището през 1897 г. ученици). През 1897 г. на служба са 300 фелдшери.

Причините за намалената численост са две:

- напускане поради недостатъчно възнаграждение на труда;
- болести, от които заболяват и умират.

„*Надали би се намерило друго занятие, което да дава такъв висок % смъртност, колкото фелдшерската служба. Но в статистиката за смъртност не се казва нищо за съсловието, както и за никое друго*“. [128]

Проследявайки историята на обучението на фелдшери в периода от първите военно-фелдшерски училища открити в София, Търново и Пловдив през 1879 г. до последното закрито през 1915 год. могат да се направят следните изводи:

1. Обучението на фелдшери (като първо регламентирано медицинско образование в България съгласно Временните правила) е наложено от необходимостта от медицински кадри в първите години след Освобождението на България и е в пряка връзка с формирането на българската войска.
2. Обучението е по руски модел и с подкрепата в първите години на временното руско управление.
3. Училищата за фелдшери многократно се закриват, но и откриват винаги, когато има остра необходимост от медицински кадри, не само за армията, но и гражданството.
4. Подготовката на фелдшери има за цел да осигури първи помощници и заместници на лекарите във всички направления на медицинската помощ. С оглед на това са правени непрекъснати опити за подобрение на образователните програми и квалификацията на кадрите.
5. Фелдшерите заедно с лекарското съсловие полагат основите на българското здравеопазване.

Обучението на фелдшерите от 1878 до 1944 г. в обобщен вид е представено в табл. 3

Таблица 3 Обучение на фелдшери от 1878 до 1944 г.

Год. на **откриване** на уч.заведение	Год. на **закриване** на уч. заведение	**град**:	**Брой** приети за обучение **лица**	Възраст или друга **характеристика на приетите** за обучение лица	**Особеностти на обучението** /програмите/
1879 год., първите военно-фелдшерски училища	**1879** г. Октомври	София Пловдив В.Търново	60 ученика; 60 ученика; 85 ученика завършили 150	Учениците - грамотни и най-будните младежи от редиците на войската.	Провеждано по руски образец
1.09.1879г. Първо гражданско училище	**1882г.,** минава под военното ведомство	София	50 ученика		Обучението е безплатно
1880г. Военно-фелдшерски училища	**1.02.1883 г.**	София; Варна	два випуска	Приемът е от постъпващите новобранци.	нови предмети; прави се опит за обучение с профилактична насоченост - военна
1.02.1883 г. гражданско под военното ведомство	**1884 г.**	София	60 ученика	Приемът е от лица постъпващи по собствено желание. Допускат се и приходящи, успешно положили изпит. Приемът оповестен в ДВ – прогрес в устройството и приема на ученици	Разширена учебна програма
4. 04.1888 г.	До **1.01.1889г.** съществува самостоятелно **31.12.1891г.** преминава към Военното у-ще	София	Не е открита информация	Пълна държавна издръжка на учениците набирани от военните части.	Има два отдела: медицински и ветеринарен.
5.03.1892 г. откриват се санитарни команди	Съществуват до **1900 г.**	София, Пловдив, Русе,Плевен, Враца,Сливен към дивизионните болници	Не е открита информация	Учениците от редовете на войската	Подготовката отстъпва на подготовката на фелдшерите във фелдшерските училища.
От 1900г. само една санитарна команда	**до 1904 г.**	София	Не е открита информация	Учениците от редовете на войската	Санитарната команда е към дивизионната болница
1895 г. Второ гражданско училище	**1903 г.**	София	Не е открита информация	Възраст на учениците 17-19 г.	Изучават се и: бактериология, микроскопия- като предшествие на микроскопското обучение.Двукратна практика в болниците по 3 месеца
Декември 1914 г. Гражданско училище и санитарно подофицерско	**И двете училища 1915 г.**	София	Не е открита информация		По програма от 1895 г. с подобрения. Обучението е преквалификация.
Преквалификация от	**До 1944 г.**	София	1682	Санитарни под-офицери уволнени от запаса с не	1162санит.подофицери полагат изпит по програма изготвена от

от 20.06.1921 г.				повече от три год. непрекъсната служба.	ВМС; 520 придобиват квалификация без изпит.

1.2. Фелдшерското образование след 1944 година

Начало на социалистическото здравеопазване в България се поставя с разкритото на 17.09.1944 год. Министерство на народното здраве (МНЗ) с първи министър д-р Рачо Ангелов. Пред министерството стоят много предизвикателства. Обликът на здравната система е представен от:

- недостатъчни за потребностите на населението държавни болници (с 9 468 легла) в условията на висока обща смъртност, епидемии от заразни болести при ниска санитарна култура на населението;
- недостатъчни амбулатории;
- липсваща обществена стоматологична помощ;
- отсъстващо работническо здравеопазване;
- слаба санитарно-профилактична служба;
- ограничен кадрови ресурс - висши и средни медицински кадри: 3 516 лекари, 826 фелдшери, 1070 акушерки, 372 медицински сестри общ профил в наследство. [58]

Социалистическото преустройство на здравеопазването и бързото разширяване на здравната мрежа в България изискват развитие на средното медицинско образование, в частност обучение на фелдшери.

През 1944 г. в страната има само четири учебни заведения за средни медицински кадри: три за мед. сестри - в София, Пловдив и Варна и едно за акушерки в София. Обстоятелствата и потребностите налагат откриване през 1949 год. в гр. Стара Загора на Първото гражданско училище за фелдшери след 1944 год. (първоначално открито през 1947 за обучение на медицински сестри - след това двата випуска са преместени в Пловдив).

Статия на д-р М. Христов във вестник „Здравен фронт” съобщава:

"*По решение на правителството, тази година ще бъде открит в страната институт за медицински техници/ фелдшери.*

Създаването на този нов тип здравни служители, на мястото на отиващото си вече фелдшерско съсловие, се наложи поради нуждата от един истински и цялостен помощник на лекаря в неговата работа. Този помощник на лекаря ще поеме изпълнението на голяма част от техническите му задачи и по този начин ще му даде възможност да прояви своите знания и опит във високо квалифициран лекарски труд. Медицинските техници са нужни и за завеждането на най-малките поделения към здравните служби - селските и фабрични здравни пунктове, където те ще работят под ръководството и контрола на лекаря." [129]

Водещ фактор за разкриването на учебното заведение за фелдшери в Стара Загора е първостепенната окръжна болница в града със своите професионалисти - висши и средни медицински кадри. Една добра лечебна база подходяща за практическо обучение на бъдещите фелдшери.

В присъствието на д-р С. Аврамов от МНЗ и други ръководители на здравното дело от града и окръжния здравен отдел учебната година на първото гражданско училище за фелдшери извън София и първото след 1944 год. се открива на 10.11.1949 год. Директор е д-р Тодор Пройков Китипов. Обучението започва с 133 курсисти (42 девойки и 91 младежа).

Тържественото откриване на учебното заведение е през месец декември в присъствието на местни, окръжни ръководители, представители на МНЗ и министър Трайчо Доброславски. [5]

В старозагорският институт за медицински техници се приемат курсисти със завършено средно образование и възраст до 25 год. Право на обучение имат и изтъкнати с добрата си служебна работа хигиенисти, към които има определени изисквания посочени в правилника. Процентът на тези курсисти е ограничен.

Завършилите тригодишния курс на обучение придобиват званието медицински техник / фелдшер и се приема, че имат полувисше образование. Кадрите са с професионални права:

- да работят като помощник на лекаря в неговата лечебно-профилактична и санитарно-противоепидемична работа;
- да заместват лекаря, когато отсъства, като извършват манипулации в рамките на своята компетентност;
- да водят санитарната статистика и отчетност;
- да провеждат здравно-просветна дейност сред населението;
- да завеждат аптека, там където няма подходящо квалифицирано лице;
- да завеждат фелдшерски здравни пунктове в селата и предприятията.

След института в Стара Загора, през 1950 г. обучение на фелдшери започва във В. Търново, а през 1951 г. във Враца и Русе.

Последно военно-фелдшерско училище след 9.09.1944 год. се открива в София през 1947 год. като институт за медицински техници. Обучението в него се преустановява през 1954 год.

Подготовката на кадрите с професионална квалификация „фелдшер“ се провежда в съобразение с организацията и промените в средното медицинско образование в НР България.

С ПМС № 2389/ 28.08.1950 г. се осъществява реорганизация на средното образование в страната. Полувисшите медицински институти (учебни заведения за медицински сестри, акушерки и фелдшери) се закриват като такива и преобразуват в медицински училища. През 1951 г. е изработен общ Правилник за организация и ръководство на всички средни медицински училища, като обучението за първи път се осъществява по учебни планове и програми. Те внасят стойност, организираност и единство в работата на медицинските учебни заведения. За първи път специалната и практическа подготовка на учащите се в медицинските училища се поставя на правилни, научно-теоретически и педагогически основи, при спазване на

медицинските и педагогически изисквания за седмичната натовареност на учениците. Учебните програми определят обема знания на отделните медицински профили. [1]

В съответствие с правилника (в сила от 1952 г.), одобрен от министъра на НЗСГ д-р Петър Коларов, в училищата се приемат курсисти не със средно, а след завършено най-малко деветокласно образование. С това решение се налага по-нисък образователен ценз при подбора на бъдещите кадри. [1]

Промяната изисква включване в учебните планове на общообразователна подготовка. Медицинското обучение предполага теоретична и отделни форми на практическа подготовка - учебни упражнения, учебни дежурства, а в края на учебния процес - седмици за производствена практика. Съотношението общообразователна, медицинска и практическа подготовка е 1:1,5:2.

Първите учебни планове изработени през 1951 г., по-късно незначително променени се ползват до 1955 г. Учебният процес е по подобие на съветския опит в подготовката на средни медицински кадри. [2]

Учебната часова натовареност за различните профили средни медицински кадри е различна, като за профил „фелдшер“ – най-голяма.

Таблица №4 представя броя учебни часове за различните профили средни медицински кадри съгласно учебните планове от 1955 г.

Табл. №4, брой учебни часове в абсолютни числа за общообразователна, медицинска и практическа подготовка по учебни планове от 1955 г.

Профил кадри	Срок на обуче - ние	Общообразо - вателна подготовка	Мед. подготов- ка	Практи- ческа подготовка	Учебни упражне- ния	Учебни дежурства	Производ- ствена практика
Фелдшери	**3**	**938**	**1664**	**2264**	**1018**	**490**	**756**
Акушерки	3	974	1572	2300	1054	490	756
Пом.фармац	3	938	1369	2539	1293	490	756
Мед. сестри	2	812	974	1382	518	276	588
Лаборанти	2	756	862	1550	686	276	588
Зъботехници	2	756	862	1150	686	276	588

[1, Аврамов, С.]

Реорганизацията е в отговор на новите изисквания поставени пред средното медицинско образование, но промените не се посрещат добре от учащите. Има данни, че от приетите през септември 1952 и август 1953 год. 133 курсисти в старозагорското училище завършват 109 (74 мъже и 35 жени). Останалите доброволно са напуснали учебното заведение. [5]

В учебният процес през този период има обективни и субективни слабости - нарушения на учебните програми и невинаги убедителни изменения по тях; преподаване без връзка между отделните дисциплини; голяма натовареност на учащите (редовно по 42 часа по уч. план); липсата на учебни пособия и непълноценно използване на наличните; недостатъци в материалната база на училището - недостатъчни и недобре обзаведени кабинети, лаборатории, стаи за провеждане на упражнения по общи грижи за болния.

Липсва собствен опит в учебно-възпитателния процес. Качеството в подготовката на кадрите се влияе от напрежението и късите срокове на обучение поради остра необходимост от средни медицински кадри. [1]

До 9.09.1944 г. здравната система в България разполага със 2300 средни медицински работници, а за периода 1944 - 1950 са обучени 2680 специалисти. [2]

Таблица №5 представя броя средни медицински кадри до 1944 г. по профили и обща численост по специалности след интензивна подготовка през годините - от 1951 до 1959 г.

Табл. №5 отразява броя на завършващите средни кадри на година по професионална квалификация

Профил средни мед.кадри	Брой на кадрите до:		**Завършили кадри през годините**								Всичко кадри до 1.08. 1959 г.
	9.IX. 1944 г.	края на 1951г	52	53	54	55	56	57	58	59	
Фелдшери	**826**	**891**	**170**	**179**	**354**	**313**	**323**	**306**	**315**	**274**	**3125**
Мед.сестри	372	3282	922	925	916	982	1079	1111	698	903	10818
Акушерки	1070	1502	119	101	232	282	271	335	368	-	3210
Мед.лаборанти	375	611	205	205	170	242	266	204	151	96	2150
Пом.фармацевт	442	442	120	103	187	193	192	207	177	153	1774
Зъботехник	-	136	-	57	54	93	45	54	-	27	446

Допуснатите слабости в обучението налагат преоценка на работата в средните медицински училища, анализ и обобщение на постигнатото.

Със Заповед № 842 / 11.06.1953 г. министърът на Народното здраве и социалните грижи определя необходимите мероприятия за по-нататъшно развитие на образованието. След завършване на организационния период в изграждането и реорганизацията на средното образование основна задача е качественото подобряване на целия учебно-възпитателен процес. Постигането на целта изисква различни организационни и методични мероприятия, подобряване работата на всички участващи в процеса на подготовка на бъдещите здравни специалисти. В този смисъл за директори на училищата се назначават лекари, а за зам. директори - средни медицински работници в съответствие с профила на самото училище. Това позволява на ръководствата да са организатори и методични ръководители на цялата многообразна дейност в училището. Да увеличат научността и

медицинският акцент в решаването на въпросите в учебното заведение. Организират се курсове за подготовка с цел подобряване професионалната и по-скоро педагогическа подготовка на директорите, инструкторите и преподавателите. Утвърждава се класно-урочната система на обучение, като основна форма на преподаване. Обучението е с равномерна дневна и седмична натовареност, редовност по отношение преподаване на учебните дисциплини и спазване на учебните програми. Обемът на курсовете се редуцира от 80 - 100 в класове от 30 - 40 ученици, а групите за учебна практика - с численост 15 - 20 човека. [1]

Значително се подобрява материалната база на училищата и се осигуряват необходимите учебни пособия в резултат на годишни бюджети, които в някои години са по-големи от разходите на учебните заведения.

С указ от септември 1954 г. МС поставя по-високи изисквания към професионалното обучение и възпитание на кадрите. Вниманието се насочва към увеличаване часовете за практическо обучение за сметка на общообразователната подготовка. За да се преодолее натовареността на учащите се налага прием след завършен XI клас. През 1955 г. са изработени и одобрени паралелно планове за учащи след завършен IX и за учащи след завършен XI клас. Така се извършва плавен преход в приема, като се избягва възможността за намален брой ученици, при налагане изискването за постъпване след завършено средно образование.

Таблиците №6 и №7 предоставят информация за сроковете на обучение и разпределението на часовете между отделните форми на учебния процес за ученици с различна при приема в медицинското училище базова общообразователна подготовка.

Табл.№6 представя срока на обучение и разпределението на часовете между отделните форми на учебния процес при прием на ученици след завършен IX клас.

Профил мед. кадри	Срок на обучение	Теоретична подготовка	Учебни упражнения	Учебни дежурства	Производствена практика

Фелдшери	**3 1/2**	**2586**	**840**	**210**	**1344**
Акушерки	3 1/2	2284	1040	312	1344
Мед. сестри	2 1/2	1490	530	156	1176

Табл.№7 представя срока на обучение и разпределението на часовете между отделните форми на учебния процес при прием на ученици след завършен XI клас.

Профил мед. кадри	Срок на обучение	Теоретична подготовка	Учебни упражнения	Учебни дежурства	Производствена практика
Фелдшери	**3**	**1940**	**840**	**312**	**1008**
Акушерки	2 1/2	1484	830	312	1008
Мед. сестри	2	1202	530	140	1008

От учебната 1955/1956 г. и постепенно от 1957/1958 г. в медицинските училища се утвърждава новата системата - прием на младежи със завършено средно образование и свидетелство за зрелост. С това се преодоляват обективните трудности при овладяването на сложната специална медицинска подготовка от приетите преди това ученици от долните курсове с недостатъчна обща култура. С шест месеца се увеличава практическото обучение за разлика от това през 1950 г.

Натрупва се собствен опит в обучението на кадрите. [2] Подобряват се условията за учебна работа, провеждат се много организационни мероприятия, укрепват училищните ръководства, преработва се учебната документация (учебни планове и програми). [83]

Чрез взаимни посещения и участие в международни форуми, ползване на литература и други средства се проследява успеха в обучението и в другите социалистически страни и се споделя всичко положително, съответстващо на нашите изисквания и условия за подготовка на средни медицински кадри, включително и в подготовката на медицински фелдшери. Собственият опит в обучението на кадрите, задоволените потребности от специалисти, съпътствано с регулиране приема на обучаващите се в медицинските училища и редица други мероприятия с отношение към учебната работа -

издаване на учебници, обзавеждане на лаборатории и кабинети, създаване и използване на учебни пособия, способстват за преодоляване на слабостите в подготовката на кадрите. Качеството на обучение се повишава и с подготовката на инструкторите по практика в медицинските училища, с въвеждане на двегодишно задочно обучение, осигуряващо им добра педагогическа и специална подготовка. Инструкторите по практика са професионалисти с практически опит, назначени като учители по практика, с основно работно място в учебно-практическите бази. Базовата им специалност е в съответствие със специалността на обучаваните курсисти. Това е важно условие, което спомага за съхраняване и развитие на специфичния професионален облик на съответния профил обучавани кадри. Преподавателите периодично участват в курсове за запознаване с новостите в областта на медицинската наука, методиката на преподаване и педагогиката. Това обуславя въвеждане на нови методи в обучението - програмирано изпитване, самостоятелно разработване на теми от учащите се, активно участие в кръжочни учебни форми на работа. [83]

Подобрява се материалната база на училищата. В Хасково, където през 1958 г. започва обучение на фелдшери, както във Велико Търново и Варна, се строят нови учебни сгради по места и общежития.

В тези условия на реорганизация и утвърждаване на средното медицинско образование се подготвят кадрите с професионална квалификация „фелдшер“.

Курсът на обучение е тригодишен, редовна форма. Приемът в училищата е по държавна поръчка. Подборът на кандидати за специалност „фелдшер“ се извършва съгласно обнародвана Наредба от МНЗ отдел „Подготовка на медицински кадри“ за прием на учащи се в средните медицински училища за съответна учебна година. В наредбите се посочват изисквания за: изискуемо от кандидата образование, пределно допустима възраст в момента на кандидатстване, квотен принцип по отношение приема мъже -

жени кандидати и начина на формиране на състезателния бал. Тези изисквания през годините търпят промени - утвърждава се като задължително завършено средно образование; прием мъже / жени кандидати - 50/50 (Наредба № 0-15/14.02.1974 г.); увеличава се възрастта допустима за кандидатстване. (от 25 г. през 1949 г. на 32 г. за уч.1974/75 г.) [74] Състезателният бал за класиране на кандидатите се формира от:

- общия успех от дипломата за завършено средно образование и оценките от предметите - български език, химия и биология;
- чрез състезателен изпит - писмен по биология (основи на дарвинизма); психологически изпит.

Технологията на обучение в курса за фелдшери предполага теоретична и практическа подготовка.

Теоретичната подготовка се осъществява чрез лекционна форма на обучение по задължителни учебни дисциплини:

- общообразователни - (те са различни през годините и постепенно отпадат);
- общомедицински - анатомия с хистология, физиология на човека; микробиология с вирусология; патоанатомия и патофизиология; фармакология с рецептура; клинична лаборатория с биохимия; медицинска психология; медицинска етика и деонтология; социална медицина; хигиена; медицина на бедствените ситуации;
- специални и клинични - общи и специални грижи за болния; вътрешни болести; професионални болести; анестезиология и интензивно лечение; хирургия; детски болести; акушерство и гинекология; инфекциозни болести; епидемиология; нервни болести; кожни и венерически болести; очни болести; УНГ; физиотерапия.

Лектори по учебните дисциплини са лекари и асистенти от висшите учебни заведения, практикуващи в лечебните бази, където се провежда и практическото обучение на фелдшерите.

В съответствие с организацията на учебно-възпитателния процес нивото на придобитите от курсистите знания се оценява чрез текущи изпитвания и семестриални изпити. Преминаване в по-горен курс на обучение се допуска след успешно положени семестриални изпити за съответната учебна година по предварително определени в учебния план за профил „фелдшер“ дисциплини.

Цялостният теоретичен курс на обучение приключва с полагане на изпит пред държавна изпитна комисия. Дисциплините включени в държавните изпити са:

- Вътрешни с професионални болести и рецептура - теория и практика;
- Хирургия с анестезиология и интензивно лечение - теория и практика;
- Детски с инфекциозни болести;
- Хигиена с епидемиология

Практическото обучение на бъдещите фелдшери е поетапно и включва придобиване на знания и изграждане на практически умения за извършване на медицински манипулации. Провежда се в учебните зали за упражнения в медицинското училище и в структурите на лечебните заведения предвидени за обучение на курсисти.

Разпределението на учебния материал в програмата по учебно-производствената дейност по учебни семестри, отделения и теми е съобразено с материала по всички изучавани дисциплини. Това позволява на обучаващите се да систематизират теоретичните си знания като ги съчетаят с практическо приложение в работна обстановка и затвърдят получените през курса на обучение практически навици и дейности. Организирано по график, обучението е с определена часова натовареност.

- В учебните зали на медицинското училище, в условия близки до реалната болнична среда, със симулация и работа с манекени, обучаващите се правят първите стъпки за овладяване техниката на медицински манипулации и дейности. Работят за формиране модел

на поведение, съответстващ на поведението на практикуващите професионалисти.

- Учебната/клинична практика включва - учебна работа на ротационен принцип в различни отделения в лечебните заведения. В тях курсистите от профил „фелдшер“ под ръководството и контрола на лекарите при упражненията и инструкторите по време на учебна практика, прилагат своите знания и умения в реалистична болнична среда в пряк контакт с пациента, за извършване на медицински манипулации и дейности насочени към неговото обгрижване и лечение.
- Преддипломен стаж. Провежда се в края на курса на обучение на ротационен принцип в различни структури на здравната система. В продължение на един месец курсистите опознават структурата и работят под надзора на професионалисти в здравна служба на село.

С преддипломния стаж на практика се оценява подготовката, нагласите и модела на поведение на обучаващия се фелдшер като готовност за бъдещата му самостоятелна професионална дейност.

Задължителните учебни дисциплини и минимален задължителен хорариум, по който се извършва обучението на фелдшерите, се променят през годините на реорганизация. Те определят фелдшерите като кадри подготвени по медицински модел. Подготовката е различна от тази за медици-лекари и се осъществява в съкратени срокове.

Курсистите завършили тригодишният курс на обучение и успешно положили държавни изпити получават званието “медицински фелдшер” и компетентност за реализиране на цялостни грижи за пациента - профилактични, диагностични и лечебни в обем определен от квалификационната характеристика изготвена от учебното заведение и утвърдена от МНЗ. Съгласно разписаните в нея професионални правомощия

медицинският фелдшер практикува под надзора на лекар с право и на професионална автономност.

Критерий за обема и съдържанието на учебния план, по който се обучават фелдшерите, както казва в своя статия Георги Георгиев, преподавател в медицинското училище във Враца, е не друго, а задачата, която изпълнява медицинският фелдшер в условията на участъкова служба. „*В своята работа фелдшерът е диагностик, който трябва да открива почти с голи ръце точно и своевременно начални стадии на заболявания, спешни и опасни ситуации. Той е терапевт - оказва първа медицинска помощ при полски и промишлен травматизъм, при нетърпящи отлагане кризи. Той лекува хронично болни, при липса на акушерка, той дори е длъжен да даде родилна помощ на нуждаещите се*“. [26]

Преподавателят изразява несъгласие с опитите да се подценява работата на фелдшера и свежда по неговите думи до „*диспечерска в комбинация с елементарна регистрация и санитария“*. Своето становище подкрепя с опита на добре функциониращите фелдшерски участъци, в които със своята професионална дейност фелдшерът „*се оказва най-близо до населението и е неговата връзка със специализираната медицинска болнична помощ*“.

Според Георгиев, за да изпълни своето предназначение като медицински работник, фелдшерът трябва:

- Да притежава определени морални, нравствени сили и характер;
- Достатъчна медицинска подготовка;
- Ясно определени права и задължения. [26]

Тези личностни и професионални изисквания, на които трябва да отговаря фелдшерът, са в пълно съответствие с компетенциите посочени в квалификационната характеристика.

Реорганизациите в медицинското образование през годините определят различни наименования на учебните заведения, в които се обучават медицински фелдшери, съпроводено и с различия в образователно-

квалификационната степен на кадрите. Последният прием курсисти със средно медицинско образование е през учебна 1975/1976 год. [5] С постановление на Министерски съвет № 61/ 20.05.1975 год. средното медицинско образование прераства в полувисше. По това време в страната има 10 института - в София 3, Пловдив, Хасково, Стара Загора, Враца, Русе, Велико Търново, Плевен и 10 филиала към тях: София МА, Ст. Димитров, Благоевград, Смолян, Кърджали, Бургас, Шумен, Разград, Сливен, Видин. Медицински фелдшери се обучават в градовете: София, Стара Загора, Велико Търново, Враца, Русе, Хасково, Бургас.

Радостта на студентите от придобиване на полувисше образование при обучение в ПМИ за периода 1976 - 1980 г. е кратка. Отново следват промени. От 1980 до 1990 г. курсисти, профил медицински фелдшер се приемат след завършено средно образование, а след тригодишен курс на обучение в институтите за подготовка на здравни кадри (ИПЗКССО) полученото образование е средно специално. Неудовлетвореност и чувство на несправедливост изпитват новозавършилите фелдшери поради факта, че същото образование придобиват и обучаваните през този период медицински сестри постъпващи в учебното заведение след завършен десети клас. Продължителността на техния курс е две години, а учебната форма - УПК. В отговор на недоволството или поради незнайни други причини, от 1990 година отново в институтите се преминава към прием след завършено средно образование за всички специалности, а получената образователно-квалификационна степен - Полувисше медицинско образование. С такава ОКС се дипломират фелдшерите до последния прием по специалността през 1999 г. И до днес причините за „временното“, станало по-късно постоянно преустановено обучение на медицински фелдшери не са известни. Решението е аргументирано като резултат от наложени изисквания по европейски директиви. В последствие след отговор на европейски институции по този въпрос аргументите се оказват не съвсем убедителни.

Таблица №8 показва различните наименования на учебните заведения и придобито от курсистите образование през съответния период на обучение.

Табл. №8, наименование на учебните заведения и образование за съответния период на обучение

Години от-до	**Наименование на учебното заведение за фелдшери**	**Образователна степен**	**Обучението е:**
1949-1950 г.	Институт за медицински техници	Полувисше обр.	Редовно след завършено средно общо образование
1951-1954 г.	Медицинско училище за фелдшери	Средно медицинско обр.	Редовно след средно
1955-1960 г.	Медицински техникум	Средно медицинско обр.	Редовно след средно
1961-1976 г.	Обединено медицинско училище	Средно медицинско обр.	Редовно след средно
1977-1980 г.	Полувисш медицински институт -ПМИ	Полувисше обр.	Редовно след средно
1980-1990 г.	Институт за подготовка на здравни кадри със средно специално образование (ИПЗКССО)	Средно специално образование	Редовно след средно
1990-1997 г.	Полувисш медицински институт -ПМИ	Полувисше обр.	Редовно след средно

Таблица №9 илюстрира продължителността на обучение на курсистите/ студенти от различните специалности от направление „Здравни грижи“ до 2000 г.

Таблица №9 продължителност на обучение по специалности

Медицинска специалност	**продължителност на обучение**
Фелдшери	**3 години**
Акушерки	2,5 - годишен курс на обучение
Рехабилитатори	2,5 - годишен курс на обучение
Ортопедични техници	2,5 - годишен курс на обучение
Медицински сестри общ профил	2 - годишен курс на обучение
Медицински сестри детски профил	2 - годишен курс на обучение
Медицински лаборанти	2 - годишен курс на обучение
Рентгенови лаборанти	2 - годишен курс на обучение
Пом.- фармацевти	2 - годишен курс на обучение

Зъботехници	2 - годишен курс на обучение
Инструктори по хранене	2 - годишен курс на обучение
Социални работници	2 - годишен курс на обучение
Масажисти	1 - годишен курс на обучение

[83]

Постоянните промени в степента на образование през годините генерират в последствие различия, изискващи от дипломиралите се с по-ниска образователна степен професионалисти непрекъснато приравняване на степента в съответствие с промените в здравното законодателство. В този смисъл от месец август 1976 г. до декември 1978 г. в ПМИ Стара Загора се организират курсове за следдипломна квалификация на завършили преди това фелдшери и други медицински специалисти със средно медицинско образование. [5] Изпити за промяна на образователната степен се провеждат през 1992/93 г., последните - 1995/96 год. В Учебните заведения в гр. Русе и гр. Велико Търново от 1976 до 1993 г. са организирани държавни преквалификационни изпити, като за посочения период в гр. Русе 782 фелдшери променят образователната си степен - от средно в полувисше медицинско образование. Във Велико Търново броят на тези професионалисти е 350. В Благоевград за 1977 г. – 117 професионалисти , 101 жени и 16 мъже. От 2003 г. до 2006 г. в гр. Русе - 3, а във Велико Търново 39 фелдшери със средно и полувисше образование, посредством индивидуално обучение, придобиват ОКС „специалист“. [115] Същата ОКС – „специалист“ получават и 32 фелдшери във Враца за периода 1998 - 1999 г.

(източник: учебните заведения в посочените градове предоставили официално изискана информация)

Промяната на ОКС чрез курсове и допълнителни държавни изпити (в строго определено за целта време от учебните институции в съответствие с постановление) е въпрос на личен избор за всеки професионалист. Изборът е с отношение към придобиване на диплома с по-високо като степен

образование, от което не следва различие по отношение на професионални права или трудово възнаграждение. Затова пък за практикуващите кадри има поредица неудобства - разход на време и финансови средства, психическо натоварване за полагане на нови изпити и най-вече чувство на неудовлетвореност и усещане за несправедливост. В този смисъл показателен пример са еднаквите възможности за придобиване на полувисше образование (години след полученото базово образование), които имат медицинските сестри завършили двегодишен курс на обучение (единадесети и дванадесети клас), учебна форма УПК и курсистите от профил фелдшер приети по специалността по същото време след средно общо образование и тригодишен курс на медицинско обучение. Тези възможности за промени в степента на образование генерират усещане за пренебрежително отношение на държавните институции (с отношение към подготовката на медицински кадри) към професионалистите от някои специалности. В конкретния пример има различие в изискването за образователна степен при конкурсното класиране на кандидатите от двете специалности и различен хорариум в професионалното обучение. Подобна неудовлетвореност имат фелдшерите завършили с по-ниска ОКС от колегите си дипломиращи се в следващата година, които поради съответно ПМС получават по-висока ОКС, независимо, че обучението на двата съседни по години випуска е по учебни планове с незначителни различия.

Със Закона за висше образование (ЗВО) от 1995 г. отново настъпват промени в образователно-квалификационната степен. Съгласно параграф 5 от предходните и заключителни разпоредби на закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗВО от 2007 г., лицата получили дипломи за полувисше образование, издадени от полувисши институти до влизането на този закон в сила, се ползват с права на завършили образователна степен „ специалист по ....“

Придобилите образователно-квалификационна степен „специалист по ....“ съгласно параграф 32 ал. (2) и (3) от ЗИД на ЗВО, 2007 г. имат права на лица с образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър “- чл. 42 ал.1, т.1, буква „ а “.

Професионалисти, които като личен избор не предприемат промени в степента на образованието си за придобиване на полувисше образование преди обнародване на ЗВО нямат възможност за продължаващо обучение по специалност с академична образователно-квалификационна степен (Управление на здравните грижи и Здравен мениджмънт - „бакалавър“ или „магистър“).

След базовото образование с Наредба 47 от 1995 г. на фелдшерите се предоставя възможност за продължаващо обучение под формата на курсове. Участието в тях е въпрос на личен избор и отговорност за поддържане ниво на компетентност.

В годините на здравна реформа продължаващото обучение е възможност, която подпомага и обогатява професионалистите в съответствие с потребностите и ценностите на пазарната икономика. Целта на обучението е да усъвършенства професионалните знания и умения на практикуващите, в съответствие с променящите се изисквания на здравната система, в отговор на присъединяването на България към ЕС, което означава и присъединяване към Европа като зона на знанието и обучението, продължаващо през целия живот.

Формите на продължаващо обучение са разнообразни: курсове, семинари, индивидуално обучение, конференции, конгреси, симпозиуми и др. Курсовете за усъвършенстване се организират, координират и контролират от отделите за следдипломоно обучение (СДО) при ВМУ, ВМА или националните центрове и институти при МЗ. Те са тематични, по актуални проблеми в медицината и здравеопазването и въвеждане на нови методи за

изследване, лечение и др. Продължителността им е до 15 дни. Обучението в тях е безплатно само за работещи в държавни здравни заведения.

Медицинските фелдшери, като професионалисти по здравни грижи, се обучават по собствено желание и доказват обучението си с удостоверение издадено от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) или структурата, която провежда обучението, подписано от съответния ректор, декан или ръководител на здравното заведение - база за СДО.

Отговорностите по организиране, провеждане, координиране и регистриране на продължаващо обучение за всички кадри от направление „Здравни грижи“ от 2005 г. са на БАПЗГ в съответствие със ЗСОМСАМС. Следдипломното обучение на фелдшерите се осъществява по наредби за придобиване на специалност в системата на здравеопазване.

От 2001 г. придобилите ОКС „бакалавър“ могат да специализират Медицинска педагогика, Социална медицина и Здравен мениджмънт съгласно Наредба 31. [65] Завършилите Медицински колеж с ОКС „специалист“ - Обществено здравеопазване.

По-големи възможности за специализация предоставя Наредба 34 от 29.12.2006 г. Тя осигурява възможност на фелдшерите за придобиване на специалност: Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене; от 2007 г. - Обществено здравеопазване, а след 2010 г. квалификация по: Психиатрични грижи; Спешна медицинска помощ и Апаратно поддържане на извънтелесно кръвообращение. [66] Право на специализация по тях имат завършилите ОКС „бакалавър“ и „професионален бакалавър“.

С Наредба 1 от 22.01.2015г. (за специализация в системата на здравеопазване) възможностите за специализация на фелдшерите са повече. [68]

Проучване проведено в област Стара Загора (2016 г.) показва мнението на практикуващите фелдшери по въпроса за възможностите за продължаващо и следдипломно обучение.

Продължаващото обучение е определено като кампанийно, по-добре организирано за професионалисти работещи в определени структури (в ЦСМП). Невинаги тематичните курсове като форма на обучение отговарят на реалните професионални потребности на кадрите с тази квалификация, предвид подготовката по медицински модел и принадлежността към направление здравни грижи. Преобладаващо е мнението, че възможностите за специализация на фелдшерите се предоставят късно. Като демотивиращи за специализация се посочват факторите: преустановеното обучение на кадрите от 1999 г. и политиката определяща отмираща функция на професията, напредналия трудов стаж на практикуващите в момента фелдшери, нормативно липсващи изисквания за квалификация, ограничените възможности за реализация след придобиване на специалност, липсата на сигурност в условията на пазарен механизъм в здравеопазването за запазване на работното място от лицата с квалификация в условия на оптимизиране на кадровия ресурс, непроменящото се трудово възнаграждение след придобиване на специалност.

Обучението на кадрите с квалификация „фелдшер“ след 1944 г. предполага следните изводи:

1. Учебният процес се осъществява на методична основа с чести реорганизации и промени в образователно-квалификационната степен на кадрите;
2. Подобрява се както теоретичната, така и практическата подготовка в съответствие със заимстван и придобит собствен опит в обучението на специалистите;

3. Учебният план и задължителен минимален хорариум определят подготовката на кадрите по медицински модел, реализиран в кратки срокове с различия от този на лекарите;
4. Кадрите се обучават за нуждите на гражданското общество с възможност за професионална реализация в различни структури, предимно на извънболничната помощ с изпълнение на лечебно-профилактични, санитарно-противоепидемични и социално-хигиенни задачи.
5. Преустановеното базово обучение на фелдшери - с демотивиращо въздействие върху професионалистите по отношение продължаващо обучение и квалификация.
6. Възможности за следдипломно обучение и специализация фелдшерите получават при голям трудов стаж, което ограничава възможностите на кадрите за професионална реализация, като квалифицирани със специалност професионалисти.

Таблица № 10 представя учебните заведения в България за подготовка на професионалисти от специалност медицински фелдшер, годините на откриване и закриване на обучението по този профил, общ брой обучени кадри за съответен период.

Таблица №10 Обучението на фелдшерите от 1944 г. до 1999 г. (прием последен випуск)

Год. на **откриване** на обучението	Год. на **закриване**	Обучение **в град**:	**Всичко обучени кадри:**
1947 г. последно военно-фелдшерско училище	**1954 г.**	София	Не разполагаме със информация
10.11.1949г. - Първо гражданско след 1944 г.	1997 г**.**	Стара Загора	3382
1950 г.	1999 г.	Велико Търново	2522

1951 г.	1998 г.	Враца	2391
1951 г.	1999 г.	Русе	2469
1958 г.	2002 г.	Хасково	1712
1969 г.	1993 г.	София	1052
1973 г.	1999 г.	Бургас	388
1976 г.	1993 г.	Благоевград	248

Посочената в таблицата информация е изискана с официални писма и е официално предоставена от учебните заведения обучавали кадри с професионална квалификация „фелдшер“. Не претендираме за пълнота на представените данни, поради обстоятелството, че архивната документация на някои учебни заведения е преместена за съхранение в други, което поражда съмнение за нейната пълнота!(Забележка: документацията от уч. заведения във Враца и В.Търново се съхранява в гр. Русе, от Благоевград в гр. София)

Таблица №11 отразява брой обучени медицински фелдшери и кадри от други специалности, направление „Здравни грижи“ за годините 1944; 1960; 1970; 1972.

Таблица №11, брой обучени специалисти

Обучени средни медицински кадри:	1944 г.	1960 г.	1970 г.	1972 г.
Медицински фелдшери	**926**	**2865**	**4994**	
Медицински сестри	372	12502	25265	
Акушерки	1070	3364	5839	
Пом.-фармацевти и самаряни	442		3399	
Клинични и рентгенови лаборанти		2499	4552	
Зъботехници		578	1252	
Друг среден медицински персонал			3533	
Всички средни медицинси кадри	2810	21 808	48834	53024

[83]

2. Фелдшерите в здравеопазването на България.

2.1 Фелдшерите - пионери в санитарното дело през годините на създаване на обществено здравеопазване от 1878 до 1944 г.

Традиционно доказала се с натрупан практически опит в България в продължение на повече от век, професия медицински фелдшер води

исторически началото и реализацията си от първите години след Руско-турската Освободителна война.

Руската обществена и земска медицина, проникваща в България след Освобождението по твърде различни пътища, става главна опора за изграждането българско здравеопазно дело и един от главните пътища, основно направление при формирането на медицинската мисъл и наука у нас. [27] През 1878 г. с помощта и участието на руската администрация в България за първи път се създава обществено здравеопазване.

Една от първите грижи на руската военна администрация е да организира здравна мрежа и медицинска помощ за населението. [9]

Официалната българска медицина се намира под влияние на руската и българското здравеопазване е със сравнително демократични позиции през първите години след Освобождението.

Фелдшерите обучени първоначално в София, Велико Търново, Пловдив, а по-късно и в учебните заведения на други градове, осъществяват своята професионална реализация във военно-санитарната служба и обществено здравеопазване на България.

Едновременно с формирането на частите на Земската войска започва и организирането на нейната медицинска служба в състава, на която са назначени фелдшери. [27]

На 09.11.1882 г. е утвърдено „Положение за медицинската и ветеринарна част във войската", което за първи път специално и подробно иде да уточни, конкретизира и регламентира организацията и дейността на санитарната служба във войската. През същата година са набелязани главните раздели на дейност на санитарната служба: „Личният състав на санитарните дейци, профилактичната и статистическа деятелност и санитарно-снабдителните задачи.", в които участват и фелдшерите. [55]

В общественото здравеопазване кадрите работят като помощници на лекарите, но и самостоятелно.

Нуждата от медицински фелдшери се чувства осезаемо в нашата страна при съществуващото санитарно състояние. Тая нужда се явява толкова повече по селата, гдето бедното и неграмотно население е лишено от всякаква медицинска помощ. [128]

Действително санитарното положение в селата в първите години след Руско-турската война е тежко - блата, тиня, смрад и боклуци. Условия за развитие на болести и епидемии.

