

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

„Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“

---

Любомир Маринов

**МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ**  
**ПРИ ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА**  
**ХИПЕРТОНИЯ**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**  
**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН**  
**“ДОКТОР”**

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

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

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

**НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ**

Доц. Александрина Воденичарова, дм

Проф. Павлинка Добрилова, дм

**РЕЦЕНЗЕНТИ**

Проф. Галина Чанева, дм

Проф. д-р Кънчо Чамов, дм

2021

гр. София

## СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	7
1. Исторически данни за артериалната хипертония .....	8
2. Епидемиология на артериалната хипертония .....	11
3. Рискови фактори.....	16
4. Съвременни модели за превенция при артериална хипертония .....	27
5. Стандартизиране на здравните грижи при артериална хипертония .....	31
6. Превантивни здравни грижи при артериална хипертония .....	37
7. Мениджмънт на рисковите фактори .....	44
Повишаване на физическа активност .....	44
Намаляване на телесното тегло .....	46
Промени в хранителния режим .....	47
Понижена консумация на сол .....	48
Ограничен прием на алкохол .....	59
8. Акценти .....	52
ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО .....	53
1. ЦЕЛ .....	53
2. ЗАДАЧИ .....	53
3. РАБОТНА ХИПОТЕЗА .....	54
4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО .....	54
Обект .....	54
Предмет .....	55
Технически единици .....	55
Логически единици .....	56
Време и място на наблюдението .....	56
Документи на проучване .....	57
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ .....	59
1. Анализ на демографските показатели, социалния и здравния статус .....	59
2. Анализ на поведенческите рискови фактори за АХ и влиянието им за възникване на усложнения .....	67
3. Проучване на информираността на лица с артериална хипертония относно заболяването и неговата социална значимост .....	76
4. Анализ на индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония към собственото заболяване .....	81
5. Проучване и анализ на удовлетвореността пациентите от проведените профилактични, лечебни и социални мероприятия .....	87
6. Анализ на квалификацията на медицинската сестра и възможностите за участие в превенцията на заболяването .....	93
7. Анализ на основните дейности на медицинската сестра при пациенти с артериална хипертония .....	100
9. Подходи за подобряване на дейността на медицинската сестра .....	110
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ.....	112
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	114
ИЗВОДИ .....	120
ПРЕПОРЪКИ .....	118
ПРИНОС .....	119
БИБЛИОГРАФИЯ .....	121
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 – 6 .....	137

## **СЪКРЪЩЕНИЯ**

ACC - Американски колеж по кардиология

ACEI - инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим

AHA - Американска сърдечна асоциация

ARB - ангиотензин рецепторни блокери

ASH - Американска асоциация по хипертония

DASH - Dietary Approach to Stop Hypertension

ESH - Европейска лига по хипертония

ISH - Международно дружество по хипертония

PATHS - Prevention and Treatment of Hypertension Study

WHL - Световна лига по хипертония

АН – артериално налягане

АХ - артериалната хипертония

БЛХ - Българска лига по хипертония

ВВ - бета-блокери

ЕС – Европейски съюз

ИТМ - индекс на телесната маса

МЗ – Министерство на здравеопазването

НСИ – Национален статистически институт

НЦООЗ - Националният център по обществено здраве и анализи

СЗО - Световна здравна организация

ССВ - блокери на калциевите канали

ХНБ – хронични неинфекциозни болести

## ВЪВЕДЕНИЕ

Артериалната хипертония (АХ) е хронично заболяване с особена социална значимост, която се детерминира от значителната ѝ честота сред популацията, увреждането на таргетните органи, естествена еволюция до хронична сърдечна недостатъчност, ранна инвалидизация, влошаване качеството на живот и свързаните с тях финансови разходи и преждевременна смърт. Артериалната хипертония е най-честото сърдечно-съдово заболяване и най-значимият рисков фактор за други сърдечни и несърдечни усложнения. В световен мащаб глобалната популация, засегната от артериална хипертония, е 22 % [155] . България е с честота на хипертонията около 55% при средна за Европа 30-45% [71].

СЗО алармира, че артериалната хипертония е водещият, глобален риск за смъртност, отговорен за 9.4 милиона отнети човешки живота през 2013 г.

Въпреки наличието на множество ефективни медикаменти и подходи, диагностицирането и лечението на АХ остават незадоволителни. Причините за незадоволителния контрол са комплексни и мултифакторни и зависят както от здравните специалисти и пациентите, така и от хетерогенната природа на болестта.

По данни на Националната лига по хипертония в България АХ засяга 42.8% от мъжете и 39.7% от жените в активна възраст (между 24 и 65 години), всеки трети хипертоник във възрастта 35-44 години не знае за заболяването си, около половината от тези, които знаят не се лекуват, а сред приемащите антихипертензивна терапия контролът е незадоволителен. Проведени напречносрезови проучвания показват сравнително нисък процент на контролираните хипертоници у нас - 35-40% [71]. Основна цел на антихипертензивната терапия е оптималният

контрол на артериалното налягане и последващата протекция на таргетните органи. Това подобрява прогнозата в резултат на усложненията от болестта.

Профилактиката на сърдечно-съдовите заболявания, в това число и артериалната хипертония, се основава на концепцията за сърдечносъдовия риск, която е формулирана през 50-те години на миналия век от първото голямо кохортно проучване в САЩ – Франингамското [122]. Профилактичната стратегия има за цел да редуцира риска от сърдечносъдови инциденти за отделния индивид, но също така и да понижи сърдечносъдовия риск на цялата популация. Един от най-важните приоритети на всяка превантивна програма е изграждането на стратегия за ефективен мениджмънт на здравните грижи насочени към конкретното заболяване.

Изнесените тревожни данни са мотива за провеждането на настоящето проучване. Проучването на рисковите фактори на АХ и здравната култура на пациентите биха дали възможност за изграждането на по-ефективна стратегия за интервенция и мениджмънт на заболяването и неговите усложнения.

Комплексният подход към всички съпътстващи артериалната хипертония рискови фактори е от изключителна важност за превенцията и промоцията на здравето не само на болните с хипертония, а и на цялата популация.

## ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### 1. Исторически данни за артериалната хипертония

Най-ранните исторически сведения за хипертонията като заболяване са открити в средновековни персийски медицински текстове от *Ал-Ахауейни* (неизв. - 983 г.) в главата "болест на пълнотата", симптомите, които са описани там са много сходни със симптомите на пациенти с хипертонична криза [144]. По късно Авицена (Ибн Сина) (980 – 1037) в своя шедьовър „Канонът на медицината” описва повечето от клиничните характеристики, причините и усложненията на хипертонията. Той подробно описва симптомите като главоболие, тежест в главата, бавни движения, зачервяване на кожата, видими раздути и напрегнати вени, пълнота на пулса, слабо зрение, нарушение на мисленето, прозяване и сънливост. Освен това Авицена описва кръвоизлив и внезапна смърт като усложнения на хипертонията [104].

Съвременното схващане за сърдечно-съдовата система започва с труда на лекаря Уилям Харви (1578–1657). В книгата си „За движението на сърцето и кръвта“ („De otu ordiс“) той описва кръвообращението. През 1733 г. английският свещеник Стивън Хейлс прави първата публикация съдържаща измерване на кръвно налягане [121]. Описания на хипертонията като заболяване правят Томас Йънг през 1808 г. и Ричард Брайт през 1836г [105]. В края на деветнадесети век Фредерик Акбар Махомед (1849-1884 г.), ирландско-индийски лекар, работещ в гимназията на Ги в Лондон, прави първото описание на състояние с повишено кръвно налягане без наличието на бъбречно заболяване, известно по-късно като "есенциална хипертония" [129].

Хипертонията започва да се разглежда като обект на клиничната практика едва с изобретяването на маншетния сфигмоманометър от Сципионе Рива-Рочи. През 1896 г. той публикува своята работа,

описваща новия сфигмоманометър в "Gazzetta Medica di Torino". Рива Рочи измерва систолното кръвно налягане, като наблюдава налягането на маншета, при което радиалният пулс вече не е осезаем. През 1905 г. Николай Коротков подобрява техниката, като описва тоновете, които се чуват със стетоскоп при разпускане на маншета на сфигмоманометъра и аускултация на брахиалната артерията. По късно тези тонове носят неговото име, тоновете на Коротков [121] .

В миналото лечението на състоянието, определяно като „болест на усиления пулс“ се е състояло в намаляване на количеството на кръвта чрез кръвопускане или прилагане на пиявици. Авъл Целз, Гален и Хипократ препоръчвали кръвопускане. През 19-ти и 20-ти век, преди появата на ефикасно фармакологично лечение за хипертония, се прилагат три вида лечение, всяко от които с множество странични ефекти. Тези лечения включвали стриктно ограничаване на солта (например спазване на оризова диета), симпатектомия и лечение с пирогени. Първият химически препарат за лечение на хипертония е натриев тиоцианат, използван през 1900 г., но се оказва с много странични ефекти и остава непопулярен [121] . След Втората световна война са разработени няколко други лекарствени средства. Най-популярните и сравнително ефективни по това време са *тетраметиламониев хлорид* и неговите производни *хексаметоний*, *хидралазин* и *резерпин*, извлечени от растението *Rauwolfia serpentina* наричан още индийски змийски корен.

От голямо значение за терапията на хипертонията е откриването на първите добре поносими перорални средства. *Хлоротиазид* е първият *тиазиден* диуретик, разработен на базата на *сулфаниламид* и официално станал достъпен за лечение през 1958 г [132] . Той повишава отделянето на солта, като същевременно предотвратява задържането на течности в

организма. През 1975 г. на екипа, разработил хлоротиазид, е присъдена наградата Ласкер за специален принос в здравеопазването [103] .

Интересно е да се отбележи, че не винаги артериалната хипертония е възприемана като заболяване. В началото на 20 век сред медицинската научна общност е приета тезата, че повишеното кръвно налягане е необходим компенсаторен механизъм на организма и не е необходимо неговото коригиране. Това е видно от мнението на двама водещи американски кардиолози от това време.

*Най-голямата опасност за човек с високо кръвно налягане се крие в неговото откритие, защото тогава някой глупак със сигурност ще се опита да го намали. - Джей Хей, (JH Hay) 1931 г.*

*Хипертонията може да бъде важен компенсаторен механизъм, който не бива да се смесва, дори да е сигурно, че можем да го контролираме. – Пол Дъдли Уайт (Paul Dudley White), 1937г.*

В края на 40-те години на миналия век д-р Чарлз Фридбърг пише в своя учебник " *Болести на сърцето* "

При пациенти с лека доброкачествена хипертония - [дефинирано като] кръвно налягане <200 / <100 mm Hg, няма данни за употреба на хипотензивни лекарства. Провежда се продължително наблюдение и е показано консервативно лечение, състоящо се в успокоение, леки седативи и намаляване на теглото [108] .

В учебника *Кардиология* Бътърфурт, Лондон 1948 г. Д-р Уилям Евънс (Dr William Evans) отбелязва:

Кръвното налягане се счита за повишено, когато систолното налягане е 180 или повече и / или диастолното налягане е 110 или повече, при три последователни прегледа и при наличие на клинични, радиологични и кардиографски данни за сърдечно-съдова хипертрофия [107] .

През 1957 г. Ървин Хайнли Пейдж (Irvine Heinly Page) водещ американски физиолог, посветил се в проучвания на хипертонията, публикува "мозъчната си теория за хипертонията", лансирайки идеята, че механизмите, стоящи в основата на повишеното артериално налягане, са многобройни, включващи няколко регулаторни системи: сърдечно съдова система, бъбреци, черен дроб, ендокринна и нервна системи. Теорията на страницата все още е интересна, тъй като може да помогне да се обясни защо отделните пациенти реагират добре на някои антихипертензивни терапии, а не на други.

В началото на 60-те години ставаме свидетели и на следващата значима стъпка във фармакологичните открития за управление на хипертонията. Пропранололът е първият  $\beta$ -блоккер, въведен в клиничната практика, последвано от агенти с повишена кардиоселективност. Механизмът, чрез който  $\beta$ -блоккерите намаляват повишено артериално налягане, продължава да бъде обсъждан. Тези средства намаляват сърдечната честота, сърдечния дебит и нивата на ренин, но също така оказват влияние върху настройката на барорецепторите и директно действие върху централната нервна система [116].

Дебатите между клиницистите относно ползите от антихипертензивната терапия продължават през 60-те и 70-те години. В този период в световен мащаб са проведени множество проучвания, които доказват тезата, че антихипертензивната терапия намалява честотата на инсулт, конгестивна сърдечна недостатъчност и увреждане на бъбреците при пациенти с артериална хипертония. Епидемиологичните проучвания проведени в този период ситуират хипертонията като световен проблем.

През 1964 г. се създава Международното дружество по хипертония (ISH) като международна организация за популяризиране изследване и катализиране на обмена на информация за научните изследвания [157].

Неговите конгреси значително подтикват обмена на информация за научните изследвания.

Концепцията за контрол на хипертонията в популациите, излъчена от Световната здравна организация (СЗО) и Националната програма за обучение при високо кръвно налягане в Съединените щати, попада на плодородна основа през 70-те години. В редица европейски страни (Италия, Германия, Белгия, Португалия, Гърция) се основават Национални лиги по хипертония, в много от тях освен медицинските специалисти членуват и общественици, а целите им са различни от тези на научните общества.

През 1984 г. се основава Световната лига по хипертония (WHL), създадена като организация с нестопанска цел през 1984 г. Основната цел е да се предотврати и контролира хипертонията в популациите по целия свят. Основният мандат на Световната лига по хипертония (WHL) е да подпомага превенцията и контрола на хипертонията в популациите по целия свят [161]. WHL е в официални отношения със Световната здравна организация и Международното дружество по хипертония и нейните членове са лиги, общества, национални и регионални органи, които имат за цел предотвратяването и контрола на хипертонията. Няколко години по късно, през 1989 г. е регистрирана и Европейската лига по хипертония (ESH) [159].

България не изостава от световните тенденции. През 1992 г. се основава Българската лига по хипертония (БЛХ) от акад. Чудомир Начев с негови сътрудници от Клиника по кардиология към КПВБ „Проф. Ст. Киркович“, МУ-София и съмишленици, хабилитирани лица, работещи по проблемите на артериалната хипертония (АХ) в различни дисциплини – клинични и фундаментални. Под ръководството на акад. Начев АХ става емблематична тема и прави съпричастни много големи имена от България и Европа, които участват в плеадата симпозиуми,

представени на широка аудитория, както и в значими научни разработки. Българската лига по хипертония е редовен, асоцииран член на Международното дружество по хипертония (ISH) и е член на Световната лига по хипертония (WHL) [160] .

## **2. Епидемиология на артериалната хипертония**

Артериалната хипертония е заболяване не само на сърцето, а и на целия организъм. Това е една от най-разпространените и същевременно най-коварни болести поради множеството неблагоприятни последици до които води. Тя е едновременно самостоятелна нозологична единица и същевременно главен рисков фактор за развитие на инсулт, инфаркт, сърдечна недостатъчност, хронична бъбречна недостатъчност, периферна артериална болест. Дори умереното повишаване на АН се свързва със скъсяване продължителността на живота. Артериалната хипертония е водещият глобален риск за смъртност, отговорен за 9.4 милиона отнети човешки живота през 2010 г. [153]. Повишеното кръвно налягане е причина за нефаталните и фатални мозъчни инсулти, сърдечни инфаркти, за сърдечна недостатъчност и внезапна сърдечна смърт, като 50% от инцидентите са при лица на възраст от 45 до 69 години. Всеки 3-ти в света е с високо кръвно налягане, а ефективно лекуван е само един от трима. България е с честота на хипертонията около 55% при средна за Европа 30-45%. Смъртността от мозъчен инсулт се приема за един от най-достоверните показатели за честотата, а и за контрола на артериалната хипертония [71] .

Световната здравна организация идентифицира хипертонията като водеща причина за сърдечно-съдовата смъртност [115] . Артериалната хипертония (АХ) се счита за „съвременна епидемия“, тъй като се

установява при 4 от 10 възрастни над 25-годишна възраст и се определя като глобален рисков фактор за смърт и нетрудоспособност.

В световен мащаб сърдечно-съдовите заболявания причиняват приблизително 17 милиона смъртни случая годишно, почти една трета от общия. От тях 9,4 милиона смъртни случая са усложненията на хипертонията. Хипертонията е отговорна за поне 45% от смъртните случаи, дължащи се на сърдечно заболяване и 51% от смъртните случаи в резултат на инсулт [153].

През 2008 г. 40% от населението на възраст над 25 години са диагностицирани с хипертония. Броят на хората с това заболяване се е увеличил от 600 милиона през 1980 г. на 1 милиард през 2008 г. [7]. Преобладаването на хипертония е най-високо в Африканския регион с 46%, докато най-ниското разпространение при 35% се наблюдава в Северна и Южна Америка. Като цяло държавите с високи доходи имат по-ниско разпространение на хипертония - 35% - в сравнение с други групи над 40% [155].

Популациите по света бързо застаряват, а разпространението на хипертонията се увеличава с възрастта. В известен смисъл АХ би могла да се разгледа като функция на възрастта. Според проучването NHANES III 54% от хипертониците с изолирана систолна хипертония са на 50-59 год., а над 60-годишна възраст процентът нараства на 87%. Честотата на АХ варира много в различните части на света – от 17% при мъжете и 14.5% сред жените, и нараства с всяка следваща декада от 14.4% сред мъжете и 6.25% при жените на възраст 20-29 год. до 71.2% и 80.3% съответно при лицата над 70 год. [155].

Близо 80% от смъртните случаи, дължащи се на сърдечно-съдови заболявания, се срещат в страните с ниски и средни доходи. Това са страните, които най-малко могат да си позволят социалните и икономически последици от лошото здраве. Степента на смъртност по

текущи възрастови групи в страните с ниски доходи е по-висока от тази на развитите страни [155].

В последните десетина години научната литература предостави на академичната общност многобройни и разнообразни данни от широко мащабни епидемиологични проучвания, което определя и изборът на приоритетната тематика с научни доказателства, оценка на заболяванията с най-висока социална значимост, приоритетни групи от населението за насочено интервенционно въздействие и категоризация на здравните интервенции и технологии, съобразно тяхната ефективност при реализацията им [19].

Според доклада на СЗО от 2013 година нарастващото разпространение на хипертония се дължи на ръста на населението, стареенето и поведенческите рискови фактори, като нездравословна диета, вредно използване на алкохол, липса на физическа активност, наднормено тегло и излагане на постоянен стрес. Неблагоприятните последици за здравето на хипертонията се усложняват, тъй като много засегнати хора имат и други здравни рискови фактори, които увеличават вероятността от сърдечен удар, инсулт и бъбречна недостатъчност. Тези рискови фактори включват употребата на тютюн, затлъстяване, висок холестерол и захарен диабет. Употребата на тютюн увеличава риска от усложнения сред тези с хипертония. През 2008 г. 1 милиард души са пушачи, а разпространението на затлъстяването в световен мащаб почти се е удвоило от 1980 г. насам. Глобалното разпространение на високия холестерол е 39%, а разпространението на диабета е 10% при възрастните над 25 години. Използването на тютюн, нездравословна диета, вредно използване на алкохол и физическо бездействие са също основните рискови фактори на поведението при всички основни незаразни заболявания, т.е. сърдечно-съдови заболявания, диабет, хронични респираторни заболявания и рак [155].

Световната лига по хипертония и Международното дружество по хипертония в свое общо становище от 2014 г. Акцентират върху сериозността на проблема с АХ и призовават за спешни мерки.

Повишеното кръвно налягане е причината за 9,4 милиона смъртни случая и 162 милиона години живот, загубени през 2010 г., и причината за:

- 50% от сърдечните заболявания, инсулт и сърдечна недостатъчност.

- 13% от смъртните случаи като цяло и над 40% от смъртните случаи при хора с диабет.

- Хипертонията е водещ риск за смърт на фетуса и майката при бременност, деменция и бъбречна недостатъчност .

Хипертонията е епидемия за общественото здраве

- Приблизително 4 на 10 възрастни над 25-годишна възраст са с хипертония, а в много други 1 на 5 пациента имат хипертония.

- Приблизително 9/10 възрастни, живеещи на 80 години, ще развият хипертония.

- Половината от заболяването, свързано с артериалното налягане, се проявява при хора с по-високи нива на кръвното налягане, дори в рамките на нормалния диапазон.

Хипертонията сега оказва несъразмерно въздействие върху страните с ниски и средни доходи :

- Две трети от тези с хипертония са в икономически развиващите се страни.

- Сърдечни заболявания и инсулт се наблюдават при по-младите хора в икономически развиващите се страни [155] .

По данни на Българската лига по хипертония (БЛХ) България е с честота на хипертонията около 55% при средна за Европа 30-45%. У нас

хипертониците са около 2 милиона, като адекватно лекувани, с постигнат контрол в последните години, са около 37%.

В структурата на заболяемостта и смъртността на национално ниво АХ заема едно от челните места. В публикувания годишен отчет на НСИ Здравеопазване 2016, водеща причина за умираанията през 2015 г. остават болестите на органите на кръвообращението, чийто интензитет е 1 003.5 на сто хиляди души от населението, а относителният им дял е 65.4%. Сред тях най-голяма е честотата на умираанията от мозъчносъдови болести и исхемична болест на сърцето. В структурата на хоспитализираните случаи по класове болести водещо място заемат също болестите на органите на кръвообращението. Най-честата причина за призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане са болестите на органите на кръвообращението - 35.0%, следвани новообразуванията и т.н.[54].

В доклад на Работна група към МЗ от 2015 г. е публикувана информация за общия брой на установените болни български граждани от артериална хипертония по години: 2012 г. – 1 719 334; 2013 г. – 1 766 828 и 2014 г. – 1 813 426. Както се вижда от изнесените данните имаме ясно очертана тенденция към увеличаване на броя на заболелите.

### **3. Рискови фактори**

Комплексният подход към всички съпътстващи артериалната хипертония рискови фактори е от изключителна важност за превенцията и промоцията на здравето. Системното провеждане на социално-образователни програми запознаващи обществеността със същността на рисковите за здравето фактори и техния своевременно контрол и ограничаване.

**Факторите на здравето** са тези условия, които въздействат върху организма и неговото здраве зависи непосредствено от тях. Някои от тях

са позитивни по отношение на здравето, т.е. оказват положително влияние за неговото опазване и укрепване: благоприятна околна среда, психически комфорт, рационално хранене и др. Друга група фактори са негативни по отношение на здравето, т.е. предизвикват болест и се характеризират с това, че имат неблагоприятни здравни последици, съдействат за появата на тежки болести с висока смъртност, но могат да бъдат коригирани.

Здравето се влияе от 5 домейна –генетични условия, социални условия, екологични фактори, поведенчески нагласи и здравни грижи. От всички тях поведението, свързано със здравето, е от най-голямо значение, тъй като отговаря за 40% от преждевременната смъртност и може в значителна степен да се променя.

Опасният ефект от поведенчески и диетични рискови фактори са доказани при проспективни кохортни проучвания и рандомизирани опити. Четири поведенчески рискови фактора -тютюнопушене, употреба на алкохол, лоша диета и липса на физическа активност се асоциират с четири клъстърна заболявания - кардиоваскуларни, рак, белодробни болести и диабет [70] .

Според ESH и ESC социалните детерминанти на здравето, като доходи, образование, жилище имат неблагоприятно въздействие върху поведенческите рисковите фактори и по този начин оказват влияние върху развитието на хипертония. Безработицата или страхът от безработица могат да повишат нивата на стрес, които от своя страна влияят върху високото кръвно налягане. Условията на живот и труд могат също така да забавят своевременното откриване и лечение поради липса на достъп до диагностика и лечение и също могат да възпрепятстват предотвратяването на усложнения. Бързата непланирана урбанизация може косвено да увеличи заболеваемостта от хипертония в резултат на нездравословна околна среда, промени в навиците на

хранене, заседнал начин на живот, употреба на тютюн и алкохол. И не на последно място , рискът от хипертония се увеличава с възрастта поради промените на кръвоносните съдове, въпреки че тези промени могат да бъдат забавени чрез здравословен начин на живот, включително здравословно хранене и намаляване на приема на сол в храната [127] .

От гледна точка на възможност за интервенция и мениджмънт рисковите фактори на АХ те могат да се групират в две категории.

Неуправляеми, фамилно и генетично обусловени : възраст, пол, раса, наследственост и генетично предразположение.

Управляеми рискови фактори , свързани с начина на живот и вредни фактори на средата : наднормено тегло, повишена консумация на готварска сол, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, ниска физическа активност, заседнал начин на живот, психоемоционално напрежение и стрес

Солта е главният фактор за повишаване на кръвното налягане. Почти 50% от хората, които имат хипертония, са чувствителни към солта. Консумацията на твърде много натрий рязко повишава кръвното налягане и ги поставя в риск за усложнения [111] .

Още в началото на 20 век е установена връзката между артериалната хипертония и натриевия хлорид – най-честата форма на сол в храната. Доказано е, че ограничаването на солта при пациенти с тежка хипертония и бъбречна недостатъчност намалява тяхното кръвно налягане и подобрява функцията на бъбреците.

Съществуват доказателства за причинно-следствена връзка между приема на сол и артериалното налягане , прекомерната консумация на сол може да допринесе за резистентна хипертония. Механизмите, свързващи приема на сол и повишаването на кръвно налягане, включват повишаване на извънклетъчния обем, но също и периферното съдово

съпротивление, дължащо се отчасти на симпатиковото активиране. Обичайният прием на сол в България както и в много страни е между 9 и 12 g / ден при норма от 3 до 5 g / ден. Намаляването до около 5 g / ден има скромнен (1-2 mmHg) понижаващ ефект на систоличните стойности при нормотензивни индивиди и малко по-изразен ефект (4-5 mmHg) при хипертензивни индивиди. Ефектът от ограничаването натрий е по-голям при възрастни хора и при хора с диабет, метаболитен синдром или хронично бъбречно заболяване, а ограничаването на солта може да намали броя и дозите на антихипертензивните лекарства [111, 127] .

Тютюнопушенето е една от доказаните, водещи предотвратими причини за болестност и смъртност. По данни на СЗО всяка година, над 5.6 милиона души в целия свят умират преждевременно от заболявания, свързани с тютюнопушенето. Над 5 милиона от тях са настоящи и бивши пушачи и над 600 000 са непушачи, изложени на пасивно тютюнопушене. До 2030 г. смъртността се очаква да достигне до 8 милиона годишно. Ако подобни тенденции се запазят, през 21 век тютюнопушенето ще е причина за смърт на около 1 милиард души. Смята се, че повече от 80% от тези смъртни случаи ще са в страните с ниски и средни доходи. В Европа тютюнопушенето формира 12.2% от глобалното бремене на болестите (3-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи. Изчислено е, че приблизително 650 000 граждани на ЕС умират преждевременно всяка година заради употребата на тютюн, включително и непушачи [70] .

Висок е относителният дял на смъртните случаи при мъжете от болести на органите на кръвообращението, дължащи се на тютюнопушенето. Те се разпределят във възрастовите групи: 45-64 - 48% и 35-44 - 43%, т.е. почти всеки втори смъртен случай от болести на

органи на кръвообращението при мъжете се дължи на тютюнопушенето. При жените по отношение на приноса на тютюнопушенето в смъртността от болести на органи на кръвообращението, данните показват, че във възрастовите категории 35-44 г. тя е 9%, а 45-64 години – 10%, т.е. в сравнение с мъжете, делът на смъртните случаи, дължащи се на тютюнопушене при жените, е значително по-нисък [70] .

Тютюнопушенето е широко разпространено у нас. Ако през 1952 г. са пушили 13,7% от българските граждани, то през 2007 г. тютюнопушенето е разпространено сред 45,2 % българите. В последните години се очертава тенденция към ограничаване на тютюнопушенето – през 2008 г. са пушили 38,8%<sup>13</sup>, през 2011 г. – 36%<sup>14</sup>, а през 2012 г. като пушачи се самоопределят 34%<sup>15</sup> [17] . Голяма загриженост предизвиква тютюнопушенето при българските деца. От изследваните 13-15-годишни деца през 2008 г.<sup>16</sup> правилите опит да пушат са 58.8%, като 56.1% са момчета и 61.3% са момичета. Значително високо е равнището на тютюнопушене и сред 15-16-годишните български деца – 38,9% през 2011 г., от които 32,7% момчета и тревожно високо равнище за момчетата - 45,6%<sup>17</sup> [70] .

Тютюнопушенето причинява рязко повишаване на кръвното налягане и сърдечната честота, чрез стимулиране на симпатиковия дял на вегетативната нервна система и централната нервна система , като ефекта се наблюдава повече от 15 минути след пушенето на една цигара [112] . При проведени изследвания е установена паралелна промяна в плазмените катехоламини и кръвното налягане плюс увреждане на барорецепторите, причинени от тютюнопушенето [126] . Проучвания, базирани на амбулаторно наблюдение на кръвното налягане показват, че както нормотензивният, така и нелекуваният хипертензивен пушач имат

по-високи дневни стойности на артериалното налягане от непушачите.[128, 127]

Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите в развитите страни. По данни на СЗО, от 2 милиарда души по света, които консумират алкохолни напитки, 76.3 милиона души са с диагностицирано разстройство по причина на алкохола. В Европейския съюз вредната и рисковата консумация на алкохол е третият най-голям рисков фактор за влошено здраве, отговорен за 195 000 смъртни случая всяка година, наброяващи 12% от преждевременната смъртност при мъжете и 2% от преждевременната смъртност при жените. Резултатите от „Национално изследване на факторите на риска, свързани с начина на живот сред население на възраст 25-64 г.”<sup>19</sup> проведено от Националния център по обществено здраве и анализи (НЦООЗ), показва, че 23.2% от населението (39.5% от мъжете и 7.3% от жените) употребяват алкохол редовно [70] .

Връзката между консумацията на алкохол, нивата на кръвното налягане и разпространението на хипертония е линейна. Редовната употреба на алкохол повишава кръвното налягане при лекувани пациенти с хипертония.[136] Въпреки че умерената консумация не може да навреди, преминаването от умерено към прекомерно пиене се свързва с повишаване на кръвното налягане и с повишен риск от инсулт. В проучване проведено в края на миналия век (PATHS) се изследва ефекта от намаляване на алкохола върху кръвното налягане. Интервенционната група е имала понижение с 1.2 / 0.7 mmHg в сравнение с контролната група в края на 6-месечния период [135] . Хипертоничните мъже, които пият алкохол, трябва да бъдат посъветвани да ограничат консумацията си до не повече от 20-30 g, а хипертензивните жени да не повече от 10-20 g етанол на ден. Общото потребление на алкохол не трябва да надвишава 140g на седмица за мъжете и 80g на седмица за жените [127].

Наднорменото тегло е един от най-силните предиктори на артериалната хипертония. Хипертонията е около 6 пъти по-честа при лицата със затлъстяване в сравнение с тези с нормално тегло. Честотата на АХ нараства еднопосочно с нарастването на индекса на телесната маса ( $ИТМ = \text{теглото} / \text{кг} \text{ разделено на височината в м}^2$ ).

Хипертонията е тясно свързана с наднорменото тегло, и намаляването на теглото е последвано от понижение на артериалното налягане. При метаанализ средните намаления на систоличните и диастоличните стойности, свързани със средна загуба на тегло от 5,1 kg, са съответно 4,4 и 3,6 mmHg [127] .

Според Шипковенска наднормената телесна маса и затлъстяването се обуславят от редица фактори като: хранителни навици, двигателна активност, урбанизация, географски особености на даден район, възраст, пол, фамилна обремененост, стрес, тегло при раждане, индустриално развитие на дадена страна и др. [89] .

Затлъстяването се свързва с урбанизацията, с нездравословен начин на живот с прехранване, с намалена физическа активност и психосоциален стрес. Енергийният дисбаланс (хронично състояние на позитивен калориен баланс) води до натрупване на излишна мастна тъкан както подкожно, така и около жизнено важните органи - сърце, кръвоносни съдове, бъбреци. Патогенетичните механизми на хипертонията при затлъстяване са сложни- висцералната мастна тъкан не е просто инертно депо за складиране на излишни мазнини, а е мощен ендокринен орган, който отделя голямо количество медиатори, влияещи на централната нервна, симпатиковата и ренин-ангиотензиновата система. Активирането на тези системи в крайна сметка води до задръжка на соли вода, ендотелна дисфункция и съдов спазъм и в крайна

сметка до развитие на артериална хипертония- в много случаи резистентна и трудна за лечение.

Тясната връзка на някои сърдечносъдови заболявания със затлъстяването дефинира групата на „свързани със затлъстяването сърдечносъдови заболявания”. Това са артериалната хипертония, атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, предсърдното мъждене, мозъчният инсулт, периферните венозни заболявания. Затлъстяването е в основата и на синдрома на обструктивна сънна апнея, който води до повишена сърдечно-съдова заболеваемост и смъртност и е признат за причина за вторична артериална хипертония.

Ниската физическа активност е фактор на риска за здравето, имащ съществен принос за влошаването на популационния здравен статус на населението в нашата страна. Обездвижването е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. Тя формира 3.5% от глобалното бреме на болестите в Европейския регион на СЗО и е причина за 3.3-11.2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4.3% и 7.7% [143]. С недостатъчна физическа активност в света са над 60% от населението. Не практикуват никакъв спорт около 50% от европейците, като с най-висок дял е България (82%). [106] Ниската физическа активност, заедно с редица други фактори на риска, води до по-висока заболеваемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени и др. Комбинациите от ниска физическа активност, повишено артериално налягане, повишен холестерол, наднормена телесна маса или затлъстяване увеличават многократно риска за здравето на хората [70] .

По данни на Световната здравна организация<sup>39</sup>, хиподинамията обуславя:

- 10-15% от общата смъртност в Европейския регион (един милион смъртни случая годишно);
- 3.5% от бремето на болестите (9.7% при съчетание с нездравословно хранене);
- 8-10 години по-кратка продължителност на живота в добро здраве (по-ранна загуба на физическа годност/дееспособност);
- рязко нарастване на затлъстяването сред населението на Европа;
- с 38% по-дълъг болничен престой, с 5.5% повече посещения при общопрактикуващите лекари и 13% при специалистите;
- 910 млн. евро на 10 млн. души население годишни финансови загуби, следствие на заболявания, свързани със заседнал начин на живот.

При заседнал начин на живот рискът от развитие на хипертония се увеличава с 30% . Съществуват неоспорими доказателства, че негативният ефект на заседналият начин на живот по отношение на исхемичната болест на сърцето е сравним с ефекта на тютюнопушенето и почти толкова значим, колкото високите нива на серумния холестерол. Влиянието на обездвижването върху сърдечносъдовата система е значимо дори и при кратък срок на въздействие. Най-общо се изразява в промяна на автономните функции и намаляване на обема на кръвта. Пулсовата честота в покой започва да се повишава дори само след няколко дни пълно обездвижване. Последващият отговор при физическо натоварване се характеризира със значително повишена пулсова честота и с намален ударен обем, което от своя страна води до намалена кислородна консумация [158] .

Съвременният живот е свързан с динамични темпове на развитие, информационна натовареност и остри конфликтни ситуации. В тази среда честотата на емоционалните стресови състояния все повече нараства и обхваща всички възрастови групи. Способността на отделния

човек да се интегрира в обществото и да изгради социална мрежа и поддръжка е от огромна важност за неговото здраве. Психосоциалните фактори, като негативни житейски събития, чувство на изолация и маргинализация, липса на контрол върху събитията от живота , трудности в работа и оскъдно възнаграждение, могат да допринесат за влошаването на здравето. Едно от възможните обяснения за значимостта на социалната подкрепа за здравето е свързано с това, че хората, които са по-изолирани в сравнение с другите, страдат от по-високи равнища на стрес. Доказано е, че стресът влияе негативно върху работата на имунната система, а оттам и на здравето на целия организъм.

Стресът се определя като състояние на организма, което настъпва в резултат на необикновено продължително дразнение и изисква напрежение с оглед адаптация към дразнителя. Осъществяването на адаптивните механизми и съответният тонус се постига чрез отделянето на т.н. стресорни хормони. Тяхното действие е сведено най-вече до повлияване функциите на сърдечносъдовата система. В общи линии, стресът е концептуализиран като отговор на променените условия на околната среда, които надвишават ресурсите на организма за адаптиране към ситуацията. Интензивността и продължителността на експозицията се считат за важни детерминанти на риска, доказано е въздействието на острите стресори върху кръвното налягане, но продължаващото излагане на стрес може да бъде по-правдоподобно свързано с продължителното повишаване на артериалното налягане и честотата на хипертонията [139, 140] .

Ефектите от хроничния стрес е изследван в редица области, включително стресът, свързан с работата, стресът в отношенията, лошото социално-икономическо състояние и в по ново време, расовата дискриминация. Открива се връзка между кръвното налягане и стресовите фактори, но нивото на доказателства варира и остават много

въпроси по отношение на включените механизми, както и уязвимост и защитни фактори, които могат да бъдат важни при определянето на въздействието на хроничния стрес върху хипертонията. Като цяло има нарастваща емпирична подкрепа за хипотезата, че излагането на хроничен психосоциален стрес допринася за развитието на хипертония.

Установено е, че въздействието на стреса върху развитието на хипертония включва реакция на симпатиковата нервна система, при която отделянето на катехоламини води до повишаване на сърдечната честота, сърдечния дебит и артериалното налягане. Симпатиковите реакции към остро натоварване са добре проучени, но процесът, чрез който стресът допринася за постоянното покачване на артериалното налягане във времето, все още не е изяснен. Възможно е повторно активиране на тази система, невъзможност за възстановяване след стресовите събития, невъзможност за адаптация към повтарящи се стресови фактори от същия тип или пък комбинация от тези и други механизми, които в крайна сметка са отговорни за развитието на хипертония [130].

При изследването на механизмите на връзката на стреса със хипертонията изследователите са насочили вниманието си към физиологичните промени, които се появяват по време на експозицията на стресора. Хипотезата за сърдечносъдовата реактивност предлага лицата, които проявяват силни сърдечно-съдови реакции към остри стресори, да са изложени на по-голям риск от хипертония и сърдечно-съдови заболявания, отколкото тези, които показват по-малка реактивност. По-новите версии на хипотезата включват степента на експозиция на стрес и ролята на генетичната уязвимост [59]. Проспективните проучвания на нормотензивни и гранични хипертоници са показали, че сърдечносъдовата реактивност прогнозира развитието на стабилна хипертония до 36 години по-късно, като се използват различни

лабораторни стресови фактори и контролират традиционните рискови фактори [145] .

Последните изследвания показват, че възстановяването на кръвното налягане до нивото преди стресогенното преживяване може да има и роля в патогенезата на хипертонията. Проспективните проучвания показват, че невъзможността за възстановяване на кръвното налягане след психически стрес предполага бъдещи нива на артериалното налягане, по високи от нормалната реактивност [95] .

