

Универзитет „Св. Кирил и Методиј” – Скопје
Филозофски факултет
Институт за социјална работа и социјална политика
„Мајка Тереза”

Магистерски труд

**Намалување на социјалните ризици преку работењето
на патронажната служба во локалната заедница**

Ментор:

Проф. Д-р. Мариа Донеvска

Кандидат:

Мацовска Јулијана

Скопје, 2013

СОДРЖИНА

ВОВЕД	4
I. МЕТОДОЛОШКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО	7
1. Формулирање на проблемот на истражување	7
2. Цели и задачи на истражувањето	9
2.1. Научна цел на истражувањето	9
2.2. Практична цел на истражувањето	10
2.3. Задачи на истражувањето	10
3. Предмет на истражувањето	11
3.1. Теоретско определување на предметот на истражување	11
3.2. Дефинирање на основните поими на истражувањето	11
4. Хипотези на истражувањето	14
4.1. Општа хипотеза	14
4.2. Посебни хипотези	14
5. Методи, техники и примерок на истражувањето	15
6. Научна оправданост на истражувањето	15
II. ОСНОВНИ ТЕОРЕТСКИ СОЗНАНИЈА	17
1. Патронажна дејност	17
1.1. Историски развој	17
1.2. Поим и дефинирање на патронажната дејност	19
1.3. Видови патронажна служба	20
1.4. Организација, структура и задачи на патронажната служба	21
1.5. Принципи на работа на патронажната дејност	22
1.6. Патронажната дејност во развиените земји	23
1.7. Профил на патронажна сестра, образование, вештини	27
1.8. Одржлив развој на патронажната дејност	30
2. Патронажната дејност и социјалната работа	32
2.1. Историска поврзаност, сличности и разлики	32
2.2. Социјалната работа и патронажната дејност	33

3. Патронажната служба и социјалните ризици	35
3.1. Патронажната служба и ризикот од сиромаштија.....	36
3.2. Патронажната служба и социјалната исклученост	36
III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО.....	38
1. Состојба на патронажната служба во Македонија	38
1.1. Законската рамка	39
1.2. Анализа на работата.....	41
2. Анализа на секундарни податоци за работата на патронажната служба ..	42
2.1. Анализа на годишен извештај од работата на патронажната служба	42
2.2. Анализа на извештаи од работата на службите за социјална работа..	43
3. Анализа на примарни податоци за работата на патронажната служба и службата за непосредна социјална заштита.....	44
3.1. Анализа на примарните податоци за работата на патронажната служба	44
3. 2. Анализа на примарните податоци за социјалните работници и нивната соработка со патронажната служба	70
4. Студии на случај.....	77
4.1. Случај на социјална исклученост.....	77
4.2. Случај за сиромаштија.....	78
IV. ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ.....	79
1. Резултатите наспроти хипотезите	79
2. Заклучоци.....	82
3. Препораки.....	84
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА.....	86

ВОВЕД

Транзицискиот период низ кој две децении минува нашата држава се карактеризира со повеќе неповолни социјални појави и настани. Неефикасната трансформација на општествениот капитал, односно сѓопфатната приватизација заедно со неповолните ефекти од војната на просторите на поранешна Југославија, доведоа до намалување на бруто домашниот производ на ниво од пред осумдесеттите години на минатиот век. Ова и некои други неповолни општествени случувања како безбедносната криза и етничките тензии од 2001 година, придонесоа за опаѓање на животниот стандард и пораст на невработеноста, што сѓ заедно делуваше во правец на зголемување на социјалната ранливост на голем број граѓани, директно или индиректно погодени во овие неповолни процеси. Во желбата за „пронаоѓање” на „брзи решенија“ за подобар живот или едноставно за бегање од товарот на реалноста, многу од луѓето како да „забораваат” на своите дотогашни морални принципи и наоѓаат решение за своите проблеми во злоупотреба на алкохолот, но и други психотропни супстанции, во напуштање на семејството и во други форми на социјално девијантни однесувања, сѓ до практикување на криминални активности и дејствија. Како резултат на наведените состојби и појави во општеството заробено во долгата и без видна насока и „светлина на крајот од тунелот” транзиција, дојде до значително зголемување на бројот на лица во состојба на социјален ризик, лица со веќе перзистентни социјални проблеми, лица на кои им е потребен некаков вид на социјална заштита, почнувајќи од советодавна помош, потоа остварување на право за материјална помош, домашна нега, згрижување и други мерки и услуги предвидени со Законот за социјална заштита.¹

Република Македонија наследи систем на социјална заштита од поранешна Југославија. Новосоздадените социјални проблеми што се појавија во периодот на транзицијата, ја наметнаа потребата за создавање на нов систем за социјална заштита на населението. Понатаму, заложбите на државата за членство во Европската Унија, наметнуваат изградба на нов, современ систем на социјална заштита, согласно

¹ Службен весник на Република Македонија, 2009, бр 79

хармонизацијата на законодавството во оваа област. Долгиот процес на излегување од транзицијата и бавното достигнување на нивото на бруто националниот доход од пред кризата, како и серијата реформски процеси во здравството, водени како некритичко исполнување на донаторските барања или од дневнополитички мотиви за додворување на избирачите, многу неповолно се одразија и на здравствениот систем во државава. Во такви услови, интервенциите на превенција и третман на социјалните појави, кои се причини за одредени заболувања или здравствен третман, не се соодветно пропратени со инпут од социјален работник. Ефикасноста на здравствениот систем е нарушена, бидејќи се трошат пари врз третмани кои со превентивно делување на социјалните служби, би можеле, ако не целосно да се спречат, тогаш значително да се намалат и контролираат. Ефикасноста на здравствениот систем е намалена бидејќи е насочена повеќе кон третман, а помалку кон превенција на одредени болести и состојби, што со соодветна координација со социјалните служби би можело да бидат превенирани. Според сегашната поставеност, единствена вонклиничка служба во рамките на здравствениот систем, која делува во насока на социјална превенција е токму патронажната. За жал, поради низа објективни и субјективни слабости патронажната служба не дава доволно задоволувачки резултати на полето на превенција на социјалните ризици.

Целта на ова истражување е да ги детерминира предностите и недостатоците на патронажната служба во превентивните активности кои се однесуваат на намалување на социјалните ризици. Предмет на истражувањето ќе биде влијанието и ефектите од работата на патронажната служба во рамките на јавното здравство врз намалување на социјалните ризици во локалната заедница. Општата хипотеза се однесува на претпоставката дека иако информираноста за социјалните ризици на патронажната служба е на ниско ниво, истата сепак влијае во намалувањето на социјалните ризици на кои е изложено населението во локалната заедница. Посебните хипотези се однесуваат на претпоставките дека информираноста на патронажната служба за намалување на социјалните ризици е на ниско ниво поради што превентивните услуги од социјален карактер не се применуваат особено превенцијата на ризикот од социјална исклученост и сиромаштија. Добиените резултати ќе укажат на можностите за понатамошно ефикасно и ефективно делување во насока за намалување на социјалната исклученост и сиромаштијата преку работата на патронажната служба.

Трудот го сочинуваат четири тематските целини. Предметот на истражување, целите, задачите, клучните поими како и методите и техниките кои ќе ги користи истражувањето ја сочинуваат првата тематска целина, односно методолошката рамка на истражувањето. Втората тематска целина се однесува на основните теоретски сознанија кои се однесуваат и се поврзани за предметот на истражување. Овој дел разработува две поглавја. Првото поглавје се однесува на патронажната дејност, нејзиниот историски развој, дефиниција, организација, задачи и принципи на дејноста. Анализата на компаративни системи, односно со запознавање на организационата поставеност и начинот на делување на патронажната служба во Англија, Словенија и Хрватска ќе овозможи определување на меѓусебните сличности и разлики, предности и недостатоци, воедно и да се увидат позитивните можности за имплементација. Понатаму ова поглавје го обработува профилот на патронажната сестра преку нејзиното образование и вештини кои треба да ги поседува, а со концептот на одржлив развој на оваа дејност се потврдува фактот и оправданоста за понатамошно инвестирање и унапредување на дејноста. Второто поглавје ја обработува патронажната дејност наспроти дејноста на социјалната работа и се осврнува и на односот на патронажната служба кон социјалните ризици, со акцент на ризиците од сиромаштија и од социјална исклученост.

Третиот тематски дел ги презентира резултатите добиени од спроведеното истражување. Резултатите се прикажани во неколку поглавја. Во рамките на првото поглавје дескриптивно е прикажана сегашната состојба на патронажната служба во Република Македонија. Во второто поглавје е прикажана анализата на секундарните податоци и се однесува на анализа на извештаите за работата на патронажната служба и службите за социјална работа. Третото поглавје ја прикажува анализата на примарните податоци, односно резултатите добиени од спроведената анкета, со патронажните и со социјалните работници. Добиените резултати од истражувањето во однос на поставените хипотези финализираа со дискусија во насока на нивно потврдување или негирање. По утврдување на состојбата произлегоа и согледувања и заклучоци врз кои се базираат предложените препораки, сите заедно поместени во четвртиот дел на трудот.

I. МЕТОДОЛОШКА РАМКА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Формулирање на проблемот на истражување

Во „Националната програма за развој на социјалната заштита“ се утврдуваат целите, приоритетите и правците на развој на социјалната заштита на граѓаните во Република Македонија со листа на мерки и услуги на активната социјална заштита. За остварување на овие мерки и активности, Законот за социјална заштита на Република Македонија предвидува Центрите за социјална работа да делуваат во тесна соработка со општината, предучилишните и училишни установи, здравствените установи, како и другите државни органи и тела, правни и физички лица и здруженија на граѓани.² Во голем дел од мерките и услугите зацртани во Програмата, а се однесуваат на социјалната превенција се препознаваат и целите на Патронажната служба, како и одредени активности кои истата треба да ги остварува.

Делувањето, анализата и оценката на работењето на патронажната служба е потесно регулирано со Програмата за здравствена заштита на мајките и децата која Владата на Република Македонија ја донесува за секоја година.³ Оваа Програма е во согласност со пошироките развојни цели, дел од целокупните напори на меѓународната заедница за намалување на сиромаштијата во светот со кои дополнително се артикулира важноста на подобрување на здравјето на мајките и децата.⁴ Резултатите од активностите кои според оваа Програма, ги спроведува патронажната служба, пред сè се однесуваат на унапредување на здравјето на мајките и децата. Здравствените индикатори, како што се: намалување на стапката на смртност кај децата под петгодишна возраст, намалување на регистрираните заразни заболувања, особено на оние против кои се врши задолжителна имунизација, практикување на ексклузивно доене кај доенчињата, рана детекција и превенција кај деца родени со ризик и некои други индикатори бележат позитивни оценки од страна на Светската здравствена организација.⁵ Дел од успехот за постигнатите цели, меѓу другото, се должи и на продолжената здравствена заштита што ја обезбедува

² Службен весник на Република Македонија, 2009, бр 79

³ Службен весник на Република Македонија, 2011, бр 7

⁴ Милениумски развојни цели <http://www.un.org/millenniumgoals>

⁵ Progress report 2009, highlights, Child and adolescent health and development, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599368_eng.pdf

патронажната служба. Овој факт, јасно упатува на заклучок дека постоењето на една организирана форма на здравствена заштита како патронажната, која дејствува во домот на корисникот, во голема мера влијае на унапредувањето на здравјето на населението. Непосредни контакти со населението се присутни во работата на уште една професија, на социјалните работници, кои исто така делуваат во институционално, преку непосредна работа со поединец, група или во локалната заедница. Гледано од аспект на методите и принципите на работата на патронажната сестра и на социјалниот работник, може да констатираме дека тие се, ако не исти, тогаш многу слични. Разликата е во целите и дефиницијата на двете дејности, како здравствена неа односно социјалната работа. Основна задача на патронажната служба е да обезбеди здравствена неа во домашни услови на сите членови на семејството. Фактот дека работата се одвива во социјалното опкружување на корисникот и овозможува на патронажната сестра да детектира состојби на социјални ризици, односно најразлични социјални проблеми, кои согласно програма за работа на службата ги пријавува во соодветен образец, доставуван до Институтот за јавно здравје на Република Македонија, Сектор за социјална медицина и податоците од овие извештаи понатаму се предмет на статистичка обработка. Проблемите детектирани на терен од страна на патронажната не се пријавуваат и до соодветните социјални служби, освен во случаи кога е директно загрозната егзистенцијата на корисникот, на пример кога се работи за незгрижено новородено дете. Дури и во ваквите случаи, навременото и соодветно реагирање многу зависи од професионалноста и од личната ангажираност на конкретната патронажна сестра и се сведува на неформални контакти со соодветните социјални служби на терен.

Од аспект на поставеноста на системот за социјална заштита, Центрите за социјална работа се многу повеќе ангажирани на остварување на правата на социјална заштита во вид на парична помош, а се занемаруваат останатите социјални услуги. Во практиката се забележува и недостаток на едни, а дуплирање на други услуги на центрите. Причини за ова има повеќе, почнувајќи од парцијалниот пристап во идентификувањето на потребите на корисниците, преку нејасната поделба на улогите и одговорностите, отсуството на меѓу-системска соработка со останати релевантни институции и служби, слабата кадровска и техничка екипираност, несоодветното

раководење со човечките ресурси и недоволната и несистематска континуирана едукација.⁶

Може да се констатира дека патронажната служба, организирана во рамките на здравствениот систем, континуирано делува на терен и низ процесите на исполнување на својата примарна цел, промоција на здравјето, превенција и здравствена нега, детектира најразлични, поврзани или неповрзани, социјални проблеми и состојби на социјален ризик во семејствата што ги посетува. Сепак, нивното соодветно евидентирање и понатамошен третман од страна на соодветните служби на социјалната заштита е повеќе врз неформална основа и почива на залагање на конкретните работници во двете служби. Проблемот е делумно во отсатство на законски регулирана форма на соработка меѓу двете служби, а делумно и во запоставување на превентивната димензија на делување кај двете служби подеднакво.

2. Цели и задачи на истражувањето

2.1. Научна цел на истражувањето

Научна цел на истражувањето е испитувањето на можностите за искористување на патронажната служба во Република Македонија, предностите и нејзините евентуални недостатоци при делување на полето на превенција на одредени неповолни социјални појави и при намалувањето на социјалните ризици во локалната заедница. Во здравствениот систем на Република Македонија, патронажната служба делува на терен и детектира различни социјални ризици во семејствата и пошироко во заедницата. Согласно препораките на Светската здравствена организација потребна е поголема соработка помеѓу патронажата и соодветните социјални служби. Веруваме дека ова истражување ќе помогне во поставувањето на некои нови теориски рамки за понатамошно истражување на заедничките точки на делување и поголема соработка на овие две служби, како и во воведувањето кај нас на најдобрата практика на ова поле од земјите на Европската Унија. Исто така, веруваме дека со него ќе влијаеме и врз развојот на соодветна законска регулатива во двата ресора, со и што системски би

⁶ Национална Програма за развој на социјална заштита стр.13

се овозможила подобра и континуирана соработка меѓу овие две служби. Понатаму, навременото детектирање на социјалните ризици и соодветните интервенции на полето на социјалната заштита делуваат на намалување на високите трошоци на здравствениот систем и обратно, невремените интервенции во здравството делуваат на намалување на социјалните издатоци поврзани со ненавремена здравствена заштита или пропуштена превенција.

2.2. Практична цел на истражувањето

Практична цел на истражувањето е определување на предностите на патронажната служба на полето на социјалната превенција во локалната заедница со цел спречување на социјални ризици.

2.3. Задачи на истражувањето

Согласно поставените цели, истражувањето ги има следните задачи:

- Да изврши преглед на литературата од овие две области
- Да истражи компаративни системи и најдобра практика
- Да ја определи состојбата во избрана локална заедница
- Да ги дефинира социјално превентивните услуги на патронажната служба
- Да ги определи ефектите од остварените услуги
- Да го определи нивото на информираност на патронажните сестри за

задачите на социјалните служби

- Да го определи нивото на информираност на социјалните работници за активностите на патронажната служба
- Да донесе одредени заклучоци и препораки до креаторите на соодветните политики и легислативата

3. Предмет на истражувањето

3.1. Теоретско определување на предметот на истражување

Во овој магистерски труд предмет на истражување ќе биде влијанието и ефектите од работата на патронажната служба во рамките на јавното здравство врз намалување на социјалните ризици во локалната заедница.

3.2. Дефинирање на основните поими на истражувањето

Патронажна служба - Со оглед на големата улога доверена на оваа служба, тешко е истата да се дефинира со една реченица и да се опфатат сите нејзини дејности. Низ историјата на нејзиниот развој за патронажната дејност биле употребувани повеќе дефиниции. Денес како најсоодветна се смета онаа според која патронажата е: „социо-медицинска дејност, организирана на ниво на примарната здравствена заштита, која директно спроведува превентивна, куративна здравствена и социјална заштита во семејството и заедницата во која живее и работи поединецот, а која активно соработува со сите здравствени, социјални и останати институции чии задачи и мисии се заеднички.”⁷

Локална заедница - Збир луѓе, што живеат на определена територија, имаат свест за припадност во заедницата, како и организација за задоволување на нивните животни потреби и заеднички цели. Како социолошки феномен, локалната заедница претставува збир на интеракции меѓу луѓе кои живеат на определена територија, а која не мора секогаш да има административни граници. Локалната заедница дефинирана од аспект на делување на патронажната служба подразбира дел од територијална заедница во која населението е поврзано меѓу себе поради просторот во кој живее.⁸

⁷ Ристевска, С. Здравствена нега, Битола, 2005

⁸ Донеvsка, М. Социјална работа во локалната заедница, Филозофски Факултет, Скопје, 2006

Социјална заштита - Систем на мерки, активности и политики за спречување и надминување на основните социјални ризици на кои е изложен граѓанинот во текот на животот, за намалување на сиромаштијата и социјалната исклученост и за јакнење на неговиот капацитет за сопствена заштита.⁹

Социјална работа - Националната асоцијација на социјалните работници за професијата социјална работа ја дава следната дефиниција: „Социјалната работа е професионална активност на давање помош на поединци, групи и на заедници за подобрување и обновување на своите капацитети за социјално дејствување и креирање на општествени услови кои водат до постигнување на задоволителни квалитети на живеење.”¹⁰ Според Напан: голем број професии се занимаваат со проблемите на поединецот и проблемите на општеството, а местото на социјалната работа е всушност просторот помеѓу поединецот и општеството во кое тој живее.¹¹ Социјалната работа е помагателна активност во чиј основен домен на работа се нарушувањата помеѓу поединецот и социјалната средина.¹²

Социјален ризик - Според Ајдуковиќ, социјалниот ризик се однесува на: „Општествени околности кои оневозможуваат или се бариера во задоволување на потребите на членовите на општеството, а кои доведуваат до несоодветни последици во ситуација на единката, семејството или локалната заедница.”¹³ Кај нас, терминот социјален ризик се однесува на: ризици по здравјето (болест, повреда, инвалидност), ризици на старост и стареење, ризици на еднородителско семејство, ризици на невработеност, губење на приход за издржување по основ на работа и слично, ризици од сиромаштија и ризици од други видови социјална исклученост.¹⁴

Сиромаштија - Состојба карактеризирана со остро лишување од основни човечки потреби, вклучувајќи ги храната, здравата вода за пиење, санитарни уреди, здравство, засолниште за живеење, образование и информации (Копенхагенска

⁹ Закон за социјална заштита, Службен весник на Република Македонија, 2009, бр 79

¹⁰ National Association of Social Workers of USA, 1973

¹¹ Напан, К. Како дјелотворно радити с људима, Загреб, 1994

¹² Стаменкова Трајкова, В, Белевска Д. Клиничка социјална работа, Скопје, 2002

¹³ Ајдуковиќ, М. Социјални проблеми, социјални ризици и современи социјални рад, *Ревиија за социјална политика*, Загреб, 2008

¹⁴ Закон за социјална заштита, Службен весник на Република Македонија, 2009, бр 79

Декларација на ОН). Како сиромашни се сметаат лица, семејства и групи лица, чии ресурси (материјални, културни и социјални) се на такво ниво кое ги исклучува од минимално прифатливиот начин на живеење, во земјата во која живеат (Еуростат).¹⁵

Социјална исклученост - Социјалното исклучување значи неможност ефективно да се партиципира во економскиот, културниот и социјалниот живот, и на определен начин претставува отуѓување и дистанцирање од нормалните текови на општеството.¹⁶ Социјалната исклученост претставува повеќедимензионален сложен процес кој влијае на ослабувањето на врските на поединецот и заедницата и подразбира присуство на повеќе елементи, поточно покрај недостиг на материјални средства, вклучува и недостаток на елементи од други димензии како социјална, културна, политичка и морална природа¹⁷.