Селянинът е лишен от знания за това как да държи в порядък и чистота своето жилище. Той е лишен от познания за хигиенни правила. [128] Логично възниква въпроса: Кой би избавил селяните от невежеството по отношение на хигиената?

В първите години след Освобождението няма много интелигентни млади хора, които да постъпят в университети и станат в последствие лекари. Образовани младежи попълват открити щатове в администрацията, войската и други ведомства, макар и неотговарящи на образователния ценз. Така се създават условия за формиране на фелдшерския кадър, заместващ липсващия лекарски такъв. [11]

В първите години след Освобождението съществуващите санитарни проблеми на село не могат да се решат от лекарите поради ограничения им брой. По данни на списание „Медицинска беседа" (1894 - 1912 г.) броят на лекарите в България през първите години след Освобождението е 50 - 60. [31] Това предполага рядко посещаване на селата и то в рамките на часове - време крайно недостатъчно за здравно просвещение и организация на санитарна дейност.

При тези обстоятелства реална се явява нуждата от фелдшера. Присъствието му на село близо до хората при така създадените условия е повече от необходимо.

Върховната медицинска власт вземайки под внимание създадената обстановка разделя административните околии на участъци. Във всяка

околия се назначава „по един лекар и трима-четирима фелдшери на едно население от 40-50 хил. души. Един от фелдшерите постоянно почти се намира в канцеларията на околийския лекар, където изпълнява писмена работа, а останалите двама - в селата, на участъци. На един участъков фелдшер е възложено да подава медицинска помощ, да извършва ваксинации и реваксинации и въобще да се грижи за здравословното състояние на повече от 25-30 села". [21]

Откликващи на потребностите на хората, фелдшерите спомагат за преодоляване на създадените по това време сред селското население нагласи за ползване услуги на врачки и баячки.

Действително, помощта, която дава фелдшера в някои случаи не е достатъчна за коренното излекуване на болния, но тя е от значение за изхода на болестта. [128]

Не по-малко важна е ролята на фелдшерите по отношение на възникващите епидемични болести. Невежото селско население няма необходимите познания за болестите, начините и средствата за прекъсване на епидемичната верига. В тези времена кметът е този, който е задължен да донася информация на околийския началник, а той съответно да командирова околийския лекар за предприемане на необходимите мерки. Така предвидената организация обаче не винаги е ефективна. Информираността на кмета по здравните проблеми е ненавременна. Самият той не бърза да уведоми надлъжните власти. В много случаи кметовете след заминаването на лекарите от селото, при кратките им посещения, не предприемат нужните мерки по отношение на уединението на болните, както и мерки за дезинфекция на жилищата им.

Компетентността на фелдшера в този случай се явява нужна и той е лицето, което внушава на кмета опасността от болестта, или пък от своя страна изисква лекарска помощ. [128] Тоест той е лицето, което не само

констатира болестта, но и влиза в ролята на деятелен агент за спирането на нейния ход.

Първоначално създадените лекарски и фелдшерски участъкови здравни служби освен лечебна реализират и профилактични дейности.

Фелдшерите „са задължени да преглеждат и въобще да бдят за чистотата на всички обществени и частни заведения, да надзират за доброкачествеността на същите и питейни източници, да вземат мерки против появяването и разпространението на епидемични болести, сифилиса и пр. Да поучават населението за начина на живот, за причините на заразните болести и средствата за предпазване от тях“. [21]

Така фелдшерът се явява първия пионер в областта на санитарната служба непосредствено след Освобождението. [11]

Не по-малка е нуждата от фелдшерите по това време и в болниците. Създадената организация предвижда „всяка главна болница да се управлява от старши лекар, който има за помощници един ординатор и трима фелдшери. В окръжните болници, окръжните лекари имат в подчинение дружинен лекар и двама фелдшери”. [82] Второстепенните болници се обслужват от околийски лекар с помощта на един, а по-рядко и на двама фелдшери. [31] Фелдшерите са първите помощници на лекарите, извършвайки следните дейности: „Снемат анамнеза от болните, пишат листове за лекарства и храната на болните, раздават лекарства, а често и сами ги приготвят, приготвят всички необходими неща за операциите на болните и извършват превръзките, грижат се за болните, за порядъка и чистотата на болничните помещения и др. Освен това фелдшерите са задължени да помагат при извършване на разрязванията (аутопсиите), да дежурят в болниците и винаги да са готови, за да подадат помощ, било през деня или през нощта”. [21]

Неравномерното разпределение на медицинските работници в градовете и селата довежда до лишаване на голяма част от населението

(79,3%) от медицинска помощ. Лекари има в 74 от всичко 79 града и само в 22 от 3849 села. [9, 8]

В онези първи години след Освобождението на България фелдшерите са изключително необходими. Те са лицата осигуряващи медицинска помощ на бедното селско население, което е преобладаващото в страната. Достатъчно показателно е казаното:

„*Изхвърлете фелдшера и вий ще направите да се появят с всичка сила ония предразсъдъци и вярвания, коренът на които е вече разклатен. По-голяма част от народа ще се лиши от всякаква медицинска помощ. Той по неволя ще се принуди да поддържа старите си убеждения и никога няма да има понятие от медицински и хигиенни познания, които са му най-потребни при сегашното положение*". [128]

С основание може да се твърди че: задачата на фелдшера като обществен деятел се явява една от ония задачи, от правилното изпълнение на които зависи щастието и благоденствието на един народ. Положението на фелдшера, което заема като държавен или общински чиновник, е възникнало от самата необходимост при санитарната организация на новоосвободена България. То е продиктувано от необходимостта на времето и ще те трае дотогава, докато не се изменят условията, които са го създали. [128]

Фелдшерите с положителните резултати на предана служба към зараждащото се санитарно дело се утвърждават като необходим санитарен персонал във всички санитарни институции. Полезната дейност на съсловието е оценена и призната с разкриването на специални граждански и военни фелдшерски училища. [11]

В онези години: *„Задачата на фелдшера е обширна и велика, тя се явява пред него на всяка крачка и в колибата на сиромаха, комуто той ще облекчи болките и ще разсее суеверния страх, който се е загнездил в него и в къщата на богатия, и над болния в болницата и при всички онези нещастни случаи*

които злата съдба и вкорененото суеверие пораждат със своя бич и тъй слабата човешка натура". [128]

Но положението на фелдшерите по това време е незавидно.

„*Никоя друга работа не е тъй тясно свързана с опасността за съществуването на живота, както при фелдшерите, никъде толкова напрегнат извън силите и толкова малко възнаграден труд, както при него. За него собствено няма нито една минута свободно време, неговият живот, неговото време изцяло е обречено на службата, която го поглъща изцяло". [128]*

Тежкото материално положение, неблагоприятните условия на работа, неуредени професионални функции определят защитата на съсловните интереси като все по-необходима. Така през 1883 г. няколко фелдшери и помощник-аптекари създават в Александровска болница фелдшерска професионална организация с председател фелдшера Гаврил Генков и подпредседатели: Христо Димитров и В. Цветков. Фелдшерското дружество „Благодеяние" исторически се определя като първата професионална организация на медицински работници в България. [8, 50]

„Благодеяние" съществува до 1885 г. По-късно през 1887 г. дружеството е възстановено и утвърдено от Върховния Медицински Съвет с Писмо № 63226 от 10.12.1887 г. През 1896 г. дружеството започва да издава свой печатен орган - „Медицински фелдшер в България". [9]

Годината 1887 се счита за рождена на дружествата и организациите на средните медицински работници в България. [9] Действително, дружество „Благодеяние" възниква във време, когато предизвикателствата към кадрите са много. Това обяснява факта, че от 422 фелдшери излезли от училищата в първите години на общественото здравеопазване, на държавна и общинска служба остават около 200. По данни на фелдшерския съюз 34 души са заплатили своя дълг към обществото с живота си, а другите са напуснали

непоносимата служба и са потърсили други занятия за изкарване на прехраната.

Честата смяна на правителствения курс обуславя и честа смяна на ръководството на здравеопазването и неговото направление, което оказва своето влияние върху фелдшерите. През 1902 г. на общо годишно събрание се обособяват две дружества. Причина за това е конфликта между правоспособните фелдшери и удостоените от държавата (поради недостиг на кадри) с фелдшерско звание санитарни подофицери. Печатен орган на правоспособните фелдшери става списание „Медицински фелдшер“ издаван два пъти месечно, а на санитарните подофицери сп. „Фелдшер“.

През 1882 г. действащите дотогава „Временни правила” (по своята същност представляващи идентичен превод на руските санитарни закони) са допълнени с нови „Граждански медицински закони”. Следва нова смяна на правителството през 1883 год. и ръководството на здравеопазването е поето от министерството на вътрешните работи (МВР). Съставът на III-я медицински съвет приема, че „Гражданските медицински закони” не отговарят на нуждите на здравеопазването” и проектира „Санитарен закон”. По силата на този закон длъжностите „окръжни лекари” са заменени с длъжностите „околийски лекари”. Много от местата обаче са вакантни поради липса на кадри. По този повод по места на длъжност околийски лекар се назначават и фелдшери.

В развитието на българското здравеопазване може ясно да се проследи тенденцията към постепенно откъсване на официалната българска медицина от руската. През 1888 г. „Временните правила” са вече напълно заменени от нов “Санитарен закон”, съставен от V-ти медицински съвет, вече по образец на румънските и френските медицински закони. [9]

Със Санитарния закон се установява нова структура на ръководните органи на здравеопазването. При Министерството на вътрешните работи се създава Гражданска санитарна дирекция начело с директор, която няколко пъти след

това променя името си (Дирекция за опазване на общественото здраве, Дирекция на народното здраве, Главна дирекция на народното здраве) и остава ръководен орган на нашето здравеопазване до 1944 г. [9]

Председател на Медицинския съвет е самият министър на вътрешните дела. Здравните органи и учреждения са в зависимост от административната власт. Лекарите (общински, окръжни, околийски) са изпълнители на решенията на общинските кметове, окръжни и околийски началници, като ръководители на медицинската част на подведомствената им околия или град.

През този период са наложени ограничения и отнети много привилегии на населението съгласно премахнатите вече "Временни правила". Санитарният закон значително променя размера на безплатната медицинска помощ - безплатното амбулаторно лечение и болнично обслужване при представяне на документ за бедност. Съгласно „Гражданските медицински закони" окръжният лекар може да закупува от държавните аптеки безплатни лекарства за лекуващите се в стационар. Да разпределя лекарства за селското население чрез околийските лекари или участъкови фелдшери. Но сега вече държавните разходи са прехвърлени върху общинските органи. Селските общини могат да купуват лекарства само от частните аптеки, където цените са прекомерно високи и при ограничеността на местните бюджети лекарства почти не се купуват. [9] Налага се практика: притежанието на аптека да се предава по наследство.

В руското списание „Врач" В. А. Манасейн изразява недоволство по отношение откъсването на българското здравеопазване от руската медицина.

Влошаващото се положение на българските болници и на организацията на извънболничната помощ, в много случаи отдадена в ръцете на фелдшери, поражда критика към кадрите, които през този период се ползват с неясно регламентирани права. На някои места фелдшери били назначавани на

лекарски длъжности, което е повод на страниците на медицинския периодичен печат да се появят много критични изказвания към тях.

„Фелдшеризмът - писал П. Ораховац - като полузнание е анахронизъм... Фелдшеризмът е пренесен у нас наедно с руските наредби. В Русия с грамадното население, с необятни и слабо населени пространства фелдшеризмът е може би необходимо зло, от което, в скоби ще отбележим, и там искат да се отърсят, но у нас условията са други". [31]

Безпристрастният анализ определя като причина за недобрите резултати в здравеопазването появилите се частни интереси, а не неясно регламентираните професионални права на фелдшерите. Истината е, че вместо безполезни критики към съсловието, времето изисква да се направи необходимото за по-доброто образоване на фелдшерите, предвид работата им в среда, в която често са заместували лекарите.

Във връзка с дейността на фелдшерите в предговора на книгата „Какво трябва да знаят фелдшерите" авторът Аруети казва:

„*Посветили се на фелдшерската професия, доказаха че имат влечение към санитарното дело и го показаха на дело още през първите години на Освобождението. Заместваха с достойнство липсващите лекари, през войната 1885 г. - влязоха и заживяха между народа по градове и села, а и през последните войни изпълниха с достойнство дългът си, като скромни и самоотвержени санитарни сътрудници навред почвайки от бойната огнева линия и постепенно по всички санитарни етапи до болниците в дълбокия тил". [11]*

През 1894 г. председател на Медицинския съвет става д-р Георги Золотович, който разработва нов, прогресивен за тогавашните условия законопроект (1897). Целта му е да създаде здравна система, независима от административните органи.

По силата на законопроекта „Санитарната дирекция" се закрива и се създава Отдел за обществено здраве с четири направления: „санитарно-

домакинско, химико-фармацевтично, вакциногенно и бактериологично”. [9] Санитарни инспектори оглавяват 7 инспектората.

Законопроектът предвижда откриване на болници, приюти, родилни домове. Медицинската служба като организация придобива характер на руската земска медицина. Под нейно влияние у нас частично се осъществява идеята за изграждане на мрежа от селски здравни участъци. Първите участъци са открити през 1894 г. и в бюджета на здравното ведомство се предвижда в следващата година откриване на 5 лекарски и 20 фелдшерски длъжности за лекарски участъци и фелдшерски здравни пунктове (ФЗП). За 1897 г. броя на предвидените участъкови фелдшери нараства вече на 160, а през 1900 г. те са 300. Функциите на фелдшерския участък са определени предимно като профилактични, съгласно изработения от д-р Ораховац през 1896 г. “Правилник за участъковите фелдшери”, основан на чл.99 от “Санитарния Закон“. Правилникът е утвърден от Негово Царско Височество с Указ № 23/ 23.10.1896 г., обнародван в ДВ, бр. 250, от 13.11.1896 г. Лечебните функции на фелдшерите се свеждат до даване на първа и неотложна помощ.

Д-р Моллов отстоява идеята за откриване на колкото е възможно повече санитарни участъци, на които да се назначат лекари, а не фелдшери. В градовете първите участъци са открити през 1898 г., най-напред в София. [81]

През 1901 г. броят на лекарските участъци нараства на 13, но през 1902 г. отново са закрити. И в селата, и в градовете, задачите им са предимно санитарно – противоепидемични. [9]

Участъковият принцип изиграва положителна роля в развитието на нашето здравеопазване, а фелдшерите имат голям принос в обслужването на селското население...[8, 9]

По-нататъшно развитие на течението дава д-р П. Ораховац. Последовател на напредничавите традиции на руската обществена

медицина, изразител на идеите на демократично настроената медицинска общественост, д-р Ораховац допринася за подобряване на организацията на здравеопазване в България. [31] През 1901 г., времето през което е директор на Санитарната дирекция, изготвя законопроект. В него има раздел за фелдшерското съсловие, с който строго се регламентира работата на кадрите. Постановява се лекарски контрол над дейността на фелдшерите.

Член 139 от Законопроекта гласи:

Медицинските фелдшери са спомагателни органи на лекарите и извършват обязаностите си според наставленията, които получават от тях . [128]

Фелдшерският съюз по това време определя този член от законопроекта като един от най-важните по отношение на регламентиране професионалните права на кадрите, но изразява несъгласие:

„Виждаме определение на думата "фелдшер" и обязаностите му. Но същевременно този член най-много ни обезсърчава; в него ний не виждаме нищо общо със задачите на фелдшерите. Спомагателен орган според постоянните наставления на лекаря, без никакъв труд може да бъде и един нищо и никакъв слуга. На фелдшера се дава докато е ученик познания върху които той може до известна степен да работи между другото и нещо самостоятелно". [128]

В тази връзка фелдшерският съюз определя за коректна следната формулировка на въпросния чл.139:

"Медицинските фелдшери са спомагатели на лекарите и практикуват медицина в кръга на своите познания". [128]

Законопроектът на Раховац предвижда уреждане и на други въпроси, касаещи дейността на фелдшерите:

Чл.140 *Всеки, който притежава свидетелство, че е свършил някое фелдшерско училище в страната, или е издържал изпит за фелдшер по*

програма на фелдшерските училища, пред комисии, назначени от Върховния Медицински съвет, ползва се с фелдшерска правоспособност.

За да се отстрани възможността от попълване на фелдшерското съсловие с бездарни и неспособни членове се предвижда:

1) *изпитването на кандидатите за фелдшер, не свършили редовно фелдшерско училище, да става само пред една специална комисия, назначена от Върховния Медицински съвет и*

2) всеки кандидат да държи изпит за фелдшер, да е свършил най-малко четвърти клас. [128]

В чл.143 Ораховац предлага уреждане на възнаграждението и принадлежността на фелдшерите към различни класове:

Съгласно предложението фелдшерите се делят на пет класа и получават заплата според класа, в който са произведени:

V клас 1200 лв. годишно, IV - 1500 лв., III- 1800 лв, II - 2100 и от I клас - 2400 лв. Произвеждането от клас в клас става всеки 5 години по представление на прякото началство, с приказ на отдела на НЗ. Ползват се с право на производства само тия, които служат по санитарното ведомство на Княжеството било като фелдшери, било като надзиратели на болници. Службата, която заемат фелдшери - болнични или околийски и прочие, няма значение за производството им. [128]

Някои от проектираните в законопроекта текстове не се приемат с одобрение от фелдшерския съюз предвид отнемане права или предоставяне на такива само на някои от кадрите (като околийски и участъкови фелдшери).

“Законопроектът за обществено здраве”, съставен от П. Ораховац, е най-прогресивният от всички разработени в буржоазна България здравни закони. Обсъден е на 20 заседания на Медицинския съвет и на заседанията на местните клонове на Съюза на българските лекари. С някои незначителни

поправки е одобрен от II-ия лекарски събор, но макар и на два пъти внесен в Народното събрание, не е разгледан. [31]

По данни на вестник "Медицински фелдшер", орган на фелдшерското съсловие през 1900 г., числото на фелдшерите по гражданското ведомство е 437, на лекарите - 149, а санитарните участъци в страната - 300. През 1900/1901 г. съгласно бюджето-проекта на МВР за 1900 г., гласуван в Народното събрание, се съкращават 100 селски санитарни участъка и 120 фелдшерски длъжности. Този факт провокира следния коментар във вестника :

„Вярваме, че това масово закриване на фелдшерски длъжности, е направено за да се добие икономия в разходния бюджет, поради лошото финансово положение в което е поставена държавата, понеже нашия селянин, който до сега твърде малко се ползваше от медицинска помощ, в бъдеще почти ще се лиши от нея и ще бъде жертва на разните епидемични болести". [21]

За епидемичната обстановка в страната по това време яснота получаваме от информация цитираната във в. Медицински фелдшер, съгласно публикуван в Държавен вестник бюлетин за движението на епидемичните болести в Княжеството.

Дифтерия върлува в 145 места, Скарлатина в 140, Коремен Тиф в 135, Едра шарка (Variola vera) в повече от 30 места и пр. [21]

В коментара се казва още:

„Не може да се допусне, че всички околийски лекари, не са взели своевременно нужните мерки, за прекратяване на болестите или пък че не са се стараели за тяхното строго и добросъвестно прилагане, наопаки в повечето случаи, въпреки грижите и старанията, които са полагали и полагат лекарите и фелдшерите, болестите се разпространяват поради нямане на достатъчно медицински персонал от една страна - а от друга, поради закоренелите предразсъдъци и суеверия на селското население. Е

добре, ако досега медицинският персонал не беше достатъчен, за да се води успешна борба със заразните епидемични болести, с тоя най-страшен бич, за нашето селско население, то какво ще трябва да се очаква в бъдеще, когато тоя персонал ще бъде намален така чувствително? Това всеки може да си представи, като вземе предвид горе изложените факти, които са основани на официални данни". [21]

Освен на закритите с майския бюджет участъци предстои закриване на нови през идващата година. [27] Предвидено е фелдшерите завеждащи участъците да бъдат заменени с лекари. Това решение поражда становище и въпроси на ръководството на фелдшерския съюз, изразени чрез съсловния вестник:

„*Не е работа да имаме само уредени участъци - завеждани от лекари, а подобрение в санитарното дело, което се постига, ако на туй население за което милеем, да му дадем бърза, подготвена и в случая безплатна медицинска помощ. Ако създадем из околиите санитарни участъци завеждани от лекари, постига ли се гонимата цел - подобряване санитарното дело у нас?" [22]*

„Кажете за бога, кой способен и популярен лекар ще остави града, спокойствието си и ще отиде да живее на село, да бъде изложен постоянно на удари, неприятности, да мръзне из одаите, да се лута из калта и през цял ред неприятности, които участъковите фелдшери сега изпитват.....". [22]

Взетото решение относно завеждането на участъците се тълкува от фелдшерите като модел заимстван от Германия и Франция. Но се отбелязва, че там: „*има най-много лекари, гдето всяка година излизат със стотини и гдето един лекар се пада на 700 - 1000 човека, а у нас един лекар на 10 -12 000.....". [22]*

Споменава се, че във всички държави лекарите си имат помощници, но под друго название (във Франция- ofisie de sante, Румъния- sib chirurg).

Същевременно фелдшерското съсловие е обезпокоено и от факта, че след двадесетгодишна работа кадрите са с неуредени професионални права. В това отношение ръководството на фелдшерския съюз посочва Русия. Като пример, утвърдените от императора правомощия на руските фелдшери и изработения от ВМС списък на лековете, които колегите им могат да отпускат и назначават в практиката си.

В България *"Фелдшера е дясната ръка на лекаря, значи негов помощник, като такъв на лекаря, той извършва с него всичко, което е нужно за населението и за санитарното дело въобще."*, но правен регламент за дейността си кадрите нямат. Това е повод чрез съсловния вестник представители на съсловието да заявят:

„*Няма защо да ви е страх господа, ние ще се занимаваме с това което можем, което сме добили в практиката си, няма да се ангажираме да вършим всичко....."* [22, 29]

През 1902 г. д-р Ораховац е уволнен и Санитарната дирекция се оглавява от професора хирург Христо Стамболски, а след това и от д-р Марин Русев. Д-р Русев е със западноевропейска ориентация, както по въпросите на политиката, така и в областта на медицината. Изработва (1903) Закон за опазване на общественото здраве, който изразява частно-капиталистическите тенденции в развитието на здравеопазването и остава в сила до 1929 г. [31] Санитарно - административната служба придобива следния вид: Селска участъкова здравна служба с лекар или фелдшер, общински лекар, околийски лекар, окръжен лекар и централно управление - Дирекция за опазване на общественото здраве към МВР. Законът регламентира селския здравен участък като задължителна организационна форма. [8]

През този период на развитие на общественото здравеопазване на фелдшерите се разрешава частна практика в селските общини. (6) От информацията за болничното дело по това време разбираме, че фелдшерите

са част от обслужващият персонал в болничните заведения заедно с лекарите и санитарите.

Медицински сестри се появили в болниците по-късно, след като било организирано първото училище за медицински сестри, при болницата Червен кръст (1900 г.). [31]

В съответствие с гл.9, чл.169, т.5 от Закона за опазване на общественото здраве правата и задълженията на фелдшерите на държавна, окръжна и общинска служба и на волно практикуващите фелдшери са регламентирани с Правилник през 1904 г.

Правилникът е утвърден с указ № 32 от 29.10.1904 г. и публикуван в ДВ, № 254 от 19.11.1904 г. Правата и задълженията на фелдшерите са уредени с 41 члена в четири раздела:

I. За участъковите на държавна, окръжна и общинска служба фелдшери;
II. За фелдшерите на окръжните съвети;
III. За фелдшерите на отделните селски общини и
IV. раздел за свободно практикуващите фелдшери. [105]

Представен е списък на лекарствата (на латински език), който участъковите и волно практикуващите фелдшери могат да държат в своите амбулатории и да си служат с тях в своята практика.

Съгласно правилника и чл.1 от него:

Всяка санитарна околия се дели на няколко фелдшерски участъци. Определението на участъците става с протоколно решение от окръжните хигиенни съвети, утвърдено от ВМС . [105]

Назначаването на фелдшерите и обзавеждането на службите се урежда с чл.2

В центъра на всеки участък се установява по един държавен или от окръжния съвет фелдшер. За помещение на участъковите фелдшерски амбулатории, както за обзавеждането и издържането на последните, се грижат окръжните и общинските съвети. [105]

Подчинението на фелдшерите на околийските лекари, осъществяването на дейностите под техен надзор и указание урежда чл.4 от Правилника.
В задълженията на участъковите фелдшери са вменени посещения всеки месец на населените места от участъка. Проследяване и отговорности относно хигиенното състояние на обществени места - ханища, гостилници, кръчми, училища. Съблюдаване хигиената в дворовете на селяните и състоянието на питейните източници. Освен правомощия за въдворяване на ред в хигиенно отношение и наказания на нарушителите, фелдшерите са задължени да оповестяват околийските лекари за нерешените проблеми.

По това време се чувства остра нужда от медицински кадри и на места на незаетите длъжности „околийски лекар" са назначени фелдшери. Предвид наличния опит в санитарното дело някои от фелдшерите се справят образцово. Достоен пример е дейността на фелдшер Атанас Петров, назначен от окръжния управител на Гюмюрджински окръг (днешна Кърджалийска област) със заповед № 453 от 8.11.1913 г. на длъжността околийски лекар в Кърджали.

„На него се пада незавидната съдба да започне от нищото. С големи усилия намира паянтава сграда, в която разполага здравната служба, живее със семейството си, преглежда болни и приготвя лекарства. Създава здравни бригади, които обхождат домовете, за да издирват болните от епидемично разпространяващите се петнист и коремен тиф, малария и туберкулоза. Фелдшер Петров работи до изнемога, защото обслужва голям и труден район". [131]

Дейността му е пример за професионализъм, отговорност в работата и всеотдайност към обществото.

През периода 1914 - 1923 г. настъпват значителни промени в здравния профил на населението и демографските показатели, като последици от трите войни. Епидемиите от заразни болести - малария, коремен, петнист тиф и др., са истински бич за населението. Борбата с тях е тежка и трудна, а

икономическото състояние на страната – лошо. Н. А. Семашко обобщава: „За цели десетилетия не ще могат да се заличат последствията от демографската и травматичната катастрофа“. [123] Приносът на фелдшерите в медицинското осигуряване на населението през този период е впечатляващ. Високият идеализъм и беззаветното служене на любимия народ са имулс при изпълнение професионалните задължения на хигиенисти, здравни пропагандатори и лечители. Но в борбата със заразните болести съсловието плаща и кървав данък. Голямо е числото на фелдшерите, които намират смъртта си в борбата с болестите, „без да има кой да се погрижи за сираците им”. [51] Публично достояние чрез в. „Медицинска мисъл” става боледуването и смъртта на 18.05.1922 г. на 41 г. фелдшер Михаил Чапразов от Оряхово. Случаят разгаря професионална и обществена полемика във вестниците „Искра” и „Сговор” издавани в Оряхово. За злочестата съдба на фелдшер Чапразов редакторът на „Медицинска мисъл” д-р Димо Бурилков заявява:

“*Да водиш борба с петнист тиф, да воюваш в мирно време с най-коварния враг, да излагаш живота си за общественото здраве и когато заболееш..... и след като умреш.....вместо всички да свалят шапка и се поклонят пред тая жертва на нашата морална тъпост и материална мизерия, идват твоите началници и казват: Умря, защото беше алкохолик и защото злоупотребяваше с полови удоволствия!”. [20]*

По случаят Чапразов д-р Бурилов заключава: “*Такава сурова, груба и тежка е нашата действителност и въпреки това пак има предани санитарни работници, които безкористно носят тежкия кръст и стоят на пост да пазят народното здраве. Хвала им и поклон пред тях!“*. [20]

Достоен е приноса на фелдшерите в общественото здравеопазване на страната. Потвърждават го и словата на д-р Тодоров, дългогодишен окръжен лекар:

“Не трябва да се забравя, че голяма част от труда, който се полага за опазване на общественото здраве, се понася от плещите на фелдшерите, и че те като стражи бдят и стоят вярно на постовете си из най-затънтените краища на отечеството ни. Никой добросъвестен лекар не може да откаже, че един добър и опитен фелдшер е като дясната ръка на лекаря”. [51]

Независимо от отговорното отношение, професионалния подход и всеотдайност в работата, фелдшерите години наред са атакувани от санитарни управници и отделни лекарски единици. Ограничават се професионалните им права, закриват се неоснователно фелдшерски длъжности по места, отнемат се работни места. Фактите:

- 1888 г. (Санитарният закон) – забрана на фелдшерите да практикуват медицина в кръга на професионалната подготовка;
- 1901/1902 г. - от 300 са закрити 100 фелдшерски здравни участъци и 120 фелдшерски длъжности, намалени са заплатите на практикуващите фелдшери с аргумента – необходимост от икономии в бюджета;
- 1908 г.- Дирекция опазване на общественото здраве издава заповед за затваряне на всички фелдшерски участъкови аптеки, а околийските лекари да “запечатат” фелдшерските амбулатории. Много от изпълнителите на заповедта се престарават.
- В 1908 г. (когато лекарите са недостатъчни) се изменя чл. 50 от Закона за народно здраве, който ограничава частната практика на фелдшерите до положение да я упражняват само след 10 г. служба, и то само там, където няма лекар.

  Безспорно „лекарската помощ е много по-квалифицирана, но поради факта, че тя е мъчно достъпна за населението и броят на лекарите е още много ограничен, фелдшерската помощ е била още необходима“. [50]

- 1919 г. – на Х-ия събор на ЛС е направено предложение да се бойкотират фелдшерските училища. [51]

  Лансира се тезата за „ненужността и дори за вредността за народното здраве от работата на фелдшерите“. [50]

„Това са актове на посегателство над законно придобити професионални права и лишаване населението от първа медицинска помощ”. [51] Факт е обаче, че дълго време, почти до 9.IX. 1944 г., основната работа по хигиената, санитарията – промишлена, хранителна, комунална, ваксинациите, борбата със заразните болести и епидемиите, маларията, карантините, домакинските служби и здравните заведения, а в началните години – болногледачеството и отчасти лечението, са извършвани предимно от фелдшерите. [61]

Обществото, понасящо законодателните последствия от ограничаване професионалната дейност на фелдшерите, реагира спонтанно на неоснователните решения и атаки срещу фелдшерите. През 1908 г. хиляди телеграми от недоволни граждани засипват бюрото на министъра на Вътрешните работи на Народно здраве. Министър Такев отменя заповедта на Директора на Дирекция обществено здраве с думите: „Вижте резултатите на вашата санитарна политика”, имайки предвид протестните писма. [51]

През 1923 г. „е направен пореден опит за омаловажаване и обезличаване дейността на фелдшерското съсловие”. [51] На 27 декември на свое заседание ВМС взема решение и с окръжно № 1568/ 1923 г. д-р Ив. Кисяков, Директор Дирекция Народно здраве забранява приложението на противодифтериен серум от фелдшери. Забраната е наложена на основание направените обсъждания на заседанието (отразени в самото окръжно). Съгласно тях фелдшерите не се занимават с преките си задължения, а се отдават на свободна медицинска практика, повечето имат частни аптеки, отпускат лекарства без да се съобразяват с предписанията на относителния правилник и твърде неумело манипулират със серумите. ВМС решава, че

„*би могло да има сериозни последстия*”. [Захариев, Ив. окръжно № 1568]. Последствия има, но като резултат от наложената на фелдшерите забрана независимо от проблемите в санитарното дело по това време, за чието разрешение спомагат те. В брошурата “Как умират селските деца” на д-р Димо Бурилков се казва: „.....*селските деца умират по вина на Дирекцията на Народно здраве. След забраната на фелдшерите да инжектират противодифтериен серум, смъртността между селските деца веднага се покачва. Пита се: кой е виновен?”*

В края на същата брошура се осъжда наложената забрана с аргумента - същите манипулации фелдшерите извършват в болниците и незаслужено се пренебрегва техния 30 годишен труд. Основателен е въпроса: „Къде са нещастните случаи на фелдшерите?” Според д-р Бурилков : „*практиката и опита показват, че забраната има резултат, а той е – всяка година стотици насилствено издигнати детски гробове по селата”.*

Категоричен по въпроса за смъртността на децата е и началникът на бактериологическия институт в „известия” на Дирекция Народно здраве (стр.169) „.....*Това несъмнено се дължи на забраната да се употребява противодифтериен серум от фелдшерите, което става причина инжектирането на болните да закъснява с няколко дни до идването на лекаря”.*

През годините, в които фелдшерите носят товара на санитарната дейност след Освобождението, изпълняват роля на всеотдайни здравни пропагандатори, лекуват в рамките на своята компетентност бедното и страдащо население в най-малките и отдалечени населени места и активно участват в полагане основите и утвърждаване на общественото здравеопазване в България, дейността им като професионалисти е под знака на подозрение, а правата, които фактически притежават - оспорвани и не винаги ясно нормативно разписани. Съсловието организирано от професионалния съюз упорито се бори за легализиране на професионалната

дейност. На XXVI конгрес на съюза на санитарния и ветеринарен персонал в България проведен през месец юли 1930 г. медицинският фелдшер Иван Захариев, автор на реферата "Историческото минало, настоящето и бъдещето на фелдшерското съсловие" съобщава датите 01.12.1920 и 24.02.1921 г. „*като светли в историята на професионално движение на фелдшерите*". [51]

На 01.12.1920 г. медицинският фелдшер Иван Пандов, народен представител, внася в Народното събрание предложение за изменение на чл. 51 и 53 от Закона за опазване на общественото здраве. Предложението е подписано от народните представители: Ст. Карчев, Ст. Даскалов, Ц. Матов, Ив. Гетов и още 57 народни представители. След обстойни обсъждания и дебати на 24.02.1921 г. Народното събрание приема с голямо болшинство изменението на въпросните членове от ЗНЗ, утвърдено и с Указ № 7 от 13.03.1921 г. от ръководещия МВР и НЗ Министър на Правосъдието господин Ст. Омарчевски. Фелдшерите непоколебими в отстояването на своите професионални права с изменението на посочените членове от Закона постигат легализиране правата на 1200 фелдшери - завършили фелдшерски училища и положили изпити, други прослужили 5 години в санитарното ведомство, свършилите специални училища или команди. По информация на фелдшер Захариев (от Конгреса) преди промяната на Закона правоспособност са получи още 150 души, които са в напреднала възраст и в продължение на 1-2 год. напускат службата поради старост. От професионална дейност, също поради напреднала възраст, се оттеглят и мнозина получили правоспособност с промяната на Закона. [51]

Системата на здравеопазване във времето 1914 – 1923 г. се характеризира със специфично структурно разпределение на наличните кадри в медико-професионален, социално-обезпечителен и териториално-селищен аспект. [82] В зависимост от административната подчиненост на отделните служби в здравната мрежа фелдшерите работят предимно на

държавно от възможните пет нива: държавно, окръжно, общинско, ведомствено и частно. Има относително постоянство в броя на околийските амбулаторни служби завеждани от лекар и известно намаляване на фелдшерските. До 1930 г. извънстационарната медицинска помощ за населението се осъществява чрез тях. [82] Фелдшерските здравни служби все повече се насочват към селата. Таблица №12 показва броя и административната подчиненост на фелдшерските амбулатории.

Таблица 12- брой, разположение и административна подчиненост на участ. фелдшерски амбулатории 1922 – 1923г.

подчиненост	Вид на заведението	1922 г. брой	От тях в селата	1923 г. брой	От тях в селата
държавни	**Участ. фелд.амбул.** *спрямо* Окол. лекар. амбул.	**500** 143	**500** 61	**438** 167	**438** 82
окръжни	**Участ. фелд.амбул.** *спрямо* Окол. лекар. амбул.	**289** 30	- -	**391** 43	**391** 42

Осигуреността с фелдшерска помощ расте до 1923 г. и спада чувствително през 1924 г., като следствие от признаване и отнемане правата на санитарните подофицери през този етап. Увеличаване броя на фелдшерите (и акушерките) е определена линия в кадровата политика в областта на здравното дело. [9] Броят на фелдшерите през 1925 г. е 1325, като 1245 са на обществена служба, а 80 на частна практика. Прогресивните лекари обаче са принципни противници на заменянето на лекарската с фелдшерска помощ и на X-ия събор на ЛС (1919 г.) се прави предложение членовете на съюза „да бойкотират фелдшерските училища, като отказват да преподават в тях “. [82; 62]

По мнение на д-р Сим. Аврамов, с утвърждаването на частната лекарска практика като основна форма на здравеопазване в медицинските фелдшери, лекарите виждат нежелани свои конкуренти. Под прикритието, че на народа няма да се осигури висококвалифицирана помощ, се преустановява подготовката на фелдшери и през 1928 г. със Закона за народното здраве се

забранява по-нататъшното откриване на училища за медицински фелдшери. [1]

Професионално-съсловно противопоставяне, а не търсене на единство на лекарски и фелдшерски труд е един от факторите затрудняващ развитието на здравното дело в посочения период. [82]

Законът за народно здраве, приет през 1929 г., отменя предходния от 1903 г. и освобождава държавата от финансирането на здравеопазването, стоварвайки финансовата тежест върху обеднелите общини. В следващите години вместо децентрализация се стига до разпокъсване на здравното дело. Намалява броят на селските здравни служби от 1080 през 1923 г. до 900 през 1930. [31] Като цяло дейността на здравните органи се ограничава и се редуцират кредитите за нуждите на здравеопазването, което изпада в кризисно състояние. През 1934 г. държавата е принудена и поема издръжката на цялата здравна мрежа. Прави се опит за увеличаване броя на лекарите в селата с Наредба-закон за задължителната служба и частна практика на лекарите в селата от 1935 г.

По силата на чл. 29 от Закона за НЗ от 1929 г. във всяка околия се назначава по един държавен околийски лекар, предимно хигиенист. В участъците с отсъствие на такъв - фелдшер. Изглежда сякаш “вратите” на участъка са „отворени” и фелдшерът може да работи според своята подготовка при упоменатата ситуация. Една такава действителност би била реална при други условия, защото:

1. С окръжно № 30198-I от 24.12.1929 г., на Министъра, в отдел I, параграф 5, т. „а” се разпорежда на окръжните постоянни комисии и председателите на окръжните съвети за знание и изпълнение, че всички санитарни участъци по начало са лекарски. Само в случаите, когато участъка не бъде зает от лекар, може временно да се завежда от фелдшер, до появата на лекар кандидат.

2. С окръжно решение на Дирекцията № 298, 93-I от 27.12.1929 г. всяка длъжност заета временно от изпълняващ длъжността лекар или фелдшер, трябва да се обяви за свободна. При поява на лекар кандидат тя се предоставя на него, а практиката на фелдшера се преустановява. [51]

С чл. 204 от Закона за Народно здраве приет 1929 г. на фелдшерите се разрешава свободна фелдшерска практика, при условие, че лицето, което ще практикува, има десетгодишна държавна, окръжна или общинска санитарна служба и в съответното на практиката населеното място няма лекар. Разрешителното за практикуване се издава от окръжните лекари след проверка дали лицето отговаря на изискванията. При изпълнение на професионалната дейност фелдшерите са под прекия надзор на околийските лекари.

Това законно уредено право на фелдшерите е атакувано.

Макар тайно, писмо: № 1401- I/ 10.02.1930 г. на Дирекция Народно здраве до Пловдивския окръжен лекар става известно и буди тревога във фелдшерското съсловие, което води и до неговата интерпретация в НС. Съгласно писмото общинските лекари, за да извършват санитарна и лечебна дейност, трябва да обхождат селищата в общините. По този начин се приема, че има лекар в тях и съгласно чл. 204 от ЗНЗ фелдшерите не могат да установяват практика. Понеже цялата страна е разделена на санитарни общини, според тълкуването на д-р Балкански (главен директор на Дирекцията), в България съответно няма населено място, където да се установи фелдшер на частна практика. [51] Законно разписана частната практика на фелдшерите става реално неосъществима и по силата на окръжно предписание № 6580/ 16.03.1930 г. Поради големи протести относно създалата се обстановка предписанието става известно на 10.06.1930 г. с публикуването в кн. 63 на „Известия” и в отсъствието на Главния Директор Народно здраве. Съгласно предписанието фелдшерите

могат да оказват първа медицинска помощ с 20 медикамента, с които разполагат в чантата за спешни случаи. Останалите 52 медикамента (утвърдени с Наредба и заповед № 689 от юли 1929 г.) се изписват по "фелдшерски бележки". Частната практика реално е невъзможна. Няма условия за осъществяване на своевременна и ефективна помощ, а лечението на населението – затруднено, поради скъпите лекарства.

