

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

„Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“

Любомир Маринов

МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ
ПРИ ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА
ХИПЕРТОНИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН

“ДОКТОР”

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

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

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

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

Доц. Александрина Воденичарова, дм

Проф. Павлинка Добрилова, дм

РЕЦЕНЗЕНТИ

Проф. Галина Чанева, дм

Проф. д-р Кънчо Чамов, дм

2021

гр. София

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от разширен Катедрен съвет на Катедра „Здравна политика и мениджмънт“ при Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ на Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 159 страници и е онагледен с 52 фигури и 4 таблици. Библиографската справка включва 161 заглавия, от които 90 на кирилица и 71 на латиница.

Научно жури:

Вътрешни членове:

1. Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм – от академичния състав на МУ – София
2. Проф. Галина Стамова Чанева, дм – от академичния състав на МУ – София

Външни членове:

1. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн – външен член за МУ - София
2. Доц. д-р Владимир Христов Гончев, дм – външен член за МУ - София
3. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм – външен член за МУ - София

Резервни членове:

1. Доц. Борянка Веселинова Борисова, дм – от академичния състав на МУ – София
2. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм – външен член за МУ – София

Публичната защита ще се състои на 28.06.2021 г. в зала No 7 на Факултет по обществено здраве „Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ No 8, гр. София

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София, УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД, гр. София, ул. „Бяло море“, No 8, гр. София.

Номерата на таблиците и фигурите не отговарят на тези в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	7
II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	13
Анализ на демографските показатели, социалния и здравния статус...	13
Анализ на поведенческите рискови фактори за АХ и влиянието им за възникване на усложнения	17
Проучване на информираността на лица с артериална хипертония относно заболяването и неговата социална значимост	21
Анализ на индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония към собственото заболяване	26
Проучване и анализ на удовлетвореността пациентите от проведените профилактични, лечебни и социални мероприятия	29
Анализ на квалификацията на медицинската сестра и възможностите за участие в превенцията на заболяването	33
Анализ на основните дейности на медицинската сестра при пациенти с артериална хипертония	38
Подходи за подобряване на дейността на медицинската сестра	46
III. МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С	
АРТЕРИАЛНА ИПЕРТОНИЯ	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	53
ИЗВОДИ	54
ПРЕПОРЪКИ	58
ПРИНОС	59
Научни публикации и съобщения във връзка с дисертацията	51

СЪКРЪЩЕНИЯ

ACC - Американски колеж по кардиология

ACEI - инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим

AHA - Американска сърдечна асоциация

ARB - ангиотензин рецепторни блокери

ASH - Американска асоциация по хипертония

DASH - Dietary Approach to Stop Hypertension

ESH - Европейска лига по хипертония

ISH - Международно дружество по хипертония

PATHS - Prevention and Treatment of Hypertension Study

WHL - Световна лига по хипертония

АН – артериално налягане

АХ - артериалната хипертония

БЛХ - Българска лига по хипертония

ВВ - бета-блокери

ЕС – Европейски съюз

ИТМ - индекс на телесната маса

МЗ – Министерство на здравеопазването

НСИ – Национален статистически институт

НЦООЗ - Националният център по обществено здраве и анализи

СЗО - Световна здравна организация

ССВ - блокери на калциевите канали

ХНБ – хронични неинфекциозни болести

ВЪВЕДЕНИЕ

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

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

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

Причините за незадоволителния контрол са комплексни и мултифакторни и зависят както от здравните специалисти и пациентите, така и от хетерогенната природа на болестта.

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

40% [71]. Основна цел на антихипертензивната терапия е оптималният контрол на артериалното налягане и последващата протекция на таргетните органи. Това подобрява прогнозата в резултат на усложненията от болестта.

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

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

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

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

• ЦЕЛ

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

• ЗАДАЧИ:

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

3. РАБОТНА ХИПОТЕЗА

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

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

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

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

4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

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

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

Технически единици на наблюдението:

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

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

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

Логически единици на изследването:

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

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

Признаци на логическите единици на наблюдението:

За медицинските сестри

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

За пациентите

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

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

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

Характер и обем на проучването

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

Общият обем на респондентите е 600 от които:

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

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

Време и място на наблюдението

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

Методи на проучването

В дисертационния труд са използвани следните методи:

Социологически методи:

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

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

- анкетен метод :
- анонимно анкетно проучване на пациенти с артериална хипертония /Приложение 1/. Анкетата съдържа 34 въпроса от затворен тип
- анонимно анкетно проучване на медицински сестри /Приложение 2/. Анкетата съдържа 36 въпроса от затворен тип.
- Експертна оценка – Проведена е експертна оценка по метода Делфи на разработения теоритичен „Модел за здравни грижи при пациенти с артериална хипертония “, чрез който се гарантира предоставянето на съвременни здравни грижи за пациентите с артериална хипертония, базирани на техните потребности, превенция на усложненията и обучение на пациента и неговите близки чрез включването на всички необходими специалисти.

Методи за обработка на информацията:

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

1. **Дескриптивен анализ** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. **Вариационен анализ** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. **Тест χ^2 на Pearson** - за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.
4. **T-критерий и дисперсионен анализ** – за сравняване на средни от две и повече независими извадки.
5. **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати.

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

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при ниво на значимост $\alpha=0.05$.

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

II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анализ на демографските показатели, социалния и здравния статус

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

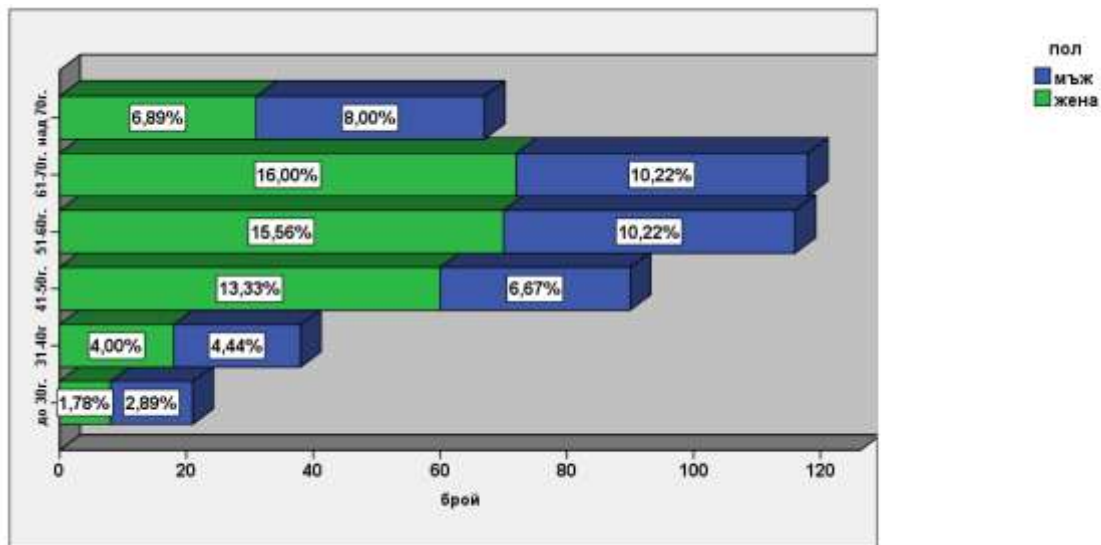
Получените данни дават възможност да се извърши динамичен преглед и анализ на базата на наличната документация. Използвани са допълнително и методите на наблюдение, изследване и анализ на първична и вторична информация, анкети и интервюта.

От всичките анкетираните болни 259 са жени и 191 мъже (Таблица 1.), което се доближава до данните от епидемиологичните проучвания. Резултатите от тези проучвания сочат, че хипертонията засяга приблизително еднакво представителите на двата пола, с незначителен превес на разпространението при жените.

Таблица 1. Разпределение по пол и възраст

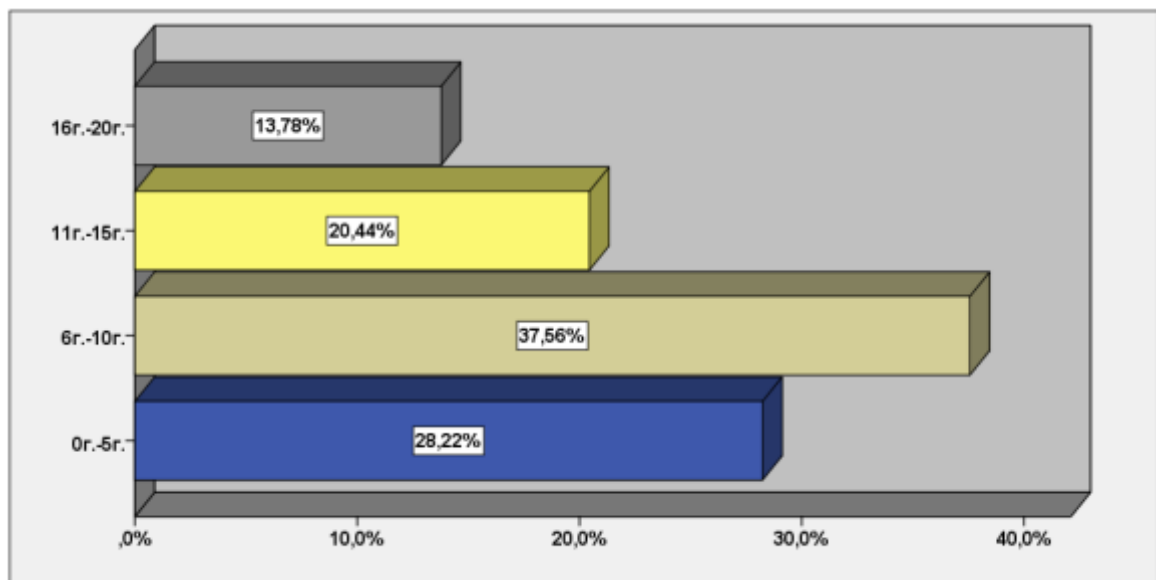
възраст	пол		Общо
	мъж	жена	
до 30г.	13	8	21
31-40г	20	18	38
41-50г.	30	60	90
51-60г.	46	70	116
61-70г.	46	72	118
над 70 г.	36	31	67
Общо	191	259	450

Най голям процента от анкетираните болни са от възrastовия диапазон 61-70 години.(Табл.1)



Фиг.1 Честота на АХ по възраст и пол.

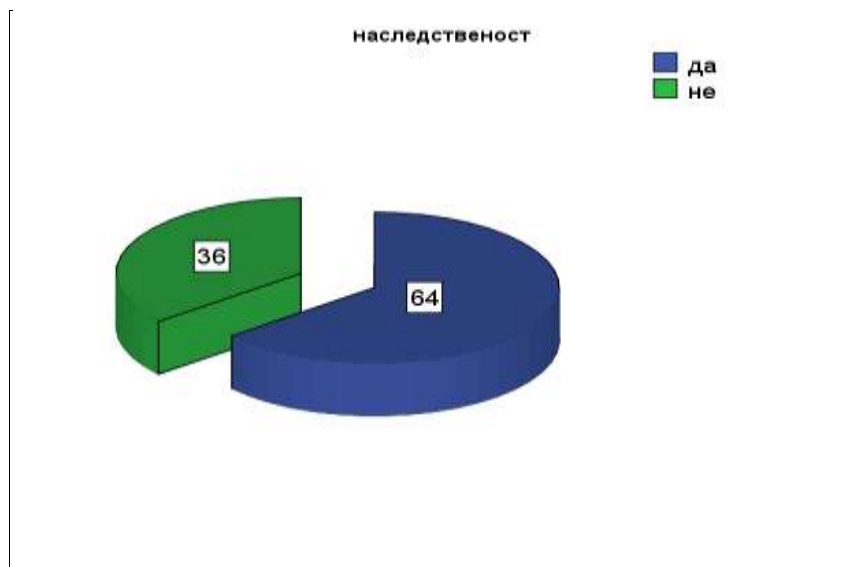
Потвърждават се резултатите от епидемиологични изследвания, а именно с напредване на възрастта АН показва тенденция за повишаване. (фиг.1) Честотата на АХ е най-голяма при лица на възраст от 40 до 70 години. Във възрастовата група от 18 до 40 години хипертонията е по-честа при мъжете, а след 50 години – при жените, установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=12.37$, $p<0.05$). Счита се, че 2/3 от лицата над 65 години са със стойности на АН над 140/90 mm Hg.



Фиг.2 Давност на заболяването

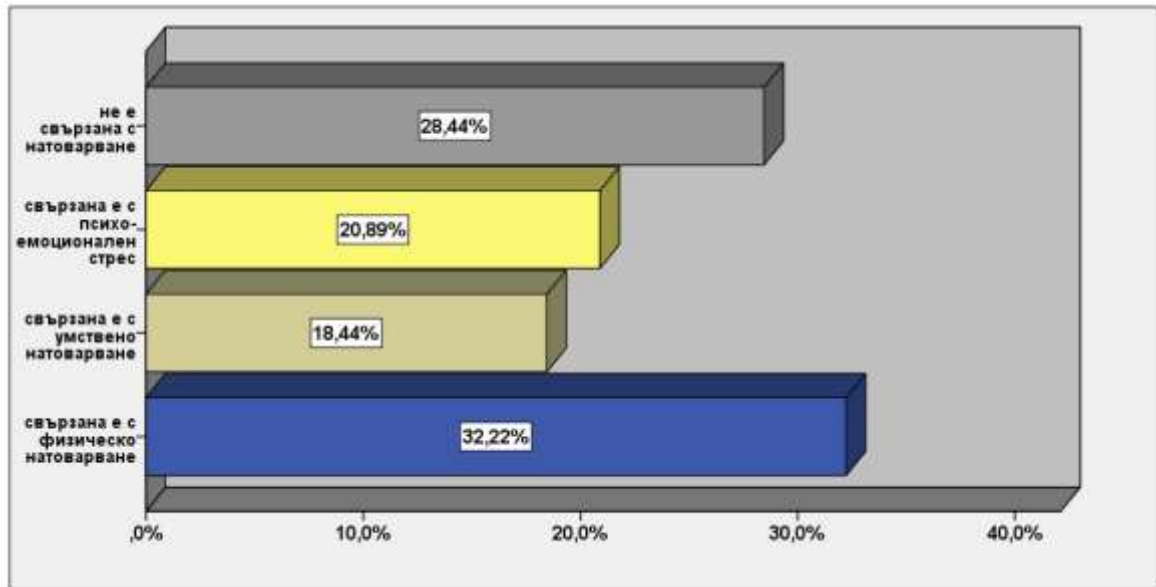
Най – висок процент от анкетираните пациенти са с давност на заболяването от 6-10 години - 37,56% . (фиг.2) Този факт потвърждава

две тенденции. На първо място – „подмладяване” на хипертонията. Повишеното кръвно налягане е проблем, който все по-често засяга и младите хора. България не прави изключение в това отношение. За хората в активна възраст между 25 и 64 години честотата на артериалната хипертония у нас е 40,1%, като над 50-годишна възраст тя достига 50,3%. В последните години, за съжаление, се наблюдава тенденция за подмладяване на заболяването.



