МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Тодор Красимиров Димитров

ЕФЕКТИВНОСТ НА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”
Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ
ПРОФ. Д-Р РАЛИЦА ЗЛАТАНОВА, ДМ

РЕЦЕНЗЕНТИ
ПРОФ. Д-Р КРАСИМИР СТОЯНОВ ВИЗЕВ, ДМ
ДОЦ. Д-Р КАТЯ ПЕТРОВА ПОПОВА - ЮРУКОВА, ДМ

София, 2016г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Превантивна медицина при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 202 страници и е онагледен 21 таблици, 16 фигури и 1 приложение.

Библиографската справка включва 277 заглавия, от които 54 са на кирилица, 221 на латиница и 2 интернет източника.

Научно жури:

Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дм

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. Мими Стойчева, дм

Доц. д-р Катя Петрова Попова - Юрукова, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Резервни членове:

Доц. Стефан Янев

Проф. д-р Коста Славов Костов, дм

Публичната защита ще се състои на 29.06.2016г. от 12:00 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул.„Бяло море” №8, гр. Софияи на интернет страницата на МУ София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

ВЪВЕДЕНИЕ....4
МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО....6
ЦЕЛ 6
ЗАДАЧИ 6
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО.... 7
Обект 7
Логическа единица.... 9
Техническа единица.... 9
Време и място на наблюдението 9
Документи на проучването 9
Методи на проучването.... 9
СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ....11
КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ.... 11
Експертен анализ на основните нормативни документи регламентиращи качеството на медицинската помощ в България.... 11
Основни подходи за определяне на качеството на медицинската помощ 13
Диагностика на качеството на медицинската помощ.... 18
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНИТЕ АНКЕТНИ ПРОУЧВАНИЯ СРЕД ПАЦИЕНТИТЕ С ДИАГНОЗА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА.... 20
Изследван контингент.... 20
Влиянието на заболяването МС върху здравето на пациентите.... 21
Степен на ограничаване на дейностите, извършвани в рамките на обичаен ден при пациенти с множествена склероза.... 24
Влияние на физическото здраве и емоционалните проблеми при пациенти с МС върху тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности.... 27
Болката и нейното значение при пациенти с МС.... 31
Множествената склероза и възприятията на пациентите.... 33
Продължителност на влиянието на здравните проблеми на пациенти с МС.... 36
Оценката на когнитивните функции на пациентите с МС.... 39
Влиянието на МС върху сексуалните функции на изследвания контингент.... 41
Тазоворезервоарните и стомашно-чревни проблеми при пациенти с МС 43
Оценка на качеството на живот от пациентите с МС.... 45
Мнение на пациентите с множествена склероза за качеството на рехабилитационните процедури.... 47
ОБОБЩЕНИЕ....54
ИЗВОДИ 56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 58
ПРЕПОРЪКИ 59
КЪМ МС ОБЩЕСТВО БЪЛГАРИЯ 60
ПРИНОСИ 61
СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД 62

ВЪВЕДЕНИЕ

Множествената склероза е социално значимо заболяване, защото засяга младата и творческо-трудоспособна възраст и води до значима инвалидизация. Задълбоченото изучаване на епидемиологията й насочва към все по-детайлно проучване на редица предполагаеми фактори за нейното разпространение и възможности за въдействие и профилактика. Твърде често се търсят фактори, обуславящи по-широкото разпространение за определени географски области. Инвалидизацията на болните изисква да се обърне необходимото внимание на лечебните подходи с възможност за подобряване на качеството на живот, което при лицата с това заболяване е значително нарушен. Разбира се това е територия и за всички социлнозначими заболявания като опитът в това отношение може да бъде използван и при множествената склероза. Качеството на живот на пациентите е изключително важен показател за медицината и здравеопазването. Повлияването от определена терапия и комплексна лечебна програма подобрява редица симтоми, имащи отношение към качеството на живот. Системното набюдение и оценка на качеството на живот позволява да се търсят възможности за неговата промяна и подобряване на социалния статус на болните, тяхната работоспособност и поддържане на ежедневните дейности. Обикновено се обръща внимание само на двигателната активност и дееспособност. Повлияването на когнитивните нарушения води и до подобряване на социалната адаптация, рефлектира върху емоционалната сфера, характеризираща се в промяна в настроението и развитие на депресивни състояния. Дългогодишният ход на заболяването, прибавянето на нови симптоми и задълбочаването на стари, води до много сериозно повлияване върху качеството на живот на болните. Значителната степен на инвалидизация при тази категория болни и засягането на ранната и активна възрастова група е голяма предизвикателство за търсене и разширяване на изследвания по отношение на причините за това заболяване и разширяване на комплекса от лечебни методики. Специалната насоченост към неврорехабилитацията, както към физическите нарушения, така и към когнитивните е предпоставка за подобряване на съответните функции,

съобразно степента на тяхното нарушение. Необходимостта от динамична оценка на качеството на живот чрез използването на специфични за това методики, би могло да доведе до създаване на активни подходи за оптимално лечение, възстановяване и подпомагане за осигуряване възможното благополучие при болните с Множествена склероза. Това налага необходимостта от проучване и анализиране влиянието на рехабилитацията върху качеството на живот при това заболяване. Чрез използването на определен комплекс от рехабилитационни техники може да се постигнат позитивни промени, тъй като рехабилитацията стимулира естествените сили и възможности на организма и личността към съответна жизненност и благополучие чрез справящо се поведение.

МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ

Целта на дисертационния труд е да се проучи и анализира ефективността и влиянието на рехабилитацията върху качеството на живот при пациенти с множествена склероза с оглед разработване и предлагане на алгоритъм за усъвършенстване на рехабилитацията при тези пациенти.

ЗАДАЧИ

За постигането на поставената цел е необходимо да се решат следните задачи:

1. Да се направи критичен анализ на същностните характеристики на заболяването множествена склероза и възможностите за физиотерапия и рехабилитация при тези пациенти.
2. Да се проучат и анализират основните принципи и методики на неврорехабилитацията, като метод за подбор на подходящ комплекс за въздействие при пациенти с множествена склероза.
3. Експертен анализ на проблемите на качеството в здравеопазването /качеството на здравните услуги, както и подходите, методите и критериите за неговото оценяване/.
4. Да се направи анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред пациентите с диагноза множествена склероза /адаптирано по въпросник MSQOL – 54/ в следните направления:
   - Здравето на пациента като цяло и по отношение на:
     - ✓ дейностите, извършвани в рамките на обичаен ден;
     - ✓ физическата издръжливост;
     - ✓ емоционалното състояние;
     - ✓ социалните контакти на пациента.
   - Оценка на болката и нейното влияние върху работата и чувствата на пациентите;
   - Влиянието на болестта МС върху общото здраве на пациента;
   - Наличие и влияние на здравните проблеми върху пациента;

- Оценка на когнитивните /познавателни/ функции на пациентите;
- Влиянието на МС върху сексуалните функции на изследвания контингент;
- Оценка на качеството на живот от пациентите с МС.

5. Сравнителен анализ и оценка на качеството на живот при болни с множествена склероза преди и след прилагането на рехабилитационни методи.
6. Формулиране на изводи и препоръки относно необходимостта от прилагането на рехабилитационни методи за подобряване качеството на живот при пациентите с множествена склероза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

Обект на настоящото проучване са пациентите с множествената склероза в България.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва проучване и анализ на основните нормативни документи регламентиращи качеството на медицинската помощ в България, особеностите на медицинската помощ и трудностите в определяне, осигуряване и управление на качеството. Анализирани са основните подходи за определяне на качеството на медицинската помощ, основни технологии на диагностиката на качеството на медицинската помощ и методите за получаване и обработка на информацията за качеството на медицинската помощ. Разгледано и анализирано е и осигуряването и управлението на качеството на медицинската помощ.

Вторият компонент е анкетно проучване сред пациентите с диагноза множествена склероза с помощта на въпросник /адаптиран по въпросник MSQOL – 54/, който се състои от 52 елемента, групирани в 12 скали, както и два самостоятелни пункта. Анкетното проучване се осъществи на два етапа –

преди и две години след прилагането на рехабилитация на пациентите с МС. С този въпросник се оценяват няколко направления:

- Възприемането на различни компоненти от физическата дейност, включващи общо физическо състояние, безпокойство от наличие на инвалидност, степен на умора (наличие на енергия), ограничения, дължащи се на затруднения при физическа дейност и болка (Физическо здраве);
- Възприемане на различни аспекти от психическо здраве, включващи емоционално състояние, познавателни способности (Психическо здраве);
- Въприемане на собственото качество на живот и емоционално възприятие, реакция към здравето като цяло (оценяване на качеството на живот като субективно възприятие).

Тези моменти са извънредно важни при оценяване общото здраве и състояние на пациентите, защото се акцентира върху тези сфери, които се засягат най-рано и понякога най-тежко.

В края на анкетата са включени три въпроса, с които се получават данни за лицето като пол, възраст и местоживеене.

В първия етап на проучването са анкетирани 336 пациента с МС, които са уведомени, че ще бъдат потърсени отново след две години, за да се оцени влиянието на рехабилитационните процедури върху качеството им на живот. Всички пациенти са с клинично сигурна диагноза множествена склероза, потвърдена чрез МРТ на главен и гръбначен мозък, отговаряща на съответните за тази болест критериите.

Във втория етап на проучването посредством пощенска анкета са получени отговорите на 297 пациента от потърсените 336 респондента. Използвана е анкетна карта от първия етап на проучването, като са добавени пет въпроса уточняващи вида, броя и качеството /ефективността/ на проведените рехабилитационни процедури за периода от 2 години.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уровен на значимост P(t)= 0.05 дава информация за оценка точността на анализираните показатели.

Логическа единица на наблюдението са анкетираните пациенти.

Техническа единица на наблюдението са медицинските центрове за диагностика и лечение на множествена склероза в България.

Признаците се конкретизират от поставените задачи и вида на единицата (в приложението е посочена анкетната карта за пациентите).

Време и място на наблюдението

Първото анкетно проучване е проведено от 01.12.2013г. до 15.01.2014г. в гр. София - УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ" ЕАД, Клиника по неврология, УМБАЛ „Александровска", Клиника по нервни болести, МБАЛНП „Свети Наум" Клиника по нервни болести и двигателни нарушения, II-ро неврологично отделение по Множествена склероза и в град Кюстендил - МБАЛ „Д-р Никола Василиев" АД, отделение по неврология.

Второто анкетно проучване е проведено две години след първото проучване - през периода 01.12.2015г. – 15.01.2016 година посредством пощенска анкета.

Документи на проучването

Основният документ, които се използва за набирането на първичната информация е **Анкетната карта за пациенти** – ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Методи на проучването

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

- документален метод;
- анкетен метод - анкетират се пациенти с диагноза МС в цялата страна;

Статистически методи.

В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи.

За обективизиране на наблюдаваните резултати са използвани следните статистически методи, като начина на интерпретация съответства на описанието в литературата:

1. ***Дескриптивен анализ*** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. ***Вариационен анализ*** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. ***Графичен анализ*** – за визуализация на получените резултати.
4. ***Алтернативен анализ –*** за сравняване на относителни дялове**.**
5. ***Корелационен анализ*** - за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.;
6. ***Тест χ2 на Pearson -*** за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при уровен на значимост $P > 0.05$, като са интерпретирани закономерности съществуването, на които не буди съмнение $P(t) = 0.95$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

Експертен анализ на основните нормативни документи регламентиращи качеството на медицинската помощ в България

Качеството на медицинското обслужване е многоаспектно явление и като такова следва да се разглежда като сложна съставна категория. Последната включва по определен начин и подчиненост на качеството на конкретните технически, социално-психологически и икономически елементи на процеса и изхода на медицинското обслужване. Качеството на отделните елементи се обуславя от следните основни фактори: субект, социални отношения, обект, финансови разходи и материално техническа база.

Според В. Борисов [Борисов В., 2011] проблемът за качеството на здравеопазването има не само чисто медицинско и етично-хуманно значение, но представлява интерес и от гледна точка на управлението и финансирането на здравеопазването и условията на здравно-осигурителна система.

В медицинската литература съществуват много определения на понятието „качество на медицинската помощ”.

През последните години се възприема определението на Аведис Донабедиан [Donabedian A.,1988], според което качеството на медицинската помощ е степен на достигане на най-голяма полза за здравето на човека без увеличаване на риска за здравето, при оптимален баланс между полза и риск.

Според определението на СЗО качеството на медицинската помощ е предоставяне на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигурят най-добър резултат за здравето, адекватен на актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и достигане най-голямо удовлетворение по отношение процедури, резултати и хуманно отношение [www.who.int].

М. Маринов [Маринов, М., 1988] предлага следното определение на качеството: качеството е съвкупност от признаци, условия и свойства на

даден продукт или процедура, използвани в процеса на предоставяне на здравна помощ, задоволяващи изцяло или надхвърлящи очакванията на определена група лица или индивидуален пациент.

През последните години се утвърждава и все по-често се използва определението, което е прието от Американската Медицинска Асоциация (AMA).

Според AMA "качеството на медицинската помощ представлява съвкупност от условията за нейното извършване и признаците и свойствата (характеристиките, параметрите), които притежава като специфичен вид услуга или дейност" [American Medical Association, 1986].

В *Националната здравна стратегия* се подчертава, че високото качество на дейностите в здравеопазването е изключително важен здравен проблем и важна стратегическа задача.

Повишаването на качеството на здравните дейности следва да се осигури, на базата на Национална система за осигуряване и непрекъснато развитие на качеството.