Санитарната политика по отношение на фелдшерите е допълнена и с неуредените правилници от Главна дирекция НЗ за упражняване на фелдшерското занятие, съгласно чл. 205. В тях по преценка на ВМС трябва да са разписани болестите, които фелдшерите могат да лекуват и лекарствата, които имат право да назначават. [51]

Броят на фелдшерите през 1934 г. е 1437 и до 1944 г. числеността на кадрите намалява. [82]

Строителството на здравни заведения в селата и малките градове се урежда със закон през 1938 г. и в отговор броят на селските здравни служби се увеличава от 800 за 1934 г. на 925 през 1939 г. Нараства и броят на лекарите. Законодателно се регламентира борбата с венерическите болести и маларията. Предприетите мерки действително подобряват санитарно-противоепидемичната дейност, но здравните нужди на народа остават все още незадоволени. [9, 81]

По данни на д-р П. Владимиров (ст. лекар в МНЗСГ, София) „Положението на селското здравеопазване преди 9.IX.1944 г. е много лошо. Броят на селските здравни заведения е крайно недостатъчен, а на много места в страната материалната база е в жалко състояние". [23]

Табл. №13 представя броя на лекарите и фелдшерите, както и осигуреността на 10 000 население с кадри през посочените години.

Таблица №13 Брой лекари и фелдшери - осигуреност на 10 000 население 1939-1944 г.

Година	**1939**		**1942**		**1944**	
Кадри	**Брой**	**%**	**Брой**	**%**	**Брой**	**%**

Фелдшери **От тях на:**	1190	100	854	100	826	100
обществена служба	522	44,5	576	66,7	549	66,5
частна практика	668	55,5	288	33,3	277	33,5
Лекари **От тях на:**	3127	100	3160	100	3516	100
обществена служба	1905	61,5	2037	64,5	2248	63,7
частна практика	1222	38,5	64,5	35,5	1268	36,3
Осигуреност с :						
Фелдшери	1,90		1,30		1,20	
Лекари	5,0		4,8		5,2	

[82]

Дейността на медицинските фелдшери в общественото здравеопазване на България в периода 1878 - 1944 г., проследена в исторически план, дава основание да се направят следните изводи:

1. Фелдшерите са пионери в санитарното дело след Освобождението на България през 1878 г.;
2. Съвместно с лекарите полагат основите на общественото здравеопазване в страната.
3. Професионалната дейност на фелдшерите се осъществява в условията на различни политически и професионални предизвикателства, отразяващи се върху числеността и професионалното развитие на кадрите.
4. Като първи помощници и заместници на лекарите, в услуга на здравните потребности на българското общество през годините, последователно и непоколебимо отстояват професионалните си права и през 1883 г. създават първата професионална организация на медицински работници в България.

2.2 Приносът на фелдшерите в здравното дело на България след Втората световна война.

Изследователите по история на медицината определят четири периода в развитието на медицината и здравеопазването в България след Втората световна война: първи (1944 - 1950), втори (1950 - 1973 г), трети (1973-1989 г.) и четвърти (след 1989 г.). [10] През всички периоди фелдшерите практикуват професията, но политическите промени през годините обуславят предизвикателства пред кадрите, отразяващи се върху числеността и професионалното им развитие.

Първият период (1944 - 1950 г.) по своята същност е възстановителен за българското здравеопазване.

Деветосептемврийският преврат през 1944 г. поставя начало на радикални промени в ръководството на здравното дело в България. [58] За първи път в българската история, с Указ № 283/9.09.1944 г., се създава Министерство на народното здраве (МНЗ), с министър, възпитаникът на руската медицинска школа д-р Рачо Генчев Ангелов. [10, 31]

В структурата на новото министерство са запазени четири от шестте отдела на бившата дирекция - за лечебни заведения, по заразни болести, здравно-технически и бюджетно-контролен, а отделите за социални болести и фармацевтичен прерастват в дирекции. Формирани са нови дирекции:

- „Дирекция за обща профилактика, лечебна помощ и здравно благоустройство“ с отдели: „Здравно - предпазни заведения“, към който се отнася бившият отдел „Минерални бани и лечебни места“, отделите за местни здравни служби, малария и туберкулоза и новосформираните - за всенародна здравна застраховка и здравно благоустройство и строителство;
- „Здравеопазна химия“ с два отдела;
- „Майчинство, детство и здравна култура“ с четири отдела, а по-късно и „Трудово-професионална медицина“.

Структурните реформи в Централното управление на здравеопазването създават нов облик и по-големи възможности за компетентно ръководство. [58]

Главните задачи пред ръководните органи на здравеопазването са формулирани през септември 1944 г. в Програмата на отечествения фронт. [10] През 1945 г. се приема здравен план, който според историците съдържа в най-разгърнат за времето си вид здравната политика на МНЗ и БРП (к). Нейната, а с това и на министерството, основна цел, е стабилизиране и разширяване на обществения здравен сектор, създаване на стабилна здравна

система върху солидни научни основи. В здравния план и в други документи се потвърждава политиката на цялостно обединение на здравните служби, както по върховете, така и по места и децентрализация на тяхното администриране и ръководство.

При разработването на плана МЗ полага усилия за съобразяването му с действителните здравни потребности на населението, с реалните възможности и общото икономическо и политическо състояние и развитие на страната. [58]

През разглежданият период целите са: подобряване жизненото равнище и здравна култура на народа; оздравяване на неговия бит и труд; най-широко санитарно благоустройство на жилищата във всички населени места; борба с детската смъртност; планова борба с туберкулозата и всички други заразни и социални болести; грижи за подрастващите поколения, като се поставят на нужната висота хигиенните условия в селата, фабриките, работилниците и училищата; насаждане на истинска здравна просвета и всенародна медико-социална застраховка. [9]

С централизацията, която включва и централизирано финансиране, действително се постига решаване на редица проблеми в здравеопазването, като през следващия период се ограничават и ликвидират някои епидемични, паразитни, социално значими и особено опасни заболявания.

Втората световна война генерира катастрофални здравни последици и нищета за българското население. При тези условия недостигът от медицински кадри в страната е чувствителен. През 1944 г. медицинското осигуряване е представено от:

- 3 516 лекари, от които само 368 работят в държавни болници;
- 824 зъболекари;
- 695 аптекари и 442 помощник аптекари;
- 1070 акушерки;
- 372 медицински сестри. [58]

Фелдшерите заемат важно място в структурата на професиите в здравната система. Числеността им през 1944 г. е 826. По-голяма част от кадрите работят в първичната здравна помощ (ПЗП) и обслужват 2/3 от селското население във фелдшерските здравни пунктове (ФЗП), които са самостоятелни единици или включени в структурата на селските здравни участъци. Броят на тези здравни заведения през посочената година е около 927 и нараства на 1075 през 1948 г., в съответствие със здравната политиката. [31] Недобрите квартирни условия предоставени на лекарите и лошото благоустройство на селата - липсващо водоснабдяване и канализация в много селища, прави непривлекателна работата в селските здравни участъци. Неслучайно повечето лекари остават в градовете, макар и много от тях без работа, с мизерна частна практика, в очакване на по-благоприятно време за реализиране на своите знания и опит. [58] В този смисъл статистическите данни за 1945 г. са логични:

от 3708 лекари в селата работят 806, а останалите 2902 са в градовете. Тоест в 3877 села от всичките 4567 няма лекар. И ако на 1 лекар в града се падат 581 жители, то в селата лекарят има професионален ангажимент към 6521 селски жители.

Това съотношение и разпределение на кадровия ресурс определя като изключително отговорни професионалните ангажименти на фелдшерите, работещи в селските здравни служби. Те осигуряват медицинско обслужване и реализират по места изключително важните по това време масови профилактични имунизации на населението против коремен тиф, дифтерия, вариола. Дейност в отговор на политиката и усилията на министерството за ограничаване на заразните болести. Фелдшерите са в състава на растящия брой „подвижни противоепидемични отряди“, организирани към всяка област за противоепидемични мерки и обезвъшчаване. Изпълняват санитарна дейност, влизайки в кадровия ресурс на новосформираните през 1949 г. осем районни здравни института в София,

Пловдив, Стара Загора, Бургас, Варна, Русе, Плевен и Враца. Дейността им предполага голям брой мероприятия за оздравяване живота на населението - хигиенизиране на селищата, жилищата, работните места. Резултатите не закъсняват. За периода 1944 - 1950 г. заболеваемостта на 100 000 жители от петнист тиф намалява от 22,4 на 2,1, от коремен тиф - от 7,5 на 4,8, от дифтерия - от 57,1 на 35,0, леталитетът и смъртността от заболяванията значително намалява. [31]

Работата на фелдшерите в санитарно-противоепидемичното дело е действително ценна. Независимо от факта, че има санитарно-противоепидемична дирекция при МНЗ, която организира и ръководи всички структури по изпълнение на заповеди, нареждания, приложение на закони и наредби по санитарния надзор, въпреки извършените реорганизации и постигнати успехи, в санитарно-противоепидемичната дейност до 1949 г. има редица недостатъци. Не е постигнато необходимото единство в дейността на периферните органи, независимо от усилията на МНЗ. ”Лекарите нямат вкус към хигиенната работа и отбягват не само по материални подбуди ангажираност в санитарно-епидемиологичните служби. Работещите в болниците, независимо от задължението към Закона за народно здраве, главно поради голяма ангажираност с лечебна работа, не отделят необходимото време за хигиенно-епидемиологична дейност”. [59]

Съгласно държавния здравен план медицинската помощ на селското население трябва да бъде подобрена и приближена до тази оказвана на градското население. Целта е един лекар да обслужва в селата около 2000 души, а на селища с 800 жители да се осигури медицински фелдшер. [23] За съжаление, освен проблемите с недостатъчната и на места стара материална база, по отношение, на която има специална политика с приетия през 1938 г. Закон за строителството на здравни заведения в селата и малките градове, недостатъчни и неравномерно разпределени са и медицинските кадри в страната. За реализиране политиката на „доближаване на медицинската

помощ до населението“ по отношение на кадровия ресурс се предприема рязко увеличаване приема на студенти, предимно по медицина. От кадрите със средно образование подготовката на фелдшери е по-ограничена и данните сочат, че те са единственото съсловие, което независимо от приноса им в общественото здравеопазване през разглеждания период, са с намаляваща численост - от 826 за 1944 г. до 536 през 1952 г. [58]

Професионална дейност на медицинските фелдшери през втори и трети период в развитието на медицината и здравеопазването в България 1950 – 1989 г.

В историята на социалистическото здравеопазване 1951 г. е забележителна - Президиума на Народното събрание приема Указ за всенародна безплатна медицинска помощ. В здравеопазването се утвърждават принципи на: държавност, безплатност, общодостъпност, профилактична насоченост. [63]

През 1958 г. за здравеопазване и обществено осигуряване са изразходвани 2 673 милиона лева срещу 385, 9 милиона лева за 1944 г. (близо 7 пъти повече). [57]

Мнението на лекарите, че фелдшерите (в които виждат свой конкурент в частната практика) са отживелица и временно явление до преодоляване недостига от лекарски кадри е опровергано. Новата организация на здравеопазване в страната показва остра необходимост от фелдшерски кадри във всички структури на здравеопазването и определя нарастваща численост на кадрите през годините: 1965 г. - 4161 фелдшери, 1970 г. – 4994, 1975 г. – 5479, 1980 г.- 7355 фелдшери в здравната система. [29, 63]

Здравното обслужване на населението през периода е организирано на участъков принцип. В селското здравеопазване през 1951 г. се извършва реорганизация и в окрупнения лекарски участък централно звено е участъковата амбулатория или участъковата болница. Териториално те обхващат няколко селски общини с лекарски и фелдшерски здравни

пунктове (ФЗП) в тях. Фелдшерите предоставят на селищата до 800 жители лечебно-профилактична помощ - самостоятелно или в екип с медицинска сестра. Спомагат за предотвратяване и лекуване на травматични и други заболявания по време на полската работа в отговор на политиката за приближаване здравните грижи до селския труженик. [63] Обучават активисти на БЧК и създават санитарни постове в полето за оказване на своевременна първа помощ на пострадалите.

Лечебно-профилактичната помощ в селското здравеопазване в голяма степен се реализира от фелдшери. Анонимно анкетиране през 1970 г. показва, че лекарите не желаят да работят по селата. Като причини са посочени липсата на подходяща среда, невъзможност за удовлетворяване на културните им потребности, изоставане в квалификацията, липса на професионален растеж и проблем при специализацията. [81]

През октомври 1973 г. се приема Закон за народното здраве, който отговаря на потребността от всеобхватен нормативен документ по въпросите на народното здраве. С него се налага забрана на частната лекарска практика, преутвърждава се правото на безплатна медицинска помощ. Цел в политиката на здравеопазването през периода е постигане (до 1990 г.) на равнопоставеност в медицинското обслужване на жителите от селото и града, но през периода 1970-1975 г. се закриват много селски болници поради нерентабилност и невъзможност за оборудване с модерна апаратура. Масовото обслужване на жителите по селата от фелдшери е повод в някои среди да се говори за „процес на фелдшеризация“ и упадък на селското здравеопазване. [10] По този въпрос д-р Йордан Трайков (представител на НИСХОУЗ - София) призовава да се прави разлика между фелдшерско обслужване и „фелдшеризъм“. „*Фелдшеризмът е нарицателна дума, характеризираща медицинското обслужване като затворено в рамките на лечението и предписване на лекарства от случай на случай, откъснато от*

профилактиката и от изучаването на санитарното състояние на населението и населените места.“.

Той подчертава, че „фелдшеризмът“ е изживяно явление, а там където все още се проявява „от време на време“, трябва да се води борба за неговото пълно изкореняване. Относно професионализма и работата на фелдшерите на село изказва мнението: „*фелдшерските кадри в селата имат достатъчно подготовка, за да могат да решават компетентно всички въпроси, отнасящи се до здравето на повереното им население, но под ръководството на лекаря от селския здравен участък или районната болница“*. [121]

През 1976 г. в проучване дейността на фелдшерите в първичната помощ са обхванати 26 фелдшерски здравни пункта в 4 окръга на страната. Резултатите:

1. Около 10-12% от всички посетили ФЗП пациенти са консултирани в районни болници.
2. С участъков лекар са консултирани 2-3% от болните.
3. Случаите със започващо и завършващо лечение във ФЗП са над 30%.
4. Непълноценна връзка между участъковия лекар и фелдшера от ФЗП, поради неритмични посещения на ФЗП от лекаря, по причини от различен характер - затруднения с транспорта, спешни случаи в селския здравен участък, голяма натовареност, текучество на лекарските кадри.

Проведеният хронометраж на дейността на фелдшерите в обследването показва:

- 55-70% от работното време фелдшерът изразходва за лечебно-профилактична работа;
- 10-14 % за санитарно-противоепидемична;
- 2-4% за здравна просвета;
- 2,5-3,5% за диспансерно наблюдение на болни и здрави лица;

- 7-10% за раздаване на медикаменти от аптечния пункт, завеждан от фелдшер;
- Голям разход на време (около 13-15%) за административно стопанска дейност, семинари, участие в курсове за квалификация. [121]

Резултатите от проучването са показателни, че в по-голямата част от професионалната дейност фелдшерите са ангажирани с лечебно-профилактична работа.

Активно е участието им в политиката по провеждане на пълна и всеобща диспансеризация на населението. Фелдшерите поддържат тясна връзка с административното ръководство на селото, ползват помощта на масовите организации и обучения от тях санитарен актив за целенасочена разяснителна работа сред населението.

Организират, участват в реализирането на масовите профилактични прегледи и обобщаването на резултатите от обследванията, в разпределянето на контингентите по групи, техническото оформяне на документацията и насочването на болните за консултация и изясняване на здравния статус.

Усилията са в посока на качествено обслужване на пациентите. За преодоляване на съществуващия в известна степен шаблон и формализъм в работата на лекаря по отношение на ФЗП поради нерешени организационни въпроси или субективни причини и установяване на тясна професионална връзка лекар-фелдшер. За освобождаване на лекаря от техническа работа с възможност за обхващане на по-голям контингент от населението и ангажираност със случаите изискващи по-голяма компетентност. [121]

В здравното дело на страната през периода приоритетно е медицинското обслужване на работниците. Конституцията признава труда за основен обществено-икономически фактор, който се ползва от специалната закрила на държавата. Наред с общата здравна мрежа, където работниците се обслужват с предимство, се създава и работническо здравеопазване –

фабрично-заводски лекарски и фелдшерски пунктове, здравни заведения при промишлените предприятия, мините, строителни обекти и транспорта, които осигуряват лечебна, профилактична и рехабилитационна помощ на работниците и служителите от съответната работническа структура, към която са създадени. В здравните служби и пунктове на предприятията фелдшерите работят самостоятелно или в екип с лекари и медицински сестри. Дейността им е на цехов принцип – аналогичен на участъковия в териториалната здравна мрежа. Методите на работа определят провеждане на предварителни и периодични прегледи, диспансеризация на здрави и болни от обслужвания работнически контингент. [82] Паралелно с лечебно-профилактичната помощ фелдшерите са упълномощени да съблюдават и контролират трудовата безопасност на работещите.

Според статистиката през периода работническите поликлиники са 10, селските здравни служби – 114, селските здравни участъци - 1049 броя, фелдшерските здравни пунктове по селата - 2075 броя, самостоятелни лекарски и фелдшерски здравни пунктове в предприятия - 80 броя. [82]

През втория период на социалистическото здравеопазване Санитарно-епидемиологичната станция се утвърждава като профилактично здравно заведение. Тя осъществява всички видове санитарен надзор и предупредителен такъв върху строителството на нови обекти, организира и провежда необходимите противоепидемични мероприятия на територията на която действа.

В разрешаването на задачите стоящи пред санитарно-епидемиологичните станции фелдшерите имат принос с изпълнението на различни функции в три направления:

- санитария;
- епидемиология;
- дезинфекционно дело.

Санитарните фелдшери под ръководството на санитарните лекари осъществяват надзор и обследвания на малки хранителни предприятия, културно-битови заведения, магазини за хранителни продукти, обществени столове и други обекти.

В областта на епидемиологията, като сътрудници на епидемиолозите, фелдшерите участват в борбата с трите звена на епидемиологичния процес – източник на заразата, нейния приносител и повишаване невъзприемчивостта на населението. [19]

За първи път работещите в санитарно-епидемиологичната дейност фелдшери (като помощници на санитарните лекари и епидемиолози) получават широки права в работата по осъществяваните от тях санитарно-надзорни функции. Те са поставени в положение на упълномощени длъжностни лица от органите на държавната власт, ползващи известни административни пълномощия. [19]

Структура, в която има голяма заетост на фелдшери е Бърза Медицинска Помощ. Професионалистите са част от екипите – реанимационни и долекарски още от самото създаване на специалната служба. В София през 1948 г. при обособяването на БМП при болница „Червен кръст“ (понастоящем болница Пирогов) са формирани фелдшерски екипи. Едни от първите професионалисти фелдшери работещи там са: К. Алексиев, Ив. Митов, К. Желязков. [132]

Квалификационната характеристика на фелдшерите позволяваща им вземане на адекватни самостоятелни решения ги прави професионалисти подходящи за работа в училищно здравеопазване, различни ведомствени здравни служби в системата на МВР, заведения за лица лишени от свобода, спасителни служби и др.

Периодът 1973-1989 г. историците медици определят като време на обратно развитие и упадък, достигнали до криза в медицината и здравеопазването след 1989 г., с влошаване стила и методите на ръководство в медицинската

наука, висшето медицинско образование и здравеопазване, с приемане на основни нормативни документи и влошаване показателите на здравното състояние на населението. [10] Процеси, които оказват въздействие върху кадрите с квалификация „фелдшер“.

❖

След старта на здравната реформа в България, в резултат на осъществена реорганизация в здравеопазването, фелдшерите се намират в затруднение при упражняване на професионалната дейност. Те практикуват без регламент, ясни правила и легитимност на отговорностите, които поемат при изпълнение на професионалните задължения.

Работещите във ФЗП остават без работа поради закриването на този вид лечебно заведение. НЗОК не определя фелдшерите като самостоятелен доставчик на медицинска грижа и при новите условия кадрите имат възможност да работят в Първичната помощ като наети от ОПЛ специалисти. Често в същите населени места, в които са работели и преди. Нерядко общопрактикуващи лекари предоставят отговорности на наетите в екипите им фелдшери, които изписват на рецептурни бланки лекарства и лекуват пациентите им в тяхно отсъствие с предоставените им неформални правомощия. Тоест общопрактикуващият лекар сключва договор със здравната каса за обслужване на дадено населено място, наема местният фелдшер и нещата за хората формално не се променят. Издаваните документи обаче (направления, рецепти) - с печата на общопрактикуващия лекар, са предоставени на фелдшера за ползване, докато лекарят регистрирал практика в града обслужва друга част пациенти от пациенската листа. Така фелдшерът работи в известна нелегалност и с лекаря са в риск да бъдат санкционирани. Във времето на отсъствие на лекаря от практиката обслужването на пациентите се осъществява от фелдшера в рамките на медицинската компетентност (в съответствие с квалификационната характеристика), но без законов регламент. Ситуацията негласно

толерирана от институциите носи огромни рискове от попадане на фелдшерите под ударите на закона, заради превишаване на длъжностните им правомощия.

В отдалечени райони на страната съществуват десетки населени места, в които няма регистрирани лекарски практики поради непривлекателността им за лекарите. От години на такива места фелдшерите са единствен доставчик на медицински грижи. Поради обстоятелството, че няма лекарска практика, където официално да бъдат наети от общопрактикуващ лекар, потребността да изкарат прехраната си, а пациентите получат необходимата им помощ, се стига до създаване на нерегламентирани практики. Възникват условия за нарушаване на традиционно добрите взаимоотношения с практикуващите в първичната помощ лекари, поради изкуствено създадената среда на междуличностни конфликти на базата на възникнала нелоялна конкуренция.

Въпроса за достъпа на пациентите до медицинска помощ в населените места, в които отсъстват лекарски практики, стои открит и до настоящия момент. Отнетата възможност за самостоятелно практикуване на фелдшерите в рамките на професионалната компетентност с мотива „право на пациента на достъп до качествена медицинска помощ“ всъщност свежда нещата в такива случаи до нарушен достъп на пациента до помощ. Определено, когато отсъства законов регламент съобразен с реалната ситуация и потребностите на пациентите, неминуемо възникват условия за нерегламентирани дейности. Същите не могат да бъдат контролирани по отношение на качеството, в съответствие с установените медицински стандарти. Няма възможност и за осъществяване на контрол и данъчно облагане на възнаграждението по отношение на осъществената услуга – здравна помощ. Рисковете за обслужваните пациенти и финансовите загуби за държавата в такива условия на практика са по-големи.

В една такава реалност фелдшерите активно търсят решение на професионалните проблеми с отношение към пациентите и правото им на достъп до медицинска помощ. На инициирана от фелдшерите кръгла маса (през 2008 г.) с участието на представители на Комисията по здравеопазване към Народното събрание (НС), различни политически партии и медии, сериозността на поставените проблеми е призната.

„Изключително тревожен е фактът, че около 300 практики на ОПЛ вече са закрити. Съществува голям проблем как да задържим личните лекари и как да ги накараме да посещават отдалечените махали, селца и планински райони“. [64]

Това е тревожното съобщение на д-р Ив. Станкова в качеството й на член на Комисията по здравеопазване в НС. Тя подчертава, че за да се запазят лекарските практики трябва да се стимулират и мотивират лекарите, а това изисква добро заплащане и добри условия на работа - трудно изпълними изисквания в условията на ограничен финансов ресурс в здравеопазването. Според нея трябва да се търсят „гъвкави“ форми и начини за решаване на проблемите. „*Точно в селата е мястото на фелдшера, защото там проблемите са най-големи. Там хората искат лекарят или фелдшерът да се върнат“.* [64] В потвърждение на казаното са множество примери за села, в които хората спонтанно правят местни модели, за да запазят фелдшерите си.

В същата дискусия (отново от представител на Комисията по здравеопазване) се акцентира върху факта, че в България са налице райони, където има депопулация и застаряващо население и е необходимо да се направи ясна и точна преценка какви практики е рационално да бъдат разкрити по тези места и какви специалисти да работят в тях. Отбелязва се, че в съответствие с общата стратегия и здравната карта, фелдшерът трябва да се разглежда като професионалист подходящ за работа в такива условия. [64]

Направеният извод е подкрепен с проучване в САЩ, където например в кардиологична клиника работят трима лекари с 12 помощници. В изказването се акцентира върху факта, че в Америка за здравеопазване се отделят 18% от брутния вътрешен продукт, а в България - 4%. [64]

„*Следователно там се грижат повече за обществения интерес. При нас една практика се състои от един специалист помощник. Това е най-скъпият начин на здравеопазване. От данните на американската клиника се вижда, че първият помощник е фелдшерът. Искам да кажа, че ако гледаме обществения интерес, лесно можем да изведем какво трябва да правим с фелдшерите*“. [64]

Предизвикателство и риск за фелдшерите след старта на здравната реформа е работата в спешна помощ – структурата, в която традиционно практикуват кадрите. Работят в екип с лекари, но във филиалите на спешна помощ професионалистите формират екипи с медицинска сестра и шофьор или само с шофьор, без лекар (т.н. долекарски екипи). В тези случаи фелдшерът поема отговорността за диагностиката и решенията за терапия в хода на обслужване на пациентите. Дейността им не се свежда само до оказване на здравни грижи и придружаване на пациента по време на транспорта с линейка до лечебно заведение. Оценката на статуса на пациента, решението по отношение на диагноза и медикаментозна терапия в условията на спешност, какъвто например е случай на пациент с инфаркт, поведението и терапията по време на транспортиране на пациента, са все дейности отнесени към спешната медицина. Пример в това отношение би могла да бъде и работата на терен - оказване на помощ на пострадали при пътно транспортно произшествие.

Видно е, че фелдшерите практикуват медицинска дейност. Отсъствието на ясен законодателен регламент, обаче ги поставя в процеса на обслужване на пациентите в рискова ситуация, предполагаща подвеждане под юридическа отговорност в случай, че професионалните решения се интерпретират като

надхвърлили правоспособността им. Този риск е особено голям в случаи с неблагоприятен изход в лечението на пациент.

Това са проблеми от изключителна важност и тревожат практикуващите фелдшери в очакване на законов регламент за дейността и определяне статута им като професионалисти .

В условията на липсващи законодателни правила работодателите са затруднени в изготвянето на длъжностните характеристики на работните места.

През годините са редуцирани длъжности изискващи фелдшерска квалификация. Фелдшери са назначавани като медицински сестри, изпълнявайки сестрински функции. Няма данни, които да дадат яснота колко от работещите фелдшери са назначени като такива и изпълняват пълен обем от компетенциите, които имат по квалификационна характеристика. Това се потвърди дори и през 2016 г. В хода на проведено проучване през август – ноември 2016 г. в област Стара Загора, обект на което са практикуващи на длъжност „фелдшер“ стана известно, че работещите в здравната система кадри с тази професионална квалификация са повече от регистрираните в НСИ 110 души за областта. Този факт се установи с изразено желание на фелдшери за включване в проучването. Те обаче не отговарят на изискването - практикуващ на длъжност „фелдшер“. Заетостта им в здравната системата на друга длъжност, различна от „фелдшер“ се дължи на причини от различно естество, което може да бъде повод за проучване.

Предизвикателство се оказват и обезпечителните мерки по отношение на застраховане на професионалната дейност и професионалния риск, което кореспондира с трудовото законодателство и директивите на ЕС за безопасност на работната среда.

С приетия през 2005 г. ЗСОМСАМС фелдшерите са задължени да членуват като „асоциирани специалисти“ в Българската асоциация на

професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ). С членството на практика нямат съсловно представителство пред държавните институции, което активно да търси решение на специфичните за съсловието професионални проблеми. Обучението по медицински модел, предоставящо право на диагностична и терапевтична дейност на фелдшерите, ги определя като професионалисти различни от „медицинските сестри“, „акушерките“ и кадрите с друга професионална квалификация, чиято дейност се свежда до реализиране на здравни грижи. Представлявани официално от други специалисти, фелдшерите не намират решение на проблеми с отношение към медицинския модел дейност на кадрите.

Трудностите в реализиране на професионалната дейност са основание за професионална демотивация съпроводена с отлив на професионалисти от системата. Фелдшери напускат професията и търсят нови възможности за препитание - потвърдено с данни от НСИ. От 7 617 фелдшери работещи в системата през 1990 г. броят им за десет години се редуцира наполовина – 3 158 през 2000 г. Тези, които продължават да практикуват, в известен смисъл работят не съвсем легално - без официално отнети, но и без нормативно делегирани правомощия. Критичното положение, в което се намират професионалистите, заради неясен регламент на правомощия, пряко кореспондира с влошаващото се здравословно състояние на населението и със затруднен достъп в някои райони на страната до първична медицинска помощ.

Така фелдшерите реално присъстват в здравната система в условията на реорганизация на здравеопазването в България, но без ясен професионален статут в създадената след старта на здравната реформа законодателна рамка. [64]

Не формулирайки законов регламент за професионална дейност на фелдшерите, в съответствие с компетентността на кадрите и реалните потребности на пациентите от медицинска помощ, законодателните

институции всъщност пренебрегват традиционната роля на фелдшерите като пряк доставчик на първична помощ в България. Правото на кадрите да практикуват е ограничено, като се налага внушението, че професията е ретроградна и отживяла времето си.

С неясно изказани аргументи за липсата на аналог на професията в рамките на ЕС се взема стратегически важно решение за преустановяване обучението на фелдшери (от 1999 г.). Всъщност не се отчита фактът, че в много страни има професии с различно име, които са аналог на професия „фелдшер“, но не са поставени в неблагоприятни условия, както кадрите в България. Позовавайки решението на европейски директиви не се взема под внимание фактът, че в тези директиви става въпрос за общия пазар на труда в ЕС и поставяне общ стандарт за идентифициран модел кадри, но всяка европейска страна сама преценя нуждите си от количество и вид медицински специалисти, без да е поставено условие за игнориране на непознати модели от страна членка на ЕС.

На практика с решението за преустановяване обучението на фелдшери държавата отсъжда отмираща функция на професията и предопределя постепенно извеждане от системата на здравеопазване на цяла професионална гилдия във време на нарастващ дефицит на медицински кадри.

Законодателно регламентиране на професионалната дейност и статут на професионалисти по здравни грижи фелдшерите получават през 2011 г. с Наредба №1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

Наредбата законодателно регламентира правото на фелдшерите на медицинска дейност и изписване на медикаменти при определени условия, което отличава кадрите от останалите професии в направление „Здравни грижи“, но много от проблемите на съсловието остават нерешени.

Гласуваната през 2009 г. от Световната Медицинска Асоциация резолюция, тълкуваща делегиране на дейности от лекарските правомощия на други медицински специалисти, демонстрираща ясно процеси, които са световна практика с оглед ефективно използване на лекарския ресурс. Дефицита на медицински кадри като цяло, доказаната успешната реализация на фелдшерите в България през годините като първи помощници и заместници на лекарите, феноменът на продължаващата им необходимост, особено в малките населени места и СМП, опроверга всички доводи за амортизация на професията. Понастоящем кадрите с тази професионална квалификация продължават да дават своя принос в Здравната служба на страната. Практикуват във всички структури на извънболничната и болнична помощ – училищно здравеопазване, като алтернатива на училищните лекари, диагностични и консултативни медицински центрове, ведомствени здравни служби, в лечебните заведения в местата за лишаване от свобода. По традиция най-голяма остава числеността на фелдшерите работещи в спешна помощ и първичните здравни грижи.

Здравните мениджъри в България са наясно колко приложими като професионалисти са фелдшерите в Първичната здравна помощ, особено в отдалечените и непривлекателни за общопрактикуващите лекари райони. Фелдшерите, като професионалисти съчетаващи компетенции на сестринския профил със задълбочени познания по всички основни медицински дисциплини са подходящи за осигуряване на комплексна грижа на пациентите. Специфичната квалификация и професионален опит ги определя като подходящи специалисти за екипна дейност с ОПЛ. Особено за лекарски практики, в които листата включва пациенти от различни населени места.

Работили преди здравната реформа в селата, които сега обслужват с ОПЛ, фелдшерите се ползват с доверието на пациентите, изградено с коректна и професионална дейност през годините. Това при сегашните условия се

отразява благоприятно върху организацията и качеството на работа на лекарската практика.

Актуален и в очакване на законодателно решение остава въпросът за обслужване на населението от малките и отдалечени от градовете селища, без регистрирани в тях лекарски практики, с последваща от това невъзможност за професионална дейност на фелдшери и ограничено право на гражданите на достъп до първична медицинска помощ.

Числеността на фелдшерите повлияна от:

- непрекъснато реформиращо се здравеопазване в България;
- политическото решение за преустановяване обучението на кадрите от 1999 г;
- статута на специалисти по здравни грижи с членство от 2005 г. в БАПЗГ като „асоциирани специалисти“, в съответствие със ЗСОМСАМС;
- настоящата нормативна рамка за професионална дейност;
- редуцираните във времето длъжности за професионална дейност на кадрите и ограничени възможности за продължаващо обучение и кариерно развитие

е представена с фиг. 1 и табл. №14

Фиг. 1 изобразява числеността на фелдшерите работещи в здравеопазването през периода 1980 - 2015 г., по данни на НСИ, НЦЗИ.

Табл. №14 представя числеността на фелдшерите в национален мащаб по официална информация от НСИ, НЦЗИ (за практикуващи) и НЕПР на БАПЗГ (за регистрирани) към 20.05.2017 г.

Табл. №14

Год.	**Брой практикуващи по данни на НСИ**	**Брой регистрирани фелдшери в НЕПР на БАПЗГ**	**Разлика в данните**
2006	2568	2115	453
2007	2660	2553	107
2008	2508	2794	286
2009	2534	2898	364
2010	2417	2964	547
2011	2439	3091	652
2012	2456	3191	735
2013	не открити данни	3230	
2014	2569	3338	769
2015	2315	3388	1073
2016	2255	3595	1340
Към 20.05.2017г.	Към датата няма публично предоставена информация	3618	

Забележка: Броят на фелдшерите по данни на НЕПР показва всички регистрирани на съответната година, но не отчита членство – редовно или нередовно.

По данни на НЕПР съотношението на регистрираните към 20.05.2017 г. фелдшери по признак „пол“ е: 1578 мъже и 2040 жени.

Нарастващата численост на фелдшерите по години в съответствие с данните от НЕПР на БАПЗГ е резултат от активната екипна дейност на ръководството на съсловната организация и РЗИ по регистриране на кадрите в професионалната организация съгласно ЗСОМСАМС.

Несъответствието между данните на НСИ и тези от НЕПР за съсловие „фелдшери“ е показателно за отсъствие на яснота по отношение реалната численост на кадрите в системата. Този факт се потвърждава и с информацията предоставена от БАПЗГ на МС по повод промени в Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти за задължително продължаващо медицинско обучение и отразяване на професионалното развитие в квалификационни нива, където съгласно регистъра на БАПЗГ за численост на професионалистите по професионална квалификация броят на фелдшерите за 2016 г. е отбелязан като 1912. [48]

Изводи:

1. През възстановителния период на здравеопазването, условно определен от изследователите по история на медицината като първи след Втората световна война, числеността на фелдшерите намалява независимо от приноса им в общественото здравеопазване.
2. Утвърждаването на участъковия принцип на обслужване на населението, отрежда активна роля на кадрите с професионална квалификация „фелдшер“ в общественото здравеопазване. Квалификационната характеристика на фелдшерите, позволяваща им определена автономна професионална дейност ги определя като

професионалисти подходящи за работа в различни структури с приоритетна дейност в Първична медицинска помощ и реализация на професионална дейност във ФЗП и СЗС.

3. В резултат на законодателни промени в условията на реорганизация в системата на здравеопазване в България фелдшерите практикуват професията, след старта на здравната реформа, без ясни правила и легитимност на отговорностите. В условията на несигурност и професионални предизвикателства възниква демотивация с последващ отлив на фелдшери от системата.
4. През 2011 г. фелдшерите получават законодателно регламентиране на професионалната дейност и статут на професионалисти по здравни грижи, но много от проблемите на съсловието остават нерешени.

Обобщение: Формулираните изводи на базата на резултатите от историческото проучване са основание да потвърдим първата работна хипотеза – фелдшерите са приложим трудов ресурс в системата на здравеопазване в България не само в кризисни периоди.

2.3 Професионална дейност и компетенции на медицинските фелдшери: актуална нормативна рамка

В медицинската йерархия професия „Фелдшер“ стои между професиите на лекарите и медицинските сестри, поради специфичната квалификация на кадрите. Преминали тригодишен курс на обучение (след завършено средно образование) по медицински модел различен от този на лекарите, професионалистите получават различна образователно-квалификационна степен (ОКС) през годините – средно специално, полувисше образование, специалист по професионална квалификация „Фелдшер“.

В съответствие с настоящето законодателство фелдшерите имат ОКС „професионален бакалавър“ – чл.42, ал.1, т.1, буква „а“ от Закона за висшето образование. (ЗВО) [45]

Законодателството урежда различията в ОКС с:

Преходни и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗВО (ДВ бр.41 от 2007г.);

§ 32. (2) *Лицата, придобили образователно-квалификационна степен” специалист по...” до влизането в сила на този закон, имат правата на лицата, придобили образователно-квалификационна степен ”бакалавър” по чл.42, ал.1, т.1, буква “а”;*

(3) *Лицата по § 5 от преходните и заключителните разпоредби имат правата на лицата, придобили образователно-квалификационна степен ”бакалавър” по чл.42, ал.1, т.1, буква “а”;*

Преходни и заключителни разпоредби

§ 5. *Дипломи за полувисше образование, издадени от полувисши институти до влизането на този закон в сила, дават правата на завършили образователна степен “специалист по...”*

Професионалните дейности, които фелдшерите могат да реализират самостоятелно или по назначение от лекар, са нормативно регламентирани в раздел IV на Наредба №1 от 08.02.2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. [67]

Фелдшерите извършват самостоятелно дейностите упоменати в чл.7 от наредбата, като единствено те след лекарите имат право на самостоятелна медицинска и лечебна дейност. Притежават компетентност за реализиране на различни по обем и сложност дейности в областта на профилактиката, диагностиката, терапията и рехабилитацията на пациентите.

Чл. 7, т.3 буква „а“ (Изм. ДВ., бр.50 от 2011 г.) *подготовка и извършване на долекарски преглед в лечебно заведение за извънболнична помощ, в център за спешна медицинска помощ, както и в местата за лишаване от свобода и системата на Министерството на вътрешните работи, в случаите, когато пациентът не може да бъде прегледан от лекар, чрез снемане на анамнеза, статус (чрез физикални методи на изследване – оглед, палпация, перкусия и аускултация), поставяне на предварителна (работна) диагноза на базата на симптоматиката, обективното състояние и лабораторните изследвания на болния; не се допуска самостоятелен преглед и назначение на лечение на деца до 3-годишна възраст освен при състояния, пряко застрашаващи живота на детето*. [67]

Чл.7, т.3, буква „б”

Предписване на разрешени за употреба в страната лекарствени продукти и издаване на рецепти с изключение на тези от приложение № 1 на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Обн. ДВ., бр.21 от 2009 г., изм., бр. 91 от 2009 г.) *само при сключен договор с лечебно заведение*. [67]

Чл.7, т.3, буква „г” определя правото на интерпретиране на рутинни изследвания;

Чл.7, т.3, буква „у“ – *разпознаване на промени в електрокардиограма, налагащи оказване на спешна медицинска помощ;*

Чл.7, т.6, буква „з“ (Изм. ДВ., бр. 50 от 2011 г.) *извършване на първична реанимация – непряк сърдечен масаж, дефибрилация и изкуствена вентилация;*

Чл.7, т.6, буква „и“ - *поддържане на жизнените функции на пациента при състояния, застрашаващи живота по време на транспортиране*.

Чл.7, т.6, буква „л“ (Нова – ДВ., бр.50 от 2011 г.) *изписване, извършване на инфузионна терапия, прилагане на антиаритмични, кардиотропни*

лекарствени продукти и кортикостероиди при състояния, налагащи оказване на спешна медицинска помощ. (СМП).

Чл.8 от наредбата регламентира дейностите, които фелдшерите извършват по лекарско назначение.

Професионалните дейности по Наредба №1 – правомощия на фелдшерите - са ясно конституирани и определени като познавателни, аналитико-синтетични и технически. Реализират се в различни по обем и сложност медицински и здравни дейности по профилактика, диагностика, терапия, рехабилитация на пациенти, осигуряващи пълна грижа за пациента при остри и хронични страдания предимно в извънболничната помощ. Отличават се от компетенциите на другите професии в направление „Здравни грижи“ с възможността фелдшерите да извършват самостоятелна диагностично-консултативна и терапевтична дейност в рамките на определената компетентност.

