МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Татяна Костадинова Славкова

СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФЛЕБОТРОМБОЗИ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН

“ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. “Здравеопазване и спорт”

Професионална направление: 7.4. “Обществено здраве”

Докторска програма: “Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

София, 2020 г

СЪДЪРЖАНИЕ

Ключови думи

Използвани съкращения

Въведение……7

I. Първа глава. Литературен обзор……11

1. Здравните грижи като основен елемент в системата на здравеопазването…….11

2. Исторически преглед и съвременни функции на сестринството……...13

2.1. Социална мисия и значение на сестринската професия……14

3. Качеството на здравните грижи като фактор за качество и ефективност на медицинската помощ……17

4. Здравни грижи при пациенти с флеботромбоза…...…….20

4.1. Медицинска и социална значимост на проблема……22

4.2. Рискови фактори за венозна тромбоза……..23

4.3.Осигуряване на качествени здравни грижи при пациенти с флеботромози…….28

5. Характеристика на сърдечно-съдовите заболявания……..44

5.1. Честота и разпространение на дълбока венозна тромбоза……..48

5.2. Дълбока венозна тромбоза на долни крайници……50

5.3. Дълбока венозна тромбоза на горни крайници…….....53

5.4. Белодробен тромбемболизъм…….55

5.5. Повърхностни тромбофлебити……56

5.6. Остра артериална недостатъчност на крайниците…….58

5.7. Хронична артериална недостатъчност на крайниците…….....60

5.8. Хронична венозна недостатъчност…….....62

6. Ролята на специалистите по здравни грижи в лечебно-диагностичния процес и профилактика при пациенти с ДВТ…….63

II. Втора глава. Цел, задачи и методология на изследването……66

1. Цел и задачи…….....66

2. Обект и предмет на изледването……...67

3. Методи на изследване….....……..70

III. Трета глава. Резултати от собствено проучване……73

1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на професионалистите по здравни грижи……73

2. Дълбоката венозна тромбоза като рисков фактор за професионалистите по здравни грижи…….....95

3. Статистически анализ на здравните грижи при пациенти с дълбока венозна …….……...100

4. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза……...104

IV. Четвърта глава. Главни аспекти при решаване на социалните и медицинските проблеми при пациенти с флеботромбоза……123

1.Схематичен модел на здравните грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза……123

Изводи ……..127

Препоръки ……131

Заключение ……..132

Приноси на дисертационния труд …….134

Литература ……...135

Приложения …….152

Приложение 1. Анкетна карта за медицинските сестри……..152

Приложение 2. Анкетна карта за пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза…….……..……..160

Приложение 3. Учебна програма за следдипломно обучение…….167

Ключови думи

Дейности

Етап

Ефективност

Здравеопазване

Задължения

Здравни грижи

Информация

Индивидуален план

Качество

Компетентност

Лечебни заведения

Методични подходи

Модел

Организация

Общество

Отговорност

Обучение

Оценка

Пациент

Потребност

Проучване

Проблеми

Социално-икономически условия

Флеботромбоза

Използвани съкращения:

БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

БЧК – Български червен кръст

БДЧК – Българско дружество на червен кръст

ВМУ – Висш Медицински Университет

ВМА – Военномедицинска академия

ДКЦ – Диагностично консултативен център

ДВТ - Дълбока венозна тромбоза

ЗГ – Здравни грижи

ЗЗ – Закон за здравето

ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МЦ – Медицински център

МК – Медицински колеж

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

УЗГ – Управление на здравните грижи

NANDA – Северноамериканска асоциация по сестринска диагноза

PIGAS - Програма за управление и статистически анализ

ВЪВЕДЕНИЕ

Научните достижения в съвременната медицина и постепенно повишаващото се качеството на живот, обуславят изменението в относителния дял на инфекциозната и неинфекциозната заболеваемост в развитите страни. Приема се, че доминацията на неинфекциозните заболявания, като основна причина за преждевременната смърт, се установява през втората половина на изминалото столетие.

След края на Втората световна война се създават условия за модерно и научнообосновано здравеопазване, което има широка обществена достъпност, и е ориентирано към профилактика, хигиена, прилагане на антибиотици и ваксини, повишаване качеството на хранителните продукти и водата. Всичко това, позволява по-висока „преживяемост“ и увеличаване броя на хората, достигащи възраст с по-голяма честота на злокачествените заболявания и сърдечно-съдовите болести, което определя неинфекциозните заболявания като болести на „съвременния живот”.

Негативният процес на застаряване на населението през последните десетилетия обуславя непрекъснато повишаване на броя на пациентите с доминиращи сърдечно-съдови или онкологични заболявания. Те биват подлагани на сложни терапевтични или хирургични интервенции, налагащи често удължен болничен престой и продължителна имобилизация на легло, което често води до развитие на дълбока венозна тромбоза, наричана още флеботромбоза. Това е заболяване, при което се формира тромб в лумена на вена на дълбоката венозна система. Предизвиква се вторична възпалителна реакция, която постепенно обхваща тромба, венозната стена и перивенозните

тъкани. Заболяването се характеризира с оток на крайника, напрегнатост на тъканите, дискомфорт, тежест в крайника и тъпа болка.

Венозната тромбоза причинява тежко разстройство на функцията на засегнатия орган и хронична венозна недостатъчност, което може да доведе до развитието на венозна гангрена или хеморагична некроза в остра фаза. Друго често срещано усложнение, с фатални последствия, е белодробната тромбоемболия. След миокардния инфаркт, мозъчния инсулт и раковите заболявания, това е една от най-честите причини за смърт в медицинската практика.

Спецификата в начина на живот на индивида в съвременното общество оказва негативно влияние върху здравето на човека и обуславя различни рискови фактори за развитие на дълбока венозна тромбоза. Стресът, тютюнопушенето, употребата на алкохол, стимулиращи, успокоителни и наркотични вещества, липсата на физическа активност, нездравословното хранене, склонността към рискови занимания, са предпоставки за висока честота на заболяването и смъртността, свързана с него. Като основни рискови фактори се считат: напреднала възраст, преживяни тромбози, сърдечна недостатъчност, травми, злокачествени заболявания, затлъстяване, тежки и продължителни оперативни интервенции, кръвни заболявания и отклонения в хемостазата, а при жените и употребата на контрацептивни медикаменти, бременност, раждане, аборт.

Голямата социална значимост на флеботромбозата се определя от високата заболеваемост и смъртност, както и от тежките инвалидизиращи късни усложнения. Заболяването е приоритетен проблем в медицинската наука и практика. Неговото решаване е силно затруднено поради високата честота на

клинично неразпознатите случаи на дълбоки венозни тромбози и на тежки белодробни тромбоемболии.

Важна роля в лечебно-диагностичния процес и профилактиката на заболяването изпълняват специалистите по здравни грижи. От тяхната квалификация и професионални умения зависи качеството и ефективността на извършваните манипулации, ранната диагностика, превенцията и ефективността на профилактиката, което, от своя страна, има важно значение за предотвратяването и лечението на флеботромбозата.

Основната дейност на специалистите по здравни грижи се състои в контролирането и обучението на пациентите за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици, като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така, медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот, както в дома, така и в социалната си среда.

Всичко това до голяма степен определя удовлетвореността на пациентите от организацията и качеството на медицинското обслужване, което има фундаментално значение за конкурентната способност на лечебното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

Актуалността на въпросите, свързани с ролята на медицинската сестра при решаването на проблемите на пациентите с дълбока венозна тромбоза, в социален и медицински аспект, определя интереса към формулираната тема на дисертационния труд.

Изследването обхваща различни лечебни заведения за болнична помощ в пет области на страната, като е насочено в следните две направления: научноизследователско и приложно-практическо.

Представеният дисертационен труд се основава на комплексно проучване на здравните грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза. Въз основа на получените данни е предложен алгоритъм на грижите и модел за обучение на специалистите по здравни грижи, осигуряващ необходимите компетенции за пълноценното им участие в профилактиката и лечението на заболяването. Резултатите от направените изследвания могат да бъдат използвани и в бъдещи научни разработки за повишаване ефективността на обучението на медицинските сестри, като условие за качество на здравните грижи при пациенти с флеботромбози.

I. ПЪРВА ГЛАВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Здравните грижи като основен елемент в системата на здравеопазването

Системата на здравеопазване, и всички въпроси, свързани с нейното функциониране, представлява обект на особен обществен интерес. Това е още по-ясно изразено в последните десетилетия, през които здравните грижи и здравеопазването като цяло, се отнасят към глобалните обществени проблеми. Обществено-политическите и социално-икономическите промени в много райони по света, включително и в нашата страна, дават своето отражение в повишаване средната възраст на населението и увеличаване на хроничните заболявания [2]; [24]; [25]; [58]; [169], което още повече засилва вниманието на обществото към проблемите в сферата на здравеопазването.

Обществено-политическите и социално-икономическите промени наложиха разработването на Национална здравна стратегия, съобразена с принципите, заложени в стратегията на Европейския съюз (ЕС) „Европа 2020 – Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж”. За постигане на основните цели се акцентира върху човешките ресурси в здравеопазването, организацията и структурирането на здравното обслужване, усвояването на ресурсите и финансирането на системите [39]; [41]; [50]; [71]; [72]; [80].

Според Stinglhamber-Vander Borght [170], стратегията и политиката за развитие на здравеопазването и сестринството като съвременно професионално направление, трябва да насочат своето влияние върху няколко основни области – законодателство, икономика, организация, етика, социална култура и политика.

Общоприето е мнението, че нивото на здравеопазването е един от главните критерии за жизненото равнище на даден регион или страна. Неговата основна

задача е да поддържа и подобрява здравословното състояние на нацията, като осигурява здравето на всеки член на обществото, предотвратява, лекува и ограничава разпространението на заболяванията и облекчава страданията на пациентите. Постигането на тази цел зависи в най-висока степен от управлението и качеството на здравните грижи [30]; [92]; [113].

Спецификите на националната, а също така на европейската и световната икономика, определя промените в системата на здравеопазването и настоящото й съществуване [90]; [94]. От това следва, че съществуването и развитието на здравните заведения в условията на пазарна икономика ще зависи преди всичко от избора на пациентите, за който определящо ще бъде нивото на предложеното "качество" на здравните услуги [1]; [35]; [136]. Всичко това показва фундаменталното значение на здравните грижи за развитието на здравеопазването като обществено-социална сфера, определяща до голяма степен жизнения стандарт на хората в страната.

Развитието на качествени здравни грижи и услуги, медицина, основаваща се на доказателства, промоция на здравето, пазарен механизъм и социална справедливост в управлението на здравните ресурси са задължителни приоритети на здравните реформи както на национално, така и на международно ниво. Успешната реализация на тези реформи изисква повишаване отговорността на пациента и обществото като цяло за собственото му здраве и издигане на организационната култура в здравеопазването [31]; [38]; [48]; [83].

2. Исторически преглед и съвременни функции на сестринството

Основите на научнообоснованото сестринство са поставени в средата на XIX век, а през 60-те години на XX век е формулирана и неговата философия. Медицинската сестра се приема като необходим и ценен сътрудника на лекаря [6]; [7]; [78].

Философията на сестринството представлява система от възгледи за взаимоотношенията между сестрата, пациента, обществото и околната среда. Тя се базира на общочовешките принципи за етика и морал [8]; [9] . Основен принцип на тази философия е уважението към живота, достойнството и правата на човека [78]; [105]; [116]; [117].

В края на XIX и началото на XX век сестринството започва своето развитие като професия и в нашата страна. Инициатор за създаване на сестринското образование в страната е Българското дружество "Червен кръст" (БДЧК). То популяризира идеята за подготовка на милосърдни сестри за гражданското здравеопазване и за осигуряване на войската в мирно и военно време [6]; [7]; [105].

Същността на сестринската професия преминава през няколко етапа в своето историческо развитие - от милосърдие към болните и нуждаещите се от грижи, към техническо изпълнение на лекарските назначения, а в съвременната система на здравеопазване и към събиране и анализ на информация и вземане на решения в рамките на своята компетентност.

Мухина и Тарновская [78] определят съвременното сестринско дело едновременно като наука и изкуство, изискващо разбиране и прилагане на специални знания и умения. Според авторите, сестринското дело в наши дни

се основава на знания и техника, създадени на базата на хуманитарните и естествените науки: биология, медицина, психология, социология и други.

2.1. Социална мисия и значение на сестринската професия

Съвременните социално-икономически условия за развитие на обществото обуславят постоянното увеличаване на броя на пациентите и снижаване на тяхната възрастова граница.

Здравните грижи представляват важен елемент от лечението на пациента. Ролята на медицинската сестра придобива все по-голямо значение, не само в здравните заведения, но и в училищата, яслите и детските градини, както и в различните производствени предприятия и други организации, в които е необходимо постоянно присъствие на медицински персонал. От една страна това се обуславя от увеличения брой на заболелите лица, хроничните и дегенеративните заболявания, а от друга, от намаляване броя на здравните специалисти [19]; [20]; [59]; [91].

Мисията на сестринското дело в обществото се състои в това да помага на отделните хора, семейства и групи да развиват своя умствен и социален потенциал и да го поддържат на съответното ниво, независимо от променящите се условия на живот и работа [78].

Основно значение за предотвратяването и лечението на различните заболявания има ранната диагностика и профилактиката, които зависят в не малка степен от професионалната квалификация и умения на медицинската сестра. Основната й роля се състои в контролирането и обучението на пациентите за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици [14]; [96], като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така, медицинската сестра

подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот, както в дома, така и в социалната си среда [126].

Непрекъснато повишаващите се изисквания на пациентите в условията на пазарна икономика и конкуренция между здравните заведения, както и социално-икономическите условия в нашата страна още повече засилват интереса към сестринската професия.

В същото време професионалистите по здравни грижи са изправени пред сериозни трудности в процеса на упражняване на своята професия [134]; [151]; [158]. Тези трудности имат разнопосочен характер се обуславят от следните фактори:

- изключителна психическа и физическа натовареност;
- ниско заплащане, което не отговаря на отговорността и извършваната работа;
- недобри условията на труд на много места; - символично заплащане на нощните дежурства;
- липса на ясно регламентирани права и задължения.

Под влиянието на изброените фактори нараства миграцията на професионалистите по здравни грижи, което води до значителен дефицит на медицински сестри [26]; [65]; [68]; [163]. Миграционните потоци са насочени както от по-малките градчета към големите населени места, така и в други страни. Загубата на квалифицирани кадри със своите знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото държавно образование, се отразява крайно негативно върху качеството на медицинската помощ и намалява доверието към здравните специалисти.

Сестринската професия се основава на удовлетворяване основните потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Това се изразява в диференцирането на автономните функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи.

Медицинската сестра поема върху себе си отговорност и предприема действия със съответни пълномощия, изпълнявайки непосредствени професионални задължения. Тя носи отговорност за медицинските услуги и има право самостоятелно да решава дали й е необходимо да продължава образованието си по въпросите на управлението, обучението, работата в клиниката и научните изследвания и да предприема стъпки за удовлетворяване на тези потребности [78]; [156]; [168].

В съответствие с последователното преминаване през етапите на емоционална, техническа и творческа същност на сестринската професия, се повишават и изискванията към професионалната квалификация на медицинските сестри. Това обуславя и промените в образованието на медицинските сестри. Те се обучават в университети от висококвалифицирани преподаватели и професионалните им умения изискват непрекъснато запознаване с новостите в практиката [21]. Всичко това налага изучаването и провеждане на мероприятия за повишаване качеството на здравните грижи в лечебните заведения [123]; [124].

Основно изискване към медицинската сестра е правилното разбиране на медико-социалните проблеми на пациентите [18]; [102]; [103]; [104].
Изучаването и изследването на тези проблеми е предпоставка за подобряване на грижите и осигуряване на пълноценен начин на живот на пациентите [17]; [31]; [111]; [112]. Също така за медицинската сестра е важно да притежава компетенции не само за професионално осъществяване на грижите, но и

професионално поведение основаващо се на съвременните професионални стандарти и професионална етика [103]; [121]; [124]; [153].

Тъй като от професионалните умения на медицинската сестра до голяма степен зависи качеството на здравните грижи, необходимо е непрекъснато повишаване на нейната квалификация.

3. Качеството на здравните грижи като фактор за качество и ефективност на медицинската помощ

Всички дейности в лечебното заведение, пряко или косвено, са насочени към здравето и благополучието на човека. Непрекъснатото усъвършенстване на качеството на здравните грижи е основна цел на здравните специалисти, които още от възникването на медицинската наука се стремят да разрешават проблеми в областта на качеството без да са запознати с теориите и проучванията на учените в тази насока. Качеството за всички тях е ежедневна грижа, за да може пациентът да си тръгне удовлетворен, в добро или подобрено здравословно състояние [20]; [27]; [28]; [75]; [124].

Като качествена здравна услуга се възприема тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето в съответствие с актуалното състояние на медицинската наука. Качеството се формира от различни параметри, като липсва универсален начин за неговото определяне [45]; [67]; [143].

Факторите, които оказват влияние върху качеството в здравеопазването са разнообразни и могат да се систематизират в следните групи:

- фактори с общ характер – те са свързани с потребителското търсене и изисквания;
- технологични фактори;

- организационни фактори;
- икономически фактори;
- социални и психологически фактори [92]; [93].

Качеството на сестринските грижи се определя като съответствие на изработени норми, възприети от професията и представляват нейния принос за здравеопазването, индивида и населението [60]; [61]; [120]; [167]; [172].

Според доц. Г. Грънчарова, за гарантиране качеството на предоставяните сестрински грижи е необходимо разработване на философия и ясно дефиниране на стандартите и целите на сестринските грижи. Формулирането на философията и целите представлява елемент на стратегическото планиране, което доказва едновременното осъществяване на основните функции на мениджмънта. Контролните механизми включват акредитационни процедури, използване на консултанти, средства за оценяване, визитации, доклади, инспектиране и сестрински одити (проверки) [52].

Специално внимание се отделя на внедряване на екипен подход в здравното обслужване [3]; [16]. Това дава възможност за повишаване на ефективността и качеството на грижите в съответствие със спецификата на лечението и непрекъснато повишаващите се нужди на пациентите в сложните социално-икономически условия.

Развитието на националната и световната икономика определя функционирането и основните насоки в развитието на системата на здравеопазването. Преходът към пазарна икономика промени коренно развитието на здравеопазването и условията, в които функционират здравните заведения. За икономическата им стабилност са необходими условия за инвестиции в здравната система, развитие на проекти за икономическа

ефективност [43] и въвеждането на нови или адаптирани икономически методи или механизми [53]; [155].

Регистрирани като търговски дружества, лечебните заведения представляват пазарни субекти със значителна финансова, административна и професионално-медицинска самостоятелност [148]. Ефективността на всяка организация, при пазарни условия, е от съществено значение за нейното оцеляване и развитие в конкурентната среда на пазара [131].

Икономическата ефективност се определя от рентабилността, която измерва способността на фирмата да получава печалба от своята дейност.

Показателите за икономическа ефективност са следните:

- коефициент на ефективност на разходите;
- коефициент на ефективност на приходите [92].

Ефективността в здравеопазването следва да се разбира като отношение на ценността и полезността на резултатите и степента на реализация на поставените цели за подобряване на здравния статус. Тя може да бъде систематизирана в следните категории:

- икономическа ефективност – вътрешна за отрасъл здравеопазване;
- икономическа ефективност – проявяваща се извън системата на здравеопазване;
- медицинска ефективност;
- социален ефект и ефективност – по отношение на здравното равнище на населението и общото благосъстояние на нацията [87].

Свободният избор на лечебно заведение от страна на пациентите, макар и регулиран от подзаконови и административни актове, създава предпоставки за конкуренция. Всички тези промени и особено засилената автономия на

лечебните заведения, не само формират нови структури и дейности за тяхното управление, но поставят и изключително високи изисквания към компетентността на управленските органи на всички нива [62]; [115]; [118]; [119].

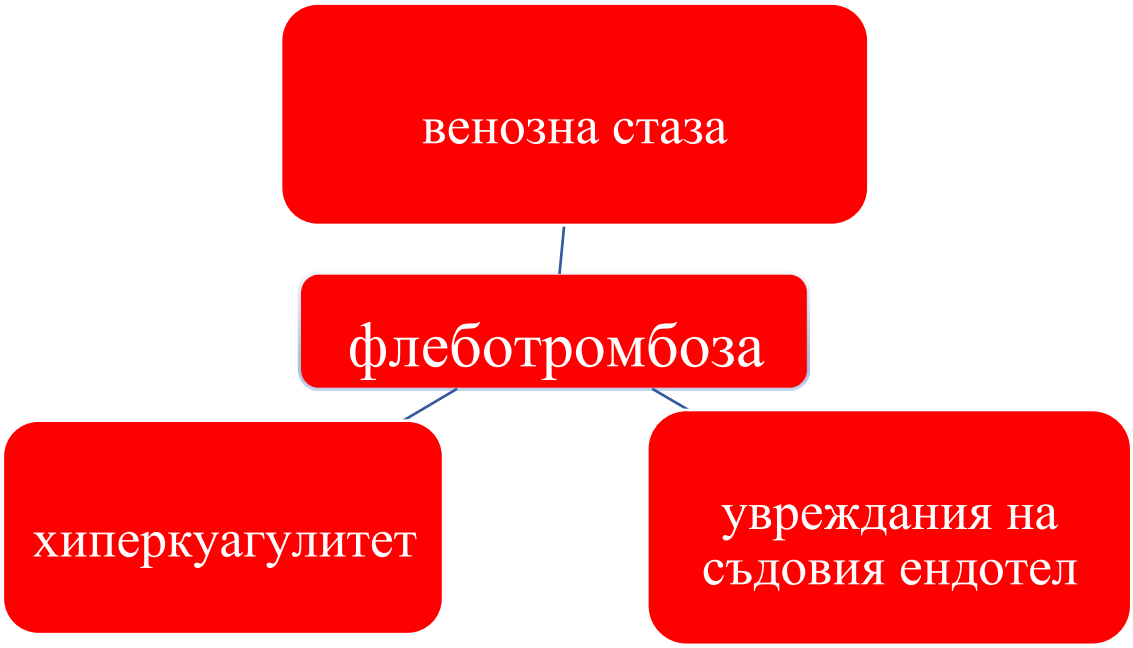
Може да се предположи, че с течение на времето, развитието на здравните заведения ще зависи все повече от избора на пациентите, който от своя страна се определя от нивото на предложеното „качество” на здравни услуги. Ето защо, здравният мениджър следва да търси най-ефективния и едновременно с това най-целесъобразния икономически модел за предоставяне на здравна помощ [46]; [47].

От това, доколко адекватен на социално-икономическите реалности в развитието на обществото е икономическия модел на управление на грижите, ще се определя и просперитета на лечебните заведения, функциониращи в условията на конкуренция и пазарна икономика [77].

4. Здравни грижи при пациенти с флеботромбози

Дълбоката венозна тромбоза (ДВТ, наричана още флеботромбоза) на долните крайници е най-честата венозна тромбоза, като в повечето случаи, тя е източник на белодробен тромбоемболизъм (БТЕ). Причината за тази висока честота се обяснява с факта, че вените на долните крайници по-често са подложени на травматични въздействия и последствия от обездвижването на пациентите.

През 1856 г. Вирхов формулира основната триада (Фигура 3), водеща до възникване на съдовата тромбоза – промени във венозната стаза, увреждания в съдовия ендотел (промени в съдовата стена и тъканите) и хиперкуагулитет (промени в хемодинамиката) [51].



Фигура 1. Триада на Вирхов

В специализираната литература се посочва, че обикновено трите основни групи фактори действат заедно и е трудно да се прецени кой от тях има водеща роля за развитие на венозната тромбоза. При ортопедична операция могат да се включат и трите фактора – травма на съдовата стена, хиперкоагулаголитет (следоперативен) и венозна стаза във връзка с обездвижването на пациента. Нерядко някой от водещите фактори остава скрит, каквито са случаите с вродена или придобита тромбофилия и той може да бъде диагностициран само след извършване на специфични лабораторни и генетични тестове. Също така, възможно е наличието на основен фактор – вродена тромбофилия, чиято изява изисква друг отключващ фактор, като травма, операция, бременност и други [51]; [73]; [166].

4.1. Медицинска и социална значимост на венозната тромбоза

Венозните тромбози са медицински и социално значими заболявания. Това се определя от относително високата честота, която имат и от тежките усложнения, които причиняват. Всяка венозна тромбоза причинява тежко разстройство на функцията на засегнатия крайник или орган, което може да доведе до развитието на венозна гангрена или хеморагична некроза в острата фаза, а впоследствие, ако това състояние се преодолее, да се развие хронична венозна недостатъчност. Друго често и нерядко фатално усложнение, което се причинява от дълбоките венозни тромбози на долните и горни крайници, е белодробната тромбоемболия – една от най-честите причини за смърт, нареждаща се по честота веднага след миокардния инфаркт, мозъчния инсулт и раковите заболявания. Постинфарктната пулмопатия, развиваща се найчесто след тежки или рецидивиращи белодробни емболии, също е сериозно късно усложнение на ембологенните венозни тромбози [51].

Високата заболеваемост и смъртност, причинени от венозните тромбози, както и тежките инвалидизиращи късни усложнения, ги определят като приоритетен проблем в медицинската наука и практика. Той обаче се оказва трудно решим, поради високата честота на клинично неразпознатите случаи на дълбоки венозни тромбози (ДВТ) на крайниците и на тежките белодробни тромбоемболии (БТЕ) [51]; [73]; [166]. Това определя голямото значение на профилактиката, като средство за намаляване честотата на дълбоки венозни тромбози (ДВТ) и тежките белодробни тромбоемболии (БТЕ). Повишаване нивото на информираност на лекарите, здравните специалисти и пациентите е другият важен фактор за по-успешното лечение на тези заболявания [73]; [133].

Реалната честота на венозните тромбози на практика е неизвестна, тъй като немалка част от тях остават недиагностицирани. Честотата на дълбоките венозни тромбози е около 1,5 на 1 000 души, като при жените е по-висока – до 3 на 1 000. Близо 25 % от хоспитализираните пациенти имат някаква форма на ДВТ, като в повечето случаи тя остава неразпозната. При около 50 % от случаите с ДВТ се развива БТЕ. Честотата на ДВТ в САЩ е 2 милиона пациенти годишно, от които умират 200 000, а в Европа – съответно 648 000 и 500 000 [51]; [165].

Ранното откриване на пациенти в риск и бързото диагностциране на дълбоката венозна тромбоза остава медицинско предизвикателство. Един от методите е клиничния преглед, който установява типичните симптоми и едновремено открива тромбогенни рискови фактори. Въпреки това, за по голяма част от пациентите със симптоми, венозните тромбози обикновено са клинично неизявени по време на първоначалния преглед (Консенсус 2005). В литературата не са описани клинично надеждни ранни симптоми. Чувствителността на клиничния преглед е 50 до 90 процента за амбулаторни пациенти и между 0 и 40 процента за болни. Обратно, при по-малко от 50% от пациентите, предполагаемата клинична тромбоза може да бъде потвърдена с обективни методи [73].

4.2. Рискови фактори на венозната тромбоза

Основните рискови фактори за ДВТ и ВТЕ могат да се разделят условно на вродени и придобити.

Вродените са състояние което най-често се дължи на генни мутации, засягащи синтеза на така наречените естествени антикоагуланти и водят до

дефицит или непълноценност в действието на тези антикоагуланти (дефицит на фактор V-Leiden, на антитромбин III, протеини S или C и др.) или свръх синтез на протромбогенни фактори (фибриноген, хомоцистеин, фактори VIII, IX и XI и други) [128].

Основните придобити рискови фактори за ДВТ и ВТЕ включват:

- Продължителна имобилизация;
- Голяма травма или операция в предхождащите 3-4 седмици;
- Застойна сърдечна недостатъчност;
- Затлъстяване, напреднала възраст (> 75 години), продължително пътуване;
- Активен туморен процес или провеждана химиотерапия;
- Бременност и преждевременно раждане;
- Имплантация на различни сърдечни дивайси в големите вени или десни сърдечни кухини.

Спецификата в начина на живот на индивида в съвременното общество оказва негативно влияние върху здравето на човека и обуславя различни рискови фактори за развитие на дълбока венозна тромбоза. Стресът, тютюнопушенето, употребата на алкохол, стимулиращи, успокоителни и наркотични вещества, липсата на физическа активност, нездравословното хранене, склонността към рискови занимания, са предпоставки за висока честота на заболяването и смъртността, свързана с него [101]; [173].

С **повишаване на възрастта**, се увеличава рискът от ДВТ/ БТЕ. При пациенти под 40 г. рискът е 1/10 000, между 60 и 69 г. рискът е 1/1000, а при възраст над 80 г. – 1/10014. Вероятната причина е обездвижването и развитието на заболявания и състояния, свързани с повишен риск за ДВТ. Наднорменото

тегло увеличава до три пъти риска от ДВТ/ВТЕ, поради факта, че обездвижването причинява промени във венозната хемодинамика.

При **бременност и пуерпериум** рискът от ДВТ/ВТЕ се увеличава до 10 пъти. Хормоналните промени, обездвижването и компресията на вените от плода са общите рискови фактори, съпровождащи всяка браменност. При бременни се повишава нивото на кръвосъсирващите фактори ограничава се активноста на фибринолитичната система и нивото на естественият антикоагулант протеин S, което води до хиперкоагулабилитет и тромбогенна готовност. При напредването на бременноста плодът компресира долната празна вена и илиачните вени, вследствие на което се развива венозна стаза. При изследвания с Доплер се установява редуциране на скороста на венозния кръвоток във феморалната вена до 30% от нормата. Към тези фактори често се добавя и обездвижването. Всички това води до значително повишен риск за развитие на венозни тромбози по време на бременност и в ранният следродов период.

Оралните контрацептивни медикаменти и хормонотерапията увеличават до три пъти риска от ДВТ/ВТЕ. При високи дози прогестерон рискът се увеличава шест пъти.

Имобилизация – залежаване над три дни, парализи, гипсова имобилизация – увеличават десет пъти риска от ДВТ/ВТЕ. Венозната стаза създава условия за възникване на претромбозно състояние.

Пътуване – продължителното пътуване с кола и особено със самолет над 3 -4 часа, увеличава неколкократно риска от развитие на ДВТ/ВТЕ. При пътуване със самолет освен обездвижването, играе роля и бързото понижаване на атмосферното налягане.

Тютюнопушене - като самостоятелен рисков фактор тютюнопушенето увеличава минимално риска от ДВТ/ВТЕ, но при съчетаването му с други рискови фактори, той нараства значително.

Ятрогенни рискови фактори - централният венозен катетер е найчестата ятрогенна причина за развитие на венозни тровбози. Той увеличава неколкократно риска от ДВТ/ВТЕ;

Онкологични заболявания – често се открива „паранеопластичен синдром”, при който се развиват ДВТ и / или мигриращи повърхностни тромбофлебити. Причините за развитието на този синдром са комплексни: увеличаване прокоагулантите по повърхноста на туморните клетки или директното им произвеждане от тях, повишаване на тромбоцитната агрегация, активиране на фактор X и протромбина, вследствие на активиране на ендогенната или екзогенната системи на кръвосъсирване. Последната се активизира вследствие на тъкънната травма и отделяне на тромбопластин. Туморът също така причинява и директно увреждане на съдовия ендотел или компресия на вената с развитие на венозна стаза. Туморните заболявания увеличават седем пъти риска от ДВТ/ВТЕ, като при пациенти с тумори на панкреас, бял дроб, стомах, простата, матка и яйчници, честотата на венозните тромбози достига 40%; Аденокарциномът увеличава 20 пъти риска от венозни тромбози.

Мозъчен инсулт - многократно увеличава риска от ДВТ/ВТЕ, като това усложнение се развива при 30-60% от случаите. Освен тромбофилията, при тези боли играе съществена роля обездвиждането.

Миокарден инфаркт – увеличава значително риска от ДВТ/ВТЕ. До 35% от болните с остър миокарден инфаркт развиват това усложнение.

Хиперкоагулабилитетът, обездвижването и сърдечната недостатъчност играят роля за развитие на венозни тромбози.

Застойна сърдечна недостатъчност – 12 % от пациентите развиват ДВТ/ВТЕ;

Ортопедични операции – с много висок риск за ДВТ/ВТЕ. При 40-60% от пациентите се развива ДВТ.

Големи хирургически операции – абдоминални, торакални, гинекологични – с висок риск за ДВТ/ВТЕ, като ДВТ се развива при 30 % от пациентите. При хирургия на абдоминалната аорта ДВТ се развива при 41 % от пациентите, а при феморо-дистална хирургия – при 18% от болните. Механизмът за развитие на ДВТ и БТЕ е комплексен: тромбофилия, тъканна травма, с активиране на кръвосъсирването, директна травма на венозната стена, обездвижване с венозна стаза, хемоконцентрация.