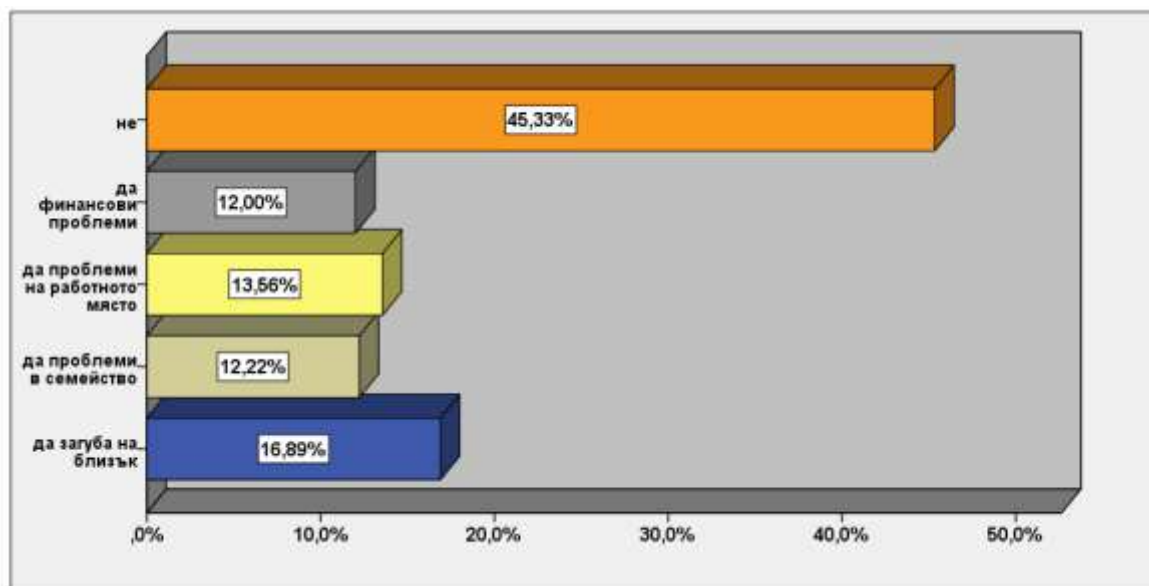
Фиг.3 Фамилна обремененост на респондентите

В етиопагенезата на първичната хипертония генетичната предиспозиция играе съществена роля. Връзката между артериалната хипертония и наследственост е неоспорима. Резултатите от изследването потвърждават наличието на наследствената генеза при артериалната хипертония, като 54% от анкетираните болни съобщават за фамилна обремененост, свързана с основното заболяване .(фиг. 3)



Фиг.4 *Разпределение на респондентите според естеството на работата им*

Упражняваната професия и условията на работа са от съществена важност за здравето на всеки човек. Умерената физическа активност по време на работа и физическа активност през свободното време е важен фактор за укрепване здравето и превенция на хипертонията. На другия полюс са професиите свързани с намелена физическа активност или стресови ситуации, които крият риск за здравето. При 32,22% от анкетираните работата е свързана с физическо натоварване, 18,44% умствено натоварване, 20,89% психо-емоционален стрес и само 32,22% не се натоварват упражнявайки своята професия. (фиг.4)



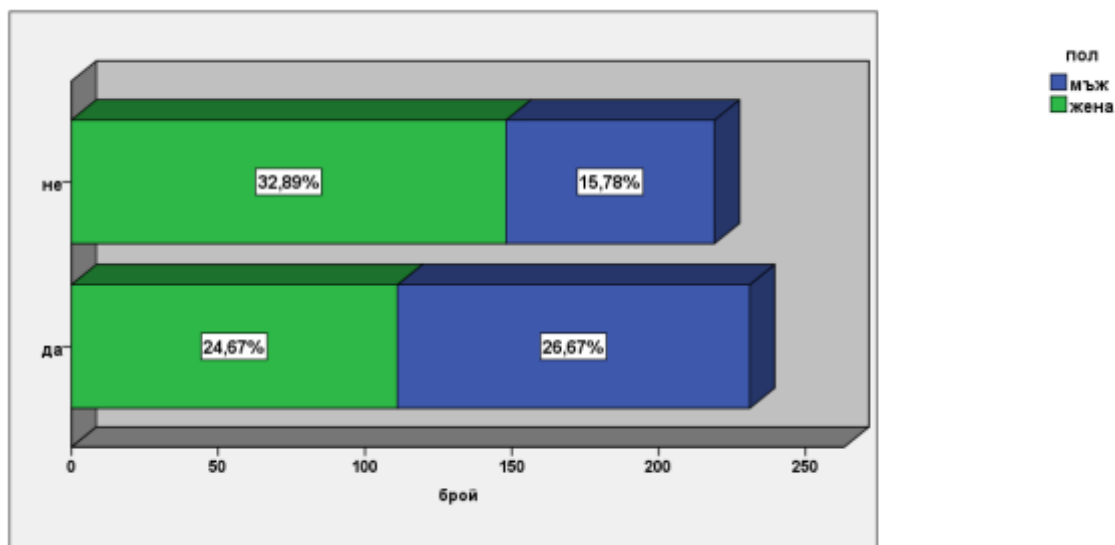
Фиг.5 Негативно събитие свързано със заболяването

В съвременния живот, свързан с динамични темпове на развитие на обществото, урбанизация, информационна натовареност и условия за остри конфликтни ситуации от различен характер, честотата на стреса все повече нараства и обхваща всички възрастови групи. Стресът е един от съществените рисковите фактори за здравето. Като цяло има нарастваща емпирична подкрепа за хипотезата, че излагането на хроничен психосоциален стрес допринася за развитието на хипертония. Проведеното от нас проучване подвърждава тази хипотеза, 54,77% от анкетираните свързват заболяването си със стресогенно събитие и хроничен стрес от различно естество. (фиг.5)

Анализ на поведенческите рискови фактори за АХ и влиянието им за възникване на усложнения

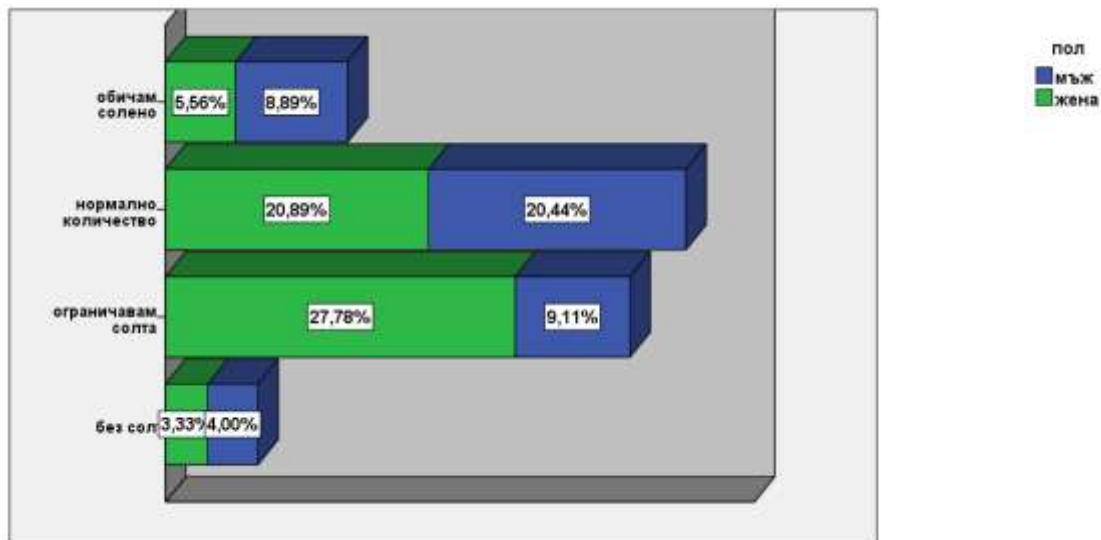
Опасният ефект от поведенчески и диетични рискови фактори са доказани при проспективни кохортни проучвания и рандомизирани опити. Четири поведенчески рискови фактора - тютюнопушене, употреба на алкохол, лоша диета и липса на физическа активност се асоциират с

четири клъстърана заболявания - кардиоваскуларни, рак, белодробни болести и диабет.[70]



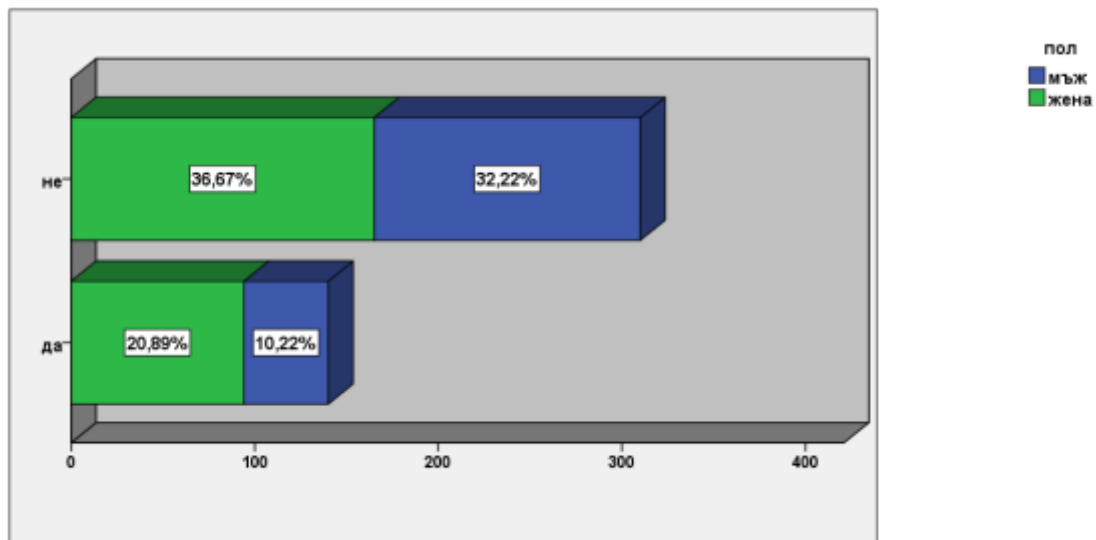
Фиг.6 Разпространение на тютюнопушенето сред респондентите по пол

За пряка връзка на тютюнопушенето с артериалната хипертония няма достатъчно убедителни данни, но то е един от основните фактори на риска за други болести на органите на кръвообращението, затова съчетанието му с хипертония повишава риска от заболяване и усложнения. Изследването показва, че въпреки рисковете 51,33% от респондентите са пушачи, а 48,67% не пушат.(фиг.6) По голям дял от пушачите са мъже, установява се статистически значима зависимост ($\chi^2=17.55$, $p<0.001$).



Фиг.7 *Употреба на сол от респондентите*

Проведеното проучване не ни дава количествен показател за консумираната сол от анкетираните. То е по скоро тяхна самооценка за контрола върху приема на сол, тъй като усещането за соленост е субективно и различно при всеки индивид. Независимо от това резултатите са показателни: 14,44% приемат високи количества, 41,33% считат, че приемат нормални количества, 36,89% ограничават приема и само 7,33% не добавят сол към храната си.(фиг.7) Установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=36.83$, $p<0.001$), мъжете много по често консумират по големи количества сол и много малка част от тях се стремят да я ограничат. Изхождайки от факта, че традиционната българска кухня се характеризира с по високи нива на консумация на сол може да се приеме, че дори при лицата определили своя прием на сол като „нормален” имаме завишени количества консумирана сол. Това определя завишения прием на сол като един от съществените рискови фактори за АХ.

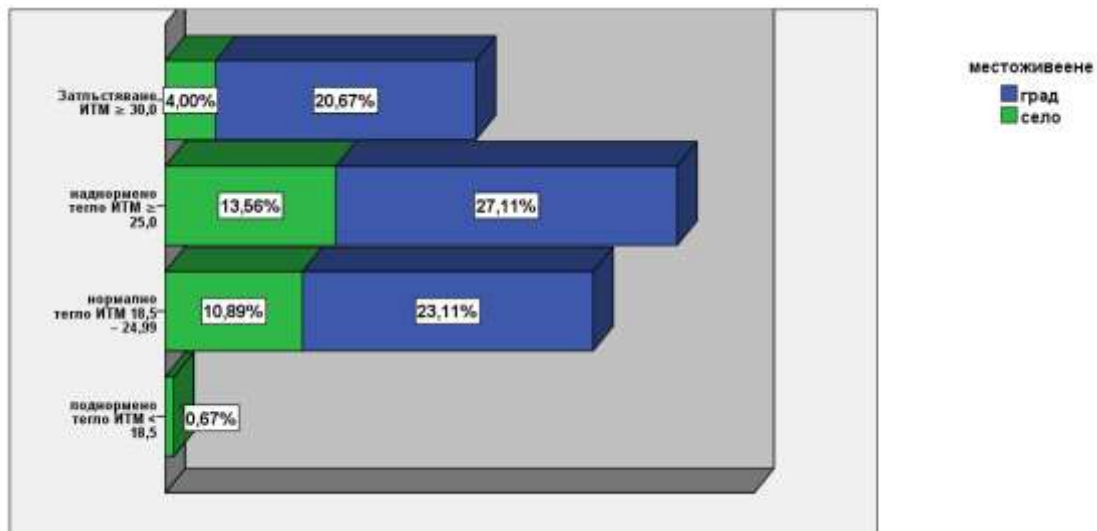


Фиг.8 Спазване на хранителен режим от анкетирани пациенти

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

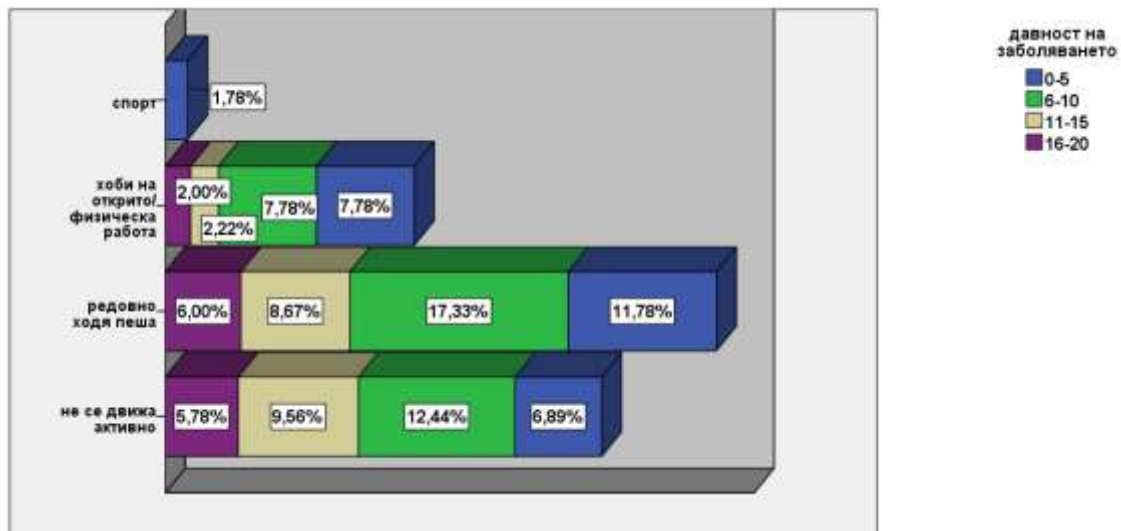
Тревожен е фактът, че 68,89% от изследваните лица не спазват хранителен режим, като тази тенденция е по силно изразена при респондентите от мъжки пол, установява се слабо изразена статистически значима зависимост ($\chi^2=7.67$, $p<0.05$) (фиг.8). В „Ръководство за лечение на артериална хипертония“, изготвено от Европейското дружество по хипертония (ESH) и Европейското дружество по кардиология (ESC) недвусмислено се подчертава значението на хранителния режим лечението и превенцията на артериалната хипертония.