Националната здравна стратегия поставя следните насоки за управление на качеството в здравеопазването:

- Разработване на цялостна национална система за управление на качеството в здравеопазването, която да обхваща работата във всички здравни институции. Националната система за управление на качеството следва да се основава на концепцията за “тотално управление на качеството”, имаща за цел непрекъснато усъвършенстване при поставяне на акцента върху работата в екип, увеличаване удовлетвореността на потребителя и снижаване на разходите;
- Според целите и приоритетите на Националната здравна стратегия, да се пристъпи към създаване на мрежа от национални стандарти за качество на дейностите в здравеопазването. Националните стандарти трябва да бъдат съобразени със стандартите в други европейски държави;
- Да се пристъпи към въвеждане в лечебните заведения на съвременни техники за оценка и подобряване на качеството на дейността:

протоколи за сравняване и оценка, вътрешна анкета, медицинска ревизия /одит/ и др. Особено място следва да бъде отделено на провеждането на акредитацията на лечебните заведения като изключително важна техника за осигуряване на качеството, предвиждаща непрекъснат процес на осигуряване и оценка на качеството. Важни моменти в този процес на осигуряване и оценка на качеството са оценката на структурата, процесите и резултатите от извършените дейности, на базата на утвърдените от МЗ критерии и показатели, на които следва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване, квалификацията на персонала, както и възприетите стандарти за качество на медицинските услуги;

- Лечебните заведения трябва да имат програми за реално подобряване и развитие на качеството на дейностите в тях. За управление на процеса по подобряване на качеството лечебните заведения трябва да имат свои органи /комисия, съвет/, които да разработват и предлагат програмите в тази област и да извършват мониторинг на тяхното изпълнение.

По смисъла на НРД: “Качествена здравна услуга е тази която предоставя на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука, при оптималната цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и при достигане на възможно най-голямо удовлетворение по отношение на процедурите на резултатите и хуманност на здравните грижи”.

Основни подходи за определяне на качеството на медицинската помощ

В приложната квалитология при определяне на качеството на медицинската помощ се използват 3 основни подхода:

А. Подход "**структура - процес - резултат**"

В. Подход "**същински - заместителни показатели на качеството**"

С. **Смесен** подход

Подходът "структура-процес-резултат" е създаден от американския изследовател А. Донабедиан в края на 60-те години на миналия век (XXв.). При него са използвани основните идеи на системологията, изразени с трилогията "вход-процес-изход".

Под "структура" А. Донабедиан разбира условията които съществуват при извършването на медицинската помощ. Тяхното състояние оказва пряко и силно влияние както върху процеса на медицинската помощ така и върху крайния резултат.

В "структурата" се включват различни компоненти като:

1. Медицински персонал - брой, вид, професионална (медицинска) квалификация, възможности и др.
2. Работни помещения - брой, вид, оборудване, състояние на интериора и др.
3. Медицинска техника и апарати - брой, вид, възможности и др.
4. Организация на приема и др.

Всеки компонент на "структурата" може да бъде описан с краен брой "критерии" (параметри) и да бъде определен съответен "стандарт".

Ако всички критерии на "сктруктурата" имат стойности съответстващи на техните стандарти, то условията при които ще започва медицинската помощ ще генерират "добро" или приемливо качество на "процеса" на нейното извършване и от там на здравния резултат.

Определянето на "критерии и стандарти на структурата" на качеството на медицинската помощ е първата стъпка в неговото управление.

В много страни на света вече са разработени и използват в практиката "критерии и стандарти на структурата" на различните видове медицинска помощ - първична медицинска помощ, специализирана консултативна помощ, болнична помощ и др.

У нас също има разработени "критерии и стандарти" на структурата на някои видове медицинска помощ. По-голяма част от тях обаче все още не съответстват на тези , които се използват в страните, които добре управляват качеството на медицинската помощ.

"Процесът" е втората основна част в подхода на А. Донабедиан. Той представлява съвкупността от различните видове действия и дейности, които

лекаря и останалите медицински специалисти трябва да извършват при болния или здравия човек в зависимост от неговите потребности.

В съдържанието на процеса се включват:

1. Вида на операциите, които трябва да бъдат извършени;

2. Как те да бъдат извършени и какви средства да се използват;

3. Колко пъти и колко често, през какви периоди и др.

Посочените вече особености на медицинската помощ не позволяват тя да се извършва по предварително разработени "проекти", както това става в областите на производството на предмети и услуги.

Сериозните затруднения които съществуват при "проектиране на процеса на медицинската помощ" в различните области на практиката и при различните видове болни и заболявания бяха частично преодолени чрез създаване на рамкови писани технологии на медицинската помощ (диагностика, лечение, мониторинг и др.), които имат различни наименования като: guidelines, наръчник, указание, рамкова технология и др. Рамковите технологии на процеса на медицинската помощ се създават от научната медицинска общност чрез консенсус. В тях са "отразени" постиженията на медицинската наука, възможностите на достъпните технологии и ограниченията поставени от икономиката на медицинската помощ. Те включват какво трябва да бъде направено, как да се направи и т.н. за да се осигури "приемливо качество" на медицинската помощ.

"Рамковата технология" се отличава от другите носители на медицинска информация - учебници, монографии, статии и др. по няколко основни параметъра: точност; ясност и простота; категоричност; задължителност.

На основата на рамковата технология могат да бъдат приети критерии на качеството на процеса и съответните стандарти за неговото оценяване.

Рамковата технология не ограничава "клиничната свобода и творчество" на лекарите, но чрез нея се гарантира, че ще бъде постигнато определено ниво на качеството.

В момента се извършва интензивна дейност за създаване на рамкови технологии на различните видове медицинска помощ в много страни, включително и под егидата на Световната здравна организация.

"Резултатът" е последния компонент на подхода на Донабедиан. В зависимост от различните видове медицинска помощ резултатът може да бъде определен чрез многобройни критерии, по-голяма част от които са свързани с промените в здравното състояние на хората, удовлетвореността, цената на резултата и др.

Приемането на "стандарти" на критериите на "резултата на медицинската помощ" позволява той да бъде оценяван и да се направят заключения за действителното ниво на качеството.

Подходът "същински-заместителни критерии (показатели) на качеството" на медицинската помощ е предложен от Максуел.

Този подход е построен върху логиката, че поради специфичните особености на медицинската помощ, нейната истинска потребителна стойност т.е. истинското качество може да се измерва пряко само ако се включват и използват критерии, които не са свързани единствено с здравния резултат. По този начин определянето и оценката на качеството на медицинската помощ няма да става само чрез размера на нейния резултат. Това в значителна степен намалява влиянието на "несигурността на изхода" при медицинската помощ.

Като преки (същински) критерии на качеството на медицинската помощ се използват следните:

Измерване на стойностите на тези критерии и тяхното сравняване с предварително приети стандарти дава възможности да се определи истинското качество на извършената медицинска помощ.

Истински критерии на качеството на медицинската помощ са: ефектност (резултатност); адекватност; релевантност; ефективност; удовлетвореност; своевременност; системност.

Измерване на стойностите на тези критерии и тяхното сравняване с предварително приети стандарти дава възможности да се определи истинското качество на извършената медицинска помощ.

Определянето на по-голяма част от тези критерии става чрез евристични методи, което изисква участието на предварително подготвени експерти.

Преките (същинските) критерии на качеството се намират в силно корелационна връзка със заместителните критерии на качеството, т.е. те са резултативни по своя произход.

Със заместителните критерии се характеризират и измерват:

- **условията** при които се извършва медицинската помощ
- **процесът** на медицинската помощ, т.е. на структурата и на процесите според подхода на Донабедиан

Информационната сила на заместителните критерии е недостатъчна за измерване на истинското качество, но тяхното наличие или отсъствие и размер при извършване на медицинската помощ оказва влияние върху стойността на същинските критерии на качеството.

Голямо предимство на заместителните критерии на качеството е, че те могат да се управляват, а това открива възможност качеството на медицинската помощ да може да се управлява като цяло.

В приложната квалитология се използват голям брой и различни по естество заместителни критерии на качеството, които могат да се разпределят в различни групи:

Конкретните критерии във всяка група се определят на основата на научни проучвания или емпиричен опит и са включени в различни групи.

Основни групи заместителни критерии на качеството на медицинската помощ :

1. критерии на научното качество
2. критерии на технико-технологичното качество
3. критерии на социално-психологическото качество
4. критерии на организационното качество
5. критерии на битовото качество

Конкретните критерии във всяка група се определят на основата на научни проучвания или емпиричен опит и са включени в различни нормативни актове (наредби, рамкови договори и др.) или в приетите с консенсус рамкови технологии.

Смесения подход за определяне на качеството на медицинската помощ съчетава в различни пропорции горните два подхода, като използва техните предимства.

В повечето страни методологиите, които се прилагат за определяне на качеството на медицинската помощ, се изградени върху правилата и нормите на смесения подход.

Диагностика на качеството на медицинската помощ

Под диагностика на качеството се разбира дейността за неговото определяне т.е. измерване и оценяване.

По своята същност диагностиката на качеството представлява изследователска дейност, която включва извършване на 4 последователни действия.

1. Определяне на критериите и стандартите, които ще бъдат използвани при съответния вид медицинска помощ.
2. Събирането на данни за критериите на качеството - наличие, размер, степен и т.н.
3. Определяне на действителното ниво на качеството чрез сравняване на измерените стойности на критериите с приетите стандарти
4. Определяне на причините за отклонения от стойностите на критериите от приетите стандарти

Според броя на "случаите", при които ще се определя качеството, диагностиката бива:

(1) **индивидуална** т.е. на 1 случай;

(2) **групова** т.е. на повече от 1 случай на извършване на медицинска помощ.

При груповата диагностика на качеството на медицинската помощ с оглед достоверност на направените заключения трябва да се спазват две правила: (1) достатъчен брой наблюдения; (2) случаен подбор на случаите, ако изследването не е изчерпателно за конкретния изпълнител на медицинска помощ.

Диагностиката може да бъде пълна, ако се определя тотално качеството или частична, ако се определят критериите само за някои от елементите на качеството - структура, процес или резултат или само някои същински или заместителни показатели.

Обикновено индивидуалната диагностика на качеството става по искане на потребителите, купувачите на медицинска помощ, съдебните власти и др.,

т.е. когато се предполага, че има големи отклонения в качеството на медицинската помощ. Резултатите от индивидуалната диагностика не могат автоматично да се използват за заключение за качеството на медицинската помощ като цяло поради специфичните особености, които бяха посочени.

Основни технологии на диагностика на качеството

В практиката за диагностика на качеството се използват 3 основни технологии:

1. обикновена инспекция
2. колегиална инспекция т.н. peer review
3. медицинска ревизия (одит)

Обикновената инспекция за диагностика на качеството най-често е непълна (отделни елементи на качеството и недостатъчен брой наблюдения).

При медицинската ревизия диагностиката на качеството е пълна. При нея се измерват критерии на всички елементи на качеството и се обхващат достатъчен брой обслужване болни и здрави.

Като сложна изследователска дейност инспекцията и медицинската ревизия на качеството трябва да се извършва само от подготвени лекари - експерти, които да имат възможностите да използват методите за получаване на медицински данни, на статистическите методи за обработка на данните и на евристичните методи за оценка и заключение.

През последните години колегиалната инспекция - peer review- широко се прилага в много страни (USA, Влекобритания, Австралия и др.). Тя се използва от лекарите от различни видове самостоятелни практики, които не се намират в конкурентни отношения. При тази инспекция те последователно и чрез размяна извършват диагностика на качеството на медицинската помощ, като независимо, но колегиално правят и съобщават своите оценки и заключения.

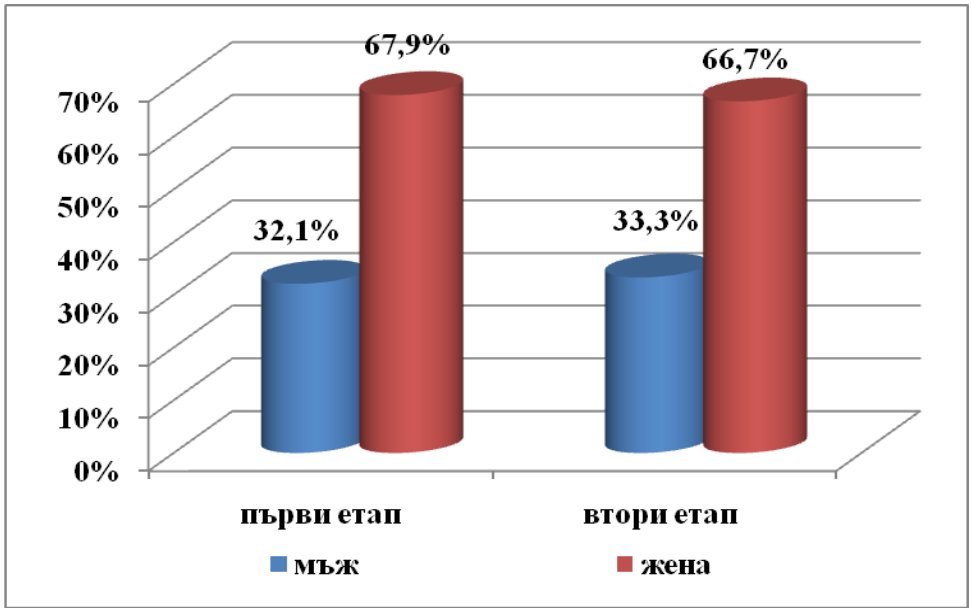
В медицинската литература има многобройни съобщения за положителното влияние на колегиалните инспекции върху подобряването на качеството на медицинската помощ. У нас тази технология все още не се ползва.

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНИТЕ АНКЕТНИ ПРОУЧВАНИЯ СРЕД ПАЦИЕНТИТЕ С ДИАГНОЗА МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

Изследван контингент

В проведеното анкетно проучване, което се състоя на два етапа са обхванати 336 пациента с диагноза МС на първият етап от проучването и 297, от тях във втория етап. На фигура 1 е представено разпределението на анкетираните пациенти по пол.

Фигура 1. Разпределение на анкетираните пациенти според пола



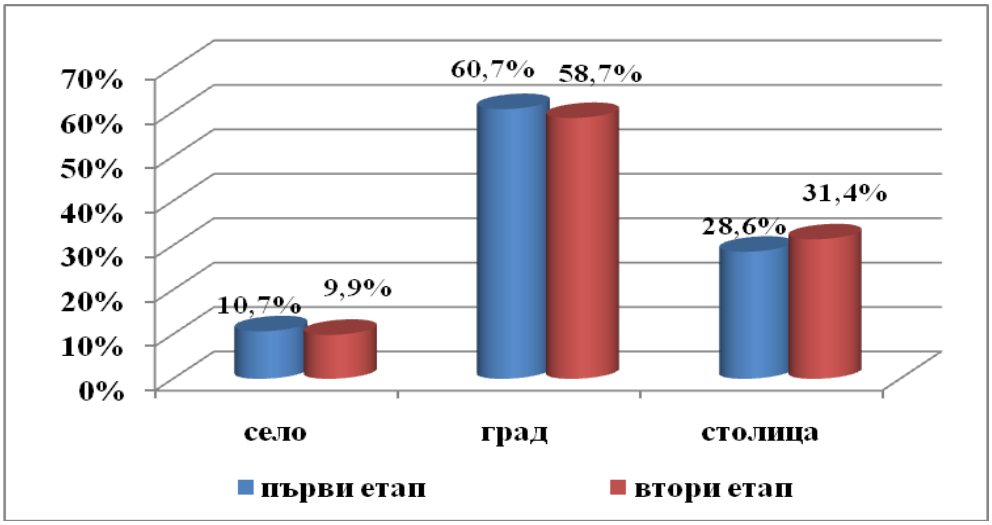
Най-голяма част от анкетираните пациенти и в двата етапа на проучването са на възраст между 25 и 49 години, следвани от тези във възрастовата група 50-64 години и на трето място са на възраст между 15 и 24 години. /Таблица 1/.

Таблица 1. Възрастово разпределение на анкетираните пациенти

възраст	първи етап		втори етап	
	брой	относителен дял в %	брой	относителен дял в %
0-14 г.	0	0	0	0
15-24 г.	46	**13,7**	39	**13,1**
25-49 г.	178	**53**	163	**54,9**
50-64 г.	66	**19,6**	55	**18,5**
65- 79 г.	30	8,9	27	9,1
80 и повече г.	16	4,8	13	4,4
Общо	336	100	297	100

Разпределението на респондентите в зависимост от местоживеенето от двата етапа на проведеното анкетно проучване е представено на фигура 2. Най-голяма част от обхванатите пациенти са жители на градовете, следвани от живеещите в столицата и най-малък е дела на живещите в селата.

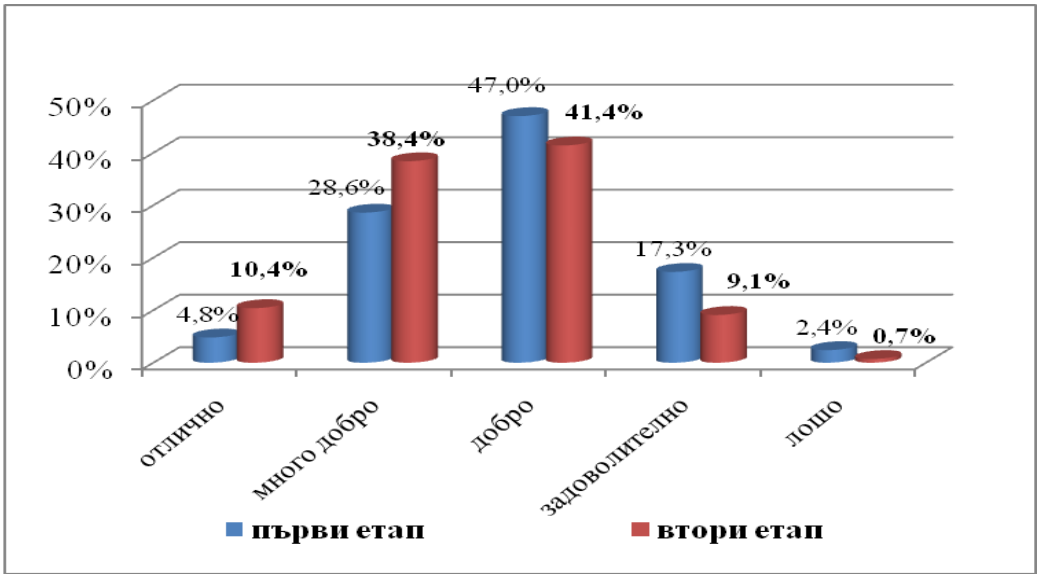
Фигура 2. Разпределение на анкетираните пациенти според местоживеенето им



Влиянието на заболяването МС върху здравето на пациентите

В първият етап от проучването почти половината от анкетираните пациенти – 47% оценяват като добро здравето си като цяло, следвани от тези 28,6% според, които здравето им е много добро, а 17,3% от респондентите оценяват здравето си като задоволително. /Фигура 3./

Фигура 3. Оценката на здравето им като цяло от анкетираните пациенти /относителен дял в %/



Сравнителният анализ на резултатите от двата етапа на проучването показва, че с 9,8% повече са респондентите от вторият етап на изследването, които оценяват като много добро здравето си като цяло, а с 5,6% повече са тези според, които здравето им е отлично. Тези резултати доказват ефективността от влиянието на рехабилитацията върху здравето на обхванатите лица.

Потърсихме корелационна зависимост между броя рехабилитационни процедури проведени от анкетираните лица по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ и оценката за здравето им като цяло. Методът хи-квадрат по формулата на Пиарсън показва, че съществува статистически значима връзка между изследваните признаци - $\chi 2 = 34, 581$, $p = 0,0000031 < 0,05$. Това показва, че пациентите, които са провели най-много /две/ рехабилитационни процедури по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ оценяват, като отлично и много добро здравето си като цяло.

Отново тестът на Пиарсън установява, че съществува статистически значима зависимост и между броя рехабилитационни процедури проведени от анкетираните лица по КП 237 и оценката за здравето им като цяло - $\chi 2 = 31,344$, df= 16, $p = 0,012$. Това показва, че пациентите, които са провели повече /три и четири/ рехабилитационни процедури по КП 237 оценяват, като отлично и много добро здравето си като цяло.

Стигаме до извода, че броят на рехабилитационните процедури проведени от пациентите с множествена склероза оказва влияние върху оценката на здравето им като цяло, като респондентите провели повече процедури за периода от две години от първото анкетиране оценяват като много добро и отлично здравето си.

При проведеното изследване установяваме, че освен броят влияние върху оценката на пациентите за здравето им оказва и качеството на рехабилитационните процедури. Тестът на Пиарсън установява, че съществува статистически значима зависимост между качеството на рехабилитационните процедури проведени от анкетираните лица по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ и оценката за здравето им като цяло - $\chi 2 = 40,416$, df= 20, $p = 0,004$. Това показва, че пациентите,

които са оценили като задоволително и лошо качеството на рехабилитационните процедури по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ оценяват, като задоволително здравето си като цяло.

Отново тестът на Пиарсън установява, че съществува статистически значима зависимост и между качеството на рехабилитационните процедури проведени от анкетираните лица по КП 237 и оценката за здравето им като цяло - $\chi 2 = 39{,}966$, df= 20, $p = 0{,}005$. Това показва, че пациентите, които са оценили като задоволително и лошо качеството на рехабилитационните процедури по КП 237 оценяват, като задоволително здравето си като цяло и обратното, т.е. по –добрата оценка на качеството на тези процедури води до по-добра оценка и на здравето дадена от респондентите.

За да анализираме и оценим прогресира ли заболяването при пациентите и оказва ли влияние върху здравето им като цяло зададохме следващия въпрос от анкетата. Резултатите са представени на таблица 2.

Таблица 2. Разпределение на респондентите според оценката на здравето им в момента, като цяло, сравнено с една година по-рано

Оценка на здравето	първи етап		втори етап	
	брой пациенти	относителен дял в %	брой пациенти	относителен дял в %
Много по-добро	**32**	**9,5**	**58**	**19,5**
Малко по-добре	**66**	**19,6**	**105**	**35,4**
Без промяна	160	47,6	118	39,7
Малко по-лошо	74	22,0	15	5,1
Много по-лошо	4	1,2	1	0,3
Общо	336	100,0	297	100,0

Резултатите показват, че 47,6% и 39,7% от респондентите съответно в първия и втория етап на проучването нямат промяна в здравословното си състояние в сравнение с предходната година, но при 22% от пациентите обхванати в първото анкетно проучване заболяването е прогресирало и те оценяват здравето си като малко по-лошо отколкото преди една година. Във вторият етап на проучването, вероятно повлияни от приложените рехабилитационни процедури само при 5,1% от респондентите заболяването е прогресирало и те оценяват здравето си като малко по-лошо. Малко по-добре

и много по-добре отколкото преди една година е здравето като цяло при една четвърт повече /25,8 %/ от респондентите във втория етап на проучването, което доказва необходимостта от прилагането на физиотерапевтични процедури при пациентите с МС с цел подобряване качеството им на живот.

Потърсихме корелационна зависимост между броя рехабилитационни процедури проведени от анкетираните лица по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ и оценката на здравето им в момента, като цяло, сравнено с една година по-рано. Методът хи-квадрат по формулата на Пиарсън показва, че съществува статистически значима връзка между изследваните признаци - χ 2 = 17,905,df, =8, p = 0,022. Това показва, че пациентите, които са провели най-много рехабилитационни процедури по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ оценяват, като по-добро здравето си в момента, като цяло, сравнено с една година по-рано.

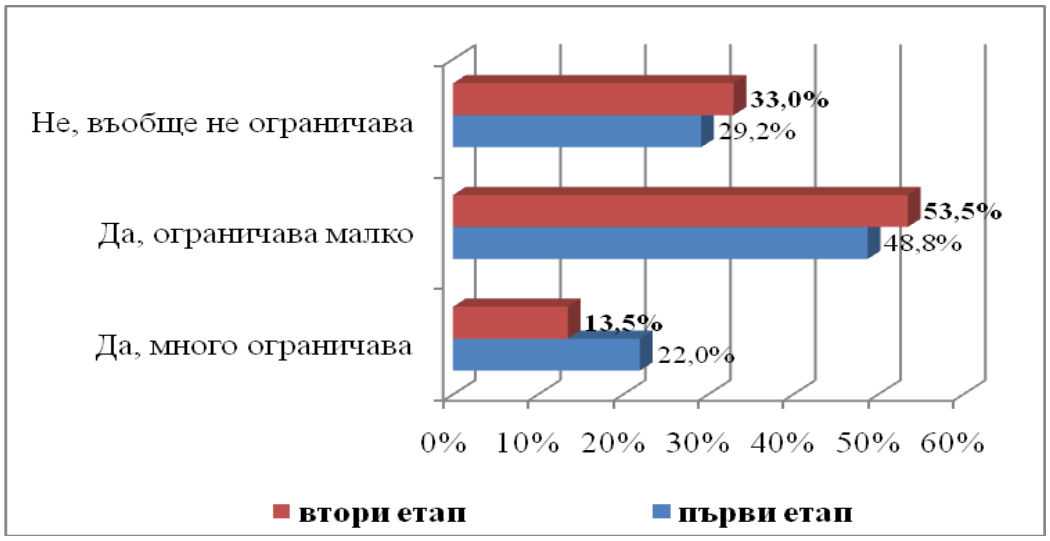
Отново тестът на Пиарсън установява, че съществува статистически значима зависимост и между броя рехабилитационни процедури проведени от анкетираните лица по КП 237 и оценката на здравето им в момента, като цяло, сравнено с една година по-рано - χ 2 = 28,508, df= 16, p = 0,027. Това показва, че пациентите, които са провели повече /три и четири/ рехабилитационни процедури по КП 237 оценяват, като отлично и много добро здравето си като цяло.

Степен на ограничаване на дейностите, извършвани в рамките на обичаен ден при пациенти с множествена склероза

Възприемането на различни компоненти от физическата дейност, включващи общо физическо състояние, безпокойство от наличие на инвалидност, степен на умора (наличие на енергия), ограничения, дължащи се на затруднения при физическа дейност и болка са съществени компоненти при оценката на качеството на живот при пациентите с МС. Затова зададохме следващите въпроси, които са свързани с дейностите, извършвани в рамките на обичаен ден. Целта е да се установи при пациентите с МС ограничава ли ги тяхното здраве в осъществяването на тези дейности, и ако е така до колко. По отношение на активните дейности като бягане, вдигане на тежки предмети, които участват в енергични спортове резултатите от първия етап на анкетното проучване показват, че при 48,8% от респондентите здравето им ги

ограничава малко при изпълнението на тези дейности, а при 22% от тях ги ограничава много. /Фигура 4./ Получените данни показват, че влиянието на заболяването МС върху здравето на пациентите има съществено отражение в отрицателна посока по отношение на активните и енергични дейности в ежедневието на тези пациенти. Сравнителният анализ на резултатите от двата етапа на проучването представят, че при пациентите провели рехабилитационни процедури се наблюдава подобрение по отношение на активните дейности, като при 53,5% от респондентите здравето им ги ограничава малко при изпълнението на тези дейности, а при 33% от тях въобще не ги ограничава.

Фигура 4. Относителен дял на анкетираните пациенти според степента на ограничение на активните им дейности от здравето им



Умерени дейности изследвани в първия етап от проучването, като например преместване на маса, бутане на прахосмукачка, боулинг, или игра на голф въобще не се ограничават от тяхното здраве според 57,1% от анкетираните пациенти, докато 36,9% са ограничени малко, а 6% са ограничени много при изпълнението на тези дейности. Резултатите от вторият етап показват, че има незначително подобрение по отношение на този показател. /Таблица 3./ Анализът на резултатите показва, че обичайните дейности като къпане и обличане /първи етап - 82,1%; втори етап - 82,5%/, разходки на една пресечка / първи етап - 80,7%; втори етап - 81,1%/ и изкачването на един етаж по стълбище / първи етап - 80,4%; втори етап - 80,1%/ въобще не се ограничават от тяхното здраве според най-голяма част от

анкетираните пациенти и в двата етапа на проведеното проучване. Здравето им ги ограничава малко при изпълнението на активни дейности като бягане, вдигане на тежки предмети, които участват в енергични спортове при 48,8% от респондентите на първия етап и 53,5% на втория етап от проучването, изкачване няколко етажа по стълбище при 45,2% от първия етап и 41,1% от втория етап и умерени дейности, като например преместване на маса, бутане на прахосмукачка, боулинг, или игра на голф при 36,9% от първия етап и 36,4% от втория.

Таблица 3. Относителен дял в проценти на анкетираните пациенти според степента на ограничаване на дейностите им, извършвани в рамките на обичаен ден от тяхното здраве

Дейности	Да, много ограничава		Да, ограничава малко		Не, въобще не ограничава	
	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап
Активни дейности като бягане, вдигане на тежки предмети, които участват в енергични спортове	22	13,5	**48,8**	**53,5**	29,2	33
Умерени дейности, като например преместване на маса, бутане на прахосмукачка, боулинг, или игра на голф	6	2,7	36,9	36,4	**57,1**	**60,9**
Повдигане или носене на покупки	**9,5**	3,0	25	27,6	65,5	69
Изкачване няколко етажа по стълбище	6,6	3,0	**45,2**	41,1	48,2	55,6
Изкачване на един етаж по стълбище	2,4	1,0	17,3	18,9	**80,4**	**80,1**
Извиване, накланяне или навеждане, гимнастика	4,8	2,7	34,5	36,7	60,7	60,9
Разходки на повече от километър	**14,3**	7,1	33,3	37,7	52,4	55,2
Разходки на няколко преки	7,1	2,4	14,9	17,8	78	79,8
Разходки на една пресечка	5,8	3	13,5	15,8	**80,7**	**81,1**
Къпане и обличане	5,4	3	12,5	14,5	**82,1**	**82,5**

При почти една трета от анкетираните /34,5% - първи етап; 36,7% - втори етап/ здравето им ги ограничава малко и при извиване, накланяне или навеждане, гимнастика, а при 33,3% от първия етап и 37,7% от втория етап при разходки повече от километър. В най-голяма степен се ограничават активни дейности като бягане, вдигане на тежки предмети, които участват в енергични спортове /22% на първия етап и 13,5% на втория етап/, следвани от разходките повече от километър /14,3% на първия етап и 7,1% на втория етап / и повдигането или носенето на покупки /9,5% на първия етап и 3,0% на втория етап /.

Влияние на физическото здраве и емоционалните проблеми при пациенти с МС върху тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности

Следващите четири въпроса от анкетата са зададени с цел да се установи през последните 4 седмици имали ли са пациентите някакви проблеми свързани с тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности, в резултат на физическото си здраве. Резултатите са представени на таблица 4. Установяваме, че при първия етап от анкетното проучване най-голяма част от респондентите 44% успяват да свършат по-малко работа отколкото биха искали, като този процент намалява до 25,6% при втория етап. 36,9 % от респондентите при първия етап са ограничени от вида работа или друга дейност и толкова са пациентите, които имат проблем с извършването на работата или други дейности - отнема им допълнителни усилия, докато при пациентите по време на второто анкетиране относителният дял намалява по отношение на тези ограничения съответно на 23,2% и 22,9%. Ограничаване на времето, което може да изкарат на работа или извършвайки друга дейност е налице при 27,4% от респондентите от първия етап и 18,2% при анкетираните на втория етап.

Таблица 4. Разпределение на анкетираните пациенти /в проценти/ според наличието или липсата на проблеми свързани с тяхната работа в резултат на физическото им здраве

ПРОБЛЕМИ	ДА		НЕ	
	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап
Ограничаване на времето, което може да изкарате на работа или извършвайки друга дейност	**27,4**	**18,2**	72,6	81,8
Успявате да свършите по-малко работа, отколкото бихте искали	**44**	**25,6**	56	74,4
Ограничени сте от вида работа или друга дейност	**36,9**	**23,2**	63,1	76,7
Имате проблем с извършването на работата или други дейности (например, отнема Ви допълнителни усилия)	**36,9**	**22,9**	63,1	77,1

Сравнителният анализ на резултатите от двата етапа на проведеното изследване показват, че при пациентите провели рехабилитация са наблюдава значително подобрение в изследваните показатели.

Емоционалните симптоми често съпътстват заболяването множествена склероза, като е прието, че те са последствие както на инвалидизацията на пациентите, така и на увреждания на специфични области от ЦНС отговорни за емоциите.

Депресията е най-често срещаното невропсихично състояние. Според множество проучвания перманентна депресия се установява при 40–50% от пациентите и 12 месечна при около 20% като това са стойности типични за болни от МС и са значително по-високи от средните за популацията, както и от тези на хора страдащи от други хронични заболявания. Изследвания чрез образна диагностика установяват известна корелация между депресията и лезиите в определени области на мозъка, като е установена връзка с невропатологията в левия преден слепоочно-теменен регион.

Често срещани са и агресия, тревожност, фрустрация, отчаяние. Реална опасност за пациентите представлява възможността за самоубийство, което е и причината за смъртта на 15% от страдащите от множествена склероза.

В тази връзка са зададени следващите няколко въпроса, чрез които целим да установим пациентите имали ли са някой от следните проблеми с

тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности като резултат от емоционални проблеми (като депресия или тревожност) през последните 4 седмици през двата етапа на проведеното анкетно проучване. /Таблица 5./

Таблица 5. Влияние на емоционалните проблеми на анкетираните пациенти върху тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности /в %/

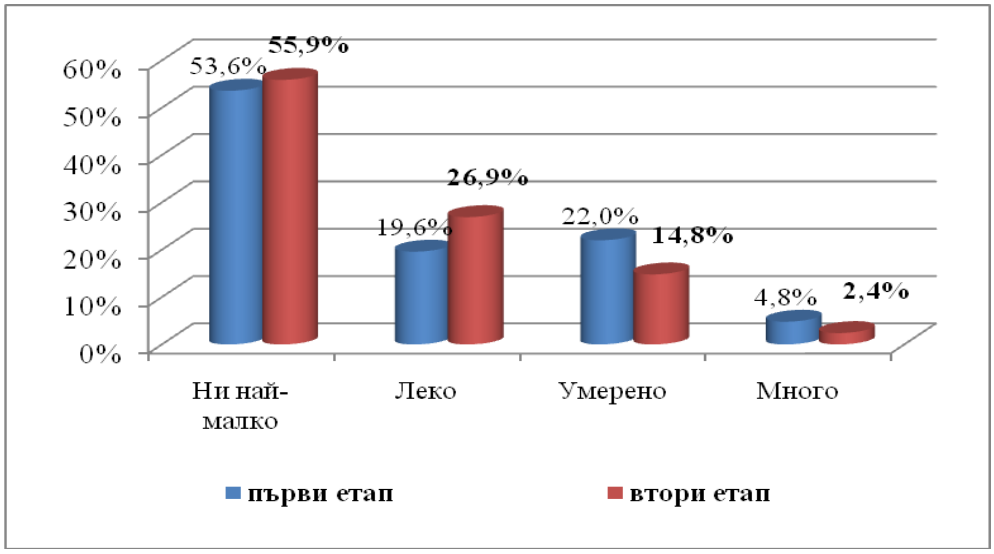
ПРОБЛЕМИ	ДА		НЕ	
	първи етап	**втори етап**	**първи етап**	**втори етап**
Ограничаване на времето, което може да изкарате на работа или извършвайки друга дейност	28	**16,5**	72	83,5
Успявате да свършите по-малко работа, отколкото бихте искали	36,3	**24,2**	63,7	75,8
Не се справяте с работата или друга дейност с обичайното внимание	22,6	**13,5**	77,4	86,5

Резултатите от проведеното проучване показват, че 36,3% от респондентите анкетирани на първия етап успяват да свършат по-малко работа, отколкото биха искали, като резултат от емоционалните проблеми възникнали от заболяването им. Този процент намалява с 12,1% при пациентите анкетирани на втория етап от проучването, проведено две години след първия. При 28% от пациентите от първия етап тези проблеми ги ограничават по отношение на времето, което могат да изкарат на работа или извършвайки друга дейност, а на втория етап само 16,5% имат тези ограничения. При първият етап на проучването 22,6% от респондентите не се справят с работата или друга дейност с обичайното внимание, докато на вторият етап вниманието е нарушено при 13,5%.

Потърсихме корелационна зависимост между оценката на качеството на рехабилитационните процедури по КП 237 от респондентите и влиянието на емоционалните проблеми на анкетираните пациенти върху тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $\chi 2 = 12.139$, $df = 5$, $p = 0,033$. Това означава, че пациентите, които оценяват като добро, средно и слабо качеството на рехабилитационните процедури по КП 237 считат, че успяват да свършат по-малко работа, отколкото биха искали.

Следващият въпрос от анкетата уточнява до каква степен физическо здраве или емоционалните проблеми на пациентите са повлияли на нормалните им социални контакти в семейството, с приятели, съседи или други групи. Сравнителното представяне на резултатите от двата етапа на проведеното анкетно проучване са илюстрирани на фигура 5. Двата етапа на проведеното проучване показват, че при повече от половината от анкетираните пациенти /53,6% на първия етап и 55,9% на втория/ социалните им контакти в семейството, с приятели, съседи или други групи не са повлияни от физическо здраве или емоционалните им проблеми, при 19,6% от респондентите на първия етап и 26,9% на втория етап са леко повлияни, а умерено при 22% на първи етап и 14,8% на втория. Само при 4,8% от пациентите на първия етап и 2,4% на втория етап тези социални контакти са повлияни в голяма степен.

Фигура 5. Влияние на физическо здраве или емоционалните проблеми на пациентите върху нормалните им социални контакти в семейството, с приятели, съседи или други групи



В тази връзка пациентите са попитани през последните 4 седмици, каква част от времето отделено за социални контакти, като посещение при приятели, роднини и близки е възпрепятствано от техните здравни или емоционални проблеми. Резултатите са представени на фигура 6.

Фигура 6. Разпределение на пациентите според времето, през което за възпрепятствани за осъществяване на социални контакти



Установява се, че през цялото време са били затруднени в осъществяването на социални контакти 5,3% от анкетираните пациенти на първия етап и само 0,3% на втория етап, 17,3% на първия етап и четири пъти по-малко /4,4%/ на втория етап са възпрепятствани по-голяма част от времето, а никога не са имали проблеми 41,1% от респондентите на първия етап и 51,5% от втория етап. /Фигура 6./

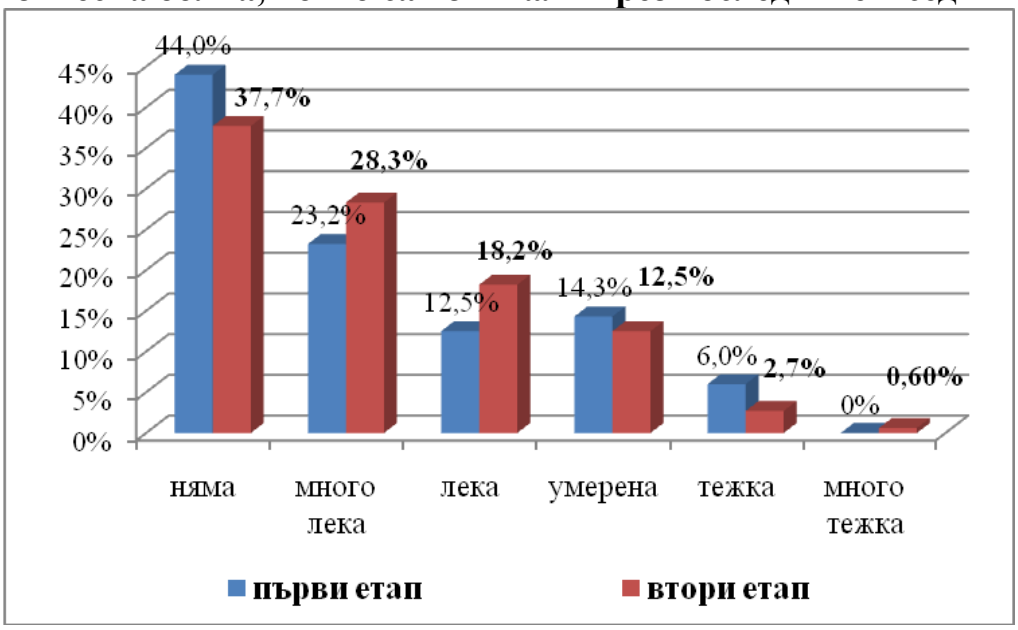
Болката и нейното значение при пациенти с МС

Болката е обичаен симптом при МС срещащ се при 55% от пациентите през някои етап от развитието на болестта, като честотата нараства с напредване на заболяването. Болката е силна и пречеща и има пагубен ефект върху качеството на живот и менталното здраве на болните. Обикновено се появява при наличието на лезии на възходящите и низходящите пътища пренасящи сигналите за болка. Най-често се съобщава за главоболие (40%), дизестезна болка на крайниците (19%), болки в гърба (17%) и болезнени спазми (11%). Острата болка се дължи на възпаление на очния нерв, невралгия на троичния нерв, Лермитови симптоми или дизестезия. Подострата болка е вторична при МС и може да е последствие от

прекарването продължително време в една поза, задържане на урина или инфектирани кожни язвички. Хроничната болка е често срещана и по-трудна за лечение.

За да проучим колко физическа болка са изпитали анкетираните пациенти през последните 4 седмици на всеки етап от проучването е зададен следващия въпрос от анкетата. Резултатите показва, че при 44% от респондентите на първия етап и 37,7% на втория етап е нямало болка, при 23,2% на първия и 28,3% на втория етап болката е била много лека, при 12,5% на първия и 18,2% на втория - лека, като не е малък и дела на пациентите изпитали умерена /14,3% - първи етап и 12,5% - втори етап/ и тежка болка /6% - първи етап и 2,7% - втори етап/. /Фигура 7./

Фигура 7. Разпределение на анкетираните пациенти според степента на физическа болка, която са изпитали през последните 4 седмици

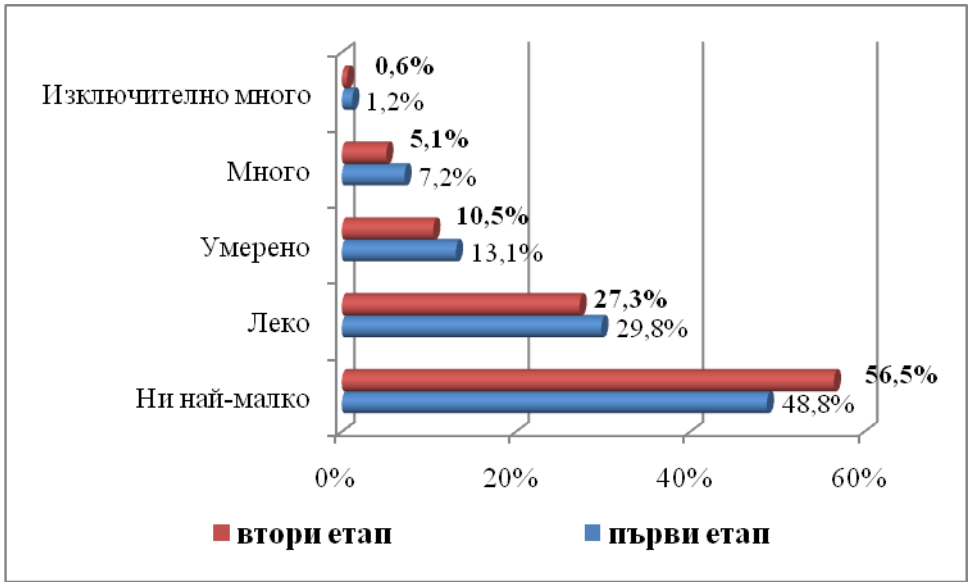


Потърсихме корелационна зависимост между броя рехабилитационни процедури по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ проведени за периода от две години и болката изпитана от пациентите през последните 4 седмици. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - χ 2 = 19,985, df = 10, p = 0,029. Това означава, че е пациентите провели рехабилитационни процедури считат, че не са изпитали болка или тя е много лека.

На фигура 8 са представени резултатите показващи до колко болката, която изпитват пациентите през последните 4 седмици пречи на работата им - както тази извън дома така и на домакинските дейности представена за двата етапа на проведеното анкетно проучване.

При почти половината от респондентите /48,8% - първи етап и 56,5% - втори етап / болката не пречи на работата им, а при 29,8% на първи етап и 27,3% на втори етап оказва леко влияние. При 13,1% на първия етап и 10,5% на втория умерено е нарушена работата на изследваните пациенти. Не е малък и относителния дял на пациентите, при които болката пречи много /7,2%% - първи етап и 5,1%% - втори етап / и изключително много /1,2%% - първи етап и 0,6% - втори етап / на работата им.

Фигура 8. Влияние на болката върху работата на пациентите



Този резултат подчертава необходимостта от прилагането на адекватни рехабилитационнни процедури целящи намаляване и по възможност премахване на болката при тези пациенти, с което ще се повиши качеството им на живот.

Множествената склероза и възприятията на пациентите

Следващата група въпроси са свързани с това как са се чувствали анкетираните пациенти през последните 4 седмици през двата етапа на проведеното анкетно проучване. Резултатите от първия етап на изследването

са представени на таблица 6. През повечето време 38,7% от респондентите са се чувствали изпълнени с жизненост, а малко време /26,2%/ и никакво време /1,2%/ не са били изпълнени със жизненост 27,4% от анкетираните. Много нервни са били през повечето време 13,7% от анкетираните, а толкова подтиснати, че нищо не може да ги развесели доста и през по-голяма част от времето са 21,4% от респондентите. Една пета /25%/ от анкетираните малко и никакво време са се чувствали спокойни и са изпитвали душевен мир. Отчаяни са се чувствали през цялото и повечето време 10,7% от анкетираните пациенти, а 13,7% през същото време са се чувствали изхабени и употребени. Доста време и през повечето време са се чувствали уморени 28% от анкетираните, а 27,3% не са били щастливи. Една трета от респондентите 33,3% не са се чувствали отпочинали сутрин, а са имали много енергия през по-голяма част от времето 29,8% от респондентите.

Таблица 6. Разпределение на анкетираните пациенти според това как са се чувствали през последните четири седмици по повеме на първия етап от анкетното проучване

Въпроси	**През цялото време**	**През повечето време**	**Доста време**	**Не малко време**	**Малко време**	**Никакво време**
Сте се чувствали изпълнен с жизненост?	11,3	38,7	15,5	7,1	26,2	1,2
Сте били много нервен?	1,8	13,7	19	7,7	51,8	6
Сте се чувствал толкова подтиснати, че нищо не може да Ви развесели?	1,8	8,9	12,5	5,4	26,2	45,2
Сте се чувствали спокойни и сте изпитвали душевен мир?	8,9	32,1	19,1	14,9	20,2	4,8
Сте имали много енергия?	6,5	29,8	17,3	23,2	19,6	3,6
Чувствали сте се отчаяни?	4,2	6,5	10,1	5,4	32,1	41,7
Чувствали сте се изхабен, употребен?	3,6	10,1	8,9	7,7	31,0	38,7
Били щастлив?	14,9	28,6	13,7	15,5	19,6	7,7
Сте се чувствали уморен?	2,9	13,1	14,9	17,3	45,8	6
Сте се чувствали отпочинал сутрин?	13,1	26,8	16,1	10,1	28,6	5,3

За да установим настъпили ли са промени във възприятията на пациентите две години след провеждането на рехабилитационни процедури е проведен втория етап на анкетното проучване. Резултатите са илюстрирани на таблица 7. Сравнителният анализ и оценка на резултатите между двата етапа на изследването показват подобрение във изследваните признаци при анкетираните пациенти. През цялото и повечето време са се чувствали изпълнени с жизненост 19,1% повече от респондентите от втория епат в сравнение с първия. Много нервни са били през повечето време само 2,3% от анкетираните на втория етап, което е с 11,4% по-малко в сравнение с първия.

Таблица 7. Разпределение на респондентите според това как са се чувствали през последните четири седмици по повеме на втория етап от анкетното проучване

Въпроси	**През цялото време**	**През повечето време**	**Доста време**	**Не малко време**	**Малко време**	**Никакво време**
Сте се чувствали изпълнен с жизненост?	22,6	46,5	19,9	7,4	3,0	0,6
Сте били много нервен?	0,7	2,3	10,1	15,2	55,9	15,8
Сте се чувствал толкова подтиснати, че нищо не може да Ви развесели?	0,3	1,3	5,1	7,4	32,0	53,9
Сте се чувствали спокойни и сте изпитвали душевен мир?	16,8	47,8	15,8	9,8	7,4	2,4
Сте имали много енергия?	12,8	42,1	22,9	11,4	9,1	1,7
Чувствали сте се отчаяни?	1,0	3,0	7,4	8,8	35,0	44,8
Чувствали сте се изхабен, употребен?	0,7	4,4	9,8	7,7	33,7	43,8
Били щастлив?	24,9	44,1	17,2	8,1	4,7	1,0
Сте се чувствали уморен?	0,7	1,7	11,8	17,1	45,1	23,6
Сте се чувствали отпочинал сутрин?	26,6	44,8	17,2	8,4	2,3	0,7

Толкова подтиснати, че нищо не може да ги развесели през цялото и повечето време са едва 2,6% от респондентите на втория етап – 8,1% по малко в сравнения с първия епат /Таблица 7./. С 23,6% повече са анкетираните от втория етап на проучването, които са се чувствали спокойни и са изпитвали

душевен мир, а с 18,6% повече са тези, които са имали много енергия през цялото и повечето време. През втория епат на проучването отчаяни са се чувствали през цялото и повечето време само 4% от анкетираните пациенти, а 5,1% през същото време са се чувствали изхабени и употребени. С 13,6% повече са анкетираните от първия етап на проучването, които са се чувствали уморени през по-голямата част от времето, а с 31,5% повече са респондентите от втория етап, които са се чувствали отпочинали сутрин през повечето време.

Продължителност на влиянието на здравните проблеми на пациенти с МС

За да установим влиянието на болестта МС върху общото здраве на пациента през двата етапа на проведеното проучване зададохме следващите въпроси от анкетата. Резултатите са представени на таблица 8.

Таблица 8. Влияние на МС върху общото здраве на пациентите

Твърдения	**Вярно**		**По-скоро вярно**		**Не съм сигурен**		**По-скоро невярно**		**Невярно**	
	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап
Изглежда , че се разболявам по-лесно от останалите?	10,1	**0,3**	13,7	**4,0**	24,4	29,3	15,5	24,9	36,3	41,4
Здрав съм толкова, колкото другите	14,9	**24,2**	23,8	**43,8**	30,3	21,2	16,1	8,1	14,9	2,7
Очаквам здравето ми да се влоши	3,6	**1,0**	10,1	**4,4**	38,7	23,9	17,3	30,0	30,3	40,7
Чувствам се в отлично здраве	14,9	**25,9**	29,2	**42,4**	24,4	20,2	18,4	9,1	13,1	2,4

На първия етап от проучването 23,8% от анкетираните пациенти считат, че се разболяват по-лесно от здравите хора, а на втория етап те са само 4,3%. Здрави толкова, колкото и другите на първия етап са 38,7% от респондентите, докато на втория етап те са 68%. Очакват здравето им да се влоши 13,7% от респондентите на първия етап и 5,4% на втория етап, а 44,1% на първия етап и 68,3% на втория етап се чувстват в отлично здраве.

С цел да установим наличие и времето на влияние на здравните проблеми върху пациента през последните 4 седмици през двата етапа на проучването са зададени четири въпроса от анкетата. Резултатите представяме на таблица 9. Не малка част - 15,5% на първи етап и на половина /6,8% на втори етап/ са обезкуражени от техните здравословни проблеми през цялото и повечето време, а за 20, 8% на първия етап и 12,5% на втория етап от респондентите тяхното здраве е притеснение в живота им през същото време. През цялото и повечето време са се чувствали претоварени от здравословни проблеми 19% от анкетираните пациенти на първия етап и 8,4% на втория етап. Данните от проучването показват, че наличните здравни проблеми при пациентите с МС оказват влияние върху пациента през цялото и повечето време на периода на проучване, като се наблюдава подобрение на изследваните признаци при пациентите провели рехабилитационни процедури анкетирани две години след първия етап на проучването.

Таблица 9. Разпределение на респондентите според времето на влияние на здравните им проблеми върху пациента през двата етапа на проучването /в %/

Въпроси	През цялото време		През повечето време		Доста време		Не малко време		Малко време		Никакво време	
	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап
Бяхте ли обезкуражени от вашите здравословни проблеми?	6	0,7	9,5	6,1	11,3	8,8	7,2	14,1	32,1	32,3	33,9	38,0
Бяхте ли разочаровани за вашето здраве?	3	0,7	11,9	6,0	8,9	9,8	11,4	12,5	32,7	35,7	32,1	35,4
Беше ли вашето здраве притеснение в живота ви?	7,7	2,7	13,1	9,8	4,8	5,4	11,3	14,8	32,1	32,3	31,0	35,0
Чувствахте ли се претоварени от здравни проблеми?	4,7	1,3	14,3	7,1	7,1	8,8	12,5	14,2	30,4	33,4	31,0	35,1

Оценката на когнитивните функции на пациентите с МС

Оценката на когнитивните /познавателни/ функции на пациентите с МС е от съществено значение, тъй като някои от най-често срещаните проблеми засягат краткосрочната памет, вниманието, способността за пространствено виждане, способността и скоростта за извършване на всякаква дейност. Други свързани симптоми са емоционална нестабилност лесна физическа уморяемост както и прострация (неврологична умора). Познавателният дефицит е независим от физическата неспособност и може да се срещне и при липсата на неврологична дисфункция. Тежките увреди са значима предпоставка за влошаване на качеството на живот, загуба на работа, стрес за околните, неспособност за шофиране, ограничения в социалния живот и трудовата активност. Тези фактори от своя страна водят до значително влошаване на състоянието и обостряне на симптоматиката на пациентите.

Познавателни увреждания се установяват при 40-60% от болните от МС, като най-нисък процент се наблюдава при пациенти лекувани в комунални условия, а най-висок при хоспитализирани. Понякога когнитивна дисфункция може да се появи още в началото на заболяването. Вероятността за наличие на МС преди втората когнитивна атака е 50%. Рядко се среща деменция, като се установява само при 5% от пациентите.

Степента на тъканна атр

.

Неврофизиологичните последствия са в линейна корелация с подкоровата атрофия. Познавателните проблеми са резултат не само на тъканната увреда, но и на регенерацията и адаптивната функционална реорганизация. Неврофизиологичните тестове са важни за определяне на обхвата на когнитивните нарушения. Рехабилитацията може да помогне за спиране или възстановяване от когнитивните увреждания, макар че изследванията в тази област са все още незадоволителни.

За да установим времето на нарушение на познавателните функции при пациентите на двата етапа на проучването са зададени следващите въпроси от анкетата. Резултатите са представени на таблица 10.

Таблица 10. Разпределение на респондентите според времето на нарушение на познавателните им функции на двата етапа от проучването /в %/

Въпроси	През цялото време		През повечето време		Доста време		Не малко време		Малко време		Никакво време	
	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап
Изпитвали сте затруднения при концентриране и мислене?	5,3	0,3	4,2	3,4	6	8,1	10,7	10,4	41,7	42,4	32,1	35,4
Имали сте проблеми със запазване на вниманието върху дейност за по-дълго време?	4,8	0,3	3,0	1,7	4,8	5,1	6,4	10,1	40,5	38,4	40,5	44,4
Имали сте проблеми с паметта?	2,4	0	3,0	1,7	5,4	5,7	8,3	9,4	39,3	38,0	41,6	45,1
Други/роднини и приятели/ забелязвали ли са проблеми с паметта или концентарацията?	3,6	1,0	3	1,7	3	2,4	3	8,1	25	24,6	62,4	62,3

Установяваме, че не са изпитали затруднения при концентриране и мислене 32,1% от анкетираните пациенти на първия етап от проучването и 35,4% на втория етап, но 9,5% на първи етап и 3,7% на втори етап са имали такива затруднения през цялото и повечето време на проучвания период. Проблеми със запазване на вниманието върху дейност за по-дълго време са имали в различна степен 59,5% от анкетираните на първия етап и 55,6% на втория етап, докато 40,5% на първи етап и 44,4% на втори етап не са имали този проблем. Проблеми с паметта в различна част от времето на изследвания 4 седмичен период са имали повече от половината от респондентите и на двата етапа от проучването /58,4% на първи етап и 54,9% на втори етап/, а 41,6% на първи етап и 45,1% на втори етап не са имали такъв проблем. При повече от една трета /37,6% на първи етап и 37,7% на втори етап/ от респондентите и на двата етапа от изследването роднини и приятели са забелязвали проблеми с паметта или концентарацията им в различна част от времето. Представеното сравнително разглеждане на времето на нарушение на познавателните функции на анкетираните пациенти на двата етапа от проучването показва, че не се забелязва значително подобрение на изследваните признаци след провеждане на рехабилитационни процедури за периода от две години. Това налага необходимостта от преоценка на ефективността на тези процедури по отношение на повлияване на познавателните функции на пациентите.

Влиянието на МС върху сексуалните функции на изследвания контингент

Друг съществен елемент от нашето проучване е влиянието на МС върху сексуалните функции на изследвания контингент. При хората с МС има няколко различни причини за сексуални проблеми, които трябва да бъдат взети предвид: от една страна, емоционалният и психологически товар от МС като заболяване може да бъде толкова голям, че пациентът губи всякакво удоволствие от секса и няма влечение или желание за физическа проява на любовна нежност към своя партньор. От друга страна е възможно и самото заболяване или телесни увреждания, причинени от МС да направят сексуалната активност проблематична. Често тези два фактора са от значение. При пациентите от мъжки пол, трудности с ерекцията или невъзможна такава

може да се появи независимо дали това се дължи на нов пристъп на болестта, обща телесна слабост или от емоционални и психологически причини. С атаките си срещу нервната система си като цяло, МС може да повлияе на сексуалната реакции на организма.

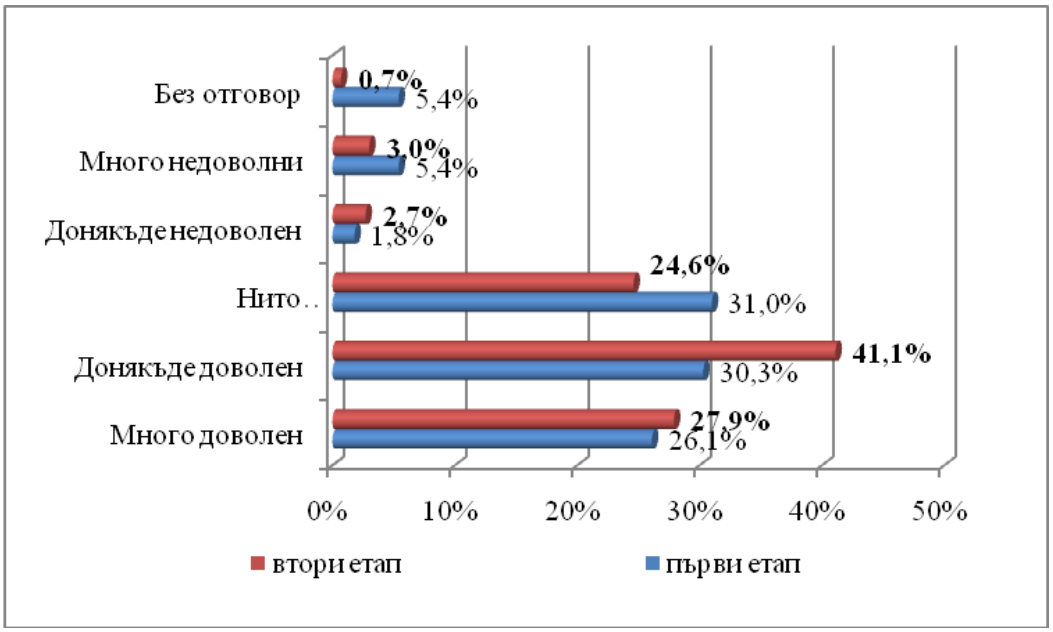
С цел да установим има ли нарушение на сексуалните функции при изследваните пациенти на двата етапа от проучването зададохме следващите въпроси от анкетата. Резултатите са представени на таблица 11. Получените данни показват, че липса на сексуален интерес в различна степен се установява при 41,1% от анкетираните на първия етап и 39,4% на втория етап, като е голям проблем само за 3% от тях и на двата етапа от проучването. Затруднения при получаване на ерекция/сухота на влагалището се установява в различна степен при 34% от пациентите обхванати на първия етап и 37% на втория етап, а невъзможността за оргазъм е голям проблем при 4,2% от анкетираните пациенти на първия етап и 3,4% на втория етап. Възможността за задоволяване на сексуалния партньор е нарушена в различна степен при 31% от респондентите на първия етап и 34,7% на втория етап, като за 6% от тях на първия етап и 3% на втория етап това е голям проблем.

Таблица 11. Нарушение на сексуалните функции на анкетираните пациенти на двата етапа от проучването /в%/

ПРОБЛЕМИ	Не е проблем		Малък проблем		Проблем		Голям проблем		Без отговор	
	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап
Липса на сексуален интерес	51,8	58,2	28	27	10,1	9,4	3	3	7,1	2,3
Затруднения при получаване на ерекция / Сухота на влагалището	57,7	62,6	17,9	21,9	11,3	11,4	4,8	3,7	8,3	0,3
Невъзможност за оргазъм	58,3	62,6	19,6	24,2	9,5	9,1	4,2	3,4	8,3	0,7
Възможност за задоволяване на сексуалния партньор	60,7	64	19,6	24,6	5,4	7,1	6	3	8,3	1,4

Много и донякъде недоволни от сексуалния си живот като цяло през последните четири седмици са 7,2% от анкетираните пациенти на първия етап от проучването и 5,7% на втория етап. /Фигура 9./

Фигура 9. Удовлетвореност на пациентите от сексуалния им живот като цяло на двата етапа от проучването /в %/



Повече от половината от анкетираните пациенти /56,4% на първия етап/ и почти две трети от респондентите /69% на втория етап/ са доволни в различна степен от сексуалния си живот като цяло.

Тазоворезервоарните и стомашно-чревни проблеми при пациенти с МС

Тазоворезервоарните нарушения при пациентите с МС са чести, значимо влошават качеството на живот и професионалната активност на засегнатите. Някои пациенти определят инконтиненцията като един от най-неприятните аспекти на заболяването.

Тези проблеми оказват съществено влияние както върху хигиенните навици, така и върху социалния живот. Основните проблеми са увеличената честота и неотложност на уриниране. Паралелно с тях се появяват и затруднения в започването на уриниране, запъване, изпускане, усещане за незавършеност, като понякога се наблюдава и задържане. При наличие на задържане се развиват и вторични инфекции на проводните пътища.

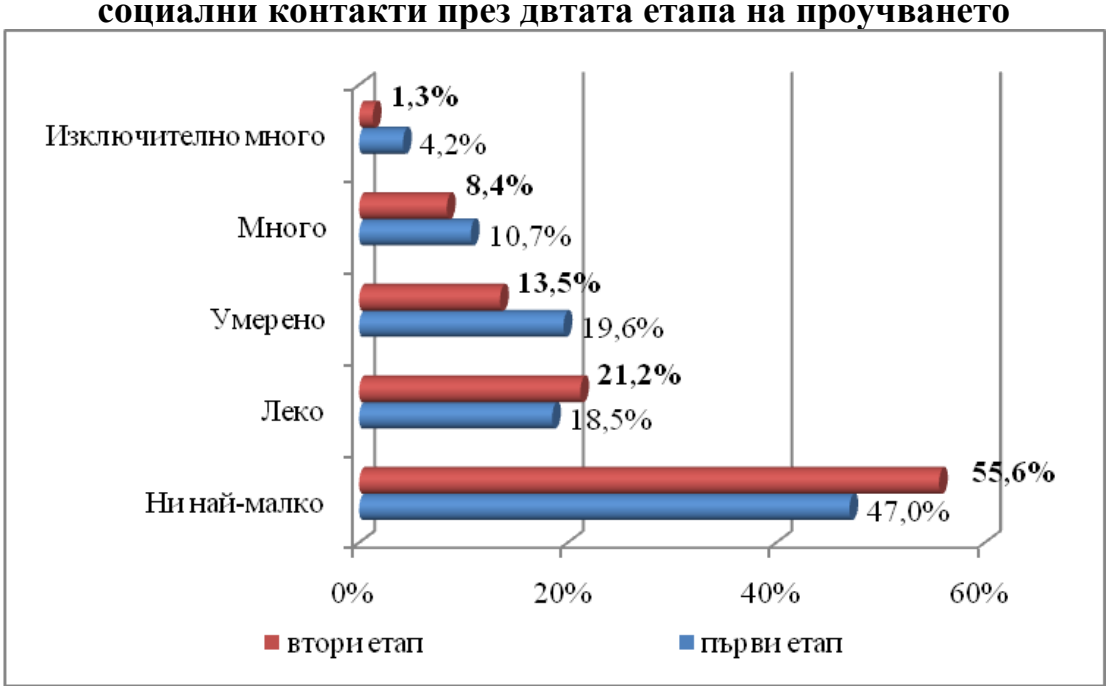
Нарушената функция на стомашно-чревния тракт на пациенти с множествена склероза, както и много други аспекти на болестта, продължава

да е несправедливо пренебрегван. Дисфункцията на дебелото черво се изразява в констипация, императивни позиви и инконтиненция

Констипацията е най-честият проблем при пациентите с множествена склероза и може да се дължи на няколко фактора: намалена подвижност, отслабени коремни мускули, функционална обструкция, дължаща се на спастичност, нарушена сфинктерна релаксация, неадекватно количество приемани течности, недостатъчно количество храна и на някои лекарства. Фекалната инконтиненция може да се дължи на сфинктерна дисфункция, констипация с фекално пренатоварване и преливане и/или намалена ректална чувствителност. Персистиращата хронична диария или неоформените изпражнения създават затруднение и са ускоряващ фактор за инконтиненция.

За да установим до каква степен през изследвания период пациентите са имали проблеми с чревни и уринарни функции повлияли на нормалните им социални контакти със семейството, с приятели, съседи или други социални групи зададохме следващия въпрос от анкетата. /Фигура 10./

Фигура 10. Сравнително представяне на влиянието на чревните и уринарни проблеми при пациентите с МС върху нормалните им социални контакти през двтата етапа на проучването



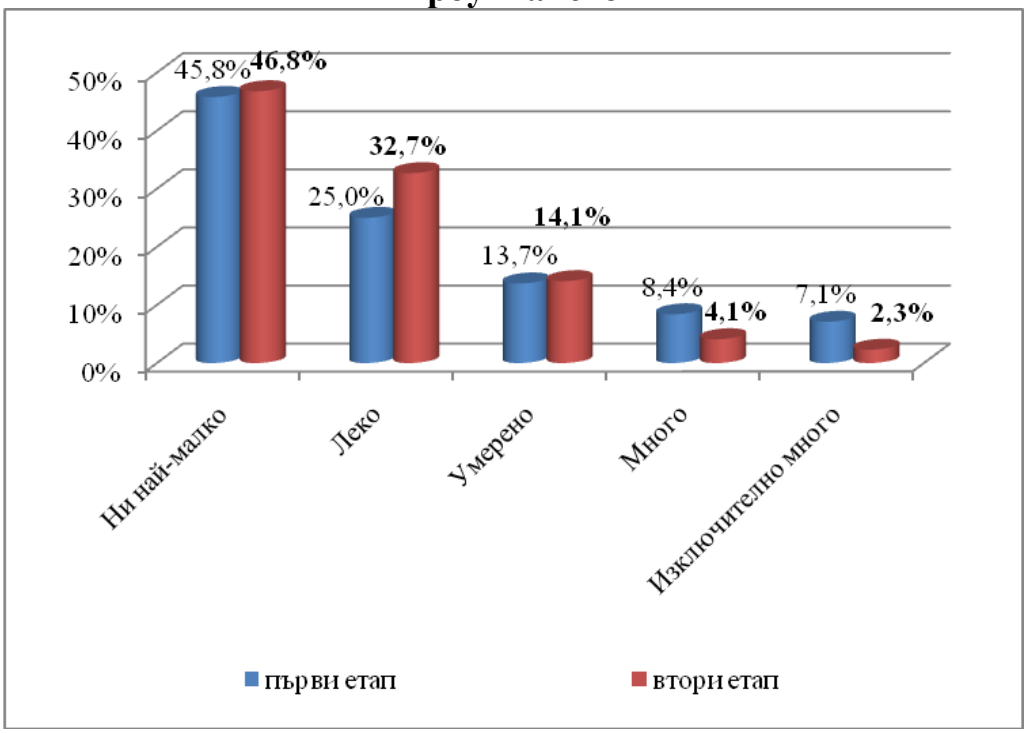
Резултатите показват, че 53% от анкетираните пациенти през първия етап на проучването са имали такива проблеми в различна степен, като при 10,7% много, а при 4,2% изключително много тези проблеми са повлияли на

нормалните им социални контакти със семейството, с приятели и съседи. През вторият етап на проучването чревните и уринарни проблеми са повлияли много и изключително много при 9,7% от пациентите с МС върху нормалните им социални контакти, а умерено и леко при 33,7% от респондентите.

Оценка на качеството на живот от пациентите с МС

Със следващите три въпроса от анкетата направихме опит да представим сравнителна оценка на качеството на живот според пациентите с диагноза МС преди и след провеждането на рехабилитационни процедури. Резултатите показват, че болката пречи на удоволствието от живота в различна степен при повече от половината /54,2% на първи етап и 53,2% на втория етап/ от анкетираните пациенти, като при 7,1% на първия етап и само 2,3% на втория етап болката влияе изключително много върху удоволствието от живота. При 8,4% от респондентите на първия етап и 4,1% на втория етап това влияние е много изразено.

Фигура 11. Сравнително представяне на влиянието на болката при пациентите с МС върху удоволствието от живота през двата етапа на проучването



Със скалата от нула до 10 в нашето анкетно проучване направихме опит да оценим качеството на живот на пациентите според тяхната преценка, като нула е възможно най-лошото качество на живот, а 10 е най-доброто качество на живот. Резултатите са представени на таблица 12. На първия етап на проучването най-голяма част от анкетираните пациенти 19,6% оценяват качеството си на живот с 6, следвани от тези 17,3%, според които то е 8, а на трето място са респондентите 16,7%, които данат оценка 7. На втория етап от проучването най-голяма част от анкетираните пациенти 23,2% оценяват качеството си на живот с 8, следвани от тези 19,2%, според които то е 7, а на трето място са респондентите 17,2%, които данат оценка 6. Наблюдаваме повишаване на оценката на качеството на живот при пациентите след провеждането на рехабилитационни процедури.

Таблица 12. Сравнително представяне на оценката на качеството на живот от анкетираните пациенти на двата етапа на проучването

скала на качеството на живот	**брой**		**относителен дял в %**	
	първи етап	втори етап	първи етап	втори етап
най-лошо качество на живот - 0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	7	1	4,2	0,3
3	5	1	3,0	0,3
4	17	9	10,1	3,0
5	20	38	11,9	12,8
6	33	51	19,6	17,2
7	28	57	16,7	19,2
8	29	69	17,3	23,2
9	14	39	8,3	13,1
най-добро качество на живот - 10	15	32	8,9	10,8
Общо	336	297	100	100

Почти една трета от анкетираните пациенти /29,1% на първия етап и 33,9% на втория етап/ чувстват живота си като цяло приятен, а 15,5% на първия етап и 26,3% на втория етап предимно удовлетворен. Със смесени чувства приблизително еднакво доволен и недовелен са най-голяма част от респондентите 39,3% на първия етап от проучването и 27,6% от пациентите на втория етап. /Фигура 12./

Фигура 12. Сравнително представяне на мнението на пациентите как чувстват живота си като цяло на двата етапа от проучването



Сравнителният анализ на резултатите от двата етапа на анкетното проучване показва, че относителния дял на предимно неудовлетворените от живота пациенти е намалял с 3,8% на втория етап, а на нещастните пациенти с 2%.

Мнение на пациентите с множествена склероза за качеството на рехабилитационните процедури

Лечението на пациентите се различава според формата на заболяването и в зависимост от това дали МС е в пристъп или ремисия. Терапията на пристъпите има за цел да възстанови доколкото е възможно неврологичните симптоми, получени по това време и разбира се голяма част от усилията са насочени към рехабилитацията на пациента и неговото семейство.

Ключова роля в лечението на пациентите с МС има мултидисциплинарния екип и за успешната рехабилитация е от голямо значение повлияването на психологичните проблеми и социалната изолация.

На едно от първите места в терапията на МС стои неврорехабилитацията. Тя цели намаляване на когнитивния дефицит и влиянието му върху ежедневния живот, както и стимулиране на пациента за справяне с последиците от заболяването върху психичния профил –

повлияване на нарушенията в настроението, депресията и тревожността, намаляване на стреса и повишаване на целеустремеността за справяне с дефицитите. Всичко това не би било реално, ако до всеки един пациент и засегнато семейство не застане психолог и компетентно да ги наставлява. Сравнителните анализи показват, че пациентите, подложени на такава терапия, имат по-добри резултати при тестване на паметовите функции и на двигателността.

През голяма част от времето пациентът се възстановява от последиците на рецидивите, а водещо място в този момент се отрежда на медицинската рехабилитация. Разнообразни са факторите, които могат да се приложат и програмата е строго индивидуализирана, според установения функционален дефицит. Малко са центровете, където се работи ефективно и индивидуално с такива болни, поради факта, че времето, което отнемат процедурите е средно 3-4 часа на ден и в условията на силно недофинансирана здравна система е нерентабилно и непривлекателно за лечебните заведения в България.

Рехабилитацията е съществена част от цялостното лечение на болните от мултиплена склероза. Има значение както за възстановяване след пристъп, така и за поддържане на нарушените двигателни функции и предотвратяване на инвалидизацията. С различни кинезитерапевтични средства се цели нормализиране на мускулния тонус, поддържане и възстановяване на нарушените движения, подобряване на равновесието и координацията, стабилизиране на походката, обучение в извършване на дейности от ежедневието. С нея се поддържа мускулния тонус, обема на движение, проводимостта на нервите и качеството на живот като цяло. Ако пациента е здравно осигурен може да ползва програмите за рехабилитация на НОИ един път годишно. В амбулаторни условия възможностите за рехабилитация са с наравление №3 от ОПЛ ежемесечно, но проблема тук е в лимитите на личните лекари и невъзможността да дават такива направления на пациентите всеки месец.

Друга възможност е клинична пътека 237 - Физикална терапия и рехабилитация на болести на централната нервна система. За постъпване в санаториумите, сключили договор с НЗОК по тази клинична пътека са необходими следните документи:

- направление за хоспитализация (талон№7);
- епикризи, с които разполага пацинта (най-важна е последната);
- решение на ТЕЛК (ако има такова);
- други изследвания, свързани с основното заболяване.

Повечето рехабилитационните центрове имат специфични изисквания, като записването обикновено става за следващия месец, така че е най-добре да се планира отрано. С диагноза МС пациентите имат право на хоспитализация по КП 237 два пъти годишно, заплатени от НЗОК във всички санаториуми, където приемат с диагноза „множествена склероза“.

Диагностично - лечебен алгоритъм по клинична пътека 237.

Диагностично – лечебният алгоритъм в посочените вариации и възможности е задължителен за изпълнение и определя пакета от болнични здравни дейности, които се заплащат по тази клинична пътека.

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента прави подробен невро-кинезиологичен анализ и оценка на рехабилитационния потенциал на пациента, на базата на които формулира задачите на рехабилитацията и съставя конкретна индивидуално-съобразена рехабилитационна програма.

Основно място в рехабилитационната програма на пациентите заема кинезитерапията. След прецизно функционално тестуване лекарят-специалист по ФРМ определя към коя от основните групи се причислява болния и конкретизира диференцирания лечебен подход.

I група – болни с тежка степен на двигателен дефицит, при които липсва самостоятелна волева двигателна активност и/или походка или тя е възможна само с придружител и помощно средство.

Задачи: запазване на пасивните ставни амплитуди на движение на засегнатите крайници; стимулиране и закрепване на наличните двигателни схеми и тяхното подчинение на волевия контрол; вертикализация и обучение в ходене по равно; обучение в дейности от ежедневието за сметка на незасегнатите крайници.

II група – болни с умерена степен на двигателен дефицит и/или дискоординационен синдром, при които двигателната активност носи белези на волеви контрол и има налични (но трудно осъществими) активни волеви

движения, походка и самообслужване; наблюдава се средно-тежка степен на статична и/или локомоторна и/или динамична атаксия.

Задачи: извеждане на болните от примитивните двигателни схеми; изграждане на сложни двигателни модели с правилна траектория и значителна функционална стойност; обучение в автоматична двигателна дейност (слизане по стълби и адаптация към препятствия, трениране на дисталната хватателна функция на ръката); трениране на походката и самообслужването с включване на засегнатата ръка.

III група – болни с по-леки степени на двигателен дефицит и/или координационни нарушения, при които страдат фините и сложните движения. Двигателната дейност е богата и разнообразна без примитивни синергии. Спастичността е незначителна.

Задачи: да се доусъвършенстват, закрепят и автоматизират активните волеви движения; правилните двигателни схеми да се вградят в ежедневната двигателна функция на болния; да се усъвършенства координацията на активните волеви движения.

Основни принципи за провеждане на кинезитерапия: нормализиране на мускулния тонус; постепенност и последователност на натоварванията; разкъсване на примитивните двигателни синергии и търсене на волеви отговори; активните движения се извършват само след като болният е усвоил статичния контрол на позата; укрепване на постигнатите активни движения; редуване на активното волево усилие с връщане в пасивна позиция; автоматизиране на постигнатите активни движения чрез многократно повторение, включени в цялостни двигателни модели с практическа стойност; тренировка на позата и походката; стимулиране координацията на грубата и фината моторика.

При индикации, преценени от лекуващия лекар – специалист по ФРМ се включват електростимулации с ниско- и средночестотни токове - за преодоляване на мускулния спастицитет.

При този вид физикално лечение се търси следният ефект:

- възстановяване на мускулния дисбаланс чрез стимулиране на антагонистите на спастичните мускули, което по принципа на реципрочната инервация на Scherington води до релаксация на

агонистите. Друг метод е директното въздействие върху спастичните мускули с инхибиращи токови параметри или синхронизирана електростимулация на агонисти и антагонисти с два токови кръга с различни параметри;

- функционална стимулация за подпомагане на пациента с моно-/хеми-/пара-/квадри-пареза при извършване на трудно осъществими движения.

Термотерапия. Важен момент в рехабилитацията на болните е подготовката за кинезитерапия, която цели релаксиране на мускулния тонус в агонистите. За тази цел се прилагат парафинови/кални апликации, лугови компреси, криотерапия, затоплящи или охлаждащи гелове, компреси по Кени и др.

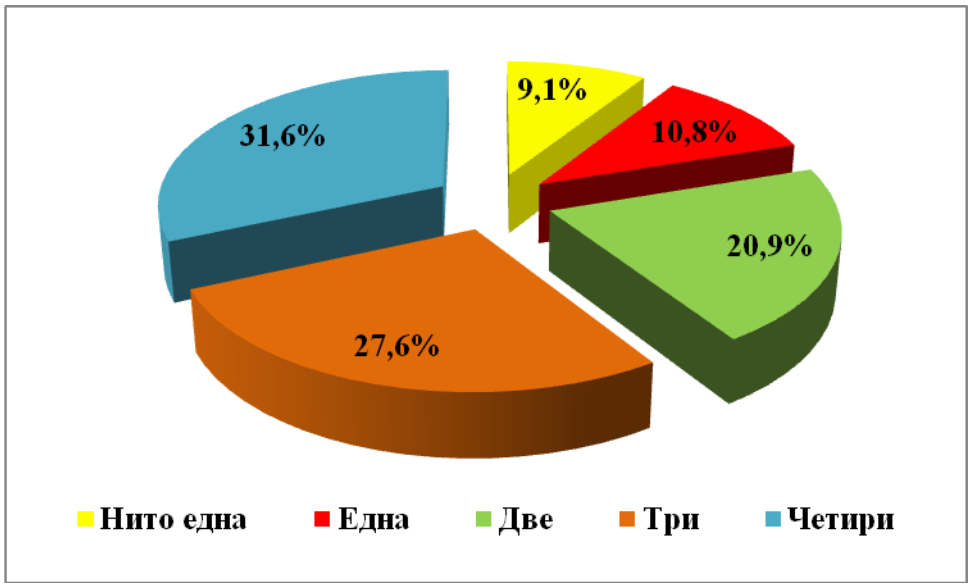
Хидротерапия (балнеотерапия). Водолечебните и балнеологичните фактори трябва да се прилагат много внимателно, след преценка на състоянието на сърдечно-съдовата система. Най-общо показани са болни в първи функционален стадий по NYHA.

Фармакотерапия. Основните средства на рехабилитацията при заболявания на централната нервна система са физикалните фактори. Медикаменти, които улесняват провеждането на физикалното лечение, са миорелаксантите.

С цел да проучим и анализираме мнението на пациентите за качеството на рехабилитационните процедури проведени от тях за периода от 2 години след първото анкетиране зададохме последните пет въпроса в анкетата проведена на втория етап от проучването. Анализът на резултатите от изследването показва, че почти половината от респондентите /45,1%/ са провели две рехабилитационни процедури по линия на НОИ за периода от две години от първото анкетиране, а 116 пациента /39,1%/ са провели само една такава процедура. Не е малък и делът на анкетираните пациенти – 15,8% обхванати във втория етап на проучването, които не са провели нито една рехабилитационна процедура по линия на НОИ. На фигура 13 е представен относителният дял на респондентите според броя проведени рехабилитационни процедури по КП 237. Почти една трета /31,6%/ от анкетираните са провели максималния възможен брой от четири

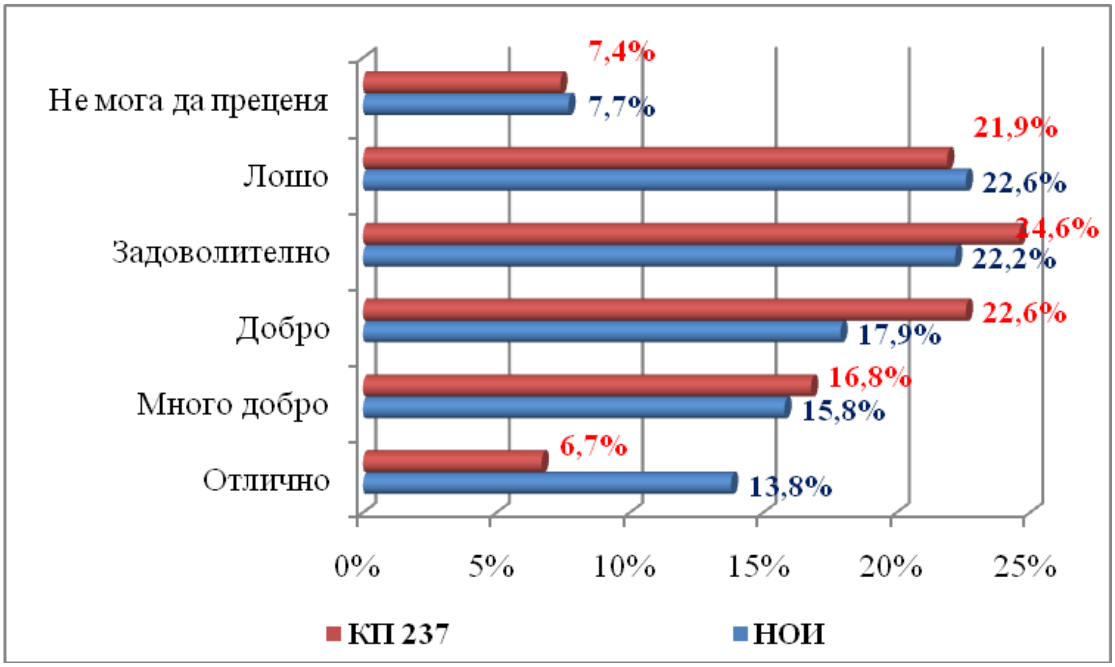
рехабилитационни процедури по тази клинична пътека, 82 души /27,6%/ са провели три процедури , а две са – 62 пациента/20,9%/.

Фигура 13. Относителен дял на анкетираните пациенти от втория етап на проучването според броя проведени рехабилитационни процедури по КП 237



За да оценим качеството на рехабилитационните процедури по линия на НОИ и КП 237 зададохме два въпроса в нашето проучване.

Фигура 14. Сравнително представяне на оценката на респондентите за качеството на рехабилитационните процудури по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ и КП237



Сравнителният анализ на резултатите относно оценката на респондентите за качеството на проведената рехабилитация показват, че като лошо и задоволително е преценено качеството на тези процедури и по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ /44,8%/ и по КП 237 /46,5%/ от почти поволината от анкетираните /Фигура 14./. Този резултат ни навежда на мисълта от необходимост от промяна в начина на провеждане на тези процедури с цел удовлетворяване очакванията на пациентите.

Запитани провеждали ли са допълнително /срещу заплащане/ рехабилитационни процедури 186 от пациентите /62,6%/ отговарят, че не могат да си позволят финансово това, 22,6% считат, че нямат нужда, а 14,8% са провеждали срещу заплащане такива процедури.

Проучените възможности за рехабилитация на пациентите с множествена склероза по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ и КП 237 показват, че тя е насочена предимно към възстановяване и нормализиране на мускулния тонус, поддържане и възстановяване на нарушените движения, подобряване на равновесието и координацията, стабилизиране на походката, обучение в извършване на дейности от ежедневието. В тези програми не е включена рехабилитация за възстановяване на другите нарушения засягащи тези пациенти, като например:

- зрителна рехабилитация и професионално обучение за използване на техния остатъчен зрителен капацитет;
- повлияване на нарушенията в настроението, депресията и тревожността, намаляване на стреса и повишаване на целеустремеността за справяне с дефицитите;
- повлияване на проблемите с говора (дизартрия) и преглъщането (дисфагия);
- възстановяване на тазово-резервоарните и сексуални смущения.

ОБОБЩЕНИЕ

Множествената склероза (МС) е автоимунно заболяване с предполагаемо генетично предразположение, което в комбинация с някои фактори на околната среда, води до автоимунна реакция, даваща като резултат възпалителна демиелинизация в централната нервна система (ЦНС). Нарушава се провеждането на импулсите в ЦНС, което води до неврологичен дефицит. Множествената склероза се определя като едно от заболяванията, които бавно, постепенно и прогресивно водят до инвалидизация.

Проведеното от нас анкетно проучване /на два етапа преди и две години след провеждане на рехабилитационни процедури при пациенти с МС/ установи интересни закономерности и повлияване на физическото, психическото здраве и качеството на живот при тези пациенти от заболяването им и наличието на промяна в изследваните признаци след рехабилитация.

Резултатите показват, че обичайните дейности като къпане и обличане /82,1% - първи етап и 82,5% - втори етап/, разходки на една пресечка /80,7% - първи етап и 81,1% - втори етап / и изкачването на един етаж по стълбище /80,4% - първи етап и 80,1% - втори етап / въобще не се ограничават от тяхното здраве според най-голяма част от анкетираните пациенти и на двата етапа на проучването, а в най-голяма степен се ограничават активни дейности като бягане, вдигане на тежки предмети, които участват в енергични спортове /22% - първи етап и 13,5% - втори етап/, следвани от разходките повече от километър /14,3% - първи етап и 7,1% - втори етап / и повдигането или носенето на покупки /9,5% - първи етап и 3,0% - втори етап /.

При голяма част от пациентите са налице проблеми свързани с тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности, в резултат на физическото им здраве - 44% от респондентите на първия етап от проучването успяват да свършат по-малко работа, отколкото биха искали, като този процент намалява до 25,6% при втория етап, което показва, че при пациентите провели рехабилитация са наблюдава значително подобрение в изследваните показатели.

Емоционалните проблеми на анкетираните пациенти възникнали от заболяването им влияят върху тяхната работа или други обичайни ежедневни дейности - 36,3% от респондентите на първи етап от изследването успяват да свършат по-малко работа, отколкото биха искали, като този процент намалява с 12,1% при пациентите анкетирани на втория етап. Наличните здравни проблеми при пациентите с МС оказват влияние върху пациента през различни периоди от време, като през цялото и повечето време 15,5% на първи етап и на половина /6,8% на втори етап/ са обезкуражени от техните здравословни проблеми, за 20,8% на първия етап и 12,5% на втория етап от респондентите тяхното здраве е притеснение в живота им, а 19% от анкетираните пациенти на първия етап и 8,4% на втория етап са се чувствали претоварени от здравословни проблеми. Проблеми с чревните и уринарни функции повлияли на нормалните им социални контакти със семейството, с приятели, съседи или други социални групи имат в различна степен 53% от анкетираните пациенти на първия етап и с 8,6% по малко на втория етап.

Болката пречи на удоволствието от живота в различна степен при повече от половината /54,2% на първи етап и 53,2% на втория етап/ от анкетираните пациенти на двата етапа от проучването, а със смесени чувства приблизително еднакво доволен и недовелен са най-голяма част от респондентите 39,3% на първия етап от проучването и 27,6% от пациентите на втория етап.

Получените резултати от проведеното анкетно проучване доказват необходимостта от провеждането на рехабилитационни процедури насочени към възстановяване на всички засегнати функции при пациентите с множествена склероза с оглед подобряване на качеството на живот и забавяне настъпването на трайни увреждания при тези пациенти.

ИЗВОДИ

1. Почти половината от анкетираните пациенти /47%/ оценяват като добро здравето си като цяло на първия етап от проучването, като с 15,4% повече са респондентите от вторият етап, които оценяват като много добро и отлично здравето си като цяло, което доказва ефективността от влиянието на рехабилитацията върху здравето на обхванатите лица.
2. При 22% от пациентите от първия етап на изследването заболяването е прогресирало и те оценяват здравето си като малко по-лошо отколкото преди една година, докато само при 5,1% от респондентите от втория етап заболяването е прогресирало.
3. Влиянието на заболяването МС върху здравето на пациентите има съществено отражение в отрицателна посока по отношение на активните и енергични дейности в ежедневието им и в двата етапа на проучването /ограничава ги в различна степен при 70,8% от анкетираните на първия етап и 67% от респондентите на втория етап/.
4. Физическо здраве и емоционалните проблеми повлияват социалните контакти в семейството, с приятели, съседи или други групи в различна степен при 46,4% от анкетираните пациенти на първия етап и при 44,1% на втория етап от проучването, като затруднени в осъществяването на социални контакти в различни части от времето са 58,9% от респондентите на първия етап и с 10,4% по-малко на втория етап.
5. Болката е обичаен симптом при МС, като 56% от анкетираните пациенти от първия етап на изследването и 62,3% от втория етап са изпитали болка в различна степен, която нарушава работата в от леко до изключително много на 51,8% от тях на първия етап и 43,5% на респондентите от втория етап.
6. Болестта множествена склероза влияе върху общото здраве на пациентите, като на първия етап от проучването 23,8% от анкетираните пациенти считат, че се разболяват по-лесно от здравите хора, а на втория етап те са само 4,3%, като очакват здравето им да се влоши - 13,7% от респондентите на първия етап и 5,4% на втория етап.
7. Проблеми със запазване на вниманието върху дейност за по-дълго време са имали в различна степен 59,5% от анкетираните на първия етап и

55,6% на втория етап от проучването. Проблеми с паметта в различна част от времето са имали и на двата етапа от проучването повече от половината от респондентите /58,4% на първия етап и 54,9% на втори етап/, а при повече от една трета /37,6% на първия етап и 37,7% на втория етап/ роднини и приятели са забелязвали проблеми с паметта или концентрацията.

8. Множествената склероза влияе върху сексуалните функции на изследвания контингент, като липса на сексуален интерес в различна степен се установява при 41,1% от анкетираните пациенти на първия етап от проучването и при 39,4% на втория етап.
9. Най-голяма част от анкетираните пациенти от първия етап на проучването /75,6%/ по скалата от нула до десет оценяват качеството си на живот между 4 и 8, а на втория етап 85,5% от респондентите оценяват качеството си на живот между 5 и 9.
10. Почти половината от анкетираните пациенти оценяват качеството на проведената рехабилитация по програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ /44,8%/ и по КП 237 /46,5%/ като лошо и задоволително, което налага необходимост от промяна в начина на провеждане на тези процедури с цел удовлетворяване очакванията на пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Множествената склероза е прогресиращо възпалително, автоимунно, демиелинизиращо заболяване с невродегенеративна компонента, което може да причини инвалидизация в млада възраст. Социалната значимост на заболяването произлиза от факта, че засяга главно хора в активна възраст, води до тяхната нетрудоспособност в различна степен, както и до инвалидизация за цял живот, с което възпрепятства тяхната трудова реализация и социална вградимост.

Рехабилитацията е съществена част от цялостното лечение на болните от мултиплена склероза. Има значение както за възстановяване след пристъп, така и за поддържане на нарушените двигателни функции и предотвратяване на инвалидизацията. Рехабилитацията трябва да започне най-рано след първоначалният пристъп и диагностицирането на МС. Подходът, краткосрочните и дългосрочни цели за рехабилитация са строго индивидуални за всеки и зависят от множество фактори свързани със заболяването и личните особености на пациента.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите с множествена склероза включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в рехабилитационен екип (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, невролог, кардиолог, ендокринолог, офталмолог, уролог, гинеколог, сексолог, рехабилитатор). Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация. Препоръчително е усвояване на кинезитерапевтичния комплекс (от активни двигателни упражнения, дихателна гимнастика, аналитична гимнастика, упражнения за равновесие и координация, упражнения за стабилизиране на походката и т.н.) и продължаване на кинезитерапията в домашни условия (по възможност под контрол в огледало или от близък човек).

За да бъде ефективна рехабилитацията е необходимо да е насочена към възстановяване на всички засегнати фукции при пациентите с множествена склероза. МС е заболяване, при което най-добър ефект се постига, когато се работи със съдействието на семейството и при пълна яснота за затрудненията, които болният среща в домашната, професионалната среда и в обществото.

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

КЪМ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И НАЦИОНАЛНИЯ ОСИГУРИТЕЛЕН ИСТИТУТ

1. Увеличаване на броят на хоспитализациите на пациентите с диагноза множествена склероза по КП 237 и програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ съобразно нуждите на пациентите с множествена склероза.
2. Създаване на възможност на пациентите да провеждат рехабилитация в амбулатарони условия без необходимост от направление №3 от ОПЛ.
3. Подобряване на качеството на провеждане на рехабилитационните процедури.
4. Разширяване на обхвата на процедурите провеждани при рехабилитацията, за да се повлияят всички засегнати фукции при пациентите с множествена склероза. Включване на процедури за:
    - ✓ зрителна рехабилитация и професионално обучение за използване на остатъчения зрителен капацитет;
    - ✓ повлияване на нарушенията в настроението, депресията и тревожността, намаляване на стреса и повишаване на целеустремеността за справяне с дефицитите;
    - ✓ повлияване на проблемите с говора (дизартрия) и преглъщането (дисфагия);
    - ✓ възстановяване на тазово-резервоарните и сексуални смущения;

КЪМ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И МС ОБЩЕСТВО БЪЛГАРИЯ

1. Съвместно разработване на „Национална програма“ за комплексна рехабилитация на пациентите с множествена склероза финансирана от държавата.
2. Създаване на специализирани центрове за рехабилитация на хора с редки заболявания, разположени в близост до университетските

болници в страната с осигурено адекватно финансиране от страна на МЗ и/или от НЗОК.

3. Разработването на политики базирани на добрите европейски практики в тази област за осигуряване на равенство на достъпа до рехабилитация за пациентите с множествена склероза.

КЪМ МС ОБЩЕСТВО БЪЛГАРИЯ

1. Организиране на кампании за повишаване информираността на пациентите с множествена склероза относно възможностите за рехабилитация.
2. Провеждане на периодични анонимни анкети сред пациентите с множествена склероза относно проучване на потребностите им от рехабилитация.

ПРИНОСИ

Настоящият дисертационен труд има научно-приложени приноси в следните няколко направления:

1. Направено е сравнително проучване на качеството на живот при пациенти с множествена склероза преди и след прилагането на рехабилитационни процедури.
2. Представено е влиянието на заболяването множествена склероза върху дейностите, извършвани в рамките на обичаен ден, физическата издръжливост, емоционалното състояние и социалните контакти на пациентите.
3. Проучено е физическото /общо физическо състояние, безпокойство от наличие на инвалидност, степен на умора, ограничения, дължащи се на затруднения при физическа дейност и болка/ и психическото /емоционално състояние, познавателни способности/ състояние на пациентите с множествена склероза и промяната му след прилагането на рехабилитационни процедури.
4. Препоръчва се разработване на:
   - ✓ „Национална програма“ за комплексна рехабилитация на пациентите с множествена склероза финансирана от държавата;
   - ✓ Политики базирани на добрите европейски практики в тази област за осигуряване на равенство на достъпа до рехабилитация за пациентите с множествена склероза.

СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Димитров,Т., А.Трайковска. Медико-социални проблеми при множествена склероза. XXXI-ва научно-технологична сесия ИНГА, С., 2013, с.126-128
2. Димитров Т., А.Трайковска. Детерминанти за качеството на живот при пациенти с множествена склероза. XXXII-ра научно-технологична сесия ИНГА,С.,2013,с.141-143
3. Димитров Т., А.Трайковска. Психопедагогически подходи в лечението на пациенти с неврологични заболявания. XXXIII-та научно-технологична сесия ИНГА,С.,2014,с.116-120
4. Dimitrov T., R. Zlatanova-Velikova, P. Dobrilova, S. Velikov, MULTIPLE SCLEROSIS AND QUALITY OF LIFE, Archives of the Balkan Medical Union, 2015, vol. 50, no. 4, pp. 533-537