Травми, фрактури, гипс – висок риск от ДВТ/ВТЕ. ДВТ се развиват при 20-40% от случаите. Активизиране на външната система на кръвосъсирване от механичната травма и честото обездвижване водят често до венозни тромбози 21.

Варикозни вени – умерен риск за развитие на ДВТ/ ВТЕ.

Нефротичен синдром – умерен риск от развитие на ДВТ/ВТЕ.

Посттромбозен синдром – висок риск от рецидив на ДВТ/ ВТЕ, особено в първата година след установената ДВТ. Рискът се увеличава значително в случаите, когато не е провеждана антикоагулантна терапия. Причината за рецидиви на ДВТ при постромбозен синдром са няколко: вродена, или придобита тромбофилия, или туморно заболяване; остатъчно поражение на

съдовата стена и клапите на дълбоките вени; смутената хемодинамика и венозен застой, съпътстващ този синдром.

Облитериращият тромбангиит също може да бъде рисков фактор за развитие на венозни тромбози, поради съпътстващия го хиперкоагулабилитет и честите мигриращи повърхностни тромбофлебити.

Познанието за рисковите фактори, честотата на венозни тромбози и ВТЕ при различни състояния и заболявания е изключително важно, тъй като спомага за определяне степента на риска от развитие на тромбоза при всички рискови групи, а също така е важно условие за пълноценно участие на медицинската сестра в профилактиката и превенцията на заболяването, и решаването на проблемите на пациентите не само в медицински, но и в социален аспект [51]; [73]; [133]; [166]; [173].

4.3. Осигуряване на качествени здравни грижи при пациенти с флеботромбоза

Здравните грижи са важен елемент в цялостния процес на лечение и основен фактор за качеството на здравните услуги, отражение на което е удовлетвореността на пациентите. Това придобива особена значимост в съвременните условия на пазарна икономика и конкуренция между лечебните заведения, чиято конкурентна способност и икономическа стабилност зависи, в немалка степен, от качеството и ефективността на здравните грижи. Тяхното повишаване е важна предпоставка за устойчиво развитие на здравните структури и зависи от дейностите в няколко основни аспекта:

-ефективно управление на грижите на базата на научнообосновани управленски модели;

-осигуряване на достатъчен брой персонал;

-повишаване квалификация и професионалните умения на персонала;

-мотивация на перспективи за кариерно развитие на персонала [19]; [21]; [22].

Управление на персонала, почиващо на научни основи, като една от найважните задачи на лечебното заведение в условия на затруднено финансиране, представлява отправна точка за всички реформи в сферата на здравеопазването. Съвременните социално-икономически реалности изискват адекватни концепции в управлението на здравните грижи, които да осигурят необходимото качество. То трябва да съответства на професионалните изисквания, критериите на организациите финансиращи здравеопазването, както и на интересите и съвременните разбирания на обществото.

Управлението на здравните грижи е процес, който има за цел мобилизирането на човешките ресурси и ресурсите на заобикалящата среда, с цел поддържането и благоприятстването на грижите за личността, която при своето непрекъснато взаимодействие със заобикалящата я среда, има някакви здравни преживявания [154]. Ефективното използване на ресурсите определя качеството на грижите, които са основен фактор за устойчивото развитие на здравното заведение при свободен избор на пациентите в условията на пазарна икономика и конкуренция между болниците [22]; [33]; [34]; [37]; [171].

Спецификата на работата в системата на здравеопазването, която произтича от индивидуалния характер на отделните здравни услуги, определя необходимостта от подготвени експерти – ръководители по здравни грижи. Те трябва да притежават компетенции за оценка на качеството на здравните грижи и прилагане на модели за управление с цел неговото повишаване [21].

Според редица автори от областта на мениджмънта и управлението, ролята на ръководителите се състои в планиране, организиране, насочване и

контрол на финансовите, човешките и материалните ресурси, с цел възможно най-ефикасно постигане на поставените от организацията цели [40]; [42]; [99]; [149]. Това изисква наличие на знания и умения за изпълняване на ръководни и административни функции [25]; [49]; [122]. Същевременно, задължително е тези ръководители да притежават качества, като поведение и отношение, които са специфични за управлението на здравните грижи, и отговарят на присъщите за сестринството концепции [95]; [145].

Съвременният модел на системата на здравеопазване изисква от ръководителите по здравни грижи нови компетенции, качества и поведение, които да отговорят на теоретичните постановки на съвременната наука мениджмънт. Професионалистите по здравни грижи, изпълняващи управленски функции, се ръководят в своята дейност от научни направления като управление, организация, икономика и политика [29]; [114]; [127]; [130].

Всичко това намира отражение в съвременната образователна система, която осъществява обучение на студенти по магистърски програми и предоставя възможности за повишаване на квалификацията.

Необходимостта от постигане на ефективно здравеопазване налага здравните мениджъри в едно с политическото управление на държавата да определят стратегическите насоки и практическите стъпки в решаването на проблемите на професионалното развитие и реализация на човешките ресурси в здравеопазването [46]; [63].

От изложеното до тук стана ясно, че ръководителите на всички нива в здравната система трябва да притежават комплекс от качества и умения за да ръководят успешно. Всеки ръководител на дадена структура трябва да има управленски, икономически и организационни познания [11]. Тези познания предоставят възможността за насочване на енергията на управляваните ресурси

в посока на постигане на ефективни резултати и повишаване на качеството. Най-важно е умението да се управлява човешкия фактор, който е движещата сила на всяка една организация. Намирането на правилните начини и подходи за справяне с проблемите, свързани с работната сила, дава възможност на всеки ръководител да постигне целите на организацията [36];
[48]; [66].

Успешното управление на здравните грижи се заключава в оптималното използване на ресурсите и насочването им към грижите за човека и неговото здраве. Ефективността на този процес и съвременните стандарти за качество на медицинската помощ, обуславят необходимостта от разработване и внедряване в практиката на научнообосновани модели за управление на здравните грижи [21]; [22]. Това трябва да се основава на съвременните теоретични подходи и концепции в мениджмънта на човешките ресурси и икономическата рентабилност на лечебните заведения. Задължително условия за прилагане в практиката на единен методичен модел за управление на здравните грижи, освен наличие на квалифициран персонал, е информационното осигуряване, като основна част от технологията и развитието на здравната система [123]; [124]; [125]; [141].

Правилното организиране на дейноста на професионалистите по здравни грижи изисква да бъдат разработени управленски средства, които да дават указания за извършване на дейностите и грижите според съществуващите стандарти и добри практики. Въз основа на това може да се извършва контрол на дейностите и качеството в съответната болнична структура [22].

Въвеждането в практиката на модел за управление на здравните грижи е предпоставка за повишаване качеството на работата в болничните структури чрез прилагането на научнообосновани и практически утвърдени подходи,

методи и средства, които нямат приложение на този етап в сестринската практика в страната [21]; [23]. По този начин ще се подпомогне решаването на проблемите, свързани с определяне на отговорностите, дейностите, правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи, като важно условие за повишаване качеството на здравните грижи [118]; [119].

Основните функции на ръководителите по здравни грижи трябва да са насочени към: планиране, организиране, хигиена, контрол и оценка, взаимоотношения и обучение. Тези функции трябва да се осъществяват в единен и непрекъснат цикъл, което изисква способност за бързо преминаване от една управленска функция към друга [22].

Оптимизирането на управлението на сестринските грижи ще спомогне и за утвърждаване приноса на сестринската професия в съвременното и модернизирано здравеопазване.

Демографските промени в нашата страна, както и в много европейски страни, обуславят недостиг на човешки ресурси и умения, което затруднява прилагането на ефективни и резултатни здравни грижи [137]; [135]; [159]; [160].

Лекарите и професионалистите по здравни грижи, както и болничните мениджъри, са основната движеща сила за осигуряване и повишаване на качеството в системата на здравеопазването. Най-многобройната група от професионалисти в тази сфера са медицинските сестри. Те осигуряват непрекъснато наблюдение и грижи за пациентите.

В нашата страна, през последните години, въпреки повишения брой на обучаващите се професионалисти по здравни грижи, недостигът на персонал е проблем за почти всички медицински центрове и многопрофилни болници за

активно лечение. Персоналът, който трябва да работи в дадено отделение е регламентиран и има точно определен брой. Липсата на достатъчно професионалисти по здравни грижи неминуемо се отразява върху качеството на здравната услуга, което намалява удовлетвореността на пациентите и води до понижаване на конкурентната способност на здравното заведение като цяло.

Реформите в сферата на здравеопазването неотменно са свързани с научно управление на персонала, като една от най-важните задачи в условията на затруднено финансиране на лечебните заведения е изследването на реалната необходимост от персонал.

Доц. А. Петков прилага немска аналитична методика за изчисляване на необходимия сестрински персонал. Тази методика се основава на следните показатели:

- базовата стойност на сестринските грижи;
- стойности на грижите за различните групи пациенти;
- стойност за всеки приет пациент;
- стойности за обслужването на пациенти на дневен стационар.

Използва се класификация на общи и специални грижи разделени на следните групи: основни дейности; разширени дейности; особени дейности.

Прилагането на научни подходи и методики при управлението на персонала е гаранция за повишаване качеството на сестринските грижи [89].

В последното десетилетие се наблюдават нарастващи потребности от медицинска помощ при все по-ограничени финансови ресурси и намалена обезпеченост с професионалисти по здравни грижи в т.ч. медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, фелдшери, медицински и рентгенови лаборанти и други.

През последните години е регистрирано повишаване на броя на професионалистите по здравни грижи. Както се вижда на Фигура 1, през 2014 г. те са 48 158, а през 2001 г. - 46 423. Счита се, че за нормалното функциониране на здравната система това увеличение е недостатъчно. Според БАПЗГ, само необходимостта от медицински сестри е 60 000 при регистрирани към края на 2014 г. 31 772. За останалите професионалисти по здравни грижи съотношението от необходими към регистрирани е приблизително същото.

Фигура 2. Брой на професионалистите по здравни грижи в България за периода 2001 г. – 2014 г

Относителното разпределение на отделните специалисти от състава на професионалистите по здравни грижи, според проведено през 2012 г. изследване на Институт „Отворено общество“, е следното:

- медицински сестри – 69,90 %;

- акушерки – 9,40 %;
- лаборанти (медицински и рентгенови) – 10 %;
- фелдшери – 5,60 %; - рехабилитаторите – 2,90 %; - други – 2,50 %.

Съотношението на професионалистите по здравни грижи в лицето на медицинските сестри и акушерките, като най-голям общ дял от съсловието, към лекарите в България варира от 1,43 до 2,24 на 1 в различните райони на страната (Фигура 2).

Разпределението на медицинските специалисти в различните райони на страната е непропорционалното и небалансирано. Това затруднява достъпа на населението до здравни грижи и създава определени проблеми при работата на медицинския персонал. В някои региони се работи в намален числен състав или при липса на някои специалисти, които са твърде важни за местното здравеопазване. Така се влошава качеството на предоставяната медицинска помощ и се намалява ефективността и резултатите от медицинския труд [125].

В районите на Кърджали, Смолян, Ямбол, Шумен, Силистра и Русе, предвид по-малкото налични лекари, съотношението на медицинските сестри и акушерките към лекарите е от 1,9 до 2,2 към 1. В районите на София, Варна и Пловдив, където има голяма концентрация както на лекари така и на медицински сестри и акушерки, съотношението е от 1,43 до 1,59 на един лекар. Това е значително по-малко в сравнение със страните от Европейската общност, където на всеки лекар има две сестри. Приема се, че в глобален мащаб съотношението е същото като в ЕС [97].

Основната част от дефицита на медицински сестри се поема от извънболничната помощ, където много от общопрактикуващите лекари не наемат сестри в практиките си. В болничната помощ работят 61,40% от

професионалистите по здравни грижи, а в извънболничната помощ работят едва 9,90%. Това съдейства за влошаване на първичната профилактика и превенцията на болестите [21].

В същото време значително нараства миграцията на професионалистите по здравни грижи, което поражда дефицит на кадри. Част от миграционните потоци са насочени от по-малките градчета към големите населени места, което ограничава свободния избор на лечебно заведение и осигурения свободен достъп, намалява качеството на предоставяните здравни услуги и води до влошаване на условията за живот и развитие на малките населени места. В съвременното здравеопазване, дейностите на медицинската сестра включват не само милосърдие към болните и техническо изпълнение на лекарските назначения, но и събиране и анализ на информация и вземане на решения в рамките на нейната компетентност [124]. В съответствие с това се повишават и изискванията към професионалната квалификация на медицинските сестри [15]; [18]. Професионалните им задължения изискват непрекъснато запознаване с новостите в практиката и провеждане на мероприятия за повишаване качеството на здравните грижи в лечебните заведения [138]; [139].

Медицинските сестри все повече са ангажирани в професионални научни изследвания. Това е от полза както за професията, така и за пациентите. Значението на сестринското проучване се заключава в разширяване на компетенциите по отношение на грижите, образованието и управлението [164]. Тези изследвания могат да бъдат експериментални, описателни, предсказуеми, оценяващи и други [132]; [140]; [142]; [144].

Всеки ръководител по здравни грижи (медицинска сестра, акушерка, лаборант, рехабилитатор) за да изпълнява управленски функции, трябва да има

завършена бакалавърска или магистърска степен по „Управление на здравните грижи“.

Професионалната квалификация на здравните служители зависи не само от първоначалното им обучение в учебните заведения. В голяма степен тя се определя от тяхното обучение в здравните заведения, продължаващото обучение и продължителната квалификация, а също така и от кариерното им развитие [4]; [5].

Устойчивото развитие на човешките ресурси с акцент на върху специализацията на медицинските кадри и продължителното обучение е сред основните приоритети на Националната здравна стратегия [80].

Обучението в здравните заведения е системен процес за обогатяване на знанията, уменията и нагласата на работещите с цел те да съответстват в найголяма степен на изискванията за заеманите длъжности.

Принципите на обучение, гарантиращи неговата ефективност са следните:

- Здравните служители трябва да бъдат мотивирани да се обучават и непрекъснато да повишават своите знания, умения и професионална квалификация. За това е необходимо те да бъдат информирани за оценката на ръководството на болницата за съответствието на техните знания и умения с изискванията за заеманите длъжности. Необходимо е още те да имат ясна представа какво трябва да постигнат в резултат на обучението, като равнище на знания и умения, способности и поведение, както и до каква промяна в заплащането водят новите знания и умения, благодарение на който се увеличава професионалния и трудов принос на работещия в лечебното заведение;
- Процесът на обучение за всеки от включените в него, трябва да бъде насочван и ръководен;

- Обучението трябва да задоволява потребностите на хората и да бъде активен, а не пасивен процес и обучаваните да участват активно в конкретната обучителна програма;
- Използват се подходящи методи, които отчитат равнището на подготовката на обучаваните и техните интереси [125].

За ефективното функциониране на здравните заведения допринася разработването на индивидуален план за развитието на всеки член на персонала, съобразен с досегашното ниво на професионален опит и умения, личностна мотивация и психологическата характеристика.

Дейностите по обучение и развитие във всяка организация имат няколко цели, насочени към подобряване на изпълнението на работата и нейните качествени характеристики:

- Придобиване на нови и развитие на съществуващите знания и умения;
- Развитие на потенциала на здравните работници в съответствие с изискванията на работата и приоритетите на организацията;
- Подготвяне на персонала да се справя по-добре с промени и непредвидени обстоятелства;
- Предоставяне на възможност за конкурентно предимство;
- Подобряване изпълнението на служебните задължения и работата на екипите;
- Повишаване на удовлетворението от работата и личната мотивация;
- Даване на възможност за делегиране на по-сложни задачи на служителите, развитие на новаторско мислене и др.

Продължаващото обучение и продължителната квалификация се осъществява от отделите за следдипломно обучение на медицинските университети, чрез вътреболнични организационни форми или финансиране на обучението в други институции по следните направления:

- участие в национални и регионални здравни форуми;
- организиране на обучителни курсове в рамките на лечебното заведение по “Здравен мениджмънт” и “Здравни грижи”;
- организиране на обучителни курсове за работа с медицинска документация;
- участие на професионалистите по здравни грижи в курсове за следдипломна квалификация.

Кариерното развитие е процес на натрупване на знания, умения и компетентности при изпълнение на определени длъжности в конкуренция с другите [129]. Този процес спомага за:

- повишаване на качеството на диагностично-лечебния процес;
- поемане на нови задължения и отговорности;
- получаване на допълнително трудово възнаграждение.

Кариерното развитие включва целия път на човека - избор на професия, образование, период на зрялост, когато хората са в най - силния период на своята кариера. Понятия като „учене през целия живот”, „интердисциплинарен” и „мултидисциплинарен” подход при обучение са особено актуални в днешно време, като смисълът им се заключава в постигане на ефективно и устойчиво развитие на всяка една система.

Ефективността и качеството на здравните грижи са в пряка зависимост от мотивацията на персонала. До голяма степен тя се определя от социално-

икономическите условия за развитие на обществото при пазарната икономика [12]; [19]; [152]; [161].

През последните две десетилетия, във всички сфери на обществения живот, настъпиха значителни изменения, както в икономически, така и в социален план. Проблемите, с които трябва да се справят организациите, в стремежа си да оцелеят и да се развиват са разностранни по своя характер. Сред тях най-сложни са проблемите свързани с преструктурирането на системата на здравеопазване, промяната в юридическия статут и преструктурирането на лечебните заведения, с повишената конкуренция и потребността от конкурентоспособност, със спецификата на частния бизнес [80].

В индивидуален план, всичко това води до криза в ценностите и нагласите за труд, които са в пряка връзка с вътрешната мотивация на хората [32]; [69]; [81]; [82]. Тези процеси са най-силно изразени в преосмислянето на труда и на мястото на човека в организацията. Лечебните заведения, като икономическа и социална организация са нестабилни, подложени са на множество влияния и нарастваща криза на моралните задължения и мотивация на личността да изпълнява съвестно служебните си задължения и да повишава своите професионални умения и квалификация [22].

Мотивацията на хората за труд е една от основните предпоставки за организационната ефективност и успешното развитие [10]; [70]; [150]. За да осъществяват своята мисия и просперират в динамично изменящата се среда, лечебните заведения, разчитат на своите служители. Не само на уменията и способностите им, но особено много и на тяхната мотивация да прилагат и развиват своите професионални умения за повишаване конкурентната способност на организацията [21].

Неспособността на лечебните заведения да мотивират своите сътрудници, като обвържат целите на организацията с личните интереси на служителите за просперитет и кариерно развитие, предполага липса на перспективи за развитие и утвърждаване на пазара в условията на конкуренция между здравните заведения. Последствията за такива здравни заведения се изразяват във високо равнище на текучеството и ниска ефективност [44]; [57]; [106]; [162].

Всяко лечебно се стреми да развива професионално своите служители. Въпреки това, не всяка организация успява да задържи своите членове, да използва техният капацитет и да получи възвращаемост на онова, което е инвестирала в тях. Така необходимостта от привързаност и мотивация за резултати се разглежда в две посоки. Въпросът е не само да се задържат хората на работа, но и те да се мотивират да влагат усилия и да допринасят за постигането както на своите лични цели, така и за целите на организацията [13]; [55]; [56]; [107]; [108].

Мотивацията винаги е свързана с потребностите на индивида, с неговата психическа нагласа и наклонности към задоволяването им. Тя също е и процес засягащ поведенческия избор, насоченост, целите и наградите, получавани за дадени дейности [76]; [95]; [157].

Мотивите са фактори за въздействие върху човешкото поведение. Те могат да се определят още като подбуди, които много често са неосъзнати от хората отчасти или напълно. Една отделно разглеждана подбуда на човешкото поведение се определя като мотив, а взаимодействието на повече подбуди (мотиви) на човешкото поведение - като мотивация. Само когато има яснота по това кои мотиви определят трудовото поведение, може да се направят

разсъждения и изводи за най-подходящите мерки, които биха дали импулс за положително трудово поведение [74]; [85]; [86].

Мотивацията за труд може да се разглежда в две форми – вътрешна и външна мотивация.

Вътрешна мотивация са онези вътрешнопсихични фактори, продукт преди всичко на възпитание, но също така и на нагласа, генетично наследяване, интуиция и други, които влияят на хората да се държат по определен начин, или да следват определена цел. Тези фактори включват чувството за отговорност, възможността на хората да се развиват и ползват умения и способности, свободата на действие, възможностите за развитие, интересната работа и т.н.

Несъмнено, една организация, каквато и мотивационна система да създаде, трудно би могла да преодолее липсата на съответната нагласа – резултат, например, от възпитанието на един човек. Поради тази причина системата за подбор трябва да служи като организационен механизъм, който да умее да "пресява" хората, при които отсъства или не е достатъчна вътрешната мотивация за осъществяването на организационните цели [84]; [88]; [98].

Външна мотивация е системата от мениджърски действия, средства и подходи за мотивиране на служителите към постигането на целите на организацията. Тя включва фактори, с които се влияе върху индивидуалното поведение. Външните стимули често могат да имат бърз и силен ефект, но рядко продължителен, за разлика от вътрешните, които имат дълбок и траен ефект поради това, че са присъщи на индивида, а не са му наложени отвън. От

друга страна, не бива да се забравя, че двете форми на мотивация - вътрешна и външна, са взаимно свързани и си въздействат една на друга [96].

Заплащането на труда има основно значение за мотивацията на служителите, като се изразява в три аспекта:

- икономически - формира качеството и стила на живот на работещите хора;
- психологически - създава самочувствие и самоуважение;
- социален - определя персоналния статус в организацията и извън нея.

Удовлетвореността от труда също е важно условия за мотивацията на персонала. Тя отразява характера на чувствата, които хората имат към труда си. Позитивното и благоприятно отношение е индикатор за удовлетвореност, а отрицателното и неблагоприятно – съответно за противното. Факторите, влияещи върху удовлетворението от труда могат да бъдат:

- Вътрешно-мотивационни фактори, свързани със съдържанието на труда и отговорността към него;
- Външно-мотивационни фактори – свързани със заплащането и с условията на труда;
- Фактори на качеството на оперативното управление – по-голямата съпричастност на прекия ръководител повишава удовлетвореността от труда на подчинените, намалява текучеството и безпричинните отсъствия;
- Фактори на трудовия колектив – социалното взаимодействие в процеса на труда е важен фактор за постигането на удовлетвореност от труда;

- Фактори на успеха и неуспеха – успехът е генератор на удовлетвореност и се дължи на собствените умения и способности на служителя.

Повишената удовлетвореност от труда може да доведе до снижаване на текучеството, безпричинните отсъствия и конфликтите в колектива [90]; [82]. От друга страна, ниското ниво на мотивация води до намаляване качеството на работата, липса на старание при изпълнение на поставените задачи, индеферентност към пациентите, чести отсъствия [108]; [109]; [110].

Всяко лечебно заведение трябва да влага средства и енергия за обучение, продължителна квалификация и професионално развитие на своите служители. Това създава условия и перспективи за кариерно развитие и осигурява необходимата привързаност и мотивация чрез обвързване на личните цели с тези на организацията [23]; [79].

За ефективното функциониране на здравните заведения допринася разработването на индивидуален план за професионално развитие на всеки член на персонала, съобразен с досегашното ниво на професионален опит и умения, личностна мотивация и психологическата характеристика. Така се създават ясни перспективи за кариерно развитие на кадрите, като важна предпоставка за тяхната мотивация и задължителен аспект в политиката за развитие на човешкия потенциал на всяка една организация [22].

5. Характеристика на сърдечно – съдовите заболявания

Сърдечно-съдовите заболявания са най-значимата причина за смърт в Европа, като тази тенденция се отчита и в нашата страна. От починалите общо

108 526 души в България през 2018 г. с диагноза заболяване на органите на кръвообращението са били 70 546 лица или над 66% от всички починали.
Резултатите за 2018 година показват - 63,6% за мъжете и 41,9% за жените [6].

До сега у нас са извършени многобройни проучвания върху сърдечносъдовите рискови фактори сред различни възрастово-полови и професионални групи. Те представляват ценен принос по отношение изясняването на влиянието на различните екзогенни и ендогенни фактори върху заболеваемостта и смъртността от сърдечно-съдови заболявания.

Сред тези изследвания по мащабност се открояват "Проучване върху кръвното налягане сред българското население" на А.Пухлев и кол., "Проучване върху рисковите фактори за МСБ" на Д. Хаджиев, и А. Лехнер, проучване проведено през 1985 година в четири окръга по програмата CINDI (Counrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme).
През 1987 г. А. Киряков осъществява най-задълбоченото българско проучване върху хиперхолестеролемията сред българското население. Проведени са редица други по-малки проучвания в различни региони на страната[54].

Съществуват различни хипотези, относно причините за различните географски модели на ССЗ в отделните страни, за преобладаването на миокардния инфаркт или на мозъчния инсулт, но липсват доказателства в тази насока. Повишената вероятност за развитие на ССЗ се определя в голямата си част според някои автори от взаимодействието между гените, респективно техните продукти и факторите на средата, биологични, поведенчески и социални фактори[108].

Концепцията за мултифакторната етиология на сърдечно-съдовите заболявания е предложена през 60-те години на XX век от American Association

of Public Health след получаване на резултатите от редица проспективни проучвания върху етиологията на сърдечно-съдовите заболявания проведени в САЩ и Европа. Трите големи рискови фактори за формирането на коронарния риск: хиперхолестероемия, артериална хипертония и тютюнопушене. Към тези фактори се прибавят редица други – социално-икономически, генетични и други. През 1992г European Atherosclerotic Society стига до консенсус по отношение основните рискови фактори за сърдечно-съдовите заболявания. Като главни компоненти на глобалния кардиоваскуларен риск експертите посочват: възраст и пол; ниво на холестерола; ниво на HDL – холестерол: ниво на триглицеридите: тютюнопушене; артериално налягане; захарен диабет затлъстяване; фамилна обремененост; наличие на сърдечно-съдово заболяване

Характерно за сърдечно-съдовите рискови фактори е това, че причините за тяхната поява са многообразни и тяхното взаимодействие може да "усили" налични причинно-следствени връзки или обратно да ги "замъгли", понякога до такава степен, че те да изчезнат [110]; [113].

Застаряването на населението е свързано с увеличаване на хората с хронични заболявания и на инвалидите, които се нуждаят от подходящи и адекватни за тяхното увреждане здравни грижи, лечение и рехабилитация[115]; [116]. Според прогнозите процесът на застаряване ще става все по-интензивен и значим, а сърдечносъдовите заболявания (ССЗ) са основна патология сред възрастните хора. В сравнение с другите социално значими заболявания влиянието на сърдечносъдовите заболявания като тежест върху заболеваемостта на населението ще става все по-голямо. Социално значимите заболявания имат обществено здравни, икономически, психологически и други последствия, които не трябва да бъдат пренебрегвани. За постигане на

максимално удовлетворяване на многоаспектните потребности на лицата със сърдечно-съдови заболявания е необходимо да бъдат адресирани психични и социални проблеми като нарушено психично състояние, бедност, безработица и др., които увреждат качеството на живот на засегнатите от заболяване лица. Планирането на обществените разходи трябва да бъде насочено към постигане на по-добро качество на живот от хората в недобро здравно състояние [137]; [140].

Сърдечно-съдовите заболявания са основна причина за инвалидност и смъртност в България. Въпреки съществуващите доказателства, че голяма част от тях са предотвратими, не се отделят достатъчно средства за тяхната превенция. На всички пациенти със ССЗ трябва да се осигури достъп до сърдечна рехабилитация. Това включва систематично идентифициране, оценка, лечение и мониторинг на заболелите. За да се улесни този процес, трябва да бъдат развити организации, оборудване и средства за всеобхватни услуги. Ролята на сърдечносъдовите заболявания за оценка на здравето като качество на живота е от съществено значение. За повишаване на качеството на живот на лицата със ССЗ е необходимо да се подобри тяхното здраве във всички негови аспекти [54]; [130]; [84].

Психическото и социалното благополучие са съществени елементи от качеството на живот. Мултидисциплинарният подход е изключително важен за подобряване на грижите за лицата със сърдечносъдови заболявания, на качеството им на живот и на тяхната рехабилитация. Кардиолозите не могат сами да се справят с мениджмънта на ССЗ. Тъй като тези заболявания са резултат от множество взаимодействащи си рискови фактори, необходимо да се работи с експерти от други сфери. Лошата социална подкрепа и депресията пречат на възстановяването на засегнатите от сърдечносъдови заболявания

лица и повлияват негативно прогнозата. Оценката на настроението, лечението на придружаваща депресия и осигуряването на подкрепа трябва да станат рутинна част от сърдечносъдовата рехабилитация. Наложително е да бъде заделена адекватна част от бюджета за профилактика на сърдечносъдовите заболявания, както и да се разработят всеобхватни национални стратегии за мениджмънт на тези заболявания. Водеща роля в интегрираните грижи ще изпълняват лекарите в първичната здравна помощ, медицински сестри, кардиолози, психолози и други [110]; [145]; [146].

5.1. Честота и разпространение на дълбоката венозна тромбоза

Дълбоката венозна тромбоза е заболяване, при което се формира тромб в лумена на вена на дълбоката венозна система. Това предизвиква вторична възпалителна реакция, която постепенно обхваща тромба, венозната стена и пери венозните тъкани. Действителната честотата на венозните тромбози трудно се определя поради това, че немалка част от тях остават недиагностицирани. Данните, от епидемиологичните проучвания могат да бъдат само ориентировъчни. Реалната честота на заболяването и усложнения от дълбоката венозна тромбоза вероятно са неколкократно по-високи от установените данни. Честотата на дълбоките венозни тромбози варира около 1.5 на 1 000 души, като при жените е по-висока – до 3 на 1 000. При пациенти под 40 години е 1 на 1 000, докато тази при пациенти над 60 години достига до 1 на 100 [6]; [48].

Близо 25% от хоспитализираните пациенти имат някаква форма на ДВТ, като в повечето случаи тя остава неразпозната. Близо 50% от случаите с ДВТ развиват БТЕ. Честотата на белодробния тромбоемболизъм е около 1.4 на 1 000. В над 90% от случаите причината за БТЕ е установена ДВТ, най- често в долна празна

вена, илиачния и феморалния сегмент, по-рядко в субклавиалната, подбедрените, повърхностни или висцерални вени.

Честотата на ДВТ в САЩ е 2 милиона пациенти годишно, а в Европа – 648 000. В САЩ от БТЕ умират 200 000 годишно, а в Европа – над 500 000 годишно. От всички хоспитализирани в САЩ, 500 000 пациента развиват ДВТ, като 50 000 от тях (10%) умират.

Като причина за смърт БТЕ се нарежда на четвърто място след инсулта, инфаркта и раковите заболявания. При около 15% от всички аутопсирани пациенти се установява БТЕ.

Смъртността от БТЕ съставлява 1/2 от тази при злокачествените тумори и 1/3 от тази при мозъчните инсулти. До 45 % от повърхностните тромбофлебити имат съпътстваща Дълбока венозна тромбоза, която причинява БТЕ. Смъртността от БТЕ е около 6% от болните с ДВТ и 15% от болните с установена БТЕ, включващо до 1 месец от поставяне на диагнозата. Клинично над 50% от пациентите с ДВТ и 70 % от болните с тежки БТЕ остават неразпознати [6]; [65].

Посттромбозният синдром се развива в 30% до 50% от болните, а при нелекувани пациенти достига до 90% от случаите. Рецидив на ДВТ се установява при 10% от случаите лекувани до шест месеца с антикоагуланти, като той е неколкократно по-висок при нелекуваните пациенти. Рецидив на БТЕ се установява в 7% до 12 % от случаите до една година и до 30% в рамките на 8-10 години след първия инцидент. На базата на изнесените епидемиологични данни могат да се направят следните по-важни заключения:

- В САЩ и Европа честотата на венозните тромбози е относително висока, като те са една от водещите причини за смъртност.

- Те причиняват тежки ранни усложнения ВТЕ, които водят често до смърт на пациента. Половината от венозните тромбози водят до късни усложнения, които от своя страна водят до трайна инвалидизация.
- Венозните тромбози и БТЕ често рецидивират, като честотата на рецидивите достига една трета от пациентите. Сред хоспитализираните пациенти заболеваемостта и смъртността са високи, като една четвърт от болните с БТЕ умират в рамките на три години. Половината от случаите с Дълбока венозна тромбоза и Белодробна тромбоемболия остават клинично неразпознати [6]; [47];[55].

