МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

АВТОРЕФЕРАТ

за присъждане на научна степен „Доктор на науките”

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве

Научна специалност: Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията

ПРОМОТИВНИ И ПРЕВАНТИВНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Проф. Диана Кръстева Иванова, дм

София, 2023 г.

Дисертационният труд е написан на 338 стандартни страници и включва 45 фигури, 3 таблици и 2 схеми. Приложения – 10. Използвани са 229 литературни източника, от които 171 на кирилица и 58 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са публикувани 5 статии.

Дисертационният труд е разгледан и одобрен от катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ на Факултет по обществено здраве при МУ – София „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“

Научното жури от 7 хабилитирани лица в съответната научна област, което да проведе процедурата по защитата на дисертационния труд е в следния състав:

1. Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн
2. Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дмн
3. Проф. Магдалена Банчева Александрова, дм
4. Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм
5. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм
6. Проф. Людмила Найденова Чакърова, дп
7. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Резервни членове:

1. Проф. Деляна Петрова Хаджиделева, дм
2. Доц. Гергана Георгиева Петрова, дм

Публичната защита ще се състои на 11.07.2023 г. от 14:00 часа в заседателна зала на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София и на интернет страницата на МУ София. В автореферата номерата на таблиците и фигурите съответстват на номерата в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....5
Цел, задачи, материал и методи на проучването.....10
- Цели на изследването.....10
- Задачи на изследването.....10
- Материали и методика на проучването.....11
- Методи на проучването.....13
Резултати от проучването.....14
- Медико-социална характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания.....14
- Начин на живот на пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....25
- Основни рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти Сърдечно-съдови заболявания.....33
- Оптимизиране на сестринските грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....45
Промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....60
Подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....61
Информационно и документално осигуряване на промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.....68
Заключение.....69
Изводи.....73
Приноси.....78
Публикации във връзка с дисертационния труд.....80

Използвани съкращения

АКБ (CABG) - аорто - коронарен байпас

АС – атеросклероза

БТЕ - Белодробен тромбоемболизъм

ВБИ – вътреболнична инфекция

ЕКГ - електрокардиография

ЗД – захарен диабет

ЛДХ – лактат дехидрогеназа

ЛФК - лечебната физкултура

МИ – миокарден инфаркт

НАП - нестабилна стенокардия

ОКС – остър коронарен синдром

ОМИ – остър миокарден инфаркт

РТСА - преркутанната транслуминална коронарна ангиопластика

РФ – рискови фактори

САП - стабилна стенокардия

СГОТ - аланинаминотрансфераза

СГПТ - аланинаминотрансфераза

СКГ - селективната коронарография

СКАГ - селективна коронарна артериография

СН сърдечна недостатъчност

ССЗ – сърдечно-съдови заболявания

СПК - креатинфосфокиназа

СУЕ – утайка

ТГ - триглицериди

Въведение

Сърдечно-съдовите заболявания се причисляват към социално-значимите заболявания. Това са тези заболявания, които определят профила и структурата на смъртността и заболеваемостта в дадена страна или регион. Социално значимите заболявания се определят като болести на съвременния начин на живот. Те са сред основните причини за заболеваемост и смъртност на населението в съвременните страни. За да бъде включено дадено заболяване в групата на социално значимите, то трябва да отговаря на определени критерии:

- високо ниво на смъртност и заболеваемост сред популацията и очертаваща се неблагоприятна динамика;

- да засяга голяма част от лицата в активна възраст;

- да има висок дял в структурата на причините за смърт сред населението и особено при лицата в активна възраст;

- да има висок дял в структурата на разходите за лечение и рехабилитация;

- да изисква намесата на висококвалифицирана и специализирана медицинска помощ;

- да налага комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти и използване на високотехнологични процеси;

- да нанася значителни социални, икономически и психологически щети на индивидите, семействата им и обществото като цяло;

- да натоварва обществените фондове и социалните служби поради продължителна нетрудоспособност и инвалидизация.

Промените в начина на живот, разнообразните рискови фактори рязко променят честотата и повишават смъртността сред големи групи хора.

Сърдечно-съдовите заболявания представляват основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. Сърдечно-

съдовите заболявания все още са основен фактор за инвалидизиране на населението и намаляване на качеството на живот. Честотата на ССЗ се увеличава през последните години и е голям социален проблем. Болестите на сърдечно-съдовата система включват заболявания на сърцето, исхемична болест на сърцето, артериалната хипертония, атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, ритъмните и проводните нарушения, заболяванията на сърдечните клапи, кардиомиопатиите, заболяванията на мозъчни съдове и периферни артерии, инсултите, инфарктите, сърдечните дефекти и много други заболявания. При болестите на сърцето пациентите се оплакват от бързо настъпване на умора, ограничаване на физическата активност, задух при усилия или покой, нощни пристъпи на задух, кашлица, отделяне на храчки, предноторакална болка, дискомфорт при физически усилия или в покой, сърцебиене, тахикардия, прилошаване, замайване, отоци, нарушения в диурезата, бърза промяна на телесното тегло. Най-честите форми на сърдечно-съдовите болести са исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. Вероятността човек да се разболее от сърдечно-съдово заболяване представлява „риск" от тази болест. Такава вероятност съществува при всеки човек, но при някои хора рискът е по-голям, отколкото при други. Няма единствена причина за сърдечно-съдовите заболявания. Факторите, увеличаващи риска или „рисковите фактори" на сърдечно-съдовите заболявания могат да не се повлияват или да се повлияват трудно (мъжки пол, напредване на възрастта, наследствена предразположеност), но може да се повлияват ефективно и да са обратими. Главните рискови фактори -хипертония, дислипидемия, наднормено тегло и захарен диабет - за сърдечно-съдови заболявания, често се съчетават у един и същ пациент, което рязко увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания. Съчетано, макар и леко завишаване на основните рискови фактори, при като цяло здрави индивиди, е често недооценявано от медицинската общност, въпреки че комбинацията от тези рискови фактори

значително увеличава риска от сърдечно-съдови заболявания. Заболявания, които се крият в общи причини като нездравословно хранене, пиене и пушене и които са признак за сърдечно-съдови заболявания, могат да бъдат превъзмогнати чрез окуражаване на здравословни навици на живот и осигуряване на превантивни здравни услуги. Има много различни фактори като околната среда, поведението и физиологията, които взаимодействайки си, оказват влияние за развитието на сърдечно-съдовите болести. Много от причините за сърдечните болести са свързани с поведенческите фактори стрес, враждебност, а оттам и физиологична активност, които се приемат като дадени личностни черти. Установено е, че при страдащите от сърдечни болести е налице висок стрес, ниска социална подкрепа, липса на икономически статус, психологическа депресия. Разпознаването на психосоциалните рискови фактори цели помагане и превенция на сърдечната болест при високо рискови индивиди. Изучаването на взаимодействието между околната среда и генетичните фактори също играе важна роля при изучаването на произхода на сърдечните болести. Сърдечно-съдовите заболявания имат определено медико-социално значение в съвременното ни общество, което налага провеждането на по-задълбочени проучвания и изследвания насочени към социалните фактори и възможностите за тяхното преодоляване.

Профилактиката е съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които обществото предприема за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици. Профилактиката е защита, която действа още преди проявление на дадени заболявания, защита, която препятства появата им, а в друг етап – развитието и усложняването им в нежелана посока. В съвременното здравеопазване рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия. Предприемането на адекватни и навременни мерки е възможно да

намали действието на рисковите фактори. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори на околната среда може да доведе до съществено понижаване на риска от сърдечно-съдови болести. Здравната профилактика са всички мерки, предприемани от здравните специалисти и обществото по предотвратяване разпространението на рисковите фактори и заболяванията и техните усложнения сред населението. Участието на обществото в здравната промоция се осъществява основно чрез партньорство; улесняване на диалога и постигане на консенсус; ангажираност; споделена отговорност; зачитане на достойнството; социална подкрепа; консолидация на дейностите; приоритетизиране на ресурсите.

В препоръките за превенция на сърдечно-съдовите заболявания на Европейското дружество по кардиология се набляга на необходимостта от по-голям обем информация от общата практика и болничните заведения и значението на физическите увреждания, контрола на телесното тегло и поддържането на здравословен начин на живот. В препоръките е включена и по-детайлна дискусия относно системите за степенуване на данните, приоритетите и целите. Добавени са нови раздели за значимостта на пола, сърдечната честота, индекса на телесната маса и обиколката на талията за сърдечно-съдовата заболеваемост. Превенцията на ССЗ има няколко принципи и подходи за реализация на основните принципи:

- да се подпомогнат хората с нисък сърдечно-съдов риск да го задържат нисък максимално дълго и да се помогне на онези с повишен риск да го намалят.

- за осигуряване на здраве е необходимо: да не се пуши; да се консумира здравословна храна; да се осигури 30-минутна умерена физическа активност дневно; индексът на телесната маса да бъде <25кг/м и да не се допуска централно затлъстяване; АН <140/90 mmHg; - общ холестерол <5 mmol/L; LDL-хол <3 mmol/L; кръвна захар <6 mmol/L.

- за осигуряване на стриктен контрол на риска при високо-рискови хора, особено с установено ССЗ и диабет, е необходимо: АН <130/80 mmHg, ако е възможно; общ холестерол <4.5 mmol/L с прицел <4.0 mmol/L, ако е възможно; LDL-хол <2.5 mmol/L с прицел <2.0 mmol/L, ако е възможно; кръвна захар <6 mmol/L и HbA1C <6.5%, ако е възможно.

- да се прилага кардиопротективна медикаментозна терапия при високо рисковите хора и особено при тези с установена атеросклеротична болест.

Генезисът на сърдечно-съдовите заболявания е комплексно детерминиран – неблагоприятни фактори на околната среда и генетична предиспозиция; нездравословен начин на живот, определящ сърдечно-съдовия риск - артериална хипертония, дислипидемия, тютюнопушене, захарен диабет, обезитет, стрес, климактериум, употреба на орални контрацептивни средства, ниска физическа активност.

Промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е приоритетна задача, залегнала в цялостната дейност на специалистите по здравни грижи с цел постигане на ефективни резултати и подобряване качеството на живот на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания. Основната цел на промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е да се увеличи продължителността на живот без заболяване и да се подобри качеството на живот.

Подхода за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е насочен към промоцията на здравето, запазването и възстановяването на здравето и качеството на живот, както и предотвратяването на болестта и се използва във всяка сфера на здравните грижи.

Цел, задачи, материал и методи на проучването

Цели на изследването

Да се проучи съществуващата организация на сестринските грижи в болничните структури и медико-социалните проблеми при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, като се разработи подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, приоритетно ориентиран към оптимизиране на съвременната организация на здравните грижи.

Задачи на изследването

1. Анализ и медико-социална характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и УМБАЛ, Софиямед" – гр. София.

2. Проучване на начина на живот на пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и УМБАЛ „Софиямед" – гр. София .

3. Изследване и анализиране на основните рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

4. Проучване на начина на живот при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

5. Анализиране, контрол и оценка на здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания на съществуващата организация на здравните грижи в болнични условия за тези пациенти.

6. Разработване на подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания, който включва наблюдение на общото състояние и измерване на показатели; диагностични изследвания и терапевтични процедури.

7. Провеждане на експертна оценка на разработения подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

Материали и методика на проучването

Обект на проучването са здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Предмет на изследването са организацията на работата и оптимизирането на здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Техническа единица на наблюдението: УМБАЛ „Лозенец" – гр. София, Клиника по Кардиология и отделение по инвазивна диагностика и терапия, УМБАЛ „Софиямед' – гр. София, Клиника по Кардиология и инвазивна кардиология.

Логическа единица на изследването:

- пациенти със Сърдечно-съдови заболявания постъпили за лечение в Клиники по Кардиология в УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и УМБАЛ „Софиямед' – гр. София

- медицински сестри от Клиники по Кардиология в УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и КК на УМБАЛ „Софиямед' – гр. София

Признаци на наблюдение на логическите единици:

- признаци, свързани с диагнозата Сърдечно-съдови заболявания и придружаващи заболявания

- признаци, свързани с медико-социалната характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания

- признаци, свързани с начина на живот на пациенти със ССЗ

- признаци, свързани с основните рискови фактори при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

- признаци, свързани с оптимизиране на здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

- признаци, свързани с характеристиките на разработения подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

Характер и обем на проучването

В проучването са включени пациенти, приети за лечение в КК на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и КК на УМБАЛ „Софиямед' – гр. София, които са изразили писменото си съгласие за участие в проучването. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите.

Общият обем на респондентите е 700 от които:

- 650 пациенти от Клиниките по Кардиология

- Общият брой на анкетираните медицински сестри е 50

В проучването са включени медицински сестри, извършващи грижи за пациенти със Сърдечно-съдови заболявания:

- 20 медицински сестри от УМБАЛ „Лозенец"

- 20 медицински сестри от УМБАЛ „Софиямед'

- 10 медицински сестри – експерти – 5 от УМБАЛ „Лозенец" и 5 от УМБАЛ „Софиямед". За експертната оценка са включени старши медицински сестри и медицински сестри с дългогодишна практика в спешно отделение, отделение по инвазивна диагностика и терапия и стационар.

Място и време на проучването

Мястото на проучване е Клиниката по Кардиология на УМБАЛ „Лозенец" – гр. София и Клиниката по Кардиология на УМБАЛ „Софиямед' – гр. София. Проучването е проведено в периода – 2018-2021 година.

Методи на проучването

Документален метод – медицинска документация, сестринска документация и всички медицински документи, които съдържат информация за пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

- Социологически метод : анкетно проучване на пациенти и анкетно проучване на медицински сестри. Разработени са анкетни карти, които съдържат предимно закрити въпроси с възможност за избор на формулиран отговор, както и възможност за изразяване на коментар.

- Статистически метод – Обработката и анализът на данните са извършени със статистически пакет SPSS V 19.0. Резултатите са представени като средни стойности ± стандартно отклонение.

За сравнение на променливите е използван Т-тест на Стюдънт (Student's t-tests) и едномерен вариационен анализ. За статистически значимо е приемано $p<0.05$. Проведен е и корелационен анализ между различни показатели.

- Графичен анализ – за таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на Microsoft Excel 2010

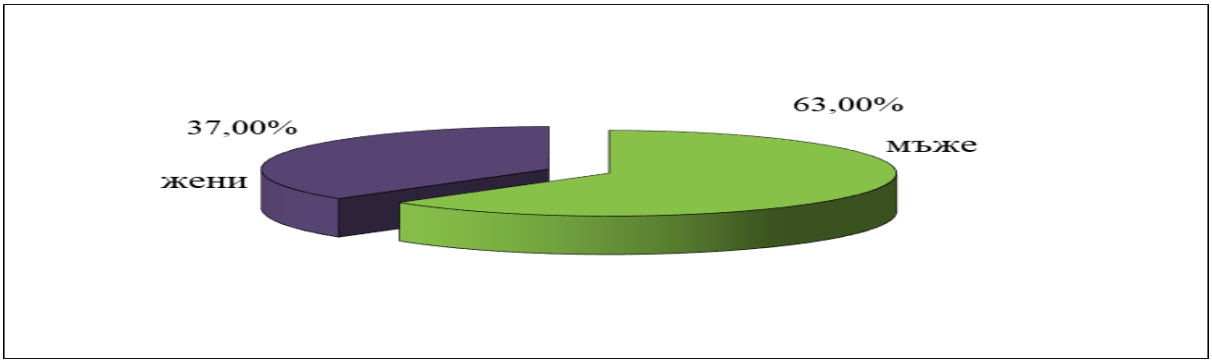
- Експертна оценка – извършване на експертна оценка на разработения подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

Резултати от проучването

Медико-социална характеристика на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания

Сърдечно-съдови заболявания са сред основните причини за заболеваемост и смъртност на населението в съвременните страни. Социално значимите заболявания се определят като болести на съвременния начин на живот. Промените в начина на живот, разнообразните рискови фактори (тютюнопушенето, заседналия начин на живот, стреса, консумация на нездравословна храна) рязко променят честотата и повишават смъртността сред големи групи хора. За да се причисли дадена болест като социално значима, тя трябва да е отговаря на следните белези: висока смъртност и заболеваемост сред популациите, която очертава неблагоприятна динамика; обхваща големи части от населението в трудоспособна възраст; да заема висок дял от структурата от причините за смъртността сред населението; да заема висок дял от разходите за лечение и рехабилитация; да налага наличието на специализирана медицинска помощ; да изисква комплексна терапия и да се прилага високотехнологична апаратура; да носи високи социални, икономически и психологически вреди на населението; да ангажира различни обществени фондове и социалната служба вследствие на продължителната нетрудоспособност и инвалидизация.

Фиг. № 1 **Разпределение на пациентите по пол**

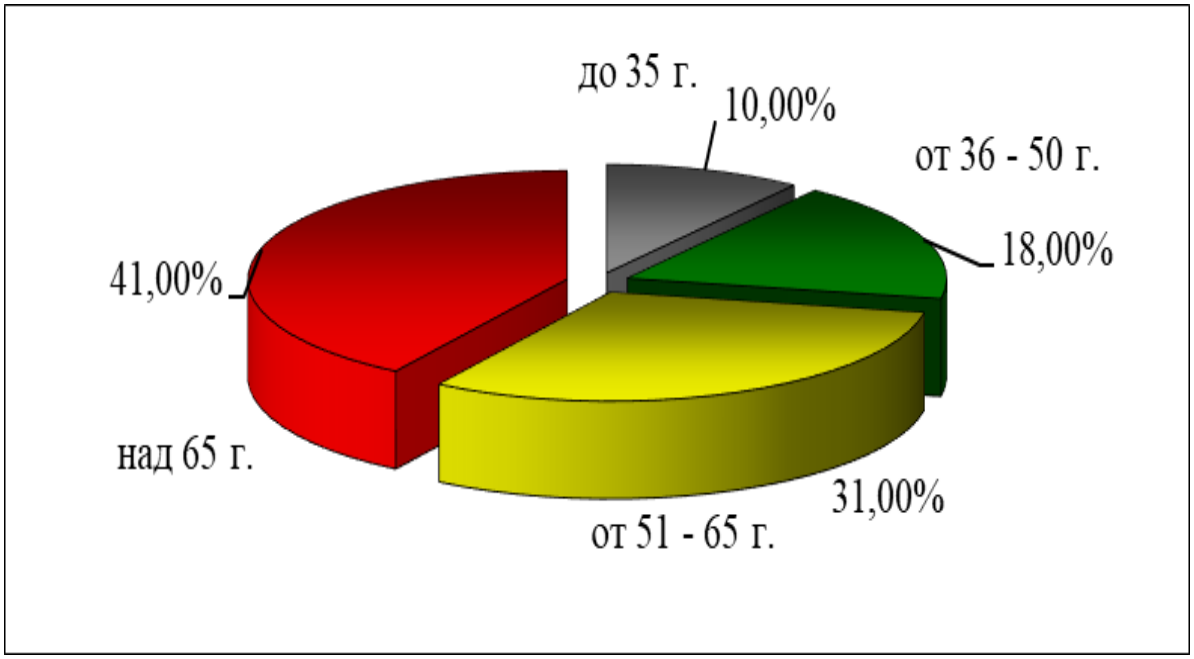


От проведеното анонимно анкетно проучване става ясно, че 63,00% от постъпилите за лечение в Клиника по кардиология са мъже, а 37,00% са жени. Тези статистически данни показват, че по-голямата част от пациентите са мъже. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъжете са със Сърдечно-съдови заболявания. Необходимо е да се провеждат редица по-задълбочени проучвания както на рисковите фактори, така и на други фактори, оказващи влияние за развитие на заболяването.

Проведения корелационен анализ показва, че не съществува статистически значима зависимост между пола и диагнозата (p> 0,0001).

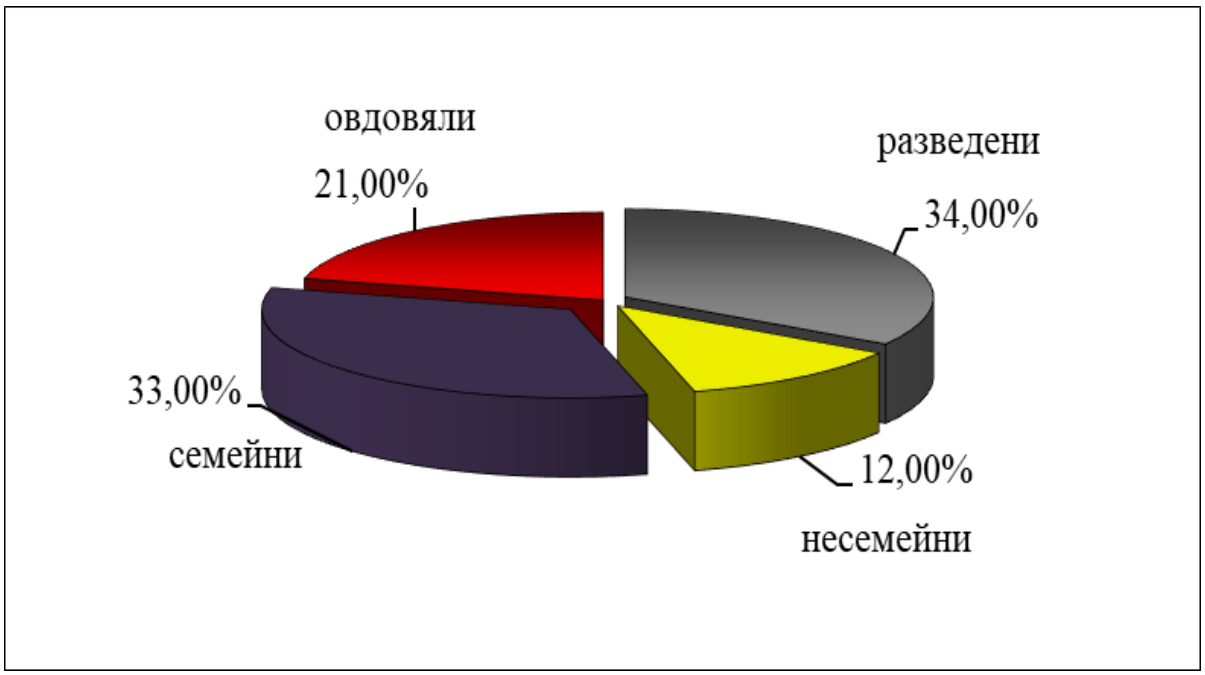
Различният пол на пациентите изисква спазването на правата на пациента, както и запазване на неговата автономност. Това предполага съобразителност от страна на медицинските сестри и осигуряване на необходимия психологически комфорт при настаняване на пациентите.

Фиг. № 2 **Разпределение на пациентите по възраст**



От анализа на данните става ясно, че пациентите до 35 годишна възраст са 10,00 % от анкетираните, което е негативна тенденция през последните години. Най-възрастния пациент е 90 годишен. От 36 до 50 г. респондентите са 18,00 %, от 51 до 65 г. са 31,00 %. Най-голям е относителния дял на пациентите над 65 г. Тези резултати показват, че най-рисковата група за това заболяване са хората на възраст над 65 години. Това са хора в пенсионна възраст, които все още са пълноценни и способни за активна професионална дейност, но от съществено значение е и тяхното здравословно състояние. Възрастовите промени са важен и съществен фактор при редица заболявания и преди всичко при Сърдечно-съдовите. Увреждането на сърцето и кръвоносната система водят до редица патологични промени, за които решаващо значение има и начина на живот.

