

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

**ОРГАНИЗАЦИОНЕН МОДЕЛ ЗА СЕСТРИНСКИ
ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР МИОКАРДЕН
ИНФАРКТ**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

**за присъждане на образователна и научна степен
„Доктор”
от област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт в
професионално направление 7.4. Обществено здраве по
докторска програма „Социална медицина и организация
на здравеопазването и фармацията”**

Докторант: Диана Кръстева Иванова

**Научни ръководители: Проф. Магдалена Александрова, дм
Проф. Захарина Савова, дм**

София, 2014

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	6
I. Глава Първа. Литературен обзор	8
1. Концептуални и организационни модели за сестрински грижи	8
1.1. Концептуални модели за сестрински грижи.....	8
1.2. Организационни модели за сестрински грижи.....	37
2. Епидемиология и рискови фактори на сърдечно - съдовите заболявания, социална значимост	46
2.1. Потребности и специални грижи при пациенти с ОМИ.....	66
2.2. Сестрински грижи и дейности за пациенти с ОМИ в реhabилитационния процес.....	72
3. Качество на сестринските грижи при хоспитализирани пациенти	76
Изводи от литературния обзор.....	78
Формулирана научна хипотеза.....	80
II. Глава Втора. Цел, задачи и методология на проучването	81
2.1. Цел, задачи	81
2.2. Методология на проучването.....	82
2.3. Използвани методи на проучването.....	84
III. Глава Трета. Резултати от проучването	85
3.1. Социално-медицинска характеристика на пациентите с ОМИ, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец”.....	85
3.2. Начин на живот на пациенти със сърдечно – съдови заболявания.....	94
3.3. Основни рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти с ОМИ.....	103
3.4. Особенности на храненето при пациенти със ОМИ.....	119

3.5. Организационни проблеми на сестринските грижи при пациенти с ОМИ.....	126
3.6. Организационен модел за сестрински грижи при пациенти с ОМИ.....	133
3.7. Експертна оценка на организационния модел за грижи при пациенти с ОМИ.....	136
IV. Глава Четвърта. Заключение, изводи и препоръки.....	138
Заключение.....	138
Изводи.....	140
Препоръки.....	143
Библиография.....	144
Приложения.....	161
Приложение №1 – Анкетна карта на пациенти	
Приложение №2 – Анкетна карта на пациенти	
Приложение №3 – Анкетна карта на пациенти	
Приложение №4 – Анкетна карта на медицински сестри	
Приложение №5 – Организационен модел	
Приложение №6 - Експертна оценка	
Приложение №7- Списък на фигурите	
Приложение №8 - Списък на таблиците и схемите	

Списък на използваните съкращения

- aPTT - активирано тромбoplastиново време
- АКБ – аорто – коронарен байпас
- АлАТ - Аланинаминотрансфераза
- АП – ангина пекторис
- АсАТ - аспартатаминотрансфераза
- АХ – артериална хипертония
- AST - антистрептолизинов титър
- БАПЗГ – Българска асоциация на специалистите по здравни грижи
- ВЕТ – велоергономичен тест
- ВМІ - Body Mass Index – индекс на телесната маса
- ГОТ - глутамат-оксалацетат
- ГПТ - глутаматпуриват-трансаминаза
- ДСГ - диагностично-свързаните групи
- ЕКГ - електрокардиограма
- ЕхоКГ - ехокардиография
- ЗД – захарен диабет
- ИБС – Ишемична болест на сърцето
- КП - Клинична пътека
- КК – Клиника по Кардиология
- МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение
- МИ – миокарден инфаркт
- МКБ – международна класификация на болестите
- МСБ – мозъчно-съдова болест
- НЗОК - Национална здравноосигурителна каса
- ОМИ – остър миокарден инфаркт
- ПКК – пълна кръвна картина
- РФ – рискови фактори
- СЗО – световна здравна организация

ССЗ – Сърдечно-съдовите заболявания

СУЕ – утайка

ТГ – триглицериди

ЦНС – централна нервна система

HDL - липопротеини с висока плътност

LDL – липопротеини с ниска плътност

RR – рива-рочи – кръвно налягане

UFH - Нефракционираният хепарин

ВЪВЕДЕНИЕ

Миокардният инфаркт /МИ/ е главната причина за смърт и инвалидизация по целия свят. Инфарктът на миокарда представлява исхемична некроза, т.е. - загиване на част от тъканта на сърдечния мускул поради недостатъчното му снабдяване с кръв и кислород. Миокардният инфаркт е една от най-тежките форми на исхемичната болест на сърцето /ИБС/. Той има голямо социално значение поради високата инвалидност и смъртност, които причинява.

Обикновено инфарктът се наблюдава в активната зряла възраст /40-65 г./, но през последното десетилетие в рамките на нарастване на честотата му се установява и зачестява в по-млада възраст. До около 55-60годишна възраст мъжете боледуват много по-често от инфаркт в сравнение с жените.

Миокардният инфаркт може да е малко събитие от продължаващо цял живот хронично заболяване, може да протече дори и незабелязано, но също така може да е катастрофално събитие, водещо до внезапна смърт или тежък хемодинамичен срив. Терминът миокарден инфаркт има голямо психологично и юридическо значение за индивида и обществото. То е индикатор на един от водещите здравни проблеми в света и оценяващ изхода от клинични проучвания и наблюдения.

Прогнозата на миокардният инфаркт е сериозна. Въпреки подобрената лекарствена помощ и интензивното ранно лечение смъртността през последните години у нас и в света показва тенденция към нарастване. Това се дължи на по-голямата честота на настъпилите тежки усложнения и по-голямото съчетано действие на рискови фактори.

Планирането на грижите е научен подход за работата на медицинските сестри, който се среща в литературата като „подход за сестринство” или „процес за сестрински грижи”. 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. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и се осъществява в процеса на комуникация чрез устна и писмена форма.

Според Ръководството за работа на сестринските отделения във Франция, "планът за грижи се определя съобразно сестринската диагноза и се прилага в зависимост от профила /особеностите/ на пациента. Той съдържа индивидуално адаптирани дейности."

Законовото регламентиране на норми и стандарти в сестринската практика допринася за определяне на общите постановки на сестринските грижи, които от своя страна са основа за развитие на политика за качество на грижите във всяко лечебно заведение.

Упражняването на сестринската професия през последните години се основава именно на този подход, който позволява избора на философия, създава възможности за индивидуален подход към пациента, задължава медицинските сестри да провеждат разговори и обучения на пациентите, както и да вземат решения в сферата на грижите. Подхода се реализира чрез работа на медицинските сестри с досие на пациента, в което се документира проблема на пациента и плана за сестрински грижи.

I. Глава първа. Литературен обзор.

1. Концептуални и организационни модели за сестрински грижи

1.1. Концептуални модели за сестрински грижи

Съдържанието на сестринството се е променяло в течение на векове, така както са се променяли потребностите на обществото и условията на живот.

Първото научно определение за сестринството дава **Флорънс Найтингейл** в нейния труд „*Записки за грижите*” (1859г). Тя разглежда сестринството като „*действие по използване на обкръжаващата пациента среда с цел съдействие за неговото оздравяване*”. При това целта на сестринските грижи е формулирана така: „*да се създадат най-добри условия за пациента за активиране на неговите собствени сили*”. Наричайки сестринската работа изкуство,тя смята, че това изкуство изисква „*организация, практическа и научна подготовка*”. Според Флорънс Найтингейл сестринството е една достойна, полезна и отговорна професия, която изисква интелигентност,физическа,морална издържливост и много знания (106).

Вирджиния Хендерсън - американска медицинска сестра, преподавател и изследовател през 1961г. в нейния труд ”Основни принципи на сестринските грижи” дава друго определение което звучи съвременно и днес: „*Уникалната задача на сестрата е да оказва помощ на човек, било то болен или здрав, при осъществяване на такива действия, които имат отношение към неговото здраве,възтановяване или спокойна смърт и които той сам би предприел,ако имаше за това необходимите сили,знания и воля, и то да прави това по такъв начин, че човек отново да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо. Сестрата помага на пациента да изпълнява всички назначения, предписани от лекаря.*

Тя е член на екипа за медицинска помощ и помага на другите членове (както и те на нея) да планират и изпълняват пълната програма от дейности – било то за подобряване на здравето, възтановяване след заболяване или подкрепа на умирация. Сестрата трябва ” да се постави на

мястото” на всеки пациент, за да разбере нуждите му. Тя е краката на безногия, очите за слепия, опората за детето, източник на знания и увереност за младата майка, устата на тези, които са твърде слаби или затворени в себе си, за да говорят” (79).

От представените определения става ясно, че сестринските грижи са комплекс от сложни елементи и явления, които някои автори отъждествяват с парадигма. Това именно определя големия брой автори, които са развили различни концепции относно същността на сестринството, за да могат да поставят теоретичните основи на тази професия (149).

Според речника на психологичните термини, **концепция** е „способността, която притежава всеки един от нас да направи забележим познат предмет или явление”. Редица автори възприемат концепцията като идея. По отношение на сестринските грижи, един концептуален модел може да се възприеме като структурирана мисловна представа, която медицинската сестра трябва да има за своята професия (154).

Моделите на сестринските грижи понякога се наричат **концептуални**, тъй като те се изграждат на основата на различни понятия и концепции. Райхъл и Рой ги определят като: *систематично построен, научно обоснован и логически свързан набор от понятия, които съставят елементите на сестринската практика...*”(127).

Моделите за сестрински грижи имат общи положения, но във всеки модел авторите виждат по различен начин:

- пациента като обект на дейността на сестринския персонал;
- източника на проблемите на пациента;
- насоката на сестринската намеса;
- целта на грижите;
- начините на осъществяване на сестринската намеса;
- ролята на медицинската сестра;
- оценката на качеството и резултатите от грижите.

В исторически аспект, ясно описание на моделите за сестрински грижи липсва до началото на 70-те години. Дори и понастоящем няма единен подход към определяне на природата и структурата на сестринските грижи. Разработени са около 20 различни модела. Съдържанието на всеки модел зависи от нивото на икономическото развитие на една или друга страна, от нейната политика, общопризнати ценности, от здравната система, религията, философията и убежденията на авторите, разработващи един или друг модел (104).

Върху развитието на моделите за сестрински грижи са оказали влияние изследванията и откритията в областта на физиологията, социологията, и психологията. Ядрото на всеки модел са различията в разбирането на същността на пациента като обект на сестринската дейност, целта на грижите, набора от сестрински интервенции и особеностите в оценката на резултатите от сестринските грижи (107).

Днес се налага схващането, че сестринството е не само техника, изпълнение на манипулации и дейности по предписания от лекаря, а една широко хуманна професия, свързана с грижи за човека, болен или здрав, за запазване на неговото здраве. За да осъществи специфичните за нейната професия функции медицинската сестра, трябва да придобие определен обем от теоретични знания и практически умения т.е. необходимите компетенции. (105).

Компетенциите - това са възможностите за използване на придобитите знания и умения с цел управляване на дадена професионална ситуация и получаване на очаквани резултати.

Концепции за човека, здравето и болестта.

-концепция за човека – медицинската сестра възприема концепцията за човека като био-психо-социо-културно същество, което е подложено на въздействието на много фактори – вътрешни и външни. Човекът се възприема не само като пациент с неговите здравословни проблеми, но като личност с всички нейни качества, права и ценности, т.е. да се изгради

цялостен подход към пациента, наричан клиент в повечето европейски страни;

-*концепция за здравето* – според СЗО, „здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг”. Здравето е процес на равновесие между всички външни и вътрешни фактори, които оказват въздействие по различен начин върху човешкият организъм;

- *концепция за болестта* – болестта е стеснен в своите параметри живот. Тя настъпва когато се наруши равновесието, хармонията на физическото, психическото и социалното благополучие на човека.

- *концепция на сестринските грижи* – сестринските грижи се полагат при човека за задоволяване на основните му жизнено важни нужди, тогава 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 човека. (106).

Много важна е и организацията на здравните грижи, което може да се извърши най-често по два начина в практиката- *грижи по процедури и интегрирани грижи*.

- *Грижите по процедури* - предполагат всяка сестра да извършва определена дейност за деня, седмицата, месеца-това включва манипулации, превръзки, визитация и т.н.

Предимства: специализиране на медицинската сестра в извършването на определена дейност, икономия на време и труд.

Недостатъци: невъзможност за добро опознаване на болните с техните индивидуални особености, както и невъзможност за сформирание на екип.

- *Интегрираните грижи* предполагат всяка сестра да отговаря за група болни при които да се извършва цялостната дейност от лечебната, профилактичната и диагностичната до хигиенните грижи, храненето и др.

Предимства: Този метод се оказва подходящ, защото една сестра извършва комплексните грижи за пациентите и по този начин уплътнява по-добре работното си време, вижда резултатите от труда си и това я мотивира и стимулира. Създава се възможност за сформирание на екип лекар-сестра-пациент.

Недостатъци: Медицинската сестра няма възможност да се специализира в дадена дейност (105).

В професионалната си дейност медицинските сестри в различните страни се ръководят от различни теории и концептуални модели за грижи (102).

Пациент. Един от моделите за сестрински грижи разглежда пациента като „набор” от анатомични органи и физиологични системи, в друг модел – пациентът е независима съвършена личност, имаща 14 фундаментални ежедневни потребности. В зависимост от описанието на пациента в различните модели се променя съдържанието и обема на първичната сестринска оценка в рамките на сестринския процес, както и съдържанието на грижите(103).

Източник на проблемите на пациента. Проблемите на здравето, които изискват сестрински грижи, също се различават в различните модели. Например, в едни модели проблемите са представени като нарушение на функциите на анатомичните органи и /или физиологичните системи. Други автори на модели виждат източника на проблемите в това, че човек не може да променя поведението си в зависимост от обстоятелствата, предполагайки, че причина за това са функционалните и структурните процеси (моделът на Д. Джонсън) (108).

В някои модели сестринският процес се разглежда доста еднозначно: проблемът определя характера на сестринската намеса.

В други модели сестринският процес е по-сложен и включва няколко стъпки:

- определяне на проблемите, изследването им, т.е. изучаване на тяхната природа и определяне на характера на сестринската намеса.

Според модела на Д. Орем намесата се определя от дефицита на грижи за самия себе си; по модела на Д. Джонсън – от промененото (неадекватно) поведение; според модела на К. Рой – от стресогенни фактори, предизвикващи нарушение на адаптацията.

В някои сестрински модели по различен начин са обозначени приоритетите при извършване на оценката на състоянието на пациента и определяне на източника на проблемите. (92).

Цели на грижите. През XIX век Флорънс Нейтингейл приема, че целта на грижите за болните е да се създават условия за комфортно самочувствие на пациента и най-добри санитарно-хигиенни условия за поддържане на нарушените функции. В някои модели целта на грижите се свежда изключително до възстановяването на функциите на отделните органи или системи.

Според друг модел в резултат на грижите трябва да бъде възстановено равновесието в поведението на човека. Много хора смятат, че необходимо да се подобри психологичното или социалното състояние на пациента. Повечето автори смятат, че целите на сестринските грижи трябва да бъдат съгласувани с пациента. Практически, авторите на всички модели приемат, че целите на грижите трябва да бъдат видимите страни на поведението на човека и други измерими параметри. Успешното постигане на поставените цели се определя преди всичко от това как самият пациент оценява напредъка в постигането на целите и какво успява да направи самостоятелно. (93).

Начини за сестринска намеса. При реализацията на плана за сестрински грижи вниманието на медицинската сестра трябва да бъде съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациента. Флорънс Нейтингейл приема, че сестрата трябва да наблюдава и да променя обкръжаващата среда (чистота, светлина, топлина, свеж въздух, храна, вода).

Автори на други модели, предлагащи холистичен подход към пациента, отдават предпочитание на възстановяването на пълното равновесие между човека и околната среда чрез адаптация. Някои модели предвиждат сестрински намеси, осигуряващи възможност на пациента за самообслужване(108).

Оценка на качеството и резултатите от грижите. Авторите на повечето модели смятат, че за да се оцени качеството и резултатът от грижите за пациента, е необходима да се определи дали е постигната поставената цел. При това медицинската сестра определя доколко целесъобразно е била една или друга намеса.

В някои модели се оценява функцията на анатомичните и физиологичните системи в организма (при това такава оценка се прави изключително от лекаря в рамките на лечебния процес); в други модели се поставя акцент върху психологичните и поведенчески системи; в трети – се оценява степента на постигане на възможност пациентът да се грижи сам за себе си(106).

Ако едновременно се използват няколко модела, то при оценката на резултатите от грижите се определя най-напред целесъобразността от използването на даден модел на грижи за определен пациент и, второ, постигането на конкретните цели на грижите.

Ролята на сестрата е последният елемент, по който моделите се отличават един от друг. Авторите на някои модели отдават изключителна роля на сестрата като *„помощник на лекаря”*, други я определят като *„защитник на правата на пациента”*, трети разглеждат сестрата като *„някой, който постоянно седи до пациента”*, четвърти – като *„човек, който променя поведението на пациента”*.

Авторите на всеки модел привеждат множество аргументи в полза на различните роли на медицинската сестра.

В модела на Д. Орем на сестрата се отрежда роля на специалист, който осигурява на пациента възможност да стане максимално независим.

В адаптационния модел на К. Рой сестрата е специалист, който помага на пациента да се адаптира към въздействието на стресогенните фактори(107).

По такъв начин всеки модел отразява различията в разбиранията на авторите не само по отношение на термина „сестринска дейност”, но и относно понятията „пациент”, „източник на проблеми на пациента”, „насока на сестринската намеса”, „оценка на качеството и резултатите от грижите” (104).

Сестринската теория е понятие, въведено за да опише знанията за човешкия индивид, които са необходими за осъществяване на сестринската практика. Сестринството има различно значение за различните хора.

Най-подходящо съждение за сестринството е това, че то е насочено към изучаване на човешките индивиди, тяхното здраве, околната среда и процесите за оказване на здравни грижи. Интересно е да се отбележи, че 90% от всички сестрински теории са създадени през последните 20 години. Сестринските модели са концептуални модели, конструирани на основата на теории и концепции. Те се използват за да подпомогнат медицинските сестри при извършване на оценка на състоянието на пациента, планиране и осъществяване на грижи при спазване на професионални рамки(150).

За разлика от повечето научни теории, сестринските теории започват предимно с обяснения какво представлява сестринството. Всички сестрински модели включават методи и оценка на индивидуалните потребности на пациента и определяне на подходящи грижи за него. Една съществена част от всички сестрински модели включва измерими цели по отношение на процеса и оценяване, което доказва подобряване на състоянието на пациента.

Първоначална роля на медицинската сестра е да осъществява грижи за пациента по назначение на лекар. От тук произтича биомедицинския модел на сестрински грижи, който оказва силно влияние върху сестринската практика и до днес. Биомедицинският модел се фокусира върху патофизиологията и

хомеостазата, като по-слабо се интересува от идентифициране на индивидуалните различия и това насочва работата към традиционните медицински и физиологични грижи, насочени към лечението на болестта, като се отделя малко значение на психологичните, социалните, културални и икономически различия между индивидите(108).

Биомедицинския модел вижда всички пациенти само с определена болест, с едни и същи проблеми.

Сестринските теории се използват за описание, развитие, разпространяване и прилагане на настоящите знания в сестринството. Те осигуряват на медицинските сестри структура чрез която да систематизират сестринските дейности като например:

- Общуване с пациента;
- Наблюдение на пациента;
- Проблеми на пациента;
- Насоки на сестринската интервенция.

Сестринските теории имат за цел да се въвеждат новостите и научните изследвания в професията, както и да се утвърдят и узаконят настоящите знания и компетенции. Те подпомагат осъществяването на описание, обяснение, предположение и определяне на насоките в сестринската практика. Също така намират приложение при:

- определяне на общите черти на величините при събиране на данни;
- ръководство при осъществяване на сестринско изследване и дейности;
- предначертаване и определяне на очакваните резултати от сестринската практика;
- определяне на очакванията на пациентите.

Преобладаващите гледни точки на сестринските теории са:

- принципи на сестринството
- природа на човешкото съществуване
- общество и околна среда
- здраве

Теориите се разделят на четири нива:

- метатеории – които са преди всичко абстрактни и по-трудно се тестват в практиката;

- големи теории – съдържащи концептуални структури и дефинират границите и перспективите на сестринската практика;

- средно ниво теории – които са по-малко абстрактни и могат директно да бъдат приложени в сестринството;

практически теории – очертават профила и границите на сестринската практика, като при тях целите и дейностите са ясно и конкретно представени(102).

Според друга класификация сестринските теории се разделят на следните четири типа:

- теории свързани с потребностите
- теории основаващи се на човешките взаимоотношения
- теории основаващи се на резултатите и последствията
- хуманистични теории.

Флоранс Найтингейл (1820-1910) първа обосновава сестринството и определя границите на сестринската професия. Нейната теория е развита по време на Кримската война и е публикувана в “Бележки по сестринство: Какво е то и какво не е” през 1859 година. Моделът на Найтингейл се базира върху идеята, че медицинската сестра е необходимо да променя околната среда за да осигури на пациента по-добро съществуване. Медицинските сестри основно осъществяват дейности насочени към болестта на пациента и много по-малко се занимават с холистична оценка.

Найтингейл е преди всичко известна с това, че поставя основите на теоретичното сестринство, но също така има съществен принос в развитието на акушерството като професия и професионалната кариера на жените. През 18 век се наблюдава голяма смъртност при родилките по време на ражданията, причинена от родилна треска. Този проблем Найтингейл вижда да бъде преодолян чрез създаване на хигиенна среда в

дома, а раждането да се осъществява от обучени жени. Това обаче поражда редица пречки, защото за лекари се обучавали само мъже. Тя изказва виджането си, че акушерската дейност е необходимо да се осъществява и от жени. По това време в Париж съществувало двугодишни курсове за обучение на акушерки и в резултат на тяхната работа всичката смъртност при родилките започнала да намалява. Найтингел създава едномесечен курс по акушерски грижи, след което дава сертификат на квалифицираните вече жени.

Флоранс Найтингейл изиграва важна роля при формулиране на насоките в политиката на общественото здраве в Англия. Тя си поставя големи цели, които да бъдат част от социалната политика, насочени към общественото здраве. Тя развива своите виждания за връзката на здравословното състояние на хората с условията на живот. Носител на либералната политика в страната си тя се придържа към различни движения за независимост. Найтингейл определя здравните грижи като систематични и холистични, като счита, че тяхна основна цел е промоцията на здравето и превенцията на болестта (155).

Модел на Д.Орем - Моделът предложен от Д.Орем /1971/, разглежда човека като едно цяло. Той е основан на принципите на грижи за себе си. В модела на Д.Орем се отделя голямо внимание на личната отговорност на човека за състоянието на собственото си здраве. Концепция на самообслужването.

Съгласно модела на Д.Орем пациентът е една функционална система, която има мотивация за грижи за себе си. Човек осъществява грижи за себе си, независимо от това, дали е здрав или болен, т.е. неговите възможности и потребности от грижи за себе си трябва да бъдат в равновесие(108).

Модел на Д.Орем за самообслужването включва три компонента:

- напълно компенсираща система – медицинската сестра осъществява всички грижи

- частично-компенсираща система – медицинската сестра и пациентите имат участие в отговорността за грижите
- система за подкрепа и обучение – пациентът носи отговорност за личното си здраве с участието на медицинската сестра като консултант.

Теорията за самообслужването на Орем има най-голямо приложение при амбулаторно обслужване на пациентите. При работата на медицинската сестра в амбулаторна практика тя изпълнява преди всичко ролята на асистент на лекаря, като събиране на данни, които са необходими на лекаря, извършва определени медицински процедури. Компетенциите по отношение на самообслужването определят качеството на живот на пациента, както и оказване на влияние върху неговата продължителност. Медицинската сестра има за задача да асистира на пациента до достигане на компетентност относно самообслужването. Здравното обучение има за цел да мотивира и помага на хората да възприемат здравословен стил на живот.

Грижите, които всеки човек извършва за себе си, включват комплексни действия, които са индуцирани от индивида, семейството или общността за достигане, поддържане и запазване на максимално здраве.

Целта на моделът за самообслужване се състои в даване на възможности на пациента или на цялото семейство за активно участие в процеса за съхраняване на здравето. Областите за приложение на модела за самообслужването са следните:

- директни сестрински грижи
- осъществяване на грижи или обучение при хранене, хигиена, подвижност, прием на лекарства, взаимоотношения.

Целите на сестринската интервенция включват пет направления при планиране на грижите съвместно с пациента:

- изграждане на увереност
- съхраняване на позитивната ориентация чрез възпитаване на самоуважение и надежда
- съхраняване контрола на пациента

- утвърждаване и запазване на издръжливостта на пациента
- поставяне на взаимно-изгодни цели.

Медицинската сестра извършва оценка на потребностите на пациента, като събира данни в следните четири категории:

- описание на ситуацията
- определяне на очакваните резултати
- ресурси
- цели

Този модел за сестрински грижи позволява да се използва най-ефективно потенциалните възможности на всеки пациент, както и мобилизиране на индивидуалните способности на пациента за постигане на целите.

Според концепцията на Орем, главната цел на обслужването, осигурявано от медицинската сестра, е да се даде възможност на човека да се самообслужва и да му се окаже помощ при организирането на това самообслужване, за да може да се поддържат живота и здравето му, да се лекуват болестите и да се превъзмогват последиците от тях. Самообслужването е изискване, което стои пред всеки индивид със или без заболяване (108).

Ида Джейн Орландо е медицинска сестра, която специализира обществено здраве и психично здраве. Теорията на Орландо е публикувана през 1961 година в книгата: “Динамичните взаимоотношения между медицинската сестра и пациента. Теорията се основава на нейните наблюдения върху взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента. Медицинската сестра е необходимо да използва максимума на своя усет и наблюдателност за да открие най-добрия подход за общуване и комуникация с пациента. Орландо интегрира подходи от психиатричното сестринство в практиката на медицинските сестри. На основата на направените от нея проучвания тя формулира и въвежда сестринския

процес, който до голяма степен играе ролята на професионална рамка на сестринството.

Моделът на Орландо се счита за достатъчно ефективен, защото позволява на медицинската сестра да фокусира практиката единствено и само към пациента и към неговите потребности(153).

Хилдегард Пеплоу е медицинска сестра, чиито теоретични възгледи са насочени към междуличностните взаимоотношения в сестринството. Концептуалният модел акцентира върху взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента, като взаимоотношения между партньори и пациентът не е пасивен участник в лечебните процедури. Най-същественото в теорията на Пеплоу е активното участие на пациента, а задача на медицинската сестра е да го подпомага и улеснява чрез наблюдение, описание, формулиране, интерпретация и намеса. Теорията намира приложение преди всичко при терапевтични сестрински интервенции. Медицинската сестра при различните клинични ситуации изпълнява следните роли:

- прием на пациента
- изпълнява роля по осигуряване на ресурсите относно интервенциите
- обучителна роля- дава указания и провежда практическо обучение
- консултантска роля – подпомага пациента да разбере и да възприеме новия начин на живот и новите условия, подкрепя го за да преодолее промените
- подкрепяща роля – информира пациента относно състоянието на зивисимост, полузависимост и независимост.

Според тази теория взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента преминават през следните фази:

- фаза на ориентиране
- фаза на идентифициране
- фаза на сработване
- фаза на вземане на решения

При всяка фаза медицинската сестра и пациента имат своите задачи и изпълняват специфични роли(155).

Калиста Рой предлага ефективен сестрински модел, при който се използват адаптивните възможности на всеки човек в променящите се условия на жизнената среда. Според т.нар. “адаптационен модел” човек се адаптира към променящата се среда. Кофликтът между променящите се условия на средата и необходимостта от промяна водят до стреса, като всеки човек реагира на стреса чрез физиологични, интелектуални или поведенчески реакции. К. Рой разглежда въпросите свързани с преодоляването на стреса, намаляване и отстраняване на проявите, както и отражението му върху здравето на индивида. Здравето според Рой, може да се представи като непрекъсната линия, която преминава от болестно състояние в добро здравословно състояние. Успешното преодоляване на стреса води до по-добро здравословно състояние. Цел на медицинската сестра е да подпомага пациента при преодоляване на стреса и съхраняване на здравето. Тя може да осъществи това, че първоначална оценка на потребностите на пациента и последващо планиране на сестринските интервенции до удовлетворяване на потребностите. Пациентът е активен участник в целия процес. Моделът на Рой включва четири елемента при адаптиране и приспособяване:

- удовлетворяване на основните физиологични потребности
- изграждане на положителна представа за собствената си личност
- изпълняване на социалните роли
- постигане на равновесие между зависимост и независимост (зависимост и независимост по отношение на способността за самообслужване) (130).

Теорията на Нюман е публикувана за първи път през 1972 година. Според Нюман, могат да се открият следните елементи, ако пациента се разглежда като система: вътрешни, външни и междуличностни. Те се намират в динамично равновесие. Съхраняването на здравето до голяма

степен зависи от изразходваната енергия за реакция на стреса. Високата енергия води до добро здраве, а ниската енергия – до болестно състояние, липсата на енергия – до смърт. Когато човек е в добро здравословно състояние поддържа стабилност и хармония в баланса на енергия при различните влияния на стреса.

Използвайки модела на Нюман медицинските сестри имат за цел да открият факторите на стреса и влиянието, което оказват върху отделните органи и системи. Задача на сестрата е да планира сестринската намеса, благодарение, на която да се намали или елиминира тяхното влияние. Сестринската интервенция е необходима да предотврати действието на фактори, за да не се достига до реакция от страна на пациента. Най-важният резултат е пациентът да възстанови доброто си здравословно състояние(104)..

Маделейн Лайнингер е медицинска сестра и антрополог. Тя развива своята теория акцентирайки върху транскултуралното сестринство. В средата на 60-те години медицинските сестри започват да отчитат различията в културата на пациентите. Медицинската сестра е необходимо да планира грижите в съответствие с политическите, духовните, икономическите и културални ценности на пациента. Сестринските знания и умения е необходимо да се пречупват през погледа и културата на пациента за да бъдат те ефективно и да отговорят на индивидуалните потребности (150).

Н. Рупър, В. Логън и А. Тайерни - Моделът, предложен от Рупър през 1976г. и допълнен през 80-те години от В. Логън и А. Тайерни, се опира на постиженията в областта на физиологията, психологията и сестринството. Тези автори, както и В.Хендерсън, използват определен списък с потребности, присъщи за всички хора. Те смятат, че сестрата трябва да съсредоточи вниманието си върху наблюдаваните страни на човешкото поведение, а оценката за успешността на сестринската дейност трябва да се основава на видими, измерими и поддаващи се на оценка резултати.

Разглеждайки човека като обект на сестринската дейност, Н. Рупър за пръв път установява 16 вида ежедневни дейности (фундаментални потребности), при това част от тях са необходими за поддържането на самия живот, а други са необходими за ежедневната жизнена дейност и влияят върху качеството на живота(106).

Таблица №1 Прояви на **всекидневния** живот и дейности според Рупър

Необходими за поддържането на живота и дейността	<i>1.Дишане 2.Хранене и пиене 3.Отделяне на продуктите на жизнената дейност 4.Регулиране на телесната температура 5.Двигателна активност 6.Сън 7.Способност да поддържа собствената си Безопасност</i>
Спомагачи за подобряване качеството на живот	<i>8.Поддържане на лична хигиена и чистота на дрехите и жилището 9.Облекло 10.Обицуване 11.Учене 12.Работа 13.Наличие на любимо занимание,свободно време, развлечения 14.Секс 15.Семейство</i>
Напускане на живота	<i>16.Умиране</i>

Впоследствие авторите на модела съкращават този списък до 12 „прояви”,които представляват човешките потребности. Част от тях имат биологична основа, други – културна и социална. Степента на удовлетворение на едни или други „прояви на жизнена дейност” зависи от възрастта на човека, от социалния му статут и културното ниво(153).

Прояви на ежедневния живот и дейност	<i>1.Поддържане на безопасна околна среда (функция за самосъхранение). 2.Общуване 3.Дишане 4.Употреба на храна и течности 5.Отделяне на продуктите от жизнената Дейност 6.Поддържане на лична хигиена и спретнат вид 7.Регулиране на телесната температура 8.Двигателна активност 9.Работа и свободно време, развлечения 10.Сексуалност 11.Сън 12.Умиране</i>
---	--

Източник на проблемите на пациента. Авторите на този модел посочват 5 фактора, които могат да предизвикат потребност от сестрински грижи и да превърнат човека в частично или напълно зависим:

- инвалидност и свързано с това нарушение на физиологични функции;
- патологични и дегенеративни изменения в тъканите;
- нещастен случай;
- инфекциозно заболяване;
- последствия от влияние на физически, психологически и социални фактори на околната среда;

Насоченост на сестринската намеса. При този модел сестрата заедно с пациента последователно оценява неговата възможност за удовлетворяване на 12-те потребности като установява действителните и потенциалните проблеми на пациента. Моделът предвижда непрекъснато извършване на оценка на удовлетворяването на потребностите на пациента.

Цел на грижите. Планирането на сестринските грижи започва от първичната оценка на състоянието на пациента, и заедно с него сестрата определя целите на грижите. По-нататък сестрата определя средствата за осъществяването на конкретните намеси.

Сестринска намеса. След като сестрата обсъди с пациента целта на грижите, тя избира начините за намеса, насочени към удовлетворяването на потребностите. Това може да бъде разширяване на степента на подвижност, намаляване на тревогата, обучаване в навици за общуване, измиване, обличане и т.н(107).

Оценка на качеството и резултатите от грижите. Критерии за оценка на качеството и резултатите от грижите трябва да бъде степента на удовлетворение на всяка потребност в съответствие с поставените цели. Ако желаният резултат не е постигнат, сестрата заедно с пациента преразглежда и целите, и предприетите намеси(151).

Роля на сестрата. Авторите на този модел виждат ролята на медицинската сестра в здравната система като *независима, зависима и взаимозависима*.

- *Независимата роля* се заключава в оценката(заедно с пациента) на неговото състояние, планирането, осъществяването на сестринските намеси и оценката на резултатите от предоставените грижи.

- *Зависимата роля* е свързана с помощта на лекарите при изпълнението на едни или други процедури и с предписанията на лекуващия лекар.

- *Взаимозависимата роля* включва работа в екип с други специалисти.

Прилагане на модела на Н. Рупър, В. Логън и А. Тайерни в сестринския процес – при провеждането на **първичната сестринска оценка** сестрата трябва да събере данни за всяка „проява на жизнената дейност(потребностите)”. След това за всяка проява сестрата установява:

- а) какво по принцип, т.е. в обичайна ситуация, пациентът изпълнява нормално без затруднение;
- б) какво може да прави пациентът в настоящия момент;
- в) какви действителни проблеми съществуват в настоящия момент;
- г) какви потенциални проблеми могат да се развият(152).

При планирането на грижите сестрата записва както действителните, така и потенциалните проблеми, целите на грижите и сестринските намеси, които ще бъдат предприети.

Сестринската намеса трябва:

- а) да предотвратява развитието на потенциални проблеми;
- б) да сменя/ намалява/ тревогата на пациента;
- в) да предоставя на пациента възможност да се обръща за помощ и да приема такава помощ за „ежедневната си дейност“;
- г) да помогне за решаването на действителните проблеми.

При провеждането на **крайната оценка** медицинската сестра установява доколко са постигнати първоначално поставените цели, а така също доколко полезен и ефективен е конкретният модел на сестринските грижи_(106).

Модел на Д. Джонсън - В своя модел Д. Джонсън /1968/, за разлика от В.Хендерсън и Н. Рупър, предлага радикален отказ от лекарските представи за човека и съсредоточаване на сестринската помощ върху поведението на хората, а не върху техните потребности.

Основни положения на модела на Джонсън.

Пациентът според модела на Джонсън е „индивид, който притежава набор от взаимосвързани системи на поведение, при това всяка от тях се стреми към баланс и вътрешно равновесие”.

Човек има 7 главни подсистеми, които по един или друг начин променят неговото поведение.

Подсистема на поведението	Същност на поведението в рамките на Подсистемата
Постижение /изпълнение/	<i>Контрол над себе си и над своето Обкръжение</i>
Присъединяваща	<i>Близки взаимоотношения с други хора</i>
Агресивна	<i>Самозащита от заплаха, Самоутвърждаване</i>
Зависима	<i>Зависимост от другите</i>
Отделителна	<i>Отделяне на продуктите от жизнената Дейност</i>
Храносмилателна	<i>Поддържане на целостта на организма, състояние на телесно удоволствие</i>
Сексуална	<i>Сексуално удовлетворение</i>

Д. Джонсън определя **действието** на всяка подсистема на базата на миналия опит на човека да постигне определени цели. Резултатът зависи от това как той възприема поведението си, как разбира възможностите си за промяна на поведението (кое може и кое не може да промени). Поведението, **избрано** от дадено лице, определя неговата предразположеност към един или друг тип поведение. Д. Джонсън различава два основни типа: поведение, базиращо се на минали навици(106).

Източник на проблеми на пациента - Д. Джонсън смята, че болестта и промяната на начина на живот могат да доведат до дисбаланс на подсистемите на човешкото поведение. Сестринските грижи трябва да бъдат насочени към възстановяването на равновесието.

Насоченост на сестринската намеса – за да се определи насочеността на намесана, трябва да се оцени състоянието на пациента по отношение на всяка подсистема. Оценката се осъществява в два етапа:

- установява се дали поведението на пациента позволява да се предположи нарушаване на равновесието в някоя подсистема;

- определят се причините за това нарушение.

Цел на грижите - Нарушението на равновесието вътре в подсистемите на поведението е повод за сестрински грижи. Целта на грижите трябва да бъде максималното възстановяване(доколкото е възможно) на равновесието във всяка подсистема и равновесието между подсистемите. Сестринските грижи могат да бъдат насочени към изменение на:

- мотивите на поведението
- действието на подсистемите, ограничено от миналия опит на човека
- поведението на човека, определяно от миналата предразположеност към един или друг вид действие;
- поведението обусловено от околната среда или от миналия опит.

Ако причината за нарушение на равновесието в поведенческата подсистема са функционални изменения, целта на сестринските грижи трябва да бъде промяна на обкръжението на пациента и осигуряване на защита, опека, стимулиране на пациента за промяна на поведението. За постигане на целта сестрата с помощта на конкретни намеси се стреми да възтанови равновесието във всяка подсистема, променяйки едни или други фактори на околната среда.

Сестринска намеса - Д. Джонсън предлага **четири насоки на намеса**:

- контрол или ограничение на поведението в някакви рамки;
- защита от заплахи и други фактори, предизвикващи стрес;
- потискане на неефективните реакции;
- стимулиране за промяна на поведението, партньорство, помощ във вид на опека.

Оценка на качеството и резултатите от грижите - Д. Джонсън смята: **първо**, че резултатите от грижите може да се оценят в пределите на дадена подсистема чрез поведението на пациента, т.е. по промените, предизвикани от едни или други структурни изменения в организма на човека. **Второ**, в случай, че очакваните резултати са свързани с планирани промени в околната среда, оценява се изменението в поведението, свързано

със сестринската намеса. Ако сестринската намеса не е довела до очаквания резултат (цел), формулират се нови цели и нови намеси.

Роля на медицинската сестра - Според определението на Д. Джонсън ролята на сестрата е **допълваща** спрямо ролята на лекаря, но не зависи от нея. На сестрата е отредена роля на специалист, който възстановява равновесието в поведенческите подсистеми на пациента по време на психологическа или физическа криза (105).

Вирджиния Хендерсън описва своята теория в книгата "Същност на сестринството: определение, въведение, практика, изследване и обучение", която е публикувана за първи път през 1955 година и за втори през 1966 година. Тя описва 14 компонента на основните сестрински грижи за постигане на независимостта и комфорта на пациента.

Потребностите на пациента, описани от В. Хендерсън може да се каже, че произлизат от петте категории на теорията на Маслоу – физиологични, психологични, социални и културални. Тези 14 потребности за всеки човек са изключително индивидуални и задача на медицинската сестра е да подпомага пациента при задоволяване на тези потребности за постигане на пълна независимост(107).

Основните потребности според В. Хендерсън са:

1. **Да диша нормално** - Медицинската сестра трябва да може да измерва и регистрира дишането, да познава нормалните стойности и патологичните отклонения при дишането, да провежда кислородотерапия, да извършва изкуствено дишане при необходимост, да поддържа чисто помещението на пациента, периодично да проветрява.

2. **Да се храни нормално и да употребява достатъчно количество течности** - Медицинският специалист трябва добре да познава принципите на лечебното хранене, да може да провежда хранене със сонда, да може да храни тежко болен, да познава хранителните навици на религиозните общности и др.

3. Да отделя продуктите от обмяната на веществата. Медицинският специалист трябва да познава физиологичната функция и патологичните отклонения от нея, да разпознава симптомите и да може да определя отклоненията от нормата.

4. Да се движи и да поддържа правилно стойка на тялото си. Медицинският специалист трябва да придава подходящо положение на тялото на пациента в зависимост от заболяването и възрастта и да го променя на 1-2 часа, да знае етапите на раздвижване на пациента, да поддържа подредено леглото на болния за създаване на комфорт и профилактика на декубитус.

5. Да спи и почива - Медицинският специалист трябва да създава условия за почивка и сън: тишина, подредено легло, внимателно отношение към пациента, да предприема мерки за борба със стреса.

6. Да може самостоятелно да се облича и съблича, да избира облеклото си - Медицинският специалист да подбира облеклото на пациента в зависимост от: възрастта, здравословното състояние, температура на околната среда. Трябва да владее техника за смяна на бельо на тежко болни и пациенти с различни травми, да поддържа чист и спретнат вид на болния.