Социјален проблем - Поимот социјален проблем има сложен и повеќедимензионален карактер и се разликува од останатите проблеми. Тој е основниот поим во теоријата на социјалната работа и се поврзува со социјалната патологија како посебна дисциплина во социологијата. Повеќе пристапи даваат дефиниции за тоа што подразбира поимот социјален проблем, но теоријата на социјалната работа почитувајќи го интегративниот теоретски пристап во изградувањето на знаењата настојува објективно да го дефинира поимот социјален проблем. Во тој поглед, во праксата на социјалната работа најприфатлива е дефиницијата на Бечин, која гласи: „Социјалните проблеми се состојби од социјални потреби кои загрижуваат голем број на луѓе, а кои настануваат поради катастрофални, природни или сложени општествени настани, па поради тоа за нивно предупредување, отстранување и ублажување е неопходна повеќе-димензионална општествена интервенција.”¹⁸ Наједноставно дефинирање на поимот социјален проблем дава дефиницијата на Донева: „Социјалниот проблем е состојба на незадоволување на социјалните потреби на поединец или група во општеството.”¹⁹

¹⁵ Донева, М. и др. Сиромаштија: Состојби во Македонија, Скопје, 2011

¹⁶ Донева, М. и др. Сиромаштија: Состојби во Македонија, Скопје, 2011

¹⁷ Национална стратегија за намалување на сиромаштијата и социјалната исклученост во РМ, 2010-2020

¹⁸ Бечин, А. Зборник појмова у социјалној политици, Београд, 1973

¹⁹ Донева, М. Теоретски основи на социјалната работа, Скопје, 1999

Социјална превенција - „Превенција е една од двете основни постапки кои произлегуваат од задачите на социјалната работа и означува општествена професионална дејност насочена кон редукција на можностите за појава на проблем и кон подобрување на условите за живот и за работа, зголемување на грижата за човекот, за семејството, за општествената заедница, децата, младите, возрасните, старите лица, на начин што ќе го спречи масовното јавување на социјални проблеми.”²⁰

4. Хипотези на истражувањето

4.1. Општа хипотеза

Се претпоставува дека иако информираноста за социјалните ризици на патронажната служба е на ниско ниво, сепак истата допринесува во намалувањето на социјалните ризици на кои е изложено населението во локалната заедница.

4.2. Посебни хипотези

Посебните хипотези се однесуваат на претпоставките за постоење на одредени недостатоци во работата на патронажната служба, поточно претпоставки дека:

1. Информираноста на патронажната служба за социјалните ризици е на ниско ниво
2. Патронажната служба не применува социјални превентивни услуги во локалната заедница
3. Најзастапени социјални ризици со кои патронажната служба се соочува во својата работа се ризикот од социјална исклученост и сиромаштија

²⁰ Стаменкова Трајкова В, Белевска, Д. Клиничка социјална работа, Скопје, 2002

5. Методи, техники и примерок на истражувањето

Во истражувањето ќе се применува квантитативен и квалитативен пристап, односно пристап на триангулација. Со цел остварување на претходно наведената методолошка рамка, ќе се употреби експлоративниот метод преку кој се прави сондажа помеѓу испитаниците за истражуваната тема. Делумно ќе се користи **компаративно-полемичкиот метод** на интерпретација, толкување, споредбена анализа како и критички осврт. Од техниките кои ќе бидат употребени во истражувањето ќе се добијат примарни и секундарни информации. За добивање на примарни информации ќе се употреби анкета на најмалку една четвртина од вкупниот број на патронажни сестри во Република Македонија, односно на сите кои работат во Скопје, и на социјалните работници во подрачните единици исто така во Скопје. Квалитативна анализа на содржина ќе се користи за анализа на печатени текстови како закони, правилници, професионални списанија, со употреба на дескриптивен приказ на анализираната содржина. Секундарните податоци ги сочинуваат постоечките статистички извештаи на патронажната служба во Скопје. Студија на случај како техника ќе се користи за да се прикажат случаи на најзастапените социјални ризици со кои се соочува патронажната служба, односно социјалната исклученост и сиромаштија. Исто така преку студија на случај ќе се илустрира и влијанието на службата врз намалување на овие социјални ризици. Резултатите од истражувањето ќе бидат прикажани дескриптивно, во табели и графикони.

6. Научна оправданост на истражувањето

Во здравствениот систем на Република Македонија, патронажната служба делува на терен, во локалната заедница и детектира различни социјални ризици присутни во семејствата и пошироко во заедницата. Согласно препораките на Светската Здравствена Организација, потребна е поголема соработка помеѓу патронажата и соодветните социјални служби. Врз основа на нашиот досегашен увид и искуство во оваа проблематика поставената хипотеза најверојатно нема целосно да се потврди. Затоа, веруваме дека со ова истражување ќе помогнеме во поставување на некои нови теориски рамки за понатамошно истражување на заедничките точки на делување и поголема соработка на овие две служби, во воведување на најдобрата практика на ова

поле од земјите на Европската Унија. Исто така истражувањето ќе влијае врз развојот на соодветна законска регулатива во двата ресора, што систематски би овозможувала подобра континуирана соработка меѓу овие две служби во Република Македонија.

Навременото детектирање на социјалните ризици и соодветните интервенции на полето на социјалната заштита, делуваат на намалување на високите трошоци кои се наменети на здравствениот и оние на системот на социјална заштита. На тој начин се постигнува нивната вкупна ефективност во смисла на исполнување на нивните основни задачи.

II. ОСНОВНИ ТЕОРЕТСКИ СОЗНАНИЈА

1. Патронажна дејност

1.1. Историски развој

Почетоците на патронажната дејност се во Англија, некаде околу 1858 година и се поврзани со името на Вилијам Ретбон (1819-1902), филантроп кој како член на Парламентот се залагал за остварување на своите идеи. Иницијативата за неговите залагања и активности започнале по влошувањето на здравствената состојба, односно присуството на долготрајна болест кај неговата сопруга. Во тие околности неопходната потреба од континуирана нега на болната сопруга истовремено станала и причина поради која тој во домот вработил негователка. Основна задача на негователката била да се грижи за неговата сопруга во нивниот дом што и се случувало се до нејзината смрт. Мотивиран од негата која ја добивала неговата жена во сопствениот дом, тој започнал кампања за формирање на организирана форма на теренска/домашна нега со која ќе им се овозможи на сиромашните да ја подобрат својата состојба и да ги научат основните правила за здравје и благосостојба.

Појавувањето на професијата медицинска сестра датира од 1860 година, кога е основано првото училиште за сестри во Лондон од страна на Флоренс Најтингел (1812-1910). Во втората половина на 19 век кога се појавила првата генерација на образовани патронажни сестри, Флоренс Најтингел напишала упатства за работа на теренските сестри кои биле проткаени со етичка и педагошка идеологија, а кои и ден денес во целост се вреднуваат. Таа тогаш зборувала: „Теренската сестра мора да биде мисионер на здравјето. Затоа мора да биде едуцирана. Нејзината служба не е давање

на материјална помош, ниту пак лекарска служба, а не ниту вршење на профитабилна приватна пракса. Таа мора да пружи нега според упатствата на лекарот и пред се да внимава да не го попречува лекувањето. Мора да биде семејна пријателка, а не наредбодавач.”²¹ Во Соединетите Американски Држави основач на Американската организација на медицински сестри кои делуваат во заедницата е Лилијан Валд (1867-1940) која покрај образованието за медицинска сестра се стекнала и со образование за социјална работа. Таа во Њујорк, во 1893 ја основала првата служба за домашна посета, „Хенри стрит виситинг сервис” во која работеле медицински сестри. Делото на Лилијан Валд има значење и придонес во развојот и на социјалната работа. Таа, како современик и истомисленик со Џејн Адамс (1860-1935) се борела за намалување и искоренување на сиромаштијата и благосостојба на децата и ја потенцирала важноста и улогата на жената во општеството.

На Балканот прва дипломирана медицинска сестра е словенката Ангела Башкин. Таа по дипломирањето во Виена, во јануари 1919 била назначена за теренска сестра и работела бивалентно на заштитата на мајките и децата. Ангела Башкин се смета за претходник на патронажните сестри во Југославија. Во Република Македонија до отварањето на првата школа за медицински сестри заинтересираните за оваа професија се образувале во Белград, Загреб или надвор од границите на тогашното Кралство Југославија. Во учебната 1931/32 во тогашна Вардарска бановина во Скопје е отворена првата средна стручна школа за сестри, тогаш наречена “Школа за нудиљи”. Оваа школа опстојувала до почетокот на Втората светска војна во 1941 кога во склоп на денационализаторската политика на Бугарија, во Скопје се отворило „Училиште за милосрдни сестри”. Во февруари 1945 година со одлука на Президиумот на АСНОМ почнало со работа првото училиште за медицински сестри на македонски јазик.²² Во наставниот план за профилот медицинска сестра во континуитет се изучувал и предметот *Здравствено просветување со патронажа*, а патронажната служба за првпат била организирана во 1962 година и тоа како моновалентна, сè до 1989 година кога се трансформира во поливалентна и како таква делува до денес. Во 2000 година, а следејќи ги препораките на Светска здравствена организација, преку проект спроведен од страна на Министерството за здравство, а во соработка со Колаборативниот патронажен центар на оваа организација во Марибор

²¹ Nightingale, F. (1969) *Notes on nursing: What it is and what it is not*, New York: Dover. (original work published 1860)

²²Василева, Ц. Со љубов за човекот, Скопје, 1997

(Словенија) и Здружението на медицински сестри и акушерки на Република Македонија, оваа дејност беше реструктуализирана и организирана според концептот на патронажната служба на Република Словенија.

1.2. Поим и дефинирање на патронажната дејност

Потеклото на поимот патронажа доаѓа од латинскиот јазик и означува еден вид заштита на сиромашното население од страна на богатите патриции.²³ Во францускиот јазик се среќаваат изразите како „патрон“ и „патронажа“. Сепак, ниту самата служба ниту патронажната сестра како поими иако популарни, не се сосема и секогаш јасни дури ни во рамките на професијата (кај здравствените работници). Често се присутни скоро произволни и слободни толкувања на овие поими, што укажува на неусогласеност помеѓу значењето на поимите и дејноста која тие поими ја означуваат. Овие називи во странската литература може да се најдат само во Русија: „патронажаја сестра“ и „патронажое обелуживание“. Овој профил на кадар во останатите земји во Европа се нарекува поинаку. Во Англија „визитинг н'рс“, во Франција или „визит ајдин“ или „инфирмиере“, а во Шпанија „визитадора санитариа“. Во англиското говорно подрачје се сретнуваат и насловите: „дистрикт, комјунити и паблик н'рс“, „хелт визитор“ или „фемили н'рс“. Во Полска постојат семејни медицински сестри (со матичен лекар) и сестри кои работаат во „средината“. Како што може да се забележи во називите на овој профил на кадар доминира зборот визита (посета) што ја детерминира и улогата на медицинските сестри во службата, како работа која се одвива во домот на семејството.

Здравствената нега е основната дејност на медицинските сестри независно во кој сегмент од здравствениот систем тие делуваат. Постојат повеќе дефиниции кои ја дефинираат здравствената нега како активност поставени од повеќе теоретичарки последните педесетина години од минатиот век. Општо прифатена е дефиницијата на Вирџинија Хендерсон која здравствената нега ја дефинира како: „помагање во извршување на активности кои придонесуваат за зачувување на здравјето или оздравување, а кои поединецот би ги извршувал самостојно, кога би ја имал потребната сила, волја и знаење.“²⁴ На меѓународната конференција на медицинските

²³ на латински patronatus - покровителство или заштита

²⁴ Хендерсон, В. Основни принципи на здравствената нега, Скопје, 2001

сестри одржана во Виена, во 1988, патронажната сестра се дефинира како “Семејна сестра која го унапредува, промовира здравјето со препораки за здрави животни навики, помага за зачувување на здравјето и превенира болести, обезбедува и спроведува здравствена нега кај болни лица, помага во целост на семејство со хронично болен член или лице со посебни потреби обезбедувајќи соодветна нега, идентификува и решава здравствено социјални ризици итн.”²⁵ Со оглед на големата улога која и е доверена на оваа дејност покрај здравствената нега, тешко е да се дефинира патронажата се една реченица и да се опфатат сите нејзини активности. Во својот развој употребувани се повеќе дефиниции, а денес како најсоодветна се смета дефиницијата дека „патронажната дејност е социо-медицинска дејност организирана на ниво на примарната здравствена заштита која директно спроведува превентивна и куративна здравствена и социјална заштита во семејството и заедницата во која живее поединецот, а која активно соработува со сите здравствени, социјални и други институции чии задачи и мисии се заеднички.”²⁶

1.3. Видови патронажна служба

Во зависност од бројот на здравствените проблеми кои ги обработува патронажната служба истата се организира како моновалентна и поливалентна. *Моновалентната* ги третира проблемите на само една медицинска дисциплина, односно на една група на корисници како на пример здравствената нега само на децата и мајките, или само болните од туберкулоза, дијабет и др. *Поливалентната* патронажна дејност обработува од здравствен аспект повеќе здравствени проблеми истовремено, воедно ги регистрира и во доменот на службата ги решава и социјалните проблеми, односно соработува со релевантните служби за решавање на поедини социо-медицински проблеми. И едната и другата форма имаат свои позитивни и негативни особини. Моновалентната може да понуди поквалитетни услуги бидејќи сестрите се специјализирани за една област. Од практична гледна точка може да се случи, во еден ден, во едно семејство со повеќе проблеми да влезат неколку патронажни сестри, начин кој е поскап и остава простор за пропусти, бидејќи

²⁵ Report on a WHO Meeting : Vienna Declaration on Nursing in Support of the European Targets for Health For All, Vienna, 21-24 June 1988

²⁶ Ристевска, С. Здравствена нега, Битола, 2005 <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/community+health+nursing>

семејството не се обработува како целина. Поливалентниот начин на работа е далеку поекономичен, а холистичкиот пристап, ги сведува на минимум евентуалните пропусти. Денес во светот се промовира т.н. семејна здравствена заштита, бидејќи во фокусот на интерес е семејството како целина, со сите свои карактеристики, како и семејството во интеракција со околината.

1.4. Организација, структура и задачи на патронажната служба

Организацијата на патронажната служба независно од нејзината форма е на ниво на примарната здравствена заштита, во најголемиот број на случаи, како дел од јавното здравство. Службата може да е организирана како посебна работна единица или во склоп на здравствен дом или медицински центар. Поле на работа е населението на подрачјето на една или повеќе општини. Бројот на жители поделени во т.н. микро реони е критериум за оптималниот број на сестри потребни да ги задоволат потребите на тоа население. За оптимална работа на патронажната служба се смета делување на една патронажна сестра на микро реон со 2.000 до 5.000 жители, зависно од густината на населението, т.е. дали станува збор за урбана или рурална средина. Покрај медицински сестри, службата може да има и социјален работник, физиотерапевт, а по потреба се ангажираат и други стручни лица, како психолог, педагог, дефектолог. Кадровската структура во службата и нејзината достапност на населението е во зависност од здравствено социјалната политика на државата, односно од системот на политичкото организирање.

Задачите на патронажната служба се однесуваат на промоција, унапредување и зачувување на здравјето и превенција од заболувања. За остварување на овие задачи, а врз база на статистичките здравствени и социјални индикатори во државата, од страна на релевантни институции се изготвува предлог превентивна програма за заштита на населението. Програмата претставува еден вид законска рамка во која прецизно се наведени планираните активности на поливалентната патронажна служба за дадениот период. Службата покрај превентивните може да обавува и дејности од куративен карактер кои се остваруваат по налог и барање од страна на други служби за кои нема претходно изготвен план, односно делувањето е според потребите на населението.

1.5. Принципи на работа на патронажната дејност

Содржината на патронажните посети се разликува и зависи од тоа кој вид на здравствена заштита се укажува и кому. Подеднаква застапеност при секоја посета имаат принципите на работа по кои се раководи службата, а тие се:

- **Принцип на научност** - Во праксата овој принцип значи дека при обавувањето на своите активности патронажната сестра треба да се раководи и да е во тек со современите научни достигнувања, да ги изнесува фактите врз научна основа без оглед на културното ниво на корисниците. На тој начин се стекнува со потребниот авторитет и доверба со што ефектот од работата несомнено ќе биде позитивен.

- **Принцип на реалност** - Овој принцип се однесува на планирањето на активностите и целокупниот план за работа, односно акциите и интервенциите кои треба да се превземат да бидат во рамките на реалните можности на остварување. Секоја нереална постапка или ветување на почеток воодушевува по што следува неуспех и разочарување, губење на авторитетот и довербата кај корисникот.

- **Принцип на сестраност** - Суштината на овој принцип всушност претставува холистички пристап во работењето и решавањето на случајот, спротивно на изолирано гледање, низ само една димензија.

- **Принцип на почитување на личноста** - При посетата на домот на корисникот патронажната сестра се наоѓа во „надредена“ улога во однос на клиентот, кој е во „подредена“ улога. Без оглед на околностите, патронажната сестра треба да ја почитува личноста на пациентот. Исклучок се случаи кога наложените правила од страна на сестрата клиентот не ги почитува ниту прифаќа, со што директно или индиректно може да го загрози своето и здравјето на други лица. Во таков случај предност има почитување на законската регулатива во однос на почитувањето на личноста.

- **Принцип на помош заради „самопомош“** - Овој принцип целосно ќе се примени со самото оспособување на корисникот за грижа на самиот себе, односно оспособување на член на семејството за правилно грижење на членот кому му е потребна помош. Очекувањата патронажната сестра да биде едиствената личност која треба да го реши проблемот и ја обезбедува грижата води до пасивизација на

корисникот кој станува уште позависен од туѓа помош. Патронажната сестра треба да оствари блискост со корисник, но и разумна дистанца.²⁷

1.6. Патронажната дејност во развиените земји

Во делувањето на патронажната служба во развиените земји, иако се забележуваат извесни разлики истовремено има и многу заеднички карактеристики со истата служба кај нас, што во најголема мера е условено од поставеноста на системот за социјална и здравствена заштита во земјата. Не може да се зборува за патронажната служба, а да се занемари современиот концепт на поставеност на истата во Англија, земјата во која оваа дејност првично е воспоставена. Од друга страна, со својата историја на повеќе од триековно постоење и силното економско, културно, воено и политичко влијание на глобално ниво, Англија не би можеле да ја земеме како соодветен и апсолутен пример кој треба да се примени и кај нас. Од тие причини неопходно е разгледување на организацијата на патронажната служба во држави чии системи за социјална и здравствена заштита се со карактеристики, ако не идентични барем слични на оние во Република Македонија. За таа намена како соодветни би ги земале Република Словенија чиј модел за поливалентна патронажа од 2004 година се имплементира и кај нас и Република Хрватска, како две земји во кои во тек се активни транзициски процеси на усогласување со ЕУ регулативата, како на полето на здравствената така и на полето на социјалната политика.