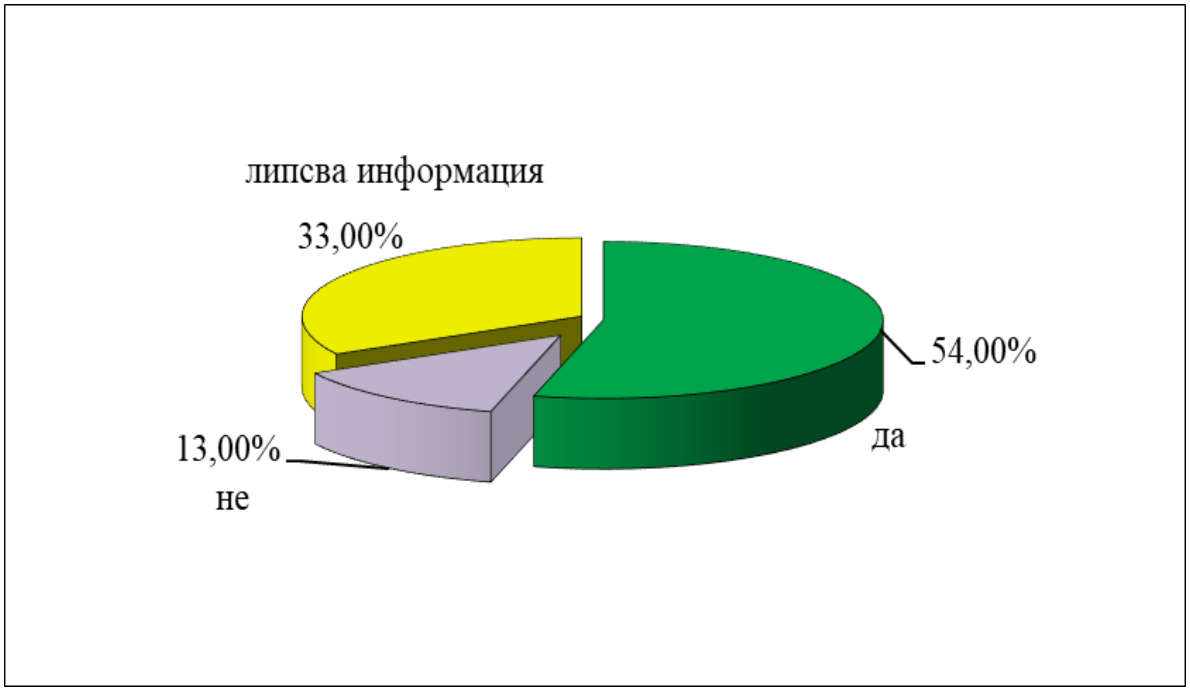
Фиг. № 3 **Семейно положение на анкетираните пациенти**



Семейни са 33,00% от анкетираните пациенти, останали без партньор са 21,00% - след смърт на близкия, 34,00% след развод и несемейни са 12,00%. Тези данни показват, че основно проблеми от сърдечно-съдов

характер имат хората в семейно положение и разведените. Семейните хора имат сериозни отговорности и задължения, а сърдечно-съдовите заболявания променят значително начина на живот на хората. Раздялата с брачния партньор определено е стресова ситуация при хората, което се отразява негативно на психическото и физическо здраве.

Фиг. № 4 **Информираност на анкетираните лица относно наследствени Сърдечно – съдови заболявания**

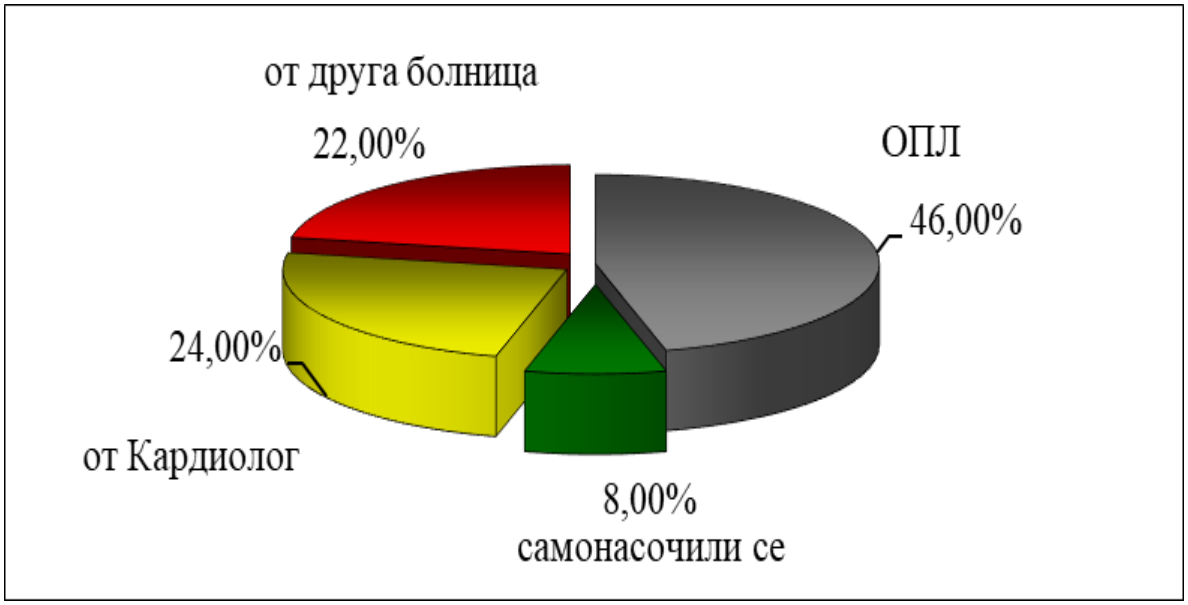


54,00% от анкетираните лица съобщават, че имат информация за сърдечно-съдови заболявания на своите родители и роднини. Много Сърдечно-съдови заболявания могат да бъдат унаследени. Голяма част от предразполагащите гени са предразполагащи за развитието на рисковите фактори на сърдечно-съдовите заболявания. При 13,00% от анкетираните лица липсва информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството. 33,00% от респондентите нямат информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството си, или не знаят за съществуващо такова.

Тези резултати показват, че по-голямата част от пациентите със сърдечно-съдови заболявания са израснали в среда, в която са наблюдавали

болните си близки и това трябва да ги стимулира за по-здравословен начин на живот. В семейство, в което има човек със сърдечно-съдово заболяване е необходимо всички да бъдат информирани по отношение на рисковете и усложненията. Семейната среда и близките на пациента са водещи за изграждане на мотивация при спазване на здравословен начин на живот и предпазване от възможните усложнения. ССЗ са многофакторни състояния и е важно всички детерминанти, отговорни за тяхното развитие, да бъдат повлияни, както на обществено, така и на индивидуално ниво. Честотата на ССЗ се увеличава през последните години и е голям социален проблем.

Фиг. № 5 **Насочване на пациентите за хоспитализация**

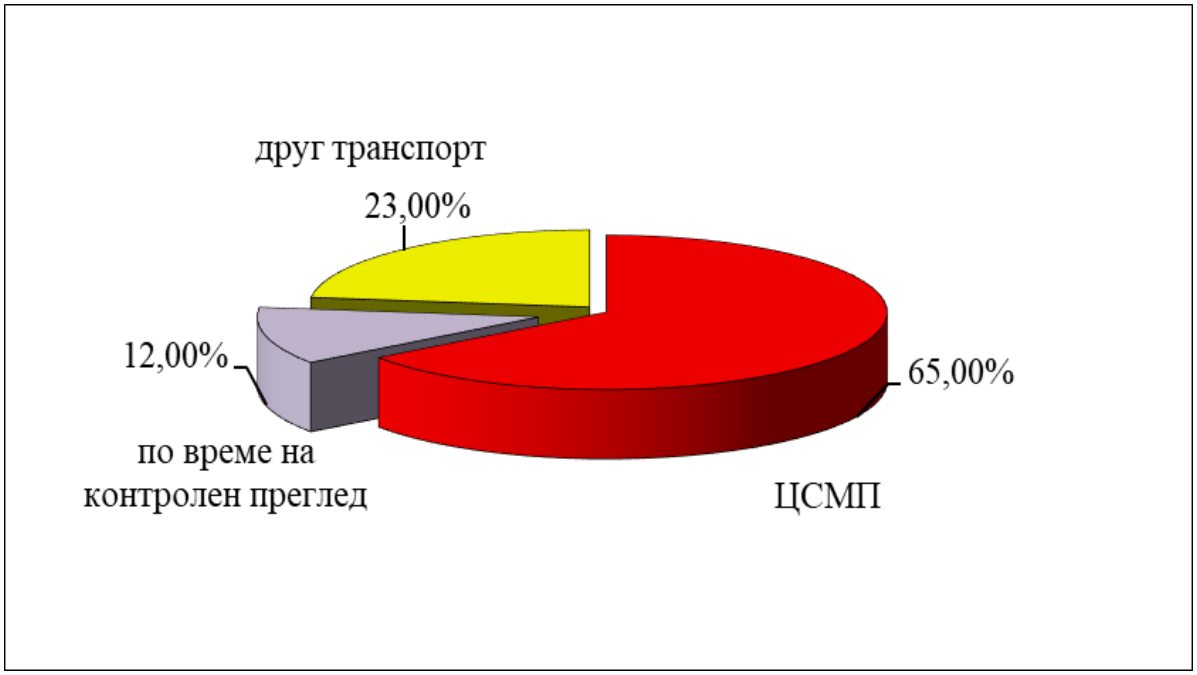


Резултатите показват, че най-голям брой пациенти са насочени от общопрактикуващ лекар - 46,00 %, приети след постъпването им в друго болнични заведение - 22,00 %, а от Кардиолог – 24,00 %. Самонасочилите се пациенти са 8,00 %. Постъпването на пациентите за болнично лечение зависи значително от тяхната информираност и своевременно насочване към общопрактикуващия лекар или към лекар – специалист. Това показва, че първоначалното насочване на пациентите за хоспитализация не се свързва с водещата диагноза, което води до неефективно използване на

ресурсите в здравеопазването и до забавяне и оскъпяване на лечението. Това от своя страна води до удължаване на престоя на пациентите в болнично заведение, усложнения и по-дълъг възстановителен период.

Затрудненията при поставянето на диагнозите при сърдечно-съдовите заболявания изискват от една страна повишаване на квалификацията на медицинските специалисти, но от друга страна се налага повишаване на здравната култура на населението относно рисковите фактори и водещите характерни симптоми на заболяването. Насочването на пациентите към определените болнични структури и тяхното транспортиране е сериозен проблем, който през годините претърпя различно развитие. Клиничните пътеки са въведени като форма на стандартно поведение за да се регламентира правилния достъп на всеки пациент до болнична помощ.

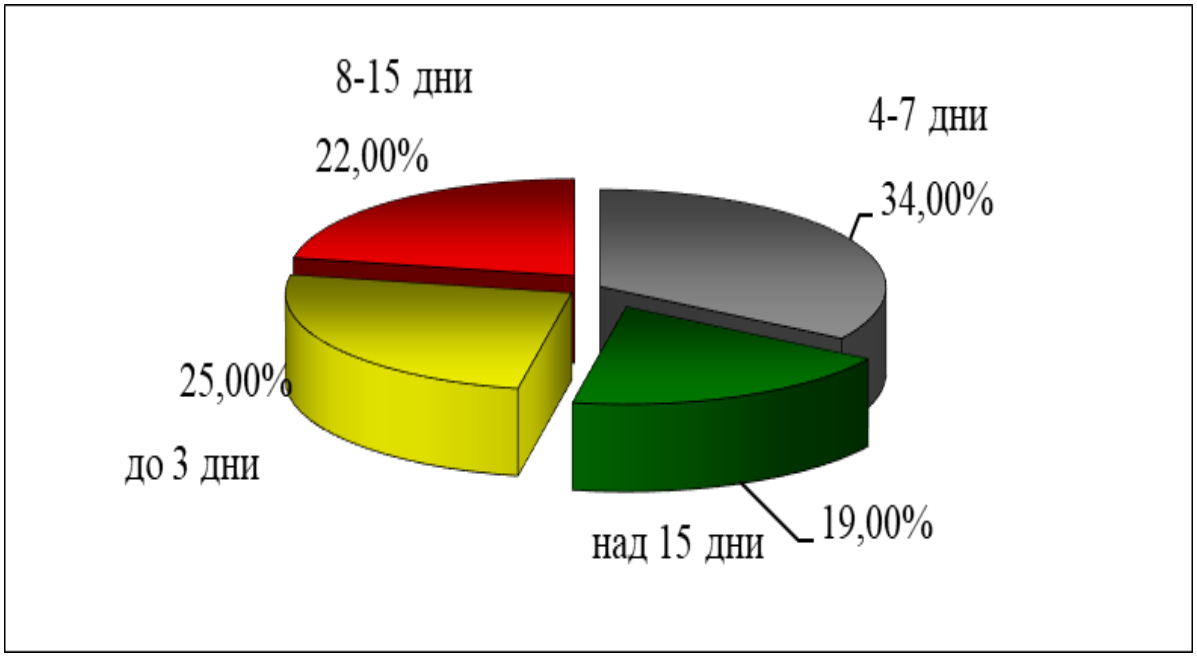
Фиг. № 6 **Начин на транспортиране на пациентите до болнично заведение**



Основният начин, по който пациентите са транспортирани до болничните заведения е чрез Център за спешна медицинска помощ – 65,00

%. Значително по-малко са тези, които са използвали собствен транспорт - 23,00 %, и най-малко - 12,00 % са пациентите насочени за хоспитализация по време на проведен контролен преглед. През последните години с подобряване организацията и структурата на ЦСМП, както и проведената реформа в звеното води до значително подобряване на комуникацията между лечебните заведения и ЦСМП. Това от своя страна увеличава доверието на пациентите и води до скъсяване на времето за хоспитализация на пациентите.

Фиг. № 7 **Разпределение на пациентите според престоя им в Клиника по Кардиология**

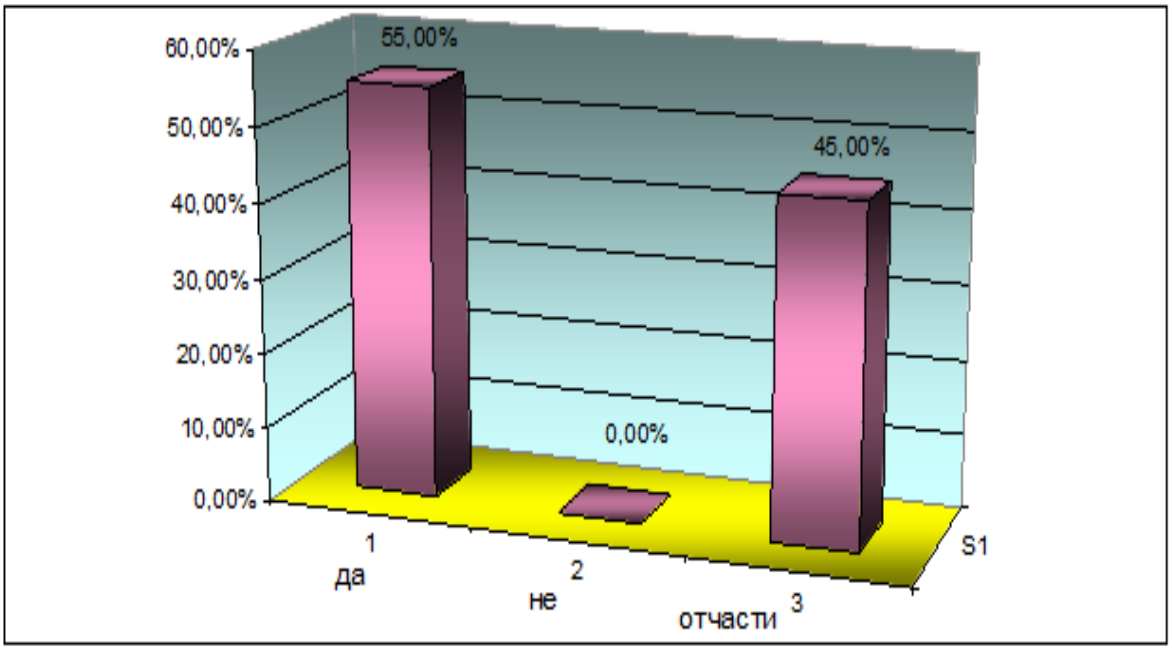


Престоят на пациентите по клинична пътека е регламентиран от НЗОК. Само 25,00% от включените в проучването пациенти са престояли в КК до 3 дни. От 4 до 7 дни – 34,00 %, от 8 до 15 дни – 22,00 %. Най малък е престоят на пациентите над петнадесет дни – 19,00 %.

Необходимо е да се подхожда изключително индивидуално към всеки един пациент за да може да се постигнат желаните резултати от лечението. Сърдечно-съдовите заболявания се лекуват успешно през последните

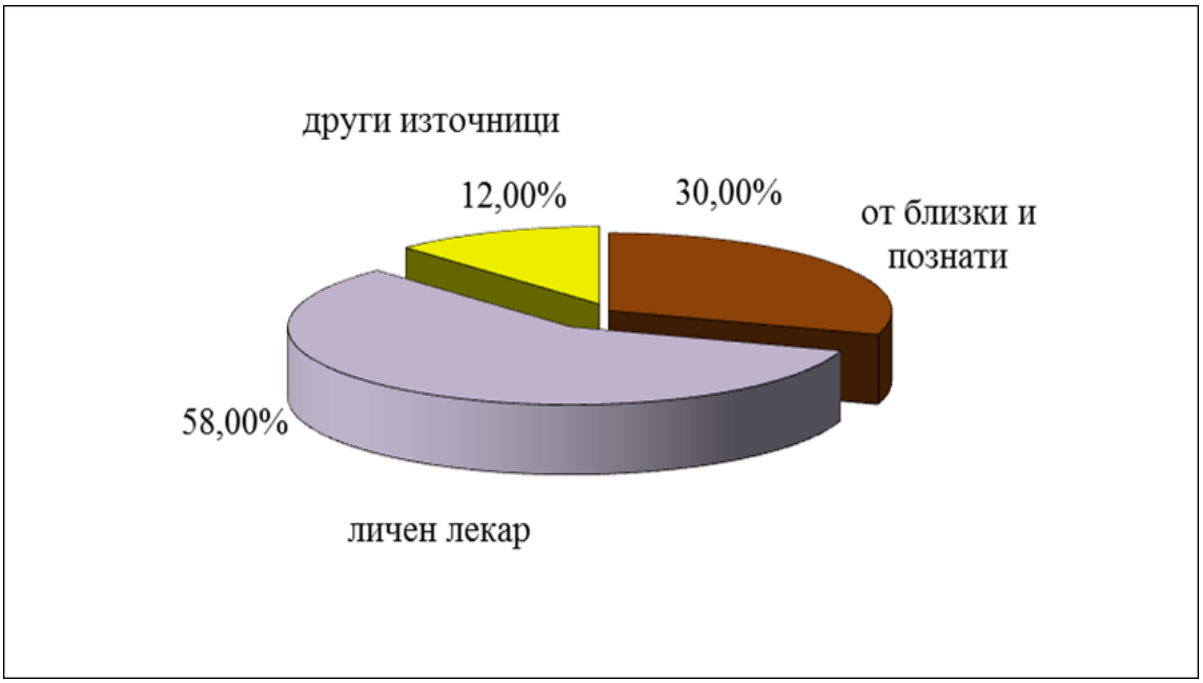
години благодарение на въведените високо специализирани методи и технологии за лечение. Грижите за тези пациенти трябва да отговарят на индивидуалните потребности на всеки един пациент. Тези резултати показват успешното прилагане на съвременните медицински постижения и ефективността на специализираните медицински грижи, положени за тези пациенти от високо квалифицирани специалисти. Тези грижи изискват непрекъснато повишаване на квалификацията на медицинските специалисти.

Фиг. № 8 **Информираност на пациентите относно ССЗ**



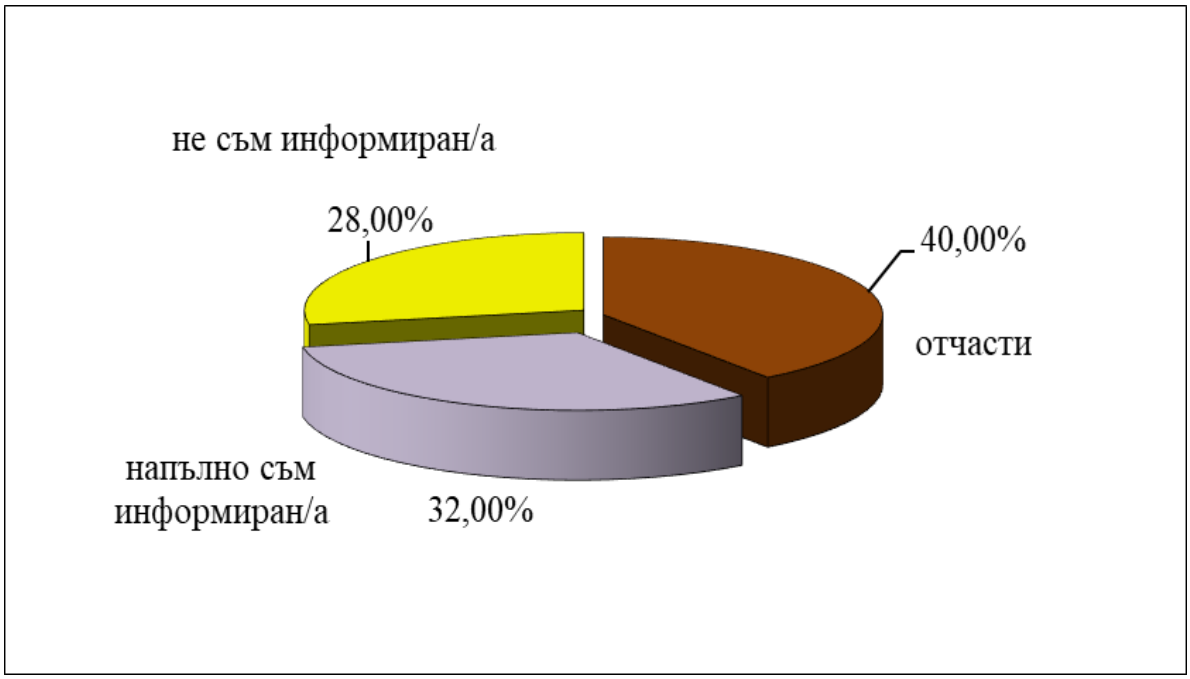
Сърдечно-съдовите заболявания имат голямо медико-социално значение за цялото общество. Населението има достъп до широк кръг от информация относно медико-социалната значимост на този бич като заболяване на съвременното общество. Повече от половината анкетирани пациенти - 55,00 % са запознати и информирани относно рисковите фактори и необходимостта от отговорно отношение към собственото им здраве. Отрицателни отговори на този въпрос няма. Това показва, че като цяло хората са информирани относно заболяването и евентуалните усложнения.

Фиг. № 9 **Начин за информираност на пациентите със ССЗ**



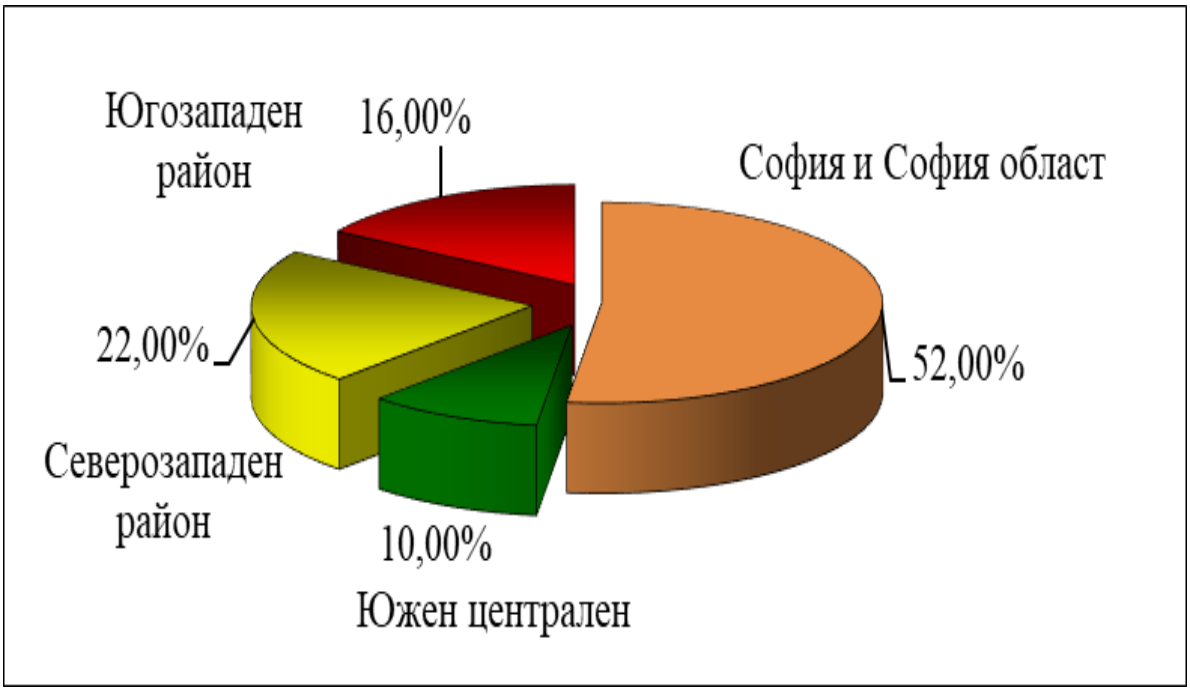
Видно е от получените резултати, че най-голяма е частта от пациенти получили информация от своя личен лекар – 58,00 %. Личните лекари са първичното и най-важно звено за проследяване на състоянието на пациенти със сърдечно-съдови заболявания, което води до ранното диагностициране на тези заболявания и тяхната навременна намеса за терапевтично или насочване към стационарно лечение намалява значително рисковете от последващи усложнения. 30,00 % от анкетираните получават информация от свои близки и познати, като тази информация може да бъде заблуждаваща за пациента, което от своя страна води до забавяне на диагностицирането. Едва 12,00 % - използват други източници за информация (медии, интернет).

