

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

МАРГАРИТА ДИМИТРОВА ЛАЛОВСКА

МЕНИДЖМЪНТ НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ
ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

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

Проф. д-р Тодор Черкезов, дм

Проф. Павлинка Добрилова, дм

Рецензенти:

Доц. Борянка Веселинова Борисова, дм

Проф. д-р Мария Атанасова Семерджиева-Филипова, дм

София, 2021

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“, Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 271 страници и е онагледен с 12 таблици, 86 фигури и 2 схеми. Към него са представени 8 приложения. Библиографската справка съдържа 246 източника, от които 134 на кирилица, 112 на латиница.

Научно жури:

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

Доц. Борянка Веселинова Борисова, дм

Проф. д-р Мария Анастасова Семерджиева-Филипова, дм

Доц. д-р Владимир Христов Гончев, дм

Проф. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм

Резервни членове:

Проф. Галина Стамова Чанева, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Публичната защита ще се състои на 15 юни 2021г. от 13:00 часа в заседателна зала на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло Море“ №8, гр. София.

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

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ	7
II. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. ОБСЪЖДАНЕ	18
Изследване качеството на живот на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	18
Оценка на качеството на живот на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	27
Роля и място на медицинската сестра за подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	35
Професионална подготовка и професионална кариера на медицинските сестри работещи с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	40
Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт	45
Анализ на резултатите от приложението на Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
ИЗВОДИ	62
ПРЕПОРЪКИ	64
ПРИНОСИ	66
Списък на научните публикации, свързани с настоящият дисертационен труд	68

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

- АН** – Артериално налягане
- ЕС** – Европейски съюз
- ЗГ** – Здравни грижи
- ИМИ** – Ишемичен мозъчен инсулт
- ИБС** – Ишемична болест на сърцето
- КП** – Клинична пътека
- КЖ** – Качество на живот
- МСЗ** – Мозъчно – съдови заболявания
- МБАЛ** - Многопрофилна болница за активно лечение
- НЗОК** – Национален здравно осигурителна каса
- НРД** – Национален рамков договор
- НЦЗИ** – Национален център по здравна информация
- СЗО** – Световна здравна организация
- СДО** – Следдипломно обучение
- СБПЛР** – Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация
- СБР** – Специализирана болница за рехабилитация
- ТЕЛК** – Териториална експертна лекарска комисия
- УМБАЛ** – Университетска болница за активно лечение
- LDL** – Холестерол с малка плътност
- HDL** – Холестерол с висока плътност
- HRQOL** – Health Related Questionnaire
- WHOQOL-BREF** – World Health Organization Quality Life
- NIHSS** – American National Institutes of Health

ВЪВЕДЕНИЕ

„Безмълвният убиец“ застрашава живота на всеки четвърти от нас. Неговото име е *инсулт*.

Днес в индустриализирания свят исхемичният мозъчен инсулт (ИМИ) е втората по честота причина за смърт и най-честата за инвалидизиране сред населението.

По данни на Световната организация по инсулт (WSO), една от всеки пет жени и един от всеки шест мъже ще получи мозъчен инсулт през живота си. Прогнозите са за удвояване на заболеваемостта и смъртността по света през 2024 год., което е свързано със застаряване на населението и нарастване на заболеваемостта в развиващите се страни.

Исхемичният мозъчен инсулт е не само здравен проблем, но и страдание за пациентите. Той е финансова тежест, както за пациентите така и за техните семейства, за цялото общество. Значимостта на проблема се обуславя преди всичко от дълбоките социални и здравни потребности на пациентите с влошено качество на живо (КЖ) и завишени специфични здравни изисквания. Нарушената двигателна активност, проявата на остатъчни функционални, когнитивни и психични промени, са от съществено значение за социалните, професионални и семейни взаимоотношения на пациентите.

За подпомагане пълноценното интегриране на болните с исхемичен мозъчен инсулт е наложително медицинските и психосоциалните аспекти на заболяването да се познават в детайли, а качеството на здравните грижи на всеки пациент да се изразява в дейности, подобряващи здравето му и удовлетвореността от предлаганата здравна услуга.

Грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт изискват вниманието на медицинската сестра да е съсредоточено върху различните

аспекти на състоянието на пациента. Подобряването на здравето в смисъла на холистичната концепция е главната цел на здравните грижи.

За подобряване качеството на живот при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт налага да се следи непрекъснато удовлетвореността на пациентите от предлаганите медицински услуги. Пациентите вече не се смятат за пасивни получатели на услуги. Те изискват повече по отношение на качеството на грижите и вече не приемат безусловно решенията и действията на здравните професионалисти.

Ефективността и качеството на здравните грижи в най-голяма степен зависи и от професионалната компетентност на здравните кадри. За здравните професионалисти качеството се отнася до скала за оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични подходи, предоставени при оптимални условия и в подходящ момент. Те целят да подобрят качеството на живот на тези пациенти, възстановявайки в максимална степен настъпилите нарушения в здравето им.

Всички тези динамични промени и новосъздадени взаимоотношения изискват нов поглед и внимателно проучване. Подобряване на качеството на здравните грижи, влиянието на медицински и социални фактори върху качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт в съвременните условия, е тясно свързано с оптимизиране на поведението и актуализиране на нормативната уредба в интерес на пациента.

Това изисква добър мениджмънт в медицински и социален аспект, за подобряване качеството на живот при тези пациенти, който в дългосрочен план би допринесъл за промяна на статуса на хронично болния - от обременяващ проблем за обществото, в пълноценен субект, нуждаещ се от осмислено бъдеще, достойнство, защитеност и психо-емоционално благополучие.

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

1.Цел и задачи на изследването

ЦЕЛ: Да се разработи специализиран модел за предоставяне на здравни грижи, адаптиран за домашно приложение при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и се оцени неговият ефект върху функционалното възстановяване на пациентите за предотвратяване на усложненията и подобряване качеството на живот.

ЗАДАЧИ:

За постигането на тази цел е необходимо да се постигнат следните задачи:

1. Да се проучи информираността на пациентите за причините и рисковите фактори на заболяването исхемичен мозъчен инсулт .

2. Да се оцени влиянието на заболяването върху качеството на живот на пациентите в неврологичните отделения и рехабилитационни болници.

3. Да се определи ролята и отговорностите на медицинската сестра при предоставяне на здравни грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и се очертае тяхното развитие в зависимост от потребностите на пациентите.

4. Да се проучи необходимостта от обучение на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт за подобряване качеството им на живот.

5. Да се проучи информираността на медицинските сестри относно грижите, необходими за повишаване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и тяхното обучение за селфмениджмънт.

6. Да се проучи нивото на обучение по въпроса за исхемичен мозъчен инсулт на студенти от специалност „Медицинска сестра” на Филиал „Проф. д-р Иван Митев” гр. Враца.

7. Да се направи оценка на необходимостта от и непрекъснато обучение на медицинските сестри, работещи в неврологичните отделения и рехабилитационни болници.

8. Да се изготви Програма за здравни грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Работна хипотеза

При по-голяма част от пациентите с исхемичен мозъчен инсулт е нарушена тяхната активност като проява на остатъчни функционални, когнитивни и психични промени, затова смятаме, че е необходимо да се направи оценка от физическото състояние на пациента до тежестта на мозъчния инсулт и когнитивния дефицит, като възможни прогностични фактори за депресия в първите няколко месеца и влошаване качеството на живот.

Качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е в тясна взаимовръзка с днешната професионална подготовка на медицинската сестра. Знанията и уменията на дипломираните медицински сестри през последните години не се използват пълноценно за осъществяване на здравно обучение, формиране на адекватни здравни потребности и качествени здравни грижи за предотвратяване на инвалидизация и подобряване на качеството на живот.

Належащи са промени в базовото и следдипломното обучение, които ще допринесат за повишаване на знанията и уменията на медицинските сестри, които от своя страна ще вземат активно участие в информирането, обучението и подобряване качеството на живот.

2. Методология

2.1. Предмет на изследването е качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт в неврологичните клиники и специализираните рехабилитационни болници.

Обект на проучването на настоящата разработка са пациентите с исхемичен мозъчен инсулт, работещи в неврологичните клиники и рехабилитационни болници, медицински сестри и студенти от специалността „Медицинска сестра” във Филиал „Проф. д-р Ив. Митев” гр. Враца.

Логически единици на изследването

Пациенти настанени за лечение в неврологичните отделения и болници за рехабилитация.

Медицински сестри – работещи в неврологични отделения и специализираните рехабилитационни болници.

Студенти – специалност „Медицинска сестра “.

Технически единици на изследването

- Многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ);

В изследването са включени пет Многопрофилни болници за активно лечение в Северозападна България: МБАЛ „Христо Ботев“ – гр. Враца, МБАЛ „Стамен Илиев“ – гр. Монтана, МБАЛ „Св. Николай Чудотворец“- гр. Лом, МБАЛ „Света Петка“-гр. Видин, УМАЛ „Д-р Георги Странски“ - гр. Плевен.

- Специализирани болници за рехабилитация;

„Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация по вътрешни болести“- ЕООД, гр. Мездра, „Специализирана болница за рехабилитация – Национален комплекс“ ЕАД, Филиал „Свети Мина“, гр. Вършец.

- Медицински университет София – Филиал „Проф. д-р Иван Митев“
гр. Враца.

2.2. Характер и обем на изследването

В проучването са обхванати 627 лица, от които 180 медицински сестри, 307 пациенти и 140 студенти от специалност „Медицинска сестра“.

- Пациенти, настанени за лечение в Многопрофилни болници за активно лечение в Северозападна България, както и в Специализирани болници за рехабилитация в градовете Мездра и Вършец

Изследваните лица са предимно мъже – 59,9%. Относителният дял на жените е 40,1 %. Средното ниво на възрастта на анкетираните пациенти е 59 години (мин.31г., макс.79г.), в резултат на това, че в последните години нараства относителния дял на населението на възраст 65 и повече години. От изследваните лица 74,3 % са градски жители и 25,7% - селски жители. Образованието на анкетираните е представено на таблица 1.

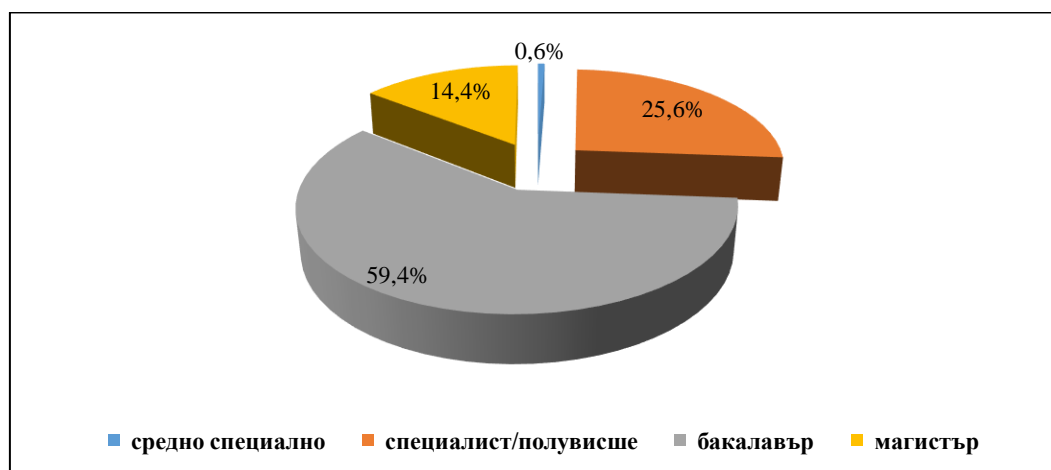
Табл.1. Разпределение на изследваните пациенти по образование

Образование	Брой лица N	Относителен дял
Основно	51	16,6%
Средно	141	45,9%
Специалист/полувисше	44	14,3%
Висше	71	23,1%
Общо	307	100%

- Медицински сестри, работещи в неврологичните отделения на МБАЛ гр. Враца, МБАЛ гр. Монтана, МБАЛ гр. Плевен, МБАЛ гр. Видин, МБАЛ гр. Лом. Както и „СБПРВБ – ЕООД“, гр. Мездра,

„СБР - НК“ ЕАД, Филиал „Свети Мина“, гр. Вършец. Всички са жени, като средното ниво на възрастта е 57 г. (мин.23, макс.65).

Средното ниво на общия трудов стаж на анкетираните е 28 години (мин.3г., макс.34г.), като средното ниво на трудовия им стаж в неврологичните клиники и рехабилитационни болници е 10г. (мин.2г., макс.38г.). Това показва опит в областта на здравните грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. От анкетираните медицински сестри -14,4 % (26 бр.) са с образователно - квалификационна степен „магистър“, най-голям е броят 59,4% (107 бр.) на медицинските сестри със образователно - квалификационна степен „бакалавър“, 0,6% (1бр.) съобщават, че са със средно-специално образование и относителният дял на медицинските сестри с образователно-квалификационна степен „специалист/полувисше“ е 25,6% (фиг.1).



Фиг.1. Разпределение на анкетираните медицински сестри по образование

- Студенти – III и IV курс специалност „Медицинска сестра“ обучаващи се във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, гр. Враца към Медицински университет София, през учебната 2018г./2019г. Анкетното проучване се извърши по време на практическо обучение в неврологично отделение и преддипломния им стаж.

От анкетираните 140 студенти преобладава относителният дял на жените – 90,7 % (127), а мъжете са 9,3 % (13). Средната възраст е $24,6 \pm 5,65$ (от 21 год. до 38 год.).

2.3. Признаци на изследването

За медицинските сестри

- признаци, отразяващи социалния статус;
- признаци, отразяващи ниво на информираност и подготовката на медицинските сестри свързани с потребностите на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт;
- признаци, свързани с дейностите на медицинската сестра в неврологичните клиники и рехабилитационните болници;
- признаци, свързани с обучението на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт;
- признаци, свързани с професионалната кариера на медицинската сестра.