В Националния класификатор на професиите и длъжностите (НКПД) под код 2240, в групата „Парамедицински специалисти“ до 2011 г. фигурира единствено професия „Фелдшер“. С влезлите промени в НКПД-2011 от 01.01.2017 г. (Заповед № РД01-931/27.12.2010) в групата е включена и професия “Лекарски асистент“. Квалификацията „парамедицински“ не съответства на специфичната подготовка на кадрите, но наименованието е прието под влияние на ISCO-08 (International Standard Classification of Occupations), Международната стандартизирана класификация на професиите в практиката на Република България.

Професия „Фелдшер“ е различна от професия „Парамедик“, която не фигурира в НКПД и независимо от така определеното наименование на групата описаните дейности, които фелдшерите имат право да извършват, отговарят на регламентираните с Наредба № 1 от 2011г.

НКПД 2240 Парамедицински специалисти

Парамедицинските специалисти предоставят услуги по консултиране, диагностика, лечение и превенция на хора, които са по-ограничени по отношение на обхват и сложност от услугите на лекарите. Те работят самостоятелно или под ограничено наблюдение на лекари като прилагат модерни клинични процедури за лечение и превенция на болести, наранявания и други физически или умствени болести, които са присъщи на конкретни общности. Парамедицинските специалисти изпълняват следните основни задачи:

- *извършват физикални прегледи на пациенти и разговарят с тях и техните семейства, за да определят здравния им статус и записват тази информация;*
- *извършват основни медицински и оперативни процедури, включително назначават лечение и други превантивни или лечебни мерки, особено за често срещаните заболявания;*
- *назначават диагностични изследвания – рентгенови, електродиаграмни и лабораторни;*
- *извършват терапевтични процедури като инжектиране, имунизиране, обработване, дезинфекциране и превързване на рани;*
- *помагат на лекари при сложни хирургически процедури;* [78]

Професия "Фелдшер" е включена в регистъра на регулираните професии в България – потвърждение на значимостта ѝ за живота и здравето на хората, в съответствие с определението за регулирана професия. [205]

Фелдшерите практикуват в страната в съответствие със ЗЗ, Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ЗСОМСААМС), Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ).

Чл. 183 (ЗЗ)

(1) (Изм. ДВ., бр.85 от 2005 г., в сила от 25.10.2005г., изм. ДВ., бр.41 от 2009г., в сила от 02.06.2009 г.)

Медицинската професия се упражнява от лица, притежаващи диплома за завършено висше образование по специалности от професионални направления „Медицина“, „Дентална медицина“, „Фармация“ и „Здравни грижи“.

(4) (Ново ДВ., бр. 85 от 2005 г., в сила от 25.10.2005 г.)

Медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти упражняват медицинската професия при условията на глава втора от Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, (ЗСОМСААМС).

Чл.190 (ЗЗ)

(1) *Лицата, упражняващи медицинска професия, имат право на свобода на действия и решения съобразно своята професионална квалификация, медицинските стандарти и медицинска етика.*

Чл.4, глава втора от ЗСОМСААМС (Обн. ДВ., бр.46 от 03.06.2005 г.)

Медицинска сестра, акушерка или асоцииран медицински специалист може да упражнява професията си на територията на Република България, ако отговаря на изискванията на глава втора и е вписан в регистъра на на регионалната колегия на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ), на територията на която упражнява дейността си.

Осемнадесет години след преустановеното обучение на фелдшери, реалната ситуация в здравеопазването показа, че и днес фелдшерите са нужни като доставчици на медицински услуги. Те продължават да дават своя принос в Здравната служба на страната. Практикуват във всички структури на извънболничната и болнична помощ, в съответствие с квалификационната характеристика:

- В Центровете и филиали на спешна и неотложна медицинска помощ;
- В Първична извънболнична медицинска помощ;

- Специализираната извънболнична медицинска помощ (ДКЦ и МЦ)
- Специализирани диспансери;
- Центрове за трансфузионна хематология;
- Домове за медико-социални грижи за възрастни хора и деца с и без физически увреждания;
- В РЗИ;
- Училищно и детско здравеопазване;
- Хосписи и структури за палиативни грижи;
- Кризисни центрове;
- Служби по трудова медицина;
- Ведомствени здравни служби;
- Здравно-осигурителни фондове и организации;
- В структурите на БЧК;
- В областта на транспорта - за предпътни прегледи на шофьори и машинисти.

След старта на здравната реформа в България фелдшерите работят в Първичната медицинска помощ, наети от Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) по:

Чл. 13 (3) от (ЗЛЗ), (ДВ., бл.76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.)

Лицата по ал.1 и 2 могат да наемат и други лица съобразно нуждите и обема на лечебната дейност; и

Чл. 15 *Лицата по чл. 13 и чл. 14, ал. 1 могат да сключват договори за изпълнение на медицинска дейност с фелдшери и медицински сестри (акушерки), които работят и в друго населено място*.

В училищно и детско здравеопазване фелдшерите със специфичната квалификация са алтернатива на училищните лекари. В съответствие с настоящото законодателство, дейността на медицинските специалисти в училищно и детско здравеопазване е в направление профилактика и

промоция на здраве, но през последните години все по-актуален става проблемът с нарастващата травматична патология. В ситуация на спешност своевременната и адекватна реакция е изключително важна. В този смисъл училищните и детските здравни кабинети са подходящи работни места за фелдшери, като професионалисти подготвени по медицински модел с възможност за оценка на реалната ситуация и оказване на първа долекарска помощ до пристигане на екип от ЦСМП.

Статутът на кабинетите и дейността на професионалистите регламентира Наредба № 3/27.04.2000 г. на МЗ (Обн. ДВ., бр.83)

Чл.3 (1) *Към детските заведения и училищата се организират здравни кабинети. Дейността на здравните кабинети се осъществява от медицинска сестра или фелдшер с образователно-квалификационна степен специалист или бакалавър.*

Чл.4 *Дейността на здравния кабинет може да се осъществява и от лекар, медицинска сестра или фелдшер от амбулатория за първична медицинска помощ.*

С политика отреждаща „отмираща функция“ на професия „Фелдшер“, числеността на кадрите ще намалява с времето. С обучението на „Лекарски асистенти“, като последователи и първоприемници на фелдшерите, ще настъпят промени в законодателството поради предстоящото включване на лекарските асистенти в здравната система. В някои законодателни текстове тази промяна вече е факт – професия „Фелдшер“ е заменена с професия „Лекарски асистент“.

Настоящото законодателство осигурява възможност на фелдшерите да извървят до край своя професионален път.

§ 2в от преходните и заключителни разпоредби на ЗЗ (ДВ., бр.98 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.)

(1) *Фелдшерите, които имат права по **§ 32, ал.2 и 3** от преходните и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение (ЗИД) на*

ЗВО (ДВ., бр.41 от 2007 г.), да се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл.42, ал.1, т.1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от две години през последните 10 години.

(2) *Фелдшерите, които имат права по* ***§ 3****от преходните и заключителни разпоредби на ЗСОМСААМС, се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл.42, ал.1, т.1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от три години през последните 10 години.*

С § 2в, ал.1 и 2 статутът на заварените случаи на практикуващи фелдшери е приравнен със статута на лекарските асистенти по отношение възможности за практикуване.

Съгласно Наредба №1 за придобиване на специалност в системата на здравеопазване (обн. ДВ, бр.7 от 27.04.2015г.), лицата с професионална квалификация “Фелдшер” могат да специализират по следните клинични и неклинични специалности:

- Клинични специалности: Спешна медицинска помощ; Първични здравни грижи; Педиатрични здравни грижи, Гериатрични здравни грижи; Психиатрични здравни грижи; Апаратно поддържане на извънтелесно кръвообращение; Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания и
- Неклинични специалности: Обществено здравеопазване.

Възможността на фелдшерите за специализация и придобиване на специалност в системата на здравеопазване определя и кодираните в НКПД квалификации:

Код 2240 / **3001** Фелдшер;

2240/ **3002** Фелдшер, специализант

2240/ **3003** Фелдшер със специалност в системата на здравеопазване. [78]

Със старта на здравната реформа и подписването от българска страна на Директива 2005/36/ЕО, в българските институции се пораждат различни тълкувания по въпроса за практикуване на фелдшерската професия и свободен избор на фелдшерите за съсловно сдружаване. В търсене на правилното тълкувание на спорните въпроси с помощта на политическо представителство до европейската комисия е изпратено запитване с конкретно формулирани въпроси:

„1. Счита ли Комисията, че съществуват европейски регулации, които да са приложими за дейността и статута на лекарския асистент или това е предмет на вътрешно национално законодателство?

2. Смята ли Комисията да въведе на общностно ниво правила, които да регламентират статута и дейността на лекарските асистенти на територията на Съюза?

3. Има ли правни пречки лекарските асистенти да се сдружават свободно в съсловна организация, която да ги представлява ? [103]

Отговорът на г-жа Bienkowska от името на Европейската комисия (писмо от 12 август 2015 г.) потвърждава правото на българските професионалисти за работа в страни членки на ЕС, в които професията е регламентирана. [98]

В него се казва:

„Регламентирането на професиите и на професионалната дейност попада в сферата на компетентност на държавите членки. Всяка държава членка може да реши, в рамките на правото на Съюза, дали и по какъв начин да регламентира дадена професия/ професионална дейност. (1) Изискванията за минимално равнище на квалификация са хармонизирани на равнище ЕС по отношение на определен брой професии (2), като професията на лекарските асистенти не е сред тях.

С Директива 2005/36/ЕО (3) се улеснява признаването на квалификация, придобита в друга държава - членка на ЕС, в случаите, когато дадена професия е регламентирана (4) в дадена приемаща държава членка.

По отношение на лицата, притежаващи българската квалификация „фелдшер-лекарски асистент“, които кандидатстват за достъп до регламентирана в друга държава членка професия (5), се прилага т.нар. обща система за признаване (6) съгласно същата директива .“ [98]

В отговор на твърдението, че самостоятелното съсловно сдружаване нарушава европейското законодателство в писмото се казва:

„*Съгласно законодателството на ЕС такива правни пречки не съществуват“*. [98]

Справка с отношение към текста отговор на ЕК:

(1) Например, по какъв начин да се регламентира равнището и съдържанието на необходимата за упражняването на професията квалификация, дали да се направи задължително членство в професионална организация и др.

(2) С Директива 2005/36/ЕО се хармонизират изискванията за минимално равнище на професионална квалификация само за лекари, медицински сестри с общ профил, лекари по дентална медицина, фармацевти, акушерки, ветеринарни лекари и архитекти. Тези професии са обхванати от режима на автоматично признаване съгласно дял III, глава III от Директива 2005/36/ЕО

(3) Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005 г. относно признаването на професионалните квалификации, ОВ L 255, 30.9.2005 г., изменена с Директива 2013/55/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 20 ноември 2013 г. за изменение на Директива 2005/36/ЕО относно признаването на професионалните квалификации и на Регламент (ЕС) № 1024/2012 относно административно сътрудничество посредством Информационната система за вътрешния пазар („Регламент за ИСВП“), ОВ L 354, 28.12.2013 г.

(4) По смисъла на член 3, параграф 1, буква а) от Директива 2005/36/ЕО

(5) В съответствие с член 23а от Директива 2005/36/ЕО, въпреки че някои притежатели на българската квалификация „ фелдшер-лекарски асистент“ е разрешено да продължат да упражняват тази професия, те нямат право на професионално признаване в други държави членки като лекари или медицински сестри общ профил.

(6) Съгласно дял III, глава III от Директива 2005/36/ЕО [98]

Обобщение:

От представената нормативна рамка е видно, че към момента в България е налице законова уредба регламентираща професионалната дейност и компетенции на кадрите с професионална квалификация “Фелдшер” и специализацията им в системата на здравеопазване в България в областта на здравните грижи.

II. Емпирично социологическо проучване на професионалния път, реализация, обучение и удовлетвореност на фелдшерите през погледа на практикуващите в условията на реформиращо се здравеопазване кадри

Резултати и дискусия

Социално-демографски характеристики на медицинските фелдшери в област Стара Загора

Брой на практикуващите фелдшери

По официално изискана и официално предоставена информация на РЗИ от гр. Стара Загора на територията на област Стара Загора по време на проведеното изследване (юли – октомври 2016 г.) на длъжност „фелдшер“ практикуват 110 професионалисти.

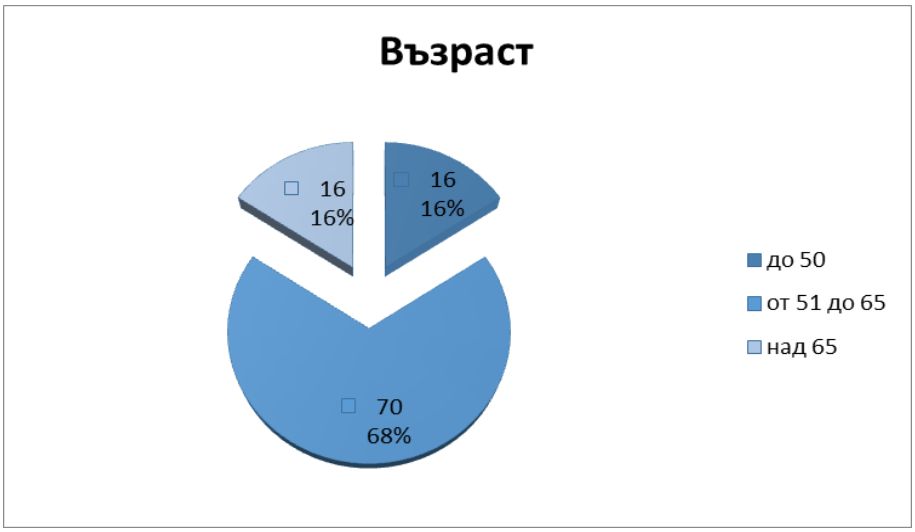
Преустановеното обучение на фелдшери с последващо излизане на кадрите от системата формира тенденция на намаляване числеността на работещите медицинските фелдшери в област Стара Загора, което следва тенденцията в национален мащаб по отношение численост на кадрите с тази професионална квалификация. В потвърждение на този факт са данните от Националния Статестически Институт (НСИ) – от 6885 фелдшери през 1995 г. числеността им достига до 3 158 през 2000 г. Очертава се тенденция на изчезване на фелдшерите от здравната система във време на цялостен дефицит на здравни кадри в България.

Възраст

Населението застарява, застарява и работната сила. Възрастовата характеристика на практикуващите в област Стара Загора фелдшери, като изследвана група следва тази тенденция.

Работещите професионалисти в областта на възраст до 50 г. са 16 (16%), над 65 г. също са 16 (16%). С най-голям брой 70 и относителен дял (68%) са фелдшерите от възрастовата група 50 - 65 год., фиг. 2

Средната възраст на практикуващите в област Стара Загора фелдшери, към момента на проучването е 58,5 год., като най-младият фелдшер е на 44 год., а най-възрастният - на 79 год.



Фиг. 2 Възраст на респондентите

Фиг. 3 Резпределение на респондентите по възраст

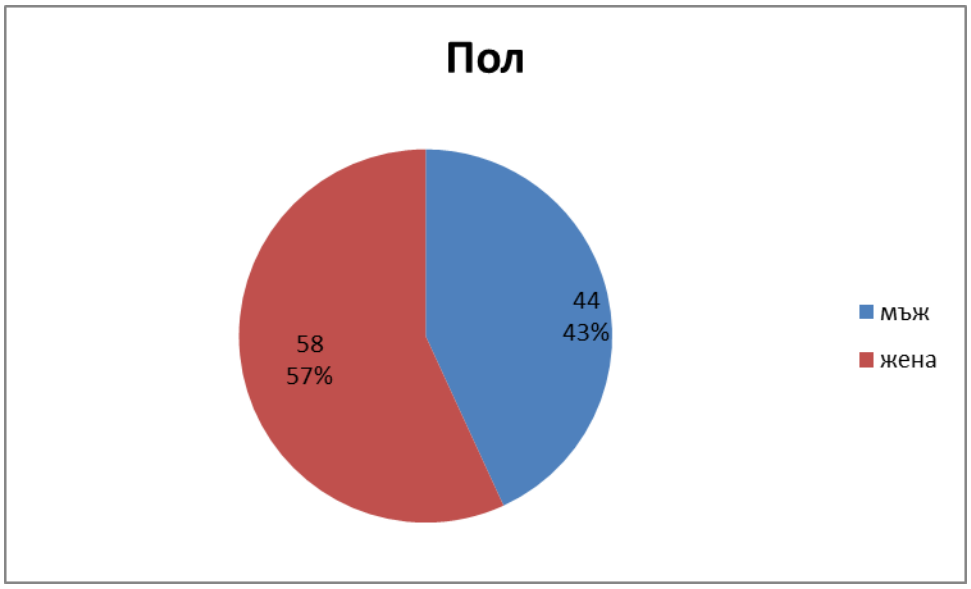
x ср. ***58.5***
SD ***7.2***

Разпределение на кадрите по пол

Присъствието на жените сред работещите в здравеопазването е значително. В нашето изследване жените практикуващи фелдшери също са повече от мъжете – 58 (57%) жени спрямо 44 (43%) мъже. (фиг. 4)

Приемаме, че отношение към разпределението по пол може да има ѝ напускането на професията и замяната и с друга трудова дейност при

мъжете, вероятно свързано с традиционно възприеманата роля на мъжа в семейството и неговата отговорност за осигуряване на финансовата му стабилност.



Фиг. 4 Разпределение на професионалистите по пол

Към момента на проучването 93-ма (91%) от професионалистите живеят в градове. Само 9 (9 %) са живеещи на село.(фиг.5)

Фиг. 5 Разпределение на респондентите по местоживеене

Фелдшерите, работещи в населеното място, в което живеят са 72-ма (71%), а 30 (29%) реализират професионална дейност в селище различно от местоживеенето. (фиг. 6)

Фиг. 6 Работно място относно местоживеене

74-ма от професионалистите (72%) практикуват в селища с над 5000 жители, което е обяснимо със структурите на заетост на професионалистите – УДЗ, МЦ, ЦСМП, локализирани в по-големите селища.

22-ма (22%) са фелдшерите, работещи в селища с жители до 5 000 души, с месторабота предимно във Филиалите на СМП.

Относителният дял на професионалистите, обслужващи пациенти в населени места до 800 жители е 6% (6-ма). (фиг.7)

Фиг. 7 Брой жители в селището на месторабота

Месторабота

Фелдшерите практикуват в различни лечебни и здравни заведения, както следва:

- **Заведения с предимно диагностично-лечебна дейност:**
  - Спешна медицинска помощ: 36 професионалисти (36%)
  - Първична извънболнична медицинска помощ с общопрактикуващи лекари (ПИМП с ОПЛ): 20 (20%)
  - Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) - Диагностично-консултативни центрове, Медицински центрове: 2-ма (2 %)
  - други лечебни заведения:

Държавна психиатрична болница (ДПБ) “д-р Георги Кисьов“ гр. Раднево – 10 професионалисти (10%), Хоспис „Лек“ гр. Стара Загора – 1 (1%), Ведомствена здравна служба към МВР гр. Стара Загора – 1 фелдшер (1%)

- **Здравни заведения с профилактична, промотивна и контролна дейност:**

- училищни здравни кабинети, кабинети в детски заведения (детски градини и детски ясли): 25 фелдшери (24 %)
- Регионална Здравна Инспекция (РЗИ): 7 (6%), (фиг.8; фиг.9)

Фиг. 8 Заетост на фелдшерите в съответствие с типа дейност

Фиг. 9 Структурите и броя на работещите в тях фелдшери в област Стара Загора към момента на проучване, юли-ноември 2016 г.

Фелдшерите, като категория здравни професионалисти, извършват дейности съобразно професионалната компетентност. С познания по клиничните дисциплини, позволяващи практикуване на рутинни медицински дейности, кадрите са подходящи за екипна и самостоятелна

работа, което ги утвърждава във времето като най-близо стоящи в медицинската йерархия до лекарите. Професионалистите имат делегирани определени дейности - за консултиране, диагностициране, лечение и изписване на определени медикаменти, нормативно регламентирани с квалификационна характеристика до 2011 г. и Наредба №1 за професионалните дейности от 2011 г., които фелдшерите могат да извършват самостоятелно в съответствие с чл.7 или по назначение от лекар, чл.8. от наредбата.

С реализирането на нормативно дефинираните медицински дейности, моделът „фелдшер“ осигурява практически възможността на лекарите за насочване на професионалния им капацитет към клинични случаи изискващи по-високо ниво на компетентност по отношение диагностичен и лечебен процес. Този подход на ефективно използване на квалифициран лекарски труд, в условията на нарастващ дефицит и неравномерно териториално разпределение на специалисти, определя фелдшерите като икономически рентабилен за здравната система трудов ресурс. Ресурс, удачен за покриване на здравните потребности на населението от малки и отдалечени от градовете населени места, в отсъствие на лекар, при спазване изискването за работа „под надзор“ чрез осъществяване при необходимост на комуникация с лекар, с помощта на различни технически възможности предоставени от съвременните технологии.

Заетостта на фелдшерите в спешна медицинска помощ (СМП) е традиционна. Функциониращата в момента система е резултат на осъществен проект за преструктуриране на съществуващата до 1994 г. структура за „Бърза и неотложна медицинска помощ”. В ЦСМП фелдшерите влизат в състава на реанимационните и лекарски екипи, съставени от лекар, фелдшер, медицинска сестра и шофьор. Заедно с шофьорите на линейки, понякога и с медицинска сестра, формират т.н. долекарски екипи, които са преобладаващи във ФСМП в градовете Казанлък, Чирпан, Павел баня,

Мъглиж, Раднево, Гълъбово, осигуряващи спешна медицинска помощ на населението от изброените градове и околните на общините селища. В условията на дефицит и текучество на лекарски кадри в спешната помощ, фелдшерите са подходяща алтернатива за подобряване достъпа на жителите от малките селища до спешна медицинска помощ. Основното им предимство е аналитико-синтетичната компетентност за диагностициране и терапия, съпътствана с практически умения и професионален опит, определяща способността на кадрите за бърза и точна оценка в тежки ситуации на терен.

С дейността в Районната координационна централа, фелдшерите имат принос в приема, „триажа“ и предаването за изпълнение на мобилните екипи на спешни повиквания постъпили в центъра.

Преобладаващата заетост в област Стара Загора на професионалистите в спешна помощ съответства по данни на НСИ със заетостта на кадрите в структурата в национален мащаб. Към 01.01.2014 г. броят на работещите в спешна медицинска помощ в страната е 6 380 души, от които 1457 лекари, 2167 фелдшери, 485 други медицински специалисти и 2271 шофьори. Данните за възрастова структура по категория персонал показва, че най-влошена е възрастовата структура на фелдшерите, с логично последващо в идните години освобождаване на работни места.

Работещите в училищно и детско здравеопазване (УДЗ) в област Стара Загора фелдшери, обслужващи ученици и деца в училищните и детските здравни кабинети, са 25 в момента на проучването. Съгласно Наредба №3 от 27.04.2000 г. на МЗ, осигуряват първа помощ на пострадали и обслужват спешни състояния до идване на екип от спешен център. Дейността в съответствие със статута на кабинета е „Профилактика и промоция на здраве“. Професионалистите оценяват физическата дееспособност на децата от учебните и детски заведения (детски градини и детски ясли) на базата на предоставената им от общопрактикуващите лекари информация за

физическо развитие и здравословен статус на децата. Проследяват и отразяват в журнали имунизационните данни, необходими за противоепидемичната дейност, реализират здравно-възпитателни и образователни дейности.

Проблемът с растящата в учебните заведения през последните години травматична патология става все по-актуален. В ситуация на спешност своевременната и адекватна реакция е изключително важна. Оценката „дали“ и „кога“ да се потърси съдействие от екип на СМП изисква познания по клиничните дисциплини и адекватни решения, носещи със себе си съответните отговорности, особено за учебните институции, териториално отдалечени от центровете и филиалите на СМП. Това определя работещите в УДЗ фелдшери като удачна алтернатива на училищните лекари. Назначаването им на работа е в съответствие с чл.3 (1) и чл.4 от Наредба №3, цитирана по-горе.

В България мястото на фелдшерите в първичната здравна помощ, особено в отдалечените и непривлекателни за ОПЛ райони, е традиционно. Фелдшерите са практични, гъвкави, съчетават компетенции на сестринския профил със задълбочени познания по всички основни медицински дисциплини. С познанията по хигиена и епидемиология могат да наблюдават обекти от комуналната хигиена, да проучват епидемиологични огнища и ограничат разпространението на инфекциозни заболявания. Като прибавим към това, че фелдшерът често работи и живее в едно и също населено място, обяснимо е, че като пряк извършител на медицинска помощ познава заболеваемостта, проблемите на възрастните хора и тези с хронични заболявания. Реална е възможността той да се погрижи за общественото здраве в малкото населено място и осигури непрекъснатост в обслужването на пациентите.

Предпочитанията на общопрактикуващите лекари за екипна работа са към фелдшерите (независимо от възрастта им) местни жители за селището, от което лекарите имат пациенти в листата и обзаведена амбулатория.

При проучването, от фелдшерите-респонденти стана ясно, че при ангажирането им за работа в ПИМП, в малки, понякога отдалечени от градовете и непревликателни населени места, общопрактикуващите лекари, като работодатели, се водят в предпочитанието за екипна дейност с тях от следните обстоятелства:

- Имат регистрирана практика в града, като обслужването на жителите в малкото населено място, в по-голяма част от работното време, се осъществява от фелдшера;
- В случаите, когато фелдшерът е местен жител, осигурява двадесет и четири часово обслужване на пациентите;
- Наетият от ОПЛ фелдшер е спомогнал за формиране на пациентската листа, като местен жител, който пациентите познават. Изграденото доверие между него и пациентите от селището в качеството на професионалист осигурявал медицинското обслужване във ФЗП преди реформата, гарантира позитиви на лекарската практика при новите условия на работа, особено за контингента пациенти от ромския етнос.

Това обяснява обстоятелството, че в област Стара Загора от официално регистрираните в НЗОК 20 лекарски практики, в които са наети на работа фелдшери, в единадесет от тях фелдшерите работят в амбулатории на село, в някои случаи обслужвайки по няколко села.

След структурните промени и нови организационни условия в ПИМП, при които фелдшерите са професионалисти, наети на работа от ОПЛ, практикуването им е невъзможно там, където няма регистрирани лекарски практики. Проблемът има отношение не само към професионалната дейност на фелдшерите, но и пряко засяга населението от малките и

непривлекателни селища по отношение осигуряване с първична медицинска помощ.

Независимо от стимулите, които НЗОК осигурява на общопрактикуващите лекари за откриване на практики в неблагоприятни райони, нерегистрирането на лекарски практики е показателно за нежеланието на ОПЛ-ри за работа по тези места. В анализа на резултатите от емпирично социологическо изследване на Парашкевова-Симеонова проведено през 2012 г. сред ОПЛ в област Стара Загора, проблемът се посочва като изключително тревожен. Изследователката констатира тенденцията за стремеж на лекарите от селските практики към работа в града. В своя анализ тя изразява мнение, че в бъдеще малките населени места ще останат без амбулатории на ПИМП. Като пример посочва община Раднево, в която към момента на проведеното изследване (юли – декември 2012 г.) няма нито една селска практика, независимо от големия процент население в селата – „Всички ОПЛ са концентрирали своите амбулатории в общинския град, а съществуващите до преди няколко години селски амбулатории са закрити“. [93]

Въпросът за осигуряването на населението от малките населени места с ПЗП, в отсъствието на лекарски практики, е изключително актуален и отсъствието на нормативни решения крие риск по отношение цялостното функциониране на здравната система. В такива условия, фелдшерите и техните последователи, лекарските асистенти, могат да бъдат алтернативно решение, което е въпрос на нормативни регламенти, които на този етап законодателните институции не реализират.

Проблемът, съществуващ и в други страни, е намерил законодателно решение. Например в САЩ лекарски асистенти обслужват здравно неосигурени лица и населението в отдалечени райони и малки населени места. Проучванията доказват, че резултатите от дейността им са добри, а обслужваните пациенти – доволни от предоставената помощ. [139, 153, 204]

Работещите в Регионална Здравна Инспекция (РЗИ) гр. Стара Загора фелдшери (7 на брой към момента на проучването) се реализират като професионалисти с контролни правомощия по отношение на професионалните ангажименти:

- В отдел епидемиология – оценка на организацията и провеждането на противоепидемичната дейност в лечебни и здравни заведения, проучване на източници на зараза и инфекциозно болни, профилактична и имунизационна дейност на деца и възрастни – като професионална отговорност на ОПЛ.;
- В отдел хигиена – оценка състоянието на хранителни обекти и откриване на нови в съответствие с утвърдените изисквания.

Началото на XXI-ви век в България се бележи от организационни промени в здравеопазването, осезаеми за кадрите с квалификация „фелдшер“, по отношение възможност за реализация и професионална дейност, съобразно специфичната квалификация.

Предоставените по-горе демографски характеристики на обхванатите в проучването фелдшери са основание да смятаме, че те са извършвали професионална работа, съответна на техните компетенции, преди структурните промени през 2000 г. и вероятно по-голямата част от тях са били в периода на „плато“ в тяхната професионална кариера.

Професионална ангажираност на фелдшерите преди 2000 г.

В отговор на въпроса „*Къде сте работили преди здравната реформа през 2000 г.*“ установяваме:

- 31 фелдшери (31 %) са практикували в Първична медицинска помощ - фелдшерски здравни пунктове (ФЗП) и селски здравни служби (СЗС);
- 23-ма (23 %) в БНМП;
- 14 професионалисти (14 %) в училищно и детско здравеопазване;
- 5-ма (5 %) в работническо здравеопазване;
- 4-ма фелдшери (4 %) в Здравна служба във военно поделение;
- 4-ма (4 %) в Детско поликлинично отделение;
- 3-ма (3%) работещи фелдшери в „Дом за възрастни хора с физически увреждания“ (ДВХФУ);
- 3-ма (3 %) в Държавна психиатрична болница „д-р Георги Кисьов“ (ДПБ), гр. Раднево
- 2-ма (2 %) фелдшери работещи в Транспортна и работническа болница;
- 2-ма (2 %) във ведомствена Здравна служба към МВР;
- 2-ма (2 %) в поликлиника „долекарски кабинет“;
- 2-ма (2 %) в Регионален център по здравеопазване (РЦЗ);
- 2-ма (2 %) в Хигиенно-епидемиологична инспекция (ХЕИ);
- 1 (1 %) фелдшер работещ в Спортен диспансер;
- 1 (1 %) в Работническа поликлиника;
- 1 (1 %) в Медицински център.

Фиг. 10 представя числеността на фелдшерите и професионалната им заетост по структури в системата на здравеопазване.

Фиг. 10 Структури и брой работещи в тях фелдшери преди 2000 г.

Установяваме, че преди 2000 г. специалистите с професионална квалификация „фелдшер“ практикуват предимно в извънболничната помощ. Заетостта им в болничните заведения е ограничена. Единственото болнично лечебно заведение в област Стара Загора с назначени на работа по-голям брой фелдшери е Държавната психиатрична болница „д-р Георги Кисьов“, гр. Раднево.

Преди здравната реформа превес има ангажираността на кадрите в ***Първична медицинска помощ*** – Фелдшерски здравни пунктове (ФЗП) и Селски здравни служби (СЗС). От проучените 102 респонденти, 31 са работили преди 2000 г. в това ниво на здравната служба. Създадената с реформата нова организация на първична медицинска помощ, медицинско обслужване на населението от индивидуални и групови лекарски практики,

променя професионалната съдба на фелдшерите. Работещите до реформата във ФЗП и СЗС кадри остават без работа с тяхното закриване. Общопрактикуващите лекари, като еднолични търговци или мениджъри на групови практики с право съгласно чл.13(3) и чл.15 от ЗЛЗ да *„наемат и други лица съобразно нуждите и обема на лечебната дейност*“, са работодатели и определят заетостта на фелдшерите в Първична медицинска помощ.

Структурните и организационни промени в здравеопазването представляват сериозно предизвикателство и за работещите в УДЗ. Дейността в структурата, от лечебна преди реформата, е променена в профилактична и промотивна, а специалистите изживяват предизвикателството да бъдат отново назначавани на работните места, на които ги е заварила реформата.

Реорганизацията, с последващо закриване на работни места за фелдшери, засяга практикуващите в работническо здравеопазване, в здравните служби към военните поделения, спортен диспансер гр. Стара Загора.

От 1999 г. обучението на фелдшери е преустановено. Обявяването на професията за „безперспективна“ е политическо решение. С тази държавна политика разкриването на нови работни места с длъжност „фелдшер“ след 2000 г. е ограничено.

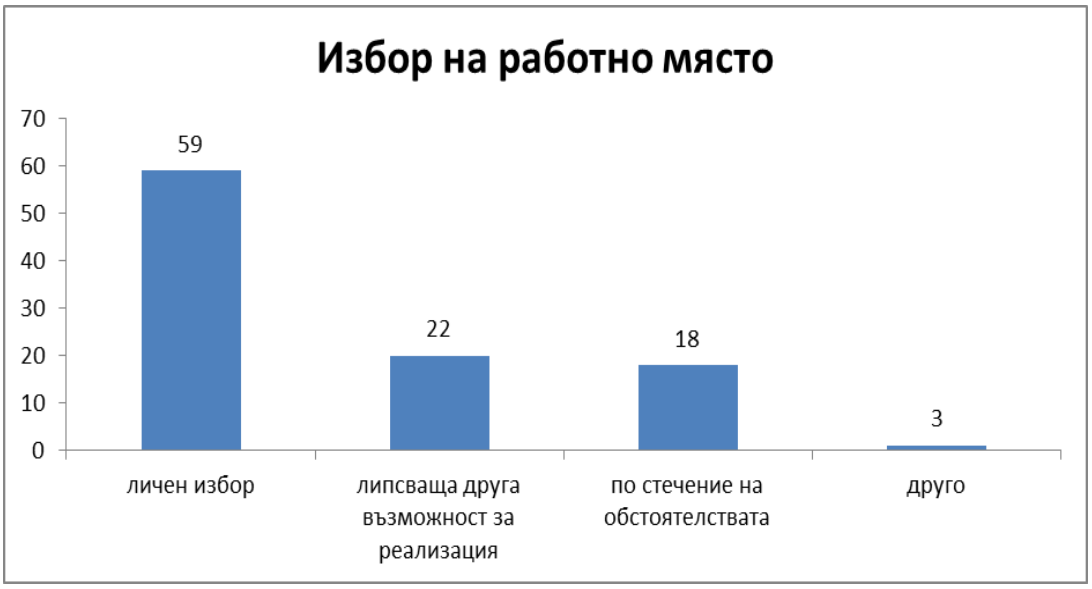
Избор „на настоящо работно място“

Можем да предположим, че преобладаваща част от обхванатите в проучването са преминали през процес на „избор“ на работно място, съответно на структурните промени в здравната система (превантивен, лечебен сектор и система за контрол).

С отговора на въпроса „*Как избрахте настоящето си работно място?“* установяваме:

- 59 респонденти (59 %) са направили „личен избор“;

- 22-ма фелдшери (22%) заемат настоящото си работно място „Поради липсваща друга възможност за реализация“;
- 18 (18%) от фелдшерите са заели длъжността „По стечение на обстоятелствата“;
- 3-ма (3%) фелдшери са на работните си места поради „друго“ обстоятелство: лични причини, трудоустроен поради заболяване, липсваща друга възможност и др.(фиг. 11)



Фиг. 11 Избор на работно място

Работните места на практикуващите са в структурите:

- **С предимно диагностично-лечебна дейност**
  - Спешна медицинска помощ с практикуващи 36 фелдшери (36 %);
  - Първична медицинска помощ с ОПЛ – 20 професионалисти с квалификация „фелдшер“ (20 %);
  - Държавна психиатрична болница „д-р Георги Кисьов“ гр. Раднево – 10 фелдшери (10 %);
  - Специализирана извънболнична медицинска помощ (ДКЦ и МЦ) – 2-ма (2 %);

- Ведомствена Здравна служба към МВР – 1 практикуващ фелдшер (1%);
- Хоспис – 1 фелдшер (1 %).

- **С профилактична, промотивна и контролна дейност**
- Училищно и детско здравеопазване – 25 работещи фелдшери (24 %);
- Регионална Здравна Инспекция – 7 практикуващи (6 %).

Предполагаме, че фелдшерите практикуващи на настоящите работни места, след реализиран „личен избор“ по отношение на тях, са по-удовлетворени от професионалната си работа.

Общ трудов стаж

По отношение общ трудов стаж на практикуващите в област Стара Загора фелдшери установяваме следните резултати:
35 (34%) от работещите фелдшери имат стаж до 30 год.;
47 (46%) – стаж от 31 до 40 год.;
20 (20%) от работещите - над 40 год. стаж - (фиг. 12).
Към момента на проучването най-малкият трудов стаж при практикуващите фелдшери е 24 год., а най-големия - 54 год.

Резултатите за „общ трудов стаж“ дават основание да направим извода, че всички практикуващи в здравната системата фелдшери имат голям професионален опит преди и в хода на здравната реформа в Република България.

Фиг. 12 Професионален стаж като фелдшер

Стаж на настоящо работно място

По отношение стаж на настоящо работно място, в отговор на въпроса „*На това работно място сте от*“, установяваме:

- 28 (27%) от практикуващите професията фелдшери имат професионален стаж на настоящо работно място до 10 г.
- 48 професионалисти (47%) - до 20 год.
- 26 (26%) от професионалистите са със стаж на настоящо работно място над 20 г. – (фиг. 13)

Фиг. 13 Трудов стаж на настоящо работно място

Анализирайки общия трудов стаж и такъв на настоящо работно място, трябва да отбележим, че професионалистите с над 40 г. практика (20% от обхванатите в проучването) работят след навършване на пенсионна възраст според българското законодателство, което предполага предстоящо освобождаване на работни места в системата.

Професионален маршрут на медицинските фелдшери

Професионалният маршрут съответства на възможностите за реализация на фелдшерите в различни структури на здравната система и реално съществуващите работни места преди и след старта на здравната реформа. В индивидуален план е съобразен с личностната мотивация и нагласа на респондентите за професионална реализация, собствената оценка на професионалните качества и възможности.

Проследявайки с проучването многообразието в професионалния път на фелдшерите, обобщаваме професионалния маршрут по следния начин:

- Професионалисти, практикуващи професията на 1 работно място през цялата професионална кариера – 3-ма (3%);
- На две работни места – 35 (34 %)
- Работещи на 3 и повече работни места – 64-ма фелдшери (63%)

Въпроси свързани с обучението и повишаването на квалификация

Съвременното развитие на науката с бързите темпове на приложение на научните открития в практиката изисква подготовка на високо квалифицирани кадри със солидни знания и творчески подход към проблемите. Това е особено важно за практикуването на медицинска професия. В здравните заведения непрекъснато се внедряват нови диагностични и лечебни методи, съвременна апаратура и техника, а това

налага необходимостта от постоянно усъвършенстване на уменията и знанията на професионалистите, тъй като те бързо губят актуалността си. Практикуващите медицински професионалисти се нуждаят от продължаващо обучение или „учене през целия живот“, като гаранция за поддържане ниво на компетентност, в съответствие с иновациите в медицината и променящите се потребности на обслужвания контингент.

До 2001 г. следдипломното обучение на медицинските професионалисти се реализира чрез професионални курсове, семинари, участие в кръгли маси и други учебни форми. Участието в тях е въпрос на лична мотивация и желание на практикуващите за нови знания и формиране на умения, повишаващи професионалната компетентност. Следдипломното обучение е въпрос на лична инициатива и участие, а със създаване на Българската Асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) организирането, контрола и регистрацията на преминали обучение, съответно е функция на съсловната организация.

С резултатите, в съответствие с проучването по въпроса „*Повишавали ли сте квалификацията си?“*, установяваме, че преобладаващата част от фелдшерите от изследваната група – 92-ма (91%) са имали следдипломно обучение с участие в професионални курсове и други учебни форми, което е показателно за интереса и желанието на специалистите за професионално усъвършенстване и развитие. Това се потвърждава и с преминалите университетско обучение за придобиване на по-висока образователно-квалификационна степен (ОКС) - „бакалавър“ и „магистър“ по специалностите: УЗГ, Здравен мениджмънт, Социални дейности, Социална педагогика - 17:

ОКС “бакалавър“ по Управление на здравните грижи – четирима фелдшери;

ОКС „магистър“ по Управление на здравните грижи – един;

ОКС „магистър“ по Здравен мениджмънт - един професионалист;

ОКС „бакалавър“ по Социални дейности - осем фелдшери;

ОКС „магистър“ по Социални дейности – един фелдшер;

ОКС „магистър“ по Социална педагогика – един;

ОКС „магистър“ по Социална педагогика и подпомагане – един (фиг. 14)

В момента на проучването в бакалавърска програма по специалност „Социално подпомагане и застраховане“ се обучава един фелдшер.