5.2. Дълбоки венозни тромбози на долните крайници

Най- честите венозни тромбози са тромбозите на долните крайници. В 90% от случаите именно те са източник на венозен тромбоемболизъм (ВТЕ). Причината за тази висока честота вероятно се крие във факта, че вените на долните крайници по-често са подложени на травматични въздействия и че тяхната хемодинамика е зависима от мускулната помпа и от обездвижването на пациентите.

Заболяването започва остро в половината от случаите а в останалите – подостро, с дискретни клинични оплаквания. В зависимост от основната причина за тромбозата, процесът може да започне от съдовата стена, с начален тромбоцитен тромб, към който се наслагва фибриновия тромб или в случаите, когато първопричината е в хемостазата или хемодинамиката, може да се развие фибринов тромб. Ако тромбът не е фиксиран за съдовата стена и е плуващ, първата му клинична изява може да бъде белодробна емболия. В случаите, когато тромбът е фиксиран за стената, той прогресивно нараства, като засяга проксимални и дистални венозни сегменти, а нестабилната му опашка често

емболизира. Процесът на нарастване на тромба е съпроводен от активизиране на фибринолизата - естествената защита на организма, като в някои случаи тя ограничава и спира тромботичния процес. Най-често тромбозата прогресира, при което обхваща плътно лумена на венозния съд и блокира венозния дренаж. Именно това е фазата, в която се появяват клиничните симптоми. Поради запушване на венозния съд, кръвта се дренира по обходни, колатерални вени, които се разширяват и понякога стават видими.

***Симптоми на Дълбока венозна тромбоза на долните крайници*:**

- Едем на целия крак или само на прасеца; Болка в крайника в покой или при движение; Болка при пасивна дорзална флексия на стъпалото; Повишена кожна температура; Зачервяване или цианоза на крайника; Тахикардия; Субфебрилна температура.

Наличието на болков синдром, едем и повишената кожна температура на крайника са насочваши симптоми за ДВТ (59%). Когато някой от тези симптоми е единствен, в 11% до 22% от случаите това е индикация за ДВТ.

Едемът на крайника е най-честият и важен симптом при ДВТ. Той е израз на нарушения венозен отток, вследствие на венозната тромбоза. Венозният оток има типична характеристика – той е твърд, субфасциален, обхваща прасеца при феморо-поплитеални флеботромбози и бедрото и прасеца и илиачни и илиофеморални тромбози. Не засяга дисталната част на стъпалото и пръстите дифузен е, а не локален, настъпва бързо – за един – два дни и винаги е съпроводен със слаба или по-силна болка, промени в цвета и температурата.

Болков синдром обикновено той настъпва внезапно, но понякога е лек, като постепенно болката се засилва. Причината за болката е разпъването на съдовата стена от тромба и масивния субфасциален оток. Локализацията е в областта на

подбедрицата и задколянната ямка (при феморо-поплитеални локализация на тромбозата) и ингвинална и подбедрена при илиачна локализация. Болката е в покой и при движение. Тя често е съпроводена от оток, промени в цвета и температурата на крайника.

Диференциалната диагноза на болковия синдром е широка - неврити, артрити, повърхностни флебити, травми, тумори, руптура на Бекерова киста, руптура на мускулни влакна, исхемична болка при остра или хронична артериална недостатъчност.

Промените в цвета и температурата на крайника са характерни за ДВТ, но само когато са в съчетание с едем и болка в крайника. Еритемът, цианозата и повишената кожна температура са свързани с нарушения венозен дренаж и застой на венозна кръв в крайника. Еритемът и цианозата обикновено са дискретни, както и повишената кожна температура, която се установява палпаторно като температурна разлика между болния и здравия крак.

Субфебрилната температура (до 38 градуса) е израз на активния тромботичен процес. Тя няма септичен характер, както е при еризипела.

Тахикардията най-често е израз на релативната хиповолемия, развиваща се поради задръжка на голямо количество венозна кръв, но тя може да бъде израз на ВТЕ, особено когато има пристъпен характер.

Белодробната емболия може да е първият симптом на венозната тромбоза. Това е т.н. сигнална емболия. Обикновено в рамките на няколко дни се изявяват симптомите на ДВТ. Такива пациенти нерядко се хоспитализират с диагноза бронхопневмония или стенокардия и едва след изявяването на флеботромбозата се поставя диагноза ВТЕ [6]; [55]; [84].

5.3. Дълбоки венозни тромбози на горните крайници

Тромбозата на вените на горните крайници е описана за първи път, като синдром, протичащ с болка и оток на ръката от сър J. Paget през 1875г. Найчестата причина за венозната тромбоза в горните крайници е класическият синдром на PAGET VON SCHROTTER или effort sindrom – синдром при усилие. В основата на този синдром стои външната компресия на субклавиалната вена, причинена от стеснено костно-клавикуларно пространство В резултат на повтарящо се движение (усилие) на рамото и ръката, от компресията се получават увреждания на интимата на вената. При стреса от усилието се получава хиперкоагулабилитет, в резултат на което се развива венозна тромбоза. Налице са и трите фактора за развитие на съдова тромбоза - венозна стаза, травма на интимата и хиперкоагулабилитет. Последният играе роля на водещ рисков фактор в случаите с вродена тромбофилия От този синдром страдат най-вече млади хора и спортисти, практикуващи спортове, свързани с натоварване на рамото и ръката (например тенис, гимнастика, щанги, ватерпол). На второ място по честота на венозни тромбози на горните крайници са индуцираните от катетър тромбози на вена субклавия (до 35% от случаите). Поставяне на катетър във vena subclavia причинява турбуленция и стеноза на венозния кръвоток, както и интимални лезии. Нерядко се развива локална тромбоза, която нараства и обтурира лумена на съда. При наличие на тумор и (или) на вродена и придобита тромбофилия, честотата на тези тромбози значително нараства.

При 28% от случаите с тромбоза на vena subclavia, причината е компресия от тумор в медиастинума и белия или черния дроб или увеличени лимфни възли в тази област. Продуцирането на прокоагулантни фактори от тумора повишава допълнително риска от развитие на венозна тромбоза.

При малка част от случаите причината за тромбозата остава неизвестна, но проследяването на тези пациенти нерядко установява развитието на върхов белодробен карцином в рамките на една година.

При симптоматични тромбози на вена субклавия има:

- бързоразвиващ се твърд едем на ръката и рамото;
- болка при движение и покой на ръката;
- зачервяване до цианоза на горния крайник; - повишаване на кожната температура.

Възможно е първия симптом на заболяването да е ВТЕ.

Разбира се, не винаги и не всички симптоми са изявени еднакво. Нерядко болката и отока са дискретни и единственият симптом при наличие на централен венозен катетър може да бъде дилатирани колатерални вени. В случаите, когато диагнозата не се постави навреме и не се проведе адекватно антитромбозно лечение, тромбозата може да прогресира във вена кава супериор с развитие на оток и цианоза на лицето и шията.

Честотата на белодробните емболии при венозните тромбози на горните крайници достига 20 – 36% , като в 10% от случаите те са фатални.

В хроничната фаза на заболяването в близо половината случаи се развива различен по тежест посттромбозен синдром с влошено качество на живот[47]; [48]; [6].

5.4. Белодробен тромбоемболизъм (БТЕ)

Между многото си функции, белият дроб има и функцията на филтър на кръвта, тъй като е първото капилярно русло през, което преминава венозната кръв и в тази си роля има привилегията да “обира” различни плуващи в кръвта частици. Не е известна честотата и физиологичния ефект на тази “рутинна микроемболизация” от клетъчни остатъци и тромб-съсиреци, но тя не е необичайна за белия дроб. При различни патологични процеси обаче, белите дробове могат да бъдат мишена на по-тежка емболизация със значителни нарушения на дихателната и сърдечната функция. Много често пациенти с рецидивиращ белодробен тромбоемболизъм (РБТЕ) остават недиагностицирани и след години се представят с картината на тежка белодробна артериална хипертония и хронично белодробно сърце с последваща тежка и рефрактерна дихателна и сърдечна недостатъчност.

Освен всичко друго, диагнозата и лечението на БТЕ затрудняват клиницистите, както малко други болести поради следните причини:

1. БТЕ се представя с неспецифични признаци и симптоми, които наподобяват други болести;
2. Смъртността на нелекуваните е доста по-висока в сравнение с лекуваните болни;
3. Кървенето като усложнение на лечението може да доведе до фатален изход;
4. Пулмоангиографията, т.нар. „златен стандарт” в диагностиката на БТЕ е трудно осъществима в редица случаи, поради различни причини (например през нощта) и е свързана с определени.

През последните години по отношение на БТЕ се отбелязва значителен напредък, който е свързан главно със следните направления:

1. Скали за оценка на клиничната вероятност за БТЕ;
2. Изследване на D-димер;
3. Спирална СТ пулмоангиография.
4. Нискомолекулярни хепарини.

Третата по честота причина за смърт в САЩ е Белодробния тромбоемболизъм с 600 000 - 650 000 случая годишно.Тя надхвърля 15% в първите 3 месеца след поставяне на диагнозата. При почти 25% от пациентите клиничната манифестация на БТЕ е внезапната смърт. Пак в САЩ общата честота на венозния тромбоемболизъм (ВТЕ), който включва белодробния тромбоемболизъм (БТЕ) и дълбоката венозна тромбоза (ДВТ), от друга страна, е от порядъка на 117 случая на 100 000 за година. След 60 годишна възраст ВТЕ инцидентите нарастват рязко и при мъже, и при жени като това става главно за сметка на БТЕ. Най-голяма е честотата сред хоспитализирани пациенти. Аутопсионни резултати показват, че около 60% от пациентите, починали в болница са имали БТЕ, но диагнозата е била пропусната в 70% от тях. Близо 400 000 пъти годишно диагнозата на БТЕ се пропуска в САЩ и поради този факт 100 000 пациента умират, въпреки че биха оживяли при подходящо лечение [48]; [79].

5.5. Повърхностни тромбофлебити

Тромбофлебитите на повърхностните вени се считат за леко заболяване, но имайки предвид тяхната голяма честота и високия процент на развитие на ДВТ и ВТЕ, изискват специално внимание и следва прецизно да се диагностицират и лекуват. Повърхностният тромбофлебит е възпалителна реакция на венозната стена със съпътстващ тромб. Не може да се направи рязко разграничение между дълбока венозна тромбоза и тромбофлебит. При ДВТ нерядко има съпътстващ

флебит, но е възможно наличие на тромбоза без флебит. При повърхностния тромбофлебит често се развива тромбоза, но може да има флебит и без тромбоза. Все пак за разлика от ДВТ, при повърхностния тромбофлебит винаги има възпалителна реакция на венозната стена. Една по-специфична форма на повърхностен тромбофлебит е септичният тромбофлебит, при който възпалението се причинява от инфекция, най-често причинена от венозен катетър.

Честота на повърхностния тромбофлебит. Тромбофлебитът е толкова често и толкова игнорирано заболяване, че реалната му честота е неизвестна. Допълнителен проблем представлява фактът, че само 50% от случаите се диагностицират своевременно, тъй като имат типични клинични симптоми. Една трета от пациентите подложени на интензивни грижи в реанимация развиват тромбофлебит, който често прогресира в ДВТ.

Около 40% от болните с остър миокарден инфаркт развиват повърхностен тромбофлебит, който може да прогресира до ДВТ и ВТЕ. *До* 50% от пациентите с варикозни вени развиват варикофлебити, които често прогресират до дълбока венозна тромбоза или имат съпътстваща такава. Това обяснява факта, че при тромбофлебитите има 3 пъти по-висока честота на ДВТ. Честотата на ДВТ със, или без придружаващи тромбофлебити е неизвестна, но за САЩ се приема, че е около 3 милиона случая годишно, при това цифрата се смята силно занижена. *Рискови фактори* за възникване на повърхностни тромбофлебити са като цяло същите, както при Дълбоката венозна тромбоза. По-голямо значение за развитието им имат травмата, варикозата, постромбозният синдром, бремеността, оралните контрацептивни препарати, раковите заболявания.

Тромбофлебитът е много често усложнение на варикозните вени. Застоят на венозна кръв, увреждането на съдовия ендотел от венозната хипертенсия и варикозата, механичните травми, това са комплексните причини за развитието на тромбофлебита при варикозата. Най-често се засягат вените на долните крайници – vena saphaena magna и варикозно променените й клонове.

Тромбофлебитът може да обхване постепенно цялата вена и да навлезе във vena faemoralis comunis, откъдето да емболизира. При развитие на ДВТ клиниката се променя, като отокът обхваща цялата подбедрица или бедро и подбедрица. Този процес може да продължи месеци, като обикновено за 3-6 месеца настъпва пълна или частична реканализация. Вената обаче остава с остатъчни стенотични или тромботични участъци и налична клапна инсуфициенция. Тази вена е непълноценна и причинява хронична венозна недостатъчност (ХВН) [84]; [47]; [55].

5.6. Остра артериална недостатъчност на крайниците

Синдромът на Острата Артериална Недостатъчност на Крайниците (ОАНК) е състояние на акутна артериална исхемия, дължащо се на внезапно прекъсване на магистралния артериален кръвен ток. При неправилно или закъсняло лечение, много често се стига до ампутация с висок оперативен риск, а при тежка интоксикация и до екзитус. Особено важен фактор е времето, с което се разполога за диагностика, транспорт, реанимация и лечение. Синдромът се наблюдава относително често – в около 1/3 от случаите периферната артериална патология се изявява първо като ОАНК.

Артериалната емболия (около 60%) се причинява при откъсване на тромби при вътресърдечна тромбоза (митрална стеноза или прекаран инфаркт),

имплантирана сърдечна клапа, ендокардит или миксом, тромби от аортна или артериална аневризма, от имплантирана съдова протеза или от атеросклеротични плаки. Те се спират на анатомично или патологично стеснение на артериалната система и предизвикват ОАНК.

Острата артериална тромбоза (около 20%) се развива внезапно в участък с критична стеноза на магистрална артерия, предимно нощем, когато артериалното налягане спада.

Артериална травма (около 15%) се наблюдава при външен кръвоизлив, когато се поставя Есмарх за временна хемостаза, колатералите се блокират и се задълбочава исхемията. При тъпа лезия на артерията или компресия без кръвотечение, са възможни диагностични грешки. Напоследък зачестяват и ятрогенните травми при инвазивна съдова диагностика.

Острото прекъсване на магистралния артериален кръвоток, съпроводено със спазъм на колатералите и с апозиционна тромбоза, причинява остра артериална исхемия. ОАНК от своя страна става причина за тъкана хипоксия и трансформиране на нормална аеробна обмяна в анаеробна. В кръвта навлизат калиеви и фосфорни йони, нередуцирани метаболити с киселинни радикали и голямо количество CO_2 – настъпва метаболитна ацидоза. С напредване на исхемията миофибрилите започват да се разграждат и в кръвта навлизат миоглобин и полипептидни комплекси. Всички тези продукти са изключително опасни и неминуемо водят до обща интоксикация в една или друга степен. Повишава се нивото на С-реактивния протеин и на ензимите (CPK, LDH) в кръвта. Процесът може да има летален изход.

Компенсираната форма на острата артериална исхемия е предмет на дискусия. При артериална травма или емболия спешната оперативна намеса е задължителна. При данни за артериална тромбоза с добра колатерална система

и компенсирана исхемия с тенденция за подобряване на състоянието е допустимо оперативната намеса да се отложи на фона на вазоактивно и антикоагулантно лечение до завършване на необходимите изследвания. До взимането на окончателно решение болният се оставя под наблюдение. През последните години в лечебната схема навлизат нови техники от областта на ендоваскувалната хирургия, вкл. тромболиза с катетър, последвана от балонна дилатация и други [6]; [48]; [65]; [113].

5.7. Хронична артериална недостатъчност на крайниците

Хронична артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК) е клиничен израз на хроничната диспропорция между необходимостта от кислород и доставянето му в тъканите на крайника. Дължи се на намален магистрален артериален кръвоток.

Според редица проучвания 1 млн. души население ежегодно се регистрират между 500 и 1000 нови болни в напреднал стадий на ХАНК, които се нуждаят от активно лечение.

Основният патогенетичен фактор за ХАНК е наличието на препятствие по пътя на магистралния артериален кръвоток. Патологичните процеси водят до артериална недостатъчност, която се проявява чрез периферна тъканна исхемия.

Най-честа причина за ХАНК е атеросклерозата – около 80%.

Възможните патогенетични механизми за възникването на атеросклероза при дълготрайно инхалиране на тютюнев дим са:

- оксидативни увреждания на ендотела
- повишена ендотелна контракция

- нарушена обмяна на кислорода
- нарушен клетъчен липиден обмен
- активиране на плазмения акоагулабилитет
- имунопатогенетични реакции

Диабетиците развиват пет пъти по-често атеросклероза отколкото недиабетиците. При продължителност на диабета по-малко от 10 години инцидентността на ХАНК е около 40-45%, а при повече от 10 години е около 60-65%. Спорно е дали диабетната макроангиопатия е отделна нозологична единица

През последните десетилетия се доказа, че инсулиновата резистентност играе ключова роля при т.нар. метаболитен синдром, който се характеризира като съчетание на затлъстяване, неинсулинозависим захарен диабет, хиперинсулинемия, хиперлипидемия, хипертония, кардиоваскуларни заболявания [83]; [84]; [47].

Около 50% от хората над 40 годишна възраст имат повишени стойности на общия холестерин. Причината за това са предимно нарушенията в храненето, генетичната предиспозиция, ендокринни нарушения, захарен диабет, бъбречни заболявания, чернодробни заболявания, дългосрочно лечение с бетаблокери, диуретици и циклоспорин.

Редица изследвания доказват епидемиологичната зависимост между хипертонията и ХАНК. Артериалната хипертония има превалентност около 20% сред възрастното население и се среща по-често при мъжете. Освен първичната или есенциалната хипертония (95% от пациентите), при 5% се очакват вторични форми, най-често с реновазална генеза в следствие на

атеросклеротичните промени. Атеросклерозата от една страна е следствие на хипертонията, от друга страна е нейн съпричинител.

Други изследвани фактори са напредналата възраст, пола, отрицателните емоционални стресове, затлъстяването и обездвижването [83]; [113]; [121].

При потискане на отрицателните емоции, при блокиране на самочувствието и личностните прояви, при социално отчуждаване рискът от внезапна сърдечна смърт нараства сигнификантно. Предполага се, че положителните емоции – спокойствието, хуморът, смехът и радостта имат профилактично действие срещу проявите на атеросклероза и пораждат положителни лечебни реакции в организма.

Затлъстяването като нозологична единица е значим и независим кардиоваскуларен рисков фактор, който може да причини проявата или да отключи и засили въздействието на други рискови фактори, като артериална хипертония, захарен диабет, хипер- и дислипидемия. Мастната тъкан има ендокринна активност, която играе роля при свързаните със затлъстяването здравни усложнения и заболявания.

Лицата с много намалена физическа активност умират два пъти по-често от сърдечно-съдови заболявания, отколкото лицата които провеждат редовно телесно обременяване. Умерената физическа активност най-вероятно е важен протективен фактор срещу атеросклерозата и нейните клинични прояви [108]; [110].

5.8. Хронична венозна недостатъчност

Хроничната венозна недостатъчност (ХВН) е едно от най-често срещаните заболявания в медицинската практика и е една от основните причини за заболяемост в много страни. Въпреки липсата на точни и недвусмислени

оценка за честотата й, съществува постулат, че от 30% до 50% от жените и от 10% до 30% от мъжете страдат от ХВН.

Венозната недостатъчност е прогресиращо заболяване, което се развива постепенно. Сред големия брой обективни белези и субективни симптоми, които придружават това заболяване във всеки стадий на развитието му едемът остава един от най-обективните и лесни количествено измерими белези на ХВН. В началния стадий на венозната недостатъчност, едемът се развива само при специфични обстоятелства: в края на деня – след продължителен прав стоеж, сезонни промени, пътуване. В по-късен стадий на венозното заболяване се наблюдава по-сериозно развите на венозната стаза и капилярна уязвимост, които водят до по-изразено микроцикрулаторно увреждане.

В крайните стадии на венозната недостатъчност венозното свръхналягане е силно изразено и лимфната система е напълно претоварена, което води до венолимфатичен едем. Едемът се придружава с тъканна склероза, фиброза, образуване на перикапилярен маншон от фибрин, разпад на микроциркулаторната мрежа, нарушения във вискозитета и т.н. Всички тези процеси в съвкупност водят до тъканна хипоксия – пусковият механизъм за трофични нарушения при ХВН [130]; [92].

6. Роля и значение на здравните грижи в лечебно-диагностичния процес и профилактиката при пациенти с дълбока венозна тромбоза

Важна роля в лечебно-диагностичния процес и профилактиката на заболяването изпълняват професионалистите по здравни грижи. Те са неизменна част от лекуващия екип на пациенти в амбулаторни или стационарни условия [128]. От тяхната квалификация и професионални умения

зависи ранната диагностика, превенцията и ефективността на профилактиката, което, от своя страна, има важно значение за предотвратяването и лечението на флеботромбозата. Познаването на основните рискови фактори за ДВТ и БТЕ, както и на основните принципи в диагностиката, лечението и профилактиката им, ще повиши възможността за навременно разпознаване и лечение на тези усложнения и ще подобри прогнозата при пациентите.

Основната дейност на професионалистите по здравни грижи се състои в контролирането и обучението на пациентите за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици, като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така, медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот, както в дома, така и в социалната си среда [145].

Всичко това до голяма степен определя удовлетвореността на пациентите от организацията и качеството на медицинското обслужване, което има фундаментално значение за конкурентната способност на лечебното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите [21]; [100].

Обзорът на литературата показва, че темата за социално-медицинските аспекти на грижите при пациенти с дълбока венозна тромбоза е особено актуална. Това се обуславя от високата заболеваемост и смъртност, определящи обществената значимост на заболяването. В медицинската практика липсва ясно обоснован алгоритъм за обучение на медицинските сестри, чрез който да се повишат възможностите за ранна диагностика и профилактика, а също така за решаване на проблемите на пациентите в социален и медицински аспект.

Подобряването на сестринските грижи, и ориентирането им съобразно спецификата на заболяването, има съществено значение за повишаване на качеството ефективността на здравните услуги и за утвърждаване приноса на професионалистите в съвременното и модернизирано здравеопазване.

Ефективната организация на здравните грижи, възможностите за повишаване на квалификацията и кариерно развитие спомагат за мотивацията на персонала като фактор за качество на здравните грижи, което намира отражение в удовлетвореността на пациентите. Това от своя страна е важно за икономическата стабилност на лечебните заведения и основа за устойчивото им развитие в конкурентна среда.

II. ВТОРА ГЛАВА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Цел и задачи на изследването

Целта на настоящото проучване е да се анализират здравните грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза, компетенциите на медицинските сестри и участието им в лечебния процес, като се предложи модел на здравни грижи за повишаване на качеството и ефективността.

За постигане на набелязаната цел са поставени следните **задачи**:

1. Да се проучат основните дейности, теоретичната и практическата подготовка на медицинската сестра, относно грижите за пациенти с дълбока венозна тромбоза.
2. Да се анализират компетенциите, необходими за пълноценното участие на медицинската сестра в оценка на рисковите фактори, лечението на пациентите и превенция на усложненията.
3. Да се проучи удовлетвореността на пациентите с диагноза флеботромбоза от качеството и организацията на здравните грижи в лечебните заведения.
4. Да се разработи модел на здравни грижи за пациенти с венозна тромбоза, основаващ се на научно-обосновани методи за гарантиране на по високо качество в диагностичния и лечебен процес.
5. Да се разработи програма за следдипломно обучение на медицински сестри относно рисковите фактори, диагностиката, лечението, профилактиката и усложненията на заболяването флеботромбоза (Приложение 3).

6. Да се проучи необходимостта от провеждане на обучение за пациенти и техните близки относно профилактика и превенцията на дълбоката венозна тромбоза.

Работна хипотеза:

Организацията на здравните грижи и компетенциите на медицинските сестри са гаранция за осигуряване на качествени здравни грижи при пациентите с флеботромбоза. Обучението и своевременното информиране на пациентите от квалифицирани медицински сестри създава условия за ефективна профилактика навременна диагностика и лечение, както и превенция на усложненията от венозната тромбоза.

2. Обект и предмет на изследването

Обект на проучване са пациенти с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза и медицински сестри, участващи в диагностично-лечебния процес.

Предмет на изследването е организацията на здравните грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза и потребностите от обучение и професионално развитие на медицинските сестри.

2.1. Логически единици на изследването:

В рамките на изследването са обособени две основни логически единици:

- медицински сестри, извършващи здравни грижи за пациенти с венозна тромбоза;
- пациенти, постъпили за болнично лечение с диагноза дълбока венозна тромбоза.

2.2. Признаци на наблюдение на логическите единици:

Признаци за медицинските сестри:

- признаци, отразяващи социалния статус;
- признаци, свързани с организацията на здравните грижи;
- признаци, свързани с професионалните компетенции;
- признаци, свързани с потребността от обучение.

Признаци за пациентите:

- признаци, отразяващи социалния и здравния статус;
- признаци, отнасящи се до качеството на лечебно-организационния процес – достъпност, информираност, организация на грижите;
- признаци отнасящи се до удовлетвореността от болничното лечение
- признаци, свързани с удовлетвореността на пациентите от здравните грижи, извършвани от медицинските сестри.

2.3. Технически единици на изследването

В представения дисертационен труд, като технически единици на изследването са определени лечебни заведения в шест населени места на територията на Република България. Това са градовете Монтана, Смолян, Търговище, Ловеч, Ямбол и София. Те са избрани в съответствие с административно-териториалното устройство на страната и Законът за регионалното развитие на страната [64].

Изследването е проведено в лечебни заведения за болнична помощ, които са многопрофилни болници за активно лечение:

- МБАЛ „Д-р Стамен Илиев" АД, гр. Монтана;
- МБАЛ „Братан Шукеров" АД, гр. Смолян;
- „МБАЛ Търговище" АД, гр. Търговище;
- „МБАЛ - Благоевград" АД, гр. Благоевград;
- МБАЛ „Св. Панталеймон" АД, гр. Ямбол;
- „Първа МБАЛ" ЕАД, гр. София.

2.4. Характер и обем на изследването

В проучването са включени общо 1200 респондента, от които:

- 600 професионалисти по здравни грижи от лечебните заведения;
- 600 пациенти, постъпили в лечебните заведения за болнично лечение;

2.5. Място и време на провеждане на изследванията

Изследването е проведено през периода 2016 и 2019 година в посочените лечебни заведения.

Работата е извършена самостоятелно с разрешение на Изпълнителните директори на болниците.

Използвано е сътрудничеството на ръководителите по здравни грижи във всяка болница.

2.6. Етапи на изследването:

Етап I. Подготовка и провеждане на анкетно проучване в лечебните заведения което включва:

- Изработване на анкетна карта и анкетиране на медицинските сестри; -

Изработване на анкетна карта и анкетиране на пациенти.

Етап II. Анализ на данните от анкетното проучване и тяхната обработка със статистическа компютърна програма SPSS v.19.

Етап III. Разработване на модел за здравни грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза и програма за следдипломно обучение.

2. Методи на изследване

3.1. Документален – медицинска документация

3.2. Социологически

Основава се на използването на пряка индивидуална анкета. За целта са изработени два вида анкетни карти:

- Анкетна карта 1 за медицински сестри (Приложение 1); - Анкетна карта 2 за пациенти (Приложение 2).

Всички участници в проучването са изразили своето информирано съгласие.

3.3. Статистически.

Данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19. с качествени и количествени параметри за идентифициране на проблемите.

При анализиране на получените данни от изследванията са използвани следните статистически методи:

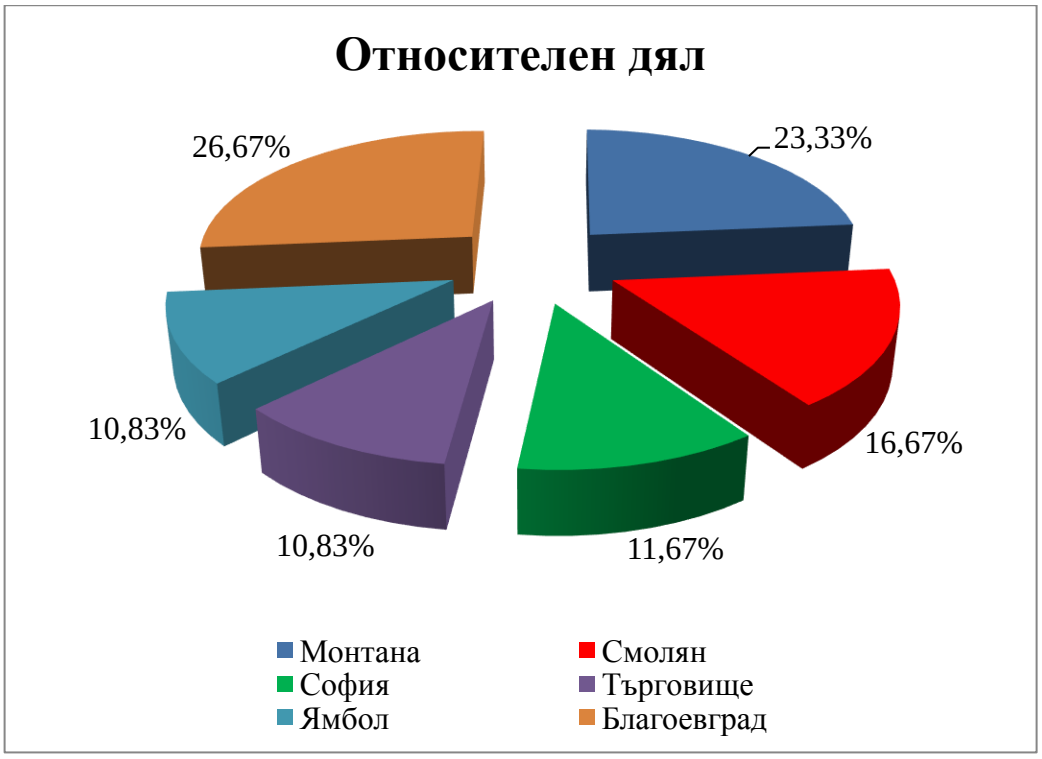
- Честотен анализ на качествени променливи с абсолютни честоти, относителни честоти, кумулативни относителни честоти;
- Вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение, доверителен интервал на средната стойност;
- Метод за проверка на хипотези–хи-квадрат (Chi–square tests: Pearson Chi- Square, Likelihood Ratio, Linear-by-Linear Association) за търсене на връзка между качествени променливи.

Използвано е критично ниво на значимост 0,05. Нулевата хипотеза е отхвърлена при стойност на $p \leq 0,05$ [145]; [147].

III. ТРЕТА ГЛАВА. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на професионалистите по здравни грижи

Съвременното ниво на сестринството изисква от медицинската сестра способността самостоятелно да оценява състоянието и нуждите на пациента и да взема обосновани решения, свързани с определени отговорности, като от нейната професионална компетентност зависи ефективността на лечението и удовлетвореността на пациента. За предоставяне на ефективни и качествени здравни грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза, е необходимо медицинските сестри да притежават съответните професионални умения, позволяващи им да участват пълноценно в цялостния процес на профилактика и лечение в съответствие със своите компетенции.



Фигура 3. Разпределение на анкетираните медицински сестри по райони от страната

Медицинските сестри, включени в проучването са от различни лечебни заведения – болници за активно лечение, в шест населени места на територията на Република България. Това са градовете Благоевград, Монтана, Смолян, София, Търговище и Ямбол, които са избрани в съответствие с административно-териториалното устройство на страната и Законът за регионалното развитие на страната [64]. Относителният дял на тяхното разпределение е между 10,83% и 26,67 % .

В Таблица 1 е показано разпределението на анкетираните професионалисти по здравни грижи според тяхната възраст.

Таблица 1. Разпределение на професионалистите по здравни грижи по възраст

Възраст	**Брой**	**Относителен дял [%]**
до 27	89	14,83
28 – 35	122	20,33
36 – 44	145	24,17
45 – 52	125	20,83
53 – 60	92	15,33
над 60	27	4,50
Общо	600	100,00

Най-голям е относителният дял на медицинските сестри на възраст между 36 и 44 години – 24,17 %, както и на възраст между 28 – 35 години и 45 - 52

години – съответно 20,33 % и 20,83 %. Относителният дял на анкетираните до 27 години е 14,83 %, между 53 – 60 години – 15,33 %, а над 60 годишна възраст – 4,50 %. От данните се вижда, че изследването обхваща максимално широк възрастов диапазон на респондентите. Резултатите от изследването показват, че анкетираните медицински сестри имат професионален стаж от 3 до 47 години.