1.6.1. Патронажната дејност во Англија

Како резултат на критиките за институционалното згрижување на лицата со физички и ментални здравствени проблеми присутни насекаде во светот, во шеесеттите и седумдесеттите години на минатиот век, во Англија започна тренд на деинституционализација. Поточно, актуелната влада во осумдесеттите години ја усвои новата здравствена политика, предложена од посебна комисијата за ревизија. Нејзиниот извештај познат како „Обезбедување на вистинска грижа во заедницата“ ги потенцираше предностите кој овој концепт ги нуди. Главна цел на овој вид на заштита претставува грижата за индивидуата да се спроведува во домовите на корисниците во

²⁷ Др. Митовски, Р. Здравствено воспитание и патронажа, Скопје, 1980

случаи кога е тоа изводливо, наспроти обезбедување на долгорочна грижа во здравствена установа. Со воведувањето на овој концепт на здравствена и социјална заштита на ниво на локална заедница се постигнуваат три клучни цели и тоа: (а) да се ограничи јавната потрошувачка за грижата обезбедена во независните (приватни) домови за згрижување. Ова беше постигнато со тоа што локалните власти станаа одговорни за функционирањето на системот во услови на ограничени финансиски средства.

(б) Постоене на јасна определба за развој на комбинирано финансирање на грижата/негата и постоење на различни даватели на услуги на неа. Ова се постигна и покрај ограничените приливи од системот на социјално осигурување и денес има многу организации кои обезбедуваат грижа/нега во домашни услови.

(в) Редефинирање на границите помеѓу здравствената и социјалната заштита. Министерството за здравство покрај основната задача за креирање и спроведување на здравствена политика работи и на дефинирање на политики и правци за обезбедување на социјална заштита која ќе биде достапна за секој поединец подеднакво, а ќе им овозможи на корисниците квалитетен самостоен и достоинствен живот.

Патронажната дејност во Англија е дел од здравствениот јавен сервис во локалната заедница со долгогодишно успешно делување во системот на здравствената и социјална заштита и е под ингеренции на Министерството за здравство, а во координација со повеќе владини и невладини асоцијации чии активности се насочени кон заеднички цели. Основна задача на оваа дејност е спроведување на здравствена нега на оние лица на кои им е потребна при што им е овозможено да останат во своите домови, без оглед дали станува збор за превентивна или куративна здравствена заштита. Превентивните активности се во согласност со превентивните национални програми за заштита на населението, додека куративните активности се организирани и се спроведуваат од страна на Одделот за примарна заштита кој е во составот на Националниот сервис за здравствена заштита. Патронажната сестра е дел од тимот задолжен за спроведување на превентивна и куративна здравствена заштита на населението на определен реон. Таа во домашни услови ги спроведува сите активности кои ја сочинуваат негата, а пошироко во локалната заедница нејзината улога е да ја промовира психофизичката и социјална благосостојба со давање на совети и обезбедување на поддршка на семејствата и нивните членови од сите возрасти. Активностите на патронажната служба се планираат и спроведуваат според

потребите на населението на определената локална заедница. Основа при креирањето на програмите за работа, покрај глобалните и национални превентивни програми, се и индивидуалните и групни потреби на населението. Помеѓу другото, а со цел задоволување на потребите на поединец, семејство или заедница патронажната сестра соработува со матичните лекари и службите за социјална заштита во заедницата. Во оваа дејност се планирани акции за унапредување и проширување на дејноста, како и зголемување на бројот на патронажни работници особено во загрозени подрачја.²⁸

1.6.2. Патронажната дејност во Словенија

Во Република Словенија патронажната дејност се врши согласно препораките на Светска здравствена организација, односно постои организирано делување на посебна служба за патронажна дејност чија цел е обезбедување на здравствена и социјална заштита на поединец, група и пошироко во локалната заедница во зависност од потребите. Патронажната служба е организирана како самостојна работна единица или посебна единица во рамките на здравствените домови.²⁹ Работата на службата е определена со програми и тоа за превентивните активности со националната превентивна годишна програма, а куративните активности се обавуваат во соработка со матичен или овластен лекар. Патронажната здравствена нега е дел од патронажната дејност и е интегрален дел од негата која се обезбедува на ниво на примарната здравствена заштита, а се изведува во домот на пациентот.

Овој концепт ја потенцира тимската работа во која водач на тимот е патронажна сестра. Патронажната сестра делува во улога на координатор, како со службите кои се на ниво на примарната, секундарна и терцијарна здравствена заштита, така и со други стручни служби вон здравствениот сектор, а со цел обезбедување помош на поединец или група во домот, односно во локалната заедница. Нејзината функција прецизно е определена во: “Упатство за обезбедување на социјална заштита во примери на отпуштање од болница како и лица кои живеат сами.”³⁰ Задача на патронажната сестра е собирање на податоци за потребите на поединецот врз основа на кои го

²⁸ A Call to Action – One Year On *Health Visitor Implementation Progress Report December 2011*

²⁹ Закон за здравствена дејност, Службен лист на Република Словенија бр. 23/05-пречистен текст; Закон за здравствена заштита и здравствено осигурување, Службен лист на Република Словенија бр. 100/05-пречиштен текст.

³⁰ Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика, 2004

планира, изведува и координира здравствениот и социјален третман на поединецот и семејството. Важно е да се напомене дека во составот на службата покрај патронажните сестри кои се основните носители на дејноста, покрај други професионални профили делува и социјален работник. Со делувањето на социјалниот работник во рамките на патронажната служба овозможено е соодветно и навремено решавање на социјалните проблеми кои се детектираат на терен.

1.6.3. Патронажната служба во Хрватска

Патронажната дејност во Република Хрватска е дефинирана како медицинско-социјална дејност чија улога е примарно превентивно едукативна и информативна, со задача за прибирање на потребни податоци, откривање и згрижување на болни, немоќни и социјално загрозени лица, но и задачи за промоција, чување, унапредување и заштита на здравјето на целокупното население. За таа цел службата мора да ги согледа факторите кои влијаат на социјално-економската и здравствена состојба на населението. Во соработка со семејните лекари, социјалните служби, здравствените установи, општествените и каритативните организации помагаат во решавање на проблемите и ги штитат интересите на пациентите. Од особена важност е социјално-превентивниот едукативен елемент на службата.³¹ Специфичноста при овој вид на делување е спроведување на заштита на поединецот и семејството што поставува потреба од познавање на особеностите во заедницата во која тие живеат која ги вклучува културните и социјалните фактори.³² Ова првенствено се однесува на поединци и групи кои имаат извесни ризици по здравјето. Службата има задачи кои опфаќаат планирање, организирање, поттикнување, помагање и спроведување на мерки за здравствена и социјална заштита. Задачите се извршуваат со тимска и интердисциплинарна работа на патронажните сестри и лекарите од примарната здравствена заштита, другите стручни поединци како социјални работници, психолози, педагози, со одредени установи и нивни претставници. Како неопходна и од особена важност е назначена соработката со локалната заедница, со здруженија на болни, центрите за социјална работа, центрите за домашна нега и други институции и субјекти со кои патронажната сестра остварува контакти во интерес на потребите на

³¹ Mazzi, B. "Patronazna sluzba i obiteljski doktor"

³² Mojsovic, Z. i sur. "Sestrinstvo u zajednici", Zagreb, 2005

поединецот. Во Република Хрватска, Министерството за здравство истовремено е надлежно и за социјалната заштита, што од организациски и функционален аспект значително ја олеснува соработката помеѓу службите за здравствена и оние за социјална заштита. За оптимално делување на патронажната служба допринесува исто така и законската регулатива во областа на здравството. Во 2003 година, Република Хрватска донесе Закон за здравствена нега кој ја дефинира дејноста на медицинските сестри со што значително се подобрија условите за развивање на професијата.

1.7. Профил на патронажна сестра, образование, вештини

Сè поголемиот развој на технологијата и организациските промени во општеството се причини за да, со определени модификации, многу професии го сменат традиционалниот лик. Патронажната дејност и покрај модификациите кои се уште се случуваат во развојниот процес, ја обавуваат исклучиво лица од женски пол. Самиот термин *патронажна сестра* како именка од женски род, не е причина за таквата состојба бидејќи со професијата медицинска сестра, која е услов за да се работи патронажа, денес се повеќе се бават и лица од машкиот пол. Високото стручно образование за медицински сестри преку кое се стекнуваат професионални вештини е основа за обавување на патронажна дејност во развиените земји, додека кај нас и средното медицинско образование одговара на потребите. Во развиените земји, по комплетирање на додипломските студии за медицински сестри, постои можност за професионално усовршување на повисоко образовно ниво, односно продолжување во втор циклус на образованието (постдипломски студии за патронажна дејност). Постдипломските студиски програми овозможуваат стекнување на посебни професионални вештини како и за истражувачка дејност во оваа област.

Во Република Македонија на една од четирите високо стручни школи за медицински сестри се изучуваат специјалистички студии за патронажа на кои се образуваат медицинските сестри. Образованието за патронажни сестри во наставните програми на тригодишните стручни студии го сочинуваат теоретски и практични содржини и програми од областа на природните и општествените науки. Базични науки во образованието за оваа професија се медицината и здравствената нега, а знаењето и вештините стекнати од основните науки неопходно е да се надополнат со содржини од хуманистичките општествени науки, науката за моралот, комуникациски

вештини и др. Во изучување на медицината во образованието за патронажни сестри се застапени сите области и специјалности, со посебен акцент на практично спроведување на општа здравствената нега како основна дисциплина и здравствена нега во секоја област поединечно. Од општествените науки, психологијата како научна дисциплина исто така е неопходна, бидејќи преку нејзино изучување се стекнуваат знаења за личноста на човекот, нејзината структура, развој, однесување и тн., содржини без кои е невозможно да се работи со поединец, група и пошироко во локалната заедница.

Професионалните вредности се основа на професионалната пракса. Тие ја определуваат интеракцијата со пациентите, соработниците, колегите и пошироката околина, а воедно поставуваат и одредена рамка на делување во корист на пациентите, што претставува основа на професионалното сестринство. Обезбедување на нега независно од широкото дефинирање на поимот, претставува централен поим во професијата на медицинската сестра. Во патронажата, здравствената нега, покрај сè друго содржано во нејзината дефиниција, се фокусира на емпатијата и на поврзаност на медицинската сестра со поединецот или групата и способноста овие афективни карактеристики да се трансформираат во соодветна и примарна нега. Професионалните особини на профилот на патронажната сестра го сочинуваат сетот основни вредности и однесувања кои може да се елаборираат на различни начини:

Алтруизмот како грижа за доброто на другите, во професионалната пракса на медицинската сестра се огледа во грижата за доброто на пациентите, но и сите оние кои обезбедуваат некаков вид на заштита. Примери за професионално однесување вклучуваат: разбирање на културата, верувањата и ставовите на други луѓе, заштита на пациентите особено оние најранливите, превземање на ризик во корист на пациентот или соработникот и менторство на останатиот персонал.

Автономија се однесува на правото на самостојно одлучување. Во професионалната пракса автономијата е присутна кога сестрата ги почитува правата на пациентот во донесувањето на одлуки за сопствената нега. Примери за професионално однесување вклучуваат планирање на активностите за здравствена нега во соработка со самиот пациент, уважување на правата на пациентот и правата на неговото семејство во носењето на одлуки за спроведување на нега и обезбедување и давање на информации за и на пациентот кои ќе придонесат за правилен избор на нега, базиран на дадените информации.

Достоинството претставува почитување на внатрешните вредности и уникатност на секој поединец. Во професионалната пракса, човековото достоинство како вредност се огледа кога медицинската сестра ги цени и почитува сите пациенти, но и соработници. Примерите на професионално однесување од овој аспект вклучуваат обезбедување на неа соодветна на културата на оној кому се нуди, чување на приватноста на пациентот и стекнатата доверба помеѓу пациентот и сестрата, како и обезбедување на неа земајќи ги во предвид индивидуалните потреби на секој поединец.

Интегритет е делување во согласност со применетиот етички кодекс на професијата и прифатените стандарди во праксата. Како вредност интегритетот се огледува кога сестрата искрено ја обезбедува негата врз основа на поставената етичката рамка на професијата. Професионалното однесување вклучува давање на точни информации, документирање на спроведената неа и превземање на одговорност за сопственото однесување.

Социјална правда како вредност се однесува на стекнување и делување според морални, правни и хуманистички принципи. Оваа вредност се огледа во професионалната пракса кога медицинската сестра делува на начин според кој секој поединец има подеднаков третман и подеднаков пристап до здравствена неа. Примери за професионално однесување во овој домен вклучуваат поддржување на еднаквоста и недискриминирање при обезбедувањето на неа, промовирање на еднаков пристап за сите поединци и поддржување на правни одредби кои се во насока и согласно со унапредувањето на здравствената неа.

Како клучни способности истовремено би ги издвоиле и критичкото мислење, комуникацијата, набљудувањето и проценката. Критичкото мислење во основа се однесува на способноста за самостојно, независно, но истовремено и зависно донесување на одлуки. Критичкото мислење вклучува процеси на преиспитување, анализа, поврзување, толкување, заклучување, индуктивно и дедуктивно заклучување, интуиција, креативност. Комуникацијата е сложен, континуиран, интерактивен процес кој ја создава основата за меѓучовечките односи. Таа вклучува слушање, односно поседување на вербални и невербални комуникациски вештини што подеднакво подразбира и способност за набљудување. Способноста за проценка се однесува на процесот на собирање на податоци за статусот на пациентот, анализирање и синтеза на тие податоци, донесување на одлуки за интервенции

базирани на резултатите добиени од целокупниот процес на проценка, но и способност за проценка на исходот од планираната нега.

Од сè погоре наведено може да се заклучи дека современиот профил на професионална патронажна сестра опфаќа повеќе улоги кои подредени според историскиот развој на професијата се: вршител на здравствена нега, промотор, едукатор, советник, координатор, консултант, посредник, менаџер и адвокат. Со трансформирањето на службата и воведувањето на т.н. семејна медицина, односно семејна сестра, како стратегија на ресорното министерство оваа служба со голем дел од своите активности навлегува во полето на социјалната работа во локалната заедница.

1.8. Одржлив развој на патронажната дејност

Концептот на одржлив развој во 1987 година од страна на Комисијата на Обединетите Нации е дефиниран како концепт кој треба да одговори на потребите на денешните генерации притоа да не ги уништи можностите на идните генерации за одговорите на нивните потреби.³³ Потребите на кои треба да се одговори произлегуваат од три основни компоненти на човековата егзистенција: социјалната, економската и еколошката, прецизно прикажани во т.н. триаголник на Хесле како потреби од економска сигурност, социјална правда и еколошка рамнотежа.³⁴ Основна насока за патронажната дејност во концептот на одржливиот развој е нејзиното определување како професија која директно спроведува превентивна и куративна здравствена и социјална заштита во семејството и заедницата во која живее поединецот, а која активно соработува со сите здравствени, социјални и други институции чии задачи и мисии се заеднички.³⁵ Проблемите со кои се соочува имплементацијата на концептот за одржливост се однесуваат на конфликтот помеѓу борците за заштита на животната средина и бизнисот, сиромаштијата, болестите и нееднаквоста во поголемиот дел од светот. Во рамките на теоријата и праксата на патронажната дејност се наоѓа превенцијата, а принципот на „помош до самопомош“ кој ја инкорпорира превенцијата е патот до остварување на одржливиот развој.

³³ World Commission on Enviroment's report Our Common Future, Oxford University Press, 1987

³⁴ Хесле С, Зависек Д, Одржлив развој и социјални рад, Бања Лука, 2005

³⁵ <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/community+health+nursing>

Потребна е континуирана, професионално и научно втемелена работа за сузбивање и успешно соочување со ризичните чинители кај луѓето низ нивниот целокупен раст и развој, зајакнување и унапредување на квалитетот на живеење како важни компоненти на општата превенција. Развојот мора да е во корист на потребите на луѓето, особено оние кои се во состојба на сиромаштија, маргинализација и социјална исклученост. Патронажната дејност своите цели, вредностите, делувањето, методите и техниките што ги користи, уште од самиот свој почеток суштински се вградени во филозофијата на одржлив развој на општеството на сите нивоа и тоа не само декларативно, туку и активно.

Преку одговорите на прашања кои се однесуваат на причините за појава и формирање на патронажната служба, нејзиниот досегашен развој се потврдува и нејзината одржливост. Патронажната дејност своите почетоци и развој ги бележи во време и простор кога поголемиот дел од населението живеело во сиромаштија и несоодветни услови за живот кои во голема мера придонесувале за појава на разни заболувања. Потребите на луѓето за едукација која ќе обезбеди соодветни хигиенски услови за живот, потребите за соодветна и правилна нега на болните, задоволување на социјалните потреби и ред други мерки го иницирале формирањето на патронажната служба која многу брзо ги покажала особините за ефикасност, достапност и економска оправданост.

Минатиот век покрај негативните политички збиднувања на глобално ниво, бележи можеби најмногу научни откритија во областа, како на природните така и на општествените науки. Научните достигнувања пред сè во медицината, целокупниот технолошкиот развој, особено експанзијата на масовните медиумите и достапноста на информации од секаков вид, логично би требало да доведат ако не до целосен прекин, барем до намалување на потребите за оваа дејност. Сепак тоа не се случи, напротив трендот на деинституционализација на одредени категории на болни лица кој започна кон крајот на минатиот век ја потенцира важноста за понатамошно постоење и инвестирање во патронажната дејност поткрепено со факти за нејзината економичност и ефикасност. Од друга страна превентивната улога на патронажната која е во основата на концептот за одржливост на оваа дејност се соочува со се поголем број на предизвици.

Превентивно делување за спречување на појава на ризичните чинители кои генерираат проблеми од различна природа, со што и потребите за помош ќе се

зголечат, претставува една од целите на патронажната дејност. Со делување во локалната заедница патронажната служба ги исполнува условите поставени во концептот за одржлив развој, поточно во интерес на потребите на поединец или група таа обезбедува нивно задоволување се до позитивна евалуација на процесот на здравствена нега и постигнување на рамнотежа помеѓу потребите од економска, социјална и еколошка природа.

2. Патронажната дејност и социјалната работа

2.1. Историска поврзаност, сличности и разлики

Блискоста која постои помеѓу улогите и задачите на дејноста на социјалниот работник и патронажната сестра е потврдена и елаборирана од повеќе автори кои ја проучуваат социјалната работа, а историските факти за пионерите на овие две професии се потврда за неможност да се постави гранична линија помеѓу нивното делување.³⁶ Појавувањето на желбата замагање на оние на кои им е потребна помош е појдовен базичен фактор кој го иницирал и појавувањето на помагателните активности, односно раѓањето на двете професии. Подоцна, со поставување на теоријата и со развојот на праксата на овие научни дисциплини се појавуваат и првите дефиниции. Така социјалната работа се дефинира како: *„помагателна активност во чиј основен домен на работа се нарушувањата помеѓу поединецот и социјалната средина“*, а здравствената нега како: *„магање во извршување на активности кои придонесуваат за зачувување на здравјето, или оздравување, а кои поединецот би ги извршувал самостојно, кога би ја имал потребната сила, волја и знаење.“*³⁷ Не е потребна детална анализата на дадените дефиниции за да се забележи присуството на термините како „помагателна“ активност и „магање“ кои ги обезбедува, во едниот случај социјалниот работник, а во другиот медицинската сестра.