Фиг. 14 Брой професионалисти с ОКС „бакалавър“ и „магистър“ по различни специалности

Следдипломно обучение

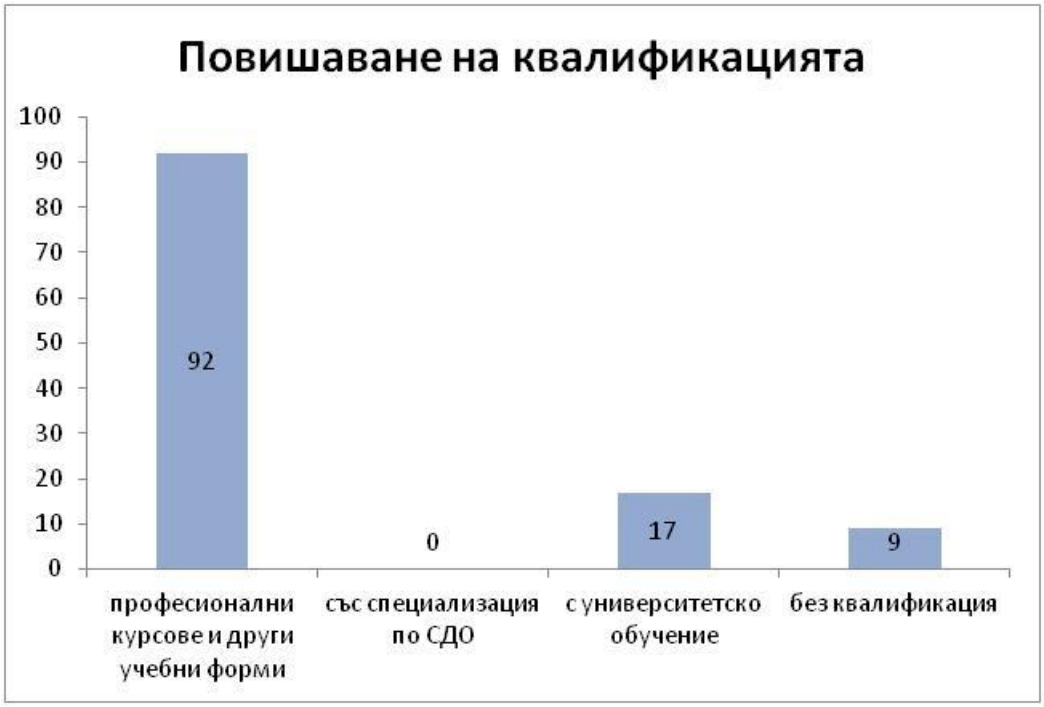
Възможност за придобиване на специалност в системата на СДО фелдшерите имат от 2001 г. с Наредба 31. В съответствие с нея могат да специализират: Медицинска педагогика, Социална медицина и здравен мениджмънт и специалност „Обществено здраве“.

Наредба 34 от 2006 г. предоставя възможност за специализация по „Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене“.

От 2010 г. съответно специализация по: Психиатрични здравни грижи (ПЗГ), СМП и Апаратно поддържане на извънтелесно кръвообращение. „Късно предоставената възможност за специализация“ и „отсъствието на

клинични специалности от възможностите за специализация“, по мнение на респондентите, са фактори с отношение към отсъствието на фелдшери с придобита специалност по СДО към момента на изследването.

Фиг.15 представя броя на професионалистите повишавали квалификацията си чрез различни учебни форми.



Фиг. 15 Брой професионалисти повишили професионална квалификация чрез различни учебни форми

От 22.01.2015 г. лекарите и професионалистите по здравни грижи, в това число и фелдшерите, специализират при определени условия и ред, указани в Наредба №1 на Министерство на здравеопазването. Възможностите на фелдшерите за специализация в съответствие с наредбата са по:

- Клинични специалности - Спешна медицинска помощ; Първични здравни грижи; Педиатрични здравни грижи; Психиатрични здравни грижи; Гериатрични здравни грижи; Апаратно поддържане на

извънтелесното кръвообращение; Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене;

- Неклинични специалности - Обществено здраве.

На въпроса: „*Знаете ли, че можете да специализирате по специалност от посочените, съгласно Наредба 1 от 22.01.2015 г.?“*

Фелдшерите отговорили с

- „да“ са 14 (14%)
- „не“ – 88 (86%), (фиг. 16)

„Слабата“ информираност може да се свърже с етапа на развитие на професионалната кариера на респондентите. По-голямата част от професионалистите в изследваната група са преминали през т.н. плато (35-50 г. възраст, когато личността се изправя срещу първите сериозни дилеми в трудовата кариера и продължава да подобрява равнището и резултатите от своята работа) и са стигнали последния етап на своята кариера. Етапът, в който, според изследователите на кариерното развитие, има преоценка на утвърждаване или изменение на първоначалните цели. Обикновено това е време, когато след професионалното израстване на предишния етап личността се освобождава от напрежението на непрекъснатия процес на оценка и контрол и се наслаждава на постигнатото. За други, това е време за примирение с непостигнатите цели и основна вече цел е пенсиониране. [53, 77, 145]

Фиг. 16 Информираност на фелдшерите за възможностите за специализация по Наредба 1 на МЗ

Етапът на професионалната кариера, в който са повечето фелдшери, е с отношение към резултата от проучването – 65 професионалисти не желаят специализация. Най-често те отговарят: „За съжаление вече е късно!“
От изказалите отказ за специализация 26 са практикуващи пенсионери.

Към възможността за специализация по условията на Наредба №1 от 2015 интерес проявяват 35 (34%) от практикуващите фелдшери с предпочитания към:

- Спешна медицинска помощ – 22-ма фелдшери;
- Педиатрични здравни грижи – 5-ма;
- СМП или Първични здравни грижи – 2-ма;
- Гериатрични здравни грижи – 2-ма;
- Психиатрични здравни грижи – един;
- Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене – един;
- Обществено здраве – един.
- Спешна медицинска помощ или Обществено здраве – един.

Към момента на проучването заявеният интерес по отношение специализация не е реализиран.
Желанията по отношение специализация и предпочитанията към специалност са представени с фиг. 17.

Фиг. 17 Желаещи специализация и предпочитание към специалност

Изводи по отношение продължаващо и следдипломно обучение на съсловие „фелдшер“:

1. Преобладаващата част от професионалистите (91%) са повишавали квалификацията си съобразно предоставените към даден момент възможности, в различни форми на продължаващо обучение;
2. Практикуващите професията проявяват интерес и желание за професионално усъвършенстване и развитие, което се потвърждава с преминалите университетско обучение (17 фелдшери) за придобиване на по-висока образователно-квалификационна степен (ОКС) - „бакалавър“ и „магистър“, по специалностите: УЗГ, Здравен мениджмънт, Социални дейности, Социална педагогика (ОКС).
3. Късно предоставените за специалистите с квалификация „фелдшер“ възможности за специализация (от 2001 г.), с възможност за специализация по клинични специалности от 2010 г. и 2015 г., са фактори с отношение към отсъствието на фелдшери с придобита специалност по СДО към момента на изследването.

Професионална удовлетвореност на практикуващите фелдшери

Удовлетвореността от работата (УР) е един от най-важните аспекти на професионалната реализация. В. Русенова и С. Жильова определят професионалната удовлетвореност като обвързана с положителните преживявания на отделната личност, група или общество, след постигане на важни за тях цели – резултат от задоволяване на актуални потребности.

В проучване на П. Атанасов за професионалната удовлетвореност на болничните лекари (2013-2015 год.) се акцентира върху необходимостта не само от добро познаване на основните характеристики на професионалната удовлетвореност и мотивацията за труд, но и прякото или опосредствено

влияние на социално-психологическите и социално-икономическите фактори, формиращи и поддържащи удовлетвореността и мотивацията. Като значими изследователят посочва поредица от фактори: място в служебната йерархия и възможности за кариера, възможности за специализация и повишаване на квалификацията, организация на работа, неблагоприятните въздействия на работната среда, заплащане на труда, междуличностни отношения на членовете на медицинския персонал и др.

В зависимост от личните цели, ценности и резултати от дейността, се наблюдава различна степен на удовлетвореност, която може да бъде определена като събирателно отношение от отделни аспекти на трудовата дейност. [111, 145]

Като сложна функция на редица променливи, много от които субективни, професионалната удовлетвореност изисква изследване, определено от Б. Парашкевова (в проучване на професионалната удовлетвореност на ОПЛ в България, проведено юли-декември 2012 г.), като изключително важно в условията на очертаващата се криза с лекарските кадри в общата медицинска практика.

Удовлетвореност от работата на практикуващите медицински фелдшери в област Стара Загора.

В нашето проучване прилагаме модифицирана 5-степенна Ликертова скала - WCW скала, JSS (jobsatisfaction – scale), която съдържа въпросник от 6 айтема за оценка удовлетвореността от работа.

Надеждността на модифицираната WCW скала се оценява с коефицент за надеждност на Кронбах (Cronbach’s alpha). За разглежданата скала алфа (α) има стойност 0,187. Тази стойност показва „ниска“ надеждност и се дължи на хетерогенността на групата на изследваните лица – сериозно различие в

месторабoтата и условията за реализация на дейността. Това се потвърждава и от стойностите на $x_{ср.,}$ които варират в широк интервал.

Удовлетвореност от броя работни часове седмично.

Удовлетвореността от броя работни часове седмично фелдшерите оценяват по отношение на часова натовареност от работна смяна/дежурство за денонощието и сумарно за работната седмица. Професионалистите практикуващи в УДЗ, РЗИ, ДМЦ, МЦ, ПИМП с ОПЛ са с нормирано работно време – 8 часа. С намалено работно време (7 часа) и организация на работа по график с дежурства (по 12 часа – дневни и нощни) за работещите в СМП, ДПБ.

С изследването по отношение удовлетвореността от *броя работни часове седмично* установяваме:

- 12 (12%) фелдшери се определят като „силно удовлетворен” (оценка 5 от скалата);
- 75 фелдшери (75%) – са „удовлетворени“ (оценка 4 от скалата) ;
- 9 (9%) от професионалистите са: нито удовлетворени/нито неудовлетворени;
- 4-ма (4%) от практикуващите - „неудовлетворени“.
- 2-ма фелдшери (2%) се определят като „силно неудовлетворени“ (оценка 1 съгласно скалата), (фиг. 18).

Резултатите дават основание да приемем, че фелдшерите от изследваната група в по-голямата част са удовлетворени от броя работни часове седмично.

Фиг. 18 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на броя работни часове седмично.

Удовлетвореност от възможността да се реализира професионалната компетентност

Според Европейската квалификационна рамка компетентността включва:

- Познавателна компетентност (употребата на теория, идеи и неформално знание, придобито чрез опита);
- Функционална компетентност (умения, които даден човек трябва да притежава, за да практикува дадена професия, образователна или социална дейност);
- Персонална компетентност (знанието за това как трябва да се държим в дадена ситуация) и
- Нравствена компетентност (включваща наличието на определени лични и професионални ценности).

Една от класическите дефиниции за компетентност е „стандартизирани изисквания, на които трябва да отговаря един човек, за да изпълнява по подходящ начин определена работа“.

Като изследователи, за нас представлява интерес удовлетвореността на фелдшерите относно възможността да реализират професионалната компетентност в условията на всички отправени във времето предизвикателства към тях: преустановено обучение на специалисти, преструктуриране на работни места, дефицит и неравномерното разпределение на медицински кадри в страната като цяло, реформиращо се здравеопазване и цялостната политика по отношение на професия „фелдшер“.

С изследването за удовлетвореност *„от възможността да реализирате професионалната си компетентност“* установяваме:

- 6-ма (5,88%) от професионалистите се определят като „силно удовлетворен“;
- 44-ма фелдшери (41,18%) – „удовлетворени“;
- 25 фелдшери (25,49%.) са „нито удовлетворени, нито неудовлетворени“;
- 25 (25,49%.) - „неудовлетворени“;
- само 2-ма (1,96%) от практикуващите в област Стара Загора фелдшери се определят като „силно неудовлетворени“, (фиг. 19).

Фиг. 19 Степен на удовлетвореност от възможността за реализация на професионална компетентност.

Удовлетвореност от „обем задължения“, компонент 3

Резултатите от проучването по отношение удовлетвореност от „обем задължения“:

- „силно удовлетворен“- 4-ма фелдшери (3,92%);
- Като „удовлетворен“ се определят 32-ма (31,37%) от професионалистите;
- 35 (34,31%) са нито удовлетворени/нито неудовлетворени;
- Неудовлетворени са 29 (28,44%);
- 2-ма (1,96%) са фелдшерите определили се като „силно неудовлетворен“, в съответствие със скалата.

Фиг. 20 представя удовлетвореността на фелдшерите по отношение на обем задължения.

Фиг. 20 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на обем задължения

Удовлетвореност от нормативната рамка, определяща професионалната реализация. Компонент 4

Към момента на проучването професионалната дейност на медицинските фелдшери е в съответствие с ЗЗ, ЗЛЗ, Закон за здравното осигуряване, Наредба №1 на МЗ за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно и подзаконови нормативни документи – Наредби и Постановления, с отношение към конкретни дейности в структурите, в които работят кадрите. Медицинският модел на подготовка на професионалистите с квалификация „фелдшер“ позволява, с нормативно регламентиране (в Наредба 1 на МЗ, чл. 7), самостоятелно извършване на делегирани от лекарската практика рутинни медицински дейности. В някои структури, където фелдшерите са в екипна дейност с други професионалисти по здравни грижи, длъжностната им характеристика, в съответствие със статута им на специалисти по здравни грижи, не винаги е съобразена с квалификационната, което създава затруднения в практикуването на фелдшерите, в съответствие със специфичната професионална компетентност, с последващо отношение към обслужването на пациентите.

Резултатите от проучването са категорични по отношение „удовлетвореност от нормативната рамка“:

- Само един фелдшер (1%) се определя като „силно удовлетворен“ (оценка 5 по скалата), а 5-ма (4%) - „удовлетворени“ (оценка 4 по скалата);
- 21 от респондентите (21%) са „нито удовлетворени/ нито неудовлетворени“ (оценка 3 по скалата);

Прави впечатление сумарно високият брой на неудовлетворени - 75 практикуващи (74%), формиран от:

- 53 фелдшери „неудовлетворени“ (52%) и

- 22-ма (22%) „силно неудовлетворени“ професионалисти, работещи във всички структури на здравната система, (фиг. 21).

Фиг. 21 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на нормативна рамка

Удовлетвореност от възможността за автономно вземане на професионални решения в рамките на компетентността. Компонент 5

Правото на автономна дейност под „лекарски надзор“ и неудовлетвореността от нормативната рамка, принципно определяща и гарантираща професионалните правомощия, провокира интерес по отношение удовлетвореността от възможността за автономни професионални решения на фелдшерите, в съответствие с професионалната квалификация.

С изследването установяваме, че най-голям е броят на

- „неудовлетворените“ – 35 фелдшери (35%), а
- „силно неудовлетворени“ са 6-ма (6%);
- Двадесет и четирима (24%) от практикуващите професионалисти се определят като „нито удовлетворени/нито неудовлетворени“;
- „Удовлетворените“ и „силно удовлетворените“ са съответно: 33-ма (33%) и 4-ма (4%), (фиг. 22).

Фиг. 22 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на автономни решения

Удовлетвореност от зачитането на професионалното мнение на фелдшерите в екипа, в който работят. Компонент 6

Сумарно процентът на кадрите с усещане за удовлетвореност по компонент 6 – „удовлетвореност от зачитането на професионалното мнение в екипа“ е висок - 81%, съответстващ на 81 професионалисти, формиран от:

- „силно удовлетворените“ – 8 (8%) и
- „удовлетворените“ – 73-ма професионалисти (73%),

работещи във всички структури на здравната система, в които кадрите с квалификация „фелдшер“ реализират професионална дейност.

В хода на проучването установяваме, че с отношение към задържането на професионалистите на работа в ДПБ „д-р Георги Кисьов“ гр. Раднево, въпреки трудностите от различно естество, е зачетеното им в екипната дейност мнение, уважението, добрата и колегиална атмосфера.

- 10 или (9%) от респондентите се оценяват като „нито удовлетворени/нито неудовлетворени“ от зачитането на професионалното им мнение.
- Само 11 са фелдшерите (10%) с негативна оценка - „неудовлетворен“ по отношение на изследвания компонент, (фиг. 23).

Фиг. 23 Относителни дялове на удовлетворени и неудовлетворени по отношение на зачетено мнение в екипа

Табл. 15: Степен на удовлетвореност – количествена оценка на удовлетвореността на фелдшерите от компонентите на работа

На таблица 15 са представени средната стойност и стандартното отклонение за компонентите на удовлетвореността от работата

Табл. 15

Степен на удовлетвореност	работно време	реализация на професионална компетентност	обем задължения	нормативна рамка	автономни решения	зачетено мнение в екипа
5 силно удовлетворен	12	6	4	1	4	8

4 удовлетворен	75	42	32	5	33	73
3 нито удовл./нито неудовл.	9	26	35	21	24	10
2 неудовлетворен	4	26	29	53	35	11
1 силно неудовлетворен	2	2	2	22	6	0
$\bar{x}$	3.89	3.24	3.07	2.12	2.94	3.76
SD	0.73	0.96	0.91	0.83	1.03	0.74

Обобщение:

Резултатите показват, че от компонентите на работа за оценка степен на удовлетвореност фелдшерите са най-удовлетворени от работното време ($\bar{x}$ 3.89) и от зачетено мнение в екипа, в който работят ($\bar{x}$ 3.76);

Реализацията на професионалната компетентност е другият компонент, който в съответствие с ($\bar{x}$ 3.24) определя степен на удовлетвореността на професионалистите по-голяма от $\bar{x} = 3$ и медианата = 3 (степен - нито удовлетворен/нито неудовлетворен)

По отношение „обем задължения“ ($\bar{x}$ 3.07) удовлетвореността на фелдшерите клони почти към степента „нито удовлетворени/ нито неудовлетворени“;

Най-голяма е неудовлетвореността на кадрите от нормативната рамка ($\bar{x}$ 2.12), която ограничава и създава затруднения по отношение реализиране на професионалните дейности.

Неудовлетворени са практикуващите фелдшери и от възможността за вземане на автономни решения ($\bar{x}$ 2.94).

Морално-етични измерения на професионалната реализация на фелдшерите – доверие, признание, нагласи за напускане, нагласи за възпроизвеждане на професията чрез рекрутиране на значими близки и познати.

Доверие и признание за труда на фелдшерите през погледа на практикуващите професионалисти

Р. Бентле, позовавайки се на четири важни теории (Luhman, 1973; Barber 1983; Coleman, 1990; Gilddens, 1990 г.), разграничава четири типа доверие – (междуличностно) базисно доверие, доверие в личността, доверие в институции и доверие в системата. В България, в условията на непрекъснато реформираща се здравна система с предизвикателства към пациенти и медицински професионалисти, и четирите типа доверие са изключително ценни.

Доверието по своята същност е етична категория. То е душевна нагласа, основана на силата да вярваш в нечия искреност, честност, добросъвестност, коректност.

В междуличностните отношения доверието притежава мощен психологически потенциал трансформиращ чувства и отношения. То е онова състояние на човешкия дух и мисъл, което се гради, печели, поддържа – често пъти дълго и трудно, но лесно и за миг се руши.

„Да ти имат доверие е по-голям комплимент, отколкото да бъдеш обичан“.

Джордж Макдоналд

В настоящото изследване ние поставяме във фокуса на внимание доверието и признанието на труда на фелдшерите. Чрез въпроси с морално-етичен контекст проучваме оценката на професионалистите за доверието на пациентите към тях и признанието на труда им от колеги, пациенти и техните близки, от обществото като цяло.

Фелдшерите от изследваната група изразяват собствената гледна точка и субективно разбиране.

Оценка на доверието

С отговора на въпроса „*Как оценявате доверието на пациентите Ви*“ практикуващите фелдшери изразяват собственото мнение за доверието на пациентите към труда им.

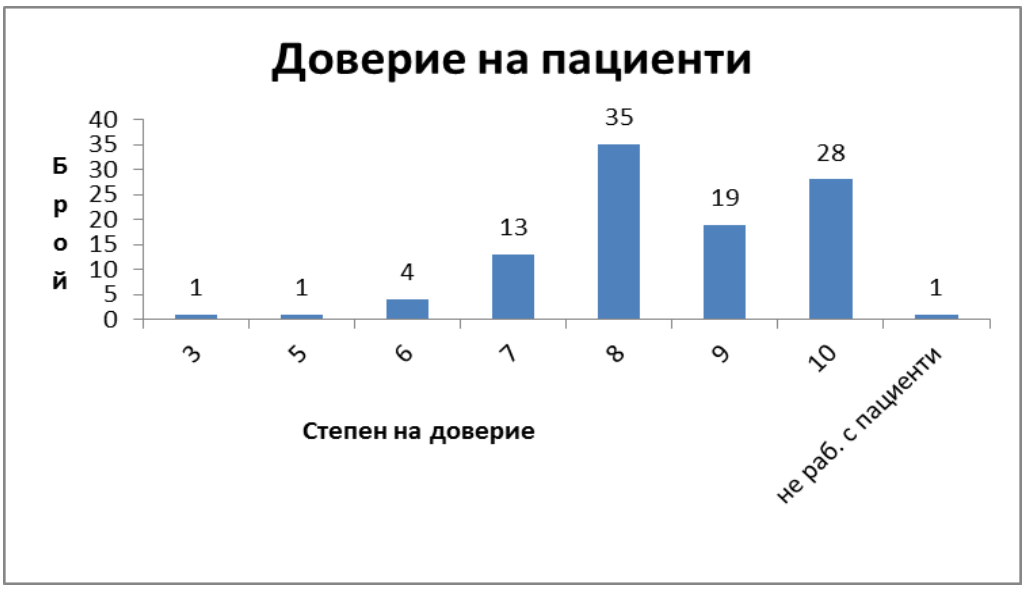
За оценка на доверието се използва 10-степенна скала - в диапазона от:

1: „нямат ми никакво доверие“ до 10: „имат ми пълно доверие“.

- Преобладаващата част от фелдшерите – 83-ма (81,37%) от 102 участващи в проучването, дават оценка на доверието, която се движи между 7-ма и 10-та степен, т.е. по-високия диапазон на скалата.
- Не малък е броят на фелдшерите – 28 (27,45%), които определят доверието на пациентите към труда им с най-високата оценка: 10 „имат ми пълно доверие“, (фиг. 24).

Резултатите позволяват да обсъждаме степен на високо доверие на пациентите към изследваната група професионалисти, като не бива да забравяме субективния момент на самооценяването.

Високите оценки, с които фелдшерите се самооценяват, могат да се обсъждат като индикатор за удовлетвореност на респондентите по отношение доверие на пациентите към тях.



Фиг. 24 Брой професионалисти и личното им виждане за степен на доверие

от пациентите

Признание на работата на фелдшерите. Оценка на признанието.

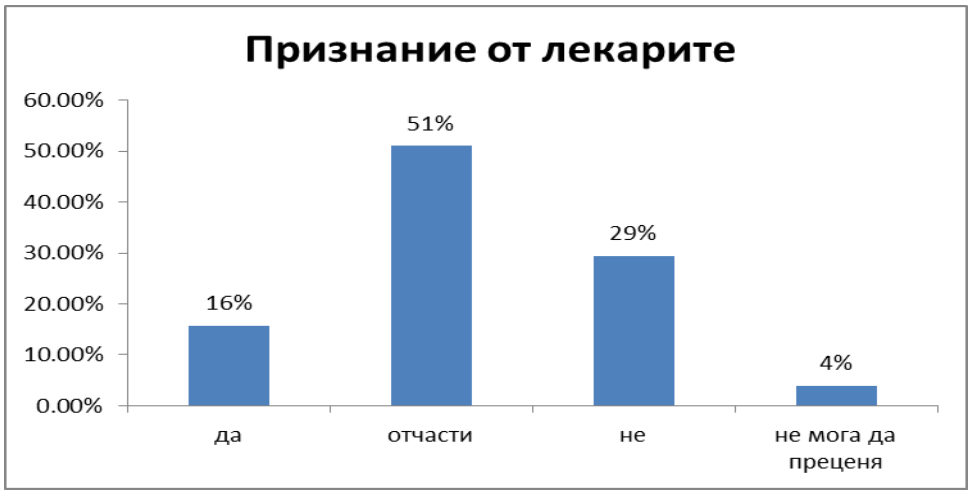
С въпроса „*Работата на фелдшера ползва ли се от признанието на лекари, пациенти и близки, както и на обществото като цяло*“, изследваме мнението на професионалистите за признанието на труда им.

Приложена е 4-степенна скала за оценка.

Оценката по този въпрос е основана на личното усещане на фелдшерите за възприемането им като професионалисти и зачитане на техния труд, за уважение и ценене на личността.

Оценка за признание от лекарите:

- Повече от половината от изследваните фелдшери (51%), определят признанието на техния труд от лекарите като „отчасти“, съобразно скалата за оценка на признание;
- Висок е процентът (29%), с които професионалистите определят отсъствието на признание от лекарското съсловие;
- Само 16% от фелдшерите отговарят с „да“, тоест имат признание на труда;
- Съобразно скалата, с оценка „не мога да преценя“ са 4% от практикуващите фелдшери, (фиг. 25).



Фиг. 25 Признание от лекарите

Установява се статистически значима връзка между изразената оценка за признание на труда от лекарите и общата удовлетвореност на фелдшерите от професията, представена алтернативно като „общо удовлетворен“ и „общо неудовлетворен“ (табл. 16)

Изчисленият коефициент на контингенция определя статистически значимата връзка като „средна“. (табл. 16)

Табл. 16

Таблица с наблюдавани честоти			
признание от лекарите	удовлетвореност		
	да	не	сума
да	9	7	16
отчасти	30	22	52
не	7	23	30
не мога да преценя	4	0	4
сума	50	52	102
Таблица с очаквани честоти			
признание отлекарите	удовлетвореност		
	да	не	сума

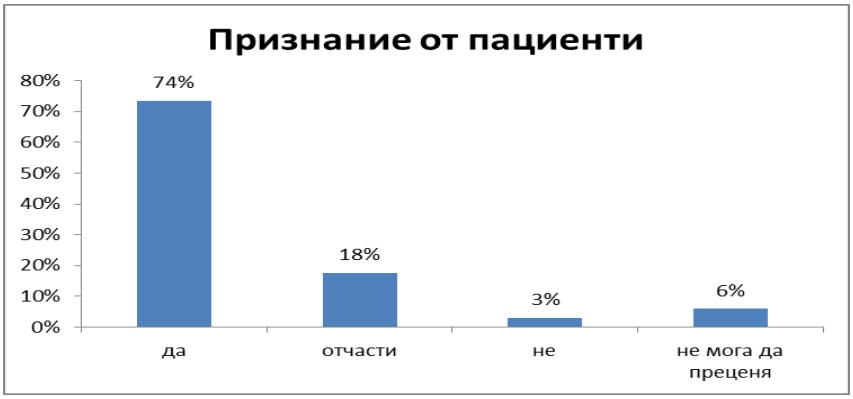
да	7.84	8.16	16.00
отчасти	25.49	26.51	52.00
не	14.71	15.29	30.00
не мога да преценя	1.96	2.04	4.00
сума	50.00	52.00	102.00
			кр. ст-ст
χ^2	13.98		7.82
C	0.347189		
$C_{мах}$	0.786566		
Скор	0.441398		

Оценка за признание от пациентите и техните близки

С резултатите от изследването установяваме, че практикуващите фелдшери виждат признание на своя труд от страна на пациентите.

- С „да“ отговарят 74%;
- Оценка „отчасти“ посочват 18% от професионалистите;
- Прави впечатление ниският процент (3%) на оценката за отсъствие на признание;
- С „не мога да преценя“ отговарят 6% от респондентите.

Оценката за признание на труда от пациентите и техните близки, основана на личното усещане на фелдшерите за възприемането им като професионалисти и зачитане на техния труд, е представена с фиг. 26.



Фиг. 26 Признание от пациентите

Между признанието от пациентите и общата удовлетвореност от професията не се установява статистически значима връзка. (табл. №17)

Табл. 17

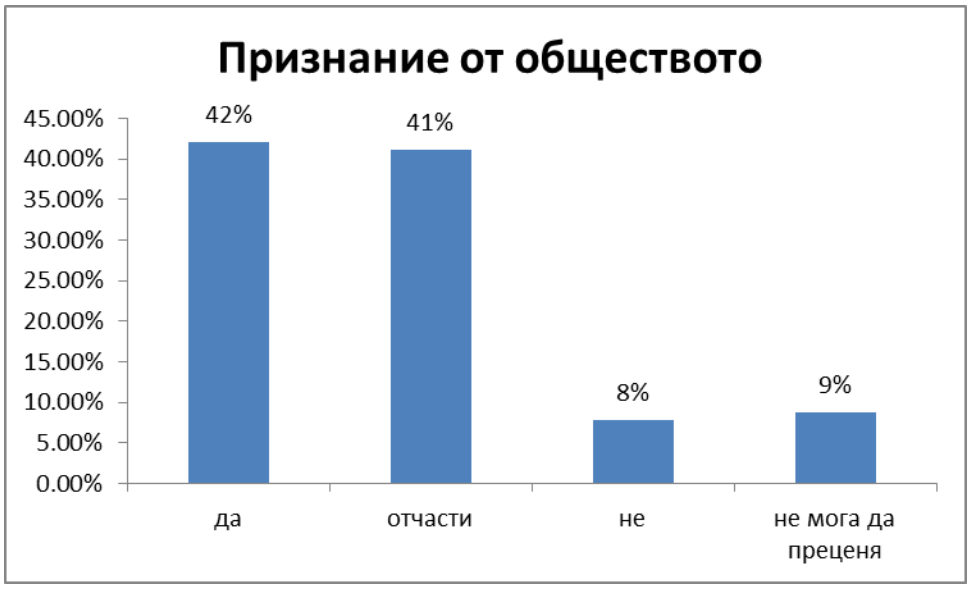
Таблица с наблюдавани честоти			
признание от пациенти	удовлетвореност		
	да	не	сума
да	41	34	75
отчасти	5	13	18
не	2	1	3
не мога да преценя	2	4	6
сума	50	52	102
Таблица с очаквани честоти			
признание от пациенти	удовлетвореност		
	да	не	сума
да	36.76	38.24	75.00
отчасти	8.82	9.18	18.00
не	1.47	1.53	3.00
не мога да преценя	2.94	3.06	6.00
сума	50.00	52.00	102.00
			кр. ст-ст
χ^2	5.17		7.82

Оценка за признание от обществото

Резултатите от изследването:

- „Да“ – има признание на труда от обществото – мнението на 42% от фледшерите;
- С оценка „отчасти“ определят признанието 41% от интервюираните;
- Само 8% приемат, че трудът им няма признание от обществото;
- 9% от фелдшерите са с оценка от скалата „не мога да преценя“, (фиг. 27).

Признанието на труда от обществото, определено от фелдшерите с оценка „отчасти“ (41%), е в съответствие с редуцираните и трансформирани работни места за фелдшери, с последваща ограничена професионална реализация, което прави специфичната им дейност непозната за по-младото поколение.



Фиг. 27 Признание от обществото

Между признанието от обществото и общата удовлетвореност на фелдшерите от професията не се установява статистически значима връзка. (табл. №18)

Табл.18

Таблица с наблюдавани честоти			
признание от обществото	удовлетвореност		
	да	не	сума
да	22	21	43
отчасти	20	22	42
не	3	5	8

не мога да преценя	5	4	9
сума	50	52	102
Таблица с очаквани честоти			
признание от обществото	удовлетвореност		
	да	не	сума
да	21.08	21.92	43.00
отчасти	20.59	21.41	42.00
не	3.92	4.08	8.00
не мога да преценя	4.41	4.59	9.00
сума	50.00	52.00	102.00
			кр. ст-ст
χ^2	0.69		7.82

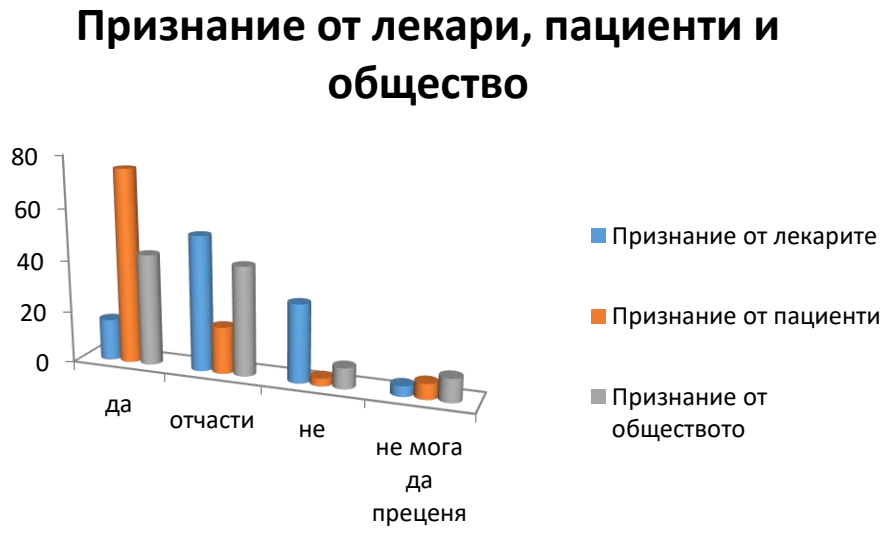
Табл. №19 обобщава оценката на признание на труда от лекари, пациенти, техните близки и обществото, по мнение на практикуващите фелдшери, а фиг. 28 представя признанието.

Табл. 19

Признание на труда от:	Оценка на признание			
	Да	Отчасти	Не	Не мога да преценя
лекари	16%	51%	29%	4%

пациентите и техните близки	74%	18%	3%	6%
обществото	42%	41%	8%	9%

Ниските резултати в изследването с оценка “не мога да преценя“ (4% за признание от лекарите, 6% от пациенти и 9% за признание от обществото) са свързани с естеството на работа на някои професионалисти – отсъствие на контакт с пациенти, а за някои и с лекари.



Фиг. 28 Признание от лекари, пациенти и общество

Обобщение:

Доверието е изключително ценен капитал. Създаването и съхранението му изисква коректни „грижи“ от страна на всички, между които се изгражда.

1. Преобладаващо, 81,37% от респондентите в проучването дават висока оценка на доверието на техните пациенти (в диапазона между 7-ма и 10-та степен по скалата).
2. С изследването установяваме, че най-високо е усещането на фелдшерите за признание на труда им от пациентите (74%), следвано

от признанието на обществото като цяло (42%) и с най-ниска степен на усещане за признание - от лекарите (16%).

3. Следва да подчертаем значението на установената статистически значима връзка между оценката на признанието на труда от лекарите и общата удовлетвореност от професията. Тя е показателна за особената роля на взаимодействието с лекаря, стоящ най-близо до фелдшера, в неговата професионална работа. С този резултат се очертава важността на въпросите имащи морално-етичен характер и определящи моралните измерения на професионалния труд, с наслагвания в условията на преход в обществената система, цялостна криза – социална, икономическа, политическа, ценностна. Радикалната реформа в здравеопазването в условията на пазарна икономика неминуемо дава своето отражение върху професионалния труд на тази категория професионалисти, тяхната оценка на признанието и усещането за обща удовлетвореност от професията.

Нагласи за напускане на професията

Изследователи на кариерното развитие отбелязват в проучванията си, че хората предприемат обрати в кариерата си и проявяват склонност за смяна на работни позиции. В основата на желаните промени стои целта - това, което хората желаят да постигнат и ги кара да се чувстват удовлетворени. Фелдшерите в България са имали много предизвикателства предполагащи професионално разочарование и неудовлетвореност. Същевременно, редица изследвания доказват, че разочарованието от работата и стресът вървят ръка за ръка и са сред основните причинители на здравословни проблеми, а това е сериозен мотив за смяна на професионалната дейност. Паралелно с това, в условията на демокрация, възможностите за труд с добри финансови приходи не са малко.

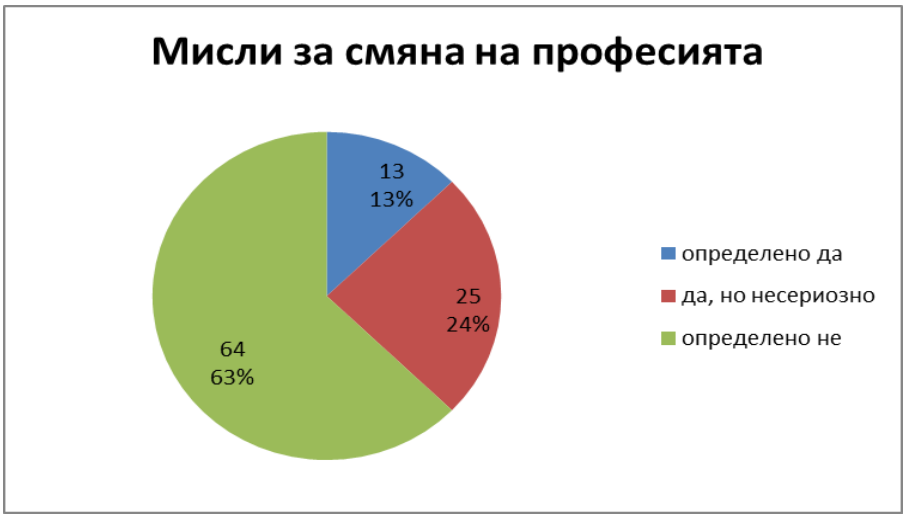
Като изследователи проявяваме интерес към нагласата на фелдшерите в условията на „професионални затруднения“ и задаваме въпроса:
„*Мислили ли сте за смяна на професията с каквато и да е друга“?*

- 64-ма от интервюираните (63%) отговарят „определено не“;
- 25-ма професионалисти (24%) посочват в изследването отговор „да, но не особено сериозно“.
- 13 от практикуващите фелдшери (13%) споделят сериозни намерения за смяна на професията, (фиг. 29).

От данните на НСИ прави впечатление, че след стартиране на здравната реформа само за няколко години числеността на фелдшерите осезаемо е намаляла : 1995 г. - 6885 фелдшери, 2000 г. - 3158, 2001 г.- 2334, 2002 г. - 1972 фелдшери. Анализирайки фактите имаме основание да предположим, че от началото на реорганизацията в здравеопазването до нашето проучване (като изключим обективни фактори – пенсиониране, заболяване, починали - с отношение към числеността), вероятно немалък брой фелдшери са се отказали от професията и напуснали системата, търсейки нови възможности за реализация.

Това дава основание отговорът „определено не“ на въпроса за смяна на професията, получен от 63 % от практикуващите професията фелдшери, да разглеждаме като категоричен, съобразявайки, че професионалистите са устояли във времето на всички предизвикателства.

От интервюто разбираме, че професионалистите (24%) отговорили „да, но не особено сериозно“ по отношение мисли за смяна на професията са реагирали емоционално провокирани от професионални предизвикателства. По думите им „не са имали сериозни намерения“ за смяна на професията.



Фиг. 29 Нагласи за смяна на професията

Нагласи за възпроизвеждане на професията чрез рекрутиране на близки и познати.

Лекарските асистенти в България са първоприемници и последователи на фелдшерите, като сходен професионален модел кадри.

Дали практикуващите фелдшери имат нагласи за „възпроизводство“ на професията чрез лекарските асистенти в отговор на преживените професионални трудности, чрез рекрутиране на близки и познати, е логичен въпрос.

В проучването изследваме нагласите на практикуващите фелдшери с въпроса: „*Бихте ли посъветвали Ваши близки и познати да изберат специалност „Лекарски асистент“, като аналог на фелдшерите за своя бъдеща професия?”*.

Отговорът на този въпрос за нас като изследователи е критерий за оценка значимостта и признанието, които самите фелдшери отдават на професията. В отговор на въпроса установяваме:

- 66 професионалисти (65,69%) отговарят с „да“.