За пациентите

- признаци, отразяващи социалния и здравния статус;
- признаци, отразяващи ниво на информираност на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт;
- признаци, отразяващи качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт;
- признаци, отразяващи потребностите на пациентите от здравни грижи;
- признаци, свързани с удовлетвореността на пациентите от здравни грижи в неврологичните клиники и рехабилитационни болници;
- признаци, отразяващи потребностите на пациентите от обучение;

За студентите, специалност „медицинска сестра”

- признаци, отразяващи социалния статус;
- признаци, свързани с желанието и подготовката на медицинските сестри за работа с пациенти, с исхемичен мозъчен инсулт;
- признаци, свързани с готовността и нагласата на бъдещите медицински сестри за приложение на „сестринския процес” в практиката;
- признаци, свързани с професионалната кариера на медицинската сестра.

2.4. Време и място на изследването

Проучването е проведено през периода от м. май 2018г. – май 2020г.

Проучването е извършено самостоятелно с разрешение на Директорите на Многопрофилните болници за активно лечение, рехабилитационните болници и ръководителите на съответните катедри в структурата на Медицински университет – София.

Използвано е сътрудничеството на главните медицински сестри във всяко лечебно заведение.

2.5. Методи на изследването

2.5.1. Социологически методи

а. пряка индивидуална анкета

Информационен източник за качеството на живот, удовлетвореността от здравните грижи и обучение на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт в неврологичните клиники и рехабилитационните болници е мнението на пациентите, което е изследвано чрез пряка индивидуална анкета. Анкетата е анонимна. Съдържа 47 въпроси, включващи: демографски характеристики – пол,

възраст, местоживеене, образование; въпроси, свързани със здравния им статус, ниво на информираност, качество на живот, потребности от здравни грижи, потребности от обучение, удовлетвореност от организацията на сестринските грижи в тези лечебни заведения. Въпросите са отворени, затворени и полузатворени. Изследването се осъществява от медицинска сестра и водещият изследовател. Всички участници в изследването са предварително инструктирани и подготвени. Пациентите бяха информирани за целите и условията на провеждане на проучването и включени в него само чрез изрично съгласие (*Приложение №1*).

Проведена е пряка индивидуална анкета сред медицинските сестри, работещи във Многопрофилни болници за активно лечение и рехабилитационните болници в Северозападна България. Анкетата съдържа 48 въпроси (отворени, затворени и полузатворени), включващи: демографски характеристики – възраст, образование, трудов стаж; въпроси, отразяващи ниво на информираност; организацията, обема и характера на сестринските грижи; ролята и място на медицинската сестра при работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт; въпроси свързани с професионалната подготовка и професионалната кариера на медицинската сестра (*Приложение №2*).

Информационен източник е и мнението на студентите, което е изследвано чрез пряка индивидуална анкета по време на практическо обучение в неврологично отделение и преддипломния им стаж. Участието е доброволно и анонимно. Анкетата съдържа 21 въпроса, съобразени с образователното и културното ниво на студентите, обучаващи се в медицинските учебни заведения. Въпросите са отворени, затворени и полузатворени, включващи: демографски характеристики – пол, възраст; въпроси, ниво на информираност; въпроси свързани с желанието и

подготовката им за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт; нагласа за приложение на сестринския процес в практиката и въпроси, свързани с професионалната кариера (*Приложение №3*).

б. проучване на документи

От Историите на заболяването е събрана информация за здравното състояние на пациентите при изписването.

Извършен е ретроспективен анализ на нормативни документи, учебни планове и програми, регламентиращи обучението на медицинските сестри за периода 2014 г. до 2021г. включително.

в. Анализ и оценка на качеството на живот на пациентите с ИМИ

Приложи се комплексен методичен инструментариум, адаптиран за нашето проучване за изследване качеството на живот при пациенти с ИМИ. Изработени са два формуляра "Карта за оценка на здравните потребности на пациента", като индексът на здравните грижи бе определен според основните жизнени потребности на модела на Вержиния Хендерсън и "Програма за професионална помощ и самопомощ при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт".

2.5.2. Статистически методи

Данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v. 19.0, а графиките са изготвени посредством програмата Microsoft Excel.

Резултатите са представени с процентно разпределение в честотни таблици и крос таблици.

За изводите и заключенията са приложени следните статистически тестове:

1. Тест на Колмогоров – Смирнов – определя вида на разпределението при количествени променливи.

2. Непараметрични, които се прилагат при разпределения, различни от нормалното разпределение:

- Тест χ^2 коефициент; Крускал – Уолис и линеен коефициент

Значимостта на резултатите е определена при $p < 0,05$

3. Определяне на средно измерена честота на признаците

Получаването на данните за определяне на КЖ се извърши, чрез оригинален въпросник и специална скала за оценка на КЖ. Въпросите във въпросника са с 5 отговора, за всеки един, от който съответства на състоянието на конкретният пациент: 0 – не е вярно, 1 – донякъде не е така, 2 - нито вярно, нито невярно, 3 – вярно в голяма степен, 4 – абсолютно вярно. Всеки отговор има коефициент на тежест, а именно:

Абсолютно вярно	-	1
Вярно в голяма степен	-	0,75
Нито вярно, нито невярно	-	0,50
Донякъде не е така	-	0,25
Не е вярно	-	0

Близките до 0 отговори приемаме за добро качество на живот, а отговорите близки до 1 за влошено качество на живот.

Средно измерената честота на признаците се изчислява по следната формула:

$$\text{СИЧП} = \frac{\text{Бр1} \times \text{КТ1} + \text{Бр2} \times \text{КТ2} + \text{Бр3} \times \text{КТ3} + \text{Бр4} \times \text{КТ4} + \text{Бр5} \times \text{КТ5}}{\text{Бр1} + \text{Бр2} + \text{Бр3} + \text{Бр4} + \text{Бр5}}$$

Източници:

• Литературни източници, предоставящи данни за възстановяването след исхемичен мозъчен инсулт и справянето с неговите последици

- Мнение на медицинските сестри и пациентите в неврологичните отделения и специализирани болници за рехабилитация и студенти в специалност „медицинска сестра”, изследвано чрез индивидуални анонимни анкетни карти

- Болнична документация

- журнал за приети и изписани болни в отделенията
- Правилник за вътрешния ред в болницата
- История на заболяването

- Медицински стандарт по „Нервни болести” и Национален консенсус за профилактика, диагностика и лечение на мозъчно-съдовите заболявания

- Нормативни документи – Закон за лечебните заведения;

Закон за висшето образование; Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти; Закон за здравето; Закон за здравното осигуряване; Национален рамков договор; Наредба за единни държавни изисквания за придобиване висше образование по специалност „Медицинска сестра“ за образователно-квалификационна степен “бакалавър“; Наредба №1 от 08.февруари. 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно; Наредба №1 от 22.01.2015г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването; Учебна програма по „Нервни болести“ и „Сестрински грижи” за специалността „Медицинска сестра” на МУ – София, Филиал „Проф. д-р Иван Митев”, гр. Враца за образователно-квалификационна степен „бакалавър” със срок на обучение четири години.

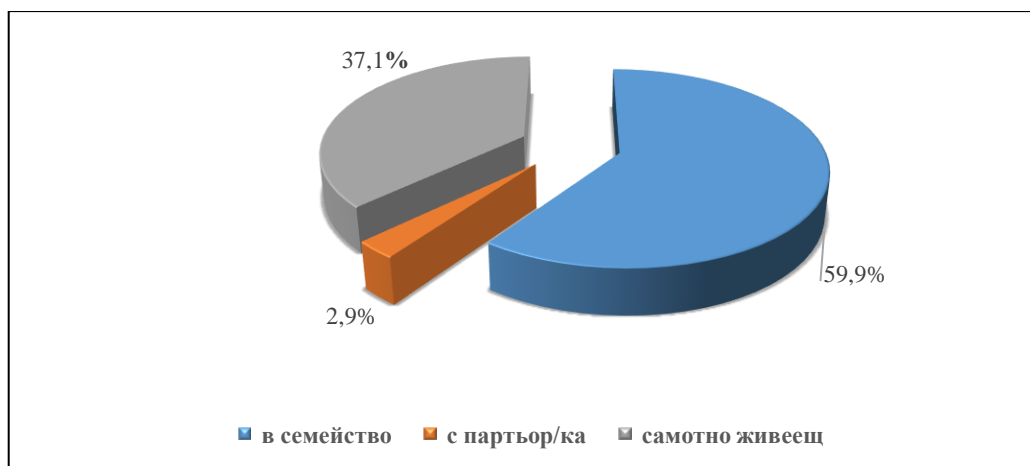
II. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ. ОБСЪЖДАНЕ

ИЗСЛЕДВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Медицински и социални аспекти при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Постигането на целите за подобряване качеството на живот до голяма степен се определя от оценката на здравето на всеки пациент, което наложи да се проучи мнението на пациентите по отношение на проблемите, свързани със социалния профил на групата, влиянието на рисковите фактори и информираността за заболяването.

Според резултатите от проучването в семейство живеят 59,9%, с партньор/ка – 2,9%, а в самостоятелно домакинство – 37,1% (фиг. 2).

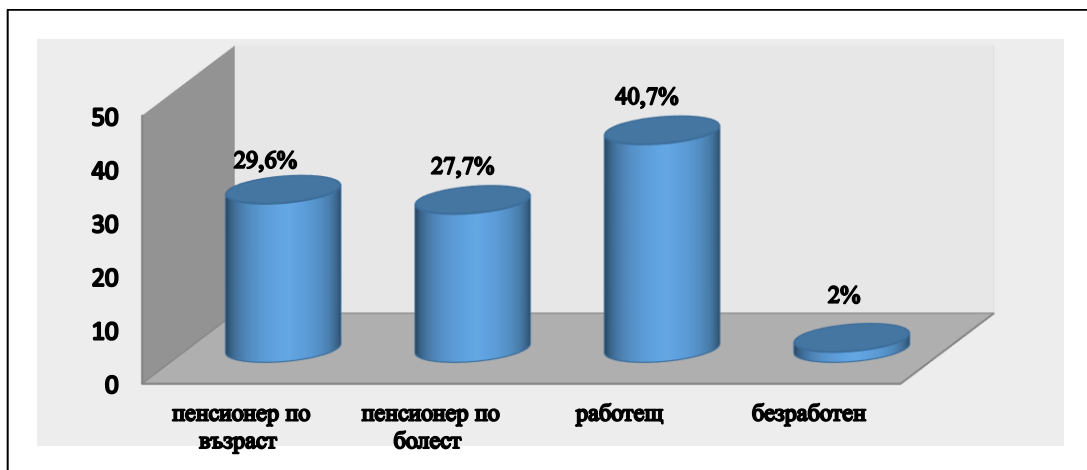


Фиг. 2. Разпределение по семейно положение

Данните за разпределение на пациентите показва, че групата на пациентите живеещи в самостоятелно домакинство е значителен. Те съставляват 37,1% от всички пациенти. Това е всеки четвърти пациент,

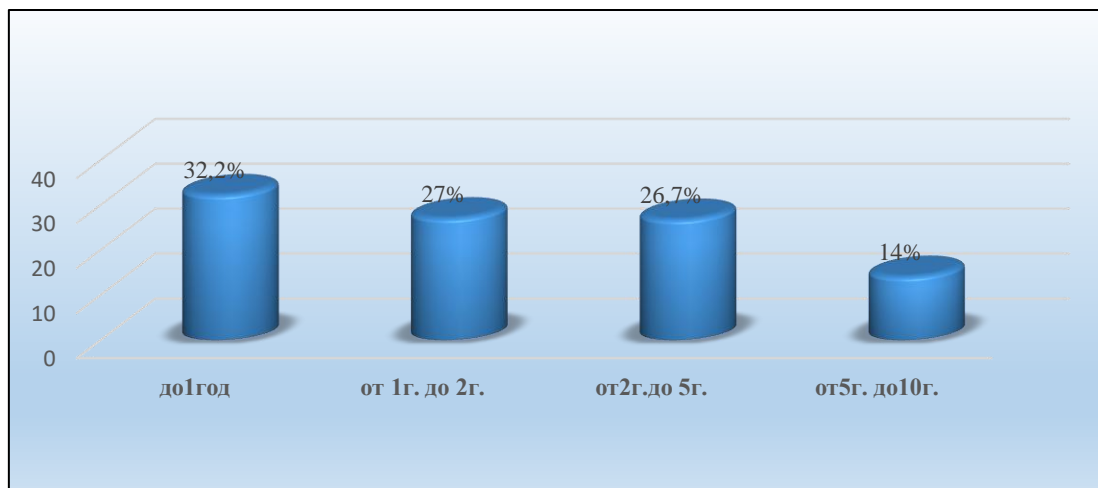
което води до трудности свързани с възстановителния период след заболяването.

При разпределение на трудовата заетост на пациентите с ИМИ, работещите са 40,7% а 2,0% попадат в групата на безработни. Най - голям дял са пенсионерите 57,3%, като от тях пенсионери по болест са 27,7%, което поставя въпроса доколко финансовите възможности на тези пациенти могат да им позволят по-нататъшно лечение и възстановяване (фиг.3).



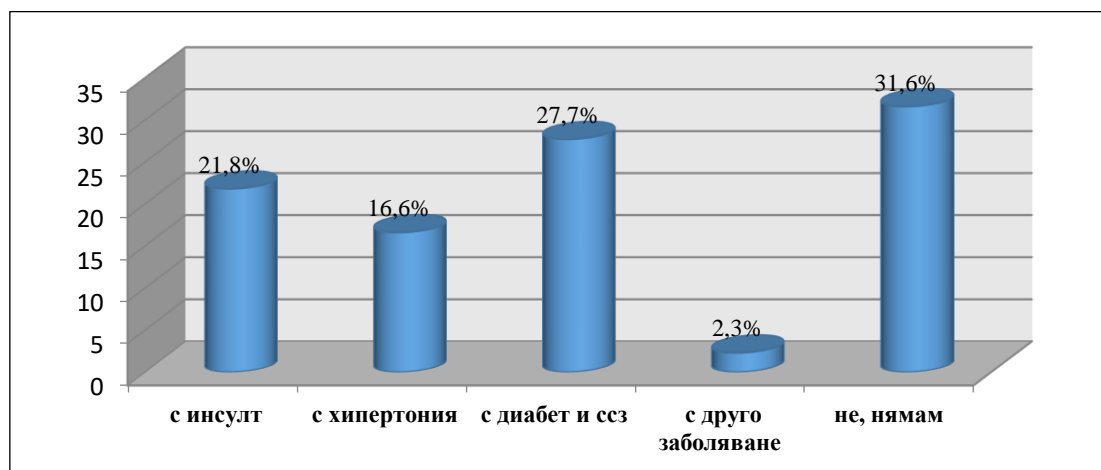
Фиг. 3. Социално положение

Анализиране на продължителността на боледуване показва, че преобладават пациентите с давност на болестта до 5г. (85,9%) и само (14,0%) с давност на заболяването от 5г. до 10 г., като заболяването с давност до 1г. се наблюдава при една трета от пациентите - 32,2%, от 1г. до 2 г. – 27,0%, от 2г. до 5г. – 26,7% и от 5г.до 10 г. - 14,0% (фиг.4).