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



Фиг.9 Разпределение на респондентите според ИТМ и местоживееене

Наднорменото тегло и затлъстяването са бързо развиваща се заплаха за здравето на населението на много страни по целия свят. Това се дължи на намалената физическа активност и свръхконсумацията на високо мастни и богати на енергия храни. Резултатите от проведената анкета сочат, че 38,06% са с наднормено тегло, а 25,66% са със затлъстяване, като по често наднорменото тегло и затлъстяването се срещат при живеещите в града. (фиг.9) Установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=18.46$, $p<0.001$, *Cramer's V*=0.20) Множество епидемиологични проучвания установяват директна линейна връзка между ИТМ и артериалното налягане. Рискът от АХ е от 2 до 6 пъти по висок при лица с повишена мастна маса в сравнение с тези с нормална. Механизмите на свързаната със затлъстяване артериална хипертония включват развитие на хиперволемия, повишен сърдечен дебит и инсулинова резистентност. Биологично активните адипоцитокени, секретирани от адипоцитите, особено при интраабдоминално затлъстяване, модулират инсулинова резистентност и кардиоваскуларен риск.



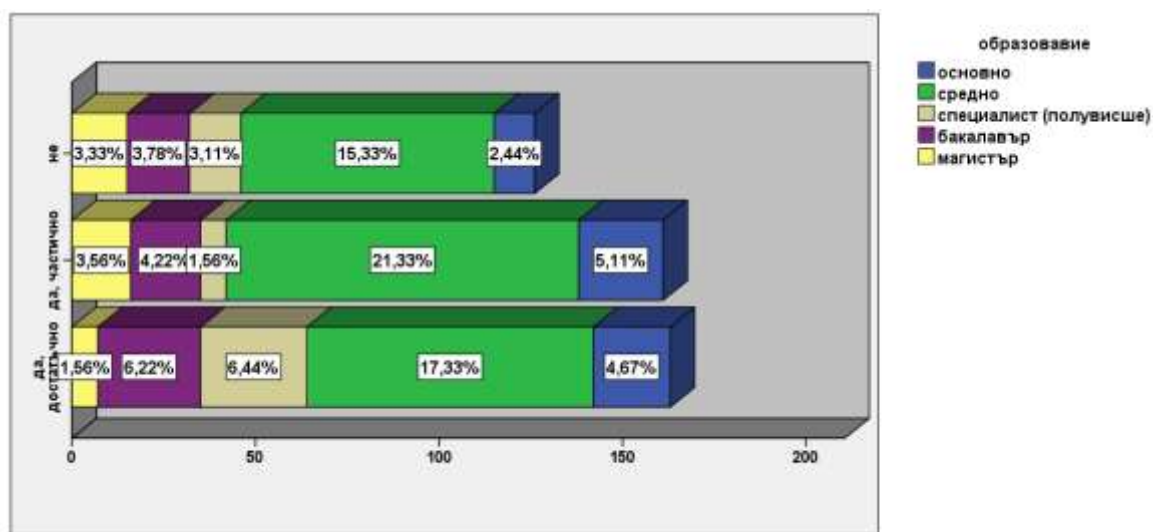
Фиг.10. Физическа активност на анкетираниите пациенти

Регулярната физическа активност води до понижаване на артериалното налягане, повишаване на физическият капацитет и загуба на телесно тегло. Редовните физически натоварвания могат да редуцират високите стойности на кръвното налягане с близки стойности до тези, които се постигат чрез приема на антихипертензивни медикаменти. В проучването над една трета – 34,67% определят двигателната си активност като недостатъчна, 43,78% ходят пеша на неголеми разстояния като, упражняват някаква физическа дейност на открито под формата на хоби и само 1,78% се занимават със спорт.(фиг.10) При направения анализ се констатира статистически значима зависимост ($\chi^2=18.46$, $p<0.001$, $Cramer's V=0.20$), с увеличаване давността на заболяването се очертава тенденция на намаляване на физическата активност.

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

Източниците на здравна информация са много и относително лесно достъпни, както традиционните, като печатните издания, така и

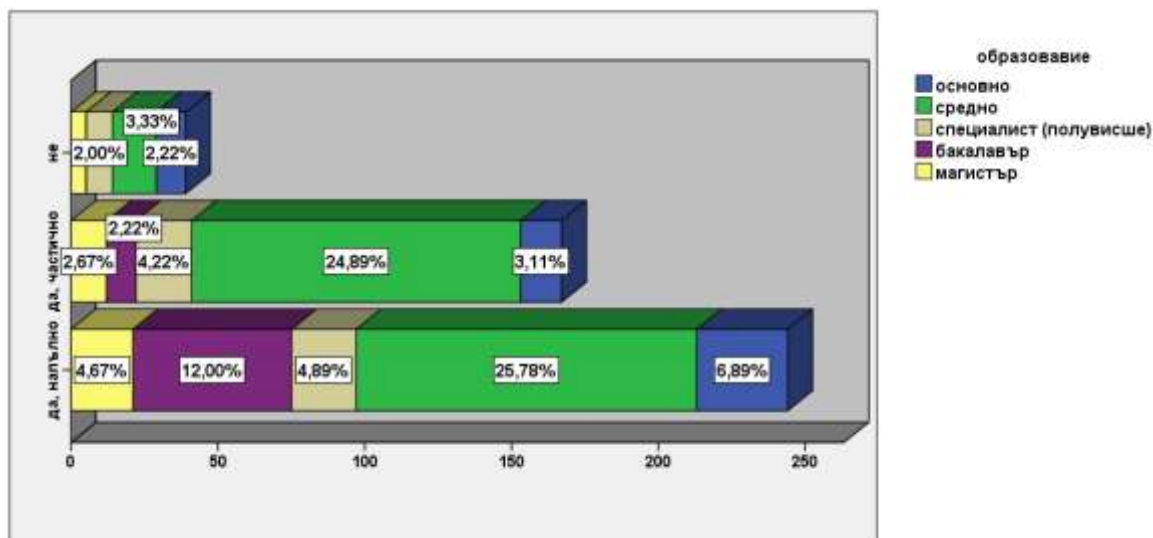
съвременните в лицето на електронните медии и интернет. Днес хората могат да прочетат огромна информация за всеки един здравен казус, могат да споделят с други своя проблем, да правят консултации с известни специалисти или да търсят друго мнение и помощ от обществени организации и здравни асоциации.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



Фиг.11 Честота на разпределение на респондентите според информираността им за заболяването

Информираността на пациентите за заболяването им е от съществено значение за формирането на адекватно и отговорно отношение към него. Може да се каже, че информираният пациент е пациент с избор. Липсата на информация често води до забавяне или компрометиране на лечението. От проведеното проучване става ясно, че 36,2% от анкетираните твърдят, че имат достатъчно информация, 35,8% са се информирали частично, но 28% нямат познания за заболяването си. (фиг.11) Прави впечатление, че при лицата с висше образование нивото

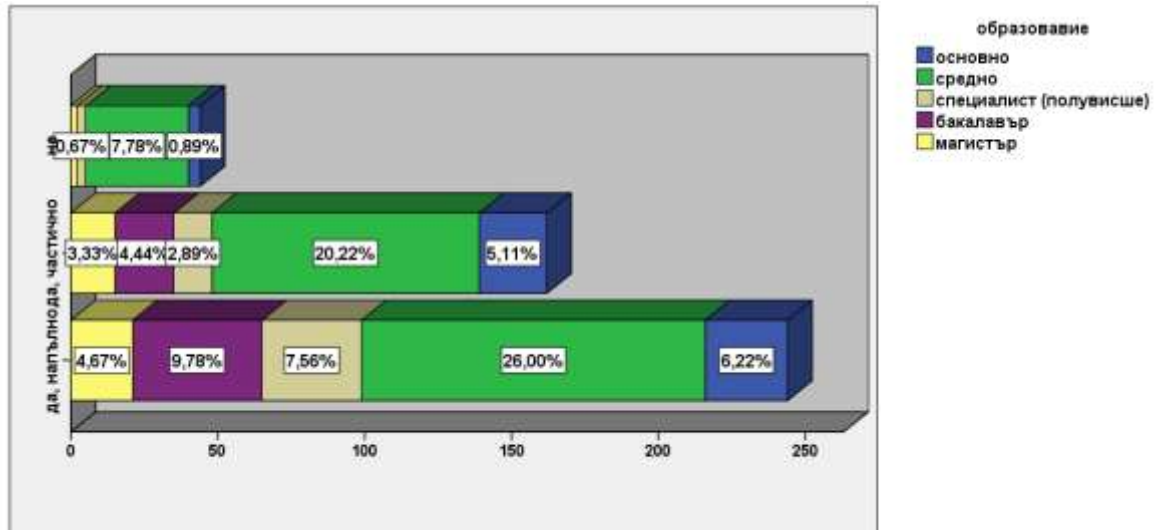
на информираност е по високо, установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=24.39, p<0.05$).



Фиг.12 Разпределение на пациентите според информираност за лечението

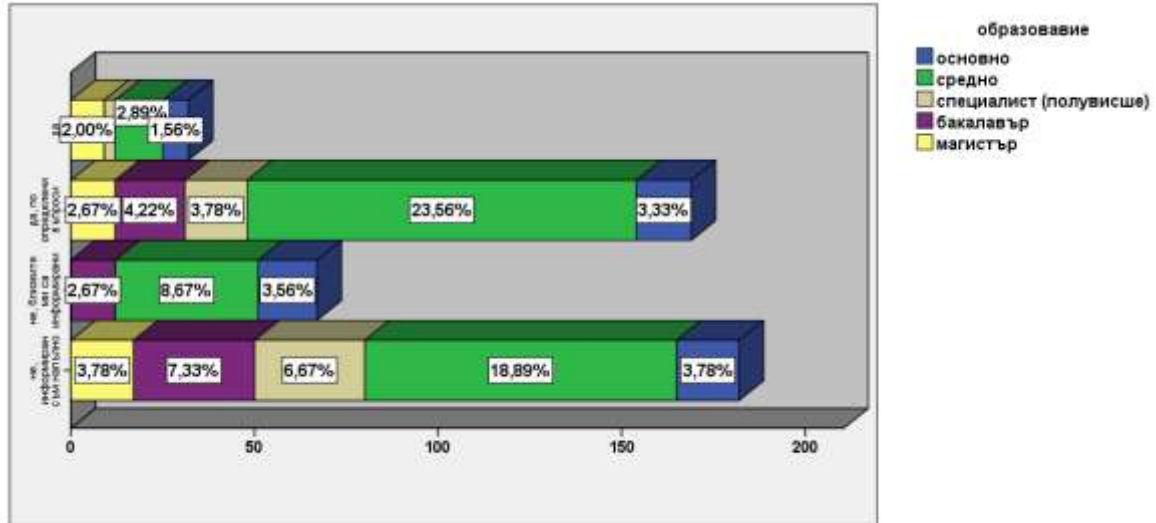
При назначаването на терапия или корекция на съществуваща лекуващият лекар трябва да информира пациента. В проведеното проучване повече от половината от респондентите , 54,22% са получили напълно изчерпателна информация относно диагностиката и лечението на заболяването им, но 37,11% са получили частична информация или не са били информирани – 8,67%.(фиг.12) Отново прави впечатление по добрата информираност на пациентите с по висока образователна степен, открива се статистически значима зависимост ($\chi^2=48.16, p<0.001$).

Хигиенно диетичния режим играе съществена роля при лечението много хронични заболявания в това число и заболяванията на сърдечно съдовата система. 54,22% от анкетираните са получили напълно изчерпателна информация относно хигиенно диетичния режим, в същото време 36,00% са получили частична информация , а 9,78% не са били информирани . (фиг.13)



Фиг.13. Разпределение на пациентите според информираност за хигиенно диетичния режим

При анализа се установява връзка между образователния статус и информираността на пациентите относно хигиенно диетичния режим, открива се статистически значима зависимост ($\chi^2=22.04, p<0.05$).