Стресът или неговият адаптивен процес води до патофизиологични последици в сърдечно-съдовата система, особено при високо кръвно налягане. Стресът и високото кръвно налягане са тясно свързани. В действителност стресът причинява преходно повишаване на артериалното налягане с психосоматичен произход, но също може да бъде причина за по-постоянно повишаване на кръвното налягане, когато е свързано с други рискови фактори (екологични, психологични или генетични).

Според екип френски специалисти източниците на стрес са много разнообразни, всяка една промяна може да генерира отговор от тялото. На сърдечно-съдовото ниво този отговор може да се прояви чрез преходно повишаване на кръвното налягане и да изчезне след отзвучаване на стреса. Въпреки това, в комбинация с екологични, психологически или генетични рискови фактори, стресът може да бъде причина за по-постоянна хипертония [117] .

Като цяло има нарастваща емпирична подкрепа за хипотезата, че излагането на хроничен психосоциален стрес допринася за развитието на хипертония [140] .

#### **4. Съвременни модели за превенция при артериална хипертония**

*Промоция на здравето* е нова област на стратегията за практически действия по отношение на здравето на човека и обществото. Тя свързва елементи от много сфери и научни дисциплини като, социология, социална психология, медицина, педагогика, икономика и политически науки. Промоцията на здравето е процес за създаване на възможности на хората чрез саморегулиращо се здравно поведение да подобрят собственото си здраве. Това е ясно обособена концепция, върху чиято основа през 80-те години на миналия век се утвърждава едноименната стратегия на СЗО [10,13,15,15]. В центъра на вниманието на съвременната здравна система е здравият човек чрез разработване и широко внедряване на превантивни и профилактични здравни програми по промоция на здравето.

Промоцията на здравето е качествено нов подход, нова парадигма и философия, нова стратегия за подобряване на общественото здраве. Тя се стреми да преодолее доминирането на тесните медицински проблеми и да ангажира широк спектър от личностни и социални фактори за стимулиране и укрепване на здравето, за да не се стига до необходимостта от лечение

Най-добрият предиктор на здравното поведение и дълготрайната успешна промяна в поведението често е “културата”, в която човек живее [96]. Здравните стратегии осигуряват подходящ начин за поддръжка и организиране на здравето в дома, болниците, хосписите и др. Те позволяват да се преодолее пропастта между предизвикателствата на съвременното и възможността за по-ефективно управление на здравето на човека

В основата на промоцията на здравето са залегнали следните основни принципи, разработени от СЗО през 1986 г.:

- Създаване на социална политика, приоритетно ориентирана към здравето.

- Засилване на участието на обществото, а не само внимание към приоритетни високорискови групи.

- Здравната промоция е насочена към въздействие преди всичко към здравните детерминанти.

- Фокусиране на вниманието към позитивното здраве.

- Здравната промоция обединява различни, но взаимно допълващи се методи и подходи (социални, икономически, културни, психологически, педагогически, етични, комуникационни, организационни и др.).

- Междусекторно сътрудничество на всички равнища – в дома, семейството, местоработата, общинската и държавната администрация, неправителствените организации и др.

- Здравната промоция е насочена към отговорност за здравето на всички равнища – на отделния индивид, на отделните групи и общности, както и на институциите, организациите и секторите в обществената култура.

- Здравните професионалисти, особено тези в първичната медицинска помощ, играят ключова роля в мениджмънта на здравна промоция, а като цяло тя е дейност на цялото общество

- Здравните професионалисти, особено тези в първичната медицинска помощ, играят ключова роля в мениджмънта на здравна промоция, а като цяло тя е дейност на цялото общество

Важна обща тенденция в развитието на концепцията и стратегията за промоция на здравето е поставеният акцент върху личната и колективната отговорност за здравето. Отговорността на медицинските служби за здравето трябва да бъде споделена и разпределена между отделните хора, социалните и професионалните групи,

администраторите, политиците и правителствата. Всичките трябва да бъдат партньори в съвместната дейност за формиране на здравословен стил на живот [14,16].

Промоцията въвежда активния подход към здравето и променя отношението на личността към него (личностен подход и социална отговорност), а профилактиката променя някои рискови за здравето фактори с цел недопускане на заболяване или предпазване от усложнения. Ефективната профилактика обхваща едновременно няколко основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на населението към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика и ранна диагностика на хроничните заболявания; прилагане на интердисциплинарни модели в дейностите по тяхната профилактика и др. Епидемиологията определя четири нива на профилактика, съответстващи на съответстващи на различни фази в развитието на заболяването:

**Преморбиална** - предпазва от развитие на рисковите фактори в обществото. Въведена е за първи път през 1978 год. от Т. Strasser и сътрудници, за да посочи дейности за предпазване от проникване на рисковите фактори в обществото. Това става с интервенции за спиране на появата на рискови фактори [142] .

**Първична** - предпазва от развитие на заболяване при налични нива на рискови фактори в отделните индивиди, които са асимптомни.

**Вторична** - насочена е към дейности, които да установят рано заболяването и по този начин се забавя прогресията на заболяването и развитието на симптоми на болестта. Обикновено се прави при вече развили се страдания и цели да се предпазят болните от нови инциденти.

**Третична** - намалява негативното въздействие на вече налично

заболяване чрез възстановяване на функцията и намаляване на свързаните с болестта усложнения. Обикновено се цели намаляване на степента на инвалидизация при болните.

В политиката за промоция на здравето и профилактика на болестите следва активно да бъдат въввлечени и други обществени сектори (образованието, социалната сфера и др., местните органи на власт, бизнесът, средствата за масова информация, неправителствените организации, населението). Само при такова взаимодействие би могло междусекторните политики, насочени към превенция и контрол на рисковите фактори, да дадат резултат. За да бъде успешна, политиката по промоцията на здравето и профилактиката на болестите следва да се прилага интегрирано от всички звена на здравната система.

От гледна точка на общественото здраве, профилактиката и контрола на хипертонията са икономически ефективни интервенции, особено при по-възрастни пациенти. Рисковите фактори за хипертония включват хранителни навици, като висок натриев или нискокалиев прием, висока консумация на алкохол, ниски нива на физическа активност и наднормено тегло. Промяната на тези навици оказват благоприятен ефект при повишено АН, а в други случаи предотвратяват възникването на хипертония. Нарастващите нива на хипертония и нейното разпространение не могат да бъдат пренебрегвани като "проблем на индивида". Неконтролираната хипертония е основна причина за инвалидност и преждевременна смърт в целия свят, със значително въздействие върху хората и здравните системи. Това води до нарастваща икономическа и висока обществена тежест. Тъй като хипертонията е проблем на обществото, решенията също трябва да бъдат обществени по своя характер [99] .

Според Световния доклад за здравето на Световната здравна организация през 2002 г., водещите причини за смъртността в световен

мащаб са исхемичната болест на сърцето и мозъчно-съдовият инсулт. Хипертонията и по конкретно неконтролираното артериално налягане е третия фактор отговорен за понижено качество на живот, инвалидност и смъртност [156] .

През 2005 г. по инициатива на Международното дружество по хипертония (ISH) за първи път се отбелязва Световният ден на хипертонията (WHD) , свързаните с него кампании имат за цел да обединят усилията на медицински специалисти, пациенти, граждани и институции за популяризиране на социалната значимост на заболяването, за важността на превенцията, контрола и лечението му. Всяка година на 17 май кампанията протича под различно мото, за да се повиши информираността на гражданите по различни въпроси, свързани с високото кръвно налягане.

През 2013 г.СЗО публикува Световен доклад за хипертонията [109], който определя хипертонията е глобален проблем за общественото здраве в началото на 21 век.

## **5. Стандартизиране на здравните грижи при артериална хипертония**

Причината за стандартизирането на здравните грижи се поражда от необходимостта от сравнимост на резултатите от различни проучвания, проведени в различни региони на света от различни научно-изследователски екипи. Поради прогресивното разрастване на проблема се увеличава и необходимостта от унифициране на критериите и подходите за оценка на качеството на здравните грижи, с цел повишаване на ефективността на профилактичния и лечебния процес [60] .

През 2013 г. СЗО публикува Световен доклад за хипертонията [156], който определя хипертонията като глобален проблем за общественото здраве в началото на 21 век. През същата година Европейската асоциация по хипертония (ESH) публикува своите нови насоки за поведение при болни с артериална хипертония. Ръководството е базирано на медицината на доказателствата и е прието много добре от европейската общност. То получава висока оценка поради новите практически насоки за поведение и улесняване на процеса по диагностика и лечение.

В края на 2013 г. след повече от 12 години Американската сърдечна асоциация (AHA), Американският колеж по кардиология (ACC) и Центърът за контрол на болестите и превенция (CDC) публикуваха своите нови насоки, известни като Осмия доклад за поведение при артериална хипертония (JNC 8). В същия времеви диапазон и Американската асоциация по хипертония (ASH) съвместно с Международната асоциация по хипертония (ISH) публикува своите актуални насоки за поведение при хипертония.

Логично е подходите за профилактика, диагностика и лечение на хипертонията в Европа и Америка да бъдат унифицирани, понеже всички ползваме едни и същи доказателства. В трите публикувани материала обаче се откриват значителни различия, които могат да повлияят на процесите на лечение [29] .

Новото ръководство модернизира предишните документи по проблемите на артериалната хипертония, базирани върху версиите на СЗО и Международното дружество по хипертония от 1999 година, както и оригиналното "Ръководство за лечение на артериалната хипертония" от 2003 година (най-често цитирания документ в кардиологичната литература ). В него се прави ретроспективен преглед на всички получени данни от изследванията, проведени след 2007 година, и на тази

база са осъществени промени, касаещи различни аспекти в подхода и лечението на заболяването.

В новите насоки за поведение при болни с артериална хипертония на Европейската асоциация по хипертония (ESH) е подчертана ролята на амбулаторното и общо на извън-лекарския кабинет мониториране на АН, тъй като тези стойности на АН показват по-тясна връзка с увреждането на прицелните органи и с неблагоприятните сърдечносъдови събития в сравнение с АН, измерено в медицинска среда.

Особено внимание се отделя на взаимовръзката между АН, рисковите фактори за ССЗ, асимптомните органни увреждания и клиничните усложнения за оценка на глобалния сърдечно-съдов риск. Особено важни в прогностичен план са асимптомните увреждания на сърцето (ЛКХ), съдовете (асимптомна атеросклероза), бъбреците (микроалбуминурия, бъбречна дисфункция), очите и мозъка. Сериозно внимание се обръща на затлъстяването, хипертонията при младите.

Потвърждава се също така прогностичното значение на нощните стойности на АН, на хипертонията, причинена от ефекта на „бялата престилка“ (изолирано високо АН в лекарския кабинет) и на маскираната АХ (високо амбулаторно или домашно АН с нормално или с високо нормално АН в лекарския кабинет). Специално внимание е отделено на лечението на АХ при болни в напреднала възраст, при тези над 80 години, както и при случаите със захарен диабет (ЗД).

Дефиницията и класификацията на офисното АН е както в предшестващите препоръки – оптимално, нормално, високо нормално, I<sup>ва</sup>, II<sup>-ра</sup>, III<sup>-та</sup> степен и изолирана систолна хипертония (Табл. 1).

**Таблица 1. Дефиниция на стойностите на амбулаторното артериално налягане (mmHg).**

Категории	Систолично		Диастолично
Оптимално	<120	и	<80
Нормално	120-129	и/или	80-84
Повишено нормално	130-139	и/или	85-89
I <sup>-ви</sup> стадий хипертония	140-159	и/или	90-99
II <sup>-ри</sup> стадий хипертония	160-179	и/или	100-109
III <sup>-ти</sup> стадий хипертония	≥180	и/или	≥110
Изолирана систолна хипертония	≥140	и	<90
Стадиите на хипертонията се определят според най-високите стойности на АН (САН и ДАН). Изолираната систолна АХ трябва да бъде класифицирана като I <sup>-ви</sup> , II <sup>-ри</sup> или III <sup>-ти</sup> стадий, според стойностите на систолното АН в посочения диапазон.			

Очевиден е по-либералният подход към таргетните стойности на АН. Избрана е единствена прицелна стойност за систолното артериално налягане при почти всички пациенти от под 140/90 mm Hg.

В контекста на въпроса за индивидуализиране на лечението е важно да се подчертаят детайлите, характеризиращи началото на медикаментозната терапия. Въвежда се моделът клас/ниво на достоверност за насочване към старт с антихипертензивни медикаменти, като се запазва ролята на метода от 2007 година в определянето нивото на СС риск при всеки един пациент. Също така не се предвижда медикаментозно лечение за пациенти с високо нормално артериално налягане.

Терапевтичната стратегия при всеки пациент трябва да се изгражда строго индивидуално, следвайки препоръките от документа. Подходящи за инициране и поддържане на антихипертензивно лечение са съществуващите пет основни класа антихипертензивни медикаменти: диуретици, бета-блокери (ВВ), блокери на калциевите

каналы (CCB), инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим (ACEi) и ангиотензин рецепторни блокери (ARB). Могат да бъдат използвани като монотерапия или комбинирана такава, като акцентът е все пак върху комбинираното лечение.

Промяната в стила на живот е част от терапията и трябва да започне веднага при установяване на АХ и да продължи до край. Препоръчителните промени в начина на живот с доказан хипотензивен ефект са: ограничаване на солта, намаляване на консумацията на алкохол, увеличаване консумацията на плодове и зеленчуци, диета с ниско съдържание на мазнини, намаляване на телесно тегло, редовна физическа активност. В допълнение отказване на цигарите, за да се намали риска от сърдечносъдови заболявания, както и поради факта, че пушенето е с остър пресорен ефект.

Въпреки безапелационните медицински данни за АХ като водещ РФ много от пациентите не са запознати с този факт, а други откровено пренебрегват необходимостта от лечение. Подчертава се също така, че подходът и лечението при пациенти с АХ силно варират между отделните европейски страни, както и че се наблюдава "инертно" поведение на някои от лекарите към проблема.

В ръководството се подчертава необходимостта от изграждането на адекватна система за грижи при пациентите с хипертония в общността. Потвърждава се, че за ефективното управление на заболяването, е необходим мултидисциплинарен подход. Това означава участието на различни доставчици на здравни грижи: общопрактикуващият лекар, който трябва да се грижи за по-голямата част от пациентите с хипертония; медицински специалисти от различни области, в зависимост от естеството на хипертонията и трудностите, породени от лечението; специално подготвени медицински сестри, които да проследяват пациента по време на цялото му лечение;

фармацевтите, които изпълняват предписанията на лекарите и често пряко се сблъскват с проблемите на пациентите и отговарят на техните въпроси. Приносът на медицинските сестри може да бъде особено важен за осъществяването на промени в начина на живот, за които е необходима дългосрочна грижа. Очевидно екипните стратегии предлагат по големи възможности за подобряване на антихипертензивното лечение в сравнение със стратегии, включващи само лекари.

Установена е необходимост от по-активно идентифициране и лечение на пациенти с АХ, както и подобряване на ефективността на терапията. Идентифицирани са три основни причини за ниското ниво на контрол на кръвното налягане в ежедневието: инертност на лекарите; неспазване на предписаното лечение и проблеми на системите на здравеопазване в отделните европейски страни в подходите им за управление на грижите при пациенти с АХ. Скептично отношение към препоръките за поведение при хипертония, поради големия им брой и многобройните източници (международни и национални научни общества, официални органи, болници на местно ниво, и т.н.), което понякога води до несъответствия в тях.

В заключение може да се обобщи, че за да се подобри контролът на АХ, е необходимо някои методи на въздействие да се променят. На първо място пациентът трябва да бъде информиран за състоянието и перспективата чрез индивидуален контакт, в групови занимания, масмедии. Лечението да се опростява, да се намалява броят на таблетките. Системата на здравеопазването трябва да оказва социална подкрепа, реимбурсиране, създаване възможности за телемониторинг на АН и др.

В коментар по повод създаването на новото ръководство *проф. Джузепе Манчия*, председател на ESH посочва, че "това е база за бъдещето в лечението и подхода към пациентите с артериалната

хипертония" и че "значението на артериалната хипертония като основен рисков фактор за смъртност трябва да се осъзнае от цялото общество".

Анализът на информацията, съдържаща се в Насоките за управление на артериалната хипертония за 2013 г. ESH / ESC и становищата на различни специализирани международни организации, асоциации и институти показва стремежа да бъдат внедрени най-съвременните научни доказателства в подходите за здравни грижи артериална хипертония.

Постоянното обновяване и обогатяване на подходите към това заболяване изисква системното им проучване, разясняване и разпространение не само сред медицинската общност, но и сред рисковите лица и пациентите, за постигане на по-висока степен на самоконтрол и ефективност в процесите на превенция и лечение чрез прилагане на подходящи качествени здравни грижи при лица с АХ.

## **6. Превантивни здравни грижи при артериална хипертония**

Здравните грижи намират своето място и при рисковите групи за развитие на хипертония, където главната роля се пада на обучението и повишаване информираността и на обществото и на екипите, изпълняващи медицинските грижи. Обучението на пациентите и рисковите групи изисква по-специфична подготовка и индивидуален подход в съответствие с появата и протичането на болестта и придружаващите я усложнения. В тази връзка са създадени различни програми с цел отделния индивид здрав или болен да придобие достатъчно познания и умения за самоконтрол на своето състояние, забавяйки процесите на болестта и запазвайки своето здраве. В тази връзка много подходящ обект са лицата с високо нормално кръвно налягане, с хипертония на „бялата престилка“, маскирана АХ и други рискови групи, което определено дава големи шансове за ефективност

на здравните грижи и селф-мениджмънт за постигане на превенция и забавяне на възникване на заболяването и появата на усложнения, чрез изработване на подходящи програми за обучение.

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на епидемията от ХНБ, в това число и артериалната хипертония, бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото. Най-ефективният път за постигане на тази цел е профилактиката (превенцията), в рамките на програми за общи координирани (интегрирани) подходи и действия за намаляване нивото на факторите на риска, ранна диагностика, лечение и рехабилитация на заболелите, и осигуряване на здравословна среда за живот. Интегрираният подход е интервенция, която е насочена към няколко рискови фактори. Той комбинира различни стратегии, включително развитие на политики, изграждане на капацитет, партньорство и информационна подкрепа на всички нива. Прилага комбинация на популационните и високо-рисковите стратегии, които свързват различни компоненти на здравните системи, като промоция на здравето, обществено здравни услуги, първична медицинска помощ и болнична помощ. Включва междусекторни действия, които прилагат здравните политики, включително координирани действия, насочени към основните детерминанти на здравето.

Концепцията за факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите, при водещ популационен подход за интервенция, но и с прилагане на високорисков подход. Популационният подход цели намаляване на нивото на рисковите фактори за всички лица, като създава благоприятна среда, позволяваща здравословен начин на живот посредством редица мерки като промяна в

законодателство, данъци, финансови стимули от правителството и др. Той има незначителен ефект за отделните лица, но значителен на популационно ниво, не изисква поведенчески промени, осъществява се сравнително бързо и е обоснован по отношение на разходите, т.е. води до “ползи за всички”. Високорисковият подход е насочен към откриване и лечение на лица във висок риск. Изисква поведенчески промени на индивидуално ниво, води до значителен ефект за отделните лица, но има малък ефект на ниво популация, т.е. води до “ползи за някои”. [70]

В съвременното общество броят на заболяванията все повече се увеличава, като по-голямата част от тях хронифицират и поради напредъка на медицинската наука все по рядко имат фатален край. Това предполага те да бъдат контролирани през целия живот на пациента. Съществуват данни, че поради непридържане към лечението, всяка година се губят огромни финансови ресурси. Освен финансови измерения, неспазването на терапията има и чисто медицински аспект – заболяванията прогресират и могат да достигнат до фатален изход. Това извежда на преден план необходимостта от непрекъснат контрол над здравето, независимо дали човек е болен или здрав. От друга страна, едно от най-големите предизвикателства, пред които сме изправени в днешно време, е как пациентите с хронични заболявания да получат най-адекватната и пълноценна здравна грижа.

Личната отговорност към здравето е един от ключовите моменти в оздравителния процес. Въпреки това, голяма част от хората залагат на погрешното схващане, че отговорността за здравето се пада изключително и само върху работещите в сферата на здравеопазването. Важно е да се осъзнае, че всеки човек трябва да си изгради отговорно отношение към собственото си здраве. В тази връзка, обучението на

пациентите в това как да се справят и живеят с хронично заболяване е от изключително значение.

Като добър пример за ефективни програми за обучение на пациенти може да посочим реализираните в германия три програми насочени към пациенти с диабет. Първата тяхна програма е с дидактически ориентирани интервенции, фокусиращи се върху придобиването на знания, умения и информация за подходящ лечебен процес. Втората програма се основава на подхода за селф-мениджмънт. Фокусът е върху емоционалните, познавателните и мотивационните процеси на промяна в поведението и начина на живот. Програмата включва групово обучение. Третата програма има същото съдържание като втората, с разликата, че част от лекциите се преподават групово, а друга част се провеждат като индивидуални по желание. [60]

Авторите на трите програми отчитат успеха от тяхното реализиране и изтъкват, че обучението ориентирано към селф-мениджмънта има задължително по-висока средна ефективност по продължителност, отколкото дидактично-ориентираното обучение при диабет. Груповите занимания показват по-висока успеваемост в сравнение с индивидуалното обучение.[60]

В края на миналия век бе въведен и термина “терапевтичното обучение пациента”. Според дефиницията на Световната здравна организация, публикувана през 1996 в доклада “Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease”: “терапевтичното обучение има за цел да подпомага пациентите да овладяват или поддържат компетенции, от които имат нужда, за да управляват по-добре живота с хронично заболяване.” Разширената дефиниция на понятието, дадена от някои автори включва “съвкупност от дейности за информиране, съветване и обучение, предназначени за управлението на хроничното заболяване и

неговото лечение, имайки за цел да бъде създадено равновесие в живота на пациента, живеещ с хроничното заболяване”.

Терапевтичното обучение на пациента има за цел да позволи на болния да живее със своето заболяване, опитвайки се да редуцира или забави възможно най-дълго появата на усложнение, както и да подобри трайно качество на живот. Това обучение е подход, който намира своите основи едновременно в медицината, здравните грижи, медицинската педагогика, хуманитарните и социалните науки. Този подход отдава голямо значение на пациента като главно действащо лице в изграждането и/или поддържането на неговото собствено здраве. ТОП може да бъде разглеждано като дял от здравното образование и задължително като интегрирана част от здравните грижите за хората, живеещи с определено хронично заболяване.

Специфичните цели които си поставя това обучение са:

1. Придобиване и поддържане от страна на пациента на компетенции за самостоятелни грижи, позволявайки му безопасно да управлява своето лечение, пристъпи, както и да облекчава симптомите и да предвижда усложненията, които могат да бъдат избегнати.

2. Мобилизация или придобиване на умения за справяне с болестта, които му позволяват да подчини заболяването на ежедневието, а не обратно.

Обобщено, терапевтичното обучение допринася за автономността на пациента в перспектива, базирайки се върху съвкупността от органичните и психосоциалните фактори, както и факторите на околната среда, които взаимодействат помежду си в развитието на хроничното заболяване. То трябва да бъде допълнителна част от лечението, предписано от лекуващия лекар, която да е персонализирана спрямо потребностите и нуждите на пациента. Тя трябва да бъде основана на

мултидисциплинарен подход, включващ здравни професионалисти от различни специалности и/или пациентски организации.

Един от най добрите подходи при реализирането на обучителни програми, както вече бе споменато, е селф-мениджмънта.

Елементите за ефективен селф-мениджмънт са: активиране мотивация за промяна, информация за образование и собствен мониторинг, развиване на умения, отчитане на заобикалящите фактори - способстват за изграждане на модел на социална подкрепа. [25]

Селф-мениджмънтът изисква обединените усилия на пациентите и семействата им, медицинските специалисти, както и на различни обществени групи. Ефектите на селф-мениджмънт са насочени предимно към контрол на хронични заболявания като диабет, бронхиална астма, хипертония, както и в овладяването на зависимости във връзка с тяхната социално-икономическа значимост.

Факторите, които влияят на качеството на живот, като ход на заболяването, предписано лечение, психосоциални последици, честота на пристъпите могат да се повлияват благоприятно от селф-мениджмънт. Практиката е доказала, че при вече възникнало заболяване е по-лесна мотивацията за самоконтрол, отколкото преди това.

Несъмнено обучителните програми и играят съществена роля за промоцията и превенцията на хроничните заболявания, но в същото време те са и неразделна част от ефективното лечение на тези заболявания.

Подобни програми са създадени в редица европейски държави, като например в Обединеното кралство е разработен специален план съвместно с Националната здравна система (NHS) и различни професионални организации, дружества, университети и други институции. В САЩ функционират няколко програми, като обикновено се предоставят федерални средства за разработване и осъществяване на

програми в отделни щати или се прилагат национални програми на местно ниво. Изградена е и географска информационна система, която съдържа информация за различни инициативи, възможност за обмяна на опит между специалисти, условия за подобряване на партньорството между различните участници в системата. Тя отразява и различията в отделните щати, свързани с тези заболявания.

Въпреки че в световен мащаб тяхната роля е значителна , в България има малко работещи програми. в България липсват почти всички изброени инициативи или, ако има такива, те не са цялостни и всеобхватни. Липсата на реформа в извънболничната помощ и наличието на регулативни стандарти, създават сериозни препятствия пред личните лекари да проследяват и контролират хроничните заболявания по адекватен начин. Прекаленото администриране и свърхконтролът, както и постоянно нарастващото микро-менажиране от страна на РЗОК на всички медицински дейности, водят до формализиране на лечението и невъзможност за екипност и взаимодействие. Няма програми за грижа за пациента след изписването му от лечебно заведение за болнична помощ, като единствената връзка между болницата и общопрактикуващия лекар е епикризата, която не винаги съдържа пълна и обективна информация.

Ако има информационни кампании, то те не отразяват никаква постоянна визия, а по-скоро моментни идеи, които често са формални и не се базират на предварителен анализ относно това какви групи от населението трябва да обхванат и как проблемът да бъде представен, за да ангажира вниманието на различните адресати.

Профилактиката се свежда само до увеличаване броят на лицата, преминали през профилактичен преглед годишно, като се предлага най-лесния, но и най-неефективен начин-санкцията. Не се изработват стимули за профилактика, липсва обучение и не се създават условия за

различни профилактични инициативи в извънболничната помощ. Например в Англия лекарите разполагат с бюджет, който разходват за постъпване на пациентите им в болници извън спешните състояния и по този начин са стимулирани да „държат“ пациента далеч от болницата. В САЩ все по-често плащанията за медицинска дейност са обвързани с качеството, което включва оценка на състоянието на хронично-болните пациенти, менажирането на тяхното заболяване и профилактиката.

## **7. Мениджмънт на рисковите фактори**

Повечето от рисковите фактори могат да бъдат модулирани, с цел постигане на ефективна превенция при пациент с хипертония. Модификациите на начина на живот са от съществено значение за предотвратяването на високото кръвно налягане и това обикновено са началните стъпки в мениджмънта на хипертонията.

Според концепцията за рисковите фактори – теоретичната и практическа основа на съвременната медицина, решаваща роля за здравното състояние на индивида и популацията имат рисковите фактори и по – специално – начинът на живот и в частност – неговото ядро: поведенческите рискови фактори - вредни хранителни и двигателни стереотипи, тютюнопушене, системна алкохолна консумация и други [86] .

### **Повишаване на физическа активност**

Намалената двигателна активност е контролируем рисков фактор за развитие на сърдечносъдови заболявания. Обездвиженият начин на живот е широко разпространен сред всички възрастови групи. Ниската физическа активност е фактор на риска за здравето, имащ съществен принос за влошаването на популационния здравен статус на населението в нашата страна.

Съществуват множество форми на физическа активност: упражнения, спорт, игра, танци, активен живот, включващ ходене, ремонт на дома, работа в градината.

Насърчаване на редовните упражнения е полезно не само като метод на лечение за физически лица с хипертония, но също трябва да се препоръчва като средство за превенция на хипертонията. Високата физическа активност има положителен протективен ефект върху развитието на хипертонията. Има данни, че практикуването на физическа активност за отдих и развлечение (като каране на ски, гимнастика, лов, риболов и ходене) четири или повече часа на седмица намалява риска за развитие на хипертония.

Хипертониците ще могат да бъдат физически активни и в ежедневиите си рутинни дейности, ако спазват следните препоръки:

- Изкачайте стълбите пеша, вместо да ползвате асансьор!
- Слезте от превозното средство две-три спирки по-рано и извървете пеша останалият път!
- Карайте велосипед!
- Работете в двора или градината!
- Паркирайте по-далеч от офиса!
- Ходете на танци! [144]

Системната физическа активност с определен интензитет, продължителност и честота предизвиква и поддържа в човешкото тяло морфологични и функционални промени, които могат да предотвратят или забавят развитието на някои хронични незаразни болести и да подобрят физическата форма.

Мениджмънтът включва мониторинг на физическата активност и насочване към подходящи спортни дейности, индивидуално в зависимост от специфичните потребности и възможности на отделните лица.

Резултатите от множество изследвания позволяват да се предположи, че физическата активност предотвратява развитието и подпомага контрола на хипертонията. Въздействието, при отделния човек може да бъде незначително, намаление само с няколко милиметра живачен стълб на систоличното налягане. Но при цялата популация въздействието върху заболяемостта и смъртността може да бъде съществено.

Физическата активност е превенция, лечение и контрол на хипертонията. Има доказателства за положителното действие на физическата активност върху хипертонията.

### **Намаляване на телесното тегло**

Наднорменото тегло е един от най-силните предиктори на артериалната хипертония. Хипертонията е около 6 пъти по-честа при лицата със затлъстяване в сравнение с тези с нормално тегло.

Намаляване на телесното тегло чрез нискокалорийна диета и повишена физическа активност може да повлияе затлъстяването и това се препоръчва като първата и най-значима стъпка в терапевтичния подход за редукция на телесното тегло, а от там и като първа мярка за намаляване на сърдечно-съдовия риск, превенцията и/или лечението на АХ. Физическата активност е важен елемент на всяка програма за намаляване на теглото. Всъщност шансовете теглото да се намали и да се поддържа, са много по-големи, когато човек се занимава с умерена физическа активност. Разбира се, тя трябва да се комбинира със съответен режим на хранене.

При хората със затлъстяване се препоръчва активност с ниска до умерена интензивност, като ходене пеш, каране на колело, гребане или плуване.

Редукцията на телесното тегло води до редукция на артериалното налягане. Понижаването на теглото с 10 кг води до понижаване на

систоличното налягане с 5 до 20 mm/Hg, а също и до подобряване отговора към медикаментозно лечение [28]. Като най-ефективен подход за редуциране на телесната маса се приема моделирането на начина на живот чрез промяна на физическата активност, начина на хранене и честотата на контакти със здравните специалисти. За постигане на ефективно управление на рисковите фактори е необходима активно обучителна дейност, за да се получи желаната хармония - между една страна пациента и от друга специалиста по здравни грижи и лекуващия екип. На настоящия етап на развитие на медицинската наука все още няма един унифициран подход за редукция на телесното тегло, който да е подходящ за всички, ето защо е необходим индивидуален подход.

### **Промени в хранителния режим**

Значението на промените в храненето при високо кръвно налягане е потвърдено след проучването DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension). Хранителният режим, прилаган в това проучване, е богат на плодове, зеленчуци и нискомаслени млечни продукти. Съдържанието на сол и общата калорийност са постоянни. Самата диета се нарича DASH диета. При хората на DASH диета се наблюдава значително понижаване на кръвното налягане в сравнение с хората на стандартна диета. Това проучване показва ползите от нискомаслената диета. Тя е полезна и за намаляване на риска от атеросклероза [48].

Най-близка до т.нар. DASH диета е Средиземноморската диета. Тя, освен много плодове и зеленчуци, включва и употреба на зехтин в ежедневно хранене. Зехтинът е богат на мононенаситени мастни киселини и олеинова киселина. Зехтинът също така е богат на антиоксиданти и полифенолите, които оказват добро влияние за намаляване на атеросклерозата. Диетата при хипертония трябва да осигури повишен прием на калий, калций и магнезий, но с естествени

храни /плодове, зеленчуци, млечни храни и пълнозърнести продукти/, а не с хранителни добавки.

### **Понижена консумация на сол**

Още в началото на 1900 година е установена връзката между артериалната хипертония и натриевия хлорид – най-честата форма на сол в храната. Доказано е, че ограничаването на солта при пациенти с тежка хипертония и бъбречна недостатъчност намалява тяхното кръвно налягане и подобрява функцията на бъбреците.

Леката и умерената хипертония може да бъде повлияна в значителна степен чрез ограничаване дневния прием на сол. За западна Европа количеството консумирана сол на ден е от порядъка на 7–8 g, а в България то е значително по-високо – 12 g. Адаптирането на пациентите към такава диета изисква предварително да бъде обърнато внимание на храните, които съдържат голямо количество сол (пушена риба, пушено месо, колбаси, сирена, чипс, туршии). Пациентите трябва да бъдат посъветвани какви вкусови заместители могат да използват (калиева сол, лимонена киселина, черен пипер и др. подправки, несъдържащи сол). Важен източник е добавената сол при приготвяне на ястията. Източник на сол са също храните, естествено съдържащи натриев хлорид в състава си, като прясната риба и месата [48] .

Намаляването на вноса на сол за по-кратък период първоначално оказва влияние върху стойностите на диастолното АН, а при по-продължително спазване на тази диета повлиява съществено и стойностите на систолното АН.

Пълното отказване от употребата на сол е необходимо само за хората с тежки хронични заболявания на бъбреците и сърдечно-съдовата система. Това е изключително строга диета, при която всички ястия се приготвят и употребяват без сол, храненето става на малки порции не по-малко от 5 пъти дневно, храната се приготвя само на пара. Особено

полезни са продуктите, богати на калиеви соли: стафиди, смокини, картофи, сушени кайсии, зелен сок.

Да се възпитава здравословно хранене и начин на живот е задача както на обществото, така и на семейството.

### **Ограничен прием на алкохол**

Консумацията на високоалкохолни напитки за дълъг период от време увеличава риска от високо кръвно. От 5 до 7% от случаите с високо кръвно се дължат на прекалена консумация на алкохол. В същото време при допълнителен анализ на 15 клинични проучвания се установява, че намаляването на приетото количество алкохол води до сериозно понижаване на стойностите както на систолното, така и на диастолното кръвно налягане (при хипертониците, това понижаване се наблюдава само след няколко седмици ) [127].

Обикновено връзката високо кръвно – алкохол е ясно изразена при постоянна консумация на повече от две питиета на ден. Съответно допълнително влияние върху крайните резултати оказват: възраст, тегло, вид на алкохолната напитка.

Препоръчителните количества при употреба на алкохол не трябва да превишават 30 мл етанол, съответстващи на 750 мл бира, 60 мл концентрат или 300 мл вино – за мъжете, като при жените количеството се редуцира наполовина [29] .

### **Отказване от тютюнопушене**

Тютюнопушенето е доказан, допълнителен рисков фактор за сърдечносъдови заболявания. Пушачите са по-заstrашени от хипертония. Тютюнопушенето причинява рязко повишаване на кръвното налягане и сърдечната честота, чрез стимулиране на симпатиковия дял на вегетативната нервна система и централната нервна система но самото пушене не причинява хронична хипертония.

Това става, когато пушенето се съчетае с други фактори, като прекалено пиене на алкохол и застоял живот. Все пак, отказването от цигарите може да помогне за понижаването на кръвното налягане, да не изброяваме и безбройните други ползи за здравето от тази стъпка.

Максималният успех на мениджмънта, на здравните грижи при артериална хипертония може да бъде постигнат, само тогава когато пациентът стане активен участник в лечебния процес, придобивайки знания и умения сам да се грижи за здравето си. Селфмениджмънт (self-management) е неразделна, интегрална част от грижите в извънболничната помощ и изисква активно обучение на пациента, със създаване на необходимите навици и умения за динамичен контрол на болестта чрез самостоятелно измерване на артериалното налягане и активно търсене на съдействие от специалист при необходимост. [114] Тук основната роля на лекаря и медицинската сестра е да спечелят доверието на пациента и да повишат информираността му относно заболяването. В научната литература са описани успешни практики за селф-мениджмънт при бронхиална астма и диабет, с акцент обучението по селф-мениджмънт, като интегрирана част от здравния мениджмънт [60].

Препоръките за ефективен мениджмънт включват подходите за модулиране на поведенческите рискови фактори, като физическа активност, телесно тегло, здравословно хранене, забрана на тютюнопушенето, ограничаване на алкохола, които са в основата за превенцията на усложненията и повишаване на информираността на пациентите и обществото като цяло. В мениджърския план, като изпълнители участват лекаря, специалистите по здравни грижи и пациента и семейството му, които общо формират един добре координиран отбор.

Оценката за ефективността на мениджърския план може да бъде осъществена чрез контрола на стойностите на артериалното налягане, измерено от самия пациент в домашни условия и измерените амбулаторни стойности. Предотвратяването и ненастъпване на усложнения е друг много верен показател, който би могъл да се проследи в едно кохортно проучване.

## **8. Акценти**

Артериалната хипертония е водещият, глобален риск за смъртност, отговорен за 9.4 милиона отнети човешки живота през 2013 г. Световната здравна организация идентифицира хипертонията като водеща причина за сърдечно-съдовата смъртност [155] .

Артериалната хипертония е най-честото сърдечно-съдово заболяване и най-значимият рисков фактор за други сърдечни и несърдечни усложнения. Повишеното кръвно налягане е причина за нефаталните и фатални мозъчни инсулти, сърдечни инфаркти, за сърдечна недостатъчност и внезапна сърдечна смърт, като 50% от инцидентите са при лица на възраст от 45 до 69 години [71] .

Популациите по света бързо застаряват, а разпространението на хипертонията се увеличава с възрастта. В известен смисъл АХ би могла да се разгледа като функция на възрастта.

България е с честота на хипертонията около 55% при средна за Европа 30-45%. У нас хипертониците са около 2 милиона, като адекватно лекувани, с постигнат контрол в последните години, са около 37% [70] .

Според ESH и ESC социалните детерминанти на здравето, като доходи, образование, жилище имат неблагоприятно въздействие върху поведенческите рисковите фактори и по този начин оказват влияние върху развитието на хипертония.

Въпреки наличието на множество ефективни медикаменти и подходи, диагностицирането, лечението и превенцията на АХ остават незадоволителни.

Въпреки безапелационните медицински данни за АХ като водещ РФ много от пациентите не са запознати с този факт, а други откровено пренебрегват необходимостта от лечение.

За ефективното управление на заболяването, е необходим мултидисциплинарен подход. Екипните стратегии предлагат по големи възможности за подобряване на антихипертензивното лечение в сравнение със стратегии, включващи само лекари. Приносът на медицинските сестри може да бъде особено важен за осъществяването на промени в начина на живот, за които е необходима дългосрочна грижа.