Почетоците на помагателните активности се базирани на милосрдие и доброволна работа, за подоцна да се постават научните основи на обете професии. Џејн Адамс една од основачите на социјалната работа, своето образование го продолжила на Женскиот медицински колеџ во Филаделфија, студирајќи медицина за

³⁶ Донева, М. Социјална работа во локалната заедница, Филозофски Факултет, Скопје, 2006

³⁷ Стаменкова Трајкова, В, Белевска Д. Клиничка социјална работа, Скопје, 2002

да по напуштањето на колеџот започне да се занимава со социјални активности. Во случајот на Лилијан Валд, која ги поставила темелите на сестринската работа во заедницата, ситуацијата е речиси идентична. Валд се стекнува со образование за медицинска сестра, но инспирирана од активностите и целокупната работа на Џејн Адамс во Хул-хаус во Чикаго, ја основала во Њујорк нејзината Хенри стрит населба, со што започнуваат нејзините значајни активности на полето на социјалната работа. На просторите на поранешна Југославија во Загреб во 1930 година се основа “Средиште за социјално хигијенски рад” во кое од 1933 година, токму медицинските сестри ја превземаат улогата на првите социјални работници. Преплетувањето на професиите е неизбежно, особено ако се раководиме од општо прифатената дефиниција за здравје, дадена од Светска здравствена организација, која гласи: „здравје е состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест или слабост”. Дефиницијата, подеднаква важност дава на физичката, менталната и социјалната благосостојба, а сите три вида се меѓусебно зависни.

2.2. Социјалната работа и патронажната дејност

Иако првото училиште за медицински сестри е основано уште во времето кога се родени основачките на социјалната работа, Мери Ричмонд и Џејн Адамс, (1860 и 1861), во голем број на земји професијата медицинска сестра сèуште го нема достигнато нивото на развој на социјалната работа. Со други зборови, степенот на образование за професијата медицинска сестра во многу земји сèуште е во фаза на унификација со земјите каде повеќе од половина век истата е поставена како посебна научна дисциплина со свој предмет, научен јазик, функции и методи на истражување на теоријата и праксата. Според поедини теоретичари, предметот на науката за социјалната работа е „човекот на дело”, односно „истражување на законитостите за настанување и развој на најразлични облици на човечност на дело низ целата човекова историја.”³⁸ Мартиновиќ за предметот на социјалната работа смета дека претставува: „истражување на структурата на човековите потреби, патишта и начини за нивно задоволување и хуманизација, социјално однесување и превенција на

³⁸ Неделковик И. (според Донева М.Теоретските основи социјалната работа, Скопје 1999 стр.23)

социјални проблеми.”³⁹ Халми смета дека предмет на социјалната работа е „животната ситуација на човекот, во интеракција со микро и макросоцијалната средина, нејзиното влијание врз неговиот живот и задоволувањето на животните потреби на поединецот, неговото семејство и општествените групи во контекст на заедницата и нејзиниот вредносен систем.”⁴⁰ Околу теоријата и развојот на науката за сестринството и здравствената нега, како посебна научна дисциплина, долго време се полемизирало. Поединците чие гледиште се базира на претпоставката дека секоја наука треба да е емпириска го застапуваат ставот дека здравствената нега, како научна дисциплина, не може да се смета за легитимна. На овој став се спротивставуваат и го оспоруваат друга група научници, кои наведуваат следни аргументи: (1) легитимна наука ги вклучува обата, емпирискиот и теорискиот научен метод и (2) постојат евидентни докази за развојот на сестринските училишта на филозофска основа, кои може да се најдат во литературата за развојот на здравствената нега.⁴¹

Во дефинициите на обете професии, а истовремено и во нивното практично изведување забележливи се повеќе заеднички карактеристики. Како прва и основна карактеристика на обете професии е *помагателната* димензија. Социјалниот работник се бави со активности со кои му помага на поединецот да се надминат нарушувањата настанати помеѓу него и социјалната средина. Здравствената нега ја сочинуваат активности кои придонесуваат за зачувување на здравјето или оздравување. Во двата случаи, професиите го практикуваат етичкиот пристап почитувајќи го кодексот на својата професија. Принципите на работа на обете професии се речиси идентични, а исто може да се каже и за дијагностичките техники: набљудување и водење на интервју. Социјалниот работник поставува социјална дијагноза според која ги планира понатамошните активности, а патронажната сестра планот го прави врз основа на поставена сестринска дијагноза. Социјалната работа се реализира со три методски комплекси и тоа: социјална работа со поединец, групна социјална работа и социјална работа во локалната заедница. Како корисници на здравствена нега се јавуваат поединец, група и локалната заедница. Улогата и задачите на патронажната дејност во локалната заедница е многу блиска на улогата и задачите на социјалниот работник.⁴² Социјалниот работник има улога на оспособувач, агент,

³⁹ Мартиновиќ М. (според Донева М., теоретските основи на социјалната работа, Скопје 1999 стр.23)

⁴⁰ Халми А. (според Донева М., Теоретските основи социјалната работа, Скопје 1999 стр.24)

⁴¹ Winters J. & Ballouk A. (2004) Journal of Advanced Nursing 45(5), 533–535, The idea of nursing science

⁴² Донева М. Социјална работа во локалната заедница, Филозофски Факултет, Скопје, 2006

адвокат, активист, посредник, преговарач, едукатор, иницијатор, координатор, истражувач, групен помагач итн. Во повеќето од овие улоги се наоѓа и патронажната сестра при обавувањето на своите секојдневни задачи.

3. Патронажната служба и социјалните ризици

Во своето делување патронажната служба се соочува со социјални ризици од најразличен вид и истите ги нотира во извештајниот образец. Здравствено-социјални проблеми кои се откриени за прв пат во една календарска година и кои треба да се забележат се: неправилна нега, неправилна исхрана, здравствена неедуцираност, наркоманија, алкохолизам, семејно насилство, осамено старо лице, недоволен доход, лоши станбени услови, невработеност и останати негативни појави. Дел од овие ризици и предвидени мерки се наведени во одредбите на Законот за социјална заштита.⁴³ Делувањето на патронажната служба најмногу е застапено во состојби на ризик кој се однесува на неправилна нега, исхрана и здравствена неедуцираност. Кај речиси сите останати состојби на ризик, службата врши само евиденција на состојбата. По ризикот за здравјето (болест, повреда и инвалидност), Законот за социјална заштита предвидува обезбедување на нега и помош во домашни услови на старо, изнемоштено лице, лице со телесна попреченост и лице со умерена и длабока ментална попреченост. Кај овие лица патронажната служба со сегашната организациона поставеност и ресурсите со кои располага не е во состојба да спроведува здравствена нега и при посетата врши само едукација на семејството. Социјални ризици, односно општествени околности кои оневозможуваат или се бариера во задоволување на потребите на членовите на општеството и кои доведуваат до несоодветни последици во ситуација на единката, семејството или локалната заедница, а со кои се почесто се соочува патронажната служба се ризикот од сиромаштија и социјална исклученост.

⁴³ Закон за социјална заштита, Службен весник на Република Македонија, 2009, бр 79

3.1. Патронажната служба и ризикот од сиромаштија

Услугите на патронажната служба согласно Законот за здравствена заштита и Законот за здравствено осигурување ги добиваат сите граѓани кои живеат на територијата на Република Македонија. Службата ја покрива територијата за која здравствена заштита обезбедува соодветниот здравствен дом односно медицински центар во рамките на кој е организирана. Делувајќи во локалната заедница, односно домовите на корисниците се сретнува со корисници со различен социоекономски статус. Патронажните посети на семејствата кои се во состојба на *сиромаштија* се евидентираат во извештајни обрасци како остварени посети на семејства со здравствено социјален ризик. При посетата, од аспект на здравствениот работник особено е важно да се направи реална проценка на состојбата на сиромаштија, пред сè поради нејзиното влијание по здравјето на корисникот. Со определување на несаканото штетно влијание на сиромаштијата како егзистенцијална состојба може да се преземат соодветни превентивни мерки ако не за комплетно елиминирање, барем за спречување и ублажување на последици по здравјето од таа состојба. Во најголемиот број на случаи патронажната сестра со својата активност не може да влијае за подобрување на состојбата, но покрај редовните активности од областа на здравствената нега се даваат совети за најсоодветно прилагодување на состојбата. Воедно корисниците се упатуваат да се обратат до службите за социјална работа доколку тоа дотогаш не го направиле.

3.2. Патронажната служба и социјалната исклученост

Самиот термин *социјална исклученост* во праксата на патронажната дејност на нашите простори е со релативно кратка историја и не секогаш соодветно се толкува. Како примери на социјалната исклученост со кои се соочува патронажната служба при посета на семејствата, се деца родени во домашни услови чии родители, поради незнаење или други причини не успеале да ги запишат во матична книга на родени (најчесто кај припадниците на ромската заедница), лица со нерегулиран престој во државата, лица кои по осамостојувањето на државата не се здобиле со државјанство, како и лица кои по бегалската криза во 1999 година сèуште се сместени во Центри за згрижување. Сите горенаведени случаи услугите на патронажната служба сепак ги

добиваат, но и се упатуваат во соодветните служби за регулирање на состојбата. Се среќаваат и случаи кога деца со уредна лична документација, родителите не ги запишуваат на училиште и покрај постоечките казнени одредби од Законот. Причина за тоа меѓу другото е и честото мигрирањето на семејствата од едно место во друго во потрага за подобар живот, како и ставот на некои родители кои образовниот процес го сметаат за необврзувачки. Социјалната исклученост речиси во секој случај е поврзана со состојбата на сиромаштија и обратно.

III. РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

1. Состојба на патронажната служба во Македонија

Во Република Македонија во поливалентната патронажна служба се вклучени 323 патронажни сестри. Службите се дел од организационите единици за превентивна здравствена заштита при здравствените домови или медицинските центри. Во својот состав патронажните служби располагаат со профили само од здравствена струка, односно медицински сестри со средно, више и високо стручно образование. Секоја патронажна сестра својата активност ја извршува во еден микрореон, локална заедница. Несразмерниот број на жители од еден микрореон во однос на бројот на патронажни сестри е причина што околу 70% од работата на поливалентната патронажа се однесува на активности кои ја опфаќаат здравствената заштита на мајките и децата, а службата врши само превентива, што не е во согласност со стандардите усвоени заедно со моделот на Колаборативниот центар од Марибор. Покрај несоодветниот број на патронажни сестри, кон ова влијае и функционирање на службата за домашна посета (инаку служба со куративна дејност). Исклучок претставува патронажната служба во Кавадарци каде што беше организиран проектниот едукативен центар. Таму поливалентната патронажна служба покрај превентивниот има и куративен карактер, односно спроведува и домашна нега и лекување на хронични болни во домашни услови. Ваквата состојба со поливалентната патронажна служба е резултат на започнатите, но незавршени реформи во здравствениот сектор.

1.1. Законската рамка

Дејноста на патронажната служба во нашата земја е регулирана со Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Закон за државна статистика, Закон за евиденции во областа на здравството, Програма за превентивна здравствена заштита населението на Република Македонија, Програма за активна заштита на мајките и децата во Република Македонија и Програмата за статистички истражувања во здравството. Според Законот за Здравствена заштита, поливалентната патронажната служба е една од областите на вршење на здравствена дејност на здравствен дом.⁴⁴ Законот за здравствено осигурување преку овластениот Фонд за здравствено осигурување, патронажната дејност ја определува со Правилник во кој патронажната служба е дефинирана како “дејност на активен здравствен и социјален третман на поединец или семејство во домот или во рамките на локалната заедница,” а “поливалентната патронажна служба” е интегрален дел на системот на јавното здравство, организациона единица во рамките на јавна здравствена установа, која спроведува поливалентна патронажна дејност со услуги од превентивно-куративен карактер и го опфаќа целото семејство, преку посети на патронажна сестра во домот и соработка со здравствени и други установи на своето подрачје.⁴⁵

Останатите законски одредби се однесуваат на задолжителната документација која службата ја води и која понатаму статистички се обработува. Секторот за Социјална медицина при Министерството за здравство, од хиерархиски аспект е врвот на организацијата на патронажната дејност. Одделот за статистика во овој сектор ги обработува извештаите на патронажната служба и по извршените анализи дава предлози и насоки по кои ќе се движи промовирањето и превенцијата на здравјето целокупното население во Република Македонија. Врз база на добиените статистички здравствени и социјални индикатори во државата, од страна на Заводот за здравствена заштита на мајките и децата се изготвува предлог превентивна годишна програма која претставува законска рамка каде што се наведени задачите и предвидените активности на поливалентната патронажна служба за период од една година.

⁴⁴ Службен весник на Република Македонија, 1995, бр.55

⁴⁵ <http://www.fzo.org.mk>

Според програмата за активна здравствена заштита на мајките и децата во Република Македонија за 2011 година, здравствената дејност го продолжува континуитетот во спроведување на превентивни мерки и активности за унапредување на здравствената состојба и квалитетот на здравствената заштита на децата и жените во репродуктивен период. Програмата е базирана на принципите за подеднаков пристап и право на здравје и здравствена заштита, што претставува основа на голем број на Конвенции за човекови права, Конвенцијата за правата на децата, Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација итн. Истовремено во Милениумските развојни цели кои треба да се постигнат до 2015 година, е наведен интересот на меѓународната заедница за здравјето на мајките и децата, како интегрален дел на севкупните напори за редукција на сиромаштијата.

Првата мерка од Програмата се однесува на зголемување на пристапот до здравствени услуги заради унапредување на здравјето на жените во репродуктивен период со посебен акцент на ранливи групи адолесценти, роми и социјално исклучени лица. Активностите на патронажната служба по оваа мерка се однесуваат на планирање и остварување на патронажни посети кај две таргет групи. Во првата се социјално вулнерабилни и ромски семејства со адолесцентна популација со цел советување и промоција на безбедно сексуално однесување. Втората група се однесува на 10% од жените во репродуктивен период (од 15 до 49 години) или околу 50.000 жени, со посебен акцент на жените од руралните подрачја, жени од социјално загрозувани семејства и жени ромки.

Во однос на активностите кои се предвидуваат за втората мерка од програмата, а која се однесува на мерки за подобрување на пристапот и квалитетот на антенаталната и постнаталната заштита, патронажната служба е вклучена со планирани посети кај бременни жени и леунки. Акцентот и во оваа група на корисници на здравствена заштита е ставен на лица кои потекнуваат од социјално ранливи групи, ромките и оние кои живеат во оддалечени рурални подрачја.

Во мерките кои се однесуваат на подобрување на превентивната здравствена заштита на доенчињата и малите деца, патронажната служба покрај редовните планирани посети кај сите доенчиња, дополнителни посети треба да направи кај семејства со висок социјален и здравствен ризик.⁴⁶

⁴⁶ Службен весник на Република Македонија, 2011, бр.7

1.2. Анализа на работата

Активностите од секојдневното работење на патронажната служба се внесуваат во извештајни обрасци за дневна евиденција. Во извештаите се евидентира времето поминато на терен како и планирање на посетите. Сите остварени посети се внесуваат во категоријата на соодветниот корисник, односно во која група на корисници припаѓа поединецот кај кого е направена посетата. Истовремено се евидентира дали посетата е прва или повторна, кој ја нарачал посетата, дали корисникот е упатен на повисоко ниво на здравствена заштита или во друг вид установа итн. Од овие извештаи на месечно, тримесечно и годишно ниво може да се направи квантитативна анализа на работата на службата, почнувајќи од работните часови поминати на терен, вкупниот број на посетени семејства, колку од тие посети се остварени за прв односно втор пат во календарската година, вкупниот број на посетени корисници, вкупниот број на нарачани посети со податок за нарачателот итн. Квалитативна анализа врз основа на овие извештаи не може да се направи, а не може ниту од останатата задолжителна документација на патронажната служба. Конечно, дури и кога би било возможно, квалитативната анализа не би можело да се смета за релевантна. Во задолжителната документација на патронажната служба од образецот за планирање на активностите и евалуација може да се анализира квалитетот на работата на секој патронажен работник поединечно, податок кој понатаму би овозможил и групна квалитативна анализа на работата на службата. Надлежните служби квалитетот на работата на патронажната служба го оценуваат врз база на поедини индикатори кои се очекувани и се резултат на квалитетот на работењето на службата, а се наведени како цели во планираните превентивни програми на национално ниво.

Како пример на глобално ниво може да се послужиме со индикаторот за доење и неговиот висок процент на практикување согласно препораките. Имено, Светска здравствена организација смета дека оваа остварена цел за доењето, меѓу другото е резултат и на квалитетното работење на патронажната служба, односно промовирањето и подршката на доењето од страна на службата, што не е случај со земјите во кои патронажата не делува.⁴⁷ Во делувањето на патронажната служба, без оглед на која категоријата припаѓа корисникот, своевидно влијание имаат повеќе

⁴⁷ Progress report 2009, highlights, Child and adolescent health and development, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599368_eng.pdf

субјекти и фактори. Тие заедно ги детерминираат и ефектите на истата. Поради тоа не може да се изврши квалитативна анализа на работата, без притоа да земат во предвид сите фактори кои влијаат на квалитетот и од страна на корисникот и од страна на патронажниот работник, како и од влијанието на околината. Квалитативна анализа на работата на патронажата е можна со користење на истражувачкиот метод на студија на случај.

2. Анализа на секундарни податоци за работата на патронажната служба

Преку увид и анализа на секундарните податоци за работата на патронажната служба се добива основна општа слика за активностите и организацијата на службата, нејзините задачи, приоритети, цели и квантитивна евалуација. Извештајните обрасци обезбедуваат увид во организацијата на работните часови, видот и карактеристики на услугите, категории на корисници на услугите, нарачателите на услугите, видови на интервенции и тн. Накратко, извештаите овозможуваат стекнување на основни сознанија за дејноста на патронажната служба.

2.1. Анализа на годишен извештај од работата на патронажната служба

Според годишниот извештај за работата поливалентната патронажна служба на територија на Република Македонија за 2011 година, во службата делувале 323 патронажни сестри од кои 12 се со високо стручно образование, 14 се со вишо, а останатите 295 се со средно стручно образование. Истите оствариле вкупно 220.550 посети на семејства од кои 93799 се посети направени за прв пат во семејството во дадената календарска година. Иако како репрезентативен примерок на ова истражување е патронажната служба која делува на територијата на градот Скопје, неопходно е да се направи компаративна анализа со делувањето на истата служба на целокупната територија на Република Македонија. Очекувано е евидентирање на разлики помеѓу работата поради специфичностите кои се карактеристични за секоја локална заедница поединечно, а истите се резултат од повеќе чинители. Со други

зборови, резултатите во извештајот се во зависност од компоненти како што се: културата на која припаѓа населението во локалната заедница, неговиот социоекономски статус, развиеност на инфраструктурата на заедницата, нејзината лоцираност итн. Во извештајот на ниво на република, во табела број шест каде што се нотира нарачател на патронажна посета нема ниту еден случај на нарачана посета од страна на Центрите за социјална работа, додека во табела број седум каде се нотираат здравствено социјални проблеми откриени за прв пат, забележани се 30 081 случај. Според извештајните обрасци за патронажната служба во Република Македонија, во табелата број седум како здравствено социјални проблеми кои се откриени за прв пат во 2011 година се наведени следните состојби: неправилна нега, неправилна исхрана, здравствена неедуцираност во семејството, хронично болни, наркоманија во семејството, алкохолизам во семејството, насилство во семејството, осамено старо лице, недоволен доход во семејството, несредени станбени услови, несредени меѓусебни односи во семејството, невработеност во семејството и останато. Во извештајот во следната табела број осум каде се забележува каде сè се упатени новооткриените случаи со здравствено социјален проблем, помеѓу другото наведена е бројка од 126 случаи кои се упатени во Центар за социјална работа.