Тоест повече от половината респонденти от изследваната група са склонни да препоръчат професията на близки хора;

- 36 от респондентите (34,31%) не биха препоръчали професията на свои близки, (фиг. 30).

Фиг. 30 Относителни дялове на препоръчване на професията

Съобразно нашия критерий за признание и значимост на професията по мнение на практикуващите чрез оценката за препоръчване на професията, трябва да отбележим, че има респонденти, които имат позитивна нагласа към професия „фелдшер“, но не биха я препоръчали от съображения – по думите им „преживени неудобства, които искаме да спестим на своите близки хора“. Установените чрез интервюто подобни нагласи на респондентите се потвърдиха статистически. Между това дали са готови да препоръчат професията на друг и общата им удовлетвореност от професията не се установи статистически значима връзка. (табл. №20)

Табл.20

готовност да препоръчат професията на друг	обща удовлетвореност от професията				
	да	не	сума		p

да	37	30	67		0.552239
не	13	22	35		0.371429
сума	50	52	102		
			кр. стойности		
Z	1.78		1.96		
χ^2 - първи метод	2.98				
χ^2 - втори метод	3.01		3.84		

Несъответствие между очаквания от професията и реалността

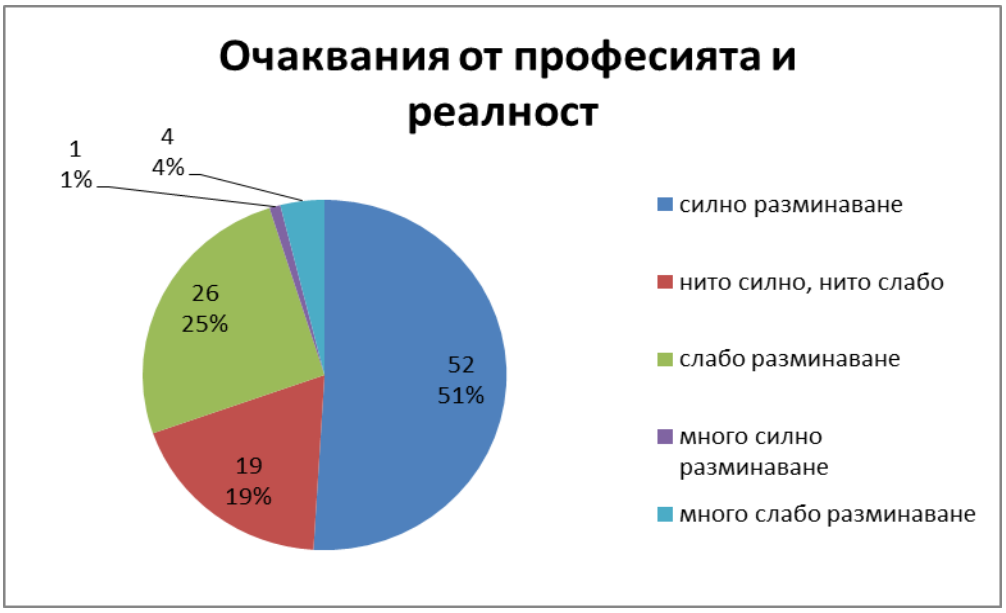
С въпроса: *„В каква степен Вашите очаквания от професията се разминават с реалността“*, изследваме оценката на практикуващите фелдшери за несъответствие по отношение очаквания от професията и реалност. Използваме петстепенна скала за оценка, табл. 21

Табл. 21 Скала за оценка на несъответствието между очаквания от професията и реалността

Много силно разминаване	Силно разминаване	Нито силно, нито слабо	Слабо разминаване	Много слабо разминаване

Резултатите:

- 52-ма (51%) - повече от половината практикуващи фелдшери от участвалите в изследването 102 определят разминаването между очаквания и реалност в съответствие със скалата като „силно“ (4-та степен по скалата);
- 1 практикуващ (1%) - като „много силно разминаване“ (5-та степен по скалата).
- 19 респонденти (19%) с оценка „нито силно, нито слабо“ разминаване;
- 26 (25%) – определят несъответствието като „слабо разминаване“;
- 4-ма (4%) – „много слабо разминаване“.



Фиг. 31 Очаквания и професионална реалност

Между разминаванията в очакванията от професията и реалността и общата удовлетвореност от професията се установява „силна“ статистически значима връзка. (табл. №22)

Табл.22

Таблица с наблюдавани честоти			
разминаване в очакванията	удовлетвореност		
	да	не	сума
силно	14	39	53
нито силно/нито слабо	14	5	19
слабо	22	8	30
сума	50	52	102
Таблица с очаквани честоти			
разминаване в очакванията	удовлетвореност		
	да	не	сума

силно	25.98	27.02	53.00
нито силно/нито слабо	9.31	9.69	19.00
слабо	14.71	15.29	30.00
сума	50.00	52.00	102.00
			кр. ст-ст
χ^2	22.56		5.99
C	0.425567		
C_{max}	0.761802		
Скор	0.558632		

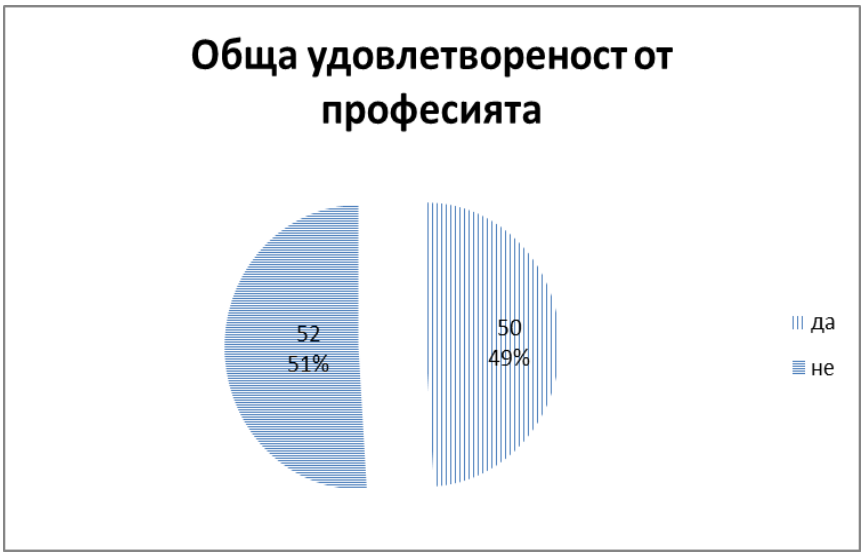
Обща удовлетвореност от професия „фелдшер“

Професионалната удовлетвореност се дефинира от съвременните експерти като понятие, което описва степента на задоволеност (щастие) на индивида от работата и работната среда, като всички аспекти на съответната длъжност допринасят за формиране чувството на удовлетвореност или неудовлетвореност. В нашето проучване изследваме личностната преценка на фелдшерите по отношение професионална дейност и преживявания в нея. Професионалистите, съобразявайки чувства и нагласи с отношение към всички аспекти на дейността, оценяват удовлетвореността си по двустепенна алтернативна скала. [28] В съответствие с нея избират между отговорите:

„Общо удовлетворен“ или ***„Общо неудовлетворен“*** от професията.

Резултатите от проучването показват:

- 50 от практикуващите фелдшери (49,02%) в област Стара Загора се определят като „общо удовлетворен“ от професията.
- 52 от респондентите (50,98%) - като „общо неудовлетворен“.



Фиг. 32 Удовлетвореност от професията

Общата удовлетвореност на медицинските фелдшери от професията е представена с табл. №23, в която удовлетвореността е разпределена според основните дейности на професионалистите респонденти в проучването.

Табл. 23 Удовлетвореност в съответствие с дейностите

Удовлетвореност според дейностите	**Общо удовлетворен**	**Общо неудовлетворен**
с диагностично-лечебна насоченост Практикуващи в: ЦСМП; ПИМП; ДПБ; СИМП (ДКЦ и МЦ) Хоспис; Ведомствена здравна служба.	**38 (54,29 %)**	**32 (45,71 %)**
с промотивна, профилактична и контролна насоченост Практикуващи в: УДЗ и РЗИ	**15 (46,88%)**	**17 (53,12 %)**

Обсъждайки факторите, които вероятно биха имали отношение към формирането на общата удовлетвореност от професията, установяваме:

- Между типа дейност (с диагностично-лечебна насоченост и промотивна, профилактична и контролна) и общата удовлетвореност

от професията не установяваме статистически значима връзка. (табл. №24)

Табл. 24

тип дейност	обща удовлетвореност от професията				
	да	не	сума		p
предимно диагностично-лечебна дейност	38	32	70		0.542857
профилактична, промотивна и контролна дейност	15	17	32		0.46875
сума	53	49	102		
			кр. стойности		
Z	0.12		1.96		
χ^2 - първи метод	0.48				
χ^2 - втори метод	0.48		3.84		

- Между общия трудов стаж (представен като стаж до 30 г. и стаж над 30 г.) и общата удовлетвореност от професията не се установи статистически значима връзка. (табл. №25)

Табл. 25

общ стаж	обща удовлетвореност от професията				
	да	не	сума		p
до 30 г.	22	13	35		0.628571
над 30 г.	30	37	67		0.447761
сума	52	50	102		
			кр. стойности		
Z	1.78		1.96		
χ^2 - първи метод	2.98				
χ^2 - втори метод	3.01		3.84		

- Между трудовия стаж на настоящето работно място (представен като стаж до 20 г. и стаж над 20 г.) и общата удовлетвореност от професията не се установи статистически значима връзка. (табл. №26)

Табл. 26

на това работно място	обща удовлетвореност от професията				
	да	не	сума		p
до 20 г.	37	39	76		0.486842
над 20 г.	13	13	26		0.5
сума	50	52	102		
			кр. стойности		
Z	0.12		1.96		
χ^2 - първи метод	0.01				
χ^2 - втори метод	0.01		3.84		

- Не се установи статистически значима връзка между професионалния маршрут на практикуващите фелдшери (представен като практикуване на професията на едно-две работни места през цялата кариера, на три, четири и повече работни места) и общата удовлетвореност от професията – табл. №27

Табл. 27

Таблица с наблюдавани честоти			
бр. раб. м.	удовлетвореност		
	да	не	сума
1,2	17	21	38
3	19	12	31
4 и повече	14	19	33
сума	50	52	102

Таблица с очаквани честоти			
бр. раб. м.	удовлетвореност		
	да	не	сума
1,2	18.63	19.37	38.00
3	15.20	15.80	31.00
4 и повече	16.18	16.82	33.00
сума	50.00	52.00	102.00
$\chi 2$	2,72	кр. ст-ст	5,99

- Не се установи статистически значима връзка между общата удовлетвореност на фелдшерите от професията и характеристиката „пол“ – табл. №28

Табл. 28

пол	обща удовлетвореност от професията				
	да	не	сума		p
мъж	25	19	44		0.568182
жена	25	33	58		0.431034
сума	50	52	102		
			кр. стойности		
Z	0.12		1.96		
χ^2 - първи метод	1.86				
χ^2 - втори метод	1.88		3.84		

Обобщение по отношение „обща удовлетвореност“ от професията:

1. При алтернативното определяне на общата удовлетвореност от професията, респондентите се разпределят почти поравно, определяйки се като: „общо удовлетворени“ - 50 и „общо неудовлетворени“ - 52.
2. Не установяваме статистически значима връзка между общата удовлетвореност на фелдшерите от професията и факторите:

- Професионален маршрут;

- Общ трудов стаж;
- Работа на настоящо работно място;
- Характеристика „пол“.

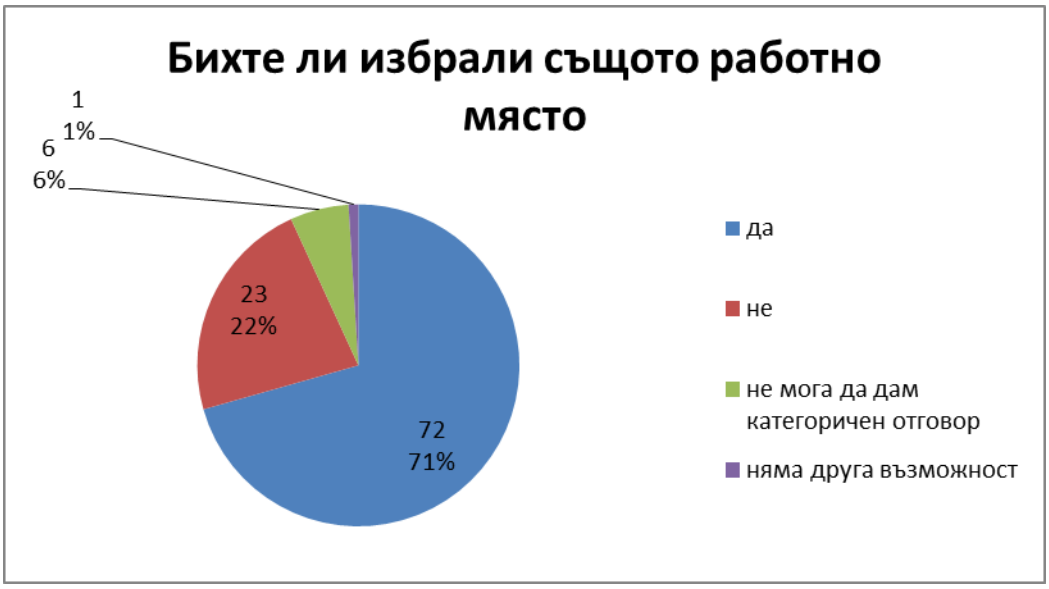
3. От значение е описаната по-горе статистически значима връзка между:

- изразената оценка на признанието на труда от лекарите и общата удовлетвореност на фелдшерите от професията;
- оценката за разминавания в очакванията от професията и реалността и общата удовлетвореност на фелдшерите от професията.

Нагласи за нов избор на настоящо работно място

На въпроса: „*Бихте ли избрали отново сегашното си работно място, ако започвате работа сега?“*

- 72 от респондентите (71%) отговарят утвърдително с „*да*“, като с интервюто установяваме, че повечето от тях са водени в решението си от първоначалното си желание да практикуват в структурата, в която работят в момента на проучването. Това са работещи в СМП, ПИМП, УДЗ, СИМП.
- 23-ма (22%) от фелдшерите дават отрицателен отговор. Те не биха избрали настоящето си работно място отново при възможност за избор;
- 6-ма (6%) от респондентите са колебаещи се в отговора. В съответствие с възможните като избор отговори посочват „*не мога да дам категоричен отговор*“, (фиг. 33).



Фиг. 33 Нагласи за избор на същото работно място

Проявяваме интерес към водещите мотиви, които имат отношение към желанието на професионалистите - 23 (24%) за смяна на работното място.

В отговор на въпроса „*Ако бихте избрали различно работно място, желанието Ви за смяна се дължи на"* установяваме:

- Възможност за по-добра реализация; по-добро възнаграждение – мотив за 14 фелдшери (14%).
- Възможност за по-добра реализация; възможност за повече свободно време; по-добро възнаграждение – определени от трима интервюирани (3%)
- Възможност за по-добра реализация; по-добро възнаграждение; друг мотив – трима от респондентите (3%).
- По-добро възнаграждение – един (1%)
- Възможност за повече свободно време – един (1%).
- „друг мотив"- двама от интервюираните (2%).

❖

Резултатите от проучването по въпроса ни насочват към обсъждане на два основни мотива за смяна на работното място:

❖ *Възможност за по-добра реализация*

От интервюто стана ясно, че смисъла, който респондентите влагат в този мотив е възможност за практикуване в съответствие с квалификацията. Тоест стремежът на професионалистите е приложимост на техните знания и опит. Това желание определя двупосочен позитив: удовлетвореност на работещия и задоволяване потребностите на потребителя на медицинска помощ.

❖ Вторият мотив – *„По-добро възнаграждение“.*

От резултатите се вижда, че доброто заплащане е важна страна от реализацията в професионален план.

Заетост на фелдшерите с допълнителна трудова дейност

- 20 професионалисти (20,59%) от участващите в проучването отговарят с „да“ на въпроса „*Работите ли другаде?“*.

Тоест, освен по основен трудов договор, те имат и допълнителна трудова заетост;

- 82-ма (79,41%) са професионалистите без допълнителна трудова заетост, което е преобладаващия дял, (фиг. 34).

Фиг. 34 Допълнителна трудова дейност

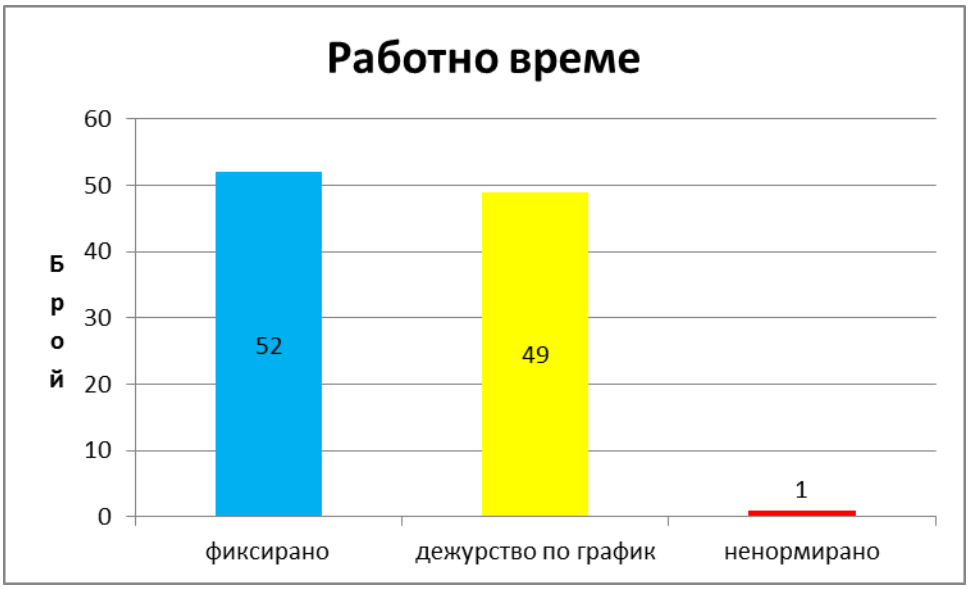
Оказа се, че професионалната ангажираност само по основен трудов договор не е въпрос на нежелание на респондентите за допълнителна

дейност, а по-скоро се съотнася към няколко причини и една от тях е отсъстваща възможност за почасова работа и гъвкаво работно време.

По мнение на практикуващите фелдшери времето след основния трудов ангажимент е „недостатъчно“ за допълнителна работа.

По отношение *работно време* установяваме:

- 52-ма фелдшери (52%) работят „*през деня*“, към момента на проучването, на фиксирано работно време - 8 часа, в съответствие с трудовото законодателство в страната. Ангажираността е най-често в интервала 7.30 – 16.00, 8.00 – 16.30 часа.
- 49 (49%) са работещи на „*дежурства по график*“.
- Само един професионалист (1%) определи трудовия си ангажимент, като дейност на „*ненормиран работен график*“ – (работно време с променливи граници), (фиг. 35).



Фиг. 35 Работно време

В съответствие с резултатите от проучването трудовата дейност на респондентите представена като времева заетост можем да обсъждаме като една от причините, която обяснява съотношението между допълнително работещи и неработещи.

Времето от деня след 17 часа може да бъде използвано за допълнителна работа в системата на здравеопазване организационно като нощно дежурство. Този вариант за работа действително не е удачен за работещите през деня, в съответствие с изискванията на Кодекса на труда.

Друго обстоятелство, което приемаме като възпрепятстваща допълнителната трудова дейност причина, е статута на държавни служители на работещите в РЗИ.

В съответствие със законодателството, практикуващите в институцията служители нямат право на допълнителна трудова дейност.

❖

Изводи по отношение заетостта на фелдшерите с допълнителна трудова дейност:

1. Респондентите имат желание да работят на повече от едно работно място, основно поради ниски доходи, но липсват условия за професионална мобилност.
2. Допълнително работещите професионалисти са (предимно практикуващи в СМП и ДПБ) с времева възможност осигурена от работата на график по основен трудов договор.
3. Предпочитанията на респондентите (допълнително работещи) – 19 човека (19,59%) са за трудова заетост в системата на здравеопазване. Само един от професионалистите (1%) е с допълнителна дейност различна от специалността.

Нормативно предоставена възможност за бъдеща професионална дейност на фелдшерите като лекарски асистенти

Реализацията на лекарските асистенти в бъдеще, като последователи на медицинските фелдшери, изисква промяна в нормативните документи, като

професия „Фелдшер“ бъде заменена с „Лекарски асистент“. В някои документи промяната вече е факт:

Чл. 17а (1) ЗЛЗ (изм. и доп. ДВ., бр. 72 от 2015г.) *В медицинския, медико-денталния и диагностично-консултативния център могат да се разкриват звена, в които **лекарски асистенти**, медицински сестри или акушерки самостоятелно оказват здравни грижи.*

Отсъствието на професия „Фелдшер“ в текстовете на нормативните документи, обаче би създало проблеми в професионалната дейност на работещите все още в системата медицински фелдшери, в случаите, когато фелдшер трябва да практикува на ново работно място, обявено като длъжност за лекарски асистент. За преодоляване на тези неудобства настоящото законодателство осигурява възможност на фелдшерите за работа с §2в, ал. 1 и 2 от преходните и заключителни разпоредби на ЗЗ (ДВ. бр. 98 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 г.). Статутът на заварените случаи – практикуващи фелдшери, е приравнен със статута на лекарските асистенти по отношение възможности за практикуване.

(1) *Фелдшерите, които имат права по §32, ал. 2 и 3 от преходните и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗВО (ДВ., бр. 41 от 2007 г.), да се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл. 42, ал. 1, т. 1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от две години през последните 10 години.*

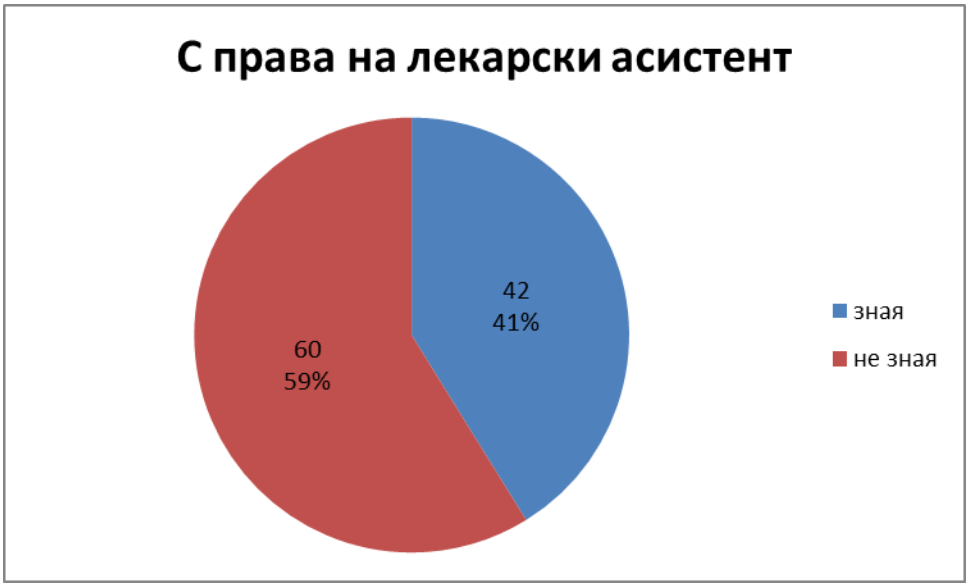
(2) *Фелдшерите, които имат права по §3 от преходните и заключителни разпоредби на ЗСОМСААМС, се ползват с правата на лекарски асистенти с ОКС „бакалавър“ по чл. 42, ал. 1, т. 1, буква „б“ от ЗВО за упражняване на професията, при условие, че са упражнявали медицинска професия не по-малко от три години през последните 10 години.*

С въпроса: „*Знаете ли, че в бъдеще можете да упражнявате професионална дейност, ползвайки се с правата на лекарски асистенти?*“ изследваме информираността на практикуващите фелдшери в посока предоставената им възможност за бъдеща практика.

Резултатите показат:

- 42-ма фелдшери (41%) са информирани за ползването им с права на лекарски асистенти по отношение възможност за професионална дейност.
- 60 практикуващи (59%) от изследваната група се информираха за възможността в процеса на интервюиране, (фиг. 36).

Разглеждаме процента на информираните (41%) като немалък, предвид възрастовата структура на практикуващите към момента на проучването фелдшери, предполагаща неголяма активност по отношение информация относно бъдеща професионална реализация.



Фиг. 36 Информираност на фелдшерите за ползването им с права на лекарски асистенти

„Желаете ли да ни кажете още нещо за работата на фелдшерите?“

В емпиричното социологическо проучване изследваме мнението на фелдшерите за работата им с предоставена възможност за свободен отговор на въпроса: *„Желаете ли да ни кажете още нещо за работата на фелдшерите?“*

По-голямата част от интервюираните се възползват от възможността, изказвайки задоволство от проявения интерес към тяхната лична позиция по въпросите с отношение към професионалната им реализация с възможност за свободен отговор. Желанието, с което респондентите откликват на поканата, дава основание да мислим, че практикуващите дълго време са чакали такава възможност. Още в момента на поканата им за провеждане на интервюто по-голяма част от тях реагират с изказването: „Най-сетне някой се позаинтересува и от нас като професионалисти. Малко е късно, защото вече сме на изчезване“.

В свободния отговор респондентите коментират различни професионални проблеми, всеки воден от своите лично преживени в хода на професионалната дейност изпитания и мнение по въпросите.

За да бъдем коректни като изследователи, по отношение резултата от изследването по този въпрос, представяме някои цитати от личните мнения на професионалистите, които обобщаваме в няколко направления формулирани от респондентите, в съответствие с отговорите на въпроса: *„Желаете ли да ни кажете още нещо за работата на фелдшерите?“*

Темите с изказано лично мнение, които практикуващите фелдшери най-често коментират: Професионален статут, професионална дейност, продължаващо следдипломно обучение и специализация, съсловна принадлежност, доверие, признание и престиж на професията. Представяме ги чрез цитати на респондентите:

Професионален статут

- „Обезличиха ни като професионалисти със този статут. Това е важно не само за нас, но и за обслужването на пациентите“.
- „Фелдшерите не сме това, което бяхме преди години“.
- „Ние работихме в едно друго, по-добро време, когато се чувствахме професионалисти“
- „Знаеш“ и „можеш“ в съответствие с квалификацията, но парадоксално „нямаш право“ съобразно нормативните правомощия!
- „Някои от законотворците поставят знак за равенство между професиите фелдшер и парамедик, което е недопустимо. Как тогава да приемеш за разумни разписаните от тях нормативни решения, определящи професионалната ти дейност?“
- „Когато вземат противоестествени на реалността решения и се разписват безумни нормативни изисквания, управниците всъщност сами създават условия за нарушения и нерегламентирани дейности“.
- „Възмутен съм от политиката към нас - фелдшерите. Когато се отзовавам на домашно повикване в отсъствието на лекаря, за да овладея хипертонична криза или астматичен пристъп, това не е грижа, а медицинска дейност. Какво да правят хората по селата, където няма лекарски практики - да умират, само защото няма лекар, а фелдшера който е там не може да им помогне поради забраната от хартийките. Зад това не стои защита на качеството на обслужване“.
- „Ние сме със специфична квалификация и практикуваме базисни медицински дейности под лекарско наблюдение. Това ни отличава от останалите професии в направление „здравни грижи“.
- „Нас ни има в системата, а няма длъжности за фелдшери! Защо трябва да работим на други длъжности? Що за политика е това!“.

- „Похвално е решението да се ползваме на практика с права на лекарски асистенти, което ще ни позволи да практикуваме и в бъдеще“!

Професионална дейност

Професионалисти практикуващи в ПИМП:

- „За да бъдем ефективни като професионалисти трябва наистина да ни се даде възможност да практикуваме това, за което сме подготвени и можем реално да правим“.
- „Къде е политиката на ефективно използване на трудов ресурс?“
- „Преди здравната реформа имахме повече и разумни правомощия. Когато с времето натрупахме опит, станахме според политиците и разписаните от тях правила „некадърни“ за оказване на качествена помощ, на която уж пациентите имат право“
- „Много пъти в практиката си съм показвала на начинаещи лекари аускултаторна находка, която по изказванията им никога не са чували, но право на автономна дейност – нямам. Аз не съм безотговорна и не бих надскочила възможностите си. Не мога, обаче, да приема за логично да стоя и да не помогна на пациент заради ограничения на хартия, когато знам и мога и пациентът очаква помощ от мен“
- „Ние трябва да можем да работим самостоятелно при строго определени правила. Нали се говори за пазарна икономика и всички трябва да сме равни на пазара на труда. Простичко е - този който не знае и не може няма да бъде търсен и ще остане без работа – ето пазарния механизъм в действие“.
- „През целият си трудов стаж съм се чувствала недооценена от висшия медицински персонал. Доволни от работата ми, което е изказвано многократно, включително и с награди, но ограничавана в професионалната дейност. Причината – страх от отнемане на работни

възможности. Лекарите се чувстват застрашени и не желаят да съществуваме като професионалисти“.

- „Пациентът не трябва да се подценява. Той знае кой е лекар, кой фелдшер, медицинска сестра. Нека сам решава към кого да се обърне за помощ, защото за него важното е да можеш да му помогнеш, а не какъв си!“
- „Ние трябва да имаме право на договорни отношения с НЗОК за извършване на дейности според квалификацията ни. Нека методичното ръководство или надзор на лекар, както там му казват, да си го има. При съвременните технически възможности това не може да е проблем“.
- „Ако имах възможност да сключа договор с НЗОК, за работа съобразно моята компетентност, бих отишла с удоволствие да работя в някое малко родопско селце, където хората са без медицинско обслужване. Сега не мога да реализирам тази моя идея без регистрирана лекарска практика“

Работещи в ДПБ

- „Назначени сме на длъжност „фелдшер“, но дейността ни не е съобразена с квалификацията. Извършваме несвойствена работа, включително и задължения на санитар. Отсъствието на работни места съобразени с професионалната ни квалификация и необходимостта от доходи ни кара да останем на работа в структурата“.

Работещи в Спешна медицинска помощ:

- „Чувствам се разочарован от политиката към нас като съсловие. Подготвени сме добре, а не ни използват пълноценно, особено в днешните условия на недостиг на кадри“
- „Единствено се радвам на благодарността на хората, които съм обслужвала като пациенти. Тяхната оценка е справедлива. За съжаление няма кой да ги чуе. Мисля, че преди да ни бяха спрели

подготовката като кадри, логично беше да се проследи чрез проучване оценката на пациентите за нашата дейност. За мен такава трябва да е политиката, ако се мисли за интересите на пациентите“.

Професионалисти от УДЗ:

- „Превърнаха ни в регистратори на здравна информация и не можем реално да отговорим на потребностите на обслужвания от нас контингент“.
- „Не се чувствам пълноценен професионалист, когато в училище не мога да поставя инсулин на диабетно болното дете, поради профилактичния статут на дейността, който ми забранява лечебна дейност“.
- „Как да окажеш помощ в състояние на спешност в училищния здравен кабинет, когато поради статута на дейността не разполагаш с медикаменти. Какъв е смисълът на квалификацията и уменията, които имаш, когато не можеш да ги приложиш“
- „Всички, включително и контролните органи от РЗИ знаят, че най-ефективна е имунизационната дейност провеждана в училищните кабинети, но някои истини се пренебрегват заради съсловни интереси“.

Продължаващо следдипломно обучение и специализация

- „Късно ни се предостави възможност за специализация. А доколко специализирането в областта на грижите е съобразено с медицинската ни подготовка – не се знае. Ние все пак не сме медицински сестри нищо, че сме поставени в направление здравни грижи, където всъщност не ни е мястото.“
- „Учих УЗГ, защото имах потребност от обучение, но решението ми бе резултат от отсъствието на възможност за обучение по клинична специалност, която предпочитам“.

- „През изминалите години посещавахме курсовете, когато имаше такива, като възможност за повишаване на квалификацията, но не всички бяха съобразени с нашите професионални потребности, предвид специфичната ни подготовка. Самите курсове като възможност бяха не планови, а по-скоро кампанийни“.
- „Обективно нямахме възможност през годините за следдипломна квалификация, а кариерно развитие – никакво“.

Съсловна принадлежност

- „Не съм усетила защита на правата ми като професионалист от съсловната организация. Плащам членски внос и се питам – защо? Да, има закон, но този закон освен да ме задължава, трябва да има и смисъл за мен като професионалист“.
- „Аз съм фелдшер и не искам да ме определят от организацията като асоцииран специалист“.
- „Фелдшерското съсловие трябва да има самостоятелна организация и свое легитимно представителство пред институциите. Аз като професионалист имам право да избера това сам, а не да ми натрапват ръководство със закон, без да ме питат и убеждават, че то се грижи за мен. Разбира се, говоря не само в личен план“.

Доверие, признание, престиж на професията

- „Професионалното ми мнение се зачита. Радвам се на уважението на колегите“.
- „Обичам работата си и не бих я заменил с друга дейност, въпреки предизвикателствата, пред които сме поставени като професионалисти“.
- „Лекарите ползват нашия професионализъм, но отношението им към нас е пренебрежително“.

- „Чувствам се обезличен като професионалист. Не бих искал разочарованието ми да изпитат други, особено близки и познати, когато в днешно време има толкова добри възможности за избор на професия“.
- Имаме признание от пациентите като професионалисти, което е най-важно. Политиката е преходна!“.

Обобщение: Резултатите от емпиричното социологическо проучване с фелдшерите работещи в област Стара Загора на длъжност „фелдшер“ определят Втората хипотеза като частично потвърдена по отношение удовлетвореност от професията, където професионалистите се разпределят почти поравно и потвърдена в частта – неудовлетвореност от нормативната рамка определяща професионалната дейност и възможностите за следдипломно обучение.

III. Емпирично социологическо проучване на избора на специалност и нагласите за професионална реализация и продължаващо обучение на студентите от специалност „Лекарски асистент”, катедра „Здравни грижи“ в Медицински факултет на Тракийски университет, град Стара Загора

Резултати и дискусия

Обучението на Лекарски асистенти в България от 2014 г. се възприема като възпроизвеждане на професия „фелдшер“.

Подготовката на лекарски асистенти е държавна политика наложена от изискванията на времето - дефицитът и неравномерното разпределение на медицински специалисти в страната, особено в малките населени места, със затруднения в осигуряването на достъпа на населението до ПМП, текучеството на кадри в СМП, формиращи потребността от икономически рентабилен трудов ресурс с делегирани дейности от лекарската практика, успешно приложим в много страни от професионалистите лекарски асистенти, разпознаваеми в България в специалистите с квалификация „фелдшер“.

Със 138 годишна историческа роля и принос в здравната система на страната, фелдшерите са професионалисти, получили обществено признание, като възобновеното обучение се съпътства с промяна в наименованието на професия „Фелдшер“ в „Лекарски асистент“. Тази промяна се налага от потребността за подготовката на кадрите в съответствие със съвременните образователни изисквания и необходимостта от разпознаваемост на българските професионалисти извън пределите на страната, осигуряваща възможност за трансфер, професионално развитие и реализация.

Концепция „Лекарски асистент“ в България е резултат от последователната политика на Сдружението на фелдшерите за „възпроизводство“ на съсловието след преустановеното обучение на кадрите от 1999 г., отчитайки традициите и опита в обучението на здравни професионалисти в страната, в условията на формиращ се през последните години кадрови дефицит, в съображение на международните тенденции в обучението на кадри със сходен и приложим за нашите условия профил. Интересът на Сдружението

към лекарските асистенти се основава на сходството в компетенциите на специалистите в страните, където се практикува професията и учебните програми включващи обучение по основни медицински дисциплини, клинична насоченост и голям практически стаж - характерни и за подготовката на фелдшерите в България.

Обучавани от 2014 г. във ФОЗ гр. София и ТрУ, Медицински факултет гр. Стара Загора, лекарските асистенти в България са първоприемници и последователи на фелдшерите, следвайки специфичната подготовка на професионалистите, в съответствие със съвременните изисквания за обучение на медицински кадри.

Социално-демографски характеристики на студентите лекарски асистенти – възраст, пол, местоживеене по постоянен адрес

Възраст

С проучването установяваме следната възрастовата структура на студентите предпочели специалността „Лекарски асистент“:

- 15 студенти (36%) са на възраст до 20 г.;
- 22-ма (52%) – от 21 до 30 г.
- 5-ма (12%) – над 30 г, (фиг. 37).

В МФ на ТрУ от обучаващите се 42-ма студенти, най-голям е делът на студентите на възраст между 21 и 30 г. – 22-ма (52%).

Най-младите студенти са на 18 г. – двама, а най-възрастният е на 39 г.

Средната възраст на обучаващите се студенти е 22,8 год.

В съответствие с резултатите приемаме, че интерес към специалност „Лекарски асистент“ проявяват както завършили средно образование през годината на стартиране на обучението по специалността, така и младежи с трудов стаж.

Фиг. 37 Възрастова структура на студентите от специалност „Лекарски асистент“ на ТрУ, МФ

Разпределение по „пол“ на включените в проучването студенти

Приемът на студентите от специалност „Лекарски асистент“ се осъществява на квотен принцип: 50% мъже и 50% жени.

В момента на проучването установяваме незначително различие в съотношението на обучаваните по характеристика пол:

22 – мъже (52%) и 20 – жени (48%), (фиг. 38).

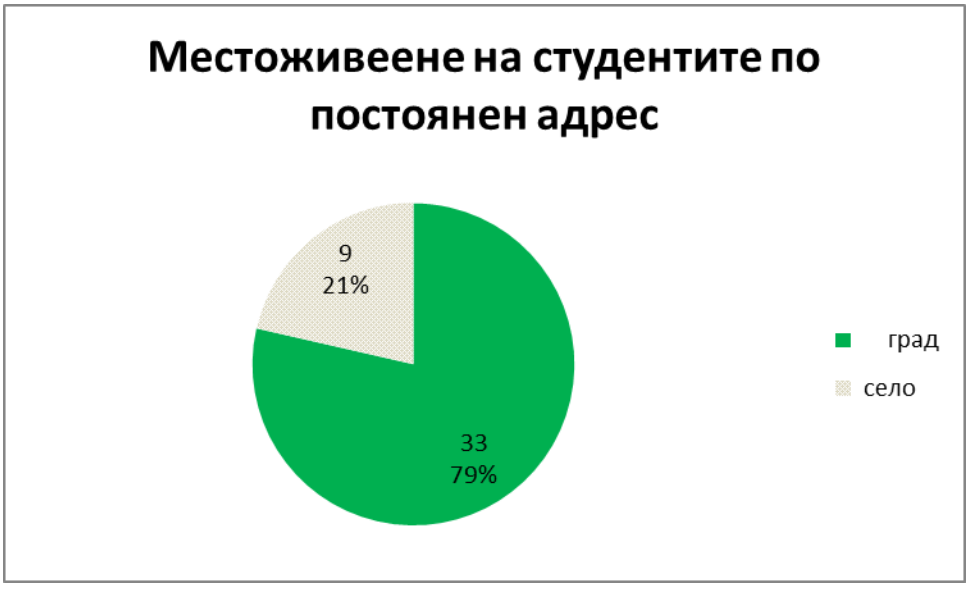
Съотношението се обуславя от приетите за обучение в специалност „Лекарски асистент“ студенти, насочени от специалност „парамедик“, без спазване на квотен принцип.

Фиг. 38 Разпределение на студентите по характеристика „пол“

Характеристика по „местоживеене по постоянен адрес“

Характеристиката на студентите по „местоживеене по постоянен адрес“ показа: 33-ма от обучаващите се (79%) са от град и 9 (21%) от село.

Характеристиката на студентите по „местоживеене по постоянен адрес“ е представена с фиг. 39



Фиг. 39 Местоживеене на студентите по постоянен адрес

Избор на специалност „Лекарски асистент“ и информираност на студентите за професията.

Изборът на професия е важна стъпка в живота на всеки човек, определяща бъдещата му реализация и усещане за успех и удовлетвореност, която обикновено се прави относително рано, в отсъствието на житейски опит и знания, и за младия човек е доста трудно да осъзнае значимостта на своето предпочитание. Изследователи на мотивацията за избор на професия твърдят, че на въпроса “Как избрахте бъдещата си професия“ малко хора могат да дадат обоснован отговор за своя избор. Повечето казват, че родителите им са ги насочили според техните собствени желания и амбиции, направили са избор като „професия по наследство“, други определят избора си като спонтанен от тяхна страна акт или водени от възможността, която професията осигурява за добро финансово обезпечаване.