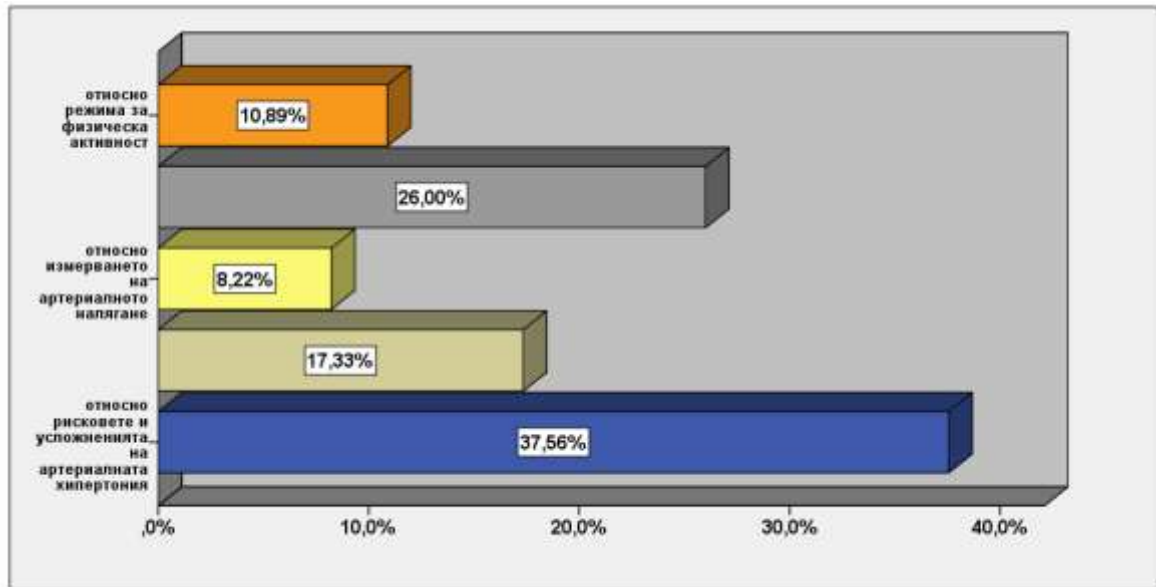
Фиг.14 Разпределение на пациентите според необходимостта от обучение

Според дефиницията на Световната здравна организация, публикувана през 1996 в доклада “Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of

Chronic Disease”: “терапевтичното обучение има за цел да подпомага пациентите да овладяват или поддържат компетенции, от които имат нужда, за да управляват по-добре живота с хронично заболяване.“

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

Мнението на респондентите относно естеството на информацията която представлява интерес за тях е илюстрирана на фиг. 15. Най голяма част от тях 37,56% се интересуват от рисковете и усложненията на артериалната хипертония. Запознаването на пациентите с рисковете от усложнения на неконтролираната хипертония може да има положителен ефект и да доведе до по отговорно отношение към заболяването. На второ място 26,00% се нуждаят от повече информация свързана с медикаментозната терапия. 17,33% оценяват значението на хранителния режим за протичане на заболяването и търсят информация в тази насока. Двигателния режим и физическата активност представляват интерес за 10,89%. Интерес представлява факта , че 8,22% имат необходимост от обучение за измерване на кръвното налягане.

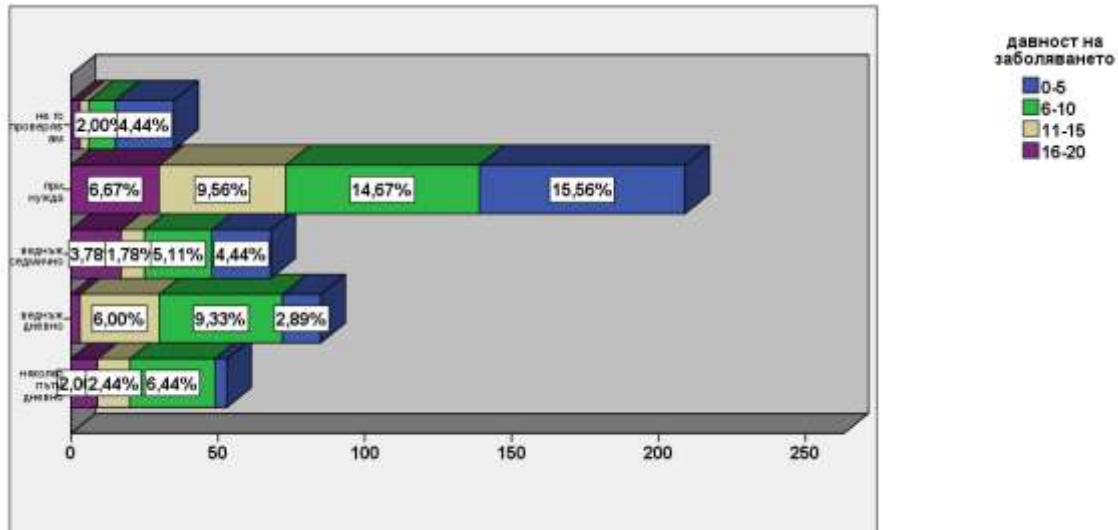


Фиг.15 *Разпределение на пациентите според естеството на необходимата информация*

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

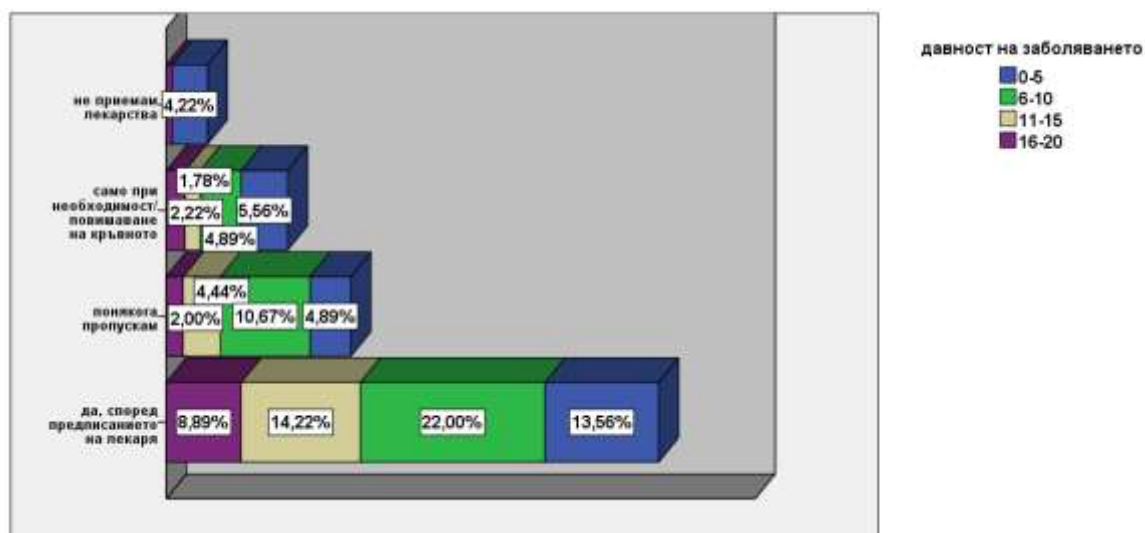
Анализ на индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония към собственото заболяване.

Здравната култура е съвкупност от знания нагласи, отношения, убеждения и поведение във връзка с възстановяването, опазването, укрепването на личностното и общественото здраве. Отношението към собственото ни здраве определя нивото на нашата здравна култура.



Фиг.16 Честота на разпределение на респондентите според периодичността при измерване на артериалното налягане

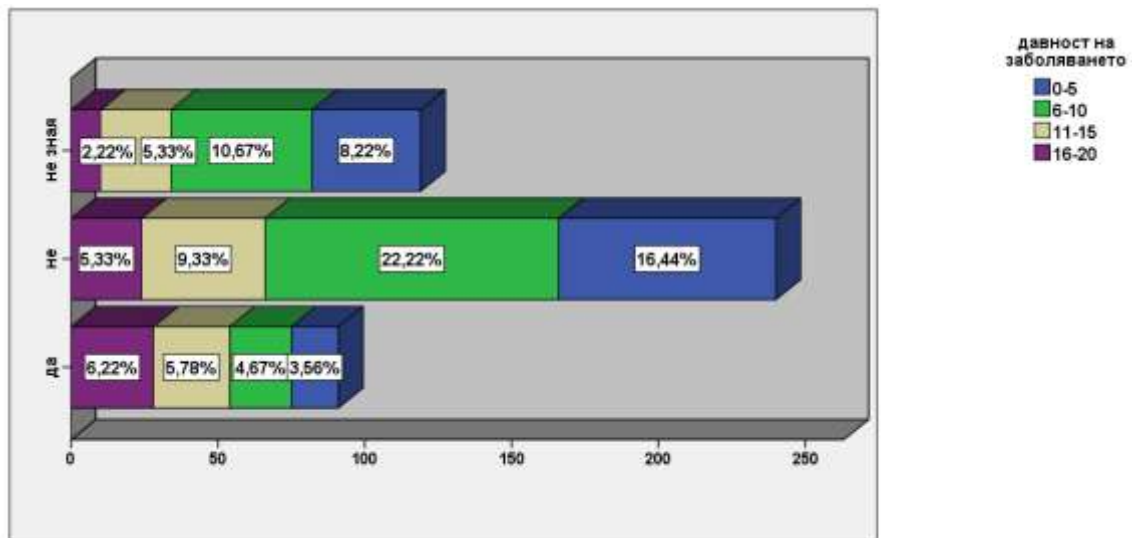
Измерването на кръвното налягане е от съществено значение за проследяване и контрол на заболяването. Периодичността при измерванията на стойностите му е различна и строго индивидуална за всеки пациент. В резултатите от проучването прави впечатление, че най голям дял от анкетираните измерват кръвното си налягане само при необходимост – 46,44%. По-тревожен е факта, че 7,78% не измерват кръвното си налягане като най голям дял от тях са пациенти с давност на заболяването до 5 години. По този начин не се контролира заболяването и се ускорява еволюцията му. Анализата открива статистически значима зависимост ($\chi^2=60.49, p<0.001$). (фиг.16)



Фиг.17 Честота на разпределение на респондентите според приема на медикаменти

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

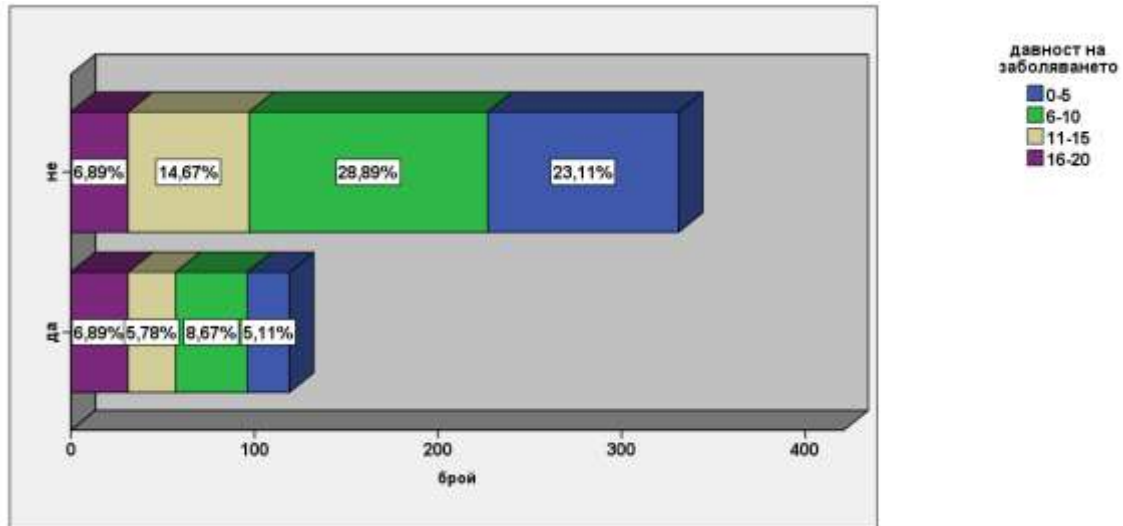
От проведеното проучване става ясно, че 58,67% от анкетираните спазват стриктно предписаната терапия, 22,00% понякога пропускат приема на хипотензивния медикамент. Много по обезпокояващо е 14,44% приемат лекарства само при необходимост, а 4,89% не приемат медикаменти за хипертонията. (фиг.17) При анализа се очертава тенденция на по стриктен прием на медикаментите при респонденти с поголяма давност на заболяването, открива се статистически значима зависимост ($\chi^2=54.66$, $p<0.001$). Трябва отново да се подчертае, че пренебрегването на медикаментозното лечение води до бърза еволюция на заболяването и настъпване на тежки усложнения.



Фиг.18 Честота на разпределение на респондентите според наличието на установени други заболявания свързани с хипертонията

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

При анализа на данните от проведената анкета се установява, че 22,22% имат заболяване пряко свързано с хипертонията, 53,33% твърдят че нямат, 26,44% - не знаят, което не изключва наличието на такова. Наличието на лица с усложнения говори за недобре коригирана хипертония и или продължителна давност на заболяването. Анализа открива статистически значима връзка, наличие на заболяване свързано с артериалната хипертония и давност на заболяването ($\chi^2=38.99$, $p<0.001$). (фиг.18)



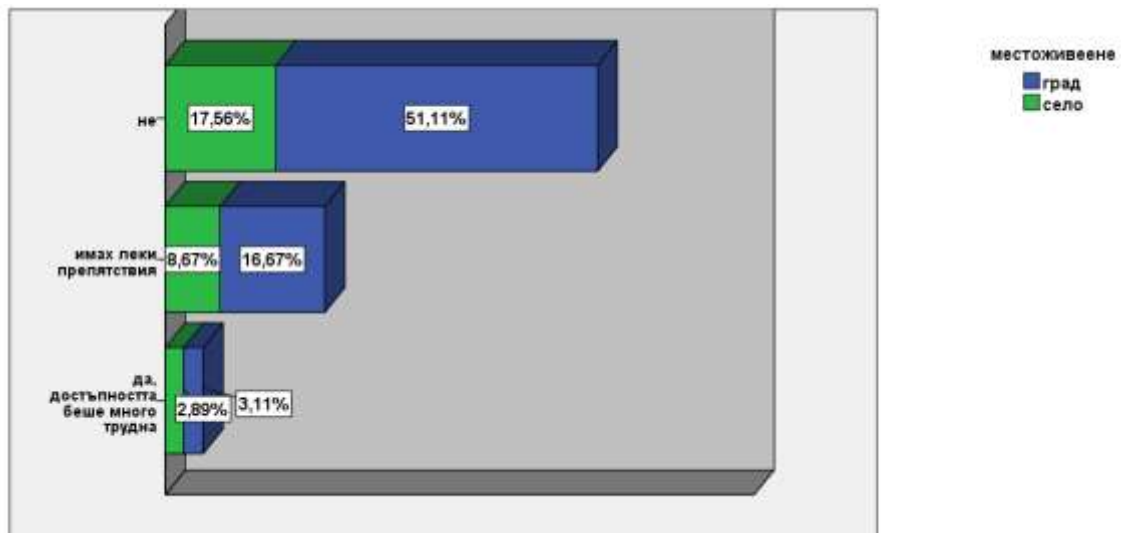
Фиг.19 *Разпределение на пациентите според наличието на експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК/*

26,44% от проучените пациенти с артериална хипертония притежават Експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК/ за трайната нетрудоспособност, като този факт е с много по-голяма честота при респондентите с по-голяма давност на заболяването, установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=23.36$, $p<0.001$). Всичко това потвърждава значимостта на заболяването за инвалидизацията на населението.(фиг.19)