Фиг. 4. Давност на заболяването

Фамилността е важна характеристика при ИМИ. В нашето проучване, наследственост установихме в 21,8% от случаите. За липса на наследственост съобщават 31,6% от пациентите с ИМИ, а 46,6% съобщават за друго наследствено заболяване (фиг.5).

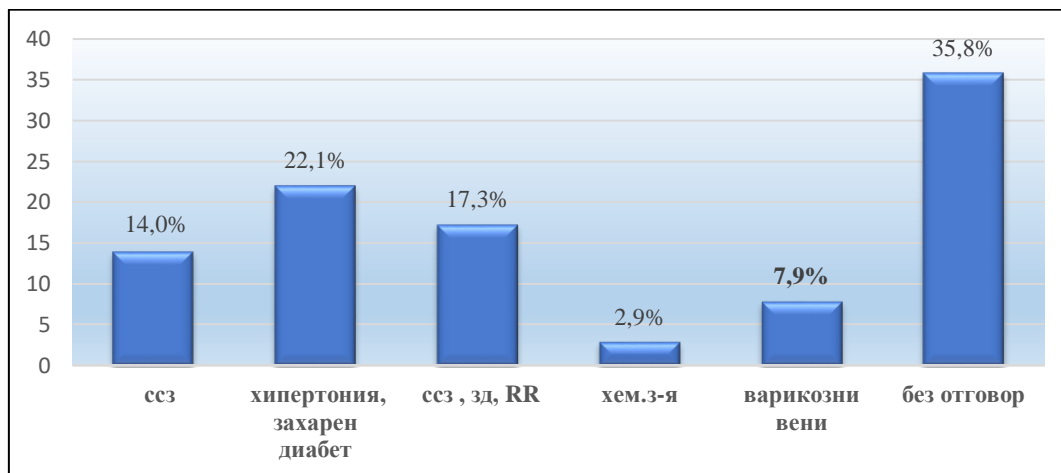


Фиг.5. Наследственост при исхемичен мозъчен инсулт

Според анамнестичните данни за наличие на придружаващи заболявания само 4,5% от болните не съобщават за наличие на такива.

Повече от половината имат едно, две и повече придружаващо заболяване, а 18,6% от болните не знаят за здравното си състояние. Най-

голям брой от изследваните съобщават за наличие на хипертония и захарен диабет – 22,1, триадата ССЗ, захарен диабет и хипертония се наблюдава в 17,3% от анкетираните (фиг.6).



Фиг.6. Вид на придружаващи заболявания на пациентите

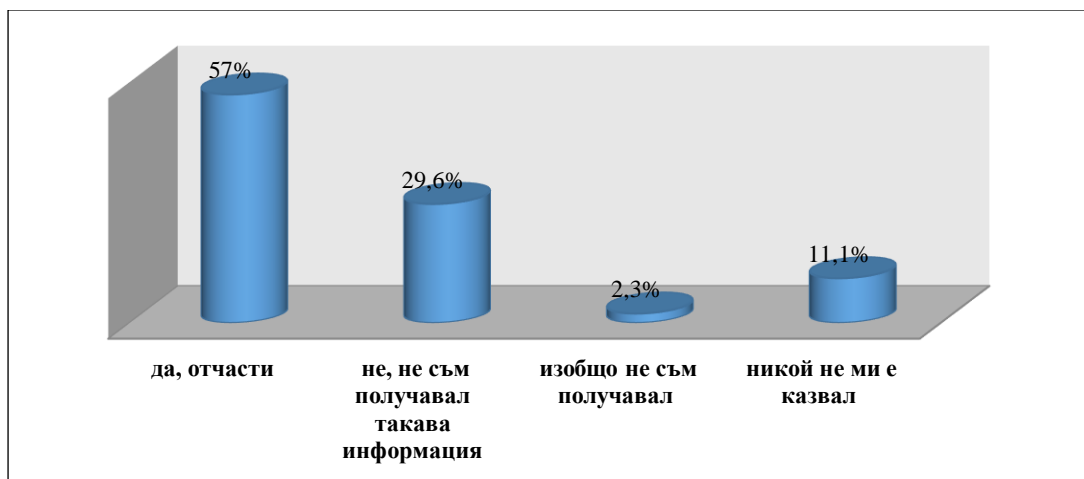
В нашето проучване по-рядко пациентите съобщават за наличие на едно придружаващо заболяване - ССЗ 14,0%, варикозните вени 7,9% и 2,9% съобщават за хематологични заболявания. Една трета от пациентите не са отговорили поради липса на информираност.

Информираност на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт – ключов момент в комплексната грижа

Пациентите с исхемичен мозъчен инсулт имат потребност от информация и обучение, за да се предотвратят възможните усложнения от една страна и от друга – да се осъществят грижи адекватни на развитието на заболяването. Информирането на пациентите по въпросите касаещи здравето е важна функция на сестринския персонал. Чрез информирането на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт и познавайки рисковите

фактори за заболяванията във всеки възрастов период, медицинските сестри помагат на пациентите да разберат как да променят своето поведение, за да препотвърдят усложненията.

Информираността на пациентите относно **хигиенно-диетичния режим**, който трябва да провеждат във връзка със здравословното им състояние е представена на фиг.7.

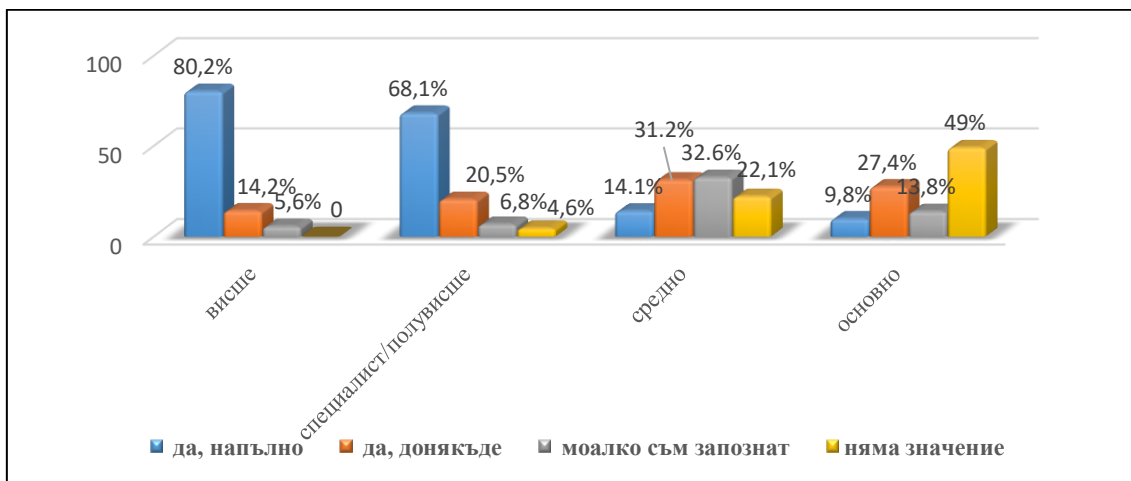


Фиг.7. Информираност на пациентите относно хигиенно-диетичния режим

Пациентите не са информирани относно хигиенно-диетичния режим, който трябва да спазват по време на хоспитализацията. Прави впечатление, че има пациенти (2,3%), които посочват, че изобщо не са получавали информация по тези въпроси, а 29,6% съобщават че не са получавали такава информация. Частично информирани са 57,0% от анкетираните лица, а на 11,1% са категорични в отговорите си, че никой не е разговарял с тях, въпреки че пациентите с хронични заболявания трябва да са добре обучени и информирани относно хигиенните грижи и диетата, която трябва да спазват както в лечебното заведение, така и в домашни условия.

Образованието е важен фактор за информираността на пациентите, затова потърсихме връзката между тях. Наличието на висок образователен ценз предполага наличието на повече информация. От разпределението

според образованието (фиг.8) се вижда, че има изразена статистическа зависимост ($p < 0,05$) между информираността и образованието предимно със степен „специалист/полувисше” и висше образование от (9,8% до 80,2%). Значителен е относителният дял на лицата, които смятат, че няма значение т.е. нивото на информираност няма значение за появата заболяването (от 4,6% до 49,0%). Прави впечатление, че делът на пациентите, които смятат, че донякъде информацията е от значение е също значителен от (14,2% до 31,2 %).



Фиг.8. Връзка между образованието и информираността на пациентите

На въпроса „Смятате ли, че притежавате знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?” Относителният дял на анкетираните, имащи такива знания и умения е значително нисък, видно от фиг.9.



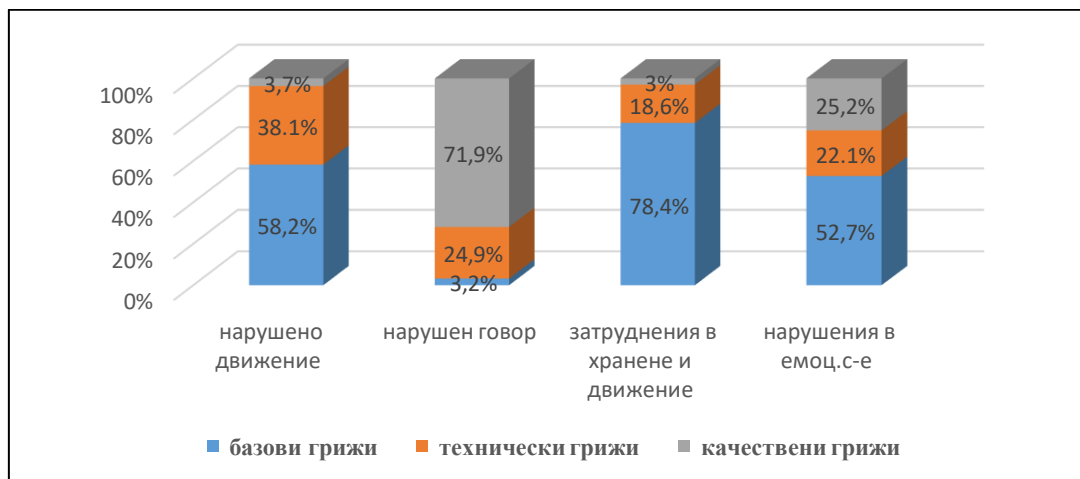
Фиг.9. Самооценка на пациентите относно знанията и уменията за адекватни грижи

Голям е относителния дял пациентите - 48,5%, които не притежават знания умения за грижи насочени към техните потребности и проблеми, като от тях 12,7% посочват, че изобщо не притежават, а 32,9% могат да се справят отчасти и само 5,9% напълно притежават. В основата на информирането на пациентите и техните близки, насочени към удовлетворяване на техните потребности лежат принципите на холистичния подход – цялостния подход към личността на пациента с отчитане не само на физическите, но и психологическите, емоционалните, интелектуалните, социалните и духовните потребности.

Анализ на потребностите от здравни грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Пациентите, които се нуждаят от здравни грижи могат да бъдат от различни възрастови, социални, образователни и други групи, с различни заболявания, но за да се постигне удовлетворение от оказаните грижи е необходим адекватен отговор на здравните им потребности. За целта обединихме потребностите на пациентите от здравни грижи в три групи:

1/основни (базови) грижи, включващи помощ при извършване на хигиенни дейности, движение и хранене; 2/технически грижи – измерване и регистриране на жизнено важни показатели, помощ при провеждане на лекарствена терапия и други потребности; 3/качествени грижи – свързани с информиране, обучение и помощ при общуване с персонала. При съпоставяне на тези три групи здравни потребности със заболяването на пациента, се установи изразена статистическа зависимост ($p < 0,05$), видно от (фиг.10).

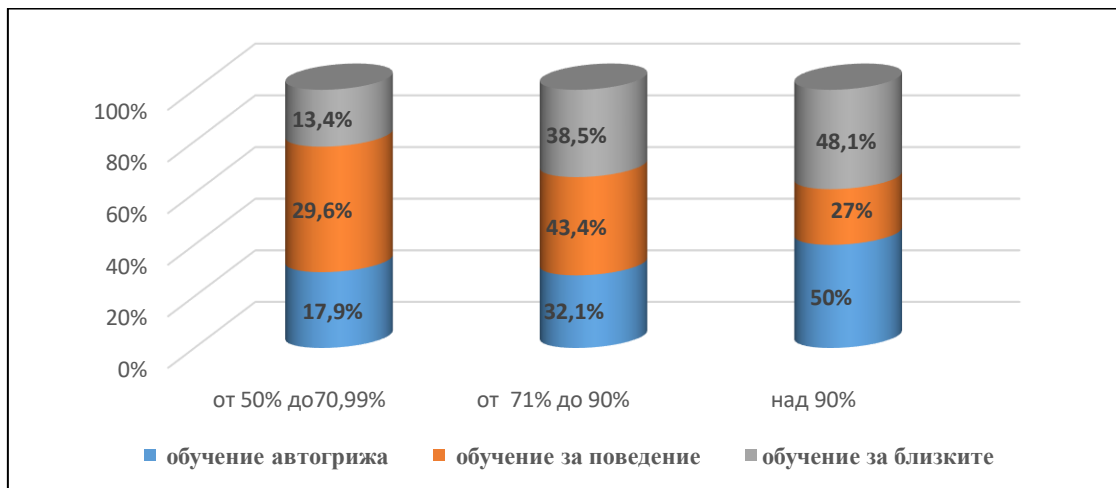


Фиг.10. Разпределение на потребностите на пациентите от сестрински грижи в зависимост от физическото увреждане

От фигурата е видно, че качествените грижи, свързани с информиране и подпомагане от медицинската сестра са значими при всички пациенти, независимо от вида на увреждането (от 71,9% при пациенти с нарушения в говора до 3,0% при пациенти със затруднения в хранене и движение). Техническите грижи, свързани със следене на жизнено важните показатели и помощ при медикаментозно лечение и други са необходими при пациенти с нарушено движение – 38,1% и при пациенти със затруднения в хранене и движение – 18,6%, а основните (базови) грижи (хигиена, хранене

и движение) са важни за 58,2% от пациентите с нарушения в двигателната дейност и за 3,2% с нарушения в говора.