Медицинската специалност, която студентите избират за своя бъдеща професия в съответствие с тяхната обща култура, личностни качества и мотивираност, не е лека откъм предизвикателства и отговорности. Такова предизвикателство и отговорност за бъдещата си реализация като професионалисти са поели студентите от специалност „Лекарски асистент“ в ТрУ, МФ, гр. Стара Загора в ролята на кандидат-студенти, заявили желание за обучение и овладяване на професия, непозната за България под името „Лекарски асистент“.

Изследваме кое по ред е желанието за специалност „Лекарски асистент“ на обучаващите се по специалността, от заявените от тях в кандидат-студентската кампания предпочитания.

В отговор на въпроса „*Приемът Ви в тази специалност е“* установяваме:

- 13 студенти (31%) с избор на специалност „Лекарски асистент“ като първо предпочитание за тях, а за 2-ма (5%) – първо и единствено;
- „Лекарски асистент“ като:

- ✓ *второ желание* за бъдеща професия за 10 (24%) от обучаващите се;
- ✓ *последващо желание* за 3-ма студенти (7%);
- ✓ *пренасочен от друга специалност* – 14 студенти (33%), 13 от парамедик, (фиг. 40)

През учебната 2013/14 год. в Медицински колеж, гр. Стара Загора, са приети студенти специалност „Парамедик“, обучението на които се закрива през 2014 г. по решение на МЗ. Предоставена е възможност на студентите да продължат обучението си чрез избор на друга специалност: „медицинска сестра“ или „акушерка“ с ОКС „бакалавър“ от направление „Здравни грижи“ на Медицински факултет, ТрУ или „рехабилитатор“ в Медицински колеж на ТрУ с ОКС „професионален бакалавър“.

С проучването установяваме, че 13 студенти по специалност „Лекарски асистент“ са направили избор и постъпили в специалност „Лекарски асистент“ с ОКС „бакалавър“ след преустановеното обучение по специалност „Парамедик“ – професионален бакалавър. Те започват обучение по специалност „Лекарски асистент“, като пренасочени от друга специалност, заедно с приетите първи випуск – 10 студенти. Възможността на студентите „бивши парамедици“ да се обучават като лекарски асистенти интерпретираме не само като шанс, предоставен с решението на МЗ, но и като избор на студентите, които реално имат възможността да избират между няколко специалности, съответно бъдещи професии.

Трима студенти приети в специалност „парамедик“ са имали първоначално желание за обучение в специалността „Лекарски асистент“, но балът им се е оказал недостатъчен за удовлетворяване на желанието им, което в последствие реализират чрез предоставената им втора възможност по „пренасочен от парамедик“.

Един студент е направил избор на специалност „Лекарски асистент“ за своя бъдеща професия, *като пренасочен от друга специалност*, прекъсвайки обучението си по нея.

Анализирайки резултатите от проучването, интерпретираме избора на специалност „Лекарски асистент“ от обучаващите се по нея студенти, като съответстващ в голямата си част на желанието на обучаващите се да бъдат бъдещи професионалисти - лекарски асистенти.

Тримата студенти, постъпили в специалността чрез класиране по „последващо желание“, можем да разглеждаме като приети в специалността съобразно личните възможности по бал на състезателния конкурс.

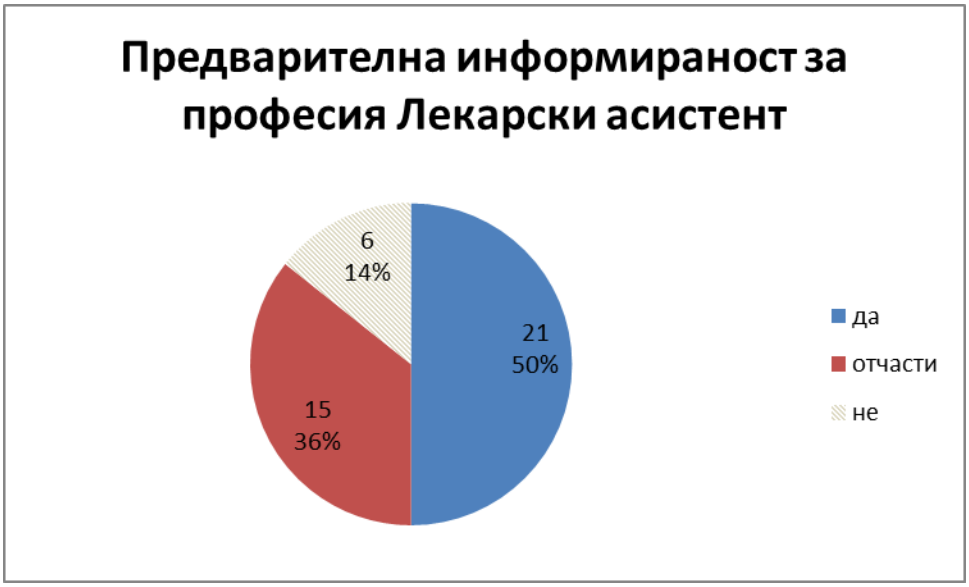
Фиг. 40 Прием по специалност „Лекарски асистент“ в съответствие с последователността на желание на кандидат-студентите

Информираност на студентите лекарски асистенти за професията преди кандидатстване

Изследваме доколко изборът на бъдеща професия от студентите е мотивиран, основаващ се на информираност по отношение на професията изглеждаща под името „Лекарски асистент“, като нова и непозната за България.

На въпроса „*Имахте ли предварителна информация за професия „Лекарски асистент“*“ установяваме следните резултати:

- 21 от студентите, което е 50% от обучаващите се, отговорят с *„да“*.
- 15 студенти (36%) определят информираността си като *„отчасти“*.
- 6-ма (14%) от студентите отговарят на въпроса с „не“, тоест не са имали предварителна информация за професията, (фиг. 41).



Фиг. 41 Предварителна информираност на студентите за професия „Лекарски асистент“

Източниците на информация на „информираните“ и определилите се като „отчасти“ информирани студенти се оказват разнообразни: литература за професията в други страни, родственици и приятели медици на студентите, работили извън страната и запознати с работата на лекарските асистенти, университетски преподаватели, студенти от други специалности, информация за специалистите от интернет сайтове.

На въпроса: „*Имате ли близки или познати с професия фелдшер или лекарски асистент* (работещ извън страната)?“ отговорилите с:

- „*да*“ са 25 студенти (60%),
- *„не“* съответно 17 (40%), (фиг. 42).

Фиг. 42 Познанства с професионалисти фелдшери и лекарски асистенти

Студентите (25), познаващи фелдшери и лекарски асистенти, отговорят на въпроса: „*Изборът Ви на специалност беше ли повлиян от тяхното мнение*?“

Резултатите в отговор на въпроса:

- С „*да*“ отговарят 8 студенти;
- С „не“ – 16 от студентите-респонденти;
- „Отчасти“- един студент, (фиг. 43).

Фиг. 43 Влияние на познанствата върху избора на специалност „Лекарски асистент“

От студентите, отговорили с “да“ на нашия въпрос, само двама се определят като избрали професията под влияние на техни близки.

Останалите шестима отговарят, че близките им не са оказвали директно влияние в избора им на професия. Тоест познавайки фелдшери, тяхната професионална дейност, която харесват, студентите сами са взели решение да изберат професията и за своя, определяйки избора си като „косвено“ повлиян.

Студентка, чиято баба е фелдшер, от дете наблюдавала работата ѝ. Многократно ставала свидетел на благодарността на пациентите към нейния професионализъм и така постепенно през годините се формирало желанието ѝ да избере професията на баба си за своя.

Студентите (16) реализират избора си на професия „Лекарски асистент“, неповлияни от своите близки и познати, и само един от студентите се определи като „отчасти“ повлиян.

Резултатите от проучването дават основание да разглеждаме избора на специалност „Лекарски асистент“ от респондентите-студенти като свободен и в някаква степен осъзнат за по-голямата част от тях.

Удовлетвореност от избора на специалност

Интерес за нас като изследователи представлява удовлетвореността на студентите от избора на специалност, определящ бъдещата им професия.

На въпроса: „*Удовлетворен ли сте от избора на специалност на този етап от вашето обучение“?* съгласно отговорите за оценка на удовлетвореността – „да“, „не“, „все още не мога да преценя“ получаваме следните резултати:

- „Да“- отговарят 32-ма (76%) от обучаващите се по специалност „Лекарски асистент“ студенти, заявявайки:

„Обучението отговаря на моите интереси и очаквания“;

- „Подготовката е на ниво и ще ми позволи да се подготвя като специалист“;
- „Специалността е хубава, позволяваща възможност за реализация в различни структури на здравната система. Подготовката е на ниво, а изискванията към нас големи, което ще допринесе за формирането ни като професионалисти“;
- „Подготовката по специалността съответства на информацията, която предварително имам за специалистите“.

Удовлетвореност от възможността да се обучават по специалност „Лекарски асистент“ изказват студентите, обучавали се в специалност „парамедик“, които след едногодишен курс на обучение по двете специалности имат реална база за сравнение на провежданата подготовка с оценка на професионалните възможности предоставящи им двете квалификации.

- 10 от студентите (24%) избират за свой отговор „*все още не мога да преценя“*.

Това са студенти от: I-ви курс – 6-ма; II-ри курс – един и 3-ма студенти от III курс.

Приемаме, че студентите от първи курс се нуждаят от повече време за оценка на удовлетвореността си от избора на специалност.

- Отговорът „не“ за удовлетвореност от избора на специалност не фигурира в резултатите от проучването, представени на фиг. 44.

Фиг. 44 Удовлетвореност от избора на специалност

В изследването предвиждаме да проучим колко от студентите неудовлетворени и все още колебаещи се по отношение на оценката им за удовлетвореност от избор на специалност са склонни да кандидатстват медицина или друга специалност в следваща кандидат-студентска кампания. Отсъствието на негативен отговор насочва въпроса към 10-те студенти (24%) посочили „все още се колебая“ по отношение удовлетвореност от избор на специалност.

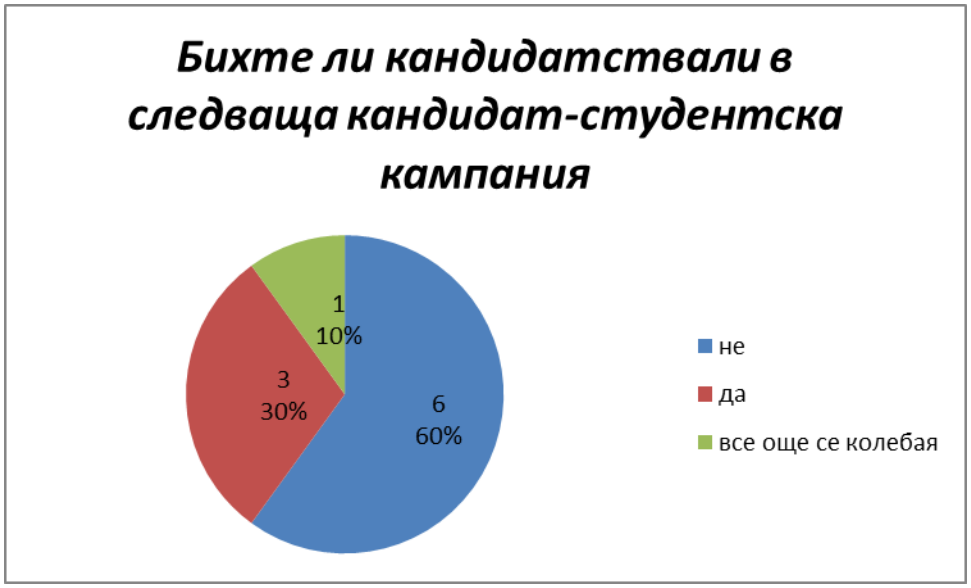
Въпросът: „*Бихте ли кандидатствали медицина или друга специалност в следваща кандидат-студентска кампания?* не е зададен на 32-мата студенти (76%), които са удовлетворени от избора на специалност на този етап на обучение и се предполага, че биха си спестили предизвикателството отново да кандидатстват. Отговорите на останалите 10 студенти, посочили отговор „все още се колебая“ по отношение удовлетвореност от избор на специалност, се разпределят по следния начин:

- „не“ - не бих кандидатствал отново с избор на друга специалност – 6-ма студенти (60%);
- „да“ или желание за кандидатстване в следваща кандидат-студентска кампания заявяват 3-ма (30%) студенти. Те имат нагласа да опитат

възможностите си с избор на специалност „медицина“, но при неуспех ще продължат образованието си в специалност „Лекарски асистент“.

- Само 1 студент (10%), към момента на проучването, все още се колебае в решението за кандидатстване отново в следваща кандидат-студентска кампания.

Резултатите от проучването за нагласата на студентите - 10 (отговорили „все още не мога да преценя“, по отношение удовлетвореност от избора на специалност) за кандидатстване по медицина или друга специалност в следваща кандидат-студентска кампания, са представени на фиг. 45.



Фиг. 45 Желание за кандидатстване в следваща кандидат-студентска кампания

В заключение: резултатите за удовлетвореност от избор на специалност и нагласа за ново кандидатстване ни дават основание да приемем, че към момента на проучването, обучаващите се по специалност „Лекарски асистент“ студенти определят избора си на специалност за успешен.

Изборът на професия „Лекарски асистент“ определен от студентите като „осъзнат“ или „случаен избор“

На въпроса: „*Как определяте Вашия избор на професия „Лекарски асистент“, като „осъзнат“ или „случаен избор*“ получаваме следните резултати:

- 30 студенти (71,43%) определят избора си като „*осъзнат*“.
- 12 студенти (28,57%) - като „*случаен*“. Това са студенти от бившата специалност „парамедик“, които посочват възможността предоставена им след преустановеното обучение на първоначално избраната специалност като „случаен избор“ по отношение специалност „Лекарски асистент“, но подчертават, че в последствие този избор е осъзнат. Предимствата, които им осигурява професията, ги кара да се чувстват „късметлии“ по отношение на шанса, предоставил им тази възможност.

Нагласи на студентите за бъдеща реализация като професионалисти лекарски асистенти.

Всеки студент в процеса на обучение изгражда своя лична представа за бъдеща реализация като професионалист. В условията на дефицит на медицински кадри в страната, важна е нагласата за реализация на студентите, бъдещи професионалисти, особено в посока на миграция и желание за професионална дейност в други страни. Проучвания в тази посока са от значение за оценка на съотношението между налични и необходими кадри, в съответствие с променящите се здравни потребности на обществото от една страна и възможности за корекция на основните причини, определящи професионалните миграционни процеси, от друга страна. В нашето проучване въпросът за нагласата на лекарските асистенти за бъдещата им реализация като професионалисти е логичен, имайки предвид, че кадрите с тази специфична квалификация са необходими за страната, което е повод и за възобновяване на обучението. Така с въпроса:

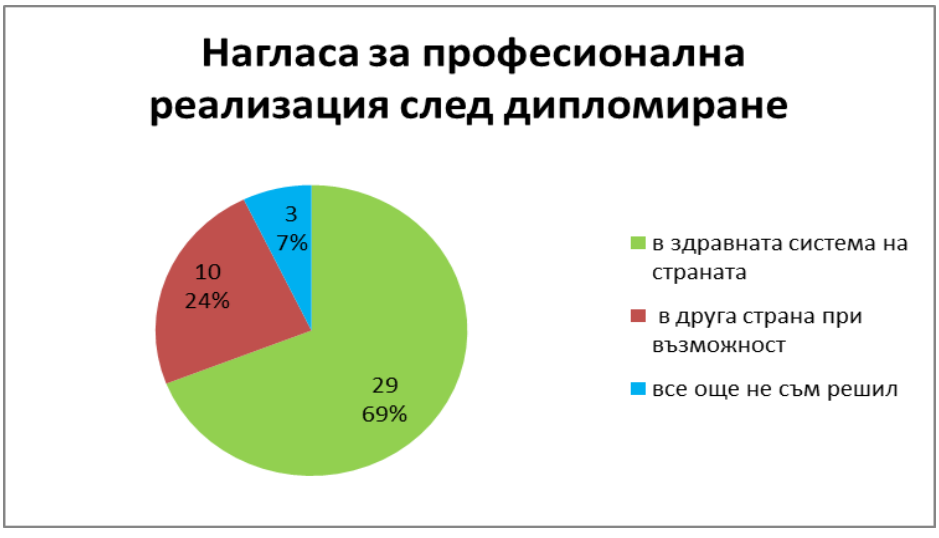
„*След дипломирането Ви, къде планувате да практикувате като лекарски асистент*“? очакваме бъдещите професионалисти да споделят нагласите си за реализация.

Студентите съотнасят своето предпочитание към предложените отговори:

- *В здравната система на страната;*
- *В друга страна при възможност за това;*
- *Все още не съм решил/а*

Резултатите в отговор на нашето изследване:

- Повече от 2/3 - 69% от обучаващите се в момента лекарски асистенти изказват готовност, към момента на проучване, за бъдеща професионална дейност „*в здравната система на страната*“.
- 10 студенти (24%) заявяват желание за професионална реализация „*в друга страна при възможност за това“*. Това са: 4-ма от първи, 3-ма от втори и 3-ма студенти от трети курс.
- 3-ма (7%) студенти, по един представител от трите випуска, посочват отговор „*не съм решил*“ по отношение бъдещо практикуване като „Лекарски асистент“, фиг. 46.



Фиг. 46 Нагласа на студентите за професионална реализация след дипломиране

Изразилите готовност за бъдеща работа в „*здравната система на страната*“, обучаващи се във втори и трети курс, в съответствие с

учебната програма са провеждали клинична практика в различни структури, опознавайки спецификата им. Наличният, макар и малък опит, ги подпомага в избора на структура за бъдеща реализация като професионалисти, в отговор на въпроса:

„*В коя структура на здравната система предпочитате да работите*?“

- 17 студенти (от втори; трети и 2-ма от първи курс) са с предпочитания за работа в Спешна медицинска помощ (СМП).
- 12 студенти от всичките 29, изказали готовност за работа в страната, имат нагласа за практикуване след дипломиране в ПИМП, фиг. 47.

Фиг. 47 Студентите с предпочитания към структура за професионална дейност

Структурата (СМП) е единствено предпочитание като място за бъдеща професионална дейност на 10 студенти. Останалите, освен нея, имат и по няколко други желания:

- ✓ Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) - 7,
- ✓ Училищно и детско здравеопазване (УДЗ) - 2;

- ✓ Регионална здравна инспекция (РЗИ) - 2;
- ✓ Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) – 2;
- ✓ Един от студентите след структурите УДЗ и ПИМП на трето място в избора си поставя хоспис или заведение за палиативни грижи;
- ✓ Студентът от трети курс след СИМП заявява желание за работа в лечебно заведение за психично болни.

Респондентите мотивират избора на структура за бъдеща професионална дейност с аргументите:

- ➢ Разнообразие на патологията в СМП и динамичност в дейността, с възможност за практикуване на диагностична и лечебна дейност, в състояния от спешен порядък.
- ➢ Определят СМП като структурата, в която най-бързо ще натрупат практичен опит с възможност за формирането им като професионалисти.
- ➢ Голяма част от студентите изразяват мнение, че ще се чувстват по-удовлетворени като професионалисти, бивайки полезни в екстремни ситуации.
- ➢ Предпочелите реализация в Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) аргументират избора си с възможност за работа с разнообразна патология, позволяваща бързо формиране на клиничен опит, но не в интензивни и стресови условия, както в СМП.
- ➢ Студентите, произхождащи от малки населени места посочиха структурата ПИМП като възможност за успешна реализация в екип с ОПЛ и възможност за самостоятелна дейност в рамките на компетентността, с нагласа за подобряване на затруднения достъп до ПМП на пациентите в селищата им.
- ✓ Студенти, чиито родители са общопрактикуващи лекари - възможност за съвместна семейна практика.

- Направилите избор за реализация в СИМП се аргументират с възможността за професионална дейност в специализирано направление, предполагащо развитието им като професионалисти на по-високо ниво със специализация.
- Възможност за разкриване на кабинети в Диагностично-консултативни (ДКЦ) и Медицински центрове (МЦ) за дейности в съответствие с чл. 17в от ЗЛЗ.
  - УДЗ – предпочитание за работа с деца и дейност с профилактична и промотивна насоченост.
  - Предпочитанията за работа в хоспис или заведение за палиативни грижи студентите формират под влияние на потребностите, които имат техни близки възрастни хора и трудностите, срещани при получаване на този вид здравни услуги.
- Студентът, изказал нагласа за работа в лечебно заведение за психично болни, мотивира избора си с интерес по отношение на патологията. Подкрепи избора си с изказването: „Патологията е интересна и трудна, работата натоварва обслужващия персонал, но пациентите са хора, също нуждаещи се от помощ“.
- Заявилите желание за работа като професионалисти в РЗИ са направили избора си още в началото на курса на обучение и отстояват мнението си без колебания. „Работили“ в клуб „Млад здравен експерт“ са имали възможност да се запознаят с характера на работа на здравни инспектори от Дирекция „Контрол на храните“, което е причина за формиране на техния избор и желание за бъдеща професионална дейност в структурата.

В заключение, обобщавайки предпочитанията на студентите за бъдеща професионална дейност, можем да кажем:

- СМП е структурата, в която студентите, решили да практикуват професията в България, имат най-голямо желание за работа.

Това предпочитание е в съответствие с:

- ✓ Значителния хорариум (150 часа) за обучение по спешна медицина, съобразно ЕДИ за подготовка на специалисти с тази професионална квалификация, предполагащ успешна реализация на кадрите в СМП;
- ✓ Изразената нагласа на голяма част от студентите за работа в структурата още при първоначалния прием за обучение по специалност „парамедик“.

- Следващата структура, преобладаваща в предпочитанията на студентите като бъдеща професионална дейност, е ПИМП, с възможността, която структурата предоставя за реализация на специфичната професионална квалификация - със самостоятелни решения на професионалистите в дейности по промоция на здраве, профилактика, диагностика и лечение.

Нагласи на студентите лекарски асистенти за работа на село в екип с ОПЛ

Обективните трудности в България по отношение достъп до ПМП на населението от малките населени места дава основание в изследователската дейност с въпроса „*Бихте ли работили на село в екипна дейност с ОПЛ“* да проучим мнението на бъдещите професионалисти лекарски асистенти за работа на село.

Установяваме следната нагласа на студентите:

- 71%, 30 от интервюираните студенти, имат нагласа за работа в ПИМП на село с ОПЛ, като от тях:
- ✓ 38% (16 студенти) изказват готовност да практикуват „при възможност и за автономна дейност“, а

- ✓ 33% (14 студенти) са склонни на такава практика при „определени обстоятелства“;
- 4-ма (9%) от обучаващите се бъдещи лекарски асистенти са съгласни да практикуват на село в екип с ОПЛ, без да поставят никакви условия;
- 4-ма (10%) все още не са мислили по въпроса и не посочиха категорично решение.
- „не“ е отговорът на 2-ма студенти (5%) , тоест те не желаят работа на село в екип с ОПЛ;
- „категорично не, независимо от възможностите за работа“ е мнението по въпроса на други 2-ма студенти (5%).

Нагласите на студентите за бъдеща професионална дейност на село в екип с ОПЛ са представени на фиг. 48.

Студентите (16), желаещи да работят на село „при възможност и за автономна дейност“, споделят в интервюто, че като сходни с фелдшерите кадри, силно са обезпокоени от това какви възможности ще им бъдат предоставени на тях, лекарските асистенти, за реализация в една екипна дейност с ОПЛ. Познавайки предизвикателствата на фелдшерите, изразиха категорична позиция, че не биха работили в екип с правомощия на технически сътрудници или изпълнители само на манипулации по назначение. Това ще ги „обезличи като професионалисти и обезсмисли обучението с ограничаване на възможността за самостоятелни професионални решения в рамките на компетентността“.

Четиринадесетте студенти конкретизираха „определени обстоятелства“ като тяхно условие за практикуване на село в екип с ОПЛ:

- На първо място отново поставят въпроса с отношение към възможността за автономна дейност в рамките на компетентността;
- Трудово възнаграждение съобразено с професионалния ангажимент и отговорности.

По тяхно мнение трябва да има остойностяване на извършваните дейности в съответствие с часовата продължителност на професионалния ангажимент и брой обслужван контингент пациенти. Студентите коментират възнаграждения от типа „по договаряне“ като невинаги коректни. Общопрактикуващият лекар, според тях, като работодател наема на мизерно възнаграждение професионалистта, поставен в условия на безизходица, при ограничен избор на работни места. В дискусията по въпроса студенти споделиха конкретни примери, изразявайки категорично мнение, че ако бъдат поставени в условия на работен процес с нарушени посочените от тях изисквания, ще предпочитат реализация извън страната.

- При отдаленост на обслужваното селище удовлетворяващо решение по отношение на достъп до него – осигурен транспорт или осигурена възможност за временно пребиваване в селището.

Фиг. 48 Нагласа на студентите лекарски асистенти за бъдеща професионална дейност на село в екип с ОПЛ

Студентите лекарски асистенти за бъдеща професионална дейност в болнично лечебно заведение

Изследвайки нагласите и предпочитанията на студентите от специалност „Лекарски асистент“ за бъдеща професионална реализация и отчитайки желанието за работа, в съответствие с компетентността е важно доколко бъдещите професионалисти са склонни на работа в болнично заведение. На въпроса: „*Бихте ли работили в болница при наличието на щатни длъжности за „Лекарски асистент*“? получаваме следните отговори:

- 34 (81%) от студентите имат желание за работа в болнично лечебно заведение;
- 5-ма (12%) отговориха „не съм мислил по въпроса“;
- само 3-ма (7%) от интервюираните са „категорични“ към момента на проучването с отговора „не“, тоест не желаят да работят в болница.

Резултатите от проучването по въпроса са представени на фиг. 49.

Прави впечатление, че студентите, отстояват мнението и категоричната си позиция за бъдеща работа в болница при условие, че има длъжности за лекарски асистенти и професионалните дейности са съобразени със специфичната им подготовка. Това изискване те коментират спонтанно, независимо от факта, че в зададения в проучването въпрос се съдържа уточнението „щатни длъжности за лекарски асистенти“. Към тези изисквания 2-ма от студентите допълват – отделението в болничното заведение, в което могат да работят е със специализация по предпочитана от тях патология, а един от студентите уточнява – „работа в болнично заведение при отсъствие на друга възможност за практикуване“.

Позицията на студентите лекарски асистенти интерпретираме отново като желание за професионална автономност в съответствие с компетентността и желание за съхраняване специфичния облик на професията.

С въпроса: „*Бихте ли работили в болница при наличието на щатни длъжности за „Лекарски асистенти*““, „изненадахме“ 5-ма (12%) от студентите. Познавайки реализацията на кадрите с тази квалификация, предимно в извънболничната помощ и предвид отсъствието на този етап на нормативни решения, предоставящи възможност за работа в такова лечебно заведение, се оказаха „неподготвени“ по отношение зададения въпрос.

Фиг. 49 Нагласа на студентите за бъдеща работа в болница

Проследявайки предпочитанията за бъдеща работа по отношение на структура е видно, че:

- специфичната медицинска подготовка на лекарските асистенти, както и при фелдшерите, предполага желание за работа в структура, предоставяща възможност за дейности, в съответствие с квалификацията;
- студентите освен мотивация за професионално развитие проявяват и чувство за обществена отговорност по отношение на здравни потребности (установено с изказани мнения в интервюто), което е похвално и обнадеждаващо по адрес на професионалното развитие на младите хора, заети в здравеопазването на България.

Нагласи на студентите лекарски асистенти за продължаващо обучение и специализация

Здравните предизвикателства, новостите в медицинската наука и технологии изискват от медицинските професионалисти периодично усвояване на нови знания и умения, като гаранция за успешната им професионална реализация и утвърждаване на добри професионални практики. В съответствие с Концепцията „Цели за здраве 2020“ на медицинските професионалисти трябва да бъде осигурен лесен достъп до възможности за учене през целия живот, което налага усъвършенстване на системата за обучение, квалификация и продължаващо обучение, повишаване контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организиране и провеждане на обучението.

Съгласно чл. 182 от Закона за здраве, БАПЗГ организира, координира, провежда и регистрира продължаващото обучение на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.

Чл. 182. (1) (Изм. - ДВ, бр. 85 от 2005 г., бр. 75 от 2006 г.) Съсловните организации на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти организират, координират, провеждат и регистрират продължаващото медицинско обучение на лекарите, на лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите и на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти при условия и по ред, определени в договори с висшите училища, Българския Червен кръст и Военномедицинската академия.

Като съсловна организация с функции по отношение професионалната квалификация на своите членове, БАПЗГ предложи (със Законопроект) промени в ЗСОМСАМС - въвеждане на квалификационни нива удостоверяващи придобити знания, умения и компетентности, усвоени в

рамките на продължаващото обучение или придобиване на специалност в системата на здравеопазване в период от пет години. Промените определят продължаващото обучение на медицинските професионалисти със задължителен характер.

- 39 (92,86%) от интервюираните студенти лекарски асистенти одобряват задължителния характер на продължаващото следдипломно обучение, съзнавайки, че така ще се гарантира поддържане, повишаване и разширяване на теоретичните знания и практически умения, необходими за осигуряване на качествени медицински услуги. Квалификационните нива приемат, освен като начин за удостоверяване на постигнатите компетентности и специализация, и като средство за мотивация по отношение на кариерното развитие.
- само 3-ма студенти (7,14 %) отговарят с „не“ на въпроса „*Одобрявате ли задължителния характер на продължаващо, следдипломно обучение в квалификационни нива?*“

По тяхно мнение трябва да има свобода на избор. Те изразяват притесненията си, че задължителния характер невинаги означава благоприятни и приемливи условия и ред, при който се осъществява обучението. Отсъствието на финансови средства може да постави, според студентите, някои професионалисти в неблагоприятна и безизходна ситуация.

Следдипломно обучение

В съответствие с Наредба 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазване, бъдещите лекарски асистенти

заявяват своите предпочитания за специализация, като разнообразието се определя от желанието на студентите за работа в съответна здравна структура, определен интерес към характерната за съответната специалност патология и желание за повишаване нивото на знания и умения в областта съответстваща на специалността.

- 27 (64,29%) от интервюираните студенти желаят специализация по специалност Спешна медицинска помощ.

o 17 от тях я посочват като единствено желана специалност за квалификация.

o Другите 10 студенти след СМП посочват по няколко предпочитания по отношение на специалност:

✓ Педиатрични здравни грижи – 5-ма от студентите;

✓ Първични здравни грижи – 2-ма студенти;

✓ Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене - 2-ма;

✓ Един студент, след СМП и педиатрични здравни грижи, на трето място в избора на специалност посочва „Апаратно поддържане на извънтелесно кръвообращение“.

- Останалите 15 студенти (35,71 %) имат следните предпочитания към специалност:

✓ Първични здравни грижи – 4-ма;

✓ Консултант по кърмене и здравословно и диетично хранене – 4-ма;

✓ Педиатрични здравни грижи – 2-ма;

✓ Педиатрични и психиатрични здравни грижи – един;

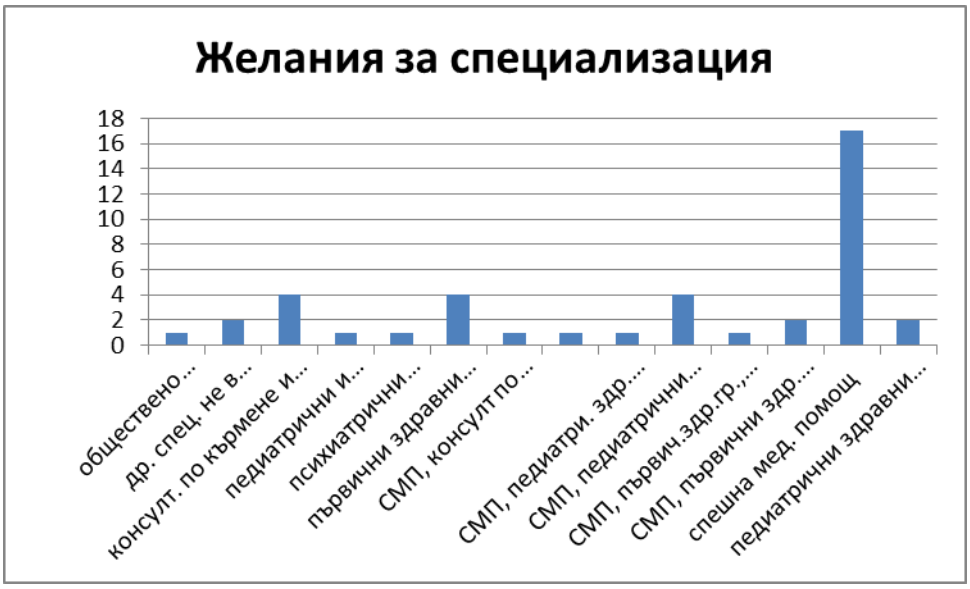
✓ Психиатрични здравни грижи – един;

✓ Обществено здравеопазване – един.

✓ Нямат предпочитания към посочените в наредбата специалности - 2-ма, (фиг. 50).

Предпочитанието на някои студенти за специализация по СМП е основано на опасения, че в останалите специалности е възможно специализацията,

като за кадри от направление „здравни грижи“, да не отговори на професионалните потребности, предвид по-специфичната подготовка по медицински модел. Студентите лекарски асистенти предполагат, че СМП като специалност ще гарантира подготовка в диагностичната и лечебна дейност.



Фиг. 50 Предпочитания за специализация

Мнението на студентите от МФ, ТрУ за обучение в образователна степен „магистър“ по професионална квалификация „Лекарски асистент“

Глобализацията на професия „Лекарски асистент“ и утвърждаването ѝ през последните години в европейските страни с тенденция към разработване на обща рамка за обучение на професионалистите – общ набор от знания, умения и компетенции, изисква проследяване подготовката на кадрите с тази професионална квалификация в страните с традиции в обучението на лекарски асистенти. Направеният обзор на международния опит в развитието на професия „Лекарски асистент“ показа, че повечето от учебните програми (226 в САЩ, Холандия, Великобритания и други страни)

за обучение на лекарски асистенти предоставят образователно-квалификационна степен „магистър“. В България обучаваните от 2014 г., с продължителност 8 семестъра и хорариум по ЕДИ не по-малко от 4625 часа, лекарски асистенти, придобиват образователно-квалификационна степен „бакалавър“. В условията на трансфер на професионалисти необходимостта от по-висока ОКС на българските кадри, определяща ги като конкурентноспособни на международния пазар, е очевидна. Задавайки въпроса: „*Желаете ли обучение* (при бъдещо законодателно регламентиране) *за придобиване на ОКС „Магистър“ с професионална квалификация „Лекарски асистент?“* търсим мнението на студентите за ОКС по отношение на специалността.

- 36 (85,71 %) от студентите отговориха с „да“;
- 6-ма (14,28 %) - „не съм мислил по въпроса“. (резултатите са представени на фиг. 51)

Към посочените от нас възможни отговори на въпроса в интервюто („Да“; „Не“; „Не съм мислил/а по въпроса”) студентите отговорили с „да“ прибавиха към отговора си и „*категорично*“, като израз на своето желание и убеденост, че след базова подготовка с ОКС „Бакалавър“, редно е в университетското обучение по специалност „Лекарски асистент“ да има и ОКС „Магистър“. Определят подобна възможност като основание за по-голяма удовлетвореност на студентите и аргументират очакванията си със съществуващите възможности за такова обучение в другите страни. Изказано бе мнението: „Разликата в образователните степени, при отсъствие в България на ОКС „магистър“, ще направи българските професионалисти неконкурентноспособни на лекарските асистенти в другите страни при трансфера на кадри“.

Фиг. 51 Желание за ОКС „Магистър“

В заключение на проучването по отношение обучение и специализация на лекарските асистенти можем да кажем:

1. Студентите разполагат с информация за обучението по тази специалност в другите страни;
2. Одобряват продължаващото обучение в квалификационни нива (учене през целия живот), но определят като логична и справедлива възможността за университетско обучение по програма с ОКС „Магистър“, специалност „Лекарски асистент“.
3. Предпочитан избор за специализация е СМП. На този етап съгласно наредбата за придобиване на специалност в системата на здравеопазване изборът на студентите е съобразен и с възможността за квалификация в диагностичната и лечебна дейност, в съответствие с медицинския модел на подготовка на кадрите.

Мнението на студентите за специалност „Лекарски асистент“ и обучението в МФ на ТрУ

В интервюто студентите лекарски асистенти от МФ на ТрУ имат възможността за свободен отговор на отворен въпрос: „*Бихте ли споделили още нещо за специалността „Лекарски асистент“ и обучението*“.

Изразените от студентите мнения и очаквания обобщаваме:

1. Студентите, информирани по отношение глобализацията на професия „Лекарски асистент“, изразяват задоволство от възможността в България да се подготвят такива специалисти, определяйки обучението като отговарящо на съвременните изисквания за подготовка на квалифицирани медицински кадри;
2. Студентите обсъждат университетското обучение на лекарските асистенти в програма с ОКС „Магистър“ като необходима и реалистична възможност, съобразена с опита на другите страни с традиции в обучението на такива професионални кадри. Разглеждат такъв формат като възможност за обучение, с акцент върху медицинския модел на подготовка, съобразно спецификата на кадрите от тази професионална квалификация.
3. Темата, която студентите най-много коментират и по която изразяват най-големи притеснения, е с отношение към професионалните правомощия и тяхната нормативна регулация, както и бъдещата им професионална реализация. Най-честото изказвано от тях мнение е: „Ние не сме медицински сестри. Не бива в практиката да бъдем третирани като такива, защото подготовката ни е друга и в противен случай тя се обезсмисля.“

Изводи от резултатите на проведеното емпирично социологическо проучване със студентите лекарски асистенти в МФ на ТрУ гр. Стара Загора

В контекста на проведеното емпирично проучване със студентите от Медицински факултет на ТрУ Стара Загора специалност „Лекарски асистент“ формулираме следните изводи:

1. Специалност „Лекарски асистент“:

- за 15 студенти (36%) е първо желание като избор на специалност в кандидат-студентската кампания;
- за половината студенти 21 (50%) - информиран избор;
- за преобладаващата част от студентите - 30 (71,43%) „осъзнат“ избор;
- за 16 студенти (38,09%) - личен избор като бъдеща професия.

2. Към момента на проучването, студентите преобладаващо се определят като удовлетворени от обучението – 32-ма (76%);
3. Голяма част от студентите - 29 (69,04%) са с нагласи за бъдеща професионална реализация в здравната система на страната.
4. Приоритетен избор за професионална дейност е Спешна и Първична извънболнична медицинска помощ.
5. Студентите лекарски асистенти, 34-ма (81%), имат нагласа за работа в болнични лечебни заведения;
6. Склонни за работа на село с ОПЛ са 34-ма от студентите (80,95%), с категорично заявено желание за съхранена автономност в дейността в рамките на компетентността по специалността и надежда за нормативни регламенти, осигуряващи успешната им реализация като професионалисти с медицински модел на подготовка.
7. Убедително изразено желание от 36 студенти (85,71%) за придобиване на университетска ОКС „Магистър“ по специалност „Лекарски асистент“.

8. От възможностите за специализация студентите проявяват предпочитание към специалност Спешна медицинска помощ.
9. Тридесет и девет от студентите лекарски асистенти (92,86%) одобряват задължителния характер на продължаващото следдипломно обучение в квалификационни нива, съзнавайки, че то ще гарантира теоретични знания и практически умения, необходими за осигуряване на качествени медицински услуги.