На територија на градот Скопје во 2011 год. во составот на патронажната служба работеле 76 патронажни. Тие оствариле 38 285 посети на семејства од кои 13 685 се први посети. На територија на градот Скопје табелите број седум и осум во кои треба да се евидентираат здравствено социјални проблеми и истите упатат понатаму во соодветна установа не се пополнуваат, што не значи дека е така во пракса.⁴⁸

2.2. Анализа на извештаи од работата на службите за социјална работа

Работата на социјалните работници, односно резултатите кои се однесуваат на услуги од социјалната работа и социјалната заштита остварена во тековната година е нотирана во извештај кој содржи податоци за корисниците на социјална заштита и формите, мерките и услугите во 2011 година. Според методолошките објаснувања како корисник на социјална заштита се смета секое физичко лице што еднаш или повеќепати користело некоја од формите или услугите на центрите за социјална

⁴⁸ Извештај за работата на поливалентната патронажа, образец број 03-17-60. ЈЗУ Институт за јавно здравје на Република Македонија, Центар за статистичка обработка на здравствени податоци

работа во текот на извештајната година. Податоците за формите, мерките и услугите на социјална заштита се однесуваат на бројот на случаите на одредени форми, мерки и услуги спроведени во текот на извештајниот период, а не на бројот на лицата. Според прегледот за 2011 година службите оствариле 4 189 мерки на социјална заштита и 13 269 услуги на социјална работа.⁴⁹

Прегледот не овозможува податоци за број на сите регистрирани потенцијални корисници на услуги за социјална работа или мерки на социјална заштита. Од таа причина невозможно е да се евалуира работата на социјалните служби, поточно бројот на остварени мерки и услуги не може да се спореди со бројот на сите евидентирани случаи каде имало потреба од услуга на социјална работа или мерка за социјална заштита.

3. Анализа на примарни податоци за работата на патронажната служба и службата за непосредна социјална заштита

Примарни податоци кои беа обезбедени и анализирани во истражувањето се резултатите добиени од спроведената анкета на вработените во патронажната служба и социјалните работници во одделенијата за непосредна социјална заштита на град Скопје. За целта на анкетата беа изготвени два прашалника, првиот наменет за патронажните сестри и вториот за социјалните работници.

3.1. Анализа на примарните податоци за работата на патронажната служба

За целта на анкетата спроведена на патронажните сестри беше изготвен прашалник со 27 прашања од затворен и отворен тип поделени во четири поглавја: главни карактеристики на патронажната служба, на локалните заедници и организацијата на патронажната служба, превентивно социјални услуги во локалната заедница и патронажната служба, социјалните ризици присутни во локалната заедница. Добиените резултати од Анкетата се прикажани во прегледите и табелите што следат:

⁴⁹ Државен Завод за статистика на република Македонија, Статистички преглед: Население и социјални статистики, Социјална заштита на деца, млади и возрасни лица, 2011-2012, Скопје, 2012

3.1.1. Главни карактеристики на патронажната служба во Скопје и нејзината улога во сузбивање на социјалните ризици

На територијата на град Скопје во рамките на патронажната служба делуваат вкупно 76 патронажни сестри. Анкетата која се однесуваше на определување на нивото на информираност за социјалните ризици, беше спроведена кај 71 сестра што претставува 93% од вкупниот број на вработени во службата.

3.1.1.1. Социо-демографски карактеристики на вработените во патронажната служба

Преглед бр. 1. Патронажни сестри на територијата на Скопје во 2012 година, според возраст

Старосни групи по години	Број на сестри	Процент
25-35	6	8.5%
36-45	19	26.8%
46-55	41	57.7%
Над 55	5	7.0%
ВКУПНО	71	100.0%

Во преглед бр. 1 прикажана е старосната структура на сестрите во патронажната служба на територијата на град Скопје во периодот од првото тромесечје на 2012 година. Добиените резултати покажуваат дека, според старосната структура најмногу од патронажните сестри се на возраст помеѓу 46-55 години односно 57,7% или 41 сестра, 19 односно 26,8% припаѓаат во старосната група на возраст помеѓу 36-45 години, 10% се на возраст помеѓу 25-36 години, а 7% се над 56 години. Ваквата состојба укажува дека веќе подолго постои тренд на стареење кај оваа група на здравствени работници, што наведува на заклучок дека веќе е достигната критичната точка кога треба да се размислува на промена на политиката на нови или евентуално прераспределба на постојните кадри; ако е тоа можно имајќи ги во предвид состојбите во државата.

Преглед бр. 2. Патронажни сестри на територијата на Скопје, според образованието

Степен на образование	Број на сестри	Процент во вкупниот број
Средно стручно образование	61	85,9%
Виша школа	4	5,6%
Високо стручно образование	6	8,5%
ВКУПНО	71	100,0%

Резултатите прикажани во прегледот бр. 2 покажуваат дека според степенот на образование 61 патронажна сестра односно 85,9% се со средно стручно образование, 6% се со вишо и 8%, односно само 6 патронажни сестри имаат завршено високо стручно образование.

Табела бр. 1. Патронажни сестри на територијата на Скопје според образованието и возраст

Број на сестри според возраст	Степен на образование			Вкупно
	Средно стручно образование	Виша школа	Високо стручно образование	
25-35	6	0	0	6
36-45	16	0	3	19
46-55	35	3	3	41
> 56	4	1	0	5
Вкупно	61	4	6	71

Добиените резултати прикажани во табела бр. 1 се однесуваат на старосната структура и образованието на патронажните сестри. Податоците во старосната група меѓу 25-35 години во 2012 година покажуваат дека има 6 патронажни сестри кои според степенот на образование сите се со средно стручно образование. Ова не претставува охрабрувачки факт, напротив покажува отсуство од повисок степен на едукација на помладиот кадар. Во 2012 година, според старосната структура најмногубројни се патронажните сестри на возраст помеѓу 46-55 години, односно вкупно 41 сестра. Од нив 35 се со средно образование, 3 се со вишо и 3 се со високо стручно образование. Кога ќе се земе во предвид фактот дека спроведените реформи во високото образование во државата, односно укинувањето на вишото образование и негово трансформирање во високо се случија пред неполни девет години, доаѓаме до заклучок дека патронажните сестри со високо стручно образование се стекнале на возраст по 35-тата, односно 40-тата година. Овие резултати укажуваат на присуство

на мотивација, ентузијазам и желба за стручно усовршување, но само кај мал процент на вработените и тоа кај повозрасните, за што сведочат и резултатите од преглед бр. 3.

Преглед бр. 3. Патронажни сестри на територијата на Скопје според работниот стаж

Работен стаж во патронажа	Број на сестри	Процент во вкупниот број
Од 0-10 години	10	14.1
Од 11-20 години	7	9.9
Од 21-30 години	52	73.2
Над 30 години	2	2.8
ВКУПНО	71	100.0

Во однос на годините на работен стаж во патронажа резултатите прикажани во преглед бр. 3 покажуваат дека во оваа служба над 2/3 од вработените, односно 73% се со работен стаж од 21-30 години, 3% со стаж од над 30 години, 14% со стаж од 0-10 години и 10% со работен стаж помеѓу 11-20 години. Најголем процент од патронажните сестри припаѓа на групата на сестри вработена во 1989 година, кога службата се трансформира од бивалентна во поливалентна, а само 14%, односно 10 патронажни сестри, биле вработени во службата последните десет години.

Табела бр. 2. Возраста наспроти години на стаж во патронажа

Број на сестри според возраста	Работен стаж во патронажа				Вкупно
	0-10	11-20	21-30	> 30	
25-35 години	6	0	0	0	6
36-45 години	3	3	13	0	19
46-55 години	1	3	36	1	41
> 55 години	0	1	3	1	5
ВКУПНО	10	7	52	2	71

Кога се анализира возраста на патронажните сестри и нивниот работен стаж во оваа служба што е прикажано во табела бр. 2 се констатира следново: две сестри со над 30 години стаж во патронажа се на возраст помеѓу 46 и 55 години, со работен стаж помеѓу 21 и 30 години во патронажата е најголема група според возраста т.е. 36 сестри во оваа служба се на возраст помеѓу 46 и 55 години. Кога на првите две категории се додадат и сестрите со работен стаж помеѓу 21 и 30 години но на возраст помеѓу 36 и 45 години, односно 13 сестри, како и 3 сестри на возраст над 55 години со исто толку работен стаж, ја добиваме бројката од 54 сестри со над 20 години работно искуство во оваа служба. Од овие податоци произлегува фактот дека во службата

повеќето патронажни сестри се со долгогодишно работно искуство, факт кој земајки ги во предвид карактеристиките на делувањето на службата во голема мера влијае на квалитетот на работата.

3. 1. 2. Локалните заедници и организацијата на патронажната служба

Организацијата на патронажната служба во локалните заедници, односно територијалните единици кои го сочинуваат градот Скопје е таква да една патронажна сестра е одговорна за делување во еден т.н микрореон. Микрореонот може да биде урбана, рурална или приградска населба. Секој микрореон има свои карактеристики кои се анализираат и земаат во предвид кога се изготвува планот за работа на службата. Состојбата во 2012 година е прикажана во прегледите и табелите што следат.

Преглед бр. 4. Карактеристики на локална заедница во која делуваат патронажните сестри

Тип на заедница	Број на сестри	Процент во вкупниот број
Рурална	14	19.7%
Урбана	33	46.5%
Приградски населби	24	33.8%
ВКУПНО	71	100.0%

Во преглед бр. 4 се прикажани резултатите кои се однесуваат на карактеристиките на локалните заедници во која патронажните сестри делуваат. Според добиените резултати, најголема покриеност службата има на заедниците кои припаѓаат на урбаниот дел од градот и тоа е застапено со 46%, додека 34% од патронажните сестри делуваат во мешани локални заедници и 20% во руралните подрачја. Од аспект на тежина при работењето важно е да се напомене дека во урбаната средина времето поминато во пат од едно домаќинство до друго е помало во однос на руралната или мешовита средина. Овој податок ја оправдува разликата помеѓу поставените критериуми за остварување на патронажните посети во урбана, рурална односно мешовите локална заедница. На обемот и особено на квалитетот на работата на патронажната служба влијаат и структурата и поедини карактеристики на домаќинствата кои припаѓаат во определена локална заедница.

Табела бр. 3. Просечен број членови во домаќинствата според населеното место

Број на членови во домаќинства	Населено место			Вкупно
	Рурално	Урбано	Приградски населби	
2	0	0	1	1
3	4	9	3	16
4	6	14	12	32
5	8	5	7	20
6	1	0	1	2
Вкупно	19	28	24	71

Во однос на бројот на домаќинства и бројот на нивните членови, табела бр. 3 укажува на фактот дека доминираат четворочлените семејства и тоа особено во урбаните и приградските населби, додека повеќечлените семејства се карактеристика за руралните и приградските населби. Од аспект на работењето на патронажната служба бројот на членовите на домаќинствата влијае во вкупниот број на жители во конкретна локална заедница, поточно се среќаваат локални заедници со речиси подеднаков број на домаќинства, но со значителни разлики според бројот на жители. Има заедници со 2.000 домаќинства и приближно 5.000 жители, но и заедници со, исто така 2.000 домаќинства но со 8.000 па и повеќе жители. На квалитетот на работата во голема мера влијае бројот на жители. Помал број на жители - поголема можност за запознавање со нивните особености битни за делување на терен во смисла на определување на нивните потреби од здравствен и социјален карактер. Бројот на домаќинства во една локална заедница во која делува една патронажна сестра е еден од критериумите при планирање на работата, односно организирање на службата. Истовремено тој претставува и еден вид индикатор според кој може да се определи обемот на работата на патронажната сестра.

Преглед бр. 5. Просечен број домаќинства во локалните заедници во кои делуваат патронажните сестри

Број на домаќинства	Број на сестри	Процент во вкупниот број
до 2.000	34	47.9%
2.001 - 2.500	18	25.4%
2.501 - 3.000	4	5.6%
3.001 - 3.500	8	11.3%
3.501 - 4.000	5	7.0%
над 4.501	2	2.8%
ВКУПНО	71	100.0%

Во преглед бр. 5 прикажани се резултатите кои се однесуваат на бројот на домаќинства во една локалната заедница во која делува една патронажна сестра. Најголем број од патронажните сестри 34, делуваат во заедници со не повеќе од 2.000 домаќинства, 18 патронажни сестри во својата локална заедница имаат помеѓу 2000 и 2.500 домаќинства, 4 сестри делуваат на терен со 2.500 и 3.000 домаќинства, 8 делуваат во локална заедница со 3.000 до 3.500 домаќинства, 5 во заедници со 3.500 до 4.000 домаќинства и со над 4.500 домаќинства работат 2 од патронажните сестри.

Преглед бр. 6. Просечен број жители во локалните заедници посетени од патронажните сестри

<i>Број на жители во локална заедница</i>	<i>Број на сестри</i>	<i>Процент во вкупниот број</i>
до 5.000	6	8.5%
5.001 - 10.000	51	71.8%
10.001 - 15.000	13	18.3%
Над 15.000	1	1.4%
ВКУПНО	71	100.0%

Во преглед бр. 6 се прикажани добиените резултати кои се однесуваат на бројот на жители во една локална заедница. Најмногу од анкетираниите, поточно 51 патронажна сестра во локалната заедница во која делуваат имаат помеѓу 5.000 и 10.000 жители, по што следат локалните заедници со број на жители помеѓу 10.000 и 15.000, а во кои делуваат 13 патронажни сестри. Само 6 сестри делуваат во локални заедници со број на жители кој не го надминува поставениот стандард од 5.000 жители. Веќе напоменавме дека бројот на жители е еден од критериумите според кој се организира работата на службата. Добиените резултати не може да се разгледуваат и оценуваат без истовремено да се земе во предвид и карактеристиката на самата локална заедница, односно дали станува збор за 5.000 жители во урбана, мешовита или рурална локална заедница. Анализирани поединечно укажуваат на фактот дека само 6 патронажни сестри од вкупниот број на анкетираниите работат согласно предвидените законски норми и тие можат да одговорат на потребите на населението во локалната заедница. За останатите може да се смета дека не можат да ги задоволат потребите на населението поради надминатата бројка на жители во однос на предвиденото.

Табела бр. 4. Број на домаќинства според карактеристиката населеното место

Средина	Број на домаќинства						Вкупно
	до 2.000	2.001 до 2.500	2.501 до 3.000	3.001 до 3.500	3.501 до 4.000	над 4.000	
Рурална	8	3	1	2	0	0	14
Урбана	16	8	2	4	2	1	33
Мешана (приградска)	10	7	1	2	3	1	24
ВКУПНО	34	18	4	8	5	2	71

Прегледот на добиените резултатите кои се однесуваат на бројот на домаќинства во една локална заедница но и други карактеристики на заедницата прикажани во табела бр. 4, укажуваат на фактот дека најголем број на домаќинства во кои делува службата има во локалните заедници кои припаѓаат на урбаниот дел од градот. Од вкупно 71 анкетирани патронажна сестра, 33 делуваат во урбани локални заедници, 14 во рурални и 24 во мешовити, односно во приградските населби. Истовремено од табелата се гледа и дека 16 од патронажните сестри делуваат во овие локални заедници кои се со најмал број на домаќинства до 2.000. Овој резултат е логичен и очекуван поради природата на објектите за домување. Урбаните локалните заедници се компактни населби кои не се територијално распространети, а домаќинствата живеат во колективни објекти т.е. помали или поголеми станбени згради. Исто така за урбаните локални заедници се карактеристични нуклеарните семејства, додека две или повеќе домаќинства во една станбена единица ретко се среќаваат. Приградските населби кои се дефинираат како мешани се распространети на поголема површина и се карактеризираат со индивидуални живеалишта иако понекаде во својот состав имаат и станбени згради. За нив се карактеристични обата типа на домаќинства. Резултатите покажуваат дека 24 патронажни сестри работат во овој тип на локални заедници. Руралните заедници ги сочинуваат едно или повеќе села, кои се повеќе или помалку помеѓусебе оддалечени. Дел од нив се наоѓа во рамнински предел, а дел во планински. Во овие локални заедници домаќинствата живеат во индивидуални живеалишта. 14 патронажни сестри делуваат во овие локални заедници, процент кој не е задоволувачки и тоа од два аспекта. Првиот е дека во руралните средини населението нема подеднаков пристап до здравствени или социјални институции во споредба со урбаниот дел. Од тие причини населението е со поголеми потреби и

побарувања на повеќе услуги кои ги очекува од патронажната сестра. Вториот аспект се однесува на актуелната поставеност на службата, односно поради надминувањето на поставените нормативи невозможно е во целост да се одговори на потребите на населението. Може да констатираме дека сите останати проценти кои се однесуваат на сите три вида на локални заедници со над 2.500 домаќинства се над предвидените законски стандарди за работа на една патронажна сестра.

3. 1. 3. *Превентивно социјални услуги во локалната заедница*

Патронажната служба согласно законските одредби е дел од превентивната здравствена заштита со: “дејност на активен здравствен и социјален третман на поединец или семејство во домот или во рамките на локалната заедница.”⁵⁰ Кои социјални услуги патронажните сестри ги остваруваат на терен се наведени во прегледите што следат.

Преглед бр. 7. Социјално превентивни услуги кои се остваруваат во локалната заедница

<i>Одговори/ групи на одговори</i>	<i>Број на сестри</i>
Без одговор	36
Не знам	2
Само совет	15
Совет и упатување	7
Немаме такви услуги	4
Процена на социјалниот статус на семејството	1
Совети, помош и посредување при препраќање во одредена установа	1
Упатување на лица без документи	1
Откривање на семејства со социјален ризик	1
Превенција на девијантни однесувања во адолесценција	1
Едукација на населението	1
Помош	1
Вкупно	71

Во преглед бр. 7 се прикажани одговорите на прашањето на кое се бара да се наведат социјално превентивните услуги кои се остваруваат во локалната заедница. Од вкупниот број на анкетираниите, 36 сестри не понудиле одговор, 2 патронажни

⁵⁰ <http://www.fzo.org.mk>

сестри одговориле со “не знам”. Останатите 33 одговори во основа се слични но и доволно различни за да не може да се групираат во една или повеќе групи. 15 патронажни сестри советите кои ги даваат на терен ги сметаат за социјално превентивни услуги, 7 сестри покрај советите во својот одговор го додале и упатувањето на корисниците во соодветни служби, а останатите одговори се единствени и како такви би требало да се разгледаат. Од добиените одговори од кои најголемиот број од патронажните сестри кои воопшто не одговориле (50,7%) може да се заклучи дека социјално превентивните услуги како такви не се доволно препознаени или би можеле да кажеме дефинирани од страна на сестрите. Бројот на оваа група го зголемуваат и двете сестри кои одговориле со “не знам” и одговорите на уште 4 сестри според кои воопшто не се остваруваат превентивно социјални услуги од страна на патронажната служба. Сето ова укажува на недоволно, односно ниско ниво на знаење за социјалните услуги со кое располагаат патронажните сестри. Овој заклучок треба да се земе во предвид при анализата одговорите на следното прашање кое се однесува на потребите на локалната заедница кои се однесуваат на услуги од социјален карактер, односно способноста на патронажните сестри да ги детектираат истите.