Таблица 2. Разпределение на медицинските сестри според професионалния им стаж в болничната помощ

Професионален стаж, години	**Брой**	**Относителен дял [%]**
3 - 10	113	18,83
11 – 20	163	27,17
21 – 30	155	25,83
31 – 40	140	23,33
41 - 47	29	4,83
Общо	600,00	100,00

Най-голям е относителният дял на тези с професионален стаж от 11 до 20 години – 27,17 %, както и между 21 - 30 години и 31 – 40 години – съответно 25,83 % и 20,33 %. Професионалният стаж на 18,83 % от анкетираните е между 3 и 10 години, а на 4,83 % - между 41 и 47 години. Образователната система предоставя възможности на професионалистите по здравни грижи да

повишават както образователната си степен – “бакалавър” и “магистър”, така и възможности за специализация в различни направления.

Таблица 3. Разпределение на ръководителите по здравни грижи според образователната степен, която притежават

Образование	Брой	Относителен дял [%]
Средно–специално	82	13,67
Полувисше	87	14,50
Колеж	89	14,83
Висше - бакалавър	153	25,50
Висше – бакалавър „Здравни грижи“	160	26,67
Висше -магистър "Управление на здравните грижи"	29	4,83
Общо	600	100,00

Получените резултати показват, че повече от половината от анкетираните медицински сестри (57,00 %) притежават висше образование. В това число, 4,83 % от анкетираните имат Магистърска степен “Управление на здравните грижи”, 26,67 % е относителния дял на сестрите с бакалавърска степен “Здравни грижи”, а 25,50 % имат бакалавърска степен по друга специалност, 13,67 % от анкетираните са посочили средно-специално образование, 14,50 % - полувисше образование, а 14,83 % от

професионалистите по здравни грижи са завършили колеж. Този факт е показателен за все по-нарастващото значение на образователния ценз за работещите в системата на здравеопазването, както и за тяхната мотивация за кариерно развитие в съответствие с повишаване на своята квалификация.

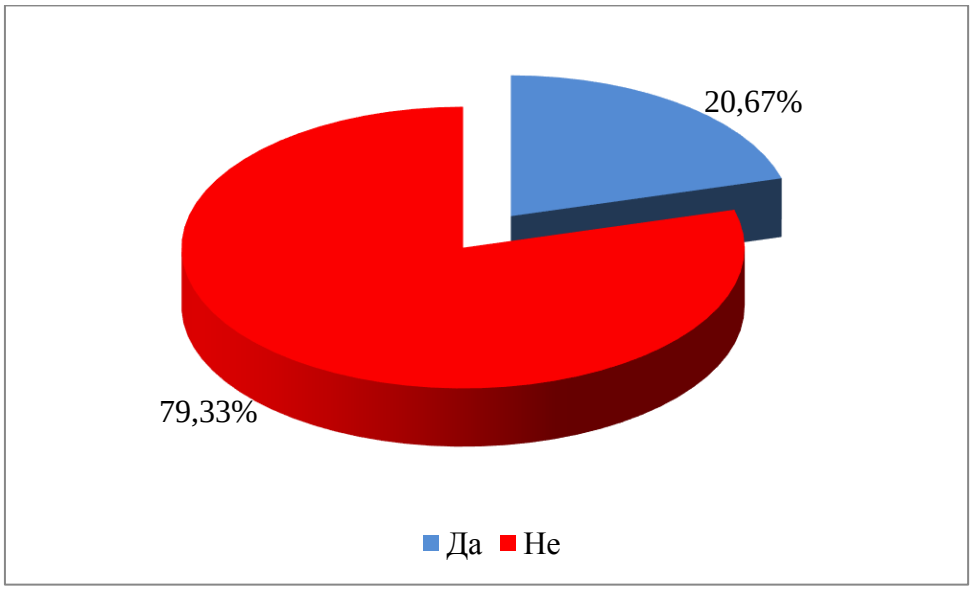
Следдипломното обучение на медицинските сестри продължава и на работното място. В болниците се разработват общо болнични програми за професионално обучение, като в повечето случаи те са съобразени с потребностите от придобиване на знания по определена тематика.

Продължителната квалификация е непрекъснато обучение в процеса на професионалната дейност под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, програми за дистанционно обучение. За продължителна квалификация се счита и участието в семинари, конгреси, конференции, симпозиуми, публикации в научни издания и др. Висшите медицински училища (ВМУ) и медицинските колежи (МК) организират, регистрират, провеждат и контролират следдипломното обучение на специалистите с висше образование.

Всичко това, пряко или косвено, влияе върху качеството на медицинската помощ като допринася за повишаване на компетенциите и професионалните умения на професионалистите по здравни грижи, и същевременно спомага за тяхната мотивация при изпълнение на служебните задължения в съответствие с целите на лечебното заведение.

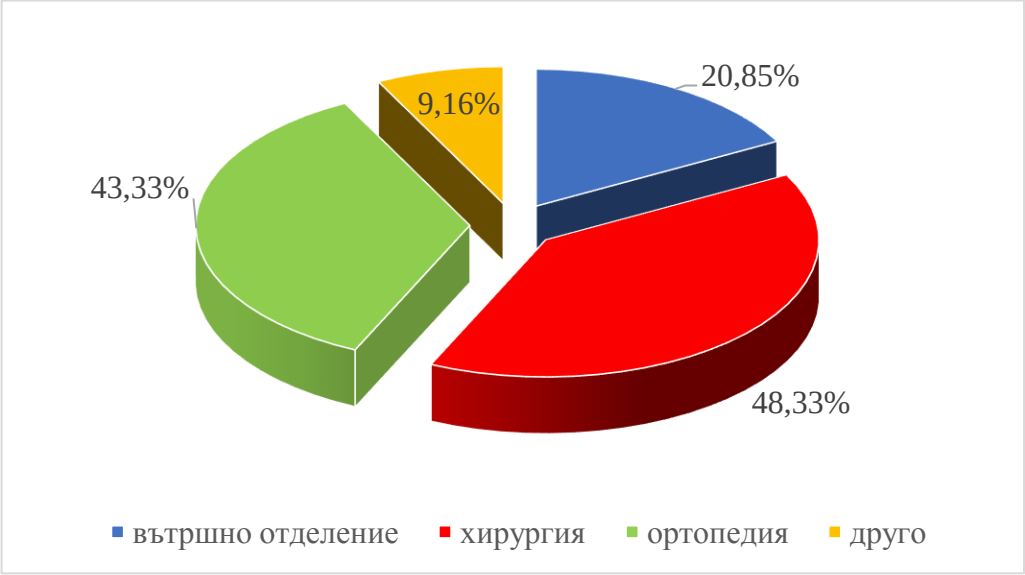
Повишаването на качеството на здравните грижи и устойчивото развитие на човешките ресурси изисква това съотношение да се измени в посока на увеличаване относителния дял на медицинските сестри, които притежават

следдипломна квалификация. Това може да се постигне чрез оптимизиране на организацията в лечебните заведения с цел предоставяне на по-големи възможности в контекста на европейските принципи за “непрекъснатост на обучението през целия живот”, а също и чрез повишаване на мотивацията на ръководителите и професионалистите по здравни грижи да развиват своите професионални компетенции, имайки ясна перспектива за кариерно развитие.



Фигура 4. Разпределение на професионалистите по здравни грижи според наличие на придобита следдипломна квалификация

От получените данни се вижда, че в разпределението им според наличието на придобита следдипломна квалификация, значително доминира относителният дял на тези, които нямат такава. Едва 20,67 % от анкетираните са посочили, че притежават следдипломна квалификация.



Фигура 5. Разпределение на респондентите според спецификата на здравните грижи и болничните отделения

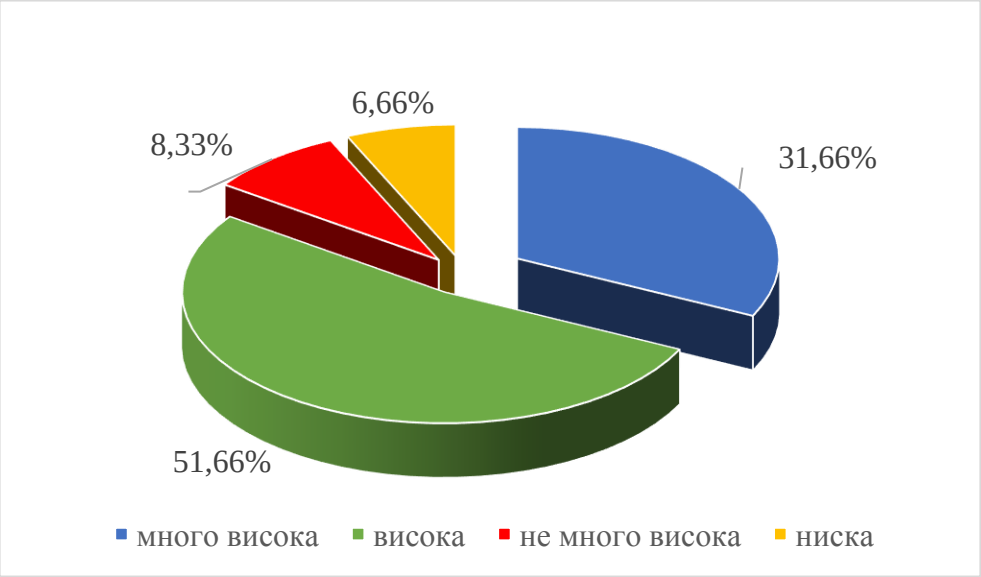
На Фигура 5 е представено разпределението на медицинските сестри според спецификата на здравните грижи в болничните отделения. Значителен е относителният дял (48,33 %) на анкетираните от хирургично отделение, 43,33 % - ортопедия и травматология, 20,85 % - вътрешно отделение, а 9,16 % са посочили друго отделение. Това разпределение общо взето, е в съответствие с рисковите фактори и спецификата на заболяването, към което потърпевши са най-често пациентите в хирургичните и ортопедичните отделения на лечебните заведения.

Медицинските сестри имат важна роля в лечебно-диагностичния процес и профилактиката при пациентите с диагноза флеботромбоза. От тяхната квалификация и професионални умения зависи качеството и ефективността на извършваните манипулации, ранната диагностика, превенцията и ефективността на профилактиката, което, от своя страна, има важно значение за предотвратяването и лечението на заболяването.

Медицинските сестри контролират и обучават пациентите и техните близки, за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици, като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така, медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот, както в дома, така и в социалната си среда.

Всичко това до голяма степен определя удовлетвореността на пациентите от организацията и качеството на медицинското обслужване, което има фундаментално значение за конкурентната способност на лечебното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

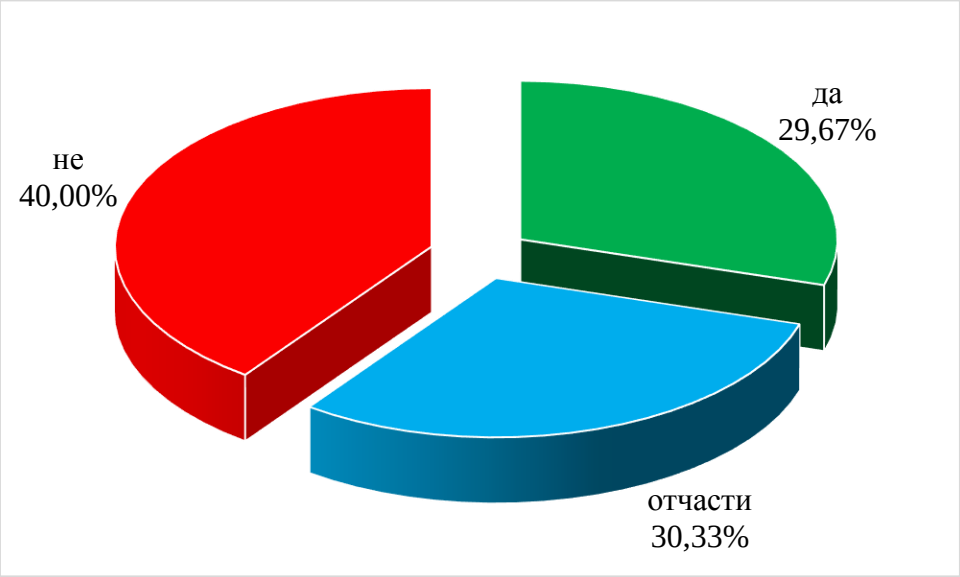
От данните на Фигура 6 се вижда, че професионалистите по здравни грижи възприемат достатъчно ясно значимостта на заболяването в неговата социална и медицинска същност, което е предпоставка за отговорно отношение към проблемите на пациентите в медицински и социален аспект, а също така, и за повишаване на своите професионални компетенции, позволяващи им пълноценно участие в цялостния процес на лечение.



Фигура 6. Социална и икономическа значимост на заболяването според професионалистите по здравни грижи

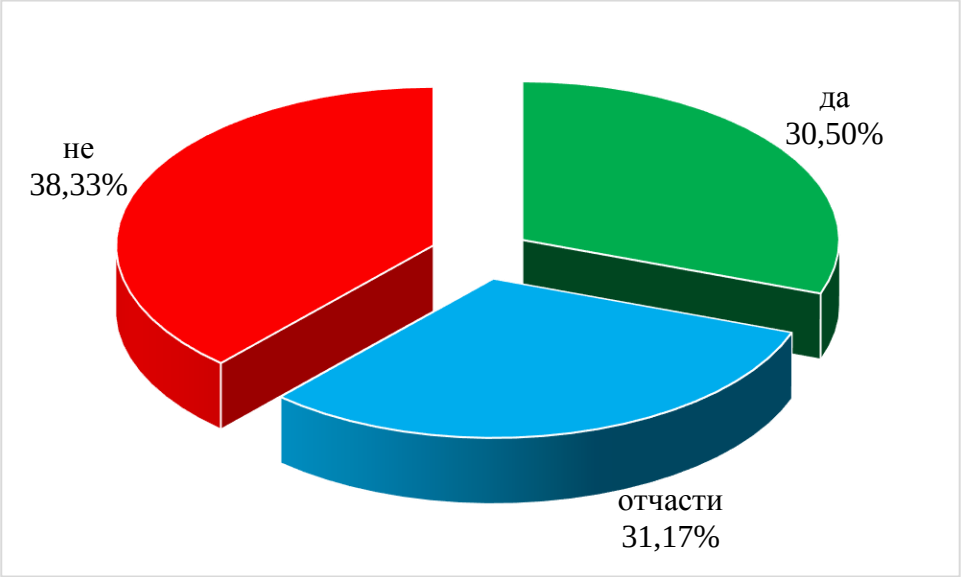
51,66 % от анкетираните медицински сестри определят социалната и икономическата значимост на заболяването като висока, а 31,66 % като много висока. Едва 8,33 % и 6,66 % от тях, считат, че тази значимост е не много висока или ниска.

Резултатите от изследването показват, че значителна част от медицинските сестри не разполага с достатъчно информация относно етиологията на заболяването (Фигура 7) и неговите симптоми (Фигура 8). В съответствие с това, сред голяма част от тях липсва увереност за наличие на знания и умения за разпознаване на първите сигурни признаци на заболяването.



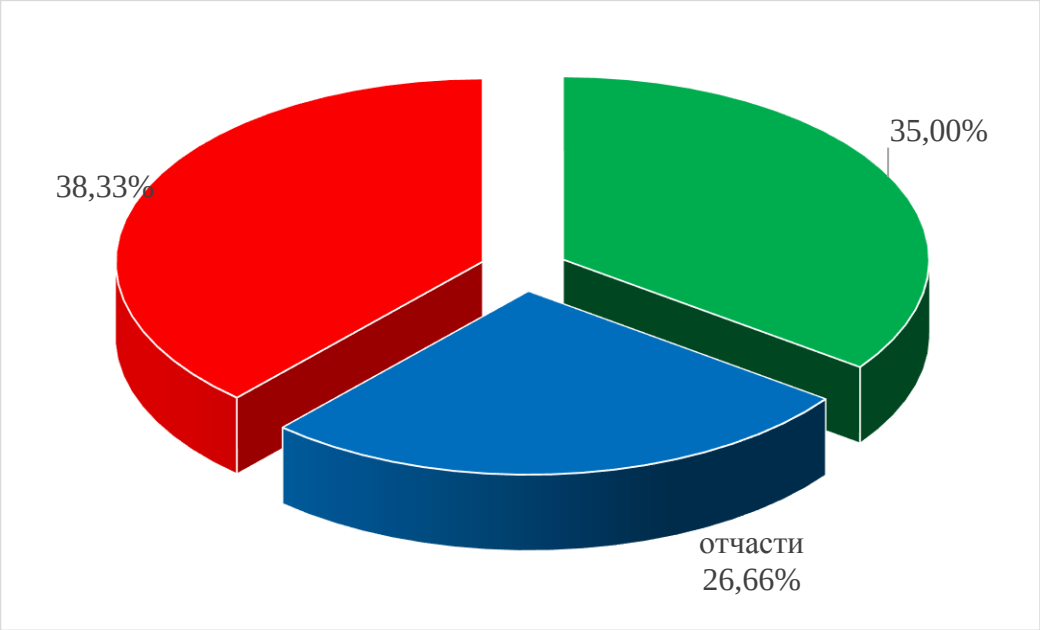
Фигура 7. Познаване на етиологията на заболяването

Както се вижда от данните, 40,00 % от анкетираните не познават етиологията на заболяването, а 30,33 % имат познания само отчасти. Едва по-малко от една трета от медицинските сестри (29,67 %) са посочили, че притежават информация относно етиологията на флеботромбозата.



Фигура 8. Познаване на симптомите на заболяването

Аналогични са резултатите от проучването на възможностите на медицинските сестри за разпознаване на симптомите на заболяването и първите му признаци. 38,33 % от анкетираните отговарят, че не познават симптомите на флеботромбозата, 31,17 % смятат, че притежават тази способност само отчасти, а 30,50 % дават положителен отговор.



Фигура 9. Разпознаване на първите сигурни признаци на заболяването

35,00 % от анкетираните медицински сестри са декларирали, че могат да разпознават първите сигурни признаци на заболяването, 26,66 % смятат, че имат възможност за това само отчасти, а 38,33 % от сестрите са посочили, че не разпознават първите сигурни признаци на дълбоките венозни тромбози.

Тези резултати са показателни за необходимостта от провеждане на специализирано обучение на професионалистите по здравни грижи относно рисковите фактори, диагностиката, лечението, профилактиката и усложненията на флеботромбозата. Разширяването на компетенции на медицинските сестри и специализацията им в конкретна насока, ще подобри качеството на здравните грижи, които трябва да бъдат съобразени с особеностите на заболяването и произтичащите от тях медицински и социални проблеми на пациентите. По този начин ще се повиши ефективността на лечението и удовлетвореността на пациентите и техните близки, като важно условие за икономическа рентабилност, конкурентноспособност и устойчиво развитие на лечебното заведение. Също така, предоставянето на възможности за допълнителното обучение на работното място, влияе благоприятно и на мотивацията на персонала, която е свързана с перспективите за повишаване на квалификацията и удовлетвореността от работата.

Професионалистите по здравни грижи са неизменна част от лекуващия екип на пациентите с флеботромбоза, както в амбулаторни, така и в стационарни условия. Организацията на работата в болничните отделения и качеството на здравните грижи определят, до голяма степен, удовлетворението на пациентите от медицинското обслужване, което зависи от качеството на

извършваните манипулации и процедури, от хигиената и цялостната организация на дейностите в отделението.

Преобладаващата част от професионалистите по здравни грижи оценят потребностите на пациента като постоянни – 43,33 %, а 29,00 % считат, че пациентите имат нужда от консултация и грижи, 10,00 % считат, че пациентите се нуждаят от обучение и подпомагане, и – 17,67 %. потребност от наблюдение и контрол. Това е положителен индикатор за отговарящо на принципите на сестринството отношение към пациента, което е задължително условие за качество и ефективност на грижите.

Таблица 4. Оценка на медицинските сестри относно потребностите на пациентите с флеботромбоза от грижи

Начин на възприемане	**Брой**	**Относителен дял [%]**
Потребност от непрекъснати здравни грижи	260	43,33
Потребност от обучение и подпомагане	60	10,00
Потребност от наблюдение и контрол	106	17,67
Потребност от консултиране за самообгрижване	174	29,00
Общо	600	100,00

Медицинските сестри осъществяват непрекъснат контакт и наблюдение на болните, което изисква умения за комуникация с пациентите и техните близки стриктно спазвайки границите на своята професионална компетентност.

Таблица 5. Осъществяване на комуникация с пациентите

Персонал	Брой	Относителен дял [%]
Медицински сестри	360	60,00
Лекари	120	20,00
Фармацевти	30	5,00
Диетолози	9	1,50
Социални работници	18	3,00
Санитари	9	1,50
Целият екип	54	9,00
Общо	600	100,00

Резултатите в Таблица 5 показват, че именно медицинските сестри са тези, които най-често осъществяват комуникация с пациентите – 60,00 %. В 20,00 % от случаите болните комуникират с лекари, 5,00 % с фармацевти, 3,00 % със социални работници, по 1,50 % с диетолози и санитари, а при 9,00 % от случаите комуникацията се осъществява от целия екип.

Тези данни потвърждават необходимостта от специализирано обучение на медицинските сестри за осъществяване на грижи за пациенти с флеботромбоза, което да повиши възможностите за ефективна комуникация с пациентите и техните близки.

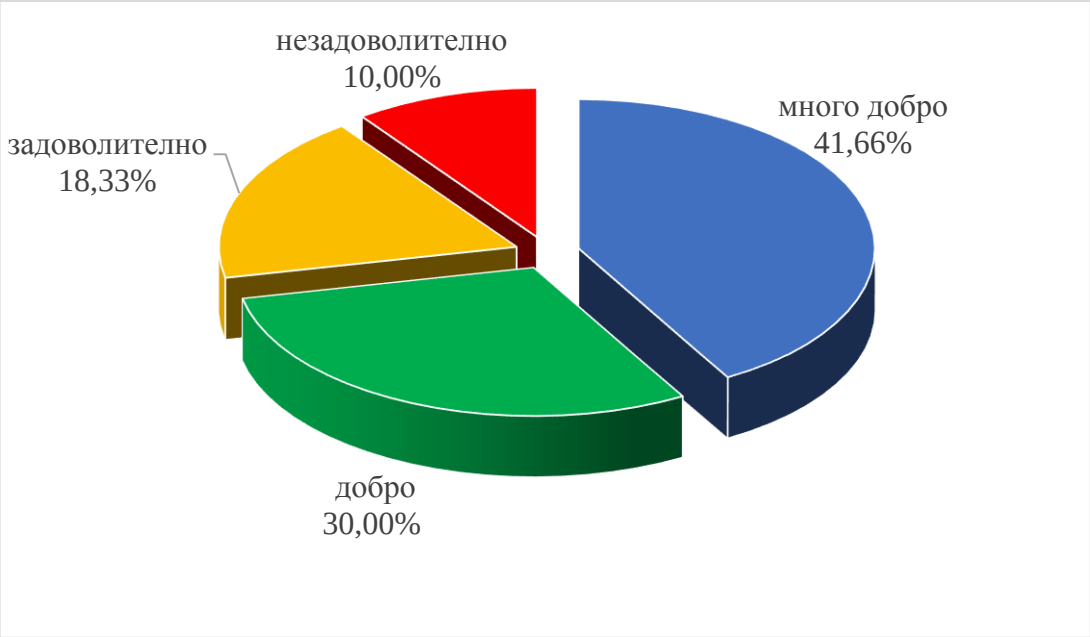
Тази комуникация често е възпрепятствана поради различни обективни и субективни фактори.

Таблица 6. Причини за затруднено общуване с пациентите

Причина	**Брой**	**Относителен дял [%]**
Възраст на пациента	220	36,67
Липса на време	190	31,67
Затруднения на пациента при общуване	130	21,67
Агресия от страна на пациента	60	10,00
Общо	600	100,00

Най-често, като причина за това се посочва възрастта на пациента – 36,66 %, което е естествено предвид на повишената честота на заболеваемостта с напредване на възрастта. Като втори по-значимост фактор, за нарушена комуникация с пациента, се посочва липсата на време – 31,66 %. Това може да се обясни с липсата на достатъчен брой квалифицирани професионалисти по здравни грижи, и представлява един от най-значимите съвременни проблеми на здравеопазването в нашата страна. 21,66 % от анкетираните, посочват като причина затрудненията в общуването на пациента. Според 10,00 % от професионалистите по здравни грижи, агресията на пациентите не позволява пълноценен контакт с тях, което също подчертава необходимостта от специални умения за работа с пациенти, имащи специфични нужди в медицински и социален аспект.

На Фигура 10 са представени резултати от проучване на мнението на медицинските сестри относно качеството на здравните грижи за пациенти с дълбоки венозни тромбози.

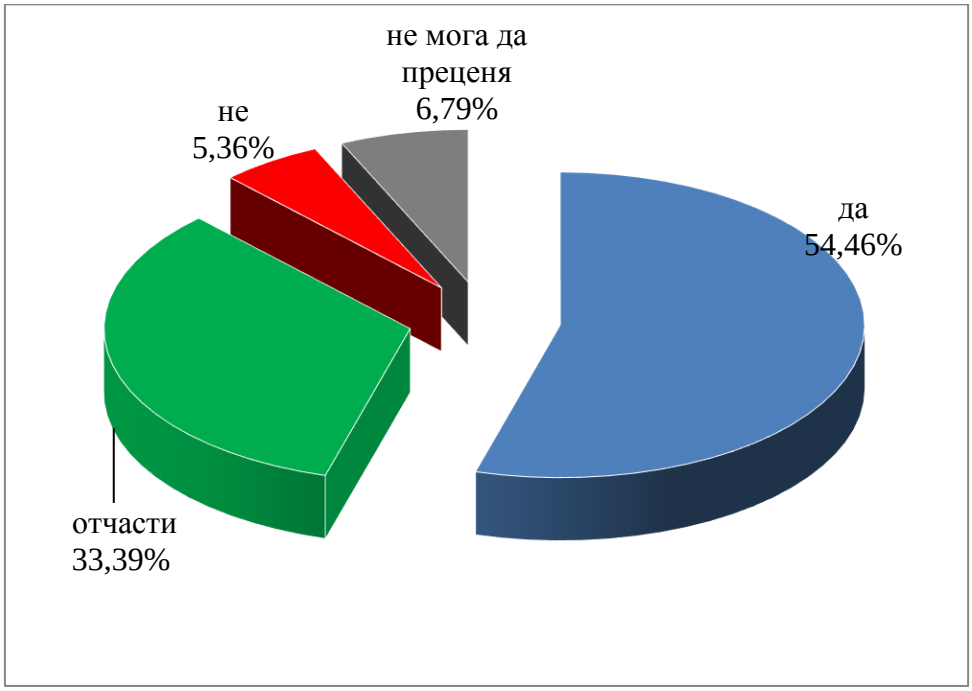


Фигура 10. Качество на здравните грижи за пациенти с флеботромбоза

Според 41,66 % от анкетираните, качеството на грижите, които отделението предоставя на пациентите с флеботромбоза е много добро, а според 30,00 % добро. Близо една трета е относителния дял на анкетираните медицински сестри, които считат, че качеството на грижите е задоволително – 18,33 % или незадоволително – 10,00 %. Това показва необходимостта от разработване на мероприятия за повишаване качеството на грижите, което може да се постигне чрез провеждане на специализирано обучение на медицинските сестри и въвеждане модел за осъществяване на грижите в

съответствие с особеностите на заболяването и медико-социалните проблеми на пациентите.

Тези резултати се потвърждават и от данните на Фигура 11, на която е представено мнението на медицинските сестри за необходимостта от специализирано обучение за предоставяне на качествени грижи на пациенти в дълбока венозна тромбоза.



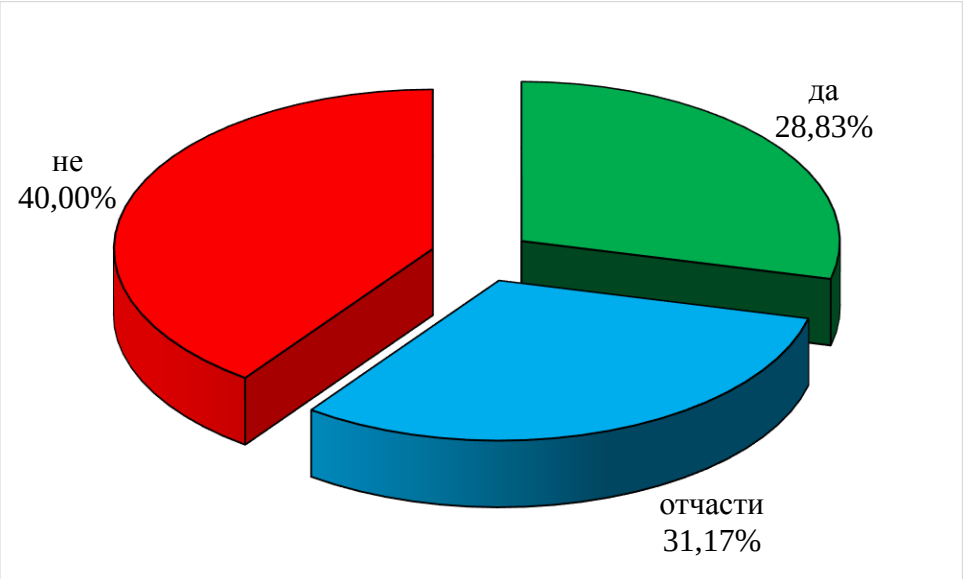
Фигура 11. Необходимост от специализирано обучение на медицинските сестри за грижи при пациенти с флеботромбоза

Близо две трети от анкетираните – 54,46 %, считат това за необходимо, 33,39 % за отчасти необходимо, 5,36 % отговарят отрицателно, а 6,79 % не могат да преценят. Качествени и ефективни здравни грижи могат да се осъществяват само при наличието на достатъчен брой квалифицирани професионалисти по здравни грижи, които притежават знания и умения за пълноценно участие в цялостния процес на лечение в съответствие със своите

компетенции, което подчертава необходимостта от специализираното им обучение, като част от цялостната политика на лечебното заведение за усъвършенстване на кадрите в контекста на съвременните разбирания за развитие на човешките ресурси.

Всичко това е част от стратегията на реформите в здравеопазването и системата на образованието и отговаря на европейските разбирания за развитие на научния потенциал чрез създаване на условия за непрекъснато повишаване на квалификацията и продължаващо обучение на работното място, като условие за качество и устойчиво развитие на всяка една организация.

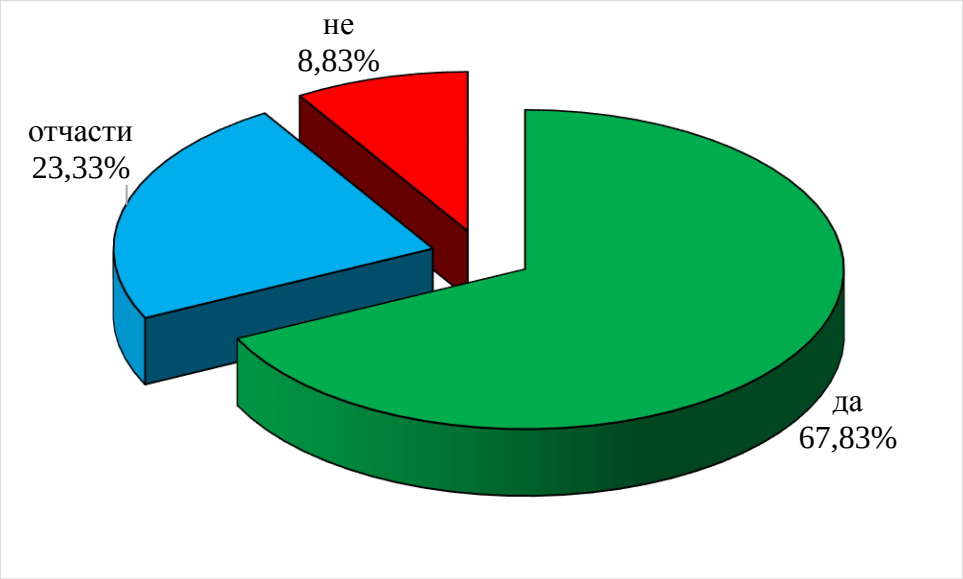
На Фигура 12 са показани данни от проучване на мнението на медицинските сестри относно тяхната преценка за информираността на пациентите по отношение на заболяването.



Фигура 12. Преценка на професионалистите по здравни грижи за информираността на пациентите относно заболяването флеботромбоза

Според 40,00 % от анкетираните, пациентите не разполагат с информация за заболяването, 31,17 % от смятат, че пациентите са само частично информирани, а само 28,83 % от медицинските сестри приемат, че пациентите са запознати с особеностите на заболяването.