Концепцията за факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите, при водещ популационен подход за интервенция, но и с прилагане на високорисков подход.

Повечето от рисковите фактори могат да бъдат модулирани, с цел постигане на ефективна превенция при пациент с хипертония. Модификациите на начина на живот са от съществено значение за предотвратяването на високото кръвно налягане и това обикновено са началните стъпки в мениджмънта на хипертонията.

## **ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

### **• ЦЕЛ**

Целта на дисертационния труд е да се проучи ефективността на здравните грижи при пациенти с артериална хипертония и да се предложи модел на алгоритъм за подобряване на мениджмънта на грижите и възможностите за превенция на заболяването.

### **• ЗАДАЧИ:**

1. Анализ на поведенческите рискови фактори за АХ и влиянието им за възникване на усложнения .
2. Проучване на информираността на лица с артериална хипертония относно заболяването и неговата социална значимост.
3. Проучване и анализ на индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония към собственото заболяване
4. Проучване и анализ на удовлетвореността пациентите от проведените профилактични, лечебни и социални мероприятия.
5. Изследване участието на медицинската сестра в превенцията на заболяването
6. Проучване и анализ на основните дейности на медицинската сестра при пациенти с артериална хипертония и предлагане на комплексен подход за управление на грижите.
7. Разработване и предлагане за внедряване модел на алгоритъм за подобряване на мениджмънта на грижите и възможностите за превенция на заболяването при лица с АХ.

### **3. РАБОТНА ХИПОТЕЗА**

Артериалната хипертония (АХ) е социално значим проблем поради високата си заболяемост, инвалидност и смъртност. Въпреки прогреса на съвременната медицина терапевтичните резултатите остават незадоволителни.

Пациентите не са добре информирани и невинаги се придържат към лечението.

При осъществяването на здравните грижи не се използват пълноценно всички функции на медицинската сестра.

Медицинските сестри могат да осъществяват дейности, допринасящи за подобряването на здравните грижи. Прилагането на ефективни подходи и интервенции за мотивиране на пациентите за здравословно поведение, придържане към терапевтичния план, ще допринесе за превенция на усложненията, възможност за самоконтрол на заболяването и за пълноценен начин на живот.

### **4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

**Обект** на изследване на настоящата научна разработка са здравните грижи при артериална хипертония.

**Предмет** на изследването са организацията и ефективността на здравните грижи при лица с артериална хипертония.

#### **Технически единици на наблюдението:**

- Болнични заведения – МБАЛ „Хр. Ботев”, гр. Враца МБАЛ “, Д-р Стамен Илиев” АД, гр. Монтана, СБР "Свети Мина" гр. Вършец, МБАЛ – Берковица ЕООД гр. Берковица, МБАЛ “Света Петка“ АД, гр. Видин,

МБАЛ "Св. Николай Чудотворец" гр. Лом, МБАЛ "Св.Иван Рилски"  
Козлодуй ЕООД и в

- Практики на общопрактикуващи лекари в градовете Враца,  
Монтана и Видин.

#### **Логически единици на изследването:**

- медицински сестри, работещи в болнични заведения и първичната помощ.
- пациенти, с АХ

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигане на по – голяма точност. При събиране на информация е търсено съдействието на сътрудници - главни, старши и редови медицински сестри, работещи в болничната и извънболнична помощ и студенти от специалност лекарски асистенти III курс. Всички сътрудници бяха предварително запознати с целта и методиката за извършване на изследването.

#### **Признаци на логическите единици на наблюдението:**

##### ***За медицинските сестри***

- признаци, отразяващи социалния статус;
- признаци, свързани с организацията на здравните грижи при АХ;
- признаци, свързани с дейностите на медицинските сестри при осъществяването на здравните грижи при АХ;
- признаци, свързани с ролята и мястото на медицинската сестра в екипите осъществяващи здравните грижи.

##### ***За пациентите***

- признаци, отразяващи социалния и здравния статус;
- признаци, отнасящи се до поведенческите рискови фактори на заболяването;
- признаци, отнасящи се до индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония към собственото заболяване;

- признаци, отнасящи се до качеството на здравните грижи – достъпност, информираност, организация на работа, материално-техническа база;

- признаци, свързани с удовлетвореността на пациентите от здравните грижи.

### **Характер и обем на проучването**

При проучването са включени лица, които са изявили доброволно желание за участието си. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите.

Общият обем на респондентите е 600 от които:

- Общият брой на анкетираните медицински сестри е 150,
- Общият брой на анкетираните лица с артериална хипертония е 450,

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

### **Време и място на наблюдението**

Изследването е проведено в периода 2018 - 2019 година в посочените лечебни заведения и в практики на общопрактикуващи лекари в градовете Враца, Монтана и Видин.

### **Методи на проучването**

В дисертационния труд са използвани следните методи:

#### **Социологически методи:**

- документален метод проучени са:
  - ✓ Медицинска документация - история на заболяването, етапни епикризи, медицински заключения и консултации;
  - ✓ Нормативни документи /Закон за лечебните заведения; Закон за висшето образование; Закон за съсловната организация на

медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти; Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите; Закон за здравето; Закон за здравното осигуряване; Национален рамков договор; Наредба №30 / 19.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина”, Наредба за Единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалност „мед.сестра” за образователно-квалификационна степен „бакалавър”/.

➤ анкетен метод :

✓ анонимно анкетно проучване на пациенти с артериална хипертония /Приложение 1/. Анкетата съдържа 34 въпроса от затворен тип

✓ анонимно анкетно проучване на медицински сестри /Приложение 2/. Анкетата съдържа 36 въпроса от затворен тип.

➤ Експертна оценка – Проведена е експертна оценка по метода Делфи на разработения теоритичен „Модел за здравни грижи при пациенти с артериална хипертония “, чрез който се гарантира предоставянето на съвременни здравни грижи за пациентите с артериална хипертония, базирани на техните потребности, превенция на усложненията и обучение на пациента и неговите близки чрез включването на всички необходими специалисти.

### **Методи за обработка на информацията:**

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

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. *Тест  $\chi^2$  на Pearson* - за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.
4. *T-критерий и дисперсионен анализ* – за сравняване на средни от две и повече независими извадки.
5. *Графичен анализ* – за визуализация на получените резултати.

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 ниво на значимост  $\alpha=0.05$ .

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.

## ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### 1. Анализ на демографските показатели, социалния и здравния статус

В проведеното изследване са включени 450 пациенти с артериална хипертония, Всички изследвани лица са дали информирано съгласие за провеждане на проучването.

Получените данни дават възможност да се извърши динамичен преглед и анализ на базата на наличната документация. Използвани са допълнително и методите на наблюдение, изследване и анализ на първична и вторична информация, анкети и интервюта.

От всичките анкетираните болни 259 са жени и 191 мъже (Таблица 2.), което се доближава до данните от епидемиологичните проучвания. Резултатите от тези проучвания сочат, че хипертонията засяга приблизително еднакво представителите на двата пола, с незначителен превес на разпространението при жените.

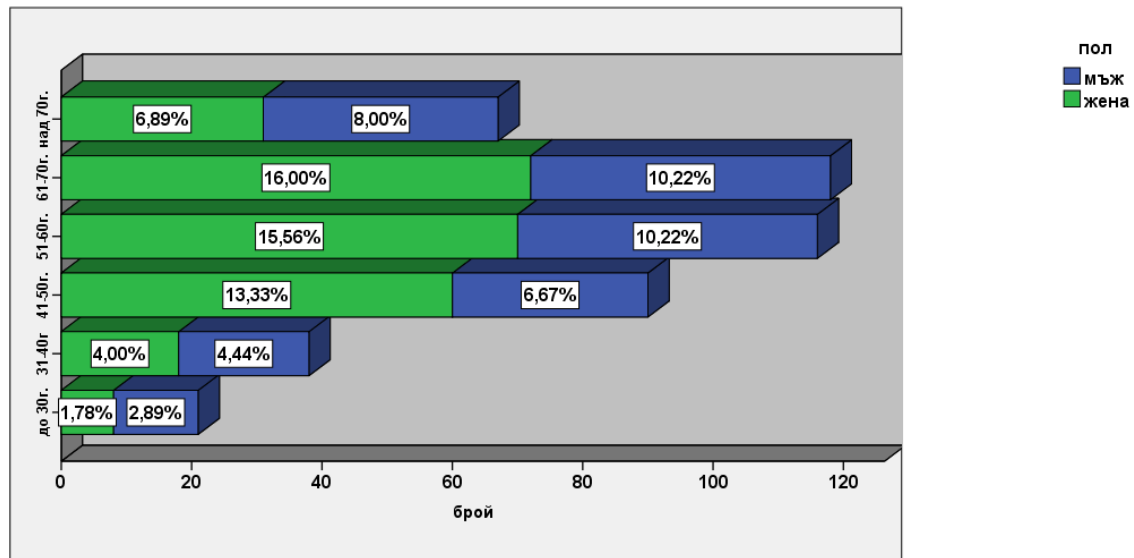
**Таблица 2. Разпределение по пол и възраст**

възраст	пол		Общо
	мъж	жена	
до 30г.	13	8	21
31-40г	20	18	38
41-50г.	30	60	90
51-60г.	46	70	116
61-70г.	46	72	118
над 70 г.	36	31	67
Общо	191	259	450

Най голям процента от анкетираните болни са от възрастовия диапазон 61-70 години.( Табл.2)

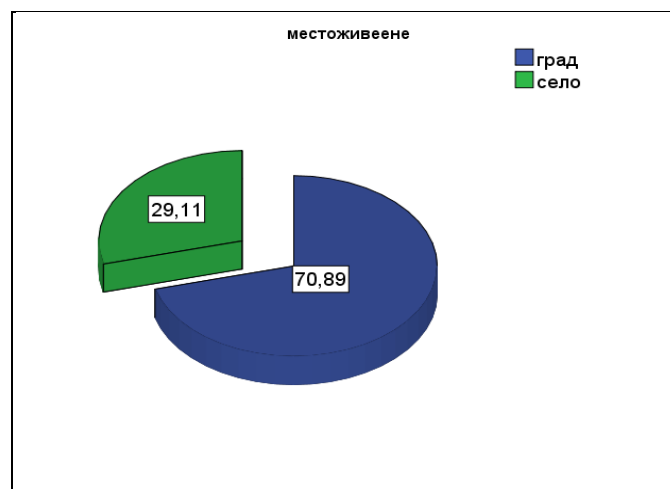
Потвърждават се резултатите от епидемиологични изследвания, а именно с напредване на възрастта АН показва тенденция за повишаване. (фиг.1) Честотата на АХ е най-голяма при лица на възраст от 40 до 70

години. Във възрастовата група от 18 до 40 години хипертонията е по-честа при мъжете, а след 50 години – при жените, установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=12.37$ ,  $p<0.05$ ). Счита се, че 2/3 от лицата над 65 години са със стойности на АН над 140/90 mm Hg.



**Фиг.1 Честота на АХ по възраст и пол.**

Предполага се, че значение могат да имат и нарушения в ендокринните и бъбречните функции, потискане на депресорната функция на барорецепторите, атеросклероза на мозъчните артерии и на артериалните съдове на други паренхимни органи с развитие на хипоксия и др.

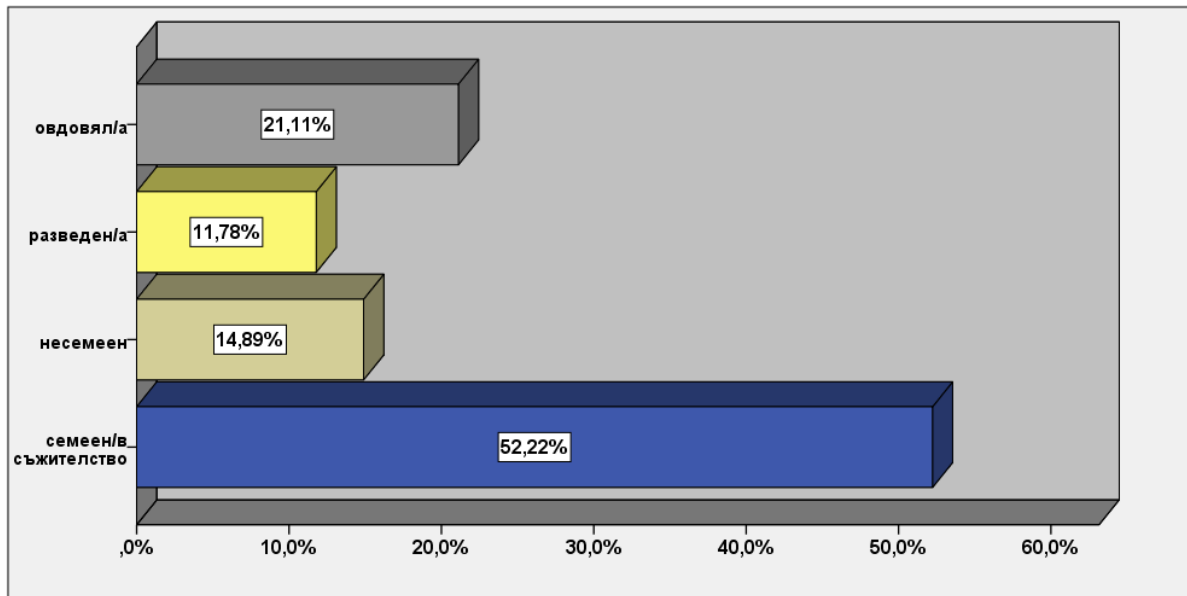


**Фиг.2 Местожиене на респондентите**

В началото на XX век относителният дял на градското население на България е под 20%, което означава, че само един от всеки петима българи е живял в градовете. Урбанизацията набира темп едва през втората половина на XX век като резултат от политическите промени в този период от историята ни. Голяма част от населението се отправя към градовете в търсене на препитание в строителството и промишлеността. В периода след демократичните промени, повишаването на градското население продължава със сравнително равномерен темп. Тази тенденция се потвърждава и в проведената от нас анкета. Получените резултати показват, че 70,89% от анкетираните живеят в градове и 29,11% живеят в село, което като извадка се доближава до данните на НСИ, относно териториалното разпределение на населението в Р България към 31.12.2018 г., а именно 73,7% живеят в градовете, а в селата – 26,3% от населението на страната.( фиг.2 )

Според проучване на ООН за световната урбанизация проведено през 2005 г., България е една от страните, които преминават през много бърз урбанизационен процес. Прогнозите са, че през 2030 градското население у нас ще бъде 77.8%. В сравнение с други източно-европейски държави България ще се урбанизира в много по-голяма степен.

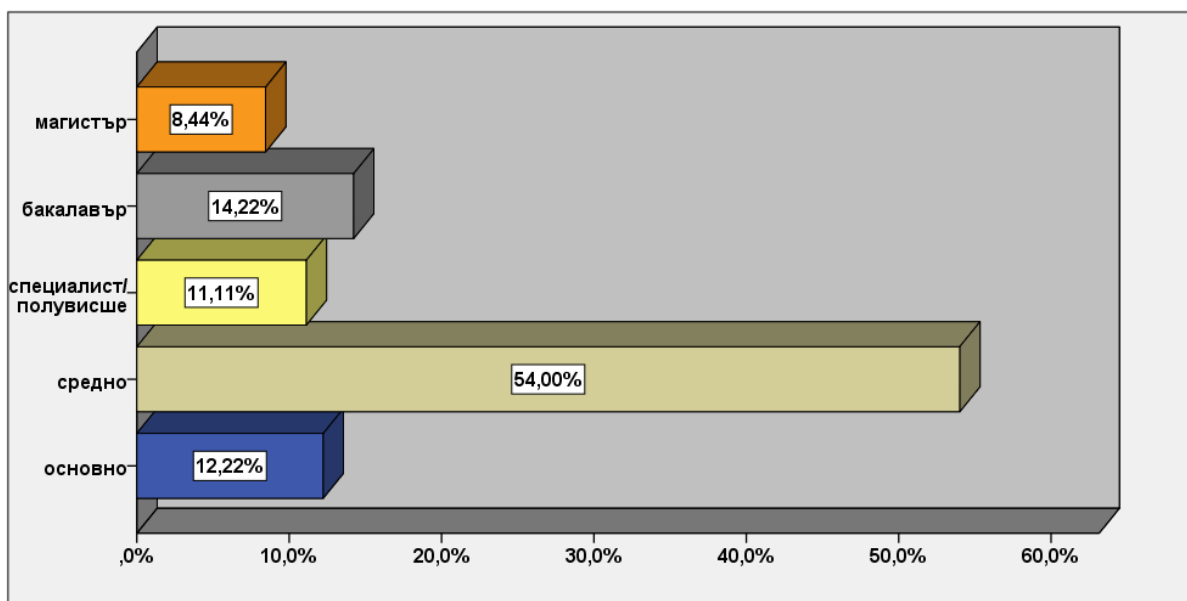
Несъмнено градския начин на живот предлага множество възможности, включително и достъп до по-качествена здравна помощ, но в същото време съвременната урбанизирана среда на живот концентрира голям брой рискови фактори и създава нови опасности. Здравните предизвикателства и рискове предизвикани от урбанизацията включват: замърсяването на водите и околната среда, насилието и злополуките, социално значими заболявания, нездравословно хранене, физически инактивитет, злоупотребата с алкохол и наркотични вещества, инфекциозни болести.(фиг.3)



**Фиг.3 Семейно положение**

Малко над половината от анкетираните – 52,22% са семейни или живеят във фактическо съпружеско съжителство, 14,89% са несемейни, 11,78% разведени и 21,11% овдовели.

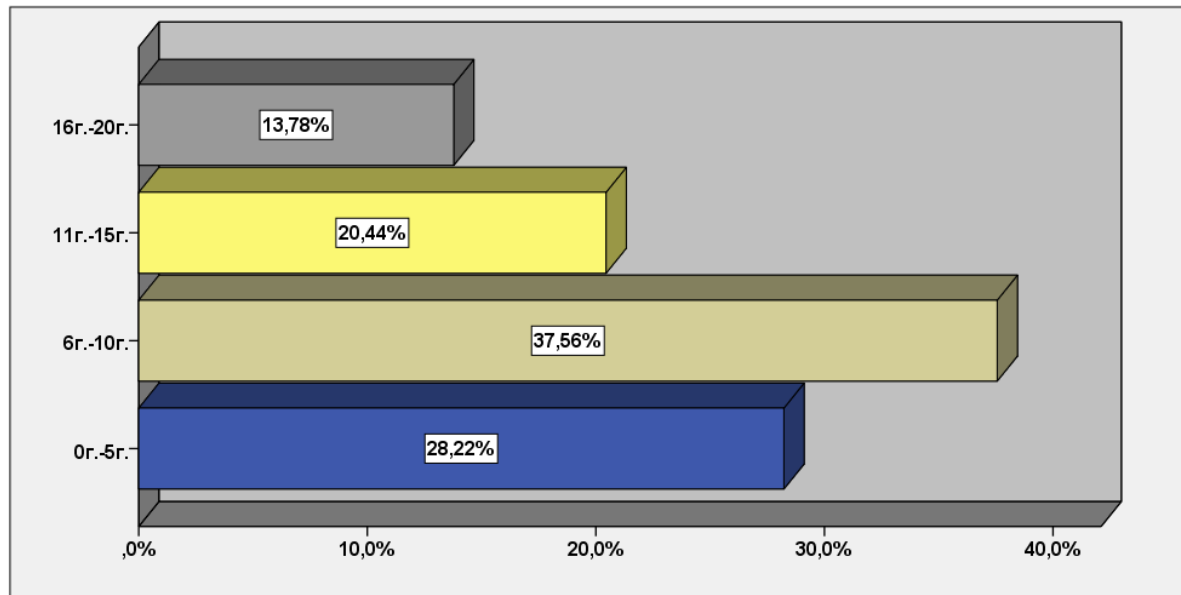
Според получените данни 54 % от респондентите са със средно образование, 33,78% са с висше образование (11.11% специалист, 14,22% бакалавър и 8,45% магистър) и едва 12,22% са с основно образование. Тези данни са предпоставка за активност от страна на анкетираните.(фиг.4)



**Фиг.4 Образование**

Най – висок процент от анкетираните пациенти са с давност на заболяването от 6-10 години - 37,56% . (фиг.5) Този факт потвърждава две тенденции. На първо място – „подмладяване” на хипертонията. Повишеното кръвно налягане е проблем, който все по-често засяга и младите хора. България не прави изключение в това отношение. За хората в активна възраст между 25 и 64 години честотата на артериалната хипертония у нас е 40,1%, като над 50-годишна възраст тя достига 50,3%. В последните години, за съжаление, се наблюдава тенденция за подмладяване на заболяването. Различни проучвания доказват, че началото на АХ е в детството. Честотата на АХ сред българските подрастващи е 5–6%.

На второ място – напредъка на медицината. В последното десетилетие бяха разработени и внедрени много нови средства за лечение на хипертонията с добра поносимост и повишена ефективност.

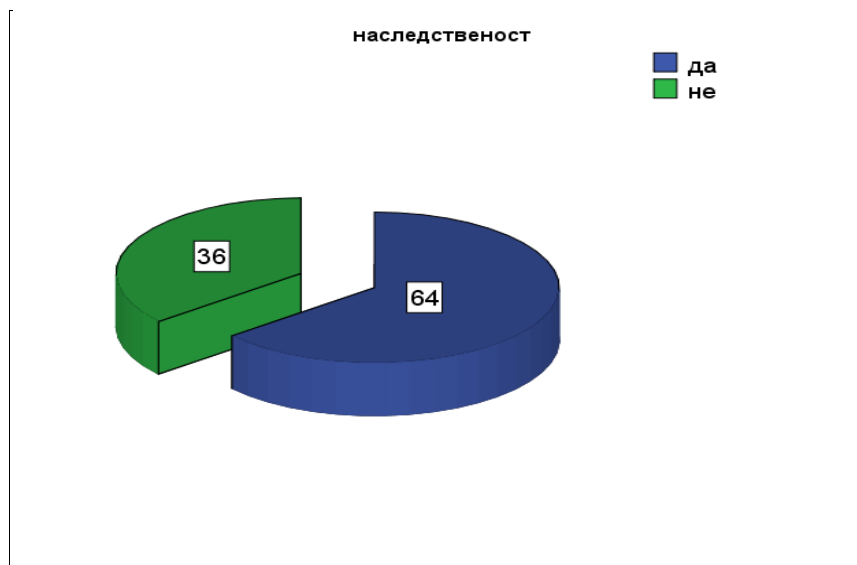


**Фиг.5 Давност на заболяването**

В етиопатогенезата на първичната хипертония генетичната предиспозиция играе съществена роля. Връзката между артериалната хипертония и наследственост е неоспорима. Доказват го редица

проучвания, започнали още през 50-те години на миналия век. Но унаследяването на определени гени не води задължително до развитие на хипертония. Генетичната предиспозиция дава вероятност за развитие на хипертония, а не самата болест. Съответно при неблагоприятни за организма среда и начин на живот, тази генетична предразположеност, е много вероятно да се активира и предизвика повишаване на кръвното.

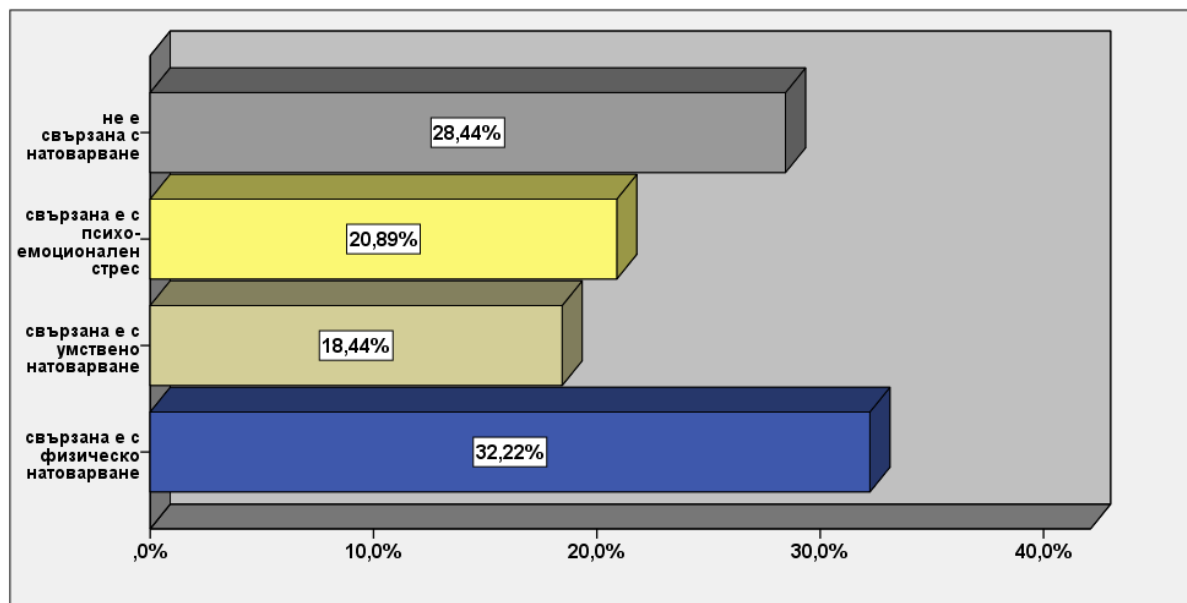
Резултатите от изследването потвърждават наличието на наследствената генеза при артериалната хипертония, като 54% от анкетираните болни съобщават за фамилна обремененост, свързана с основното заболяване .(фиг. 6)



**Фиг.6 Фамилна обремененост на респондентите**

Счита се, че на наследствеността се падат от 30% до 60% от случаите с хипертония, според различни изследвания, в сравнение с другите фактори, водещи до високо кръвно налягане. Според друго проучване децата на родители хипертоници боледуват три пъти по-често от това заболяване в сравнение с връстниците си от нормотензивни семейства.

Намерена е висока корелация между стойностите на АН при монозиготните близнаци и значително по-ниска при дизиготните. Унаследяването на артериалната хипертония е полигенно, при което различни генетични фактори обуславят нарушения в синтеза и обмяната на биологично активни субстанции с пресорен и депресорен ефект, на активността на някои ензимни системи и на електролитния обмен. Също така са установени промени в гените, имащи отношение към системата ренин – ангиотензин – алдостерон (РААС) и към обмяната на катехоламините. Установен е полиморфизъм на гените, отговарящи за ангиотензинконвертиращия ензим (АСЕ), за предсърдния натриуретичен пептид и за ендотелния фактор, който има отношение към синтеза на азотен окис (NO).(A2)

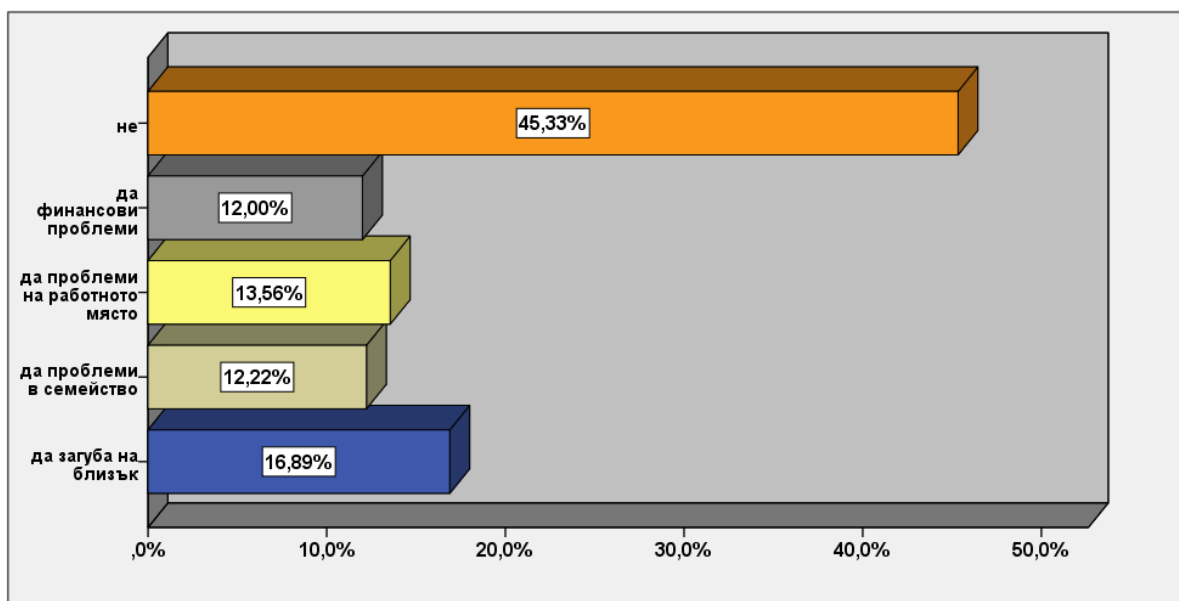


**Фиг.7** *Разпределение на респондентите според естеството на работата им*

Упражняваната професия и условията на работа са от съществена важност за здравето на всеки човек. Умерената физическа активност по време на работа и физическа активност през свободното време е важен фактор за укрепване здравето и превенция на хипертонията. На другия полюс са професиите свързани с намелена физическа активност или

стресови ситуации, които крият риск за здравето. При 32,22% от анкетираните работата е свързана с физическо натоварване, 18,44% умствено натоварване, 20,89% психо-емоционален стрес и само 32,22% не се натоварват упражнявайки своята професия. (фиг.7)

Условията на труд у нас се различават от тези в страните от ЕС по няколко важни характеристики, които в значителна степен обуславят нивото на най-важните индикатори за здравето на работещите – свързаните с труда увреждания и заболявания: по-висока заетост на работещите в традиционно рисковите икономически сектори, по-висок дял на работещите, изложени на рискове за здравето и безопасността на работното място (физични, химични, биологични, ергономични, психо-социални); по-висок дял на работещите в условия на стрес при работа (централизирана организация на труда, сменна работа, удължен работен ден и асоциални модели на работа, ниска автономност на работещите и др.); по-ниска информираност и обученост на работещите за рисковете за здравето и безопасността при работа, начините и средствата за намаляването им и много ниско ниво на участие на работещите в дейностите за здраве и безопасност при работа и други. [158]



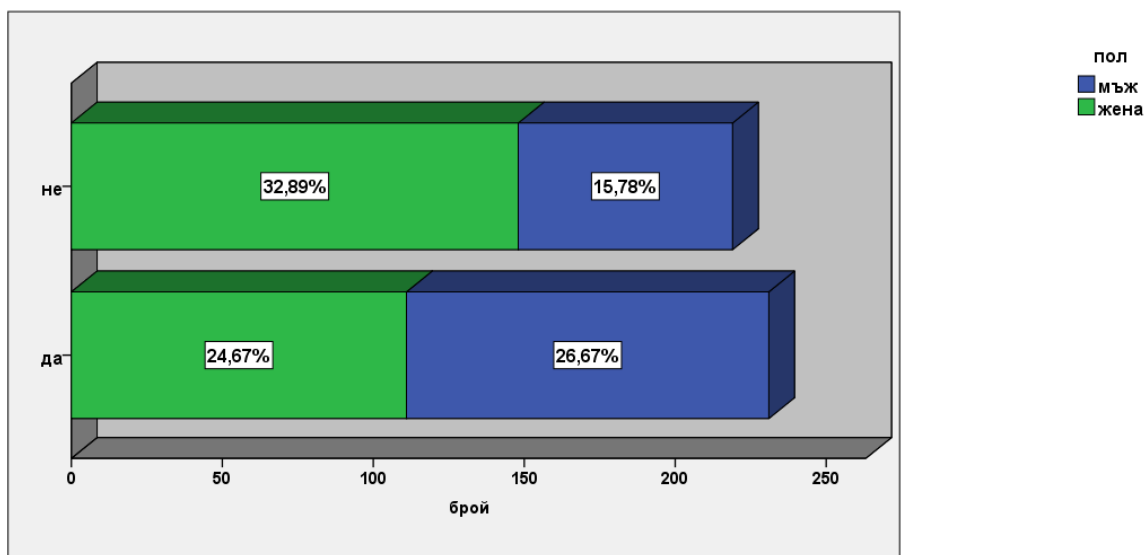
**Фиг.8 Негативно събитие свързано със заболяването**

В съвременния живот, свързан с динамични темпове на развитие на обществото, урбанизация, информационна натовареност и условия за остри конфликтни ситуации от различен характер, честотата на стреса все повече нараства и обхваща всички възрастови групи. Стресът е нормален спътник в ежедневието ни и в много ситуации не може да се избегне. Същевременно проучванията доказват, че емоционалният стрес е един от съществените рисковите фактори за здравето. Като цяло има нарастваща емпирична подкрепа за хипотезата, че излагането на хроничен психосоциален стрес допринася за развитието на хипертония. Проведеното от нас проучване потвърждава тази хипотеза, 54,77% от анкетираните свързват заболяването си със стресогенно събитие и хроничен стрес от различно естество. (фиг.8)

## **2. Анализ на поведенческите рискови фактори за АХ и влиянието им за възникване на усложнения**

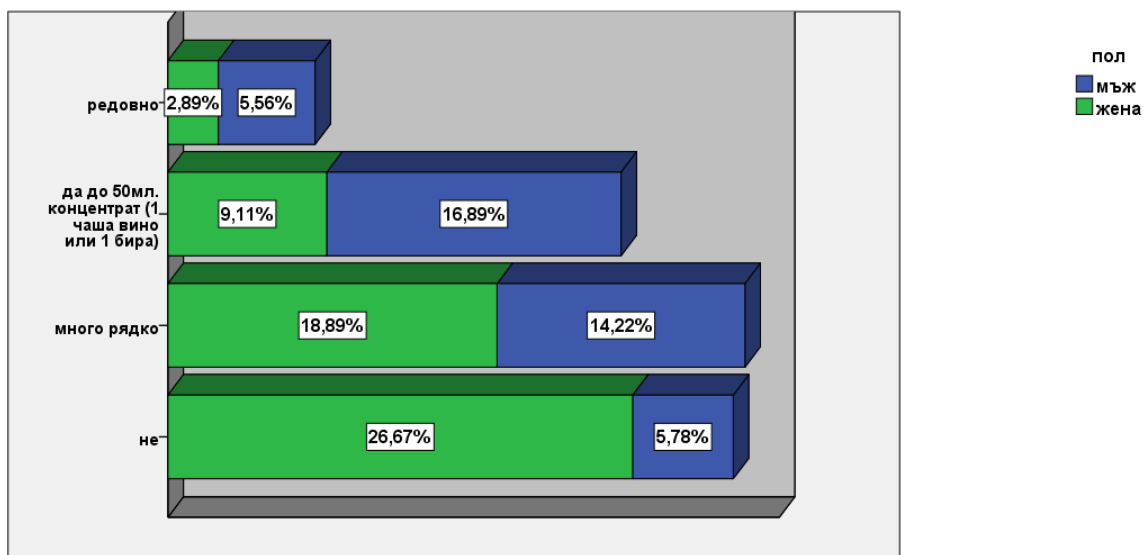
Опасният ефект от поведенчески и диетични рискови фактори са доказани при проспективни кохортни проучвания и рандомизирани опити. Четири поведенчески рискови фактора - тютюнопушене, употреба на алкохол, лоша диета и липса на физическа активност се асоциират с четири клъстърна заболявания - кардиоваскуларни, рак, белодробни болести и диабет.[70]

За пряка връзка на тютюнопушенето с артериалната хипертония няма достатъчно убедителни данни, но то е един от основните фактори на риска за други болести на органите на кръвообращението, затова съчетанието му с хипертония повишава риска от заболяване и усложнения.



**Фиг.9** Разпространение на тютюнопушенето сред респондентите по пол

Изследването показва, че въпреки рисковете 51,33% от респондентите са пушачи, а 48,67% не пушат.(фиг.9) По голям дял от пушачите са мъже, установява се статистически значима зависимост ( $\chi^2=17.55$ ,  $p<0.001$ ). Това изследване потвърждава данните от други такива проведени в последните години у нас.



**Фиг.10** Употреба на алкохол от анкетираните лица по пол

Употребата на алкохол е вкоренена в бита, традициите, обичаите и културата на българския народ. Алкохолът се е ползвал и продължава да

се използва и като лечебно средство. През последните 40 години проблемът с рисковата и вредната алкохолна употреба се задълбочава и е във фокуса на вниманието, както в световен мащаб, така и в България. По традиция отношението към употребата и злоупотреба с алкохол в България се отличава с толерантност, което води до висок риск за общественото здраве.

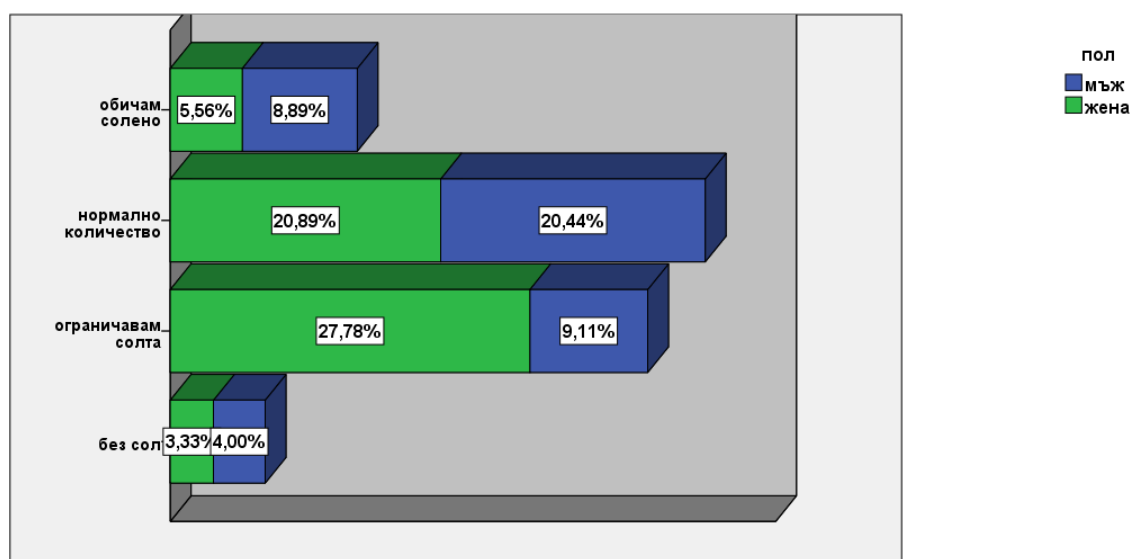
„Национално изследване на факторите на риска, свързани с начина на живот сред население на възраст 25-64 г.” проведено от Националния център по обществено здраве и анализи (НЦООЗ), показва, че 23,2% от населението употребяват алкохол редовно, 13,8% консумират концентрати всеки ден.(фиг.10)

Резултатите от проучването потвърждават горните данни: 26% от изследваните употребяват алкохол в разумни количества, а 8,44% пият ежедневно. Само 32,44% се определят като въздържатели. Употребата на алкохол е по силно изразена при респондентите от мъжки пол, установява се статистически значима зависимост ( $\chi^2=69.04$ ,  $p<0.001$ ). Доказването на този риск при изследваните е тревожен факт, защото приемът на алкохол при хипертонично болни може да съдейства за порязко повишение на АН и поява на усложнения.