Установена бе и статистическа зависимост ($p < 0,01$) между групираниите потребности от здравни грижи и степента на инвалидност на пациентите (фиг.11).



Фиг.11. Разпределение на потребностите на пациентите от обучение в зависимост от степента на нетрудоспособност

Данните показват, че необходимостта от предоставяне на обучение за основни (базови) грижи като хигиена, хранене, обличане нараства с увеличаване на инвалидност на пациентите от 17,9% при пациентите с най-малък процент нетрудоспособност 50,0%, както и при пациентите с над 90,0% нетрудоспособност. Това са лица с тежка степен на инвалидизация, при които необходимостта от обучение за извършване на дейности от ежедневиия живот заема значителен дял от здравните потребности. Пациентите са затруднени в извършването на рутинните ежедневни дейности и стават силно зависими от медицинските сестри, полагащи 24-часови грижи за тях по време на престоя им в неврологичните отделения и болниците за рехабилитация.

Пациентите с инвалидност от 50,0% до 70,99% изпитват най-голяма потребност от обучение относно тяхното поведение, свързано с адаптиране и приспособяване с така настъпилите промени от заболяването, затова те заемат 43,4% от структурата на здравните им потребности. С нарастване степента на инвалидност при пациентите с нетрудоспособност над 90,0 % потребностите от обучение е насочено към техните близки – 48,1% обучение как да полагат грижи. Това вероятно се дължи на факта, че тежко болните пациенти са зависими в предоставянето на грижи, затова за тях те са най-значими.

ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНУЛТ

Описателни характеристики на пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт

В изследването участват пациенти с ИМИ лекувани в неврологичните отделения, след острата симптоматика и пациенти от рехабилитационните болници. Общият брой на пациентите, включени в проучването е 307, като в табл.2 е показано тяхното разпределение по пол, възраст, местоживеене, образование, семейно и социално положение. Резултатите показват, че преобладават мъжете (59,9%), лицата във възрастовата група 50-59 години (31,3%), с градско местоживеене (74,3%), със средно образование (45,9%), живеещи в семейство (41,4%) и работещи (40,7%).

Табл.2. Характеристика на изследваните пациенти

Характеристика	Брой	%
Пол		
мъже	184	59,9
жена	123	40,1
Възраст		
30-39г.	26	8,5
40-49г.	36	11,7
50-59г.	96	31,3
60-69г.	80	26,1
над70г.	69	22,5
Местоживеене		
град	228	74,3
село	79	25,7
Образование		
основно	51	16,6
средно	141	45,9
специалист/полувисше	44	14,3
висше	71	23,1
Семейно положение		
семейни	27	41,4
несемейни	24	7,8
вдовец	78	25,4
разведен	53	17,3
съжителство	25	8,1
Социално положение		
работещ	125	40,7
безработен	6	2,0
пенсионер	91	29,6
пенсионер по болест	85	27,7

Инструментариум за изследване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

С оглед разрешаването на поставените задачи се наложи да се изработи инструментариум, адаптиран за нашето проучване, за изследване КЖ на пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт. Инструментариумът използван за изследване на КЖ съдържа 29 въпроса, групирани в няколко раздела (седем), с 5 възможни отговора за всеки въпрос, по скала за оценка на честотата на срещаните затруднения. За нуждите на изследването бе

определен концептуален модел на КЖ, включващ няколко раздела: двигателна активност, дейности от ежедневиия живот, общуване, емоционално състояние, социални живот, телесен дискомфорт, познавателни способности.

При използвана скала за всяка област сумата от точки съответстваща на отговори до най-ниската стойност - нула се приемат за (добро) КЖ, а тези които са близки до максималния сбор за (ниско) КЖ. Получените резултати показаха висока надеждност на инструментариума, като получените стойности за различните показатели са от 0,38 до 0,76, а данните получени от участниците са от обективните оценки на двигателните и когнитивните функции. Установи се наличието на силна статистическа зависимост ($p < 0,01$). Статистически зависимости се установиха между използваните показатели за оценка на КЖ и показателите, получени на база индивидуалните потребности на пациентите.

Данните от проучването показват, че във всички разглеждани аспекти от живота на пациентите с ИМИ се установява промяна в качеството на живот в различна степен. При изписването на пациентите от лечебните заведения попълниха сами или с помощта на медицинска сестра Въпросник за изследване КЖ. В таблица 3 са представени получените резултати.

Табл.3. Честота на признаците , характеризиращи качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт

Признак	Честота на проявата										Коефициент на средно измерена честота	Общ брой отговори
	Абсолютно вярно		Вярно в голяма степен		Нито вярно, нито невярно		Донякъде не е така		Не е вярно			
	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%		
Затруднявам се да се движа и сядам самостоятелно	94	30,6	63	20,5	7	2,3	41	13,4	102	33,2	0,50	307
Имам затруднение при извършване на хигиенните тоалети	83	27,0	74	24,1	7	2,3	41	13,4	102	33,2	0,49	307
Трудно ми е да ходя сам/а до тоалетната	80	26,1	70	22,8	7	2,3	34	11,1	116	37,8	0,46	307
Трудно ми е да се обличам/събличам	96	31,3	61	19,9	7	2,3	41	13,4	102	33,2	0,50	307
Трудно ми е при закопчаване/разкопчаване на дрехите	75	24,4	68	22,1	7	2,3	41	13,4	116	37,8	0,45	307
Трудно се храня сам/а	69	22,5	91	29,6	18	5,9	40	13,0	89	29,0	0,50	307
Затруднявам се при подготовка на храната	81	26,4	100	32,6	11	3,6	40	13,0	75	24,4	0,52	307
Затруднявам се при писане	88	28,7	59	19,2	25	8,1	24	7,8	104	33,9	0,49	307
Чувствам се потиснат	104	33,9	81	26,4	37	12,1	38	12,4	47	15,3	0,61	307
Плаче ми се	118	39,3	26	8,7	60	20,0	53	17,7	50	16,7	0,58	307
Чувствам се изолиран и самотен	148	48,2	37	12,1	35	11,4	59	19,2	28	9,1	0,67	307
Чувствам се тревожен	141	45,9	65	21,2	44	14,3	29	9,4	28	9,1	0,71	307
Притеснявам се за бъдещето	151	49,2	85	27,7	35	11,4	8	2,6	28	9,1	0,76	307
Не се интересувам от другите хора и дейности	98	31,9	82	26,7	57	18,6	7	2,3	63	20,5	0,61	307
Чувствам се изоставен от останалите хора	66	21,6	121	39,4	50	16,3	8	2,6	62	20,2	0,68	307
Не излизам навън толкова често, колкото бих искал	105	34,2	96	31,3	50	16,3	9	2,9	47	15,3	0,66	307
Занимавам се с хобита и забавления за по-кратко време, отколкото бих искал/а	108	35,2	77	25,1	16	5,2	9	2,9	97	31,6	0,57	307

Личността ми се промени	88	28,7	113	36,8	9	2,9	25	8,1	72	23,5	0,59	307
Физическото ми състояние пречи на социалния ми живот	127	41,4	35	11,4	8	2,6	30	9,8	107	34,9	0,53	307
Чувствам, че имам слаба памет	68	22,1	35	11,4	14	4,6	68	22,1	122	39,7	0,38	307
Трудно ми е да говоря	104	33,9	35	11,4	16	5,2	55	17,9	97	31,6	0,49	307
Чувствам се неспособен/а да общувам нормално с хората	100	32,6	60	19,5	16	5,2	55	17,9	76	24,8	0,57	307
Не се виждам с достатъчно много приятели	109	35,5	81	26,4	16	5,2	43	14,0	58	18,9	0,61	307
Чувствам, че съм бреме за моето семейство	78	25,4	62	20,2	8	2,6	37	12,1	122	39,7	0,42	307
Не участвам в забавленията на семейството	53	17,3	80	26,1	15	4,9	44	14,3	115	37,5	0,43	307
Имам болезнени мускулни спазми и схващания	76	24,8	117	38,1	32	10,4	31	10,1	51	16,6	0,61	307
Имам болки в ставите и други части на тялото	92	30,0	105	34,2	37	12,1	31	10,1	42	13,7	0,64	307
Имам затруднения за извършване на ежедневната работа	113	36,8	95	30,9	26	8,5	24	7,8	49	16,0	0,66	307
Случвало ми се е често да не довърша започнатата работа	120	39,1	95	30,9	26	8,5	24	7,8	42	13,7	0,68	307

Получените резултати от проучването показват, че 64,5% имат затруднения свързани с дейности от ежедневния живот (движение, сядане, хигиенни тоалети, обличане, събличане), което потвърждава нашата хипотеза, че КЖ на пациентите с ИМИ е ниско. Най-засегнати са двигателната активност, емоционалната сфера и телесния дискомфорт. Като от анкетираните пациенти с нарушения в двигателната активност са 61,0% от пациентите, 9,4% имат нарушение в говора и 29,6% не се установяват нарушения.

Оценка на функционалното състояние на пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт

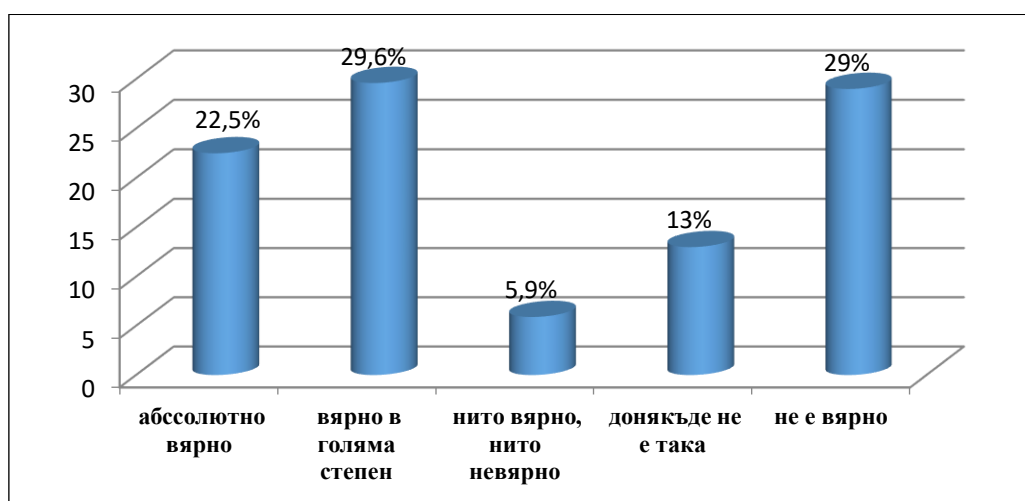
Извършена бе оценка на двигателната активност на тези пациенти, при което се установи, че 45,9% се движат самостоятелно, 24,8% използват помощно средство за придвижване, 22,4% от пациентите ползват помощ от лице и средство, помощ от друг 4,6% и почти не се движат 2,3%. От които най-голям е дялът на ползващите бастун – 10,4%, проходилка - 9,5%, 4,9% - патерици, а петнадесет пациента (4,9%) използват инвалидна количка (табл.4).

Табл.4. Оценка на двигателната активност на пациентите

Движение	Брой пациенти	Относителен дял
1.Самостоятелно	141	45,9%
2. С помощно средство, от тях: - с бастун - с патерици - с проходилка	76 32 15 29	24,8% 10,4% 4,9% 9,5%
3.С помощ от лице и помощно средство инвалидна количка	69 15	22,4% 4,9%
4. С помощ на човек	14	4,6%
5.Неспособен за самостоятелно движение	7	2,3%
ОБЩО	307	100%

Възможността за самостоятелно хранене е също сериозен проблем при пациентите с ИМИ и се отразява на тяхното качество на живот. При някои

пациенти се налага необходимост от изкуствено хранене – парентерално въвеждане на хранителни вещества, течности, електролити и витамини, чрез венозни инфузии и хранене през стомашна сонда. Тревога будят резултатите, при които 52,1% от пациентите имат затруднения с храненето, а тези които не разбират значимостта на проблема са 5,9%. Анкетираниите, които нямат затруднения с храненето са 29,0% и 13,0% донякъде се справят с проблема (фиг.12.).



Фиг.12. Разпределение на пациентите според честотата на затруднение при хранене

Получените резултати показват, че голяма част от анкетираниите пациенти 52,1% имат затруднения в общуването – затруднен говор, затруднено общуване, като отбягват общуването с близките.

От отговорите на пациентите се установява, че 88,7% се притесняват за бъдещето си, чувствайки се самотни и потиснати, като в същото време отричат да имат проблеми с обслужването.

Голяма част от пациентите 76,0% съобщават, че са станали емоционално по-лабилни, депресирани, като се отбелязва тенденция в посока задълбочаване на оплакванията.

Статистическите резултати показват наличието на промяна в свободата на пациентите с ИМИ, като 65,5% са отговорили, че не излизат навън и не се интересуват от другите поради заболяването.

За повече от половината анкетирани социалният им живот не е достатъчно добър в резултат на настъпилите промени.

Анализът на резултатите показва влияние на заболяването в семейството на пациентите, където – 58,0% от тях заявяват, че не участват в забавленията на семейството, биха били по-активни ако нямаха ИМИ.

Самочувствието на пациентите е силно променено, като при 68,4% от пациентите то е ниско и би било много по-добро ако нямаше заболяването.

Повечето от пациентите 76,2% имат оплаквания от мускулни спазми и болки в ставите.

При анализа на резултатите на анкетирани пациенти се установяват затруднения в ежедневието и невъзможност за довършване на започната работа, съответно –77,2% и 78,5%. Наличието на ограничение предизвиква дискомфорт на пациентите.

Промяна в КЖ на пациентите се потвърждава с отговорите на участниците. Получените резултати показват, че най-голям е относителният дял на пациентите - 88,6% при които заболяването е променило живота им, а при 11,4%% не намират промяна.