Фиг. № 10 **Информираност на пациентите относно рисковете и усложненията от ССЗ**



28,00 % от анкетираните пациенти посочват, че им липсва информация по отношение на рисковете и усложненията, които могат да възникнат в резултат на съществуващо ССЗ. Положителен отговор на този въпрос са посочили 32,00 % от анкетираните, а 40,00 % - са „отчасти“ информирани. Тези резултати определено показват необходимостта от информираност за да бъдат пациентите по-подробно и обстойно информирани по отношение на рисковете и усложненията, които могат да настъпят от ССЗ. Липсата на информираност и забавянето на диагностицирането на това заболяване води до необратими в по-късен етап рискове и усложнения. Благодарение на добрата информираност на пациентите могат да се получат значително подобряване на резултатите от навременното диагностициране и лечение, както и подобряване качеството им на живот.

Фиг. № 11 **Разпределение на анкетираните пациенти по райони в изследваните болнични заведения**



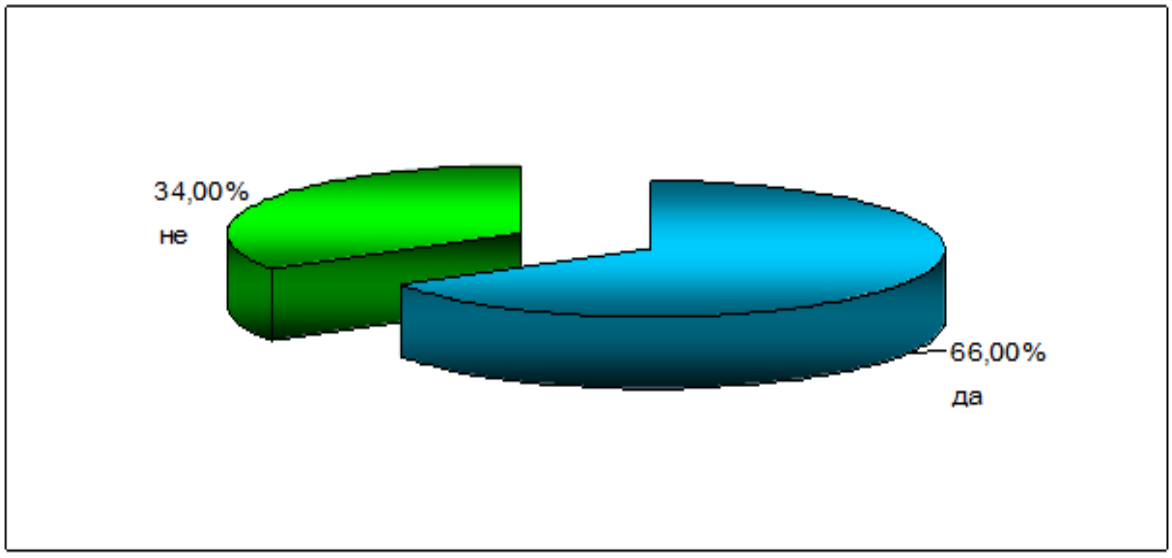
Най-голям е броят на анкетираните пациенти от гр. София и София област – 52,00 %. Това са по-голямата част пациентите в болниците, в които е направено проучването. От Северозападен район са 22,00 %, от Югозападен район - 16,00 %, и най-малък е относителният дял - 10,00 % от Южен централен район.

Спешното транспортиране на пациентите със ССЗ, и териториалното разположение е един от основните фактори за ефективното им лечение. Това определя до голяма степен и контингента от пациенти, които са постъпили в болничните заведения. Насочването на пациентите към определените болнични структури и тяхното транспортиране е сериозен проблем, който през годините претърпя положително развитие. Клиничните пътеки са въведени като форма на стандартно поведение за да се регламентира правилния достъп на всеки пациент до болнична помощ. Постъпването на пациентите за болнично лечение зависи значително от тяхната информираност и своевременно насочване към общопрактикуващия лекар или към лекар – специалист.

Начин на живот на пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Начинът на живот и условията на живот обхващат редица социално определени поведенчески модели и интерпретации на социалните ситуации, които се развиват и практикуват от групата като механизъм за справяне с живота. Начин на живот е понятие, свързано предимно със социални структури, определени от класови, етнически, религиозни, професионални и други принадлежности. Начинът на живот се определя от норми, които обединяват дадена социална група, която е свързана с материално-битовите условия (жилищна площ, комфорт на жилището, среден месечен доход), изповядвана религия, традиции, трудова и обществена дейност, социални контакти. Основните критерии за наличие на здравословен стил на живот са: здравната активност: към усвояване на здравни знания и умения; към системен контрол на собственото здравно състояние; антирисково поведение - отсъствие на вредни навици; самопомощ и взаимопомощ (овладяване на основни умения за оказване на първа медицинска помощ); воля за преодоляване на вредни навици у себе си и околните; съблюдаване при нужда на диетично хранене; психологическа нагласа за партньорство и обществена ангажираност по проблемите на здравето.

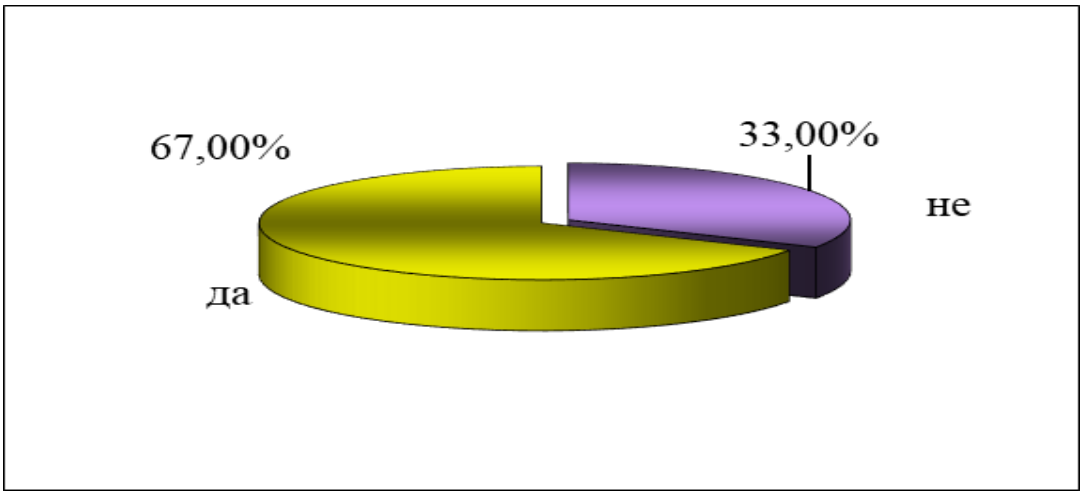
Фиг. № 12 **Проследяване на артериалното кръвно налягане**



Според получените резултати, артериалното кръвно налягане редовно измерват 34,00% от анкетираните пациенти, а 66,00% от тях прибягват до неговото измерване само когато получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиене или задух. Високото кръвно налягане уврежда кръвоносните съдове. Това от своя страна повишава риска от инсулти, болест на сърцето, бъбречна недостатъчност и инфаркт. Причината, поради която високото кръвно налягане е от такава важност е, че обикновено не предизвиква симптоми, но все пак може да доведе до сериозни усложнения. Ето защо едно от важните условия в живота на пациенти със сърдечно-съдови заболявания е да проследяват редовно неговите стойности. Една от водещите задачи при лечението на сърдечно-съдовите заболявания е контролирането на артериалното налягане, поради което в редица държави се води строга статистика и проучвания на тази тема.

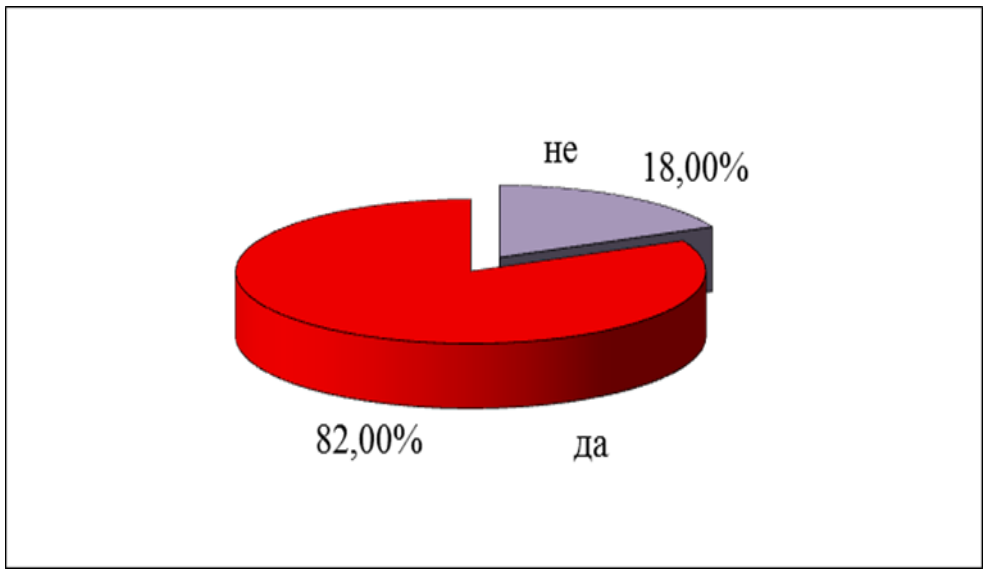
При липса на адекватни грижи и лечение, високото кръвно налягане може да доведе до сериозни усложнения - болест на сърцето, инфаркт, застойна сърдечна недостатъчност, инсулт, бъбречна недостатъчност и заболяване на периферните артерии, особено аневризми и торбовидни разширения на аортата.

Фиг. № 13 **Разпределение на пациентите с артериална хипертония**



Получените резултати показват, че около 2/3 от анкетираните пациенти са с поставена диагноза артериална хипертония. Само при 1/3 от тях не е открита артериална хипертония. Отклонения на артериалното кръвно налягане от нормата се срещат често. Повишеното кръвно налягане се нарича хипертония. Краткотрайно повишаване на кръвното налягане може да има при физически и душевни напрежения, при остри болки, при бързо изкачване на голяма височина и др. В зависимост от етиологията на артериалната хипертония тя се разделя на първична или есенциална хипертония /хипертонична болест/, при която причината за повишението на артериалното налягане не е установена и вторична или симптоматична хипертония, при която повишението на артериалното налягане се държи на друго съществуващо заболяване.

Фиг. № 14 **Разпределение на пациентите преживели хипертонична криза**

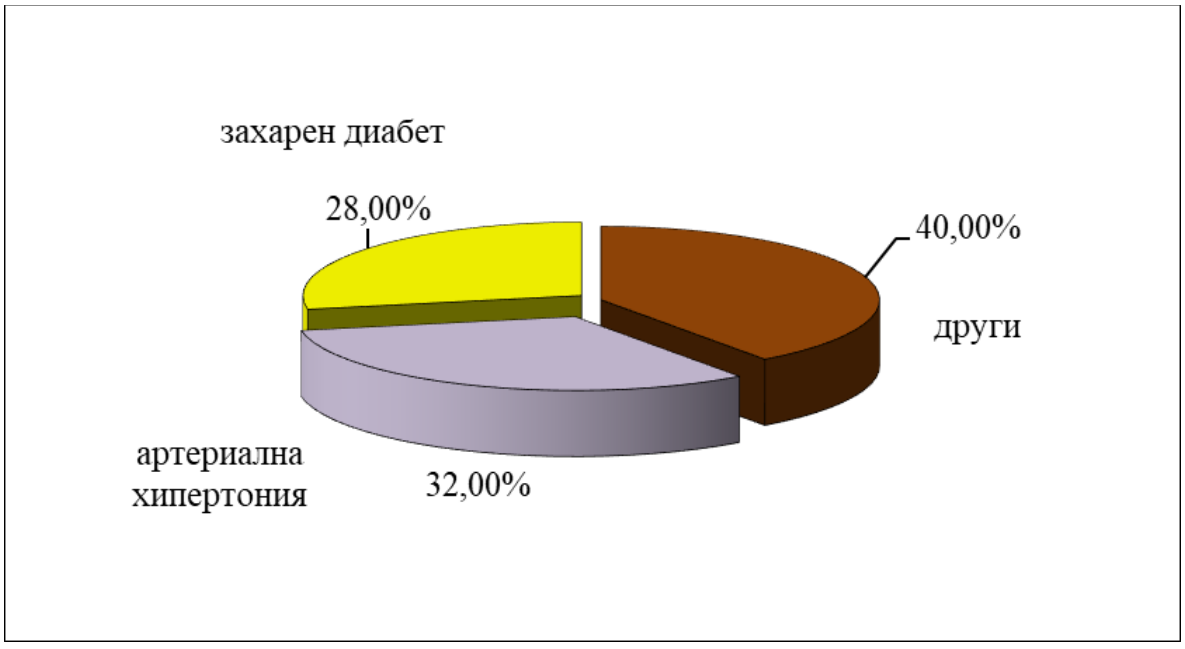


Хипертоничната криза е клиничен синдром на рязко и често внезапно покачване стойностите на артериалното налягане над обичайните поддържани стойности за съответния пациент. Обикновено стойности над 200-220 за систолно и 100-120 за диастолно се приемат за патологични. Хипертоничната криза възниква най-често в ранните сутрешни часове –

обичайно между 5.00 и 10.00 ч. По-често е при пациенти, подложени на психоемоционален стрес, след груби диетични грешки, често с прием на солени храни и туршии, свръхконсумация на алкохол. Криза възниква и при самоволно преустановяване на редовния прием на назначената антихипертензивна терапия.

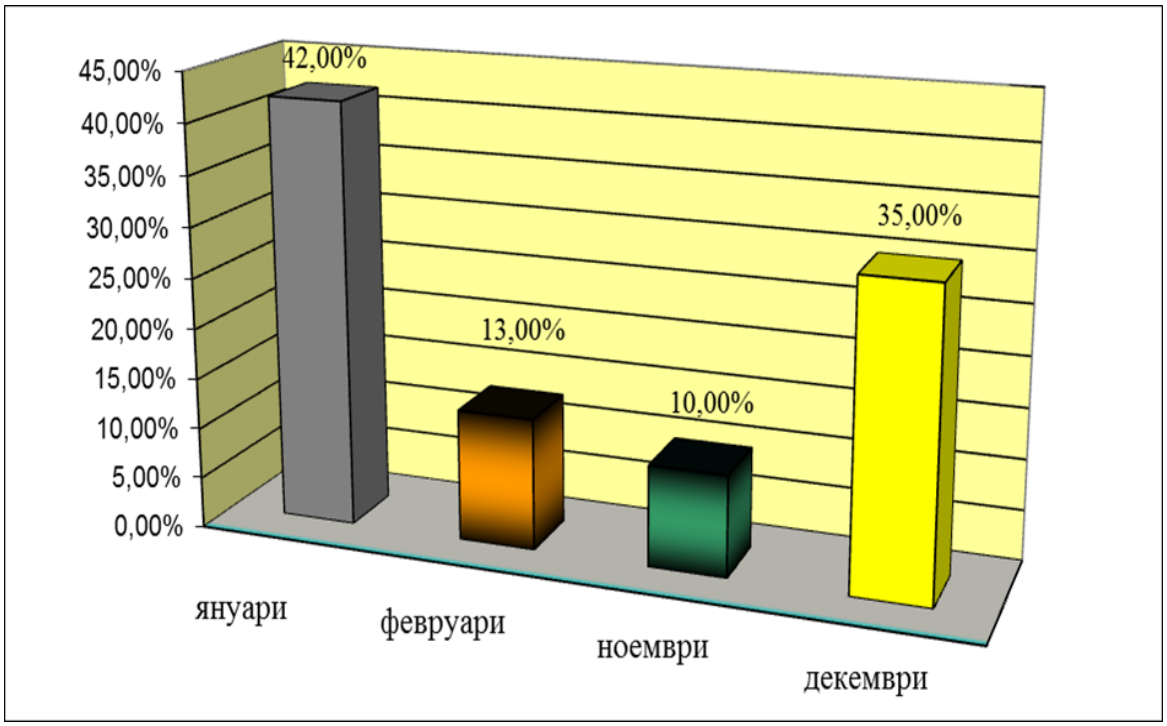
По-голямата част от анкетираните пациенти 82,00 % посочват, че са преживяли хипертонична криза, а по-малко от 1/4 от анкетираните отговарят отрицателно на този въпрос. Малка част от анкетираните лица съобщават за поява на определени клинични прояви, като сърцебиене, бледост, умерено главоболие, световъртеж, чувство на неспокойство и напрегнатост, преди получаване на хипертоничната криза. Нерядко хипертонията е наричана "тихият убиец", тъй като може да съществува години наред без видими симптоми и без страдащият да знае за нея. Пациентите със сърдечно-съдови заболявания освен, че трябва да са добре обучени за да измерват и проследяват артериалното си налягане ежедневно, те трябва да са информирани по отношение на тяхното поведение при хипертонична криза.

Фиг. № 15 **Придружаващо заболяване**



Получените данни показват, че 28,00 % от анкетираните пациенти имат поставена диагноза захарен диабет, а 32,00 % – имат доказана хипертонична болест. Това са хронични заболявания, които изискват непрекъснато лекарско наблюдение, както и спазването на точно определен режим. Начинът на живот, ограничаването на рисковите фактори и храненето са водещи в грижите за тези пациенти. 40,00 % съобщават за други придружаващи заболявания.

Фиг. № 16 **Разпределение на пациентите според месеца, през който е получен сърдечен пристъп**

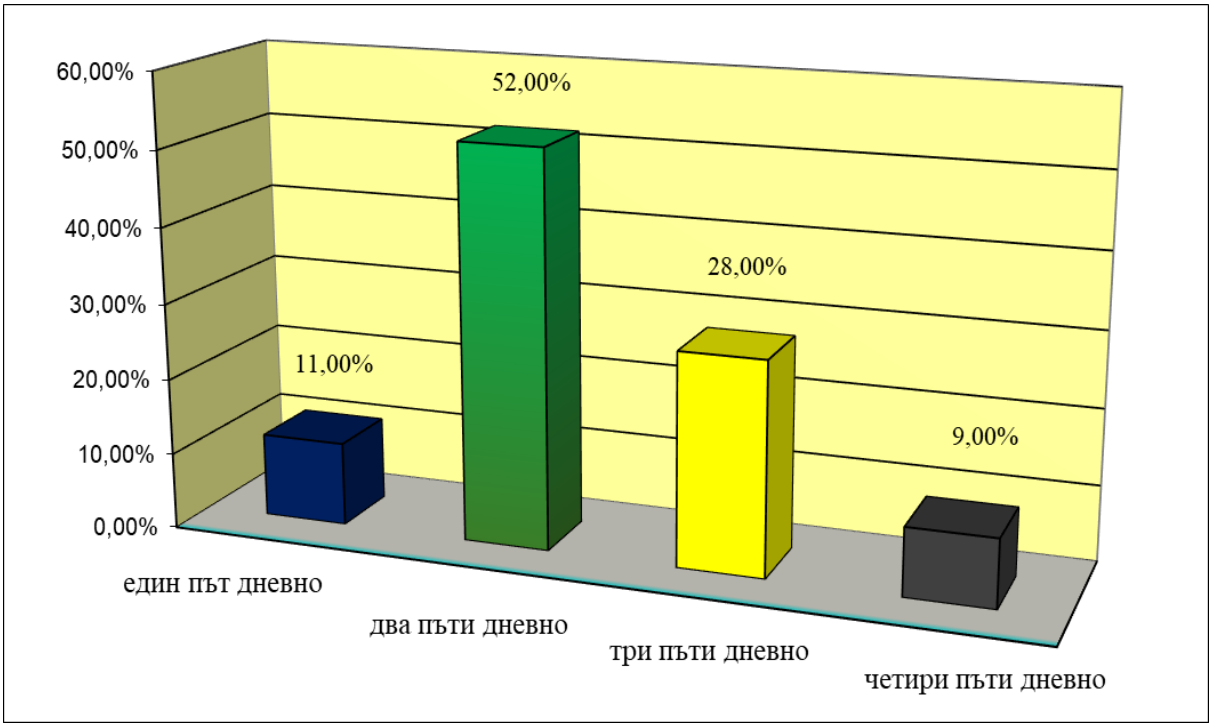


Пациентите посочват, че най-често са получавали сърдечен пристъп през четири месеца в годината – януари, февруари, ноември и декември. Прави впечатление, че това са месеците през зимния сезон, когато температурите са ниски, а атмосферното налягане е високо. С най-голям относителен дял са пациентите, които са получили пристъп през месец януари – 42,00 %, следвани от тези – през декември – 35,00 %, на трето място

се нарежда месец февруари – 13,00 % и на четвърто място е месец ноември -10,00 %. Пациентите имат усещане за дискомфорт в гърдите. Едни от първите симптоми на сърдечния пристъп са болката или дискомфортът в гърдите. Те са съсредоточени обикновено в средата на гръдния кош и са достатъчно продължителни - до няколко минути. Дискомфортът се определя като стягане в гърдите и невъзможност да вдишат пълноценно. Други симптоми са пълзяща болка, виене на свят, болка в ръцете, задух.

Влиянието на сезоните при пациентите със ССЗ има изключително голямо значение, което налага същите да спазват определен режим и да се съобразяват със сезоните периоди и температурните промени.

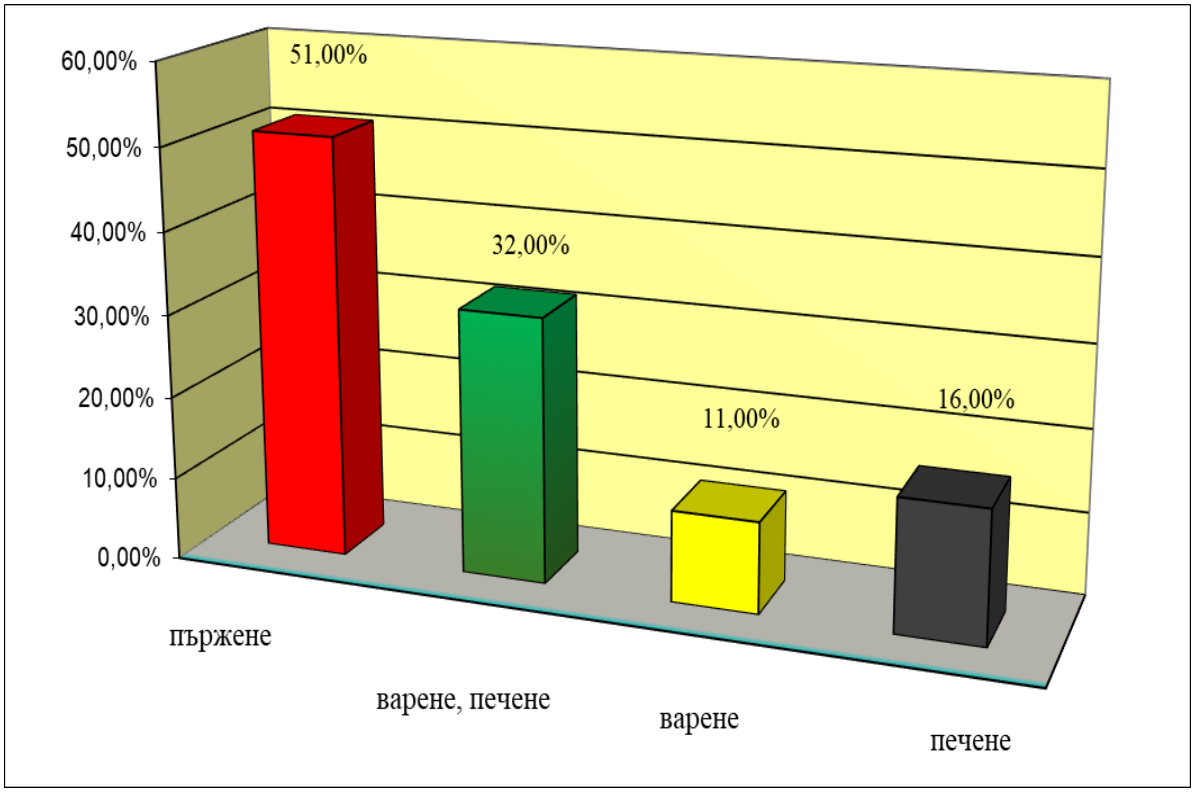
Фиг. № 17 **Режим на хранене на пациентите със ССЗ**



Данните показват, че по-голямата част от пациентите се хранят само два пъти дневно – 52,00% от анкетираните. Пациентите, които се хранят три пъти дневно са – 28,00%. Един път дневно се хранят 11,00%, четири пъти дневно - 9,00%. Броят на храненията имат съществено значение за пациенти със сърдечно-съдови заболявания, както количеството и качеството на

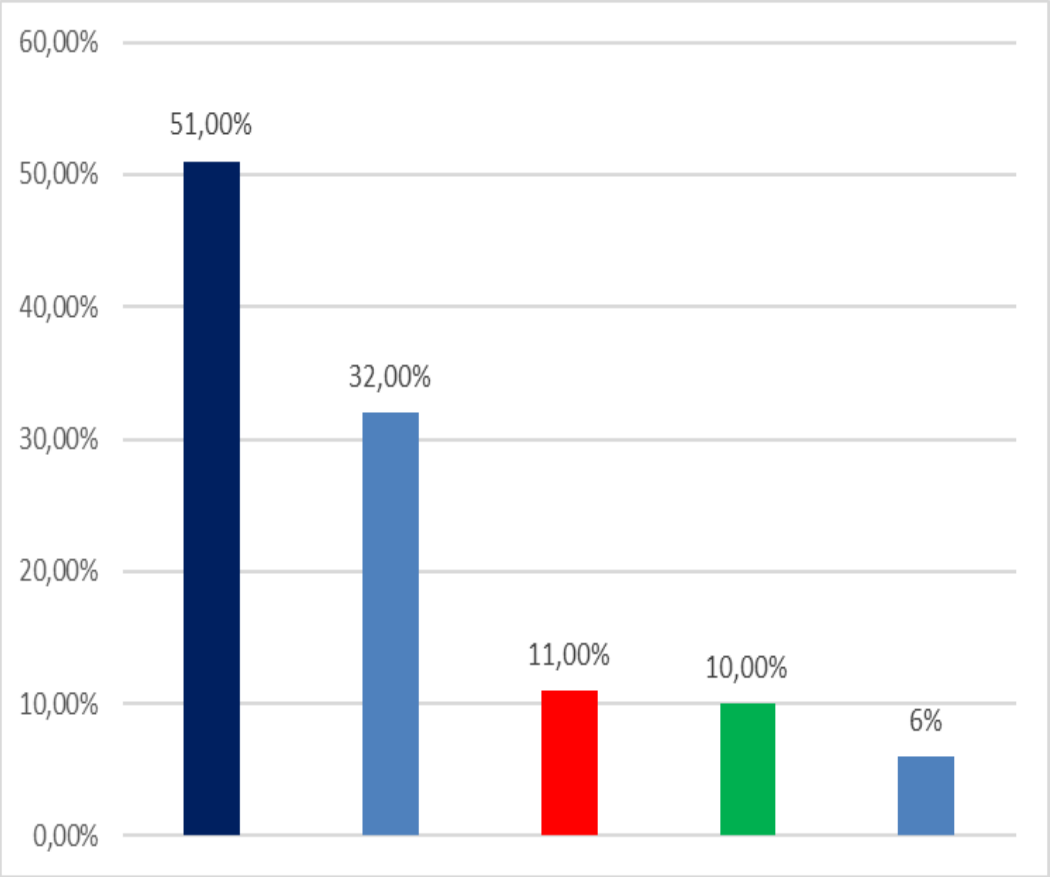
приетата храна. Режимът и начинът на хранене на болния са основните средства за запазване на сърцето. Правилното хранене и броя на храненията е превенция на заболяванията на сърцето и кръвоносните съдове, особено при наличие на рискови фактори. Заболяванията на сърдечно-съдовата система изискват спазване на определен хранителен режим.

Фиг. № 18 **Прилагани кулинарни технологии**



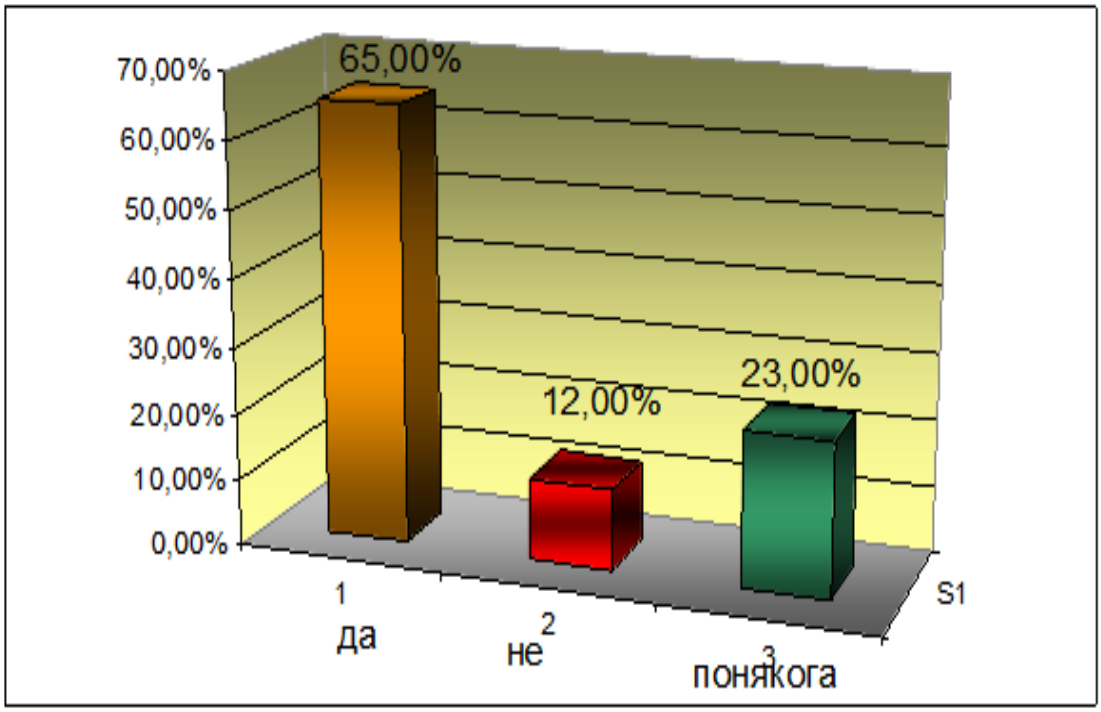
Предпочитаната кулинарна обработка на храната от анкетираните е предимно пържене – 51,00 %. Пациентите, които използват варене и печене са 32,00 %, предимно печене – 16,00 %, и предимно варене 11,00 %. При пациенти със сърдечно-съдови заболявания пърженето на храната е забранено от диетата, която трябва да спазват, но за съжаление резултатите показват други тенденции в хранителните навици на анкетираните лица.

Фиг. № 19 **Хранителни предпочитания и хранителен избор на пациентите със ССЗ**



Пациентите със ССЗ предпочитат да се хранят преди всичко с месни ястия и колбаси – 51,00 %, на второ място са поставени хляба и тестените храни – 32,00 %, на трето – сладкарски и захарни изделия – 11,00%, мляко и млечни продукти – 10,00 %, и най-малко са посочили консумацията на плодове и зеленчуци – 6,00 %. Данните показват един много сериозен проблем в хранителните навици на тези пациенти – силно е намалено количеството на плодовете и зеленчуците за сметка на консумацията на месо и колбаси.

Фиг. № 20 **Допълнително солене на храната**



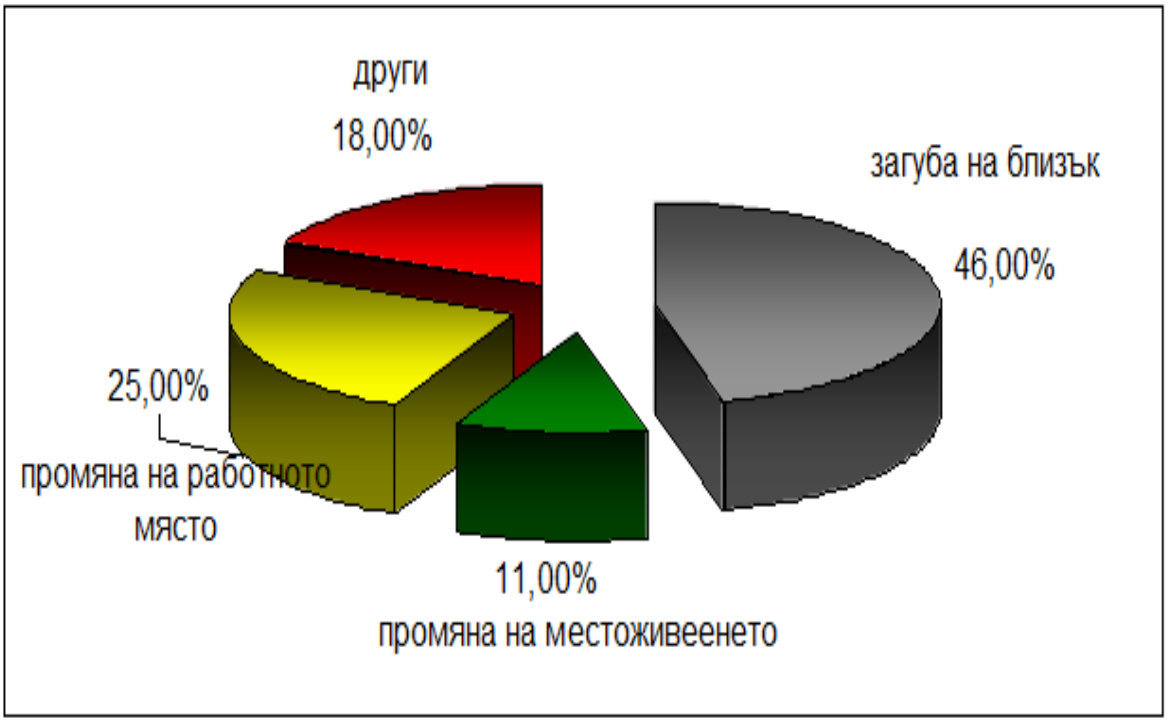
По-голяма част от пациентите със ССЗ - 65,00%, посочват че солят допълнително храната, която вече е приготвена със сол. Отрицателен отговор на този въпрос са посочили само 12,00% от анкетираните пациенти. Отговор „понякога" са посочили 23,00% от респондентите. Диетата на пациентите със сърдечно-съдови заболявания ограничава значително употребата на сол, но тези пациенти не спазват показания диетичен режим.

Основни рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Прогресивно увеличаващата се тенденция за нарастване на сърдечно-съдовите заболявания създава сериозен проблем за общественото здраве и увеличава финансовите разходи на обществото. Сърдечно-съдовите заболявания имат определено медико-социално значение в съвременното ни общество, което налага провеждането на задълбочени проучвания и изследвания насочени към социалните фактори и възможностите за тяхното

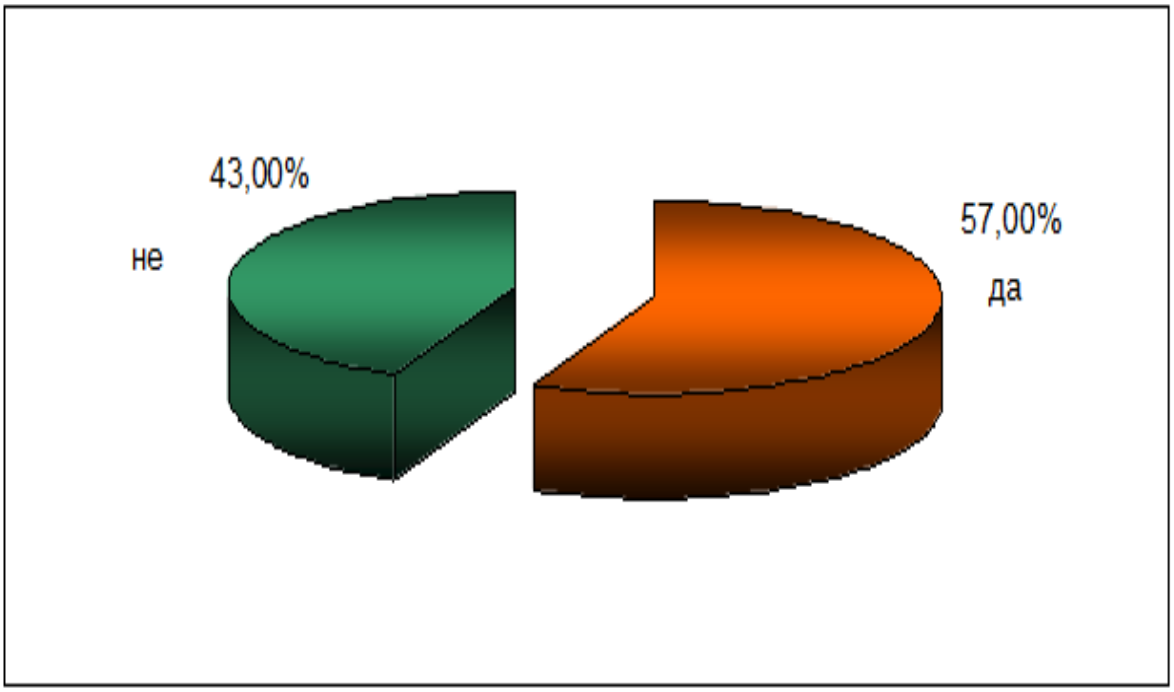
преодоляване. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори може да доведе до съществено понижаване на риска от появата на ССЗ. Нужни са координирани усилия в рамките на болничната и извънболничната помощ за обучение и стимулиране на пациента за промяна към по-здравословен начин на живот. Редица изследвания през последните години доказват, че настъпилите съществени промени от социален и икономически характер в обществото ни се отразяват на личното здраве на всеки един човек и водят до развитие на различни хронични заболявания с медико-социална значимост на съвременното общество. Основните рискови фактори, които могат да доведат до заболявания на Сърдечно-съдовата система, са: тежки психически травми, нервно пренапрежение, рязко физическо натоварване, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, прехранване, angina pectoris, повишен холестерол, артериална хипертония, фамилна обремененост, болести на обмяната на веществата (диабет и обезитас), наследственост, заседнал начин на живот и др.

Фиг. № 21 **Стресови ситуации през последните години**



През последната една година 46,00% от анкетираните са преживяли стрес свързан със загуба на близък човек/смърт, или развод, 25,00% са преживели стрес от загуба или промяна на работното място, 18,00% са преживели други стресови ситуации, 11,00% са преживели стрес от промяна на местоживеенето. Всичко това се е отразило сериозно на здравословното им състояние. Стресът се определя като състояние на организма, което настъпва в резултат на необикновено продължително дразнение. В резултат се отделя голямо количество стресови хормони. Тяхното действие е сведено най-вече до повлияване функциите на сърдечно-съдовата система. Стресовите хормони повишават артериалното налягане и могат да доведат до сърдечен инфаркт и други сърдечно-съдови заболявания.

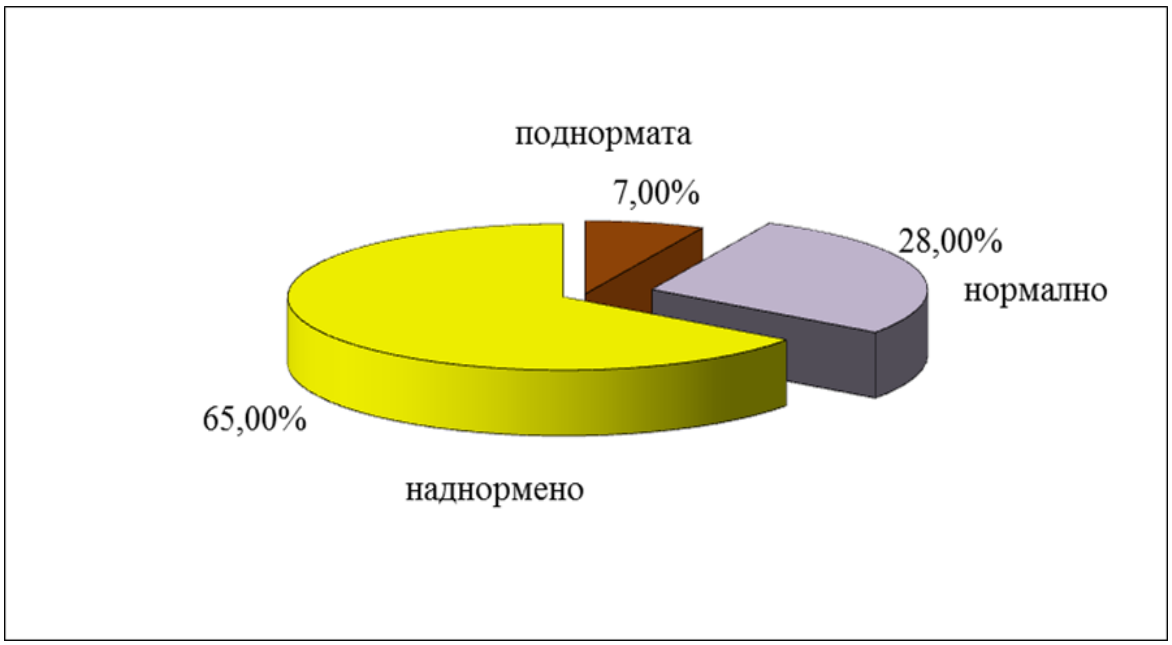
Фиг. № 22 **Разпределение на анкетираните според психическото натоварване на професията**



При 57,00 % от анкетираните лица е налице психическо напрежение и стрес на работното място. При 43,00 % работата им не е свързана със психическо напрежение и стрес. Едно от най-стресовите места е работното:

продължителният стрес там удвоява риска от ССЗ. Особено опасна за сърцето е работата, която е свързана с високи изисквания, с кратко време за изпълнение на задачите, с ограничено право на вземане на решение и с не добро оценяване на труда. Застрашени са например хората, които са с ниска квалификация, с несигурно работно място, които имат холеричен началник или неприятни и коварни колеги. В тази група влизат и хората с висока квалификация, които имат много големи очаквания и изисквания към себе си, неудовлетворени са от постигнатото, и стремежа им към по-висока кариера ги поставя в ежедневна стресова ситуация.

Фиг. № 23 **Телесно тегло на анкетираните пациенти**

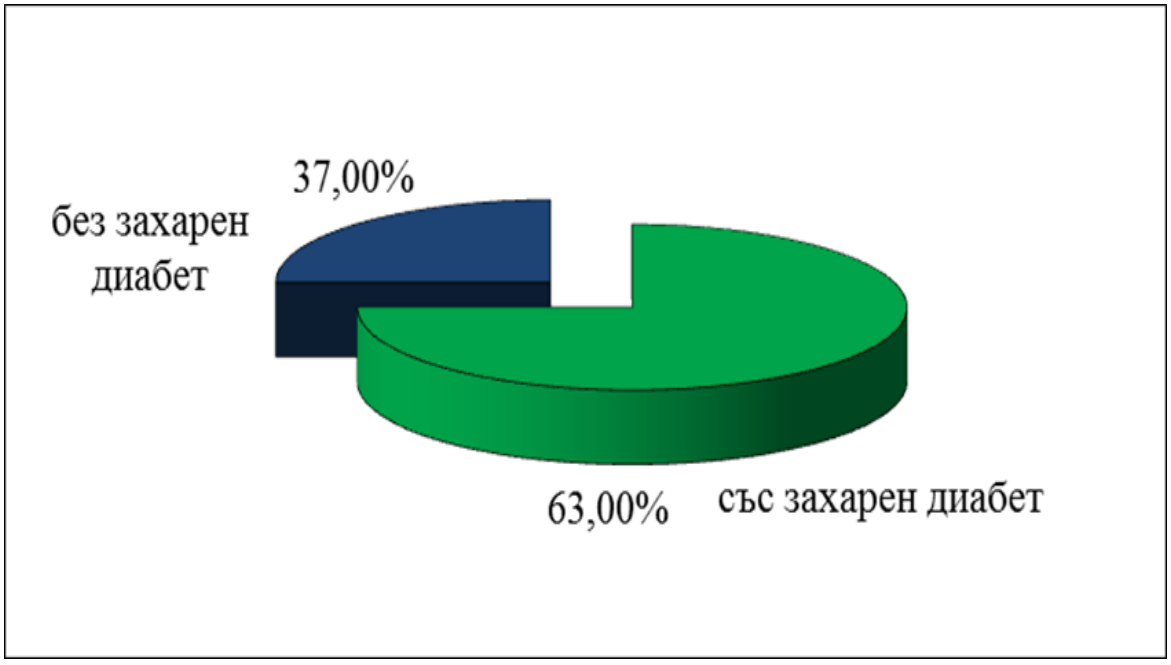


При 65,00 % от анкетираните лица е налице наднормено тегло, 28,00 % имат нормално телесно тегло, и 7,00 % са с тегло под нормата. Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки сърдечно-съдови заболявания. Телесното тегло е важен показател за здравословен начин на живот, както при здравите хора, така и при болните. Дългогодишни проучвания показват, че при пациенти със сърдечно-съдови заболявания е желателно поддържане на телесното тегло само в нормални граници.

Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки заболявания, каквито са атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, нарушенията на мастната обмяна и др. Необходимо е да се подобри функционалния здравен статус на анкетираните пациенти за да се редуцира риска от сърдечно – съдови заболявания. Степента на свръхтеглото и затлъстяването обикновено се преценява според индекса на телесна маса (Body Mass Index – BMI), познат още като индекс на Quetelet, който отчита височината и килограмите и позволява сравнение на индивиди с различна конструкция.

Пациентите със сърдечно-съдови заболявания трябва да бъдат добре информирани и запознати с начините за контрол на телесното тегло. Изграждането на ежедневни навици, които да са насочени към здравословен начин на живот е изключително трудна задача, особено когато става въпрос за хора на определена възраст, но това е единственият начин, по който може да се помогне на пациента.