Слабата информираност на пациентите по отношение същността на заболяването флеботромбоза и проблемите свързани с него, съответства на данните, представени на Фигура 14.

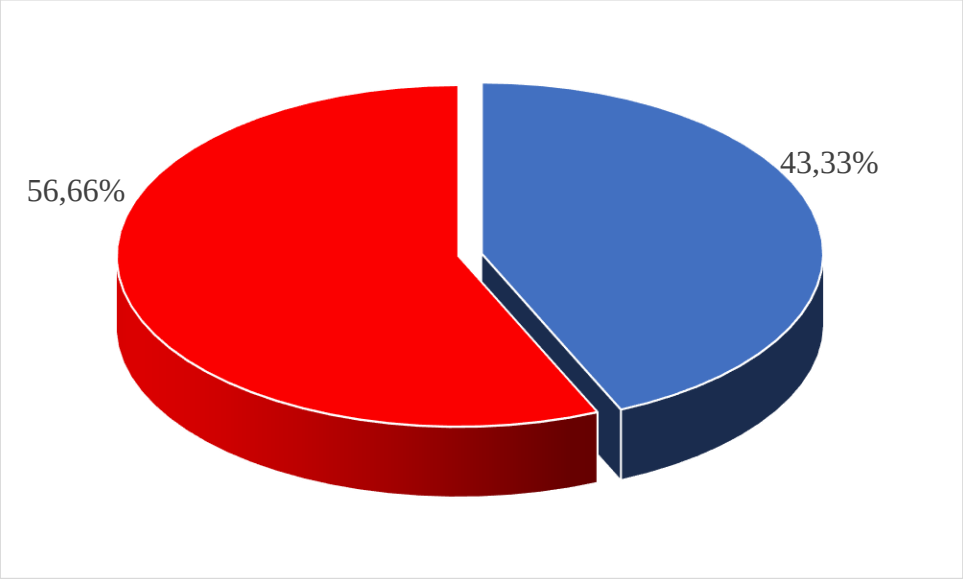


Фигура 13. Необходимост от провеждане на здравно обучение на пациентите и техните близки относно заболяването флеботромбоза

От тях се вижда, че болшинството от професионалистите по здравни грижи – 67,83 %, счита за необходимо провеждането на обучение сред пациентите и техните близки за повишаване на тяхната информираност относно профилактиката, превенцията и лечението на дълбоката венозна тромбоза. 23,33 % смятат, че това е необходимо отчасти, а едва 8,83% от анкетираните не считат това за нужно.

Познаването на спецификата и особеностите на заболяването от пациентите и техните близки е условие за ефективност на профилактиката и лечението, което допринася за решаване на проблемите им в медицински и социален аспект. Същевременно, това също потвърждава и необходимостта от специализирано обучение на медицинските сестри, които осъществяват комуникация с пациентите и близките им, и чийто задължения включват наблюдение, контрол и обучение на пациентите за точно спазване на лекарските предписания и създаване на навици за здравословен начин на живот.

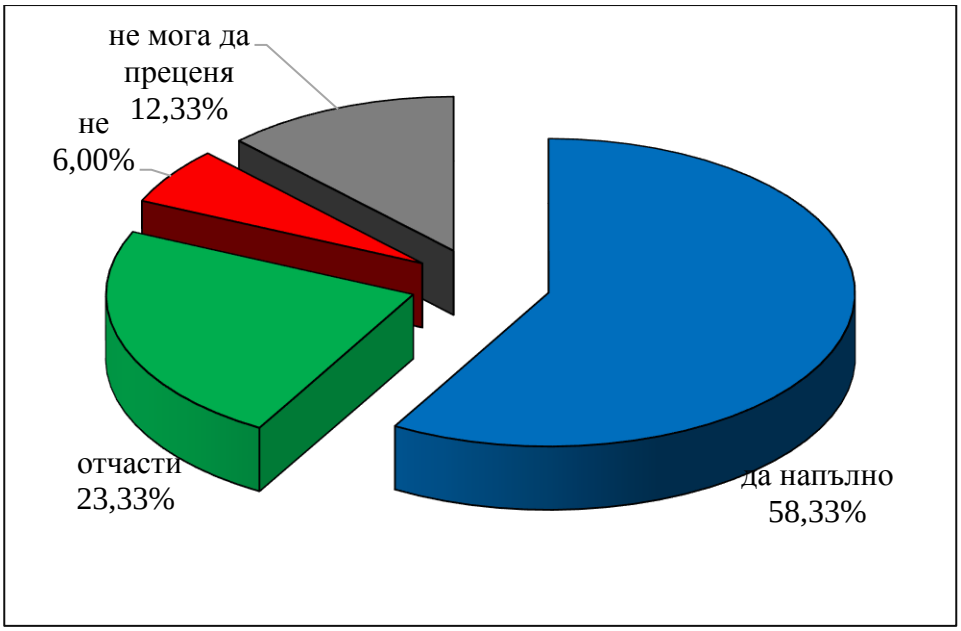
Грижите за пациентите с дълбока венозна тромбоза включват не само манипулации и процедури в болничните отделения. Често процесът на лечение изисква осъществяване на грижи в домашна обстановка. Това е свързано с решаване на проблемите на пациентите, както в медицински, така и социален аспект. В този контекст, интерес представляват резултатите от изследването, свързани с желанието и готовността на медицинските сестри да предоставят здравни грижи на пациентите с флеботромбоза в домашна обстановка.



Фигура 14. Желание от страна на медицинските сестри за предоставяне на грижи за пациентите с флеботромбоза в домашна обстановка

Данните на Фигура 14 показват, че по-голяма част от медицинските сестри – 56,66 % не изявява желание за това. Положително отношение по този въпрос са декларирали само 43,33 % от анкетираните. Това вероятно се дължи не само на отсъствието на ясно регламентирани правила за работа извън болничните структури, но и на липсата на конкретен модел за грижи при пациенти с флеботромбоза.

Резултатите от изследването показват, че по-голяма част от професионалистите по здравни грижи възприемат положително изработването и въвеждането на единен модел на здравните грижи за пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза.



Фигура 15. Необходимост от въвеждане на модел на здравните грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза

58,33 % от медицинските сестри считат това за напълно необходимо, 23,33 % от анкетираните изразяват резерви по този въпрос, 6,00 % не считат това за необходимо, а 12,33 % не могат да преценят .

Резервите или нежеланието на тази част от анкетираните вероятно са обусловени от съмнения за това доколко такъв модел ще съответства на квалификацията и компетенциите на професионалистите по здравни грижи и до каква степен лечебното заведение ще осигури условия за обучение на персонала.

Придържането към предварително разработен и въведен стандартен модел на грижите, съобразен със спецификата на отделението, позволява прецизирането на отговорностите на медицинските сестри. Неговото разработване включва комплекс от последователни дейности, като събиране на информация, анализиране на състоянието на пациента и поставяне на сестринска диагноза, планиране на грижите и тяхното осъществяване, оценяване състоянието на пациента. Това може да се осъществи само, когато цялата информация се документира от медицинската сестра в досието за здравни грижи. В този документ се отразява цялостната дейност по отношение на извършваните грижи, манипулации и процедури за пациента, като част от общото му досие.

За здравните заведения, които искат да предложат по-високо качество, е необходимо да създадат условия за обучение на професионалистите по здравни грижи за прилагане на адекватни грижи в съответствие със спецификата на заболяването и медицинските и социалните нужди на пациентите.

В Таблица 8 е представено значението на различните фактори за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи.

Таблица 8. Фактори за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи при пациенти с флеботромбоза

Фактори способстващи за подобряване на организацията на работа и качеството на здравните грижи	**Посочен като фактор с първостепенно значение**	
	Брой	**%**
Повишаване контрола от страна на ръководителите по здравни грижи	62	10,33
Подобряване на материално-техническата база в отделението	127	21,17
Увеличаване броя на медицинските сестри	244	40,67
Повишаване квалификация на професионалистите по здравни грижи	73	12,17
Изработване на модел за специализирани здравни грижи	94	15,67
Общо	600	100,00

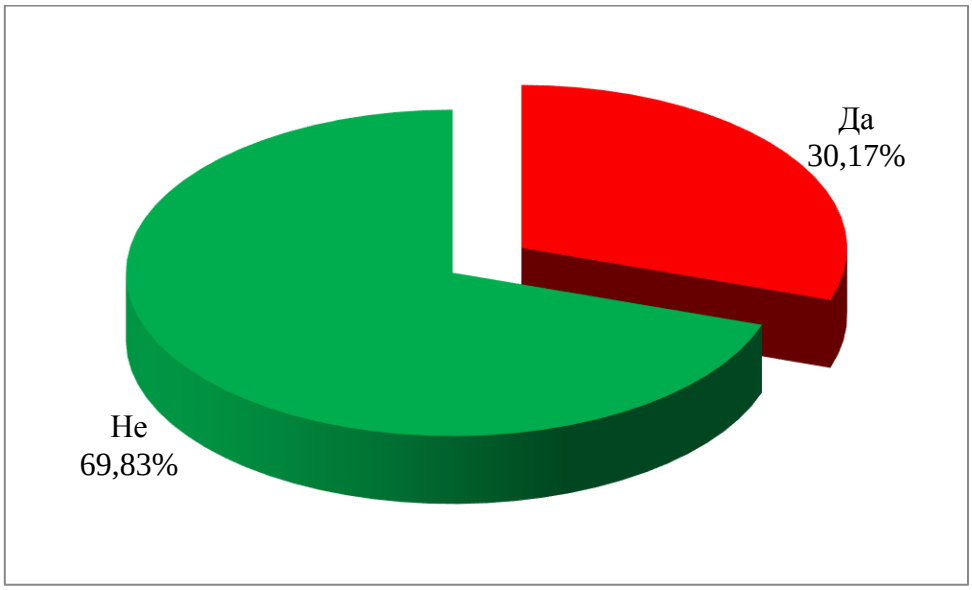
40,67 % от анкетираните посочват, като най-важен фактор за подобряване организацията на работа и качеството на здравните грижи, увеличаване на броя на медицинските сестри. Значителна част от тях (21,17 %) смятат, че качеството на грижите зависи от материално-техническата база, 10,33 % от анкетираните препоръчват повишаване контрола от страна на ръководителя, 15,67 % - изработване на модел за прилагане на специализирани здравни грижи

при пациенти с флеботромбоза и 12,17 % - повишаване квалификацията на медицинските сестри.

С подобряване на материално-техническата база и прилагането на съвременни информационни технологии и средства, както и със създаване на условия за повишаване на квалификацията и уменията на медицинските сестри, ще се увеличат и предпоставките за въвеждане на единен модел на здравните грижи за пациенти с флеботромбоза. По този начин ще се подпомогне цялостния процес на лечение, с което ще се повиши качеството и ефективността на медицинската помощ и ще се гарантира устойчиво развитие на здравните заведения.

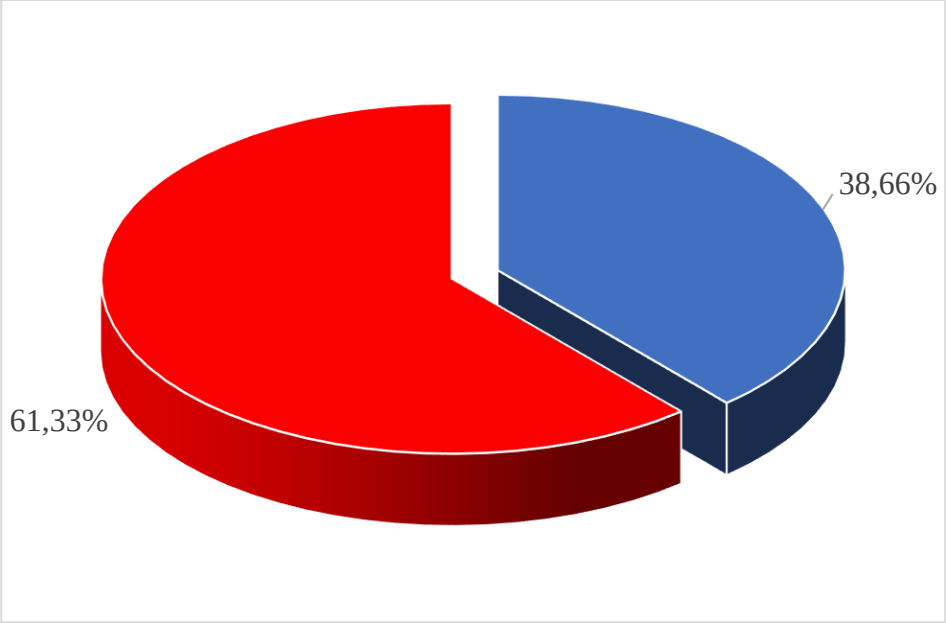
2. Дълбоката венозна тромбоза като рисков фактор при професионалистите по здравни грижи

Спецификата на сестринската професия и условията на труд влияят негативно върху здравето на медицинските сестри. Физическото и психическо натоварване, стресът и произтичащите от него тютюнопушене и нездравословно хранене, продължителното време прекарвано в изправено положение на тялото и други, предполагат значителна честота на заболяването сред тях. Още по-ясно изразени предпоставки за това съществуват при работещите в интензивни болнични структури като реанимация, операционни отделения и спешна помощ.



Фигура 16. Честота на флеботромбозата при медицинските сестри

Както се вижда от данните около една трета от анкетираните (30,17 %) страдат от дълбока венозна тромбоза, а 69,83% са отговорили отрицателно.



Фигура 17. Потърсена медицинска помощ от медицинските сестри при установена флеботромбоза

Едва 38,66 % от тях са потърсили медицинска помощ за лечение на заболяването. Внушителен е относителният дял на медицинските сестри (61,33 %), които не предприемат задължителните в случая мерки за лечение и избягване на усложнения.

В Таблица 9 са представени резултати от проучване на мнението на медицинските сестри относно предпочитания от тях начин на лечение.

Таблица 9. Предпочитан начин на лечение от професионалисти по здравни грижи при поставена диагноза флеботромбоза

Начин на лечение	Брой	Относителен дял [%]
Амбулаторно след назначено лечение от ОПЛ	236	39,33
Амбулаторно след назначено лечение от специалист	120	20,00
Самолечение в къщи	100	16,67
По-време на работа	144	24,00
Общо	600	100,00

Данните показват, че 39,33 % от анкетираните предпочитат амбулаторно лечение, назначено от общопрактикуващ лекар, а 20,00 % - амбулаторно лечение, назначено от специалист. Значителна част от анкетираните не отдава необходимото внимание към проблема, като предпочита домашно самолечение - 16,67 %, или лечение по време на работа – 24,00 %.

Подценяване на възможните усложнения при значителна част от медицинските сестри личи и от резултатите в Таблица 10, където е показано отношението им към процеса на лечението.

Таблица 10. Отношение и активно участие на анкетираните в лечебния процес на заболяването

Отношение на професионалистите по здравни грижи към процеса на лечение	**Брой**	**Относителен дял [%]**
Следвам стриктно медицинските препоръки за заболяването	212	35,33
Приемам назначените лекарствени средства	120	20,00
Следвам стриктно двигателния и хранителен режим	88	14,67
Посещавам редовно профилактични прегледи	60	10,00
Търся помощ при възникнал остър инцидент	30	5,00
Не желая да приемам лекарства, и нямам възможност	19	3,17
Не желая да спазвам двигателен и хранителен режим	35	5,83
Предпочитам използването на алтернативна медицина	36	6,00
Общо	600	100,00

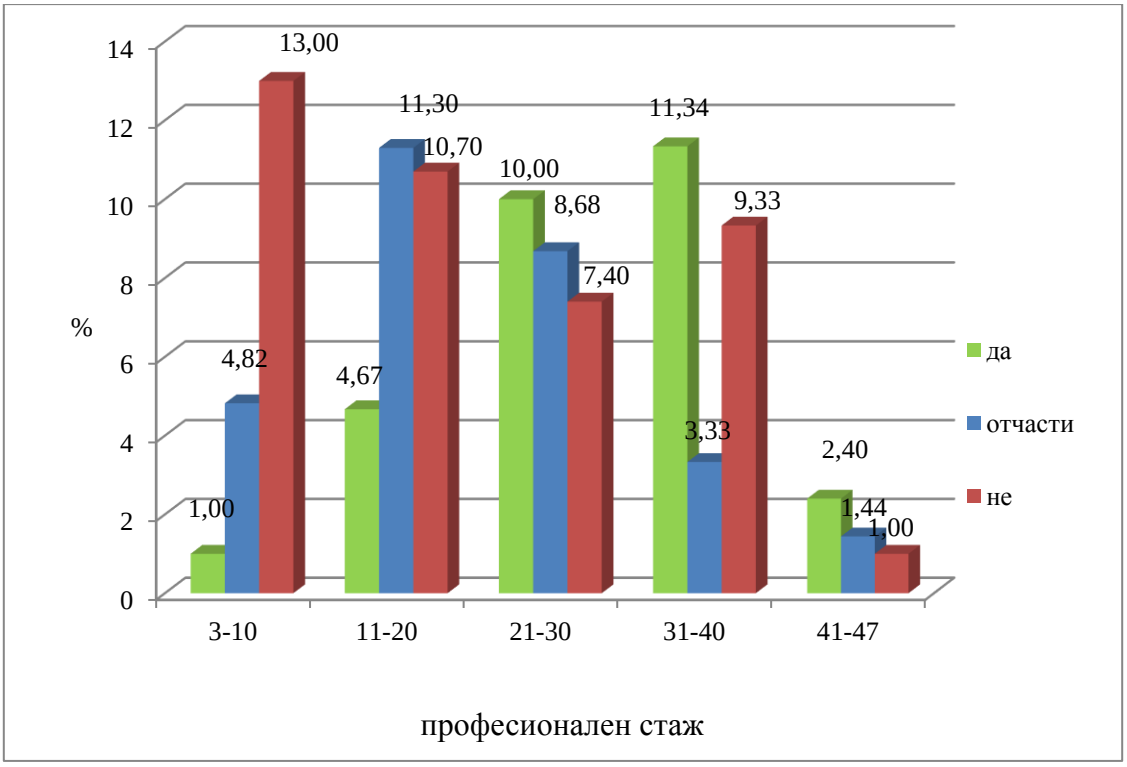
Около една пета от анкетираните медицински сестри биха потърсили медицинска помощ само при възникването на остър инцидент – 5,00 %, предпочитат да не приемат лекарства или нямат възможност за това – 3,17 %, отричат необходимостта от двигателен и хранителен режим – 5,83 %, или ще използват алтернативна медицина – 6,00 %.

35,33 % от анкетираните биха спазвали стриктно медицинските препоръки за лечение на заболяването, а 20,00 % посочват, че ще приемат редовно назначените лекарствени средства. 14,67 % от професионалистите предпочитат да спазват стриктен двигателен и хранителен режим, докато 10,00 % отдават първостепенно значение на профилактичните прегледи.

Тези резултати също подчертават необходимостта от програма за специализирано обучение на медицинските сестри за осъществяване на грижи за пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза. Това ще повиши техните професионални умения и компетенции за участие в профилактиката, лечението и превенцията на заболяването, а също така, ще даде възможност за качествено обучението на пациентите и техните близки при преодоляване на проблемите в медицински и социален аспект.

Повишаването на квалификацията и разширяването на компетенциите на медицинската сестра чрез придобиване на знания и умения в съответствие със спецификата на заболяването, ще предостави условия за прилагане на единен модел на здравните грижи за пациенти с флеботромбоза. Това е предпоставка за повишаване на качеството и ефективността на медицинската помощ, като фактор за икономическа рентабилност и устойчиво развитие на лечебното заведение.

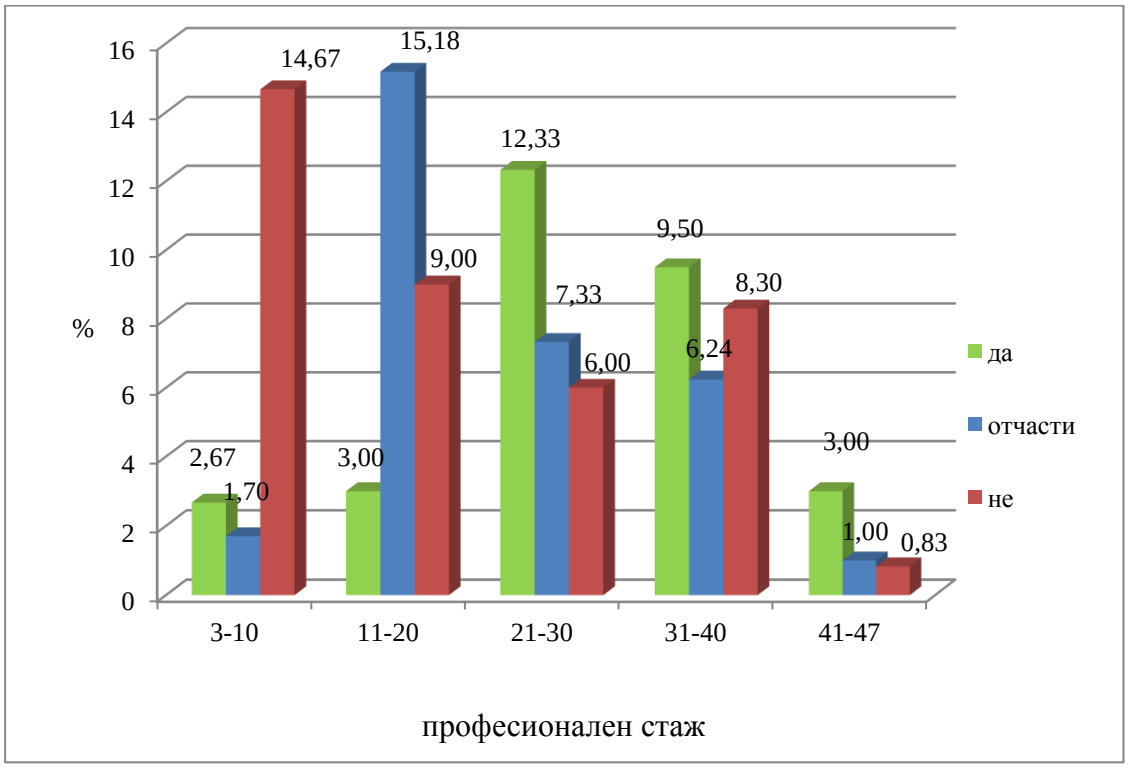
3. Статистически анализ на здравните грижи при пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза



Фигура 18. Зависимост между познаването на етиологията на заболяването и професионалния стаж на професионалистите по здравни грижи (p = 0,001 < 0,05)

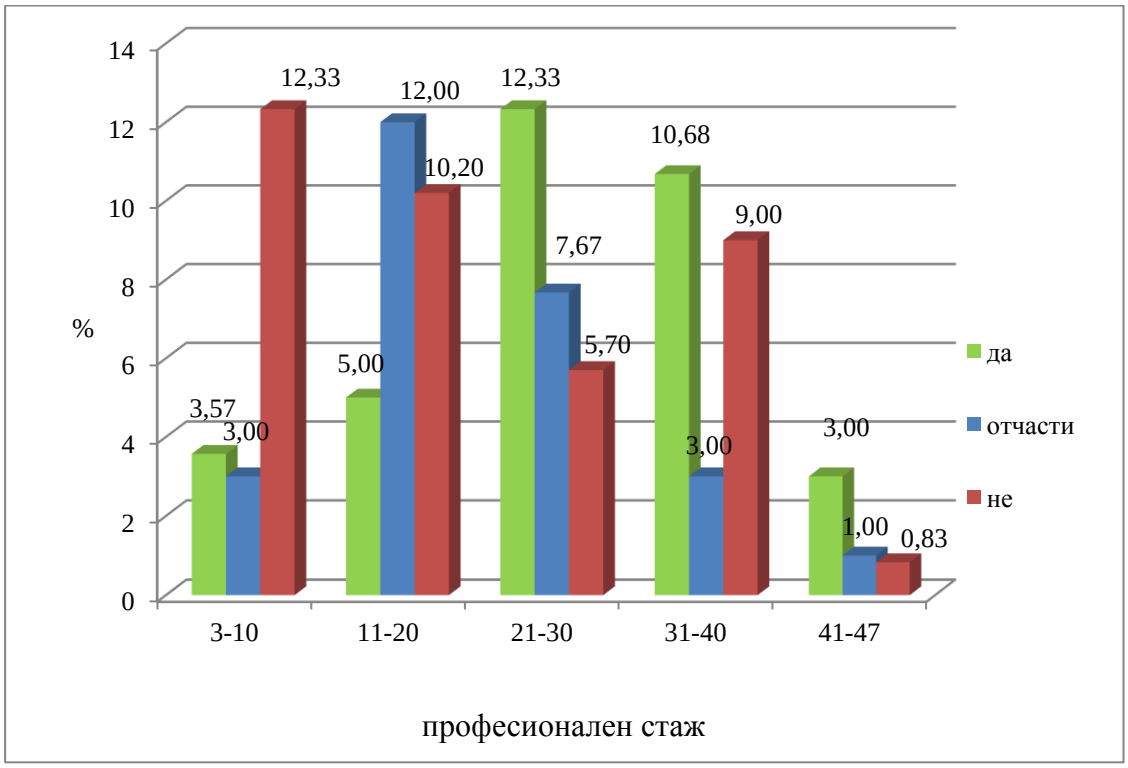
Направените изследвания разкриват статистически значима зависимост между познаването на етиологията на заболяването, от една страна, и професионалния стаж на професионалистите, от друга.

Данните показват, че с увеличаване на професионалния стаж на медицинските сестри, в съответствие с придобиване на повече професионален опит, нараства и тяхната увереност за познаване на етиологията и симптомите на заболяването и разпознаване на първите му сигурни признаци.



Фигура 19. Зависимост между познаването на симптомите на заболяването и професионалния стаж на професионалистите по здравни грижи (p = 0,001 < 0,05)

Ако при анкетираните със стаж до 10 години преобладава относителния дял на медицинските сестри, които не познават достатъчно добре етиологията и симптомите на флеботромбозата, а при тези с професионален стаж между 10 и 20 години доминира делът на сестрите, които считат себе си само за отчасти подготвени, то с натрупване на повече професионален опит, съотношението се променя и преобладава относителният дял на здравните специалисти, декларираци че разполагат с достатъчно информация, практически опит и умения за разпознаване симптомите на заболяването.

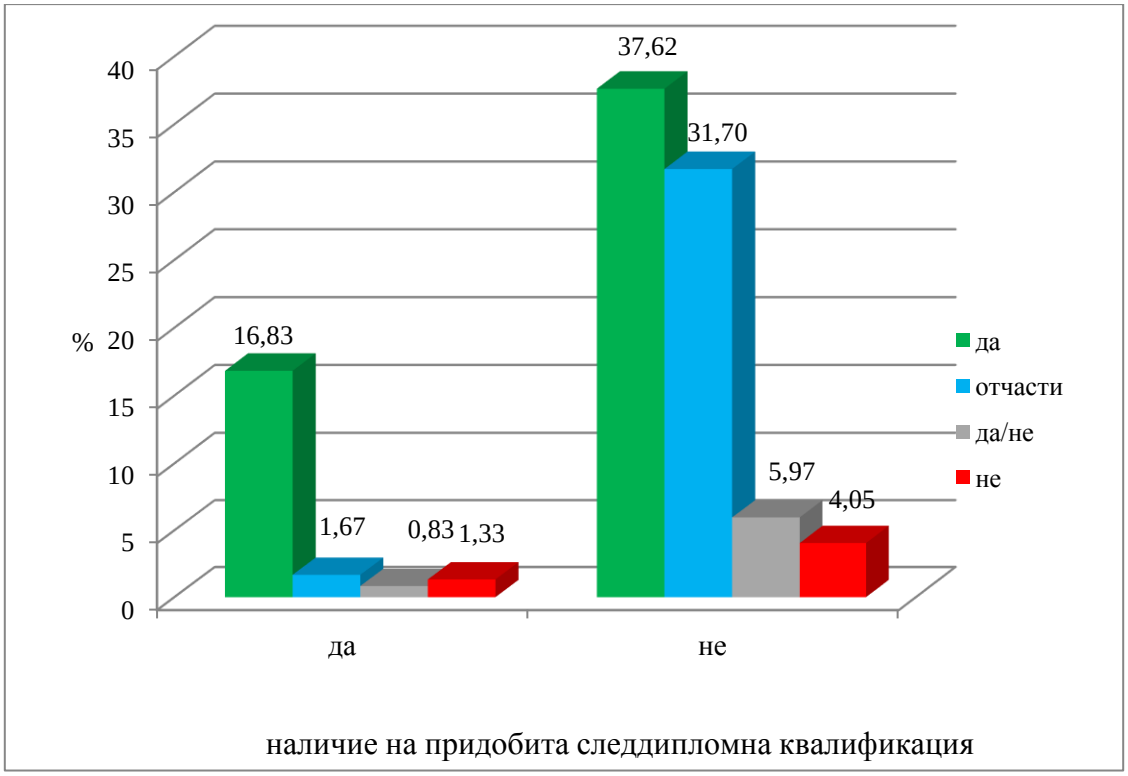


Фигура 20. Зависимост между разпознаването на първите сигурни признаци на заболяването и професионалния стаж на професионалистите по здравни грижи (p = 0,001 < 0,05)

Аналогични са резултатите показващи статистически значима зависимост между професионалния стаж и възможностите на професионалистите по здравни грижи да разпознават първите сигурни признаци за развитие на болестта. Най-голяма увереност в своите познания по отношение на заболяването показват медицинските сестри с професионален стаж между 20 и 40 години.

Липсата на знания и умения за работа с пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза сред значителна част от сестрите, предимно с по-малък професионален стаж, показва необходимостта от разработване и прилагане на програма за обучение, чрез което да се повиши тяхната информираност и професионални умения, като условие за пълноценно участие в процеса на

лечение и предоставяне на качествени и ефективни здравни грижи в съответствие с медицинските и социалните проблеми на пациентите.



Фигура 21. Зависимост между необходимостта от специализирано обучение на здравните специалисти и наличието на придобита следдипломна квалификация (p = 0,0012 < 0,05)

Данните от проучването показват, че разбирането на необходимостта от специализирано обучение на медицинските сестри, в съответсвие с особеностите на заболяването и специфичния характер на проблемите на пациентите, е значително по-ясно изразено при тези, които са придобили следдипломна квалификация. Това може да се обясни с по-голямата им мотивираност за професионално развитие, което предполага и по-голяма склонност към участие в мероприятията и програмите за придобиване на нови професионални умения и компетенции.

Всичко това потвърждава необходимостта от провеждане на мероприятия и създаване на условия за повишаване на квалификацията на професионалистите по здравни грижи в съответствие със съвременните европейски практики за непрекъснатост на обучението като средство за повишаване качеството и ефективността на здравните грижи и гарантиране на устойчиво развитие на здравните заведения.

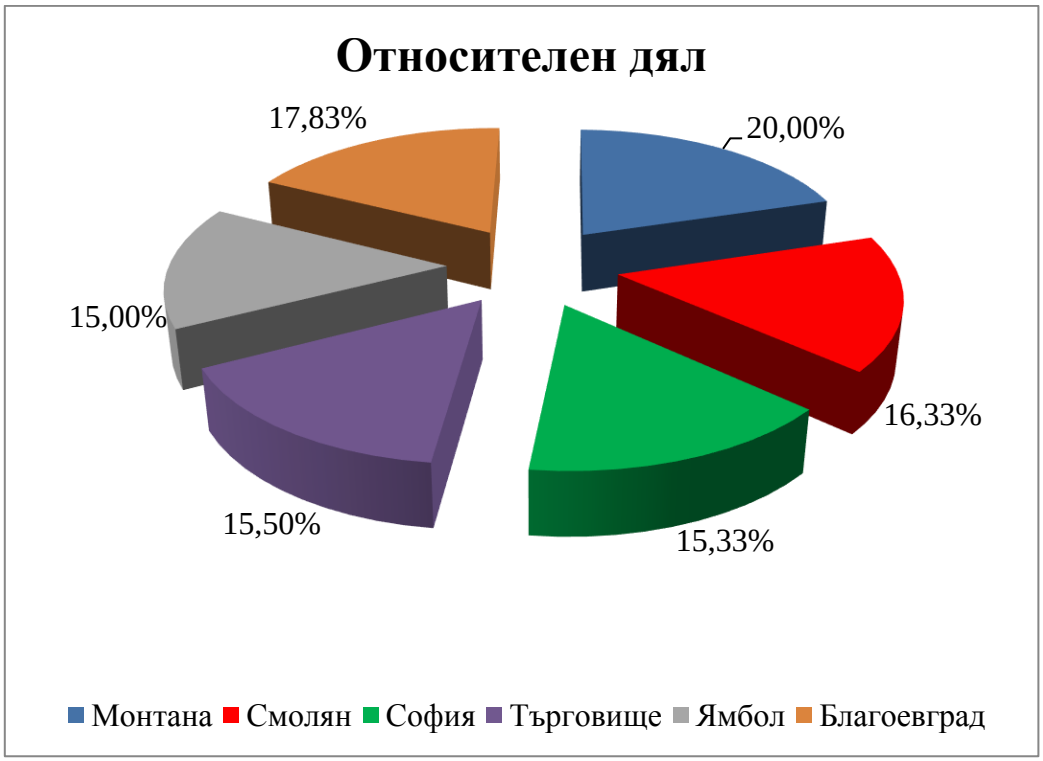
4. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза

Реформите в сферата на здравеопазването са ориентирани към повишаване качеството на здравните услуги, като основна задача на лечебните заведения. Важно значение за това има организацията на здравните грижи в болничните отделения, от което зависи и ефективността на медицинската помощ. Все по-голямата информираност на пациентите обуславя постоянното нарастване на техните изисквания по отношение на болничното обслужване.