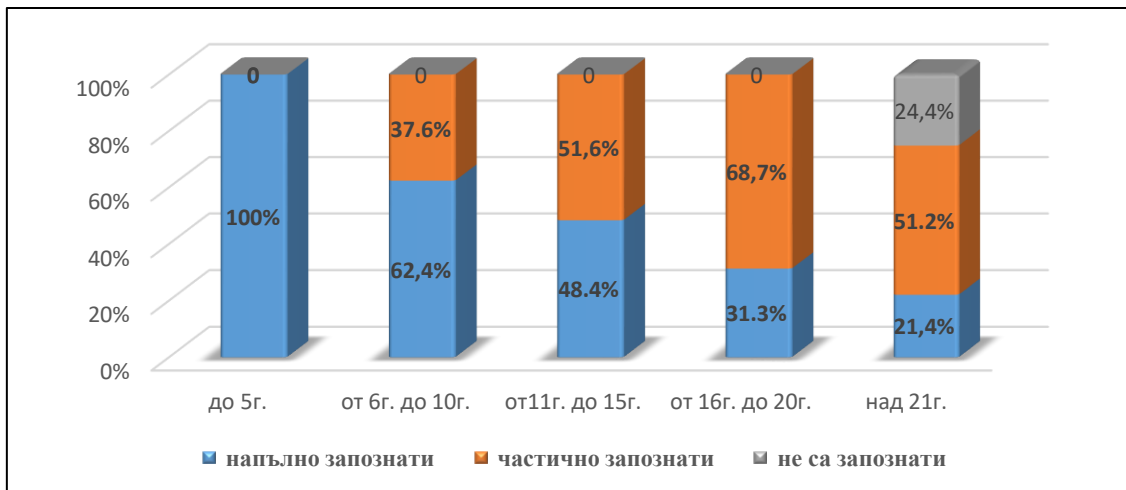
Оценката на КЖ на хората с исхемичен мозъчен инсулт в клиничната практика е важен резултат и може да се използва като индикатор за качеството на оказаните здравни грижи.

РОЛЯ И МЯСТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Организация, обем и характер на здравните грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Важно за настоящото изследване бе, да се проучи организацията на работа на медицинските сестри в неврологичните отделения/клиники и болниците за рехабилитация на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Един от организационните документи е длъжностната характеристика която регламентира функциите и задълженията, правата и отговорностите на медицинските сестри, свързани с ефективното изпълнение на служебните им задължения. Въпреки, че при започване на работа преди подписване на трудовия договор всеки е длъжен да се запознае с длъжностната характеристика за работното място, което ще заеме. Прави впечатление, че значителен е делът на запознатите с длъжностната си характеристика медицински сестри с трудов стаж на работното място до 5 години (100%), а незапознати с длъжностната характеристика са медицинските сестри с най-голям трудов стаж. Установи се изразена статистическа зависимост ($p < 0,01$) между запознатите с длъжностната си характеристика и трудовия стаж в лечебното заведение. Вероятно това се дължи на факта, че голяма част от тях са дългогодишни сестри в това лечебно заведение и при започване на работа преди години не е било задължително да се запознават с длъжностната си характеристика (фиг.13).



Фиг.13. Разпределение на медицинските сестри запознати с длъжностната си характеристика в зависимост от трудовия им стаж

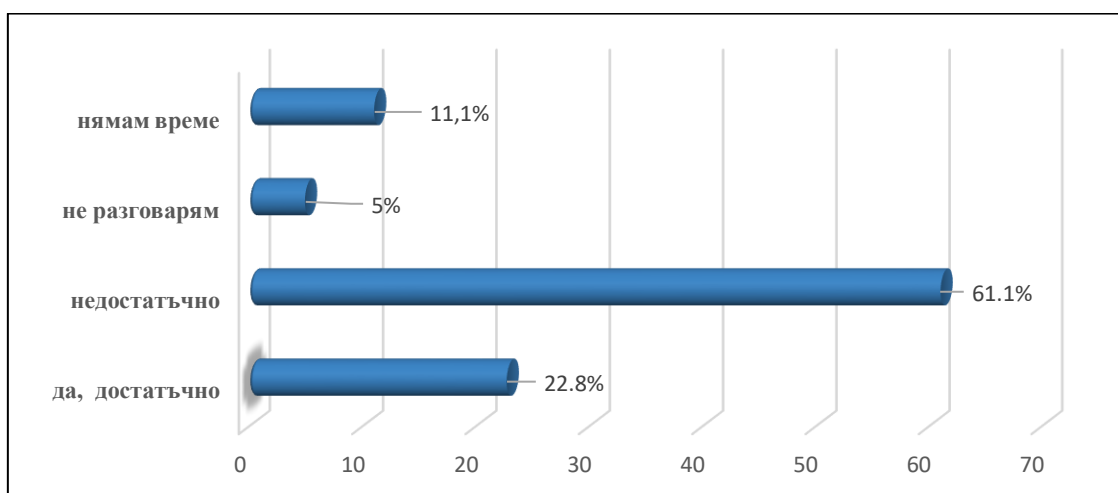
При проучване мнението на работещите медицински сестри в лечебните заведения относно собствените дейности и тяхната регламентираност в длъжностната характеристика с цел подобряване качеството на услугите дава основание за формулиране на мнения относно връзка между трудовия стаж, информираността за дейностите включени в нея и обучението на медицинската сестра. Установи се, че при медицинските сестри с над 21 години трудов стаж, обучавани по стари учебни планове и програми липсват знания за разширения обем от нови сестрински функции - промотивни, превантивни, консултативни, важни за решаване на качествените аспекти на здравните грижи при пациенти с ИМИ, както и прилагане на сестринския процес. Медицинските сестри с трудов стаж до 5 години осъзнават недостатъчния обем от дейности в длъжностната характеристика, което означава, че същата не е осъвременявана съобразно новите професионални компетенции и законови промени през последните години ($p < 0,01$).

Предоставянето на нов качествен вид здравни грижи при пациенти с ИМИ означава разширяване на сестринските функции чрез включването им в длъжностните характеристики, обучение на медицинските сестри в

иновациите в професията и намиране на точното и правилно място на медицинската сестра.

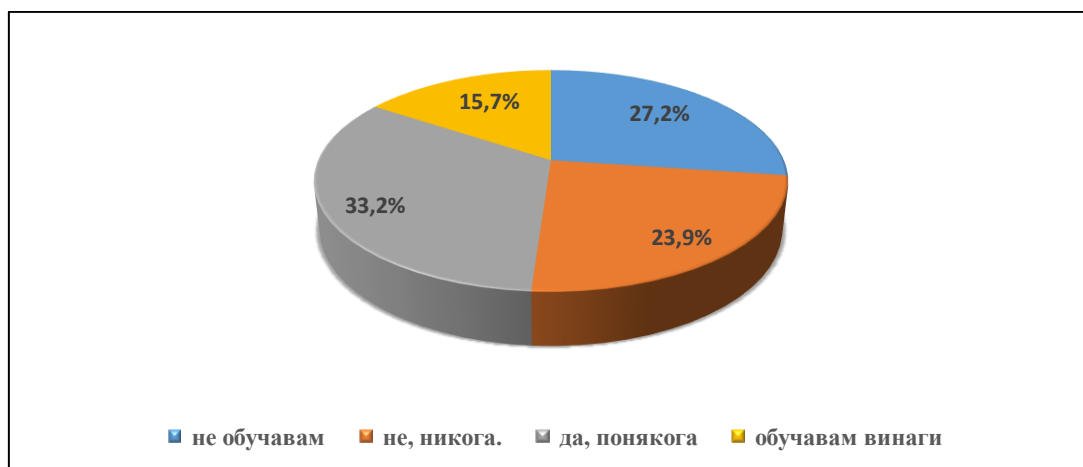
Компетентност на медицинските сестри при обгрижване на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Пътят към добрите взаимоотношения с пациента разширява контекста на здравните грижи и се разглежда като съществена част от тях. Желанието за комуникация с пациента, създава атмосфера за обучение и разпространяване на информация, но поради неправилното ранжиране на дейностите си медицинските сестри нямат необходимото време за комуникация с пациентите и техните близки, което води до недостатъчна информираност на пациентите и появата на последващи усложнения, причинени от заболяването. Анализът на резултатите показва, че 61,1% от анкетираните „недостатъчно“ разговарят с пациентите. Отговорите са ранжирани по следния начин: 22,8% разговарят „достатъчно“ с пациентите, „нямам време“ за разговори – 11,1% и „не разговарям“ с пациентите -5,0% (фиг.14).



Фиг.14. Желание на медицинските сестри за комуникация със пациентите

Медицинската сестра е лицето, което е квалифицирано и е в състояние да прецени от какъв вид обучение се нуждае всеки болен. При изписването изпълнява обучителна роля за правилен хранителен и двигателен режим, спазване на рехабилитационните процедури, справяне с трудностите, даване на точни указания за избягване на рисковите фактори за повторен инсулт, правилно поведение за контролиране на съпътстващите заболявания и др. Данните показват, че те не винаги осъществяват своите обучителни функции по отношение на пациентите. Повече от половината медицински сестри (51,1%) съобщават, че не участват в обучението на пациенти, като от тях 27,2% отговарят, че не обучават пациенти и 23,9% никога не обучават. Медицинските сестри, които обучават пациентите, но само понякога са 33,2% и едва 15,7% обучават пациентите винаги (фиг.15).



Фиг.15.Участие на медицинската сестра в обучението на пациенти

В комплексният подход към пациентите с исхемичен мозъчен инсулт, важен момент е подкрепата и разбирането, за да се постигнат пълноценни сестрински грижи и подобри качество на живот. Психосоциалната грижа според анкетираните медицински сестри играе важна роля в живота на

пациентите (фиг.16). Както е видно 96,6% от медицинските сестри са на това мнение, като параметрите са от „да, напълно” до „да, понякога”, ранжирани както следва: 77,2% - да, напълно, 19,4% - да, понякога и 3,3% - не мога да преценя.



Фиг.16. Необходимост на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт от психосоциална помощ и подкрепа според медицински сестри

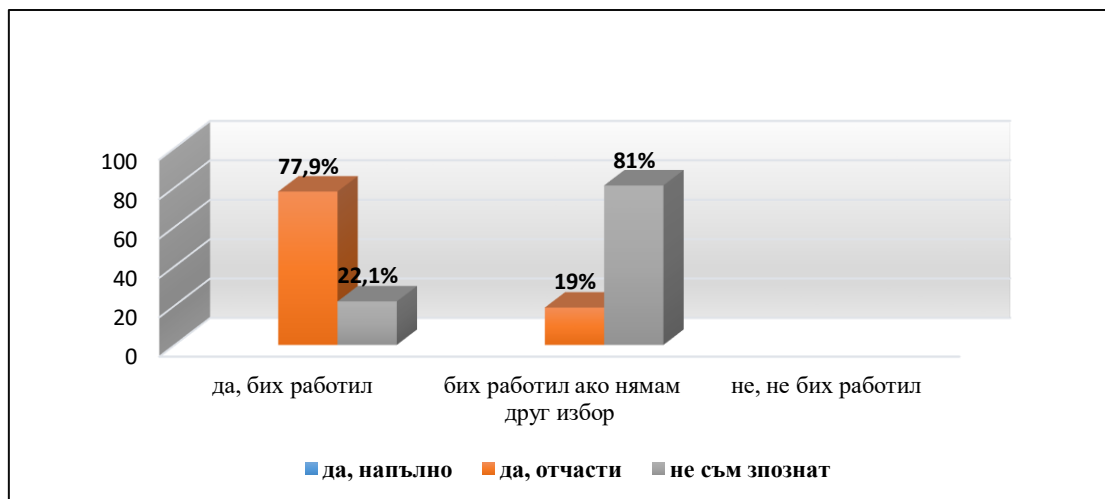
Засягането на съзнанието при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е определящо за специфичните сестрински грижи. Всяка грешка или пропуск в здравните грижи би могло да доведе до развитие на усложнения, удължаване на болничния престой и до забавяне на възстановителният процес. Потвърждава се необходимостта от създаване на структури, чиито дейности да бъдат изцяло насочени за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и техните семейства за информиране, обучение и подкрепа. Това изисква създаване на нови модели в комплексния терапевтичен подход за справяне със заболяването и осигуряване на по - добро качество на живот.

ПРОФЕСИОНАЛНА ПОДГОТОВКА И ПРОФЕСИОНАЛНА КАРИЕРА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ РАБОТЕЩИ С ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Обучението на медицинските сестри - гаранция за качество на тяхната дейност

През последните години в нашата страна настъпиха съществени промени в нормативната уредба, регламентираща обучението на медицинските сестри. С наредба бяха определени професионалните дейности, които сестрите могат да изпълняват самостоятелно или по назначение на лекарят. Едни от тези дейности са грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Установи се силна статистическа зависимост ($p < 0,01$) между желанието на студентите за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и тяхната подготовка за работа с тези пациенти. От студентите, които имат желание за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и биха постъпили без колебание, 22,1% не познават изобщо работата на медицинските сестри в тези лечебни заведения, а 77,9% са частично запознати. Студентите, които биха започнали работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт само ако нямат друг избор, 81,0% от тях не познават организацията на работа, а 19,0% са запознати частично. Прави впечатление, че липсват студенти, които познават напълно познават сестринската дейност свързана с лечението и възстановяването на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и такива, които не биха работили в тях (фиг.17).