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

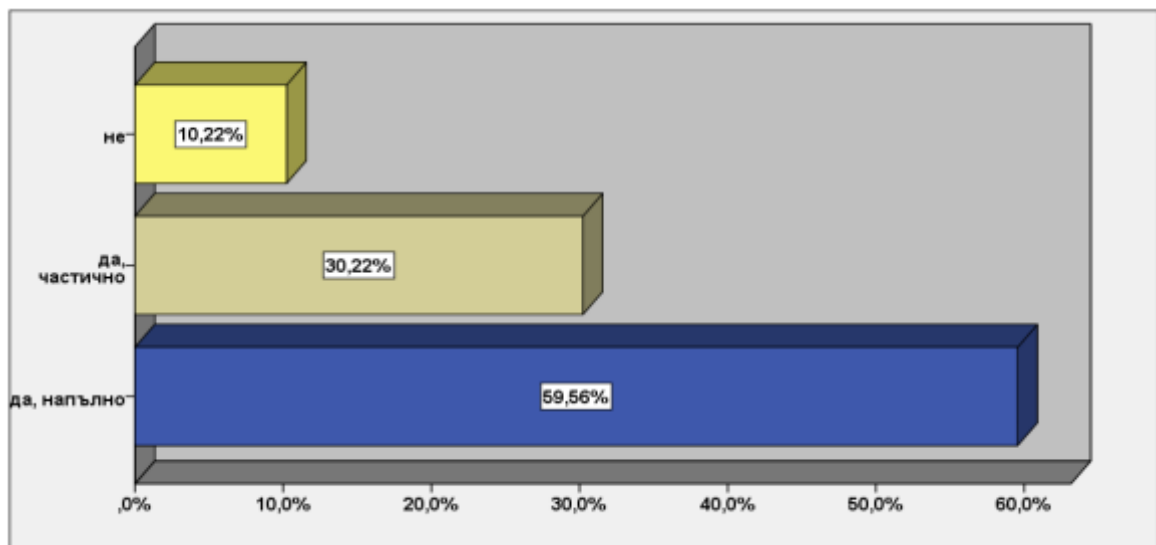
Удовлетвореността на пациентите от качеството на грижите по време на тяхната хоспитализация е съществен критерий при определяне качеството на оказаната медицинска помощ. Качеството на здравните грижи трябва да отговаря на очакванията на пациента и на неговите потребности както по отношение на техническото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

Достъпността до медицинска помощ в това число и болнично лечение е един от критериите за качество.



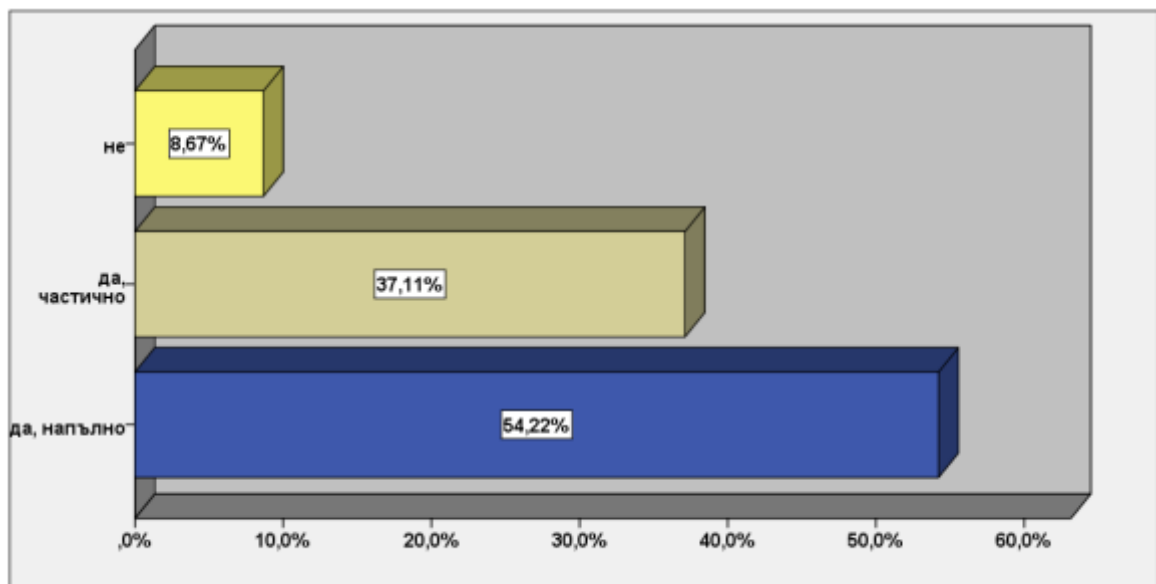
Фиг.20 Разпределение на респондентите според мнението им за достъпност на болничното лечение

Резултатите от проведеното проучване показват, че две трети 68,67% от анкетираните не са имали проблеми при постъпването в болнично заведение, 25,33% съобщават за леки препятствия и 6% съобщават за затруднен достъп. (фиг.20) От анализа е видно, че живеещите в селата съобщават по често за затруднен достъп в сравнение с живеещите в градовете, установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=8.06$, $p<0.05$).



Фиг.21 Разпределение на пациентите според удовлетвореността от отношението на лекуващия лекар.

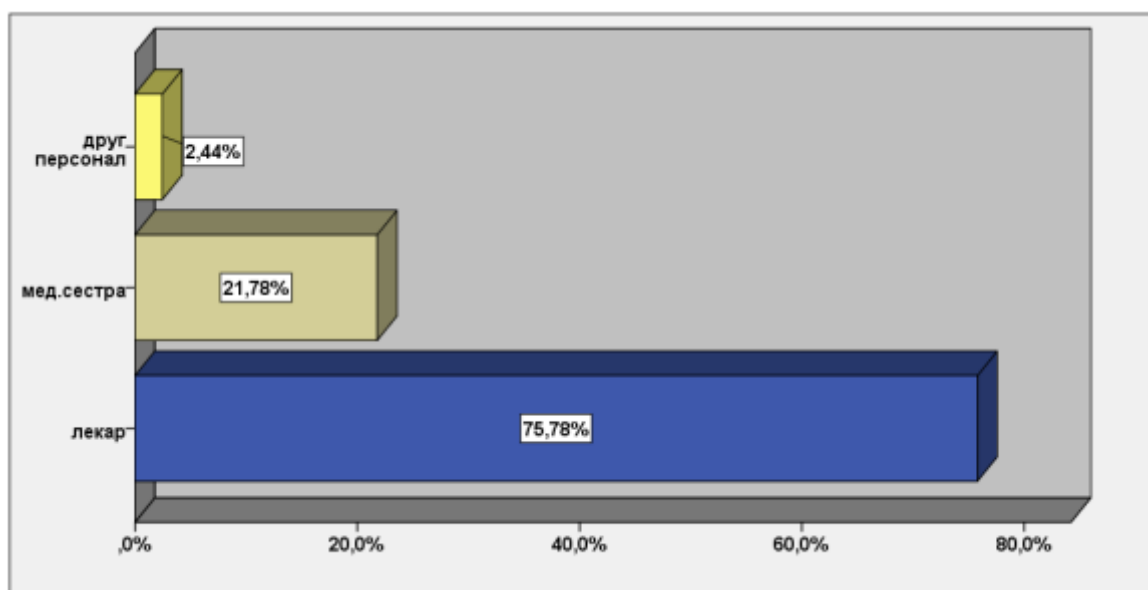
Отношението на лекаря към пациента е от съществено значение за успеха на лечебния процес. Това в още по голяма степен е валидно за пациенти с хронични заболявания, в това число и артериалната хипертония. Формирането на усещане у болния за добро отношение на лекуващия лекар към него води до повишаване на доверието, което неминуемо рефлектира с позитивен знак върху целия лечебен процес. В проведената анкета по голяма част от анкетираните изразяват в различна степен удовлетвореност от отношението на лекаря към тях, 59,56% са напълно удовлетворени , а 30,22% частично. Само 10,22% са недоволни от показаното отношение към тях.(фиг.21)



Фиг.22 *Разпределение на пациентите според удовлетвореността от отношението на медицинската сестра.*

Медицинската сестрата трябва да познава пациента, за да изгради оптимални отношения с него, отговарящи на индивидуалните му нужди. Анкетираните дават висока оценка на демонстрираното от медицинската сестра отношение към тях, като 54,22% са напълно удовлетворени , 37,11% са удовлетворени , но частично и само 8,67% изразяват неудовлетвореност.(фиг.22)

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



Фиг.23 Удовлетвореност от сестрински грижи

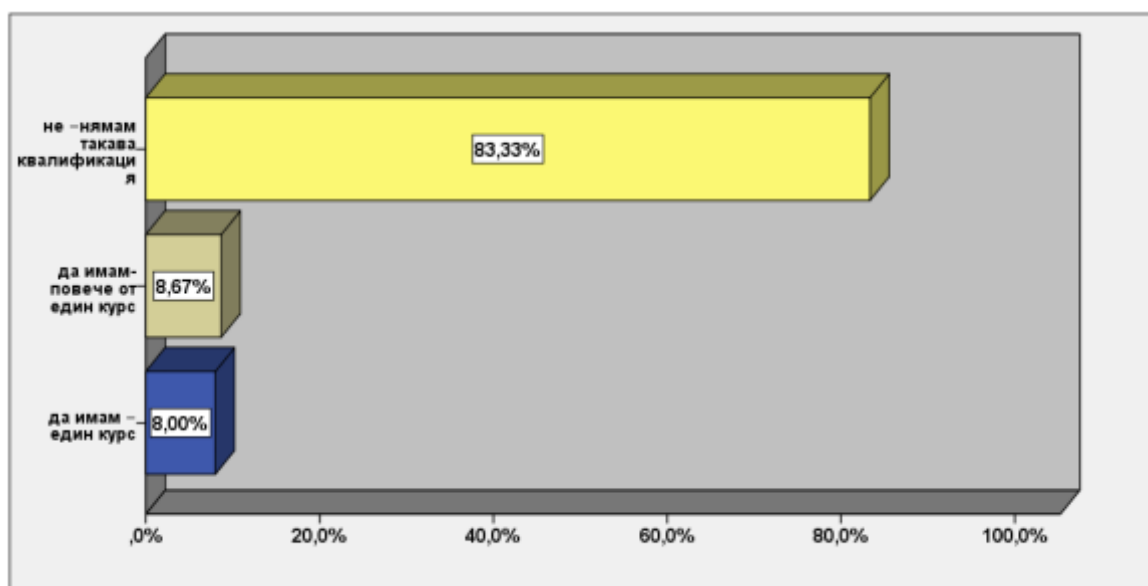
Проблемът за качеството на здравните грижи е изключително актуален поради непрекъснатото повишаване на потребностите на пациентите. Те стават все по осведомени и търсят повече информация по отношение на болничното лечение и качеството на грижите. Оценката на удовлетвореността на пациентите от полученото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

Според анкетирания общото ниво на удовлетвореност от сестринските грижи е относително високо, 62,00% са напълно удовлетворени, 35,56% са удовлетворени частично и само 2,44%

изразяват неудовлетвореност.(фиг.23) Всеки пациент формира мнение за качеството на медицинската грижа, която получава като сравнява своите очаквания с действителността и оценява резултата.

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

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

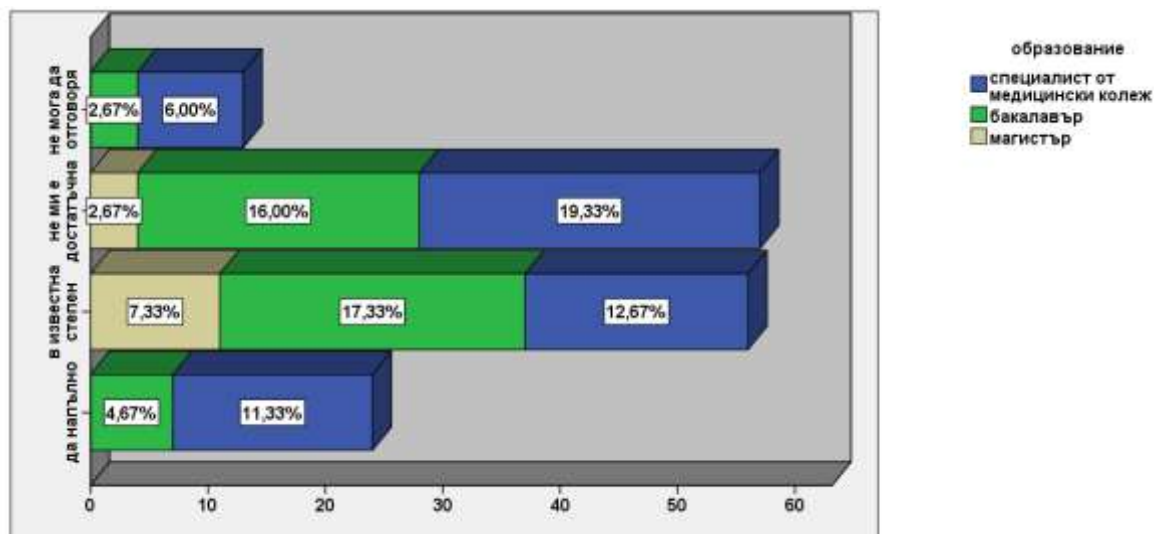


Фиг.24 Придобито следдипломно обучение

С продължаващото обучение освен, че се прилага на практика концепцията за учене през целия живот, се засилва и връзката между теория и практика