Епидемиологични проучвания показват, че широката консумация на вино може да има кардиопротективен ефект. Приемът на 1 до 3 напитки дневно води до понижение на риска за настъпване на коронарен инцидент с 10–40% в сравнение с липсата на алкохолна консумация. Ежедневната консумация на по-големи количества алкохол обаче води до повишение на честотата на некоронарните сърдечно-съдови инциденти като аритмии, кардиомиопатия и хеморагичен инсулт и загуба на положителния ефект на алкохола върху коронарната смъртност. Консумацията на алкохол в количество над 30 g дневно (повече от две стандартни напитки) е асоциирано с повишение на

диастолното и систолното артериално налягане с 1.5–2.3 mmHg<sup>58</sup>. Проучванията показват наличие на позитивна, нелинейна зависимост между консумацията на алкохол и хипертонията [123]. Смята се, че 5–11% от случаите на хипертония се дължат на консумацията на алкохол.[29]

Още в началото на двайсети век е установена връзката между артериалната хипертония и натриевия хлорид – най-честата форма на сол в храната. Солта е главният фактор за повишаване на кръвното налягане. Почти 50% от хората, които имат хипертония, са чувствителни към солта. Консумацията на твърде много натрий рязко повишава кръвното налягане и ги поставя в риск за усложнения. Дневният прием на сол за възрастен човек не трябва да надвишава 3 до 5 грама. За западна Европа количеството консумирана сол на ден е от порядъка на 7–8 грама, а в България то е значително по-високо – 12 грама.



**Фиг.11** *Употреба на сол от респондентите*

Проведеното проучване не ни дава количествен показател за консумираната сол от анкетираните. То е по скоро тяхна самооценка за контрола върху приема на сол, тъй като усещането за соленост е субективно и различно при всеки индивид. Независимо от това резултатите са показателни: 14,44% приемат високи количества, 41,33%

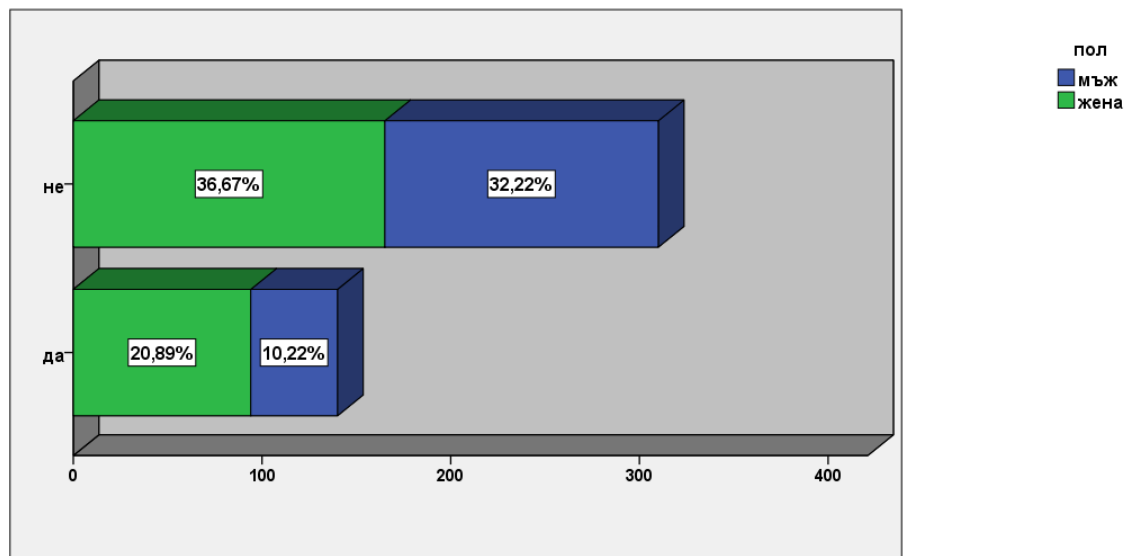
считат, че приемат нормални количества, 36,89% ограничават приема и само 7,33% не добавят сол към храната си.(фиг.11) Установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=36.83$ ,  $p<0.001$ ), мъжете много по често консумират по големи количества сол и много малка част от тях се стремят да я ограничат. Изхождайки от факта, че традиционната българска кухня се характеризира с по високи нива на консумация на сол може да се приеме, че дори при лицата определили своя прием на сол като „нормален” имаме завишени количества консумирана сол. Това определя завишения прием на сол като един от съществените рискови фактори за АХ.

При епидемиологични проучвания в различни географски райони е установена зависимост между количеството на употребената с храната сол и честотата на АХ. При натоварване с NaCl фамилно обременените с хипертония лица имат забавено излъчване на Na чрез бъбреците. От друга страна, не всички индивиди, злоупотребяващи със сол, имат повишено АН, т.е. налице са солево чувствителни и солево резистентни индивиди, като посочената солева чувствителност и нарушенията в обмяната на натрия са генетично обусловени. Злоупотребата с готварска сол като рисков фактор за АХ има по-голямо значение за лицата с напреднала възраст.

Хранителният режим е неразделна част от терапията и здравните грижи при всяко заболяване. При някои дори може да има водеща роля.

Тревожен е фактът, че 68,89% от изследваните лица не спазват хранителен режим, като тази тенденция е по силно изразена при респондентите от мъжки пол, установява се слабо изразена статистически значима зависимост ( $\chi^2=7.67$ ,  $p<0.05$ ) (фиг.12). В „Ръководство за лечение на артериална хипертония”, изготвено от Европейското дружество по хипертония (ESH) и Европейското дружество по кардиология (ESC) недвусмислено се подчертава

значението на хранителния режим лечението и превенцията на артериалната хипертония.



**Фиг.12 Спазване на хранителен режим от анкетираните пациенти**

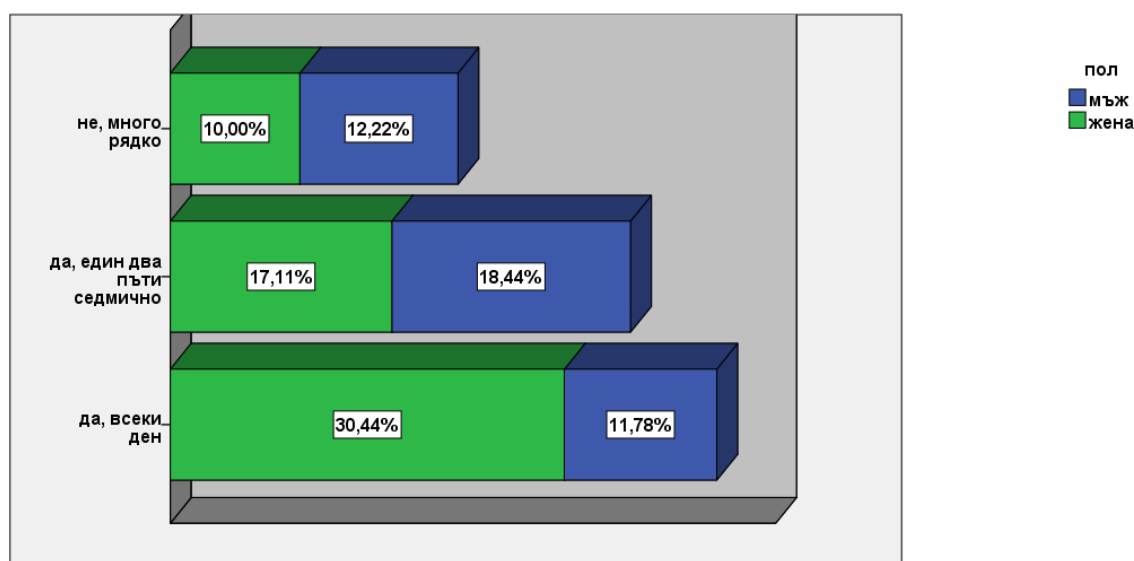
За връзката между хипертонията и определени храни има сериозни научни доказателства, а при други влиянието се определя като вероятно. Диетата при високо кръвно налягане трябва да е добре балансирана и с разнообразно хранително меню. Положителен ефект върху намаляване на артериалното налягане оказва диета, богата на плодове и зеленчуци, полиненаситени мастни киселини, чийто източници са рибата и рибните масла, слънчогледовото, царевичното, соевото масло, храни с повече калий.

В тази връзка американският National Heart, Lungs and Blood Institute разработва Диетата DASH ( Dietary Approaches to Stop Hypertension ). Програмата е специално разработена за контролиране нивата на кръвното налягане и редуция на теглото. Тя е създадена от екипи експерти в храненето, ендокринолози, кардиолози, психолози и става популярна първоначално в Америка сред хора с хипертонични оплаквания. Терминът DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) е въведен за първи път през 1997 година в научни студии. В Европа тя се доближава най-много до средиземноморската кухня, като включва в

менюто си главно плодове, зеленчуци, нискомаслени и обезмаслени продукти. Съдържанието на сол в нея е ограничено до минимум, както и приемът на червени меса, масла и сладки продукти. По този начин наситените мазнини и холестеролът са сведени до минимум.[48,152]

Диетата DASH разчита и на един допълнителен аспект: проведените във връзка с нея изследвания показват, че достатъчната употреба на нискомаслени млечни продукти оказва намаляващо кръвното налягане действие. Ето защо в нея широко са застъпени нискомаслените и обезмаслени млечни продукти (мляко, кисело мляко, сирене, извара).

DASH програмата включва повече от препоръки за консумация на подходяща храна и количества. Тя изгражда навици в полза на доброто здраве и дава алтернативни предложения за замяна на вредните храни и полуфабрикатите.

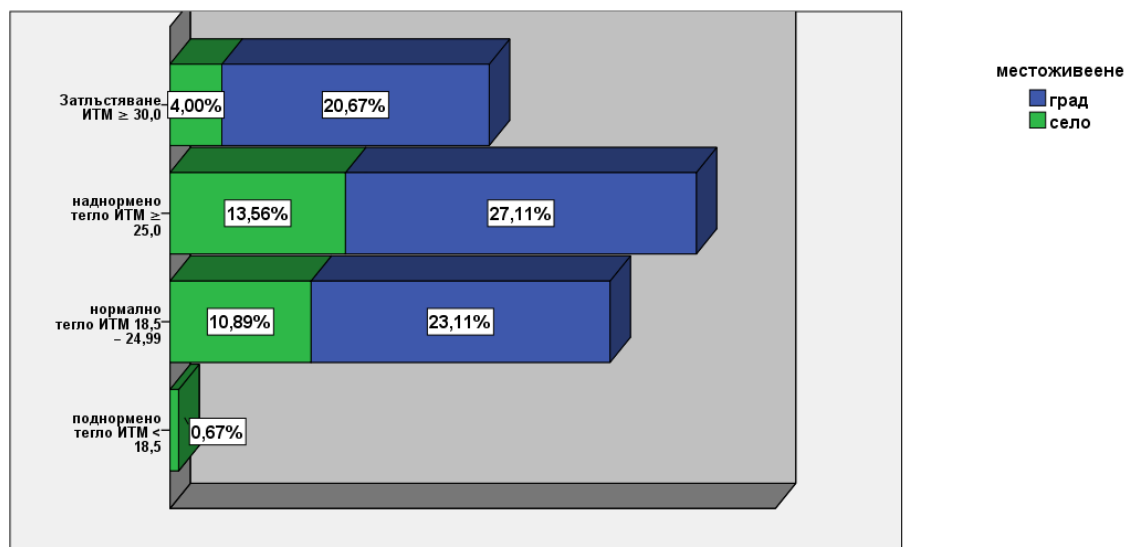


**Фиг.13 Честота на консумация на плодове и зеленчуци**

Потреблението на плодове и зеленчуци в България се определя от климатичните особености и географското местоположение на държавата. Умереният климат и наличието на четири сезона е предпоставка за предимно сезонна консумация на тези продукти.

Глобализацията в последните десетилетия доведе до по-голямо предлагане на пресни плодове и зеленчуци целогодишно, което не означава, че се е повишила тяхната консумация. Резултатите от проведеното от нас проучване сочи, че 42,22% ежедневно консумират плодове и зеленчуци, 35,56% ги включват един два пъти седмично, което е крайно недостатъчно, а 22,22% много рядко. Прави впечатление, че жените много по често включват плодове и зеленчуци за разлика от мъжете, установява се статистически значима зависимост ( $\chi^2=28.74$ ,  $p<0.001$ ) (фиг.13). Тези резултати са крайно тревожни, изхождайки от важността на храненето за протичането и превенцията на заболяването и неговите усложнения.

Диетата е детерминант и на кръвното налягане. Епидемиологични проучвания доказват, че зеленчуците и плодовете намаляват артериалното налягане, а допълнителното му понижаване се получава при прибавяне на ниско-маслени млечни продукти. По този начин, диета, богата на плодове, зеленчуци и ниско-маслени млечни продукти, не само намалява LDL- холестерола, но и повлиява благоприятно стойностите на артериалното налягане. [152]

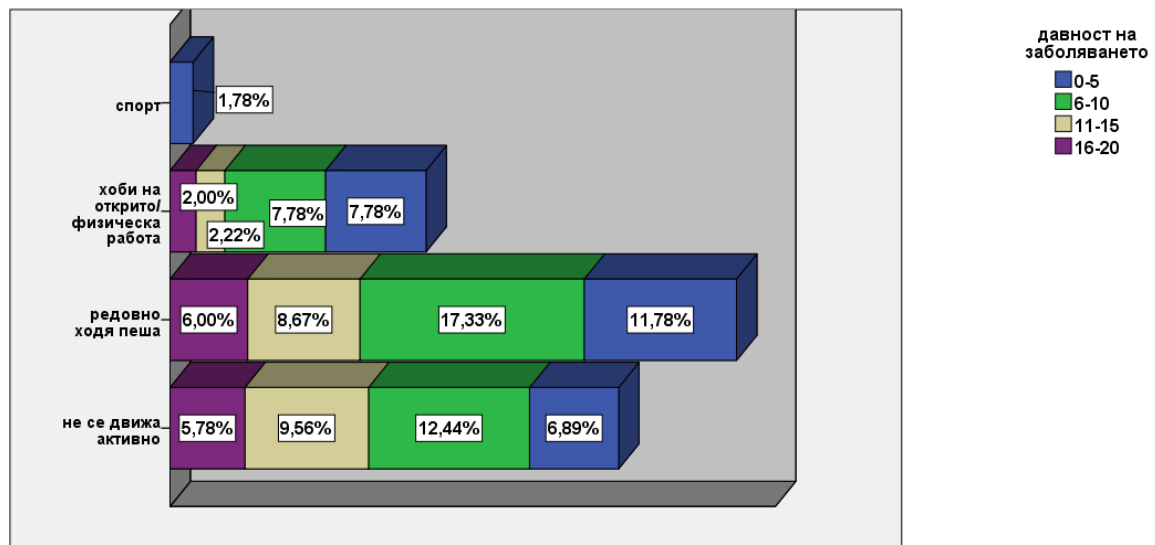


**Фиг.14** *Разпределение на респондентите според ИТМ и местоживееие*

Наднорменото тегло и затлъстяването са бързо развиваща се заплаха за здравето на населението на много страни по целия свят. Това се дължи на намалената физическа активност и свръхконсумацията на високо мастни и богати на енергия храни. В условия на нормален енергиен разход, мазнините в диетата не водят да развитието на затлъстяване повече, отколкото останалите макро нутриенти. При ниски нива на физическа активност обаче приемането на високо мастни храни предразполага към развитието на затлъстяване.

Резултатите от проведената анкета сочат, че 38,06% са с наднормено тегло, а 25,66% са със затлъстяване, като по често наднорменото тегло и затлъстяването се срещат при живеещите в града. (фиг.14) Установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=18.46$ ,  $p<0.001$ , *Cramer's V*=0.20) Множество епидемиологични проучвания установяват директна линейна връзка между ИТМ и артериалното налягане. Рискът от АХ е от 2 до 6 пъти по висок при лица с повишена мастна маса в сравнение с тези с нормална. Механизмите на свързаната със затлъстяване артериална хипертония включват развитие на хиперволемиа, повишен сърдечен дебит и инсулинова резистентност. Биологично активните адипоцитокени, секретирани от адипоцитите, особено при интраабдоминално затлъстяване, модулират инсулинова резистентност и кардиоваскуларен риск.

Регулярната физическа активност води до понижаване на артериалното налягане, повишаване на физическият капацитет и загуба на телесно тегло. Редовните физически натоварвания могат да редуцират високите стойности на кръвното налягане с близки стойности до тези, които се постигат чрез приема на антихипертензивни медикаменти. В проучването над една трета – 34,67% определят двигателната си активност като недостатъчна, 43,78% ходят пеша на неголеми



**Фиг.15. Физическа активност на анкетираните пациенти**

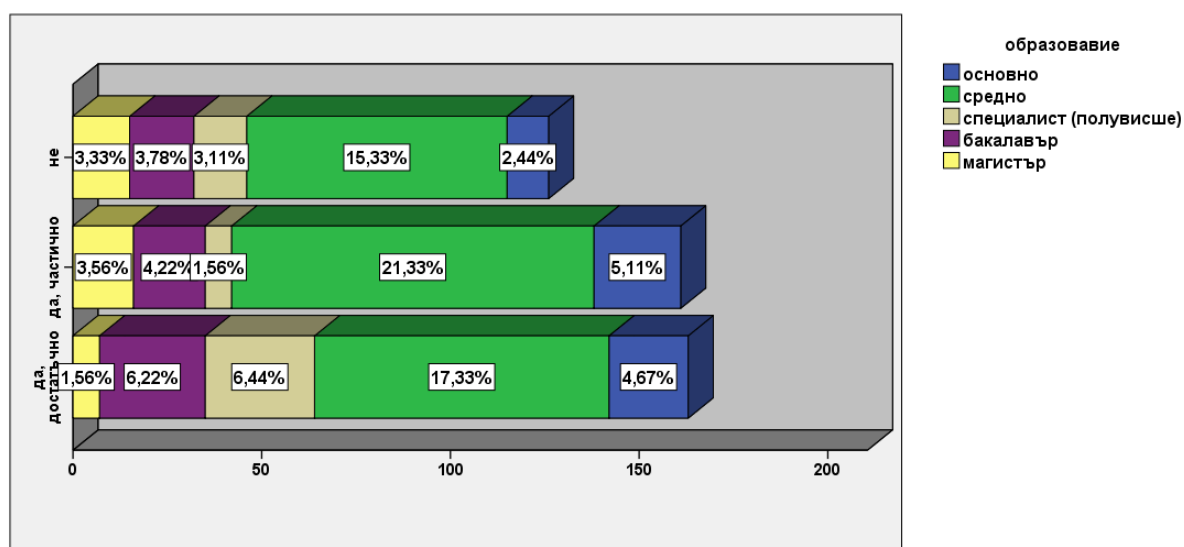
разстояния като, упражняват някаква физическа дейност на открито под формата на хоби и само 1,78% се занимават със спорт.(фиг.15) При направения анализ се констатира статистически значима зависимост ( $\chi^2=18.46$ ,  $p<0.001$ ,  $Cramer's V=0.20$ ), с увеличаване давността на заболяването се очертава тенденция на намаляване на физическата активност.

Освен, че се асоциира с хипертонията, недостатъчната физическа активност усилва действието на други фактори на риска за здравето. Епидемиологично проучване за физическата активност на населението в България показва, че над 80.0% от анкетираните с повишени стойности на артериалното налягане са с ниска двигателна активност през свободното време.[71, 70]

### **3. Проучване на информираността на лица с артериална хипертония относно заболяването и неговата социална значимост.**

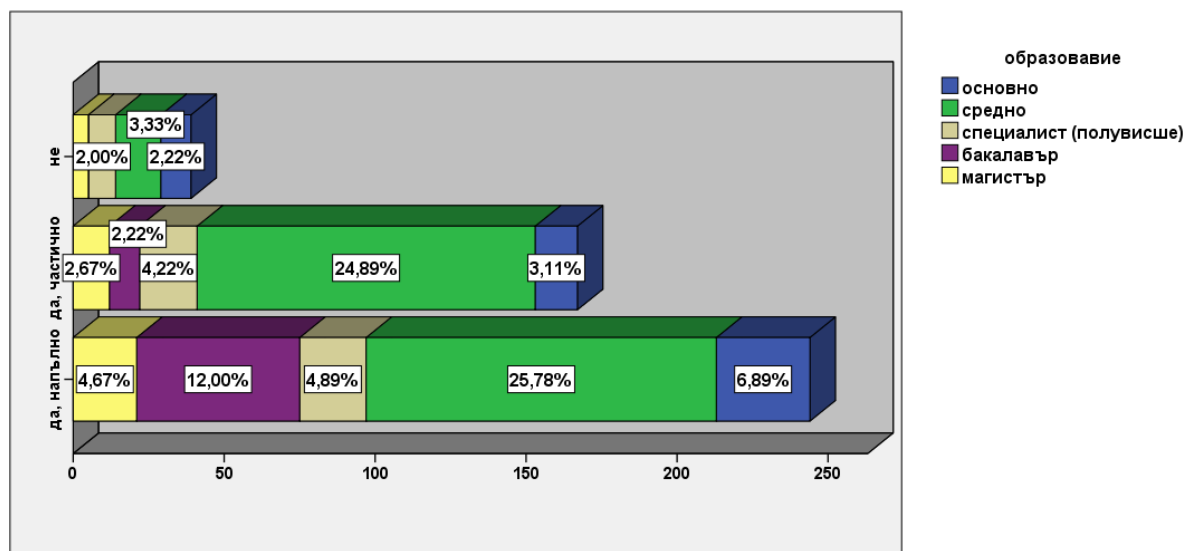
Източниците на здравна информация са много и относително лесно достъпни, както традиционните, като печатните издания, така и съвременните в лицето на електронните медии и интернет. Днес хората могат да прочетат огромна информация за всеки един здравен казус,

могат да споделят с други своя проблем, да правят консултации с известни специалисти или да търсят друго мнение и помощ от обществени организации и здравни асоциации. Скоростта на обмена на информацията е несравнимо по-бърз, по-качествен и по-сигурен отколкото само преди 20 години. Глобалната информационна мрежа /интернет/ е източник на огромна вселена от натрупани знания, опит и невероятни постижения и възможности на съвременната човешка цивилизация.



**Фиг.16 Честота на разпределение на респондентите според информираността им за заболяването**

Информираността на пациентите за заболяването им е от съществено значение за формирането на адекватно и отговорно отношение към него. Може да се каже, че информираният пациент е пациент с избор. Липсата на информация често води до забавяне или компрометиране на лечението. От проведеното проучване става ясно, че 36,2% от анкетираните твърдят, че имат достатъчно информация, 35,8% са се информирали частично, но 28% нямат познания за заболяването си. (фиг.16) Прави впечатление, че при лицата с висше образование нивото на информираност е по високо, установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=24.39, p<0.05$ ).

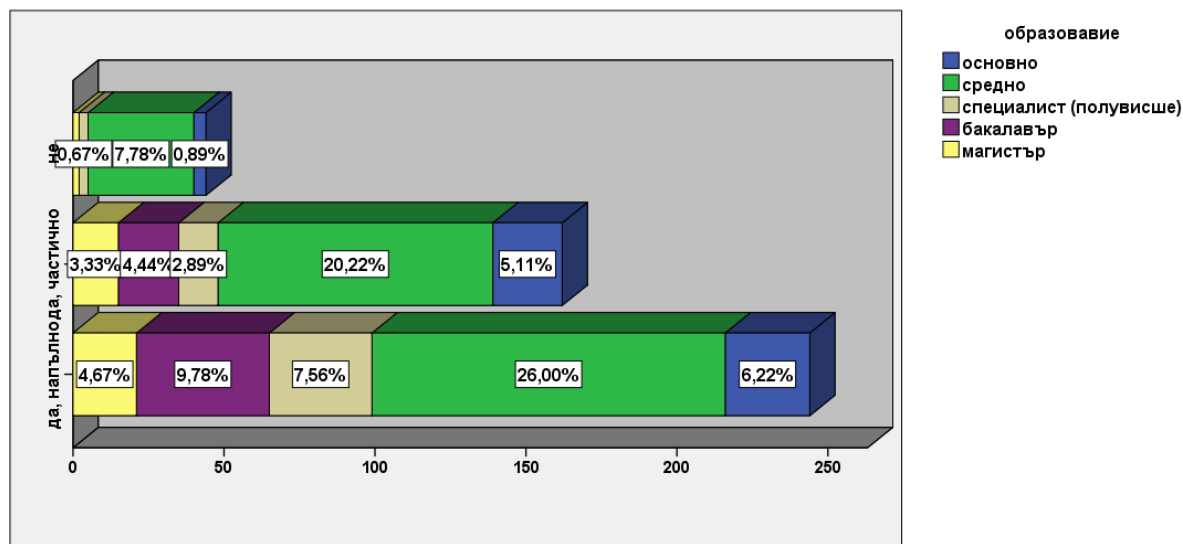


**Фиг.17** *Разпределение на пациентите според информираност за лечението*

При назначаването на терапия или корекция на съществуваща лекуващият лекар трябва да информира пациента. Но търсенето и получаването на адекватна информация от пациентите често се оказва проблем в здравеопазването. Една от причините е, че секторът е силно доминиран от т.нар. асиметрия в информацията – лекарите и доставчиците на здравни услуги имат много по-големи познания за необходимостта от определена терапия или здравна услуга, нейния вид и количество, в сравнение с пациента. Преодоляването на този проблем се постига само с активна комуникация от страна на лекарите, медицинските сестри и другите здравни специалисти. Поднесената информация трябва да е достъпна на разбираем за пациентите език. В противен случай те активно търсят алтернативни източници на информация за своето заболяване и вариантите за лечение, което в съвременната дигитална среда може да има двойк ефект.

В проведеното проучване повече от половината от респондентите , 54,22% са получили напълно изчерпателна информация относно диагностиката и лечението на заболяването им, но 37,11% са получили частична информация или не са били информирани – 8,67%.(фиг.17)

Отново прави впечатление на по добрата информираност на пациентите с по висока образователна степен, открива се статистически значима зависимост ( $\chi^2=48.16, p<0.001$ ).

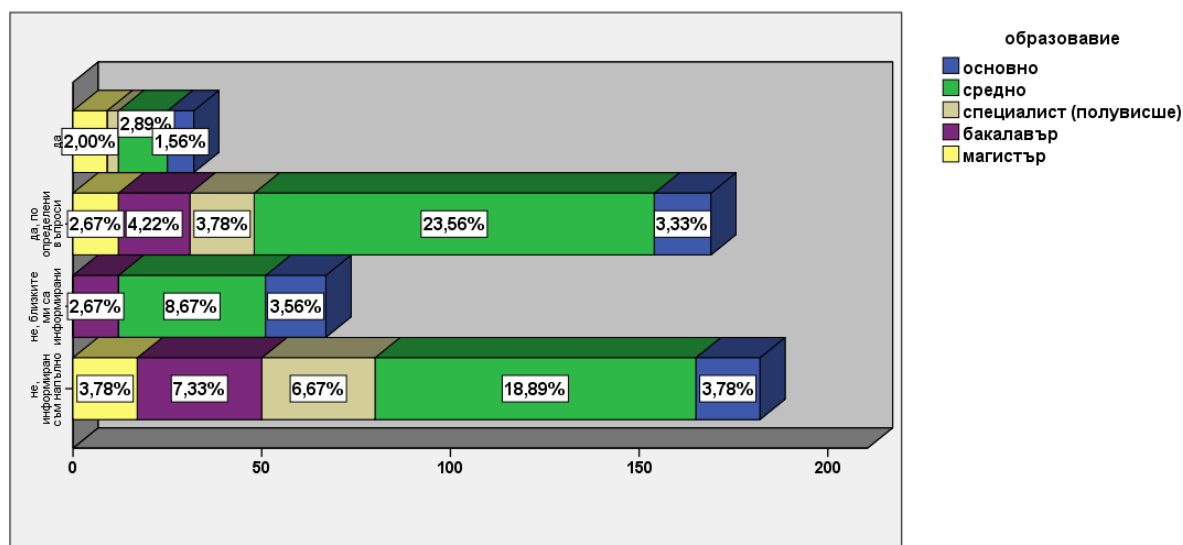


**Фиг.18. Разпределение на пациентите според информираност за хигиенно диетичния режим**

Хигиенно диетичния режим играе съществена роля при лечението много хронични заболявания в това число и заболяванията на сърдечно съдовата система. Класическата терапия на артериална хипертония е съчетание между хигиенно диетичен режим и медикаментозно лечение. Според „Препоръки 2018 на ESC/ESH за поведение при артериална хипертония” ефективните промени в начина на живот могат да бъдат достатъчни за отлагане или предотвратяване на нуждата от лекарствена терапия при пациенти с първа степен хипертония. Те могат и да засилят ефектите на антихипертензивната терапия.

54,22% от анкетираните са получили напълно изчерпателна информация относно хигиенно диетичния режим, в същото време 36,00% са получили частична информация, а 9,78% не са били информирани. (фиг.18) При анализа се установява връзка между образователния статус и информираността на пациентите относно

хигиенно диетичния режим, открива се статистически значима зависимост ( $\chi^2=22.04, p<0.05$ ).



**Фиг.19** Разпределение на пациентите според необходимостта от обучение

Според дефиницията на Световната здравна организация, публикувана през 1996 в доклада “Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease”: “терапевтичното обучение има за цел да подпомага пациентите да овладяват или поддържат компетенции, от които имат нужда, за да управляват по-добре живота с хронично заболяване.” Разширената дефиниция на понятието, дадена от някои автори включва “съвкупност от дейности за информиране, съветване и обучение, предназначени за управлението на хроничното заболяване и неговото лечение, имайки за цел да бъде създадено равновесие в живота на пациента, живеещ с хроничното заболяване.”, което води до постигане на следните резултати:

- Оpozнаване на същността на заболяването, етиология, методите за диагностика и лечение
- Оpozнаване на ползите и евентуалните страничните ефекти от

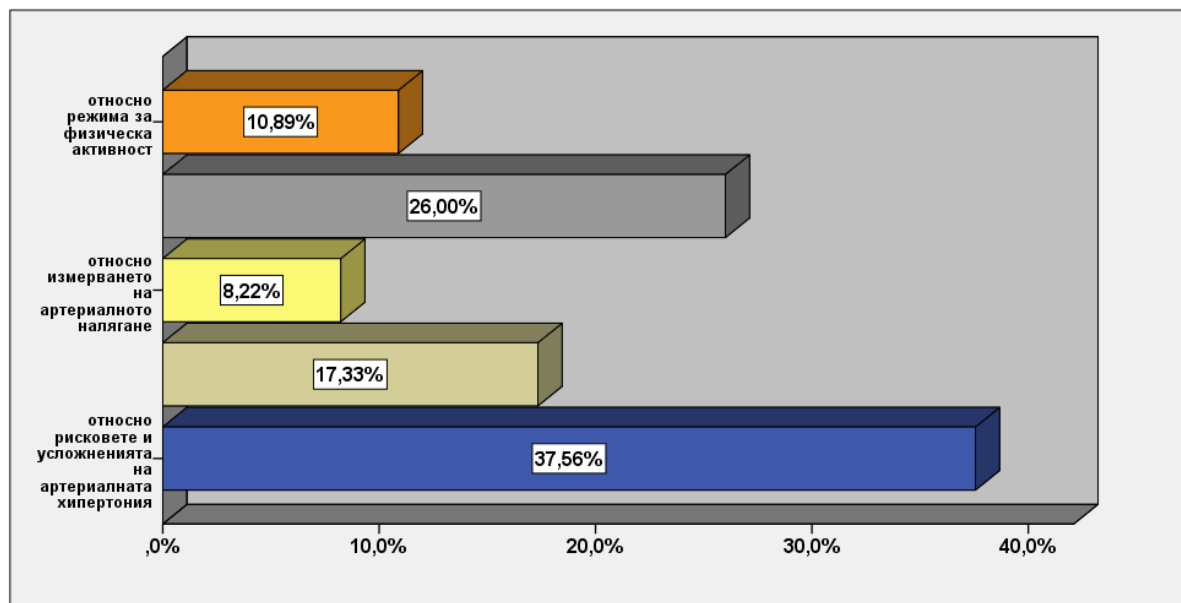
приложението на дадено лечение

- Опознаване на методите за превенция и контрол на активността на заболяването
- Разпознаване на влошаването и умения за бързо и адекватно реагиране, с цел отбягване на възможните усложнения.
- Умения за идентифициране на факторите, които водят до обостряне на заболяването и стремеж за тяхното избягване.
- Разрешаване на възникнали в следствие на заболяването трудности в ежедневието, с цел подобряване качеството на живот

Резултатите от проведената анкета сочат, че 47,65% определят знанията си като достатъчни и не се нуждаят от обучение. 7,11% се нуждаят от такова обучение, а 30,44% от частично такова. Оформя се и друга категория от 14,89%, които разчитат на знанията на свой близки, като това най често това са пациенти от възрастовата група над 70г. (фиг.19) От анализа е видно , че респондентите с основно и средно образование по често съобщават за необходимост от допълнително обучение, установена статистически значима зависимост ( $\chi^2=59.63$ ,  $p<0.001$ ).

Мнението на респондентите относно естеството на информацията която представлява интерес за тях е илюстрирана на фиг. 20. Най голяма част от тях 37,56% се интересуват от рисковете и усложненията на артериалната хипертония. Запознаването на пациентите с рисковете от усложнения на неконтролираната хипертония може да има положителен ефект и да доведе до по отговорно отношение към заболяването. На второ място 26,00% се нуждаят от повече информация свързана с медикаментозната терапия. 17,33% оценяват значението на хранителния режим за протичане на заболяването и търсят информация в тази насока. Двигателния режим и физическата активност представляват интерес за

10,89%. Интерес представлява факта , че 8,22% имат необходимост от обучение за измерване на кръвното налягане.



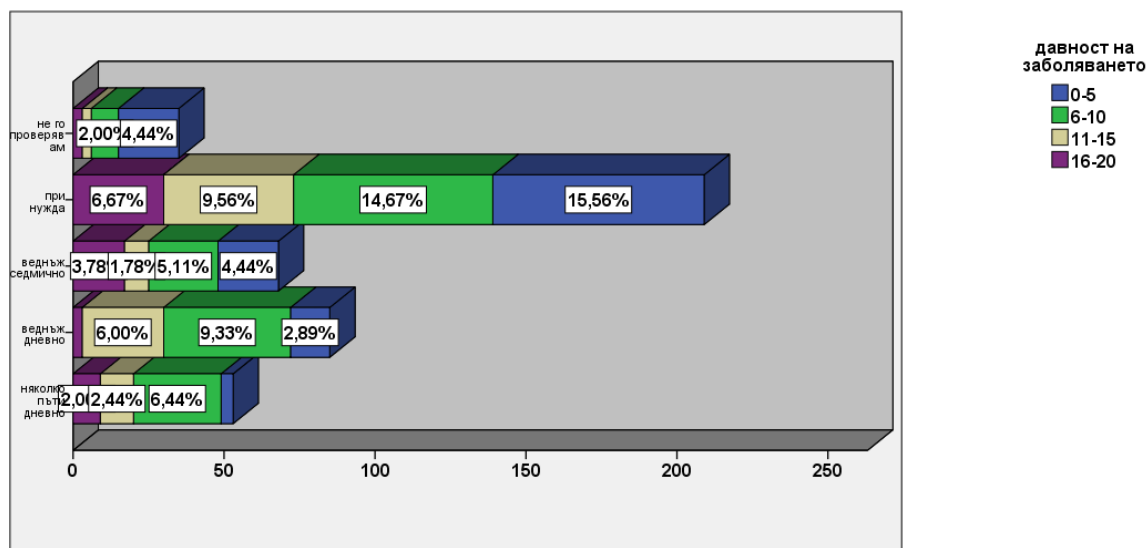
**Фиг.20** *Разпределение на пациентите според естеството на необходимата информация*

Липсата на специализирано обучение на пациентите с хронични заболявания, каквито са тези с артериална хипертония, е една от причините за по-голямата честота на усложненията сред тях, на необходимостта от по-чести хоспитализации и като цяло за увеличаване на разходите за лечение и рехабилитация.

#### **4. Анализ на индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония към собственото заболяване.**

Здравната култура е съвкупност от знания нагласи, отношения, убеждения и поведение във връзка с възстановяването, опазването, укрепването на личностното и общественото здраве. Различаваме обективна (обществена) и субективна (личностна) култура. За опазване здравето на населението значение има субективната здравна култура. Тя се проявява в отношението на индивида към собствения му стил на

живот, към здравето на околните, към собственото му заболяване, отношението на социалната група към здравето на индивида, отношението на индивида към дейността на здравната служба и към хигиената на окръжаващата го жизнена среда. Отношението към собственото ни здраве определя нивото на нашата здравна култура.

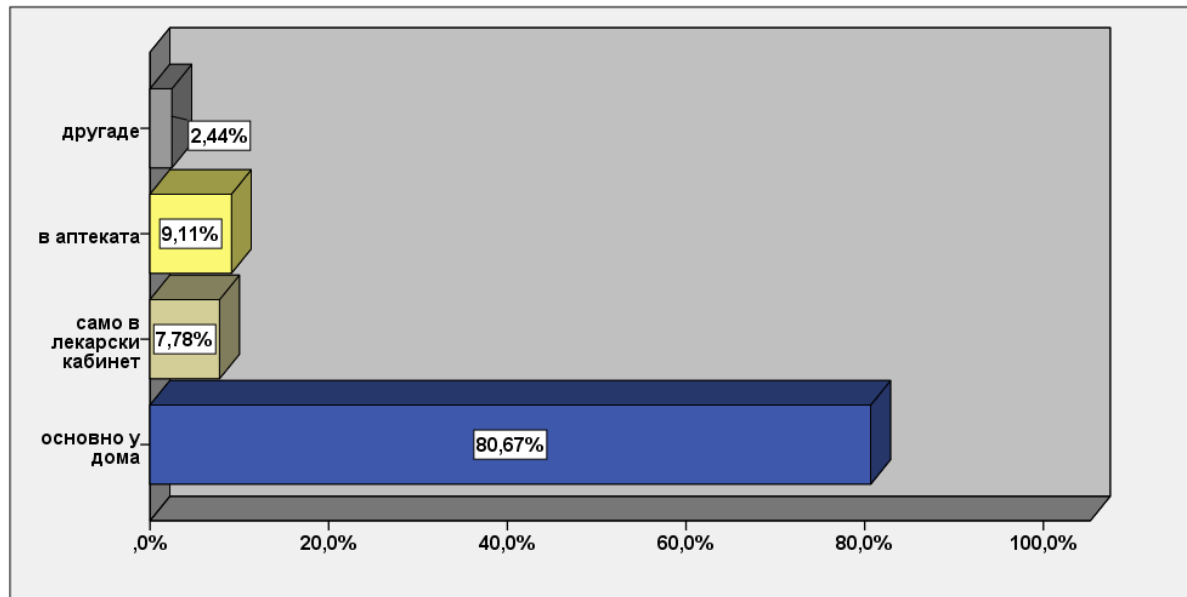


**Фиг.21 Честота на разпределение на респондентите според периодичността при измерване на артериалното налягане**

Кръвното налягане не е постоянна величина и варира през целия ден. Нивото на артериалното налягане търпи значителни колебания в рамките на денонощието или на по-големи периоди от време. Кръвното налягане се влияе от нивото на активност натоварване, почивка, степен на бодрост или сън, фактори на средата, напр. температура, настроение – приятелско, враждебно и др. емоционални и физиологични фактори, които повлияват отговора към външни и вътрешни дразнителни. Еднократното измерване на артериалното налягане не може да отрази денонощните му колебания.