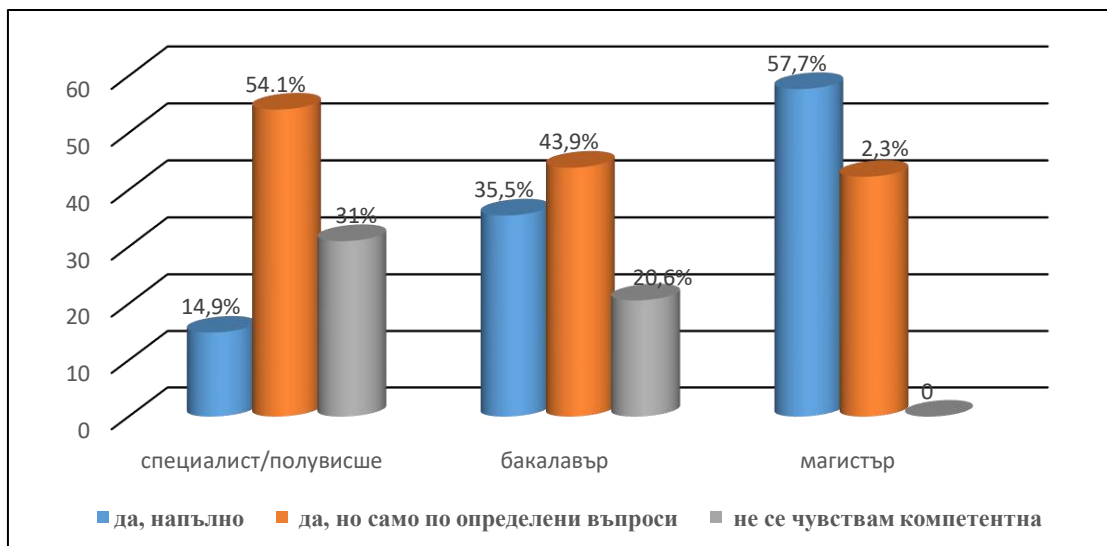
Фиг.17. Връзка между мнението на студентите за готовност за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и тяхното желание

Основният източник на информация на студентите за заболяването е висшето учебно заведение с приблизително (90%). За това именно там трябва да се акцентира за изграждане на професионалните умения и съвременни здравни грижи насочени към подобряване качеството на живот на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Програма за свободно избираема дисциплина: “Сестрински грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт“ (Приложение 8).

Професионалната квалификация на медицинската сестра, като фактор за повишаване качеството на живот на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

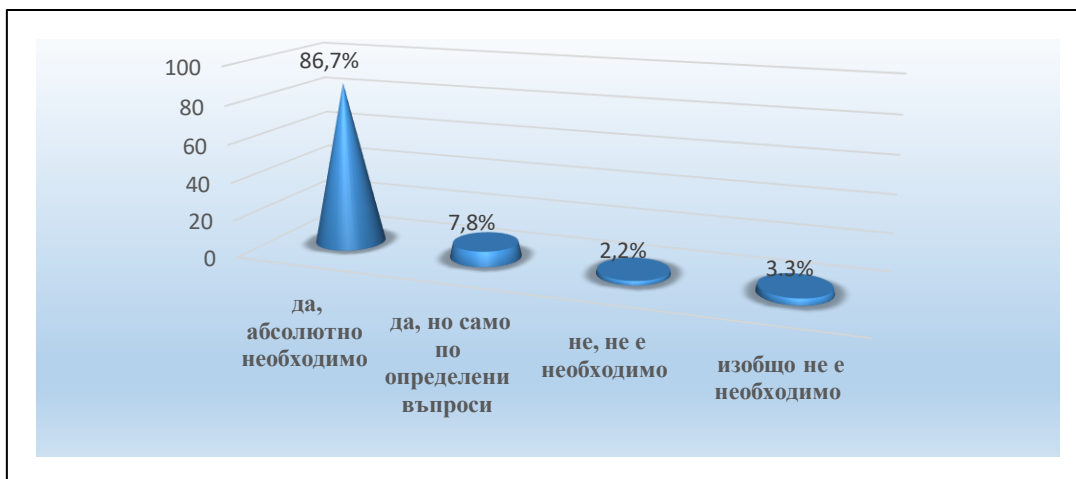
Установи се статистическа значимост ($p < 0,05$) при съпоставяне компетентността на медицинските сестри, относно обучението на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт и тяхното образователно ниво (фиг.18).



Фиг.18. Връзка между образование и компетентност на медицинските сестри за обучение на болните

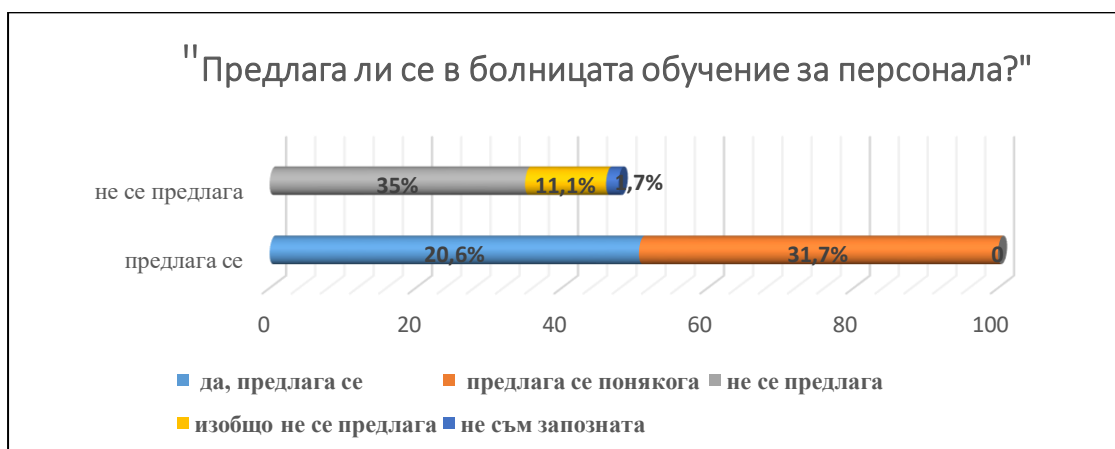
От фигурата се вижда, че медицинските сестри които не се чувстват компетентни да обучават пациенти с исхемичен мозъчен инсулт са с полувисше образование, което е свързано с липсата на дидактически науки в учебните планове и програми по време на тяхното обучение и липсата на продължаващо обучение при същите. Медицинските сестри, които се чувстват напълно подготвени за обучение на болните са с образователно-квалификационна степен бакалавър и магистър (от 35,5% до 57,7%).

Значителен е дялът на медицинските сестри (94,5%), според които е необходимо допълнително обучение за повишаване квалификацията на медицинската сестра, като от тях 86,7% смятат, че то е абсолютно необходимо, а за 7,8% от медицински сестри допълнителното обучение е необходимо само по определени въпроси. За останалите 5,5% нямат нужда от допълнително обучение (фиг.19).



Фиг.19. Необходимост от допълнително обучение на медицинските сестри

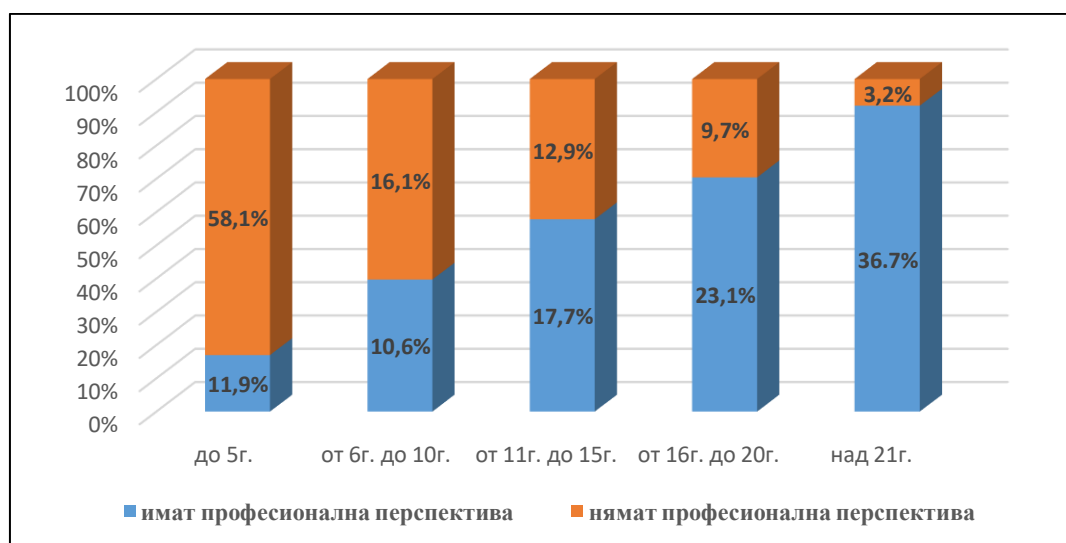
Видно е, че за да бъдат компетентни на работното си място, медицинските сестри изпитват потребност от допълнително обучение, но само 52,3% от анкетираните съобщават, че в болничното заведение се предлага обучение на персонала, като от тях едва 20,6% отговарят „да, предлага се“, а според 31,7% се предлага, но „само понякога“. Медицинските сестри, които съобщават, че в тяхната болница не се предлага обучение на персонала са 47,8%, като от тях 35,0% съобщават, че не се предлага, 11,1% - изобщо не се предлага, а 1,7% не са запознати (фиг.20).



Фиг.20. Обучение на персонала в неврологичните отделения и рехабилитационни болници

Професионална кариера на медицинската сестра в специализираните лечебни заведения за лечение на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Преобладаващата част от медицинските сестри (65,6%) считат, че съществува перспектива за професионална кариера в лечебните заведения, което доказва професионалното израстване и компетентност на медицинските сестри. Не е малък и дялът на тези (34,4%), които преценяват, че нямат перспективи за професионална кариера в лечебното заведение в което работят. Професионалният опит на медицинските сестри оказва определено влияние върху тяхната реализация. Медицинските сестри с повече трудов стаж имат по-висока оценка за професионалните перспективи на работното място. Установи се силно изразена статистическа зависимост ($p < 0,01$) – фиг.21.



Фиг.21. Връзка между трудовия стаж и професионалната перспектива на медицинските сестри

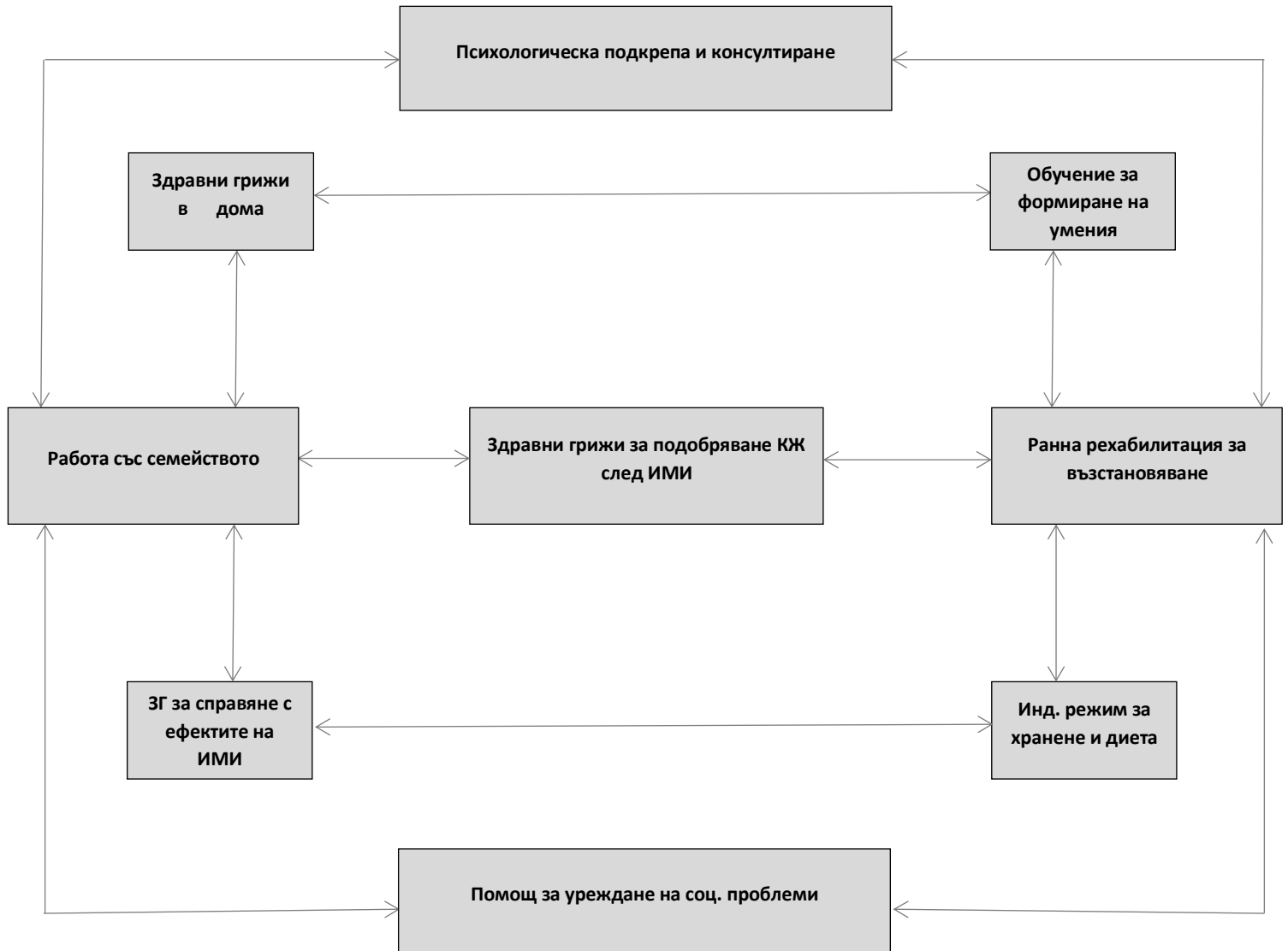
За подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт са необходими квалифицирани и специализирани кадри за възстановяването и подпомагането им до максимална независимост. Това

засилва необходимостта от повишаване професионалната квалификация на медицинската сестра за високо качество на полаганите грижи и за поемането на автономни задължения и отговорности при сестринските дейности за пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ АДАПТИРАН ЗА ДОМАШНИ УСЛОВИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПРЕЖИВЯН ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Исхемичният мозъчен инсулт не е присъда до живот. За един миг човек изпада в състояние на безпомощност и трябва отново да се научи да ходи, да говори, да бъде себе си. Процесът е продължителен и изисква силно желание и упоритост. Затова съчетавайки резултатите от проучването, невъзможността на здравната система в България да отговори адекватно на потребностите на хората преживели исхемичен мозъчен инсулт и отчитайки мястото на специалистите по здравни грижи в началото на оздравителния период си поставихме за цел изработване и внедряване в практиката на **Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт.**

1. Схематичен модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт



Моделът е комплексен и позволява да се обхванат всички *аспекти* на работа при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт като:

- Медикаментозна терапия;
- Диетолечение;
- Профилактика на усложненията;
- Психосоциална подкрепа;
- Комплексна рехабилитация;
- Обучение на пациента и неговото семейство

Целта на модела е по-ранно възстановяване, социално адаптиране и осигуряване на по-добро качество на живот на пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт.