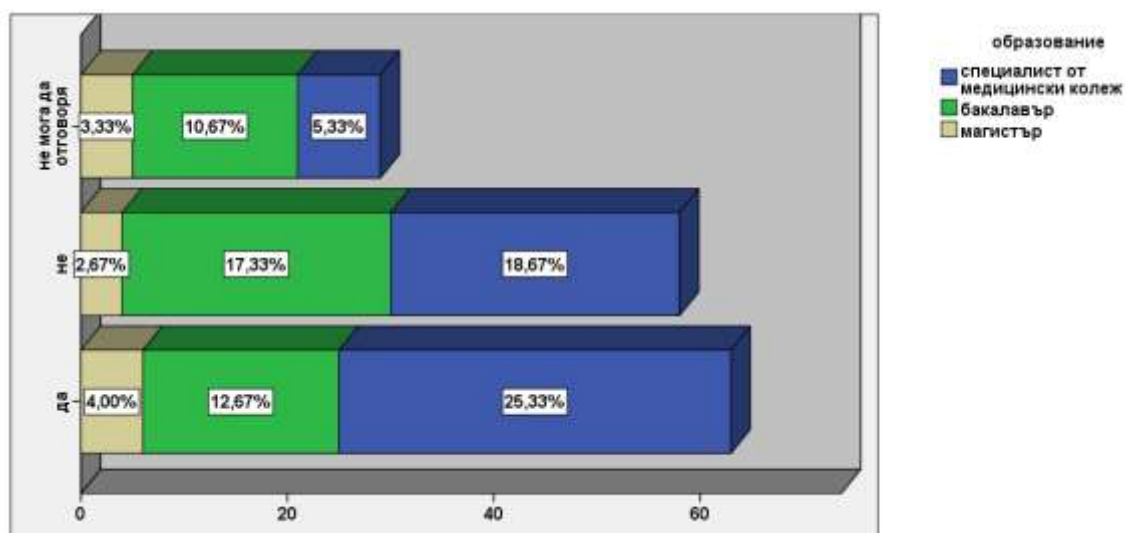
В проведеното проучване прави впечатление малкият дял на медицинските сестри притежаващи допълнителна квалификация

свързана с грижите при пациенти със сърдечно съдови заболявания, едва 8% имат по един курс, а 8,67% имат повече от един такъв.(фиг.24)



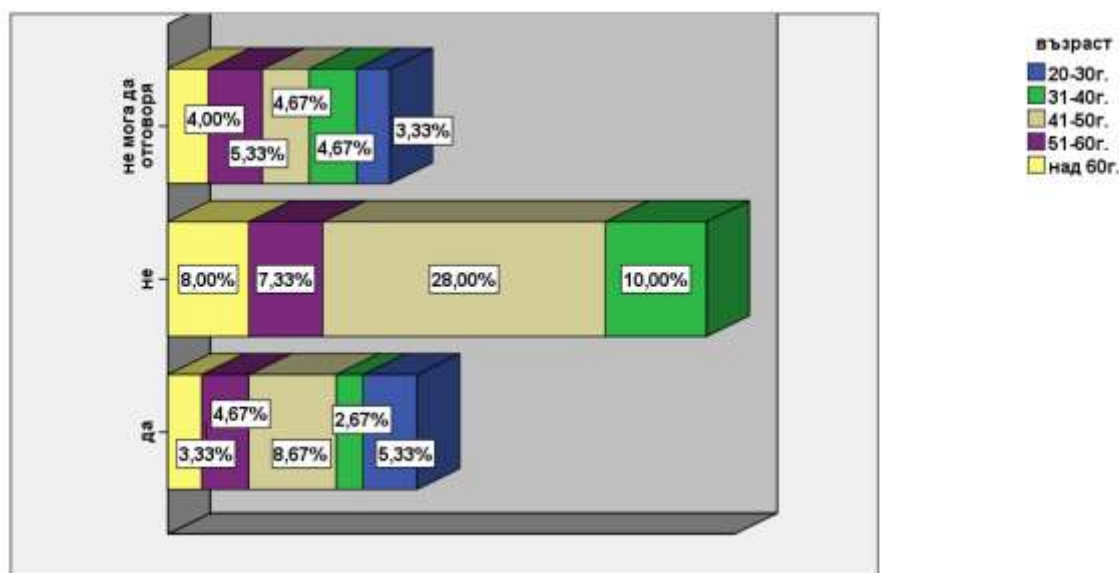
Фиг.25 Самооценка на притежаваната квалификация

На въпроса „Достатъчна ли Ви е тази квалификация?“ 24% отговарят „да, напълно“, 56% „в известна степен“, 57% „не“ и 13% не могат да отговорят. Открива се статистически значима зависимост между самооценката за достатъчност на притежаваната квалификация и образователната степен ($\chi^2=17.007$, $p<0.05$). (фиг.25)



Фиг.26 Потребност от допълнително обучение

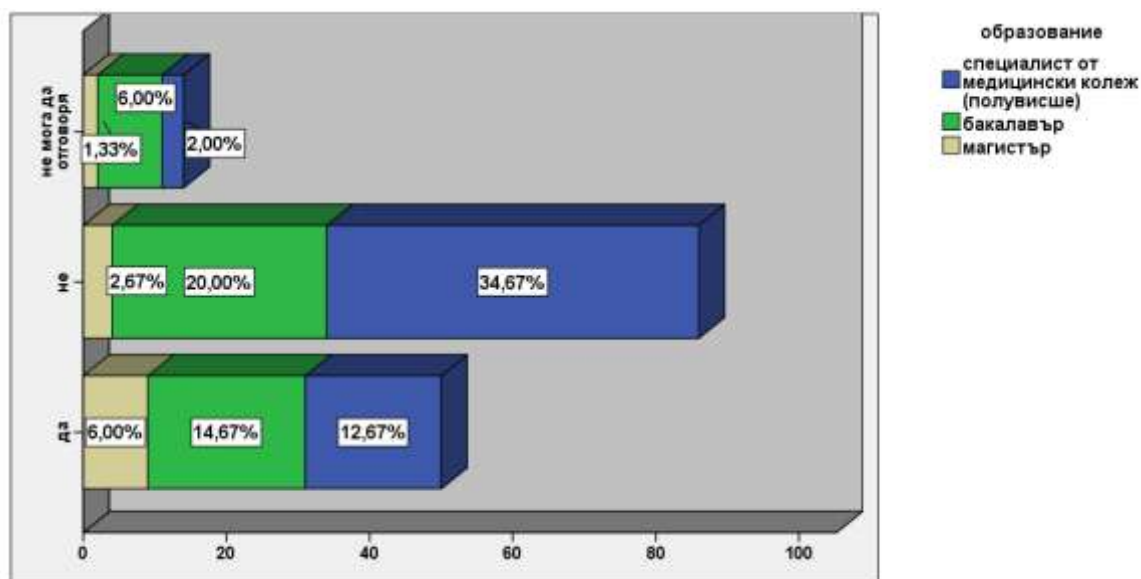
Днес професията на медицинската сестра се развива много по динамично, отколкото в миналото. Възниква все по-голяма необходимост от продължаващо обучение насочено към спецификата на здравните грижи за пациенти с конкретни заболявания и здравните потребности произхождащи от тях. В тази връзка интерес представляват отговорите на респондентите. 42% от тях споделят мнението за необходимост от обучение, 38,7% не смятат, че е необходимо такова обучение, а 19,3% не могат да дадат отговор.(фиг.26) Наблюдава се статистически значима зависимост ($\chi^2=9.89$, $p<0.05$) между необходимостта от допълнително обучение и образованието на анкетираните.



Фиг.27 Регламентиране на обучителната функция в длъжностната характеристика

Участието на медицинската сестра в обучението на пациентите е част от професионалните ѝ задължения и една от основните сестрински функции, чрез която се осъществява профилактиката на заболяванията. Обучението на пациентите с хронични заболявания като артериална хипертония се осъществява по време на целия лечебен процес, както по време на хоспитализацията им, така и след това. Мястото и ролята на медицинската сестра е съществена при този процес на обучение, защото

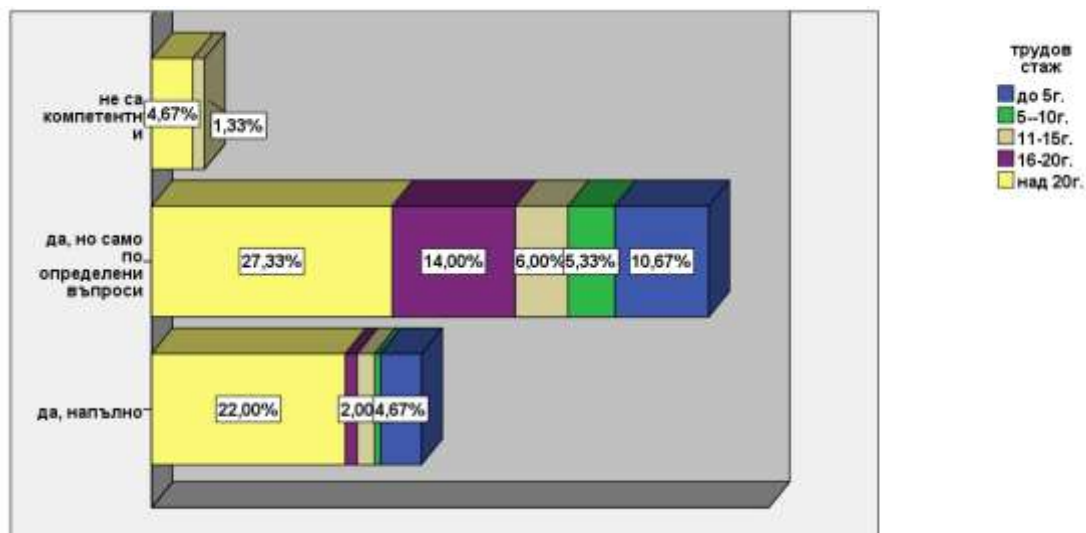
информираният и обучен пациент е способен да взема адекватни здравни решения и активно да участва в своя лечебен процес. Според отговорите на анкетиранияте медицински сестри 22% потвърждават, че обучителната функция е регламентирана в длъжностната им характеристика, повече от половината 54% дават отрицателен отговор. По обезпокоително е, че 24% не могат да отговорят, което показва непознаване на основен документ регламентиращ ежедневните им дейности и задължения. Установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=24.79$, $p<0.05$) относно мнението за регламентиране на обучителната функция на медицинската сестра и възрастта на респондентите, във възрастовите групи до 40 г. по често се среща отговора „да” (фиг.27)



Фиг.28 Педагогическа компетентност

Педагогическата компетентност е неразривна част от професионалната компетентност на медицинската сестра. През 2006 година с постановление на Министерския съвет бе приета Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите “медицинска сестра” и “акушерка” за образователно-квалификационна степен "бакалавър". По този начин изискванията за придобиване на висше образование по двете специалности бяха

синхронизирани с директивите на Европейския съюз във връзка с присъединяването на България към Европейския съюз. Тези промени доведоха до въвеждането на нови дисциплини при обучението на медицинските сестри, в това число и педагогически, с цел разширяване на професионалните компетентности. Голяма част от респондентите са завършили обучението си преди тези променени , което се отразява и в отговорите , които са дали. 30% от анкетираните съобщават, че са обучавани да провеждат обучение на пациенти, 57,33% не , а 12,67% не могат да отговорят.(фиг.28) Установява се и статистически значима зависимост ($\chi^2=14.35$, $p<0.05$) между наличието на педагогическа подготовка и образованието на анкетираните.



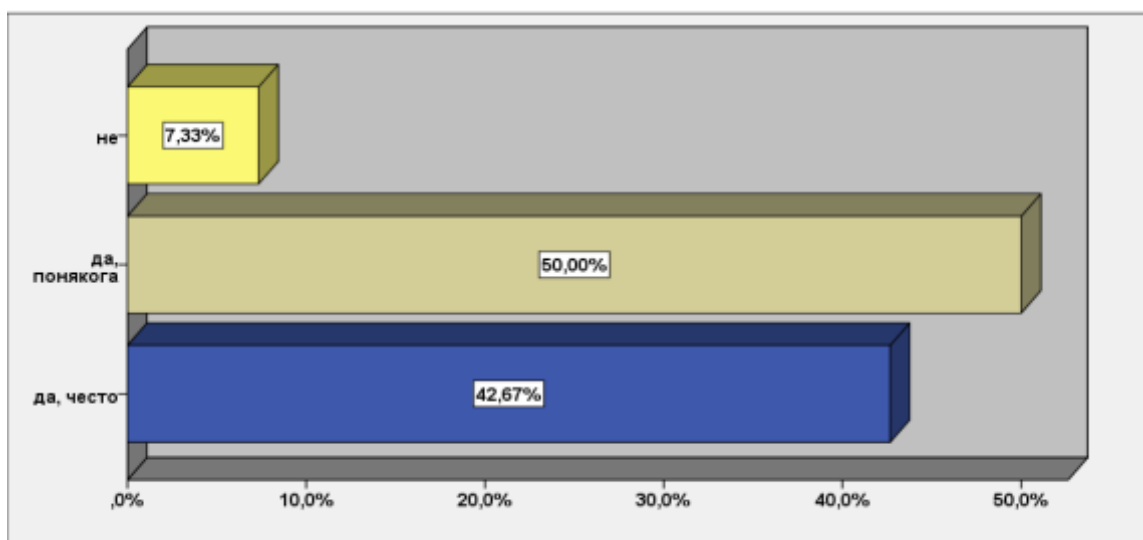
Фиг.29 Самооценка за компетентността за обучение на пациентите

В процеса на базовото обучение, медицинските сестри получават необходимия минимум от знания и умения за бъдеща та си работа. Усвоените практически умения и теоретична подготовка по клиничните и неклинични дисциплини са база за успешна професионална реализация. В тази връзка на респондентите бе зададен въпроса: „Смятате ли, че медицинските сестри притежават съответна подготовка и компетентност да обучават болните?“. Мнението на анкетираните е

следното: 30% отговарят “да, напълно”, 64% „да, но само по определени въпроси” и само 6% смятат, че не притежават нужната компетентност.(фиг.29) Установена е статистически значима зависимост с трудовия стаж на участниците в анкетирането ($\chi^2=20.71$, $p<0.05$, $Cramer's V=0.27$). Видно е, че с увеличаването на трудовия стаж и свързаното с това натрупване на клиничен опит се увеличава и самооценката за притежаваната компетентност. Особено изразена е тази тенденция при медицинските сестри с над 20 години стаж.

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

Длъжностната характеристика е един от основните организационните документи, която дава възможност за точно определяне на задачите и дейностите на всяка длъжност. Тя регламентира функциите и задълженията, правата и отговорностите, комуникациите, а също и някои други положения, свързани с ефективното изпълнение на служебните задължения.