Измерването на кръвното налягане е от съществено значение за проследяване и контрол на заболяването. Периодичността при измерванията на стойностите му е различна и строго индивидуална за всеки пациент. В резултатите от проучването прави впечатление, че най

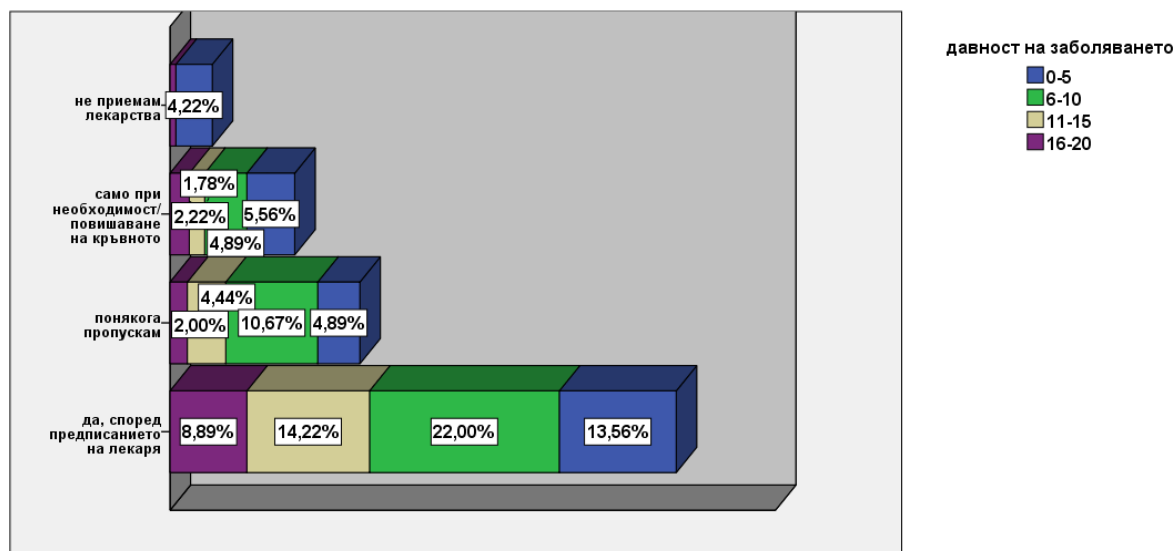
голям дял от анкетираните измерват кръвното си налягане само при необходимост – 46,44%. По-тревожен е факта, че 7,78% не измерват кръвното си налягане като най голям дял от тях са пациенти с давност на заболяването до 5 години. По този начин не се контролира заболяването и се ускорява еволюцията му. Анализът открива статистически значима зависимост ( $\chi^2=60.49$ ,  $p<0.001$ ). (фиг.21)



**Фиг.22 Честота на разпределение на респондентите според мястото където измерват артериалното си налягане**

В „Ръководство за лечение на артериална хипертония”, изготвено от Европейското дружество по хипертония (ESH) и Европейското дружество по кардиология (ESC) се обръща специално внимание на измерването на артериалното налягане с цел установяване на отклонената от нормата. Обоснована е необходимостта като от „офисното” измерване, така и от измерването в домашни условия. При изследваната от нас група 7,78% разчитат на измерване само в лекарски кабинет, а 9,11% в аптека. Това от една страна е добре тъй като гарантира точни стойности на измереното кръвно налягане, но пък крие риск от „хипертония на бялата престилка”. 80,67% предпочитат измерването да става в домашна обстановка. (фиг.22)

Самостоятелното измерване на артериалното налягане, обикновено в домашни условия, в последните години става популярно сред хипертонично болните. Това допринася за ангажиране на пациента в лечебния процес и може да улесни титрирането на дозата на приемания медикамент. По този начин рано се регистрират промените в АН и се избягва „ефекта на бялата престилка”[80].



**Фиг.23 Честота на разпределение на респондентите според приема на медикаменти**

Европейските методични указания предлагат две терапевтични стратегии за медикаментозно лечение на АХ – монотерапия или комбинирана терапия. Лечението на всеки пациент трябва да бъде съобразено с цялостния му рисков профил, а не само със стойностите на артериалната хипертония. Основната цел е дългосрочно и максимално намаляване на риска от развитие на сърдечносъдови заболявания.

Медикаментозното лечение по правило продължава с години, често и през целия живот на болния. Доброто сътрудничество между пациент и лекар е от основно значение за успеха на лечението. От особена важност е стриктното спазване предписаната терапия, относно доза и брой приеми, както и да се съобщава веднага за наличие на

странични действия от избрания медикамент или за неефективност на лечението.

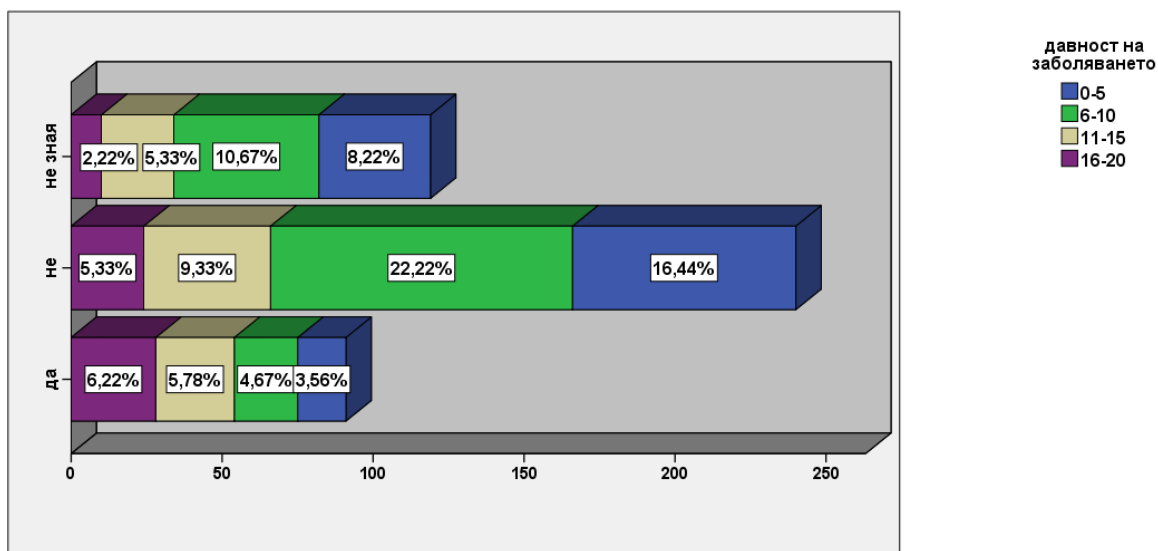
От проведеното проучване става ясно, че 58,67% от анкетиранияте спазват стриктно предписаната терапия, 22,00% понякога пропускат приема на хипотензивния медикамент. Много по обезпокояващо е 14,44% приемат лекарства само при необходимост, а 4,89% не приемат медикаменти за хипертонията. (фиг.23) При анализа се очертава тенденция на по стриктен прием на медикаментите при респонденти с по голяма давност на заболяването, открива се статистически значима зависимост ( $\chi^2=54.66$ ,  $p<0.001$ ). Трябва отново да се подчертае, че пренебрегването на медикаментозното лечение води до бърза еволюция на заболяването и настъпване на тежки усложнения.

Основните таргетни органи на повишеното АН са сърцето, мозъкът, бъбреците и очите. Най-често срещаните сърдечно-съдови усложнения са левокамерна хипертрофия, исхемична болест на сърцето и усложнения – миокарден инфаркт, диастолна и систолна дисфункция, сърдечна недостатъчност, надкамерни и камерни аритмии, дисекация на аортата.

Други важни усложнения, честа причина за тежка инвалидизация и повишена смъртност, са мозъчно-съдовите инциденти – исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт, преходно нарушение на мозъчното кръвообращение, мултиинфарктна енцефалопатия и деменция.

Бъбреците са сред важните таргетни органи за АХ. Бъбречните усложнения включват нефросклероза с последваща протеинурия и прогресираща бъбречна дисфункция до степен на терминална бъбречна недостатъчност.

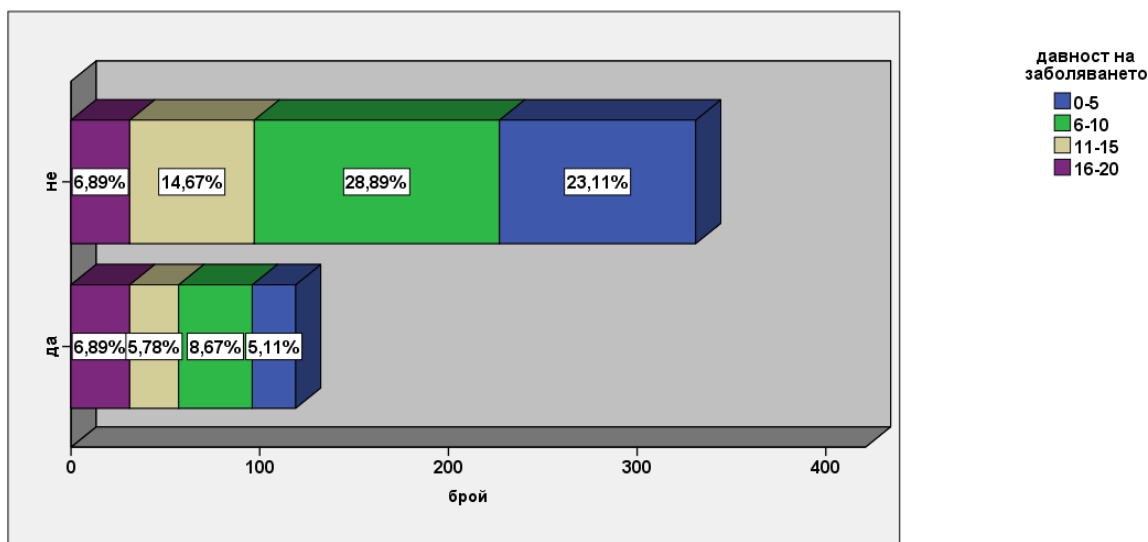
Не трябва да се пропускат и усложнения от страна на очите – хипертензивна ретинопатия, лезии на Vinswager, тъй като те биха могли да доведат до загуба на зрението и инвалидизиране на пациентите.[62]



**Фиг.24 Честота на разпределение на респондентите според наличието на установени други заболявания свързани с хипертонията**

При анализа на данните от проведената анкета се установява, че 22,22% имат заболяване пряко свързано с хипертонията, 53,33% твърдят че нямат, 26,44% - не знаят, което не изключва наличието на такова. Наличието на лицата с усложнения говори за недобре коригирана хипертония и или продължителна давност на заболяването. Анализа открива статистически значима връзка, наличие на заболяване свързано с артериалната хипертония и давност на заболяването ( $\chi^2=38.99$ ,  $p<0.001$ ). (фиг.24)

Според Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на националната здравна стратегия за 2018 година на Националния център за обществено здраве и анализи най-честата причина за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 33,4% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица.



**Фиг.25** Разпределение на пациентите според наличието на експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК/

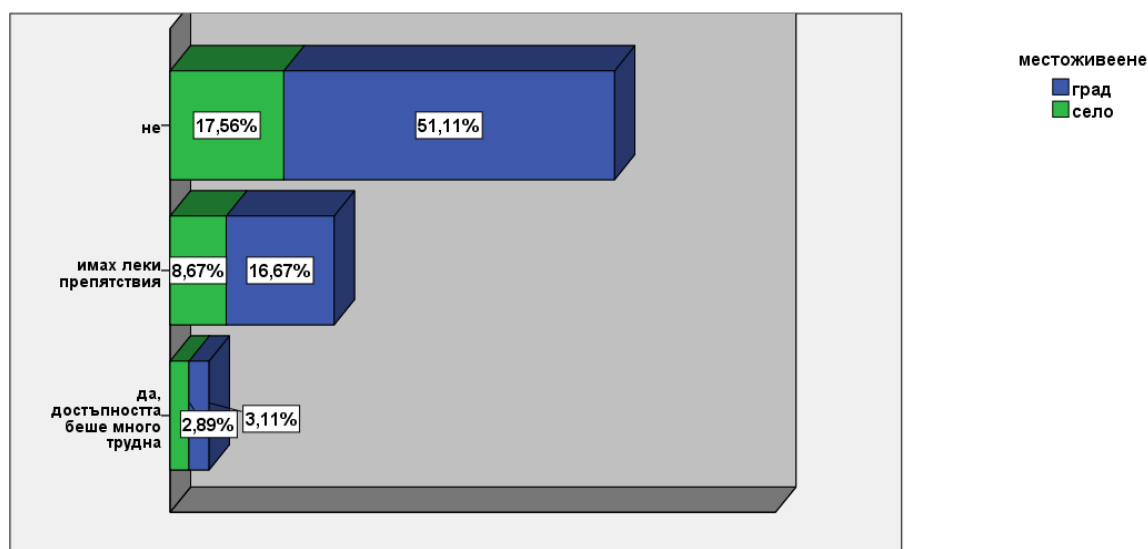
26,44% от проучените пациенти с артериална хипертония притежават Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК/ за трайната нетрудоспособност, като този факт е с много по голяма честота при респондентите с по голяма давност на заболяването , установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=23.36$ ,  $p<0.001$ ). Всичко това потвърждава значимостта на заболяването за инвалидизацията на населението.(фиг.25)

### **5. Проучване и анализ на удовлетвореността пациентите от проведените профилактични, лечебни и социални мероприятия.**

Удовлетвореността на пациентите от качеството на грижите по време на тяхната хоспитализация е съществен критерий при определяне качеството на оказаната медицинска помощ. Качеството на здравните грижи трябва да отговаря на очакванията на пациента и на неговите потребности както по отношение на техническото изпълнение на грижите и процедурите, така и по отношение на взаимоотношенията с персонала.

Достъпността до медицинска помощ в това число и болнично лечение е един от критериите за качество. Според закона за здравето и Закона за здравното осигуряване всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ, като тя се осъществява при прилагане на следните принципи:

1. своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
2. равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
3. сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
4. зачитане правата на пациента.



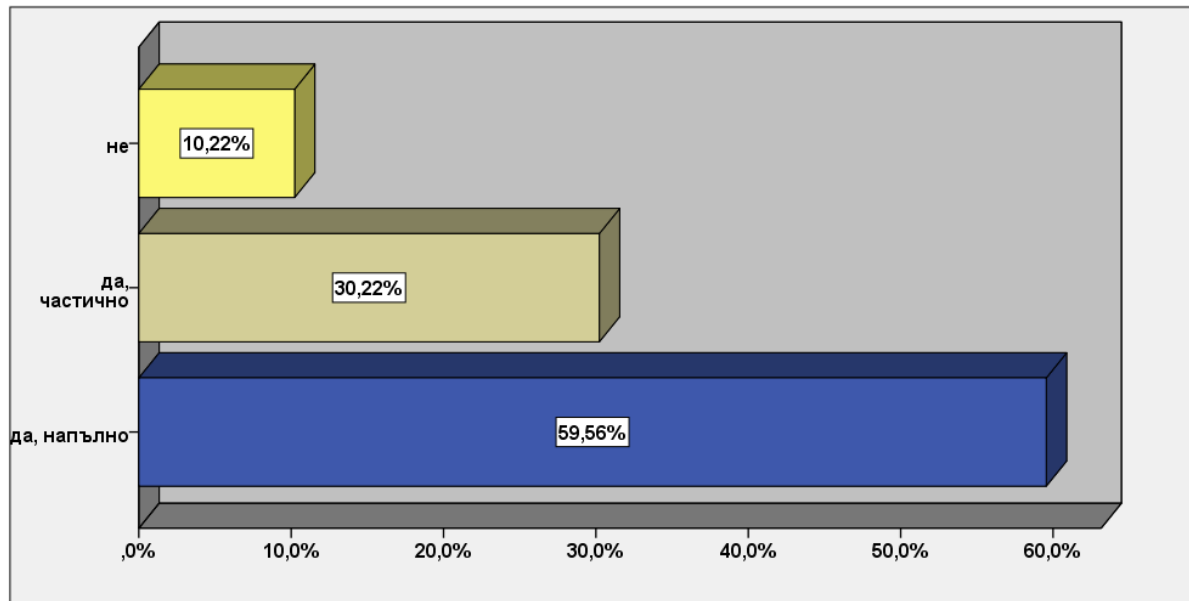
**Фиг.26** Разпределение на респондентите според мнението им за достъпност на болничното лечение

Резултатите от проведеното проучване показват, че две трети 68,67% от анкетираните не са имали проблеми при постъпването в болнично заведение, 25,33% съобщават за леки препятствия и 6% съобщават за затруднен достъп. (фиг.26) От анализа е видно, че живеещите в селата съобщават по често за затруднен достъп в сравнение с живеещите в градовете, установена е статистически значима

зависимост ( $\chi^2=8.06$ ,  $p<0.05$ ). Независимо, че по голяма част от пациентите да не съобщават за затруднения, не може да се твърди, че липсват проблеми при достъпа до болнично лечение. Това се потвърждава и от авторитетното проучване Индекс на европейския здравен потребител през 2018 г. според него значителен дял от българите съобщават за неудовлетворени потребности от медицински преглед или лечение, като най-важни са финансовите причини. Изминаването на разстояние и наличието на лекари също остават важни бариери пред достъпа, особено за пациентите с ниски доходи. Изводите, отбелязани в доклада сочат, че страната ни изостава най-вече в обхвата и достъпа до здравни услуги, а също и в резултатите от лечението

Отношенията между медицинските професионалисти и пациента в процеса на въздействие и взаимодействие се формират под влияние на сложен комплекс от фактори. Това са фактори от страна на пациента, от страна на медицинския специалист и фактори от страна на работната среда.

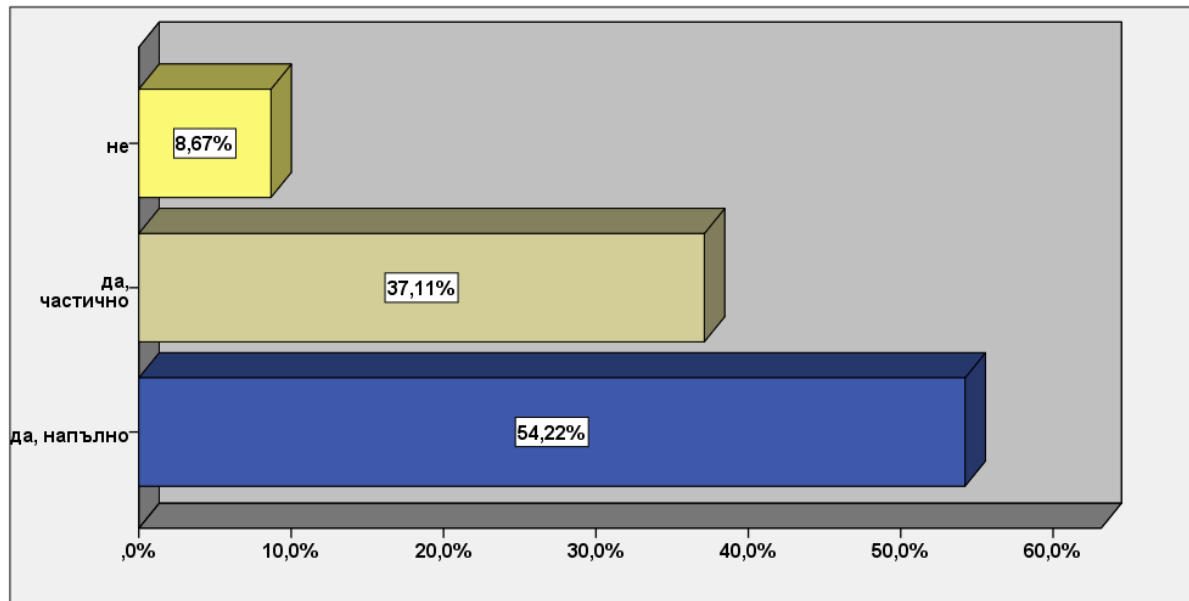
При всяко взаимодействие с медицинския екип пациентите формират мнение за качеството въз основа на съпричастността на персонала, отношението към споделените проблеми и приятелските взаимоотношения. От значение са също и уменията за комуникация на медицинския екип, както и ефективността от предписания терапевтичен режим.



**Фиг.27** *Разпределение на пациентите според удовлетвореността от отношението на лекуващия лекар.*

Отношението на лекаря към пациента е от съществено значение за успеха на лечебния процес. Това в още по голяма степен е валидно за пациенти с хронични заболявания, в това число и артериалната хипертония. Формирането на усещане у болния за добро отношение на лекуващия лекар към него води до повишаване на доверието, което неминуемо рефлектира с позитивен знак върху целия лечебен процес. В проведената анкета по голяма част от анкетираните изразяват в различна степен удовлетвореност от отношението на лекаря към тях, 59,56% са напълно удовлетворени, а 30,22% частично. Само 10,22% са недоволни от показаното отношение към тях.(фиг.27)

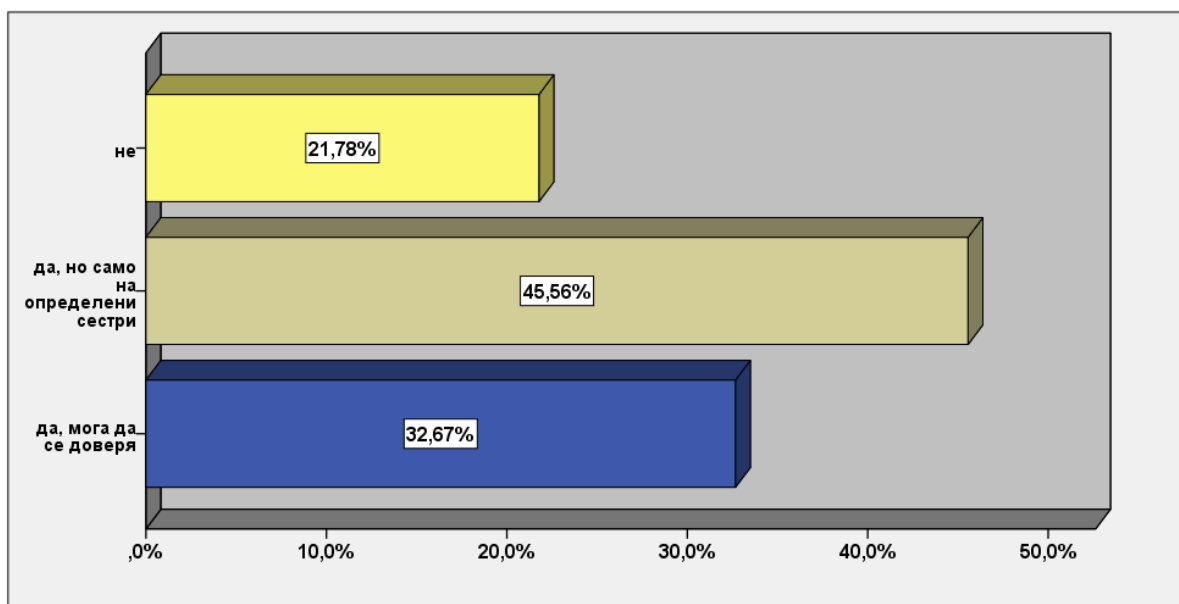
Медицинската сестрата трябва да познава пациента, за да изгради оптимални отношения с него, отговарящи на индивидуалните му нужди. Отношенията, при които се демонстрира топлина и приемане повишават вярата на пациента. Познаването на пациента, дава възможност на медицинската сестра да разбере по-добре вътрешния му свят, което е предпоставка за предоставяне на ефективна помощ и грижи, отговарящи на специфичните нужди на пациента.



**Фиг.28** Разпределение на пациентите според удовлетвореността от отношението на медицинската сестра.

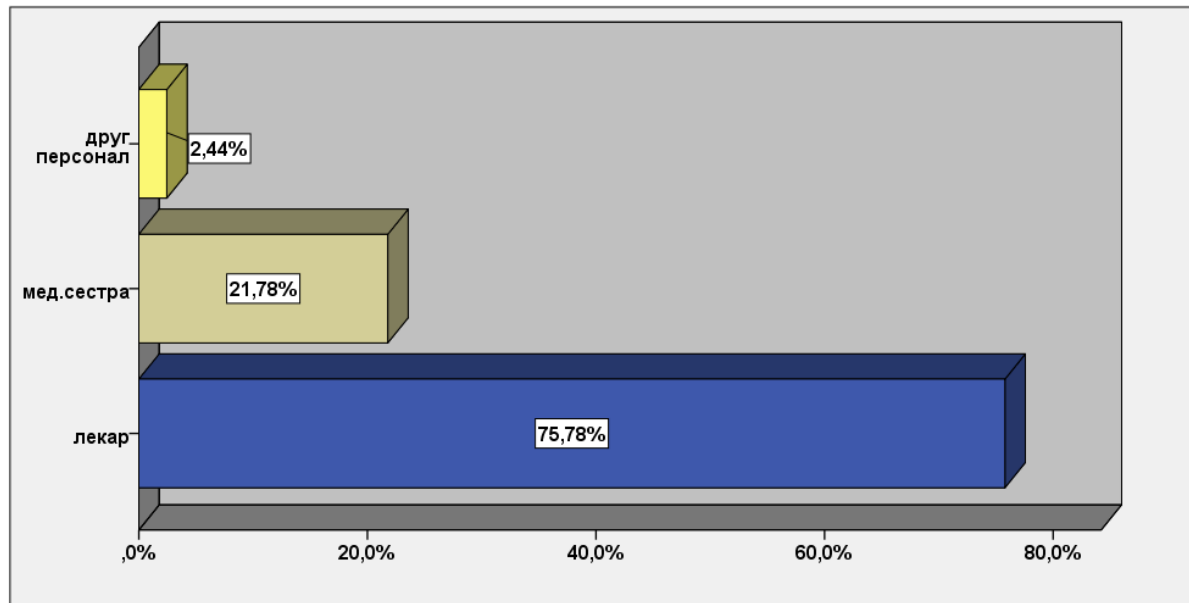
Анкетираните дават висока оценка на демонстрираното от медицинската сестра отношение към тях, като 54,22% са напълно удовлетворени, 37,11% са удовлетворени, но частично и само 8,67% изразяват неудовлетвореност. (фиг.28)

Видно е от изложените до тук факти, че над половината от респондентите са напълно удовлетворени от отношението на лекуващия екип, лекар/медицинска сестра, но приблизително една трета изразяват частична удовлетвореност, което е в синхрон с обществените нагласи у нас и с повишените очаквания на обществото към здравеопазната ни система.



**Фиг.29** Разпределение на пациентите според доверието към медицинската сестра

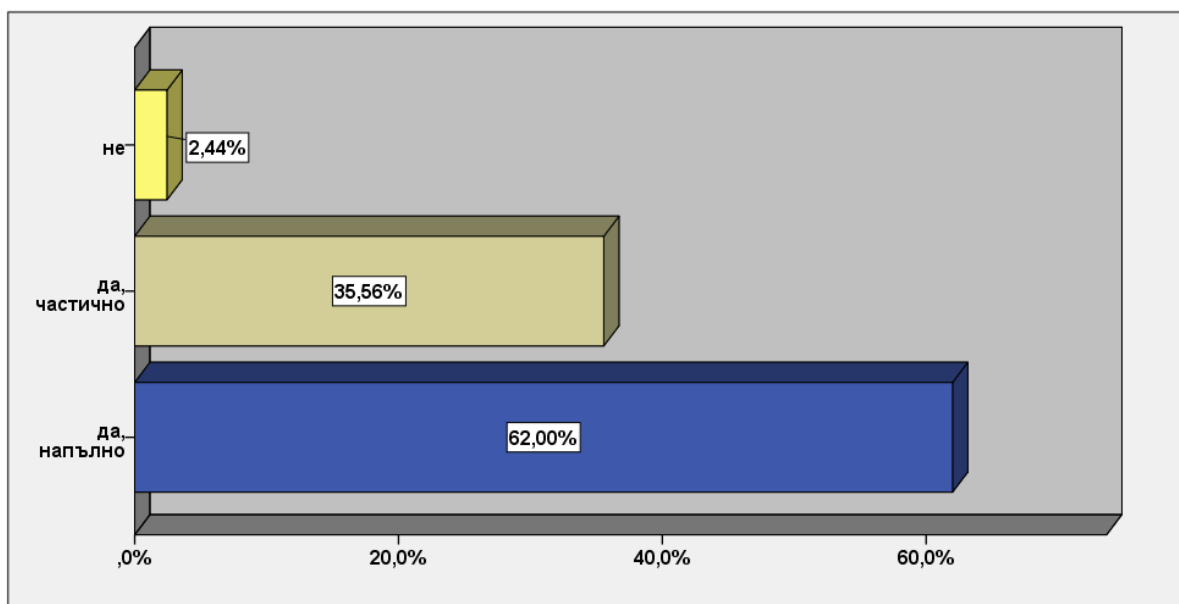
Професията на медицинската сестра е уникална, защото нейната основна роля е да се докосва до хората, до тяхната мъка и страдание, да ги подпомага и подкрепя. Грижите за хронично болен пациент са предизвикателство, което изисква от медицинската сестра да употреби всичките си знания и умения, на които е способна. Общуването и изграждането на доверие между нея и пациента е критерии за качеството на грижите. При проведеното запитване на въпроса ”Смятате ли, че може да се доверите напълно на медицинската сестра и споделите здравословните си проблеми”, една трета от тях 32,67% отговарят положително, 45,56% биха се доверили на определени сестри , а 21,78% не смятат, че могат да се доверят. Тези резултати очертават лек дефицит на доверие към медицинската сестра.(фиг.29)



**Фиг.30** *Разпределение на пациентите според предпочитанията за съвет*

По време на престоя на пациента в лечебното заведение често може да възникнат въпроси относно диагностиката, терапията или лечебно охранителния режим. Към кого биха се обърнали пациентите. 75,78% търсят съвет от лекаря, а 21,76% от медицинската сестра. Интересно е , че макар малка част от тях 2,44% посочват, че се консултират с друг персонал. (фиг.30) Резултатите са очаквани и пряко кореспондират с водещата роля на лекаря в терапевтичния екип.,

Проблемът за качеството на здравните грижи е изключително актуален поради непрекъснатото повишаване на потребностите на пациентите. Те стават все по осведомени и търсят повече информация по отношение на болничното лечение и качеството на грижите. Оценката на удовлетвореността на пациентите от полученото здравно обслужване има за цел да определи нивото на качество на предоставените грижи, да поддържа и подобрява това ниво, както и да съдейства за повишаване професионалната компетентност на персонала. [39].



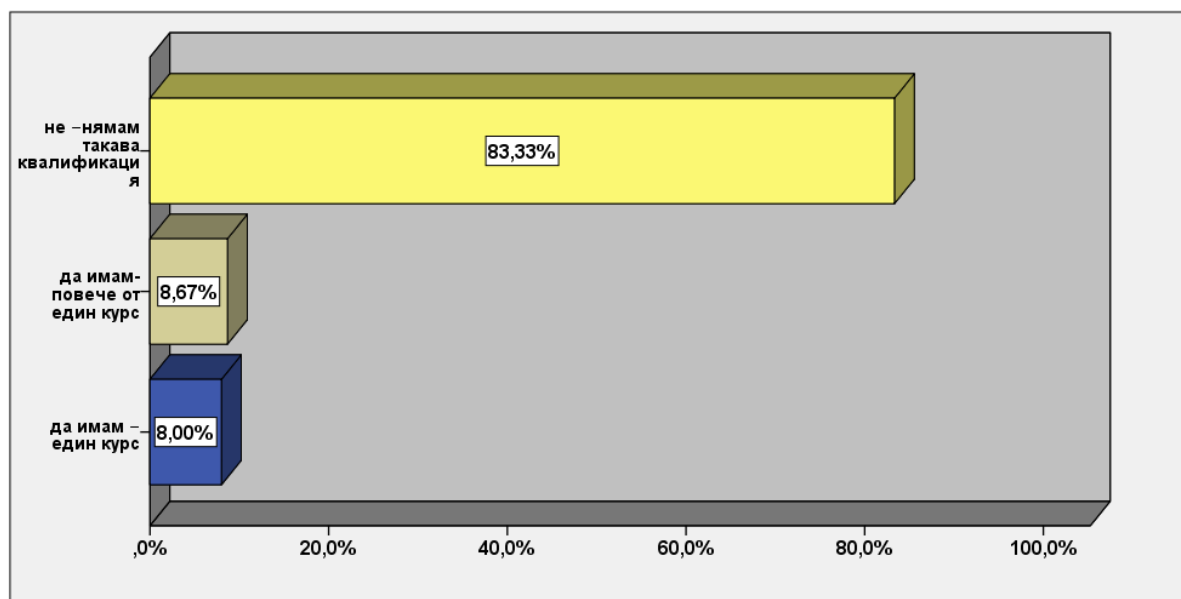
**Фиг.31 Удовлетвореност от сестрински грижи**

Според анкетиранияте общото ниво на удовлетвореност от сестринските грижи е относително високо, 62,00% са напълно удовлетворени , 35,56% са удовлетворени частично и само 2,44% изразяват неудовлетвореност.(фиг.31) Всеки пациент формира мнение за качеството на медицинската грижа, която получава като сравнява своите очаквания с действителността и оценява резултата. Ако опитът отговаря или надвишава очакванията, пациентът възприема обслужването като доброто. Ако опитът не отговаря на очакванията , като лошо.

## **6. Анализ на квалификацията на медицинската сестра и възможностите за участие в превенцията на заболяването .**

Медицинските сестри могат да осъществяват дейности, допринасящи за успешната профилактика на сърдечно-съдовите заболявания. Те могат да предоставят здравна информация, да обучават пациентите и техните семейства относно принципите на здравословен начин на живот и да ги мотивират към активно сътрудничество, с цел подобряване на здравето и качеството на живот.

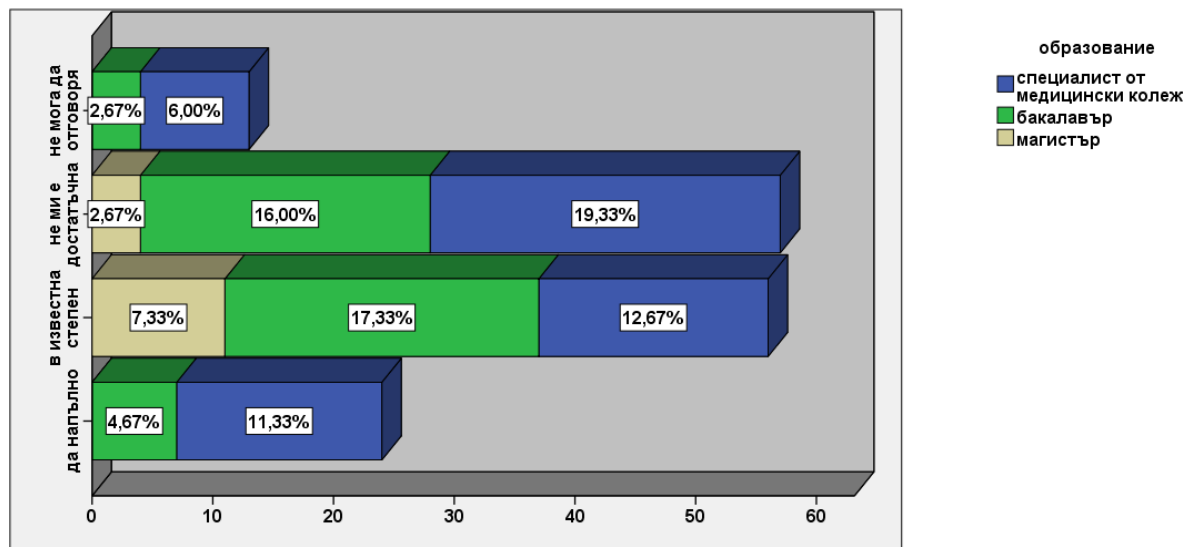
Придобиваните знания и умения по време на базовото обучение не винаги са достатъчни за изпълнение на съвременните непрекъснато нарастващи изисквания към сестринската професия. Все по-голямо значение придобиват т. нар. „ключови компетентности“, залегнати в Европейската референтна рамка: умения за учене, инициативност, осъзнатост, творчески, обществени и граждански компетентности.



**Фиг.32 Придобито следдипломно обучение**

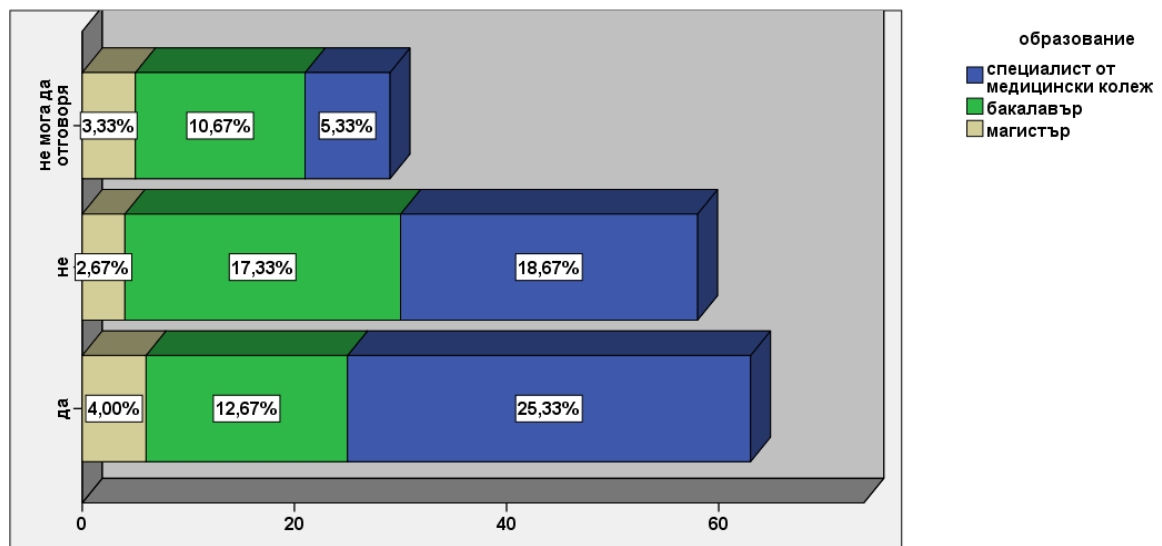
С продължаващото обучение освен, че се прилага на практика концепцията за учене през целия живот, се засилва и връзката между теория и практика. Медицинските сестри получават търсените от тях нови знания и надграждат своето образование, за да бъдат адекватни на иновациите и конкурентноспособни при непрекъснато променящите се условия в здравеопазването.

В проведеното проучване прави впечатление малкият дял на медицинските сестри притежаващи допълнителна квалификация свързана с грижите при пациенти със сърдечно съдови заболявания, едва 8% имат по един курс, а 8,67% имат повече от един такъв.(фиг.32)



**Фиг.33 Самооценка на притежаваната квалификация**

На въпроса „Достатъчна ли Ви е тази квалификация?“ 24% отговарят „да, напълно“, 56% „в известна степен“, 57% „не“ и 13% не могат да отговорят. Открива се статистически значима зависимост между самооценката за достатъчност на притежаваната квалификация и образователната степен ( $\chi^2=17.007$ ,  $p<0.05$ ). (фиг.33)

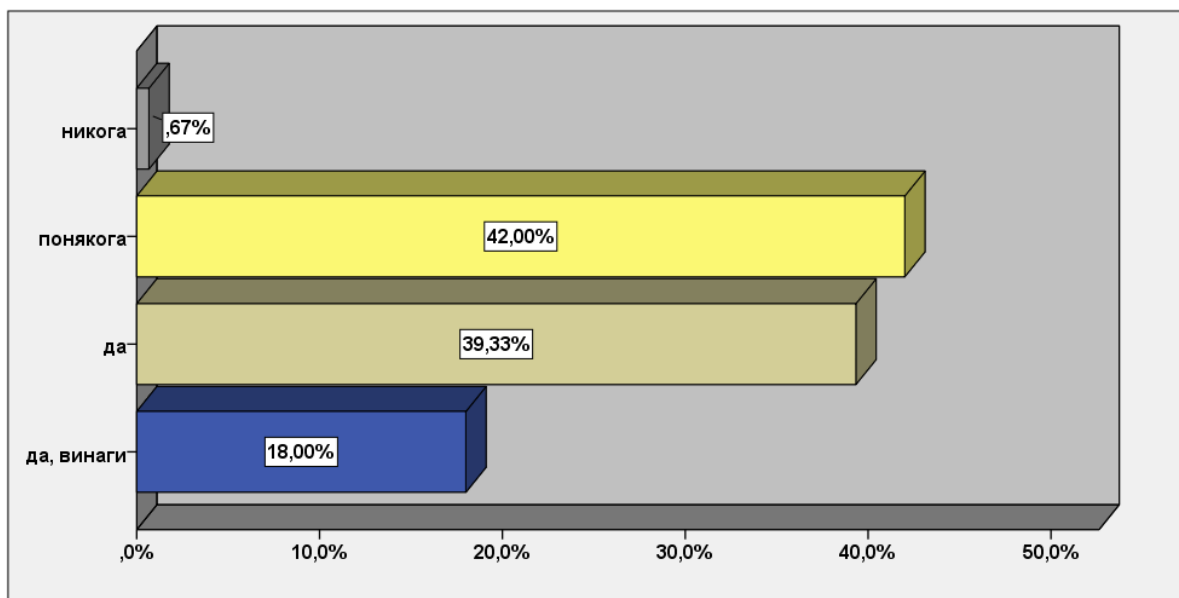


**Фиг.34 Потребност от допълнително обучение**

Днес професията на медицинската сестра се развива много по динамично, отколкото в миналото. Възниква все по-голяма потребност от продължаващо обучение насочено към спецификата на здравните

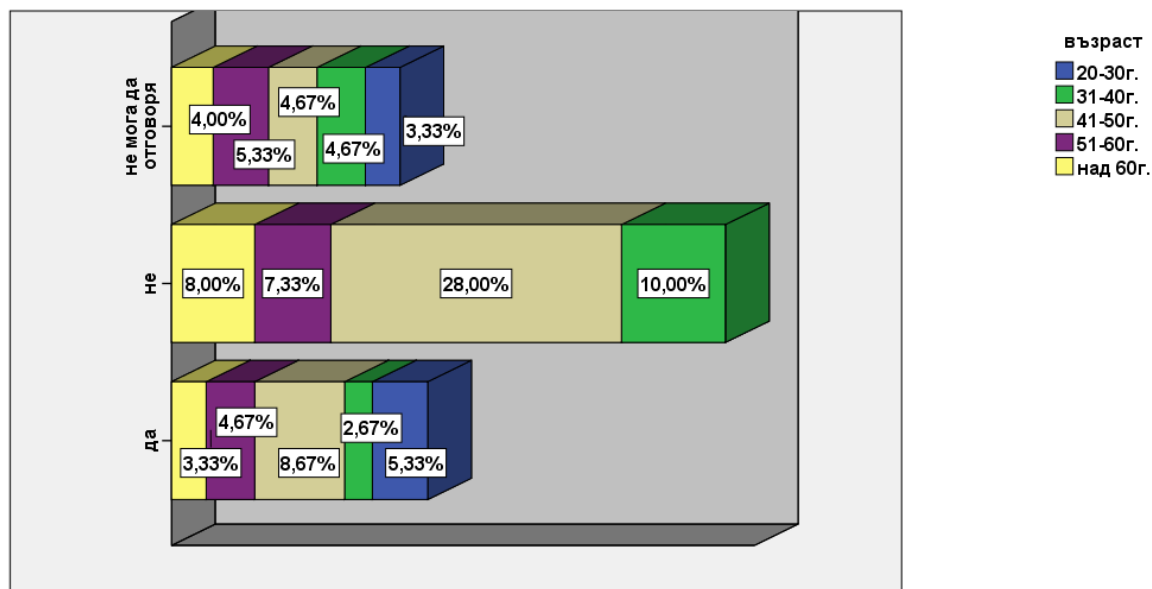
грижи за пациенти с конкретни заболявания и здравните потребности произхождащи от тях. В тази връзка интерес представляват отговорите на респондентите. 42% от тях споделят мнението за необходимост от обучение, 38,7% не смятат, че е необходимо такова обучение, а 19,3% не могат да дадат отговор.(фиг.34) Наблюдава се статистически значима зависимост ( $\chi^2=9.89$ ,  $p<0.05$ ) между потребността от допълнително обучение и образованието на анкетираните.

Търсенето и получаването на адекватна информация от пациентите често се оказва проблем в здравеопазването. Както бе отбелязано вече една от причините е, че секторът е силно доминиран от т.нар. асиметрия в информацията – лекарите и медицинските сестри имат много по-големи познания за заболяването, необходимостта от определена здравна услуга, нейния вид и количество, в сравнение с пациента. Този проблем може да бъде преодолян само с активна комуникация от страна на лекарите, медицинските сестри и другите здравни специалисти с пациентите.



**Фиг.35** *Отговори на въпроса: „Пациентите търсят ли вашето професионално мнение.“*

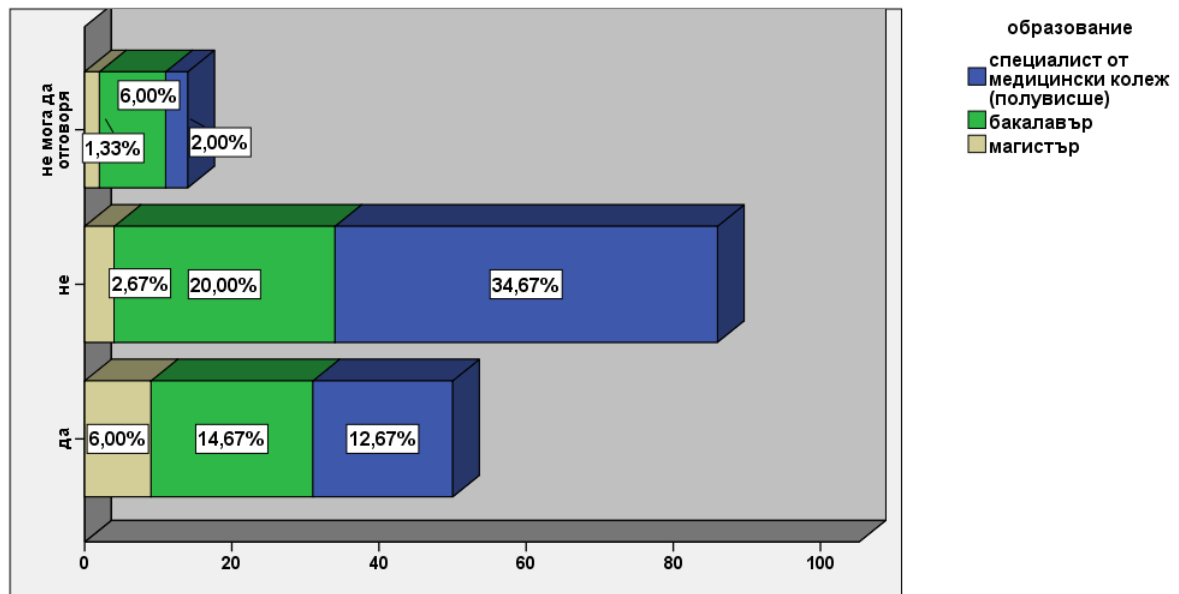
Резултатите от проведеното проучване показват, че 18% от анкетираните отговарят „да, винаги”, 39,33% „да”, 42% „понякога” и само 0,67% „никога”. Тези отговори дават индиректна оценка за професионалните компетентности на медицинските сестри.(фиг.35)



**Фиг.36 Регламентиране на обучителната функция в длъжностната характеристика**

Участието на медицинската сестра в обучението на пациентите е част от професионалните ѝ задължения и една от основните сестрински функции, чрез която се осъществява профилактиката на заболяванията. Обучението на пациентите с хронични заболявания като артериална хипертония се осъществява по време на целия лечебен процес, както по време на хоспитализацията им, така и след това. Мястото и ролята на медицинската сестра е съществена при този процес на обучение, защото информираният и обучен пациент е способен да взема адекватни здравни решения и активно да участва в своя лечебен процес. Според отговорите на анкетираните медицински сестри 22% потвърждават, че обучителната функция е регламентирана в длъжностната им характеристика, повече от половината 54% дават отрицателен отговор.

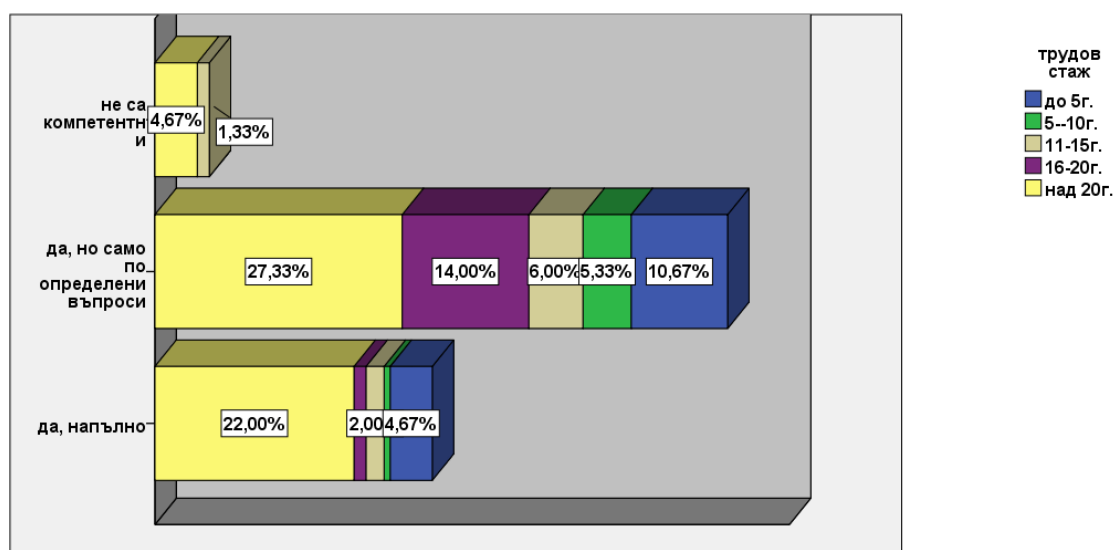
По обезпокоително е, че 24% не могат да отговорят, което показва непознаване на основен документ регламентиращ ежедневните им дейности и задължения. Установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=24.79$ ,  $p<0.05$ ) относно мнението за регламентиране на обучителната функция на медицинската сестра и възрастта на респондентите, във възрастовите групи до 40 г. по често се среща отговора „да” (фиг.36)



**Фиг.37 Педагогическа компетентност**

Педагогическата компетентност е неразривна част от професионалната компетентност на медицинската сестра. През 2006 година с постановление на Министерския съвет бе приета Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите “медицинска сестра” и “акушерка” за образователно-квалификационна степен "бакалавър". По този начин изискванията за придобиване на висше образование по двете специалности бяха синхронизирани с директивите на Европейския съюз във връзка с присъединяването на България към Европейския съюз. Тези промени доведоха до въвеждането на нови дисциплини при обучението на медицинските сестри, в това число и педагогически, с цел разширяване

на професионалните компетентности. Голяма част от респондентите са завършили обучението си преди тези промени, което се отразява и в отговорите, които са дали. 30% от анкетираните съобщават, че са обучавани да провеждат обучение на пациенти, 57,33% не, а 12,67% не могат да отговорят. (фиг.37) Установява се и статистически значима зависимост ( $\chi^2=14.35$ ,  $p<0.05$ ) между наличието на педагогическа подготовка и образованието на анкетираните.



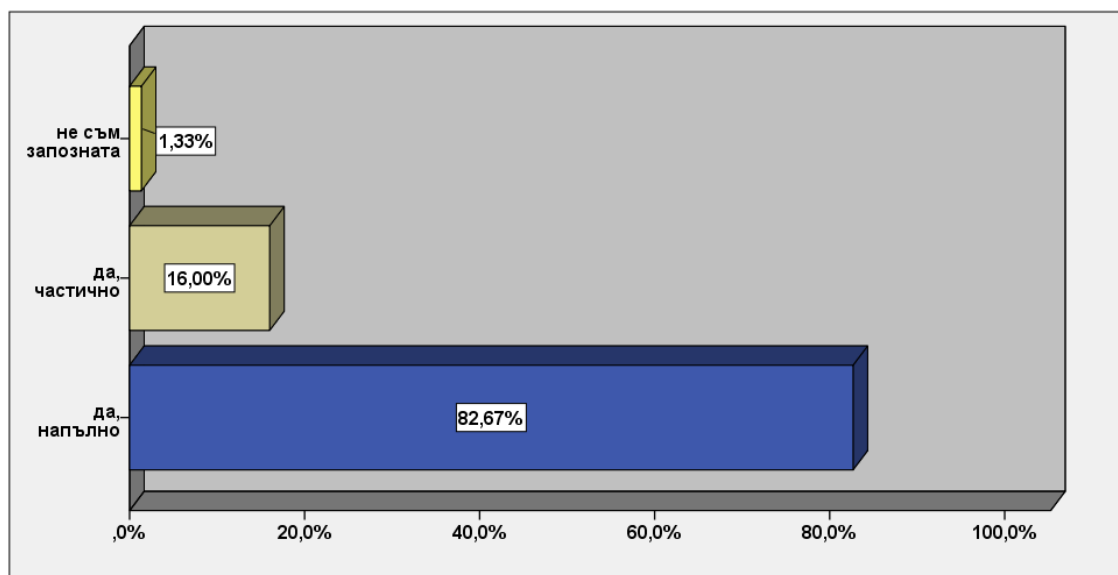
**Фиг.38 Самооценка за компетентността за обучение на пациентите**

Напредъкът в медицината и здравните грижи изисква адекватно обучение на медицинските кадри. В процеса на базовото обучение, медицинските сестри получават необходимия минимум от знания и умения за бъдеща та си работа. Усвоените практически умения и теоретична подготовка по клиничните и неклинични дисциплини са база за успешна професионална реализация. В тази връзка на респондентите бе зададен въпроса: „Смятате ли, че медицинските сестри притежават съответна подготовка и компетентност да обучават болните?“. Мнението на анкетираните е следното: 30% отговарят “да, напълно”, 64% „да, но само по определени въпроси” и само 6% смятат, че не притежават нужната компетентност. (фиг.38) Установена е статистически значима

зависимост с трудовия стаж на участниците в анкетирането ( $\chi^2=20.71$ ,  $p<0.05$ ,  $Cramer's V=0.27$ ). Видно е, че с увеличаването на трудовия стаж и свързаното с това натрупване на клиничен опит се увеличава и самооценката за притежаваната компетентност. Особено изразена е тази тенденция при медицинските сестри с над 20 години стаж.

### **7. Анализ на основните дейности на медицинската сестра при пациенти с артериална хипертония.**

Длъжностната характеристика е един от основните организационните документи, която дава възможност за точно определяне на задачите и дейностите на всяка длъжност. Тя регламентира функциите и задълженията, правата и отговорностите, комуникациите, а също и някои други положения, свързани с ефективното изпълнение на служебните задължения. Длъжностната характеристика дават по добра възможност за бърза адаптация на всеки новоназначен към работното му място.

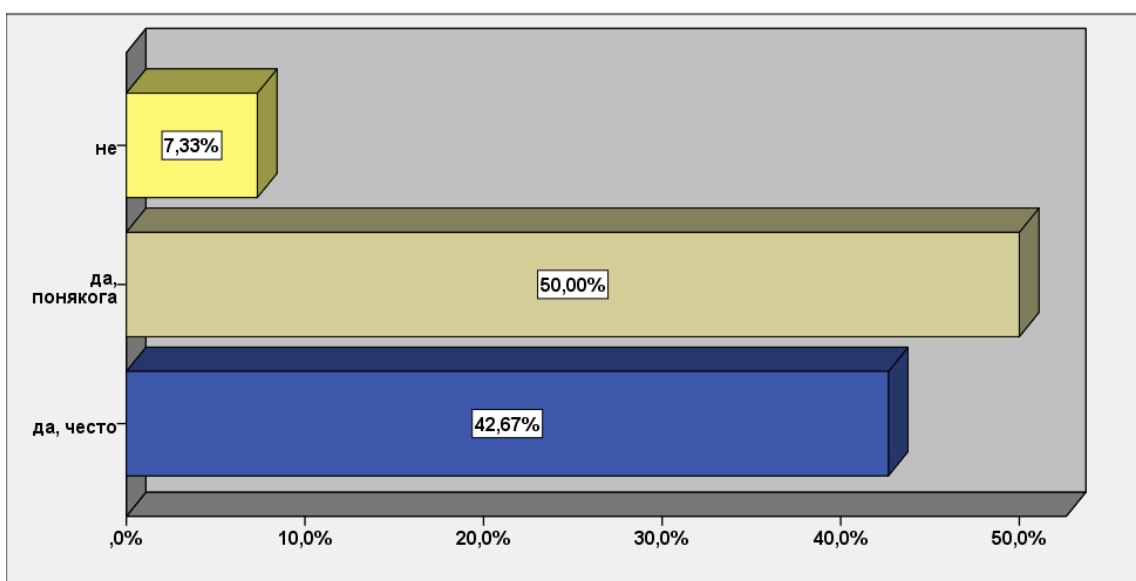


**Фиг.39** *Познаване на длъжностната характеристика*

Моментът за запознаване с длъжностната характеристика е преди подписване на трудовия договор , въпреки това 1,33% от респондентите заявяват , че не са запознати, а 16% са запознати частично.

Не се установява статистическа зависимост между трудовия стаж и познаването на длъжностната характеристика. Прави впечатление, че тези които не са запознати са нищожно малък дял, едва 4% и са разпределени равномерно всички групи. ( фиг.39 )

Въпреки, че дейностите на медицинските сестри при осъществяване на здравните грижи са регламентирани в длъжностната характеристика за всяко конкретно работно място, 42,67 % съобщават, че често се случва да изпълняват дейности извън определените в длъжностната характеристика. 50 % извършват други дейности само понякога и само 7,33 % не извършват дейности извън определените в длъжностната характеристика. (фиг.40)



**Фиг.40 Извършване на дейности нерегламентирани в длъжностната характеристика**

Професията на медицинската сестра е отговорна и включва специфични задачи, умения и отговорности, непрекъснато се развива и обхваща технологичния процес, етиологията, лечението на заболяванията. Сестринските грижи отговарят на нарастващите

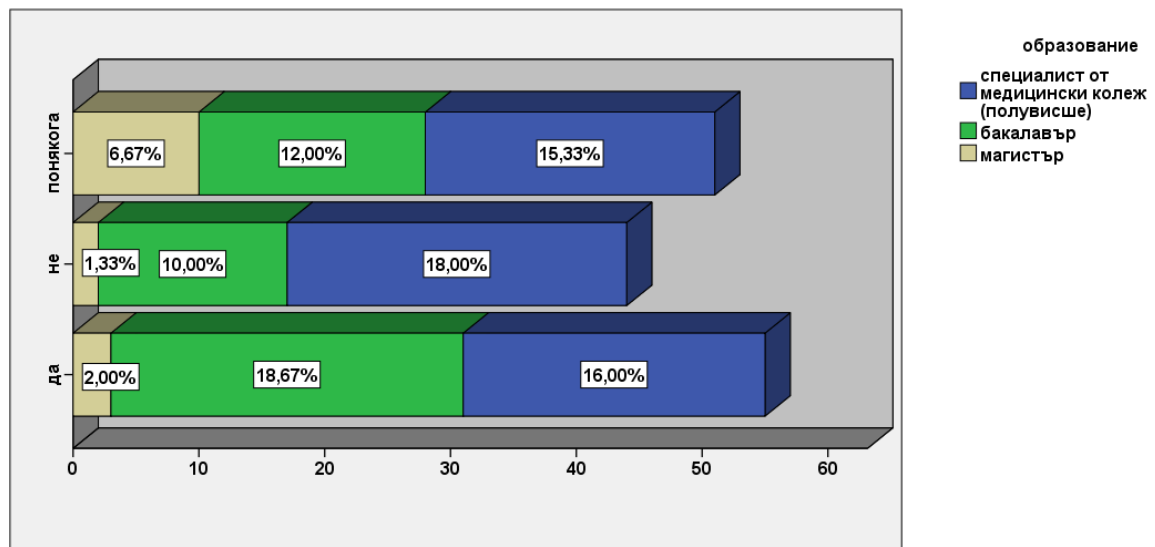
потребности и не се изразяват само в точно изпълнение на лекарските назначения. Грижите трябва да се полагат индивидуално като се прилагат творчески умения. Личностно ориентирания подход предполага удовлетворяване потребностите на пациента

**Табл.3 Основни дейности , които изпълнява медицинската сестра в процеса на лечението на пациентите.**

Дейности	Анкетираны		Отговори в %
	Брой отговори	Процент отговори	
извършване на сестрински манипулации	150	24,3%	100,0%
работа с апаратура	129	20,9%	86,0%
работа с компютър и документация	137	22,2%	91,3%
измерване на соматични показатели	118	19,1%	78,7%
педагогически дейности	40	6,5%	26,7%
рехабилитационни дейности	31	5,0%	20,7%
други	12	1,9%	8,0%
Общо	617	100,0%	411,3%

Интерес представлява анализът на резултатите по отношение мнението на анкетирания относно основните дейности , които изпълнява сестрата в процеса на лечението на пациентите. При поставянето на въпроса в анкетата беше дадена възможност да се посочат повече от една дейност. Резултатите са илюстрирани в (табл. 3) .

Всички респонденти (100%) посочват като основна дейност „извършване на сестрински манипулации” , 91,3% - „работа с компютър и документация” , 78,7% „измерване на соматични показатели”, 86% „работа с апаратура” . Прави впечатление, че само една четвърт (26,7%) отдават значение на „педагогическите дейности”, т. е. negliжира се една от основните функции на медицинската сестра – обучаващата.

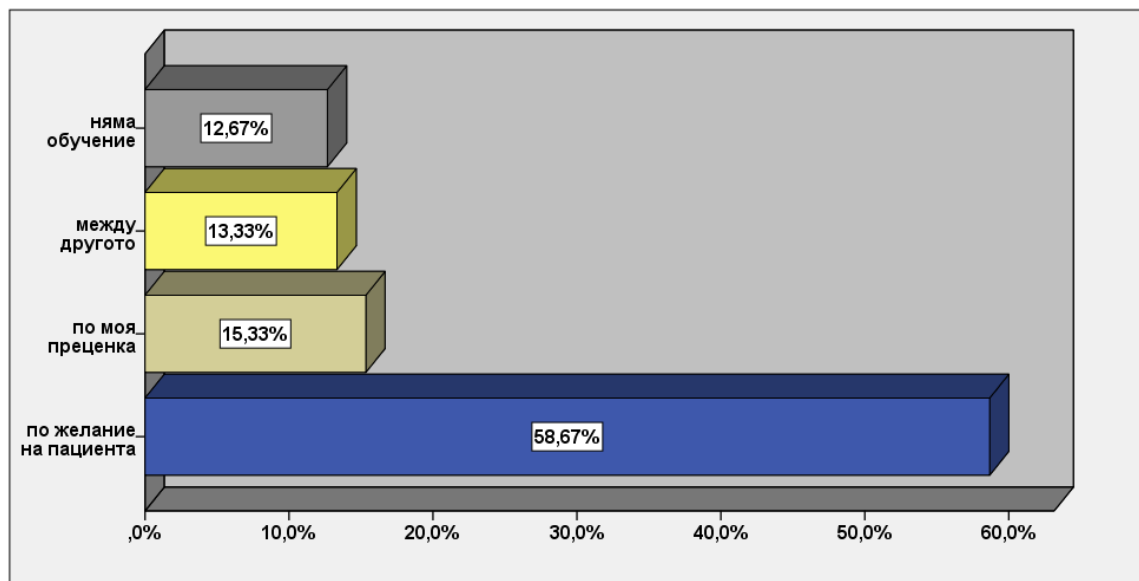


**Фиг.41 Участие в обучението на пациентите**

Въпреки че, над половината от анкетираните медицински сестри посочват липса на обучителна функция в длъжностната характеристика по голяма част от тях 40,7% участват в обучението на пациентите, 25,3% понякога и 34% не участват. При анализа на данните се установява че, по активни в обучителния процес са медицинските сестри с ОКС бакалавър, 45,9% от тях активно се включват в обучението. Установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=11.24$ ,  $p<0.05$ ). (фиг.41)

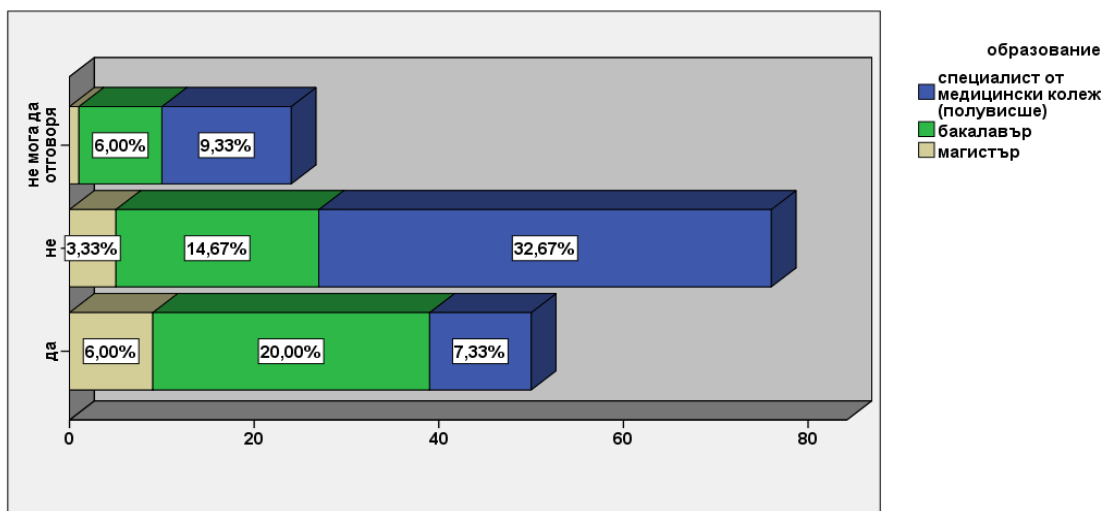
Обучението на пациентите е сложен и деликатен процес. Реалното му осъществяване среща значителни трудности. Те касаят както самите пациенти, тяхната мотивация, заинтересованост и реалната им нужда от придобиване на тези познания, а също и такива от страна на обучаващия персонал –медицинските сестри, поради липса на достатъчно време, мотивация или квалификация. Всичко това води до незадоволителни крайни резултати. Това се потвърждава и от резултатите на анкетата. На въпроса „Как провеждате обучението” 58,67% от анкетираните медицински сестри отговарят „по желание на пациента”, а при 15,33% преценката е тяхна. Не е за пренебрегване факта , че при една четвърт от

анкетираниите се наблюдава negliжиране на обучението, 13,33% го провеждат между другото, а 12,67% не провеждат такова. (фиг.42)



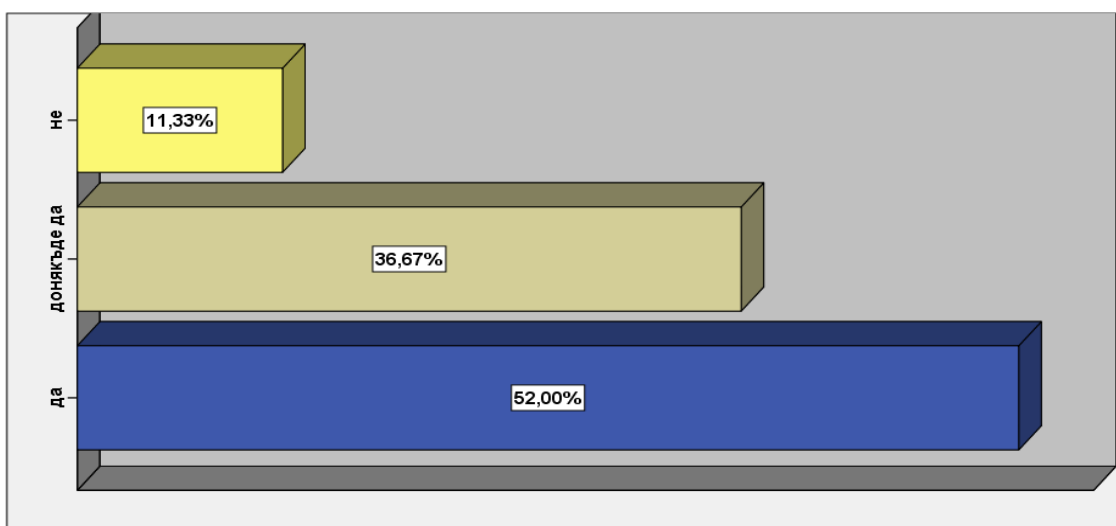
**Фиг.42** Отговори на въпроса: „Как провеждате обучението”

Въведените промени в обучението на медицинските сестри в страната през последните години имаха за цел формиране на умения за по-голяма самостоятелност и поемане на професионална отговорност по отношение на определени дейности и грижи за пациента. Успоредно с промените в учебните планове и програми законово бяха регламентирани професионалните компетенции на всички професионалисти по здравни грижи – дейности и грижи, които могат да извършват самостоятелно и такива, които се извършват по лекарско назначение. В проведената анкета само 22,67% считат, че могат да вземат самостоятелно решение относно обучението на пациента, 54% не могат да вземат такова решение, 23,33% не могат да дадат отговор (фиг.43). Анализа показва, че респондентите с ОКС бакалъвър и магистър са много по склонни да вземат самостоятелни решения в своята работа, установена е статистически значима зависимост ( $\chi^2=23.62, p<0.001$ ).



**Фиг.43** *Вземане самостоятелно решение относно обучението на пациента*

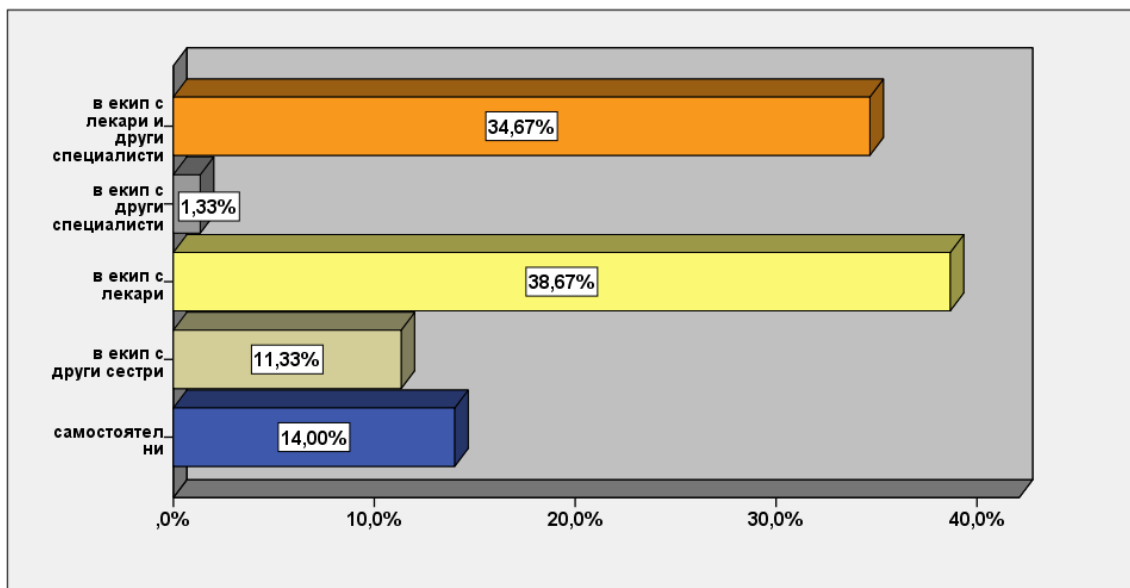
Независимо че автономните функции на медицинската сестра са регламентирани от нормативни документи, може да се каже, че от една страна не са създадени условия за тяхната реализация, а от друга - е необходимо време и обучение за поемане на тези професионални отговорности.



**Фиг.44** *Необходима ли е промяна в съществуващата сестринска практика, свързана с обучението на пациента?*

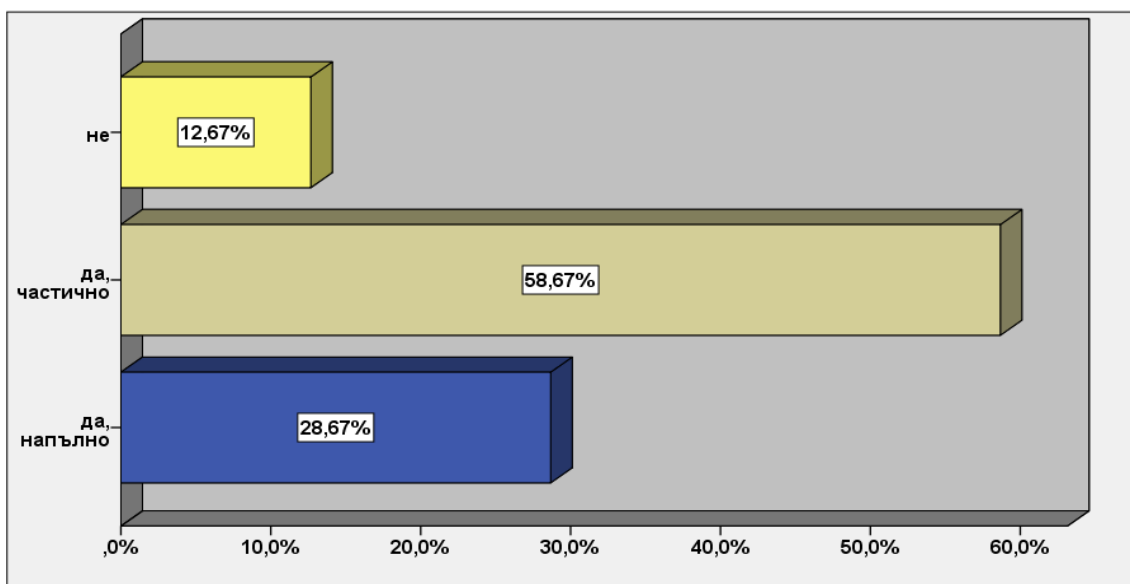
От отговорите на анкетираните става ясно, че съществуващата организация на работа не позволява вземането на самостоятелни

решения относено обучението на пациентите, 52% споделят това мнение, 36,67% отговарят „донякъде да” и само 11,33% - не (фиг.44).



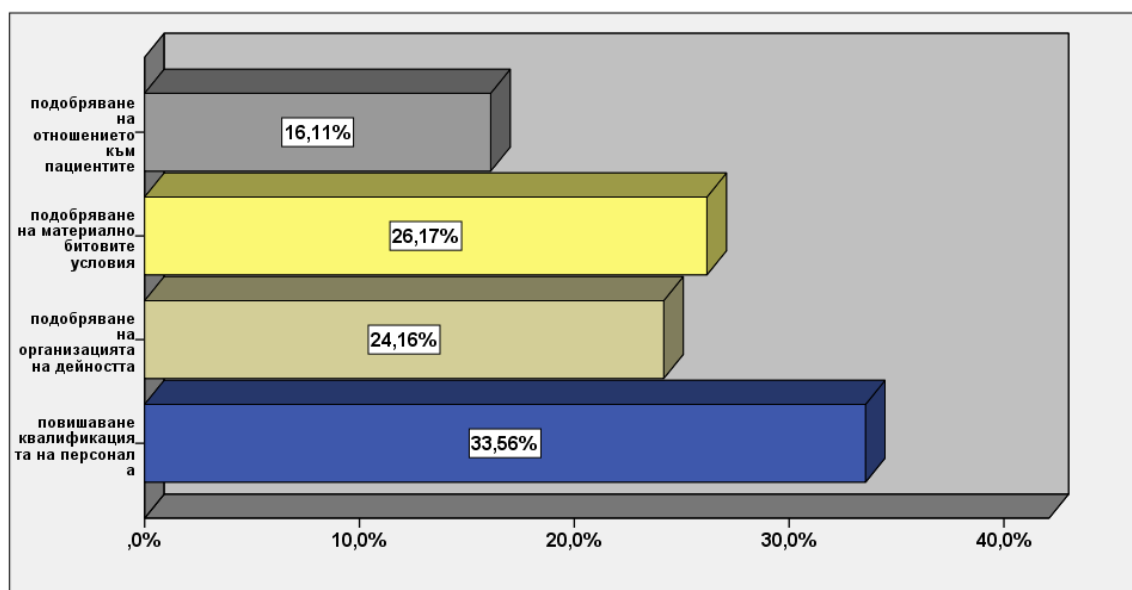
**Фиг.45 Видове обучения на пациентите**

На въпроса „Какви видове обучение на пациентите извършват сестрите” - 14% дават отговор самостоятелно, 11,33% в екип с други сестри, най голям процент 38,67% в екип с лекари или в екип с лекари и други специалисти 34,67% (фиг.45).