7. Да поддържа температурата на тялото си в нормални граници чрез приспособяване на облеклото и промяна в околната среда. Медицинският специалист следи за нормалната температура на околната среда, да познава нормалните и патологични отклонения на телесната температура.

8. Да поддържа тялото си чисто и спретнато и да предпазва кожата си. Медицинският специалист извършва или подпомага пациента при ежедневното поддържане на личната му хигиена.

9. Да избягва опасностите от околната среда и да избягва нараняване на другите. Медицинският специалист трябва да осигури безопасна околна среда за пациента-защита от падане, да се съхраняват

лекарства, дезинфектанти, инструментареум на недостъпни за пациента места.

10. Да общува с другите чрез изразяване на емоции, нужди, страх, или „чувства“. Медицинския специалист да отделя време за комуникация с пациентите, да притежава умения за изслушване, водене на разговор, наблюдение на болния.

11. Да изповядва своята вяра. Медицинския специалист трябва да умее да обгрижва пациентите по правилата на добрата медицинска практика независимо от пол, възраст, раса, социална прослойка, религия или друг признак.

12. Да извършва дейности, които му доставят чувство за пълноценност. Медицинския специалист трябва да подпомага пациента за извършване на определена работа, да практикува хоби, да извършва интелектуален труд.

13. Да играе или участва в различни форми на развлечения. Медицинския специалист трябва да създава условия за упражняване на любими занимания и развлечения по време на престоя на пациента. Да организира и провежда празници.

14. Да учи, да разкрива или задоволява своята любознателност, което води до „нормално“ здравословно развитие. Медицинския специалист трябва да притежава необходимите знания и умения за обучение по проблемите на: личната хигиена, профилактиката и превенцията на различни заболявания, хранителния и двигателен режим и др. (104).

В. Хендерсън акцентира на грижите както за болните, така и за здравите индивиди и за пръв път включва духовните аспекти на сестринските грижи.

Според нея сестрата подпомага пациента с основни дейности за поддържане на здравето, възстановяване след заболяване и постигането на независимост и спокойна смърт (150).

Теорията на Маслоу за човешките потребности служи като база за определяне на потребностите от грижи при пациентите от всички възрасти и при всички клинични условия. Човешките потребности са подредени в йерархичен ред, докато потребностите в теорията на Хендерсън са с еднаква значимост.

Грижите за пациента са насочени към уникалността на всеки човек, а не към решаването на отделен проблем. Всяко болестно състояние води до промяна в дейността на съответните органи и системи, както и промени в основните потребности на човека. Лекарят има за цел да определи диагнозата и да назначи съответното лечение, а задача на медицинската сестра е да планира и осъществява грижи за пациенти до неговото пълно оздравяване и нормално функциониране (153).

Теория на Фей Абделах за типологията на сестринските проблеми. Фей Абделах започва сестринската си кариера през 1942г. Заема различни ръководни позиции в периода 1970-1989г. Мотивацията за разработване на типология на сестринските проблеми е породена от желанието ѝ да стимулира развитието на всеобхватни, насочени към пациента сестрински грижи. Основа на нейните разработки е подходът за решаване на проблеми. Тя определя понятието „сестрински проблем“ като „всяко състояние, представено от пациента или семейството, за което сестрата може да окаже съдействие“. Проблемът може да бъде **явен** (видимо състояние, пред което се изправя пациентът или семейството) или **прикрит** (маскирано или скрито състояние).

Фей Абделах описва 21 сестрински проблема, които могат да се отнесат към три категории: 1. физически, социални и емоционални нужди на пациента; 2. междуличностни взаимоотношения между сестрата и пациента; 3. общи елементи на грижите за пациента. Медицинската сестра може да използва тези 21 проблема като стартова точка за сестринския процес, който представлява начин за решаване на проблемите на пациента.

Теория на Мира Левин за адаптацията и цялостните грижи за пациента. *Мира Левин* започва сестринската си кариера през 1944г. Разработеният от нея концептуален модел е представен в редица значими публикации: „Адаптация и оценка – основа за сестринската интервенция” (1966), „Въведение в клиничното сестринство” (1969) и „Концептуални модели за сестринска практика” (1988). Според Левин цялостните грижи за пациента имат два компонента: принципите за съхранение и отговора на организма. Сестринските интервенции трябва да подкрепят адаптацията на пациента и неговият отговор на заболяването. Обкръжаващата пациента среда включва вътрешни и външни процеси и медицинската сестра е част от тази среда. Хората отговарят на болестта по индивидуален начин и сестринските интервенции трябва да са съобразени с това. Оценката чрез наблюдение и анализ на данни разкрива уникалните нужди на пациента, които изискват и индивидуални сестрински мерки за възстановяването и поддържането на хомеостазата на индивида и неговото равновесие. Следователно, целта на сестринските грижи е да стимулират успешната адаптация на индивида в четири направления – запазване на физиологическия, структурния, личностния и социалния интегритет (106).

Модел на Марта Роджърс за уникалните човешки същества. Марта Роджърс започва своята сестринска кариера през 1936г. И заема множество ръководни и лидерски сестрински позиции в общественото здраве, сестринското образование и изследователска работа. През 1970г. Тя представя за пръв път своя модел в книгата си „Въведение в теоретичните основи на сестринството”. През 1980г. развива теорията за уникалните човешки същества, която се опира на схващанията ѝ за човека и взаимодействието с околната среда. Човешките същества и околната среда са устойчиви цялостности, които съдържат безкрайни енергетични полета. Роджърс разглежда хомеодинамиката като средство за разбиране на живота и на механизмите, които влияят върху него. Хомеодинамиката предоставя познания на сестрата за това как да действа за насочване на пациента в

желаното направление. Роджърс разглежда сестринството като изкуство и наука. Сестринските грижи са уникални, защото те са насочени към човека като цяло. Тяхната цел е да се развива здравето и благополучието на всеки човек(107).

Теория на Кинг за постигане на целите. През 1981г. Аймъджийн Кинг публикува „Теория за сестринството: системи, понятия и процес”, с което продължава развитието на идеите на Джонсън и Нюман за човешките същества като отворени системи, намиращи се в постоянно взаимодействие с околната среда. Работната рамка на Кинг включва три взаимодействащи си системи: обществото (социалните системи), групите (междупersonностните системи) и индивидите (личностните системи). Теорията за постигане на целите обръща внимание на взаимодействието, възприемането, времето, пространството, комуникацията, договарянето, ролите, стреса, растежа и развитието. Човекът се описва като социално, чувствително, рационално, възприемащо, контролиращо, целенасоено, ориентирано към действие и време същество. Целта на сестринството е да подпомага индивидите да поддържат здравето си, за да могат да функционират пълноценно в своите роли (55).

Теоретичен модел на Уотсън за грижите за човека. Джейн Уотсън (1979, 1985) подчертава, че полагането на грижи е най-ценното нещо, което сестринството предлага на пациентите. То е не по-малко важно от лечението и включва десет фактора: изграждане на хуманистично-алтруистична ценностна система, внушаване на вяра и надежда, култивиране на чувствителност към себе си и към другите, изграждане на доверие, насърчаване на изразяването на позитивни и негативни чувства, насърчаване на междупersonностното обучение, обезпечаване на подкрепяща и защитна психическа, физическа, социокултурна и духовна среда и др. Уотсън разглежда сестринския процес като комбинация от изследователска дейност и решаване на проблеми, при това информацията, с която се

сблъскват сестрите не попада в категорията на точните науки и изисква от тях да работят интензивно и да прилагат критично мислене (53).

Сестринските теории подпомагат медицинската сестра да осмисли и разбере от философска гледна точка своята роля в семейството и да предложи на пациентите своите професионални услуги, които са изключително разнообразни и ще зависят до голяма степен от оценката на потребностите, която ще направи. Предлагането на здравни грижи, които да отговарят на съвременните изисквания на здравно обслужване на населението е невъзможно без добра теоретична подготовка на медицинската сестра, както и изграждане на компетенции и умения за професионално общуване и взаимоотношения с пациентите (185).

1.2. Организационни модели за сестрински грижи

Едно от предизвикателствата за сестринството е начинът, по който се предоставят сестринските грижи. Натискът за намаляването на цената на грижите, за повишаване на ефикасността и поддържане на високо качество оказва съществено влияние върху организацията на сестринските грижи.

От Втората световна война системите за предоставяне на сестрински грижи са подложени на продължителни и значими промени. Дебатите около предимствата и недостатъците на различните подходи са насочени към определяне на перфектната система за предоставяне на грижи на пациенти с различни нужди и интензивност на грижите(53).

Ефективното предоставяне на сестрински грижи е важно средство за постигане на целите на здравната организация, за висока продуктивност и удовлетвореност на сестрите от тяхната дейност. Моделът за предоставяне на сестрински грижи отразява философията на организацията и зависи от нейната структура, обезпеченост и разпределение на сестринския персонал и от броя и характеристиките на популациите на пациентите.

Традиционни модели за предоставяне на грижи - Модел на цялостни грижи за пациента.

Това е един от най-ранните модели за предоставяне на сестрински грижи, възникнал през 1920-те години. Основава се на холистичната философия на сестринството. Включва съотношение сестра:пациент =1:1, т.е. една сестра е отговорна за предоставянето на всички необходими грижи на един пациент, докато сестрата е на дежурство.

Това е оригиналният модел на сестрински грижи, при който една сестра поема цялата отговорност за планирането и предоставянето на грижите на конкретен пациент. Тя работи пряко с пациента, семейството, лекаря и другия персонал в прилагането на плана за грижи. Целта е да има една сестра, която да предоставя всички грижи на един и същ пациент. Пациентът може да се обгрижва от различни сестри в рамките 24 часа, но всяка сестра предоставя всички необходими грижи в съответния период.

Предимства:

* Предлага продължителни, експертни, холистични сестрински грижи, изцяло ориентирани към пациента;

* Подобрява отзивчивостта на сестрите към променящите се нужди на пациента;

* Продължителност на комуникацията с пациента, семейството, лекарите и персонала от други департаменти;

* Повишава удовлетвореността на медицинските сестри от работата.

Недостатъци:

* Повишава разходите за персонал, тъй като опитната сестра изразходва време за изпълнение на задачи, които биха могли да бъдат поети от по-неопитен персонал.

Този метод се разглежда като предшественик на първичното сестринство. Въпреки, че този подход е скъп, той продължава да се използва в области, изискващи високо ниво на сестрински опит, например в спешните отделения или в отделенията за реанимация(54).

Функционално сестринство.

Представява система за сестрински грижи, при която нуждите на пациентите се разчупват на задачи и се предоставят за изпълнение на различни категории персонал. Нарича се още сестринство, опиращо се на задачи и възниква в средата на 1950-те години в отговор на недостига на сестрински кадри след Втората световна война.

Отразява бюрократична, централизирана организация и наблюдава на ефикасността, разделението на труда и строгия контрол. Основава се на философия за сестринството, ориентирана към задачи, поверени на различен персонал на базата на сложността и изискваните умения. Медицинската сестра извършва специфични задачи според графика, направен от отговорната сестра и е отговорна само за поверените ѝ задачи по време на дежурството си. Такива роли като сестра за изпълнение на лекарствените назначения и сестра за лечебните процедури са част от

функционалния подход за предоставяне на грижи. Длъжностните характеристики, процедурите, политиките и линиите на комуникация са ясно дефинирани.

Предимства:

* По-икономичен и продуктивен модел, тъй като сестрите стават по-ефикасни и ефективни в извършването на регулярно отредените им задачи и намаляват разходите за персонал;

* Полезен модел при сериозен недостиг на медицински сестри;

* Подпомага контрола на цените.

Недостатъци:

* Фрагментирани сестрински грижи, тъй като пациентът получава грижи от различен тип сестрински персонал, т.е. тук липсва холистичен поглед към пациента;

* Ограничава непрекъснатостта на грижите; изисква много време за комуникации и възникват проблеми с проследяването на пациентите;

* Удоволтвorenието от работата е намалено, защото сестрата не вижда ефекта от цялостните грижи за пациента поради намаления личен контакт с пациента. Освен това, се пренебрегват емоционалните нужди на персонала и пациентите в интерес на мениджмънта на времето и изпълнението на задачите.

Днес функционалното сестринство се използва в лечебните заведения за активно лечение и много рядко в заведенията за продължителни грижи(55).

Екипно сестринство. В по-късните 1950-те и 1960-те години акцентът се предвижда от фокус върху задачата към груповата динамика и насърчаване на удовлетворението от работата. Екипният модел се развива в отговор на фрагментацията на грижите при функционалното сестринство. Екипът е отговорен за предоставяне на грижи на група пациенти по време на работната смяна. Заедно с него работят различни квалифицирани лица; те докладват на лидера, а той от своя страна докладва на старшата сестра.

Лидер на екипа е обикновено висококвалифицирана сестра, която е отговорна за разпределението на задачите, изхождайки от способностите и на членовете на екипа и нуждите на пациентите. За ръководителя на екипа съществени са уменията за делегиране, комуникиране и решаване на проблеми.

Организирането на грижите за пациентите отразява децентрализация на ниво на отделението и опит за постигане на целта на отделението чрез групово действие.

Това е най-често използвана система за предоставяне на грижи, при която сестринският персонал се разпределя в екипи, отговорни за определен брой пациенти или пък пациентите могат да бъдат групирани по диагнози или вид на оказваните услуги. Използва се при остри заболявания и при продължителни грижи(62).

Предимства:

- * Повишава всеобхватността на грижите;
- * Повишава удовлетворението на пациента и на персонала;
- * Подобрява ценовата ефективност, тъй като позволява да се използват и по-малко подготвени членове на екипа за някои функции (оправяне на леглата, транспортиране на пациентите, събиране на данни и др.).

Недостатъци:

- * Намалява личния контакт и не позволява холистичен поглед към пациента;
- * Ограничава непрекъснатостта на грижите при промени на членовете на екипа;
- * Екипният подход е по-скъп, отнема много време и може да причини стрес от работното натоварване за лидера на екипа.

Като модификация на екипното сестринство се среща т.н. **модулно сестринство**, което се опита да повиши ефективността на екипа чрез определяне на модул, чийто размер варира според физически обхват на

отделението, остротата на заболяванията на пациентите и сестринските умения.

Първично сестринство.

Първичното сестринство отразява децентрализирана организационна структура и възниква като концепция в края на 1960-те години след екипното сестринство. Основава се на философията за всеобхватни сестрински грижи. Това е система, при която една сестра е отговорна за сестринските грижи за специфични пациенти. Първичното сестринство е признание за сестринството като професионална практика, опираща се на знания, а не на изпълнение на отделни задачи. Децентрализираното вземане на решения е сърцевината на този модел. Основната сестра носи отговорност за всички аспекти на грижите – от оценката на състоянието на пациента до координиране на грижите. Съотношението е 1 сестра на 4-5 пациента.

Предимства:

- * Повишава удовлетворението от работа;
- * Подобрява продължителността на грижите;
- * Позволява вземане на самостоятелни решения;
- * Подпомага комуникацията с пациентите;
- * Насърчава планирането на изписването;
- * Подобрява качеството на грижите.

Недостатъци:

- * Повишава разходите за персонала;
- * Изисква подходящо обучени сестри;
- * При болни в критично състояние, местени в различни отделения може да се наруши продължителността на грижите;
- * На практика не може да се осигури 24-часово наблюдение, защото сестринския персонал не се компенсира за извънработните часове;
- * Скъпа и неефективна система, защото много задачи могат да се изпълняват от по-неопитен персонал(92).

Съвременни модели за предоставяне на грижи. Case management (мениджмънт на отделен случай).

С въвеждането на системите за проспективното плащане в здравната помощ, както е при диагностично-свързаните групи (ДСГ), проблемът за ефективното лечение на пациента в рамките на предписаната му продължителност на престоя в болницата придобива изключително важно значение. Допълнителните дни хоспитализация струват твърде скъпо за всяка болнична институция. Поради това проблемите, свързани с планирането на дейностите, изследванията и процедурите по обслужването на болните, се определят като водеща причина за необоснованите заболявания на изписването от болничните заведения.

В бизнеса и индустрията се използва широко технически подход за подобряване на ефективността на планирането на дейностите, наречен ***”метод на критичната пътека”***, чиято основна цел е да дефинира и определи критичният път, т.е. ***последователността от дейности, които изискват най-продължително време за извършване***(93).

Стъпките, които включва ***”методът на критичната пътека”*** са следните:

1. Уточняване и изброяване на всички необходими дейности за завършване на конкретен проект;
2. Определяне на времевата продължителност за всяка дейност;
3. Определяне на всички изисквания относно последователността на дейностите;
4. Идентифициране и непосредствено проследяване на критичната пътека.

Методът на критичната пътека може да бъде успешно приложен към проблемите на планирането на грижите за пациентите. Концептуално, всеки пациент има критична пътека от момента на постъпването до изписването му от болницата – това е последователността на дейностите, изследванията и процедурите, чието извършване заема най-продължително време и по такъв начин те определят изписването от болницата.

Предизвикателството към сестринството се състои в това да се определи и управлява критичният път на всеки пациент с цел да се намали средната продължителност на престоя в болничното отделение. Именно на тази основа се опира моделът за оказване на сестрински грижи, наречен „*case management*”, който се използва в болници за остри заболявания, за продължително лекуване и в извънболничната помощ. Грижите за пациентите се организират по основни диагнози или диагностично-свързани групи и се насочват към постигане на предварително определени резултати в рамките на определено време и ресурси. *Съществени елементи* на този модел са: сътрудничество между всички членове на екипите; идентификация на очакваните резултати за пациента в определени времеви рамки; използване на принципите за продължително подобряване на качеството; промоция на професионалната практика.

Пет елемента са съществени за успешното прилагане на модела „*case management*”:

- * подкрепа от ключовите фигури в организацията (администратори, лекари);
- * избор на квалифицирана сестра-мениджър на случаите;
- * качествена система на мениджмънт;
- * разработени клинични пътеки.

Клиничните пътеки представляват средства или насоки, които предоставят ръководство за грижите. Терминът „клинична пътека” се отнася до план за грижи, разработен от екипа работещ в сътрудничество. Във всички клинични пътеки са включени такива характеристики като специфична диагноза, очаквана продължителност на лечението, идентификационни данни за пациента, съответни времеви рамки (в дни, часове, минути или посещения) за интервенциите и резултатите. Интервенциите се представят по групи модалности (медицински назначения, сестринска дейност и т.н.). Клиничната

пътека трябва да включва средства за лесно идентифициране на отклоненията и за определяне на това дали резултатите са постигнати или не.

Клиничните пътеки представляват разработени приемливи пътища за всички участници, въввлечени в процеса на предоставяне на здравни грижи. Те удовлетворяват както медицинските изисквания, така и изискванията, свързани с последователността на действията. Дейностите по клиничните пътеки трябва да бъдат ясно идентифицирани и да им се отделя специален приоритет и внимание. Очертани са отговорностите на всички участници. Подчертана е необходимостта от продължително сътрудничество и комуникация. Те предоставят на медицинската сестра разумна рамка за управление на процеса на планиране на грижите за пациента(102).

Пациент-центрирани сестрински грижи.

При този модел услугите и персоналят са центрирани около нуждите на пациента. Традиционно, болниците са организирани в отделения, в които пациентът се настанява за оказване на грижи. При модела на грижи, фокусирани към пациента, услугите се довеждат при пациента. Пациенти със сходни нужди се настаняват в едни и същи сестрински звена, като представителите на такива дисциплини като физикална терапия, рехабилитация и др. са базирани в самото звено. Всички задачи се споделят между членовете на екипа, които получават допълнително обучение, така че да могат да предоставят услуги в зависимост от дисциплината.

Диференцирана практика.

Диференцираната практика представлява структуриране на сестринските роли и функции на основата на индивидуалното образование, опит и компетентност. С развитието на здравната помощ нуждата от медицински сестри с диференциран обхват на сестринска практика става все по-голяма. Неформално, диференцирана сестринска практика сред сестрите съществува почти навсякъде. Това се наблюдава всеки път, когато сестрата-мениджър планира разпределението на персонала според познанията, опита и компетентността.

Проучване на Американската сестринска асоциация показва, че екипното сестринство е най-често използвано (около 40%), следвано от системата за цялостни грижи за пациентите (23%) и от първичното сестринство (15%). Преди възприемането на която и да е система за предоставяне на грижи трябва да се вземат под внимание целите на съответния модел за грижи, неговите характеристики, нуждите и изискванията на потребителите и цената на грижите(103).

* Всяка система за предоставяне на грижи на пациента има известни предимства и недостатъци.

* Недостигът на сестрински персонал принуждава някои здравни институции да се връщат към по-централизирана и бюрократична система за предоставяне на грижи за пациента.

* В частност, функционалният подход за грижи печели привърженици поради неговата ефикасност и сравнително ниска цена.

* Осведомеността на сестрите за използваната система за предоставяне на грижи на пациентите в дадената организация подпомага техния избор на работна среда (21).

През 50-те години на миналия век организацията на сестринските грижи прилага за първи път подхода на функционалното сестринство. Неговата философия е ориентирана към изпълнение на еднотипни задачи / дейности/ от една медицинска сестра за различни пациенти, нуждаещи се от еднотипни грижи.

Така се създава организация за сестрински грижи, при която се деференцират манипулационна сестра, превързочна сестра и т.н. Този модел се прилага в извънболничната помощ у нас до 1995г. Отделно съществуваше длъжност на манипулационна сестра, която извършваше манипулации в поликлиниката и в дома на пациентите от „домашен стационар” (67).

2. Епидемиология и рискови фактори на сърдечно - съдовите заболявания /ССЗ/, социална значимост.

Сърдечно- съдовите заболявания оформят най-високата смъртност в Европа, включително и в България. Близко 50 000 души годишно страдат от сърдечен инфаркт, от тях около 18 000 почиват вследвие на това. 30% от инфаркто болните почиват още преди настъпване на лекарска помощ. 25 000 души годишно страдат от инсулт, от тях около 5 000 почиват, а мнозина трябва да продължат живота си парализирани.

ССЗ представляват основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. Най-честите форми на сърдечно-съдовите заболявания са исхимична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. В България особено висока е смъртността от мозъчен инсулт, като според неговата честота нашата страна се нарежда на 5-6 място в света. Храните и храненето могат да повлияат съществено върху риска от развитие на сърдечно-съдовите болести – основните съвременни „убийци” на хората по света(159).

Според данни на Националния център за опазване на общественото здраве, държавата ни е първа в Европа по смъртност от сърдечно-съдови заболявания. Сред основните причини за болестите на сърдечно-съдовата система са тютюнопушенето и нездравословното хранене.

В основата на сърдечно-съдовите болести е развитието на атеросклеротични плаки, които запушват в различна степен една или повече артерии. Това затруднява притока на кръв и кислород до органите. Сърцето трябва да работи усилено срещу по-голямо съпротивление, за да изпомпва кръвта. За нарастване на атеросклеротичните плаки допринася високото ниво на холестерола в кръвта, възпалителния отговор на организма, окислителните процеси в липидите и други фактори.

Над увреденото място в артерията може да се образува тромб, който допълнително я запушва. При пълно запушване на артериите на сърцето или

мозъка от тромб, се получава сърдечен инфаркт или мозъчен инсулт. Инсулт може да настъпи също ако даден кръвоносен съд се спуска, а това става, когато той е увреден. Това са така наречените „ хеморагични инсулти”, които се срещат по-рядко в сравнение с инсултите получени вследствие на запушване на артериите, наричани „исхимични инсулти” (160).

Етиология - 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, но може да се повлияват ефективно и да са обратими. Дори да е наследена по-висока предразположеност към сърдечно-съдово заболяване, това не означава, че даден пациент непременно ще се разболе от това заболяване. Напротив напълно възможно е да се предпази от него, ако предприеме мерки, с които да намали или елиминира действието на останалите рискови фактори(135).

Рискови фактори.

- Наследствена предразположеност.
- Напредване на възрастта.
- Нарушение в липидната обмяна.
- Нездравословно хранене.
- Тютюнопушене и употреба на алкохол.
- Затлъстяване, особено когато е свързано с голяма коремна обиколка или високи стойности на съотношението на коремната обиколка към обиколката на ханша.
- Високо кръвно налягане.
- Физическа неактивност.

- Висока кръвна захар или диабет.
- Повишена склонност към образуване на кръвни съсиреци.
- Повишени нива на хомоцистеин в кръвта.
- Психологичен стрес.
- Някои географски фактори (мека питейна вода(137)).

Колкото повече рискови фактори съществуват при даден пациент, толкова по-голям е рискът да се разболеете от сърдечно-съдово заболяване, тъй като вредното въздействие на рисковите фактори се умножава при тяхната комбинация. Ето защо е важно всеки пациент подложен на риск, да се стреми да намали комбинираното вредно влияние на няколко рискови фактора. Намалването или елиминирането въздействието на някои рискови фактори на околната среда може да доведе до съществено потижаване на риска от сърдечно-съдови болести. Това са така наречените обратими фактори, повечето от тях се повлияват от храненето. Променяйки здравословно модела си на хранене, може да се намали съществено вероятността да се разболеете от сърдечно-съдово заболяване(16).

Артериалната хипертония се характеризира със стойности на систолното артериално налягане 140 mmHg и/или стойности на диастолното артериално налягане равни или по-високи от 90 mm Hg, при лица над 18-годишна възраст, след многократно измерване по метода на Riva -Rossi, при най-малко два или повече по време прегледи .

Високото кръвно налягане е причина за преждевременната смърт на около 7.1 милиона души по целия свят. То е основната причина за 62% от инсултите и 49% от заболяванията на съдовете на сърцето (инфаркт, стенокардия).

България е на едно от първите места в света по смъртност от сърдечно-съдови заболявания. Една от причините за тази тенденция е лошият контрол на кръвното налягане. Например от всички болни с високо кръвно налягане в България, едва 6-10% постигат стойности приети за нормални. За сравнение във Франция този процент е 33%, а Унгария 27.8%.

Широко известна е максимата, че ”високото кръвно налягане е безмълвно, но опасно!”. Това е така защото в продължение на години, заболяването при хипертониците, протича без остри алармиращи симптоми. Ето защо нерядко хипертонията е наричана още "тихият убиец"(26).

Таблица № 4 **Класификация на артериална хипертония в зависимост от степента и**

Категория	Систола		Диастола
Оптимално	<120	и	<80
Нормално	120-129	и/или	80-84
Високо нормално	130-139	и/или	85-89
Хипертония 1 степен	140-159	и/или	90-99
Хипертония 2 степен	160-179	и/или	100-109
Хипертония 3 степен	≥ 180	и/или	≥ 110
Изолирана систолна хипертония	≥ 140	и	≤ 90

Статистика - Почти 50 милиона души в Съединените Американски Щати са засегнати от хипертония. Повишена е честотата на хипертония при хора в напреднала възраст. Почти половината от населението на възраст 60-69 години и три-четвърти от хората на 70 години или по-възрастни са засегнати от това заболяване. Хипертензивните кризи поразяват около 500 000 американци или около 1% от хипертониците годишно. Смъртността от ИБС или инсулти се увеличава прогресивно както се увеличават случаите на високо кръвно налягане. На всяко увеличение от стойностите на кръвното налягане с 20 mmHg систолично и 10 mmHg диастолично, нивото на смъртността от ИБС или инсулти се удвоява.

- 50 милиона случая в САЩ (203).
- 20 милиона случая в Африка (217).
- 35% от случаите в САЩ не знаят за състоянието си (203).

Предразполагащи фактори: *Фактори, които не могат да се повлияят.*

- **Възраст** - честотата на артериалното налягане е най-висока при лица на възраст между 40 и 60 години.

- **Пол** – Систолното кръвно налягане се увеличава със възрастта. Това повишение е по забележимо при мъжете, докато при жените е по характерно по време на менопаузата, когато кръвното налягане се увеличава драстично и достига нива по-високи от тези при мъжете. Употребата на хормонални контрацептиви води до развитие на артериална хипертония в 5% от случаите. За това при жени, приемащи хормонален контрацептив, се препоръчва периодичен контрол поне през 3 месеца на артериалното налягане.

Раса – В Съединените Американски Щати хипертонията е по-често срещана при афроамериканците в сравнение с белокожите. Разликите се преписват на фактори различни от расата, защото преобладаването на хипертонията сред чернокожото население в Англия в сравнение с белокожото е същото както в Съединените Американски Щати, но хипертонията не е често срещана на Африканския континент. В допълнение хипертонията е най-често срещаната етиологична причина за сърдечно страдание сред афроамериканците в USA (214).

- **Наследствено предразположение** - Приема се, че това е основният етиологичен фактор в развитието на артериална хипертония. Заболяването се среща по-често при лица фамилно обременени с хипертонична болест.

Социално-икономичен статус - Артериалната хипертония е с голяма честота в развитите страни и в значителна степен определя болестността, инвалидизирането и смъртността на населението. Високото кръвно налягане се среща по-често сред групите с по-нисък образователен и социално-икономичен статус (13,14,15).

Фактори, които могат да бъдат променени. Наднормено тегло – "Тялото е багаж, който носите през целия си живот. Колкото по-тежко е то, толкова по-кратко е пътуването." - Арнолд Глазгоу. Прекалено много храна

и прекалено малко физическа активност – това обобщение изразява естеството на този проблема. При хора с наднормена телесна маса честотата на артериалната хипертония е от 4 до 6 пъти по-висока в сравнение с лица с нормално телесно тегло. Затлъстяване се приема, когато при мъжете бъде установена телесна мазнина над 20%, а при жени над 30 % от общата телесна маса. В нашата страна над 1 милион хора са с различна степен на затлъстяване. По данни на СЗО 30 до 40% от населението на развитите страни са с наднормена телесна маса. Профилактиката на затлъстяването е насочена към осигуряването на балансирано хранене, при което енергийният внос съответства на енергийните загуби. Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки заболявания, каквито са атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, захарният диабет - тип 2, ракът, подагратата и нарушенията на мастната обмяна(197).

- **Тютюнопушене** - Тютюнопушенето повишава риска от сърдечно заболяване и ако се прибави и прием на алкохол, наднормено тегло или други рискови фактори, рискът се умножава. Употребата на една или повече кутии цигари дневно повишава смъртността от исхемична болест на сърцето 2 пъти(40).

- **Физическа активност** - Редовните динамични упражнения, като ходене пеша на работа, разходки, походи, плуване, бягане, каране на колело и други е установено, че намаляват кръвното налягане.

- **Психическо пренапрежение и повтарящ се психо-емоционален стрес.** Стресът, на който е подложен съвременният човек в големия град нарушава нормалното равновесие между кората на мозъка, подкоровите центрове и сърдечно-съдовата система. При този така наречен „ежедневен“ стрес, а също и при инцидентни, но изключително тежки преживявания се нарушава и връзката между централната нервна система /ЦНС/ и жлезите с вътрешна секреция (135).

През последните четири десетилетия демографският статус в България се отличава с подчертано неблагоприятни характеристики:

- Прогресивно нарастване на общата смъртност и преди всичко смъртността от сърдечносъдова атеросклеротична болест (мозъчен инсулт, сърдечен инфаркт).

- Трайна тенденция за намаляване на раждаемостта.

- В резултат на 1 и 2 естественият прираст намалява, като от 1990 г. у нас е налице отрицателен естествен прираст (-2,9%).

Най-висока смъртност у нас, в сравнение със смъртността при заболяванията на другите системи, е тази от сърдечносъдови заболявания – 810 на 100 000 население, представляваща 62,7% от общата смъртност през 1993 г. и 62,2% през 1994 г. Главният дял от сърдечносъдовата система заемат мозъчносъдовата болест (мозъчен инсулт, мозъчно-съдова болест МСБ) и исхемичната болест на сърцето (ИБС), и преди всичко миокардния инфаркт (134).

Съществен е фактът, че смъртността от миокарден инфаркти мозъчен инсулт в България продължава да се увеличава, докато в други страни, и особено в САЩ, Япония, Англия, Холандия, Белгия, Финландия, Франция и др., през последните 10-20 години запазва устойчива тенденция.

Социална значимост на сърдечно - съдовите заболявания. Социално значимите заболявания са тези заболявания, които определят профила и структурата на смъртността и заболеваемостта в дадена страна или регион. За да бъде включено дадено заболяване в групата на Социално значимите, то трябва да отговаря на определени критерии:

1. високо ниво на смъртност и заболеваемост сред популацията и очертаваща се неблагоприятна динамика;
2. да засяга голяма част от лицата в активна възраст;
3. да има висок дял в структурата на причините за смърт сред населението и особено при лицата в активна възраст;
4. да има висок дял в структурата на разходите за лечение и рехабилитация;

5. да изисква намесата на висококвалифицирана и специализирана медицинска помощ;
6. да налага комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти и използване на високотехнологични процеси;
7. да нанася значителни социални, икономически и психологически щети на индивидите, семействата им и обществото като цяло;
8. да натоварва обществените фондове и социалните служби поради продължителна нетрудоспособност и инвалидизация(137).

Миокарден инфаркт/МИ/ – МИ е една от най–тежките клинични форми на Ишемична болест на сърцето.

МИ представлява некроза на част от миокарда вследствие остро намаление или пълно прекъсване на коронарния кръвоток в артерията, която кръвоснабдява този участък.

Честотата на това заболяване се увеличава през последните години и е голям социален проблем. България заема първо място по брой на инфарктно болни. Засяга предимно хора около 45 до 65 годишна възраст, но може да засегне и значително по млади хора. Води до ранна инвалидизация и висока смъртност (138,139).

Етиология. Най-често миокардния инфаркт е резултат от атеросклероза на коронарните артерии (атероматозните плаки се натрупват и стесняват лумена на съда), заедно с коронарен спазъм: причини за миокарден инфаркт могат да бъдат тромбоза или хеморагия, които стесняват или запушват коронарния съд и прекъсват коронарния ток; миокардния инфаркт може да се развие при рязко спадане при RR, при шок или кръвозагуба у лице със стенозираща коронаросклероза. В редки случаи може да се развие и при непроменени коронарни артерии, само при продължителен коронароспазъм(145).

Основните рискови фактори, които могат да доведат до МИ 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 obesity), наследственост, заседнал начин на живот и др(146).

Патогенеза - Патогенезата на миокардния инфаркт е много сложна и недоизяснена. Участват много фактори - наличие на атеросклероза на коронарните артерии, като често е необходимо наличието на функционален моментен спазъм на коронарната артерия; стеснените и нервни от атеросклерозата коронарни съдове, както и забавянето или пълното прекъсване на кръвния поток от съдовия спазъм, създават условия за образуването на тромби; други важни фактори за възникването на миокардния инфаркт са: рязкото увеличаване на кислородната консумация (при усилено физическо натоварване); рязкото повишаване нивото на кетохоламините в кръвта води до рязко увеличаване на кислородния разход и следователно до некротични изменения в миокарда. От голямо значение за появата и обширността на миокардната некроза е състоянието на коронарната колатерална мрежа. При добре развити колатерали, запушването на една коронарна артерия може да не доведе до инфаркт. В резултат на изброените по-горе причини настъпва остра исхемия на миокарда, нейната степен и продължителност определят развитието на некрозата(112).

Профилактика - Голямо значение за профилактиката на инфарктно болните има премахването или ограничаването на тъй наречените вредни фактори – тютюнопушене, алкохол, наднормено тегло, хипертония, заседнал начин на живот, неправилен режим на хранене, стресови ситуации, голямо психично натоварване и др. Диспансерно наблюдение на тези болни допринася за провеждането на организирана - целенасочена профилактика. Правилно проведената програма с постепенно нарастване на физическото натоварване, подобрява на физическата възможност на сърцето. Големите физически натоварвания са опасни и нежелателни.

Хранителния режим също е много важен – ограничаване на животинските мазнини, солта, подправките, въглехидратите.

За профилактиката от медикаментозно лечение се използват –ацетизал приблизително една година след инфаркта (три пъти седмично по 0,325mg.), а също така и бетаблокери(114).

Въпреки известни успехи през последните години, смъртността от инфаркт на миокарда все още е висока. Около $\frac{3}{4}$ от болните умират през първите часове преди да бъдат хоспитализирани. При наличие на усложнения – значителни ЕКГ изменения в много отвеждания, силно повишени ензимни стойности, възраст, предшестващи инфаркти, сърдечно съдова недостатъчност, комплексни камерни аритмии и др., прогнозата е лоша. За това е необходимо хората да бъдат запознати с условните рискови фактори водещи до това заболяване и да водят разумен начина на живот.

Здравословните промени в стила на живот са от значение за профилактика и лечение на сърдечно - съдови заболявания. За постигане на общ здравен сърдечносъдов ефект е нужно да се редуцира телесното тегло при наличие на наднормено тегло, да се ограничи приема на алкохол, също така да се повиши аеробната физическа активност, необходимо е спиране на тютюнопушенето и намаляване приема на наситени мазнини и холестерол с храната(115).

В наши дни все по-актуални стават проблеми при хората, свързани с сърдечно-съдови заболявания. Все повече нараства броят на хората, които чувстват постоянна умора, дискомфорт, депресивност, това им пречи както в социалните контакти, така и в работата.

Всеки категорично трябва да стои зад тезата, че голяма част от здравословните проблеми на даден човек са следствие на неподходящ начин на живот през годините на съзряване.

Стилът на живот е комплексен социален фактор на сърдечно-съдовите заболявания и най-често се разглежда в рамките на концепцията за

промоция (производство, увеличаване) на здравето, а не само за профилактика на болестта(119).

Здравословният начин на живот е система от жизнени дейности, съобразени със запазването и увеличаването на здравето на отделния индивид и обществото.

Здравословният стил е основен израз на позитивно здравно поведение.

Здравословният начин на живот зависи от: личната здравна култура, ценностната ориентация и здравната мотивация. Формирането на здравословен стил на живот е една от главните цели на съвременната стратегия за промоция на здравето.

Критерии за здравословен начин на живот:

- **Здравна активност:** активно отношение към усвояването на здравни знания и умения, към системен контрол върху собственото здравно състояние; отношение към здравето като приоритетна ценност; положителна здравна мотивация.

- **Антирисково поведение:** наличие на положителни здравни навици; отсъствие на основните рискови фактори като тютюнопушене, алкохолизъм, нерационално хранене, стрес, хиподинамия.

- **Самопомощ и взаимопомощ:** наличие на основни умения за оказване на първа медицинска помощ, за психологично справяне, за подкрепа и солидарност, за диетично хранене, физическа култура, спорт и туризъм.

- **Психологическа нагласа за партньорство и обществена ангажираност** по проблемите на здравето; участие в оздравителни програми.

- **Способност за междуличностно и междугрупово партньорство** в дейността за промоция на здравето.

Рискови фактори, водещи до възникването на сърдечно-съдови заболявания/ССЗ/.

ССЗ са основна причина за преждевременна смърт в Европа. Те са важен фактор за развитие на инвалидност и водят до нарастване на разходите в здравеопазването. Данните, публикувани от Национален Център по Здравна Информация към Министерство на здравеопазването, разкриват тревожна статистика за сърдечно-съдовите заболявания в България:

- 66% от общата смъртност в България се дължи на исхемична болест на сърцето в това число остър инфаркт на миокарда, хипертонични болести и мозъчно-съдови болести.

- Всяка година близо 6000 българи умират от остър инфаркт на миокарда.

ССЗ оформят най-високата смъртност в Европа, включително и в България. Близо 50 000 души годишно страдат от сърдечен инфаркт, от тях около 18 000 почиват вследвие на това. 30% от инфаркто болните почиват още преди настъпване на лекарска помощ. 25 000 души годишно страдат от инсулт (мозъчен удар), от тях около 5 000 почиват, а мнозина трябва да продължат живота си парализирани(125).

ССЗ представляват основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. В България те предизвикват 62-65% от общата смъртност на населението. Най-честите форми на сърдечно-съдовите болести са исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. В България особено висока е смъртността от мозъчен инсулт, като според неговата честота нашата страна се нарежда на 5-6 място в света(128).

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. Дори да са наследени по-висока предразположеност към сърдечно-съдово заболяване, това не означава, че непременно ще се разболеем от това заболяване. Напротив, напълно възможно е да се предпазим, ако предприемем мерки, с които да намалим или елиминираме действието на останалите рискови 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. Тези обратими рискови фактори включват: тютюнопушене; липидни нарушения; затлъстяване, особено когато е свързано с голяма коремна обиколка или високи стойности на съотношението на коремната обиколка към обиколката на ханша; високо кръвно налягане; физическа неактивност; висока кръвна захар или диабет; повишена склонност към образуване на кръвни съсиреци – увеличаване слепването на кръвните тромбоцити; повишени нива в кръвта на хомоцистеин (образуващ се при обмяната на сяра съдържащите аминокиселини); психологически стрес; географски фактори (мека питейна вода) и други(128).

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. Явлението е добре познато при пациенти с метаболитен синдром, който се характеризира с централно затлъстяване, дислипидемия, повишено кръвно налягане и нарушен глюкозен/инсулинов метаболизъм. В тези случаи, рискът от сърдечно-съдови заболявания е по-голям в сравнение с общия сбор на измерения за всеки фактор по отделно риск. 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(139).

Предполагаеми рискови фактори:

- Наследствена предразположеност.
- Напредване на възрастта.
- Нарушение в липидната обмяна.
- Нездравословно хранене.
- Тютюнопушене и употреба на алкохол.
- Затлъстяване, особено когато е свързано с голяма коремна обиколка или високи стойности на съотношението на коремната обиколка към обиколката на ханша.
- Високо кръвно налягане.
- Физическа неактивност.
- Висока кръвна захар или диабет.
- Повишена склонност към образуване на кръвни съсиреци.
- Повишени нива на хомоцистеин в кръвта.
- Психологичен стрес.
- Някой географски фактори (мека питейна вода).

Таблица № 5 Данни на Националния център по здравна информация /НЦЗИ/
за случаите на ОМИ през II-ро тримесечие на 2012г.

	общо	От тях:							
		Мъже-на възраст			Жени –на възраст			Направена на фибринолиза	Направена коронарна ангиопластика
		под 35г.	от 35 до 55г.	над 55г.	под 35г.	от 35 до 55г.	над 55г.		
Хоспитализирани-всичко	2585	22	419	1198	3	100	843	140	1209
-от тях:в интенз.отд	1022	8	151	474	2	47	340	51	526
Умрели от общия брой хоспитализир.	259	-	11	117	-	5	126	18	80
-от тях:в интенз.отд	137	-	7	58	-	3	69	12	60
Отказали хоспитал.	81	-	4	50	-	-	27	-	-
-от тях: умрели	72	-	1	45	-	-	26	-	-
Хоспитализирани и оставени в дома	2666	22	423	1248	3	100	870	140	1209
-от тях: с диагноза остър трансмурален МИ на предната стена	1079	14	170	483	2	50	360	79	516
остър трансмурален МИ на долната стена	912	5	181	448	1	28	249	56	524
остър трансмурален МИ с др. уточнени локализации	85	-	14	39	-	1	31	5	29
остър трансмурален МИ с неуточнена локализация	2	-	-	1	-	-	1	-	-
остър субендокарден МИ	464	2	52	199	-	20	191	-	120
ОМИ-неуточнен	81	-	1	50	-	-	30	-	-
повторен МИ на предна стена	7	-	-	6	-	-	1	-	1
повторен МИ на долната стена	6	-	-	2	-	-	4	-	2
повторен МИ с неуточнена локализация	4	-	-	3	-	-	1	-	-

Превантивните програми фокусират вниманието върху цялостната грижа за пациента и концепцията за общото (глобално, тотално) намаляване на риска от сърдечно-съдови заболявания, която е насочена към интензивното повлияване на съвкупността от рисковите фактори не поотделно, а едновременно и заедно в хармония, която включва прекратяване на тютюнопушенето, лечение на: повишения LDL-С холестерол, занижения под нормата HDL-С холестерол, повишените нива на триглицериди (ТГ), високото кръвно налягане, инсулиновата резистентност, наднорменото тегло и строг контрол на гликемията при пациенти с диабет(136).

Колкото повече рискови фактори съществуват при даден пациент, толкова по-голям е рискът да се разболеете от сърдечно-съдово заболяване, тъй като вредното въздействие на рисковите фактори се умножава при тяхната комбинация. Ето защо е важно всеки пациент подложен на риск, да се стреми да намали комбинираното вредно влияние на няколко рискови фактора. Намаляването или елиминирането въздействието на някои рискови фактори на околната среда може да доведе до съществено потижаване на риска от сърдечно-съдови болести. Това са така наречените обратими фактори, повечето от тях се повлияват от храненето. Променяйки здравословно модела си на хранене, може да се намали съществено вероятността да се разболеете от сърдечно-съдово заболяване. Повечето от обратимите фактори се повлияват от храненето. Променяйки здравословно модела си на хранене, хората могат да намалят съществено вероятността да се разболеят от сърдечно-съдови заболявания. Храните и храненето могат да повлияят съществено върху риска от развитие на сърдечно-съдовите болести – основните съвременни “убийци” на хората по света. Затлъстяването не е само козметичен проблем. То е риск за здравето. Висока консумация на зеленчуци и плодове (минимум 400 грама дневно); увеличаване консумацията на пълнозърнест хляб и други зърнени храни, увеличаване консумацията на бобови храни; увеличаване консумацията на

ядки (специално орехи) и семена; употреба предимно на растителни масла, особено зехтин; регулярна консумация на риба, поне веднъж седмично; намаляване консумацията на сол; ограничаване консумацията на животински мазнини; избягване консумацията на твърди маргарини; ограничаване консумацията на храни, богати на холестерол (яйчен жълтък, рибен хайвер, животински мазнини, мозък, черен дроб); поддържане на нормално телесно тегло. Прекомерната употреба на готварската сол увеличава нивото на натрий в кръвта, което може да доведе до увеличаване на кръвното налягане при лица със свръхчувствителност към този ефект на натрия. Счита се, че прием на готварска сол над 5 грама дневно (от всички консумирани продукти) съществено увеличава риска от хипертонична болест. Ограничаване консумацията на солени храни. Населението в България консумира 2-3 пъти по-големи количества над допустимите 5 грама средно дневно, което е главно за сметка на солените саламурени сирена, туршиите и разбира се вредният навик да солим прекомерно ястията си. Установено е, че намаляването приема на готварска сол с 3 грама само след няколко седмици води до понижаване на систоличното кръвно налягане със 7 мм, а диастоличното намалява още повече. Изчислено е, че ако цялото население намали консумацията на сол с това количество, то случаите на мозъчен инсулт биха намалели с 26%(138).

При вече развито сърдечно-съдово заболяване, при наличие на рискови фактори като повишен холестерол и високо кръвно налягане, при прекаран сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт, специално разработени диети, съобразени с индивидуалните проблеми могат да допринесат съществено за преодоляване на заболяването.

Стрес и последици от стреса - Смята се, че острият и хроничен стрес могат да доведат до сърдечно отклонение по нервни, ендокринни и сърдечносъдови пътища. Стресът в живота ни е неизбежен. В ежедневието си ние се сблъскваме с многообразни ситуации и непрекъснатата необходимост от правене на избори, всеки от които е до някаква степен

стресиращ. Той не може да бъде избегнат и може, при определени обстоятелства, да доведе до нарушения в телесното и психичното ни функциониране и от там до сърдечно-съдово заболяване.

При стрес в кръвта се освобождават мастни киселини, които се трансформират в холестерол. Той се отлага в стените на кръвоносните съдове (артериите) и ги стеснява (артериосклероза). Стесняването води до повишено кръвно налягане. Хроничният стрес води и до повишена съсирваемост на кръвта. Освен преките последици върху сърдечно съдовата система, които в крайна сметка водят до заболявания като хипертония, коронарна болест на сърцето, инфаркти и инсулти, има и непреки. Те са свързани с използването на неадаптивни механизми за справяне със стреса като тютюнопушене и злоупотреба с алкохол, които сами по себе си са рисков фактор за развитие на сърдечно-съдови заболявания. Някои от заболяванията на сърдечно-съдовата система, които по категоричен начин са свързани със стреса са: артериосклероза, есенциална хипертония, коронарна болест на сърцето, инфаркти и инсулти и др. (127).

Повишената двигателна активност е не само добра превантивна мярка срещу различни болести, но може да се окаже и добро средство за възстановяване на организма след преживяни заболявания. Бавното бягане например е най-ефикасното средство за укрепване на сърдечно-съдовата система на човека, защото консумацията на кислород е няколко пъти по-висока в сравнение с тази в спокойно състояние. **"Движението е здраве, а здравето е живот"** - едва ли има някой, който би се усъмнил в тази максима, защото неслучайно нашето тяло е добре конструирано и пригодно за движение, "снабдено" със сложна и стабилна двигателна структура, а всички органи и системи са тясно свързани с физическата активност. Животът изисква движение. Съществуват безспорни доказателства за вредното влияние на обездвижването върху здравето, трудоспособността и дълголетието на човека. Ето защо е необходимо всеки

човек да бъде физически активен и да избере спорт, който му доставя удоволствие.

Заболявания, които се крият в общи причини като нездравословно хранене, пиене и пушене и които са признак за сърдечно-съдови заболявания, могат да бъдат превъзможани чрез окуражаване на здравословни навици на живот и осигуряване на превантивни здравни услуги.

Но за да се предотвратят сърдечно-съдови заболявания са нужни повече лекари и родители, които да учат младите хора за опасностите от тютюнопушенето и частни корпорации, които да не използват уязвими хора в търсене на печалба. В много развиващи се региони усилията в областта на сърдечно-съдови заболявания се фокусират върху детското и майчиното здраве. Увеличавайки по-нататък доказания успех на тези програми, клиниките могат да се адаптират към променящата се картина на здравето. Здравните послания могат да бъдат прекроени за по-възрастното поколение и същевременно да подчертаят податливостта на младите хора. Здравните работници могат да оказват техническа помощ за групови програми за това как да намалим теглото си и да спрем да прекаляваме с алкохола и пушенето. Очевидно този баланс е труден за постигане, но чрез съвместните усилия на образование, здравеопазване, работодатели и дори министерствата по опазване на околната среда развиващите се страни могат да постигнат значителен прогрес на ниска цена (115).

За постигането на тези цели е необходимо, както всичко изброено до тук, така и лична мотивация и желание на всеки един човек за по-добър и по-здравословен начин на живот.

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 (205).

Разпознаването на психосоциалните рискови фактори цели помагане и превенция на сърдечната болест при високо рискови индивиди. Важно благотворно влияние оказва както намаляването на солта, така и на стреса. Изучаването на взаимодействието между околната среда и генетичните фактори също играе важна роля при изучаването на произхода на сърдечните болести. Незначителните ефекти от когнитивните техники за намаляване на стреса като релаксация, йога, упражнения и спортуване също спомагат за намаляване на високото кръвно налягане. Най-малкото те формират един поздравословен начин на живот. Също е много важно всички тези видове терапии да бъдат комбинирани с медикаментозно лечение за възможно по-голямо намаляване на заболяемостта и смъртността. Задължително е в бъдеще проучванията да продължават, като се наблегне на ролята на стреса и психосоциалните фактори, като рискови за развитие на коронарни заболявания и хипертония. Нужно е да се наблегне върху проучването на разбирането за точният механизъм на поведенческите фактори, които причиняват риск от заболяванията на сърцето. По-пълното разбиране на тези психосоциални и поведенчески механизми ще подобри грижата на специалистите по здравето и ще ги направи способни да водят по-ефективни превантивни програми в борбата със сърдечните заболявания, доказвайки подобреното качество на живот на милиони хора по света(69).

2.1. Потребности и специални грижи при пациенти с ОМИ

Исхемичната болест на сърцето се отнася към заболяванията с фатален риск от усложнения, за които пациентите в най-голяма степен са осведомени за наличието му (4,5).

Своевременното обръщане на болния за медицинска помощ при първа проява на признаци и/или обостряне на заболяването, в редица случаи може да предотврати развитието на инфаркт на миокарда и/или неговите усложнения .

Исхемичната болест на сърцето е едно от най-често срещаните заболявания в икономически развитите страни. Според различни автори неговата честота варира за мъжете на възраст от 40 до 59 години в границата от 13,8%до 18%. Значителен е броят на болните, които дори при клинични симптоми за стенокардия не подозират, че страдат от ИБС. През последните две десетилетия смъртността от коронарна болест на сърцето в САЩ е намаляла значително, но въпреки това заболяването остава една от водещите причини за смърт.

Andrew Farb и съавтори правят сериозно проучване върху честотата и внезапната сърдечна смърт при 72 мъже и 18 жени. Направените коронарографии в острия период с цел реперфузия и сравнени с анатомичните ангиографии и проучвания след смъртта им помагат да се раздели групата на две, а именно: с активни и неактивни коронарни атеросклеротични плаки. Тези с активни плаки са 57%, а с не активни - 19% и 24% са със смесени. Повечето от клиничните проучвания доказват, че най-съществена е програмата с медикаментозна превенция на внезапната сърдечна смърт и ОМИ при коронарно болни пациенти (12).

Обикновено 80% от получилите сърдечен удар оцеляват. Рискът при тях инфарктът да се повтори обаче е реален. За да не стане това, човек трябва да предприеме редица мерки, които преди зловещото събитие е подценявал. И които са често основната причина за удара. Добре е да се започне от психосоциалната сфера. Болният трябва да преодолее страха от

случилото се, а семейството трябва да го щади и да го подкрепя в новия му начин на живот. Това означава например да се **промени храненето на цялото семейство.**

В зависимост от тежестта на инфаркта връщането към нормален начин на живот може да трае от няколко седмици до половин година. Оздравителните мерки обаче трябва да се спазват цял живот. В първите поне 12 месеца след инфаркта човек трябва да се следи внимателно от лекаря и да си прави навреме всички необходими изследвания. При по-лека инфаркт няма никакви други последствия освен умъртвяването на част от сърдечната тъкан. Когато ударът е усложнен, може да настъпи деформиране на сърдечната камера, прескачане на сърцето, възпаление на обвивката му. Тогава лечението е по-трудно и трае месеци(15).

Решаващ за рехабилитацията след инфаркт е хигиенно-диетичният режим. Той се състои не само в строго съблюдаване на познатите мерки - **спиране на тютюнопушенето, коригиране на наднорменото тегло, изключване от менюто на мазни храни и захар.** Твърди се, че витамин Е и витамин А имат защитна функция по отношение на инфаркта. Задължителен е контролът на холестерола. За целта веднъж на три месеца трябва да се прави т.н. липиден профил. Дори и пациенти, преживяли инфаркт, но с добър холестерол, трябва да го следят веднъж в годината. Холестеролът води до натрупването на плаки в кръвоносните съдове, които могат да причинят тоталното им запушване(43).

При сърдечно болните залежаването е толкова опасно, колкото и физическата преумора. Раздвижването е добре да започне възможно най-скоро след отминаването на острата фаза. Препоръчва се по 30-40 минути разходка на равен терен с бавна крачка по 3-4 пъти в седмицата. Средната норма е 400 крачки, т.е. преди да се почувства характерната гръдна болка. Важно за възстановяването след инфаркт е как и кога човек приема лекарствата си. Аспиринът е задължителен, защото предотвратява слепването на червените и белите кръвни клетки в съдовете и по този начин

- запушването. Лекарствата трябва да се вземат в определени часове, за да има ефект от тях. Аспиринът е най-добре да се приема разтворен във вода вечерта, за да е сигурно, че сутрин между 4 и 8 ч. ще разрежда кръвта най-добре. На зазоряване кръвното налягане е най-високо и тогава най-често стават инфарктите и инсултите.

Контролът на кръвното също е решаваща защита срещу инфаркт. Измерването му обаче не трябва да се прави прекалено често, защото то варира и болните се плашат ненужно.

Успехът или неуспехът на всяка рехабилитационна програма се определя в крайна сметка от степента на участие в нея на самия болен. Само желание за участие не е достатъчно, болният трябва да бъде активен партньор на лекуващия лекар. Осъществяването на всичко това е възможно, ако болният бъде осведомен по подходящ за целта начин за характера на своето заболяване, етапите на неговото лечение и принципите на рехабилитация, съображения за провеждане на първична и вторична профилактика на коронарни инциденти. Това са целите и задачите на медико-санитарната просвета на болните.

Поднасянето на информацията трябва да бъде достъпна и ясна за самия болен, защото в противен случай само се увеличават страховете и тревогите му (48).

Отношението на болните след завършване на рехабилитационната програма е различно. Информацията трябва да се дава колкото се може по-рано - в семейната среда, в началното училище, в обществените организации, чрез всички подходящи средства. Тази информация трябва да обхваща въпросите за здравословен начин на живот, за балансирано хранене, съобразено с последните достижения на науката, отказване от тютюнопушенето, за развитието на физическата култура и способността на хората да преодоляват стресовите ситуации. Почти всички изследователи намират пряка зависимост между възрастта и поведението, насочено към опазване и укрепване на здравето. В зряла възраст опитите да се "върне

загубеното" са по-активни. Образователното равнище на човека може да бъде положителна мотивация да сътрудничи и на лекаря за намаляване на рисковите фактори (50).

Обучение за диетично хранене - Повечето изследователи, занимаващи се с този проблем са на мнение, че основния метод за коригиране на хиперлиппротеинемията остава рационалното хранене, което пряко или посредствено въздейства и върху други рискови фактори, каквито са артериалната хипертония, наднорменото тегло, намаления въглехидратен толеранс, хиперурикемията и др. Вегетарианската диета допринася за намаляване на стойностите в серума на общия холестерол и на LDL фракцията.

Хиперхолестероловата диета е самостоятелен рисков фактор за коронарно заболяване и коронарен инцидент. Приемът на липолинова киселина е с подчертано превантивен ефект (3).

Американската асоциация за сърдечни заболявания препоръчва не повече от 30% от дневните калории трябва да идват от мазнини и не повече от 7% трябва да дойдат от наситени мазнини. Наситените мазнини могат да увеличат нивата на холестерола в кръвта и се намират в продуктите от животински произход: червено месо, риба, птиче месо и яйца и млечни продукти. Наситените мазнини са също в преработените храни. Последните изследвания показват, че транс-мазнините следва да се ограничи до не повече от 2 грама на ден. Транс мазнините се намират в преработените храни и са посочени като "частично хидрогенирано масло" върху етикетите на храните. Замяна на наситени мазнини с мононенаситени мазнини, открити в зехтин, рапично масло, фъстъчено масло и авокадо. Тези мазнини може да намалят общия холестерол, намаляване на LDL холестерола и увеличаване на HDL холестерол. Два до три пъти седмично, се включва риба, като дива съомга, аншоа, скумрия, езерна пъстърва или риба тон. Необходимо е да се увеличат богати на фибри храни за да се създаде усещане за пълнота, за подобряване на здравето, храносмилателната

система и понижаване на холестерола. Увеличаване на плодове и зеленчуци до минимум от пет порции на ден. Необходимо е приемането на пълнозърнести храни, и повече бобови култури, ядки, семена и леща.

Ограничава се приема на натрий до 1500 милиграма на ден и кофеина. Алкохола трябва да е в умерени количества, което означава едно питие на ден за жените, две питиета на ден за мъжете (104).

Наднормено тегло - Рязкото увеличаване на изследванията върху затлъстяването и телесната мастна тъкан се дължи, на важните постижения в клиничната наука и отчасти на сериозните изследвания върху причините на заболяванията от миокарден инфаркт, струващи най-скъпо в обществото. Степента на свръхтеглото и затлъстяването обикновено се преценява според индекса на телесната маса (Body Mass Index -BMI), познат още като индекс на Quetelet, който отчита височината и килограмите и позволява сравнение на индивиди с различна конструкция. BMI се пресмята като теглото в килограми се раздели нависочината в метри на квадрат:

$BMI = \text{тегло(кг)}/\text{височина(м}^2\text{)}$, BMI между 20 и 25 е нормален за младежи, но постепенно се увеличава с възрастта. Според класификацията, одобрена от Световната здравна организация (СЗО), за свръх тегло се считат стойности на BMI между 25 и 30, а за затлъстяване - BMI по-голям от 30. Но в специализираната литература се използват различни определения, така че изследванията, свързващи смъртността и заболеваемостта с антропометрични данни, не винаги могат да се сравнят директно (93).

Тютюнопушене – При мъже на възраст от 40 до 60г. е установено, че рискът от възникване на ИБС при пушещите над 20 цигари дневно е 2,5 пъти по-висок, отколкото при непушачите, а заболеваемостта от ИБС се наблюдава над 3 пъти по-често при пушачите. Тютюнопушенето повишава както заболеваемостта, така и смъртността от ИБС. Продължителното тютюнопушене е самостоятелен първичен рисков фактор за коронарна и на периферните кръвоносни съдове атеросклероза. Пасивните пушачи са изложени на риск за заболяване от коронарна болест на сърцето, както и

активните пушачи. Смъртност от остър миокарден инфаркт при пасивните пушачи е сигнификантно по-висока като възможност в сравнение с непушачите (99).

Употреба на алкохол - Дискусиите относно ролята на този рисков фактор за миокарден инфаркт не е от скоро. Различни аспекти на този проблем са обект на сериозни проучвания.

Намалена физическа активност - Известно е отдавна, че физическите тренировки на болните с миокарден инфаркт подобряват качеството на живот.

Постоянните физически тренировки понижават смъртността от МИ.

Сексуално поведение - Половата активност е от особена важност за много от пациентите с прекаран миокарден инфаркт. Преобладаващо и широко застъпено е мнението, че активната полова дейност не бива да се възстановява продължително време след миокарден инфаркт.

2.2. Сестрински грижи и дейности в рехабилитационния процес за пациенти с ОМИ

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.

Основните последствия от продължителния постелен режим са :

- Психологични промени – депресия, намалена адаптация към стреса, демотивираност.
- Промени в опорно–двигателния апарат – мускулна атрофия, намаляване обема на миофибрите, потиснат белтъчен синтез, намалена гликогенолиза – намалена мускулна сила; отрицателен азотен баланс – повишен креатинин; инактивитетна остеопороза, повишена калциурия.
- Промени в дихателната система – чести хипостатични пневмонии.
- Хемодинамични промени – преразпределение на циркулиращата кръв – увеличено венозно пълнене на сърцето; ускорена сърдечна честота, намаляване на ударния обем, увеличено периферносъдово съпротивление, повишено артериално налягане. Колкото по-високо е артериалното налягане и колкото по-чести са сърдечните контракции, толкова повече работа извършва сърцето и толкова по-голяма е кислородната консумация на миокарда. Основният фактор за намаляване на коронарния дебит е частично или пълно запушване на коронарния съд. Артериалната хипертония и хиперлипидемиите са главните фактори за риск от коронарна атеросклероза. Стеснението на коронарните съдове създава условия за тромбообразуване, при което настъпват бавна или остра исхемия на миокарда и увреда на сърдечния мускул. Тромбоемболичните усложнения – дълбоки венозни тромбози, се срещат у 30-40 % от болните. Хиперкатехолеминемията провокира нарушена агрегация на тромбоцитите.

Кардиологична рехабилитация. Формулировката на СЗО гласи:

„Рехабилитацията на сърдечно болни представлява сбор от дейности, нужни да повлияят благоприятно причините на болестта, както и да осигурят на болните възможно най-добрите физически, психични и социални условия, така че те да могат със собствени сили да запазят или възстановят при загуба – доколкото е възможно, мястото си в живота на обществото.

Кардиологичната рехабилитация има за цел да снижи сърдечно-съдовия риск, да намали епизодите на исхемия и свързаните с тях ограничения на физическия работен капацитет, да намали смъртността от миокарден инфаркт, да намали реинфарктите и рехоспитализациите.

Диференцираният подход е важен за индивидуалното лечение, което трябва да бъде адекватно и достатъчно контролируемо. Курортните фактори следва да се прилагат в комплекс, заедно с лекарствената терапия и диетичния режим. Комплексното въздействие на физическите фактори има за цел да повлияе различни нива на патологичния процес, което позволява да се повиши ефективността на лечението, а също дава възможност да се намали дозата на лекарственото лечение и продължителността му.

Кинезитерапията, съответстваща на функционалните възможности на сърдечно-съдовата система, е основен елемент в профилактиката и рехабилитацията на пациентите с установена исхемична болест на сърцето, със или без преживян миокарден инфаркт.

Необходима е ранна и петстепенна мобилизация с цел предотвратяване на вредните последици от обездвижването и създаване условия на изпълнение на рехабилитационните мероприятия. Чрез системна и непрекъсната тренировка трябва да се възстанови функционалният работен капацитет и да се създаде висок функционален коронарен резерв с оглед възстановяване на трудоспособността на пациента и осигуряване на достатъчно ефективна вторична профилактика.

I етап – фаза на хоспитализация след миокарден инфаркт – 10-15 дни. Мобилизацията се осъществява без натоварване – сърдечната честота да не

се увеличава повече от 20 удара и систолното артериално налягане – не повече от 20 мм от изходните стойности в покой. Рехабилитацията може да започне веднага, ако няма нестабилитет на хемодинамиката.

II етап (от 20-и ден до 2 месеца; от 2 до 6 месеца) – ранна и по-късна конвалесценция – целта е да се възстанови функционалният работен капацитет.

III етап – хроничен стадий след миокарден инфаркт. Вторична профилактика!

Оценка на сърдечно-съдовия риск.

Първични фактори. Генетични (непроменливи) или придобити фактори у лица в клинично здраве, с вероятен болестен, смъртоносен или инвалидизиращ потенциал. Подходът на превантивната кардиология към високорисковите пациенти се състои в идентифициране на тези индивиди, при които още няма клинични прояви на ИБС, но поради силната експресия на един рисков фактор или поради съчетаването на няколко, макар и не много силно изразени, е налице висок абсолютен кардиоваскуларен риск, наречен безболков или напълно безсимптомен. Трябва да се знае, че приблизително една четвърт от смъртните случаи при ИБС са с картината на внезапна смърт, т.е. това е първата и единствена проява на исхемичната болест.

Вторични фактори. Това са индивидуални патогенетични фактори на болестта или съпътстващи болестни състояния, които ускоряват болестното развитие, причиняват рецидиви, увеличават инвалидността и смъртността и са причина за влошено качество на живот. При тези болни е налице висок абсолютен риск от рецидив на болестта. Обичайно той е над 2% или 4% годишно. Подходът към тези болни е промяна в стила на живот – диета, бедна на мазнини и богата на растителни продукти и антиоксиданти, физическа активност, редукция на телесното тегло, спиране на тютюнопушенето. Задължително е селективното включване на медикаменти.

Ранен стандартен ергометричен тест – провежда се след неусложнен миокарден инфаркт – 10-14-и ден. Максималният ергометричен тест позволява ранно идентифициране на факторите за вторичен сърдечно-съдов риск – комплексна камерна дисритмия, левокамерна дисфункция, исхемични ЕКГ промени при усилие.

Профилактика. Голямо значение за профилактиката на инфарктно болните има премахването или ограничаването на тѣй наречените вредни фактори – тютюнопушене, алкохол, наднормено тегло, хипертония, заседнал начин на живот, неправилен режим на хранене, стресови ситуации, голямо психично натоварване и др. Диспансерно наблюдение на тези болни допринася за провеждането на организирана - целенасочена профилактика.

Хранителния режим също е много важен – ограничаване на животинските мазнини, солта, подправките, въглехидратите.

За профилактиката от медикаментозно лечение се използват –ацетизал приблизително една година след инфаркта (три пъти седмично по 0,325mg.), а също така и бетаблокери.

Въпреки известни успехи през последните години, смъртността от МИ все още е висока. Около $\frac{3}{4}$ от болните умират през първите часове преди да бъдат хоспитализирани. При наличие на усложнения – значителни ЕКГ изменения в много отвеждания, силно повишени ензимни стойности, възраст, предшестващи инфаркти, сърдечно съдова недостатъчност, комплексни камерни аритмии и др., прогнозата е лоша. За това е необходимо хората да бъдат запознати с условните рискови фактори водещи до това заболяване и да водят разумен начина на живот.

3. Качество на сестринските грижи при хоспитализирани пациенти

В отговор на концепцията за качеството в областта на грижите се разработват и въвеждат процедури и протоколи, които представляват описание на сестринските дейности в съответствие с изискванията за качество (47,84).

Планирането на грижите е научен подход за работата на медицинските сестри, който се среща в литературата като “ подход за сестринство” или “ процес за сестрински грижи”. 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. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и се осъществява в процеса на комуникация чрез устна и писмена форма (74,85,100).

Според Ръководството за работа на сестринските отделения във Франция, “планът за грижи се определя съобразно сестринската диагноза и се прилага в зависимост от профила /особеностите/ на пациента. Той съдържа индивидуално адаптирани дейности.”

Министерството на здравето и социалното осигуряване на Република Франция публикува законите регламентиращи качеството на сестринските грижи (128). :

- Закон за болничната реформа от 31.07.1991г. (109);
- Закон отнасящ се до сигурността при преливането на кръв и кръвни продукти от 4.01.1993г. (110);
- Закон отнасящ се за общественото здраве и социална защита от 18.01.1994 г. (111);
- Постановление от 24.04.1996 г. относно реформата на обществената и частна хоспитализация (116);
- Закон отнасящ се до гарантирането на правата при палиативните грижи от 29.07.1998 г. (112);

- Декрет № 2002 – 194 от 11.02. 2002, свързан с дейностите на професионалистите упражняващи професията на медицинската сестра.

Според текста в Декрета: “ Упражняването на сестринската професия включва анализ, организация, реализация на сестринските грижи и тяхната оценка, използване и събиране на клинични и епидемиологични данни и участие в дейности по превенция, както и здравно обучение.

Министерството публикува документи, в които нормите за сестринска практика са насочени в следните направления:

- прием на пациента;
- проект за сестрински грижи;
- сестрински интервенции за пациента;
- извършване на присъщите за сестринската практика дейности;
- изписване на пациента от болницата;
- основните аспекти на професионалната практика.

Тези норми са групирани в следните три области:

- прием на пациента
- престой на пациента в болницата
- напускане, изписване

Към всяка норма са описани критерии за стандартно поведение на медицинската сестра, които са разделени на:

- характеристика на ресурсите/структурата;
- характеристика на процесите;
- характеристика на резултатите;

Законовото регламентиране на норми и стандарти в сестринската практика допринася за определяне на общите постановки за качество на сестринските грижи, които от своя страна са основа за развитие на политика за качество на грижите във всяко лечебно заведение.

Изводи от литературния обзор

- Промените в сферата на здравеопазването извършени през последните години, в съответствие с европейските изисквания, определят потребностите от сериозни структурни и организационни промени в подходите и методите за осъществяване на здравни грижи в съвременните болнични структури.
- Влиянието на европейската и световна литература в сферата на сестринските грижи показва, че е необходимо съвременната практика за сестрински грижи да бъде основана на теоретично конструирани и описани модели, които да гарантират адекватната организация на грижите.
- Условието на здравноосигурителната система и тенденцията за непрекъснато нарастване на потребностите от здравни грижи в Европа и страната ни обуславят нуждата от въвеждане и прилагане на нови модели за осигуряване на здравни грижи.
- Задоволяването на повишените потребности на пациентите и условията на конкурентна среда за болниците, създават възможности за прилагане на нови и съвременни подходи за организация на сестринските грижи в съвременната болница.
- През последните години значително място се определя на професионалната отговорност и автономност на сестринската професия, което може да бъде осъществено чрез разработване и въвеждане в практиката на научно доказани и ефективно обосновани модели, отговарящи на съвременните тенденции на здравните политики и мениджмънт.

- Промяната в организацията на здравните и по-конкретно на сестринските грижи е необходимо да се осъществява на основата на теоретичните и концептуални модели, описани и утвърдени в световната и европейска практика.

- Ролята на сестринските грижи при пациенти със сърдечно-съдови заболявания е от особено значение, както в условия на спешност и по време на хоспитализацията, така също и в цялостния процес на превенция и рехабилитация.

- Пациентите с остър миокарден инфаркт имат необходимост от непрекъснато наблюдение и извършването на скъпо струващи и модерни медицински инвазивни изследвания. Ето защо организацията на сестринските грижи и планирането на дейностите от медицинската сестра са съществен елемент от ефективното и качествено болнично лечение.

Формулирана научна хипотеза

Осигуряването на качествени сестрински грижи за пациентите с поставена диагноза ОМИ е възможно да бъде осъществено в съвременните болнични структури чрез разработване на организационен модел за грижи, основаващ се на водещите в теорията на грижите концептуални модели и отразяващ основните етапи на грижите за тези пациенти: спешност, интензивност, оперативна интервенция и терапевтични грижи. Приоритет в съвременната организация на грижите е тяхното планиране и отчитане на резултатите. Този модел позволява на медицинските сестри да осъществяват в рамките на своите автономни функции определяне на целите за всеки проблем на пациента, определяне на характера и обема на сестринската намеса, необходима за постигането на поставените цели и определяне на продължителността на сестринската намеса.

II. Глава Втора. Цел, задачи и методология на проучването

2.1. Цел и задачи на проучването

Цел на проучването

Да се разработи организационен модел приоритетно ориентиран към създаването на съвременна организация на сестринските грижи за пациенти в критично състояние за живота, каквото е състоянието на пациент с поставена диагноза остър миокарден инфаркт, чрез проучване на организацията на сестринските грижи в болничните структури и социално-медицинските проблеми при тези пациенти.

Задачи на проучването

1. Анализ и социално-медицинска характеристика на пациентите с ОМИ, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец“.
2. Проучване на начина на живот на пациенти със сърдечно - съдови заболявания, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец“.
3. Изследване и анализиране на основните рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти с ОМИ.
4. Проучване на начина на живот свързан с храненето при пациенти със сърдечно-съдови заболявания.
5. Анализиране на съществуващата организация на здравните грижи в болнични условия за пациенти с ОМИ.
6. Разработване на организационен модел за сестрински грижи, отразяващ спешността, интензивността, оперативната дейността и терапевтичните грижи за пациенти с ОМИ.
7. Провеждане на експертна оценка на разработения организационен модел от медицински сестри – експерти по грижи за пациенти с ОМИ.

2.2.Методология на проучването

Предмет на изследването: Организацията на сестринските грижи при пациенти с ОМИ.

Обект на изследването: Пациенти с ОМИ постъпили за болнично лечение в УБ „Лозенец” и медицински сестри от Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец” и Клиника по Кардиология на МБАЛ „Христо Ботев” – Враца.

Техническа единица на наблюдението: УБ „Лозенец”, Клиника по Кардиология и МБАЛ „Христо Ботев” – Враца.

Логическа единица на изследването:

- медицински сестри от Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец” и Клиника по Кардиология на МБАЛ „Христо Ботев” – Враца
- пациенти с ОМИ /постъпили за лечение по КП №51 /Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение/.

Признаци на наблюдение на логическите единици:

- признаци, свързани с диагнозата ОМИ и придружаващи заболявания
- признаци, свързани със социалната характеристика на пациентите
- признаци, свързани с начина на живот на пациенти с ОМИ
- признаци, свързани с основните рискови фактори за ОМИ
- признаци, свързани с организацията на сестринските грижи за пациенти с ОМИ
- признаци, свързани с характеристиките на организационния модел за грижи при пациенти с ОМИ.

Характер и обем на изследването

В проучването се включват пациенти, приети за лечение в КК на УБ „Лозенец“ и са изразили писменото си съгласие за участие в проучването:

- 80 пациенти, приети за лечение по МКБ - Десета ревизия клас IX /Болести на органите на кръвообращението/ през 2012 година.
- 300 пациенти, от Клиниката по Кардиология, разпределени в следните три групи:
 - 100 пациента със сърдечно-съдови заболявания са анкетирани относно начина на живот (2012-2013 година);
 - 100 пациента с ОМИ са анкетирани относно основните рискови фактори и сърдечната криза (2012-2013 година);
 - 100 пациента с ОМИ относно храненето (2011-2012 година).

В проучването са включени медицински сестри, извършващи грижи за пациенти с ОМИ:

- 50 медицински сестри от УБ „Лозенец“
- 20 медицински сестри от МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца
- 15 медицински сестри – експерти – 10 от УБ „Лозенец и 5 от МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца. За експертната оценка са включени старши медицински сестри и медицински сестри с дългогодишна практика в спешен кабинет, интензивен сектор, ангиографски сектор и стационар.

Място и време на проучването

Мястото на проучване е Клиниката по Кардиология на УБ „Лозенец“ и Клиниката по Кардиология на МБАЛ „Христо Ботев“ - Враца. Време за провеждане на проучването – 2012-2013 година.

2.3. Използвани методи на проучването

- Документален метод – медицинска документация, сестринска документация и всички документи, които съдържат информация за болните с ОМИ.

- Социологически метод : анкетно проучване на пациенти и анкетно проучване на медицински сестри. Разработени са анкетни карти и са проведени анкетни проучвания на пациенти и медицински сестри. /Приложения № 1,2,3,4,6/.

- Статистически метод – Обработката и анализът на данните са извършени със статистически пакет SPSS версия 17.0. Резултатите са представени като средни стойности \pm 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.

- Експертна оценка – извършване на експертна оценка на разработения организационен модел.

III. Глава Трета. Резултати от проучването

3.1. Социално-медицинска характеристика на пациентите с ОМИ, постъпили за лечение в Клиника по Кардиология на УБ „Лозенец”

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. 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.

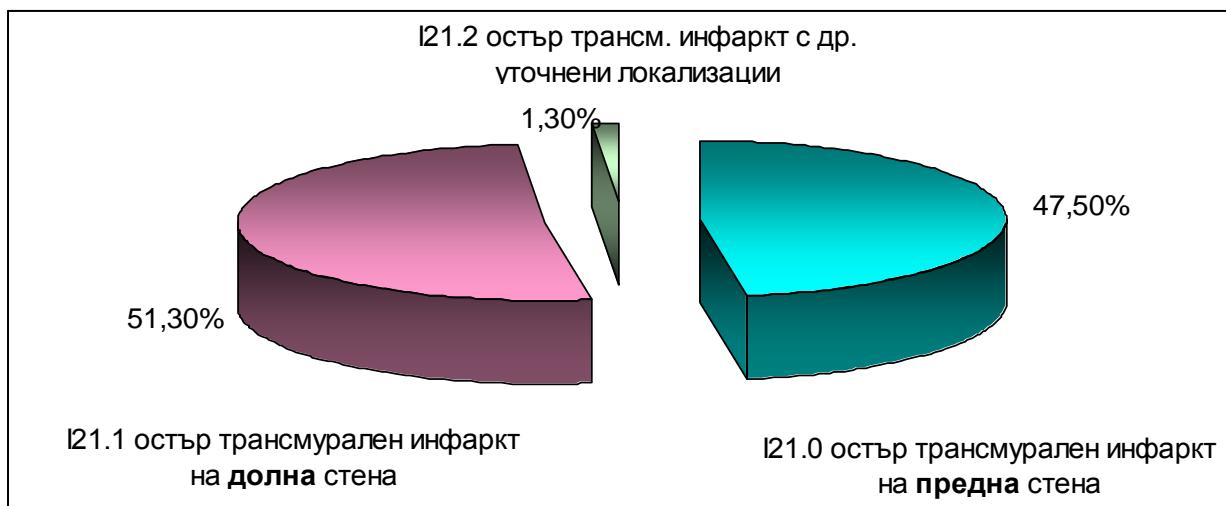
От проведения анализ на болничната документация установихме, че всички пациенти – 80 на брой, постъпили за лечение в интензивен сектор на Клиника по Кардиология в УБ „Лозенец” през 2012 годината са приети по Клинична пътека – Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение. Продължителността на лечението по клиничната пътека е 3 дни, след което пациентите се изписват от интензивен сектор, и се приемат за болнично лечение в КК.

По време на престоя в интензивен сектор, пациентите са на непрекъснато мониторно наблюдение, а при пациенти на които се налага се провежда ангиографско изследване за провеждане на диагностика и лечебни процедури.

Диагнозата остър миокарден инфаркт /ОМИ/ включва инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици /28/дена или по-малко от началото му. В зависимост от локализацията се поставят следните диагнози: Остър трансмурален инфаркт на миокарда на **предна** стена, Остър трансмурален инфаркт на миокарда на **долна** стена, Остър трансмурален инфаркт на миокарда с **други** уточнени локализации. Пациентите се приемат за лечение по КП № 51 Остър коронарен синдром с

персистираща елевация на ST сегмент с фибринолитик, с минимален болничен престой 24 часа.

Фигура №. 1 **Разпределение на пациентите по МКБ – 10**

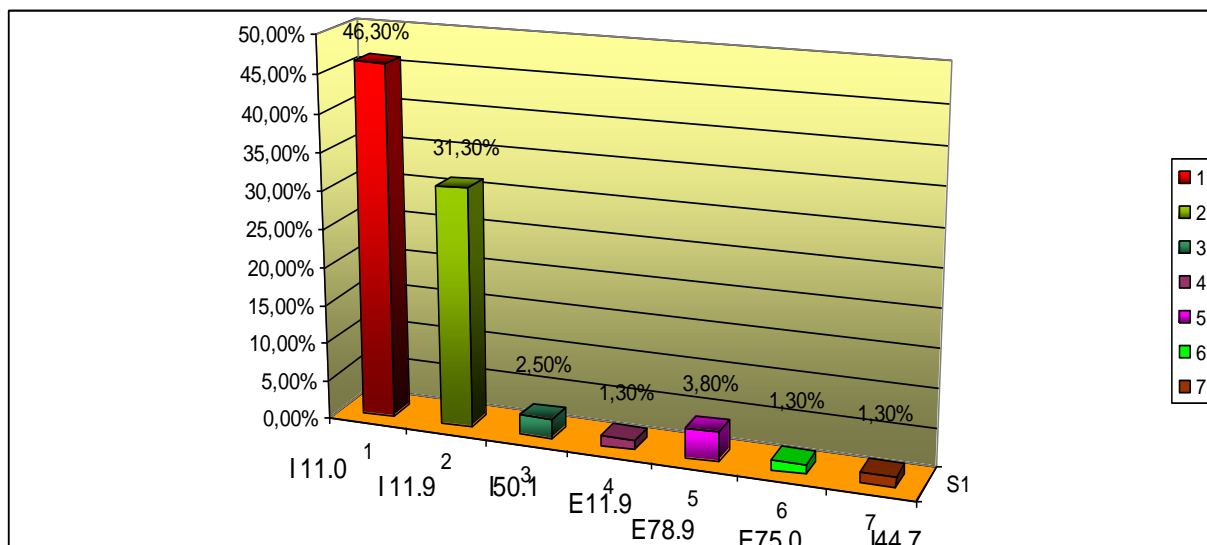


Пациенти с диагноза **I 21.0** Остър трансмурален инфаркт на миокарда на **предна** стена са 47,50% от общия бой на приетите пациенти. С диагноза **I 21.1** - Остър трансмурален инфаркт на миокарда на **долна** стена са 51,30%, а тези с **I 21.2** - Остър трансмурален инфаркт на миокарда с **други** уточнени локализации са 1,30%.

Поставянето на тези диагнози се извършва след провеждането на коронарография. За организацията на сестринските грижи тези диагнози не дават съществено отражение, но медицинските сестри трябва да бъдат достатъчно добре запознати и информирани относно точната диагностика на заболяванията и да познават спецификата в клиниката на тези болести.

Медицинските сестри в интензивен сектор подготвят пациента за коронарографията и извършват грижи след извеждането на пациента от отделението. Ето защо тя трябва да притежава знания и професионална квалификация да извършва специални сестрински грижи при пациенти с различни здравословни проблеми.

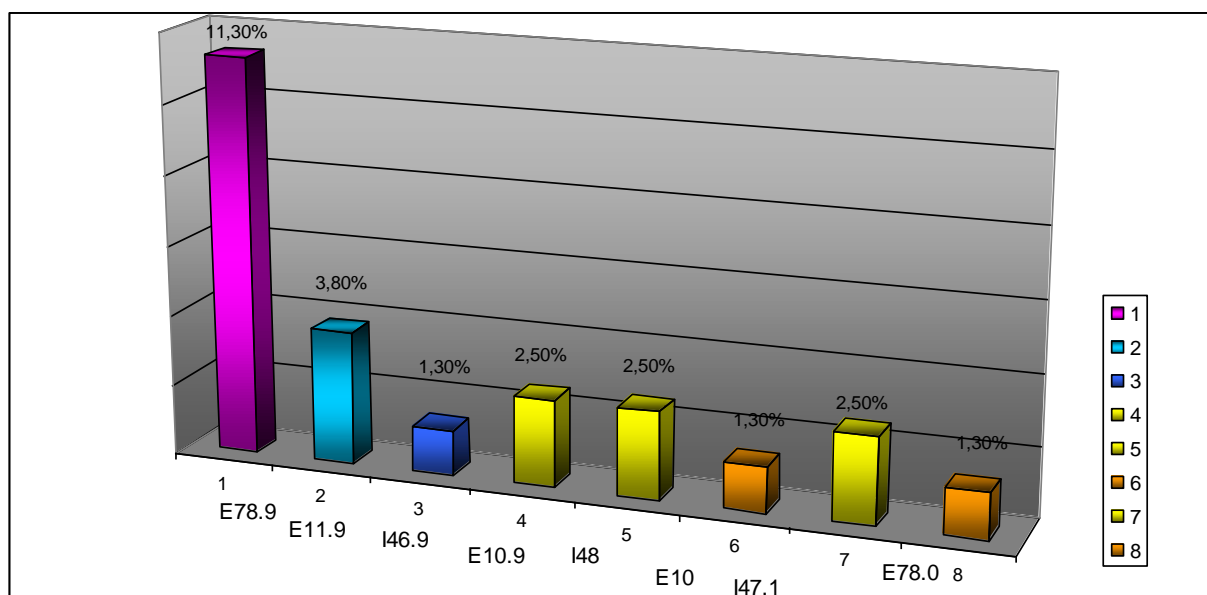
Фигура №. 2 **Разпределение на пациентите по втора МКБ диагноза**



Не всички пациенти, приети с диагноза ОМИ имат втора диагноза по МКБ. С хипертонична болест на сърцето са 46,30%, с хипертонично сърце без застойна сърдечна недостатъчност са 31,30%, лявокамерна недостатъчност - 2,50%, с неинсулинов диабет – 1,30%, разстройство на обмяната на липопротеините – 3,80%, нарушение на натрупването на липидите – 1,30%, ляв бедрен блок - 1,30%.

Наличието на други диагнози при пациентите с ОМИ определя необходимостта от изработването на индивидуален план за сестрински грижи, тъй като по този начин се създава организация за грижите отговаряща на индивидуалните потребности на всеки един пациент. Някои от тези заболявания са хронични, като хипертоничната болест и това означава, че медицинската сестра трябва да има достатъчно информация относно начина на живот на пациента, относно рисковите фактори, както и провежданата терапия от общопрактикуващия лекар и от кардиолога в извънболничната помощ.

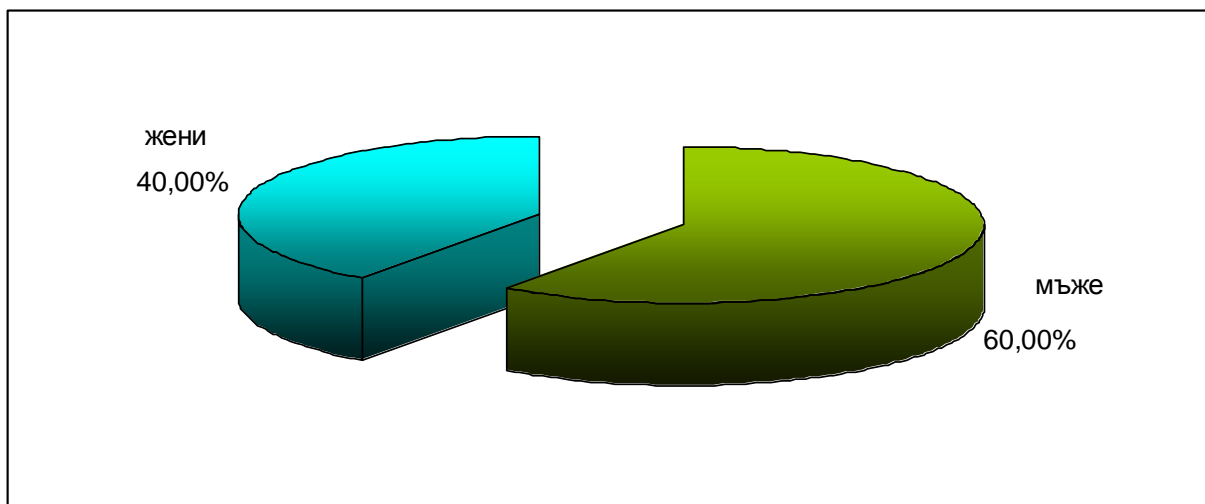
Фигура №. 3 **Разпределение на пациентите по трета МКБ диагноза**



Значително по-малко пациенти имат трета диагноза по МКБ – 26,30%. С разстройство на обмяната на липопротеините са 11,30%, с хипертонично сърце без застойна сърдечна недостатъчност – 3,80%, спиране на сърцето – 1,30%, инсулинозависим диабет – 2,50%, предсърдно мъждене и трептене - 2,50%, неинсулинозависим диабет – 1,30%, надкамерна тахикардия – 2,50%, хиперхолестеролемия – 1,30%.

Резултатите от проведения корелационен анализ показват, че не съществува статистически значима зависимост между броя на диагнозите и пола, както и между възрастта и броя на диагнозите ($p > 0,0001$).

Ролята на медицинската сестра при грижите за тези пациенти е от изключителна отговорност, защото те много често водят до летален изход или лечението, което се провежда изисква и допълнителни знания относно прилагането на лекарствени препарати, чиито концентрации трябва да се познават, както и възможните взаимодействия между различните видове лекарства.



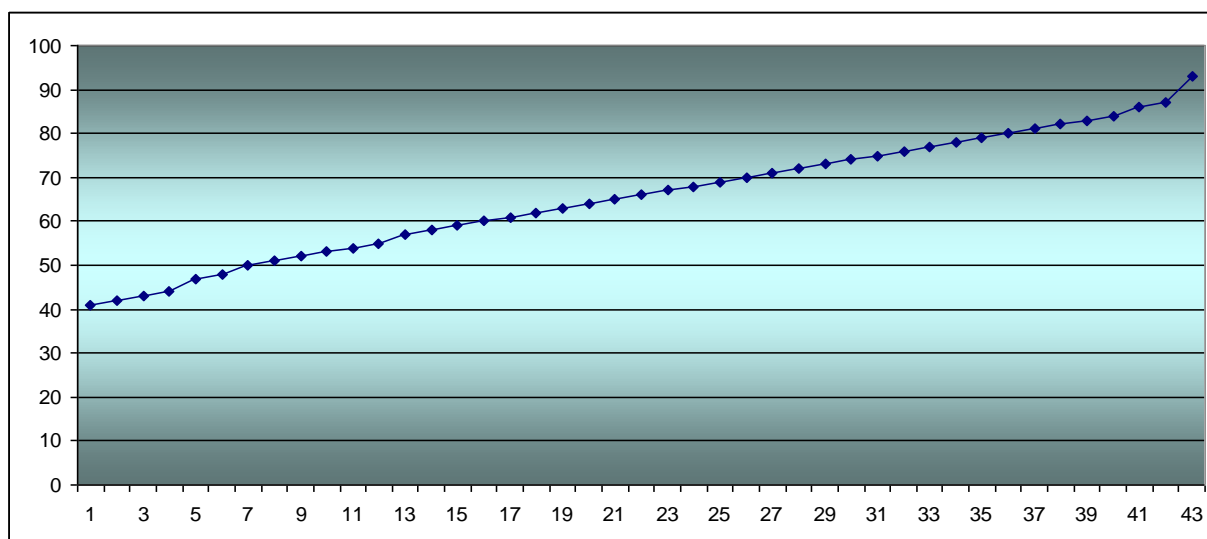
От медицинската документация на пациентите става ясно, че 60,00% от постъпилите за лечение в интензивен сектор са мъже, а 40,00% са жени. Тези статистически данни показват, че по-голямата част от пациентите са мъже. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъжете с диагноза ОМИ. 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 ($p > 0,0001$).

Организацията на работа в интензивен сектор е приоритетно насочена към непрекъснатото наблюдение на пациентите и настаняването им в едно общо помещение. Различният пол на пациентите съответно изисква и спазването на правата на пациента, както и запазване на неговата автономност, което предполага съобразителност от страна на медицинските сестри и осигуряване на необходимия психологически комфорт.

Фигура № 5

Разпределение на пациентите по възраст



От анализа на данните става ясно, че пациенти до 40 годишна възраст няма. Средната възраст на пациентите приети за лечение е $65,66 \pm 12,84$ години. Най-възрастния пациент е 93 годишен.

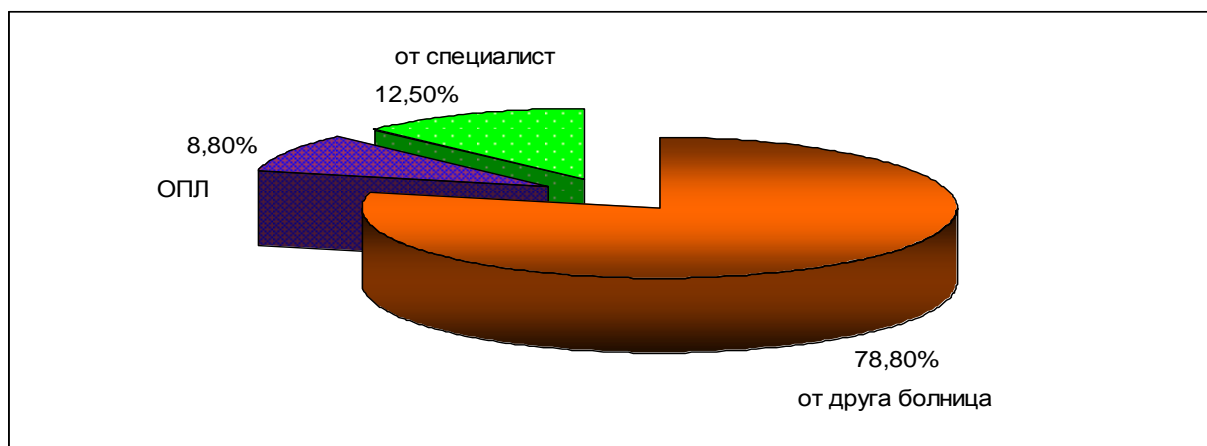
Данните от корелационния анализ показват, че няма статистическа зависимост между възрастта и поставената диагноза ($p > 0,0001$).

Тези резултати показват, че най-рисковата група за това заболяване са хората и по-конкретно мъжете на възраст над 61 години. Това са хора в пенсионна възраст, които все още са пълноценни и способни за активна професионална дейност, но от съществено значение е и здравословното им 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.

Фигура № 6

Насочване на пациентите за хоспитализация



Резултатите показват, че най-голям брой пациенти са приети след постъпването им в друго болнично заведение – 78,80%, от общопрактикуващ лекар са насочени – 8,80% от пациентите, а от специалист – 12,50%. 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 оскъпяване на лечението.

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.

Таблица № 7

Разпределение на пациентите по региони

Област	Отн. Дял%
София	51,06
Софийска област	34,04
Област Смолян	2,12
Област Перник	4,25
Област Благоевград	2,12
Област Кюстендил	4,25
Област Пловдив	2,12

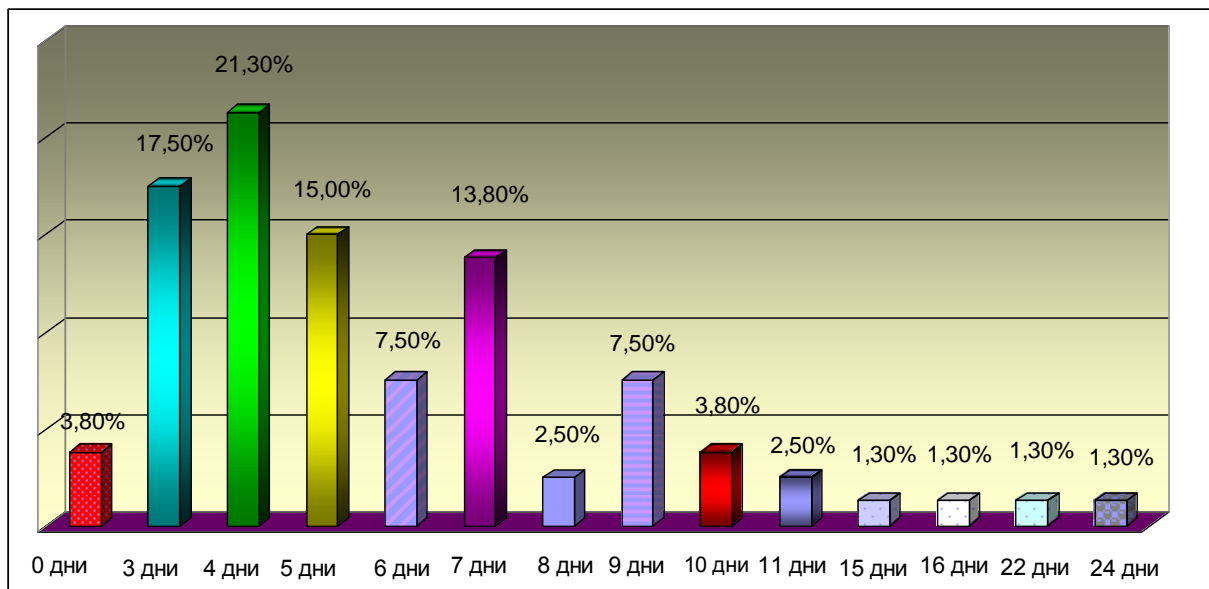
Най-голям е броят на пациентите от гр. София – 51,06%, следвани от тези от Софийска област – 34,04%. Това са по-голямата част от обслужваните в болницата пациенти.

Спешното транспортиране на пациентите с ОМИ е един от основните фактори за ефективното лечение. Това определя до голяма степен и контингента от пациенти, които са постъпили в интензивен сектор.

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.

Постъпването на пациентите за болнично лечение зависи значително от тяхната информираност и своевременно насочване към общопрактикуващия лекар или към лекар – специалист.

Фигура № 7 **Разпределение на престоя на пациентите в Интензивен сектор**



Престоят на пациентите по клинична пътека е регламентиран от 3 дни. Само 17,50% от включените в проучването пациенти са престояли в интензивен сектор толкова време. Починали пациенти в спешен кабинет – 3,80%, в продължение на 4 дни са лекувани 21,30% пациенти, 5 дни е

престоя на 15,00% пациенти, 6 дни – 7,50%, 7 дни – 13,80%, 8 дни – 2,50%, 9 дни – 7,50%, 10 дни – 3,80%, 11 дни – 2,50%, 15 дни – 1,30%, 16 дни – 1,30%, 22 дни – 1,30% и 24 дни – 1,30%.

Тези данни показват, че времето от 3 дни е изключително недостатъчно за интензивни грижи и наблюдение на пациенти с ОМИ. Необходимо е да се подхожда изключително индивидуално към всеки един пациент за да може да се постигнат желаните резултати от лечението. ОМИ е заболяване, което се лекува успешно през последните години, а грижите трябва да отговарят на индивидуалните потребности на всеки един пациент.

Изписани след проведеното лечение са 95,74%, а починалите са 4,25% от пациентите. Тези резултати показват успешното прилагане на съвременните медицински постижения и ефективността на сестринските грижи, положени за тези пациенти. Интензивното наблюдение и грижи изискват непрекъснато повишаване на квалификацията на медицинските специалисти, както и въвеждането в практиката на нови технологии. Ето защо и организацията на сестринските грижи в интензивните сектори трябва непрекъснато да се актуализира и променя в съответствие с по-сложните медицински технологии.

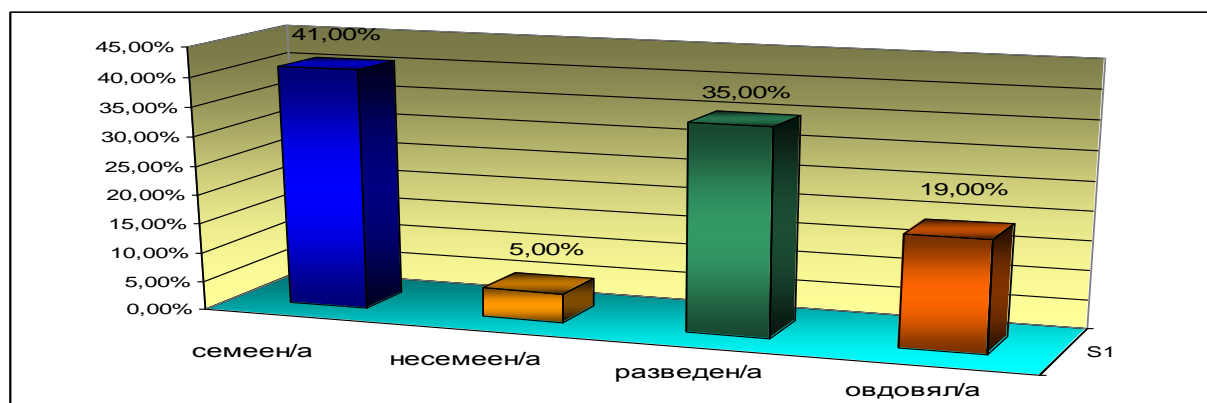
Необходимо е да се въведат стандартни технически фишове и протоколи, както и възможности за използване на съвременните информационни системи за оптимално разпределяне на задачите и времето за комуникация и наблюдение на пациента.

3.2. Начин на живот на пациенти със сърдечно - съдови заболявания

Определянето на потребностите от грижи за пациентите със сърдечно-съдови заболявания е възможно при по-задълбочено изучаване на техния начин на живот. Проведохме анкетно проучване за някои от основните показатели в начина на живот на пациенти, които са постъпили в КК на УБ “Лозенец” за лечение. В проучването са включени 100 пациента, като анкетиранието е проведено през първото шестмесечие на 2012 година.

Семейното положение на пациент със сърдечно-съдово заболяване е съществен фактор за начина на живот. То се отразява на емоционалното състояние, на предписаното лечение, на мотивацията за спазване на здравословен начин на живот.

Фигура № 8 Семейно положение на анкетираните пациенти

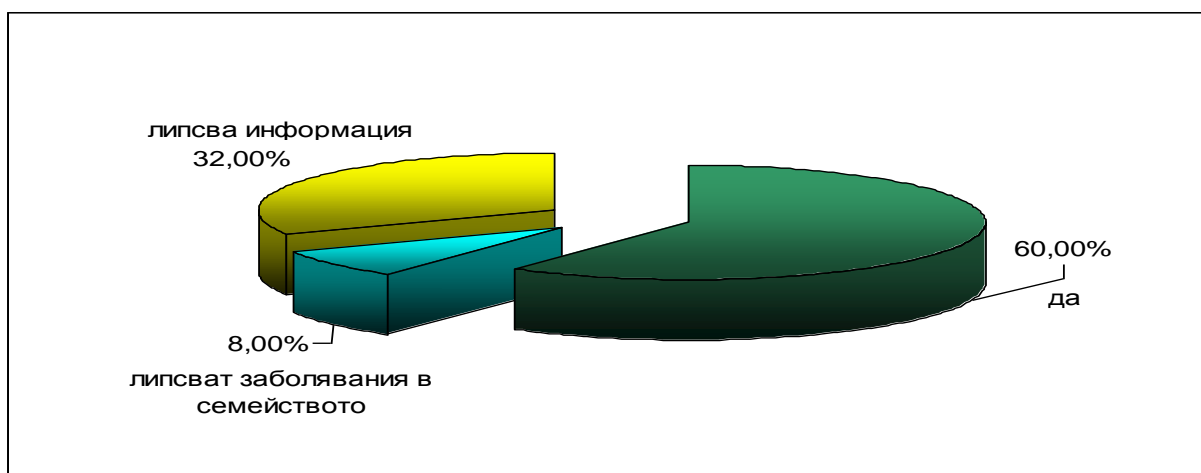


Семейни са 41,00% от анкетираните пациенти, останали без партньор са 35,00% - след смърт на близкия и 19,00% след развод. Несемейни са само 5,00%. Тези данни показват, че основно проблеми от сърдечно-съдов характер имат хората в семейно положение.

Семейните хора имат сериозни отговорности, а сърдечно-съдовите заболявания не променят значително начина на живот на хората. Необходимо е обаче да се спазват определени препоръки по отношение на назначената терапия, физическото и психическото натоварване, както и спазването на диетичния режим.

Фигура № 9

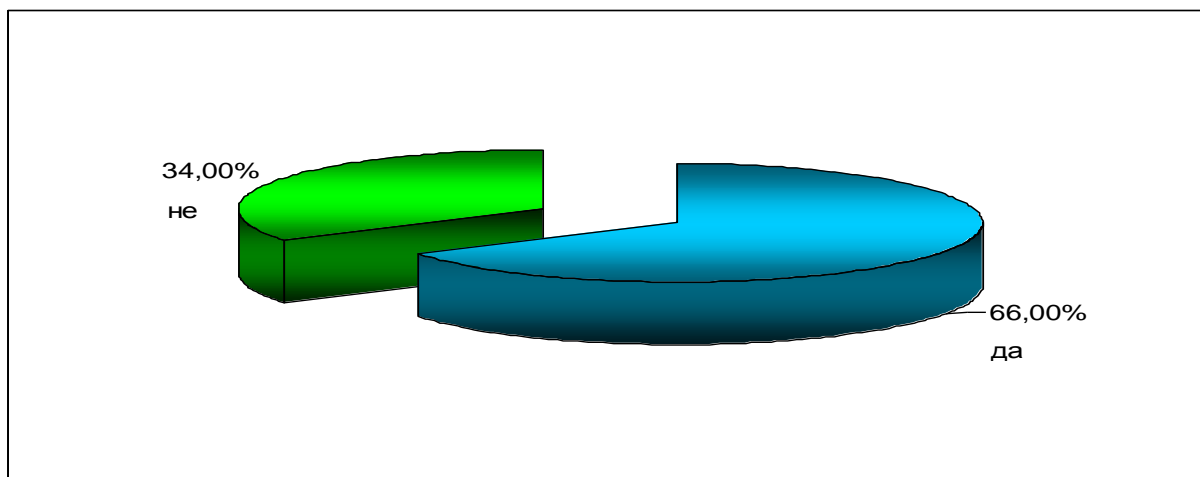
Информираност на анкетираниите лица относно наследствени сърдечно – съдови заболявания



Много сърдечно-съдови заболявания могат да бъдат унаследени. Голяма част от предразполагащите гени са предразполагащи за развитието на рисковите фактори на сърдечно-съдовите заболявания. Високото артериално налягане е наследствено обусловено. 60,00% от анкетираниите лица съобщават, че имат информация за сърдечно-съдови заболявания на своите родители. 32,00% - нямат информация за сърдечно-съдови заболявания в семейството си, или незнаят за съществуващо такова. При 8,00% от анкетираниите лица липсват сърдечно-съдови заболявания в семейството.

Тези резултати показват, че по-голямата част от пациентите със сърдечно-съдови заболявания са израстнали 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.



Според получените резултати, артериалното кръвно налягане редовно измерват 34,00% от пациентите, а 66,00% от тях прибегват до неговото измерване само когато получат някакви оплаквания - силно главоболие, сърцебиене или задух.

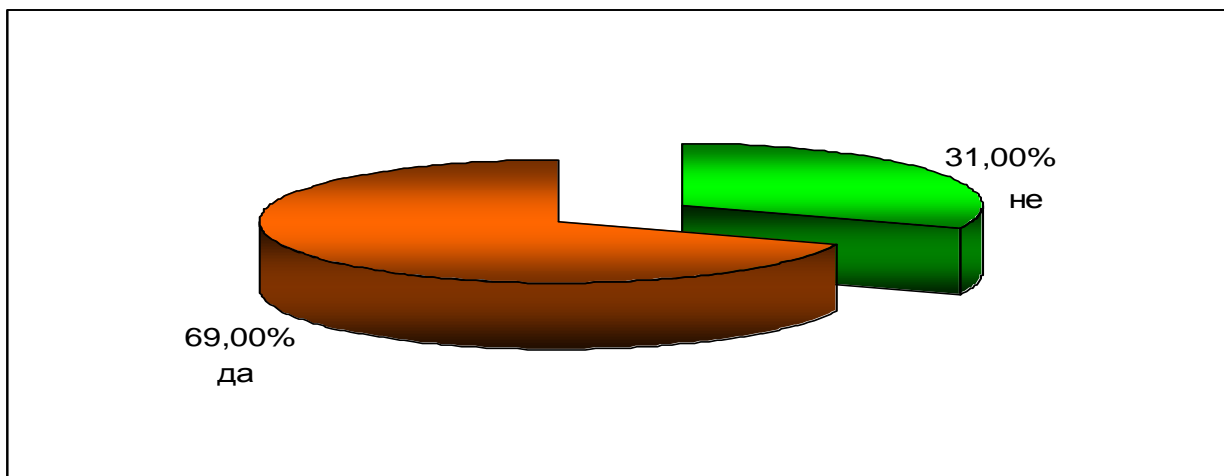
Високото кръвно налягане уврежда кръвоносните съдове. Това от своя страна повишава риска от инсулти, болест на сърцето и инфаркт.

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.

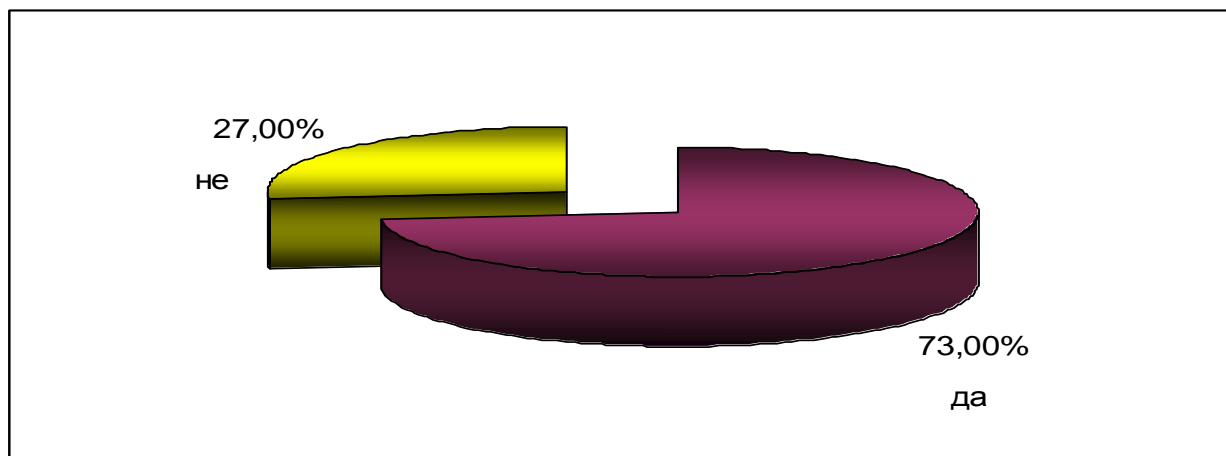
Фигура № 11 **Разпределение на пациентите преживели хипертонична криза**



По-голямата част от анкетиранияте пациенти (69,00%) от анкетиранияте пациенти посочват, че са преживявали хипертонична криза, а 1/3 от анкетиранияте отговарят отрицателно на този въпрос. Малка част от анкетиранияте лица съобщават за появяване 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.

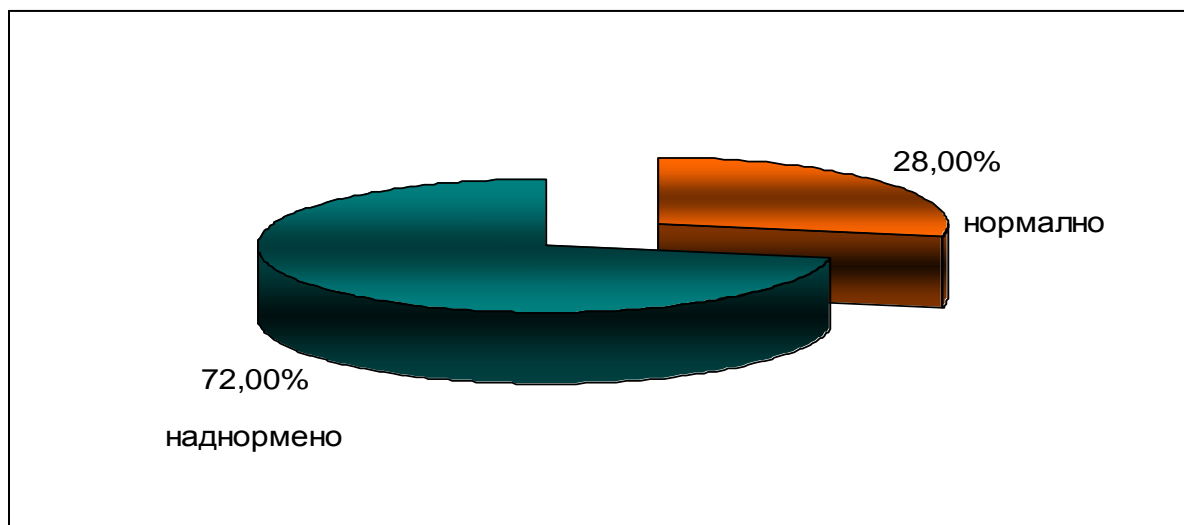
Пациентите със сърдечно-съдови заболявания освен, че трябва да са добре обучени за да измерват и проследяват артериалното си налягане ежедневно, те трябва да са информирани по отношение на тяхното поведение при хипертонична криза.



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.

Получените данни показват, че 73,00% от пациентите със сърдечно-съдово заболяване 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 27,00% от анкетираните лица липсва захарен диабет.

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.

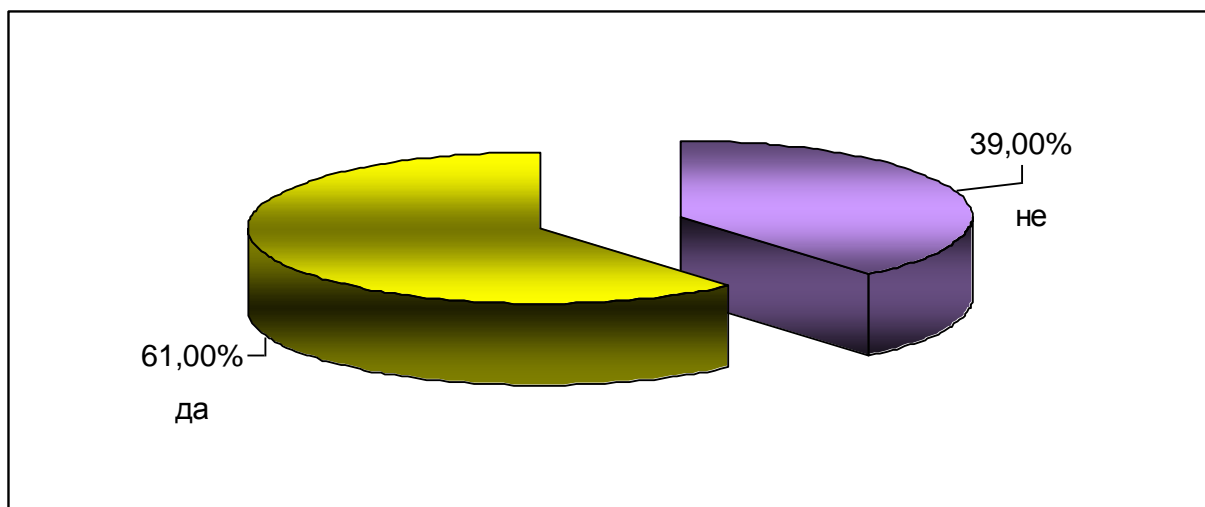


Телесното тегло е важен показател за здравословен начин на живот, както при здравите хора, така и при болните. Дългогодишни проучвания показват, че при пациенти със сърдечно-съдови заболявания е желателно поддържане на телесното тегло само в нормални граници.

Резултатите показват, че по-големият относителен дял – 72,00% от респондентите определят теглото си като „наднормено”. С нормално тегло са само $\frac{1}{4}$ от анкетираниите пациенти.

Наднорменото тегло повишава риска от развитието на тежки заболявания, каквито са атеросклерозата, сърдечната недостатъчност, нарушенията на мастната обмяна и др.

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.

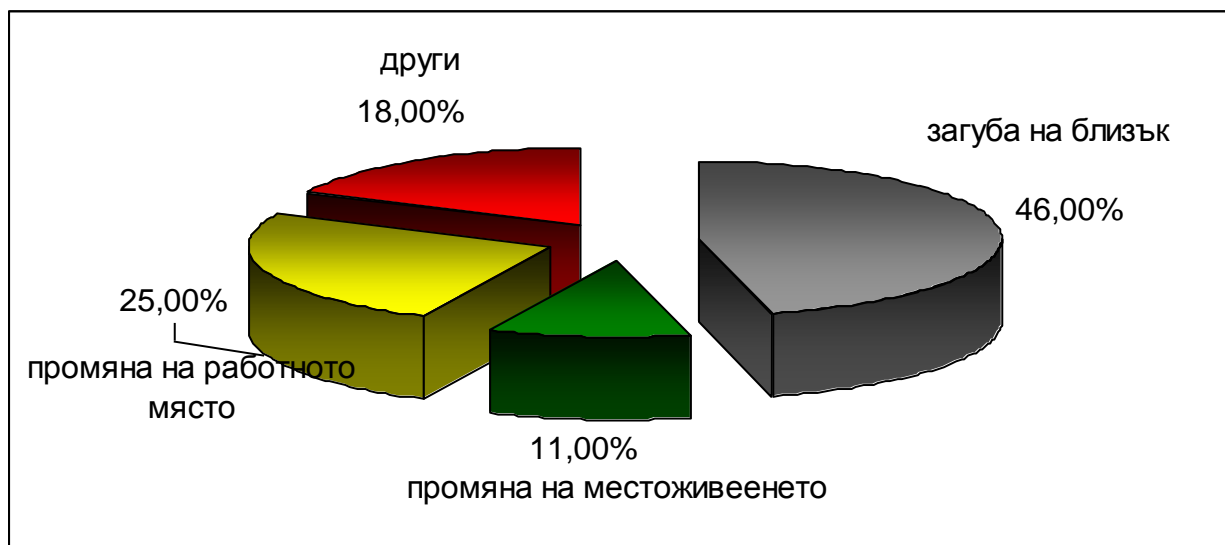


Повече от половината анкетирани пациенти със сърдечно-съдови заболявания – 61,00% посочват, че са пушачи. Непушачите са само 39,00%.

Получените данни съвпадат с установените тенденции, че тютюнопушенето е един от основните фактори за развитието на сърдечно-съдовите заболявания.

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 ИБС при пушещите над 20 цигари дневно е 2,5 пъти по-висок, отколкото при непушачите, а заболеваемостта от ИБС се наблюдава над 3 пъти по-често при пушачите. Тютюнопушенето повишава както заболеваемостта, така и смъртността от ИБС.

Установява се статистически значима зависимост между тютюнопушенето и телесното тегло при пациентите със сърдечно-съдови заболявания ($p < 0.0001$).

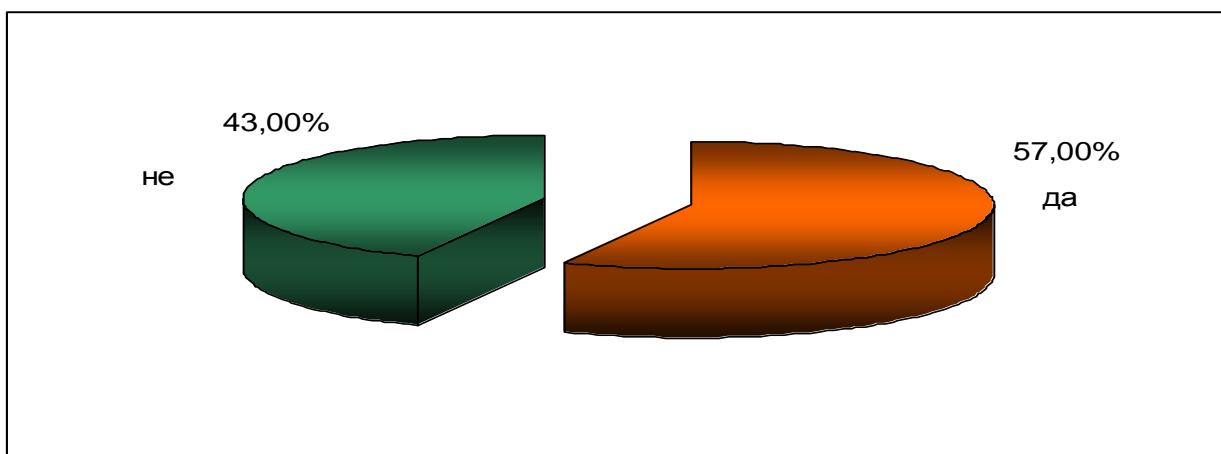


Стресът се определя като състояние на организма, което настъпва в резултат на необикновено продължително дразнение. В резултат се отделя голямо количество стресови хормони. Тяхното действие е сведено най-вече до повлияване функциите на сърдечносъдовата система. Стресовите хормони:

- повишават артериалното налягане
- могат да доведат до сърдечен инфаркт и др. сърдечно-съдови заболявания.

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 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.

Установява се статистически значима зависимост между преживяната стресова ситуация и измерването на артериалното налягане и преживяването на хипертонична криза ($p < 0.0001$).



Едно от най-стресовите места е работното: продължителните ядове там удвояват риска от инфаркт. 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.

При 57,00% от анкетираниите лица е налице психическо напрежение и стрес на работното място.

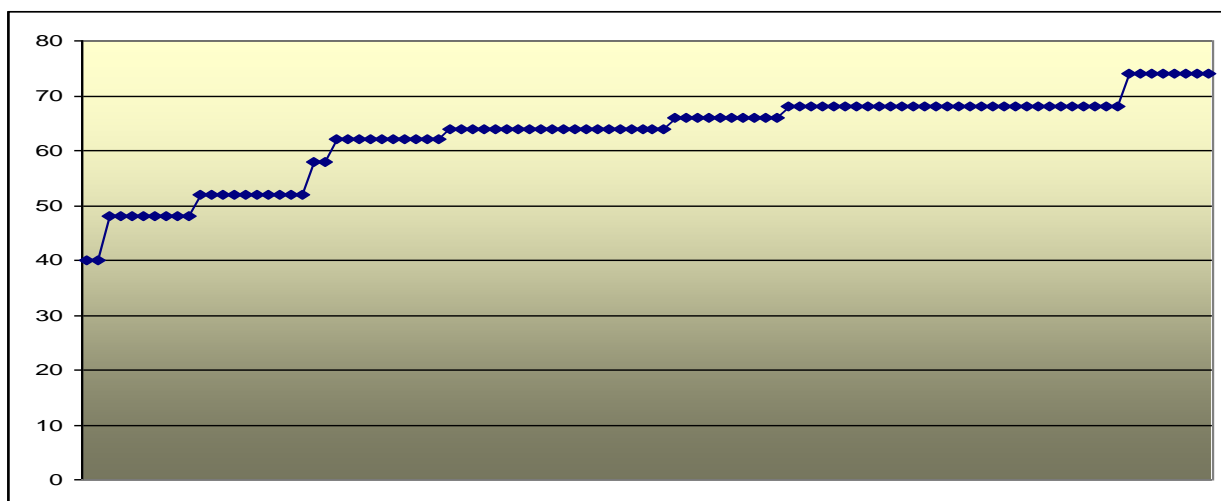
При 43,00% от анкетираниите работата им не е свързана със психическо напрежение и стрес.

Установява се статистически значима зависимост между психическото напрежение на професията и преживяната хипертонична криза, както и между психическото напрежение и захарния диабет ($p < 0.0001$).

3.3. Основни рискови фактори и характеристика на сърдечната криза при пациенти с ОМИ

При проведеното анкетно проучване на пациентите с ОМИ, приети за лечение в болницата са поставени някои от въпросите свързани с основните рискови фактори – възраст, пол, телесно тегло, тютюнопушене, сърдечни кризи, информираност на пациентите и др., както и въпроси свързани с преживяната сърдечна криза – описание на болката, клинични прояви на кризата, транспортиране до лечебното заведение. В проучването са включени 100 пациенти с поставена диагноза ОМИ за времето от м.януари 2012 година до месец декември 2013 година.

Фигура № 17 **Възрастова характеристика на пациентите с ОМИ**

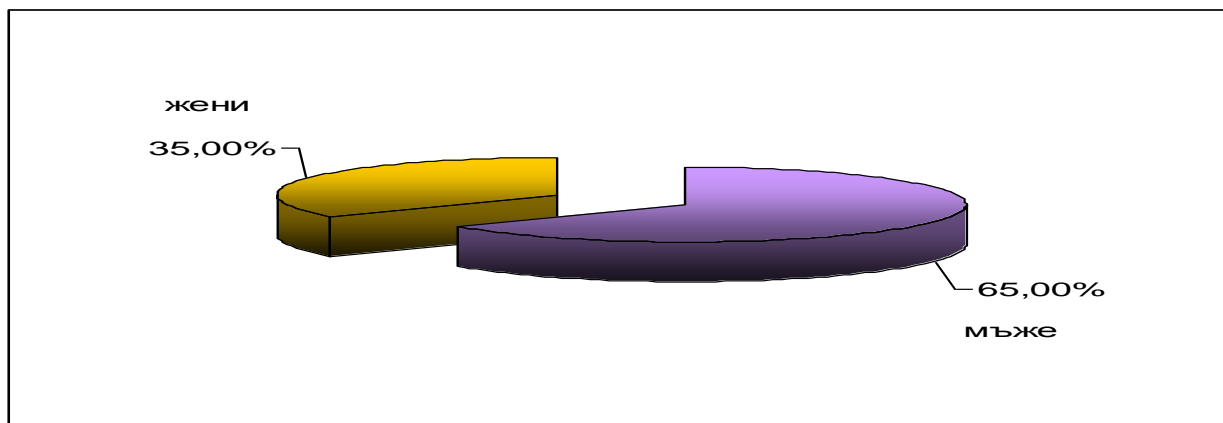


От анализа на данните става ясно, че пациенти под 43 годишна възраст няма. Средната възраст на пациентите приети за лечение е 63,25 години. Най-възрастните пациенти – 8 на брой са на възраст 74 години.

Тези резултати показват, че най-рисковата група за това заболяване са хората на възраст над 63 години. Това са хора, които все още са пълноценни и способни за активна професионална дейност, но от съществено значение е и здравословното им състояние. Възрастовите промени са важен и съществен фактор при редица заболявания и преди всичко при сърдечно-съдовите.

Фигура № 18

Разпределение на пациентите с ОМИ по пол

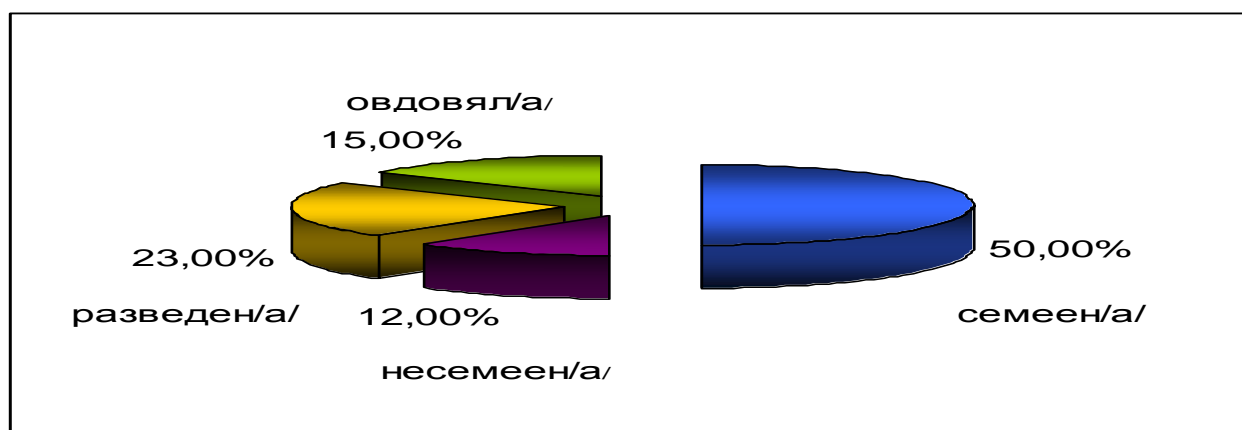


Резултатите показват, че мъжете са почти два пъти повече от жените, на които е поставена диагноза ОМИ. Това недвусмислено доказва, необходимостта от превенция на сърдечно-съдовите заболявания особено при мъжете.

Проведеният регресионен анализ показва, че полът на пациента оказва влияние върху останалите рискови фактори – семейно положение, тегло, фамилна обремененост, захарен диабет, стрес, тютюнопушене и хипертонична криза($p < 0.0001$).

Фигура № 19

Разпределение на анкетираните според семейното положение

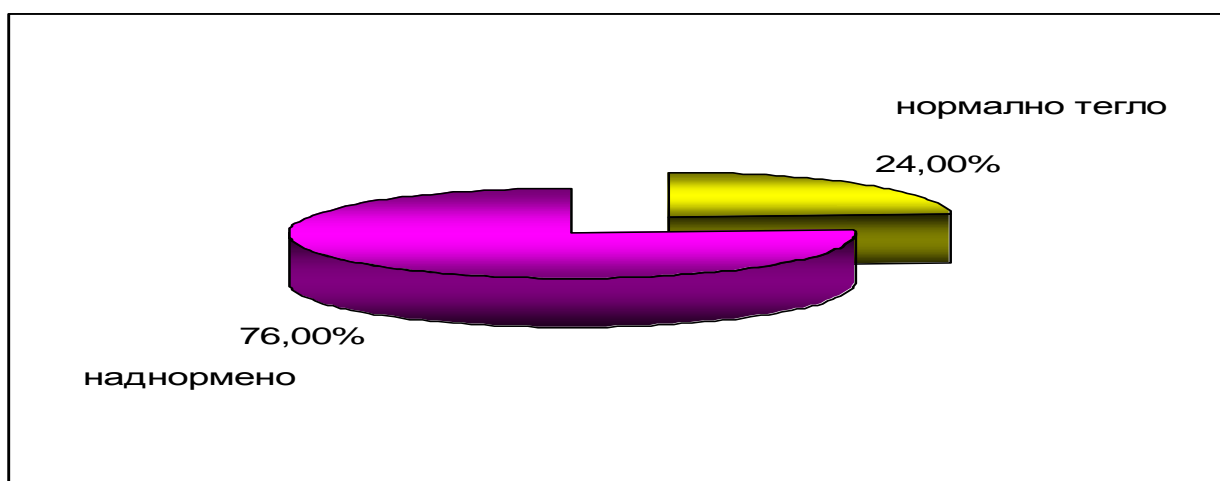


Получените данни показват, че най-голям е относителният дял на семейните пациенти, които са половината от анкетираните. Несемейните пациенти са най-малко и те са 12,00% . Разведените са близо една четвърт от

всички анкетираните, а останалите сами поради настъпване на смърт на съпруга или съпругата са 15, 00%. Ето защо определено може да се каже, че подложени на риск от заболяване са преди всичко семейните пациенти. Семейството естествено води до редица отговорности и проблеми, които се отразяват на здравословното състояние на човека, което налага по-задълбочени проучвания по тази тема.

Проведеният регресионен анализ показва, че семейното положение на пациента оказва влияние върху останалите рискови фактори – пол, тегло, фамилна обремененост, захарен диабет, стрес, тютюнопушене и хипертонична криза($p < 0.0001$).

Фигура № 20 **Разпределение на пациентите според телесното тегло**

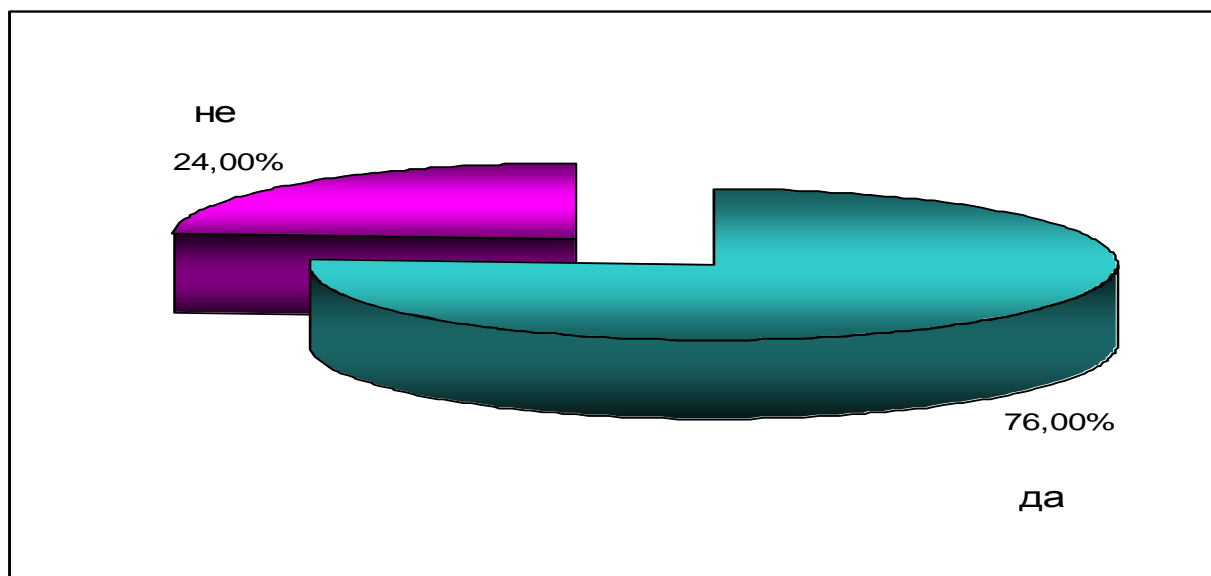


Резултатите показват, че по-големият относителен дял – 76,00% са респондентите, които определят теглото си като „наднормено”. С нормално тегло са близо $\frac{1}{4}$ от анкетираните пациенти.

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.

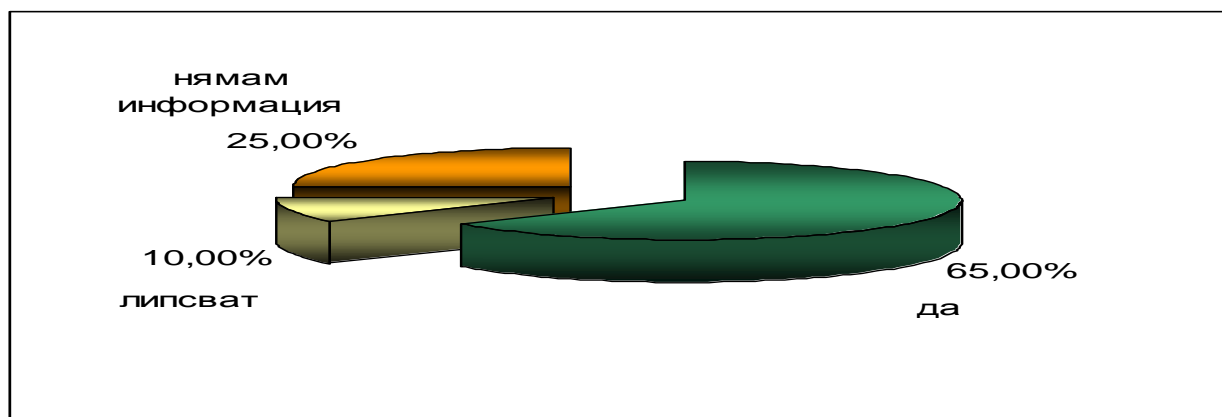
Корелационният анализ показва, че телесното тегло на пациента оказва влияние върху останалите рискови фактори – семейно положение, пол, фамилна обремененост, захарен диабет, стрес, тютюнопушене и хипертонична криза($p < 0.0001$).

Фигура № 21 **Разпределение на анкетираните според психическото натоварване на професията**



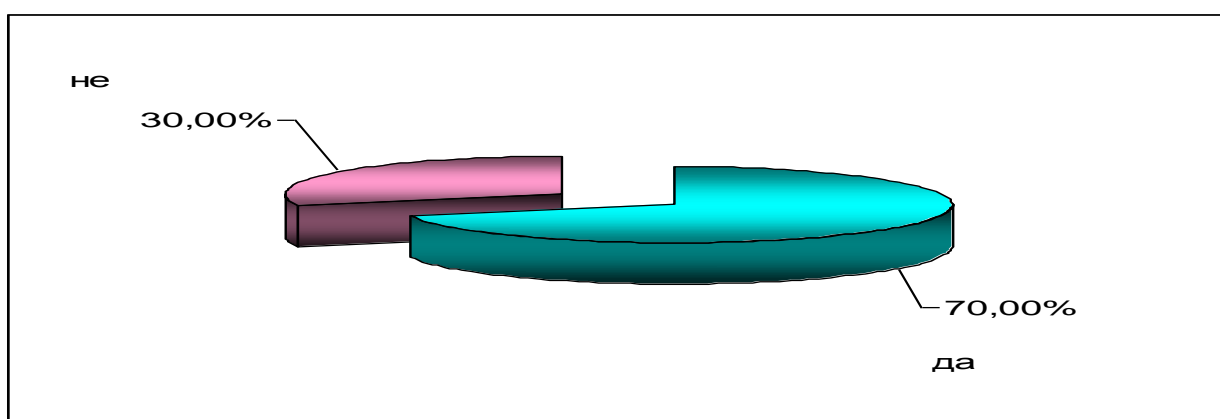
Определено може да се каже, по-голямата част от пациентите / 76,00%/ са с професии, които имат голямо психическо натоварване. Отрицателен отговор са посочили една четвърт от анкетираните. Ето защо може да се каже, че при професии, които имат по-високо психологическо натоварване хората са предразположени за развитие на това заболяване.

Фигура № 22 **Информираност относно наследствени сърдечно-съдови заболявания**



Според получените резултати, значителна част от пациентите – 65,00 % са информирани относно заболявания на сърдечно-съдовата система на своите роднини. Една четвърт посочват, че нямат информация за заболявания на близиките. Само 10,00% от пациентите посочват, че липсват заболявания на близките им.

Фигура № 23 **Разпределение на пациентите според наличие на захарен диабет**

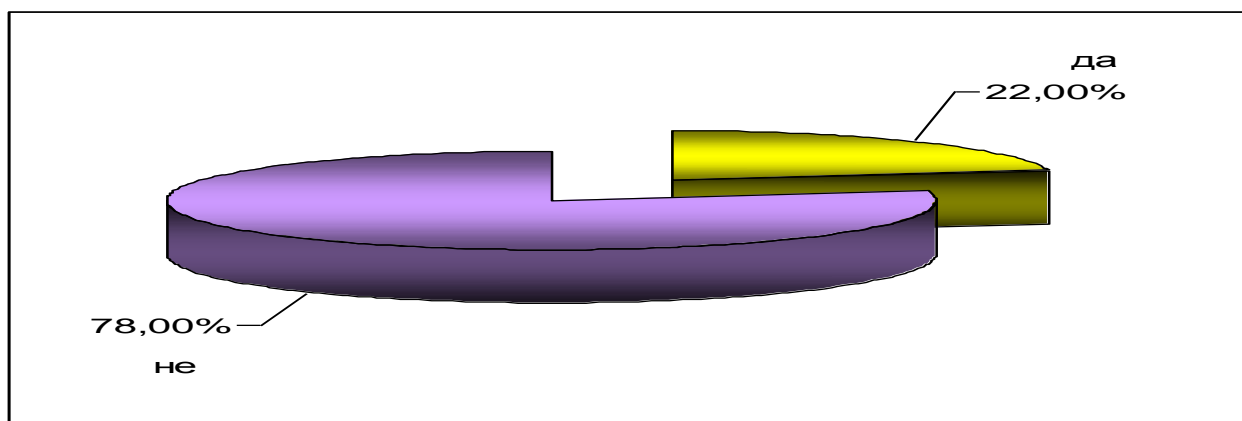


Дълготрайното високо ниво на кръвната захар ускорява развитието на атеросклероза. В резултат на това, всички големи кръвоносни съдове в организма се покриват с атеросклеротични плаки. Това е най-ясно изразено при кръвоносните съдове, хранещи сърцето (коронарните артерии), главния мозък и долните крайници.

Получените данни показват, че 70,00% от пациентите със сърдечно-съдово заболяване имат и придружаващо заболяване – захарен диабет. Това са близо 2/3 от анкетираните пациенти и са резултати, които показват една тревожна тенденция, че пациентите със захарен диабет са потенциално застрашени от сърдечно-съдово заболяване.

Проведеният регресионен анализ показва, че наличието на захарен диабет при пациентите оказва влияние върху останалите рискови фактори – семейно положение, тегло, фамилна обремененост, пол, стрес, тютюнопушене и хипертонична криза($p < 0.0001$).

Фигура № 24 Разпределение на пациентите според редовно измерване на артериалното налягане



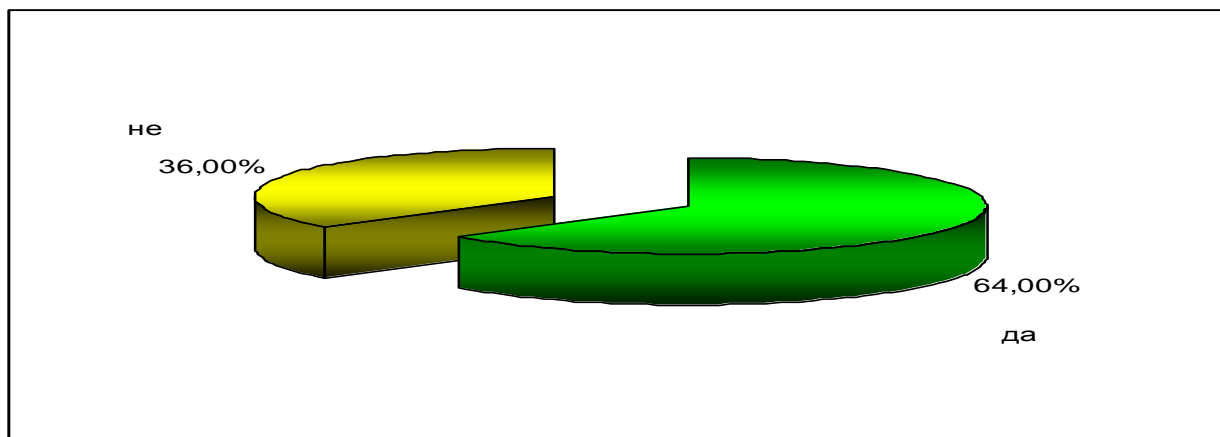
Артериалното кръвно налягане редовно измерват 22,00% от анкетираните, а 78,00% от тях прибъгват до неговото измерване само когато получат силно главоболие, сърцебиене или задух. Високото кръвно налягане уврежда кръвоносните съдове. Това от своя страна повишава риска от инсулти, бъбречна недостатъчност, болест на сърцето 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.

Най-съществените усложнения на високото кръвно налягане включват болест на сърцето, инфаркт, застойна сърдечна недостатъчност, инсулт,

бъбречна недостатъчност и заболяване на периферните артерии, особено аневризми и торбовидни разширения на аортата.

Фигура № 25 **Разпределение на пациентите според наличие на
хипертонична криза**

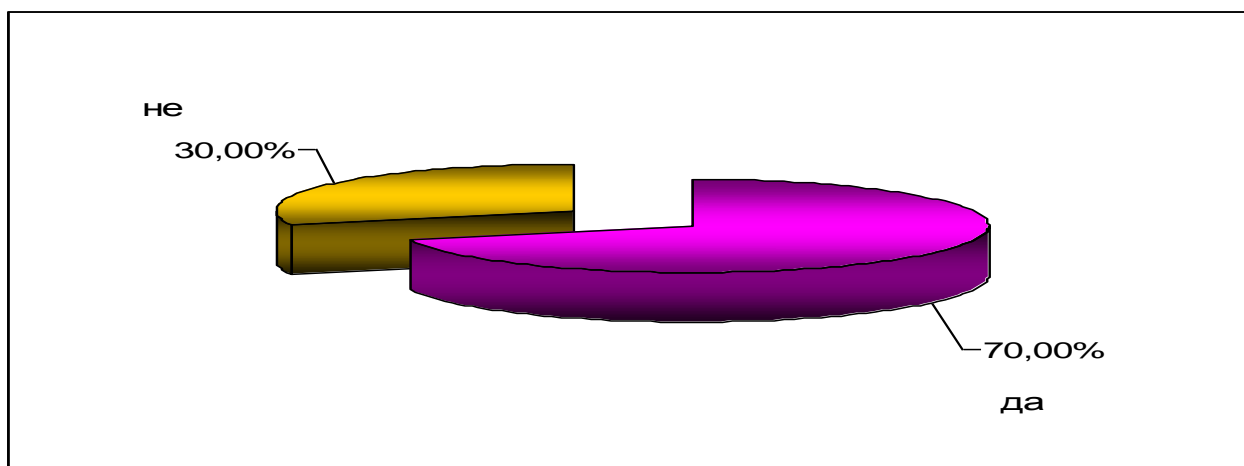


Нерядко хипертонията е наричана "тихият убиец", тъй като може да съществува години наред без видими симптоми и без страдащият да знае за нея.

Повишеното артериално кръвно налягане е един от основните рискови фактори за развитието на сериозни сърдечно-съдови заболявания. От анкетираните лица 64,00% са получавали многократно хипертонични кризи. Една част от анкетираните лица съобщават за сърцебиене, бледост, умерено главоболие, световъртеж, чувство на неспокойство и напрегнатост преди получаване на хипертоничната криза.

Тези данни показват, че са необходими специални грижи при пациентите с хипертония и те са определящи за последвалите усложнения.

Корелационният анализ показва, че хипертоничната криза на пациентите с ОМИ оказва влияние върху останалите рискови фактори – семейно положение, тегло, фамилна обремененост, захарен диабет, стрес, тютюнопушене и пол ($p < 0.0001$).



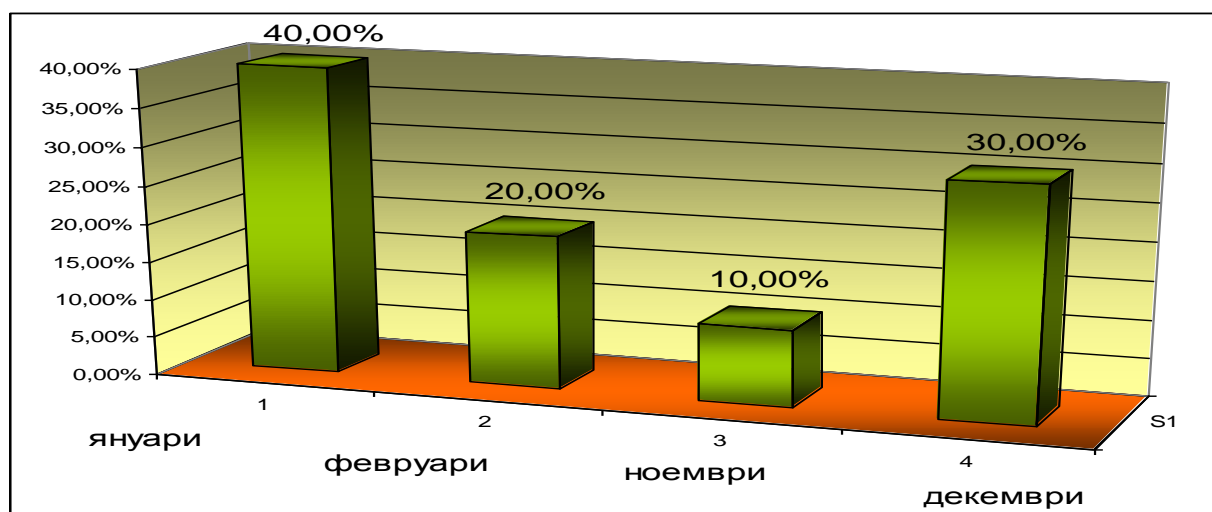
При пушачите риска от сърдечни заболявания е 30 пъти по-голям от този при непушачите. Употребата на една или повече кутии цигари дневно повишава смъртността от исхемична болест на сърцето 2 пъти. Спирането на тютюнопушенето води до намаляване на този риск.

Повече от половината анкетирани пациенти със сърдечно-съдови заболявания – 70,00% посочват, че са пушачи. Непушачите са 30,00%.

Получените данни съвпадат с установените тенденции, че тютюнопушенето е един от основните фактори за развитието на сърдечно-съдовите заболявания.

Проведеният регресионен анализ показва, че тютюнопушенето оказва влияние върху останалите рискови фактори – семейно положение, тегло, фамилна обремененост, захарен диабет, стрес, пол и хипертонична криза($p < 0.0001$).

Разпределение на пациентите според месеца, през който е получен сърдечния пристъп

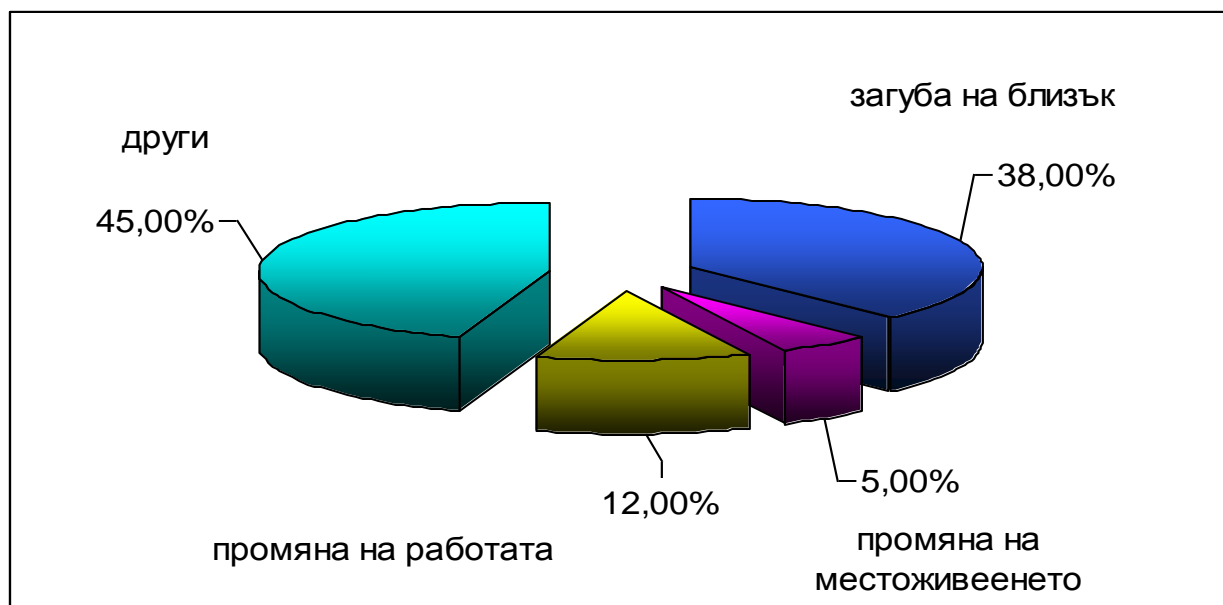


Пациентите посочват, че пристъпите на остър инфаркт на миокарда са получили само през четири месеца в годината – януари, февруари, ноември и декември. Прави впечатление, че това са месеците през зимния сезон, когато температурите са ниски, а атмосферното налягане е високо.

С най-голям относителен дял са пациентите, които са получили пристъп през месец януари – 40,00%, следвани от тези – през декември – 30,00% , на трето място се нарежда месец февруари – 20,00% и на четвърто място е месец ноември -10,00%.

Влиянието на сезоните при пациентите със сърдечно-съдови заболяване има изключително голямо значение, което налага пациентите да спазват определен режим и да се съобразяват със сезоните и температурните различия.

**Преживяни стресови ситуации от пациента през
последната година**



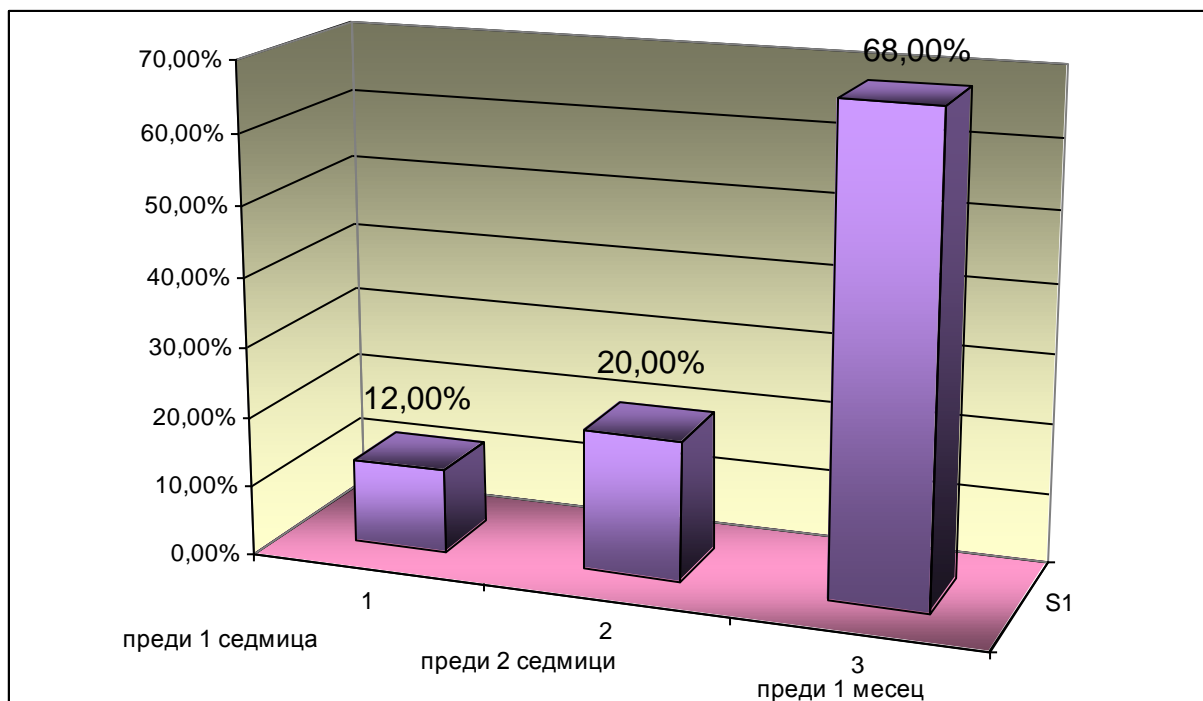
Стресът се определя като състояние на организма, което настъпва в резултат на необикновено продължително дразнение. В резултат се отделя голямо количество стресови хормони. Тяхното действие е сведено най-вече до повлияване функциите на сърдечносъдовата система. Стресовите хормони:

- повишават артериалното налягане
- могат да доведат до сърдечен инфаркт и др. сърдечно-съдови заболявания.

През последната една година 38,00% от анкетираните са преживяли стрес свързан със загуба на близък човек/смърт, или развод, 12,00% са преживели стрес от промяна на работното място, 45,00% са преживели други стресови ситуации, 5,00% са преживели стрес от промяна на местоживеенето. Всичко това се е отразило сериозно на здравословното им състояние.

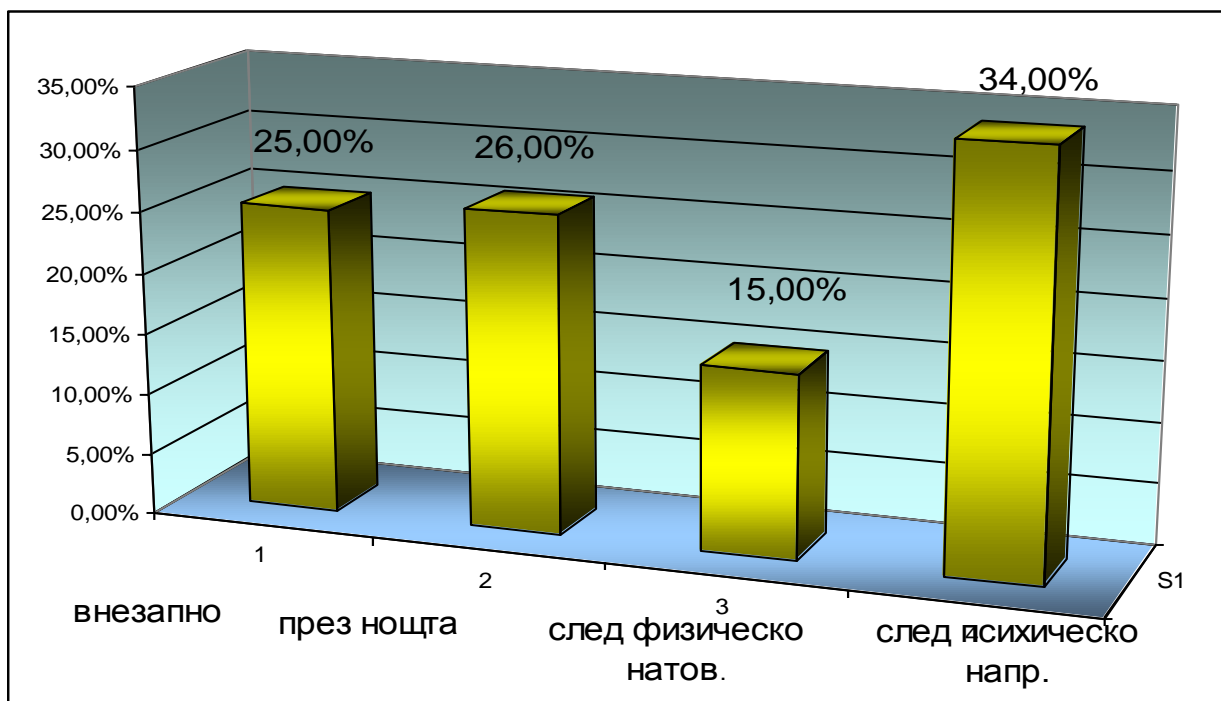
Проведеният регресионен анализ показва, че преживяната стресова ситуация на пациента оказва влияние върху останалите рискови фактори – семейно положение, тегло, фамилна обремененост, захарен диабет, пол, тютюнопушене и хипертонична криза($p < 0.0001$).

Разпределение на пациентите според времето 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.

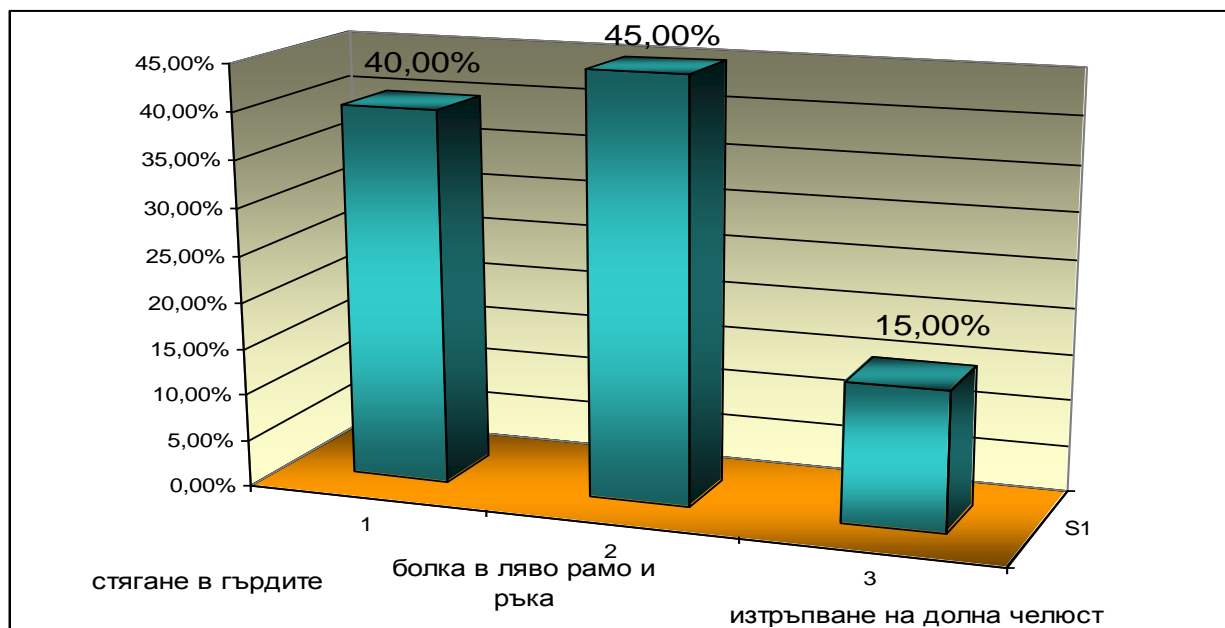
Острият инфаркт на миокарда е спешно състояние, което е рисково за човешкия живот, ако не се предприемат съответните мерки. За да се намали смъртността и усложненията от тези заболявания е необходимо пациентите да бъдат добре запознати с организацията на грижите и организацията по клиничната пътека, които са въведени и регламентирани.



Според условията, при които настъпва сърдечната болка при ОМИ, резултатите от отговорите на пациентите, показват че най-голям е относителният дял на пациентите, които са имали психическо напрежение – 34,00%. Пациентите, които са почувствали остра болка през нощта са 26,00%, а внезапна силна болка са имали 25,00%. След физическо натоварване болката се появява при 15,00% от анкетиранияте пациенти.

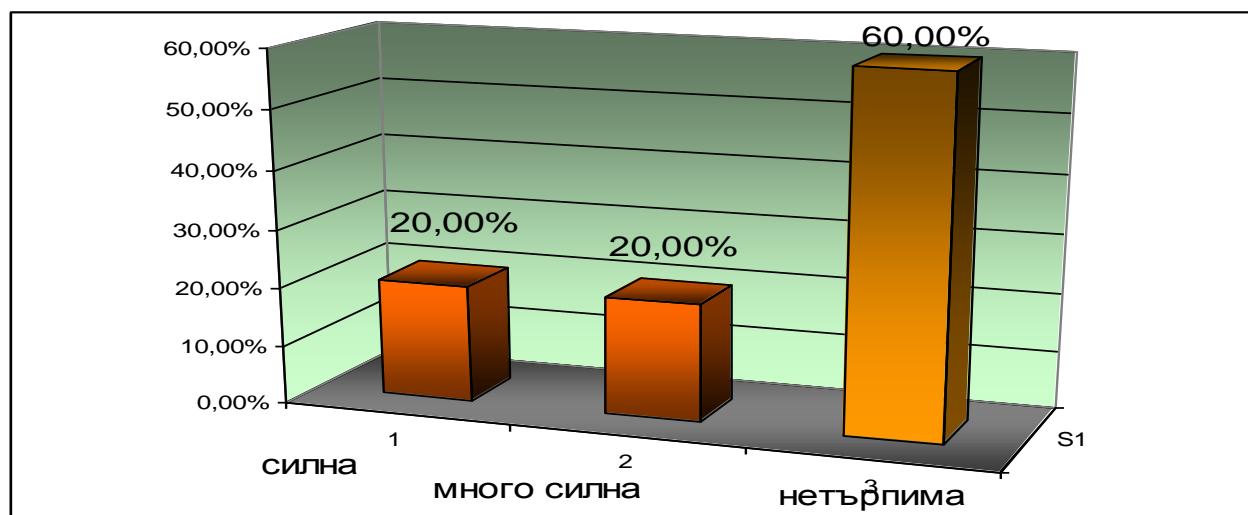
Тези данни са показателни относно условията и времето, при които възниква остро коронарно заболяване.

Фигура № 31 **Разпределение на пациентите според мястото на възникване на болката при ОМИ**



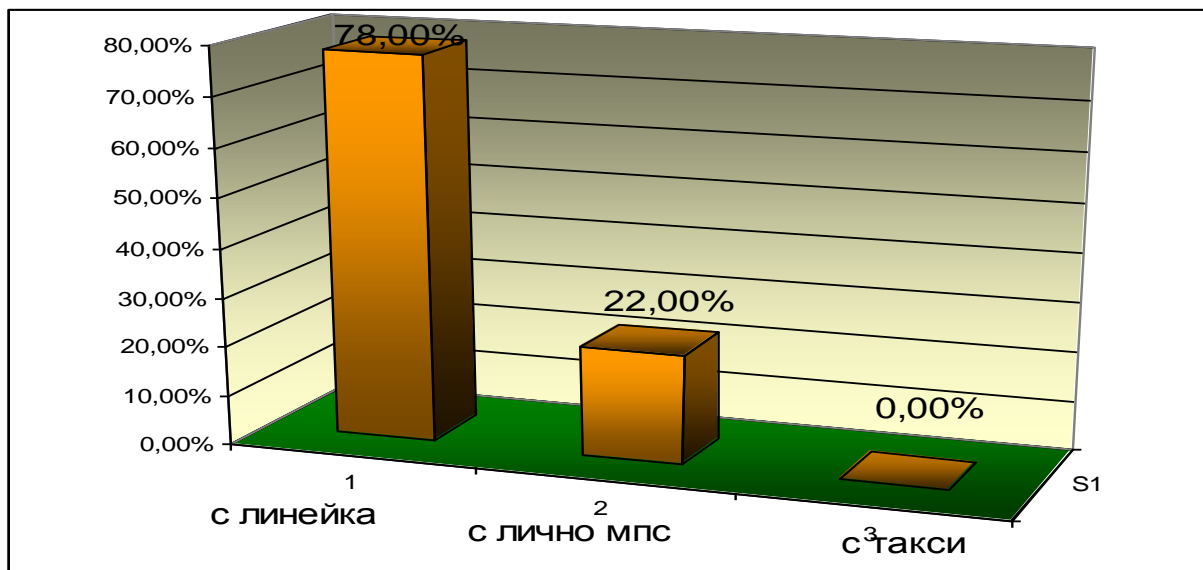
Данните показват, че най-голям е относителният дял – 45,00% на пациентите, които са получили болка в лявото рамо и лявата ръка. Значителен е също така и относителният дял – 40,00% на пациентите, които посочват че са получили стягане в гърдите. Много по-малка част са пациентите, които са получили изтръпване на долната челюст.

Фигура № 32 **Разпределение на пациентите според силата на болката**



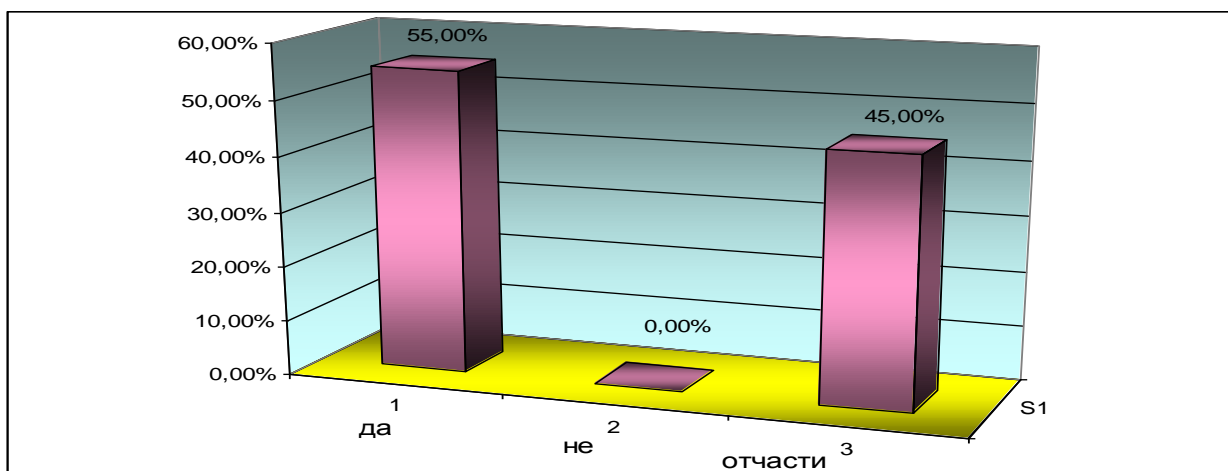
Според най-голямата част от пациентите – 60,00% споделят, че болката е „нетъпима”. „Силна” и „много силна” болка са посочили по 20,00% от пациентите. В литературата този вид болка е описана в редица проучвания. Ето защо получените резултати от нашето изследване доказват утвърдени тенденции.

Фигура № 33 Начин на транспортиране до болничното заведение



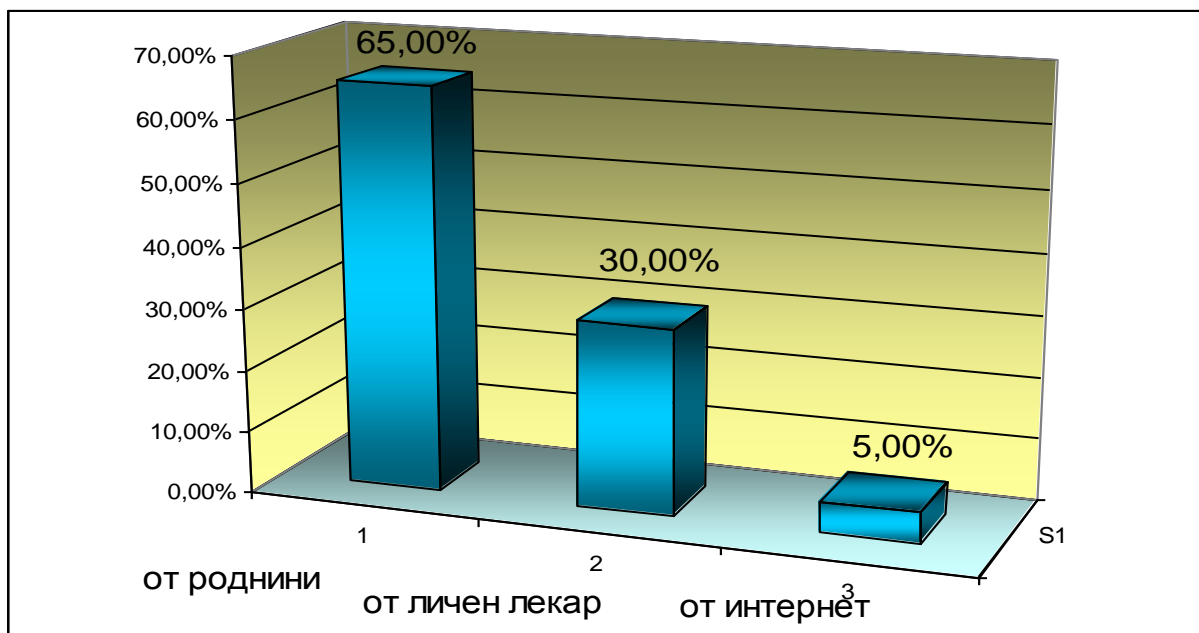
Основният начин, по който пациентите са транспортирани до болничните заведения е чрез линейка на спешна помощ. Значително по-малко са тези, които са използвали собствен транспорт. Няма пациенти, които да са разчитали на такси.

Фигура № 34 Информираност на пациентите относно ОМИ



Повече от половината анкетирани пациенти са запознати и информирани относно острия миокарден инфаркт. Отрицателни отговори на този въпрос няма. Това показва, че като цяло хората са информирани относно заболяването и евентуалните усложнения.

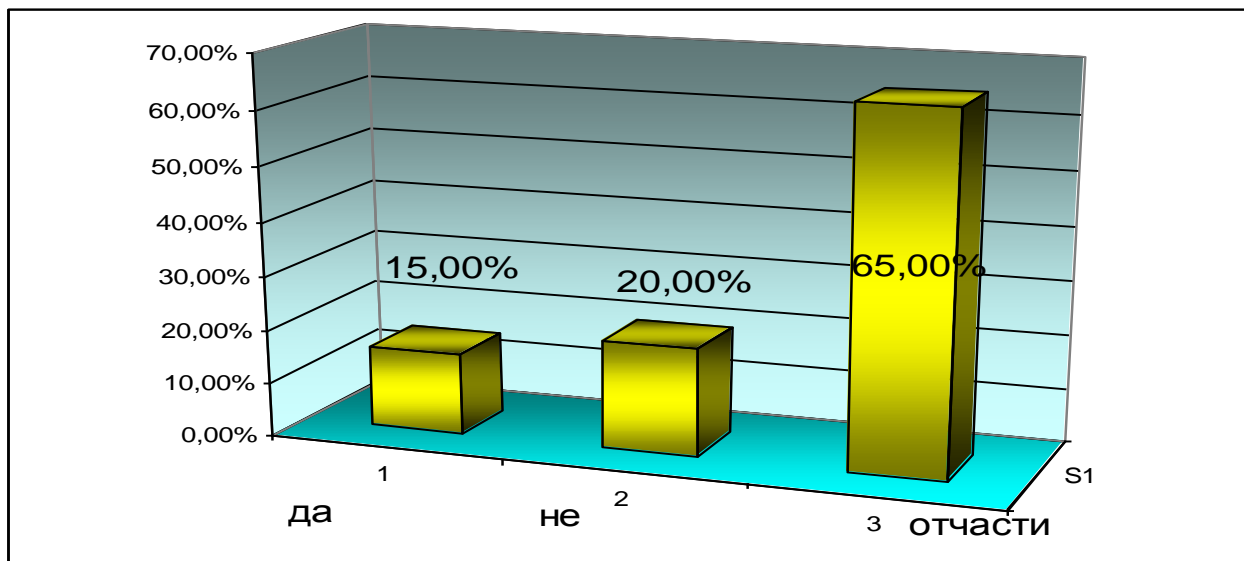
Фигура № 35 **Начини за информираност на пациентите с ОМИ**



Според получените резултати, пациентите получават преди всичко информация от своите роднини. От личния лекар са получили информация за ОМИ само една трета от анкетираните – 30,00%. От интернет са получили информация само 5,00%.

Фигура № 36

Информираност относно двигателния режим след хоспитализацията



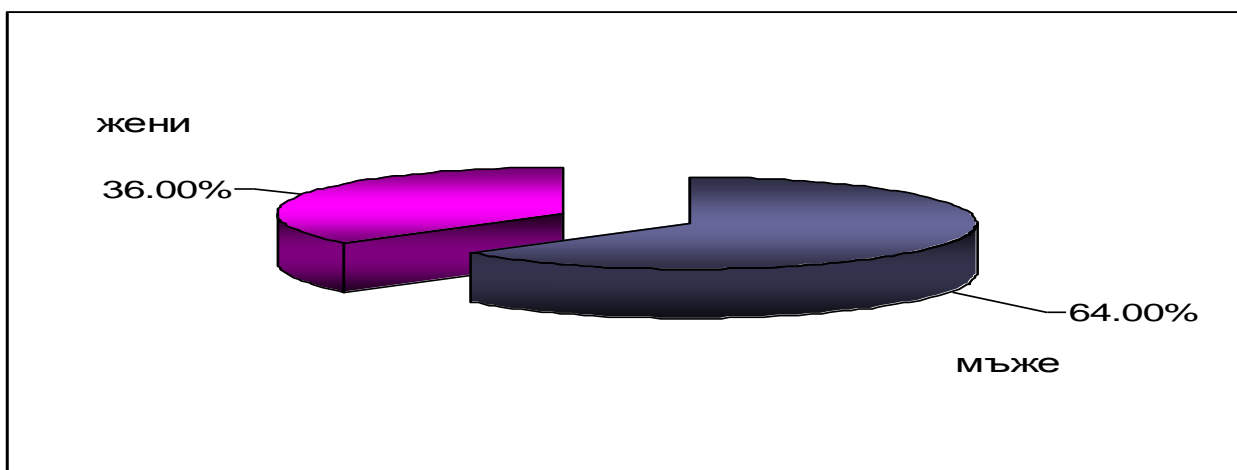
Определено може да се каже, че пациентите са само „отчасти” информирани относно двигателния режим, който трябва да спазват след хоспитализация. Отрицателните отговори са 1/5 от анкетираните. Най-малък е относителният дял на положителните отговори – 15,00%.

Информираността на пациентите относно двигателния режим има съществено значение за спазването на рехабилитационния процес и недопускането на рехоспитализация и усложнения.

3.4. Особенности на храненето при пациенти със ОМИ

Лечебното хранене е съществен елемент на лечението на сърдечно-съдовите заболявания. За да установим определени характерни особености в храненето на пациенти, приети за лечение на ОМИ, проведохме анонимно анкетно проучване. В проучването са включени 100 пациента с поставена диагноза ОМИ от КК на УБ “Лозенец” за периода месец декември 2011 година – месец декември 2012 година.

Фигура № 37 **Разпределение на анкетиранияте пациенти
според пола**

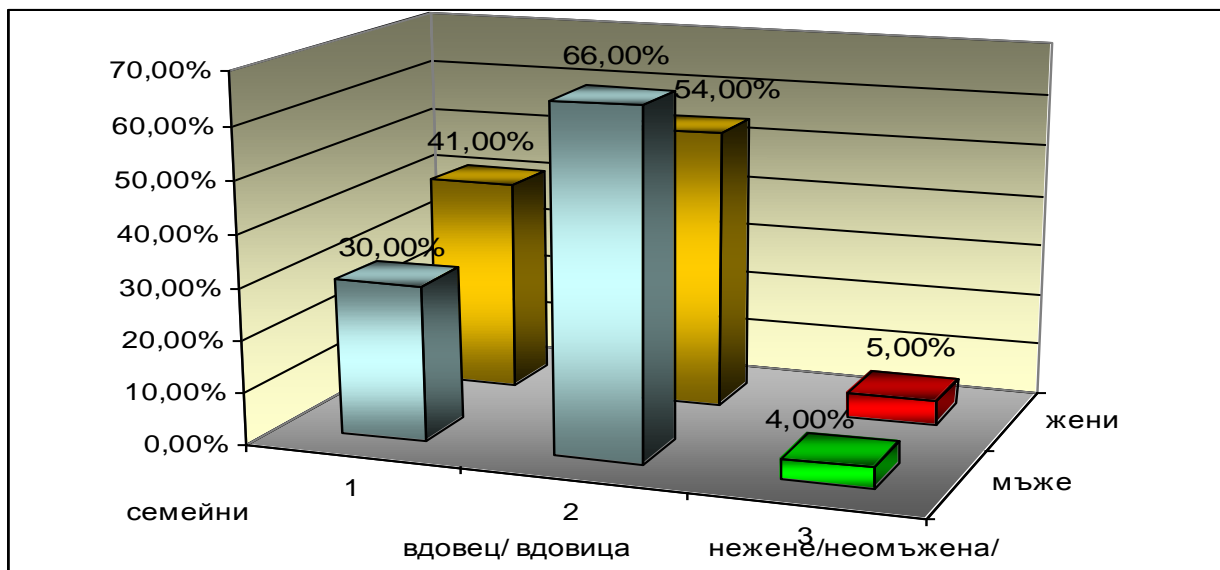


Получените резултати показват, че при пациентите приети за болнично лечение с ОМИ мъжете са почти два пъти повече от жените. Определено може да се каже, че рискът от остър инфаркт на миокарда при мъжете е два пъти по-голям от този при жените.

Средната възраст при мъжете е $67,7 \pm 12,7$, а при жените $61,4 \pm 16,8$. Възрастта е друг много характерен фактор описан в литературата и доказан от проведеното проучване.

Фигура № 38

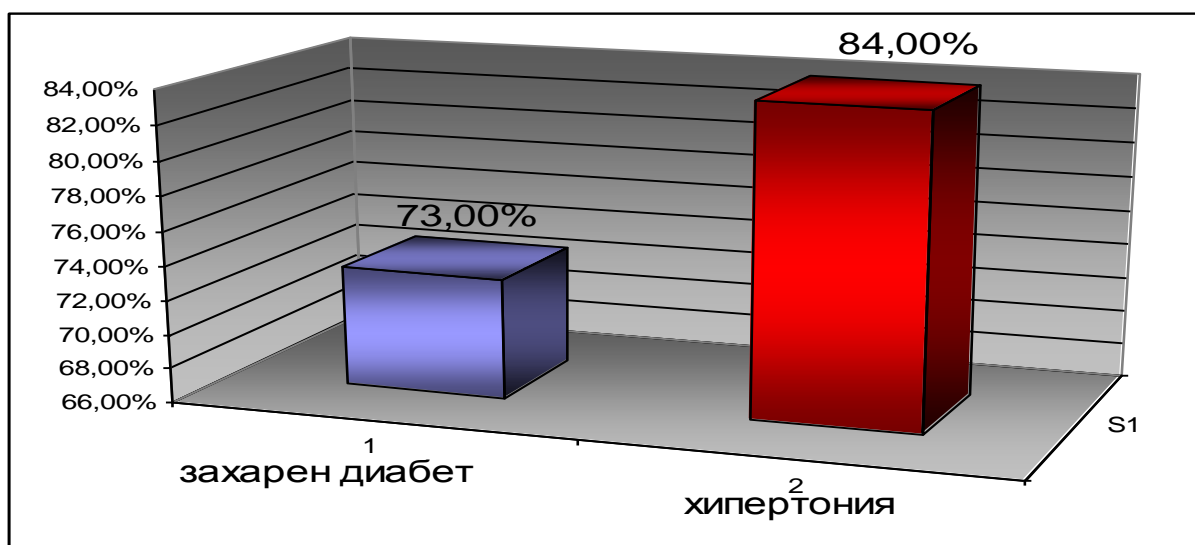
Семейно положение на пациентите



Според представените на графиката данни, преобладаващата част от мъжете и жените, които са постъпили в болницата с диагноза ОМИ са вдовци или вдовици. Значително по-малко са семейните мъже и жени. Прави впечатление, че несемейните мъже и жени са най-малко от респондентите.

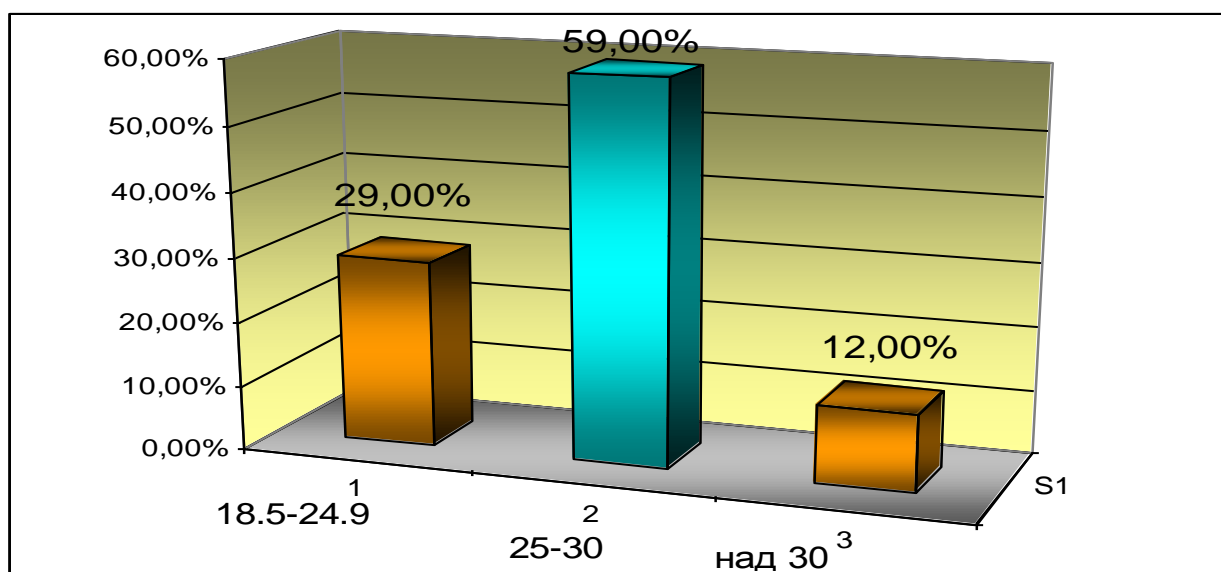
Фигура № 39

Придружаващо заболяване



Получените данни показват, че 73,00% от анкетираните пациенти имат поставена диагноза захарен диабет, а 84,00% от тях – имат хипертонична болест. Това са хронични заболявания, които изискват непрекъснато лекарско наблюдение, както и спазването на точно определен режим на грижи. Начинът на живот, ограничаването на рисковите фактори и храненето са водещи в грижите за тези пациенти.

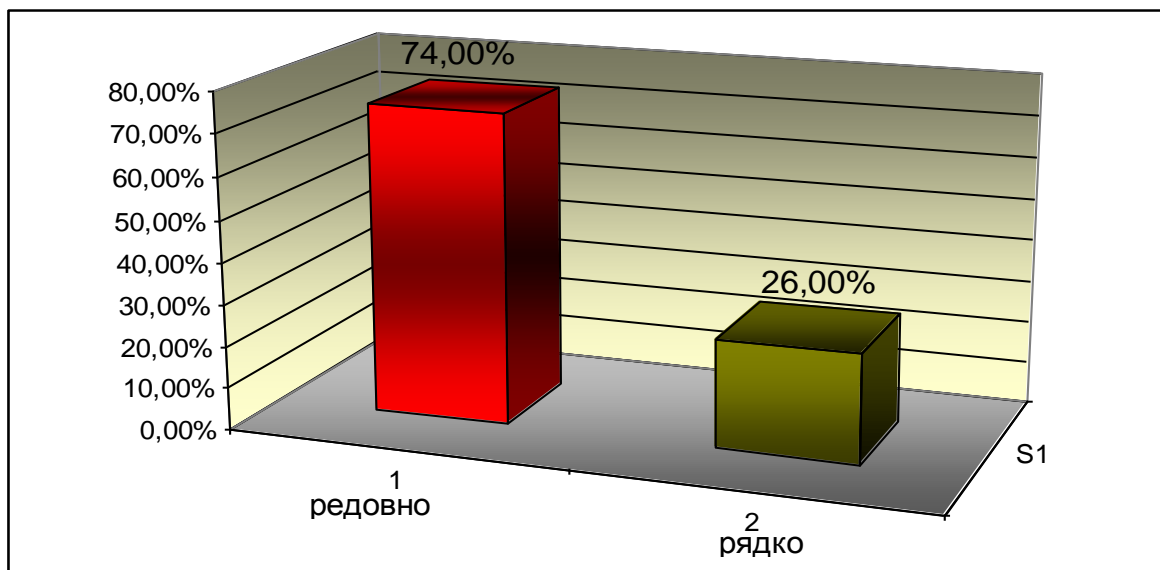
Фигура № 40 **Индекс на телесна маса на пациентите с ОМИ**



Повече от половината от анкетираните пациенти имат ИТМ от 25 до 30 кг/м². Нормалните стойности на ИТМ за мъжете е от 20 до 25 кг/м², а за жените е от 19 до 24 кг/м². Данните показват, че значителна част от пациентите имат наднормено тегло. Пациентите със затластяване (<30) са само 12,00%. С нормално тегло ИТМ 20-25 кг/м². са 29,00% от анкетираните пациенти.

Фигура № 41

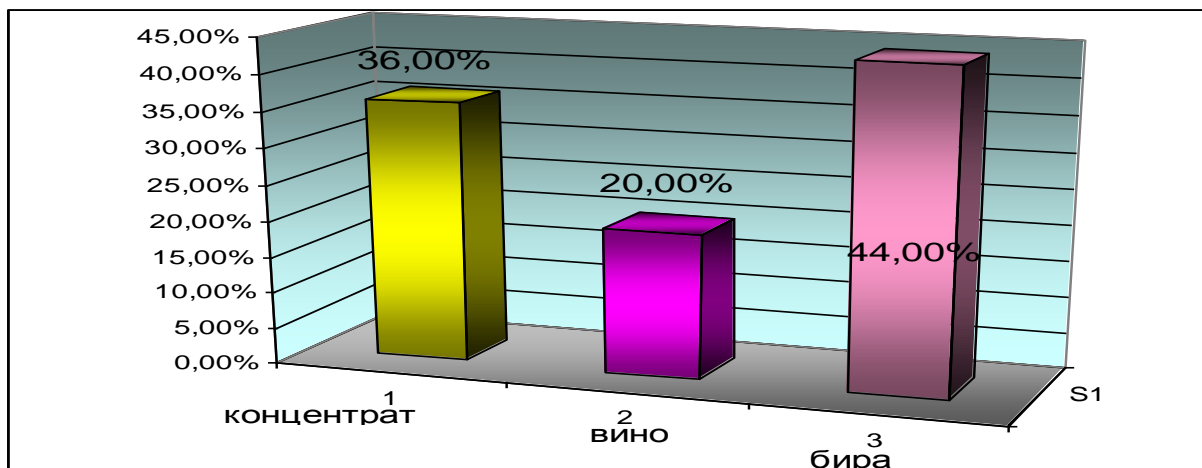
Употребата на алкохол на пациенти с ОМИ



Според получените данни значителна част от анкетираните пациенти - 74,00% редовно, което означава ежедневно употребяват алкохол. Близко 1/4 са пациентите, които употребяват много рядко или инцидентно алкохол.

Фигура № 42

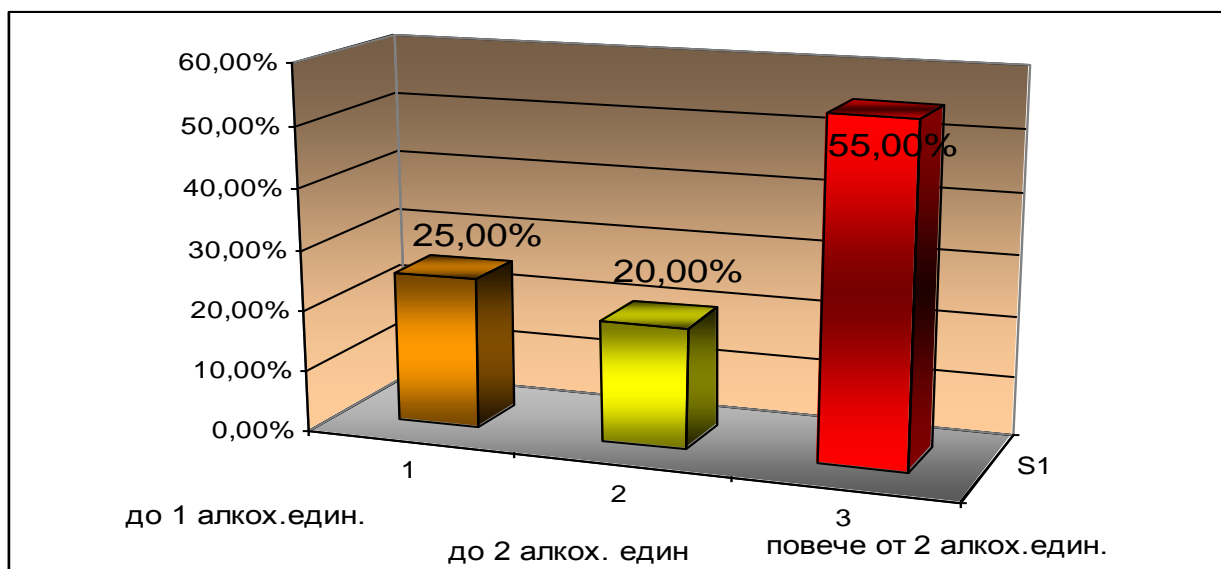
Вид на употребявания алкохол



Близко половината от анкетираните пациенти, които употребяват ежедневно алкохол – 44,00% са консуматори на бира. Концентриран алкохол приемат 36,00% от пациентите, а вино само 20,00%. Тези данни показват, че е необходимо да се повиши информираността на хората по отношение на влиянието на различните видове алкохол по отношение на риска от ОМИ.

Фигура № 43

Количество на употребявания алкохол



Повече от половината от анкетираните пациенти употребяват повече от 2 алкохолни единици ежедневно. Пациентите, които консумират до една алкохолна единица са $\frac{1}{4}$, а тези които консумират до 2 алкохолни единици дневно са $\frac{1}{5}$ от анкетираните.

Таблица № 7

Режим на хранене на пациентите с ОМИ

Отговори	Отн. Дял %
Един път дневно	13,00
Два пъти дневно	62,00
Три пъти дневно	11,00
Четири пъти дневно	12,00

Данните показват, че по-голямата част от пациентите се хранят само два пъти дневно – 62,00% от анкетираните. Пациентите, които се хранят три пъти дневно са най-малко като относителен дял – 11,00%. Един път дневно се хранят 13,00%, четири пъти дневно -12,00%.

Броят на храненето имат съществено значение за пациенти със сърдечно-съдови заболявания, както и количеството на приетата храна.

Таблица № 8 **Хранителни предпочитания и хранителен избор на пациентите с ОМИ**

Отговори	Отн. Дял %
Месо и колбаси	45,00
Хляб и тестени храни	22,00
Сладкарски и захарни изделия	18,00
Плодове	9,00
Мляко и млечни храни	4,00
Зеленчуци	2,00

Пациентите с ОМИ предпочитат да се хранят преди всичко с месни ястия и колбаси. На второ място са поставени хляба и тестените храни, а на трето – захарните изделия.

Данните показват един много сериозен проблем в хранителните навици на тези пациенти – силно е намалено количеството на плодовете 9,00% и зеленчуците - 2,00% при храненето на тези пациенти.

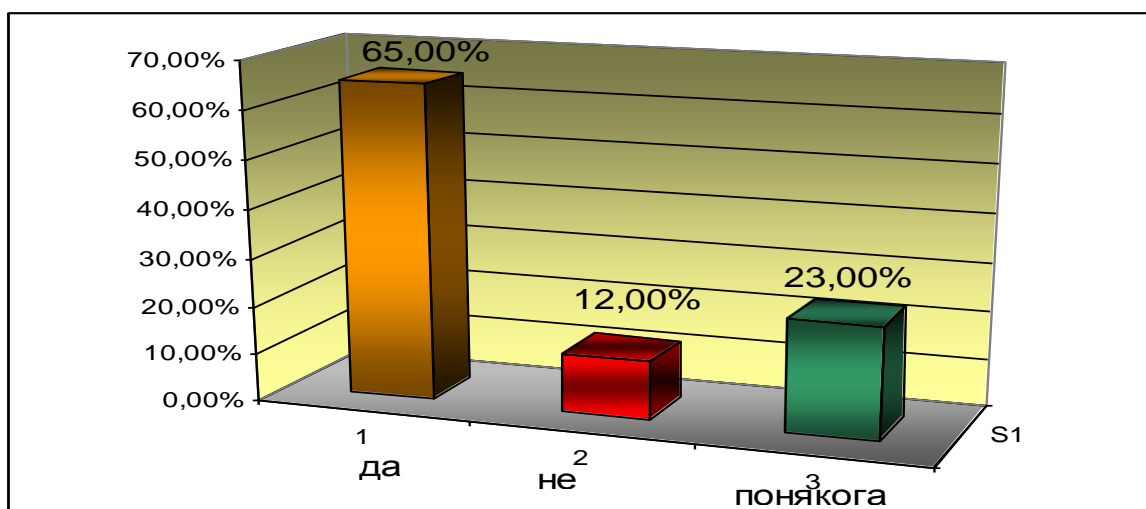
Таблица № 9 **Прилагани кулинарни технологии**

Отговори	Отн. Дял %
Пържене	54,00
Варене, печене	30,00
Предимно печене	10,00
Предимно варене	6,00

Предпочитаната кулинарна обработка на храната е предимно пържено – 54,00%. Пациентите, които използват варене и печене са 1/3 от анкетираните. 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.

Фигура № 44

Допълнително солене на храната



По-голяма част от пациентите с ОМИ - 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 са спазвали диетичния режим.

3.5. Организационни проблеми на сестринските грижи при пациенти с ОМИ

Таблица № 10 **Осигуряването на спешност за пациентите с ОМИ при сега съществуващата организация**

Отговори	Брой	Отн. Дял %
Да, организацията позволява много бързо пациенти да бъде приет и да започне лечението	30	42,90
Организацията само отчасти позволява много бързо да бъде приет пациента в болничното отделение	40	57,10
Съществуващата организация не позволява да се осигури бързина и спешност при приемането и лечението на тези пациенти	0	0,00

Според медицинските сестри, които извършват грижи за пациентите с ОМИ, съществуващата организация на грижите само отчасти позволява много бързото приемане на пациента в болничните структури - това са 57,10% от анкетираните. Медицинските сестри, които отговарят само положително на този въпрос са 42,90%, но прави впечатление, че няма отрицателни отговори.

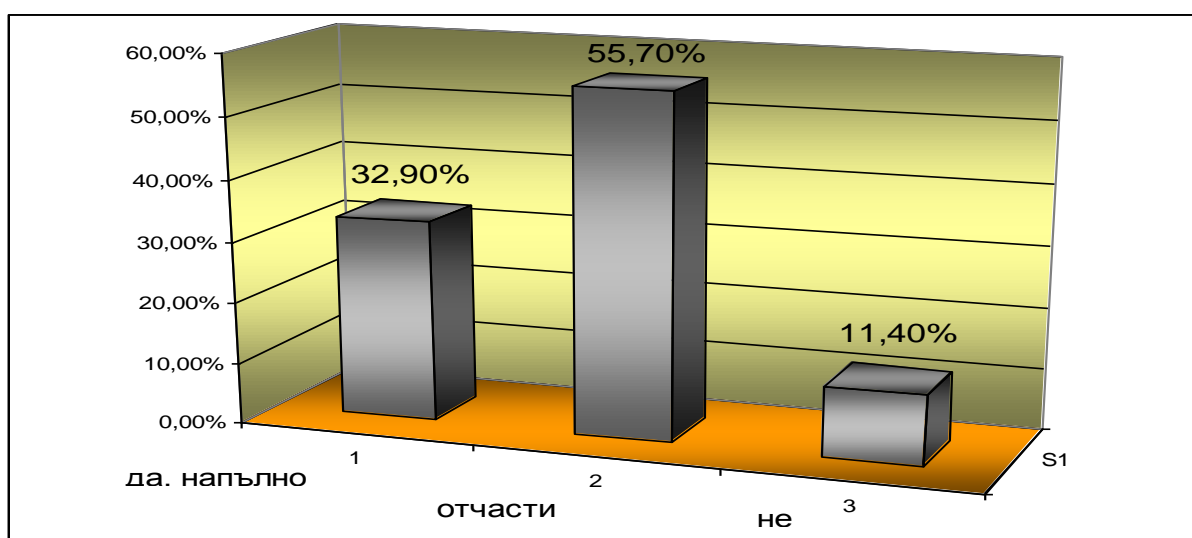
Ето защо е необходимо да се направи промяна в организацията, която да подобри спешността, тъй като при тези пациенти лечението е животозависещо за пациентите.

Таблица № 11 **Възможност за документиране на всички грижи и дейности при съществуващата организация**

Отговори	Брой	Отн. Дял %
Да, всички дейности и грижи се документират	57	81,40
Документират се само основните дейности и грижи	13	18,60
По-голямата част от основните дейности и грижи не се документират	0	0,00

Получените резултатите показват, че всички дейности и грижи се документират при съществуващата организация на грижите – 81,40% от анкетираните са посочили този отговор. Според 18,60% от анкетираните медицински сестри се документират само основните дейности и грижи. Отрицателен отговор на въпроса не са посочили включените в проучването респонденти.

Фигура № 45 Осигуряване на непрекъснато наблюдение на пациента с ОМИ при съществуващата организация

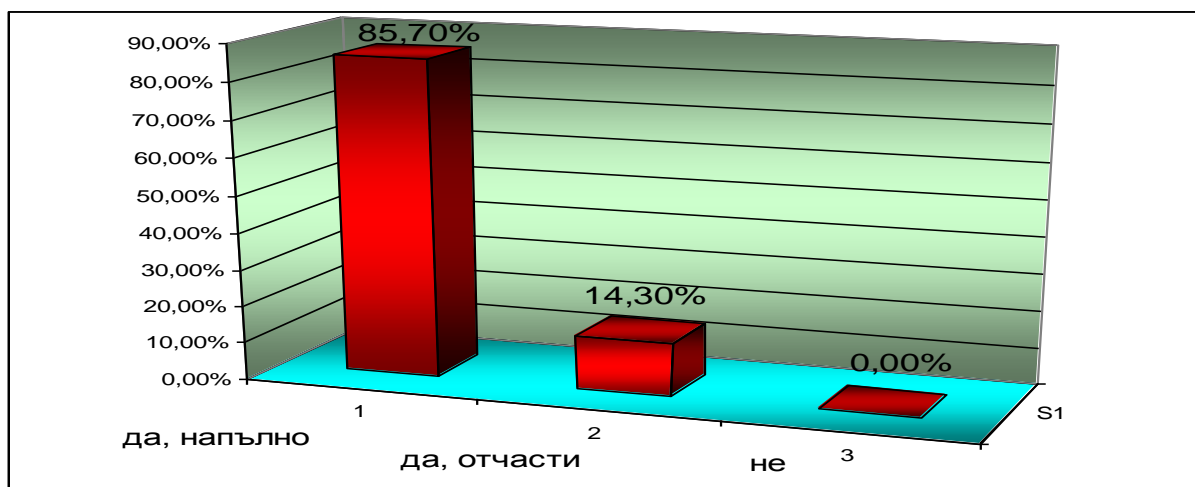


Повече от половината анкетираните медицински сестри – 55,70%, посочват че само „отчасти” се осигурява непрекъснато наблюдение на пациентите с ОМИ. Положителен отговор са посочили 32,90% от анкетираните. Отрицателен отговор посочват 11,40% от анкетираните.

Тези данни показват, че е необходима промяна в организацията на грижите като се създадат възможности и условия на медицинските сестри. Непрекъснатото наблюдение на пациентите с ОМИ е едно от най-важните условия за качество на грижите при тези пациенти.

Фигура № 46

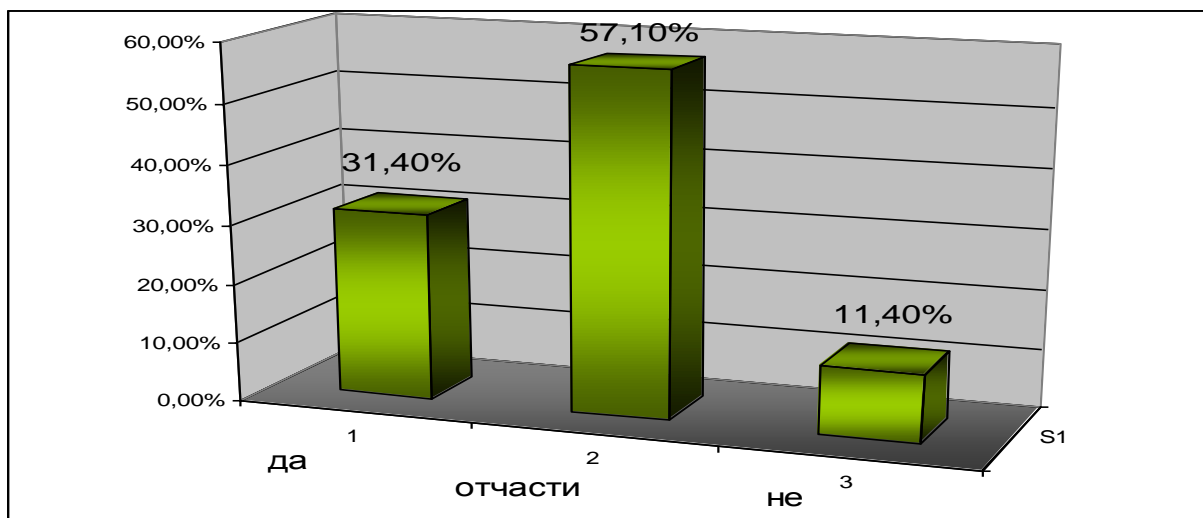
Наличие на регламентирани и ясни показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите с ОМИ



Според получените данни, може да се каже, че всички показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите са ясно и точно регламентирани. 85,70% от респондентите отговарят положително, а отрицателни отговори няма. Една малка част от анкетираните – 14,30% отговарят, че това е само „отчасти” осъществено.

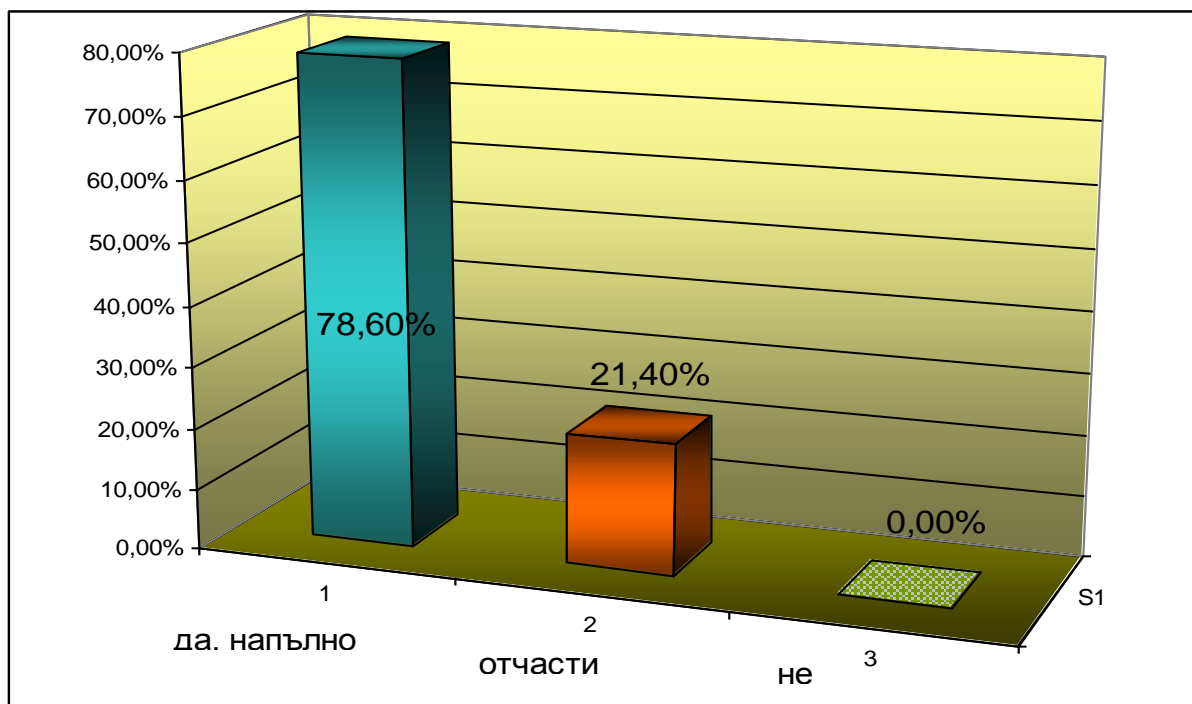
Фигура № 47

Ефективност на организацията по отношение на спешност и интензивност



Получените данни показват, че най-голямата част от анкетираните считат, че само „отчасти” е осигурена ефективна организация по отношение на спешността и интензивността на грижите за пациенти с ОМИ.

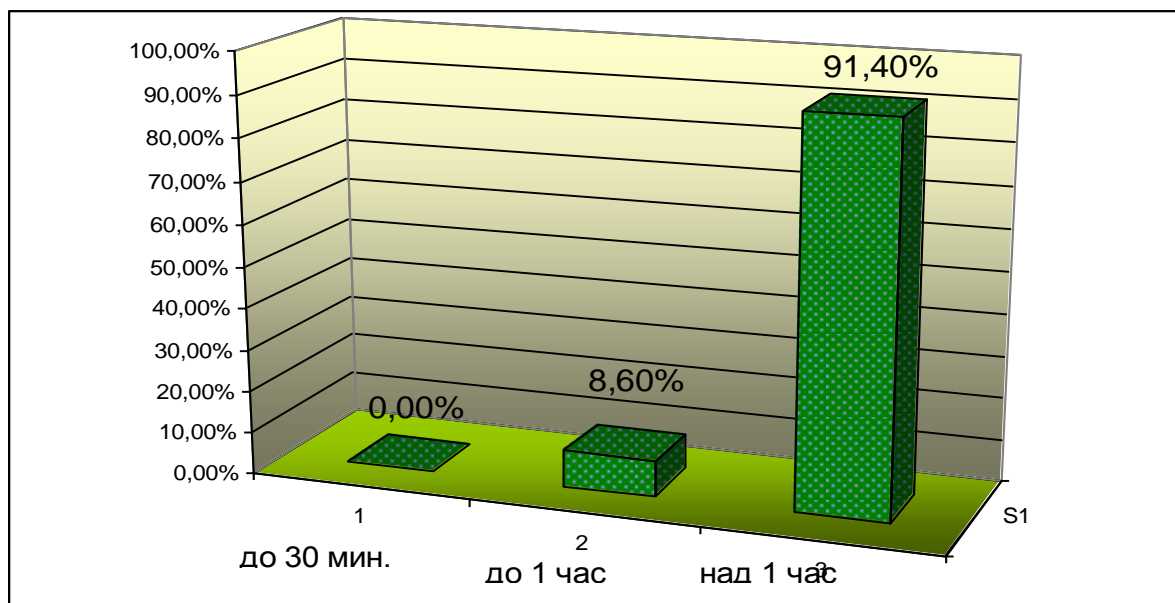
Фигура № 48 Отделяне на значително време за попълване на документация на ръка



По-голямата част от анкетираните медицински сестри – 78,60%, са на мнение че отделят значително време за попълване на документация и то на ръка, а не чрез компютър или информационна система на болницата.

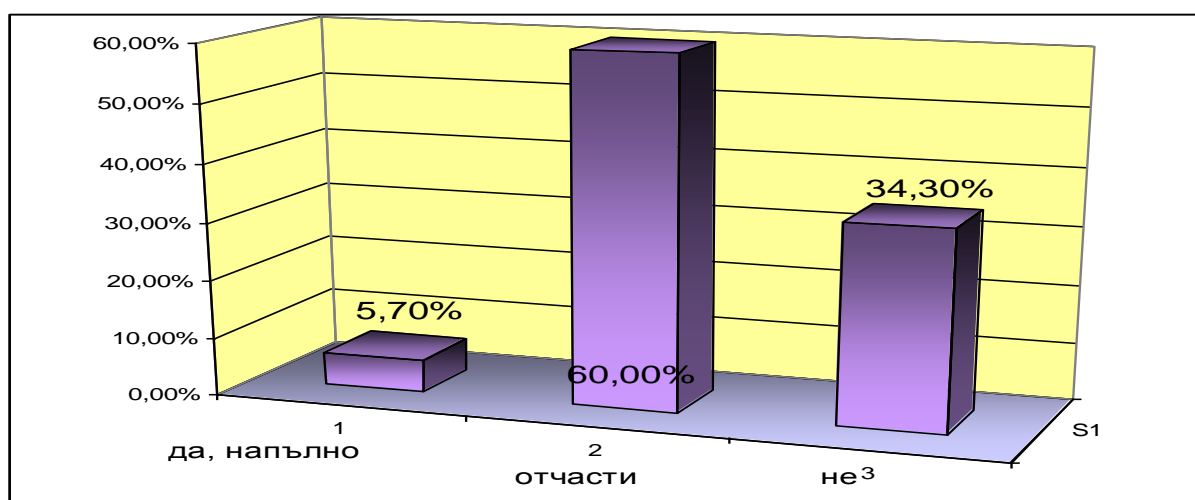
Отчасти са отговорили 21,40% от анкетираните, а отрицателен отговор никой не е посочил.

Фигура № 49 Отделено време за попълване на документацията по време на дежурство



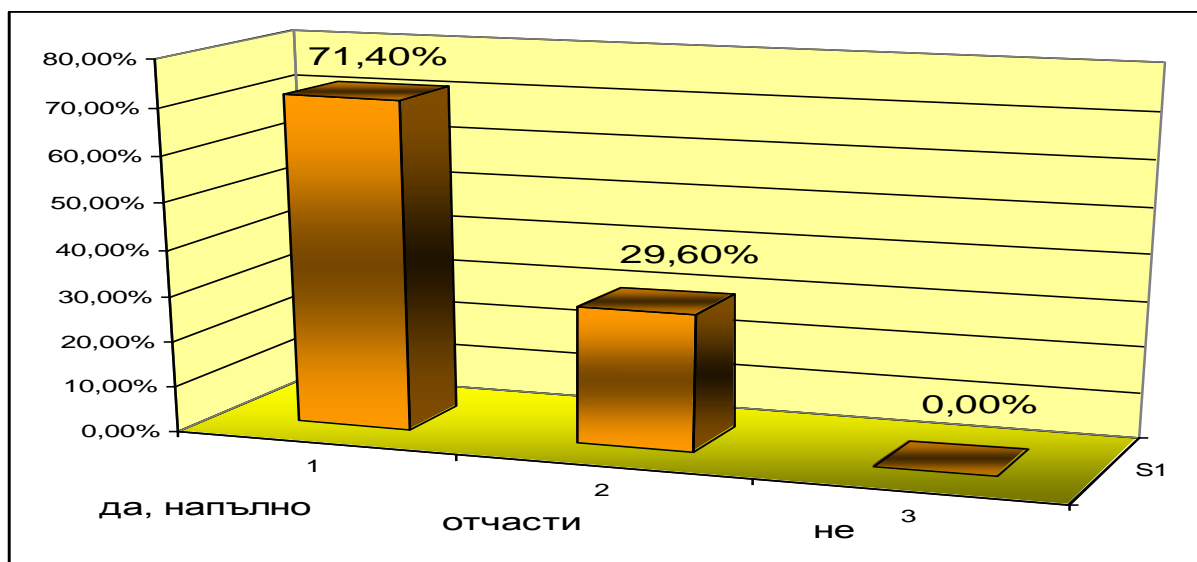
Получените данни показват, че медицинските сестри отделят над 1 час от времето на дежурство за попълване и писане в медицинската документация. Това определено показва, че във временото на информационните технологии е необходимо да се направят сериозни промени в организацията на грижите за да се намали времето за писане на ръка и да се определят приоритетите свързани с наблюдение и грижи за пациента.

Фигура № 50 Възможности за изработване на план за сестрински грижи за пациент с ОМИ при съществуващата организация



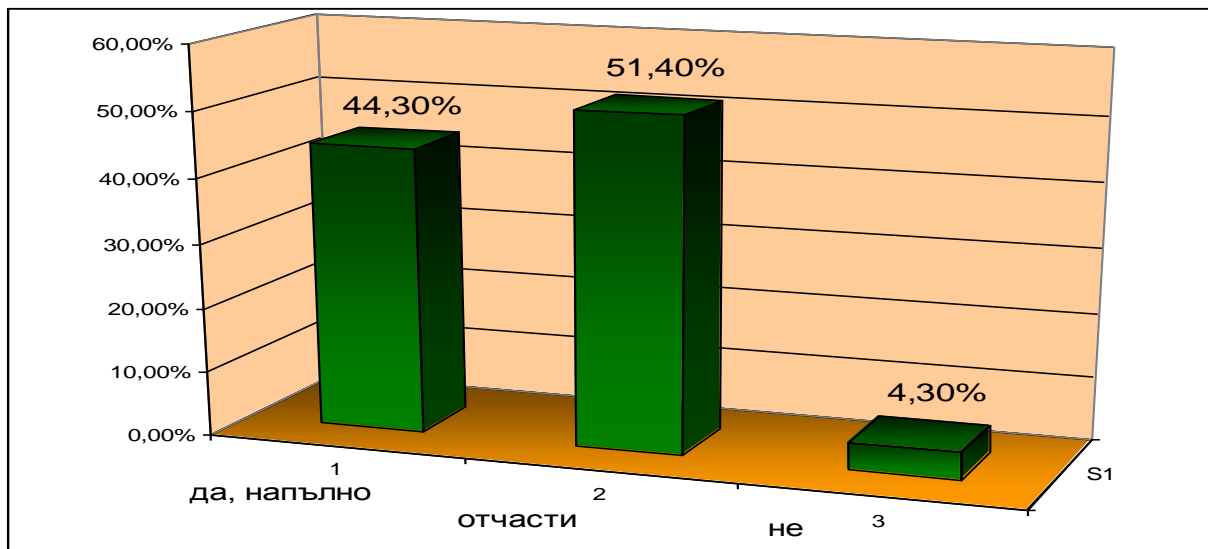
Получените резултати показват, че съществуващата организация само отчасти позволява да се осъществи изработване на план за сестрински грижи при пациентите с ОМИ. Положителен отговор са посочили едва 5,70%, а отрицателен отговор – 34,30%. Това означава, че за да се осъществяват грижите по предварително изработен план е необходимо да се направи сериозна промяна в организацията.

Фигура № 51 Самооценка на медицинските сестри по отношение на тяхното обучение относно грижите за пациенти с ОМИ



Според значителна част от медицинските сестри -71,40% те притежават необходимите знания и квалификация. Отрицателни отговори няма.

Фигура № 52 Потребност от промяна на организацията на грижите, която да отразява приоритетите свързани със спешност, интензивност, оперативна дейност и терапевтично лечение



Необходимостта от промяна на организацията е посочена от почти всички анкетиранни медицински сестри, като напълно утвърдително са отговорили 44,30% от тях, а промяната да се осъществи „отчасти” посочват 51,40%. Отрицателен отговор са посочили само 4,30% от анкетираните медицински сестри.

Препоръки на медицинските сестри по отношение на организацията на грижите за пациенти с ОМИ:

- Според медицинските сестри е необходимо да се промени отношението на пациента по време на болничния престой. Те препоръчват по-голяма ангажираност на пациента за спазване на режима и за неговото съдействие на медицинските сестри при изпълнение на лекарските назначения, както и по изпълнение на сестринските грижи.

3.6.Организационен модел за сестрински грижи при пациенти с ОМИ

Организацията 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.

На основата на постиженията на медицинската наука е разработена препоръчителна стратегия при остър коронарен синдром Bernard and al (European Heart Journal 21 (17): 1424), която включва следните основни елементи:

- при клинична изява на остър коронарен синдром, на пациента се провежда лекарски преглед и задължително изследване на ЕКГ и кръвни изследвания;
- при персистиращо повишаване на ST сегмента се провеждат тромболиза и ангиопластика;
- при липса на персистиращо повишаване на ST сегмента се провежда медикаментозно лечение с аспирин, β блокери и хепарин;
- след провежданите наблюдения и изследвания на пациента може да се предприеме извършване на коронарна ангиография
- при нормални показатели – повече от 12 часа – на пациента се назначава Стрес-тест със или без натоварване.

Базирайки се на представената стратегия и на потребността от промяна в организацията на грижите при пациенти, приети за болнично лечение с диагноза ОМИ сме разработили организационен модел за сестрински грижи, който има за цел да осигури следните основни

приоритети: спешност, интензивност, инвазивно или оперативно лечение и терапевтично лечение.

Организационният модел има за цел да създаде съвременна и ефективна организация грижите, при която медицинските сестри да имат възможност за непрекъснато наблюдение на пациента, оценка на потребностите от специални сестрински грижи и планиране на грижите в зависимост от развитието на коронарния синдром.

Организацията на сестринските грижи трябва да позволява на медицинските сестри да осъществяват адекватни грижи за пациента, в зависимост от неговото общо състояние 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 спешността, интензивността, подготовката на пациента за инвазивните /или оперативни/ процедури и терапевтичното лечение.

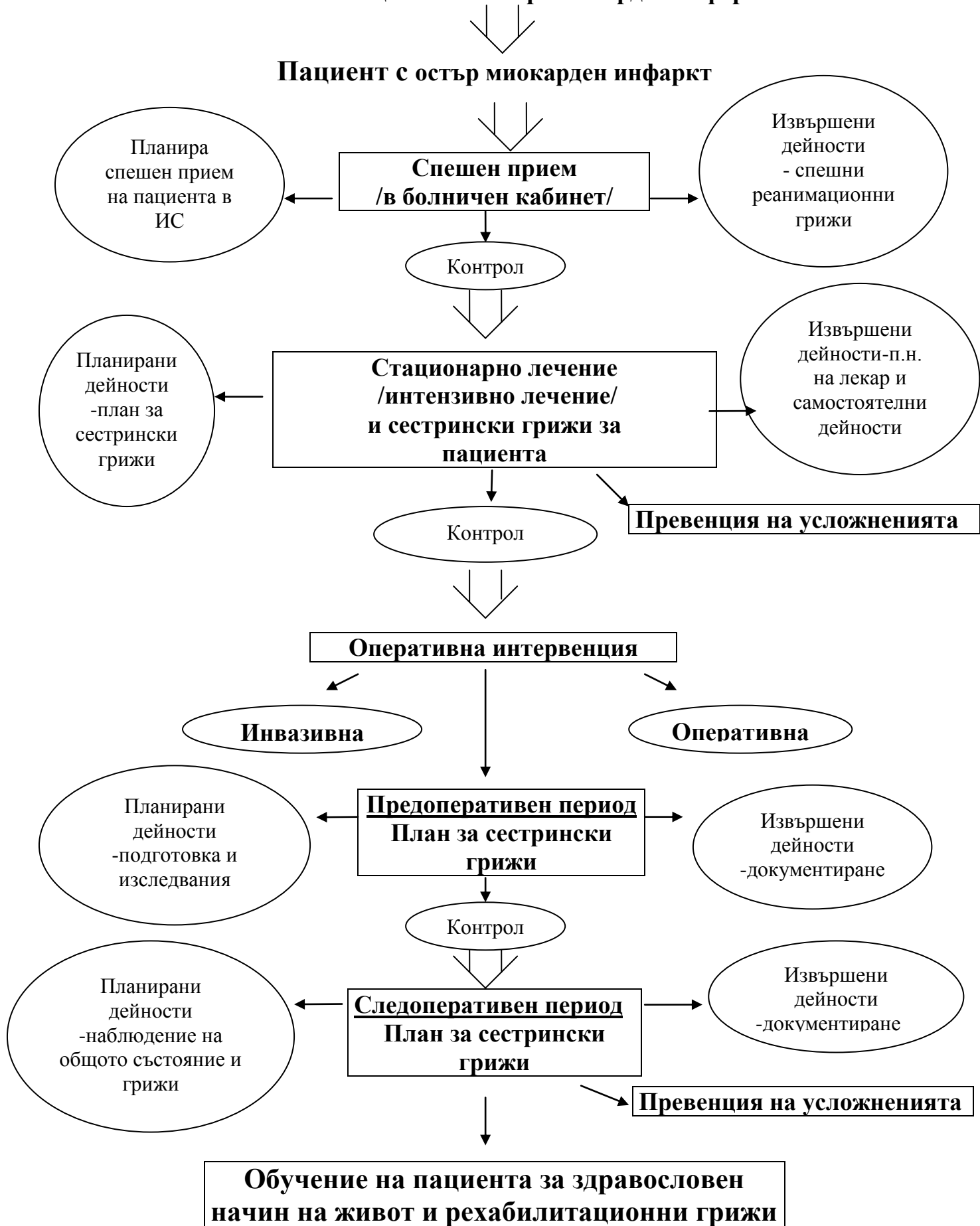
Краткото време на престой на пациента в болницата определено налага по-ефективно използване на времето от сестринския персонал за конкретни грижи за пациента, което може да бъде осъществено чрез съвременните информационни системи, позволяващи бързото въвеждане на информация за пациента, нейното съхраняване, обработване и изпращане до други специалисти.

Предоставяне на качествени здравни грижи в съвременните болници е невъзможно без въвеждането на нови методи и подходи за грижи, като например изработването на план за сестрински грижи основаващ се на индивидуалните потребности на пациента.

Разработени са две форми на организационния модел – крътък и разгънат модел /Приложение 5 /.

Схема 1.

Организационен модел за сестрински грижи при пациенти с остър миокарден инфаркт



3.7. Експертна оценка на организационния модел за грижи при пациенти с ОМИ

За да се установят положителните и негативните страни на разработения организационен модел, той беше предоставен на експерти – медицински сестри, които изразиха своето мнение.

На експертната група беше предоставена възможност да се запознаят с краткия и с разширения организационен модел за грижи при пациенти с ОМИ. Пациентите с ОМИ се приемат за болнично лечение по определена клинична пътека, но тя определено регламентира професионалното поведение на лекаря и съответните медицински дейности, докато професионалното поведение на медицинските сестри, както и спецификата на сестринските грижи не са достатъчно регламентирани.

По отношение на основните етапи и приоритети относно грижите за тези пациенти, всички експерти определено считат, че в представения модел са отразени основните етапи на спешност, интензивност, оперативно лечение и стационарно лечение. Това голямо разнообразие от грижи предполага една много добра професионална квалификация на медицинските сестри за тяхното осъществяване.

Относно ясното представяне на сестринските грижи в разработения модел, мнението на експертите е следното: моделът представя достатъчно ясно и точно какви са грижите за пациента по време на болничния престой.

Необходимостта от ясно и точно представяне на грижите се налага поради високата професионална отговорност, която носят медицинските сестри при наблюдението и грижите за пациентите с ОМИ.

Мнението на експертите относно възможностите, които разработеният модел позволява да се извършва планиране и отчитане на грижите за пациентите с ОМИ през всеки един етап от неговия болничен престой е следното: да, представеният модел позволява това да се извършва от медицинските сестри. При сега съществуващата организация на грижите

не се акцентира върху планирането и отчитането на резултатите от грижите, което от своя страна не предоставя възможността да се оцени професионалната ангажираност на медицинската сестра.

От съществено значение за проучването е мнението на експертите относно ефективността на грижите. Всички експерти считат, че въвеждането на тази организация на грижите ще се повиши значително ефективността на грижите извършвани от медицинските сестри. Създаването на ефективна организация на грижите в съвременните болници един особено важен проблем на управлението на здравните грижи и болничния мениджмънт.

Информационните системи все още не се използват достатъчно ефективно с организацията на сестринските грижи, от една страна поради неспособност на всички медицински сестри да работят с компютърни системи, а от друга поради липса на специално разработени софтуерни продукти, които да улеснят работата на медицинските сестри.

Всички експерти единодушно считат, че ако болничната информационна система се допълни от специално разработен софтуер относно грижите за пациента с ОМИ това съществено ще промени качеството на грижите за пациента, както и натоварването на медицинските сестри.

Независимо, че съвременните болници предлагат на пациентите скъпи медицински дейности, като методите на инвазивната кардиология, трябва да се отбележи, че организацията на сестринските грижи не е претърпяла съответните промени за да е адекватна на новите изисквания. Ефективният модел за грижи изисква да има планиране на грижите, извършване на грижите и документиране на резултатите. Всички експерти спорелят мнението, че въвеждането на модела ще позволи грижите за пациентите с ОМИ да бъдат ясно планирани, извършени и отчетени. Само по този модел ще бъде възможно да се съхранява информацията относно индивидуалните грижи за всеки един пациент.

IV. Глава Четвърта. Заключение, изводи и препоръки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработеният организационен модел се основава на потребността от създаването на ефективна организация на грижите за пациенти, които за кратък период от време преминават през изключително важни и сложни медицински сфери – спешност, интензивност, хирургична намеса и терапевтично лечение. Организационният модел има за основна роля да определи грижите на базата на индивидуалните потребности на пациента чрез въвеждането на план за сестрински грижи, който да бъде контролиран и отчетен със съвременни информационни методи.

В заключение може определено да се каже, че пациентите приети за болнично лечение с диагноза остър миокарден инфаркт 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.

Трябва да се подчертае също, че пациентите са много слабо информирани относно признаците, характерни за настъпването на остър миокарден инфаркт. Повечето от тях съобщават за определен дискомфорт и оплаквания близо един месец преди настъпването на сърдечната криза. Ето защо, е необходимо значително повишаване информираността на обществото като цяло, но преди всичко рисковите групи от населението по отношение както на здравословния начин на живот, така и по отношение на клиничната изява на заболяването.

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 с остър миокарден инфаркт. Професионалната отговорност на медицинските сестри трябва да бъде обвързана с конкретна организация и механизми за да се гарантира определено качество на грижите в болничните структури или в различните направления, като интензивните грижи. Те се отличават със спешност, натовареност и вземане на професионални решения, което изисква ефективна организация и адекватен мениджмънт. Интензивните грижи за пациентите с ОМИ трябва да се осъществяват на базата на индивидуален подход за грижи и индивидуален клиничен протокол за да се осигури професионалното изпълнение на лекарските назначения и терапевтично лечение. Съвременното лечение на ОМИ определено изисква въвеждането на организационен модел за грижи, отговарящ на индивидуалните потребности на пациента, в съответствие с въвеждането на научните подходи и методи за реализация на сестринските грижи.

ИЗВОДИ

- 1. Пациентите с поставена диагноза ОМИ, които постъпват за болнично лечение имат средна възраст $65,66 \pm 12,84$ години и преобладаващата част са мъже - 60,00%. С хипертонична болест са 46,30% от пациентите, които са приети с втора диагноза по МКБ. Най-голям е относителният дял на пациентите - 21,30%, на които средния престой в интензивен сектор е 4 дни.**
- 2. По отношение на начина на живот на пациентите със сърдечно-съдово заболяване прави впечатление, че те са предимно семейни - 41,00%, като значителна част от тях - 60,00% съобщават за наличие на сърдечно-съдово заболяване в семейството.**
- 3. Една значителна част от тези пациенти - 66,00% посочват, че измерват редовно артериалното си налягане и също толкова са и пациентите, които са преживяли хипертонична криза. Значителна част от тези пациенти - 72,00% са с наднормено тегло, а половината от тях съобщават за преживяна стресова ситуация – загуба на близък, за последната година.**
- 4. За основни рискови фактори при пациенти с ОМИ могат да бъдат посочени: пола, семейното положение, телесното тегло, стресови ситуации, фамилна обремененост, тютюнопушене, захарен диабет, преживяни хипертонични кризи, поради факта, че всеки един от тях оказва влияние върху останалите ($p < 0.0001$).**
- 5. Според значителна част от пациентите с ОМИ - 68,00% сърдечният пристъп е започнал пред 1 месец, а за 1/3 от анкетираните той се е предхождал от силно психическо натоварване. Според половината от пациентите пристъпът се проявя с болки в лявото рамо и ръката, както и стягане в гърдите - 40,00%. Болката е нетърпима за 60,00%**

от анкетираните пациенти, а пристъпите са наблюдавани през зимния сезон - месец декември - 30,00% и месец януари - 40,00%, като повечето пациенти - 78,00% са транспортирани до болницата с линейка.

6. Значителна част от пациентите с ОМИ употребяват редовно алкохол 74,00%, като предпочитани са бирата - 44,00% и концентрирания алкохол - 36,00%, а най-малко се консумира вино - 20,00%. Половината от анкетираните пациенти консумират повече от 2 алкохолни единици дневно.
7. Пациентите с ОМИ се хранят 2 пъти дневно - 62,00%, като предпочитат месо и колбаси - 45,00%, хляб и тестени изделия 22,00%, а плодове - 9,00% и зеленчуци - 2,00% се консумират в много малки количества.
8. Предпочитаната кулинарна технология от пациентите е пържене 54,00%, а повече от половината анкетираните - 65,00%, допълнително солят ястията по време на хранене.
9. Според медицинските сестри работещи с пациенти с ОМИ, съществуващата организация на сестринските грижи „отчасти” позволява спешното обслужване на пациентите - 57,10%, а непрекъснатото наблюдение на показателите е осигурено според 55,70% от анкетираните.
10. Показателите за спешно и интензивно наблюдение са ясно и точно регламентирани - 85,70%, но организацията според анкетираните медицински сестри - 57,10%, е само отчасти ефективна. Медицинските сестри попълват документацията на ръка - 78,60%, а отделеното време е повече от 1 час - 91,40% за едно дежурство.

11. Съществуващата организация на сестринските грижи само отчасти позволява на медицинските сестри да изработят писмен план за сестрински грижи, основанац се на индивидуалните потребности на пациента - 60,00%. Необходима е пълна промяна на организацията на грижи за пациентите с ОМИ според 44,30% от медицинските сестри, а 51,40% от тях считат, че промяната може да бъде направена и „отчасти”.

12.Разработения организационен модел за сестрински грижи при пациенти с ОМИ отразява основните етапи на спешност, интензивност, оперативно лечение и стационарно лечение, моделът позволява да се извършва планиране и отчитане на грижите за пациентите с ОМИ през всеки един етап от неговия болничен престой и въвеждането на софтуер относно грижите, съществено ще промени качеството на грижите за пациенти с ОМИ, което е потвърдено от експертната група.

ПРЕПОРЪКИ

- 1. Към преподавателите по сестрински грижи: Да се разработят учебни помагала за обучение на медицинските сестри във връзка със сърдечно-съдовата проблематика.**
- 2. Към Академичните структури, които обучават медицински сестри: Да се предложи курс за следдипломно обучение на тема: Специални сестрински грижи при пациенти с остър миокарден инфаркт.**
- 3. Към НЗОК: На основата на разработения организационен модел да се остойността сестринските грижи за пациентите с остър миокарден инфаркт и да се повиши цената на клиничната пътека с тази сума.**
- 4. Към Министерство на Здравеопазването: Да се предложи специализиран софтуерен продукт на основата на разработения организационен модел, който да допълни болничните информационни системи и да способства за създаването на по-ефективна организация на съвременните сестрински грижи.**

Библиография

1. **Александрова, М.**, А.Москов. Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, Сестринско дело, 33, 2001, 4,с. 20-23
2. **Александрова, М.** „Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза”. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, 2001, с. 97-100
3. **Александрова, М.** / Попов, Т. „За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри”. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, с. 440-444
4. **Апостолов, Г.**, Ангина пекторис - вариантна форма на Принцметал. Вътрешни болести, XX, 3, 1981, с. 111-115
5. **Атанасов, В.**, Оценка на левокамерната функция в острия и подостър стадий на сърдечен инфаркт чрез индиректни методи. Вътрешни болести, XV, 3, 1989, с. 96-100
6. **Атанасов, В.**, Промяна в стойностите на АКТХ и кортизол при болни с остър инфаркт на миокарда, Вътрешни болести, 1990, N2, с. 54-58
7. **Бакалова, И.**, Методика на обучението по практика на медицинските специалисти-лекции „Грижи за болния”, 1986г.
8. **Балабански Л.**, Хранене и диетика, МФ, София, 1987.
9. **Балканска, П.**, Приложна психология в медицинската практика, София, 2000, с. 163
10. **Башлиев, Ил.**, Смъртност при лицата преболели от инфаркт на миокарда след шестия месец от заболяването., 1991, N1, с. 18-23
11. **Башлиев, Ил.**, Проблеми на трудоспособността при лица преболели от два и повече инфаркта, Воен. мед., 1993, N2, с. 7-11
12. **Белов, Ю.**, Клинична кардиология. С., 1984, 285 - 290

13. **Белов, Ю.**, Клинична кардиология. С., 1984, 315 - 325
14. **Белов, Ю.**, Клинична кардиология. С., 1984, 428 - 340
15. **Белов, Ю.**, Клинична кардиология. С., 1984, 470 - 480
16. **Борисов, В.**, Ново Обществено Здравеопазване, Акваграфикс ООД, София 1998
17. **Борисов, В.**, Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, Филвест, С., 1997
18. **Борисов, В.**, Ц. Воденичаров, Реалности на здравната реформа, Филвест, С., 2000
19. **Борисов, В.**, Здравен мениджмънт, том I, Азбука на здравния мениджмънт. Изд. "Филвест", София, 2004, с. 249
20. **Борисов, В.**, Здравна политика и мениджмънт (лекционен курс). Изд. График Консулт ООД, София, 1994, с. 94-96
21. **Борисов, В.**, Качество на здравното обслужване., Социална медицина, учебник за медицинските колежи. Под ред.: В.Борисов, Ц.Воденичаров, С.Попова, С., ГорекПрес, 2001, с. 20-23
22. **Борисов, В.**, Мениджмънт на качеството в здравеопазването, Здравен мениджмънт, I, С., Филвест, 2004, с. 243-258
23. **Борисова, С.**, Тончева, С., Ролята на преподавателя при формиране на клинично мислене в обучението на медицинските сестри, Trakia Journal of Sciences, Vol. 6, Number 2, 4,2008, с. 26-30
24. **Борисова, С.**, Изграждане на умения за прилагане на сестрински процес от студентите в специалност „Медицинска сестра”, Съюз на учените, Стара Загора, 2009
25. **Борисова, С.**, С. Тончева, "Ролята на преподавателя при формиране на клинично мислене в обучението на медицинските сестри". Юбилейна научна конференция - 25 години Медицински факултет при Тракийски Университет, Стара Загора, 27-29.09.2007г.
26. **Бъчварова, В.**, Хиперкоагулабилитет и кардиогенен тромбоемболизъм. Българска кардиология, София, 1996, N 4, с. 57-60

27. **Василев, В.,** К. Рамшев, Ил. Врабчев, Сексуални смущения и някои промени в половите хормони при мъже, прекарвали миокарден инфаркт, Военно-медицинско дело, XLIII,6, 1989, с. 32-35
28. **Василев, С.,** Професионална адаптация и професионална кариера на младите лекари. Здравен мениджмънт, I,3, 2010, с. 18-22
29. **Воденичаров, Ц.,** М.Митова, С. Младенова, Медицинска педагогика, Артик 2001, С., 2008
30. **Воденичаров, Ц.,** С. Попова, „Медицинска етика”, София, 2010
31. **Воденичаров, Ц.,** М.Митова, С. Младенова, Медицинска педагогика, Артик 2001, С., 2008
32. **Воденичаров, Ц.,** Болнично обслужване, Социална медицина, учебник за медицинските колежи. Под ред.: В.Борисов,
33. **Воденичаров, Ц.,** К.Юрукова, С.Попова, С., Акар ПИИТ, 2004,с.108-112
34. **Воденичаров, Ц.,** В. Борисов. Доброволно здравно осигуряване. Стратегия на избора, М. И. "Арсо", С., 1999
35. **Воденичаров, Ц.,** С. Попова, Медицинска етика, С., 2003, с. 230
36. **Воденичаров, Ц.,** С. Попова, Оценяването в медицинското образование, С., Филвест, 2000, с. 36.
37. **Воронцова, Е.,** Я. Пшенникова и Ф. З. Меерсон, Влияние стресса на растяжимость, механизм старлинга и резистентность миокарда к гипоксии. Кардиология, XXII, 11, 1982, с. 68-71
38. **Георгиев, Б.,** Д. Попова, Какао и сърдечно-съдово здраве. Наука диететика,2011, №1 с. 21 - 26.
39. **Георгиев, Б.,** Н. Гочева, MIBEFRADIL - Първият калциев блокер на T-каналите. Необходимост от промяна на класификациите на калциевите антагонисти, Българска кардиология, София, 1996, N 4, с. 47 - 50
40. **Георгиев, Б.,** Д. Попова, Храни и нутриенти за намаляване на здравния риск. Наука диететика, 2009, брой №2 с. 17
41. **Георгиев, Б.,** Д. Попова, Храни и нутриенти за сърдечно-съдова превенция. Наука диететика, 2010, брой №1(3) с. 4

42. **Георгиев, Б.,** Д. Попова, Хранителна превенция и терапия на сърдечно-съдовите заболявания. Шоколад и превенция на сърдечно-съдов риск. Наука диететика, 2008, брой №1 с. 6
43. **Георгиев, Л.,** М. Григоров, Сърдечна недостатъчност. МФ, С., 1984, с. 205
44. **Георгиева, Л.,** Исторически аспекти на средиземноморската диета и нейната връзка с ниските нива на смъртност от сърдечно-съдови и злокачествени заболявания, Наука диететика, 2009, брой №2 с. 10
45. **Горанов, М.,** Основи на общата медицина. Плевен, 2001, с. 379
46. **Гочева, Н.,** Възможности на ехокардиографската методика в диагностиката на исхемичната болест на сърцето. Съвр. мед., XXXVI, 3, 1985, с. 27-30
47. **Григоров, М.,** К. Рашков, Изследване реакцията на сърдечно-съдовата система и мозъчната активност при клинично здрави младежи в условията на психоемоционалния стрес, Военна мед., 1991, N4, с. 27-29
48. **Григоров, М.,** Адаптация на сърдечно-съдовата система към екстремни натоварвания, Съвременна мед., 1990, N11, с. 11-16
49. **Григоров, М.,** Артериална хипертония. – Сърдечно-съдови заболявания 42, 2011 № 2, с. 16-27
50. **Григоров, М.,** П. Коцев, Лечение на надкамерните аритмии посредством електродеструкция на атривентрикуларното съединение - ранни и отдалечени резултати, Съвременна мед., 1990, N6, с. 30-33
51. **Григоров М.,** П. Коцев и Н. Иванов, Възможности на ехокардиографията за оценка на миокардния контрактилитет при болни с исхемична болест на сърцето. Военно мед. дело, XXXVI, 5-6, 1982, с. 51-55.
52. **Груев, И.,** А. Тончева, Хиперурикемията като сърдечно-съдов рисков фактор. – Мед. преглед, 47, 2011, № 1, с. 11-14
53. **Грънчарова, Г.,** Управление на здравните грижи, ИЦ на МУ – Плевен, 2005, с.17-29

54. **Грънчарова, Г.**, Управление на здравните грижи, МУ-Плевен, 2009, с. 24-32
55. **Грънчарова, Г.**, Управление на здравните грижи. Плевен, 2005, с. 240
56. **Даскалов, Т.**, Влияние на корватона върху газовия състав на алкално-киселинното равновесие на кръвта при болни от остър МИ. Проблеми на сърдечно съдовите заболявания, 1983, 11, с. 24-30
57. **Денчев, С.**, М. Матвеев, Хемодинамични ефекти, причинени от стенозиращата плака в коронарни съдове, довели до остър коронарен синдром. Съвр. мед., 1994, N2, с. 3-7
58. **Денчев, С.**, С. Димитров, Р. Радославова и кол., Отдалечени резултати от коронарната ангиопластика, Българска кардиология, София, 1996, N 4, с. 21-23
59. **Джустини, А.**, Европейско дружество по ФРМ – перспективи и цели, Физикална медицина, рехабилитация, здраве, С., 2009, 2, с. 18
60. **Доралийски, А.**, Управленска политика, Стопанство, С., 2006
61. **Доросиев Д.**, Ив. Перчев, Д. Шишманова, Кардиологична рехабилитация - за кого и каква? Курортология и физиология. София, 1, 1990, с. 8-10
62. **Драганова, М.**, Г. Грънчарова, „Сестрински план за грижи – научнообоснована методология за приложение на сестринския процес” МУ – Плевен, ФОЗ, катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии”.
63. **Драганов, В.**, Тиха миокардна исхемия при исхемична болест на сърцето. Съвр. мед., 1990, N6, с. 8-10
64. **Дракър, П.**, Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. С., Класика и стил, 2000
65. **Дракър, П.**, Практика на мениджмънта. С., Класика и стил, 2001, с. 3-21
66. **Дулева, В.**, Диетологични подходи при хипертония. Наука диететика, 2008, брой №1 с. 14

67. **Дякова, М.,** Л Спасов, Анализ на съвременните препоръки и стратегии за мениджмънта на сърдечносъдовите заболявания, сп. Здравен мениджмънт, Бр. 1, 2008, с. 33 - 36
68. **Еленкова, А.,** Господинова М., Иванова Р., Честота, етиология и патогенеза на артериалната хипертония при захарен диабет, Българска кардиология, София, 1996, N 4, с. 51-56
69. **Желева, Ж.,** Т. Тодоров, Д. Карасташев, Следклинична Физическа рехабилитация на болни след МИ. Физикална, курортна и рехабилитационна медицина Том XXXIII, 1994, N3, с. 8-9
70. Закон за здравето, ДВ бр.70, 2004
71. Закон за лечебните заведения. ДВ бр.62, 1999, доп.бр.108, 2000
72. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти. Обн. ДВ, бр.46 от 03.06.2005 г.
73. **Златанова, Т.,** Р. Великова, Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата, ИНГА, Двадесет и седма научно-технологична сесия Контакт 2011, 24.06.2011, София, с. 114–120
74. **Златанова, Т.,** Р. Великова, Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, Дидакта консулт, София, с. 190
75. **Златанова, Т.,** Р. Златанова – Великова, Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, София, 2008, с. 211
76. **Иванов, Б.,** Психосоматичният проблем при соматоформни разстройства.Сп. "Психосоматична медицина", Том I, 1993, кн. 1, с.36-38.
77. **Иванов, И.,** Основи на мениджмънта. Изд. "Абагар", Велико Търново, 1999, с. 333
78. **Иванова, Т.,** А. Димова, Г. Гарева. Качество на здравните услуги. В кн: Болничен мениджмънт. Под ред. на Л. Иванов и Ж. Големанова. Изд. НЦОЗ, София, 2005, с. 257-285
79. **Иваюшкин, И,** Философия сестринского дела, в сборнике материалов семинара по етике, 28-29 апреля 1997, с. 28

80. **Калоянова, А.**, Кр. Янкулова, М. Тошева, Ч. Начев, Психотерапевтично въздействие при болни с МИ. Сп. "Психосоматична медицина" Том III, 1995, кн. 1, с. 51-55
81. **Караславова, Е.**, Необходима ли е преоценка на настоящата рискова констелация за сърдечно-съдови заболявания – I част. – Наука Кардиология, 2008, № 3, с. 115-118
82. **Караславова, Е.**, М. Дякова, Т. Златанова, Д. Тодорова и П. Трендафилова, Няколко предложения за превенция на сърдечно-съдовите заболявания чрез обучение на населението и създаване на здравносъхраняваща околна среда. – Сестринско дело, 40, 2008, № 2, с. 14-19
83. **Карастатев, Д.**, Психологични проблеми при рехабилитацията на болни от остър миокарден инфаркт, Психосоматична медицина, т. II, 2, 1994, с. 55-59
84. **Карастатев, Д.**, Значение на клиничната физическа рехабилитация за близката и далечна прогноза на болни с МИ, София, МА, N 2215, 1981.
85. **Кичуков, К.** . Хранене и сърдечно-съдови заболявания, Сърце - Бял дроб. - ISSN 1310-6341. - IX, 3 (2003), с. 3-15
86. **Костов, Д.**, Управление на качеството. София, 1999, с. 7
87. **Кусетасев, Г.**, П. Маринов, Заболеваемост и смъртност от сърд. съд. заболявания в Толбухенски окръг. Пробл. сърд. съд. забол., 7, с. 22-28
88. **Кънчев, М.**, Основи на управлението, „Албатрос”, Варна, 1991 с.99-103
89. **Маринов, М.**, Качество на здравната помощ, Абагар, В.Търново, 1998, с.11-13
90. **Маринова, П.**, Г. Янкова, Внедряването на Нърсинг процес – необходим организационен приоритет на здравеопазването, Медицински меридиани, I, 2010, 3, с. 38-42
91. **Маринова, П.**, Конфликти в здравеопазването, Възникване, причини и управление, Враца, ЕТ”Тодоров-В”, 2002, с.85
92. **Маринова, П.**, Сестрински теории, Филвест, С., 2002, с.49-64.

93. **Маринова, П.**, Сестрински теории. Грижи за лица с умствени увреждания. С., Филвест, 2002, 49-63
94. **Маринова, П.**, Съвременната медицинска сестра. Социологически, образователни и управленски аспекти. С., Нов ден, 2012, 7-17
95. **Маркова, С.**, Национална здравна стратегия на сестринството. Предложение към Национална здравна стратегия 2007-2012
96. **Маркова, С.**, И.Стамболова, Г.Чанева. Автономност и отговорност в сестринската практика. Сестринско дело, 33, 2001, 2, с. 8-12
97. **Маркова, С.**, П. Цонов, И. Стамболова, Г. Чанева, Протокол за здравни грижи – средство за качествени здравни грижи, Социална медицина, бр.1/ 2001, с.35-36
98. **Машонов, Н.**, Клинични и експериментално-психологични проучвания върху невротичността при болни от МИ в период на рехабилитация, София, МА, N 3316, 1993
99. **Мегова, Т.**, Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт, Бул."Климент Охридски" 1, Плевен
100. **Меерсон Ф.**, М.Г.Пшенникова и А.А.Уголев, Боль стресса в патогенезе ишемической болезни сердца. Кардиология, XXII, 5, 1982, с. 54-61
101. **Мечков, К.**, Медицинска психология, В. Търново, 1995
102. **Милчева, Х.**, Основи на сестринските и акушерските грижи, Стара Загора , 2009, с.16-18
103. **Митова, М.**, С.Младенова, Методика на практическото обучение на специалистите по здравни грижи, Артик -2001, С., 2008
104. **Мухина, С.**, И.Търновская, Теоретични основи на сестринските грижи, ИЦ на МУ-Плевен, 2006, с.107-109
105. **Мухина, С.**, И. Тарновская – Теоретични основи на сестринските грижи-2006, с.70-75
106. **Мухина, И.** Тарновская – Теоретични основи на сестринските грижи 2006 – с.10-12

107. **Мухина, С., И. Тарновская** – Теоретични основи на сестринските грижи, 2006 , с.62-65
108. **Мухина, С., И. Тарновская** – Теоретични основи на сестринските грижи, 2006, с.83
109. Национален статистически институт на Република България. Население-данни, 2012. www.nsi.bg
110. Национална здравна стратегия “По-добро здраве за по-добро бъдеще на България”, МЗ, София, 2001, с. 94-98
111. Национална здравноосигурителна каса. Национален рамков договор 2012, Допълнителна разпоредба. www.nhif.bg
112. **Начев Ч.**, Диастолна и дисфункция на лява камера при болни със запазена и с намалена фракция на изтласкване след прекаран миокарден инфаркт. Съвременна мед. 1995, N1, с. 1-7
113. **Николова П.**, Яръмлъкова, Значение на функционалната оценка при болни от ИБС в курортната кардиология. Физикална, курортна и рехабилитационна медицина Том XXXIII, 1995, N1, с. 28
114. **Пенков, Н.**, Дългосрочна прогноза при болни от нестабилна ангина пекторис, Вътрешни болести, 1990, N1, с. 51-56
115. **Перчев, И.**, Кардиологична рехабилитация, Издателство „Знание” ЕООД, 2000
116. **Петрова, Зл., В. Калайджиева, В. Младенова,** Ръководство по мониториране на качеството в здравеопаването и медицински одит. Здравен мениджмънт, 2004, 3, с. 4-26
117. **Петрова, З., К.Чамов, Ст. Гладилов,** Качеството в здравеопаването. Съвременни измерения и тенденции, „Хелт Медиа Груп“, 2008, ISBN 078–954–92188, с. 1-7
118. **Петрова, Зл., В. Младенова, Л. Герзилова,** Качеството на болничната помощ през погледа на пациенти и лекари. Здравен мениджмънт, 2004, 3, с. 33-37

119. **Попова Д.**, Селен и сърдечно-съдов риск. Хранене и диететика, 2010, брой №2 с. 4
120. **Попова, С.**, Комуникация в сестринството – бариери за ефективна комуникация. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, с. 63-68
121. **Попова, С.**, Развитие на сестринството – приоритетни въпроси. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, с. 7-12
122. **Попова, С.**, Формиране на умения на пациента за справяне с психосоциални проблеми. Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, ГорексПрес, С., 2001, с. 133-137
123. **Попова, С., М, Александрова,** Етични правила за добра емоционална и социална подкрепа на пациента. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, 2001, с.133-137
124. **Попова, С.** и колектив, Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, ДСГриф, 2001
125. **Пухлев А., М.Рашев** и чл. – кор. проф. д-р В.Т.Цончев, Болести на сърдечносъдовата система, 2011, с.12-16
126. **Русева, Б.**, Селен и съдова стена – Наука диететика, 2011, №1 с. 16- 20
127. **Селье, Г.**, Когда стресс не приносит горя – 1992 – с. 50
128. **Славчев, С.**, Генетични фактори при исхемична болест на сърцето. Вътр. болести, XXV, 3, 1986, с. 12-19
129. **Спасова, Р., П. Железчева.** Повишаване качеството на здравните грижи в МБАЛ “Д-р Иван Селимински” АД – Сливен, чрез въвеждане на система за оценка и контрол. Здравни грижи, 2004, 1, с. 15 – 20
130. **Стамболова, И.**, Семейна медицинска сестра, учебно помагало, БЧК, 2009, с. 13

131. **Стамболова, И.,** Г. Чанева, Управление на здравните грижи, Филвест, София, 2007, с. 56
132. **Стамболова, И.,** Сестрински грижи при соматични заболявания, МУ-София, Централна медицинска библиотека, С.,2012 с. 26
133. **Стоичков, Б.,** Камерни аритмии, левокамерна хипертрофия и внезапна смърт, Българска кардиология, София, 1996, N 4, с. 61-65
134. **Тодорова, Д.,** Личностови диспозиции и сърдечно-съдови заболявания, 2004, с. 15-33
135. **Томов, И.,** Кардиология, Знание ЕООД 2003, том. 1, с. 68-73
136. **Томов, И.,** Н. Наумов, Ехографска диагностика на вътрешните болести, Медицина и физкултура, София, 1992г, с. 45-50
137. **Томов, И.,** Инфаркт на миокарда,Българска национална академия по медицина, Издателство Знание 1999г, с. 47-52
138. **Томов, И.,** Инфаркт на миокарда,Българска национална академия по медицина, Издателство Знание 1999г, с.70-75
139. **Томов, И.,** Кардиология, Том II, Издателство „Знание” ЕООД, 2003, с. 56-60
140. **Тончева, С.,** Борисова, С., Възможности за формиране на клинично мислене на медицинската сестра, Здравни грижи,4, 2005, с. 24-31
141. **Тончева, С.,** Борисова, С., Планът за сестрински грижи – фактор, повишаващ ефективността на здравното обслужване, сп. Социална медицина, год.XII,1,2004, с.35-37
142. **Тончева, С.,** С. Борисова, Планът за сестрински грижи – фактор, повишаващ ефективността на здравното обслужване, Социална медицина, бр.1, 2004, с. 35-36
143. **Троянова П.,** Л. Първанова, Удовлетвореност на пациентите от предлаганите медицински услуги в болницата за активно лечение по онкология – ЕАД, София. Социална медицина, 2001, 4, с. 9-17
144. Учебник по Вътрешни Болести - Под редакцията на Проф .Чернев
145. Учебник по фармакология-Под редакцията на проф.Ламбев

146. Учебник по Хигиена- Под редакцията на проф. Цветков
147. **Цонев Ц.,** Петкова П., Иванов Н. и сътр., Личностовият фактор “агресивност” като рисков фактор в кардиологията, 2006, с.32-39
148. **Чанева, Г.,** Качеството на сестринските грижи като приоритет, Изд. „Артик 2001” ООД, София, 2008, с. 7-12
149. **Чанева, Г.,** Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2, 2008, 1, с. 61-64
150. **Чанева, Г.,** Български Червен Кръст, Учебно помагало „ Семейна медицинска сестра” 2009, с.10 – 12
151. **Чанева, Г.,** И. Стамболова, Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, 2003, с.79-83
152. **Чанева, Г.,** И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, 2003, с. 94-100
153. **Чанева, Г.,** И. Стамболова, Концепции за сестрински грижи, Управление на здравните грижи под ред. на доц. д-р С. Попова, Филвест, С., 2003, с.7-15
154. **Чанева, Г.,** И.Стамболова Управление на здравните грижи, 2003, с.8
155. **Чанева, Г.,** Сестрински грижи в дома на пациента при хирургични заболявания, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български Червен Кръст, С., 2009,с.15-20
156. **Чанева, Г.,** Сестрински грижи в дома при соматични заболявания, В: Семейна медицинска сестра, учебно помагало, Български Червен Кръст, С., 2009, с. 22-25
157. **Чанева, Г.,** Български Червен Кръст, Учебно помагало „ Семейна медицинска сестра” 2009, с.9-10
158. **Чанева, Г.,** И. Стамболова, М.Димитрова, „Изработване на стандартни планове за сестрински грижи”

159. **Шипковенска, Е.**, Л.Георгиева, Г.Генчев, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, София 2002, Делфи
160. **Шипковенска, Е.**, Сърдечно-съдов риск: проблем с много неизвестни (Sofia Heart Study), Филвест, София, 2004
161. **Ades PA.** Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Hearth Disease. *New Engl J Med* **345**, 2001: 892-902.
162. **Alcohol and Public Health.** www.cdc.gov/alcohol
163. **Antman, E.**, Wiviott S., Murphy S. et al. Early and late benefits of prasugrel in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention: A TRITON TIMI 38 (TRial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel Thrombolysis In Myocardial Infarction) Analysis. *J Am Coll Cardiol* 2008, 51: 2028-2033 <http://content.onlinejacc.org>
164. **Assessment and Management Of Cardiovascular Risk.** Geneva 2007.
165. **Attree, M.**, Patients' and relatives' experiences and perspectives of “ good” and “not so good” quality care, *Journal Adv. Nursing*, 2001, feb., 33(4), 456-66.
166. **Bernard** and al (*European Heart Journal* 21 (17): 1424)
167. **Braunwald, E.**, Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine, W.B.Saunders company, Philadelphia, London, Toronto, 1996.
168. **Burhin, F.**, D. Elkaï, Système qualité et services de soins: position charnière du personnel, In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 1998, 5-40.
169. **Chobanian AV,** Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA.* 2003;289:2560-2572.
170. **Clark, K.,** L.B. Normile, Critical care admissions criteria in community based hospitals : a pilot study with implications for quality management, *Journal Nursing care Quality*, 2000, oct. 15(1): 32-41.
171. **De Backer G,** Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al; Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in

- Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2003;24:1601-1610.
172. **Denolin, H.**, Kaprio L., Dorosiev D., Rehabilitation and comprehensive secondary prevention after acute myocardial infarction, Euro reports and studies, WHO, 1984.
173. **Doughty, R.**, Rogers A., Sharpe N. et Al., Effects of beta-blocker therapy on mortality in patients with heart failure, A systematic overview of randomized controlled trials, *European Heart Journal*, Vol. 18, 1997, 560 - 565.
174. **EUROASPIRE Study Group.** EUROASPIRE: A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. – *Eur. Heart J.*, 18, 1997, 1569-1582.
175. **Gordon, M.**, *Nursing diagnosis : process and application*, Second edition, McGraw-Hill Book Company, 1987, 515.
176. **Gravning, J.**, Kjekshus J. The perfect biomarker in acute coronary syndrome: A challenge for diagnosis, prognosis, and treatment. *Eur Heart J* 2008, 29 (23): 2827-2828 <http://eurheartj.oxfordjournals.org>
177. **Gregg EW**, Cheng YJ, Cadwell BL, et al. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *JAMA.* 2005;293:1868-1874
178. **Hatchett, R.**, D.Thompson, *Cardiac nursing*, Harcourt Publishers Limited 2002, p.167
179. **Hans et al.**, 1996; Di Benedetto et al., 2006; Hare et al., 2003; Doyle et al., 2007.
180. Harvard Medical School. Measuring Physical Activity. MET hour equivalents of various physical activities. www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/mets-activity-table
181. **He Yiang**, Lorraine G, Ogden MS Risk factors for Congestive Hearth Failure in US Men and Women . *Arch Internal Medicine*, **161 (7)**, 2001: 996-1002.

182. **Henning, M.**, Nursing's Role in Nutrition. CIN: Computers, Informatics, Nursing, September/October **27**, 2009: 301-306.
183. **Hatchett, R.**, D.Thompson, Cardiac nursing, Harcourt Publishers Limited 2002, p.166-167
184. <http://www.livestrong.com/article/519070-nutritional-needs-for-patients-with-myocardial-infarction/#ixzz1ilsTGLwC>
185. <http://www.neurosonology-bg.com>
186. **Kesteloot, K.** Disease management: A new technology in need of critical assessment. – Intern. J. Technol. Assessment Health Care, 15, 1999, 506-519.
187. **Khot UN**, Khot MB, Bajzer CT. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA. 2003;290:898-904.
188. **Kurzen,C.**, Contemporary practical/vocational nursing, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1989, p.81-95.
189. **Ladwig K.-H.**, Scheuermann W., Gender differences in the decline of mortality rates of acute myocardial infarction in West Germany, European Heart Journal, Vol. 18, 1997, 582 - 587.
190. **Latimer, J., M.** Spubler-Gaugban, Quality assurance and Risk Management, In: Management Issues in critical care, Birdsall C., Mosby Year Book, St. Louis, 1991, 113-130.
191. **Lavie C**, R. Milani, HO. Venture.. *JACC* **53(21)**, 2009: 1925-1932.
192. **Lazarou, Ch**, Ch. Kouta. The role of nurses in prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing* 19, 2010: 641-647.
193. Loi 91-748 ;
194. Loi 93-5;
195. Loi 94-43;
196. Loi 98-657;
197. **Magnusson**, 1996; Griez et al., 2000; Haworth et al., 2005.

198. **McCann C.**, Glover B., Menown I. et al. Novel biomarkers in early diagnosis of acute myocardial infarction compared with cardiac troponin T. *Eur Heart J* 2008 29: 2843-2850
199. **Miller, S, P.** Alpert, C. Cross. Overweight and obesity on nurses advanced practice nurse and nurse education. *J Am Ac Nurse Pract* **20**, 2008: 259-65..
200. **Neaton JD**, Wentworth D; Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. *Arch Intern Med.* 1992;152:56-64.
201. **Nicklas TA**, Baranowski, T, KW Cullen Eating patterns, dietary quality and obesity. *J Am Coll Nutr* **20**, 2001: 599-608.
202. Ordonnance 96-346;
203. **Poirier P**, RH Eckel. Obesity and cardiovascular disease. *Curr Atherosclerosis Rep* **4**, 2002: 448-53.
204. **Room R**, Babor T, Rehm J. Alcohol and Public Health. *Lancet* **365**, 2005: 519-30.
205. **Schuler G**, Hambrecht R., Schlier G. Regular physical exercise and low fat diet – effect on progression of coronary artery disease. *Circulation* **86**, 1992:1-11.
206. The British Heart Foundation, 2004
207. **The NHS** Information Centre. Statistics on obesity, physical activity and diet. England 2010. www.ic.nhs.uk
208. w.w.w. cardio bg.com
209. www.nursing-bg.com
210. w.w.w. puls.bg /health\mind/news_2090.html
211. w.w.w.figurata.com/2008,09_01 archive.html
212. w.w.w.naturklinik. com/bg/
213. **Wald NJ**, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ.* 2003;326:1419. doi:10.1136/bmj.326.7404.1419
214. Wang et al., 2008

215. **Wenger, N** et al. Uncomplicated myocardial infarction: current physician practice in patient management. *JAMA* **224**, 1973: 511-14.
216. **Wenger, NK**, Froehlicher ES, Smith LK. Cardiac Rehabilitation Clinical Practice Guidelines Rockville, MD Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung and Blood Institute, 1995, AHCPR, publication N0 96-0672.
217. **White H**. Evolution of the definition of myocardial infarction: what are the implications of the new universal definition? *Heart* 2008, 94: 679-684 <http://heart.bmj.com>
218. White H., Chew D. Acute myocardial infarction. *Lancet* 2008; 372: 570-84 <http://www.thelancet.com>
219. WHO Technical Report Series 854. Physical Status. The Use and Interpretation of Anthropometry. Geneva 1995.
220. WHO/AFRO Web Site
221. www.sante.gouv.fr.
222. www.wikipedia.org
223. www.ARS MEDIKA.bg
224. **Yusuf, S**, St. Hawken, S. Ounpuu Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) case control study. *The Lancet* 364, 2004: 937-952.

Приложения

Приложение № 1

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим Ви за участие в анкетно проучване
относно начина на живот на пациенти със сърдечно-съдови
заболявания.

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие.

1. Посочете Вашето семейно положение:

А/ семеен

В/ разведен/а

Б/ несемеен

Г/ овдовял/а

2. Имате ли информация за сърдечно - съдови заболявания на родителите Ви и какви?

А/ Да

Б/ Липсват заболявания в семейството

В/ Нямам информация

3. Измервате ли редовно кръвното си налягане?

А/ Да

Б/ Не

4. Получавали ли сте хипертонични кризи?

А/ Да

Б/ Не

5. Боледувате ли от захарен диабет?

А/ Да

Б/ Не

6. Какво е теглото Ви?

А/ нормално

Б/ наднормено

В/ поднормата

7. Пушите ли?

А/ Да

Б/ Не

8. Преживяли ли сте някоя от посочените стресови ситуации през последната година?

А/ загуба на близък /смърт или развод/

Б/ промяна на местоживеенето

В/ промяна на работата

Г/ други стресови ситуации.....

9. Работата Ви свързана ли е с психическо напрежение и стрес?

А/ Да

Б/ Не

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми пациенти, молим Ви за участие в анкетно проучване относно основните рискови фактори, които могат да доведат до миокарден инфаркт

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие.

1. Посочете Вашата възраст

2. Посочете Вашият пол.....

3. Посочете Вашето семейно положение:

А/ семеен

В/ разведен/а

Б/ несемеен

Г/ овдовял/а

4. Какво е теглото Ви?

А/ нормално

Б/ наднормено

В/ поднормата

Посочете теглото си в килограми и телесната височина /

5. Професията Ви свързана ли е с психическо напрежение и стрес?

А/ Да

Б/ Не

6. Имате ли информация за сърдечно съдови заболявания на родителите Ви и какви?

А/ Да

Б/ Липсват заболявания в семейството

В/ Нямам информация

7. Боледувате ли от захарен диабет?

А/ Да

Б/ Не

8. Измервате ли редовно кръвното си налягане?

А/ Да

Б/ Не

9. Получавали ли сте хипертонични кризи?

А/ Да

Б/ Не

10. Пушите ли?

А/ Да

Б/ Не

11.Посочете месеца през който сте получили сърдечен пристъп?

А/ Януари

Д/ Май

И/ Септември

Б/ Февруари

Е/ Юни

Й/ Октомври

В/ Март

Ж/ Юли

К/ Ноември

Г/ Април

З/ Август

Л/ Декември

12. Преживяли ли сте някоя от посочените стресови ситуации през последната една година?

А/ загуба на близък /смърт или развод/

Б/ промяна на местоживеенето

В/ промяна на работата

Г/ други стресови ситуации.....

13. Кога за първи път почувствахте болка в сърдечната област?

А/ преди един ден

В/ преди две седмици

Б/ преди една седмица

Г / преди един месец

14. В какъв момент настъпи болката?

А/ внезапно

Г/ през деня

Б/ в състояние на покой

Д/ след някое физическо

В/ през нощта

натоварване

Е/ след психическо напрежение

15. Къде почувствахте болка?

- А/* стягане в гърдите
- Б/* болка в лявото рамо и лявата ръка
- В/* схващане на шията
- Г/* болка в гърба
- Д/* коремна болка
- Е/* зад гръдната кост
- Ж/* изтръпване на долната челюст

16. Каква беше според Вас силата на болката?

- А/* слаба
- Б/* лека
- В/* силна
- Г/* средно - силна
- Д/* много - силна
- Е/* нетърпима

17. Какъв беше начина на транспортиране до болничното заведение?

- А/* с линейка на бърза помощ
- Б/* с лично МПС
- В/* с такси

18. Информирани ли сте за Вашето заболяване?

- А/* Да
- Б/* Не
- В/* отчасти

19. Имахте ли предварителна информация за заболяването Ви и от кого?

- А/* Да, от роднини
- Б/* Да, от личния лекар
- В/* Да, от интернет

20. Запознат ли сте с двигателния Ви режим след изписването от болничното заведение?

- А/* Да
- Б/* Не
- В/* отчасти

АНКЕТНА КАРТА

**Уважаеми пациенти, молим Ви за участие в анкетно проучване
относно начина на хранене при пациенти със сърдечно-съдови
заболявания.**

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие.

1. Посочете Вашата възраст

2. Посочете Вашият пол.....

3. Посочете Вашето семейно положение:

A/ семеен

B/ разведен/а

B/ несемеен

Г/ овдовял/а

4. Боледувате ли от захарен диабет?

A/ Да

B/ Не

5. Употребявате ли редовно алкохол?

A/ Да

B/ Не

6. Какъв алкохол употребявате, ако отговора на предходния въпрос е „Да“?

A/ концентриран алкохол

B/ вино

B/ бира

7. Колко пъти дневно се храните?

A/ един път дневно

B/ два пъти дневно

B/ три пъти дневно

Г/ четири пъти дневно

8. Кои са любимите Ви храни?

А/ местни храни

Б/ млечни храни

В/ зеленчукови салати

Г/ плодове

Д/ постни храни

Е/ тестени храни

Ж/ захарни изделия

9. По какъв начин приготвяте храната си?

А/ варене

Б/ печене

В/ пържено

Г/ варене, печене и пържено

10. Какви храни предпочитате?

А/ солени

Б/ безсолни

11. Добавяте ли сол в храната при всяко хранене?

А/ Да

Б/ Не

В/ понякога

12. Направете оценка на двигателната Ви активност.

А/ занимавам се активно със спорт

Б/ умерена физическа натовареност

В/ слаба физическа натовареност

13. Какво е теглото Ви?

А/ нормално

Б/ наднормено

В/ поднормата

Посочете теглото си в килограми и телесната височина /

АНКЕТНА КАРТА

**Уважаеми колеги, моля за Вашето участие в анкетно проучване
относно организацията на сестринските грижи за пациенти с
остър миокарден инфаркт**

Благодарим Ви предварително за Вашето съдействие!

**1. Считате ли, че съществуващата организация позволява спешно
започване на лечението и грижите за пациентите, приети в
болницата с остър миокарден инфаркт :**

а/ да, организацията позволява много бързо пациента да бъде приет и
да започне лечението

б/ организацията само отчасти позволява много бързо да бъде приет
пациента в болничното отделение

в/ съществуващата организация не позволява да се осигури бързина и
спешност при приемането и лечението на тези пациенти

**2. Организацията на грижите позволява ли да се документират всички
грижи и дейности, които извършвате за пациентите с ОМИ:**

а/ да, всички дейности и грижи се документират

б/ само основните дейности и грижи

в/ по-голямата част от извършваните грижи не се документират

**3. Организацията на грижите в клиниката позволява ли непрекъснато
наблюдение на пациента?**

а/ да, напълно

б/ само отчасти

в/ не

4. Регламентирани ли са ясно показателите за наблюдение на общото състояние на пациентите?

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

5. Достатъчно ефективна ли е организацията, създадена за болнично лечение на пациентите с ОМИ, като се има предвид, че пациентите се приемат по спешност, а след това преминават през интензивно лечение, и др. за изключително кратък период:

а/ да

б/ отчасти

в/ не

Посочете Вашето мнение по проблема:

6. Считате ли, че при създадената организация отделяте значително много време за попълване на документи на ръка?

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

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

а/ до 30 минути

б/ до 1 час

в/ над 1 час

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

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

9. Считате ли, че сте напълно подготвени и обучени за осъществяване на сестрински грижи за пациентите с ОМИ за всички етапи на болничния престой на пациента?

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

10. Считате ли, че е необходима промяна в организацията на грижите за пациентите с ОМИ, която да отразява приоритетите на спешното, интензивното, оперативното и терапевтичното лечение на тези пациенти?

а/ да, напълно

б/ отчасти

в/ не

11. Споделете Вашето мнение по отношение на грижите за пациентите с ОМИ:

Приложение 5 **Организационен модел за сестрински грижи при пациенти с**

остър миокарден инфаркт



Пациент с остър миокарден инфаркт



Спешност



Контрол



Приемане на пациента в спешен кабинет

→ ЕКГ, вземане на венозна кръв за лабораторни изследвания, вземане на кръв за кръвна група, поставяне на венозен източник



Необходима документация



Журнал за данните на пациента, фиш за ЕКГ, бланки за лабораторни изследвания, фиш за микробиологично изследване на урина, фиш за рентгеново изследване на бял дроб и сърце, информирано съгласие за предстоящите процедури, лист История на заболяването, протокол за здравни грижи при пациенти с ОМИ и др.



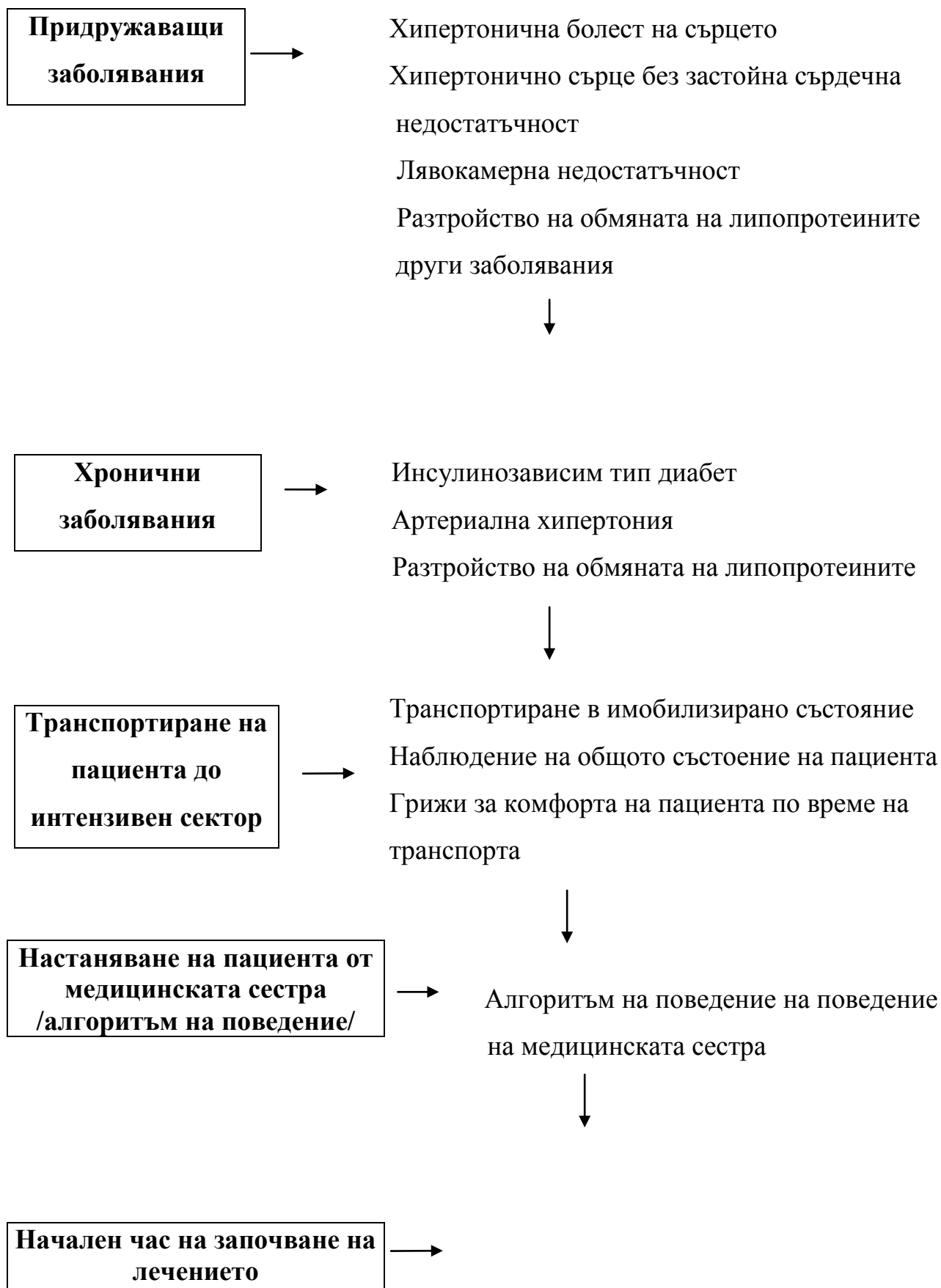
Време на престой в спешен кабинет

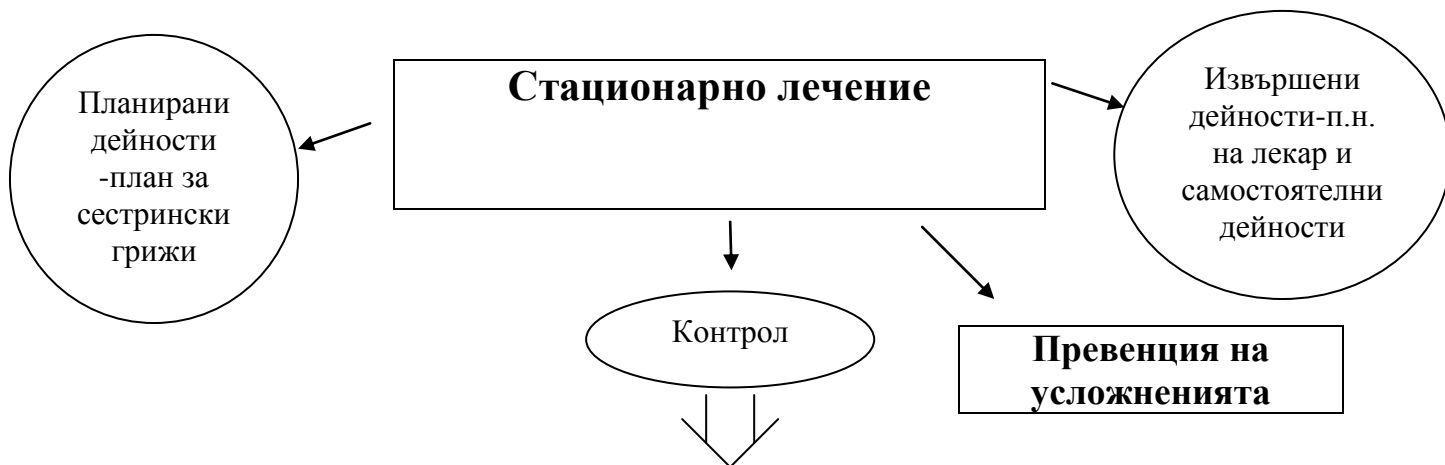


Начален час

Час на превеждане на пациента в интензивен сектор







Мониторинг →

Условия за работа с монитор



Наблюдение и отчитане на соматичните показатели →

Пулс, температура, артериално налягане, дишане, уриниране, дефекация/, готовност за максимално бързо извършване на електрошок, електрокардиостимулация, интубация, командно дишане и др.



Извършване на назначената терапия →

Кислородолечение,
Инжекционно приложение на лекарства
Венозно вливане
Перфузионна терапия
др.



Планиране на
назначените
изследвания

→ **Неинвазивни методи на изследване на сърцето**
/Обзорни изследвания - Ró skoría на сърцето,
Ró graphía на сърцето, Ró томография,
Флуорография, Ró кимография,
Ехокардиография/.

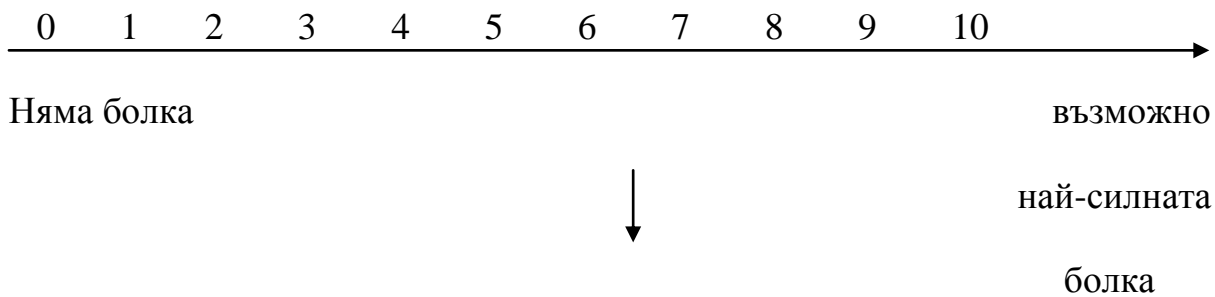
Инвазивни методи на изследване

/ Сърдечна катетеризация, Перкутанна
транслуменна коронарна ангиопластика (PTCA),
инвазивно изследване на коронарните съдове -
СКГ , артериална катетеризация/.

Скала за оценка на
болката



Номерирана скала:



Хранене



Хранителен режим



Сън и почивка

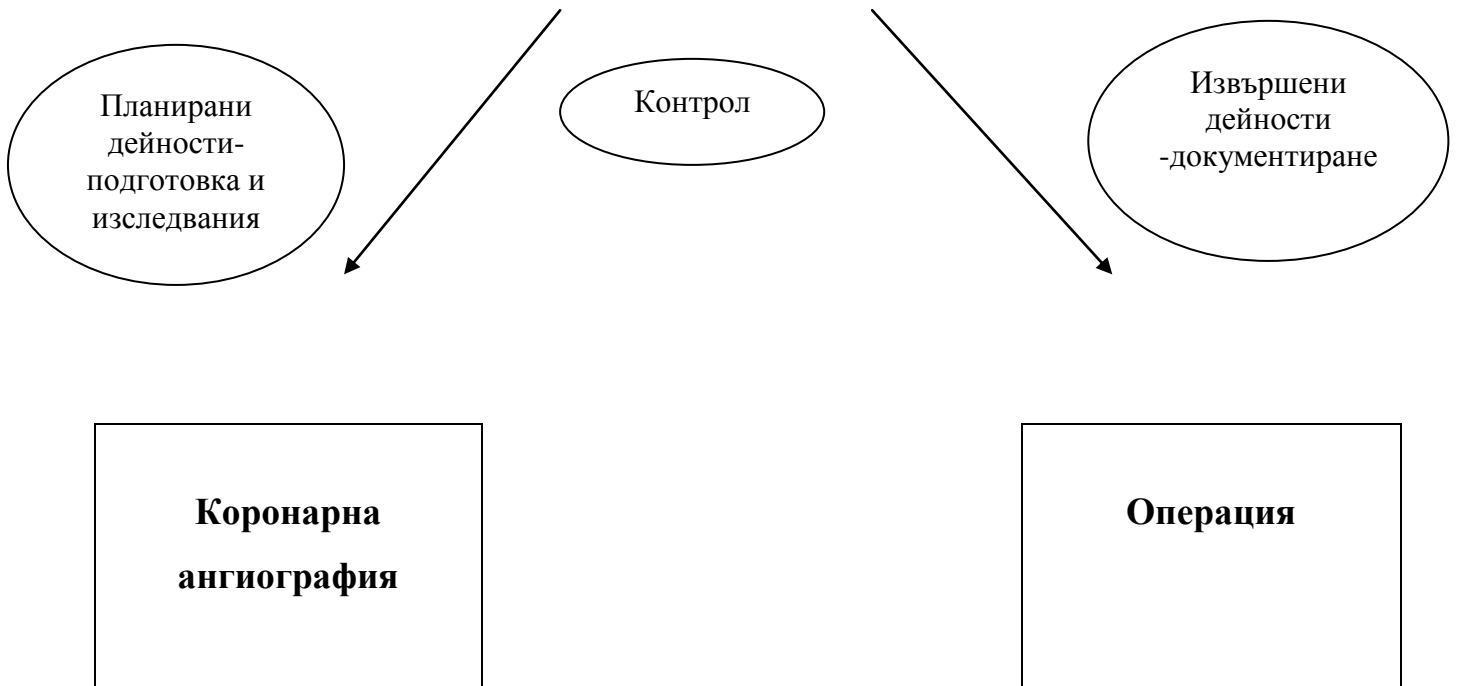


Медицинската сестра осигурява спокоен сън и
почивка на пациента



ПРЕДОПЕРАТИВНА ПОДГОТОВКА

ПЛАН ЗА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ



СЛЕДОПЕРАТИВНИ ГРИЖИ ПЛАН ЗА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ



ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА

Уважаеми, колеги предлагаме Ви да извършите експертна оценка на разработен – кратък и разширен **схематичен организационен модел** на грижите за пациенти, които се приемат за болнично лечение с **остър миокарден инфаркт**.

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

Можете да изразите свободно Вашето мнение.

1. Считате ли, че разработеният модел отразява всички етапи от сложния процес, през който преминава пациента с поставена диагноза ОМИ:

а/ определено считам, че в представения модел са отразени основните етапи на спешност, интензивност, оперативно лечение и стационарно лечение

б/ представеният модел само отчасти отразява болничното лечение на тези пациенти

в/ представеният модел много слабо отразява етапите на болничното лечение

г/ споделете **Вашето мнение** относно процеса на болнично лечение на пациенти с ОМИ –

2. Считате ли, че разработеният модел показва точно и ясно кои са приоритетите на здравните грижи при тези пациенти:

а/ моделът представя достатъчно ясно и точно какви са грижите за пациента по време на болничния престой

б/ моделът не показва достатъчно ясно и точно всички видове грижи, които се извършват за тези пациенти

в/ представеният модел не показва ясно и точно грижите, които се извършват за тези пациенти

г/ споделете **Вашето мнение** относно грижите за пациенти с ОМИ -

3. Считате ли, че разработеният модел позволява да се извършва планиране и отчитане на грижите за пациентите с ОМИ през всеки един етап от неговия болничен престой:

а/ да, представеният модел позволява това да се извършва от медицинските сестри

б/ представеният модел позволява само отчасти да се извършва планиране и отчитане на грижите

в/ считам, че моделът не позволява такава организация на грижите

г/ споделете **Вашето мнение** относно планирането и отчитането на грижите –

4. Разработеният модел създава организация на грижите, чрез която ще се повиши ефективността на сестринските грижи:

а/ да определено считам, че въвеждането на тази организация на грижите ще се повиши значително ефективността на грижите извършвани от медицинските сестри

б/ тази организация само отчасти ще доведе до ефективност

в/ тази организация на грижите няма да доведе до по-висока ефективност

г/ споделете **Вашето мнение** относно ефективността на грижите –

5. Считате ли, че организацията на грижите за пациенти с ОМИ значително ще се подобри, ако се разработи информационен продукт на основата на този схематичен модел, в който да се съдържа цялата информация за пациента –от неговото постъпване до неговото изписване:

а/ да определено считам, че ако болничната информационна система се допълни от специално разработен софтуер относно грижите за пациента с ОМИ това съществено ще промени качеството на грижите за пациента, както и натоварването на медицинските сестри

б/ информационната система само отчасти ще промени организацията на грижите

в/ определено считам, че информационната система няма да се отрази на качеството на грижите

г/ споделете **Вашето мнение** относно въвеждането на информационен продукт за грижи -.....

6. Считате ли, че въвеждането на този организационен модел ще позволи ефективното използване на времето за конкретни грижи и дейности свързани с пациента:

а/ определено считам, че въвеждането на модела ще позволи грижите за пациентите с ОМИ да бъдат ясно планирани, извършени и отчетени

б/ въвеждането на този модел само отчасти ще промени ефективното използване на времето за грижи

в/ определено считам, че тази организация няма да промени по никакъв начин ефективното използване на времето за грижи

г/ споделете **Вашето мнение** относно времето, което медицинските сестри отделят за грижи

Списък на фигурите

- Фигура № 1** Разпределение на пациентите по МКБ - диагноза
- Фигура №. 2** Разпределение на пациентите по втора МКБ диагноза
- Фигура №. 3** Разпределение на пациентите по трета МКБ диагноза
- Фигура №. 4** Разпределение на пациентите по пол
- Фигура № 5** Разпределение на пациентите по възраст
- Фигура № 6** Насочване на пациентите за хоспитализация
- Фигура № 7** Разпределение на престоя на пациентите в Интензивен сектор
- Фигура № 8** Семейно положение на анкетираните лица
- Фигура № 9** Информираност на анкетираните лица относно наследствени сърдечно – съдови заболявания
- Фигура № 10** Проследяване на артериалното кръвно налягане
- Фигура № 11** Анкетирани пациенти преживели хипертонична криза
- Фигура № 12** Разпределение на пациентите според наличие на захарен диабет
- Фигура № 13** Телесно тегло на анкетираните пациенти
- Фигура № 14** Тютюнопушене при пациенти със сърдечно-съдови заболявания
- Фигура № 15** Преживяни стресови ситуации през последната една година
- Фигура № 16** Разпределение на анкетираните според психическото натоварване на професията
- Фигура № 17** Възрастова характеристика на пациентите с ОМИ
- Фигура № 18** Разпределение на пациентите с ОМИ по пол
- Фигура № 19** Разпределение на анкетираните според семейното положение
- Фигура № 20** Разпределение на пациентите според телесното тегло
- Фигура № 21** Разпределение на анкетираните според психическото натоварване на професията
- Фигура № 22** Информираност относно наследствени сърдечно-съдови заболявания

- Фигура № 23** Разпределение на пациентите според наличие на захарен диабет
- Фигура № 24** Разпределение на пациентите според редовно измерване на артериалното налягане
- Фигура № 25** Разпределение на пациентите според наличие на хипертонична криза
- Фигура № 26** Разпределение на пациентите според тютюнопушенето
- Фигура № 27** Разпределение на пациентите според месеца, през който е получен сърдечния пристъп
- Фигура № 28** Преживяни стресови ситуации от пациента през последната година
- Фигура № 29** Разпределение на пациентите според времето на поява на сърдечната болка
- Фигура № 30** Условия за настъпване на болката при ОМИ
- Фигура № 31** Разпределение на пациентите според мястото на възникване на болката при ОМИ
- Фигура № 32** Разпределение на пациентите според силата на болката
- Фигура № 33** Начин на транспортиране до болничното заведение
- Фигура № 34** Информираност на пациентите относно ОМИ
- Фигура № 35** Начини за информираност на пациентите с ОМИ
- Фигура № 36** Информираност относно двигателния режим след хоспитализацията
- Фигура № 37** Разпределение на анкетирания пациенти според пола
- Фигура № 38** Семейно положение на пациентите
- Фигура № 39** Придружаващо заболяване
- Фигура № 40** Индекс на телесна маса на пациентите с ОМИ
- Фигура № 41** Употребата на алкохол на пациенти с ОМИ
- Фигура № 42** Вид на употребявания алкохол
- Фигура № 43** Количество на употребявания алкохол
- Фигура № 44** Допълнително солене на храната

- Фигура № 45** Осигуряване на непрекъснато наблюдение на пациента с ОМИ при съществуващата организация
- Фигура № 46** Наличие на регламентирани и ясно показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите с ОМИ
- Фигура № 47** Ефективност на организацията по отношение на спешност и интензивност
- Фигура № 48** Отделяне на значително време за попълване на документация на ръка
- Фигура № 49** Отделено време за попълване на документацията по време на дежурство
- Фигура № 50** Възможности за изработване на план за сестрински грижи за пациент с ОМИ при съществуващата организация
- Фигура № 51** Самооценка на медицинските сестри по отношение на тяхното обучение относно грижите за пациенти с ОМИ
- Фигура № 52** Потребност от промяна на организацията на грижите, която да отразява приоритетите свързани със спешност, интензивност, оперативна дейност и терапевтично лечение

Списък на таблиците и схемите

Таблица №1	Прояви на всекидневния живот и дейности според Рупър
Таблица №2	Прояви на ежедневния живот и дейност според Рупър
Таблица № 3	Поведението според модела на Джонсън
Таблица № 4	Класификация на артериална хипертония
Таблица № 5	Данни на Националния център по здравна информация /НЦЗИ/ за случаите на ОМИ през II-ро тримесечие на 2012г.
Таблица № 6	Разпределение на пациентите по региони
Таблица № 7	Режим на хранене на пациентите с ОМИ
Таблица № 8	Хранителни предпочитания и хранителен избор на пациентите с ОМИ
Таблица № 9	Прилагани кулинарни технологии
Таблица № 10	Осигуряването на спешност за пациентите с ОМИ при сега съществуващата организация
Таблица № 11	Възможност за документиране на всички грижи и дейности при съществуващата организация
Схема 1	Организационен модел за сестрински грижи при пациенти с ОМИ.