Во преглед бр. 8 се прикажани резултатите добиени на прашањето за определување на потребите од услуги со социјален карактер во локалната заедница. Во зависност од карактеристиките на локалната заедница кои се однесуваат најнапред на нејзината локација, односно дали припаѓа во урбан или рурален дел, бројот на домаќинства и жители, ресурсите со кои располага и др. зависат и потребите од социјални услуги како по квантитет така и според карактерот на самата услуга. Резултатите од анкетата го покажаа следното:

Преглед бр. 8. Потреба од давање на услуги од социјален карактер со кои се соочиле патронажните сестри во 2012 година

<i>Потреба од социјални услуги</i>	<i>Број на сестри</i>	<i>Процент во вкупниот број</i>
Да	40	56.3%
Не	31	43.7%
ВКУПНО	71	100.0%

Повеќе од половината анкетирани патронажни сестри, односно 40 одговориле потврдно дека побарувања има, додека 31 патронажна сестра не се соочиле со

побарувања на услуги од овој тип. Од вкупниот број на оние 40 патронажни сестри кои имале побарувања од услуги со социјален карактер во локалната заедница каде делуваат, 15 се побарувања во урбана локална заедница, 17 се во мешовита, т.е. во приградските населби и 8 во руралните заедници.

		Населено место
Услуги од социјален карактер кои ги бара теренот	Пирсонова корелација	$r=-0.133$
	Значајност (двострана табела)	$P=0.268\ NS$
	ВКУПНО	71

Добиените резултатите се однесуваат на потребите на населението од услуги од социјален карактер, односно дали потребите се во зависност од карактеристиката на локалната заедница. Иако коефициентот на корелација покажува дека постои негативна корелација, значи очекувано е во руралните населени места да има повеќе потреба од услуги од социјален карактер, на терен состојбата е поинаква. За жал подеднакво се загрозени сите домаќинства без разлика на кое населено место припаѓаат. Вредноста на Веројатноста ($P=0.268$) тоа јасно го покажува.

3. 1. 4. Патронажната служба и социјалните ризици присутни во локалната заедница

Во секојдневната работа на терен патронажните сестри се сретнуваат со состојби на социјален ризик од најразличен вид. Како ги дефинираат, евидентираат и решаваат состојбите на социјален ризик, како и ставовите за подобрување на делувањето на службата во оваа област е прикажано во резултатите што следат.

3. 1. 4. 1. Едукација за социјални ризици

Прикажаните резултати во преглед бр. 9 се однесуваат на едукација/обука на тема или поврзана со социјалните ризици, а која ја стекнале патронажните сестри. Висок процент од 85,9% го сочинуваат патронажните сестри кои не се здобиле со

едукација/обука за социјалните ризици. 13% односно само 9 сестри поминале некаква обука и се стекнале со знаења поврзани со социјалните ризици.

Преглед бр. 9. Број на медицински сестри кои посетувале едукација/обука која се однесува на социјалните ризици

Обука/Едукација	Број на сестри	Процент во вкупниот број
Да	9	12.7%
Не	61	85.9%
Друго	1	1.4%

Овие резултати ги оправдува доминантното средно стручно образование на патронажните сестри, но не може да се сметаат за прифатливи оние 43,7%, т.е. 31 патронажна сестра кои одговориле дека немаат побарувања од услуги со социјален карактер во локалната заедница во која делуваат. Со други зборови се наметнува прашањето дали патронажните сестри се доволно едуцирани за да ги препознаат потребите на населението за услуги од социјален карактер?

Резултатите од самооценувањето на патронажните сестри кое се однесува за нивното ниво на знаење за социјалните ризици се прикажани во преглед бр. 10. Најголем процент од анкетираниите поточно 29 сестри за себе сметаат дека има просечно ниво на знаење за социјалните ризици, 16 сметаат дека се со ниско задоволително ниво, 10 патронажни сестри сметаат дека се со ниско ниво на знаење, 7 со задоволително, 6 со високо задоволително ниво, а 3 сестри не дале оценка.

Преглед бр. 10. Оценка на нивото на знаење за социјални ризици во однос на потребите на работењето на патронажните сестри

Оценка	Број на сестри	Процент во вкупниот број
Без оценка	3	4.2%
Ниско ниво	10	14.1%
Ниско задоволително	16	22.5%
Просечно	29	40.8%
Задоволително	7	9.9%
Високо задоволително	6	8.5%
ВКУПНО	71	100.0%

Овие резултати укажуваат на недоволно односно просечно познавање на содржини кои се однесуваат на и за социјалните ризици што во праксата значи

несоодветна реакција на терен, а истовремено постоење на потреба од едукација и обука за истите. Добиените одговори на прашањето за тоа што патронажните сестри подразбираат под поимот социјален ризик се прикажани во преглед бр. 11.

Преглед бр. 11 Поимот социјален ризик според патронажните сестри

Одговори/групи на одговори	Број на сестри
Без одговор	19
Невработеност	20
Наркоманија	14
Семејно насилство	9
Алкохолизам	15
Немање материјални средства за живот	16
Лоши, несоодветни и други социјални услови за живеење	4
Тешка хронична болест	7
Лоши услови за живот	5
Лица без документи	3
Бездомници	4
Питачење	1
Проституција	1
Хендикеп, неписменост	1
Неконтролирани раѓања од родители со интелектуален хендикеп	1
Инвалидизирани лица, деца без родители	1
Ризик по здравје, старост, еднородителско семејство	1
Кога поединци ќе се најдат во состојба ризична по здравје	1

Одговорите се составени од повеќе поими или пак во форма на кратка дефиниција без дополнително набројување на поединечни поими како такви. Ниту еден од добиените одговори не го сочинува само еден поим, т.е. наброени се повеќе поими во еден одговор кои асоцираат или означуваат што патронажните сестри подразбираат под поимот социјален ризик. Од вкупниот број на анкетирани 19 не понудиле никаков одговор. Во останатите 62 одговори составени од повеќе поими, најзастапен социјален ризик е невработеноста (наведен од 20 анкетирани). Наркоманијата е наведена во 14 одговори, алкохолизмот во 15, семејното насилство во 9, бездомништво во 4 итн. Кратка дефиниција застапена во 16 одговори е дефиницијата според која под социјален ризик патронажните сестри подразбираат: “Немање материјални средства за живот “, потоа “Лоши, несоодветни и други

социјални услови за живеење “ добиена во 4 одговори, “Тешка хронична болест” во 7 одговори, итн. Овие резултати се во согласност со резултатите добиени од самооценувањето на патронажните сестри кое се однесуваат за нивното ниво на знаење за социјалните ризици, кое во најголем процент е оценето како просечно, односно задоволително ниво. Тоа значи дека секој поим во одговорите е поврзан со состојба на социјален ризик, а поедини дефиниции се дел од законското дефинирањето на поимот социјален ризик што значи нема неточен одговор. Од друга страна дефинирањето на овој поим претставува една сложена комплексна целина и за професионалците кои се бават со истражувања на оваа тема што резултира со повеќе дефиниции. Земајќи ги во предвид овие факти може да заклучиме дека патронажните сестри располагаат со просечно, но од практичен аспект недоволно познавање на содржини кои се однесуваат на и за социјалните ризици, што во праксата значи несоодветна реакција на терен.

Во преглед бр. 12 се прикажани добиените одговори кои се однесуваат на социјалните ризици со кои најчесто се сретнуваат патронажните сестри при секојдневното работење на терен. Од анкетираните, дваесет сестри не дале никаков одговор, а останатите најчесто се сретнуваат со невработеност, сиромаштија, наркоманија, алкохолизам и семејно насилство т.е. семејни конфликти:

Преглед бр. 12. Социјални ризици со кои најчесто се сретнуваат патронажните сестри при секојдневното работење во локалната заедница

Одговори/групи на одговори	Број на сестри
Без одговор	20
Невработеност	35
Сиромаштија	22
Финансиски проблеми	3
Недоволни финансиски средства	1
Наркоманија	3
Алкохолизам	3
Ризици по здравје	4
Неадаптираност	1
Семејно насилство / семејни конфликти	3
Бездомници	1
Питачење	1
Хронични болести, инвалидност	1
Немање на средства за задоволување на егзистенцијалните потреби	1

Застапеноста на повеќе од понудените поими паралелно, една патронажна сестра го дефинирала и како: “Немање средства за задоволување на егзистенцијалните потреби”. Кај социјалната исклученост (преглед бр. 13) видливо многу различно подразбирање. Само една од анкетираните медицински сестри смета дека тоа е “состојба на поединец или група на раб на општеството, со лимитиран пристап кон ресурси и можности, поради нивното учество во социјалниот и културен живот е ограничено”. Овој одговор може да се извои како пример за адекватно познавање на оваа проблематика иако и дел од останатите одговори не претставуваат некое радикално погрешно разбирање на поимот:

Преглед бр. 13. Социјална исклученост според патронажните сестри

Одговори/групи на одговори	Број на сестри
Без одговор	34
Не знам	4
Несредени документи/без документи	2
Препуштени сами на себе	1
Немање на средства за основни животни потреби	2
Невработеност/како причина	2
Прекинување на примања за социјална помош	1
Состојба на поединец или група на работ на општеството-лимитиран пристап кон ресурси и можности поради што е ограничено нивното учество во социјалниот и културен живот	1
Лице со здравствен проблем кое не е прифатено од соседството	1
Живот вон или на работ од општествените норми	1
Немање на основна социјална заштита	1
Немање на материјални средства за задоволување на основните животни потреби	1
Неинформираност на населението за институциите кои можат да им помогнат	1
Зависници од дрога, бездомници, сиромаштија поради која се исклучени од животот	3
Лица кои не влегуваат во системот на општествено живеење	1
Лица кои немаат документи за државјанство на РМ	1
Изолираност од секојдневните случувања во општеството	8
Исклучување на поединец, група од економски, политички, културен, општествен систем	1
Сиромаштија	1
Семејство со низок стандард за живот и неедупираност	1
Асоцијално семејство, невработени родители со деца кои не посетуваат школо/градинка	1
Асоцијалност	1
Живеење во субстандардни услови	1

Земајќи го во предвид фактот дека едукација на тема социјални ризици стекнале само 9 патронажни сестри, наспроти 61 кои не посетувале никаква обука, резултатите би можеле да ги прифатиме како релативно задоволувачки. Бројката од 33 анкетирани кои понудиле донекаде прифатлив одговор укажува на постоење на заинтересираност и ентузијазам за проблематиката кај вработените во службата.

Преглед бр. 14. Сиромаштија според патронажните сестри

Одговори/групи на одговори	Број на сестри
Нема одговор	18
Никакви/недоволни средства за живот (под средства наведени: храна, облека, дом, хигиена, лекови или како „основни средства за егзистенција“.)	46
Невработеност	10
Лоши субстандардни нехигиенски услови за живот во беда	8
Лице кое собира храна од контејнери за себе и семејството	1
Лоши субстандардни нехигиенски услови за живот во беда	8
Лице кое собира храна од контејнери за себе и семејството	1

Во однос на разбирањето на сиромаштијата, од вкупниот број анкетирани, 18 патронажни сестри не дале одговор. Во одговорите на 46 патронажни сестри од останатите 53, одговорот се однесува на состојба со никакви или недоволни средства за живот со мали разлики во поимот “средства за живот”, почнувајќи од самите поими кои претставуваат средства за живот, нивниот редослед при набројувањето до нивната фреквенција. Поимот “невработеност” е застапен во 10 одговори, а сиромаштијата ја подразбираат како состојба на “лоши субстандардни услови за живот во беда” 8 патронажни сестри. Добиените одговори прикажани во преглед бр. 14 иако се недоволно добро дефинирани, сепак може да се сметаат како прифатливи во однос на соодветно разбирање на поимот сиромаштија. Во одговорите се застапени елементи кои се дел од содржината на дефинициите за сиромаштија поставени од релевантните институции и истите ги наведуваат како ресурси (материјални, културни и социјални) чие ниво е такво да ги исклучува од минимално прифатливиот начин на живеење, во земјата во која живеат (Еуростат)⁵¹.

⁵¹ Донева, М. и др. Сиромаштија: Состојби во Македонија, Скопје, 2011

3.1.4.2. Сузбивање на социјалните ризици преку работата на патронажната служба

Социјални ризици, односно општествени околности кои оневозможуваат или се бариера во задоволувањето на потребите на членовите на општеството и кои истовремено доведуваат до несоодветни последици во ситуација на индивидуа, семејство или локалната заедница, а со кои се почесто се соочува патронажната служба се ризикот од сиромаштија и социјална исклученост. Спроведената анкета ја прикажува работата на патронажната служба која се однесува на превенирање, детектирање, евидентирање и третман на наведените социјални ризици на терен во локалната заедница.

Преглед бр. 15. Просечен месечен број на налози за посета добиени од службите за социјална работа

Одговори/групи на одговори	Број на сестри	Процент
0	70	98.6%
1-3	1	1.4%
ВКУПНО	71	100.0%

Резултатите прикажани во прегледот бр. 15 укажуваат на речиси отсаство на соработка помеѓу двете служби, во однос на било какво делување во средините каде што постои социјален ризик.

Преглед бр. 16. Просечен месечен број на евидентирани случаи на социјален ризик од страна на патронажните сестри

Социјален ризик	Број на сестри	Процент
0	35	49.3%
1-3	24	33.8%
4-6	5	7.0%
7-10	3	4.2%
над 10	2	2.8%
Друго	2	2.8%
ВКУПНО	71	100.0%

Во преглед бр. 16 резултатите се однесуваат на случаи на социјален ризик кои патронажните сестри ги евидентираат просечно месечно. Најголем број од сестрите,

35 од вкупниот број на анкетираниите не евидентирале ниту еден случај на ризик, 24 патронажни сестри евидентирале помеѓу 1 и 3 случаи, 5 сестри евидентирале од 4-6 случаи, 3 евидентирале од 7-10 случаи на социјален ризик и 2 евидентирале над 10 случаи. Две патронажни сестри одговориле со “друго”. Оваа состојба е соодветна на одговорите добиени на прашањата кои се однесуваат за разбирањето на поимот социјален ризик. На терен, 35 од анкетираниите сестри воопшто не евидентирале случаи на социјален ризик во средините каде што делуваат, додека 36 од анкетираниите (50,7% од вкупниот број сестри) евидентирале случаи на социјален ризик, што дава надеж дека со координирана соработка би можело да се постигнат задоволителни резултати во насока на превенирање на оваа појава. Сепак во 66,7% случаи се работи за многу мал број на евидентиран социјален ризик, помеѓу 1-3 случаи, што укажува на несистемски пристап и повеќе резултат на самоодговорност на конкретно инволвираните:

Преглед бр. 17. Просечен месечен број на евидентирани случаи на социјален ризик од страна на патронажните сестри

Социјален ризик	Евидентирани случаи на социјален ризик
0	35
1-3	24
4-6	5
7-10	3
над 10	2
Друго	2
ВКУПНО	71

Во преглед бр. 18 се прикажани бројот на превземени акции во насока на сузбивање на веќе евидентираниите социјални ризици. Како што може да се види од евидентирани 34 случаи на социјален ризик во само 13 од нив е превземена некаква акција. Загрижувачки е што 3 патронажни сестри кои просечно месечно евидентираат помеѓу 7 и 10 социјални ризици, како и 2 сестри со над 10 евидентирани социјални ризици во текот на еден месец не превземаат никаква акција. Од прегледот бр. 18 се забележува дека 34 патронажни сестри, секој месец, евидентираат случаи на социјален ризик, но само 13 од нив превзеле одредена акција во насока за решавање на случајот.

Преглед бр. 18. Превземена акција на евидентираниите ризици

Социјален ризик	Евидентирани случаи на социјален ризик	Реакција
1-3	24	12
4-6	5	1
7-10	3	0
над 10	2	0
Друго	2	2
ВКУПНО	36	15

Високото ниво на значајност ($P=3.91^{E-11}$ С) покажува и значајна позитивна корелација ($r=0.686$), во однос на самоиницијативноста од страна на патронажните сестри во преземање на акции во случаи кога е евидентиран случај на социјален ризик на терен. За жал, уште е ниско нивото на преземање на акции за намалување на ваквите случаи.

		Реакција за намалување на ризикот
Евидентираниите случаи на социјален ризик	Пирсонова корелација	$r=0.686^{**}$
	Значајност (двострана табела)	$P=3.91^{E-11}$ S
	ВКУПНО	71

** Постои значајна корелација во интервал на доверба од 99%

		Просечен број на членови во домаќинствата
Евидентираниите случаи на социјален ризик	Пирсонова корелација	$r=-0.205$
	Значајност (двострана табела)	$P=0.087$ L
	ВКУПНО	71

Иако постои висока негативна корелација ($r=-0.205$) помеѓу бројот на членови и можниот социјален ризик, не секогаш тоа води и кон генерален заклучок дека помногубројните семејства се и поризични. Веројатноста ($P=0.087$ L) укажува на

фактот дека, за жал од состојби на социјален ризик не се поштедени ниту семејства со помал број на членови, како и самците и старите лица.

3.1.4.3. Подобрување на социјално превентивните услуги од страна на вработените во патронажната служба

Преглед бр. 19. Динамика на консултации за социјални ризици

Консултации	Број на сестри	Процент
Никогаш	38	53.5%
Понекогаш	24	33.8%
Често	8	11.3%
Секогаш	1	1.4%
ВКУПНО	71	100.0%

Консултации за социјалните ризици помеѓу патронажните сестри речиси не постојат, што може да се види од резултатите прикажани во преглед бр. 19. Незначителен 1,4% кој го претставува 1 патронажна сестра која секогаш се консултира, а и останатите 11,3% односно 8 патронажни сестри и 33,8% кои понекогаш се консултираат не дава позитивна оценка за патронажните сестри и нивниот однос кон социјалните ризици со кои се соочуваат. Високите 54% во овој случај не може да се третираат како состојба во која консултацијата е излишна, особено ако се земе во предвид нивото на знаење дадено според сопствена оценка од страна на патронажните сестри, а кое со 40,8% беше оценето како просечно, 22,5% ниско задоволително и 14,1% ниско ниво на знаење.

Преглед бр. 20. Можност за добивање на стручен совет според оценка на патронажните сестри

Стручен совет	Број на сестри	Процент
Без одговор	1	1.4%
Да	15	21.1%
Не	44	62.0%
Не знам	11	15.5%
ВКУПНО	71	100.0%

Резултатите прикажани во преглед бр. 20 покажуваат дека голем процент од 62% од патронажните сестри сметаат дека нема кому да му се обратат во случај да им треба стручен совет кој е поврзан со социјалните ризици, 15.5% не знаат кому да се

обратат, 1.4% не одговориле на прашањето, а 21.1% имаат кому да се обратат за стручен совет. Овие податоци може да се прифатат како причина за резултатите добиени на претходното прашање на кое повеќе од половината патронажни сестри одговориле дека не се консултираат со никого за прашања и дилеми поврзани со социјалните ризици од теренската работа. Тоа значи дека ако 44 патронажни сестри сметаат дека немаат кому да се обратат, од таа причина истите тие не консултираат никого и кога за тоа имаат потреба. Од 15 патронажни сестри кои одговориле дека имаат кому да се обратат во случај да им е потребен стручен совет, како лице на кое се обраќаат навеле повеќе опции и тоа: 2 сестри се обраќаат на одговорно лице во социјалните служби, 4 во Црвениот крст, 4 кај главната сестра, 4 во невладини организации и 1 на лекар во работната единица.

Преглед бр. 21. Интензитетот на соработка помеѓу патронажната служба и службите за социјална работа

<i>Постоење на соработка</i>	<i>Број на сестри</i>	<i>Процент</i>
Да	10	14.1%
Не	56	78.9%
Друго	3	4.2%
Без одговор	2	2.8%
ВКУПНО	71	100.0%

Во преглед бр. 21 прикажаните резултатите укажуваат на интензитетот на соработка помеѓу патронажната служба и службите за социјална работа. 56 патронажни сестри кои претставуваат високи 78.9% од анкетираните не остваруваат соработка со социјалните служби наспроти 14.1% кои оствариле соработка. Ова јасно ја опишува состојбата во обете служби кога станува збор за соработката помеѓу нив.

Во преглед бр. 22 се дадени добиените одговори, т.е. опишан е начинот на соработка на патронажните сестри со социјалните служби. Од 10 патронажни сестри кои одговориле дека остваруваат соработка, 7 од нив одговориле на кој начин соработувале, односно опишани се седум начини на соработка. Сите 7 начини на соработка како што може да се забележи меѓусебе се разликуваат поради што се прикажани поединечно.

Преглед бр. 22. Начин на остварена соработка со социјалните служби

Одговори	Број на сестри
Без одговор	64
Досега сама ги обавував контактите за одредени случаи	1
Контакт со лица од институции кои се грижат и помагаат за асоцијалните семејства	1
Пријавување на бездомниците и питачите во центрите за социјална работа	1
Откривање на социјален ризик и негово препознавање, информирање на социјалните служби	1
Преку телефон, образложување на проблемот	1
Многубројни повици и тешко остварлив контакт со социјалните служби	1
Посредување за разрешување на социјални проблеми	1
Вкупно	71

Во преглед бр. 23 се прикажани добиените одговори кои се однесуваат на причините поради кои не се остварила соработка со социјалната служба. 32 патронажни сестри не понудиле одговор, а одговорите кои ги понудиле останатите се групирани според заедничките карактеристики.

Преглед бр. 23. Причини поради кои не се остварила соработка со социјалните служби

Одговори	Број на сестри
Без одговор	32
Не знам каде точно да се обратам	7
Никој не побарал ништо од патронажната служба	2
Кога и да се обратам не се остварила соработка	1
Немаме соработка со социјалните служби	8
Нема социјален работник во патронажната служба	11
Не ги знам тел. броеви уште помалку луѓето-социјални работници задолжени за решавање на социјалните проблеми	1
Порали веќе остварена соработка со некои невладини организации и Црвен крст	2
Вкупно	64
Припаѓаат на групата која остварила соработка	7
Вкупно анкетирани	71

Помеѓу одговорите најзастапен е оној кој се однесува на немање на социјален работник во патронажната служба како причина за не остварена соработка помеѓу службите понуден од 11 патронажни сестри. 8 патронажни сестри навеле констатација но без одредена причина дека соработка помеѓу службите нема, а 7 сестри одговориле

дека не знаат каде точно да се обратат. Наведените причини како такви би требало да допринесат за надминување на бариерите кои се причина за несоработување помеѓу обете служби. Прегледот бр. 24 ги прикажува резултатите добиени од оценувањето на соработката помеѓу патронажната служба и службите за социјална работа. 58 патронажни сестри кои претставуваат висок процент од 81,7% од анкетираниите соработката ја оцениле како незадоволителна. Само 1 сестра одговорила дека соработката ги задоволува потребите, 10 понудиле “друго” како одговор и 2 воопшто не одговориле.

Преглед бр. 24. Оцена на меѓусебната соработка

Одговори	Број на сестри	Процент
Да	1	1.4%
Не	58	81.7%
Друго	10	14.1%
Без одговор	2	2.8%
ВКУПНО	71	100.0%

Во преглед бр. 25 се прикажани резултатите добиени од прашањето за можноста и потребата за превземање активности кои ќе ја подобрат соработката помеѓу патронажната служба и службите за социјална работа. Доминантниот висок процент од 78% кои одговориле потврдно на ова прашање јасно укажуваат дека кај патронажните сестри постои воља за соработка.

Преглед бр. 25. Став во однос на потребите за подобрување на соработката на патронажните сестри со социјалните служби

Одговори	Број на сестри	Процент
Без одговор	1	1.4%
Да	55	77.5%
Не	2	2.8%
Не знам	11	15.5%
Нема одговор	2	2.8%
ВКУПНО	71	100.0%

Покрај констатацијата за постоење на воља кај патронажните сестри за превземање акција во насока остварување на подобра соработка со социјалните служби, конкретни предлози понудиле 36 сестри што претставува половина од

вкупниот број на анкетирани, додека останатите не понудиле предлог. Најзастапен е предлогот понуден од 14 патронажни сестри кој се однесува на остварување на контакти и соработка со социјалните служби без наведени прецизни детали околу техничкото изведување на соработката. Сите останати предлози наведени во преглед бр. 26 се специфични сами за себе и треба поединечно да се разгледаат.

Преглед бр. 26. Предлози за подобрување на соработката помеѓу патронажната и социјалните служби

Одговори	Број на сестри
Нема одговор	35
Остварување/воспоставување на контакти и соработка	14
Остварување на официјална соработка, едукација	1
Организирање на семинари, запознавање со институциите кои обезбедуваат соц. заштита и помош и комуникација со нив	1
Заедничко делување на терен	1
Поврзување со социјалните институции	3
Комуникација за одредени социјални случаи	1
Едукација, работилници, форуми, соработка	1
Да има социјален работник во патронажната служба	3
Социјален работник достапен на патронажната служба	2
Да се склучи договор за соработка	1
За почеток, да се запознаат службите меѓусебе со интересните за работа во својата дејност	1
Почеста комуникација, предлози, разговори, заеднички посети на терен	2
Да се знаат можностите во кои социјалната служба може да помогне	1
Да се оствари контакт со одредување на одговорно лице	1
Заеднички пристап кон решавање на проблемите со повратни резултати	2
Ги има многу	1
Вкупно	71

Во преглед бр. 27 се прикажани резултатите добиени од прашањето за ставот на патронажните сестри во однос на тоа дали може, односно треба да се превземе нешто за подобрување на превентивните социјални услуги кои ги дава патронажната служба. Голем процент од анкетираните претставен со 76,1% т.е. 54 патронажни сестри сметаат дека може/треба да се превземе нешто, 4 одговориле негативно, 11 не знаат, а 2 не одговориле на прашањето. Како што се забележува во одговорите и на претходното прашање, исто така е и во овој случај кај повеќето патронажни сестри

каде постои воља за превземање на активности кои би ги подобриле превентивните социјални услуги на теренот.

Преглед бр. 27. Став спрема потреба од превентивните социјални услуги на патронажната служба

Одговори	Број на сестри
Да	54
Не	4
Не знам	11
Без одговор	2
ВКУПНО	71

Од вкупниот број на анкетирани, односно и покрај високата бројка од 54 патронажни сестри кои сметаат дека треба и може да се превземе нешто за подобрување на превентивните социјални услуги на патронажната служба, повеќето од половината не понудиле предлози. Останатите 32 понудиле помалку или повеќе конкретни предлози од кои 8 патронажни сестри предлагаат вработување на социјален работник во службата, исто толкав број на сестри предлагаат подобра соработка, односно соработка до остварување на целта и други предлози прикажани во преглед бр.28.

Преглед бр. 28. Предлози за подобрување на социјалнопревентивните услуги кои ги дава патронажната служба

Одговори	Број на сестри
Нема одговор	39
Повеќе информации за нашите обврски во врска со социјалните проблеми на со кои се среќаваме на терен	3
Вработување на социјален работник во патронажната служба	8
Социјален работник кој ќе ја контактира патронажна служба	1
Да се поврзат обете служби давање на телефони за контакт	3
За почеток да се запознаат службите меѓусебе со интервенциите за работа во својата дејност	1
Подобра соработка со центрите за социјала /Соработка до остварување на целта	8
Да се запознаеме со правата на лицата со социјален ризик	1
Вклучување на патронажната служба во хуманитарните активности на социјалните служби	2
Едукација, семинари	5
Вкупно	71

Добиените предлози укажуваат на постоење на воља, размислувања, барање на можни решенија во насока подобрување на социјално превентивните услуги на патронажната служба, факт кој истовремено укажува на постоење и на определени недостатоци во делувањето на ова поле.

Добиените резултати од спроведената анкета чија примарна цел беше да се определи нивото на информираноста на патронажните сестри за социјалните ризици ја покажуваат следната состојба:

Социо-демографските карактеристики на патронажната служба укажуваат на фактот дека постои тренд на стареење на вработените кои се со доминантно средно стручно образование, фактори кои имаат влијание на добиените резултати од анкетата. Независно од организациската поставеност во смисла на присутната оптовареност на патронажните сестри поради несоодветните стандарди за делување во локалните заедници, тие на теренот речиси подеднакво се сретнуваат како со здравствени така и со случаи на социјални ризици. Во делувањето во случаи на социјалните ризици, евидентно е ниското ниво на информираност за истите што го потврдува и фактот дека едукација на оваа тема најголемиот број на патронажни сестри никогаш не посетувале. Едукацијата во овој случај би можеле да ја сметаме како примарна причина за детектирање и евидентирање на социјалните ризици кое е стихийно, а превземањето на било каква акција за понатамошно нивно решавање е сведено на индивидуалната способност и мотивираност на патронажната сестра. Од друга страна соработка со службите за социјална работа речиси нема и покрај тоа што воља постои. Од сето ова можеме да констатираме дека постојат повеќе фактори кои влијаат на ефектите од делувањето на патронажната служба во насока намалување на социјалните ризици.

3. 2. Анализа на примарните податоци за социјалните работници и нивната соработка со патронажната служба

Целта на анкетата е да го определи нивото на информираност на социјалните работници кои делуваат во одделенијата за непосредна социјална заштита на град Скопје за делувањето на патронажната служба во случаи на социјален ризик. За спроведување на анкетата беше изготвен прашалник со 15 прашања од отворен и затворен тип поделени во две поглавја и тоа: главни карактеристики на социјалните работници во одделенијата за непосредна социјална заштита на град Скопје и соработката помеѓу социјалните работници и патронажната служба во локалната заедница. Добиените резултати од Анкетата се прикажани во прегледите што следат:

3.2.1. Главни карактеристики на социјалните работници во одделенијата за непосредна социјална заштита на град Скопје

Во одделенијата за непосредна социјална заштита на град Скопје во 2012 година ангажирани се вкупно 30 социјални работници распределени во осум подрачни единици. Анкетата беше спроведена кај 27 социјални работници што претставува 90% од вкупниот број на вработени.

3.2.1.1. Социо-демографски карактеристики на вработените во одделенијата за непосредна социјална заштита на град Скопје

Во преглед бр. 29 прикажана е старосната структура на социјалните работници кои делуваат во одделенијата за обезбедување на непосредна социјална заштита на град Скопје во периодот од мај до септември 2012. Добиените резултати покажуваат дека, според старосната структура најмногу од социјалните работници се на возраст помеѓу 25 и 35 години односно 37,0% од вкупниот број на анкетираните.

Преглед бр. 29. Социјални работници во одделенијата за непосредна социјална заштита на Скопје според возраста

Возраст	Број на социјални работници
25-35	10
36-45	8
46-55	6
над 55	3
ВКУПНО	27

Овој податок би требало да делува охрабрувачки во насока на поефикасно и ефективно работење што секако ќе резултира со подобри резултати. Од друга страна работното искуство на останатите повозрасни е подеднакво важно и треба да претставува позитивен пример од кој треба да се стекнат подобри вештини во социјалната работа. Сите социјални работници кои делуваат во одделенијата за обезбедување на непосредна социјална заштита на град Скопје се со високо образование, што позитивно влијание на ефектите од работењето:

Преглед бр. 30. Социјални работници на територијата на Скопје според образование

Степен на образование	Број на социјални работници
Високо образование	26
Магистри	1
ВКУПНО	27

Во преглед бр. 31 се прикажани годините на работен стаж на социјалните работници од кој јасно се забележува дека најмногу социјални работници се со помалку од 10 години работен стаж.

Преглед бр. 31. Социјални работници на територијата на Скопје според работниот стаж

Години на работен стаж	Број на социјални работници
0 - 10 години	19
11- 20	7
21 - 30	1
ВКУПНО	27

Односот помеѓу возраста и образованието на социјалните работници прикажан во табела бр. 5 е значаен за анализирање поради фактот што до 1988 година студиите за социјална работа беа организирани на ниво на Виша школа, во времетраење од две години.

Табела бр. 5. Социјални работници на територијата на Скопје според образованието и возраста

Возраст	Степен на образование		
	Високо стручно образование	Магистри	Вкупно
25-35	10	0	10
36-45	8	0	8
46-55	5	1	6
>56	3	0	3
Вкупно	26	1	27

Анкетираните социјални работници, особено оние на возраст над 46 години, кои дипломирале на Вишата школа за социјална работа пред трансформирањето на истата во институт за социјална работа и социјална политика, сепак се дообразувале и се стекнале со диплома за високо образование. Ако се анализира возрасната структура во однос со работниот стаж прикажано во табела бр. 6, доаѓаме до податоци кои укажуваат дека 19 социјални работници чиј работен стаж не е повеќе од 10 години се на возраст од 25 до 45 години што е логично и прифатливо како факт.

Табела бр. 6. Социјалните работници на територијата на Скопје според работниот стаж и возраст

Возраст	Стаж				Вкупно
		0-10 години	11-20 години	21-30 години	
25-35		10	0	0	10
36-45		6	2	0	8
46-55		1	5	0	6
>56		2	0	1	3
ВКУПНО		19	7	1	27

Паѓа во очи и дека во два од вкупно три анкетирани социјални работници на возраст над 56 години, вкупниот работен стаж е до 10 години. Со други зборови, тие во оваа дејност се вклучиле со 45 години старост.

3.2.2. Соработка помеѓу социјалните работници и патронажната служба во локалната заедница

Прашањата имаа за цел да ја определат соработката помеѓу социјалните работници и патронажната служба, нејзиниот интензитет, начин на кој се таа остварува, како и дефинирање на потреби и ставови за понатамошно делување. Од 27 анкетирани социјални работници, 8 од нив поради лични потреби ги користеле услугите кои ги нуди патронажната служба, додека останатите 19 воопшто не користеле. Кој вид на услуги добиле е прикажано во преглед бр. 32.

Преглед бр. 32. Видови на услугите добиени од патронажната служба

Вид на услуга	Број
Совети за новороденче	3
Услуги после породување	3
Здравствена заштита на бебе	2
Вкупно	8

Наведените одговори се однесуваат на услуги кои социјалните работници ги добиле од страна на патронажната служба. Од вкупно 27 анкетирани само 8 социјални работници дале одговор за видот на услугите кои ги добиле од патронажната служба. Сите искористени услуги иако поделени во три групи се однесуваат на добиена здравствена заштита во период по породување, односно може да се забележи дека услугите иако различно формулирани се однесуваат на услуги кои се даваат на постпородилниот период на жената/мајка и ја се однесуваат на грижата околу новороденчето. Во табела бр. 7 се забележува дека услуги од патронажна служба користеле 8 социјални работници. Годишните на работен стаж се ирелевантни во однос на потребите од тие услуги, но фактот што услуги користеле лица со стаж над 21 година го потврдуваат долготрајното делувањето на патронажната служба.

Табела бр. 7. Користење на патронажните услуги во однос на работниот стаж

Социјални работници		Користење на патронажната служба од лични потреби/причини?		Вкупно
		Да	Не	
стаж	0-10 години	6	13	19
	11-20 години	1	6	7
	21-30 години	1	0	1
Вкупно		8	19	27

Во табела бр. 8 се прикажани резултатите од евидентираните потреби како и од остварена соработка помеѓу обете служби. За постоење на потреба од професионална соработка помеѓу обете служби потврдно одговориле 4 социјални работници, додека останатите 23 не почувствувале потреба за соработка. Од 4 социјални работници кои имале потреба од услугите на патронажната служба само еден остварил соработка, но начинот на соработката не е опишан.

Табела бр. 8. Вкрстена анализа на потребите од и остварената соработка со патронажната служба

		Остварена соработка со патронажната служба?		Вкупно
		Да	Не	
Потреба од професионална соработка со патронажната служба?	Да	1	3	4
	Не	0	4	4
ВКУПНО		1	7	8

Во преглед бр. 33 се прикажани одговорите на социјалните работници кои не оствариле соработка со патронажната служба, т.е причините за фактичката состојба. Иако понудените одговори формално меѓусебно се разликуваат, заедничко за повеќето од нив е дека немало потреба, односно случај и можност за соработка. Еден одговор јасно укажува на незнаење за која служба конкретно се однесува соработката, а посочување на соработка со патролните социјални работници исто така го потврдува фактот за незнаење. 3 социјални работници како причина за неосстварена соработка го наведуваат зголемениот обем на работа.

Преглед бр. 33. Причини за неосстварена соработка

Одговори	Број
Немало потреба	7
Немало таков случај	1
Не знае за постоење на служба со која би соработувале-освен таа за новородени	1
Не била посочена можност за соработка со патронажната служба	1
Поради зголемен обем на работа	3
Соработка со патролни социјални работници	3
Без одговор	7
Вкупно	23

Во преглед бр. 34 се прикажани одговорите на социјалните работници на прашањето како тие ја оценуваат соработката со патронажната служба, односно дали актуелната соработка ги задоволува потребите на службата. Само еден социјален работник смета дека соработката ги задоволува потребите на службата, двајца одговориле негативно, мнозинството претставено од 16 лица одговориле со не знам, додека 8 воопшто не одговориле.

Преглед бр. 34. Оцена на меѓусебната соработка

Одговори	Број на соц.работници
Да	1
Не	2
Не знам	16
Без одговор	8
ВКУПНО	27

На прашањето дали може и треба нешто да се превземе за подобрувања, 7 социјални работници одговориле потврдно и покрај тоа што само двајца сметаат дека соработката помеѓу обете служби не ги задоволува потребите на истите. Иако бројката од 7 социјални работници претставува една четвртина од вкупниот број на анкетирани, можеме да ја сметаме за позитивна во однос на еден негативен одговор, 6 кои одговориле со не знам и 13 без одговор. Резултатите прикажани во преглед бр. 35 укажуваат дека воља за соработка со патронажната служба постои.

Преглед бр. 35. Став во однос на потребите за подобрување на соработката помеѓу социјалните и патронажната служба

Одговори	Број на соц.работници	Процент
Да	7	25,9%
Не	1	3,7%
Не знам	6	22,2%
Без одговор	13	48,1%
ВКУПНО	27	100,0

Предлозите и сугестиите за подобрување на соработката помеѓу обете служби се прикажани во преглед бр. 36.

Преглед бр. 36. Предлози/сугестии за подобрување на соработката помеѓу социјалните и патронажната служба

Одговори	Број
Поголема активност од страна на патролните служби и навремено информирање со цел заеднички да се изготви план за решавање на случајот	1
Со оглед на заеднички странки треба да се соработува	1
Обострана соработка координација за да нема злоупотреба од страна на странките	1

Само тројца социјални работници дале предлози но ниту еден од нив не нуди конкретни мерки. Ваквата состојба е оправдана од веќе поставената констатација во претходните одговори дека социјалните работници недоволно ја познаваат дејноста на патронажната служба. Од спроведена анкета помеѓу социјалните работници може да се заклучи дека соработка помеѓу оваа и патронажната служба речиси не постои. Како причини за оваа состојба може да се сметаат најнапред неинформираноста на социјалните работници за дејноста на патронажната служба, непостоење на формална соработка и преоптовареност на социјалните работници.