Професионалистите по здравни грижи се грижат за потребностите на пациента и извършват редица манипулации, както в болнична, така и в извънболнична среда. Те осъществяват продължително наблюдение и непрекъснато общуване с пациентите и техните близки. Ето защо, удовлетвореността на пациентите от качеството на грижите е особено важен елемент от цялостния процес на медицинското обслужване.

От професионалните качества и умения на медицинските сестри зависи създаването на подходяща емоционалната и психологическа среда, необходима за интегрирането на пациента и неговите близки в процеса на лечение. Всичко това, наред с материално-техническото осигуряване,

качеството на извършваните манипулации и хигиенните условия, определя ефективността на здравните грижи и удовлетвореността на пациентите [21].



Фигура 22. Разпределение на пациентите по райони от страната

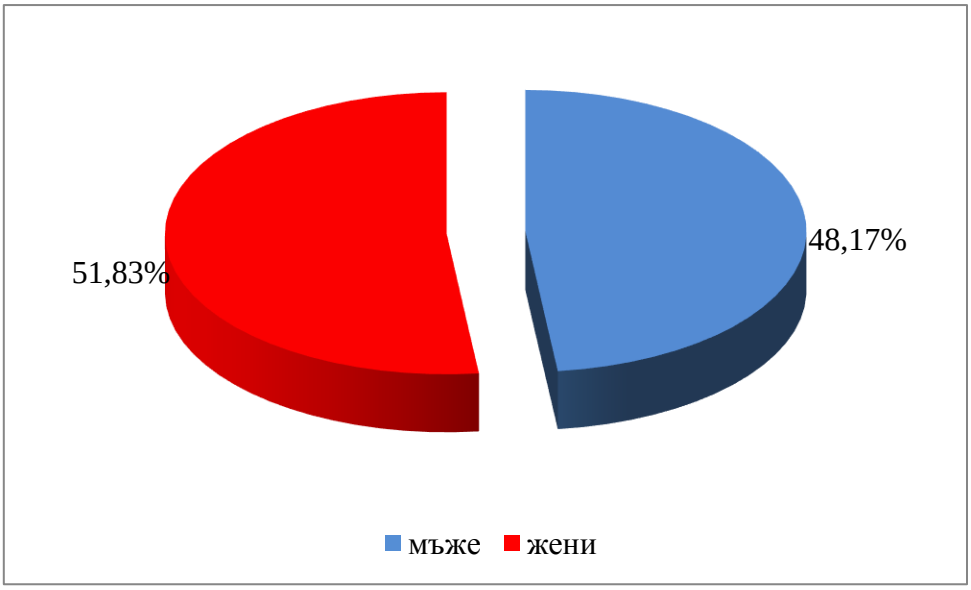
Пациентите, които са обект на проучването, са анкетирани в различни лечебни заведения за болнична помощ. Това са болници за активно лечение, разположени в градовете Монтана, Благоерград, Смолян, София, Търговище и Ямбол. Те са избрани в съответствие с административно-териториалното устройство на страната и Законът за регионалното развитие на страната [64].

Анкетираните са приблизително равномерно разпределени между шестте области, като относителният дял на тяхното разпределение е между 15,00 % (Ямбол) и 20,00 % (Монтана).

Таблица 11. Разпределение на пациентите по възраст

Възраст	Брой	Относителен дял [%]
20 - 30	50	8,33
31 – 40	70	11,66
41 – 50	110	18,33
51– 60	180	30,00
Над 60	190	31,66
Общо	600	100,00

Анкетираните пациенти са на възраст от 20 до 81 години. Най-голям е относителният дял на пациентите на възраст над 65 години – 31,66 % и на възраст от 51 до 60 години – 30,00 %. Пациентите на възраст между 20 и 30 години 8,33 %, между 31 и 40 години – 11,66 %, от 41 до 50 години – 18,33 %. В съответствие със спецификата на заболяването, а напредване на възрастта се увеличава и относителният дял на пациентите.



Фигура 23. Разпределение на пациентите според техния пол

Съотношението между жените и мъжете е съответно 51,83 % на 48,17 %. Доминиращият относителен дял на жените вероятно е резултат от влиянието на бременността като рисков фактор на заболяването, както и на все по-честото упражняване на несвойствени за тях професии през последните десетилетия.

Таблица 12. Разпределение на пациентите според социалния им статус

Социален статус	**Брой**	**Относителен дял [%]**
Учащ	70	11,66
Безработен	110	18,33
Работещ	190	31,66
Пенсионер	130	21,66
Работещ пенсионер	100	16,66
Общо	600	100,00

В Таблица 12 е показано разпределението на пациентите според социалния им статус. Най-голям е относителният дял на работещите – 31,66 % и пенсионерите – 21,66 %. Безработните са 18,33 %, работещите пенсионери - 16,66 %, а учащите – 11,66 %.

От данните в Таблица 13 се вижда, че преобладават пациентите със средно образование – 50,67 %. Относителният дял на пациентите с основно образование е 25,67 %, а най-малък е делът на тези с висше образование –

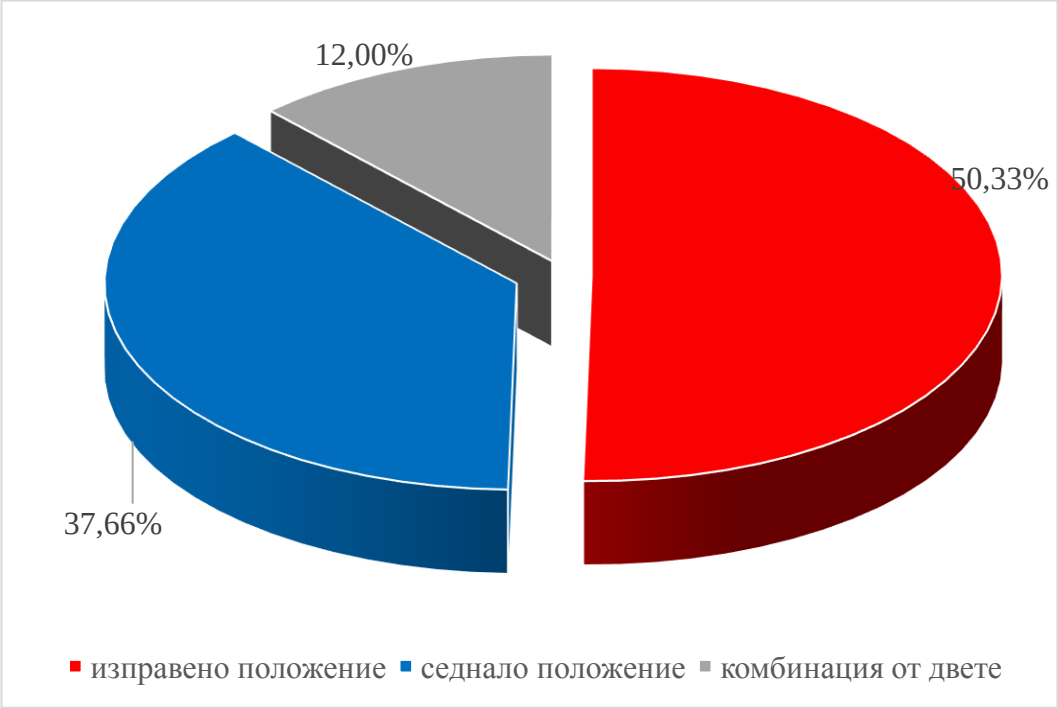
22,67 %. Това разпределение има своето логично обяснение, тъй като, обикновено образователната степен определя характера на работата и отношението към профилактиката, което от своя страна е пряко свързано с влиянието на рисковите фактори и честотата на заболяването.

Таблица 13. Разпределение на пациентите според образователната им степен

Образователна степен	Брой	Относителен дял [%]
Основно образование	154	25,67
Средно образование	304	50,67
Висше образование	142	23,67
Общо	600	100,00

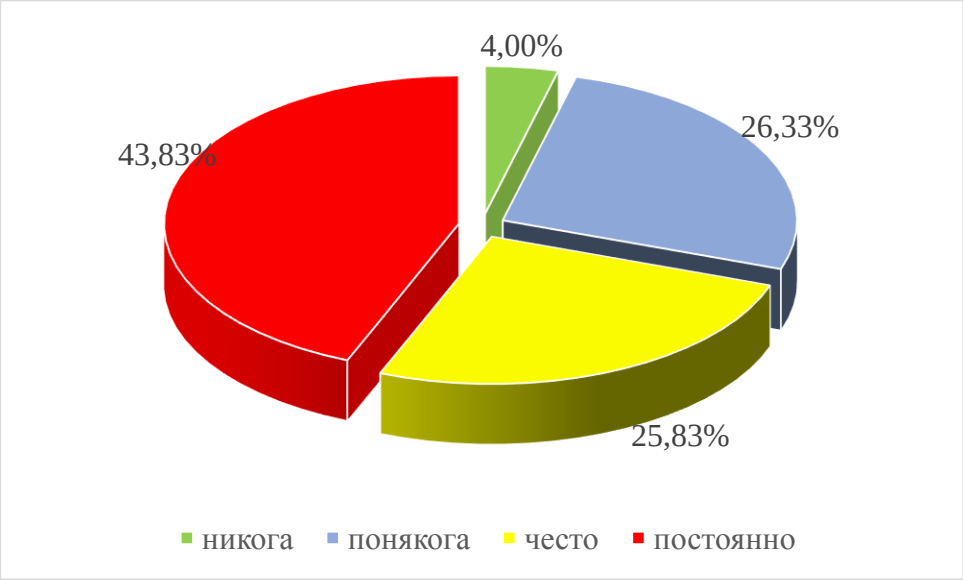
При анализът на тези данни може да се предположи, че реалният относителен дял на пациентите с висше образование може да е още по-малък, поради това, че хората с по-висока степен на образованост обикновено проявяват по-голямо внимание към здравето си, за разлика от по-малко образованите лица, които по-често пренебрегват профилактичните прегледи и консултации и остават извън обсега на статистическите проучвания.

Липсата на здравословен начин на живот оказва негативно влияние върху здравето на човека и обуславя различните рискови фактори за развитие на дълбока венозна тромбоза. Тяхното значение непрекъснато нараства в съвременните социално-икономически условия, при които работната среда в много случаи създава предпоставки за възникване на здравословни проблеми.



Фигура 24. Разпределение на пациентите според преобладаващото положение на тялото по време на работата

Това се потвърждава от данните представени на Фигура 24. Те показват, че повече от половината от пациентите (50,33 %) работят основно в изправено положение, което представлява рисков фактор за развитие на флеботромбоза на долните крайници.



Фигура 25. Разпределение на пациентите според симптома „тежест в краката“ в края на работния ден

В съответствие с това са и резултатите от изследването на разпределението на пациентите според симптома „тежест в краката“ в края на работния ден. Той присъства постоянно при 43,83 % от анкетираните или често при 25,83 % от тях. При 26,33 % от пациентите, този симптом се усеща понякога, а не е характерен за едва 4,00 % от случаите.

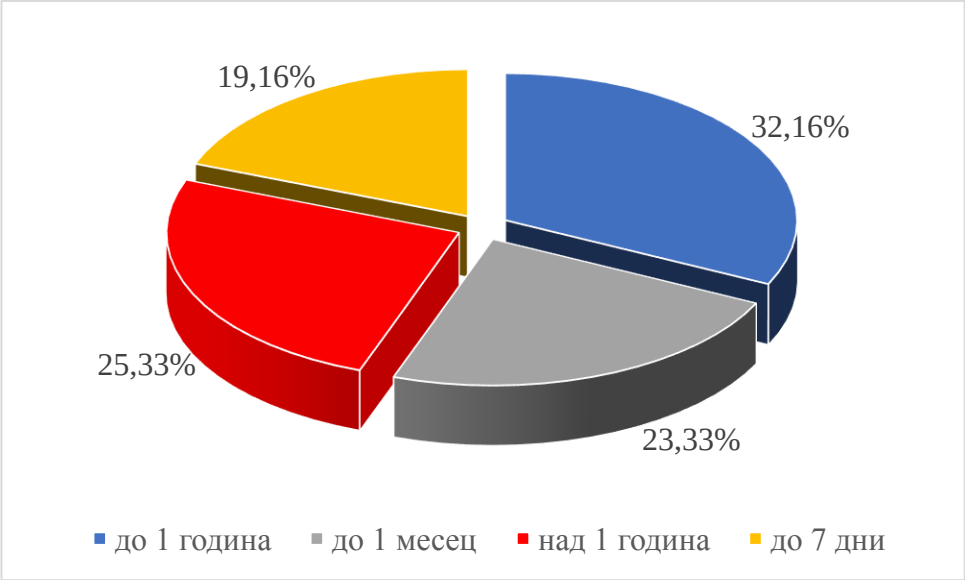
Затлъстяването, или наднорменото тегло, както обикновено се нарича, е един от основните рискови фактори за развитие на дълбоката венозна тромбоза. Проблемите свързани с него могат да възникнат още от детска възраст и се обуславят от ниското качество на много от храните и липсата на здравословен двигателен и хранителен режим. Данните от проучването на този показател са представени в Таблица 13.

Таблица 14. Разпределение на пациентите според наднорменото им тегло

Наднормено тегло [kg]	**Брой**	**Относителен дял [%]**
Без наднормено тегло	122	20,33
1 - 5	141	23,50
5-10	177	29,50
Над 10	160	26,67
Общо	600	100,00

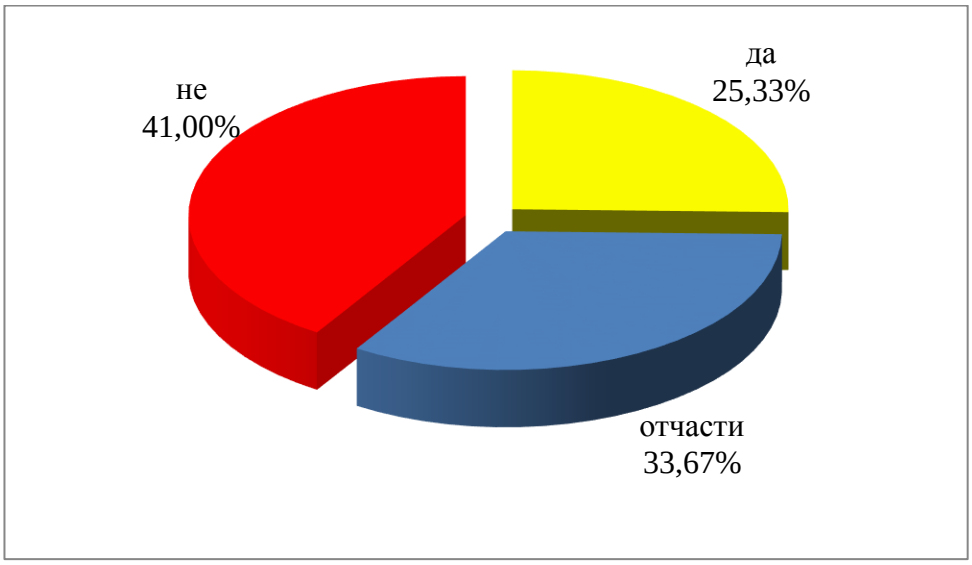
От резултатите се вижда, че с най-малък относителен дял са пациентите без наднормено тегло – 20,33 %. Логично с увеличаване на затлъстяването, нараства и относителният дял на пациентите – при наднормено тегло 1 – 5 kg той е 23,50 %, а при 5 – 10 kg – 29,50 %. Пациентите с наднормено тегло над 10 kg са 26,67 % . Трябва да се отбележи, че сред пациентите без наднормено тегло се включват и тези в напреднала възраст, при които затлъстяването не е характерно. Това вероятно дава известно отражение като редуцира относителния дял на пациентите с наднормено тегло над 10 kg.

На Фигура 26 е представено разпределението на пациентите според продължителността на симптомите на заболяването преди да потърсят здравна помощ.



Фигура 26. Разпределение на пациентите според продължителността на симптомите на заболяването преди да потърсят медицинска помощ

При 32,16 % от анкетираните тази продължителност на симптомите е до 1 година, при 25,33 % - повече от 1 година, 23,33 % от пациентите са потърсили медицинска помощ през първия месец след появата на симптомите, а 19,16 % в рамките на 7 дни. Тези резултати са индикатор за слаба информираност относно възможните усложнения и показват липса на навици за профилактика на личното здраве, което ограничава възможностите за ранна диагностика и превенция на заболяването, като условие за ефективно лечение.



Фигура 27. Разпределение на пациентите според информираността им за рисковите фактори, симптомите и усложненията на заболяването

Същото се потвърждава и от проучването на информираността на пациентите по отношение на рисковите фактори, симптомите и възможните усложнения на флеботромбозата. От резултатите се вижда, че едва една четвърт от пациентите (25,33 %) считат себе си за достатъчно добре информирани, по-голямата част от анкетираните са отчасти информирани – 33,67 %, или не разполагат с информация за заболяването – 41,00 %.

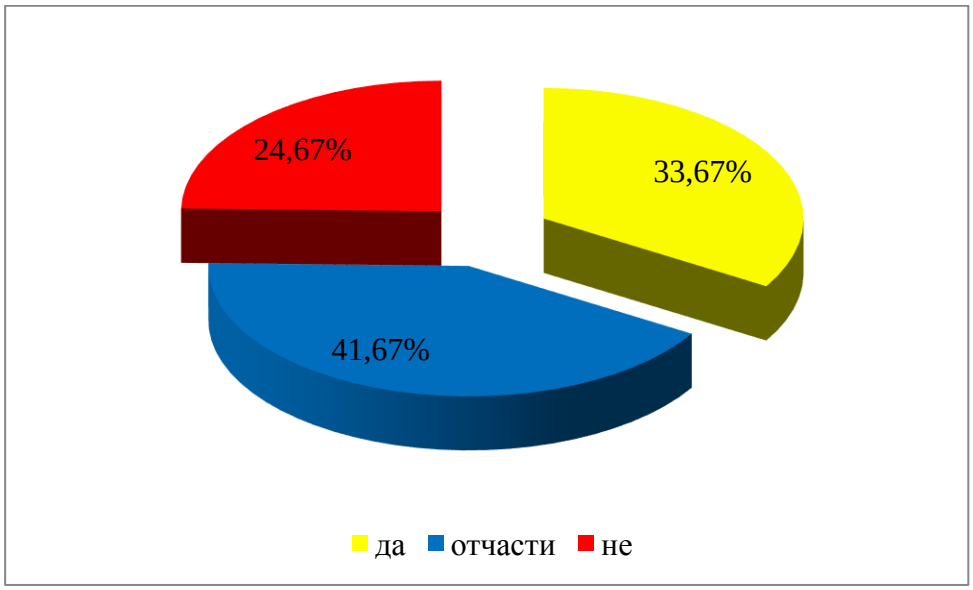
Всичко това е показателно за необходимостта от програма за обучение на медицинските сестри за предоставяне на грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза. Придобиването на нужните знания и умения за пълноценно участие в цялостния процес на лечение, ще повиши техните възможности да обучават пациентите и техните близки, което ще спомогне за ранната диагностика и превенцията на заболяването.

Непрекъснато повишаващите се изисквания на пациентите в условията на пазарна икономика обуславят необходимостта от задълбочен анализ на техните потребности и удовлетвореност от организацията и качеството на

здравните грижи. Това е особено важен елемент от цялостния процес на медицинско обслужване, както и основен фактор за конкурентната способност на здравното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

Отношението към пациента трябва да следва принципите на уважение към неговата личност и равнопоставеност независимо от пол, възраст, религия, грамотност, култура и състояние.

На Фигура 28 са представени резултати от изследване удовлетвореността на пациентите от приемането им за лечение в болничното отделение.



Фигура 28. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от приемането в отделението

По-голямата част от пациентите посочват, че са доволни – 33,67 %, или отчасти доволни – 41,67 %, от приема в отделението. Не е малък относителния дял на тези, които изразяват недоволство – 24,67 %.

Обикновено, болничната обстановка създава, поне първоначално, угнетяващо впечатление у пациентите, поради факта, че са психически

затормозени от здравословен проблем и се нарушава техния нормален начин на живот.

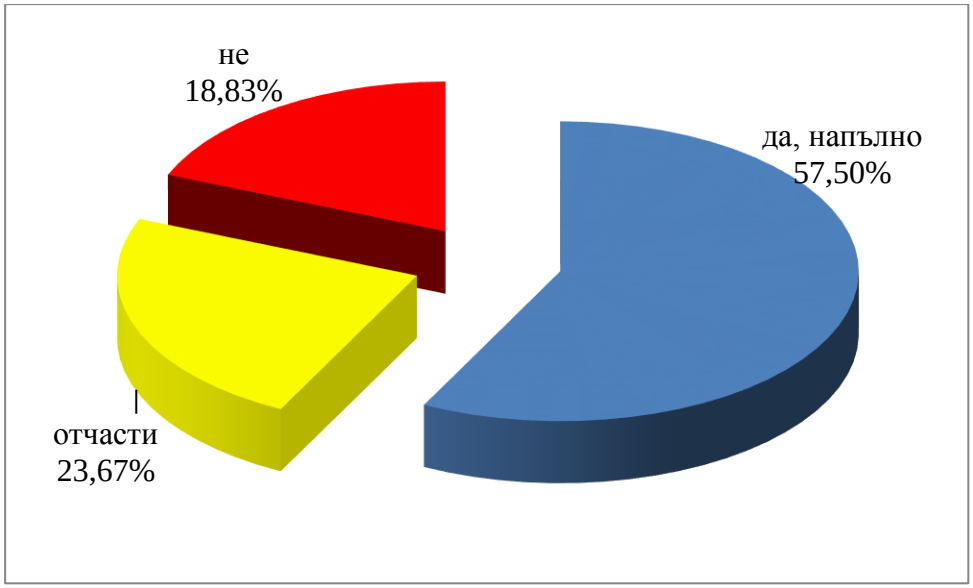
Преодоляването на негативните емоции на пациентите при приемането им в отделението зависи от уменията на професионалистите по здравни грижи, които трябва да наблюдават тяхното емоционално състояние и да подпомагат бързата им адаптация в болничната обстановка, в съответствие със спецификата на заболяването. Това изисква съответната организация на грижите и подготовка на персонала, и има съществено значение, както за удовлетвореност на пациентите от грижите, така и за ефективността на лечението.

Комуникацията с пациента и демонстрирането на добро отношение и добронамереност от страна на медицинските сестри са предпоставка за бързата адаптация към болничната обстановка и висока степен на информираност относно особеностите на заболяването и лечението. Това е важно за мотивацията на пациента да изпълнява стриктно лекарските предписания и изисква съответната професионална подготовка, умения и компетенции от страна на професионалистите по здравни грижи.

Данните на фигура 29 показват необходимостта от промяна на отношението на медицинските сестри към пациентите, което може да се осъществи преди всичко чрез провеждане на целенасочено обучение и въвеждане на модел на здравните грижи за пациенти с флеботромбоза.

Независимо от техническата насоченост на грижите в съвременното болнично обслужване, повишаването на неговото качество е неразривно свързано с подобряване на комуникацията и отношението на здравните

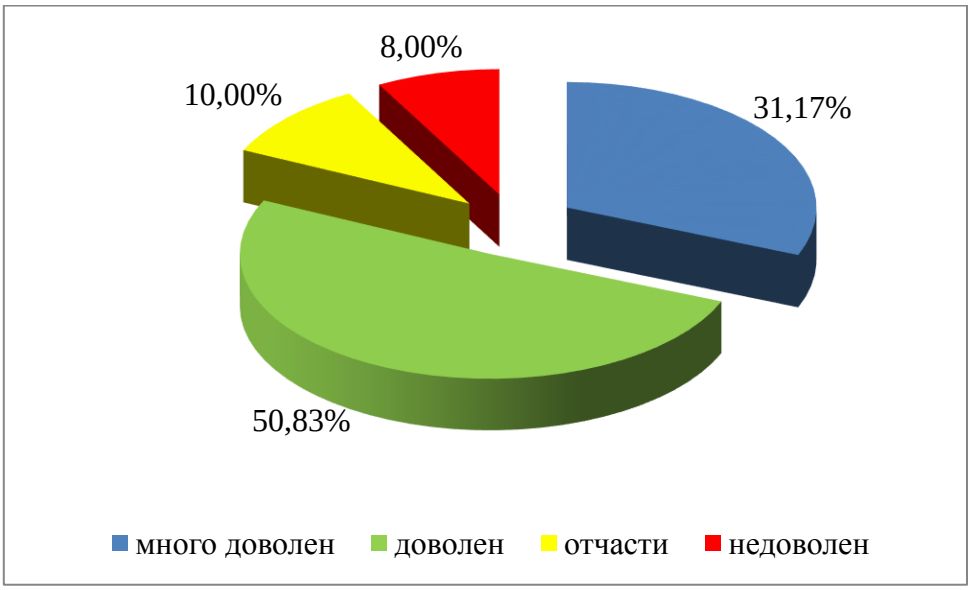
специалисти към пациентите с проява на съчувствие и съпричастност към техните здравословни проблеми [124].



Фигура 29. Удовлетвореност на пациентите от комуникацията със медицинските сестри и информираността им за особеностите на заболяването и лечението

Според резултатите от изследването, по-малко от две трети от пациентите (57,50 %) са напълно удовлетворени от комуникацията със медицинските сестри и считат, че са добре информирани относно особеностите на заболяването и лечението. Значителен е относителния дял на пациентите, които декларират, че са само частично удовлетворени – 23,67 % или неудовлетворени от това – 18,83 %.

Добрите хигиенни условия са предпоставка за удовлетвореност на пациентите от здравните грижи и задължителен елемент, изразяващ качеството на болничната дейност.



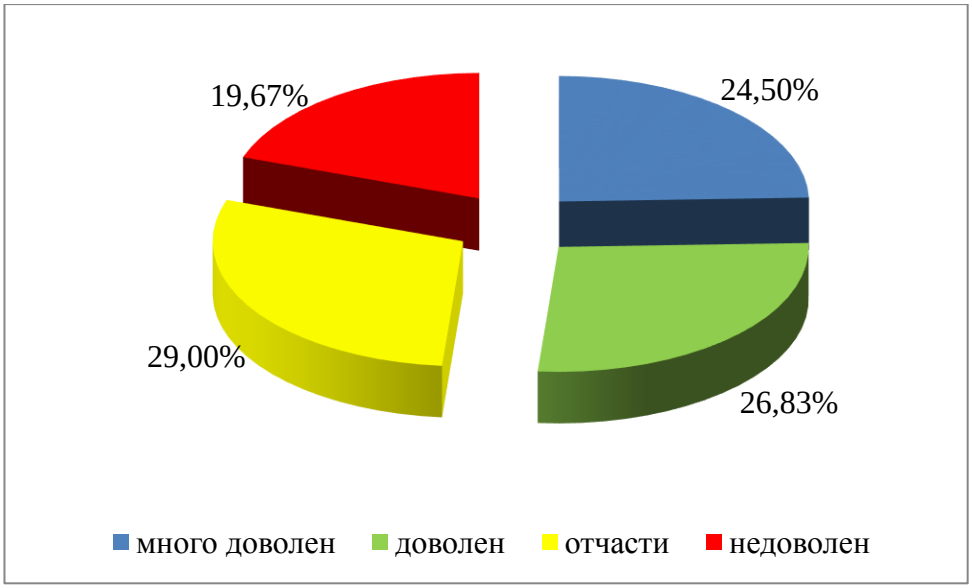
Фигура 30. Удовлетвореност на пациентите от хигиената в отделението

Резултатите от изследването показват, че по-голямата част от пациентите са доволни – 50,83 % и много доволни – 31,17 % от хигиената в отделението. Сравнително малък е относителният дял на пациентите, заявили известни резерви по този показател – 10,00 %, или декларирали неудовлетвореност – 8,00 %.

Намаляването на делът на пациентите, които не са напълно удовлетворените е свързано с подобряване на организацията на работата в отделенията в съответствие с повишаване на качеството и ефективността на здравните грижи [21]. Това изисква ясно формулиране на правата и задълженията на ръководителите по здравни грижи, както и непрекъснато повишаване на квалификация и професионални умения на медицинските сестри.

Противоречиви резултати са регистрирани по отношение на удовлетвореността на пациентите от качеството на храната и нейното

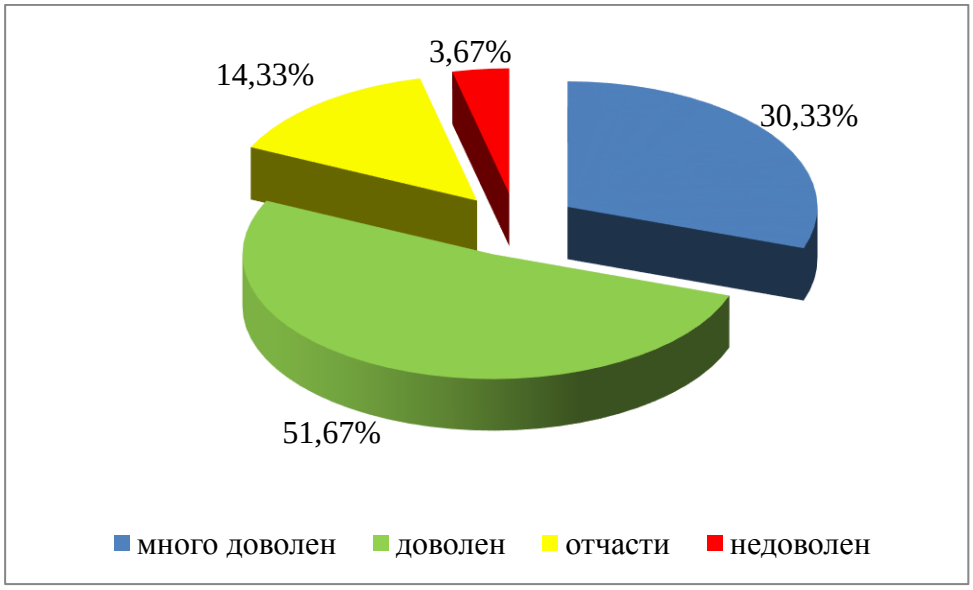
съответствие с предписана диета съобразно основното заболяване. 26,83 % посочват, че са много доволни, а 24,50 %, че са доволни.



Фигура 31. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от качеството на храната и нейното съответствие с предписана диета съобразно основното заболяване

Значителен е относителния дял на пациентите, които са частично удовлетворени – 29,00 % или не са доволни – 19,67 %, което е индикатор за необходимостта от подобряване на организацията на здравните грижи. Липсата на финансови средства е най-честата причина за недостатъчната удовлетвореност на пациентите от болничното хранене. Внасяните в отделението храни от пациентите и техните близки, не винаги отговарят на принципите на лечебното хранене, което се отразява негативно на лечебния процес. Особеностите на заболяването определят алтернативни форми на болнично хранене, което изисква специализирана подготовка на здравните специалисти. Те трябва да обучават пациентите и техните близки по отношение на храненето, като съществен елемент от грижите.

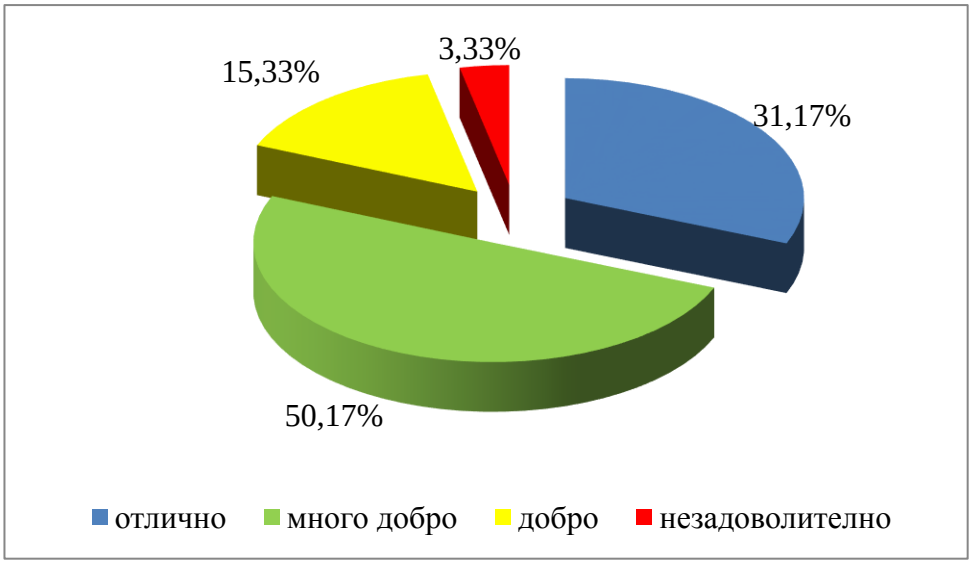
Качеството на провежданите изследвания, манипулации и процедури определя до голяма степен от ефективността на лечението и удовлетвореността на пациентите от медицинското обслужване. Това показва значението на квалификацията и уменията на професионалистите по здравни грижи, които зависят не само от обучението им в учебните заведения, но и от професионалното им развитие на работното място. Основна роля за това има организацията на работата в болниците, съобразена с принципа за "непрекъснатост на обучението през целия живот", продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел устойчиво развитие на човешките ресурси.



Фигура 32. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от извършваните манипулации и процедури

От получените резултати се вижда, че 51,67 % от анкетираните пациенти са доволни от извършваните манипулации и процедури, а 30,33 % са много доволни. 14,33 % са отговорили уклончиво, а 3,67 % от пациентите са декларирали неудовлетвореност от извършваните манипулации и процедури.

Резултатите по този показател са аналогични на данните за удовлетворността на пациентите от извършваните манипулации и процедури. Това показва, че наред с хигиенните условия, основно значение за удовлетвореността на пациентите има качеството на извършваните манипулации и процедури, което е индикативно за ролята и значението на здравните специалисти по отношение качеството на медицинското обслужване и свързаната с него конкурентна способност на лечебните заведения в условията на пазарна икономика.



Фигура 33. Разпределение на пациентите според удовлетвореността им от организацията и качеството на здравните грижи

Данните от проучването показват, че 50,17 % от пациентите определят организацията и качеството на здравните грижи в отделението като отлично, а 31,17 % от тях като много добро, 15,33 % от анкетираните пациенти оценяват качеството на грижите като добро и 3,33 % като незадоволително.

Ролята на професионалиста по здравни грижи и значението на тяхната квалификация, както и необходимостта от специализирано обучение и модел

на здравните грижи при пациенти с флеботромбоза намира потвърждение в данните представени в Таблица 15. В нея е показано разпределението на пациентите според препоръките им за подобряване на качеството на здравните грижи. 15,83 % от тях препоръчват подобряване на материално-техническата база, а 4,00 % - повишаване на контрола върху работа на медицинските сестри. 35,83 % от пациентите считат, че това ще се постигне с подобряване на организацията на работата, което е показателно за необходимостта от разработване и внедряване на единен модел на здравните грижи, съобразен със спецификата на заболяването.

Таблица 15. Разпределение на пациентите според препоръките им за подобряване качеството на здравните грижи

Препоръки	Брой	Относителен дял [%]
Подобряване на организацията на здравните грижи	215	35,83
Повишаване на квалификацията на медицинските сестри	64	10,67
Увеличаване броя на професионалистите по здравни грижи	202	33,67
Подобряване на материално-техническата база	95	15,83
Повишаване на контрола върху работата на здравните специалисти	24	4,00
Общо	600	100,00

33,67 % от анкетираните препоръчват да се повиши броя на професионалистите по здравни грижи, което отново показва значението им за

системата на здравеопзването. Според 10,67 % от пациентите, качеството на здравните грижи е свързано с повишаване на квалификацията им. Мнението на тази част от анкетираните насочва вниманието към необходимостта от програма за специализирано обучение на сестрите, осъществяващи здравни грижи за пациенти с флеботромбоза.

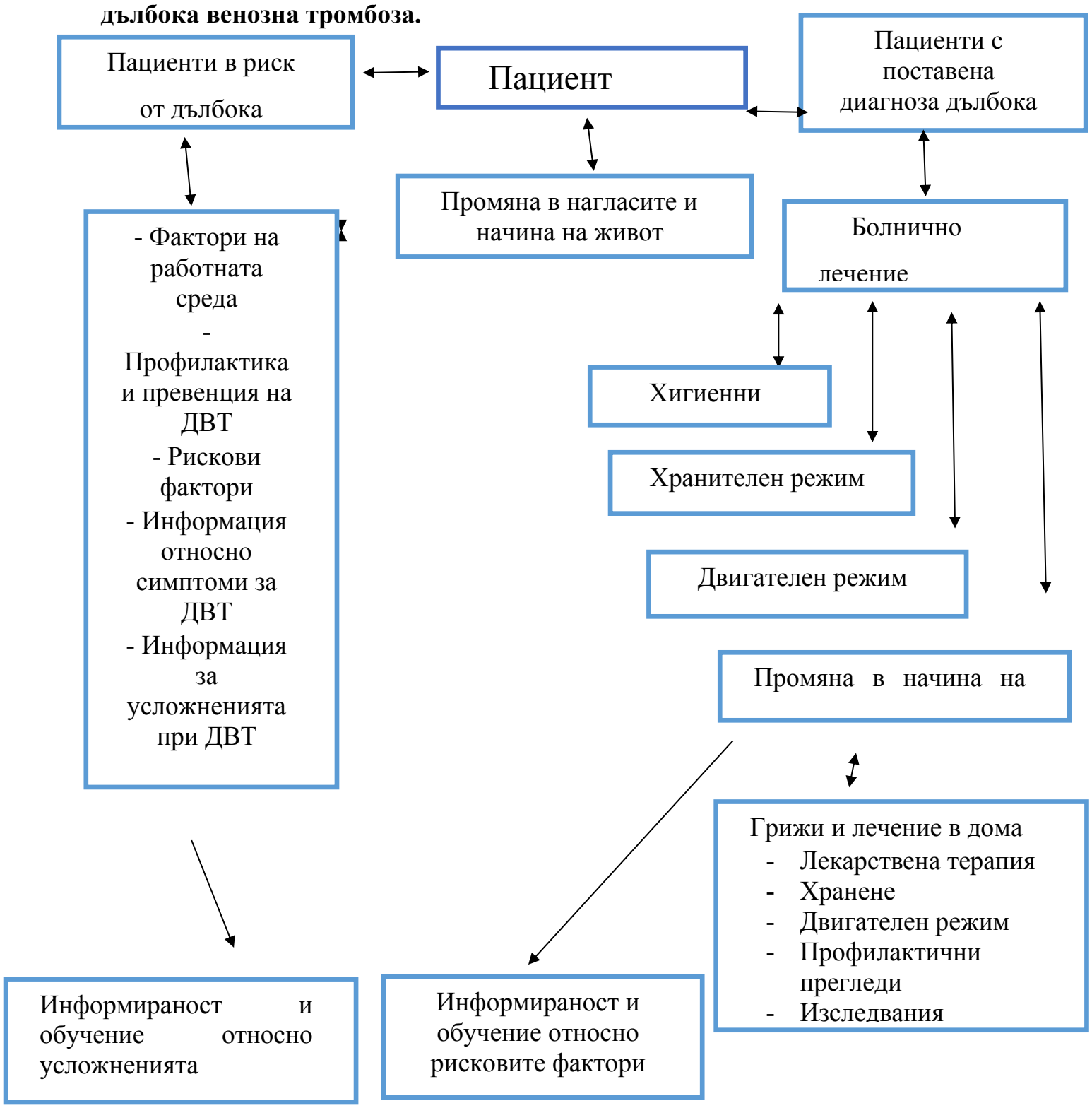
На базата на резултатите от анкетното проучване на пациентите с диагноза дълбока венозна тромбоза, може да се предположи, че ролята и значението на професионалистите по здравни грижи ще нараства и в бъдеще. От техните умения и наличието на достатъчен брой квалифициран персонал, ще зависи до голяма степен не само качеството и ефективността на здравните грижи, израз на които е удовлетвореността на пациентите, но и икономическата рентабилност на здравните заведения в условията на свободен избор на пациентите и пазарна икономика.

Повишаване на ефективността и качеството на здравните грижи за пациенти с флеботромбоза може да се постигне с въвеждане единен, научнообоснован модел на грижите, съобразен със спецификата на заболяването. Практическото приложение на такъв модел изисква съответната квалификация на медицинските сестри. Нейното придобиване е свързано с разработване на програма за тяхното обучение.

Всичко тава ще спомогне за разширяването на компетенциите на медицинските сестри и ще предостави възможност за по-активното им участие в цялостния процес на профилактика, лечение и превенция на заболяването, като максимално се обхванат социалните и медицинските аспекти на проблемите на пациентите.

IV. ЧЕТВЪРТА ГЛАВА. ГЛАВНИ АСПЕКТИ ПРИ РЕШАВАНЕ НА СОЦИАЛНИТЕ И МЕДИЦИНСКИТЕ ПРОБЛЕМИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФЛЕБОТРОМБОЗА

1. Схематичен модел за здравните грижи при пациенти с риск и диагноза дълбока венозна тромбоза.



Въвеждането в практиката на предварително разработен и научнообоснован стандартен модел на грижите за пациенти с флеботромбоза, позволява прецизирането на отговорностите на медицинските сестри при оптимално използване на човешките и материалните ресурси. Неговото разработване включва комплекс от последователни дейности, от изпълнението на които зависи качеството на здравните грижи. Ефективната организация на здравните грижи при приемане на пациентите в отделението е пряко свързана с адаптацията им към болничната обстановка, а също така спомага за ранната диагностика на заболяването.

Своевременното диагностициране на пациентите определя до голяма степен възможностите за ефективно лечение, което изисква от медицинските сестри познаване на етиологията, симптомите и първите признаци на заболяването. Комуникацията и демонстрирането на добро отношение и добронамереност от страна на професионалистите спомагат за преодоляването на негативните емоции на пациентите при приемането им в отделението и определя тяхната информираност. Това, от своя страна, изисква правилно планиране, осигуряващо достатъчен брой квалифицирани медицински сестри и съответната организация на грижите, като предпоставка за удовлетвореност на пациентите и ефективност на лечението.

Информираността на пациентите е важна за тяхната адаптация и мотивацията им за стриктно изпълнение на лекарските предписания. Това изисква съответната професионална подготовка, умения и компетенции от страна на медицинските сестри, които трябва да осъществяват пълноценна комуникация с пациентите, като ги информират за правилата на вътрешния ред, рисковите фактори и особеностите на заболяването, същността на

лечението и предвидените манипулации и процедури. Предоставянето на качествени здравни грижи зависи от правилното планиране на дейностите и ресурсите, което е свързано с осигуряване на достатъчен брой квалифицирани медицински сестри, съставяне на оптимален план на грижите за пациента, създаване на условия за обучение на персонала, материално-техническо обезпечаване. Всичко това е свързано с квалификацията и професионалните умения на ръководителите по здравни грижи. Добрите хигиенни условия са задължителни за нормалната работна среда и важна предпоставка за удовлетвореността на пациентите от здравните грижи, като индикатор за качеството на болничната дейност.

Особеностите на заболяването определят алтернативни форми на болнично хранене, което е важен елемент от лечението, и трябва да бъде осигурено при правилно планиране на дейностите и ресурсите. Качеството на провежданите манипулации и процедури определя до голяма степен от ефективността на лечението и удовлетвореността на пациентите от медицинското обслужване, което е показателно за значението на квалификацията и уменията на професионалистите по здравни грижи. Основна роля за това има планирането на дейностите и възможностите за продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел устойчиво развитие на човешките ресурси. Венозната тромбоза причинява тежко разстройство на функцията на засегнатия орган и хронична венозна недостатъчност, като често има инвалидизиращи последствия. Това определя необходимостта от рехабилитация, което е свързано с планирането и осигуряването на качествено материално-техническо обезпечаване и квалифицирани професионалисти по здравни грижи.

Медицинските сестри осъществяват непрекъснат контакт и наблюдение на болните, спазвайки границите на своята професионална компетентност. Те трябва да контролират и обучават пациентите и техните близки, за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици, като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес.

Обучението на пациентите от медицинските сестри трябва да бъде насочено, освен по отношение спазване на лекарските предписания, и конкретно към:

● *Хранителния режим*● *Двигателния режим* ● *Прием на лекарства след изписването* ● *Контролния преглед*● *Лабораторни изследвания*● *Други полезни съвети*

Познаването на спецификата и особеностите на заболяването от пациентите и техните близки е условие за ефективност на профилактиката и лечението, което допринася за решаване на проблемите им в медицински и социален аспект. Значителната честота на клинично неразпознатите случаи на дълбоки венозни тромбози (ДВТ) и тежките белодробни тромбоемболии (БТЕ) определя голямото значение на профилактиката и ролята й за намаляване разпространението на тези заболявания. Това изисква високо ниво на информираност и обучение на пациентите, като важен фактор за ефективността на лечението. Здравословните навици са важни, както за предотвратяването и лечението на заболяването, така и за успешното възстановяване на болните. Формирането им изисква пълноценна комуникация и зависи от информираността и обучението на пациентите. Всичко това, пряко или косвено зависи от ефективното планиране на дейностите и ресурсите, като условие за качество на здравните грижи.

ИЗВОДИ

1. Професионалистите по здравни грижи възприемат достатъчно ясно значимостта на заболяването в неговата социална и медицинска същност. Това е предпоставка за отговорно отношение към медико-социалните проблеми на пациентите, както и за наличие на мотивация за повишаване на своите професионални умения и компетенции, позволяващи им пълноценно участие в цялостния процес на лечение.

2. Значителна част от професионалистите по здравни грижи не разполага с достатъчно информация относно етиологията на заболяването (29,67%) и неговите симптоми (30,50 %). В съответствие с това, сред голяма част от медицинските сестри липсва увереност за наличие на знания и умения за разпознаване на първите сигурни признаци на заболяването или (35,00 %).

3. Медицинските сестри най-често осъществяват комуникация с пациентите (60,00 %), което подчертава значението на тяхната квалификация и професионални умения за предоставяне на грижи в съответствие със спецификата на заболяването и проблемите на пациентите в медицински и социален аспект.

4. Основните причини за непълноценна или недостатъчна комуникация между пациентите и медицинските сестри са напредналата възраст на първите (36,60 %) и липсата на време при последните (31,67 %), което се обяснява съответно с повишената честота на заболеваемостта с напредване на възрастта и с липсата на достатъчен брой квалифицирани професионалисти по здравни грижи, като един от най-значимите съвременни проблеми на здравеопазването в нашата страна.

5. Анализът на данните от проучването на мнението на професионалистите по здравни грижи за качеството на здравните грижи за пациенти с флеботромбоза, показва необходимост от разработване на мероприятия за повишаване на тяхното качество (41,66 %).

6. Слабата информираност на пациентите по отношение същността на заболяването (40,00%) и проблемите свързани с него, показва необходимостта от обучението им относно профилактиката, превенцията и лечението на дълбоката венозна тромбоза.

7. Липсата на правилник, регламентиращ работата на медицинските сестри извън лечебното заведение, както и недостатъчната им информираност и подготовка по отношение на конкретното заболяване, ограничава мотивацията им за осъществяване на здравни грижи за пациенти с флеботромбоза в домашни условия (56,66 %).

8. Спецификата на сестринската професия и условията на труд обуславят значителна честота на дълбоката венозна тромбоза сред медицинските сестри, особено при работещите в интензивни болнични структури като реанимация, операционни отделения и спешна помощ. Значителна част от тях не отдава необходимото внимание към проблема и възможните усложнения (16,67 %).

9. По-голяма част от професионалистите по здравни грижи (58,33 %) се отнасят положително към прилагане на модел на здравните грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза и провеждане на обучение за осъществяване на грижи в съответствие със спецификата на заболяването.

10. Съществува статистически доказана зависимост между познаването на етиологията (29,67%), и симптомите на заболяването (30,50%), и разпознаването на първите му признаци (35,00%), от една страна, и

професионалния стаж на медицинските сестри, от друга, а също така между мнението им относно необходимостта от специализирано обучение за прилагане на здравни грижи към пациенти с флеботромбоза и наличието на придобита следдипломна квалификация.

11. Най-голяма увереност в своите познания по отношение на заболяването показват медицинските сестри с професионален стаж между 20 (27,17%) и 40 години (20,33 %).

12. Разбирането на необходимостта от специализирано обучение на професионалистите по здравни грижи, в съответсвие с особеностите на заболяването и специфичния характер на проблемите на пациентите, е значително по-ясно изразено при тези с придобита следдипломна квалификация (20,67%). Това може да се обясни с по-голямата мотивираност на тези медицински сестри за професионално развитие, което предполага и по-голяма склонност към участие в мероприятията и програмите за придобиване на нови професионални умения и компетенции.

13. Анализът на резултатите от проучването на социалния профил на пациентите и отношението им към рисковите фактори на флеботромбозата, потвърждава значението на социалния статус и образователната степен за честотата на заболяването. Тя е по-голяма при работещите главно в изправено положение (50,33 %), и с по-ниска образователна степен (25,67 %).

14. Наред с хигиенните условия, основно значение за удовлетвореността на пациентите има качеството на извършваните манипулации и процедури, което е индикативно за ролята и значението на медицинските сестри по отношение качеството на медицинското обслужване и свързаната с него

конкурентна способност на лечебните заведения в условията на пазарна икономика.

15. Значителният относителен дял на професионалистите и пациентите, които считат, че повишаването на качеството на здравните грижи е свързано с подобряване на организацията на работата в отделението е индикатор за необходимостта от въвеждане на единен модел на грижите. Неговото практическо приложение в цялостния процес на лечение на дълбоката венозна тромбоза изисква специализирано обучение в съответствие със спецификата на заболяването и проблемите на пациентите в медицински и социален аспект.

ПРЕПОРЪКИ

Към лечебните заведения

► Разработване на план и стратегия за непрекъснато обучение на професионалистите по здравни грижи и повишаване на тяхната квалификация.

► Организацията на здравните грижи да се основава на научно обосновани модели в съответствие със спецификата на заболяването и медико-социалните проблеми на пациентите.

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи

► Разработване на нормативни документи, регламентиращи работата на професионалистите по здравни грижи извън болничните структури.

► Разработване на стандарти за здравни грижи, определящи нивото на качество на грижите.

Към Медицинските Университети

► Разработване на програми за следдипломно обучение и проекти, включващи софтуерни продукти чрез които да се подпомагат функциите и дейностите на ръководителите и професионалистите по здравни грижи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предоставянето на ефективни и качествени здравни грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза, изисква от медицинските сестри да притежават професионални умения, позволяващи им да участват пълноценно в цялостния процес на лечение в съответствие със своите компетенции. Това е свързано с организацията на работата в лечебните заведения, която трябва да бъде съобразена с принципа за "непрекъснатост на обучението през целия живот", продължаващо обучение и продължителна квалификация с цел ефективно използване на човешките ресурси, повишаване качеството на медицинската помощ и устойчиво развитие на здравните заведения.

Медицинските сестри имат важна роля в лечебно-диагностичния процес и профилактиката при пациентите с диагноза флеботромбоза. От тяхната квалификация и професионални умения зависи качеството и ефективността на извършваните манипулации, ранната диагностика, превенцията и ефективността на профилактиката, което, от своя страна, има важно значение за предотвратяването и лечението на заболяването.

Дейностите на професионалистите по здравни грижи са насочени не само в медицински, но и в социален аспект. Медицинските сестри контролират и обучават пациентите и техните близки, за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици, като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така, медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот, както в дома, така и в социалната си среда.

Всичко това до голяма степен определя удовлетвореността на пациентите от организацията и качеството на медицинското обслужване, което има

фундаментално значение за конкурентната способност на лечебното заведение в условията на пазарна икономика и свободен избор на пациентите.

Повишаване на ефективността и качеството на здравните грижи за пациенти с флеботромбоза може да се постигне с въвеждане единен, научнообоснован модел на грижите, съобразен със спецификата на заболяването. Практическото приложение на такъв модел изисква осигуряването на достатъчен брой квалифицирани професионалисти по здравни грижи, което е свързано с разработване на програма за тяхното обучение, като част от цялостната политика на лечебното заведение за усъвършенстване на кадрите в контекста на съвременните разбирания за развитие на човешките ресурси.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

I. Приноси с научен и методичен характер

1. Изследвани са основните дейности и професионалните компетенции на медицинските сестри при осъществяване на грижите за пациенти с дълбока венозна тромбоза, като е предложена програма за следдипломно обучение.

2. Установени са зависимости, които могат да се използват при разработване на мероприятия за повишаване качеството на здравните грижи за пациенти по време на болничното лечение.

3. Проучена е информираността на пациентите относно рисковите фактори на заболяването, като са определени основните насоки на здравните грижи за провеждане на по-активна профилактика и превенция на усложненията при венозната тромбоза.

II. Приноси с научно-приложен характер

1. На основата на установеното мнение и удовлетвореност на пациентите от болничното лечение е възможно да се разработят програми, конкретно насочени за повишаване качеството на здравните грижи.

2. Разработен е схематичен модел на здравните грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза, при който се поставя акцент върху дейностите и отговорностите на медицинските сестри за да се повиши информираността на пациентите и да се стимулира активността им за преодоляване на здравословните проблеми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, Ек. 2011. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи в България и Германия. В: Здравна политика и мениджмънт, том 11, № 4, с. 10-20.

2. Александрова, Ек. 2012. Здравното осигуряване в Германия и България и усъвършенстването на българската здравноосигурителна система. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 214 стр.

3. Александрова, М. 2001. Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. Под ред. на К. Юрукова. С., Горекс Прес, с. 97-100.

4. Александрова, М., Т. Попов. 2006. За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции. Стр. 440-444.

5. Александрова, М. 2010. Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. В: Сборник научни студии и статии на ЮЗУ „Неофит Рилски" – Съвременното образование – мисия и визия. Благоевград, УН „Неофит Рилски", с. 459-462.

6. Андреев А., Съдови заболявания, под редакцията на А. Андреев, АИ"Проф. М. Дринов", С.1998.

7. Апостолов, М. 1994. История на медицината и социалното дело. С. 192 стр.

8. Апостолов, М., П. Иванова. 1998. История на медицината и сестринството. С. Горекс Прес, 237 стр.

9. Апостолов, М. 2001. Измерения на българската медицина. Том 33, С., Тангра, 237 стр.

10. Апостолов, М. 2006. Исторически, социални и етични измерения на медицината. С., ГорексПрес, 199 стр.

11. Армстронг, Д. 1992. Управление на човешките ресурси. С., Делфин , с. 7.

12. Балканска, П. 2009. Психологични подходи в здравния мениджмънт. С., Булвест. 172 стр.

13. Балканска, П., Я. Проданова. 2010. Обучението на персонала в здравната организация – успешна инвестиция и проява на управленска компетентност. Сестринско дело, 42, № 2-3, с. 28-31.

14. Басаров, А. 2003. Възможности за промяна в мотивационния механизъм на заплащането на труда в лечебните заведения за болнична помощ. Здравен мениджмънт, 3, № 6, стр. 38-43.

15. Бикова, П., Ж. Георгиева. 2012. Портфолиото в помощ на здравното възпитание при деца със здравословни проблеми. Конференция „Детето във фокуса на педагогическото взаимодействие и социалната работа, СУ „Св. Климент Охридски", София, 23-24 ноември 2012. Сборник статии. С. 358-363.

16. Бикова, П., Н. Василева, А. Терзиева. 2013. Електронното обучение и практическото му приложение в медицината. Тридесет и първа научно-технологична сесия. Сб. статии, ТЕМТО, с. 82-85.

17. Бикова, П., М. Димитрова, Н. Василева, А. Терзиева. 2014. Мултидисциплинарния екип в здравните грижи. Тридесет и трета научно-технологична сесия. Сб. статии, ТЕМТО, с. 127-130.

18. Благоева, Д., Н. Василева, К. Богданова. 2014. Здравни потребности-същност, фактори, задачи и приоритети. Тридесет и четвърта научно-

технологична сесия – София. "Интердисциплинната идея в действие". С. 104-110.

19. Богданова, К., Д. Благоева, П. Кантарева, С. Георгиева. 2014. Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата. Трета научна сесия на медицински колеж- Варна. Варненски медицински форум. Том 3, приложение 4, с. 11-15.

20. Богданова, К., Д. Благоева, Т. Попова, Г. Чанева. 2015. Съвременни предизвикателства при управлението на здравните грижи. Тридесет и шеста научно-технологична сесия Контакт, София (30.10.2015). Гражданска идея в действие. Сборник статии. Темто, с. 209-213.

21. Богданова, К., Т. Славкова, Д. Благоева. 2016. Необходимост от провеждане на профилактика на остеопорозата в училище. Пета научна сесия на медицински колеж - Варна. Варненски медицински форум. Сборник статии. Под печат.

22. Богданова, К. 2018. Качество на здравните грижи в лечебното заведение. Дисертационен труд. Медицински университет. София, стр. 180.

23. Богданова, К. 2019. Основни аспекти в управлението на здравните грижи. Централна медицинска библиотека. Медицински университет. София. ISBN 978-619-7491-08-1. Стр. 112.

24. Богданова, К. 2019. Квалификацията на медицинската сестра като условие за качествено управление на здравните грижи. Академично списание Управление и образование. 15(5), 144-149.

25. Богданова, К., Д. Миликина, С. Богданов. 2019. Деградация на почвата – основни фактори и здравни последици. 44-та Научно-технологична сесия Контакт, София (25.10.2019). Гражданска идея в действие. Сборник статии. Темто стр. 151-158.

26. Борисов, В. 1998. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването. Ново обществено здравеопазване. С., т. 1, с. 322-333.

27. Борисов, В. 2003. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. С., Филвест, 248 стр.

28. Борисов, В. 2004. Качество на здравното обслужване, В: Социална медицина, учебник за медицинските колежи, Акар ПРИНТ, София, с. 125-127.

29. Борисов, В. 2004. Мениджмънт на качеството в здравеопазването, В: Здравен мениджмънт, т. I, С., Филвест, с. 243-258.

30. Борисов, В. 2008. Здравната реформа на кръстопът - хаос или мениджмънт. София. 140 стр.

31. Брундланд, Г. 2002. Устойчивото развитие и здравето на народите. Социална медицина, 4, с. 2-3.

32. Василева, Н., А. Терзиева. 2011. Грижи за емоционалното здраве на пациента, Интердисциплинарна гражданска академия. XXVII Научно-технологична сесия. “Контакт 2011” /Сборник статии/. Изд. “ТЕМТО”, с. 93-97.

33. Василева, Н. 2015. Професията медицинска сестра- мотивация и призвание. МУ – София. ISBN 978-954-9318-63-0. 100 стр.

34. Владимирова, К., К. Спасов, Н. Стефанов. 1998. Управление на човешките ресурси. Част I. Университетско издателство „Стопанство”, София, 230 стр.

35. Владимирова, К., К. Спасов, Н. Стефанов. 1999. Управление на човешките ресурси. Част II. Университетско издателство „Стопанство”, София, 320 стр.

36. Воденичаров, Ц., В. Борисов. 1999. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора, АРСО, София, 148 стр.

37. Воденичаров, Ц., С. Попова. 2003. Медицинска етика, ДАК, С., 230 стр.

38. Воденичаров, Ц. 2004. Болнично обслужване. В: Социална медицина, Учебник за медицинските колежи, В. Борисов, Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова, Акар ПРИНТ, София, с. 108-112.

39. Воденичаров, Ц. 2003. Седемте разлики между медика и мениджъра. С., ДАК, 75 стр.

40. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков. 2005. Модели за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт. № 2, 5-14.

41. Воденичаров, Ц., С. Попова. 2009. Социална медицина, ЕкоПринт, 218 стр.

42. Воденичаров, Ц., Н. Попов, В. Борисов. 2010. Модели за финансиране на здравните дейности. Наука и общество, Кърджали, 13-14.10.2010 г.

43. Воденичаров, Ц. 2011. Медицински и мениджърски професионализъм – потребност от академична и експертна подкрепа в контекста на организационната промяна в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, № 4, с. 3-5.

44. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска. 2013. Социална медицина, С., ГорексПрес, с. 493-504.

45. Гавраилова, Д., Ж. Сурчева. 2003. Сила и авторитет на сестринската професия. Здравен мениджмънт, 3, № 6, 17-19.

46. Георгиева, Ем., Л. Георгиева. 2014. Качеството на лабораторните медицински услуги като елемент на цялостното качество на здравните дейности. Варненски медицински форум, т. 3, приложение 4. Изд. Медицински университет – Варна. С. 62-65.

47. Гиров К., Проучвания върху хроничната артериална недостатъчност на горните крайници, Докторска дисертация, С., 1999

48. Гиров. К., Лечение на дълбока венозна тромбоза и профилактика на венозен тромбоемболизъм. Клинично ръководство.

49. Гладилов, Ст., Ев. Делчева. 2000. Начини за финансиране на здравеопазването. Икономика на здравеопазването. С. 393 стр.

50. Гладилов, Ст., Ж. Павлова, А. Чешмеджиева, Цв. Петрова. 2004. Икономика на здравеопазването, Ръководство за практически занятия по икономика на здравеопазването, С., Princeps, 298 стр.

51. Гладилов, Ст., Ев. Делчева. 2009. Икономика на здравеопазването, Принцепс, 486 стр.

52. Гладилов, Ст., А. Янакиева, А. Воденичарова. 2015.Маркетинг в здравеопазването. С., Принцепс Маринови ООД. ISBN 978-954-8067-82-9. с220

53. Горненски, П., В. Борисов. 2010. Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. Медицински меридиани, 1, 49-52.

54. Григоров, М., Болести на сърдечно- съдовата система -Медицински университет-София,Година: 2017, ISBN: 978-954-9318-82-1

55. Гроздински, Л., М. Станкев, Ст. Стефанов, К. Костов, В. Ходжев. 2007. Венозни тромбози и белодробен тромбемболизъм. София, стр. 151.

56. Грънчарова, Г. 2005. Управление на здравните грижи, ИЦ на МУ – Плевен, с. 239-258.

57. Давидов, Б. 2004. Болнична икономика. Св. Кл. Охридски, С., 230 стр.

58. Десев, Л. 2000. Педагогическа психология. С., 516 стр.

59. Димитров, Д. 2008. Управленска компетентност на началник отделенията и старшите сестри. Здравна политика и мениджмънт, № 5, 76-79.

60. Димитров, Д. 2009. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата. Здравна политика и мениджмънт, № 2, 25-30.

61. Димитров, Д., А. Жеков. 2009. Проблеми на професионалната мотивация на здравните мениджъри. Здравна политика и мениджмънт, № 1, 21-24.

62. Димитрова, А. 2019. Мениджмънт на грижите при изгаряне. Централна медицинска библиотека. Медицински университет. София. ISBN 978-619-7491-10-4. Стр. 63.

63. Добрилова, П. 2014. Здравните грижи – основен фактор за повишаване на качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 219 стр.

64. Добрилова, П. 2014. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт. Medicine Sci. Techn., 4, № 1, стр. 322-326.

65. Дойчинов А., Клинична ангиология, МФ, С.1992.

66. Драганова, М. 2006. Качество на здравните грижи, сестрински процес и сестринска документация. Здравни грижи, № 1, 27-29.

67. Драганова, М. 2008. Сестринският план за грижи – научнообоснована методология за приложение на сестринския процес. Здравни грижи, № 1, стр. 23-26.

68. Драганова, М., Т. Веков. 2012. Бюджетът на времето като елемент на болничния мениджмънт. Сестринско дело, № 3, стр. 3-7.

69. Жеков, Ал. 2009. Екипният подход в болничния мениджмънт. ТониТ ООД, С., 104 стр.

70. Закон за регионалното развитие. Обн. ДВ, бр. 50 от 30.05.2008 г. Изм. ДВ, бр. 93 от 24.11.2009 г.

71. Захов, В. 2008. Управление на човешките ресурси в лечебните заведения. Здравна политика и мениджмънт, № 6, стр. 83-84.

72. Златанова, Т., Р. Златанова. 2008. Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, Дидакта консулт, 211 стр.

73. Иванов, Л. 1992. Мениджмънт на качеството на медицинското обслужване, В: Мениджмънт на здравната организация, Ес Ти Либер, С., стр. 90-112.

74. Иванов, Л., Ж. Христов. 2009. Възможности за оптимизиране дейността на общинските болнични заведения в София. Здравен мениджмънт и здравна политика, № 1, стр. 9-16.

75. Иванова, П. 2009. Развитие на мотивационни мерки в здравната организация. International Science conference 4-5 June 2009, Stara Zagora, Bulgaria: "Economics and Society development on the Base of Knowledge", Vol. VI. Social studies. Psychology. 106-110.

76. Илиев, Й. 1993. Мотивация на персонала. С., Лира, 104 стр.

77. Кехайов, А. 2007. Някои аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в България в условията на членство в Европейската общност. В: Здравен мениджмънт, 2, стр. 7-11.

78. Комитов, Г., Стр. Генев. 2008. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа. Здравна политика и мениджмънт, 5,стр. 98-103.

79. Консенсус на Българското дружество по белодробни болести и Българското дружество по кардиология за диагноза и лечение на белодробен тромбоемболизъм. 2005, стр. 57.

80. Маркова, Ст. 1996. Мотивационни фактори за успешни и резултатни здравни грижи. Дисертационен труд, МУ, С.

81. Маркова, Ст. 2013. Повишаване самочувствието и имиджа на сестринството и отстояване на правата на съсловието. Здр.грижи, № 1, стр. 4

82. Маслоу, А. 2010. Мотивация и личност. С., Кибеа, ISBN 954-474-24-84, 664 стр.

83. Мачев С., Ал. Дойчонов, К. Гиров, М. Станкев, Кардиоваскуларни рискови фактори при хронична артериална недостатъчност, Съдови заболявания, т. III, бр 1, 2004.

84. Мачев С., Ал. Дойчонов, К. Гиров, Епидемиологични данни за хроничната артериална недостатъчност на крайниците, МФ, 2003, VII-VIII, 11-12.

85. Младенов, Р., Е. Сыбева, А. Янакиева. 2015. Больница през призму рынка. Сб. статии: Международна научна школа „Парадигма”, т. 4, ISBN 978-619-7142-07-5, с. 229-232.

86. Мухина, С., И. Тарновская. 2006. Теоретични основи на сестринските грижи. Издателски център на МУ – Плевен. ISBN 10: 954-756-064-6/13: 978-954-750-064-2. 253 стр.

87. Наредба № 31 от 28.07.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 64 от 20.07.2001 г., изм. и доп., бр. 93 от 21.10.2003 г.

88. Научни реферати, Международен съюз по флебология XII световенконгрес – Лондон, 1995 г.

89. Национална здравна стратегия (2014-2020). 2013. МЗ. С., 81 стр.

90. Николов, П. 2000. Проблеми на нравствената мотивация. С. 179 стр.

91. Обуховски, К. 2001. Психология на човешките стремежи. С., Наука и изкуство, 259 стр.

92. В. Орбецова., В, В. Замфирова. Енциклопедия по интегративна медицина : Сърдечно-съдови заболявания.

93. Основи на общата медицинска практика. 1998. Ръководство за студенти по медицина и лекари, специализиращи обща медицина. Под ред. на Е. Шипковенска и Дж. Джолис. С., Отечество, 139 стр.

94. Паунов, М. 1998. Организационно поведение. Сиела, 287 с.

95. Паунов, М. 2004. Стратегическо управление на човешките ресурси. Стопанство, 87 стр.

96. Паунов, М. 2006. За трудовата мотивация и мотивирането. Сп. Труд и право, бр. 9, с. 27-37.

97. Паунов, С. 2014. Ефективност и справедливост в сферата на здравеопазването. Сборник статии. Европейските етични стандарти и българската медицина. С., с. 35-42.

98. Пачев, Т. 1999. Управление на персонала. Социологически аспекти. Унив. изд. Стопанство. 220 стр.

99. Петков, А. 2004. Немска аналитична методика за определяне на необходимостта от сестрински персонал, Социална медицина, бр.2, с. 32-33.

100. Петков, В., Н. Попов. 2004. Икономически реалности в здравеопазването. ИКТ решения – отговор на много въпроси. Здравен мениджмънт, 4, № 5, 30-31.

101. Петков, В., Н. Попов, Т. Златанова. 2005. Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. Соц. медицина, 13, № 3, 4-7.

102. Петрова, Зл., С. Генев. 2014. Управление на здравната система. Национално сдружение за здравна политика и здравен мениджмънт (НСЗПМ), Health media. 352 стр.

103. Петрова-Готова, Ц. 2005. Някои аспекти на качеството в здравеопазването. Здравен мениджмънт, том 5, бр. 2, 25-28.

104. Петрова-Готова, Ц. 2013. Доброто информационно осигуряване – предпоставка за по-ефективно здравеопазване. 32-ра научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2013: Интердисциплинарната идея в действие. (Сб. статии). С., ТЕМТО, 164-168.

105. Пирьов, Г., Л. Десев. 1977. Педагогическа психология. Наука и изкуство, С., 468 стр.

106. Програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014 – 2020

107. Проданов, Г. 2011. Хигиена и здравно образование. Астарта. Пловдив. 173 стр.

108. Попова, Т., Ив. Стамболова. Физическата активност като част от превенцията на сърдечно-съдовите заболявания Сп. „Сестринско дело”, 51, 2019, №2, стр. 13-18. ISSN 1310-7496.

109. Попова, Т., Ив. Стамболова. Промоция и оценка на физическата активност в ученическа възраст. Сестринско дело, 50, 2018, №3, стр. 26-31.

110. Попова, Т., Ив. Стамболова. Роля на медицинската сестра в профилактика на артериалната хипертония в юношеска възраст. Здравни грижи, бр. 3, 2018, стр. 5-10.

111. Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл здравеопазване. 2012. Анализ, КНСБ, 135 стр.

112. Рамчев, К. 2002. Психология на управлението. Печелившият мениджмънт. Унив. изд. ВСУ „Черноризец Храбър”. 521 стр.

113. Ръководство по пропедевтика на вътрешните болести. Бранимир Каназиреви Жанета Георгиева.

114. Савов, В. 1999. Основи на управлението. Университетско издателство „Стопанство”, С., с. 45–52.

115. Славкова, Т., К. Богданова, М. Илиева. 2016. Качествени здравни грижи при пациенти с флеботромбози. Тридесет и осма научно-технологична сесия Контакт - 28.10.2016 г. София - Гражданската идея в действие – изд. „ТЕМТО”, С., с. 257-262.

116. Славкова, Т. 2019. Участие специалиста здравоохранения в лечебно-диагностическом процессе и профилакции у пациентов с глубинным венозным тромбозом. Medicus, Международный медицинский научный журнал, № 3(27) ISSN 2409-563X, 68-74.

117. Стамболова, И. 2006. Проучване на дейността на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, № 2, 8-11.

118. Стамболова, И. 2008. Мениджмънт и етика на съвременната медицинска практика. С., РИК „Симел”, 90 стр.

119. Стамболова, В., А. Терзиева, Н. Василева. 2011. Сътрудничество и участие на пациента в терапевтичния екип. Сп. „Здравни грижи”, 2 бр., ISSN 1312-2592, с. 24-28.

120. Стамболова, Ив. 2015. Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи. Медицински университет – София. Централна медицинска библиотека. ISBN 978-954-9318-57-9. 160 стр.

121. Стефанов С., М. Станкев, Диабетът като рисков фактор при критична исхемия на долен крайник, Ангиология и съдова хирургия, т. XI, бр.1 ,С., 2006.

122. Сурчева, Ж. 1998. Мотиви за избор на медицинската професия и тяхното измерение през периода на обучение във висшето учебно заведение. Автореферат на дисертационен труд. С.

123. Сурчева, Ж. 2002. Признанието на сестринския труд и достиженията на работното място: отношение на персонала и мениджърите. Здравен мениджмънт, 2, № 2, 45-47.

124. Сурчева, Ж. 2003. Избягвайте 10-те основни причини, които демотивират персонала. Здравен мениджмънт, 3, № 1, 51-53.

125. Сурчева, Ж. 2003. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки (I част). Здравен мениджмънт, 3, № 5, 18-28.

126. Сурчева, Ж. 2004. Трудовата мотивация – обзор върху някои теоретични постановки (II част). Здравен мениджмънт, 4, № 2, 22-24.

127. Терзиева, А., Н. Василева, П. Бикова. 2010. Специфика на обучение на медицинските сестри във вътрешно отделение. XXV Научно- технологична сесия. „Контакт 2010“ /Сборник статии/. Изд.“ТЕМТО“, с. 128-135.

128. Терзиева, А., Н. Василева, Г.Чанева. 2014. Проблеми в обучението по сестрински грижи за пациенти с увреждания. Сп. Сестринско дело, бр. 3, ISSN 1310-7496, С. с. 42-44.

129. Тодорова, Т. 2014. Основни насоки за повишаване качеството на здравните грижи. Научни трудове на Русенския университет – 2014, том 53, серия 8.3, с. 54-57.

130. Томов Ил., Клинична кардиология, МФ, С., 1992

131. Трендафилова, П. 2008. Потребността на болничните мениджъри от обучение по маркетинг в здравеопазването. Между традицията и новите реалности. СУ „Св. Климент Охридски”, С., с. 634-638.

132. Узунова, Ю. 2012. Маркетингов мениджмънт. Унив. изд. на ИУ- Варна.

133. Чакърова, Л. 2011. Професионална етика за специалисти по здравни грижи. Габрово, ЕксПрес. 180 стр.

134. Чакърова, Л. 2013. Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването. Габрово, ЕксПрес, с. 16-17.

135. Чамов, К. 2001. Съвременната здравна политика и медицинската сестра. Здравен мениджмънт, № 1, с. 17-21.

136. Чамов, К. 2002. Роля и място на медицинската сестра в условията на съвременния мениджмънт. Соц. мед., 10, № 1, 18-22.

137. Чанева, Г. 2003. Критерии за качество на здравните грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, с. 89-93.

138. Чанева, Г., И. Стамболова. 2003. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, с. 15-21.

139. Чанева, Г., И. Стамболова. 2003. Концепции за управление на сестринските грижи. В: Управление на здравните грижи. С., Филвест, с. 7-15.

140. Чанева, Г. 2005. Наръчник за качество на сестринските грижи в болницата. София. 52 стр.

141. Чанева, Г. 2006. Качество на сестринските грижи в болницата. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 173 стр.

142. Чанева, Г. 2015. Управленски подходи за ефективни здравни грижи, МУ София. ISBN 978-954-9318-59-3. 96 стр.

143. Чанева, Г., К. Богданова. 2015. Гръбначните изкривявания в детска възраст – оценка на риска и превантивни грижи. Сборни статии – Инга. Под печат.

144. Черкезов, Т. 2006. Приложение на етичните принципи в областната болница – регион Кърджали. Сборник „Конфликтология и съвременност”, С., бр. 1, с. 167-169.

145. Шербанов, О., Т. Недева. 2015. Дълбока венозна тромбоза и белодробен тромбоемболизъм – участие на специалиста по здравни грижи в диагностиката, лечението и профилактиката. Научни трудове на Русенския университет. Том 54, серия 8.3, с. 201-204.

146. Шипковенска, Е., Сърдечно-съдов риск: проблем с много неизвестни(Sofia Heart Study), С, Филвест, 2004.

147. Янакиева, А. 2012. Маркетинг на дейността медицински патронаж в домашни условия. Дисертационен труд. Медицински университет – София. 168 стр.

148. American nurses association. 2015. Code of Ethies Nurses, www.nursingworld.org

149. Beckman, M., C. Hooper, S. Critchley, T. Ortel. 2010. Venous Thromboembolism. A Public Healt Concern. Am. J. Prev. Med., 38(4S): S495-S501.

150. Borda, G. L., & Norman, I. J. 1997. Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. International Journal of Nursing Studies, 34(6), 385-394.

151. Boyatzis, R. E., S. S. Cowen, D. A. Kolb. 1998. Innovation in Professional Education. Mcber&Company. 280 p.

152. Brook, R., E. A. McGlynn, P. D. Cleary. 1996. Measuring Quality of Care. Part 2. The New England Journal of Medicine. Vol. 335, №13, 966-970.

153. Brown, B. 2008. Meta-competence: recipe for reframing the competence debate? Brue Greg Six Sigma for Small Business, http://www.amazon.com/. Personnel Review, 22, № 6, 26-37.

154. Burhin, F., D. Elkaï. 1998. Système qualité et services de soins: position charnière du personnel, In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 5-40.

155. Creasia, J., B. Parker. 1991. Instructor's manual for Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice, Mosby-Year Book, 16-18.

156. Darras, E. 1999. La recherché infirmiére Clinique, complexité, dimension éthique et légitimité du chercheeur, Perspective soignante. P., Seli ARSLAN S.A.

157. Davidson, D., E. Peck. 2006. Organizational development and organizational design. In: Healthcare management. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 342.

158. Dixon, J. 2006. The politics of healthcare and the health policy process: implication for healthcare management. In: Healthcare management. Eds. K. Walsh et J. Smith, Open University Press, 27.

159. Donabedian, A. 1982. Explorations in quality assessment and monitoring. The criteria and standards of quality. Vol. 2. Ann Arbor: Health Administration Press. 2:

160. Dracup, K. 1987. Critical Care Nursing, In: Annual review of nursing research, vol. 5, 107-133.

161. Field, A. 2006. Discovering statistics using SPSS. (2nd ed.). London, UK: Sage. 908 p.

162. Formarier, M., G. Poirier-Coutansais, T. Psiuk. 1995. Les concepts organisateurs de la science leur application aux soins infirmiers, Recherché en soins infirmiers, N 43. 68-80.

163. George, D., & P. Mallery. 2003. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston, MA: Allyn&Bacon. 63 p.

164. Groothooff, J. W. 2009. Determinants of quality management systems implementation in hospitals, Health Policy, 89, pp. 239-251.

165. Hees, M. 1999. Le management: science, art, magie? Perspective soignante. P. Seli ARSLAN S. A., 62.

166. Herzberg, F. 1968. One more time: How do you motivate employees? Harvard Business Review, 46(1), 53-62.

167. Irvine, D. M., & M. G. Evans. 1995. Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. Nursing Research, 44(4), 246-253.

168. Jooste, K., & O. Klipert. 2002. The role of management in promoting a motivational work setting for nurses. Health SA, 7(2), 14-17.

169. Kenney, J. 1991. The evolution of nursing science and practice, In : Issues and trends in nursing, Grace Deloughery, Mosby Year Book, St. Louis, 31-65.

170. Kérouac, S., J. Pepin, F., Ducharme, A. Duquette, F. Major. 1994. La pensée infirmière : conceptions et stratégies, Editions Maloine, 97-134.

171. Lawer, J. 1999. Connaître le corps et le "vécu du corps" methodologies, discours et soins infirmiers, Perspective soignante. P., Seli ARSLAN S.A., 85.

172. Leddy, S., J.Mae Pepper. 1989. Conceptual Bases of Professional Nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 3-61.

173. Lu, H., A. While, & K. Barriball. 2005. Job satisfaction among nurses: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 42(2), 211-227.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкетна карта за медицинските сестри

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колеги, моля да се включите в анкетно проучване, което има за цел да проучи **социалните и медицински проблеми** на пациенти с диагноза “флеботромбоза”,за да се потърсят възможности за тяхното решаване чрез адекватни и качествени здравни грижи.

Заградете с кръгче избрания от Вас отговор на зададения въпрос или мнение. Вашата анонимност е гарантирана. Предварително благодарим за съдействието!

1. **Моля, посочете Вашата възраст в навършени години**……
2. **Моля, посочете професионалния си стаж в години**…….....
3. **Моля, посочете отделението в което работите**

   а/ вътрешно отделение

   б/ хирургично отделение

   в/ ортопедо-травматологично отделение

   г/ друго ……
4. **Моля, посочете каква длъжност в момента изпълнявате**

   а/ редова медицинска сестра

   б/ старша медицинска сестра

   в/ главна медицинска сестра

5. Посочете Вашето образование

а/ Средно-специално

б/ Полувисше

в/ Колеж

г/ Висше – бакалавър „Здравни грижи”

д/ Висше – „Управление на здравните грижи”

6. Имате ли придобити квалификации в следдипломното обучение свързани с управлението на здравните грижи

а/ да (моля посочете курса) ……

б/ не

7. Определете каква е според Вас социалната и икономическа значимост на заболяването флеботромбоза.

а/ много висока

б/ висока

в/ не много висока

г/ ниска

8. В каква степен сте запознати с етиологията на заболяването?

а/ да запознат/а съм

б/ да отчасти

в/ не

9. Запознати ли сте със симптомите на заболяването флеботромбоза?

а/ да

б/ да, отчасти

в/ не

10. Считатате ли, че бихте могли да разпознаете първите сигурни симптоми на заболяването?

а/ да

б/ отчасти

в/ не

11. От кого се осъществява най-често комуникацията с пациентите, лекуващи се във Вашето отделение/ клиника?

а/ мед. сестри

б/ лекари

в/ фармацевти

г/ диетолози

д/ социални работници

е/ санитари

ж/ от целия екип

12. Кои според вас са най-често срещаните затруднения в общуването мужду медицинска сестра –пациент?

а / възрастта на пациентите

б/ агресия от страна на пациента

в/ липсата на време от страна на специалистите по здравни грижи

г/ нисък социален статус и ниска здравна култура на пациента

д/ друго /моля, допишете!/.....

13. По какъв начин Вие възприемате пациента?/ можете да посочите не повече от три отговора!/

а/ като нуждаещ се от помощ човек

б/ като клиент , нуждаещ се от здравни услуги и грижи

в/ като обикновен човек, който страда

г/ като човек, който може да си плати всички грижи и услуги

д/ като личност, с която трябва да се съобразявам в процеса на обгрижване

14. Считате ли, че извършваните от Вас здравни грижи отговарят на съвременните изисквания за качество на медицинското обслужване?

а/ напълно

б/ отчасти

в/ недостатъчно

г/ не

15. Считате ли че е необходимо, медицинска сестра да притежава специална подготовка, за да се грижи за болни с диагноза" флеботромбоза"?

а/ да

б/ не

в/ не мога да преценя

16. Достатъчна ли е според Вас информацията, която пациентите получават заболяването?

а/ да

б/ отчасти

в/ не

17. Считате ли че е необходимо провеждането на здравно обучение за пациенти относно превенцията на дълбока венозна тромбоза?

а/ да

б/ не

в/ не мога да преценя

18. Дали бихте се ангажирали да полагате грижи в дома на пациент с флеботромбоза?

а/ да

б/ не

19. Ако отговорът на предходния въпрос е ДА, каква е причината да поемете този ангажимент ?

а/ пациентът е мой близък

б/ пациентът е член на моето семейство

в/ ще ми бъде заплатено

г/ причината е .....

20. Считате ли, че пациентите и техните близки имат потребност от обучение за да могат да полагат грижи при болни с флеботромбоза?

а/ да

б/ не

в/ не мога да преценя

21. Поставяна ли е на Вас диагнозата "Флеботромбоза"?

а/ да

б / не

22. Ако отговора Ви е “да”, потърсихте ли специализирана лекарска помощ?

а/ да

б/ не

23. Ако отговора Вие “не ” ще потърсите ли специализирана лекарска помощ ако Ви се случи ?

а/ да

б/ не

в/ не зная

24. Ако Вие е поставяна диагнозата “Флеботромбоза” къде се лекувахте?

а/ амбулаторно след назначено лечение от ОПЛ

б/ амбулаторно след назначено лечение от специалист

в/ сам/а в къщи

г/ по-време на работа

25. Ако Ви се постави диагноза “ Флеботромбоза “ къде бихте се лекували?

а/ амбулаторно след назначено лечение от ОПЛ

б/ амбулаторно след назначено лечение от специалист

в/ сам/а в къщи

г/ по-време на работа

26. Ако Ви се постави диагноза “ Флеботромбоза “ как бихте постъпили?

/може да посочите повече от един отговор!/

а/ ще следвам стриктно медицинските препоръки за заболяването;

б/ ще приемам назначените лекарства,

в/ ще спазвам диетичния и двигателен режим, който е необходим при това заболяване,

г/ ще се явявам редовно на профилактичните прегледи, за да избягвам влошаване на състоянието си,

д/ ще търся помощ и съвет от компетентен специалист при възникване на оплакване в процеса на лечение

е/ нямам намерение и възможност да приемам лекарствата,

ж/ нямам намерение и възможност да спазвам съветите за диета и двигателен режим

з/ ще изпробвам и алтернативна медицина

и/ друго/моля, посочете!/.....

27. Считате ли за необходимо въвеждането на модел на здравните грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза?

а/ да

б/ отчасти

в/ не

г/ не мога да преценя

28. Подредете по важност /от 1 до 5/ посочените фактори за подобряване на организацията на работа и качеството на здравните грижи:

а/ повишаване контрола от страна на ръководителите

б/ подобряване на материално-техническата база в отделението

в/ увеличаване броя на професионалистите по здравни грижи

г/ повишаване на квалификацията на професионалистите по здравни грижи

д/ изработване на модел за специализирани здравни грижи

Приложение 2

Анкетна карта за пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим за Ви участие в анкетно проучване за Вашата удовлетвореност от организацията на здравните грижи в отделението.

Заградете с кръгче избраната от Вас цифра, която най-точно отразява Вашата удовлетвореност от сестринските грижи в отделението на болницата. Вашата анонимност е гарантирана. Благодарим Ви за оказаното съдействие.

1. Моля, посочете вашата възраст……..

2. Моля, посочете вашия пол;

а/ мъж

б/ жена

3. В какво населено място живеете?

а/ град

б/ село

4. Моля, посочете Вашия социален статус:

а/ учащ

б/ безработен

в/ работещ

г/ пенсионер

д/ работещ пенсионер

5. Моля, посочете е вашето образование:

а/ основно

б/ средно

в/ професионално училище

г/ колеж

д / висше

е/ друго/ посочете!/.....

6. Ако работите, моля посочете как прекарвате работния си ден предимно?

а/ в седнало положение

б/ в стоящо положение

в/ комбинация от двете

7. Усещате ли краката си "тежки"в края на работния ден?

а/ не, никога

б/ понякога

в/ често

г/ почти постоянно

8. Считате ли че имате ли наднормено тегло?

а/ не

б/ да, 1-5 кг.

в/ да, 5-10 кг.

г/ да, над 10 кг.

9. Моля, посочети кои от изброените по долу рискови фактори имате в ежедневието си и свързвате с поставената Ви диагноза "флеботромбоза" (Дълбока венозна тромбоза)?

а/ затлъстяване

б/ тютюнопушене

в/ високо кръвно налягане

г/ носене на неподходящи дрехи и обувки

д/ продължително стоене или седене

е/ бременост

ж/ други / посочете!/ .....

10. Познавате ли причините за възникване на заболяването флеботромбоза? (Дълбока венозна тромбоза)

а/ да

б/ не

11. Ако ги познавате, моля, опишете ги накратко!

.....

.....

12. Имахте ли информация за заболяването " Флеботромбоза" преди да отидете на лекар?

а/ да

б/ не

13 . От колко време са първите Ви оплаквания от заболяването?

а/ от 7 дни

б/ от 1 месец

в/ от 1 година

г/ повече от 1 година.

14. Към кого се обърнахте по повод първите си оплаквания от заболяването?

а/ личен лекар

б/ съдов хирург

в/ хирург

г/ ортопед

д/ медицинска сестра

е/ познати, немедицински лица

ж/ други, посочете!.....

15. Получихте ли достатъчно информация от Вашия лекуващ лекар за заболяването Ви?

а/ да, лекуващият лекар ми предостави достатъчна и разбираема информация

б/ предоставената ми информация е недостатъчна и неразбираема

в/ не съм информиран/ а от лекуващия лекар

г/ не мога да преценя

16. Колко често ходите на профилактични прегледи?

а/ на 6 месеца веднъж

б/ веднъж на 1 година

в/ на повече от 3 години

г/ отивам само при възникнал проблем

17. Доволни ли сте от грижите, които полагат медицинските сестри по време на вашето лечение?

а/ да

б/ отчасти

в/ не

18. Как смятате да се грижите за себе си с това заболяване?/ може да посочите повече от един отговор/

а/ ще следвам стриктно медицинските съвети,

б/ ще приемам назначените лекарства,

в/ ще спазвам диетичния и двигателен режим, който е необходим при това заболяване,

г/ ще се явявам редовно на профилактичните прегледи, за да избягвам влошаване на състоянието си,

д/ ще търся помощ и съвет от компетентен специалист при възникване на оплакване в процеса на лечение

е/ нямам намерение и възможност да приемам лекарствата,

ж/ нямам намерение и възможност да спазвам съветите за диета и двигателен режим

з/ ще изпробвам и алтернативна медицина

и/ друго/моля, посочете!/.....

19. Доволен ли сте от приемането Ви в отделението?

а/ да

б/ отчасти

в/ не

20. Доволен ли сте от комуникацията със здравните специалисти и информацията, която получавате за заболяването?

а/ да напълно

б/ отчасти

в/ не

21. Доволни ли сте от хигиената в отделението?

а/ Много съм доволен

б/ Доволен съм

в/ Донякъде съм доволен

г/ Не съм доволен

22. Доволни ли сте от качеството на храната и отговаря ли тя на диетата на Вашето основно заболяване?

а/ Много съм доволен

б/ Доволен съм

в/ Донякъде съм доволен

г/ Не съм доволен

23. Доволен ли сте от начина по който се провеждат манипулациите и процедурите?

а/ Много съм доволен

б/ Доволен съм

в/ Донякъде съм доволен

г/ Не съм доволен

24. Посочете Вашата оценка за организацията и качеството на здравните грижи!

а/ Отлично

б/ Много добро

в/ Добро

г/ незадоволително

25. Кои от изброените дейности биха подобрили според Вас организацията на работата в отделението?

а/ Подобряване организацията на здравните грижи

б/ По-добра квалификация на персонала

в/ Да се повиши броя на медицинските специалисти

г/ Подобряване на материално-техническата база

д/ Повишаване на контрола върху работата на медицинските специалисти

Приложение 3

ПРОЕКТ!

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

У Ч Е Б Н А П Р О Г Р А М А

ЗА

СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ

на тема:

Сестрински грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза

София

2020

ОСНОВНИ МЕТОДИЧЕСКИ УКАЗАНИЯ

Анотация: В курса за следдипломно обучението за медицински сестри се предоставят знания за спецификата на лечебния процес и грижите за пациенти с дълбока венозна тромбоза в различните структурни звена (хирургия, ортопедия, интензивни отделения, операционен блок и в дома на болния), и пациенти в риск от възникване на заболяването. Задълбочено се изучават спецификата на грижите при пациенти в риск и пациенти с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза. Предоставянето на качествени здравни грижи зависи от правилното планиране на дейностите и ресурсите, което е свързано с осигуряване на достатъчен брой квалифицирани здравни специалисти, съставяне на оптимален план на грижите за пациента, създаване на условия за обучение на персонала, материално-техническо обезпечаване. Всичко това е свързано с квалификацията и професионалните умения на ръководителите по здравни грижи. Комуникацията и демонстрирането на добро отношение и добронамереност от страна на персонала спомагат за преодоляването на негативните емоции на пациентите при приемането им в отделението и определя тяхната информираност.

1. ЦЕЛ НА КУРСА:

Медицинските сестри да получат знания за специални грижи за пациенти в риск и пациенти с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза, да придобият умения за работа и поведение, съобразени със спецификата и особеностите и профилактика на заболяването.

2. ОСНОВНИ ЗАДАЧИ:

* Медицинските сестри да получат теоретични знания в областта на специалните грижи при пациенти в риск и пациенти с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза.

* Медицинските сестри да придобият практически умения за оценка и анализ на рисковите фактори.

* Да се формират у медицинските сестри умения за прилагане на сестринския подход за грижи при пациенти в риск и пациенти с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза.

* Да се формират у медицинските сестри умения за прилагане на програми за профилактика и превенция на заболяването - дълбока венозна тромбоза

3. **ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА КУРСА** – 4 дни
4. **ОЦЕНЯВАНЕ** – чрез събеседване и решаване на тест
5. **СТРУКТУРА НА ПРОГРАМАТА**

Първи модул – Основни познания в областта на спецификата на грижите и поведението при профилактиката и лечението на пациенти в риск и пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза. /15 часа теория/.

Втори модул – Обучение в решаване на конкретни казуси /15 часа упражнения/.

6. **ФОРМИ НА ОБУЧЕНИЕ**

Лекция, дискусия, консултации, решаване на казуси, изискващи активност от страна на медицинските сестри и предполагат самостоятелна работа по предварително зададени теми.

7. **МЕТОДИ НА ПРЕПОДАВАНЕ**

- Теоретично обучение – лекции 15 учебни часа
- Практическо обучение – упражнения 15 учебни часа

Раздел	Модул	Лекции	Упражнения	Общо
I	Основни познания в областта на грижите, профилактиката и поведението при пациенти в риск от възникване на дълбока венозна тромбоза.	15	-	15
II	Специфика на грижите при болни с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза. Обучение в решаване на казуси и изготвяне на индивидуален план за грижи и приложение на сестрински интервенции	-	15	15
	Всичко	15	15	30

8. ПОМОЩНИ СРЕДСТВА ЗА ПРЕПОДАВАНЕ:

схеми, таблици, данни от проучвания, изработени постери

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО МОДУЛИ И РАЗДЕЛИ

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО МОДУЛИ, ТЕМИ И ЧАСОВЕ

№ по ред	**Модул**	**Теми**	**Брой часове Лекции**	**Брой часове упражнения**
I	Основни познания в областта на грижите, профилактиката и поведението при пациенти в риск от възникване на	1.Епидемиология и характеристика на дълбоката венозна тромбоза. 2. Рискови фактори. 3. Здравословен начин на живот и профилактика при дълбока венозна тромбоза.	2 1 2	1 1 1

	дълбока венозна тромбоза.	4. Поведение при превенция и профилактика на заболяването. 5.Изследвания и диагностика на дълбоката венозна тромбоза.	1 2	1 2
II	Специфика на грижите при болни с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза. Обучение в решаване на казуси и изготвяне на индивидуален план за грижи и приложение на сестрински интервенции	1.Оценка на потребностите на пациентите с диагноза дълбока венозна тромбоза. 2.Формиране на умения за планиране на сестринските грижи и оценка на постигнатите резултати. 3. Хигиени грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза. 4.Хранителен режим при пациенти с дълбока венозна тромбоза. 5.Усложнения при пациенти с дълбока венозна тромбоза. 6. Решаване на казуси. 7.Документация, регистриране и контрол на сестринските интервенции. 8. Обучение на пациента и съвети на близките за грижите в домашни условия. -Индивидуални програми за грижи в домашни условия	1 1 1 1 1	1 1 2 1 1 1
		Всичко часове	15	15

ОБЩО: 30 учебни часа, от които: 15 часа лекции и 15 часа упражнения.

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ: след успешното завършване на курса медицинските сестри следва да могат:

- Да получат умения за обучение на пациенти относно профилактика, превенция и рисковите фактори при пациенти с ДВТ.
- Да познават и прилагат умения за грижи и анализ на състоянието на болния, да определят целите на грижите, да изготвят индивидуален план за грижи при пациент с изгаряне.
- Да познават и прилагат специалните сестринските грижи за пациенти с поставена диагноза дълбока венозна тромбоза.
- Да познават и извършват оценка и анализ на състоянието на болния, да изготвят индивидуален план за грижи в домашни условия след дехоспитализация.

Приложения:

Препоръчителна литература

Теми за самостоятелна работа

Изготвени тестове за оценяване

Препоръчителна литература:

1. Александрова, М. 2001. Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. Под ред. на К. Юрукова. С., Горекс Прес, с. 97-100.

2. Александрова, М. 2010. Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. В: Сборник научни студии и статии на ЮЗУ „Неофит

Рилски” – Съвременното образование – мисия и визия. Благоевград, УН „Неофит Рилски”, с. 459-462.

3. Андреев А., Съдови заболявания, под редакцията на А. Андреев, АИ“Проф. М. Дринов“, С.1998.

4. Гиров К., Проучвания върху хроничната артериална недостатъчност на горните крайници, Докторска дисертация, С., 1999

5. Гиров. К . Лечение на дълбока венозна тромбоза и профилактика на венозен тромбоемболизъм Клинично ръководство.

Теми за самостоятелна работа

1. Профилактика и превенция при пациенти в риск от дълбока венозна тромбоза.
2. Съвременни методи на лечение при пациенти с дълбока венозна тромбоза. Специални сестрински грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза .
3. Планиране на грижи за пациент в домашни условия – лечение, рехабилитация, хранителен режим, усложнения, контролни прегледи и изследвания.