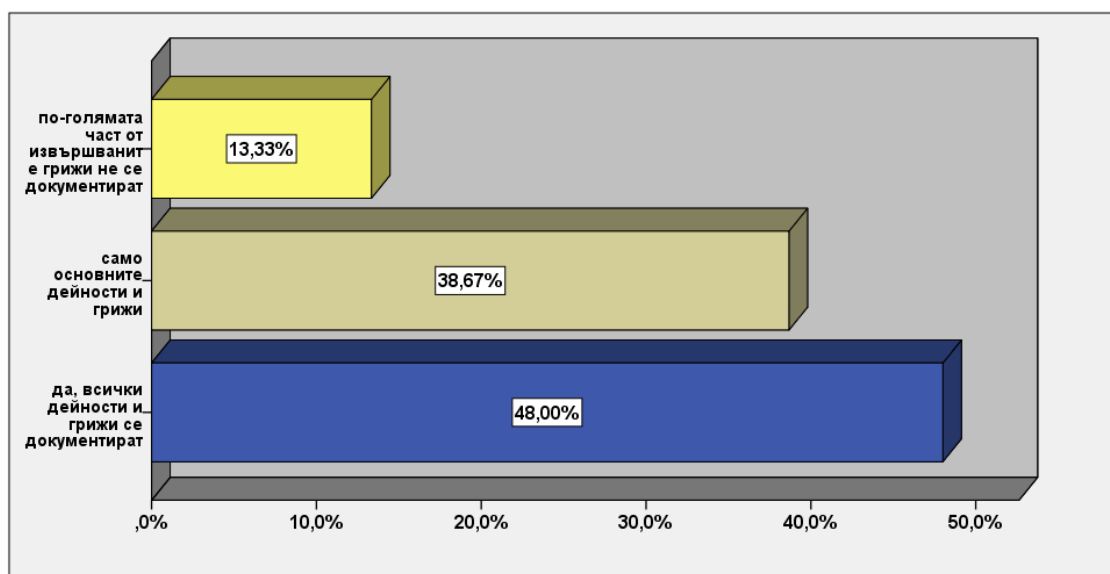
**Фиг.46 Достатъчност на дейностите при обгрижването на пациентите с АХ**

Дейностите които извършва медицинската сестра при осъществяване на грижите за пациентите се определят от длъжностната характеристика, която е съобразена с квалификационната характеристика на професията и произтичащите от нея професионалните компетентности. 26,67% от респондентите смятат, че дейностите, които извършват при обгрижването на пациентите са напълно достатъчни, но повече от половината 58,67% ги определят като частично достатъчни, а 12,67% за недостатъчни (фиг.46).



**Фиг.47** *Какво би допринесло за повишаване на качеството на сестринските грижи и удовлетвореността на пациентите*

Удовлетвореността на пациентите от качеството на грижите по време на тяхната хоспитализация е съществен критерий при определяне качеството на оказаната медицинска помощ като цяло. Мнението на анкетираните относно това, което би допринесло за подобряване на качеството на грижите и удовлетвореността на пациентите е следното: 33,56% отдават най голямо значение на повишаване на квалификацията, 24,16% подобряване на организацията на дейността, 26,17% подобряване на материално битовите условия и 16,11% подобряване отношението към пациентите. (фиг.47)

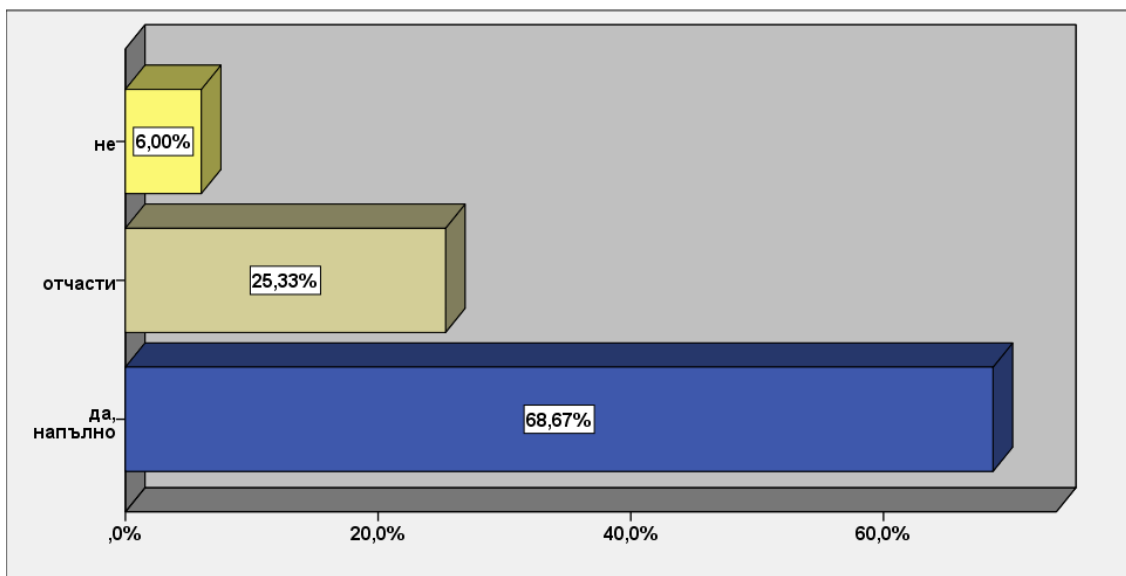


**Фиг.48** *Документиране на дейностите при обгрижването на пациентите*

Значителна част от анкетираните – 48%, считат че се документират и регистрират всички дейности при обгрижването на пациентите. Трябва да се отбележи обаче, че 38,67% от тях посочват, че се документират само основните дейности и грижи, а 13,33% са на мнение, че по голяма част от извършваните грижи не се документират.(фиг.48)

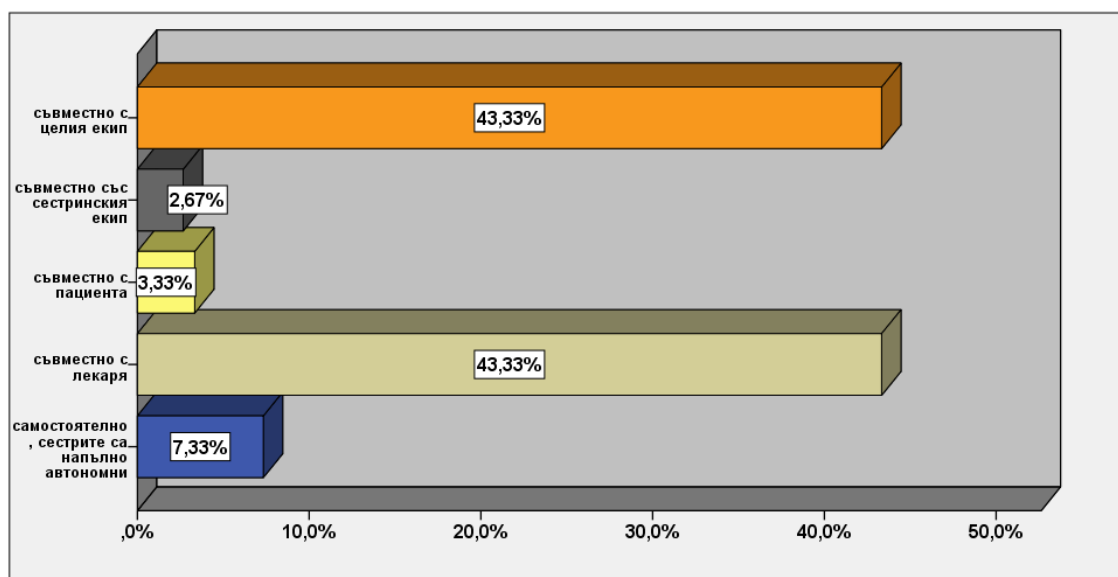
За осигуряването на качествени здравни грижи е важно всички дейности и грижи да бъдат планирани, документирани и отчетени. Документирането на грижите са важен показател за отговорността на медицинските сестри и за техния професионализъм.

Безспорно документирането на извършените дейности е от съществено значение при осъществяване на отчетност и контрол на здравните грижи, но трябва да се оцени и необходимото за това време. Независимо от дигитализацията в много сфери на обществения живот в сферата на здравеопазването този процес все още е в начална фаза. Все още документирането на голяма част от дейностите се извършва чрез попълването на различни формуляри на ръка, което понякога води до по-голям разход на време.



**Фиг.49** *Отговори на въпроса: „Смятате ли, че отделяте много време за попълване на документи”*

Това се потвърждава и от мнението на респондентите. На въпроса „Считате ли, че при създадената организация отделяте значително много време за попълване на документи на ръка?” 2/3 от тях отговарят с да, 25,33% - отчасти , само 6% не споделят това мнение.(фиг.49)

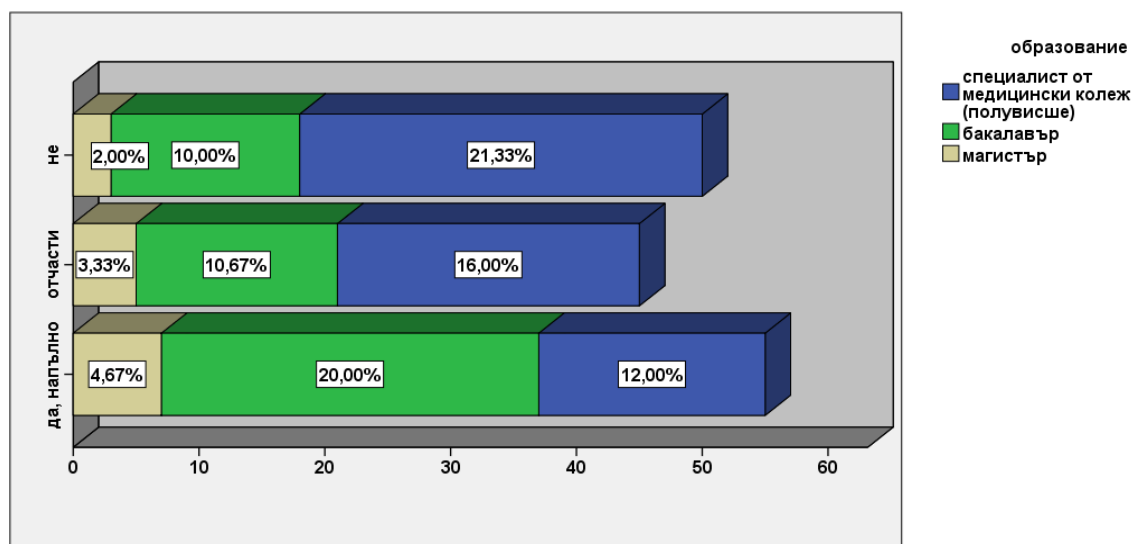


**Фиг.50** *Начин на определяне на потребностите на пациента от сестрински грижи*

Професионалната квалификация на медицинските сестри им позволява да правят самостоятелна оценка на потребностите на пациента

от сестрински грижи на базата на която да разработват индивидуален план за прилагането им. Въпреки това 43,33% от анкетираните правят тази оценка съвместно с лекаря, същият процент съвместно с целия екип и само 7,33% правят оценката самостоятелно.(фиг.50)

Важен способ за оптимална организация на здравните грижи и оптимизиране на дейностите на медицинската сестра при обгрижване на болните е прилагането на сестринския процес, основаващ се на задълбочени теоретични знания, които намират своето практическо приложение при осъществяването на професионални сестрински грижи. Сестринският процес се основава на решаването на даден проблем на пациента събиране и анализ необходимата информация и формулиране на проблема или т.нар. сестринска диагноза. Същността на подхода се състои в разработването на план за грижи и в осъществяването му – извършването на сестринска интервенция с цел преодоляване на нарушенията и осигуряване на психически и физически комфорт за пациента.



**Фиг.51** Възможност за прилагане на сестринския процес и изработване на план за грижи

На въпроса: „Позволява ли, съществуващата в момента организация, изработването на план за сестрински грижи, по който да се

ръководят медицинските сестри при осъществяване на грижите?”, 33,33% отговарят „не”, 30% „отчасти” и 36,7% от медицинските сестри дават отговор „да, напълно”. Установява се статистически значима зависимост между образователната степен и готовността за прилагане на сестринския процес ( $\chi^2=10.96$ ,  $p<0.05$ ) (фиг.51).

Основната причина за неприлагането на сестринския процес и разработването на план за грижи е, че у нас все още не е утвърдена практиката за поставяне на сестринска диагноза и за вземане на самостоятелни решения, отнасящи се до режима на пациента. Въпреки , че медицинската сестра отговаря за тези медицински услуги, които тя предоставя и има право самостоятелно да оцени и вземе решение относно автономността на пациента по въпроси свързани с удовлетворяване потребностите от грижи. От друга страна, медицинските сестри в болничните отделения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация. Освен това все още сестринският процес не е законово регламентиран в практиката, т.е. от медицинската сестра не се изисква да анализира състоянието на пациента , да поставя сестринска диагноза и да изготвя и прилага план за грижи. Променените социално – икономически условия и новите здравни потребности изискват промени и в организацията на сестринските грижи, в обхвата на сестринската практика, който да не се ограничава само до специфични задачи, функции и отговорности. Съвременните сестринските грижи могат да бъдат мощен фактор за превенция на усложненията при пациенти с артериална хипертония.

## **8. Подходи за подобряване на дейността на медицинската сестра при обгрижването на пациенти с артериална хипертония**

Данните от проведеното анкетно проучване установяват недостатъчна информираност на пациентите относно заболяването, липса на обучение и непълно доверие към всички медицински сестри, което води до чувство на неудовлетвореност от грижите към тях. Това се засилва и от неприлагането на сестринския процес в работата на медицинската сестра, липсата на оценка на пациента и неприлагане на една от основните функции на медицинската сестра – обучаващата.

С цел повишаване ефективността и качеството на здравните грижи и удовлетворяване здравните потребности на пациентите бе изработен „Лист за оценка автономността на пациента” при постъпване в лечебното заведение (Приложение №3), който да подпомогне медицинската сестра при планиране на необходимите сестрински грижи. Целта е стимулиране на вземане на самостоятелно решение относно автономността на пациента по въпроси свързани с удовлетворяване потребностите от грижи и прилагане на сестринския процес. Разработен е и лист за „Потребност на пациента от информация/обучение във връзка с артериалната хипертония”. (Приложение №4) С него се установява необходимостта от обучение, което медицинската сестра може да осъществи или да координира и насочи към друг специалист.

В резултат на изготвения комплексен методичен инструментариум на сестринския подход медицинските сестри ще извършват оценка на състоянието на пациента при постъпване в лечебното заведение и планират необходимите сестрински интервенции за удовлетворяване здравните потребности на пациентите.

Комплексният методичен инструментариум за анализ и оценката на сестринските грижи, който е разработен, ни дава основание да твърдим, че това е метод за разкриване и удовлетворяване здравните потребности

на пациентите чрез адекватно планирани здравни грижи. Използването на знанията и уменията особено на дипломираните през последните години медицински сестри ще доведе до подобряване организацията на здравните грижи при болните с артериална хипертония.

## ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

### 1. Анализ, резултати и обсъждане от направената експертна оценка на „Модел за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония”

Осъществена е експертна оценка на изготвения „Модел за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония”, основан на анализирания данни от проведеното изследване и проучения положителен опит в тази насока. Оценката е изработена от 15 експерти от болничната и доболнична помощ. Участниците в експертизата са, подбрани на доброволен принцип и включват: 5 общопрактикуващи лекари, 5 лекари специалисти и 5 главни/старши медицински сестри.

Делфи проучването бе проведено през периода април-май 2020 година.

Първият кръг бе осъществен с помощта на въпросник с три затворени въпроса. Първият от въпросите цели получаване на мнението на експертите относно обхвата на здравните грижи в предложения модел, втория – организацията и третият – с акцент относно ефекта върху ефективността и качеството. Резултатите от проведената анкета са илюстрирани в табл. 3.

**Табл.4 Резултати от първи кръг на експертната оценка**

	напълно		частично		не	
	брой	процент	N	процент	N	процент
Обем на обхвата на здравните грижи	14	86,7	2	13,3	0	0
организация и мениджмънт на грижите	15	100	0	0	0	0
Повишаване ефективността и качеството	14	93,3	1	6,7	0	0

От анализа на анкетата е видно , че 86,7% от експертите смятат че разработеният модел напълно обхваща всички аспекти на здравните

грижи при пациентите с артериална хипертония. Относно това дали моделът ще повиши значително ефективността и качеството на грижите, 93,3% от тях споделят напълно това мнение. Експертите са единодушни (100%), че моделът представя много добра организация и мениджмънт на здравните грижи при лица с артериална хипертония.

Във *втория кръг* експертите бяха запознати с обобщените резултати от анкетата и беше потърсено тяхното становище относно силните и слабите страни на модела, формулирано в свободен текст.

Силните страни на Модела за здравни грижи при пациенти с артериална хипертония според експертите са: „актуалност”, „мултидисциплинарен подход”, „определяне професионалните отговорности на всички специалисти”, „индивидуализиране на грижите”.

Като слаби страни са посочени: липсата на яснота относно финансирането на всички дейности и свободната практика на медицинските сестри.

В *третия кръг* на проучването, след запознаване с резултатите от втория, експертите бяха помолени да дадат обобщена синтетична оценка в свободен текст на модела.

**Анализът на получените експертни мнения показва, че предложения модел за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония се приема без забележки от повечето експерти.** Експертите са на мнение, че разработеният модел „създава възможности да се определят професионалните отговорности на всички специалисти”, участващи в предоставянето на здравни грижи за пациентите и техните семейства. Създават се „условия за индивидуализиране на здравните грижи и съобразяване с конкретните потребностите на пациентите”.

Експертите са на мнение, че разработеният модел за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония ще бъде „ефективен

инструмент за повишаване качеството на здравните грижи” и ще направи „лекарите и медицинските сестри партньори в грижата” за тези пациенти. Единодушно е мнението на експертите, че чрез предложеният модел се осигуряват грижи за превенция на усложненията при артериалната хипертония, възможност за самоконтрол на заболяването и за пълноценен начин на живот.

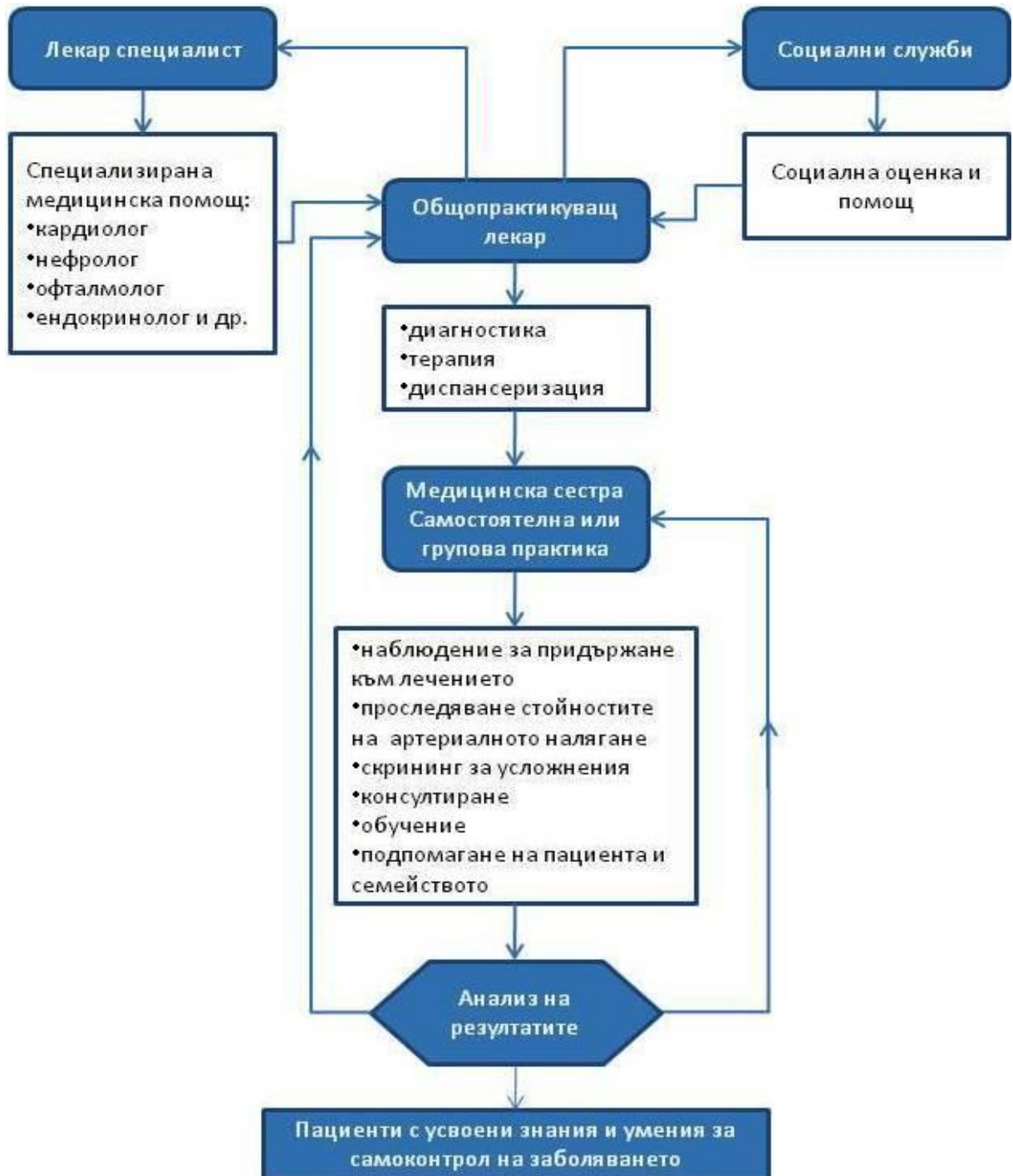
Експертите са единодушни, че „Моделът за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония” създава възможности за осигуряване на ефективни и качествени здравни грижи базирани на съвременната медицина.

## **2. Модел за здравни грижи при пациенти с артериална хипертония**

В резултат на получените данни от анкетното проучване се установи, че потребностите от здравни грижи при лицата, страдащи от артериална хипертония остават незадоволени, което влошава качеството на сестринската дейност и намалява удовлетвореността на пациентите от предоставените здравни грижи.

С цел разкриване и удовлетворяване на здравните потребности се изработи модел за здравните грижи при пациенти с артериална хипертония. Ключов елемент в модела трябва да бъде мултидисциплинарният подход, който обхваща всички етапи от процеса: лечение и грижи за пациентите, проследяване и насърчаване за придържане към лечението, идентифициране на проблемите, изготвяне на програма за обучение, реализиране на обучението, подпомагане на пациентите, обратна връзка и оценка на постигнатите резултати. Основната цел е да се осигури постоянно наблюдение и скрининг за усложнения и оказване на подкрепа. (Фиг.52)

Моделът може да се реализира при участие на всички заинтересовани страни: лечебни заведения, общопрактикуващи лекари, лекари специалисти /кардиолози/, медицински сестри / сестрински практики, пациенти.



**Фиг.52** *Модел за здравни грижи при пациенти с артериална хипертония*

Организацията на здравните грижи при пациенти с артериална хипертония трябва да отговаря на следните изисквания:

- осигуряване на мултидисциплинарен екип за лечение и грижи за пациентите с артериална хипертония ;
- осигуряване на наблюдение и грижи, основани на потребностите на пациента в зависимост от етапа на развитие на болестта;
- осигуряване на добра координация и комуникация между всички участници;
- осигуряване обучение на пациента за придържане към лечението и превенция на усложненията;
- обучение и подпомагане на семейството за полагане на грижи при необходимост.

Основната цел на здравните грижите при пациенти с артериална хипертония трябва да бъде осигуряване на адекватна терапия, превенция на усложненията и обучение на пациента и неговите близки. За да бъде постигнато всичко това са необходими много и различни специалисти, като тяхното участие и намеса трябва да са съобразени със индивидуалните потребности от грижи на всеки пациент.

Мениджмънта на модела включва:

- разпределение на ролите, задачите и отговорностите;
- контрол на дейностите;
- осъществяване на ефективни комуникации и партньорства между участниците в мултидисциплинарния екип.

Централното място в структурата на модела трябва да се осигури на пациента с неговите потребности от грижи и подпомагане.

Максималният успех на мениджмънта, на здравните грижи при артериална хипертония може да бъде постигнат, само тогава когато

пациентът стане активен участник в лечебния процес, придобивайки знания и умения сам да се грижи за здравето си.

Според експертната оценка „Моделът за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония” създава възможности за осигуряване на ефективни и качествени здравни грижи базирани на съвременната медицина.

Предложеният модел създава възможности да се определят професионалните отговорности на всички специалисти, участващи в предоставянето на здравни грижи за пациентите и техните семейства. Създават се условия за индивидуализиране на здравните грижи и съобразяване с конкретните потребности на пациентите. Осигуряват се грижи за превенция на усложненията при артериалната хипертония, възможност за самоконтрол на заболяването и за пълноценен начин на живот.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериалната хипертония е най-честото сърдечно-съдово заболяване и най-значимият рисков фактор за други сърдечни и несърдечни усложнения. Въпреки наличието на множество ефективни медикаменти и подходи, диагностицирането, лечението и превенцията на артериална хипертония остават незадоволителни. Една от основните причини е липсата на ефективна профилактика на всички нива. Доказано е, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност и др.) води до намаляване на смъртността и заболяемостта. За ефективното управление на заболяването, е необходим мултидисциплинарен подход. Екипните стратегии предлагат по големи възможности за подобряване на антихипертензивното лечение в сравнение със стратегии, включващи само лекари. Приносът на медицинските сестри може да бъде особено важен за осъществяването на промени в начина на живот, за които е необходима дългосрочна грижа.

Променените социално – икономически условия и новите здравни потребности изискват промени и в организацията на сестринските грижи, в обхвата на сестринската практика, който да не се ограничава само до специфични задачи, функции и отговорности. Съвременните сестринските грижи могат да бъдат мощен фактор за превенция на усложненията при пациенти с артериална хипертония.

Прилагането на ефективни подходи и интервенции за мотивиране на пациентите за здравословно поведение, придържане към терапевтичния план могат да допринесат за превенция на усложненията при артериалната хипертония и възможност за самоконтрол на заболяването и за пълноценен начин на живот.

## ИЗВОДИ

На базата на получените резултати и тяхната интерпретация могат да се направят следните изводи:

1. Честотата на артериалната хипертония е най-голяма при лица на възраст от 40 до 70 години (81%), което е основание да твърдим, че с напредване на възрастта се увеличава честотата на артериалната хипертония. Установи се, че във възрастовата група от 18 до 40 години хипертонията е по-честа при мъжете ( 52%), а след 50 години – при жените ( 56%).

2. Установи се нездравословен модел на хранене, като повече от половината от изследваните лица (68,89%) не спазват хранителен режим, почти една четвърт (24,4%) приемат високи количества сол, като мъжете много по често консумират по големи количества сол (74,5%) и много малка част от тях (14,4%) се стремят да я ограничат.

3. От изследваните пациенти едва 34,67% определят двигателната си активност като недостатъчна, 43,78% ходят пеша на неголеми разстояния като, 20,08% упражняват някаква физическа дейност на открито под формата на хоби и само 1,78% се занимават със спорт. В резултат на този нездравословен начин на живот 38,06% от респондентите са с наднормено тегло, а 25,66% са със затлъстяване, което е значим рисков фактор за заболяването.

4. Повече от половината от анкетираните лица (63,8%) нямат познания за заболяването, като частична информация имат 35,8% от тях, а изобщо не са информирани 28% от тях. Информирани са 36,2%, като при лицата с висше образование нивото на информираност е по високо (68%). Липсата на информация често води до забавяне или компрометиране на лечението.

5. Половината от анкетиранияте пациенти (58,67%) спазват стриктно предписаната медикаментозна терапия, 22,00% понякога пропускат приема на хипотензивния медикамент, 14,44% приемат лекарства само при необходимост, а 4,89% не приемат назначените медикаменти за хипертонията. Това пренебрегване на медикаментозното лечение е предпоставка за бърза еволюция на заболяването и настъпване на тежки усложнения.

6. Повече от половината медицински сестри в медицинските екипи (54,8%) не упражняват медико-педагогическите сестрински функции, а 27,4% само понякога, което води до недостатъчна информираност на пациентите относно рисковите фактори и необходимостта от водене на здравословен начин на живот.

7. Повече от половината от анкетиранияте медицински сестри (57,33%) не се чувстват компетентни да провеждат обучение на пациентите с артериална хипертония. само една трета (30%) от тях съобщават, че са компетентни и могат да провеждат такова обучение, а 12,67% могат, но само по определени въпроси.

8. Медицинските сестри, които не се чувстват компетентни да осъществяват педагогически функции при пациентите с артериална хипертония са със средно и полувисше образование, които са обучавани преди години и в учебните планове и програми в този период не са изучавани дидактически науки и впоследствие същите не са включени в продължаващо обучение.

9. Медицинските сестри, които могат да вземат самостоятелно решение относно обучението на пациента са 22,7%, могат, но не винаги - 23,3 %, а 54% не могат да вземат такова решение. Респондентите с ОКС бакалавър и магистър (69%) са много по склонни да вземат самостоятелни решения в своята работа.

10. Слаба е мотивацията за продължаващо обучение, само 42% от медицинските сестри споделят мнението за необходимост от обучение, 38,7% не смятат, че е необходимо такова обучение, а 19,3% се колебаят в отговора си. Днес професията на медицинската сестра се развива много по динамично, отколкото в миналото. Възниква все по-голяма потребност от продължаващо обучение насочено към спецификата на здравните грижи за пациенти с конкретни заболявания и здравните потребности произхождащи от тях.

11. Нисък е делът (16,67%) на медицинските сестри притежаващи допълнителна квалификация свързана с грижите при пациенти със сърдечносъдови заболявания, като едва 8% са присъствали на един курс за следдипломно обучение, а 8,67% имат повече от един.

12. Повече от половината (58,67%) медицински сестри съобщават, че дейностите, свързани с обгрижването на пациентите с артериална хипертония са достатъчни, но не напълно, а 12,7 % ги определят като недостатъчни, което води до понижаване качеството на предлаганите здравни грижи.

13. Сестринската дейност при пациентите с артериална хипертония е насочена предимно към изпълнение на различни клинични дейности, като се пренебрегват медико-педагогическите и медико-социалните функции на медицинската сестра. Все още не се използват пълноценно знанията и уменията на дипломираните през последните години медицински сестри, които притежават необходимата дидактическа подготовка, което би повишило качеството на здравните грижи при тези пациенти.

14. Не се прилага ефективно сестринския процес в работата на медицинската сестра. Едва 36,7% от анкетиранияте отговарят, че съществуващата в момента организация позволява прилагането му, 30% „отчасти” , а 33,33% отговарят не го прилагат. Неприлагането на

сестринския процес води до влошаване на ефективността и качеството на здравните грижи се отразява негативно върху удовлетвореността на пациентите.

15. Необходимо е въвеждане на модел за здравни грижи при пациенти с артериална хипертония, за постигане оптимална организация на здравните грижи и подобряване дейностите на медицинската сестра. Мениджмънта на здравните грижи изисква използване на комплексен методичен инструментариум на сестринския подход за анализ и оценка на индивидуализираните здравни потребности на пациентите и планиране на сестрински грижи с акцент върху тяхното обучение с цел подобряване организацията и ефективността на здравните грижи.

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към БАПЗГ**

1. Чрез съсловната организация на специалистите по здравни грижи да се направи предложение към МЗ за регламентиране и предоставяне на възможност за активното включване на медицинската сестра в мултидисциплинарни екипи по профилактика и контрол на артериалната хипертония.
2. Чрез съсловната организация на специалистите по здравни грижи да се направи предложение към МЗ и НЗОК за предоставяне възможност на медицинските сестри за сключване на договор за извършване на медицински дейности и заплащането им.

### **Към Медицинските университети:**

1. Включване на курсове за придобиване на допълнителни компетентности по профилактика и контрол на артериалната хипертония в следдипломното обучение.
2. Участие на университетите в информационни кампании за социално значими заболявания като артериалната хипертония и онлайн базирани ръководства за пациентите с такива заболявания относно хигиенно диетичния режим и превенция на усложненията.

## **ПРИНОСИ**

### **Приноси с научно - теоретичен характер**

1. Извършено е комплексно и задълбочено проучване на медицински, социални и психологически аспекти, влияещи върху информираността на пациентите с артериална хипертония относно болестта и превенцията на усложненията и е обоснована необходимостта от обучението им.
2. Събрана и анализирана е научна литература определяща ролята и мястото на медицинската сестра в лечебния процес на пациентите с хронични заболявания, в частност артериална хипертония
3. Анализирани са потребностите от обучение на медицинските сестри по отношение на здравните грижи при пациенти с артериална хипертония за придобиване на допълнителни компетентности по профилактика и контрол на заболяването
4. Обоснована е потребността от промяна на статута на сестринството в съвременната здравеопазна система на основата на европейските стандарти и приоритетите на грижите за пациентите в съвременното общество.
5. Изведена е специфичната философия на сестринството в лечебния процес на основата на медико-педагогическите и медико-социалните функции на медицинските сестри, както и функциите свързани с психо-социалната подкрепа.

### **Приноси с научно - приложен характер**

1. Разработен е аналитичен подход за определяне на потребностите от грижи при пациенти, постъпили за лечение в лечебните заведения, който може да бъде мултиплициран и допълван.

2. Представена е методика за практическо приложение на планирането на сестринските грижи при пациенти с хронични заболявания, в частност артериална хипертония.
3. Разработен е модел за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с артериална хипертония.
4. Разработена е и предложена програма за следдипломно обучение на медицински сестри “Съвременни аспекти в превантивните и терапевтични сестрински грижи при болни с артериална хипертония”

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова, М. 2010. Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. В: Сборник научни студии и статии на ЮЗУ „Неофит Рилски” – Съвременното образование – мисия и визия. Благоевград, УН „Неофит Рилски”, с. 459-462.
2. Александрова, М., Т. Попов. 2006. За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции. Стр. 440-444.
3. Апостолов М., Измерения на българската медицина ТАНГРА София 2011,
4. Апостолов М., История на медицината и социалното дело. С. , 1994
5. Балканска П., Я. Проданова, М. Визева, Стимулираща образователна среда за развитие на управленска и лидерска компетентност в здравеопазването, „Съвременното образование – мисия и визии”, Унив. издателство, „Неофит Рилски”, Благоевград, 2010, с. 430-435
6. Балканска, П. 2009. Психологични подходи в здравния мениджмънт. С., Булвест. 172 стр.13.
7. Балканска, П., Я. Проданова. 2010. Обучението на персонала в здравната организация – успешна инвестиция и проява на управленска компетентност. Сестринско дело, 42, No 2-3, с. 28-31
8. Бикова, П., М. Димитрова, Н. Василева, А. Терзиева. 2014. Мултидисциплинарния екип в здравните грижи. Тридесет и трета научно-технологична сесия. Сб. статии, ТЕМТО, с. 127-130.
9. Борислав Георгиев, Рефрактерна артериална хипертония – подвид на резистентната хипертония, Наука Кардиология 2/2017
10. Борисов , В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика.

София, Филвест, 2003, 248.

11. Борисов, В. 2004. Мениджмънт на качеството в здравеопазването, В: Здравен мениджмънт, т. I, С., Филвест, с. 243-258.30.
12. Борисов, В. 2008. Здравната реформа на кръстопът - хаос или мениджмънт. София.
13. Борисов, В., Воденичаров, Ц., Юрукова, К., Попова, С., Социална медицина, С, ГорексПрес, 2001.
14. Борисов, В., Здравен мениджмънт –Новата азбука на здравния мениджмънт, С. 2009
15. Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров., Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс ООД София ,1998.
16. Борисов, В., Стратегическият мениджмънт - дефицит на здравната реформа., Здравен мениджмънт, 5, 2005,6,3-5
17. Василевски, Н., Л. Иванов, Г. Цолова и Пл. Димитров, Национално изследване на факторите на риска за здравето, свързани с начина на живот, сред население на възраст 25-64 г. сп. „Българско списание за обществено здраве, 2010 г., кн. 3.
18. Визева М., Мениджънт на здравните грижи при захарен диабет втори тип, „Инфодент-Бг ООД”, София, 2015 г
19. Визева М., Стандарти по здравни грижи при Диабет тип 2 в практиката на медицинските специалисти , сп. Здраве и наука бр.4, 2012 год.
20. Винарова Ж., Ролята на интердисциплинарния екип в здравния мениджмънт, Здравен мениджмънт, No2, 2007г.
21. Воденичаров Ц., "10-те принципа на медика и мениджъра ", София, 2010
22. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, С., Екопринт, 2010
23. Воденичаров, Ц., Болнично обслужване, Социална медицина,

- учебник за медицинските колежи.Под ред.: В.Борисов, Ц. Воденичаров, К.Юрукова, С.Попова, С., Акар ПИИТ, 2004, 108-112
24. Воденичаров, Ц., Н. Попов, В. Борисов. 2010. Модели за финансиране на здравните дейности. Наука и общество, Кърджали, 13-14.10.2010 г.
  25. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова,Е. Шипковенска. 2013. Социална медицина, С., ГорексПрес, с. 493-504.
  26. Воденичарова А., Потребност от внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система, Здравна политика и мениджмънт, бр.4, 2016г.ISSN 1313-4981
  27. Гавраилова, Д., Ж. Сурчева. 2003. Сила и авторитет на сестринската професия. Здравен мениджмънт, 3, No 6, 17-19.
  28. Генчев Г, Георгиева Л. Интегрирано въздействие на рисковите фактори при сърдечно-съдовите заболявания.Социална медицина 2003; XI(2): 23-25.
  29. Георгиев Б Консумация на алкохол и некоронарна сърдечно-съдова смъртност. Алкохол и внезапна сърдечна смърт “Наука Диететика” 1–2 2014 Арбилис
  30. Георгиев Б, С. Захариева, Генетика на артериалната хипертония. Моногенни хипертонии, Наука Ендокринология, 1, 2013, 27-32
  31. Георгиев Б. Много болници, а лошо здравеопазване, Кардиология, бр. 3, 2015 г. 46.
  32. Георгиев Б., Колева, И., Кардиорехабилитация на пациентите със сърдечно-съдова болест, Кардиология, бр. 2, 2011
  33. Георгиев Б., Колко е добро лечението на българските болни от сърдечно-съдови заболявания, Кардиология, бр. 1, 2017 г.
  34. Георгиев Б., Трендафилова Е., Балабански Т., Гочева Н., Генетика на артериалната хипертония, Наука Кардиология 1/2013, 15-20

35. Георгиев Б.. Три ръководства за поведение при болни с артериална хипертония за една година – стана ли по-ясно? сп. Наука Кардиология 6/2013
36. Георгиева Н., Е. Кинова, Б. Кръстев, А. Боризанова, А. Гудев. Ранна диагноза на субклинични промени в лявото предсърдие при пациенти с артериална хипертония, Българска кардиология, том XXV, 2019, No2,18
37. Георгиева, Ел., З. Савова, Е. Георгиева, Хроничните незаразни болести –предизвикателства, ИНГА, София, 2014
38. Григоров Ф. Основни рискови фактори-има ли основание да се промени разбирането за ролята им?“ Юбилейна научна конференция 30 години ВМИ - Плевен 15-17. 10. 2004:89
39. Грънчарова, Г., Управление на здравните грижи, Издателски център МУ- Плевен 2011, 10-12.
40. Даскалов Т., Изисква ли високото систолно артериално налягане повишено внимание, Наука кардиология / Брой 2, 2005, 60
41. Даскалова И., Тотомирова Ц., Проблеми и бариери при обучението на пациентите със захарен диабет , Наука Ендокринология, 4, 2013, 142-145
42. Добрилова П, Чанева Г. Информираност на пациентите с хронични заболявания относно рехабилитационните грижи. Европейските етични стандарти и българската медицина; под ред. на Соня Ангелова, Български лекарски съюз, 2014, 413-417
43. Добрилова П. Анализ на потребностите от сестрински грижи при пациенти с хронични заболявания. Сестринско дело. 2014;1:10-15
44. Добрилова П. Организационни аспекти на сестринските грижи в рехабилитационния процес. Сестринско дело. Под печат
45. Добрилова, П. Подходи за осигуряване на качествени сестрински

- грижи в здравния мениджмънт. *Medicine Sci.* 2014. *Techn.*, 4, No 1, стр. 322-326.
46. Докова К., Мониториране на хронични заболявания и рискови фактори – неотложна задача пред общественото здравеопазване в България, *Социална медицина*, 4/2011, стр.4-7 ISSN1310-1757
  47. Дракър, П. Практика на мениджмънта. С., Класика и стил, 2001, 3-21
  48. Дулева В., Диетологични подходи при хипертония, *Наука Диететика* 1, 2009
  49. Закон за здравето, ДВ бр.70, 2004, последно изм. и доп. ДВ. бр.110 от 29 Декември 2020г.
  50. Закон за изменение и допълнение на закона за лечебните заведения, ДВ, бр. 62 от 1999 г., ДВ. бр.54 от 16 Юни 2020г.
  51. Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 62 от 1999 г., последно изм. ДВ. бр.110 от 29 Декември 2020г.
  52. Закон за лечебните заведения. ДВ бр.62, 1999, последно доп. изм. ДВ. бр.110 от 29 Декември 2020г..
  53. Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите. ДВ, бр.46 от 03.06.2005, последно изм. и доп. ДВ. бр.85 от 2 Октомври 2020г.
  54. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ 2016, НСИ, НЦОЗА, София 2017
  55. Златанова Т., Р. Великова, Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, Диакта консулт, София, с. 190
  56. Златанова Т., Р. Златанова –Великова. Оценка на комуникативните умения на ОПЛ -Сп. Медицински меридиани. 2012, 1-2, 48-52 ISSN 1314-1090
  57. Златанова, Т., Р. Златанова–Великова, Динамика на разходите в здравеопазването на базата на системата на здравните сметки,

- ИНГА, 26-та научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2010, Интердисциплинарната идея в действие, 29.10.2010, С., с. 131-136.
58. Илиева Р., Б. Славчев, А. Гудев, Артериална хипертония. Акцент върху новите европейски препоръки за лечение, Медицинфо, Брой 07/2018, Година XVIII, 6
59. Колева Г., Христова И., Наблюдение и лечение на пациенти с артериална хипертония от медицинска сестра, KNOWLEDGE – International Journal Vol. 23.2 , 2018, 545-551
60. М.Визева, К. Визев. Мениджмънт на здравните грижи при захарен диабет II тип Инфодент-БГ. 2015
61. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства. Под ред.на Е. Шипковенска, София, Филвест, 2008
62. Найденов С, Донова Т „Таргетни органи увреждания при артериална хипертония и избор на лечение” Наука Кардиология 1/2010
63. Найденов, Ст., Св. Торбова, Ф. Николов, СВ. Цонев, Н Найденова, Характеристика и контрол на артериалната хипертония и някои придружаващи рискови фактори в българската градска популация, Сърдечно-съдови заболявания, 43, 2012, с.16
64. Наредба № 1 от 2011 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. ДВ 50/01.07.2011
65. Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, ДВ, бр. 7 от 2015 г.; изм. бр. 88 от 2016 г.
66. Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, ДВ. бр.92 от 22 Ноември 2016г., последно изм. ДВ. бр.2 от 4 Януари 2019г.

67. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите "медицинска сестра", "акушерка" и "лекарски асистент" за образователно-квалификационна степен "бакалавър", Обн. ДВ. бр.95 от 29 Ноември 2005г., последно изм. и доп. ДВ. бр.32 от 22 Април 2016г.
68. Население и демографски процеси през 2017 година,НСИ. София, 2018.
69. Национална здравна стратегия 2020: Министерство на здравеопазването, 2015
70. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020, <https://ncpha.government.bg/bg/2019-02-19-23-15-35/2014-2020>
71. Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009.
72. НСИ, Сборник население , София 2000
73. Пенчев В., М. Цекова, Резистентната хипертония: ръководствата от двете страни на океана, Мединфо, Брой 09/2020, Година XX, 26
74. Петков В., Мениджмънт на заболяването., Здравен Мениджмънт, 2002, том II, 1 стр. 18-23.
75. Попова, Т., Ив. Стамболова. Роля на медицинската сестра в профилактика на артериалната хипертония в юношеска възраст. Здравни грижи, бр. 3, 2018, стр. 5-10.
76. Попова, Т., Ив. Стамболова. Физическата активност като част от превенцията на сърдечно-съдовите заболявания. „Сестринско дело”, 51, 2019, No2, стр. 13-18. ISSN1310-7496.
77. Раев Д., Краткосрочен вариабилитет на артериалното налягане. Как да се измерва и какво означава, Мединфо, Брой 09/2020, Година XX, 40

78. Стамболова И., М. Димитрова, П. Бикова, Актуални проблеми на обучени ето по здравни грижи на медицински сестри, Scripta Scientifica Medica, 2011; vol. 43 (7), 295-297
79. Стамболова, В., А. Терзиева, Н. Василева. Сътрудничество и участие на пациента в терапевтичния екип. „Здравни грижи”, 2011. 2 бр., ISSN1312-2592, с. 24-28.
80. Томов И. Еленкова А. Гочева Н. Георгиев Б. „Как правилно да измерваме артериалното кръвно налягане чрез сфигмоманометрия” Наука кардиология / Брой 1, 2001
81. Торбова С., Контрол на артериалната хипертония при лица с висок и много висок сърдечносъдов риск, Наука Кардиология 4/2012, 15
82. Чанева Г., И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес, Филвест, С. 2003, 94-100
83. Чанева Г., Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата, Български медицински журнал, 2, 2008, № 1, 61-64
84. Чобанов А., М. Симова и Г. Златанчева. Артериалната хипертония – какво се промени
85. Шипковенска Е, Георгиева Л, Генчев Г. Медикогеографска характеристика и рискови фактори на сърдечно съдови заболявания. Медицинска география на България; София; Изд. на Съюза на учените в България. 2004 :105-146.
86. Шипковенска Е., Ж. Христов, П. Димитров, М. Дякова. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване базирани на доказателства, София, Филвест, 2008, 223 с.
87. Шипковенска Е., Л. Георгиева, Г. Генчев, П. Димитров, Й. Борисова, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, София, Делфи, 2002

88. Шипковенска Е., Христов Г., Стратегия за мениджмънт и превенция на астмата, Наука Пулмология 3/2008, 103-105
89. Шипковенска, Е. Сърдечносъдов риск. Проблем с много неизвестни. С., 2004
90. Шипковенска, Е., Необходима ли е преценка на настоящата рискова констелация за сърдечно-съдовите заболявания, Наука Кардиология 4/2008, 157-160
91. 2018 ESC/ESH Clinical Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, European Heart Journal (2018) 00, 1–98 doi: 10.1093/eurheartj/ehy339
92. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care : a model for measurement international journal of integrated care 2005;5:3-14
93. Archer-Chicko C. (2011) Nursing Care of Patients with Pulmonary Arterial Hypertension. In: Yuan JJ., Garcia J., West J., Hales C., Rich S., Archer S. (eds) Textbook of Pulmonary Vascular Disease. Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-87429-6\\_111](https://doi.org/10.1007/978-0-387-87429-6_111)
94. Band, R., Bradbury, K., Morton, K. et al. Intervention planning for a digital intervention for self-management of hypertension: a theory-, evidence- and person-based approach. Implementation Sci 12, 25 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0553-4>
95. Brosschot JF, Pieper S, Thayer JF. Expanding stress theory: prolonged activation and perseverative cognition. Psychoneuroendocrinology. 2005; 30:1043–1049.
96. Community Health Promotion. <http://www.health.state.mn.us/divs/hpcd/chp/hpkit/index.htm>
97. Cárdenas-Valladolid, J., López-de Andrés, A., Jiménez-García, R. et al. Effectiveness of standardized nursing care plans to achieve A1C, blood pressure, and LDL-C goals among people with poorly controlled type 2

- diabetes mellitus at baseline: four-year follow-up study. *BMC Fam Pract* 19, 125 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0800-z>
98. Chen G, McAlister FA, Walker RL, Hemmelgarn BR, Campbell NR. Cardiovascular outcomes in Framingham participants with diabetes: the importance of blood pressure. *Hypertension* 2011; 57(5):891-897.
  99. Chockalingam A, Campbell NR, Fodor JG. Worldwide epidemic of hypertension. *The Canadian Journal of Cardiology*. 2006;22(7):553-555.
  100. Clark CE, Smith LF, Taylor RS, Campbell JL. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010 Aug 23;341:c3995. doi: 10.1136/bmj.c3995. PMID: 20732968; PMCID: PMC2926309.
  101. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA*. 2007;298:1685–1687.
  102. Crandel C G, et al: Power spectral and time based analysis of heart rate variability following 15 days simulated microgravity exposure in humans, *Aviat Space Environ Med* 65:1105, 1994
  103. Dustan HP, Roccella EJ, Garrison HH. Controlling hypertension. A research success story. // *Arch. Intern. Med.* 156 (17). September 1996. DOI:10.1001/archinte.156.17.1926. c. 1926 – 35
  104. Emtiazy M, Choopani R, Khodadoost M, Tansaz M, Dehghan S, Ghahremani Z (2014). "Avicenna's doctrine about arterial hypertension.". *Acta Med Hist Adriat.* 12: 157–62. PMID 25310615
  105. Esunge PM. From blood pressure to hypertension: the history of research. // *J R Soc Med* 84 (10). October 1991. c. 621.
  106. Eurobarometer 72.3. Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social. Brussels. 2010.
  107. Evans W. Hypertension. In: *Cardiology*. London, England: Paul B. Hoeber, Inc; 1948:204.

108. Friedberg CK. *Diseases of the Heart*. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1949
109. Global Brief on Hypertension: Silent killer, global public health crisis
110. Gohar, F., Greenfield, S.M., Beevers, D.G. et al. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complement Altern Med* 8, 4 (2008).
111. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of low-sodium diet vs. Highsodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review). *Am J Hypertens* 2012;25:1–15.,346 He FJ, MacGregor GA. How far should salt intake be reduced? *Hypertension* 2003; 42:1093–1099.
112. Groppelli A, Omboni S, Parati G, Mancia G. Blood pressure and heart rate response to repeated smoking before and after beta-blockade and selective alpha 1 inhibition. *J Hypertens* 1990;8(Suppl 5):S35–40.
113. Hallberg, I., Ranerup, A. & Kjellgren, K. Supporting the self-management of hypertension: Patients' experiences of using a mobile phone-based system. *J Hum Hypertens* 30, 141–146 (2016).
114. Hallberg, I., Ranerup, A. & Kjellgren, K. Supporting the self-management of hypertension: Patients' experiences of using a mobile phone-based system. *J Hum Hypertens* 30, 141–146 (2016). <https://doi.org/10.1038/jhh.2015.37>
115. Hawking A (May 2007). "Impact of World Hypertension Day". *Canadian Journal of Cardiology*. 23 (7): 517-19. PMC 2650754 free access, PMID 17534457. doi: 10.1016 / S0828-282X (07) 70795-X.)
116. Historical Perspectives on the Management of Hypertension (pages 15–20) Marvin Moser .Version of Record online: 22 MAY 2007 | DOI: 10.1111/j.1524-6175.2006.05836.x
117. K. Faye, L.H. Heng, R. Collomp, E. Peroux Hypertension et stress *Journal*

des Maladies Vasculaires(Paris)© Masson, 2003,28,1,4-8

118. K.C. Chang, M. Soljak, J.T. Lee, et al. Coverage of a national cardiovascular risk assessment and management programme (NHS Health Check): retrospective database study *Prev Med*, 78 (2015), pp. 1-8
119. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367(9516):1066-1074.
120. Kotchen TA. Historical trends and milestones in hypertension research: a model of the process of translational research. // *Hypertension* 58 (4). October 2011.
121. Kotchen TA. Obesity-related hypertension: epidemiology, pathophysiology, and clinical management. *American Journal of Hypertension*, Volume 23, Issue 11, 1 November 2010, Pages 1170–1178
122. Kotchen TA. The Search for Strategies to Control Hypertension. *Circulation* 2010; (122):1141-1143.
123. Lawes CM, Vander Hoorn S., Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *The Lancet* 2008; 371(9623):1513-1518.
124. Light KC, Girdler SS, Sherwood A, et al. High stress responsivity predicts later blood pressure only in combination with positive family history and high life stress. *Hypertension*. 1999;33:1458–1464.
125. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 380(9859):2224-2260.
126. Mancia G, Gropelli A, Di Rienzo M, Castiglioni P, Parati G. Smoking impairs baroreflex sensitivity in humans. *Am J Physiol* 1997;273:H1555–1560.

127. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 2013; 34;2159-2219  
<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/34/28/2159.full.pdf>
128. Mann SJ, James GD, Wang RS, Pickering TG. Elevation of ambulatory systolic blood pressure in hypertensive smokers. A case-control study. *JAMA* 1991;265: 2226–2228.
129. Manual of hypertension. Oxford, Blackwell Science, 1995. ISBN 0-86542-861-1. c. xiii
130. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* 1998;338:171–179.
131. Mozaffarian D, Afshin A, Benowitz NL, Bittner V, Daniels SR, Franch HA et al. Population approaches to improve diet, physical activity, and smoking habits: a scientific statement from the american heart association. *Circulation* 2012; 126(12):1514-1563.
132. Novello FC, Sprague JM. Benzothiadiazine dioxides as novel diuretics. // *J. Am. Chem. Soc.* 79 (8). 1957. ) DOI:10.1021/ja01565a079. c. 2028.
133. Nunes, S., G. Rego, R. Nunes. 2014. The experience of an information system for nursing practice: the importance of nursing records in the management of a care plan. *Comput Inform Nurs.*, No 7, 322-333.
134. Peter Rudd, Nancy Houston Miller, Judy Kaufman, Helena C. Kraemer, Albert Bandura, George Greenwald, Robert F. Debusk, Nurse management for hypertension: A systems approach, *American Journal of Hypertension*, Volume 17, Issue 10, October 2004, Pages 921–927, <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2004.06.006>
135. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of analcohol treatment program on blood pressure. *Arch Intern Med* 1998;158:1197–1207.

136. Puddey IB, Beilin LJ, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet* 1987;1: 47–651.
137. S. Fleming, H. Atherton, D. McCartney, et al. Self-screening and non-physician screening for hypertension in communities: a systematic review *Am J Hypertens*, 28 (2015), pp. 1316-1324
138. Seely EW, Maxwell C. Cardiology Patient Page. Chronic Hypertension in Pregnancy. *Circulation* 2007; 115(7):e188-e190.
139. Sparrenberger F, Cichelero FT, Ascoli AM, et al. Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *J Hum Hypertens*. 2009;23:12–19.
140. Spruill, Tanya M. (7 February 2017). "Chronic Psychosocial Stress and Hypertension". *Current Hypertension Reports*. 12 (1): 10–16.
141. Spruill, Tanya M. William Gerin Gbenga Ogedegbe Matthew Burg Joseph E. Schwartz Thomas G. Pickering Socioeconomic and Psychosocial Factors Mediate Race Differences in Nocturnal Blood Pressure Dipping. *American Journal of Hypertension*, Volume 22, Issue 6, 1 June 2009, Pages 637–642,
142. Strasser T. Reflections on cardiovascular diseases. *Interdisciplinary Science Review* 1978; 3:225–30.
143. The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations. World Health Organization, 2005.
144. The medieval origins of the concept of hypertension. *Heart Views*. 15 (3): 96–98. 2014. doi:10.4103/1995-705X.144807. Archived from the original on 23 March 2015. Retrieved 25 November 2014)
145. Treiber FA, Kamarck T, Schneiderman N, et al. Cardiovascular reactivity and development of preclinical and clinical disease states. *Psychosom Med*. 2003;65:46–62.
146. United Nations General Assembly. Political Declaration of the High-level

- Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases-Draft resolution submitted by the President of the General Assembly. Report, 1-13. 2011. New York, USA, United Nations.
147. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB et al. Residual Lifetime Risk for Developing Hypertension in Middle-aged Women and Men. *JAMA* 2002; 287(8):1003-1010.;
  148. Vodenicharova A., A. Yanakieva, R. Goranova
  149. Vodenicharova A., K. Popova, A. Yanakieva: Leading the change in medical practice: the role of bioethics, *International Journal of Research in Management & Social Science*, Vol. 3, Issue 1 (V): Jan – March 2015, Issn 2322
  150. Vodenicharova A., NEED FOR QUALIFICATION OF MASTERS IN HEALTH MANAGEMENT AT THE FACULTY OF PUBLIC HEALTH SOFIA, *Journal of International Scientific Publications:Economy & Business*, Volume 9, 2015, ISSN 1314
  151. Warren-Findlow, J., Seymour, R.B. & Brunner Huber, L.R. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health* 37, 15–24 (2012). <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9410-6>
  152. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2018)00,1–98. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
  153. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Report, 1-39. 2013. Geneva, Switzerland, World Health Organization
  154. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Report, 1-39. 2013. Geneva, Switzerland, World Health Organization

155. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Report, 1-39. 2013. Geneva, Switzerland, World Health Organization
156. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization; Geneva: 2002.
157. <http://ish-world.com/index.htm>
158. [http://mpes.government.bg/Documents/PressCenter/News/nikoga\\_ne\\_kusno\\_22112011/Medical\\_facts.pdf](http://mpes.government.bg/Documents/PressCenter/News/nikoga_ne_kusno_22112011/Medical_facts.pdf)
159. <http://www.eshonline.org/about-esh/esh-in-brief/>
160. <http://www.hypertensionleaguebg.info/bg/>
161. [http://www.whleague.org/images/WHL\\_History\\_2015.pdf](http://www.whleague.org/images/WHL_History_2015.pdf)

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение № 1

### АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти,

Целта на настоящата анкета е да установим качеството и ефективността на здравните грижи, които в максимална степен да удовлетвори Вашите очаквания и потребности. Запитването е анонимно. Моля, отговорете откровенно и ясно, като оградите верния отговор!

ВЪПРОСИ	ОТГОВОРИ
1. Пол	а/ мъж б/ жена
2. Възраст	.....
3. Местоживеене	а/ град б/ село
4. Образование	а/ основно б/ средно в/ специалист (полувисше) г/ бакалавър д/ магистър
5. Посочете Вашето семейно положение:	а/ семеен/в съжителство б/ несемеен в/ разведен/а г/ овдовял/а
6. Каква е давността на Вашето заболяване? От колко години боледувате?	а/ 0-5 б/ 5-10 в/ 10-15 г/ 15-20
7. Как бе диагностицирано Вашето заболяване?	а/ при профилактичен преглед б/ при активно потърсена помощ по повод оплаквания
8. Има ли в рода Ви болни от хипертония?	а/ да б/ не
9. Пушач ли сте?	а/ да б/ не
10. Употребявате ли алкохол	а/ не б/ много рядко в/ да до 50мл. концентрат (1 чаша вино или 1 бира) г/ да редовно
11. Физическа активност	а/ не се движа активно б/ редовно ходя пеша в/ хоби на открито/физическа работа г/ спорт
12. Колко готварска сол употребявате	а/ без сол б/ ограничавам солта в/ нормално количество г/ обичам солено

13. Спазвате ли някакъв хранителен режим /диета	а/ да б/ не
14. Включвате ли плодове и зеленчуци във Вашето меню	а/ да, всеки ден б/ да, един два пъти седмично в/ не, много рядко
15. Какъв е Вашият ръст и тегло	а/ ръст .....см. б/ тегло .....кг.
16. От какво естество е вашата работа /професия ?	а/ свързана е с физическо натоварване. б/ свързана е с умствено натоварване. в/ свързана е с психо-емоционален стрес г/ не е свързана с натоварване
17. Свързвате ли вашето заболяване с негативно събитие във Вашия живот	а/ да загуба на близък б/ да проблеми в семейство в/ да проблеми на работното място г/ да финансови проблеми д/ не
18. Колко пъти проверявате стойностите на вашето кръвно налягане.	а/ няколко пъти дневно б/ веднъж дневно в/ веднъж седмично г/ при нужда д/ не го проверявам
19. Къде измервате вашето кръвно налягане	а/ основно у дома б/ само в лекарски кабинет в/ в аптеката г/ другаде .....
20. Редовно ли приемате предписаните медикаменти	а/ да, според предписанието на лекаря б/ понякога пропускам в/ само при необходимост/повишаване на кръвното г/ не приемам лекарства
21. Имате ли установени други заболявания свързани с хипертонията	а/ да б/ не в/ не зная
22. Имате ли експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК/ и определен процент трайно намалена трудоспособност, в следствие Вашето заболяване?	а/ да б/ не
23. Срещате ли трудности при необходимост от постъпване за болнично лечение	а) да, достъпността беше много трудна б) имах леки препятствия в) не беше трудна
24. При постъпване получавате ли необходимото съдействие от страна на мед. сестра?	а) да, напълно б) да, частично в) не
25. Получихте ли информация относно назначеното Ви лечение?	а) да, напълно б) да, частично в) не
26. Удовлетворен ли сте от получената информация за Вашето лечение	а) силно удовлетворен б) удовлетворен в) неудовлетворен г) силно неудовлетворен
27. Удовлетворени ли сте от оказаните сестрински грижи?	а) силно удовлетворен б) удовлетворен в) неудовлетворен г) силно неудовлетворен

28. Смятате ли, че може да се доверите напълно на мед.сестра и споделите здравословните си проблеми?
- а) да, мога да се доверя  
б) да, но само на определени сестри  
в) не
- 
29. Когато по време на престоя Ви в болница имате въпроси или възникне проблем към кого предпочитате да се обърнете?
- а) лекар  
б) мед.сестра  
в) рехабилитатор  
г) друг персонал
- 
31. Получихте ли необходимата информация относно хигиенно-диетичния режим и грижите свързани със здравословното Ви състояние?
- а) да, напълно  
б) да, частично  
в) не
- 
32. Смятате ли, че Вие и вашите близки притежавате достатъчни знания относно Вашето заболяване и грижите , които трябва да се полагат за подобряване на състоянието Ви?
- а) да, бях обучен от мед.сестра  
б) да, бяха обучени моите близки  
в) притежавам частични знания  
г) никой не ме обучи
- 
33. Нуждаете ли се от допълнителна информация за продължаващото Ви лечение в домашна обстановка?
- а) информиран съм напълно  
б) близките ми са информирани  
в) информиран съм частично  
г) нямам никаква информация
- 
34. Какъв вид обучение и информация смятате , че биха били полезни за Вас ?
- а/ относно рисковете и усложненията на артериалната хипертония  
б/ относно начина на хранене  
в/ относно измерването на артериалното налягане  
г/ относно провеждането на лекарственото лечение  
д/ относно режима за физическа активност
-

## АНКЕТНА КАРТА 2

Уважаеми медицински сестри, настоящето проучване има за цел да установи Вашият принос в осъществяването на здравните грижи за пациенти с артериална хипертония.

### ВЪПРОСИ

### ОТГОВОРИ

1. Вашият пол е?	а) м б) ж
2. Вие сте на възраст между:	а) 20-30г. б) 31-40г. в) 41-50г. г) 51-60г. д) над 60г.
3. Какво е вашето образование?	а/ средно специално; б/ медицински колеж (полувисше); в/ бакалавър; г/ магистър
4. Какъв е Вашият трудов стаж?	.....
5. От колко години работите в това лечебно заведение?	.....
6. Имате ли СДО в областта на сърдечно-съдовите заболявания?	а) да имам – един курс; б) да имам- повече от един курс; в) в момента съм на курс; г) не –нямам такава квалификация.
7. Ако отговорът Ви е „да” посочете вида на квалификацията?	..... ..... .....
8. Достатъчна ли Ви е тази квалификация?	а) да напълно; б) в известна степен в) не ми е достатъчна г) не мога да отговоря
9. Запознати ли сте с рисковите фактори на АХ?	а/ да, напълно; б/ да, донякъде; в/ малко съм запознат; г/ не, не съм запознат;
10. Имате ли нужда от допълнително обучение относно АХ и грижите свързани с нея ?	а) да; б) не в) не мога да отговоря
11. Разполагате ли с необходимото време за разговор с пациентите?	а) достатъчно; б) малко; в) не разговаряме; г) нямам време

12. Разполагате ли с необходимото време за разговор с близките на болните?	а) достатъчно; б) малко; в) не разговаряме; г) нямам време
13. Пациентите търсят ли Вашето професионално мнение за грижите относно тяхното заболяване	а) да, винаги; б) да; в) понякога; г) никога
14. Как се осъществява обучението на пациентите в отделениято, в което работите?	а) по желание на пациента; б) по моя преценка; в) между другото; г) няма обучение
15. При обучението на пациентите относно манипулации, изследвания и грижи колко време отделяте?	а) средно по 5 минути; б) средно до 10 мин.; в) средно до 15 мин.; г) средно повече от 15 мин.
16. Необходима ли е промяна в съществуващата сестринска практика, свързана с обучението на пациента?	а) да; б) донякъде да; в) не;
17. Считате ли, че при сега съществуващата организация на работа медицинската сестра може сама да вземе решения относно обучението на пациентите?	а) да; б) не; в) не мога да отговоря
18. Регламентирано ли е в длъжностната ви характеристика обучението на пациентите?	а) да; б) не; в) не мога да отговоря
19. Обучавани ли сте да провеждате обучение на пациенти?	а) да; б) не; в) не мога да отговоря
20. Смятате ли, че мед. сестри притежават съответна подготовка и компетентност да обучават болните?	а/ да, напълно б/ да, но само по определени въпроси в/ не са компетентни
21. Осигурявате ли достатъчна и достъпна за пациентите здравна информация?	а/ да, напълно б/ да, отчасти; в/ недостатъчно; г/ не изобщо
22. Как определяте сътрудничеството с лекарите от доболничната помощ и болниците за активно лечение?	а/ много добро б/ добро в/ задоволително г/ няма сътрудничество
23. Запознати ли сте с Вашата длъжностната характеристика?	а/ да, напълно; б/ да, частично; г/ не съм запозната;
24. Случва ли се сестрите да изпълняват дейности извън определените в длъжностната характеристика?	а/ да, често б/ да, понякога в/ не

25. Какви са основните дейности, които изпълнява сестрата при лечението на пациентите?	а/ извършване на сестрински манипулации б/ работа с апаратура в/ работа с компютър и документация г/ измерване на соматични показатели д/ педагогически дейности е/ рехабилитационни дейности ж/ други
26. Как определяте потребностите на пациента от сестрински грижи?	а/ самостоятелно, сестрите са напълно автономни б/ съвместно с лекаря в/ съвместно с пациента г/ съвместно със сестринския екип д/ съвместно с целия екип
27. Участват ли мед.сестри в обучението на пациенти?	а/ да б/ не в/ понякога
28. Какви видове обучение на пациентите извършват сестрите?	а/ самостоятелни б/ в екип с други сестри в/ в екип с лекари г/ в екип с други специалисти д/ в екип с лекари и други специалисти
29.Използвате ли в практиката документи, които се отнасят до обучението на пациента?	а)да; б)не в) не мога да отговоря
30. Смятате ли, че дейностите, които извършва сестрата при осъществяване на грижите за пациенти с АХ са достатъчни?	а/ да, напълно б/ да, частично в/ не
31. С кои дейности смятате, че ще бъдат най-полезни?	а/ извършване на сестрински грижи б/ консултиране по здравословни проблеми в/ обучение на пациентите и близките г/ други дейности .....
32. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряването на качеството на дейността и удовлетвореността на пациентите?	а/ повишаване квалификацията на персонала б/ подобряване на организацията на дейността в/ подобряване на материално битовите условия г/ подобряване на отношението към пациентите д/ друго -.....
33. Организацията на грижите позволява ли да се документират всички грижи и дейности, които извършват за пациентите с ОМИ:	а/ да, всички дейности и грижи се документират б/ само основните дейности и грижи в/ по-голямата част от извършваните грижи не се документират
34. Считате ли, че при създадената организация отделяте значително много време за попълване на документи на ръка?	а/ да, напълно б/ отчасти в/ не

35. Посочете колко време отделяте за попълване на документацията на дежурство:

- а/ до 30 минути
- б/ до 1 час
- в/ над 1 час

---

36. Позволява ли, съществуващата в момента организация, изработването на план за сестрински грижи, по който да се ръководят медицинските сестри при осъществяване на грижите?

- а/ да, напълно
- б/ отчасти
- в/ не

## ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА

Уважаеми, колеги предлагаме Ви да извършите експертна оценка на разработен – „Модел за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония”.

Благодарим Ви за изразеното от Вас професионално мнение и оказаното съдействие и подкрепа!

Моля да изразите свободно Вашето мнение.

1. Разработеният модел успява ли обхване всички аспекти на здравните грижи при пациентите с артериална хипертония:

а/ разработеният модел напълно обхваща всички аспекти на здравните грижи при пациенти с артериална хипертония

б/ разработеният модел само отчасти отразява различните аспекти на здравните грижи при пациенти с артериална хипертония

в/ моделът много слабо отразява аспектите на здравните грижи при пациентите с артериална хипертония

2. Считате ли, че разработеният модел за грижи при пациенти с хронични заболявания предоставя съвременна организация и мениджмънт на здравните грижи при пациенти с артериална хипертония:

а/ моделът представя много добра организация и мениджмънт на грижите

б/ моделът само отчасти представя организация и мениджмънт на грижите

в/ представеният модел не представя добра организация и мениджмънт на грижите

3. Разработеният модел ще подобри ли ефективността и качеството на грижите за пациенти с артериална хипертония:

а/ моделът ще повиши значително ефективността и качеството на грижите

б/ моделът само отчасти ще повиши ефективността и качеството на грижите

в/ прилагането на модела няма да доведе до по-висока ефективност

Име ..... възраст .....

<b>Хранене</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Лична хигиена</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Хранене</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Диета</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Обличане</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Къпане</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Контрол на тазовите функции</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Посещение на тоалетна</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Ставане от леглото</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Преместване от леглото до стола</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Движение</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> самостоятелно на малки разстояния <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Изкачване по стълби</b>	<input type="checkbox"/> самостоятелно <input type="checkbox"/> с помощ <input type="checkbox"/> неспособен сам
<b>Зрение</b>	<input type="checkbox"/> без нарушение <input type="checkbox"/> намалено - коригирано <input type="checkbox"/> намалено - некоригирано <input type="checkbox"/> липсващо
<b>Слух</b>	<input type="checkbox"/> без нарушение <input type="checkbox"/> намален - коригиран <input type="checkbox"/> намален - некоригиран <input type="checkbox"/> липсващ
<b>Общуване</b>	<input type="checkbox"/> общува нормално <input type="checkbox"/> затруднено общуване <input type="checkbox"/> невъзможност за общуване

Приложение № 5

**Потребност на пациента от информация/обучение  
във връзка с артериалната хипертония**

Име ..... възраст .....

Информация/обучение за:

---

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Провеждането на лекарственото лечение               | <input type="checkbox"/> |
| 2. Рисковете и усложненията на артериалната хипертония | <input type="checkbox"/> |
| 3. Физическа активност и натоварвания                  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Хранителен режим                                    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Измерване на артериалното налягане                  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Възможност за физикална терапия и балнеолечение     | <input type="checkbox"/> |
| 7. самоконтрол на заболяването                         | <input type="checkbox"/> |
| 8. Други   | <input type="checkbox"/> |
-

Приложение № 6

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФИЛИАЛ ”ПРОФ. Д-Р ИВАН МИТЕВ”- ВРАЦА**

---

---

**УЧЕБНА ПРОГРАМА**

**ЗА**

**СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ**

**“ СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ В ПРЕВАНТИВНИТЕ И  
ТЕРАПЕВТИЧНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ БОЛНИ С  
АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ”**

**Враца**

**2020 год.**

## **АНОТАЦИЯ НА ДИСЦИПЛИНАТА**

Артериалната хипертония остава глобален проблем за обществото, при все по-нарастващо разпространение. Увеличаването на продължителността на живота и застаряването на популацията водят до нарастване на заболяемостта и увеличаване броя на хората с артериална хипертония. Поради недостатъчния контрол на рисковите фактори, фокусът върху превантивните сестрински грижи трябва да бъде засилен, за да се намалят разходите, свързани с лечението на заболяването. Управлението на артериалната хипертония включва модифициране стила на живот, контрол на рисковите фактори, придържане към терапията, здравно обучение на пациентите. Ключов аспект е мултидисциплинарния подход.

Медицинските сестра се нуждаят от знания, умения и, които да им позволят да провеждат ефективно обучение на пациентите.

### **ЦЕЛИ НА ДИСЦИПЛИНАТА:**

Основната цел е придобиване на знания и умения за спецификата на сестринските грижи при болни с артериална хипертония за да могат на практика да прилагат автономни дейности за: предоставяне на здравна информация; превенция; непрекъснат мониторинг , обучение на пациентите; и др.

### **ЗАДАЧИ НА ДИСЦИПЛИНАТА:**

- Медицинските сестри да придобият знания за спецификата на сестринските грижи при болни с артериална хипертония
- Да формират практически умения за: мониторинг на пациента; оценка на рисковите фактори; консултиране; психо-социална подкрепа; насърчаване за придържане към терапията; здравно обучение на пациента..

### **МЕТОДИКА НА ПРЕПОДАВАНЕ И ОЦЕНЯВАНЕ:**

Форми на обучение: лекции и семинарни занятия.

Методи: лекции, беседи, разказ, решаване на казуси, симулационни игри, тренинг и др.

Контрол и оценка: съчетание на устно изпитване, тестово на четири познавателни равнища , есета и реферати на етична тематика

### **ФОРМИРАНЕ НА ОЦЕНКАТА.**

- Оценка на активността на студента в теоретичните часове и часовете за упражнения, при дискусия, решаване на казуси и разиграване на ролеви игри
- Писмено и устно изпитване или тест.

## ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ:

- разширяване на знанията за артериалната хипертония и нейната значимост като рисков фактор за сърдечно-съдова смъртност.
- Придобити практически умения по превенцията на поведенческите рискови фактори на хипертонията.
- Придобити практически умения за обучение на пациентите.
- Формиране на практически умения работа в мултидисциплинарен екип.
- Формиране на умения за оказване на подкрепа и мотивиране на пациентите за самоконтрол на болестта.

## РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО ТЕМИ И ЧАСОВЕ

№ по ред	ТЕМА	Всичко часове	От тях:	
			лекции	упр.
1.	Епидемиология на артериалната хипертония		1	
2.	Рискови фактори		1	
3.	Поведенчески рискови фактори – възможности за интервенции		1	2
4	Физическа активност и хипертония		1	2
5.	Хранене при артериална хипертония		1	2
6.	Артериалната хипертония като рисков фактор		1	
7.	Препоръки 2018 на ESC/ESH за поведение при артериална хипертония		2	
8.	Измерване на артериалното налягане – акценти върху грешките			2
9.	Съелф-мениджмънт на болестта		1	
10.	Терапевтично обучение		1	
11.	Мотивиране на пациентите за придържане към терапията		2	1
12.	Мултидисциплинарния подход при контрола на хипертонията		2	
13.	Опита на други страни в контрола на хипертонията – място и роля на медицинската сестра		2	
14.	Самостоятелните сестрински практики - индивидуални и колективни и тяхната роля в контрола на артериалната хипертония.		1	2
15.	Семинар			2

## Препоръчителна литература

1. Балканска П., Приложна психология в медицинската практика, Булвест 2000, 2013
2. Бикова, П., М. Димитрова, Н. Василева, А. Терзиева. 2014. Мултидисциплинарния екип в здравните грижи. Тридесет и трета научно-технологична сесия. Сб. статии, ТЕМТО, с. 127-130.
3. Борисов, В., Воденичаров, Ц., Юрукова, К., Попова, С., Социална медицина, С, ГорексПрес, 2001.
4. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска. 2013. Социална медицина, С., ГорексПрес, с. 493-504.
5. Генчев Г, Георгиева Л. Интегрирано въздействие на рисковите фактори при сърдечно-съдовите заболявания. Социална медицина 2003; XI(2): 23-25.
6. Георгиев Б, Трендафилова Е, Балабански Т, Гочева Н, Генетика на артериалната хипертония, Наука Кардиология 1/2013
7. Дулева В., Диетологични подходи при хипертония, Наука Диететика 1, 2009
8. Илиева Р., Б. Славчев, А. Гудев, Артериална хипертония. Акцент върху новите европейски препоръки за лечение, Медицинфо, Брой 07/2018, Година XVIII, 6
9. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства. Под ред. на Е. Шипковенска, София, Филвест, 2008
10. Торбова С., Контрол на артериалната хипертония при лица с висок и много висок сърдечносъдов риск, Наука Кардиология 4/2012, 15
11. 2018 ESC/ESH Clinical Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, European Heart Journal (2018) 00, 1–98