Обобщение: Анализирайки резултатите от емпиричното социологическо проучване със студентите лекарски асистенти обсъждаме като потвърдена третата хипотеза – студентите от специалност „Лекарски асистент“ на Медицински факултет, Тракийски университет, като последователи на кадрите с квалификация „фелдшер“ са удовлетворени от избора на специалност и обезпокоени от възможностите за бъдеща професионална реализация.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ

Представените в дисертационният труд резултати от проведените проучвания са основание да формулираме следните

изводи:

1. Обучението на фелдшери е наложено от необходимостта на медицински кадри в първите години след Освобождението на България – 1878 г., като през 138 годишната история на професията училищата за фелдшери многократно се закриват, но и откриват винаги, когато има остра необходимост от медицински кадри, не само за армията, но и гражданството;

2. Подготовката на професионалисти с квалификация „фелдшер“ през годините има за цел да осигури първи помощници и заместници на лекарите с възможност за професионална дейност на кадрите в различни структури, предимно на извънболничната помощ с изпълнение на лечебно-профилактични, санитарно-противоепидемични и социално-хигиенни задачи;

3. Независимо от политическите и професионални предизвикателства през годините, съпътстващи и отразяващи се върху професионалното им развитие и численост, фелдшерите продължават понастоящем, и в условията на реформиращо се здравеопазване, да практикуват в различни структури на здравната система;

4. Респондентите, обхванати в емпиричното проучване, работещи на длъжност „фелдшер“ в област Стара Загора, са преобладаващо към края на своята професионална кариера. Те описват професионален маршрут, който съответства на възможностите за реализация в различни структури на здравната система, преди и след старта на здравната реформа и личностната мотивация и нагласа за реализация;

5. Преобладаващата част от практикуващите на длъжност „фелдшер“ в област Стара Загора са повишавали квалификацията си съобразно предоставените към даден момент възможности в различни форми на продължаващо обучение, но късно предоставената възможност за специализация по клинични специалности обяснява отсъствието на професионалисти с придобита специалност;

6. От компонентите на работа за оценка степен на удовлетвореност фелдшерите са най-удовлетворени от работното време и зачетено мнение в екипа, в който работят. Най-голяма е неудовлетвореността на респондентите от нормативната рамка, следвана от неудовлетвореността от възможността за вземане на автономни решения;

7. При алтернативното определяне на общата удовлетвореност от професията, респондентите се разпределят почти по равно: общо удовлетворен и общо неудовлетворен. Общата удовлетвореност се свързва статистически значимо с оценката на респондентите за признанието на техния професионален труд от лекарите, както и с изразената самооценка за степента на разминаване на техните очаквания от професията и реалността;

8. В проведеното интервю всички респонденти се отзовават със свободен отговор относно тяхната професионална работа, като техните изразени мнения се обобщават в следните направления: професионален статут, професионална дейност, продължаващо следдипломно обучение и специализация, съсловна принадлежност, доверие, признание и престиж на професията;

9. Резултатите от емпиричното социологическо проучване със студентите са основание да разглеждаме избора на специалност „Лекарски асистент“ от респондентите-студенти като свободен, успешен към момента на изследване и в известна степен осъзнат за по-голяма част от тях;

10. Повече от 2/3 от обучаващите се лекарски асистенти изказват готовност за бъдеща професионална дейност в здравната система на страната, като СМП и ПИМП са структурите с най-голямо предпочитание за бъдеща професионална реализация;

11. Преобладаващо студентите при проведеното интервю, изразявайки нагласите си за бъдеща професионална работа, коментират обстоятелства и условия при които биха упражнявали професията както в извънболничната, така и в болничната помощ. Тези обстоятелства и условия свързват предимно с възможностите за осъществяване на автономна функция – изразени в хода на интервюто;

12. Болшинството студенти одобряват задължителния характер на продължаващо обучение в квалификационни нива;

13. Обучението по програма с ОКС „магистър“, специалност „Лекарски асистент“ студентите определят за справедлива и логична възможност в съответствие с международния опит;

14. За повече от половината студенти предпочитан избор за специализация по Наредба 1 от 22.01.2015 г. е СМП;

15. Темата, която студентите най-много коментират и по която изразяват най-големи притеснения, е с отношение към професионалните правомощия и тяхната нормативна регулация.

ПРЕПОРЪКИ

Към МЗ и МОН

- Да се увеличи приема на студенти специалност „Лекарски асистент“, които с обучението по медицински модел и реализирането на рутинни медицински дейности позволяват рационално използване на квалифициран лекарски труд;

- Да се предостави възможност за обучение по специалност „Лекарски асистент“ с ОКС „Магистър“, в съответствие с международният опит в подготовката на лекарски асистенти, което ще гарантира конкурентоспособността на българските професионалисти от специалността при трансфера на кадри.

- Продължаващото обучение и възможности за специализация на лекарските асистенти да бъдат съобразени с реалните потребности на професионалистите в съответствие с медицинския модел на подготовка.

- В ЕДИ за специалност „Лекарски асистент“ да се регламентира като изискване базовата квалификация на наставниците по клинична практика да съответства на модела на лекарските асистенти, така както е при специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“, с което ще се съхрани, в практическата подготовка на студентите, специфичния професионален модел на кадрите.

Към МЗ

- Да се осигури длъжност „Лекарски асистент“ и работни места в структурите, където е рационално да практикуват професионалистите с тази квалификация.
- Нормативните документи, регламентиращи професионалната дейност на лекарските асистенти, да са съобразени със специфичната квалификация на кадрите с оглед рационалното и ефективното им използване като трудов ресурс.

- Да се остойности професионалната дейност на лекарските асистенти в ПИМП, в малки и отдалечени населени места, в отсъствие на лекарска практика.

Към ръководството на МФ при Тракийски университет, на медицинските факултети и Факултетите по обществено здраве

- Да се поддържа устойчивост и приемственост в политиката по обучение на лекарски асистенти като ефективен и икономически рентабилен модел медицински кадри.

ПРИНОСИ

I. С познавателен теоретико методологичен характер:

1. Осъществено е за първи път цялостно, последователно и аналитично историко-медицинско изследване на възникване на професия

„медицински фелдшер“ в България, обучението и реализацията на кадрите от Освобождението – 1878 г. до настоящия момент.

2. Проучен и представен е международният опит в обучението и реализацията на професионалистите с квалификация „Лекарски асистент“.

3. Приложен е методологичен подход, гарантиращ висока достоверност и изчерпателност на първичната информация с възможност за задълбочен анализ по слабо проучван проблем.

II. С приложно-практически характер:

1. Изследвани са професионалния път, реализация, обучение и удовлетвореност на фелдшерите, практикуващи в област Стара Загора на длъжност „фелдшер“ с възможност за обсъждане на резултатите като собствен опит и принос за дейността на бъдещите професионалисти - лекарски асистенти в България като идентичен на фелдшерите модел кадри.

2. Изследвани са избора на специалност, нагласите за професионална реализация и продължаващо обучение на студентите от специалност „Лекарски асистент“ – катедра „Здравни грижи“ на МФ, ТрУ гр. Стара Загора, което ориентира към конкретните нужди на професията.

3. На базата на собствените резултати са направени препоръки, включително и за нормативни промени, които да подкрепят устойчивото развитие на професия „Лекарски асистент“ в условията на кадрови дефицит в здравеопазването.

ПУБЛИКАЦИИ

във връзка с дисертационния труд

1. Врачева, П., Ил. Павлова, Начало и развитите на фелдшерското образование в България от 1879 до 1944 г., Шести конгрес на Балканската асоциация по история и философия на медицината, октомври 2015 г., Пловдив, Асклепий XI-XII, 2016, 1 и 2, стр. 120-125;

2. Врачева, П., Ил. Павлова, Фелдшерите – пионери в санитарното дело и с принос в общественото здравеопазване на България след Освобождението от 1878 до 1914 г., Шести конгрес на Балканската асоциация по история и философия на медицината, октомври 2015 г., Пловдив, Асклепий XI-XII, 2016, 1 и 2, стр.126 – 133;

3. Врачева, П., В. Врачев, Международен опит в развитието на професия „Лекарски асистент“, Обща медицина, 19, 2017, 2, 63-68;

4. Vracheva, P., From feldschers to physician assistants in Bulgaria, Journal of the American Academy of Physician Assistants, JAAPA, August 2017, Volume 30, Issue 8, p 45-46

Използвана литература:

1. Аврамов, С., Петнадесет години средно медицинско образование в НР България, Среден медицински работник, 1959 г., № 6, с. 3-16;
2. Аврамов, С., Специалната и практическа подготовка на учениците от средните медицински училища, в. Здравен фронт, бр.23/ 07.06.1958, стр.3;
3. Актуализирани учебни планове за специалност „Лекарски асистент“ и „Медицинска сестра“, Катедра „Здравни грижи“ в ТрУ, МФ, гр. Стара Загора, Заседание на Академичен съвет в ТрУ, 29.06.2016 г., Протокол № 6, точка 18 от дневния ред.

4. Андонова, А., Мотивацията за обучение на студентите в сферата на здравните грижи и общественото здраве, дисертация за присъждане на образователната и научна степен „Доктор”, МФ, ТрУ – Ст. Загора, 2012 г.
5. Андреев, А., Фелдшерското образование 1879-1944г., личен архив, съхраняван в архива на Медицински колеж гр. Стара Загора, 7;
6. Андреев, А., Проблеми на следдипломната квалификация на фелдшерите, които работят в областта на селското, работническото и детско-юношеското здравеопазване в Старозагорски окръг, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1985 г., брой 6, 39-44;
7. Андреев, А., Четиридесет години в служба на социалистическото здравеопазване, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1987 г., брой 4, 36-41;
8. Апостолов, М., История на медицината и социалното дело, София, 1994, стр.76-77, 80
9. Апостолов, М., История на медицината, Медицина и физкултура, София, 1992, стр.97, 100-102, 112, 116, 126
10. Апостолов, М., Пенка Иванова, История на медицината и сестринството, Горекс Прес, София, 1998г., стр.155-177
11. Аруети Нисим Леонов, Какво трябва да знаят фелдшерите, София, 1937
12. Атанасов, П., Б. Парашкевова, Ю. Маринова, Научно-изследователска дейност и професионална удовлетвореност на лекарите в болницата, Сборник научни съобщения „Наука и Младост“, Медицински университет, Пловдив, 2015: 37-40.
13. Атанасов, П., Професионална удовлетвореност на болничните лекари - съвременнии проблеми и решения, Дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор”, Ст. Загора, 2016 г.
14. Атанасов, П., Ю. Маринова, Б. Парашкевова, Повишаване на квалификацията и професионална удовлетвореност на лекарите в болницата, Сборник научни съобщения „Наука и Младост“, Медицински университет, Пловдив, 2015: 34-36.
15. Батакчиева, В., Материал до Комисията по здравеопазване, 2010 г.
16. Батакчиева, В., Професия Лекарски асистент (личен архив, предоставен на Сдружение на фелдшерите)
17. Боева, Т., Валя Димитрова, Теодора Евтимова, „Проучване на нагласите на студентите от специалност „Акушерка” за надграждане на полученото образование” Варненски медицински форум том 3, 2014, приложение 2, стр.192-196

18. Божилова, К, Документи на българската здравна администрация, съхранявани в БИА и НБКМ;
19. Велев, В., Работата на фелдшера в санитарно-епидемиологичната станция, Среден медицински работник, Наука и изкуство, 1952 г., книжка №5, стр.37-40
20. Вестник "Медицинска мисъл", Гладстон, София, 1924 г. декември, кн.IV;
21. Вестник Медицински фелдшер, Орган на Софийското фелдшерско медицинско дружество, Закриване на санитарните участъци в страната, София, 3 май, 1901г.
22. Вестник Медицински фелдшер, Орган на Софийското фелдшерско медицинско дружество, Няколко думи по фелдшерския въпрос и въобще по санитарното дело у нас", София, май 1901г.
23. Владимиров, П., Медицинското обслужване на селското население в НРБ, Среден медицински работник, 1967, № 5, с. 25-27
24. Воденичаров, Ц., Социална медицина, ИК „Горекс Прес", София 2013
25. Временни правила за устройството на медицинското управление в България 1879 г., Български исторически архив, Национална библиотека „Кирил и Методий"
26. Георгиев, Г., Задачи, възможности и проблеми на обучението на медицински фелдшери, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, брой № 5, 1967, с. 41-43
27. Георгиевский, А. С., З. В. Мицов, Медицинската общественост и военната медицина в Освободителната война на Балканите през1877-1878г.
28. Грънчарова, Г., С. Александрова-Янкуловска, Социална медицина, 5-то изд., Плевен 2017, с.350
29. Гълъбов, Г., Задачите на средните медицински работници при изграждане на социалистическото здравеопазване в нашата страна, Среден медицински работник, Наука и изкуство, 1952, 1, стр.3
30. Давидова, В., История на здравеопазването в България, София, 1956 г., стр.92-93; 99-100; 120; 149
31. Давидова, В., История на медицината в България, Медицина и физкултура, София, 1980 г., стр.217; 219;
32. ДВ 15/2011, изм. и доп. ДВ 50/2011
33. ДВ 36/2010, последни изменения ДВ 41/2011
34. ДВ 46/2005, последни изменения ДВ 101/2010
35. ДВ 68/1999, последни изменения ДВ 97/2010
36. ДВ 70/2004, последни изменения ДВ 40/2012
37. Димитрова, В., Новите задачи и функции на акушерката в извънболничната помощ, Здравни грижи, бр.2, 2012.

38. Димитрова, В., Проблеми на практикуващите акушерки. Четвърта научна сесия за преподаватели и студенти, МУ „Проф. д-р П. Стоянов“– Варна, Медицински колеж, сборник доклади, Варненски медицински форум, Vol (4), с. 41–47, 2015.
39. Димитрова, В., Акушерските практики за консултиране на жени – перспектива за развитието на професията „акушерка“ – Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“, МУ – Варна, 2016: с. 76
40. Димитрова, В., С. Борисова. Перспективи за професията „Акушерка“, Четвърта научна сесия за преподаватели и студенти, МУ „Проф. д-р П. Стоянов“–Варна, Медицински колеж, сборник доклади, Варненски медицински форум, Vol (4), с. 47–53, 2015.
41. Директива 2013/55ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 20 ноември 2013 г. за изменение на Директива 2005/36 ЕО относно улесняване на свободно движение на медицинските специалисти и взаимното признаване на техните дипломи за професионална квалификация.
42. За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, 1888г./№ 16, съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, стр.651
43. За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, Указ 1889г./№2,съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд , Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, стр.652
44. За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, Указ 1891г./№ 179; Заповед 1892г./№ 6, съхранен в ДВИА гр. Велико Търново , Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, стр.652
45. Закон за висшето образование, Обн. ДВ., бр.112 от 27.12.1995 г., посл. изм. и доп. ДВ., бр. от 01.03.2016 г.
46. Закон за здравето (Обн. ДВ., бр.70 от 10.08.2004 г., в сила от 01.01.2005 г., посл. изм. ДВ., бр.103 от 27.12.2016 г.)
47. Закон за лечебните заведения.
48. Законопроекти, 13.10.2016г., www.government.bg.
49. Заповед на Министъра на здравеопазването изход. №: РД-09-221/27.12.2013г. за работна група относно обсъждане на концепция за развитие на професия „Лекарски асистент”.
50. Захариев, И., В. Трендафилова, М. Захариева, Ролята и приносът на фелдшера в столичното здравеопазване от Освобождението да наши дни, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1981 г., брой 3, 48-52;

51. Захариев, И., Историческото минало, настоящето и бъдещето на фелдшерското съсловие: Реферат, четен на XXVI редовен конгр. на съюза на санит. и ветер. персонал в България през м. юли 1930, София, 1932, ([София]: Гладстон) – 40с.
52. Златанова, Т., Цветелина Петрова – Готова, Румяна Тодорова Янева, Красимира Димитрова Маркова, Владимир Гончев, Ралица Златанова Златанова – Великова, Анализ на достъпа до първичната извънболнична медицинска помощ, Сборникът със статии, Девета национална конференция с международно участие по етика "Европейските етични стандарти и българската медицина", 2014 г: 73-77.
53. Илиева, С., Организационно развитите, София, 2006, с. 265
54. Историческа справка на общовойсковата медицинска школа, Документален архивен фонд, Държавен военно-исторически архив гр. Велико Търново;
55. Кайдъмов, И., Пораждане и първи стъпки на военно-санитарната служба в България 1877-1885 г., статия от 17.02.1946 г., стр.84, съхранена в Документален архивен фонд на Държавен военно-исторически архив гр. Велико Търново;
56. Квалификационна характеристика на специалност „Лекарски асистент“, ОКС „бакалавър“, Катедра „Здравни грижи“, МФ, ТрУ, утвърдена на Заседание на Академичен съвет в ТрУ 26.10.2016 г., Протокол № 8, точка 10 от дневния ред.
57. Коларов, П., Големите успехи на нашето социалистическо здравеопазване, Среден медицински работник, 1959, №7, стр.3-9
58. Константинов, Н., Здравеопазването в България 1944-1952 г., София, 2006 г.
59. Константинов, Н., Социалистическо преустройство на здравното дело в България 1944 – 1951 г., Медицина и физкултура, София, 1983 г., стр.132-133;
60. Костова, Д., Мястото на цеховите фелдшери в диспансеризацията на работниците от химическата промишленост, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1983 г., брой 7, 27-30;
61. Куртев, В., К. Страшимиров, Българо-руски и българо-съветски медицински връзки, София, 1982
62. Летописи БЛС, С., 1920, с. 60
63. Малеев, А., Медицинската наука и здравеопазването в НРБ, Медицина и физкултура, София, 1981г., стр.23-25
64. Медицинските фелдшери – завареното дете на реформата, Форум медикус, 2008 г., бр. 26 / 30 юни
65. МЗ, Наредба 31 за специализация в системата на здравеопазване;

66. МЗ, Наредба 34 за специализация в системата на здравеопазване;
67. МЗ, Наредба №1 от 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. (Обн. ДВ., бр.15 от 18.02.2011 г., изм. ДВ., бр.50 от 01.07.2011 г.)
68. МЗ, Наредба №1 от 22.01.2015 г. за специализация в системата на здравеопазване.
69. МЗ, Наредба за ЕДИ за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“, „Акушерка“ и „Лекарски асистент“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“, раздел III “а“, специалност „Лекарски асистент“.
70. МЗ, Наредба №4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, Обн. Дв. бр. 21 от 20.03.2009 г., посл. изм. и допъл. Дв. бр. 68 от 15.08.2014 г.
71. МЗ, Развитие на Първичната здравна помощ в Република България, Европейска общност, Програма PHARE, 1997, с. 61.
72. Милчева, В., Ал. Алексиев, К. Патриков, Фелдшерът и двустепенното обслужване, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1984, брой 3, 24-26;
73. Митева, Ц., Работата на екипите на общопрактикуващия лекар – организационни и междуличностни аспекти. Дисертация за присъждане на научно-образователна степен “доктор”, МУ - Плевен, 2003 г.
74. МНП, Наредба № 0 -15/14.02.1974 г. за приемане на учащи се в средните медицински училища за уч. 1974/75 г.// Бюл. 8-9, 1974, 51-54.
75. Наредба № 21 за прилагане на система за натрупване и трансфер на кредити във висшите училища. (Обн. ДВ.бр. 89/ 12.10.2004 г.)
76. Наредба за условията и реда за подреждане на Списъка на регулираните професии в РБ (приета с ПМС № 86 от 18.04.2006 г.)
77. Наумов, Н., Организационно поведение, София, 2004, с.156
78. Национален класификатор на професиите и длъжностите, 2011 г. (в сила от януари 2011г.)
79. Николов, Н., Драган Данов – Фелдшера (възпитаник на руско военнофелдшерско училище), Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1978 г., брой 8, 40-43;
80. Николова, В., Законодателни основи на българското здравеопазване (1878 - 2000 г.), Освобождението на България и първи стъпки в изграждането на общественото здравеопазване, Доклади от Национална научна конференция с международно участие 23.XI.2007 г.

81. Николова, И., Ал. Вълчев, Здраве и здравеопазване на селското население в България, Медицина и физкултура, София, 1984 г., стр.12; 14;149
82. Павлова, В. и колектив, История на медицината в България, Медицина и физкултура, 1980, стр.123-124, 157-158; 162- 164; 200; 202 – 203, 233
83. Паникян, Е., Развитие на средното медицинско образование след 9.IX.1944 год., Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, брой 5/септември 1974 г.
84. Парашкевова, Б., Общопрактикуващият лекар в здравната система – история, развитие и перспективи, Академично издателство – Тракийски университет, Стара Загора, 2016: с. 141
85. Парашкевова, Б., Професионална кариера на лекарите в общата медицинска практика, Дисертация за присъждане на ОНС ”доктор”, МФ – ТрУ – Ст. Загора, 2013 г.
86. Парашкевова, Б., Ю. Маринова, Характеристики и фактори за професионална кариера на общопрактикуващите лекари: резултати от емпирично проучване, Обща медицина, том 18, бр.2, 2016: 28-33 SJR 2016 0.1
87. Парашкевова, Б., Ю. Маринова, А. Здравеска, К. Костов, Доверие, признание и престиж на професията – гледната точка на общопрактикуващите лекари, Сборник статии «Европейските етични стандарти и българската медицина», изд. БЛС, София, 2014: 464-470.
88. Парашкевова, Б., Ю. Маринова, Дейности и нагласи на общопрактикуващите лекари за осигуряването на постоянна денонощна помощ в общата медицинска практика, Социална медицина, 3, 2013: 20-23.
89. Парашкевова, Б., Ю. Маринова, Институцията на участъковия лекар в България – исторически поглед, Варненски медицински форум, том 3, приложение 2, 2014, Издание на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна: 332-342.
90. Парашкевова, Б., Ю. Маринова, Професионална удовлетвореност на общопрактикуващите лекари - резултати от емпирично проучване, Сборник с доклади и резюмета, Четвърти национален конгрес по обща медицина с международно участие „От науката към човека“, ISBN 978-619-7208-02-3, 2014:92-100.
91. Парашкевова, Б., Ю. Маринова, С. Симеонов, М. Енчева, Общопрактикуващите лекари: ключов ресурс в първичната медицинска помощ (първо съобщение), Социална медицина, 3, 2011: 27-30.
92. Парашкевова, Б., монография

93. Парашкевова-Симеонова, Б. „Общопрактикуващият лекар в здравната система – история, развитие и перспективи“, дисертация за присъждане на научно-образователна степен „доктор“,2012 г.
94. Паризов, В., Квалификацията на ръководните средни медицински кадри - важен фактор за подобряване работата на средните медицински работници, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1975 г., брой 5, 24-25;
95. Паскалева, Р., SWOT Анализ и перспективи за обучението на студентите от специалност ”Рехабилитатор” в Медицински колеж – Стара Загора. ПРЕВЕНЦИЯ и РЕХАБИЛИТАЦИЯ, 2012; 6(1-2): 104-109.
96. Петрова, Г., Хр. Петров, Св. Димитрова. Ролята на патронажното сестринство за подобряване на здравните грижи за деца в кърмаческа възраст, Юбилейна научна сесия 135 години болница МБАЛ „ Д-р. Иван Селемински” АД, 01.11. 2014 г., Сливен.
97. Петрова, Г., Хр. Петров, Приемственост на политиките за здравни грижи за деца в България, Варненски медицински форум, т. 3, 2014, приложение 2: 321-326.
98. Писмо № Е-005811/ 12.08.2015 г. и № Е- 007272/ 31.08.2015 г. на ЕК в отговор на запитване на европейските народни представители Ангел Джамбазки и Светослав Миланов за практикуване на професия „Фелдшер“ в България и правото за самостоятелно съсловно сдружаване на фелдшерите/лекарски асистенти.
99. Писмо до МОН от Тракийски университет относно становище за включване в списъка на регулираните професии професията „Лекарски асистент“ .
100. Писмо на МЗ до СМФ (писмо с изход.№: 63-00 56/14.05.2014 г.)
101. Писмо на МЗ с изходящ номер: 91-00-167/11.11.2013 г. до Медицинските университети в България.
102. Писмо на СМФ до МЗ за разглеждане на Проект на концепция за професия “Лекарски асистент” (писмо № 63-00-95/ 16.07.2013г.).
103. Питане на европейските народни представители г-н А. Джамбазки (ECR) и г-н Св. Миланов (PPE) до ЕК относно практикуването на професия фелдшер в България и страните членки на Европейския съюз.
104. Положение за санитарнитъ команди при дивизионнитъ болници въ мирно врѣме и програмата за обучението имъ”, Указ 1892г./№ 498, съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди.

105. Правилник за правата и обязаностите на фелдшерите на държавна, окръжна и общинска служба и на волно практикуващите фелдшери, София: Дирекция за опазване на общественото здраве, 1904 г.
106. Правилникъ за фелдшерско училище за 60 ученика съ двъ отдъления: медицинско и ветеринарно., стр.651 съхранен в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди,
107. Предложение на СМФ до МЗ за включване на професия „Лекарски асистент" в регистъра на регулираните професии в България.
108. Програма за испитване новобранцитъ отъ частитъ на войската за постъпване въ фелдшерското училище, стр.652
109. Програма за обучение на санитарнитъ команди при дивизионниъ болнице, съхранена в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди, стр.655
110. Проект на „Концепция „Лекарски асистент" в България
111. Радославова, М., (2001). Удовлетвореност от труда. Психологически механизми на възникване и функции, С., изд. МВР, с. 372
112. Славов, А., Форми за следдипломна квалификация на полувисшите медицински кадри, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1978 г., брой 7, 40-42;
113. Славова, М., А. Славчев (2015). Статистически методи за обработка на анкети. Педагогически форум, бр.1.DOI: 10.15547/PF.2015.008
114. Славчев, А., (2015), Избрани непараметрични методи за обработка на статистическите резултати от емпирични педагогически изследвания. Педагогически форум, бр.2. DOI: 10.15547/PF.2015.021
115. Справка от учебните заведения обучавали фелдшери: гр. Стара Загора, Русе, Велико Търново, Хасково, Враца.
116. Справочник за прием на студенти във ФОЗ към МУ София за уч. 2014/2015 г.
117. Стандарт за спешна медицинска помощ.
118. Съхранена в ДВИА гр. Велико Търново, Документален архивен фонд, Отдел II, глава X, Медицински и ветеринарни фелдшерски школи, За фелдшерските училища и санитарните учебни команди.
119. Тонева Р., За по-добро планиране работата на фелдшерските здравни пунктове в селата, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1976 г., брой 4, 21;
120. Трайков, Й., Възникване и развитие на фелдшерското звено в системата на медицинското обслужване на селското население, Среден

медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1976 г., брой 4,18-21;
121. Трайков, Й., За ефективното използване труда на фелдшерите от ФЗП на село, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1977г., брой 4, 25-27
122. Трайков, Й., Перспективата на фелдшерската помощ, Среден медицински работник, Медицина и физкултура, София, 1981 г., брой 3, 30-32;
123. Труды комиссий по обследованию санитарных последствий войны, 1914-1920, М., 1923, с.5
124. Търновска, М., Р. Димова, А. Джуркова, Удовлетвореност от работата, професионален имидж и лоялност към специалността „Общопрактикуващ лекар“, Обща медицина, 2015,/1: 8-13. SJR 0.1
125. Узунов, Д., Из историята на фелдшерските училища, статия в сборник Среден медицински работник, 1967, № 5, с. 46-48
126. Утвърждаване на Академичен календарен план за уч.2016/17 г. в ТрУ на Заседание на Академичния съвет 26.05.2016г., Протокол № 5, точка 6 от дневния ред.
127. Учебен план за 2016/17 г. за специалност „Лекарски асистент“ в МФ, ТрУ, гр. Стара Загора
128. Фелдшерският въпрос у нас, Фелдшерски съюз, София, 1897г.
129. Христов, М., За фелдшерското училище (Институт за медицински техници), в. Здравен фронт, 1949 г., бр.4, стр.2
130. Чамова, Г., Ю. Маринова, Г. Петрова, Св. Димитрова, Б. Парашкевова, К. Пеева, Временни правила за устройството на медицинското управление в България като законодателна основа на българското здравеопазване, Известия на съюза на учените - Сливен, том. 16, 2010: 53-55.
131. Черкезов, Т. Разпространение, социално значение и борба с туберкулозата в регион Кърджали-1912-2012 г., доклад на VI конгрес по „История и философия на медицината“, 23-25 октомври, гр. Пловдив
132. Шопова, К., Спешна доболнична медицинска помощ, История на българската медицина – част 3, Създаване и развитите на националните медицински институции, стр.210-211
133. Abbott S, Stubbs K, Forbes-Burford J. Local pilot, new profession:
134. Adler G, J van den Knesebeck, Shortage and need of physicians in Germany?Questions addressed to health services research. Bundesgesundbeitsblatt Gesundbeitsforscbung Gesungbeitsscbutz. 54, 2011;(2), 228-237

135. American Academy of Physician Assistants, Guidelines for state regulation of physician assistants, 2006, http:/www.aapa.org/manual/06-GuideforStateRegs.pdf,accessed 26 October 2007
136. Ballweg, R., Sullivan M., Brown D., Vetrosky D., Physician assistant: A Guide to Clinical Practice, Fifth edition 2013, p.34
137. Bundesarztekammer und Kassenarztliche Bundesvereinigung.(German Medical Association and National Association of Statutory Health Insurance Physicians.) August 2010. http:// baek.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf.Published August 2010. Accessed January 25, 2013.
138. C.Edwards,"A candid look at health manpower problems," Journal of Medical Education, no 49, 1974,pp 19-26
139. Cawley J., Lane S., Smith N., Bush E., Physician assistant in rural communities, JAAPA. 2016 Jan (1): p. 42
140. Compared with a practice employing a full-time physician, a practice employing a full-time physician assistant had an annual financial differential of $52 592 (in 1999 US dollars). D. Grzybicki, P. Sullivan, J. Oppy, A. Bethke and S. Raab, The economic benefit for family/general medicine practices employing physician assistants, American Journal of Managed Care, 8, 2002, pp. 613-620.
141. D. Roblin, E. Becker, K. Adams, D. Howard and M. Roberts Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? Med Care 2004, 42:579-590, cited by Mittman et al., op. cit
142. developing medical care practitioners in primary care. Primary Care Res Dev 2006;7:188–93
143. Drennan, V.,M. Halter, S. Brearley, et al, Invastigating the contribution of physician assistants to primary care in England: a mixed-methods study, Health services and delivery research, 2, 2014, 16, p.4
144. European Association of Senior Hospital Physicians. National Report Germany,2008.htt://www.aemh.org/pdf/AEMH08-031 National Report Germany_000.pdf. Accessed January 25, 2013.
145. Ewen, R.B. (1967)Weighting Components of Job Satisfoction, Journ. Of Applied Psych.Vol.51, N1
146. Farmer J, Currie M, West C, Hyman J, Arnott N. Evaluation of the Physician Assistant Pilot Study in Scotland: Final Report. Inverness: University of the Highlands and Islands Millennium Institute; 2009.
147. Galina Petrova, Boriana Parashkevova, Juliana Marinova, Svetlana Dimitrova, Galya Chamova, Damian Petrov, Krum Marinov, A Historical Overview of the Emergence and Development of the Prophylactic Trend in Child Health in the Early 20th Century, 5th Balkan Congress on the History and Ethics

of Medicine 11-15 October 2011, Istanbul, Turkey, Abstract and Proceedings book, 2011: 1106-1109.
148. Gibis, B., A Heinz, R Jacob, et al, The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany. Dtsch. Arztebl. Int. 109, 2012;(18), 327-332.
149. Harbert, K.,van den Brink G, R Smith et al, Best practice approach to the development of an international physician assistant program: the University of Arnhem-Nijmegen model. JAAPA, 15, 2004; (2), 106-115
150. History of Physician assistants in Canada, available on:https://capa-acam.ca/about-pas/history
151. Hooker and J.Cawley, Physician Assistants in American Medicine, Churchill Livingstone, St Louis,2003,p.6.;
152. Hooker, R. The economics basis of physician assistant practice,Physician Assistant, 24, 2000, pp. 51-71.
153. Hooker, R. The roles of physician assistants and nurse practitioners in a managed care organization, quoted in D. Clawson and M.Osterweis (editors), The roles of physician assistants and nurse practitioners in primary care,The Association of Academic Health Centers (sic), Washington DC, 1993 pp. 51-68.
154. Hooker, R. " The economics basis of physician assistant practice", Physician Assistants,24, 2000,pp.51-71.;
155. Hooker, R. The roles of physician assistants and nurse practitioners in a managed care organization, Quoted in D.Clawson, M. Osterweis, (editors) roles of physician assistants and nurse practitioners in primary care,: The Association of Academic Health Centers, (sic) Washington DC, 1993 pp. 51-68.
156. Hooker, R., L. Kuilman L, Physician assistant education: five countries, J.Physician Assist Educ. 22, 2011; (1), 53-58.
157. Federal Health Monitoring System).
158. International Standard Classification on Occupations, 2008 revision: Vnit Groupn 2240- " Paramedical practitioners" International Labour Organization, Geneva, 2011, налично на: ilo.org;
159. J. Cawley, F. Rohrs, R. Hooker, Physician assistants and malpractice risk: findings from the national practitioner data bank, Fed Bull.85, 1999, pp. 242-246.
160. J.Cawley, F.Rohrs, R.Hooker,"Physician assistants and malpractice risk: findings from the national practitioner data bank, Fed Bull.85, 1999,pp.242-246, cited in Mittman et al, op.cit.;
161. K. Grumbach, L. Hart, E. Mertz et al (no further detail cited), Who is caring for the underserved? A comparison of primary care physicians and non physician clinicians in California and Washington, Annals of Family Medicine, Number 1, 2003 pp. 97-104, quoted by R. Hooker, Physician assistants and nurse practitioners; the United States experience, the Medical Journal of Australia, 185,

1, 2006, http://www.mja.com.au/public/issues/185 01 030706/hoo10101 fm.html#0 i1091967#0 i109 1967, accessed 25 September 2007.
162. Kopetsch T. Dem deutscben Gesundbeitswesen geben die Arzte aus!(Doctors are leaving tbe German bealtb care system!)
163. Kopetsch, T., The medical profession in Germany: past tends, current state, and future prospects. Cabiers de sociologie et de demographie medicales, 44, 2004; (1):43-70
164. Kopetsch, T., The migration of doctors to and from Germany. J Public Healtb.2009;17(1):33-39.
165. Kuilman L., Nieweg RM, van der Schans CP, et al. Are Dutch patients willing to be seen by a physician assistant instead of a medical doctor? Hum Resour Health. 2012;10(1):28.
166. Kuilman, L., C. Matthews, M. Dierks, Physician Assistant Education in Germany, Journal Physician Assistant Education, 24, 2013, 2, p.38-41
167. Managed Voluntary Register, Faculty of Physician Associates, available on: http://static. Squarespace.com/static/544f552de4b0645de79fbe01/t/5821f571b3db2b6bb4641ad3/147862053094/Managed-Voluntary-Register_08.11.2016
168. Merkle F.,Ritsema TS, Bauer S, Kuilman L. The physician assistant: shifting the paradigm of European medical practice? HSR Proc Intensive Care Cardiovasc Anesth. 2011;3(4):255-262.
169. Milestones in PA History, available on: http://www.aapa.org/workarea/downloadasset.aspx?id=789
170. Natanzon I, Szecsenyi J, Gotz K, Joos S. The image of general practitioners` profession in a changing society.Medizinische Klinik(Munich).2009; 104(8):601-607.
171. PA Facts, available on: https://capa-acam.ca/about-pas/pa-fact-sheet отг.22от МО
172. Paskaleva R., I. Koleva, Hr. Milcheva., SWOT Analisis and innovative elements in teaching students of specialty “Physical therapist” at Medical College - Stara Zagora. Trakia Journal of Sciences, 2012; 10(suppl. 3): 201-206
173. Physician assistant Education Association (PAEA), available on: http://directory.paeaonline.org/programs
174. Physician Assistant Managed Voluntary Register, The Revised Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant, march 2012, p.1-2
175. Physician associate in the UK, available on: http// www.fparcp.co.uk
176. Physicians assistants (Anaesthesia), Faculty of Physician Assistants at the Royal College of Physicians, available on: http://www.rcoa.ac.uk./anaesthesia-related-professionals/physician-assistant-anaesthesia

177. Ritsema T. "Results of the Fourth Annual UKAPA Census" London, ngland, United Kingdom, October 2014
178. Ritsema T., Paterson K. "Results of the Third Annual UKAPA Census" London, England, United Kingdom, August 2013.
179. Schiller SR. The Institute for Rural Development Research at the Johann Wolfgang Goethe University, Frankfurt/Main, Germany. Country profile on rural characteristics Germany. http://www.rudi-europe.net/uploads/media/ Germany_WP1_Report.pdf. Accessed January 24, 2013
180. Spenkelink-Schut G, ten Cate O, Kort H. Training the physician assistant in the Netherlands. J Physician Assist Educ. 2008;4:46-53.
181. Steinhaeuser J, Joos S, Szecsenyi J, Miksch A. A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey.BMC FamilyPractice.2011;12:112.
182. Timmermans, M., A.van Vught, M Wensing et al, The effectiveness of substitution of hospital ward care from medical doctors to physician assistants: a study protocol. BMC Health Serv Res.2014;14:43.
183. Tromp Meesters RC, Hettinga AM, van den Brink G, et al.Task shifting and quality of care in practice; physician assistants compared with anaesthesiology residents in the preoperative anaesthesiology outpatient clinic. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013; 157(19): A 5518
184. Van den Driesschen Q., F. de Roo, Physician assistants in the Netherlands, JAAPA, September, 27, 2014, lssue 9, p10-11
185. van Vught JAH, van den Brink GTWJ, Wobbes T.Implementation of the physician assistant in Dutch health care organizations. Association for Medical Education in Europe conference, 2013.
186. Woodin J, McLeod H, McManus R, Jelphs K. Evaluation of US-trained Physician Assistants Working in the NHS in England. Final Report. Birmingham: University of Birmingham; 2005.
187. WWW.aapa.org./ WorkArea/ Download Asset.aspx, Background information Statement Submitted to U.S.Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions Regarding the December 8, 2015 Hearing on “Opioid Abuse in America: Facing the Epidemic and Examining Solutions” On Behalf of the American Academy of PAs,
188. A. Kotok, The history of homeopathy in the Russian empire until World War 1, as compared with other European countries and the USA:similarities and discrepancies, 2001, http: //homeoint.org/books4/kotok/3500.htm,accessed 20 September 2007;
189. http://www.aapa.org. AAPA. Глобално приложение на лекарските асистенти.

190. http://www.aamc.org/download/102346/data/aibvol17no 2.pdf. Accessed January 24, 2013, Association of American Medical Colleges. Analysis in brief: medical school graduation and attrition rates. 2007;7(2).
191. http://www.gmc-uk.org/guidance. Good medical practice 2013, General Medical Council
192. http://www.healthexecutive.com/features/feb 2005/feb05 management.asp, accessed 2 November 2007, G.Walker, " Professional assistance", Health Executive, Julian Stevens Communications,2005,
193. http://www.jmu.edu/healthsci/paweb/year1.html,accessed 26 October 2007 ; See for example the Master of Physician Assistant program at James Madison University at
194. http://www.mh.government.bg/media/ Идеен проект наМЗ за стандарт по Спешна медицина
195. http://www.mja.com.au/public/issues/185 01 030706/hoo10101 fm.html#0 i1091967#0 i109 1967, accessed 25 September 2007
196. http://www.nebi.nlm.nih.gov/pubmed/ Physician Assistants Educ.2011
197. http://www.nsi.bg/bg/content национален класификатор на професите и длъжностите
198. http://www.paworld.net/whatpadoes.htm, accessed 21 September 2007; D.Mittman, J.Cawley and W. Fenn, 'Physician Assistants in the United States',
199. http://www.rcoa.ac.uk/document-store/physicians-assistant-anaesthesia-review-2011 (accessed 31 January 2013). The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Physicians' Assistants (Anaesthesia) Review 2011. URL:
200. http://www.ukapa.co.uk. Accessed October12, 2012. Association of Physician Assistants website.
201. http://www.unmc. Edu/Community/ruralmeded/changing pc contributions.htm, accessed 16 November 2207., R. Bowman, Changing primary care contributions, 1970-2015, research paper at University of Nebraska Medical Centre,
202. http://xnet.kp.org/permanentejournal/sum97pj/ptsat.html, accessed 30 October 2007., R. Hooker, R. Potts and W. Ray, Patient satisfaction: Comparing physician assistants, nurse practitioners and physicians, The Permanente Journal, Volum 1, Number 1, Summer 1997,
203. http:/kei.parliament.bg Отговор на проф.д-р Анелия Клисарова (Министър на образованието и науката) на въпрос относно: Обучение на лекарски асистенти (медицински фелдшери).
204. http: // www.aapa.org/majoritysays.html, accessed 30 October 2007., American Academy of Physician Assistants, Majority of public say they are willing to be treated by Pas, Academy website,

205. http:// mail.nacid.bg/ newdesign/ qual/ index.php, Регулирани професии в България, Национален център за информация и документация
206. http:// www.fparcp.co.uk. Faculty of Physician Assistants at the Royal College of Physicians
207. http://nccpa.net/PAC/Competencies home.aspx, accessed 26 October 2007; National Commission on Certification of Physician Assistants, Physician Assistant Competencies, no date provided,
208. http://www.gbebund.de/ gbe 10/trecherche. prc_them_rech? tk= 800 00 &tk2=80408&p_uid=gast&p_aid=30706531&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=804 08.Accessed January 25, 2013 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (
209. http:// www.collinsdictionary.com/dictionary/english/feldsher

Приложение