Фиг. № 24 **Разпределение на пациентите според наличие на захарен диабет**

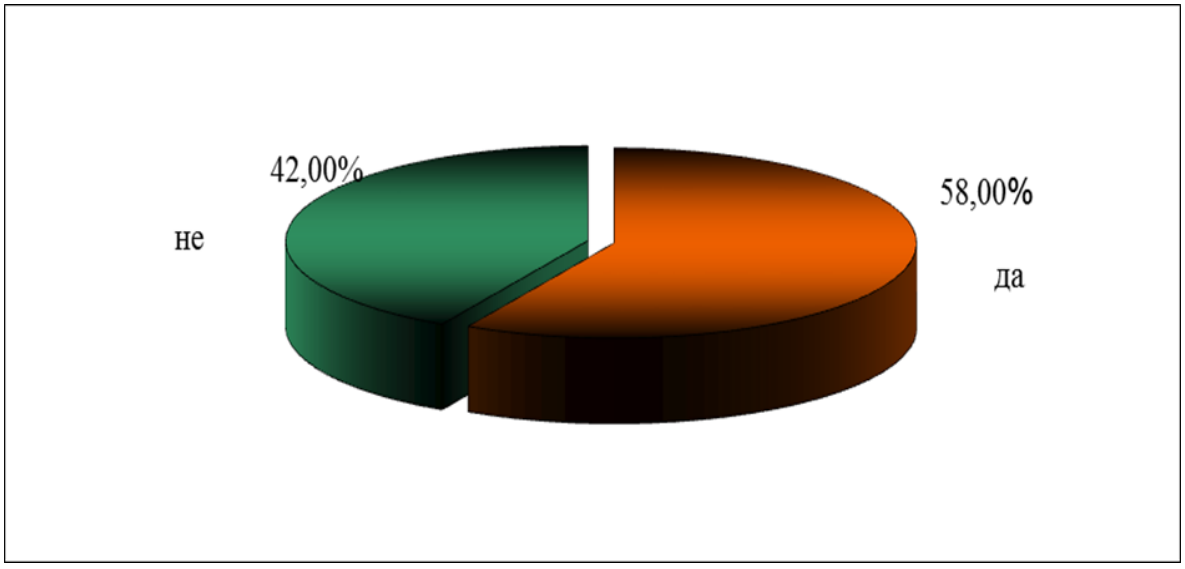


Получените данни показват, че 63,00 % от пациентите със ССЗ имат и придружаващо заболяване – захарен диабет. Тези данни показват една

тревожна тенденция, че пациентите със захарен диабет са потенциално застрашени от сърдечно-съдово заболяване. Едва при 37,00% от анкетираните лица липсва захарен диабет. Захарният диабет е болест, позната на човечеството още от древността, като медицинското разбиране за нея е преминавало през различни фази – откривателство – пренебрегване – преоткриване. Захарният диабет е социално значимо заболяване поради широкото си разпространение. Дълготрайното високо ниво на кръвната захар ускорява развитието на атеросклероза. В резултат на това, всички големи кръвоносни съдове в организма се покриват с атеросклеротични плаки. Това е най-ясно изразено при кръвоносните съдове, хранещи сърцето (коронарните артерии), главния мозък и долните крайници. Захарният диабет е един от водещите рискови фактори при ССЗ.

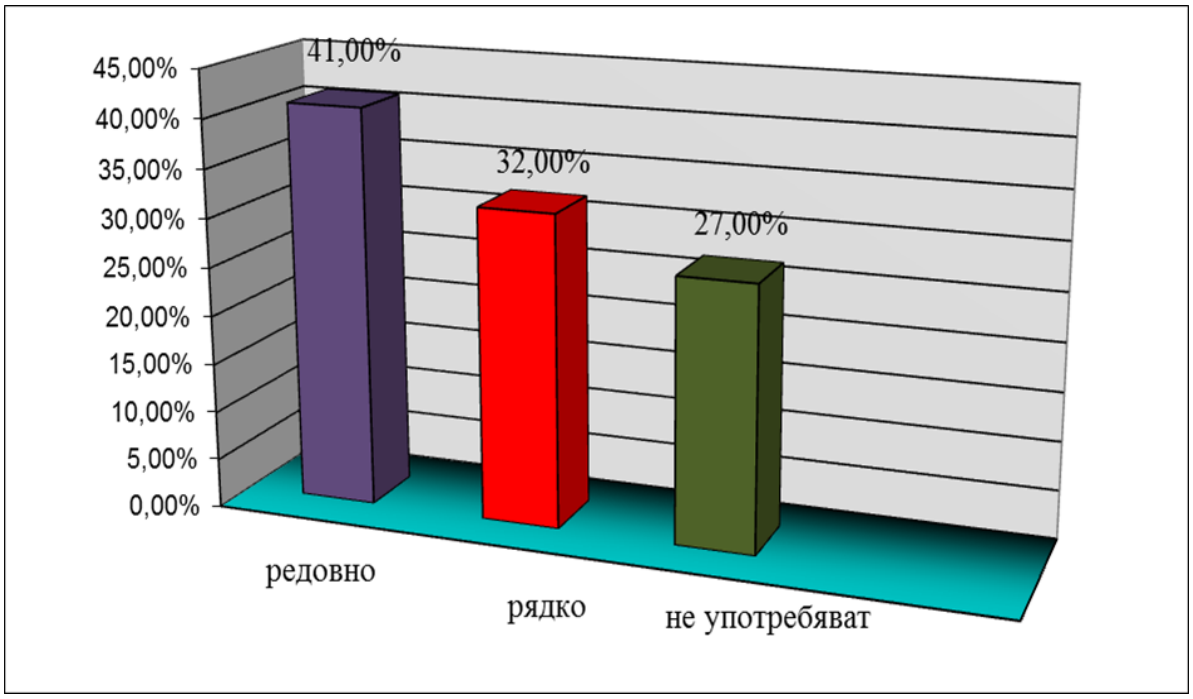
При наличието на две хронични заболявания като сърдечно-съдовото заболяване, поради което пациентът е хоспитализиран и захарния диабет, е особено наложително да се обучават тези пациенти на здравословен начин на живот, който в случая трябва да включва освен контрол на артериалното налягане, така също и контрол на кръвната захар, а също така спазване на диетичен режим и за двете заболявания.

Фиг. № 25 **Тютюнопушене при пациенти със ССЗ**



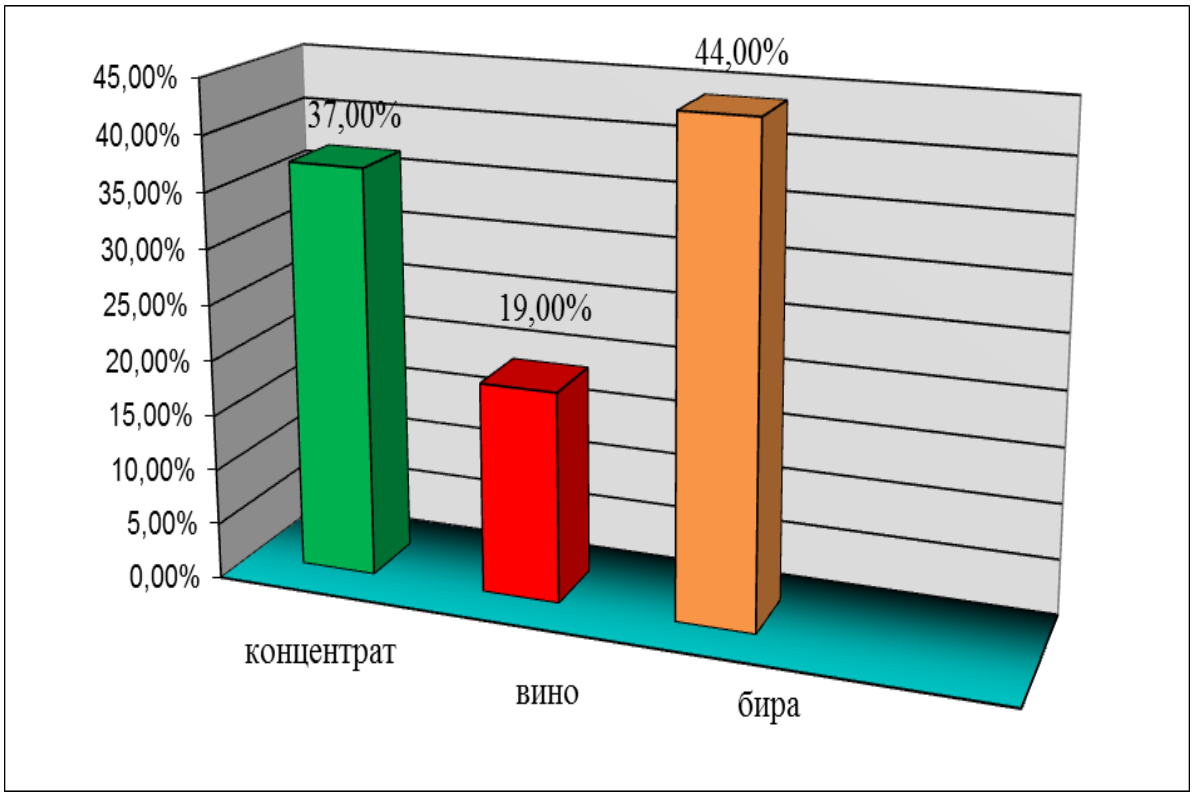
От гореизложените данни става ясно, че 58,00 %, че са пушачи. Непушачите са само 42,00 %. Получените данни съвпадат с установените тенденции, че тютюнопушенето е един от основните рискови фактори за развитието на ССЗ. При пушачите риска от сърдечни заболявания е 30 пъти по-голям от този при непушачите. Употребата на една или повече кутии цигари дневно повишава смъртността от исхемична болест на сърцето 2 пъти. Спирането на тютюнопушенето води до намаляване на този риск. Рискът от възникване на ССЗ при пушещите над 20 цигари дневно е 2,5 пъти по-висок, отколкото при непушачите, а заболеваемостта от ССЗ се наблюдава над 3 пъти по-често при пушачите. Тютюнопушенето повишава както заболеваемостта, така и смъртността от ССЗ. Бившите пушачи са изложени на по-висок риск от смъртност и неблагоприятни сърдечно-съдови събития, отколкото „никога не пушилите". Това показва значителната полза от спиране на тютюнопушенето при пациентите със ССЗ, но е налице значителен остатъчен риск, който е пропорционален на продължителността на тютюнопушенето.

Фиг. № 26 **Употребата на алкохол на пациенти със ССЗ**



Според получените данни значителна част от анкетираните пациенти - 41,00 % редовно, което означава ежедневно употребяват алкохол. Близо 1/3 са пациентите, които употребяват много рядко или инцидентно алкохол, а 27,00 % от анкетираните не употребяват алкохол. Високият процент от употребяващите алкохол е рисков фактор за сърдечни инциденти. Веднъж попаднал в тялото, алкохолът бързо попада в кръвта и остава в него от 6 до 8 часа. Токсичните вещества, присъстващи в състава, уплътняват кръвта и не позволяват циркулирането му в малките съдове на сърцето. Това провокира кислородно гладуване в миокарда, поради което тъканите умират. Всичко това води до почти незабавно повишаване на кръвното налягане и сърцебиенето.

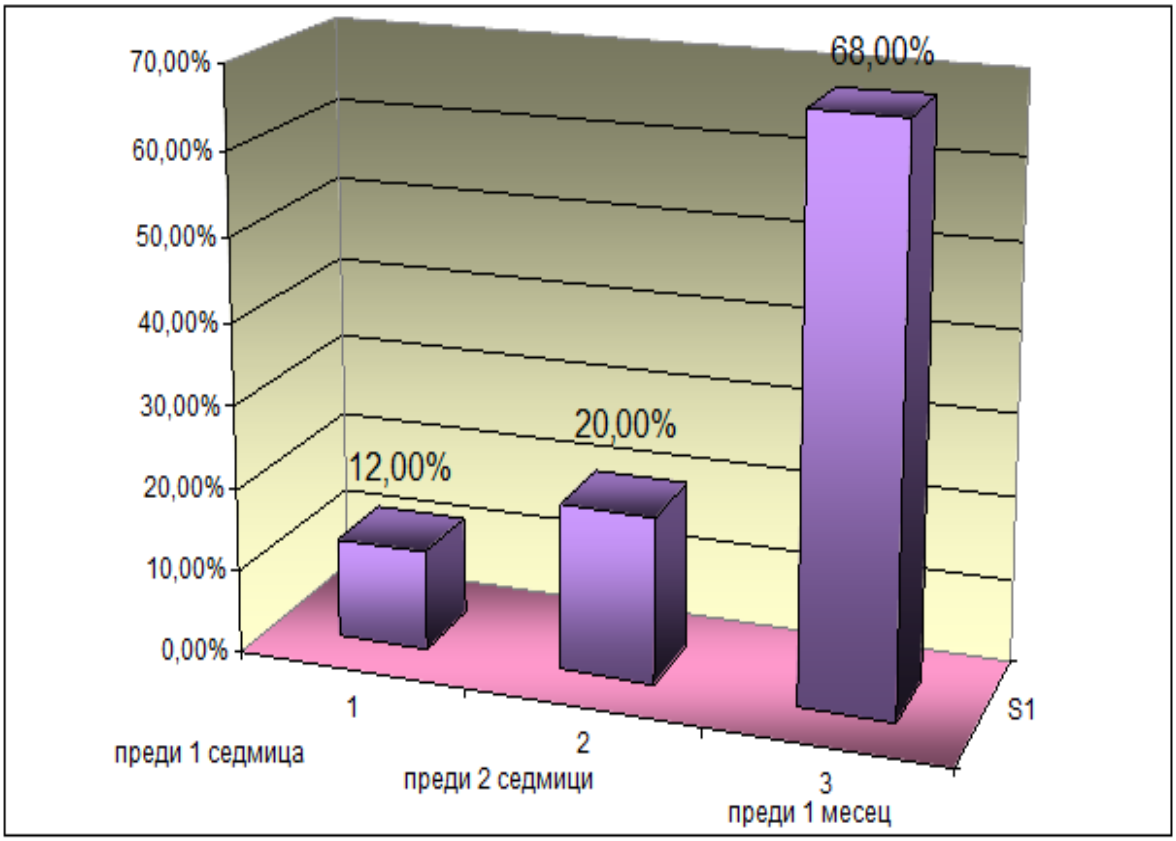
Фиг. № 27 **Вид на употребявания алкохол**



Близо половината от анкетираните пациенти – 44,00% употребяват ежедневно алкохол и консумират бира. Концентриран алкохол приемат 37,00% от пациентите, а вино само 19,00%. Виното може да има добър ефект

върху здравето, но само в оскъдни дози - не повече от 125 мл. на ден и не повече от 875 мл. на седмица. Тези данни показват, че е необходимо да се повиши информираността на хората по отношение на негативното влияние на различните видове алкохол по отношение на риска от ССЗ. Вида, количеството и честотата на обичайно консумирания алкохол са трансформирани алкохолни единици (АЕ). Според възприетите критерии за стандартизиран прием на алкохол, една алкохолна АЕ съдържа 14 г чист алкохол, което съответства приблизително на 340 mL бира, 145 mL вино и 45 mL концентрат. Препоръките за безопасен прием на алкохол дневно са съответно 1 АЕ за жени и 2 АЕ за мъже.

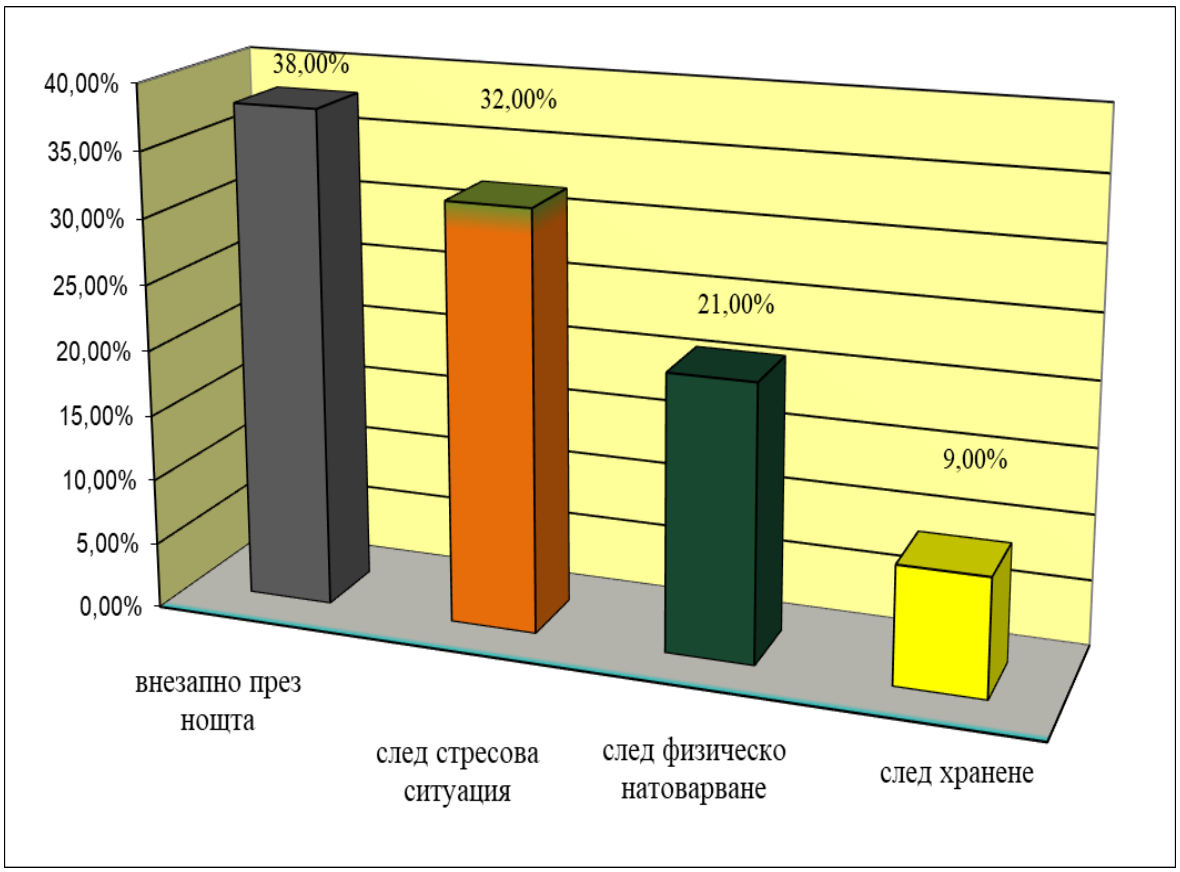
Фиг. № 28 **Разпределение на пациентите според периода на поява на сърдечната болка**



Получените резултати показват, че значителна част от пациентите са имали признаци за предстоящата криза още преди месец – 68,00%. Определено няма пациенти, които да посочват, че признаците и болките са се появили през последните дни преди хоспитализацията. Тези данни показват, че когато пациентите са достатъчно информирани те могат да потърсят навременна медицинска помощ и да имат адекватно поведение.

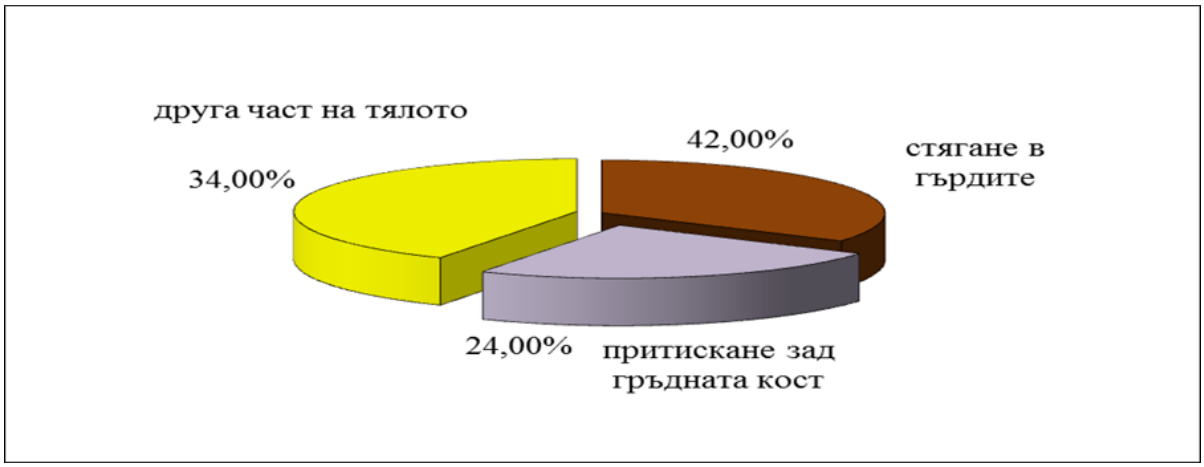
ССЗ е състояние, което е рисково за човешкия живот, ако не се предприемат съответните мерки. За да се намали смъртността и усложненията от тези заболявания е необходимо пациентите да бъдат добре запознати с организацията на грижите и организацията по клиничната пътека, които са въведени и регламентирани и да бъдат взети всички необходими превантивни мерки с оглед сериозността на ССЗ.

Фиг. № 29 **Условия за настъпване на сърдечна болка**



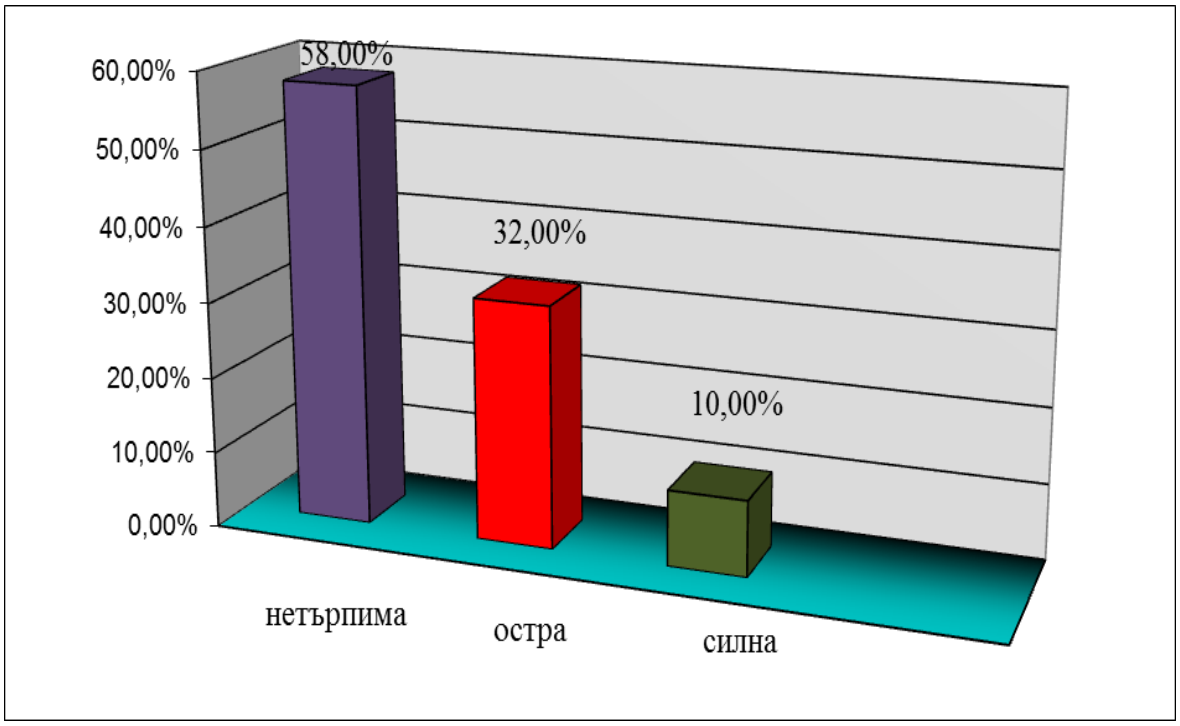
Според условията, при които настъпва стенокардната болка, резултатите от отговорите на пациентите, показват че най-голям е относителният дял на пациентите, при които тя настъпва внезапно – през нощта – 38,00 %. След стресова ситуация и психическо натоварване 32,00 % от респондентите са получили стенокардна болка, след физическо натоварване – 21,00 %. Едва при 9,00 % болката се получава след нахранване. Тези данни са показателни относно условията и времето, при които възниква острото коронарно заболяване. По време на пристъпа болните се чувстват отпаднали, имат понякога гадене, повръщане, оригване, обилно отделяне на слюнка или сухота в устата. Характерна особеност е, че болката се влошава от лежане по гръб, облекчава се от неподвижно положение. Пристъпът завършва така внезапно, както се е появил, и в края му могат да се появят оригвания или позиви за ходене по голяма или малка нужда. Най-често пристъпът започва нощно време. Тези пристъпи се считат за по-опасни, тъй като показват, че заболяването много се е задълбочило много и че необходимо да се предприемат спешни мерки. Продължителността на болката е от няколко секунди до няколко минути. След почивка или поставяне на таблетка нитроглицерин под езика болката преминава, но може да се повторя след различни интервали от време.

Фиг. № 30 **Разпределение на пациентите според мястото на възникване на болката**



Данните показват, че най-голям е относителният дял – 42,00 % на пациентите, които са получили стягане в гърдите. Болката е силна, стягаща, "смазваща" придружена със задух. 34,00 % са имали болка в друга част на тялото. Характерно за ССЗ на сърцето е усещане за болка, която може да се разпространява към предмишниците, врата, челюстта, корема или гърба. Притискане зад гръдната кост са усещали 24,00 % от респондентите.

Фиг. № 31 **Разпределение на пациентите според силата на болката**



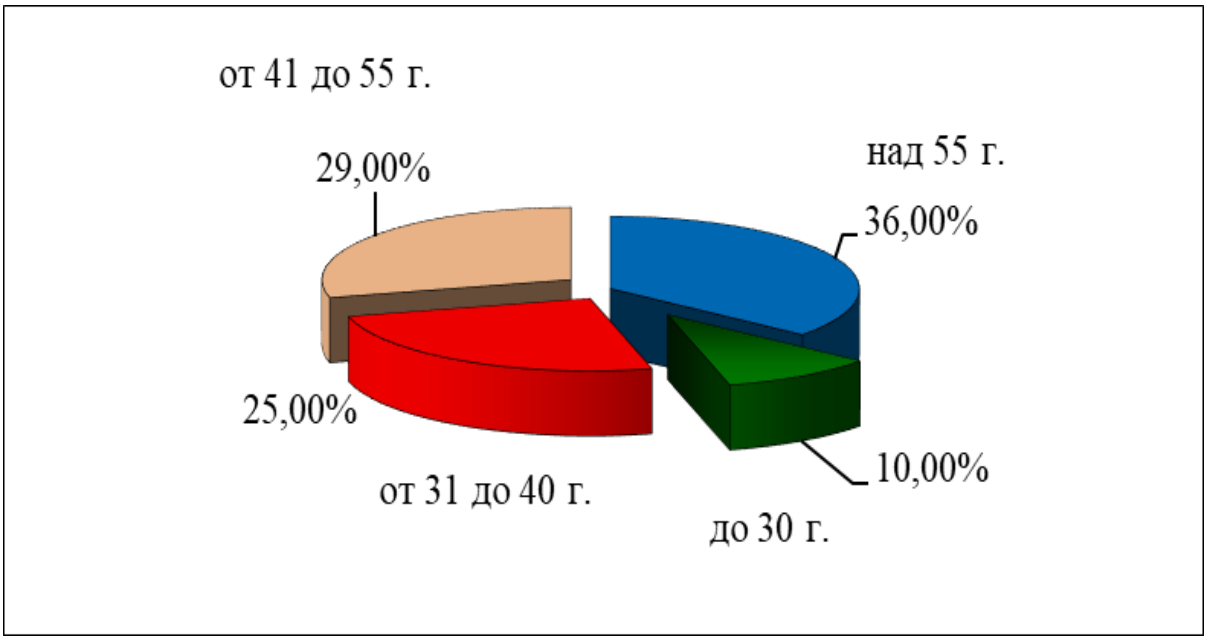
Определение – болката е неприятно чувство и емоционален опит, свързани с налична или потенциална опасност от нараняване на тъкани. Тя винаги е субективно чувство и е това, което пациентът описва, а не това, което другите мислят, че трябва да бъде. Според най-голямата част от пациентите – 58,00 % - болката е „нетърпима". 32,00 % посочват, че болката е остра и 10,00 % силна. Болните изпитват чувство на неописуем страх от настъпваща смърт, побледняване на лицето и покриването му със студена пот. Задухът също е характерна особеност на болката при пациенти със ССЗ,

те имат чувството на притискане в областта на гърдите. Тенденцията й е прогресивно да се изменя по честота, сила, продължителност, локализация и разпространение.

Оптимизиране на сестринските грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

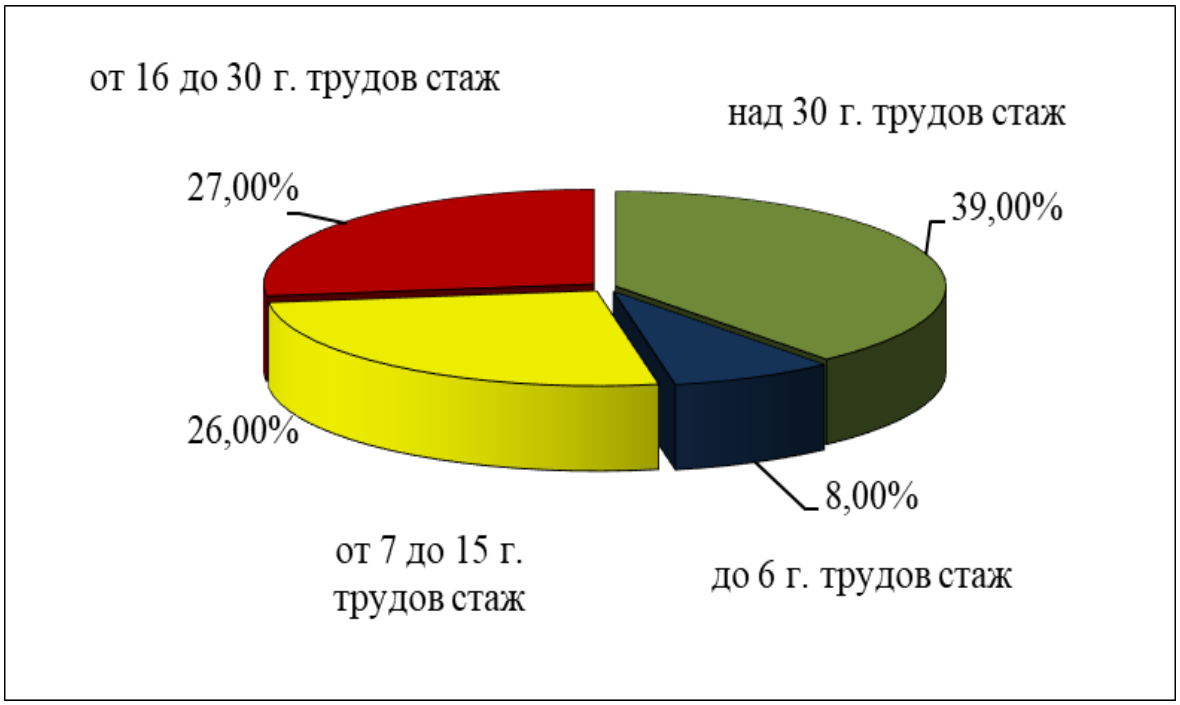
Медицинските сестри са най-голямата професионална група в рамките на здравеопазната система. Обхватът на сестринската практика се променя динамично в отговор на здравните потребности и изисква развитие на нови познания и технологии, които да гарантират обезпечаване на по-добри здравни резултати. Оптимизирането на сестринските грижи при пациенти със Сърдечно -съдови заболявания е важен и отговорен етап от лечебно-диагностичния процес. Приоритет в работата на медицинските сестри е формирането на професионално поведение и изграждането на професионални умения, което да показва отговорността им по отношение на вземането на професионални решения, а не само предоставянето на определен обем от дейности. Всичко това би гарантирало повишаване качеството на полаганите от тях грижи и би спомогнало за оптимизиране на грижите за пациенти със ССЗ. Днес сестринството е една организирана, обществено призната и уважавана професия, преминала различни етапи на развитие.

Фиг. № 32 **Разпределение на анкетираните медицински сестри по възраст**



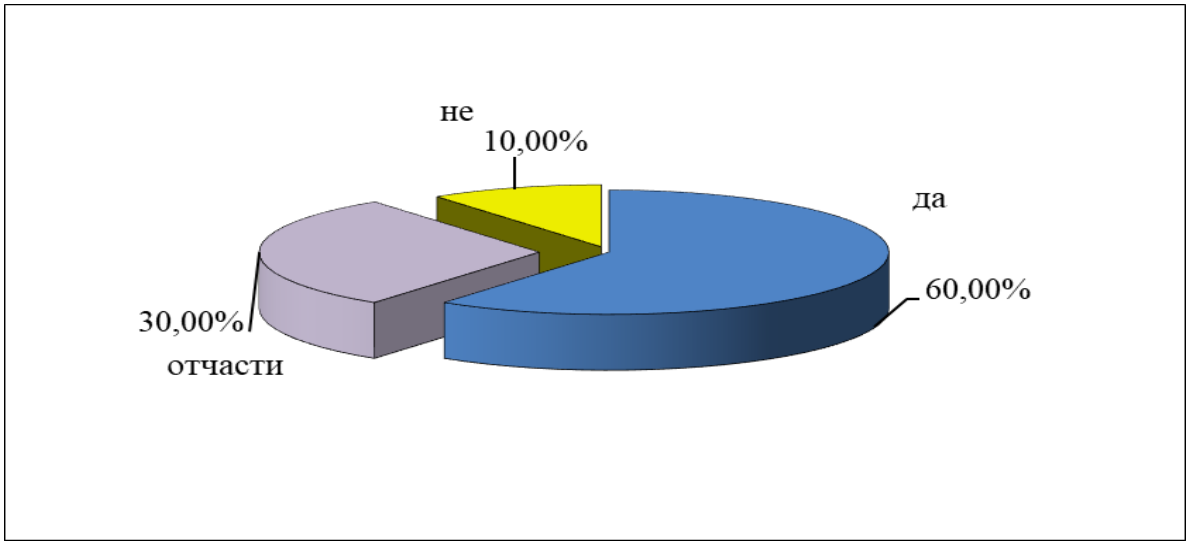
36,00 % от анкетираните медицински сестри са на възраст над 55 г., което се обяснява с недостигът на професионалисти по здравни грижи, както и ниското заплащане за професията. Това определено е причина за отлив на кадри от системата на здравеопазването. 29,00 % са на възраст от 41 до 55 г. Това са медицински сестри в активна работоспособна възраст, които са намерили своето призвание в работата си с пациенти със ССЗ. 25,00 % от респондентите са на възраст от 31 до 40 г. това са вече изградени специалисти с богат теоретичен и практически опит, и виждат бъдещото си призвание в тази професия. Едва 10,00 % от анкетираните са на възраст до 30 г. Този нисък процент показва една тревожна тенденция за перспективите за привличане и оставане на млади кадри към професията.

Фиг. № 33 **Разпределение на анкетираните по трудов стаж**



Най-голям е относителният дял на анкетираните лица с трудов стаж над 30 г. – показател за застаряващ човешки ресурс в професията. Само 8,00 % са с трудов стаж до 6 г., които все още не са осъзнали значимостта на професията и желанието да останат в сферата на здравеопазването.

Фиг. № 34 **Наличие на регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите със ССЗ**



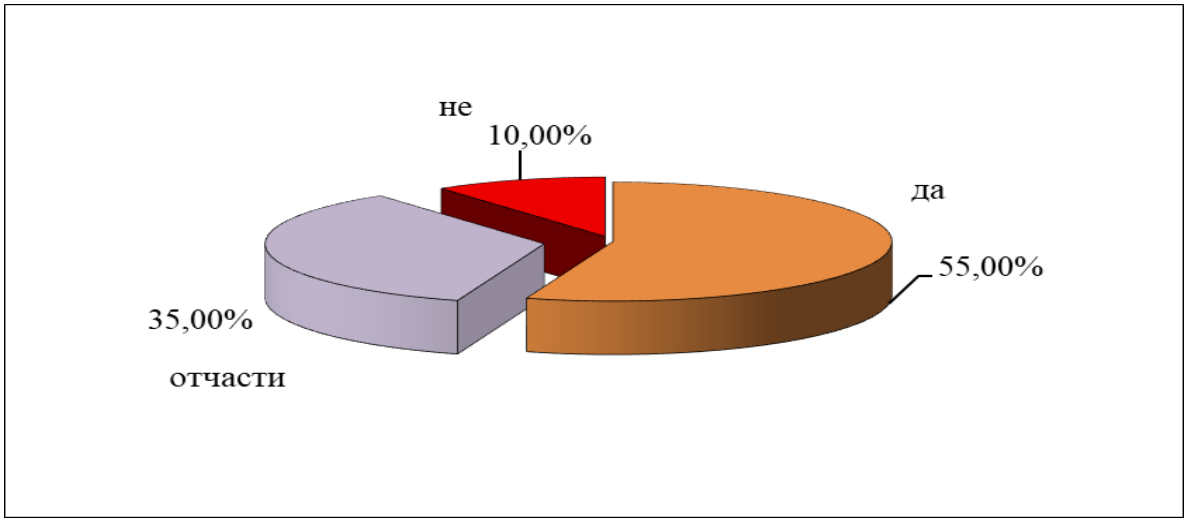
Показателите за наблюдение на общото състояние на пациентите със ССЗ включват: пол; видима възраст; психично състояние; ръст; развитие на костната и мускулната системи; телесно държание; движение; охраненост и телесна маса; състояние на кожата и лигавиците; температура на тялото; наследствени болести и болестни предразположения.

Антропометрични измервания, които включват: телесна маса, ръст, обиколка на главата, обиколка на гърди, размери на фонтанелата и прорастване на зъбите.

Соматични показатели - измерване и регистриране на температура, пулс, артериално налягане, дишане, наблюдение на уринирането дефекацията.

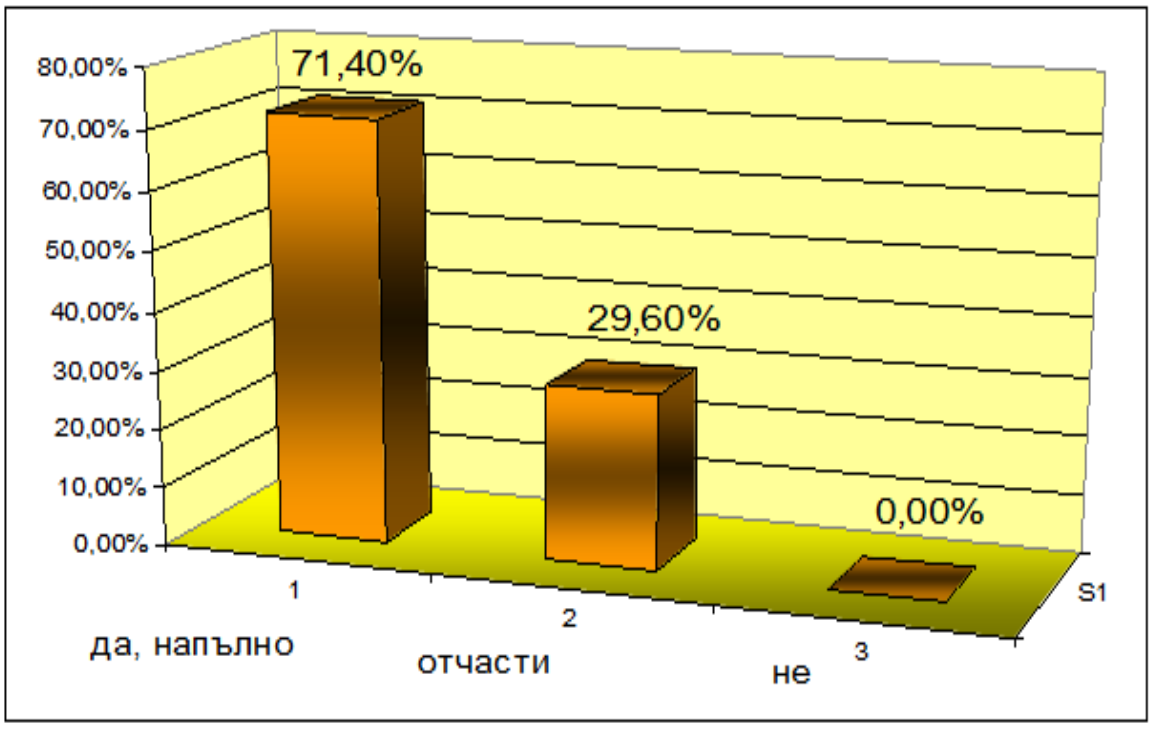
Според най-голямата част от анкетираните специалисти по здравни грижи – 60,00 % съществуват регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите. 30,00 % посочват, че само отчасти тези показатели са точно и ясно регламентирани, а според 10,00 % не съществуват. Необходимо е оптимизиране на грижите при пациенти със ССЗ – процес изискващ непрекъснато наблюдение, намеса, оценка, анализ и контрол от страна на медицинската сестра.

Фиг. № 35 **Възможности за изработване на план за сестрински грижи за пациент със ССЗ при съществуващата организация**



Данните от направеното проучване показват, че 55,00 % от анкетираните изработват индивидуален план за сестрински грижи на постъпилите за лечение пациенти. При 35,00 % се изработва отчасти, а 10,00 % не изработват такъв план. Това означава, че за да се осъществяват грижите по предварително изработен план е необходимо да се направи сериозна промяна в организацията и тези дейности да бъдат точно и ясно регламентирани. При настоящите форми на обучение в учебните планове на студентите от специалност „Медицинска сестра“ точно и ясно са регламентирани критериите за изработване на индивидуален план за сестрински грижи.

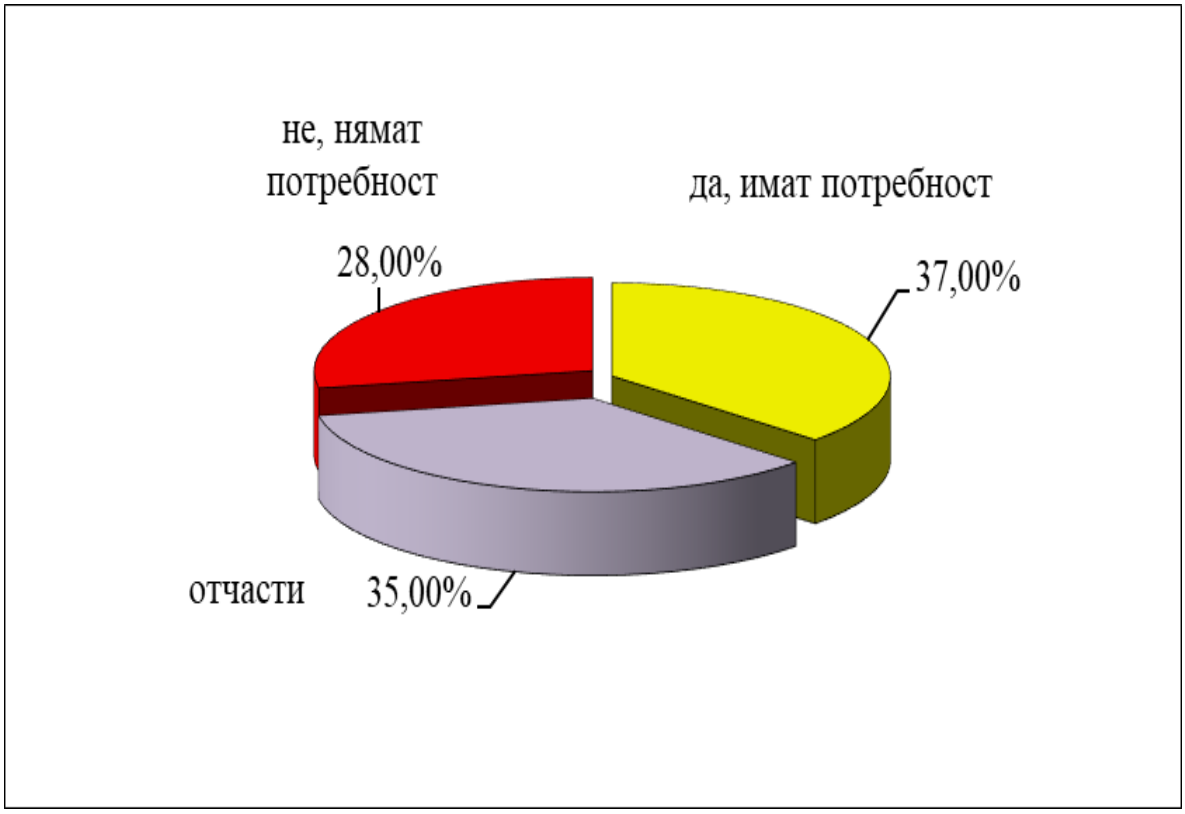
Фиг. № 36 **Самооценка на медицинските сестри по отношение на тяхното обучение относно грижите за пациенти със ССЗ**



Според значителна част от медицинските сестри - 71,40 % те притежават необходимите знания и квалификация относно грижите и индивидуалните потребности за пациенти със ССЗ. Според 29,60 % от анкетираните посочват, че отчасти са преминали през конкретно обучение

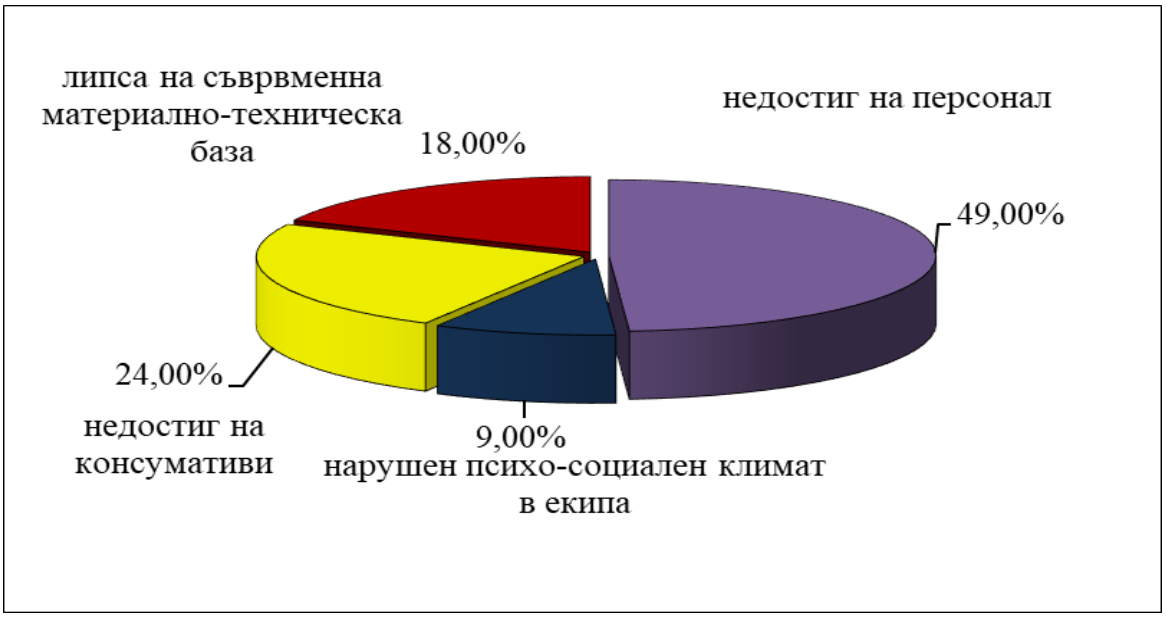
относно грижите за тези пациенти. Отрицателни отговори на зададения въпрос няма.

Фиг. № 37 **Необходимост от допълнителна квалификация**



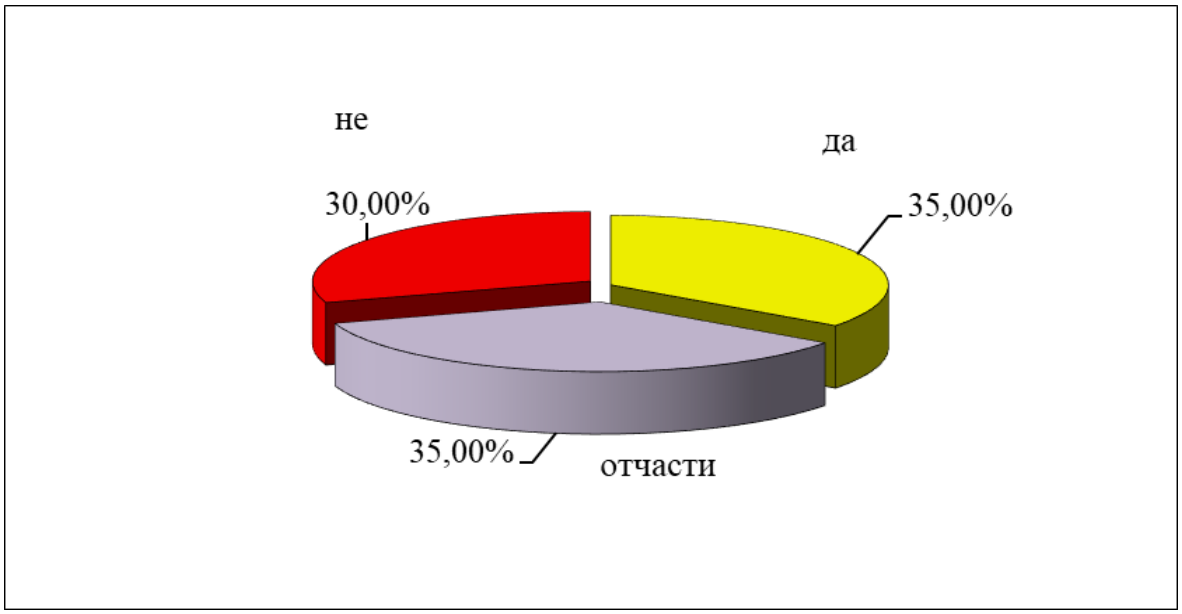
Най-големият процент от анкетираните - 37,00 % определено имат потребност от допълнително обучение за работа с тези пациенти поради спецификата на тяхното общо здравословно състояние. Те осъзнават, че ритъмът наложен от промените в здравеопазването и в частност в здравните грижи ще им помогнат да се убедят в нуждата от непрекъснато обучение и повишаване на квалификацията им. 28,00 % дават отрицателен отговор на този въпрос.

Фиг. № 38 **Наличие на фактори затрудняващи дейностите на медицинските сестри при пациенти със ССЗ**



Близо ½ от анкетираните посочват като основна причина за затруднение в работата и извършване на сестринските дейности – недостиг на персонал. Броят на медицинските сестри трябва да е адекватен на броя на пациентите със ССЗ, и с оглед на тези тежки заболявания е необходимо една медицинска сестра да обслужва по-малък брой пациенти. Нарушеният психо-социален климат води нарушени професионални взаимоотношения и липсата на екипна работа - 9,00 %. Непрекъснато се търсят нови пътища и по-рационални средства за подобряване на материално-техническата база и ритмичност за снабдяване на консумативи. Ръководствата на всички нива и структури на лечебните заведения се стремят да разрешат натрупаните с години проблеми с цел подобряване качеството и оптимизирането на здравните грижи.

Фиг. № 39 **Готовност и умения на медицинските сестри за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ**

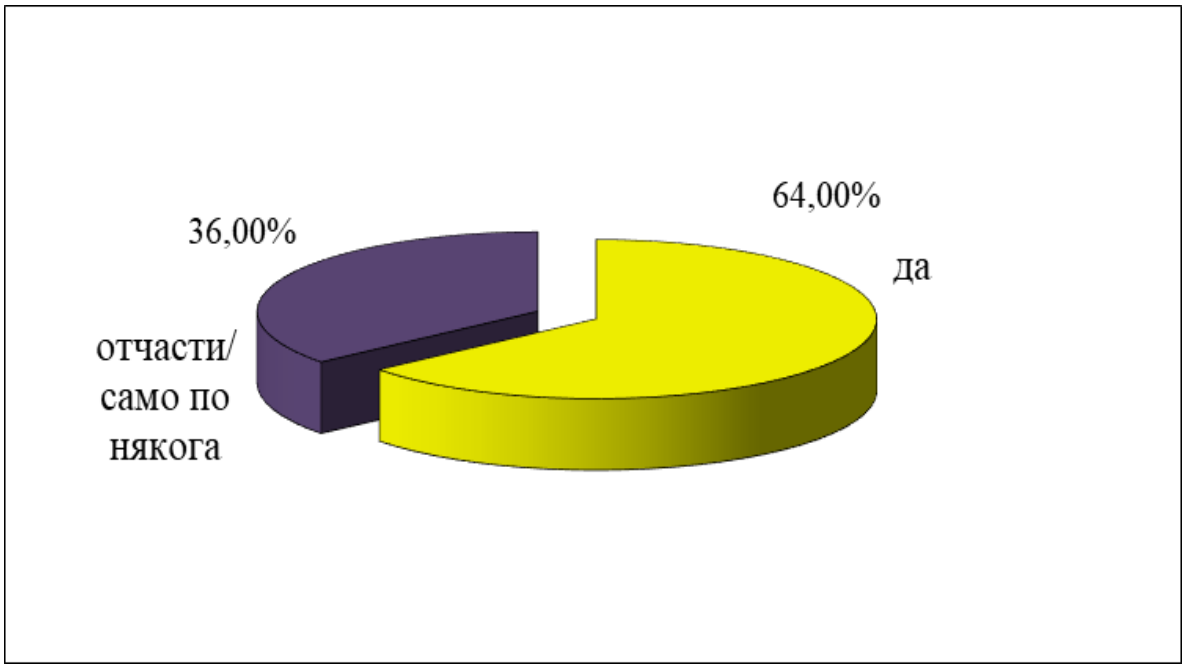


Създаването на организация на здравните грижи в болничните структури, която да отговаря на съвременните изисквания е невъзможно без въвеждането на информационни системи в работата на сестринския персонал. 35,00 % от анкетираните смятат, че са напълно подготвени за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ. Същият е процента на посочили отговор – отчасти. Въвеждането на информационни системи в сферата на грижите е от особено значение и необходимост, но проблеми биха възникнали поради факта, че около 1/3 от медицинските сестри в болничните структури изпитват затруднения при работа с иновативни технологии. Определено е необходимо въвеждането на обучение на персонала с информационни системи в сферата на здравните грижи за обработка на информацията за пациента, и определен период за адаптация към иновативните методи.

Основните професионални дейности на медицинските сестри са насочени към грижите за пациента и извършване на назначените от лекаря изследвания и лекарствена терапия, но едновременно с това е необходимо

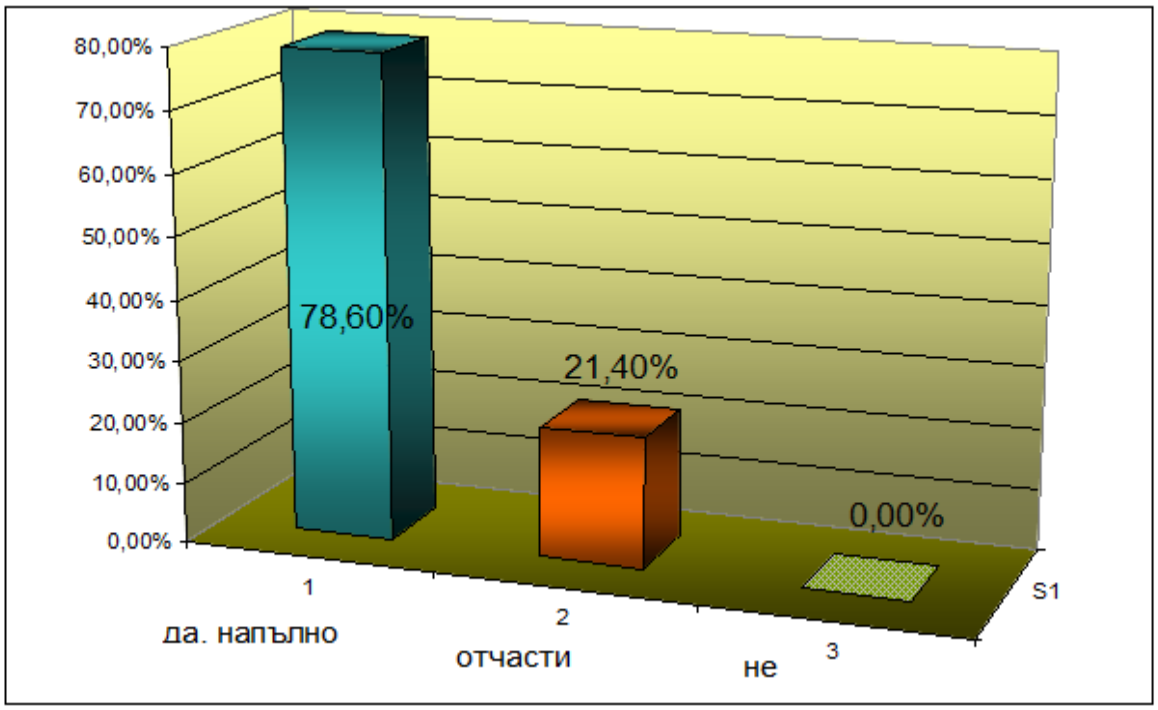
определена информация за пациента да се регистрира, да се изпраща, както и да се съхранява.

Фиг. № 40 **Допускане на грешки поради липса на оптимизирана и ефективна информационна система**



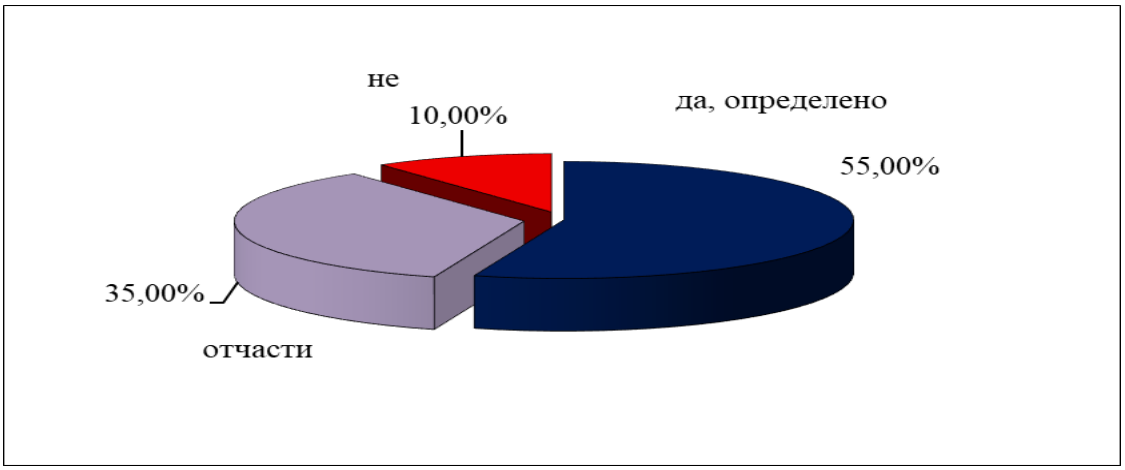
36,00 % от анкетираните смятат, че е възможно допускане на грешки поради липса на оптимизирана и ефективна информационна система. С наличието на такава, тяхната работа ще се облекчи, което ще им позволи да се съсредоточат върху основната си дейност. Тези данни показват, че грешки не липсват в сестринската практика, но липсата на ефективна информационна система не позволява доказване и регистриране. Голяма част от информацията относно грижите за пациентите не се регистрира, а това води до по-голямо натоварване на медицинските сестри, както и до невъзможност да се определи тяхната професионална отговорност. Промяна в организацията на болничните грижи може да бъде осъществена в посока към по-голяма ефективност, ако бъде въведена специализирана информационна система, допълваща общоболничната.

Фиг. № 41 **Отделяне на значително време за попълване на документация на ръка**



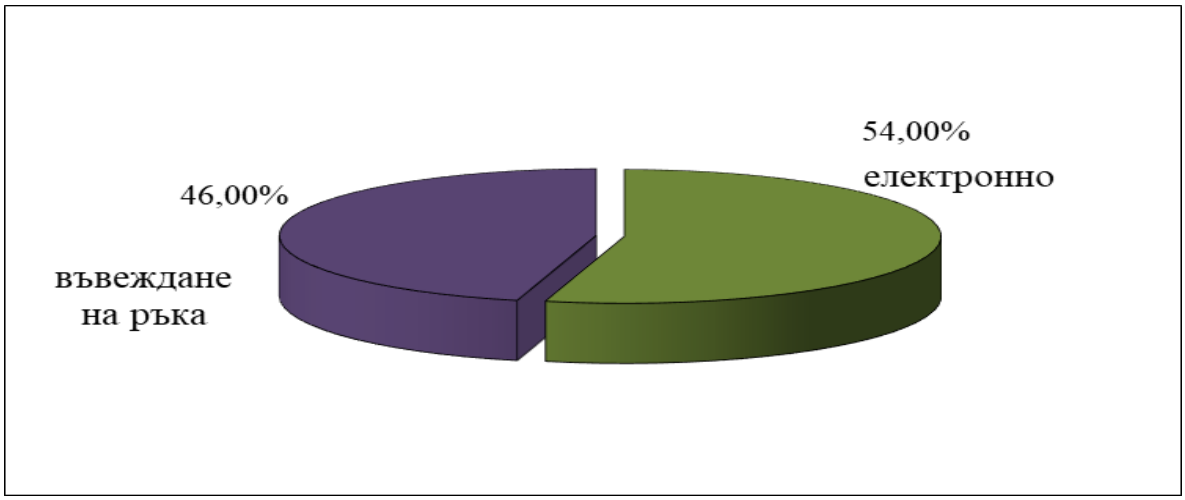
По-голямата част от анкетираните медицински сестри – 78,60 %, са на мнение, че през голяма част от дежурството отделят значително време за попълване на документация и то на ръка, а не чрез компютър или информационни системи. Отчасти са отговорили 21,40 % от анкетираните, а отрицателен отговор никой не е посочил. При съвременните форми на компютъризация и информационно обезпечаване на медицинската документация е недопустимо съвременната медицинска сестра да отделя толкова време за попълване на документация на ръка. Съвременните реформи в системата на здравеопазването изискват специалистите по здравни грижи да използват своите компетенции за индивидуалните потребности на пациентите, което безспорно налага облекчаване на труда им чрез въвеждане на иновативни технологии.

Фиг. № 42 **Намаляване ангажираността на медицинските сестри при въвеждане на ефективна информационна система**



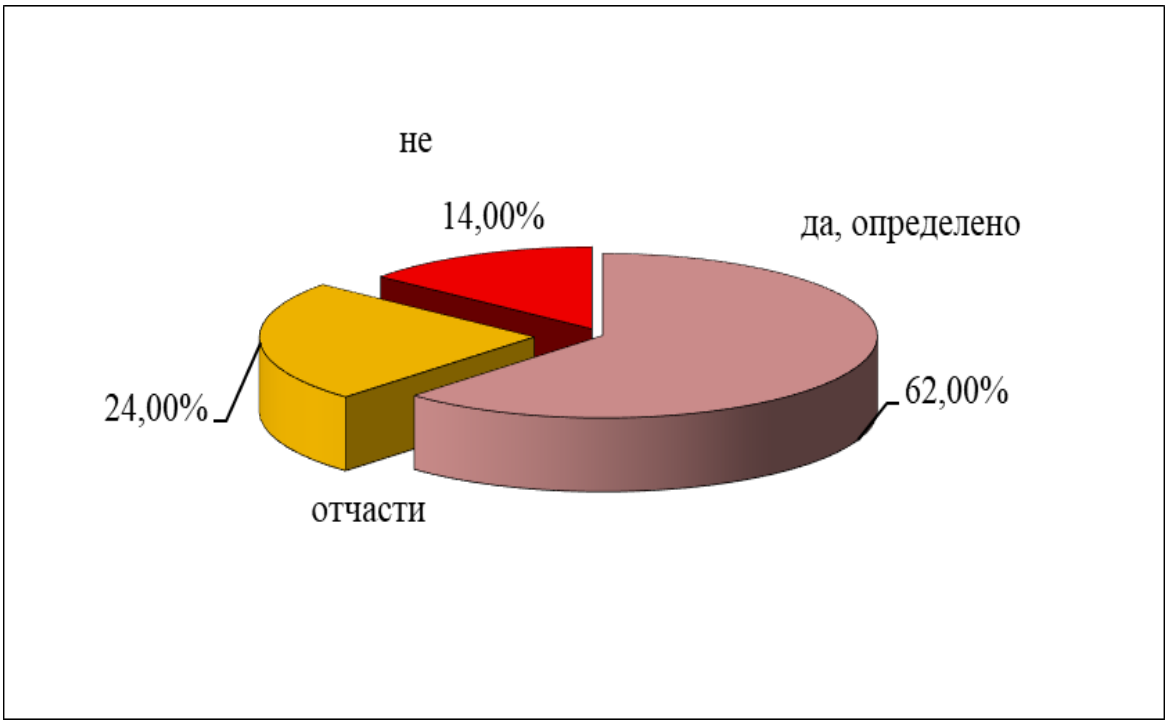
Въвеждането на оптимална информационна система за работата на медицинските сестри при пациенти със ССЗ е инструмент за тяхната дейност не само като технически секретар, а е част от организацията и лечението на пациентите. Това би довело до облекчаване работата свързана с попълване на документацията на ръка, както и обмена на информация. Оптимизира се пътя на пациента, планирането на консултации и много други дейности.

Фиг. № 43 **Начини за съхраняване и използване на информацията, свързана със сестринските грижи при пациенти със ССЗ**



54,00 % от анкетираните ползват различни специализирани компютърни програми относно: данни за пациента, дадени назначения за изследвания и консултации, наблюдение на соматични показатели, манипулации, хранителен режим и др. останалата част от анкетираните - 46,00 % въвеждат информацията ръчно и по този начин отделят значително време за писане на ръка.

Фиг. № 44 **Потребност от промяна на организацията на грижите, която да отразява приоритетите свързани с пациенти със ССЗ**

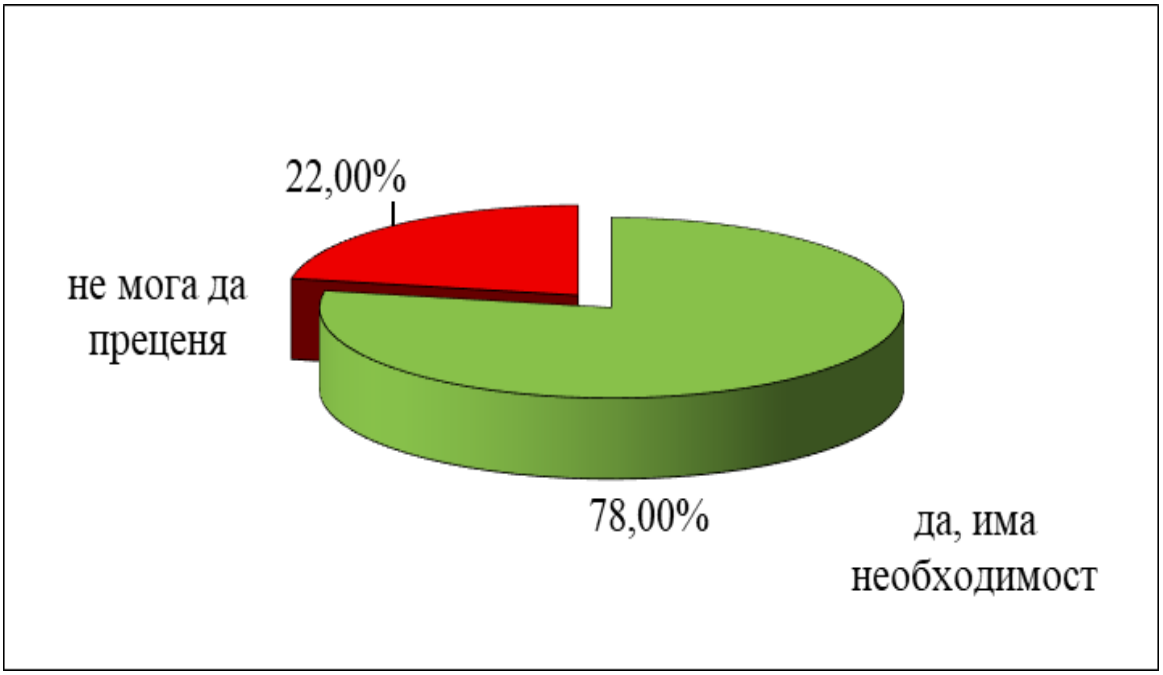


Промяната в организацията при работата на сестринските грижи е необходимо да отговаря от една страна на спецификата и потребностите на пациентите от грижи и от друга – да създава условия на персонала да осъществява качествени и ефективни грижи. Съвременното болнично обслужване изисква определени медицински технологии и качество на използваните медицински консумативи и материали, но добрите резултати определено зависят от създадената организация и последователност на

процедурите в цялостния лечебно-диагностичен процес. 62,00 % от анкетираните определено смятат, че е необходимо и неотложно оптимизиране на организацията на работата на медицинските сестри при пациенти със ССЗ. Организацията на сестринските грижи трябва да позволява на медицинските сестри да осъществяват адекватни грижи за пациента, в зависимост от неговото общо състояние, измерване на показателите и планираните от лекуващия лекар изследвания и назначения. Това изисква от медицинските сестри да могат да извършват както своите автономни функции, така и тези по лекарско назначение в съответствие със състоянието на пациента.

Необходимост от въвеждане на информационна карта на сестрински грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания

Фиг. № 45 **Необходимост от въвеждане на информационен подход на сестрински грижи при пациенти със Сърдечно – съдови заболявания**



Днес се налага схващането, че сестринството е не само техника, изпълнение на манипулации и дейности по предписания от лекаря, а една широкохуманна професия, свързана с грижи за човека, болен или здрав, за запазване на неговото здраве. Получените резултати от направеното анкетно проучване при медицинските сестри показват готовността и необходимостта от въвеждане на информационна схема на сестрински грижи при пациенти със ССЗ - 78,00 %. Тя отразява всички етапи на осъществяване на сестринските грижи и интегрира цялата информация за пациента, което позволява бързо извличане на необходимата лечебно-диагностична информация. Едва 22,00 % не мога да преценят.

Медицинската сестра осъществява грижите за пациента до неговото пълно оздравяване и възстановяването на нормалното му функциониране. Сестрински грижи се полагат при човека за задоволяване на основните му жизненоважни нужди, когато той не е в състояние сам да извърши това. Тези грижи се полагат във всеки период от живота на човека и са свързани не само с даденото заболяване, но и с неговата профилактика. Медицинската сестра е необходимо винаги да се съобразява с индивидуалните особености на пациента.

Промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е приоритетна задача, залегнала в цялостната дейност на специалистите по здравни грижи с цел постигане на ефективни резултати и подобряване качеството на живот на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания. Промотивните и превантивните здравни грижи са съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които се предприемат за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на основните рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици. Първичната профилактика трябва да бъде насочена към рисковите фактори, като включва промоция на здраве и специфична профилактика. Профилактиката е защита, която действа още преди проявление на дадени заболявания, защита, която препятства появата им, развитието и усложняването им в нежелана посока. В съвременното здравеопазване рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия. Редица проучвания посочват, че няма единствена причина за сърдечно-съдовите заболявания. Факторите, увеличаващи риска или „рисковите фактори" на сърдечно-съдовите заболявания могат да не се повлияват или да се повлияват трудно, но може да се повлияват ефективно и да са обратими. Ако се предприемат адекватни мерки, с които да се намалят или да се елиминира действието на останалите рискови фактори. Ето, защо е ключово значението на профилактичните мерки за предотвратяване на сърдечно-съдовите заболявания, промяната в начина на живот на хората и ограничение на действието на негативните рискови фактори. Основната цел на промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е да се увеличи продължителността на живот без заболяване и да се подобри качеството на живот.

Подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

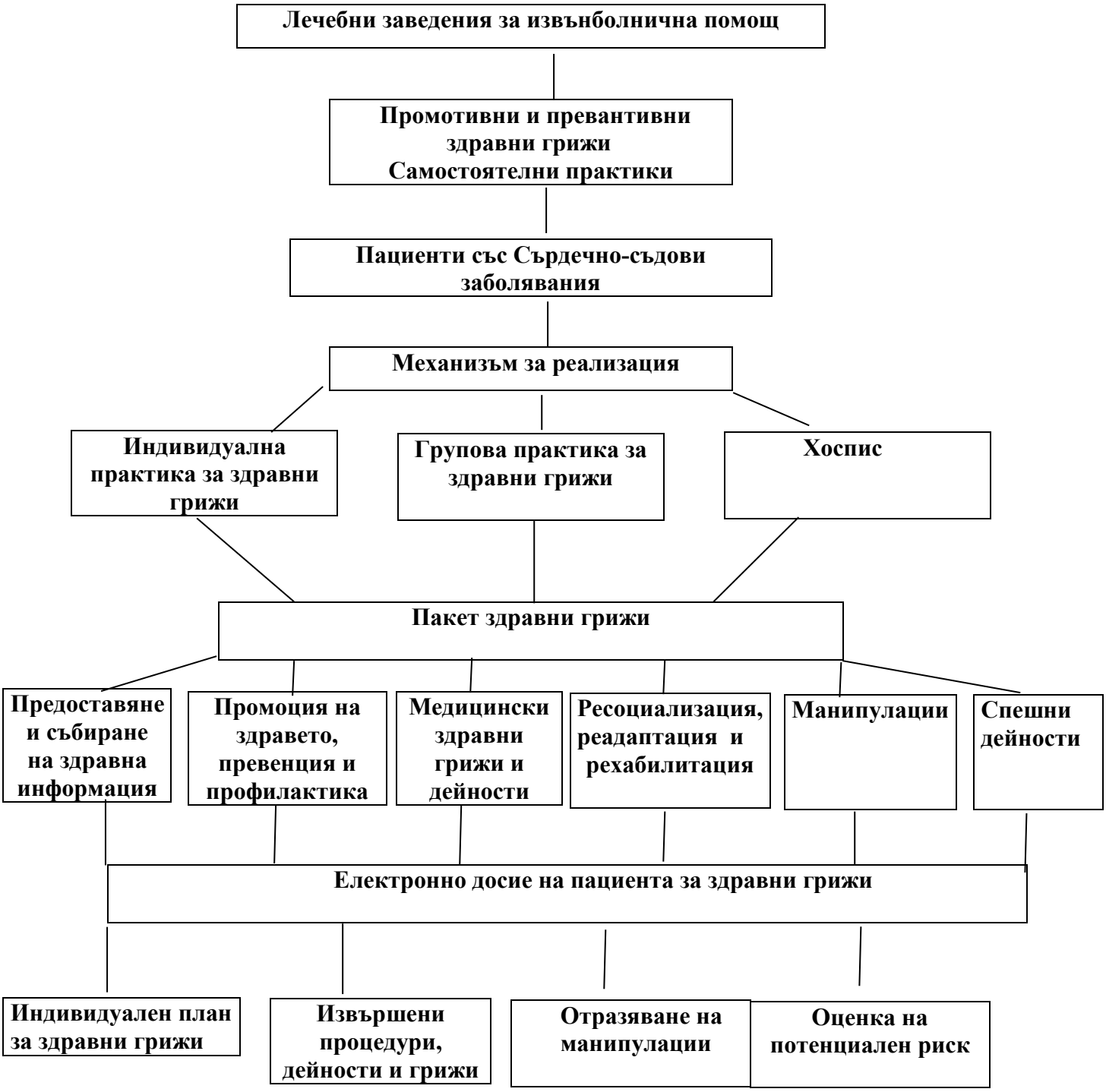
Подхода за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е насочен към промоцията на здравето, запазването и възстановяването на здравето и качеството на живот, както и предотвратяването на болестта и се използва от медицинската сестра във всяка сфера от нейната дейност. Сестринският подход означава последователна смяна на действията, извършвани от сестрата по отношение на пациента с цел предотвратяване, облекчаване, намаляване и свеждане до минимум на възникващите у него проблеми и трудности. Той се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Сестринският процес е рамката за предоставяне на професионални и качествени здравни грижи от медицинската сестра. Прилагането на сестринския процес в практиката е необходимост, която ще насочи в правилна посока полаганите сестрински интервенции. Сестринският подход е рамката за предоставяне на професионални и качествени здравни грижи от медицинската сестра. Прилагането на сестринския подход в практиката е необходимост, която ще насочи в правилна посока полаганите сестрински интервенции. Сестринския подход се състои от няколко последователни етапа:

- събиране на (данни) информация – медицинската сестра събира информация на основата на концептуален модел за грижи или на основата на стандартен въпросник.
- формулиране на проблем – анализ на събраната информация с цел определяне нуждите/ потребностите на пациента от грижи или поставяне на сестринска диагноза.

- изработване на индивидуален план за грижи – медицинската сестра разработва индивидуален план за грижи, който съдържа дейности отговарящи на поставените цели.
- реализация на грижите – осъществяване на описаните дейности.
- оценяване – изучаване на получените резултати от положените грижи.

Концептуалните модели са конструирани на основата на теории и концепции за подпомагане на медицинските сестри при извършване и оценка на състоянието на пациента, планиране и осъществяване на грижи при спазване на определени професионални рамки. Сестринските модели включват методи и оценка на индивидуалните потребности на пациента и определяне на подходящи грижи за него. Сестринските грижи са комплекс от сложни елементи и явления. Концепцията е „способността, която притежава всеки един от нас да направи забележим познат предмет или явление”.

Схема 1 Схематичен модел на сестринския подход за промотивни и превантивни здравни грижи



Подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Схема 2



Организация на здравните грижи при наблюдение на общото състояние, измерване на показатели при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Наблюдение на общото състояние
Измерване на показатели

1. Наблюдение, контрол и поведение на медицинската сестра при пациенти на монитор
2. Подготовка на болен и извършване на електрокардиография
3. Сестрински грижи при изследване и регистриране на артериалното налягане, артериална хипертония и хипертонична криза
4. Сестрински грижи, свързани с изследване на пулса на пациента (брадикардия, тахикардия, камерна тахикардия, синусова тахикардия, пароксизмална тахикардия)
5. Сестрински грижи при измерване, изследване и регистриране на дишането.
6. Кислородолечение, сестринска техника.
7. Сестринска техника при измерване и регистриране на телесната температура
8. Сестрински грижи при измерване на диуреза и относително тегло
9. Подготовка и извършване на катетеризация на пикочен мехур при жена
10. Сестрински грижи, свързани с изследване на дефекацията
11. Хигиенни грижи за пациентите със ССЗ
12. Тоалет против декубитус
13. Хигиенни грижи за леглото на болния
14. Диетично хранене при пациенти със ССЗ
15. Оценка на болката- скала за оценка на интензивността на болката
16. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели
17. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
18. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

Организация на здравните грижи за диагностични изследвания при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Диагностични изследвания

1. Правила при вземане, изпращане и транспорт на кръв за лабораторни изследвания
2. Асистиране на медицинската сестра при определяне на кръвни групи
3. Сестринска интервенция и поведение при вземане на кръв за алкално - киселинно равновесие от артериална канюла
4. Планиране на назначените изследвания и консултации
5. Поведение на медицинската сестра при неинвазивни методи на изследване
6. Поведение на медицинската сестра при инвазивни методи на изследване
7. Подготовка на пациента при коронарна ангиография
8. Поведение на медицинската сестра и здравни грижи за пациенти в деня на извършване на инвазивно изследване на коронарните съдове с имплантиране на стент
9. Подготовка и поведение на медицинската сестра при отстраняване на артериално дезиле
10. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
11. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

Организация на здравните грижи за провеждане на терапевтични процедури при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Терапевтични процедури

1. Сестринска техника при поставяне и поддържане на периферен венозен източник (абокат)
2. Сестринска дейност при подготовка, поставяне и поддържане на централен венозен път
3. Поведение на медицинската сестра при венозно вливане и перфузионна терапия
4. Извършване на назначената лекарствена терапия – начини и правила за приложение на лекарствени средства
5. Инжекционно приложение на лекарства. Подготовка за инжектиране, аспириране на лекарствени средства от ампула, флакон и банка
6. Поведение на медицинската сестра при вътрекожна инжекция. Кожно диагностични проби за чувствителност
7. Подкожна инжекция. Поведение на медицинската сестра
8. Поведение на медицинската сестра при подготовка и поставяне на мускулна инжекция
9. Венозна инжекция – правила и техника
10. Инсулинотерапия
11. Наблюдение на състоянието на пациента и контрол.
12. Въвеждане на данни в информационна карта за отчетените показатели

Информационно и документално осигуряване на промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания

Планирането на грижите е основна част от дейността на медицинските сестри. То се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Специалистите по здравни грижи все по-ясно осъзнават потребностите от съвременно информационно осигуряване на професионалните грижи в болничните структури. Необходимо е въвеждането в сестринската практика на съвременните информационни системи чрез които ще се постигне следното:

- Подобряване на качеството на здравните грижи
- Намаляване на пропуските и грешките
- Улесняване на комуникацията между – специалист по здравни грижи и лекар; специалист по здравни грижи – пациент
- Повишаване ефективността от здравните грижи
- Лесно достъпна и пълна медицинска документация
- Осъществяване на контрол и обратна връзка в различните етапи.

Всичко това може да се постигне чрез използването на електронното медицинско досие в което се записват и съхраняват медицинските данни за всеки пациент - обща здравна информация, данни от прегледи, проведени лечения, медицински интервенции, амбулаторни листове, лабораторни изследвания, издадени направления и рецепти, ТЕЛК решения, данни за кръводарявания, в това число и на кръвна плазма и др. Информационно и документално осигуряване чрез подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания ще доведе до по-ефективно и качествено болнично лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравето е „позитивна концепция подчертаваща психичното социално и духовно благополучие на индивида и неговите лични и социални ресурси в добавка към физическото благополучие". Промоцията е организирано усилие на обществото за обучение на индивида свързано с проблемите на личното здраве и развитието на обществената система, която осигурява на всеки индивид стандарт на живот, адекватен на поддържането и подобряването на неговото здраве.

„Промоцията на здравето е процес, при който хората получават възможност да увеличат контрола върху своето здраве, чрез повишаване на личната си и обществена отговорност." (СЗО, Харта на Отава 1986).

Елементите на промоцията включват - фокусиране върху здравните проблеми на населението като цяло; целенасочени действия за елиминиране на рисковите фактори; подкрепа на факторите, водещи до по-добро здраве на населението; поощряване участието на обществото и индивида при дефиниране на проблемите и вземане на решения за целенасочените дейности; подкрепа за подходяща здравна, социална и екологична политика; окуражаване участието на здравните професионалисти в здравното възпитание и здравната подкрепа. Промоцията е действие за подпомагане, съдействие, поощряване, поддръжка, укрепване, повишаване, подпомагане, утвърждаване на здраве. Фокусът на промоцията на здравето е ориентиран не към лечебните заведения, а към хората и институциите, които биха осигурили условия за по-здравословен начин на живот. На хората се дава възможност да не бъдат пасивни консуматори на здравните услуги, а да осъществяват по-добър самоконтрол върху собственото си здравно поведение като шанс за по-добро здраве. Промоцията на здравето има за непосредствена цел постигането на промяна в поведението на индивида, водеща до укрепване и подобряване на здравето.

Промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания са съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които се предприемат за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на основните рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици. В съвременното здравеопазване рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия. Основната цел на промотивните и превантивните здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е да се увеличи продължителността на живот без заболяване и да се подобри качеството им на живот, промяната в начина на живот и ограничение на действието на негативните рискови фактори.

В заключение може определено да се каже, че пациентите приети за болнично лечение със Сърдечно-съдови заболявания не водят здравословен начин на живот и при значителна част от тях са налице основни рискови фактори, които са установени при сърдечно-съдовите заболявания - пол, семейно положение, телесно тегло, стресови ситуации, фамилна обремененост, тютюнопушене, захарен диабет, преживяни хипертонични кризи. Относно информираността на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания повече от половината са запознати и информирани за рисковите фактори и необходимостта от отговорно отношение към собственото им здраве. Това показва, че като цяло хората са информирани относно заболяването и евентуалните усложнения.

В лечебните заведения за извънболнична помощ дейността на свободно практикуващи специалисти по здравни грижи в екип или в координация с лекар е важна предпоставка за осигуряване на достъп до качествени здравни грижи и подобряване на колаборацията между болнична и извънболнична помощ. Самостоятелната практика ще даде възможност на медицинските специалисти да поемат нови по-високи отговорности в процеса на извършване на здравни дейности в амбулаторни условия.

Грижата за пациенти в извънболнични условия позволява прилагане на концепцията за промоция на здравето и профилактика.

Съществуват регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите, но е необходимо въвеждане на нов подход за промотивни и превантивни здравни грижи, който може да се приложи за всеки един пациент, чрез анализиране на неговото индивидуално състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите.

Съвременната сестринска практика се основава на теоретични концептуални модели, които имат за цел да очертаят границите на автономната сестринска професия при осъществяването на специфичните сестрински грижи, каквито са и грижите за пациенти със Сърдечно-съдови заболявания. Грижи за тези пациентите трябва да се осъществяват на базата на индивидуален подход за да се осигури професионалното изпълнение на лекарските назначения и терапевтично лечение. Съвременното лечение на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания определено изисква въвеждането на подход за грижи, отговарящ на индивидуалните потребности на пациента, в съответствие с въвеждането на научните подходи и методи за реализация на здравните грижи.

За постигането на тези цели е необходима допълнителна квалификация и обучение за работа с тези пациенти поради спецификата на тяхното общо здравословно състояние. Определено е необходимо въвеждането на обучение на персонала с информационни системи в сферата на здравните грижи за обработка на информацията за пациента.

Прилагането на подхода за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания е рамката за предоставяне на професионални и качествени здравни грижи. Специалистите по здравни грижи все по-ясно осъзнават потребностите от съвременно информационно осигуряване на професионалните грижи в болничните структури.

Необходимо е въвеждането в сестринската практика на съвременните информационни системи, която ще подобри качеството на здравните грижи, ще доведе до улесняване на комуникацията между – специалист по здравни грижи и лекар; специалист по здравни грижи – пациент с цел повишаване ефективността от здравните грижи, осъществяване на контрол и обратна връзка в различните етапи.

ИЗВОДИ

1. **Разпределението на пациентите по пол показва, че по-голямата част от тях са мъже - 63,00 %, което показва като закономерност преобладаването на мъжете със Сърдечно-съдови заболявания.**
2. **Разпределението на пациентите по възраст показва, че пациентите до 35 годишна възраст са 10,00 %, което е негативна тенденция през последните години. Най-възрастния пациент е 90 годишен. От 36 до 50 г. респондентите са 18,00 %, от 51 до 65 г. са 31,00 %. Най-голям е относителния дял на пациентите над 65 г. Тези резултати показват, че най-рисковата група за това заболяване са хората на възраст над 65 години.**
3. **Информираност на анкетираните лица относно наследствени Сърдечно – съдови заболявания - 54,00 % съобщават, че имат информация за сърдечно-съдови заболявания на своите родители и роднини. При 13,00% от анкетираните лица липсва информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството. 33,00% от респондентите нямат информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството си, или не знаят за съществуващо такова.**
4. **Насочване на пациентите за хоспитализация - най-голям брой пациенти са насочени от общопрактикуващ лекар - 46,00 %, приети след постъпването им в друго болнични заведение - 22,00 %, а от Кардиолог – 24,00 %. Самонасочилите се пациенти са 8,00 %. Първоначалното насочване на пациентите за хоспитализация не се свързва с водещата диагноза, което води до неефективно използване на ресурсите в здравеопазването и до забавяне и оскъпяване на лечението.**
5. **Разпределението на пациентите според престоя им в Клиника по Кардиология показва, че само 25,00% от включените в**

проучването пациенти са престояли в КК до 3 дни. От 4 до 7 дни – 34,00 %, от 8 до 15 дни – 22,00 %. Най малък е престоят на пациентите над петнадесет дни – 19,00 %.

6. **Информираност на пациентите относно Сърдечно-съдови заболявания - 55,00 % са запознати и информирани относно рисковите фактори и необходимостта от отговорно отношение към собственото им здраве. Отрицателни отговори на този въпрос няма. Това показва, че като цяло хората са информирани относно заболяването и евентуалните усложнения.**
7. **Информираност на пациентите относно рисковете и усложненията от ССЗ – на 28,00 % им липсва информация по отношение на рисковете и усложненията, които могат да възникнат в резултат на съществуващо ССЗ. Положителен отговор на този въпрос са посочили 32,00 % от анкетираните, а 40,00 % - са „отчасти“ информирани.**
8. **Разпределение на анкетираните пациенти по райони в изследваните болнични заведения - най-голям е броят на пациенти от гр. София и София област – 52,00 %. Това са по-голямата част пациентите в болниците, в които е направено проучването. От Северозападен район са 22,00 %, от Югозападен район - 16,00 %, и най-малък е относителният дял - 10,00 % от Южен централен район.**
9. **Редовно измерват артериалното кръвно налягане 34,00% от анкетираните пациенти, а 66,00% от тях прибягват до неговото измерване само когато получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиене или задух.**
10. **Разпределение на пациентите с артериална хипертония - около 2/3 от анкетираните пациенти са с поставена диагноза артериална хипертония. Само при 1/3 от тях не е открита артериална**

хипертония. Отклонения на артериалното кръвно налягане от нормата се срещат често.

11. **Придружаващо заболяване имат 28,00 % от и са с поставена диагноза захарен диабет, а 32,00 % – имат доказана хипертонична болест. 40,00 % съобщават за други придружаващи заболявания.**
12. **Разпределение на пациентите според месеца, през който е получен сърдечен пристъп - с най-голям относителен дял са пациентите, които са получили пристъп през месец януари – 42,00 %, следвани от тези – през декември – 35,00 %, на трето място се нарежда месец февруари – 13,00 % и на четвърто място е месец ноември -10,00 %.**
13. **Режим на хранене на пациентите със ССЗ - 52,00% от пациентите се хранят само два пъти дневно, три пъти дневно – 28,00%. Един път дневно се хранят 11,00%, четири пъти дневно - 9,00%. Броят на храненията имат съществено значение за пациенти със сърдечно-съдови заболявания, както количеството и качеството на приетата храна.**
14. **Предпочитаната кулинарна обработка на храната от е предимно пържене – 51,00 %. Пациентите, които използват варене и печене са 32,00 %, предимно печене – 16,00 %, и чрез варене 11,00 %. При пациенти със сърдечно-съдови заболявания пърженето на храната е забранено от диетата, която трябва да спазват.**
15. **При 65,00% от анкетираните лица е налице наднормено тегло, 28,00 % имат нормално телесно тегло, и 7,00 % са с тегло под нормата. Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки сърдечно-съдови заболявания.**
16. **Тютюнопушене при пациенти със ССЗ - 58,00 %, че са пушачи. Непушачите са само 42,00 %.**

17. **Условия за настъпване на сърдечна болка - най-голям е относителният дял на пациентите, при които тя настъпва внезапно – през нощта – 38,00 %. След стресова ситуация и психическо натоварване 32,00 % от респондентите са получили стенокардна болка, след физическо натоварване – 21,00 %. Едва при 9,00 % болката се получава след нахранване.**
18. **Наличие на регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите със ССЗ - според най-голямата част от анкетираните специалисти по здравни грижи – 60,00 % съществуват регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите. 30,00 % посочват, че само отчасти тези показатели са точно и ясно регламентирани, а според 10,00 % не съществуват.**
19. **Необходимост от допълнителна квалификация - 37,00 % определено имат потребност от допълнително обучение за работа с тези пациенти поради спецификата на тяхното общо здравословно състояние. 35,00 % - отчасти, и 28,00 % дават отрицателен отговор на този въпрос.**
20. **Готовност и умения на медицинските сестри за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ - 35,00 % от анкетираните смятат, че са напълно подготвени за работа с иновативни технологии при пациенти със ССЗ. около 1/3 от медицинските сестри в болничните структури изпитват затруднения при работа с иновативни технологии. Определено е необходимо въвеждането на обучение на персонала с информационни системи в сферата на здравните грижи за обработка на информацията за пациента.**
21. **Начини за съхраняване и използване на информацията, свързана със сестринските грижи при пациенти със ССЗ - 54,00 % от**

анкетираните ползват различни специализирани компютърни програми. 46,00 % въвеждат информацията ръчно и по този начин отделят значително време за писане на ръка.

22. **Необходимост от въвеждане на информационен подход на сестрински грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания - 78,00 % подкрепят необходимостта от въвеждане на информационен подход, 22,00 % не мога да преценят.**

Приноси на дисертационния труд

С научно-теоретичен характер:

1. Анализирана е научната литература относно: профилактиката, основните предпоставки и принципи за промоция и профилактика на Сърдечно-съдовите заболявания;

2. Събрана и систематизирана е научната литература относно основните характеристики на социалните фактори на здравето (типове социални фактори на здравето и здравословен стил и начин на живот);

3. Анализирана е научната литература относно по въпроса за концептуалните и организационните модели за здравни грижи;

4. Анализирани са социално-медицинските проблеми и социалната значимост (епидемиология и профилактика) на Сърдечно-съдовите заболявания;

5. Идентифицирани и анализирани са основните рискови фактори при Сърдечно-съдовите заболявания;

6. Събрана и систематизирана е научната литература относно основните форми на Исхемична болест на сърцето (Стабилна и Нестабилна стенокардия, Остър коронарен синдром, Миокарден инфаркт, Атеросклерозата и ритъмни нарушения на сърдечната дейност).

7. Определени са водещите потребности от грижите за пациентите със Сърдечно-съдовите заболявания.

С научно-приложен характер:

1. Разработен е подход за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания и механизъм за ефективно организиране на болничния прием и грижи за пациентите.

2. Предложеният подход допринася за подобряване на съществуващата организация и анализиране, контрол и оценка на здравните грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

3. Подходът за промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания посочва механизмите за реализация на медицинските сестри в извънболничната помощ и организацията на самостоятелна практика.

4. Описани са етапите относно наблюдение на общото състояние и измерване на показатели; диагностични изследвания и терапевтични процедури свързани с интензивни грижи, инвазивни ангиографски процедури, оперативни интервенции (предоперативна и следоперативна подготовка), терапевтични грижи, превенция на усложненията.

5. Организирането на здравните грижи по разработения подход позволява на практика да бъде осъществено изработването на индивидуален план за грижи спрямо индивидуалните потребности на пациентите със Сърдечно-съдови заболявания;

6. Разработеният подход е необходимо да бъде използван като основа на болничното информационно и документално осигуряване на промотивни и превантивни здравни грижи при пациенти със Сърдечно-съдови заболявания.

Публикации във връзка с дисертационния труд

1. **Иванова Д.** Поведение и отговорност на специалистите по здравни грижи при пациенти с хирургични заболявания. Сестринско дело, 54, 2022, № 3, 21-25. ISSN 1310-7496
2. Василева В., **Д. Иванова**. Роля на медицинските сестри в обучението на диализни пациенти, очакващи бъбречна трансплантация. Сестринско дело, 54, 2022, № 3, 59-65. ISSN 1310-7496
3. **Ivanova D.** Nursing Care Planning and Approach in Patients With Acute Myocardial Infarction. Состояние здоровья: медицинские, социальные и психологические аспекты, 2022, с. 31-36. ISBN 978-5-9293-3133-6
4. **Иванова Д.** Готовност и съгласие на пациентите за участие в обучението на студенти от специалност „Медицинска сестра“. Здравни грижи, 2022, № 4, 5-9.
   ISSN 1312-2892
5. Василева В., **Д. Иванова**. Значение на моделите за сестрински грижи в подготовката на здравните професионалисти. Варненски медицински форум, т.11, 2022, приложение 2, 418-422.