4. Студии на случај

Користење на студија на случај како техника е најсоодветна за да прикажеме случаи на социјални ризици со кои најчесто се сретнува патронажната служба. Според добиените резултати најзастапена состојба на социјален ризик со која се сретнуваат вработените во патронажната служба е невработеноста наведена од страна на 35 патронажни сестри, по што следи ризикот од сиромаштија. Социјалната исклученост како состојба на социјален ризик не е застапена во најчесто сретнувани ризици на терен во одговорите, не затоа што не е реално присутна, туку од постоење на разлики во дефинирањето на поимот. Овој факт го потврдуваат одговорите дадени на прашањето за тоа што всушност подразбираат патронажните сестри под терминот социјална исклученост од кои може да се забележи дека мал број на патронажни сестри соодветно го дефинираат, а со тоа и препознаваат на терен. Од друга страна речиси сите понудени одговори како што се бездомништво, асоцијалност, сиромаштија и др. се тесно поврзани со состојба на социјална исклученост. Студија на случај за социјална исклученост и сиромаштија ги потврдува резултатите добиени во анкетата спроведена на патронажните сестри и истовремено го покажува влијанието на работата на службата во намалувањето на овие социјални ризици.

4.1. Случај на социјална исклученост

Семејство со 10 члена. Таткото на возраст од 51 година, со сегашната сопруга која е 10 години помлада од него, се оженил пред 13 години, а 4 години пред тоа живееле во вонбрачна заедница. Најстарото и прво дете, ќерка, родена е во вонбрачната заедница, и сега на возраст од 17 години. Второто дете е син на возраст од 16 години, а потоа следат втора ќерка на 14 години, трета ќерка на 13 години, втор син (како петто дете) сега на возраст од 12 години, шестото е ќерка на 10 години, седмото повторно ќерка на 9 години и последното осмо дете е син на 4 години. Три од децата се родени дома, и две од нив (најстарата, 17 години и таа на возраст од 9 години), немаат извод од матична книга на родените. Ниту едно од децата не посетувало училиште. Живеат во руинирана кука во рурална средина за чија изградба добиле средства од хуманитарна организација. Никoj од семејството не е

вработен. Живеат од собирање на старо железо и пластични шишиња. Патронажната сестра ја посетувала мајката по секое породување според програмата. Токму исказите на патронажните сестри кои ги потврдија породувањата на двете ќерки извршени во домашни услови пред 17 и 9 години, се искористила за да добијат изводи од матичната книга на родените, документи кои ги обезбеди социјалниот работник од невладината организација која делува на тој регион. Иако патронажната сестра ги советува да ги пријават новородените во домашни услови во матичната служба веднаш по породувањето од "непознати" причини тоа не го направиле.

4.2. Случај за сиромаштија

Семејство со 8 члена од приградска населба во Скопје, без приход. Обата родители се невработени. Најстариот син, на возраст од 15 години, оди во средно училиште, потоа ќерка на 13 години, втора ќерка на возраст од 11 и втор син на возраст од 9 години, посетуваат основно училиште. Сите заедно со двете најмалы ќерки, близанци (родени дома, пред две години) живеат во кука во околината на Скопје. Куката, дивоградба ја наследиле од мајката на таткото. По осамостојувањето на Република Македонија, таткото кој иако веќе 20 години живее тука, како лице кој се родило во Република Србија не се стекнал во државанство од "непознати причини". Мајката, чии родители живеат во близина има завршето средно образование, но никогаш не била вработена. Ова домаќинство се издржува од сезонска работа, односно мајката преку лето работи на ниви, а таткото посремено со една атомеханичарска работилница. Во куќата, пилна се влага, имаат две соби и нефункционално кунатило. Едната соба се користи како кујна и соба за престој. Во зима само татко се грееат со дрва. Втората соба не се користи поради студ. Иако со 6 деца, не користеле социјална помош поради неможност да ги обезбедат потребните документи. Помош во храна, училишни помагала, облека, лекови и сл. добиваат од роднините на мајката, соседите, црквата, една невладината организација и општинскиот Црвен крст. По посетата на патронажната сестра, со помош и соработка со невладината организација се обезбедија потребните документи за стекнување на право на социјална парична помош.

IV. ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ

1. Резултатите наспроти хипотезите

Основната хипотеза поставена во трудот се однесува на претпоставката дека: *иако информираноста за социјалните ризици на патронажната служба е на ниско ниво, сепак истата допринесува во намалувањето на социјалните ризици на кои е изложено населението во локалната заедница.* Анализата на резултатите добиени од спроведеното истражување укажува на потврдување на хипотезата. Имено, според резултатите добиени од примарните и секундарни податоци, патронажната служба која делува на територија на град Скопје има придонес во намалувањето на социјалните ризици на кои е изложено населението во локалната заедница. Сепак, според *„Републичкиот годишен статистички извештај на патронажната служба“* од евидентираниите 30.081 случаи на социјален ризик во државата, ниту еден не е пријавен од патронажната служба на градот Скопје. Ова најверојатно се должи на пропусти во синцирот на известување, ако се земе во предвид анализата на резултатите од анкетата спроведена врз вработените во патронажната служба во Скопје, која покажа дека патронажните сестри не само што континуирано евидентираат случаи во состојба на социјален ризик, туку и превземаат одредени акции за нивно сузбивање.

Иако реакцијата на одреден социјален ризик од страна на патронажната служба не би можеле да ја прифатиме како конечно сузбивање на ризикот, сепак од остварената соработка со службите за социјална работа (рапортирана од 7% од анкетираниите патронажни сестри) произлегува дека поставената хипотеза се потврдува. Патронажната служба во основа делува превентивно врз ризикот по здравје, што говори во прилог на нашите резултати кои ја потврдија основната

хипотеза. Во конечното потврдување на основната хипотеза придонесуваат и потврдувањето, односно отфрлање на посебните хипотези. Посебните хипотези во нашето истражување се однесуваат на претпоставките за постоење на одредени недостатоци во работата на патронажната служба:

- *Информираноста на патронажната служба за социјалните ризици е на ниско ниво;*
- *Од страна на патронажната служба, во локалната заедница не се применуваат социјални превентивни услуги;*
- *Најзастапени социјални ризици со кои патронажната служба се соочува во својата работа се ризикот од социјална исклученост и сиромаштија;*

Во однос на претпоставката дека *информираноста за социјалните ризици на вработените во патронажната служба е на ниско ниво*, анализата на резултатите добиени од примарните податоци укажува на недоволно, односно просечно познавање на содржините кои се однесуваат на и за социјалните ризици. Податокот кој укажува на тоа дека само 9 патронажни сестри стекнале некаква едукација за социјалните ризици, наспроти 61, кои воопшто немале едукација, ја потврдува претпоставката за ниското ниво на информираност од оваа област. Кон потврдување на првата посебна хипотеза придонесува и анализата на резултатите добиени од примарните податоци, а кои се однесуваат на одговорите на прашањето за тоа што патронажните сестри подразбираат под поимот социјален ризик. Анализата на одговорите добиени на отвореното прашање укажува на евидентни меѓусебни разлики за тоа што патронажните сестри подразбираат под поимот социјален ризик, иако секој поим содржан во одговорите претставува одредена состојба на социјален ризик. Од друга страна, понудените одговори во форма на дефиниции, се истовремено и законското дефинирањето на поимот социјален ризик, што значи дека нема можност за неточен одговор. И овој факт, дополнително ја потврдува нашата претпоставка дека информираноста за социјалните ризици на вработените во патронажната служба е на ниско ниво.

Посебната хипотеза која се однесува на претпоставката дека *од страна на патронажната служба во локалната заедница не се применуваат социјални превентивни услуги* и според анализата на секундарните и според анализата на

примарните податоци делумно се потврди. Законот за здравствено осигурување преку овластениот Фонд за здравствено осигурување, патронажната дејност ја определува со Правилник во кој патронажната служба е: “Дејност на активен здравствен и социјален третман на поединец или семејство во домот или во рамките на локалната заедница,” а “Поливалентна патронажна служба” е интегрален дел на системот на јавното здравство, организациона единица во рамките на јавна здравствена установа која спроведува поливалентна патронажна дејност со услуги од превентивно-куративен карактер и го опфаќа целото семејство преку посети на патронажна сестра во домот и соработка со здравствени и други установи на своето подрачје.⁵² Законската формулација јасно укажува на превентивната димензија на делување на службата. Меѓутоа од резултатите добиени со анализата на примарните податоци, произлегува дека состојбата во пракса е поинаква. Анкетата спроведена помеѓу патронажните сестри и анализата на одговорите добиени на отвореното прашање кое се однесува на видот на превентивно социјалните услуги, укажува на различно толкување на тие услуги кои ги остварува патронажната служба. Сепак, и покрај различното толкување на социјалните превентивни услуги, истите на терен се остваруваат, и тоа најчесто во форма на советување и упатување (одговор на 33% од анкетираниите патронажни сестри). Но, за превентивно социјална услуга не може да зборуваме без да се знае конечниот резултат од услугата, кој треба да е позитивно евалуиран. За позитивна евалуација на превентивно социјална услуга најчесто е потребна соработка со други институции, што во случајот на патронажната служба изостанува. Кон недостаток од соработка со други установи кои делуваат на полето на социјалната превенција, насочува и анализата на резултатите на нашето истражување која, исто така, делумно ја потврди претпоставката дека од страна на патронажната служба во локалната заедница не се применуваат социјални превентивни услуги.

Посебната хипотеза која се однесува на претпоставката дека *најзастапени социјални ризици со кои патронажната служба се соочува во својата работа се ризикот од социјална исклученост и сиромаштија*, според анализата на податоците делумно се потврди. Анкетата, спроведена помеѓу патронажните сестри, посебно одговорите добиени на отворените прашања кои се однесуваа на социјалната исклученост и сиромаштијата покажаа разлики во толкувањето на овие два поими. Одговорите укажаа и на доминантна застапеност на невработеноста и сиромаштијата

⁵² <http://www.fzo.org.mk>

како поими кои од страна на анкетираниите се сфаќаат како социјални ризици. Од овде може констатира дека најчест социјален ризик со кои се сретнуваат патронажните сестри при секојдневното работење на терен е ризикот од сиромаштија, со што претпоставката дека сиромаштијата е најзастапен социјален ризик со кои патронажната служба се соочува во својата работа целосно се потврди. Истовремено, ризикот од социјална исклученост како најчест ризик со кој се соочува патронажната сестра на терен, воопшто не е наведен во одговорите. Ова не ја прикажува реалната слика на теренот, бидејќи речиси сите поими наведени од страна на патронажните сестри се однесуваат на одредена состојба која во основа претставува социјална исклученост. На тоа како работата на патронажната служба влијае врз состојбите на социјален ризик од социјална исклученост и сиромаштија, како и на нивно намалување укажуваат и студите на случај за социјална исклученост и сиромаштија развиени врз основа на реални семејства, што дополнително ја поддржува нашата трета посебна претпоставката.

2. Заклучоци

Од прегледот на литературата за обете дејности произлегоа следните заклучоци:

- Професијата социјален работник како и професијата медицинска сестра се појавиле во 19 век. Иако првото училиште за медицински сестри е основано во истата година кога се родени и основачките на социјалната работа, сепак професијата медицинска сестра како сèуште да го нема достигнато нивото развој на професијата социјален работник.
- Пионерите и основачи на обете професии, Џејн Адамс и Лилијан Валд своето образование го започнале во областа на медицината, односно здравствената нега, по што продолжиле со делување со социјалната работа што јасно укажува на тесна поврзаност помеѓу двете професии.
- Евидентни се заеднички карактеристики на професиите и тоа: помагателната димензија, понатаму практикување на строг етички пристап со почитување на кодекс на професијата, а принципите, методите на работа, дијагностичките техники, улогата и задачите на патронажните и социјалните работници, се речиси идентични.

Заклучоците кои произлегоа од истражувањето на компаративни системи и на добрите практики на патронажата укажаа на:

- Постоене на разлики во организациската поставеност на патронажната служба во системот на здравствена заштита
- Разлики во степенот на образование на патронажните сестри
- Разлики во составот на работните тимови во службата

Од анализата на секундарните податоци за состојбата со патронажната служба во Република Македонија, произлезе дека:

- Дејноста на патронажната служба кај нас е регулирана со *Законот за Здравствена заштита* и *Законот за здравствено осигурување*, како дејност со услуги од превентивно-куративен карактер
- На територија на градот Скопје патронажната служба врши само превентивна дејност
- Патронажната служба на територијата на град Скопје не ги евидентира здравствено-социјалните проблеми

Анализата на примарните податоци добиени од нашето истражување спроведено на терен помеѓу патронажните сестри и социјалните работници кои делуваат на територијата на градот Скопје ја потврди основната хипотеза, а само делумно и посебните хипотези. Заклучоците кои произлегуваат од истражувањето укажуваат на следниве констатации:

- Населението, независно од видот на локалната заедница на која припаѓа (урбана, рурална или мешана) има потреби од услуги со социјален карактер
- Познавањето на патронажните сестри на содржини кои се однесуваат на и за социјалните ризици е недоволното, односно просечно, што во праксата значи несоодветна реакција на терен, а истовремено укажува на потреба од едукација и обука за истите

- Повеќе од половината патронажни сестри различно ги толкуваат поимите социјален ризик, социјална исклученост и сиромаштија, што допринесува за делумно потврдување на посебните хипотези
- Мал број на социјални ризици се евидентираат, а во уште помал број се превзема одредена акција, што укажува на несистематичност во пристапот, кој така е повеќе резултат на самоодговорност и ентузијазам на конкретната сестра
- Соработка помеѓу патронажната служба и службите за социјална работа речиси не постои
- Од понудените предлози од страна на вработените во обете служби јасно е дека волја за соработка постои од двете страни
- Генерално постои неинформираност на социјалните работници за дејноста на патронажната служба

3. Препораки

Научна цел на ова истражување беше испитувањето на можностите за искористување на патронажната служба при делување на полето на превенција на одредени неповолни социјални појави и при намалување на социјалните ризици во локалната заедница. Практичната цел беше определување на предностите на службата на полето на социјалната превенција во локалната заедница, а со цел спречување и намалување на социјални ризици. Врз основа на целите и задачите како и врз основа на согледаните состојби ќе понудиме препораки со цел овој труд да помогне во намалување на недостатоците и искористување на предностите на патронажната служба, кај нас. Веруваме дека истите ќе влијаат на подобрување на ефектите од работата на патронажната служба на полето на социјалната превенција и на влијание врз намалување на социјалните ризици. Заклучоците од истражувањето на компаративни системи и добри практики укажуваат на можностите за барем делумна имплементација на организацијата и делувањето на патронажната служба согласно практиката во Република Словенија и во Република Хрватска. Имено, поливалентна патронажна служба треба да се формира како посебна организациона единица во рамки на здравствените домови односно медицинските центри како во Република

Словенија. Нивниот модел веќе делумно е имплементиран и кај нас, со тоа што нефункционира на цела територија исто, делумно поради разликите во образованието на персоналот, составот на тимовите, различен модел на примарната здравствена заштита. Република Хрватска има закон за здравствена нега со кој се решени компетенциите на медицинските сестри на секое ниво и во секоја служба. Во однос на патронажната служба, во Република Хрватска соработката со социјалните служби, па и со општествените и каритативните организации е формализирана.

Тргувајќи од евидентираниите предности на поедините решенија погоре, но и од објективните карактеристики и ограничувања кај нас, предлагаме две практични интервенции:

(а) Препорака за формализирање на соработката помеѓу службите за социјална работа и патронажната служба преку воведување на меѓусекторски документ - протокол за соработка. Ваквиот официјален документ-образец за пријавување на случај во состојба на социјален ризик патронажните сестри би го доставувале до социјалниот работник во соодветната социјална служба во административната единица.

(б) Препорака за вработување на социјален работник во патронажната служба кој откриените случаи на социјален ризик систематски ќе ги обработува сам или во соработка со други социјални служби, кога за надминување на проблемот ќе биде неопходна потреба од координирана интервенција.

Силни страни на првата препорака се вкупната ниска цена на воведување, брзината на воведување, едноставност на постапката, брзи резултати во детекцијата. Слаби страни се можноста за формализирање и бирократизирање на пристапот, заборавување, неинформираност за можностите на другата служба и задоцнет фидбек.

Силни страни на втората препорака се зголемен траен и директен контакт со социјалниот работник. Систематичност на постапката обезбедена од стручно лице. Директниот фидбек ќе овозможи едукација на патронажните сестри за социјалните ризици. Слаби страни на оваа препорака се потреба да се менува законската и подзаконската регулатива и веројатно поголем буџетски трошок, поради потребата од дополнително вработување.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Ајдуковиќ, М. *Социјални проблеми, социјални ризици и суверени социјални рад*, Ревиија за социјална политика, Загреб, 2008
2. Бечин, А. *Зборник појмова у социјалној политици*, Београд, 1973
3. Василева, Ц. *Со љубов за човекот*, Скопје, 1997
4. Донеvsка М. *Социјална работа во локалната заедница*, Филозофски Факултет, Скопје, 2006
5. Донеvsка, М. и др. *Сиромаштија: Состојби во Македонија*, Скопје, 2011
6. Донеvsка, М. *Теоретски основи на социјалната работа*, Скопје, 1999
7. Државен Завод за статистика на република Македонија, *Статистички преглед: Население и социјални статистики, Социјална заштита на деца, млади и возрасни лица*, 2011-2012, Скопје, 2012
8. Закон за здравствена дејност, Службен лист на Република Словенија бр. 23/05-пречистен текст; Закон за здравствена заштита и здравствено осигурување, Службен лист на Република Словенија бр. 100/05-прешистен текст.
9. Закон за социјална заштита, Службен весник на Република Македонија, 2009, бр 79
10. Извештај за работата на поливалентната патронажа, образец број 03-17-60. ЈЗУ Институт за јавно здравје на Република Македонија, Центар за статистичка обработка на здравствени податоци
11. Милениумски развојни цели <http://www.un.org/millenniumgoals>
12. Митовски, Р. *Здравствено воспитание и патронажа*, Скопје, 1980
13. Напан, К. *Како дјелотворно радити с људима*, Загреб, 1994
14. Национална Програма за развој на социјална заштита стр.13
15. Национална стратегија за намалување на сиромаштијата и социјалната исклученост во РМ, 2010-2020
16. Ристевска, С. *Здравствена нега*, Битола, 2005
17. Службен весник на Република Македонија, 2009, бр 79

18. Службен весник на Република Македонија, 2011, бр 7
19. Службен весник на Република Македонија, 1995, бр.55
20. Стаменкова Трајкова В, Белевска, Д. *Клиничка социјална работа*, Скопје, 2002
21. Хендерсон, В. *Основни принципи на здравствената нега*, Скопје, 2001
22. Хесле С, Зависек Д, *Одржлив развој и социјални рад*, Бања Лука, 2005
23. A Call to Action – One Year On Health Visitor Implementation Progress Report December 2011
24. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/community+health+nursing>
25. <http://www.fzo.org.mk>
26. <http://www.fzo.org.mk>
27. <http://www.fzo.org.mk>
28. Mazzi, B. *Patronazna sluzba i obiteljski doktor*, Zagreb, 2011
29. Mojsovic, Z. i sur. *Sestrinstvo u zajednici*, Zagreb, 2005
30. National Association of Social Workers of USA, 1973
31. Nightingale, F. (1969) *Notes on nursing: What it is and what it is not*, New York: Dover. (original work published 1860)
32. Progress report 2009, highlits, Child and adolescent health and development, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599368_eng.pdf
33. Report on a WHO Meeting : Vienna Declaration on Nursing in Support of the European Targets for Health For All, Vienna, 21-24 June 1988
34. Winters J. & Ballouk A. (2004) *The idea of nursing science* Journal of Advanced Nursing 45(5), 533–535,
35. World Commission on Enviroment's report *Our Common Future*, Oxford University Press, 1987