Фиг.30 Извършване на дейности нерегламентирани в длъжностната характеристика

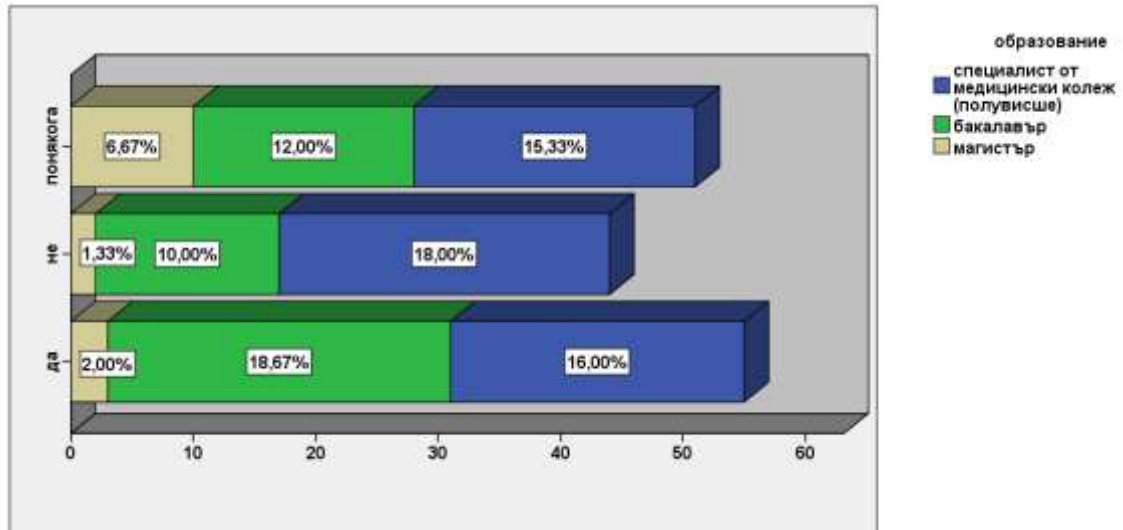
Въпреки, че дейностите на медицинските сестри при осъществяване на здравните грижи са регламентирани в длъжностната характеристика за всяко конкретно работно място, 42,67 % съобщават, че често се случва да изпълняват дейности извън определените в длъжностната характеристика. 50 % извършват други дейности само понякога и само 7,33 % не извършват дейности извън определените в длъжностната характеристика. (фиг.30)

Табл.2 Основни дейности , които изпълнява медицинската сестра в процеса на лечението на пациентите.

		анкетирани		Отговори в %
		Брой отговори	Процент отговори	
\$v25 ^a	извършване на сестрински манипулации	150	24,3%	100,0%
	работа с апаратура	129	20,9%	86,0%
	работа с компютър и документация	137	22,2%	91,3%
	измерване на соматични показатели	118	19,1%	78,7%
	педагогически дейности	40	6,5%	26,7%
	рехабилитационни дейности	31	5,0%	20,7%
	други	12	1,9%	8,0%
Общо		617	100,0%	411,3%

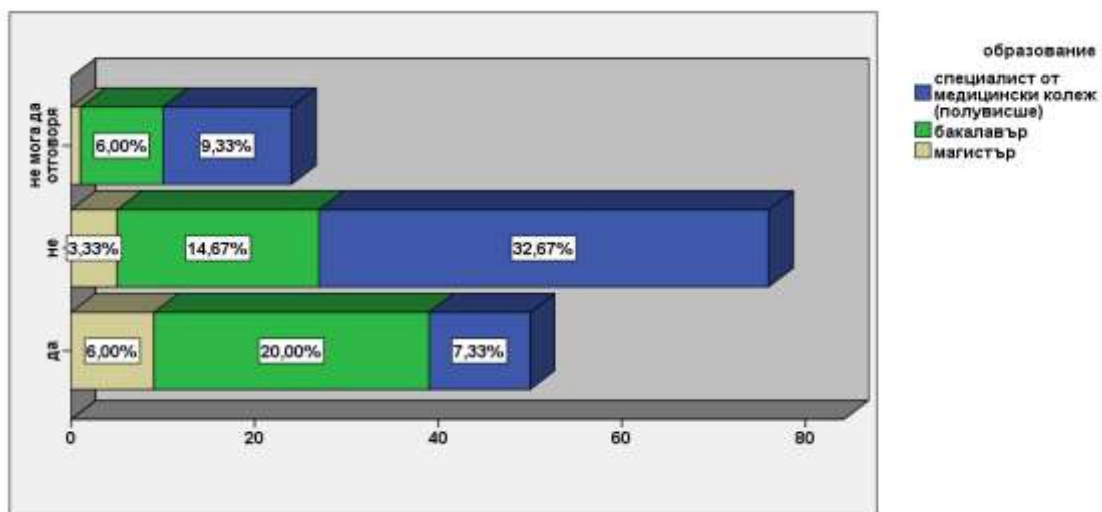
Интерес представлява анализът на резултатите по отношение мнението на анкетираните относно основните дейности , които изпълнява сестрата в процеса на лечението на пациентите. При поставянето на въпроса в анкетата беше дадена възможност да се посочат повече от една дейност. Резултатите са илюстрирани в (табл. 2) .

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



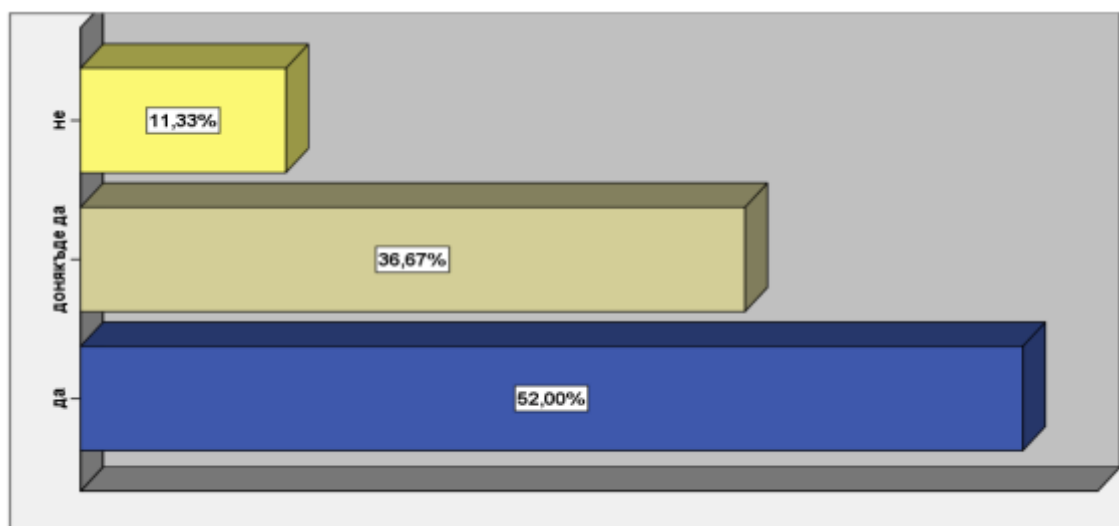
Фиг.31 Участие в обучението на пациентите

Въпреки че, над половината от анкетираните медицински сестри посочват липса на обучителна функция в длъжностната характеристика по голяма част от тях 40,7% участват в обучението на пациентите, 25,3% понякога и 34% не участват. При анализа на данните се установява че, по активни в обучителния процес са медицинските сестри с ОКС бакалавър, 45,9% от тях активно се включват в обучението. Установена е статистически значима зависимост ($\chi^2=11.24$, $p<0.05$). (фиг.31)



Фиг.32 Вземане самостоятелно решение относно обучението на пациента

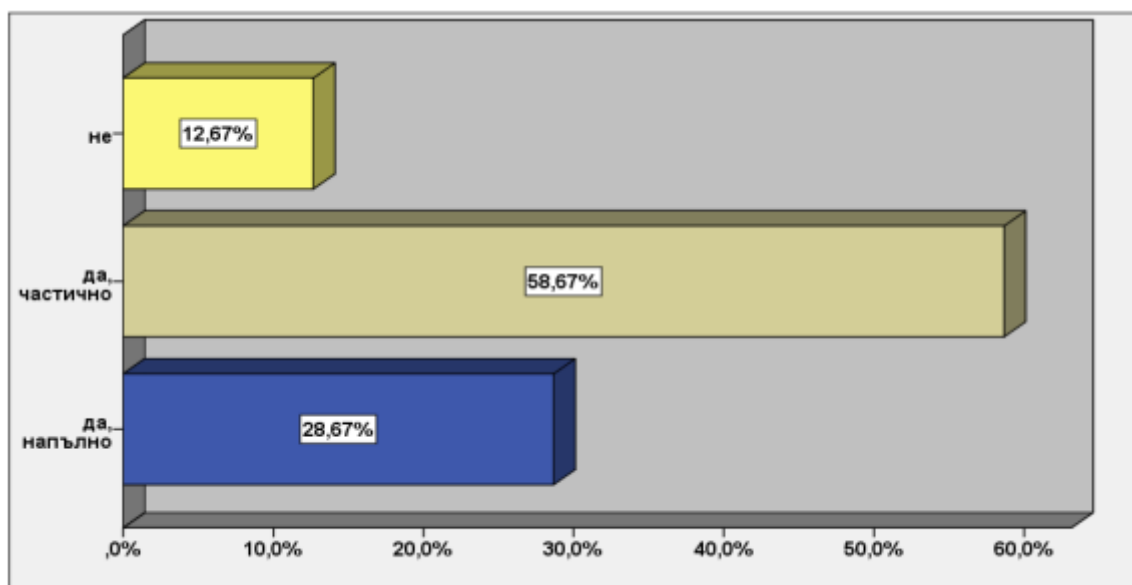
Въведените промени в обучението на медицинските сестри в страната през последните години имаха за цел формиране на умения за по-голяма самостоятелност и поемане на професионална отговорност по отношение на определени дейности и грижи за пациента. Успоредно с промените в учебните планове и програми законово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



Фиг.33 *Необходима ли е промяна в съществуващата сестринска практика, свързана с обучението на пациента?*

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

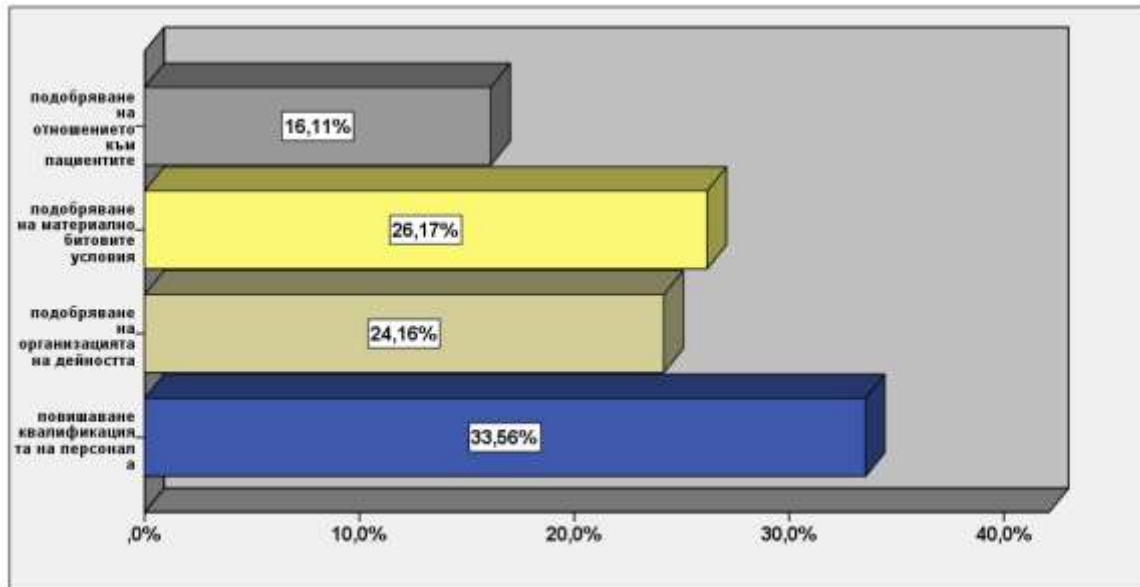
решения относно обучението на пациентите, 52% споделят това мнение, 36,67% отговарят „донякъде да” и само 11,33% - не. (Фиг.33)



Фиг.34 Достатъчност на дейностите при обгрижването на пациентите с АХ

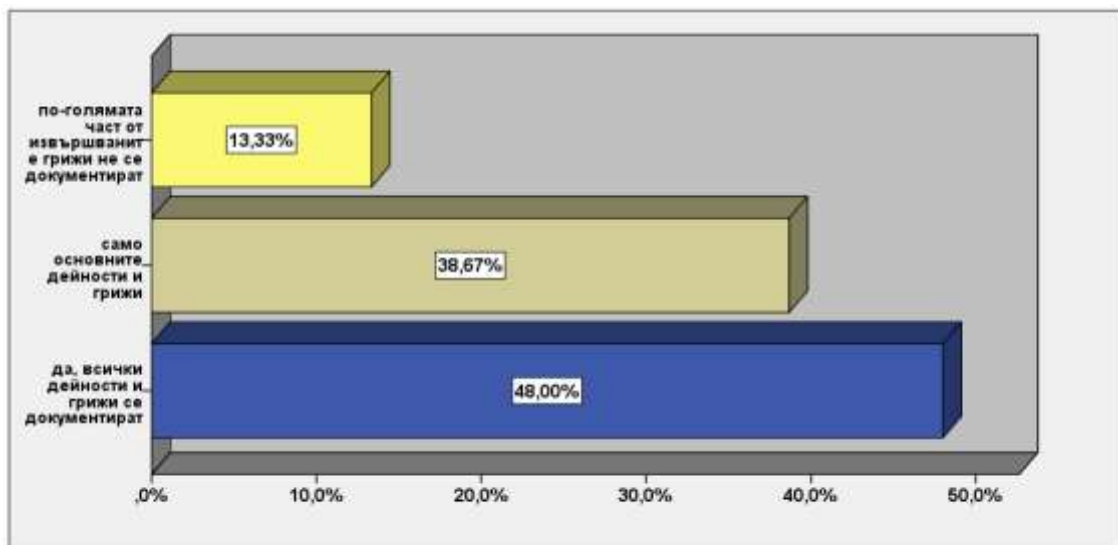
Дейностите които извършва медицинската сестра при осъществяване на грижите за пациентите се определят от длъжностната характеристика, която е съобразена с квалификационната характеристика на професията и произтичащите от нея професионалните компетентности. 26,67% от респондентите смятат, че дейностите, които извършват при обгрижването на пациентите са напълно достатъчни, но повече от половината 58,67% ги определят като частично достатъчни, а 12,67% за недостатъчни. (Фиг.34)

Удовлетвореността на пациентите от качеството на грижите по време на тяхната хоспитализация е съществен критерий при определяне качеството на оказаната медицинска помощ като цяло.



Фиг.35 *Какво би допринесло за повишаване на качеството на сестринските грижи и удовлетвореността на пациентите*

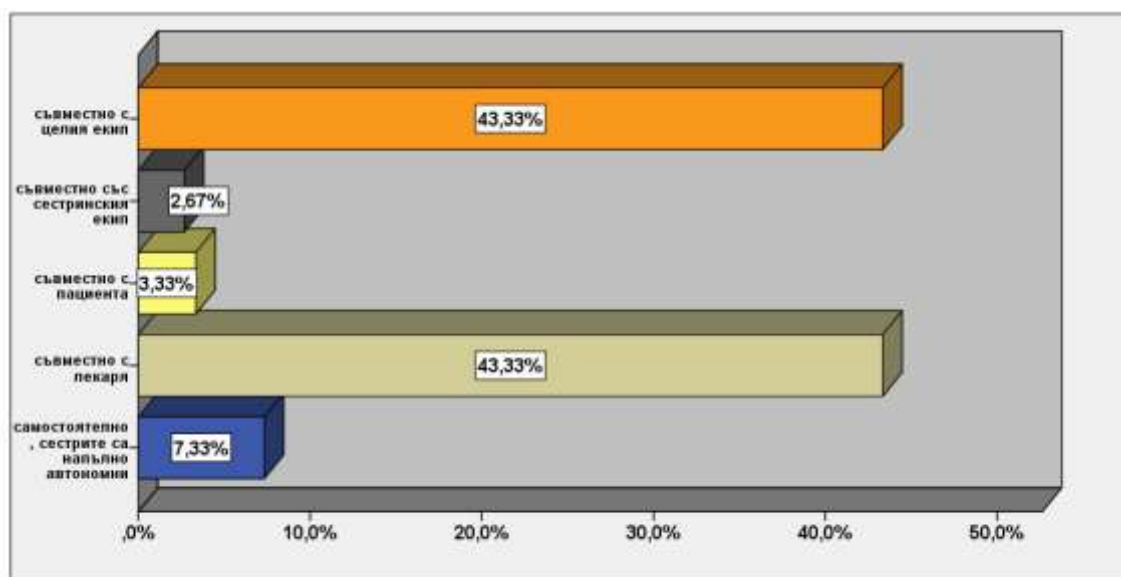
Мнението на анкетираниите относно това , което би допринесло за подобряване на качеството на грижите и удовлетвореността на пациентите е следното: 33,56% отдават най голямо значение на повишаване на квалификацията, 24,16% подобряване на организацията на дейността, 26,17% подобряване на материално битовите условия и 16,11% подобряване отношението към пациентите. (фиг.35)



Фиг.36 *Документиране на дейностите при обгрижването на пациентите*

Значителна част от анкетираниите – 48%, считат че се документират и регистрират всички дейности при обгрижването на пациентите. Трябва да се отбележи обаче, че 38,67% от тях посочват, че се документират само основните дейности и грижи, а 13,33% са на мнение, че по голяма част от извършваните грижи не се документират.(фиг.36)

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

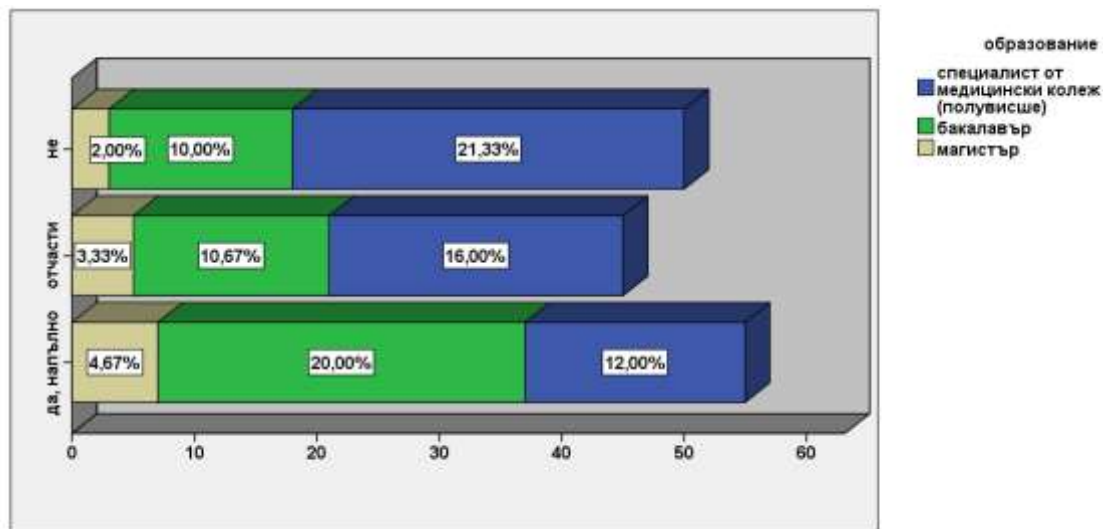


Фиг.37 *Начин на определяне на потребностите на пациента от сестрински грижи*

Професионалната квалификация на медицинските сестри им позволява да правят самостоятелна оценка на потребностите на пациента от сестрински грижи на базата на която да разработват индивидуален план за прилагането им. Въпреки това 43,33% от анкетираниите правят тази оценка съвместно с лекаря, същият процент съвместно с целия екип и само 7,33% правят оценката самостоятелно.(фиг.37)

Важен способ за оптимална организация на здравните грижи и оптимизиране на дейностите на медицинската сестра при обгрижване на болните е прилагането на сестринския процес, основаващ се на

задълбочени теоретични знания, които намират своето практическо приложение при осъществяването на професионални сестрински грижи. Сестринският процес се основава на решаването на даден проблем на пациента събиране и анализ необходимата информация и формулиране на проблема или т.нар. сестринска диагноза. Същността на подхода се състои в разработването на план за грижи и в осъществяването му – извършването на сестринска интервенция с цел преодоляване на нарушенията и осигуряване на психически и физически комфорт за пациента.



Фиг.38 Възможност за прилагане на сестринския процес и изработване на план за грижи

На въпроса: „Позволява ли, съществуващата в момента организация, изработването на план за сестрински грижи, по който да се ръководят медицинските сестри при осъществяване на грижите?“, 33,33% отговарят „не“, 30% „отчасти“ и 36,7% от медицинските сестри дават отговор „да, напълно“. Установява се статистически значима зависимост между образователната степен и готовността за прилагане на сестринския процес ($\chi^2=10.96, p<0.05$) (фиг.38).

Основната причина за неприлагането на сестринския процес и разработването на план за грижи е, че у нас все още не е утвърдена практиката за поставяне на сестринска диагноза и за вземане на

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

Подходи за подобряване на дейността на медицинската сестра при обгрижването на пациенти с артериална хипертония

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

С цел повишаване ефективността и качеството на здравните грижи и удовлетворяване здравните потребности на пациентите бе изработен „Лист за оценка автономността на пациента” при постъпване в лечебното заведение, който да подпомогне медицинската сестра при планиране на необходимите сестрински грижи. Целта е стимулиране на вземане на самостоятелно решение относно автономността на пациента по въпроси свързани с удовлетворяване потребностите от грижи и прилагане на сестринския процес. Разработен е и лист за „Потребност на пациента от информация/обучение във връзка с артериалната хипертония”. С него се установява необходимостта от обучение, което медицинската сестра може да осъществи или да координира и насочи към друг специалист.

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

Комплексният методичен инструментариум за анализ и оценката на сестринските грижи, който е разработен, ни дава основание да твърдим, че това е метод за разкриване и удовлетворяване здравните потребности на пациентите чрез адекватно планирани здравни грижи. Използването на знанията и уменията особено на дипломираните през последните години медицински сестри ще доведе до подобряване организацията на здравните грижи при болните с артериална хипертония.

III. МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

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

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

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

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

Табл.3 Резултати от първи кръг на експертната оценка

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

От анализа на анкетата е видно , че 86,7% от експертите смятат че разработеният модел напълно обхваща всички аспекти на здравните грижи при пациентите с артериална хипертония. Относно това дали моделът ще повиши значително ефективността и качеството на грижите, 93,3% от тях споделят напълно това мнение. Експертите са единодушни (100%), че моделът представя много добра организация и мениджмънт на здравните грижи при лица с артериална хипертония.

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

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

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

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

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

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

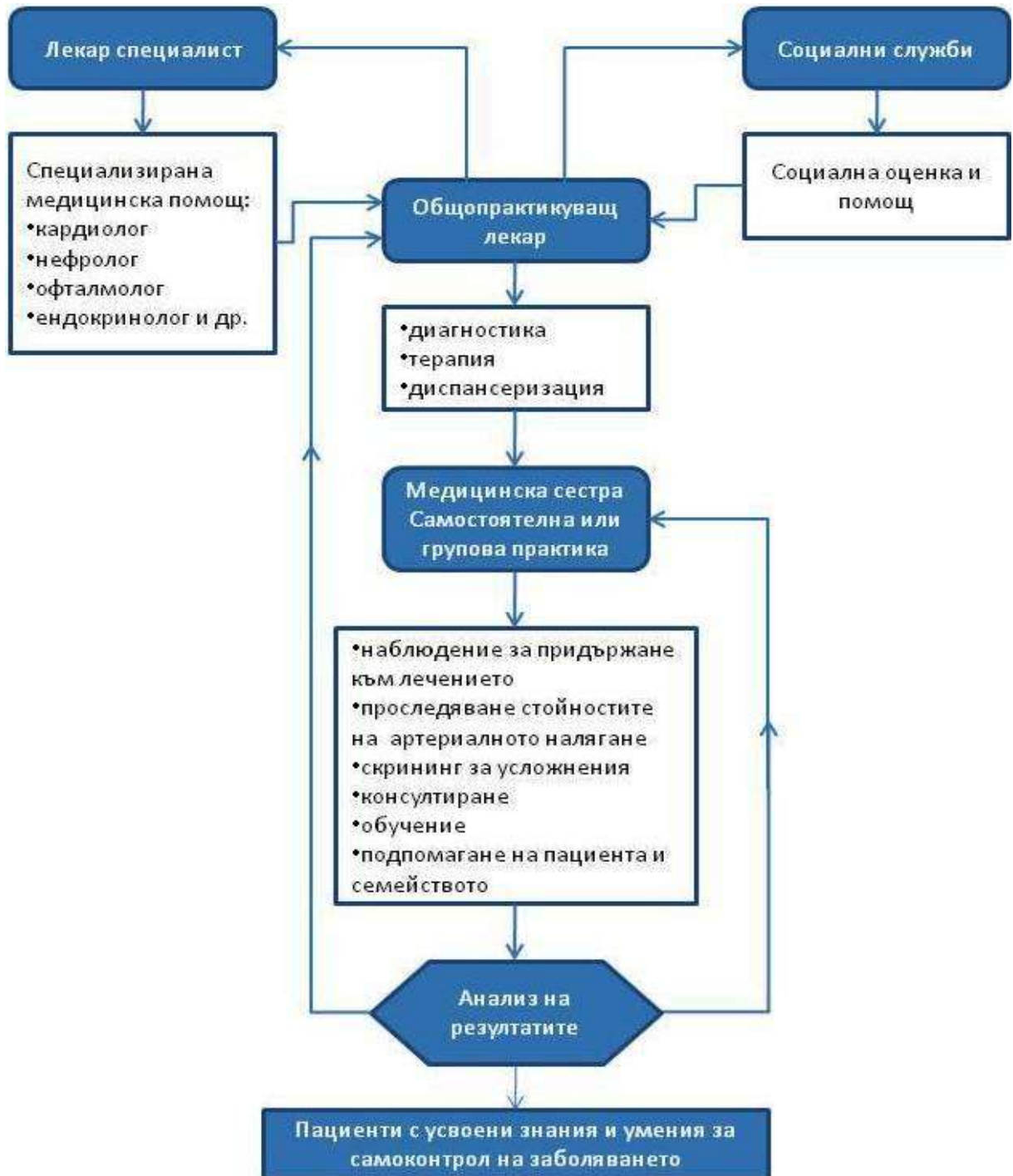
Експертите са единодушни, че „Моделът за здравни грижи за пациенти с артериална хипертония” създава възможности за осигуряване на ефективни и качествени здравни грижи базирани на съвременната медицина.

Модел за здравни грижи при пациенти с артериална хипертония

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

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

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



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

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

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

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

Мениджмънта на модела включва:

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

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

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

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

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

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

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

ИЗВОДИ

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

1. Честотата на артериалната хипертония е най-голяма при лица на възраст от 40 до 70 години (81%), което е основание да твърдим, че с напредване на възрастта се увеличава честотата на артериалната хипертония. Установи се, че във възрастовата група от 18 до 40 години хипертонията е по-честа при мъжете (52%), а след 50 години – при жените (56%).
2. Установи се нездравословен модел на хранене, като повече от половината от изследваните лица (68,89%) не спазват хранителен режим, почти една четвърт (24,4%) приемат високи количества сол, като мъжете много по често консумират по големи количества сол (74,5%) и много малка част от тях (14,4%) се стремят да я ограничат.
3. От изследваните пациенти едва 34,67% определят двигателната си активност като недостатъчна, 43,78% ходят пеша на неголеми разстояния като, 20,08% упражняват някаква физическа дейност на открито под формата на хоби и само 1,78% се занимават със спорт. В резултат на този нездравословен начин на живот 38,06% от респондентите са с наднормено тегло, а 25,66% са със затлъстяване, което е значим рисков фактор за заболяването.
4. Повече от половината от анкетираните лица (63,8%) нямат познания за заболяването, като частична информация имат 35,8% от тях, а изобщо не са информирани 28% от тях. Информирани са 36,2%, като при лицата с висше образование нивото на информираност е по високо (68%). Липсата на информация често води до забавяне или компрометиране на лечението.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПРЕПОРЪКИ

Към БАПЗГ

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

Към Медицинските университети:

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

ПРИНОСИ

Приноси с научно - теоретичен характер

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

Приноси с научно - приложен характер

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

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

Научни публикации и съобщения във връзка с дисертацията

1. Маринов Л., П. Добрилова. Проучване дейностите на медицинските сестри при осъществяване на здравни грижи при болни с артериална хипертония Сборник доклади от Трета Научна конференция с международно участие „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 28 ноември 2019 г.
2. Маринов Л. Проучване на поведенческите рискови фактори при пациенти с артериална хипертония, KNOWLEDGE – International Journal Vol.40.4, 727-733
3. Маринов Л. Удовлетвореност на пациентите с артериална хипертония от здравните грижи при хоспитализация, Science & Technologies, Volume X, 2020, Number 1: MEDICAL BIOLOGY STUDIES, CLINICAL STUDIES, SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE
4. Маринов Л, П. Добрилова, А Воденичарова. Проучване мнението на пациенти с артериална хипертония относно необходимостта им от обучение сп. Здравни грижи. Под печат.
5. Участие в научни грантове: Договор № Д - 133/23.04.2019 г., ПРОЕКТ вх. № 8320/22.11.2018 г. от конкурс „Млад изследовател - 2019 г.“ на МУ-София, ТЕМА:Здравните грижи като фактор за превенция на усложненията при пациенти с артериална хипертония.