Задачите са насочени към:

1. Постигане на максимална степен на независимост на пациентите
2. Профилактика на последващ инсулт
3. Обучение на пациента и неговото семейство за продължаване на здравните грижи и рехабилитационния процес в условията на дома

Моделът включва *три основни етапа* - сформирание на мултидисциплинарен екип, осигуряване на непрекъснатост на здравни грижи и ранна клинична рехабилитация чрез осъществяването на приемственост между отделните екипи, обучение на пациента и членовете на семейство му.

Предназначението на модела е да се представи мястото на здравните грижи и обучение на пациента и неговото семейство за продължаване на възстановяването в домашни условия при съществуващи ограничения.

Очакваните резултатите от неговото приложение се свързват с подобряване качеството на живот и подsigуряване на продължителни и достъпни възстановителни възможности.

Организацията на предлаганите услугите се осъществява от мултидисциплинарен екип, който поддържа връзка с пациента и лекаря, посредством мобилна и интернет връзка за директен контакт и за допълнителна информация. В етапа на сформирание на професионален екип за здравни грижи и комплексна рехабилитация, ясно се определят функциите и задачите на всеки от членовете на екипа. Мултидисциплинарния екип включва: задължително лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, диетолог, психолог, логопед, социален работник, пациент, семейството на пациента (*Приложение 5*).

Оценката на ефективността на модела ще се извърши по следните показатели:

- качество на грижите: външен вид, нарушения в целостта на кожата, обриви, спазми, нарушаване на хигиенните правила;
- подобряване на автономността на пациента – ежедневни грижи, хранене, физиологични нужди, хигиена;
- формиране и възстановяване на умения и комуникация;
- преодоляване на социалните проблеми.

2. Медицинската сестра в мултидисциплинарния екип

Медицинската сестра е част от мултидисциплинарният екип. Тя е специалист, който може да извършва дейности самостоятелно в рамките на своите компетенции в това число даване на информация, обучение, оценка на здравното състояние и потребностите на пациента и семейството му.

За успешното осъществяване на здравните грижи при пациентите е необходимо да се включат следните елементи:

- За осъществяване на модела са необходими много добри комуникативни умения и професионална квалификация на медицинските сестри;
- За подобряване качеството на живот е необходимо разработване на програма за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт;
- Индивидуален подход – според индивидуалната оценка на пациента с преживян исхемичен мозъчен инсулт се предлагат различни дейности за възстановяване и формиране на умения;
- Работата със семействата на пациентите с цел осигуряване на програма за информиране и обучение, с което ще се подобри качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

Програма за професионална помощ и самопомощ при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт (Приложение № 6).

Програмата включва: *„Инструкция към пациента с преживян исхемичен мозъчен инсулт за здравни грижи и рехабилитация в условията на дома“, технически фиш „Ранна клинична рехабилитация за пациент с преживян исхемичен мозъчен инсулт“ и „Препоръки към семейството на пациент с преживян исхемичен мозъчен инсулт.“*

4. Партньори на мултидисциплинарния екип :

- лечебни заведения за болнична и извън болнична помощ (болници, МЦ, ДКЦ);
- заведения за продължителни грижи (Дневни центрове, Хосписи);
- агенция за социално подпомагане;
- здравна администрация на общинско ниво;
- неправителствени организации.

Финансирането на Модела за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт може да се осигури от национални, регионални здравни програми и чрез средства от европейски проекти. С тяхна помощ ще се подпомогне вторичната и третична профилактика на засегнатите от исхемичен мозъчен инсулт пациенти.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА МОДЕЛА ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ АДАПТИРАН ЗА ДОМАШНИ УСЛОВИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПРЕЖИВЯН ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

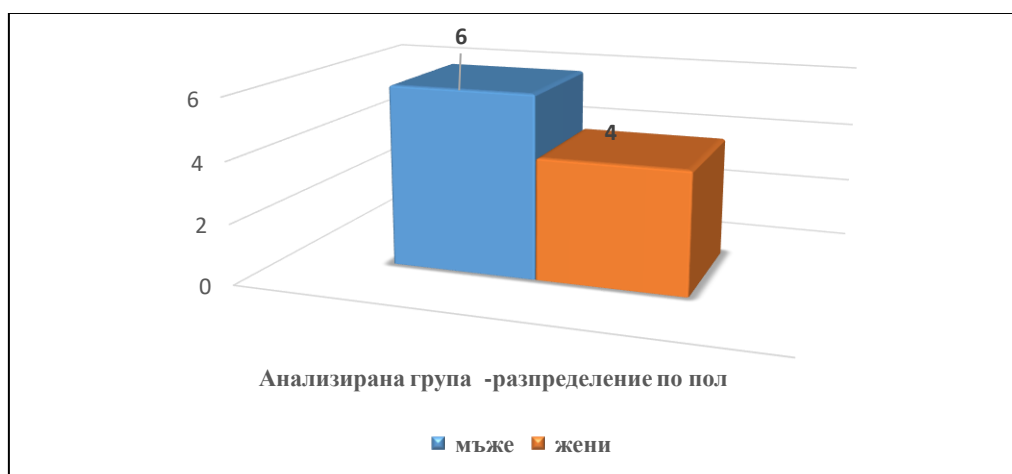
Моделът за здравни грижи адаптиран за домашни условия бе приложен при 10 пациенти – **анализирана група** преживели ИМИ ползватели на услугите “Домашни грижи” към Българския Червен кръст, община Враца за периода 04.05.2019г. – 30.11.2019г. **Контролната група**

се състои от 8 сравними пациенти, при които не е прилаган модела за същия период от време. Всички пациенти изразиха своето писмено съгласие за оценка на здравните потребности и участие в обучението. За осъществяването на качествени здравни грижи към екипа бяха включени допълнително две медицински сестри с образователно-квалификационна степен бакалавър на доброволен принцип.

С цел разкриване и удовлетворяване здравните потребности на пациентите и подобряване качеството на живот се изработи „Карта за оценка на здравните потребности на пациента“ (Приложение №7), като индексът на здравните грижи бе определен според основните жизнени потребности по модела на Вержиния Хендерсън. Медицинските сестри предварително бяха запознати и обучени да работят с изготвените формуляри на модела.

От пациентите 59,9% са мъже и 40,1% жени на средна възраст 68,3 години. Всички те са дехоспитализирани от лечебните заведения с диагноза: *Исхемичен мозъчен инсулт*.

Разпределението на пациентите от анализиранията и контролната групи показваме графично:

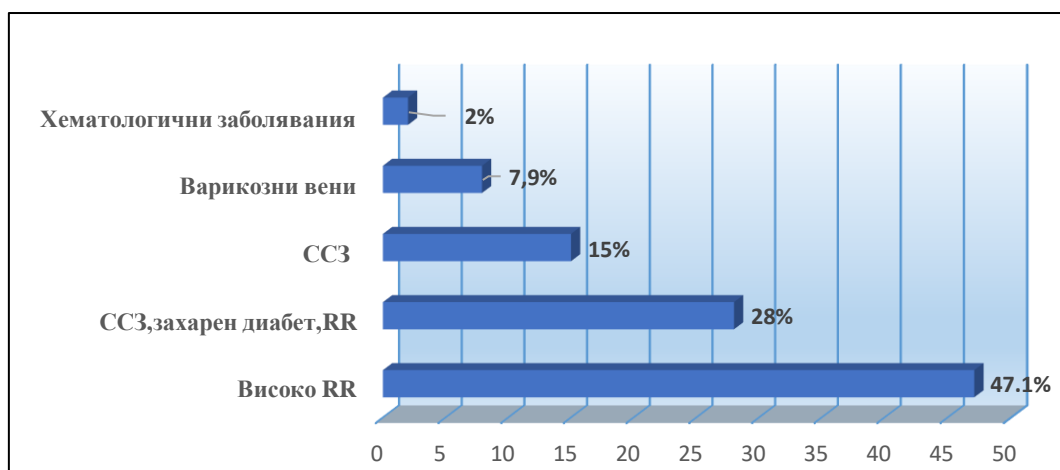


Фиг. 22. *Разпределение на пациентите от анализиранията група по пол*



Фиг.23. Разпределение на пациентите от контролната група по пол

Освен основната диагноза, те страдат и от редица други хронични заболявания. Най-честите придружаващи заболявания са хипертонията, при 47,1% от пациентите, като се явява в комбинация най-често със захарния диабет. Триадата ССЗ, захарен диабет и хипертония се наблюдава в 28,0% от анкетираните, ССЗ 15%, варикозните вени 7,9% и 2,0% съобщават за хематологични заболявания (фиг. 24).



Фиг. 24. Структура на придружаващи заболявания на пациентите

Пациентите и от двете групи имат определена група на инвалидност. От тях 54,6% са с нетрудоспособност над 90,0% и имат нужда от ежедневни грижи и в домашни условия, при 27,3% инвалидността е от 71,0% до 90,0%, а при 18,1% от 50,0% до 70,99%.

Анализирани критерии:

- Двигателна активност (брой случаи, процент);
- Хранене (брой случаи, процент);
- Хигиенни грижи и дейности от ежедневиият живот (брой случаи, процент);
- Комуникация (брой случаи, процент);
- Емоционално състояние (брой случаи, процент);
- Рехоспитализация (брой случаи, процент);
- Качество на живот (брой случаи, процент);

Двигателна активност

Извършена бе оценка на двигателната активност на пациентите и на двете групи, при което се установи, че при **Група А (анализирана група)** се наблюдава съществена разлика в показателите за двигателна активност, в резултат на прилагането на модела. От пациентите 30,0% се движат самостоятелно, 70,0% използват помощно средство за придвижване, от които най-голям е дялът на ползващите бастун – 60,0%, а 10,0% от пациентите използват патерици. Липсват пациенти, които се придвижват с помощта на човек и помощно средство или с помощ от човек.

При **Група Б (контролна група)** 12,5% се движат самостоятелно, 25,0% използват помощно средство за придвижване, 50,0% от пациентите използват помощ от лице и средство и помощ от друг 12,5% (табл.5).

Табл. 5. Двигателната активност на пациентите

Движение	Брой пациенти		Относителен дял	
	група А	група Б	група А	група Б
1. Самостоятелно	3	1	30,0%	12,5%
2. С помощно средство, от тях:	7		70,0%	
- с бастун	6		60,0%	
- с патерици	1	2	10,0%	25,0%
- с проходилка				
3. С помощ от лице и помощно средство – инвалидна количка		4		50,0%
4. С помощ на човек		1		12,5%
5. Неспособен за самостоятелно движение				
Общо:	10	8	100%	100%

Хранене

Следващият анализиран от нас критерий е храненето на пациентите. Докато при **Група А** - 64,5% от тях се хранят самостоятелно, а само 35,5% се нуждаят от помощ при хранене. Тревога будят резултатите, при които повече от половината пациенти от **Група Б** - 76,7% се нуждаят от помощ при хранене, а само 23,3% се хранят самостоятелно (табл.6).

От нашите статистически резултати е видно, че съществува зависимост между храненето на респондентите преди и след приложения модел ($p < 0,05$).

Табл.6. Хранене при пациентите

Хранене	Брой пациенти		Относителен дял	
	група А	група Б	група А	група Б
1. Самостоятелно	6	2	64,5%	23,3%
2. Хранене с помощ	4	6	35,5%	76,7%
Общо:	10	8	100%	100%

Значителен е делът на пациентите, които поради заболяването трябва да спазват определен хранителен режим. От пациентите при **анализираната група** 90,0% са обучени и спазват определен диетичен режим и само 10,0% не спазват диетичен режим при хранене. Коренно различни са показателите при **контролната група**, където 87,5% от пациентите не спазват диетичен режим (табл.7).

Табл. 7. Пациенти, спазващи определен хранителен режим

Диетичен режим	Брой пациенти		Относителен дял	
	група А	група Б	група А	група Б
1. Пациентът е обучен и спазва диетичен режим	9	1	90,0%	12,5%
2. Пациентът не е обучен за спазване на диетичен режим	1	7	10,0%	87,5%
- необходимост от обучение на пациента за спазване на диетичен режим	1	6	10,0%	76,7%
- необходимост от обучение на близките за необходимия диетичен режим на пациента		1		10,8%
Общо:	10	8	100%	100%

Лична хигиена и дейности от ежедневиия живот

Този е един от основните показатели за качеството на живот на пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт. Направихме детайлно проучване на ежедневиите дейности, лична хигиена, обличане, приема на лекарства. На следващата таблица показваме оценка на личната хигиена на пациентите в двете изследвани групи - $p < 0,05$ (табл.8).

Табл.8. Лична хигиена на пациентите

Лична хигиена	Брой пациенти		Относителен дял	
	група А	група Б	група А	група Б
1. Самостоятелно	6	1	56,8%	13,6%
2. С помощ	3	6	38,7%	77,4%
3. Неспособен	1	1	4,5%	9,0%
Общо:	10	8	100%	100%

Физиологични потребности

Следващият анализиран критерий е свързан с физиологичните потребности на пациента. Отделянето в **Група А** е самостоятелно при 80,0% от пациентите, а 20,0% са с памперс, като обслужването се извършва от близките и семейството на пациентите, спрямо **Група Б** където отделянето е самостоятелно - 52,3%, с уретрален катетър - 10,6%, с памперс – 37,1%. Нашето проучване доказва необходимостта от допълнителни грижи и обучение при контролната група за постигане на по-добра самостоятелност на пациента и облекчаване ангажиментите на семейството (табл. 9).

Табл. 9. Оценка на физиологичните потребности на пациента

Отделяне	Брой пациенти		Относителен дял	
	група А	група Б	група А	група Б
1. Самостоятелно	8	4	80,0%	52,3%
2. С уретрален катетър		1		10,6%
3.С памперс(обслужване от придружител)	2	3	20,0%	37,1%
Общо:	10	8	100%	100%

Комуникация

В прилагания Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт, състоянието на пациентите бе оценено и в зависимост от възможностите им за общуване. В **анализираната група** 76,5% от пациентите са в състояние да провеждат нормална комуникация, а 23,5% имат затруднения и се нуждаят от помощ при общуване, спрямо **контролната група**, където 37,6% са в състояние да провеждат нормална комуникация, а 62,4% от тях се нуждаят от помощ при общуване, като при 46,2% от тях общуването се осъществява с помощ от семейството и близките, а при останалите 16,2% от медицинската сестра или специалист - логопед (табл.10).

Табл.10. Оценка на способностите на пациента за общуване

Комуникация	Брой пациенти		Относителен дял	
	група А	група Б	група А	група Б
1. Самостоятелна	8	3	76,5%	37,6%
2. С помощ	2	5	23,5%	62,4%
- от мед. сестра		1	3,5%	16,2%
- от близките	2	4	20,0%	46,2%
Общо:	10	8	100%	100%

Емоционално състояние

Психосоциалният стрес е свързан със заболяването и е предпоставка за дълбоки разстройства в емоционалното състояние и психосоциалното равновесие на пациентите, което води до сериозни проблеми свързани със самочувствието и самооценката, а от там и до качеството на живот. Трябва да се отбележи, че емоционалното състояние и самочувствие на пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт е променено, и според резултатите от **анализираната група** 50,0% от пациентите са объркани и

уплашени, и 50,0% са притеснени за бъдещето, а в контролната група 87,5% са объркани и 12,5% са притеснени за бъдещето (табл.11).

Табл.11. Оценка на емоционалното състояние на пациента

Емоционално състояние	Брой пациенти		Относителен дял	
	група А	група Б	група А	група Б
1. Объркани, тревожни	5	7	50,0%	87,5%
2. Притеснени за бъдещето	5	1	50,0%	12,5%
Общо:	10	8	100%	100%

Рехоспитализация

Случайте на рехоспитализация за пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт са проблем както в световната медицина, така и в България и са един от критериите за качество на медицинското обслужване. На следващата графика са показани случаите на рехоспитализация в анализираната и контролната групи:

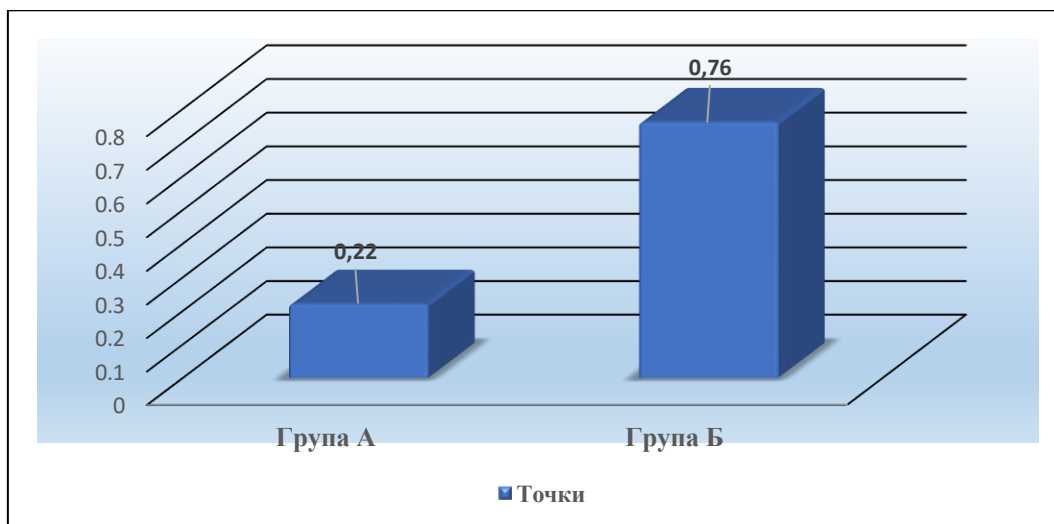


Фиг.25. Брой случаи на рехоспитализация

Качество на живот

Анализирахме качеството на живот при прилагане на Модела за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт като използвахме създадения инструментариум за изследване качеството на живот, съпоставен със средно измерената честота на признаците. Използвайки скалата за всяка област сумата от точки съответстваща на отговори до 0 се приема за добро КЖ, а тези които са близки до максималния сбор за ниско КЖ. Минималният брой точки според тази скала е 0 (добро качество на живот), а качеството на живот при пациентите в анализираната група е 0,19 до 0,22 ($p < 0,01$).

Качество на живот (точки по собствена оценъчна скала)



Фиг.26.

От фигурата се вижда, че качеството на живот на пациентите в **анализираната група** е значително по-добро в сравнение с това на пациентите в **контролната**. Най-съществените фактори, които влияят на

значителната промяна в КЖ в групата с приложение на **Модела за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт** са, че това е метод за анализиране и удовлетворяване здравните потребности на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт чрез качествени и адекватни здравни грижи, обучение на пациента и неговото семейство, ранна социализация, което е в пряка зависимост с повишаване качеството на живот на пациента.

Заключение

Здравните грижи при пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт са приоритет според резултатите от нашето проучване. Периодът на хоспитализация е първият момент, в който семейството има нужда от най-силна подкрепа – с информация за самото заболяване и неговото протичане, с подготовка за продължителния възстановителен период, според степента на пораженията от инсулта и необходимите мерки за избягване на рецидив. Видно е, че обучителната функция на медицинската сестра заема водещо място сред дейностите, които осъществява. В зависимост от планираните обучения, всеки болен се нуждае средно от 2-3 вида обучения, затова чрез **Модела за здравни грижи адаптиран за домашни условия** се предоставят повече възможности за здравни грижи на пациентите в домашни условия, ранно възстановяване и подобряване здравословното състояние на пациентите.

Приложения **Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт** ще допринесе за подобряване на КЖ на пациентите и ще окаже положително влияние на близките.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исхемичният мозъчен инсулт е проблем със значими медицински и социално - икономически последици , който води до промяна качеството на живот на пациентите. За да се улесни възстановяването, подпомагане и връщане на пациентите до максимална независимост е необходимо мениджмънта в лечебното заведение да бъде насочен към качеството на здравните грижи. Очакванията на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт да отговарят на техните потребности, както по отношение на техническото изпълнение на здравните грижи и процедурите, така и по отношение на взаимоотношенията възникващи в процеса на тяхното предоставяне. Пациентът трябва да бъде не само получател на грижа, той трябва да бъде партньор в грижата. Това изисква от медицинските сестри прилагане на холистичен подход в тяхната дейност, който ще повиши ефективността и качеството на здравните грижи.

С прилагането на специфичният въпросник за оценка качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт се дава възможност за установяване на индивидуалните проблеми на пациентите и оценка на здравните им потребности. Има възможност за прилагане на индивидуални стратегии за лечение и грижи, защото много фина е тематиката за качеството на живот и най-малко очакваните фактори имат най-съществена роля при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт. Създава се възможност за хигиенно-диетичен режим на хранене, липса на късни усложнения, нови подходи в здравните грижи.

За повишаване качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт е необходимо въвеждането на пакет от сестрински грижи и услуги, удовлетворяващ здравните потребности на пациентите и планиране на сестринските грижи.

Качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е в тясна взаимовръзка с днешната професионална подготовка на медицинската сестра. Знанията и уменията на дипломираните медицински сестри през последните години не се използват пълноценно за осъществяване на здравно обучение, формиране на адекватни здравни потребности и качествени здравни грижи за предотвратяване на инвалидизация и подобряване на качеството на живот.

Належащи са промени в базовото и следдипломното обучение, които ще допринесат за повишаване на знанията и уменията на медицинските сестри, които от своя страна ще вземат активно участие в информирането, обучението и подобряване качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

ИЗВОДИ

1. Най-уязвими и респективно нуждаещи се от по-голяма внимание са пациентите на възраст 50г.-70г. с основно образование, живеещи в малък град или село.
2. От пациентите (82,6%) са информирани относно заболяването, като значителна част от тях (36,2%) посочват, че са удовлетворени от получената информация.
3. От проведеното проучване се установява, че 97,1% от пациентите имат затруднения в движенията, 54,3% са със затруднения в говора, а 55,5% се установява затруднения в храненето.
4. Получените резултати показват, че 87,5% от пациентите са с ниско самочувствие, за 84,6% заболяването води до повишаване на тревожността и чувството на депресия а 89,5% нямат големи очаквания за бъдещето.
5. Половината от пациентите (52,2%) не са обучени по време на болничния престой в усвояване на дейности от ежедневиия живот, частично обучени са 47,9%, а липсват пациенти които са обучени напълно.
6. Значителен е дялът на пациентите (54,3%), които са недовлетворени от качеството на предлаганите здравни грижи, като (68,2%) се нуждаят от обучение.
7. Значителен дял от медицинските сестри (73,1%) не се чувстват компетентни да обучават лицата с преживян исхемичен мозъчен инсулт, като от тях 50,9% могат да извършват обучение, но само по определени въпроси, а 22,2% не могат да обучават болните, което е основание 87,2% да са на мнение, че е необходима специализирана подготовка на медицинската сестра за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
8. В болниците за лечение на пациенти с ИМИ повече от половината медицински сестри - 56,8% не упражняват медико-

педагогическите сестрински функции, а 23,4% само понякога, което води до не добра информираност на пациентите.

9. Повече от половината медицинските сестри (67,9%) съобщават, че в лечебните заведения не се предлага допълнително обучение на сестринския персонал, което води до понижаване качеството на предлаганите услуги и понижаване качеството на живот на пациентите.

10. Студентите се чувстват най-добре подготвени за извършване на сестрински манипулации (65,7%), но не са подготвени за една от най-важните сестрински дейности обучение на пациентите и техните близки за осъществяване на дейности, подобряващи качеството им на живот (74,2%).

11. От медицинските сестри (77,1%), работещи с пациенти, с исхемичен мозъчен инсулт и (87,4%) от студентите от специалност „Медицинска сестра” са наясно със своите професионални интереси, ценности и очаквания, което им дава основание да смятат, че съществува перспектива за професионална кариера на медицинската сестра.

12. Резултатите от проучването показват необходимост от въвеждане на Модел на здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт за анализ и оценка на здравните потребности на пациентите и планиране на сестрински грижи с акцент върху тяхното обучение с цел подобряване качеството на живот.

ПРЕПОРЪКИ

1. Към Медицинските университети:

- Да се оптимизират програмите за обучение на медицинските сестри, във връзка със здравните грижи за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
- Да се повишат компетенциите на студентите от специалност “медицинска сестра“ за влиянието на исхемичният мозъчен инсулт върху качеството на живот на пациентите.
- Да се разработят форми за следдипломна квалификация на медицинските сестри, за повишаване на техните умения за грижи и обучение при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

2. Към съсловната организация на медицинските сестри в страната – БАПЗГ:

- Чрез съсловната организация на специалистите по здравни грижи да се направи предложение към НЗОК за създаване на система за осигуряване на Модел от здравни грижи и обучение за пациентите с исхемичен мозъчен инсулт извършвани от медицинските сестри в болничната помощ и в домашни условия.
- Чрез съсловната организация на специалистите по здравни грижи да се направи предложение към Министерството на Здравеопазването в търсене на нови източници за финансиране на дейности за превенция на хроничните заболявания и техните усложнения и в частност на исхемичния мозъчен инсулт.

- Чрез съсловната организация на специалистите по здравни грижи да се направи предложение към Министерството на Здравеопазването за създаване на регистър на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

ПРИНОСИ

С научно-теоретичен характер:

1. Събрана и анализирана е научна литература свързана с грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и участието на медицинската сестра за подобряване качеството на живот.
2. Извършено е комплексно и задълбочено проучване на медицински, социални и психологически аспекти, влияещи върху качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт, тежестта и необходимостта от изготвяне на индивидуални грижи.
3. Изведена е водещата роля на качеството и внедряването на индивидуалния подход за сестрински грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
4. Обоснована е потребността от промяна на статута на сестринството в съвременната здравеопазна система на основата на европейските стандарти и приоритетите на грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт в съвременното общество.
5. Изведена е специфичната философия на сестринството насочена към грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт на основата на медико-педагогическите и медико-социалните функции на медицинските сестри, както и функциите свързани с обучението на пациентите и техните семейства.
6. Анализирани са нормативните документи, позволяващи начините за адаптиране на съществуващата организация на здравните грижи за повишаване качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

С научно-приложен характер:

1. Изработен е индивидуален подход за осигуряване на необходимите здравни грижи и ранна рехабилитация в домашни условия при пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт чрез мултидисциплинарен екип.
2. Разработен е Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия на пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт за предоставяне и проследяване на цялостния процес на възстановяване.
3. Изработена е Програма за обучение на пациентите и техните близки за преодоляване на проблемите свързани със заболяването.
4. Описани са насоките за провеждане на обучението на студентите от специалност “Медицинска сестра” и практикуващите медицински сестри относно философията, спецификата и функциите на сестринството в специализираните заведения за лечение и рехабилитация на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С НАСТОЯЩИЯТ ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

1. **Лаловска М.** Управление качеством жизни у пациентов с ишемическим инсультом головного мозга. Сборник доклади IX Международния научно - практическая интернет конференции: “Состояние здоровья:медицинские, социальные и психолого – педагогические аспекты.“ Славянск, Русия, 2018,123-130.
2. **Лаловска М.** Здравните грижи – потребност при пациенти с преживян мозъчен инсулт. Сб. доклади Трета научна конференция с международно участие „Медико – социални аспекти на здравните грижи“, МУ – София Централна медицинска библиотека, 2019,75-79.
3. **Лаловска М, Добрилова П.** Подобряване качеството на живот при пациенти с мозъчен инсулт. сп. Сестринско дело, 52, 2020, №2, 8-11.
4. **Лаловска М, Добрилова П.** Анализ потребностей в медицинском уходе у пациентов с ишемическим инсультом. Вестник Восточно – Сибирской открытой академии. 2020, 37.
5. **Лаловска М, Добрилова П, Черкезов Т.** Организационни аспекти на здравните грижи при пациенти с исхемичен мозъчен в болничните условия. сп. Сестринско дело, 2021, бр.№1, 11-16.

Участие в изследователски проект Договор № Д -143/23.04. 2019 г., Проект вх. № 8291/21.11.2018 г. на МУ – София, Съвет по медицинска наука „Млад изследовател-2019” на тема „Организационни аспекти на здравните грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт”