

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

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 ръководител

Проф. д-р Тодор Черкезов, дм

Проф. Павлинка Добрилова, дм

София, 2021

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	6
Глава първа: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	8
1. Ишемичен мозъчен инсулт – медицински, социални и психологически аспекти на болестта в съвременните условия.....	8
1.1. Еволюция в разбирането за ишемичен мозъчен инсулт – от първите описания до най-новите данни за патогенезата.....	8
1.2. Епидемиологични данни и фактори за разпространението на заболяването.....	11
1.3. Клинична картина, лечение и форми на протичане на ишемичният мозъчен инсулт.....	14
1.4. Съпътстващи заболявания – значение и фактор при лечението.....	19
1.5. Наследственост.....	21
1.6. Значими рискови фактори и вредни навици с влияние върху проявите на заболяването.....	23
1.7. Социални фактори – отражение на заболяването върху личния и социален живот.....	31
2. Качество на живот в здравеопазването.....	35
2.1. Качеството на живот – основни теоретични понятия.....	35
2.2. Качеството на живот – в медицинската практика.....	39
2.3. Качество на живот – изследване с помощта на самооценъчен тест...	46
3. Здравните грижи, като фактор за подобряване качеството на живот на пациенти с ишемичен мозъчен инсулт.....	49
3.1. Ролята на медицинската сестра в съвременното здравеопазването...	49
3.2. Състояние и потребности от здравни грижи.....	56
3.3. Подходи за осигуряване на качествени здравни грижи.....	59
3.4. Информираност и обучение на пациентите – ключов момент в комплексната грижа.....	62
3.5. Здравните грижи - основен фактор за подобряване качеството на живот на пациенти с ишемичен мозъчен инсулт.....	65
4. Изводи от литературния обзор.....	71
Глава втора: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	73
1. Цел и задачи на изследването.....	73
2. Работна хипотеза.....	74
3. Методология	74
3.1. Предмет на изследването.....	74
3.2. Характер и обем на изследването.....	76
3.3. Признаци на изследването.....	78

3.4.	Време и място на изследването.....	80
3.5.	Методи.....	80
3.5.1.	Социологически методи.....	80
3.5.2.	Статистически методи.....	82

Глава трета: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ. ОБСЪЖДАНЕ..... 86

1.	Изследване качеството на живот на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	86
1.1.	Медицински и социални аспекти при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.....	86
1.2.	Информираност на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт – ключов момент в комплексната грижа.....	92
1.3.	Анализ на потребностите от здравни грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	106
2.	Оценка на качеството на живот на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	119
2.1.	Описателна характеристика на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.....	120
2.2.	Инструментариум за изследване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	121
2.3.	Оценка на функционалното състояние на пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт.....	125
3.	Роля и място на медицинската сестра за подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	132
3.1.	Организация, обем и характер на здравните грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	132
3.2.	Компетентност на медицинските сестри при обгрижване на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	143
4.	Професионална подготовка и професионална кариера на медицинските сестри работещи с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	160
4.1.	Обучението на медицинските сестри – гаранция за качеството на тяхната дейност.....	160
4.2.	Професионална квалификация на медицинската сестра като фактор за подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	172
4.3.	Професионална кариера на медицинската сестра в специализираните лечебни заведения за обгрижване на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.....	179

Глава четвърта: МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ АДАПТИРАН ЗА ДОМАШНИ УСЛОВИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ.....184

Глава пета: АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА МОДЕЛА ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ АДАПТИРАН ЗА ДОМАШНИ УСЛОВИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ.....	191
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	205
ИЗВОДИ.....	207
ПРЕПОРЪКИ.....	209
ПРИНОСИ.....	211
НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА	213
БИБЛИОГРАФИЯ.....	214
ПРИЛОЖЕНИЯ	228

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
- WSO** – World Stroke Organization

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 живот 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 психоемоционално благополучие.

Глава първа: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ – МЕДИЦИНСКИ, СОЦИАЛНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА БОЛЕСТТА В СЪВРЕМЕННИТЕ УСЛОВИЯ

1.1.Еволюция в разбирането за исхемичен мозъчен инсулт – от първите описания до най-новите данни за патогенезата

Интересът към кръвоснабдяването на мозъка е твърде стар. Възможно е исхемичният мозъчен инсулт да е спътник на човечеството от дълбока древност. Липсата на запазени сигурни писмени данни отваря вратите за предположения и спекулации.

Думата „инсулт“ („stroke“) е била използвана за първи път в медицината от **Уилям Коул (William Cole)**, но преди това още в *Древността* в трудовете на древните лекари се намират данни за мозъчните инсулти. **Хипократ** използва термина „апоплексия“ около 40 години преди Христа, описвайки външния вид на болен с апоплексия, като резултат “на задръжка на жлъчка и слюз“ в главния мозък. Задръжката на жлъчка и слюз при възрастни хора предизвиква „набъбване на мозъка и “охлаждане на кръв“ [89,239,243].

Хипократ различава „силна“ и „слаба“ апоплексия, като отбелязва, че „силната апоплексия не може да се излекува, слабата трудно“. Мнението на Хипократ господства в медицината до края на XVI век“ [89,140,161].

Вилис (**Willis,1684**) пръв е отбелязал значението на запушването на вътрешната сънна артерия за клиничното протичане на определен синдром. Дюре(**Duret**) близо 190г. след Вилис подробно изучил анатомията на мозъчните артерии [238,239].

За начало на научното изследване на мозъчното кръвообращение се смята 1783г., когато *Мънро (Munro)*, формулира своята знаменита теза: “Тъй като мозъчното вещество подобно на други солидни части на тялото е почти несвиваемо, то количеството на кръвта в главата (мозъка), трябва да бъде почти еднакво, както при здраве и болест, при жизнено така и след смъртта“ [242].

Пръв **J. Morgagni** е разграничил пато – морфологично мозъчния инфаркт от мозъчния кръвоизлив, но не е знаел причината за възникване на мозъчния инфаркт. “Мозъчният инфаркт е заболяване, което принадлежи към групата на исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение. Едва през 1828г. **J. Abercrombie** показва, че /мозъчния инфаркт/се дължи на облитериране на мозъчните артерии [89,148,163,242].

Исхемичният мозъчен инсулт настъпва при силно намаляване или прекъсване на кръвотока към определена област на мозъка. Уврежданията имат характера на „исхемична аноксия“. Най – силно раними са невроните, които претърпяват „селективна, невронна некроза“. По – слабо се увреждат ектодермната и мезодермната ганглия и най – устойчива е меземхимната тъкан [62,88].

Между многобройните изследователи, които са изучавали артериалната стена на главния мозък, особено се откроява името на френският невролог Фуа (**Foie**) от парижката неврологична школа, който заедно със своите сътрудници подробно разучава в продължение на две десетилетия характерната симптоматика, наблюдавана при запушването на една или друга мозъчна артерия и нейните разклонения [89].

През 50-те години на миналият век се въвежда термина „транзиторна“ (преходна) исхемична атака. Въвеждането на ангиографията на **Мониц** (1927г.) тласна силно изследването на мозъчното кръвообращение и дава съществен материал в областта на анатомията и физиологията [124].

В България публикации и изследвания са правени от много учени. През 1962г. **Н. Узунов** и **С. Божинов** описват двустранен мезенцефален инфаркт с двустранно увреждане. **Д. Хаджиев** (1973г.) установява, че стойностите на общия белтък в ликвора при двата инфаркта не се различават значително [89,124].

Приложението на новите достижения на науката доведе до предлагането на интравенозна тромболиза и механична тромбектомия за лечение на острия исхемичен мозъчен инсулт, което е въведено в България през 2005г., като първата тромболиза е проведена в Пловдив [8]. Това лечение е регламентирано от клинична пътека №51 с тромболиза и клинична пътека №50 без тромболиза на Националната здравно осигурителна каса (НЗОК).

През стотиците години на различно по интензивност изучаване на исхемичния мозъчен инсулт, разбиранията за него са претърпели промени, отразяващи нивото и възможностите на медицинската наука.

Поради тежката клинична патология и множеството усложнения исхемичният мозъчен инсулт води до тежка инвалидизация и оказва сериозно нарушаване *качеството на живот* на пациентите. Проявява се с негативен характер, като най-честите резултати са: хемипареза – пареза на едната половина на тялото, афазия – загуба на способността за говор и/или разбиране на човешката реч, зрителни нарушения, нарушения на паметта, загуба на двигателните умения и сръчност. Между 30,0% и 50,0% от пациентите, преживели исхемичен мозъчен инсулт развиват психологически нарушения в това число различна форма на депресия и деменция в рамките на първата една година след инцидента.

Все по-често се наблюдава засягане на лица в по-млада и трудоспособна възраст, с което се увеличава степента на инвалидизация.

Прогресивното протичане на заболяването, настъпващите усложнения и тежката инвалидизация влошава *качеството на живот* на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

1.2.Епидемиология и фактори за разпространение на заболяването

Исхемичните мозъчни инсулти заемат едно от първите места по честота от мозъчно-съдовите заболявания (МСЗ) сред населението и най-честата причина за преждевременно инвалидизиране. Сред социално значимите, широко разпространени заболявания в нашата съвременност те имат първостепенно значение. Тяхната медико-социална значимост е резултат както на високата заболеваемост и смъртност, така и на дългосрочната инвалидизация, която предизвикват. Исхемичните мозъчни инсулти съставляват около 80,0% - 85,0% от всички мозъчни инсулти [93].

Като момент от модерната епидемиология един от най-изтъкнатите национални експерти проф. *Е.Шипковенска* доказва изключително значимата роля на епидемиологичните проучвания, базирани на медицински доказателства в модерната медицина и здравеопазване. Те спомагат за решаване на дълбоките глобални здравни проблеми, като се посочва за пример ролята и връзката на заболяването и последващото подобрене на качеството на живот при болните с исхемичен мозъчен инсулт [126].

Проучванията на Световната здравна организация (СЗО) установяват съществени различия в честотата, смъртността, възрастовото разпределение и разпределението между половете на мозъчния инсулт в различните страни, като 87,0% от инсултите са породени от исхемия, а останалите са хеморагични. Установени са по – висока смъртност и тежест на уврежданията в страните с по – ниски доходи – развиващите се страни (Северна Азия, Източна Европа, Северна Америка) [75,88,93].

Мозъчният инсулт е четвъртата водеща причина за смърт в САЩ и втората в Австрия след исхемичната болест на сърцето (ИБС), с приблизителна честота 60 000 случая годишно (*Ciceone A.2003., Mule M. и съавт.,2012*). Смъртността е по – висока в Централна и Източна Европа в сравнение със Северна, Южна и Западна Европа , като през последните 5 години водещи по смъртност от мозъчно-съдови заболявания са България, Румъния, Латвия и Македония. В България се регистрират годишно 82 398 случая с МСЗ. От регистрираните 35 311 случаи са с мозъчен инсулт, от които 7 174 болни завършват с летален изход [93].

През последните десетилетия **България е на първо място в Европейския съюз по смъртност от инсулти.** Това е тъжната констатация в здравната стратегия 2014-2020. У нас на всеки 100 000 население удар покосява 160 души [62].

Средната смъртност в ЕС е три пъти по-ниска – 51 починали на 100 000 души. По данни на Националният център по здравна информация през 2016г. у нас се наблюдава увеличение на заболяемите - 57 369 лица, преобладават случаите на исхемичен мозъчен инсулт - 90,2% (51 789) случая [42,88].

Анализът на данните от последните години показва три тенденции на *заболеваемостта и смъртността* от мозъчен инсулт в България:

* В сравнение с 2008 г. броят на смъртните случаи от мозъчно-съдови болести през 2016г. се увеличава с 9,4/100 000жители;

* Броят на жените с исхемичен мозъчен инсулт се увеличава от 50,5% през 2010г. до 53,0% през 2016г.;

* За същият период броят на пациентите под 55-годишна възраст от двата пола намалява от 9,2% до 8,1% [89,113,123].

Тези тенденции се свързват със застаряване на населението и повишаване на средната продължителност на човешкия живот, с подобряване на диагностиката на мозъчно-съдовите заболявания,

прилагане на тромболично и/или ендоваскуларно лечение, което води до и подобряване *качеството на живот* на пациентите.

Преживелите исхемичен мозъчен инсулт пациенти са с различна степен на инвалидност, която при 10,0% от тях е тежко изразена, 25,0% - 50,0% са с афазия и/или речево - говорни нарушения, като при половината от тях тези инвалидизиращи нарушения остават трайни, което налага допълнителни грижи и помощ от семейството, близките и обществото.

За тази цел бе засиленото и ускорено лечение на инсулта от ESO (ESO-EAST) - Европейка организация за борба с инсулта, като основно внимание бе отделено на подобряването на грижата за хората с исхемичен мозъчен инсулт в участващите страни с помощта на различни инструменти, особено чрез програми за споделено обучение и усъвършенстване на качеството, за да се оптимизират и прилагат най-добрите практики в грижите за хората с инсулт в тези страни, както и да се стартира съвместно и ползотворно сътрудничество [238,245].

Тежестта на заболяването и броят на пациентите в световен мащаб, налагат нуждата от стартиране на международен проект, който да подпомогне и подобри лечението на исхемичния мозъчен инсулт в целия свят. Такъв е проектът "ANGELS", който в Европа е представен от Европейската организация за инсулти (ESO) и цели да бъдат увеличени броя на болниците, специализирани в лечението на мозъчни инсулти и да бъде оптимизиран терапевтичният подход във вече функциониращите такива центрове в Европа [185].

Към момента в световен мащаб има повече от 1100 болници, разположени на 5 континента, участващи в проекта „ANGELS“ България е една от 12-те европейски държави, където инициативата е вече в действие. Броят на регистрираните болници в нашата страна е 22. Според изчисления, основани на световните препоръки, за да се покрият територията и населението на България, са необходими около 40 болници,

готови за лечение на инсулт. Те трябва да бъдат разположени така, че на всеки пациент с мозъчен инсулт да са му необходими не повече от 60 минути, за да достигне най-близкото болнично звено, където може да му бъде предложено съвременно лечение [137,154].

Мултиспектърният характер на проблема исхемичен мозъчен инсулт е отразен в темите и ежегодните форуми по повод 29 октомври - *световен ден за борба с инсулта*. Предвид сериозността на проблема в нашата страна, в подкрепа на превантивните мерки за борба с мозъчен инсулт, Световната организация по инсулт в Пекин по време на годишна сесия постави проблема за информираността и подкрепа на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт в световен мащаб.

1.3.Клинична картина, лечение и форми на протичане на исхемичният мозъчен инсулт

Според определението на СЗО, въведено 1970 година и все още използвано мозъчния инсулт е “бързо развиващи се клинични признаци на локализирано /или дифузно/ нарушение на мозъчната функция, протичащо повече от 24 часа или водещо до смърт, без да е установено друга причина освен съдов произход“.

Исхемичният мозъчен инсулт се дължи на намален приток на кръв в мозъчната тъкан, най – често при стеснение на артериален съд. Спирането на кръвния ток в мозъчните съдове може да се дължи на запушване от тромб /тромбоза , ембол /емболия/, спазъм или нарушение в регулацията на съдовия тонус на големите мозъчни съдове и техните клонове. В резултат настъпва размякване и некроза на мозъчната тъкан. Като резултат се получават симптоми от огнищно (според частта от мозъка, която е засегната) или общо естество, които могат да са преходни или трайни [88,216].

По научни данни клиничните характеристики сочат, че в зависимост от причината на запушване на мозъчните артерии исхемичният мозъчен инсулт бива: *тромботичен, емболичен, лакунарен*, които имат характерни особености по отношение на етиология, патогенеза, клиника.

Тромботичен мозъчен инсулт

Дължи се на формиран кръвен съсирек (тромб) в мозъчната артерия. Наличието на атеросклеротична плака в извънчерепните или големите вътречерепни артерии довежда до стеснение на лумена на съда и до намаляване на кръвотока. При разязвяване на атеросклеротична плака се формира пристеснен тромб, който запушва артериалния лумен. възниква след формиране на тромб върху улцерирала атероматозна плака. В 70% се засягат големите съдове, а в 30% малките, като се получават лакунарни инфаркти [176, 230].

Емболичен мозъчен инсулт

Причинява се поради запушване на мозъчни или предмозъчни съдове от ембол с кардиален или артериален произход. Причини за появата на емболичните мозъчни инсулти могат да бъдат: предсърдно мъждене, изкуствени клапи, пресен миокарден инфаркт, ендокардит, сърдечни пороци, пролапс на митралната клапа – особено при млади пациенти. Артериалните емболи са атеротромботични или холестеролови и се формират в *scums aortae*, каротидните или вертебралните артерии.

Лакунарен мозъчен инсулт

Често възникващите микроемболи, запушват малките мозъчни артерии и причиняват лакунарен мозъчен инсулт [176, 230].

Клиниката зависи от множество фактори, най-важните от които са механизмът на заболяването, засегнатия съд, възрастта на пациента.

Емболитичният мозъчен инсулт е с остро начало. Развива се за секунди при някаква физическо усилие или емоционална вълнение. Емболията се среща както при млади хора със сърдечен порок, така и при

възрастни с атеросклероза и ритъмни нарушения на сърдечната дейност. Възможна е появата на главоболие като начален симптом [167,189].

Тромботичният мозъчен инсулт се развива много по-бавно –за часове, понякога стъпалообразно в продължение на 24 часа. Тромбозата се развива по-често при здрави хора, по време на покой или сън. Пострадалият си ляга здрав, а се събужда с парализирани крайници. Обикновено няма загуба на съзнание и главоболие [156,221].

Огнищната неврологична симптоматика зависи от това, коя мозъчна артерия е засегната, от състоянието на другите съдове и от скоростта на запушването. Ако засягането е на каротидната артерия става бавно, то може да протече безсимптомно, но ако се развие бързо и ако другата сънна артерия и артериите на Вилизиевия кръг са със стеснен лумен, болния умира за няколко дни. При каротидната недостатъчност се наблюдават колебания в тежестта на неврологичния дефицит в продължение на няколко часа или дни; намаление на зрението от страната, или птоза на клепача съчетани с хемипареза на противоположната телесна половина. Запушването на *средната мозъчна артерия* е най-честата причина за появата на исхемичния мозъчен инсулт. Той се развива по-бързо, отколкото запушване на каротидната артерия и се проявява с тежка клинична картина – парализа и загуба на сетивността на противоположната телесна половина. Развива се моторна, сензорна или тотална афазия. Леталитетът е доста висок. При запушване на *задната мозъчна артерия* се появяват зрителни разстройства – слепота или по-точно хемианопсия. Запушването на основната артерия е смъртоносно [93,143,222].

Разработена е специализирана скала Бартел (Bartley Index), за мозъчен инсулт на Американския национален институт на здравето (NIHSS) и Модифицирана Ранкинг скала за изхода от инсулт (Modified Rankin Scale). По тези скали се правят точкувания на различни детайли от състоянието на пациентите и така се класифицира тежестта на конкретния инсулт, основно

при исхемичните инциденти. Неслучайно една от тези скали NIHSS, е въведена официално в клиничната пътека за мозъчен инсулт. Ценното на тази скала е, че при приемането може да се оцени тежестта на мозъчния инсулт [97,148,243].

Пациентите с исхемичен мозъчен инсулт трябва да бъдат подложени на пълен неврологичен преглед и внимателна обща клинична оценка, включително *Инсултната скала на националния здравен институт*. Целта е да се извърши оценка и да се започне фибринолитично лечение в рамките на 60-90 минути от постъпването на пациента.

През 1996г. в САЩ се постави началото с интравенозното приложение на рекомбинантен тъканен плазминогенен активатор при остри исхемични инсулти. Понастоящем в световен мащаб това е най-ефикасното лечение на исхемичните мозъчни инсулти в острия стадий. Основната цел на тромболизата е възстановяване на кръвния ток през запушените артерии [154, 210, 234].

Исхемичният мозъчен инсулт е проблем с нарастваща сериозност в световен мащаб. Това наложи в голяма степен действията предприети преди повече от десет години от Европейската и Световна организация за лечение на мозъчен инсулт да бъдат насочени към снижаване на кардиоваскуларния риск с 25,0%, както и предприемането на комплексни мерки в лечението на мозъчните инсулти и коронарната болест на сърцето [135,148].

Лечението и изхода от заболяването зависи от мениджмънта на здравните грижи, с цел предотвратяване на последващ мозъчен инцидент. В Неврологичните клиники и отделения усилията вече са насочени към възникналия исхемичен мозъчен инсулт и към ранната рехабилитация. А след третата седмица лечението представлява вторична профилактика, целяща предотвратяване на усложнения.

Навременното лечение може да предпази от трайно задържане на появилите се симптоми. Още от началото на хоспитализацията наред с медикаментозното лечение започва рехабилитация, която трябва да бъде комплексна. Целта на *комплексната рехабилитация* е максимално физическо, психологическо и социално, а при по-младите пациенти и професионално възстановяване. Комплексната възстановителна дейност се осъществява от мултипрофесионален екип, включващ невролог, физиотерапевт, медицинска сестра, психолог, логопед. Като най-важният член на екипа е пациента. Важното при рехабилитационния процес е да се спазват основните принципи: *актуалност, редовност, умереност и подкрепа* както от медицинския персонал така и от близките. Комплекса от лечебни упражнения, след преживян исхемичен мозъчен инсулт се подбират индивидуално.

Поради тежката клинична патология и множеството усложнения, исхемичния мозъчен инсулт води до тежка инвалидизация и оказва сериозно нарушаване *качеството на живот* на пациентите. Все по-често се наблюдава засягане на лица в по-млада и трудоспособна възраст, с което се увеличава степента на инвалидизация. Последиците са тежки както за пациента, така и за неговите близки. Всичко това лишава пациента от възможности да упражнява професията си, да се занимава с това, което обича. Променя се и неговия семеен статус – ако преди заболяването пациентът е осигурявал част от семейните приходи, то сега става зависим и се чувства в тежест. За човека преживял исхемичен мозъчен инсулт е важно да осъзнае, че от неговата воля и желание за възстановяване се определя и *качеството на живот*.

Изключително важно за всеки един индивид е не само удължаване на годините му живот, но и значително *повишаване на качеството на изживените дни*. За това е необходимо да се прецени усещането на всеки

един за какво си струва да се живее – неговата гледна точка, убеждения и цели.

1.4. Съпътстващи заболявания – значение и фактор при лечението

Съществува патогенетична връзка на исхемичния мозъчен инсулт с други заболявания. Клиничните наблюдения насочват към такова мислене, поради систематично установяващата се повишена честота на някои заболявания при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. Все по-често при появата на исхемичен мозъчен инсулт в неразривна връзка се споменават *артериалната хипертония, захарния диабет, ССЗ, хиперлипедимия, варикозни вени, хематолигични заболявания и др.* [62,98,101,118].

При болни с артериална хипертония първата цел е да се постигне максимално намаляване на дългосрочния общ сърдечно-съдов риск. Това изисква лечение на повишеното артериално налягане (АН), както и на всички обратими рискови фактори. През юни 2007г. ESH/ESC публикуваха новите европейски препоръки за поведение при болни с *артериална хипертония*. Те се базират на наличните доказателства за ползата от антихипертензивната терапия, която намалява в значителна степен риска от появата на мозъчно-съдови заболявания [75,88,93].

Второто най – често срещано придружаващо заболяване при ИМИ е *захарния диабет*. Захарният диабет е метаболитно заболяване, характеризираща се с хипергликемия, която е резултат от нарушение в инсулиновата секреция, в инсулиновото действие или в двете заедно. ЗД е част от метаболитния синдром, включващ артериална хипертония, дислипидемия, затлъстяване и др. Метаболитният синдром увеличава общата смъртност с относителен риск – 1,27 и риска за мозъчно - съдови заболявания – 1,65. [115,154].

Важна е ролята на различните компоненти на *липидния профил* за прогресията на ИМИ. Първична и вторична превенция на мозъчно-съдовите заболявания чрез контрола на нивата на LDL-холестерола – намаляването да достигне нива под 1.8 mmol/l и повишаването на HDL-холестерола, тъй като неговото ниво прогнозира риска от мозъчно-съдов инцидент. Трябва да се отдели специално място на атерогенната дислипидемия в рамките на метаболитния синдром. Анализът на 26 различни проучвания със статини показва, че заболяемостта от исхемичен инсулт се редуцира от 3,4% до 2,7% [150,189].

Мозъчно-съдовите заболявания в това число и мозъчния инсулт са причина номер едно за смъртните случаи сред населението на Европа. Те съставляват половината от всички смъртните случаи в Европа, причинявайки смъртта на повече от 4,35 милиона в 52 –те държави членки на европейския регион. Те са основен фактор за инвалидизиране на населението и влошаване качеството на живот. Въпреки това МСЗ могат да бъдат предотвратени. Според СЗО умереното, но едновременно понижаване на кръвното налягане, холестерола, борбата със затлъстяването и злоупотребата с тютюневи изделия ще намали смъртност от МСЗ наполовина [93,178,196].

Затова целта на *първичната превенция* е да се намали риска от исхемичен мозъчен инсулт, за което е необходимо:

- Необходимо е редовно измерване на *артериалното кръвно налягане*. При високо кръвно налягане се препоръчва промяна в начина на живот и индивидуализиране на фармакологичната терапия с прицелна стойност 120/80mm Hg. За хипертоници (120-139/80 - 90 mm Hg) със застойна сърдечна недостатъчност, ИМИ, диабет, или хронична бъбречна недостатъчност антихипертензивната терапия е индицирана;

- Необходимо е редовно изследване на *кръвната захар*. При болни от диабет се препоръчва промяна в начина на живот и индивидуализирана фармакологична терапия. При пациенти със захарен диабет, високото кръвно налягане следва да бъде настойчиво лекувано с прицелни стойности под 130/80mmHg. Където е възможно в лечението да се включи инхибитор на ангиотензин конвертирация ензим или антагонист на ангиотензиновия рецептор;
- Необходимо е редовно изследване на *серумния холестерол*. При висок серумен холестерол се препоръчва промяна в начина на живот и лечение със статини;
- Препоръчва се преустановяване на тютюнопушенето;
- Препоръчва се преустановяване на прекомерната консумация на алкохол;
- Препоръчва се редовна физическа активност;
- Препоръчва се диета, бедна на сол и наситени масти, богата на плодове, зеленчуци и фибри;
- Индивиди с повишен ВМІ (body mass index) се наставляват да предприемат редуцираща телесното тегло диета [98, 1981, 226].

Според СЗО умереното, но едновременно понижаване на кръвното налягане, холестерола, борбата със затлъстяването и злоупотребата с тютюневи изделия ще намали мозъчно-съдовата смъртност наполовина.

1.5. Наследственост

Наследствеността е от особено значение при исхемичния мозъчен инсулт, тъй като ние не избираме родителите си, а получаваме определен комплект гени от тях. Учените смятат, че предразположението към съдови заболявания се предава по наследство. Като честотата на исхемичният

мозъчен инсулт е по-голяма при мъжете и най-вече във възрастовата граница 40г.-55г., тези с фамилна анамнеза за мозъчен инсулт, както и между някои раси и етнически групи [133,176].

Заболяването се унаследява най-често от един от родителите (автосомно-доминантно) и в основата му стои дефект в гладкомускулните клетки, изграждащи стената на малките кръвоносни съдове и особено тези, разположени в мозъка. Поради това, съдовете са склонни към увреда – артериопатия и резултатът може да е поява на мигренозно главоболие, най-често с аура, както и на рецидивиращи мозъчно - съдови инциденти и други [134].

Рискът от мозъчен инцидент е четири пъти по-висок при хора, чиито родители са получили **инсулт** преди 65-годишна възраст. До този извод са стигнали група американски учени. Резултатите им се базират на изследване, проведено сред близо 3500 доброволци, а резултатите са публикувани в специализираното издание [98,198].

Въпросът за ролята, която играе лоша наследственост на чувствителността към мозъчно - съдовите заболявания, сериозно е проучен от учени от няколко академични институции в цяла Европа и САЩ. По този начин, експерти в Единбург университет откриват гени, които са отговорни за съсирването на кръвта и образуването на кръвни съсиреци. Изследователите смятат, че откритието им ще разкрие причината за разширени вени, инфаркти, инсулти и кръвоизливи [88,98].

В допълнение, изследователите заключават, че възможността за исхемичен мозъчен инсулт, наследена от майка на дъщеря, е много по-висока, отколкото от баща на син. Сред няколко типа исхемичен и хеморагичен инсулт, родителите и децата им често настъпват исхемичен инсулт. Според учените рискът от *исхемичен мозъчен инсулт и лоша наследственост*, взаимно са свързани.

Тези проучвания доведоха медицинската общност да обърне внимание на критичната роля на *фамилна анамнеза* за заболяването и риска за човешкото здраве. Ако човек знаеше, че неговите родители или близки роднини са имали исхемичен мозъчен инсулт трябва да контролира кръвното налягане, да се бори със зависимости, упражнения, здравословно хранене.

1.6. Значими рискови фактори и вредни навици с влияние върху проявите на заболяването

Огромният материал по проблемите на исхемичният мозъчен инсулт, мениджърските програми за превенция на тази болест, както и програмите за подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт се явяват в зависимост от разнообразието на рисковите фактори.

В структурата на здравната политика на населението съществено място заемат *детерминантите (факторите)* на здравето. През последните петдесет години се наблюдава увеличение в силата и продължителността на тези фактори, вследствие на което се превръщат в рискови за едно или друго заболяване. Освен това се появяват нови *социални, икономически и психологически рискови фактори*, които са условия и предпоставка за нарастване честотата на социално - значимите заболявания в това число и исхемичният мозъчен инсулт [164,165,243,247].

Над 130 000 българи имат един, два или повече опасни рискови фактори и в следващите няколко години могат да станат предразполагащ фактор за исхемичен мозъчен инсулт, ако не ликвидират тези лични рискове за здравето и а живота си [176, 254].

Социалните фактори и факторите на околната среда несъмнено имат голяма роля за изявата на заболяването на фона на определената генетична предиспозиция. Начина на живот с прием на богати калорични готови

храни и ограничена физическа активност е проблем не само за развитите, но и за развиващите се страни. Ето защо със съвременната глобализация, модернизация, миграция, урбанизация и застаряване на населението, както и с въвеждането на този начин на живот в редица страни, честотата на исхемичния мозъчен инсулт прогресивно се увеличава. Въпреки че мозъчно-съдовите нарушения могат да се появят на всяка възраст, по всяко време и при двата пола, във всички семейства, както и във всички раси, всеки от тези фактори се отразява на непроменливата честота на исхемичните мозъчни инсулти.

Всеки исхемичен мозъчен инсулт обикновено се дължи на *предразполагащи фактори*, които са били налице години преди реализацията му. *Първичната профилактика* на ИМИ е свързана с модифициране на рисковите фактори.

Съществуват два вида рискови фактори за исхемичен мозъчен инсулт - *контролируеми и неконтролируеми*. Контролируемите рискови фактори обикновено се разделят в две категории - рискови фактори, *свързани с начина на живот* и рискови фактори, *свързани със заболявания*. Рисковите фактори, свързани с начина на живот могат да бъдат променени, а рисковите фактори, свързани със заболявания могат да бъдат излекувани [116, 236].

Неконтролируемите рискови фактори включват напреднала възраст (над 55 години), пол, принадлежност към негроидната раса, анамнеза за инсулт или транзиторна исхемична атака в семейството и други [178,191].

Най-значителният неконтролируем рисков фактор е *възрастта*, като честота нараства с възрастта и повечето исхемични мозъчни инсулти се срещат при лицата на възраст над 65 год. Те са по-редки преди 40-годишна възраст, но исхемичния мозъчен инсулт при млади хора и деца е повод за нарастваща загриженост поради „подмладяването” на заболяването.

Към *контролируемите* рискови фактори спадат артериална хипертония, предсърдно мъждене, високи нива на холестерол в кръвта, захарен диабет, атеросклероза, тютюнопушене, консумация на алкохол, намалена физическа активност, затлъстяване.

Артериалната хипертония е най – важният и разпространен рисков фактор. Високото кръвно налягане според СЗО се дефинира като трайно покачване на кръвното налягане над 140 mmHg за систола и над 90 mmHg за диастола. Високото кръвно налягане принуждава сърцето да изпомпва кръвта към различните части на тялото с повече усилия. Това може да доведе до отслабване на кръвоносните съдове и увреждане на жизнено важни органи, като мозъка. Рискът от ИМИ нараства пропорционално с увеличаване на кръвното налягане. Артериалната хипертония е най – честа при жените в Източна и Южна Европа [151,156].

Проф. С. Тодорова посочва, че честотата на хипертонията е различна при мъже и жени и в отделните възрастови групи. За възрастта от 55г. до 64г. е регистрирана при 34,0% от мъжете и 42,0% при жените. След 65години честотата е 26,0% и съответно 66,0%. Съществува степенно нарастваща зависимост между диастолично налягане и исхемичен мозъчен инсулт и исхемичната болест на сърцето. При всяко повишаване на диастоличното налягане със 7,5мм заболяемостта от ИМИ се увеличава с 46 на сто. Увреждането на съдовата стена при хипертония се обяснява с ненужния прекомерен стрес върху стените на кръвоносните съдове, което води до тяхното задебеляване и увреждане. Контролът на кръвното налягане и поддържането му в оптимални граници представлява превантивен механизъм за редукция на заболяемостта от исхемичен мозъчен инсулт.

Хроничното предсърдно мъждене е значим рисков фактор за пациенти с исхемичен инсулт. При пациенти с исхемична болест на сърцето или сърдечна недостатъчност, предсърното мъждене удвоява риска от

исхемичен инсулт при мъжете и три пъти риска при жените. Предсърдното мъждене води до 5 пъти по – голяма вероятност за възникване на мозъчен инфаркт в сравнение с останалата част от населението [98,99]. Около 15,0% от всички пациенти с исхемичен мозъчен инсулт имат и предсърдно мъждене. Много пациенти имат предсърдно мъждене , без да имат понятие за това. Предсърдното мъждене повишава риска от исхемичен инсулт, тъй като се създават условия за застой на кръвта във фибрилираните предсърдия. Това е предпоставка от своя страна за тромбообразуване и образувалият се тромб може лесно през кръвта до достигне мозъчните съдове и да предизвика инсулт. Качество на живот свързано със здравето (Health-Related Quality of Live) разглежда въздействието на заболяването и неговото лечение върху собствената оценка на пациента за извършване на дейности във физически, познавателен и емоционален аспект [122,134]. При болните с исхемичен мозъчен инсулт тези способности зависят от тежестта на усложненията и преждевременната инвалидизация.

Захарният диабет се свързва с повишен риск в зависимост от вида и тежестта. Рискът е еднакъв при мъжете и жените, не намалява с възрастта и е независим от хипертонията. Тази болест ускорява атеросклеротичния процес, като се получава задебеляване на базалните мембрани на кръвоносните съдове и пролиферация на съдовия ендотел [93].

Пациентите страдащи от захарен диабет са с 4 пъти с по – висок риск от развитие на исхемичен инсулт, в сравнение с индивиди, не страдащи от това заболяване [93,176].

Аномалиите на *серумните липиди* (триглицериди, холестерол, липопротеините с ниска плътност, липопротеините с висока плътност) се считат за рискови фактори за исхемичните инсулти. Поради това, че всички липопротеини съдържат холестерол, повишаването на тяхната концентрация води до увеличаване на серумния холестерол. Тъй като холестерола не може да се изгради от себе си в кръвообращението, той се

пренася от клетките и към клетките от специални частици наречени липопротеини [213].

Липопротеините биват няколко вида като двата от тях са с най-голямо диагностично значение - липопротеини с малка плътност (LDL) и липопротеини с висока плътност (HDL). LDL е наричан още "лош" холестерол. Той може да предизвика образуването на плаки по кръвоносните съдове, което да доведе до тяхното стесняване. Проучванията показват, че високи нива на LDL и триглицеридите повишават риска от исхемичен мозъчен инсулт. Плаките могат да увеличат и риска от възникване на транзиторни исхемични атаки. Вторият основен тип холестерол, холестерола с висока плътност - HDL, често е наричан "добър" холестерол. Високите нива на HDL могат да понижат риска от исхемичен мозъчен инсулт [93,99.216].

Атеросклерозата на големите екстра - и интракраниални артерии е най-честата находка при тромботични мозъчни инсулти. Атеросклерозата е състояние, което се характеризира с прогресивното изграждане на плаки - мастни отлагания и клетки в артериалните стени. Това причинява задебеляване на стената и може да доведе до нарушено кръвоснабдяване на мозъка и други части на тялото. Атеросклерозата излага пациентите на повишен риск от мозъчен инфаркт или преходни нарушения на мозъчното кръвообращение. Атеросклерозата е заболяване, което по принцип протича без явно изявиени симптоми. Провеждане на профилактични прегледи и изследвания може да спомогне за ранното откриване на заболяването и профилактика на мозъчния инфаркт [99,165].

Тютюнопушенето увеличава двукратно риска от инсулт в сравнение с непушачите. То води до понижаване на количеството кислород в кръвта, поради което е необходимо повишено натоварване на сърцето, за да се осигури адекватна доставка на кислород до тъканите. Тютюнопушенето е най-широко разпространеният, независим и силен рисков фактор за

исхемична болест на сърцето, както и за исхемичен мозъчен инсулт. Рискът от ИМИ е 3 пъти по-голям при пушачите в сравнение с непушачите. Най-голям е релативният риск при по-младите възрастови групи, което е от голямо социално значение. Според проучванията у нас през последните години тютюнопушенето обхваща 40,0% от населението над 20 годишна възраст. България е на десето място в света по броя на пушачи. Освен това, тютюнопушенето спомага за натрупването на отлагания по стената на кръвоносните съдове, увеличава се склонността към тромбообразуване и атеросклеротично поражение на съдовата стена, което намалява мозъчния кръвоток и може да доведе до поява на ИМИ. Като цяло инсултният риск при пушачи е най-висок [164].

Физическа активност е определен предиктор за сърдечна смърт, а напоследък са налице многобройни доказателства по отношение на благоприятното въздействие на физическата активност за превенция на исхемичния мозъчен инсулт.

Затлъстяването, както и намалената *физическа активност*, са рискови фактори за ИМИ. Затлъстяване има, когато стойностите превишават 27,3кг/м или 30кг/м. Този индекс е по-висок в страните от Югоизточна Европа и по-малък в Северозападна Европа [93,211]. При това разликите са по-подчертани при жените и за възрастовата група между 40г. и 50г. Затлъстяването често се комбинира с артериална хипертония, захарен диабет, хиперхолестеролемия, тютюнопушене. Рискът от исхемичен инсулт зависи не само от степента на затлъстяване но от неговия тип.

Лошите хранителни навици са важен здравословен проблем за развитите страни. Приемът на храна обикновено превишава физиологичните потребности, консумират се много животински белтъци и мазнини, както и голямо количество сол, пресните плодове и зеленчуци са недостатъчни. Употребата на сол у нас е два пъти по-голяма от обичайната

и далеч превишава препоръчаната доза от 5 грама дневно. Предизвикани от нездравословното хранене, промени в липидния профил и в кръвното налягане, ускоряват атеросклеротичните процеси в големите съдове на мозъка и причиняват характерни увреждания в стените на мозъчните артериоли. Консумацията на животински мазнини води до повишаване на холестерола и липопротеините. Спазването на нискокалорична диета, диета бедна на сатурирани и транс - мазнини и холестерол спомага за контролирането на затлъстяването и дислипидемията, което от своя страна понижава риска от инсулт. Диета богата на готварска сол води до повишени стойности на кръвното налягане [11,218].

Все още не е напълно изяснено каква е връзката между консумацията на *алкохол* и увеличения риск от исхемичен мозъчен инсулт. В някои проучвания, прекомерната употреба на алкохол не показва връзка със заболяване от инсулт. При консумация на повече от 2 питиета дневно се увеличава риска от ИМИ с 50,0%. Медицинските специалисти са съгласни със становището, че ежедневната консумация на 1-2 алкохолни питиета увеличава риска от мозъчен инсулт и води до други медицински проблеми, като чернодробни заболявания, сърдечни заболявания, и до мозъчно увреждане [208].

Оралните контрацептивни медикаменти влияят неблагоприятно върху мастния профил, което се изразява преди всичко в повишаване нивото на триглицеридите. При употребата на тези медикаменти настъпват отклонения и в хомеостазата в посока на хиперкоагулабитет. Повишава се риска от остри нарушения на мозъчното кръвообращение. Появява се възможност за възникване на тромбози на мозъчните артерии. Приема се, че риска от исхемичен мозъчен инсулт при жените, приемащи контрацептивни медикаменти, нараства при наличие на артериална хипертония, мигрена, възраст над 35 години, съпътстващ захарен диабет или дислипидемии [231].

Опасна е и злоупотребата с *медикаменти*. Мозъчните инфаркти възникват и при злоупотреба с наркотици и психо стимуланти: кокаин, хероин, ефедрин и други. Това е един голям социален проблем, касаещ цялото общество.

Борбата с рисковите фактори има основно значение за предпазване от исхемичен мозъчен инсулт. Необходимо е тяхното навременно диагностициране, професионална оценка и при необходимост лечение, защото рисковите фактори, свързани с начина на живот могат да бъдат променени, а рисковите фактори, свързани със заболявания могат да бъдат излекувани [116].

С цел разработване на нови подходи за повишаване на здравната култура и качеството на живот сред населението е необходимо детайлно изучаване на рисковите фактори.

Решаващата роля за стила на живот като фактор на здравето се потвърждава от факта, че в редица напреднали страна (Канада, Швеция, Великобритания и др.) определят развитието на промоция на здравето като нов тип здравна политика, различна от традиционната, като вниманието е насочено главно към болестта и лечението. Този нов тип здравна политика не се изчерпва с усилията на медицината и медицинските специалисти, а се основава и на широка обществена подкрепа [105,179].

В подкрепа на това бе разработена *Програма Синди*, която се развива под координацията на Европейското бюро на СЗО. В програмата участват 33 страни от Европа и Канада, България се включва в програмата и прилага модели в 8 демонстрационни зони. Основната цел на програмата е намаляване нивото на тютюнопушене, нездравословно хранене, намалена физическа активност, повишено кръвно налягане, затлъстяване, злоупотреба с алкохол и др. [105,116, 223].

Практическата цел е намиране на най-ефективните подходи на обществото за ограничаване на епидемиите от хронични неинфекциозни заболявания.

Повечето от рисковите фактори могат да бъдат модулирани, с цел постигане на ефективна превенция срещу исхемичния мозъчен инсулт (здравословно телесно тегло, физическа активност и здравословно хранене) и са подходящ обект за мениджмънт при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. Управлението на рисковите фактори може да доведе до ефективна превенция при едно условие – отлично познаване на всички аспекти на проблема.

Проследяването на физическата активност, телесното тегло и начина на хранене са задължителни цели на *клиничния мениджмънт* но не са достатъчни за достигане на ефективно управление по мнение на много автори [105,116].

Ефективният клиничен мениджмънт изисква прецизни познания по отношение на етиопатогенезата, превенцията, диагностиката на исхемичният мозъчен инсулт, с цел подобряване качеството на живот на пациентите. Максималният успех на мениджмънта, на превенцията, на протичането на болестта и на нейното лечение може да бъде постигнат, когато отделният здрав или болен човек стане активен участник по съответните етапи на този процес, придобивайки знания и умения сам да се грижи за своето здраве.

1.7. Социалните фактори – отражение на заболяването върху личния и социален живот

Исхемичният мозъчен инсулт е обект на нарастващо внимание от страна на медицината, семейството и обществото. Наред с това все по-голямо значение се придава на холистичния подход. Стремежът е да се

разглежда не само физическото страдание, но и отражението му върху останалите елементи на живота на пациентите.

В „живота с болестта“ са въвлечени по един или друг начин близки, приятели и колеги, а исхемичния мозъчен инсулт от личен проблем се превръща в обществено значим.

Пациентите с исхемичен мозъчен инсулт трудно извършват дейности свързани с ежедневиия живот, често не са склонни да споделят за неприятните си преживявания, свързани с болестта. Те могат да останат затворени в себе си, да чувстват тревожност, безнадеждност и да се самоизолират от обществото. Някои съобщават за ниско самочувствие и липса на самоувереност, граничеща с пълно отчаяние и идеи за самоубийство [11, 26, 100].

Исхемичният мозъчен инсулт засяга цялостно социалното функциониране на 85,0% от пациентите. То довежда до намалена ефективност в извършване на всякаква дейност при 61,0% и е свързано със субективен стрес при 82,8% от болните. Отчетено е също, че социалното и професионално функциониране се влошава с нарастващата тежест и продължителност на заболяването [102, 218].

Факторите, без които понятието „качество на живот“ за пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт е невъзможен са: *законодателство, достъп до общество, физически достъп до околната среда, достъп до информация, транспорт, работа, подкрепа от семейството* и др. [178,215].

Доброто законодателство е обществен и държавен регулатор на качеството на живота, Необходимо е хората с преживян исхемичен мозъчен инсулт да осъзнаят не само своите права, но и своите задължения [49].

Физически достъп до околната среда за хората с преживян исхемичен мозъчен инсулт означава системни грижи на държавата и обществото за

премахване на физическите и архитектурните бариери в околната среда, за да могат инвалидите с всякакви увреждания, свободно и безопасно да се движат, да използват обществените транспортни средства да имат безпрепятствен достъп до обществените сгради [49,50,211].

Достъп до общество се състои в преодоляване на социалните бариери. Обществото трябва да приеме хората с увреждания. Грижите към тези хора и толерантността на обществото съвсем не са достатъчни. Необходима е определена социална структура, в която хората с увреждания да могат да се възприемат като пълноценни личности и да се нуждаят от обществото [218].

Качеството на живота се гарантира и от *достъпа до информация*. Това се свежда до правото хората с преживян исхемичен мозъчен инсулт да получават информация по достъпен за тях начин. Защото здравните проблеми на нацията произтичат най-вече от нездравословния начин на живот, както и от провеждането на неадекватна здравна информация .

Подвижността на хората с ИМИ може да бъде значително подобрена, ако има алтернативен *транспорт*. Хората с ИМИ може да имат затруднения с транспорта поради функционална неспособност, когнитивни нарушения и използване на помощни средства за придвижване. Общественият транспорт, който често е единственият начин за придвижване, понякога е недостъпен или невъзможен за използване. Липсата на транспорт може да означава, че хората с ИМИ остават вътре в домовете си без да имат възможност да участват в обществения живот.

Много хора с ИМИ напускат *работа* заради последвалите усложнения: хемипареза, афазия и дизартрия, депресия, епилептични пристъпи. Напускането на работа може да се отрази както върху семейния доход, така и върху самоуважението. Някои хора с ИМИ биха могли да продължат да работят, ако работодателите им окажат помощ като ги

преустроят. Важно е хората с ИМИ, които напускат работа, да могат да я сменят с друга, за да поддържат усещането си за цел в живота.

Тежестта на заболяването при пациенти със семеен доход под социалния минимум е значително по-висока, отколкото при пациентите с по-висок семеен доход. Установява се, че образованието, тежестта на заболяването и възрастта прогнозираат 70,0% от променливостта в семейните доходи. Тежестта на заболяването показва второто най-силно въздействие върху доходите след образование. Семейният доход свързва тежестта на заболяването с глобалното увреждане на качеството на живот. Тежестта на заболяването отрицателно влияе върху финансовото състояние на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт, което от своя страна е медиатор на глобалното увреждане на *качеството на живот* [98,232].

Обект на внимание при изучаване на исхемичния мозъчен инсулт е неговото индиректно влияние върху живота на близки, роднини и партньори на болните. Споделянето на задължения е сред основните характеристики на съжителството. При наличие на исхемичен мозъчен инсулт в семейството този баланс е нарушен – 80,0% заявяват, че грижите за техен роднина или партньор води до психологически натиск, включително тревожност, притеснени за бъдещето на пациента. Други притеснение или липса на време, необходимо за полагане на грижи. Голяма част от членове на семейството, 37,0% смятат, че близките им отношения са се влошили .

Подкрепата от членовете на семейството е съществен фактор за възстановяването и социализацията на хората с преживян исхемичен мозъчен инсулт. Повечето услуги и грижи за хората с ИМИ се осигуряват от членовете на семейството или други роднини и приятели, за се преодолее стреса и последствията от заболяването.

Икономическото състояние на държавата, трудностите в социален аспект, както и изолацията, поставят пред семейството и обществото сериозния въпрос за здравни, социални и икономически грижи за лицата с преживян исхемичен мозъчен инсулт.

За разрешаване на тези проблеми са необходими актуални здравни и социални реформаторски програми, базирани на научни доказателства, които да усъвършенстват капацитета на здравното огранчаване на хората, като елемент на антикризисен план [23,49,50]. Това ще помогне да се ангажира обществото като цяло, да се определи неговото отношение и реални възможности, за подобряване качеството на живот и нуждите при хора с един или друг вид увреждане.

Изграждане на разбиране за заболяването и неговото широко влияние върху всички житейски и социални аспекти би могло да мобилизира силите на редица специалисти и здравно отговорните институции за минимизиране на неблагоприятните ефекти и осигуряване на добро *качество на живот* на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

2. КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ В ЗРАВЕОПАЗВАНЕТО

2.1. Качество на живот – основни теоретични понятия

Известно е, че населението в България има модел на застаряващо население със значителни социални, икономически, медицински, психологически проблеми и последствия. *Качеството на живот* е най-добрият „регулатор“ на физиологичните и социални процеси у човека. Само той може да противостои на пагубните последици от жизнените неслоди. Най-често е обусловен от социално-значимата, трудна и почти

необратима патология, при приоритетното участие и с особен акцент на социално-биологичните детерминанти [169,170,171].

Още древногръцките мислители Платон и Аристотел са тълкували класическото понятие “eudemonia” като щастлив и подобрен живот [124].

За пръв път Аристотел анализирана категорията „*качество*.“ Той я определя като “видово отличие”, “видов признак, който отличава дадената същност в нейното видово своеобразие от друга същност, принадлежаща към същия род”. Хегел пък определя качеството като “непосредствена характеристика на битието на обекта [124,170,189].

Терминът „*качество на живот*” се появява в средата на 50-те години на 20-ти век, а през 60-те се включва в научната терминология. Той се разглежда като развиваща се икономическо-философска категория, която характеризира материалния и духовен комфорт на съществуването и жизнената дейност на хората [144,171].

За пръв път понятието *качество на живота* е било използвано през 1958г. от шведски социолози. Неимоверно трудно е да се даде задоволително определение за качеството на живота. Най-успешният опит в това отношение принадлежи на шведския психолог Каджанди (1981). Според него “индивид с високо качество на живота е онзи, който има добри външни условия за живот, добри междуличностни отношения и добър вътрешен психологически статус“[89,12].

Използвайки съдържащите се в това определение три компонента Каджанди разработва модел за измерване качеството на живота. Неговата скала много успешно може да служи за оценка и самооценка на качеството на живота на всеки индивид, в това число на индивиди от всички видове и степени на увреждания, възрастови и интелектуални равнища [160,166,169].

Според D. Fleese Perry качеството на живот е дефинирано като комбинация от условията на живот и удовлетвореността, измерена от

скалата на значимост. Подчертава се нуждата от съблюдаване на личните ценности, стремежи и очаквания [124,166.171].

Според концепцията и медико-социалните науки все още няма единно приета дефиниция за *качество на живот*. Може да се каже, че качеството на живот е дефинирано като качества на условията на индивида, като удовлетворение от жизнените условия и удовлетвореност от живота [116,170,171].

По отношение на обществото, категорията „*качество*” разкрива критериите за неговата жизнена дейност, условията за осигуреност и за жизнеспособност на обществото като цялостен социален организъм. По пътя на икономическото развитие и прехода към нова цивилизация – „цивилизация на качеството”, световната научна мисъл се насочва към ролята на качеството на живот, като комплексен изразител на целите [168].

Качеството на живота се отнася до общото благосъстояние на индивидите и обществата. Това е степента на благополучие и лична удовлетвореност, изпитано от даден човек или група от хора. На тази основа се базира и динамично променливата оценка на личното благосъстояние, която включва:

- *Физическото благосъстояние*, което най-общо включва доброто здравословно състояние, физическия комфорт, режима на хранене и физическа активност, предпазването от болки и заболявания, както и способността за самостоятелно извършване на дейности, свързани с личните потребности на индивида.
- *Психологическите аспекти* на качеството на живота са свързани с психично здраве, различните състояния на стрес, тревогите и удоволствията в ежедневието, различните положителни и отрицателни емоционални състояния, самооценката.
- *Социалното благосъстояние* е най-разнообразно и трудно измеримо, тъй като включва активността в интимния живот и семейството,

приятелските отношения, професионалната реализация, развлеченията в свободното време, социалната среда и живот, придобитото образование и култура и околната среда [56,61,169].

В съвременния етап на развитие на концепцията за качество на живота са свързва най-вече с възможностите за образование, за развитие на способностите на хората, за съхраняване на физическото и духовното здраве в условията на свобода и справедливост. Акцентът се пренася върху социално-икономическите условия на живот, като се дава приоритет на здравеопазването, екологията, условията на отдих.

Позицията за качеството на живот е трудно да се дефинира, защото се уповава на термини като качество и ценност, които са доста неточни и недобре формулирани. Като цяло обаче може да се изложи, че ползата на един живот може да се оцени от неговото качество. Тези обстоятелства трябва да се определят и да се докаже връзката им с този проблем. В медицински условия това могат да бъдат заплахата от смърт, постоянна, непоносима болка, ясно съзнание и разум, способност да се изпитва радост от живота, да се взема правилно решение и избор, както и липсата на необходимост от лекарства, помощни средства или чужда помощ, необходимост от социална и психологическа подкрепа. Важна част на това определение е, че се взема предвид факта, че качеството на живот не съществува изолирано. То винаги е свързано с даден продукт, услуга или процес и представлява неговата характеристика. Основната цел е да има някакви предварителни очаквания, поставени изисквания, които следва да бъдат изпълнени [144,170].

В България удовлетвореността от работата е най-ниска сред страните в Европа, българите имат изобщо най-нисък индекс на удовлетвореност от живота в Европа, както и най-нисък индекс за щастие. Това отчасти, но не напълно, се обяснява с ниските и несигурни доходи и работа.

Субективните индикатори представят картината дори по-мрачна и от наистина неблагоприятните данни от обективните индикатори. Българите имат не само ниско ниво на субективно благосъстояние, но и ниски преценки за “качеството на обществото” си – те оценяват най-ниско качеството на получаваните здравни и социални услуги в обществото, те са с най-ниски оценки за доверие към здравната и социалната система, официалните институции и другите хора, с мнение за особено висока корупция във всяка една сфера в страната [115,125,134,216].

Естествено, че индивидуалната оценка за качеството на живот е отражение на социалното качество на живот, в създаването на което обществото трябва да осигури необходимите условия за участието и приноса на отделните негови членове.

Според концепцията и медико-социалните науки все още няма единно приета дефиниция за *качество на живот*. Може да се каже, че качеството на живот е дефинирано като качества на условията на индивида, като удовлетворение от жизнените условия и удовлетвореност от живота [116,170,171].

2.2. Качеството на живот в медицинската практика

Качеството на живот оценява продължителността на живот и се модифицира от социалните възможности, функционалното състояние и недостатъци, повлияни от болести, наранявания, лечение или политика. Използван в контекста на медицински условия, „качество на живот” се отнася до комбинацията от различни фактори: здравето на индивида, симптоми и степен на физическо и социално функциониране. Когато някаква болест или лечението ѝ имат отрицателно влияние върху усещането на човек да се чувства добре и възможността да извършва всекидневните си задължения, тогава може да се каже, че качеството на

живот не е добро. Това се отнася и до продължителността на живот при наличието на различни заболявания, травми, понякога и неудобствата от социалната политика.

Качеството на живот в *концепцията за здравето* на СЗО отразява идеята на индивида за позицията му по отношение на ценностната и културна система, в която живее и връзката с неговите постижения, очаквания, стандарти и убеждения. „*Здравето е състояние на пълно физическо психическо и социално благополучие, без болест или някакъв вид увреждане*“. Основните насоки са не здравето само по себе си и удължаване на живота, а опазване и подобряване на качеството на живот“ [103,133,135].

Качеството на живот е в тясна връзка с изискванията към качеството на медицинското обслужване, което се изменя *исторически* в съответствие с обществените, научно-технически и други промени [109,113].

Като *начало* се приема дейността на *Флорънс Найтингейл* по време на Кримската война, когато през 1848г. тя въвежда съществени подобрения в обучението на сестрите и третирането на ранените, в резултат на което леталитетът в полевите болници намалява от 40,0% на 4,0% [82,86,117].

Втората фаза в развитието на проблемите в областта на качеството започва през 1913г., когато на основата на доклад на Флекснер и метода на Е. Кодман, Американският колеж на хирурзите взема решение за създаване на структура, която да оценява и гарантира качеството на работа в болниците [82].

Третата фаза включва периода след 1950г., когато в САЩ се създава Обединената комисия за акредитация на болниците (Joint Commission on Accreditation of Hospitals). По-късно (1953г.) в Канада се образува самостоятелният Канадски съвет за болнична акредитация (Canadian Council of Hospital Accreditation) [86].

През 90-те години и в здравеопазването се възприема възгледът за непрекъснатото подобряване на качеството, като развитие на съществуващия възглед за осигуряване на качеството на живот. Качеството на медицинската помощ се поставя като основен приоритет за здравните власти, предоставящите медицинската помощ, финансиращите органи и потребителите.

През последните десетилетия са положени значими усилия за установяване на резултатите от медицинската помощ. Европейския форум на националните сестрински и акушерски асоциации подкрепя активно политиката за развитие на качеството на медицинската помощ, като препоръчва националните медицински асоциации да поемат ръководната роля в развитието на качеството на медицинската помощ. Общата цел е да се подобри помощта, която се предоставя на пациентите, за да се гарантира качествен живот [170,171,172,223].

Окончателната преценка за качеството на живот е динамична както във времето, така и с промяната на ситуациите. В този смисъл под качество на живот следва да се разбира пространството между действителното функционално ниво на индивида и собствения му идеален стандарт. *Качеството на живот* може да се измери и с личната удовлетвореност, не само спрямо интелектуалните и културни условия, при които човек съществува, различаващи се от материалния комфорт [177,230].

В здравеопазването *качеството на живот* е оценка на благосъстоянието на даден пациент, независимо под каква форма или липсата му, което се повлиява във времето от определени заболявания, инвалидност или нарушение на определени физически способности.

Качеството на живот на пациента заема все по-важно място в медицината и здравните грижи за окачествяване на заболяването и подобрието от терапията. Според Health Related Questionnaire (HRQOL) качеството на живот има отношение към скорошна болка, раздразнение,

проблеми със съня, причина, продължителност и степен на ограничение на способността за извършване на някаква дейност [170,177].

Някои от сферите, които засяга са:

- **физическото благополучие** - изразява се в този физически комфорт, при който нормалните или влошени функциите на организма осигуряват определени усещания или симптоми и странични ефекти от лечението;
- **функционалното благополучие** – изразява се в способностите на индивида да извършва дейности, съобразно потребностите му в личното му ежедневие и социалната среда;
- **емоционалното благополучие** е свързано с физическото, но се отличава със своя биполярен характер като отразява положителните и отрицателните афекти;
- **социалното благополучие** има разностранно съдържание и се измерва трудно, защото се отнася главно за взаимовръзки със средата, подкрепата и активността и най-вече с мястото и отношението на индивида в тая среда [121,122,16].

През последните две десетилетия понятието *качеството на живот* става все по-популярно, в *медицинската практика и здравните грижи*. И в двата случая се отнасят до качеството на живот на пациентите с нарушено здраве. Основните насоки са не здравето само по себе си и удължаване на живота, а опазване и подобряване на качеството на живот. Има известна връзка между този фактор, здравето и щастието. В динамичното всекидневие на хората това, което трябва да се проследи е промяната на показателите, определящи доброто съществуване. Тук значение придобиват и такива понятия като икономически, социални и промени в околната среда. Всичко това е тясно свързано, въпреки че някой би казал, че парите не окачествяват човешките права, качествата на въздух и вода, творческа удовлетвореност, образование, здраве, обществена

безопасност или дори национална сигурност. Методът, който доста често се използва от здравни работници е придобити години качествен живот (Quality Adjusted Life Years - QALYs) и свързаните придобити години на неспособност (Disability Adjusted Life Years - DALYs) и двете свързани с една година на пълно здраве или респективно една година различна степен на болест или неспособност [97,152,173].

В целия свят се наблюдава непрекъснато развитие на проблемите на качеството в областта на здравеопазването, като се включват почти всички страни на проблема. В правно отношение качеството на живот е реализацията на правото на достоен живот и свободно развитие на човека. Това е отразено и в Конституцията на Република България: **чл. 52 ал.1,3.**

Когато някаква болест или лечението ѝ имат отрицателно влияние върху усещането на човек да се чувства добре и възможността да извършва всекидневните си задължения, тогава може да се каже, че качеството на живот е влошено. Това се отнася и до продължителността на живот при наличието на различни заболявания, травми, понякога и неудобствата от социалната политика. Степента, до която човек е способен да максимализира своите физични, психологични и социални функции е индикатор за възстановяване или подобряване от някакво хронично заболяване [171,187,]

Концепцията за подобряване на качеството на живот на пациентите в много отношения е важен фактор, поради определената продължителност на техния живот. Оценяването на качеството на живота се приема все повече през всички фази на лечебния цикъл. При цялостната оценка трябва да се има предвид и съществуващите взаимоотношения между силата и продължителността на действие на симптомите върху качеството на живот. Качеството на живот на пациента заема все по-важно място в медицината и здравните грижи за окачествяване на заболяването и подобрението от

терапията. Обхватът на оценката на качеството на *здравните грижи* включва широк кръг от въпроси:

- Общата оценка не само на здравословното състояние на едно лице, а на една цяла популация;
- Изучаване на влиянието на различни рискови фактори профилактика и рехабилитационни програми;
- Оценка на ефективността на лечението;
- Разработване на програма за индивидуална терапия;
- Комплексна експертна оценка.

На преден план и все повече се акцентира на влиянието, което оказват хроничните заболявания. Подобряване здравето на населението е обявено за приоритет в програмата на правителството. Здравето на населението е основа за социалното развитие на България [98,117].

Според определението за *качество в здравеопазването* по СЗО това е:

„Грижи, които предоставят най-добрия здравен резултат и:

- *Максимум ползи и минимум риск за пациента;*
- *Високо ниво на удовлетвореността и на самочувствието на пациентите;*
- *Най-добрите възможни здравни грижи”*

Най-важният компонент в цялостната фигура на индекса е сравнения с очакванията на пациента. Редица проучванията показват, че състоянието на удовлетворение от медицинското обслужване е непълно. Така че, окончателно определението за качеството на живот се определя от *„Положителната оценка на пациентите за нивото на техните настоящи функции и активност и от удоволствието, което получават от тях, сравнено с това, което те считат за постижимо или идеално”* [118,121,123].

Съвременните разбирания за качеството на живот в контекста на здравеопазването отчита, че пациентите възприемат актуалното си

здравословно състояние в светлината на личните си очаквания. Те могат да варират във времето и пациентите могат да реагират на външни влияния като продължителност и степен на заболяването, подкрепа от семейството.

За да се създаде и поддържа качеството в здравеопазването трябва да се знае това от което пациентът се нуждае и което желае. Източникът на тази информация е самият пациент, той е този, който усеща болка и рискува живота си, било по активен или по пасивен начин. Изходната точка на качеството в здравеопазването е връзката с пациента, която дефинира и описва формата, по която се работи с него чрез различните услуги на които той е подлаган [100,104].

Известно, че всяко едно заболяване, прогресира и носи след себе си много усложнения, някои от които остават фатални за цял живот. Управлението на едно заболяване е свързано с избор на начин на живот, избор на лечебен процес и избор на експерт или специалист за направления и консултации и най-вече добре адаптирана рехабилитационна програма. Трябва да се има предвид, че някои болести не се лекуват, но винаги може да се направи още нещо за пациента (например предоставянето на палиативни грижи при пациенти в терминален стадий) за повишаване на неговото качество на живот, разбира се, при съвременните постижения на медицинската наука. При обсъждане на желаните от пациента резултати, е важно да се знае, че те не винаги съвпадат с професионалната гледна точка или с възможностите на медицината [122,167,170].

Еднозначно тълкуване на качеството на медицински грижи няма. По смисъла на Националния рамков договор (2012г.) - „Качествена здравна услуга е тази която предоставя на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука, при оптимална цена за същия резултат, при

минимален ятрогенен риск и при достигане на възможно най-голямо удовлетворение по отношение на процедурите на резултатите и хуманност на здравните грижи“ [117,170].

Известно е, че исхемичният мозъчен инсулт прогресира с течение на времето и може да се получат много и разнообразни усложнения някои от които могат да бъдат с фатални последици за живота. Затова активното наблюдение, контрол над симптомите, комуникацията с пациента, мениджмънта на здравните грижи са важни и насочени към подобряване на благосъстоянието и подобряване качеството на живота при тези пациенти.

2.3. Качество на живот – изследване с помощта на самооценъчен тест

World Health Organization Quality Life- BREF (WHOQOL-BREF)

В съвременното общество темата за качеството на живот е все по-широко обсъждана. Това е категория, която изразява личното усещане на всеки индивид за мястото му в живота, обществото и неговото благосъстояние. Отразява неговите цели, очаквания и тревоги.

Според СЗО това възприятие на индивида е свързано с много фактори, включително с културната и ценностна система. Качеството на живот в широк смисъл това включва всички аспекти на живота – от физическото здраве на човека, през психическото състояние, до личните вярвания, социалните взаимоотношения и връзката им с особеностите на средата. Заболяванията засягат физическото здраве на пациентите, но директно или индиректно повлияват в различна степен всички останали аспекти на техния живот. Исхемичният мозъчен инсулт включва всички тези измерения [98,101,105,220].

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 исхемичния мозъчен инсулт и когнитивния дефицит, като възможни прогностични фактори за депресия в първите няколко месеца. Това е от съществено значение за социалните, професионални и семейни взаимоотношения на пациента.

Настъпващите затруднения в храненето, придвижването, комуникацията и социалната изолация, с които заболяването оказва влияние върху личния живот на пациентите не може да се разглежда изолирано от отражението върху най-близките съжителители – семеен и приятелски кръг, партньорски взаимоотношения. Това доказва, че заболяването не е проблем само на отделния индивид, а има много по-широко въздействие. Начините които влошават качеството на живот са по специфични и надхвърлят рамките на медицината.

Лечението на исхемичния мозъчен инсулт започва в **болница** с „*лечение на острата фаза*“. Тази първа стъпка включва усилията, насочени към оцеляването на пациента, превенцията на следващ исхемичен мозъчен инсулт и грижата за други съпътстващи заболявания.

Рехабилитацията е следващата стъпка в процеса. Тя спомага на болния да запази умствените и моторните си възможности, както и да възвърне загубени такива след исхемичен мозъчен инсулт. Обикновено започва още в болницата и най-често продължава и след изписването.

Последната стъпка в процеса на възстановяването е **връщането към ежедневните дейности** след процеса на лечение и рехабилитация. Тази фаза може да трае до живот и включва научаването да се живее с ефектите на исхемичния мозъчен инсулт. Това може да включва научаването на нови начини за извършване на обикновени задачи или компенсирането на

слабостта на едната част на тялото чрез извършване на повече дейности с другата [88,98].

Друг важен елемент с отражение върху качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт е свързан с това колко от запазените нервни клетки остават около лезията в ранния период след инсулт, както и от скоростта и професионализма на медицинските специалисти, относно рехабилитацията и здравните грижи на пациента [97, 98].

Обективизация на качеството на живот при пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт се постига със самооценъчен въпросник. Проектът на Световната здравна организация за качество на живота (WHOQOL) е стартиран през 1991г. Целта бе да се разработи международен между културен инструмент за оценка на качеството на живот. Той оценява възприятията на индивида в контекста на тяхната култура и ценностни системи, техните лични цели, стандарти и проблеми [89,93,97].

Най-голяма популярност и най-широко използван в момента е Индекс на качеството на живот в неврологията – Word Health Organization Quality Life- BREF (WHOQOL-BREF) валидиран за България през 1999г. от В. Петков. WHOQOL-BREF представя данните под формата на профил, като оценява всяка една от областите поотделно и дава обща оценка на КЖ (отделните области имат еднаква тежест). Всички въпроси се отнасят до последните две седмици, предхождащи изследването. Състои се от 26 въпроса, обединени в областите „телесна“, „психологична“, „отношения“ и „среда“. Въпросите са самооценъчни и може условно да се разделят на такива, които оценяват „обективни“ и „субективни“ преживявания, събития и поведения [97,232].

Генеричният въпросник на СЗО (WHOQOL-BREF) е използван за изследване качеството на живота сред полиморбидния контингент в

множество анкетни проучвания, включително от П. Манчева през 2005г.-2006 г. и 2010г.-2012г. в Обща ТЕЛК на УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна [97].

Инструментът WHOQOL-BREF се състои от 26 предмета, които измерват следните широки области: физическо здраве, психологическо здраве, социални взаимоотношения и околна среда. WHOQOL-BREF е по-кратка версия на оригиналния инструмент, която може да бъде по-удобна за използване в големи изследователски проучвания или клинични изпитвания. Простотата на изпълнение и неговата надеждност правят WHOQOL-BREF почитан инструмент за комплексна оценка на състоянието на болните и с важна роля при вземането на медицински решения [97,170,198].

Данните от научните проучвания дават основание в изграждането на консенсуси за лечение на исхемичния мозъчен инсулт в отделните страни и да включат като неразделна част WHOQOL-BREF [170,198].

3. ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ, ФАКТОР ЗА ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

3.1. Ролята на медицинската сестра в съвременното здравеопазване

В съвременната глобализация на обществото изключително важно е реализирането на Стратегията на СЗО „Здраве за всички 21 век“, която включва като основна цел понижаване на заболяемостта и намаляване на страданията, причинени от основните болести, травми и увреждания, интегрирана система за лечебна помощ и здравни грижи,

адаптиране на човешките ресурси в здравеопазването към новите професионални изисквания. В интегрирания Европейски контекст ключово значение придобива *ролята на медицинската сестра*, която е в състояние да посрещне съвременните предизвикателства пред общественото здраве и може да разрешава комплексните проблеми в системата на здравеопазването, за подобряване качеството на живот на пациентите [90,92,122].

"Основната роля на медицинската сестра се състои в оказване на помощ на болния или на здравия индивид да поддържа или да възстанови здравословно си състояние (или да го подпомага през последните дни на живота му), чрез извършване на дейности, които той би извършил сам, ако има сили, воля или ако притежава желаните познания, като тези действия се извършват така, че да се помогне на индивида възможно най-бързо да възстанови своята независимост (Вирджиния Хендерсън).

Световна здравна организация определя *мисията на сестрата* в съвременния свят като: *"Основната роля на сестрата се състои в това да подпомага човека - болен или здрав, за запазване или възвръщане на здравето, чрез изпълнение на задачи, които той самият би изпълнил, ако имаше за това сила, воля или притежаваше необходимите познания, за да може да възвърне своята самостоятелност"* [9,37,83].

Мисията на медицинската сестра към обществото се състои в оказване на помощ на отделните личности, семейства и групи за достигане и развитие на собствения им физически, умствен и социален потенциал и поддържането му на съответното ниво в сложните условия, в кои те живеят, учат и работят. Това налага развитие на сестринството и изпълнение на функции, отнасящи се до укрепване и съхраняване на здравето, както и предотвратяване на заболяванията [76,86].

Отговорностите на медицинската сестра са фокусирани най-вече върху *здравните грижи*, които тя трябва да полага за пациентите. В този аспект особено значение представляват съветите, които тя дава на пациентите за опазване и укрепване на здравето им, за избягване на рисковите фактори, за справяне с възникнали здравни проблеми с последваща ресоциализация. Това налага необходимостта медицинската сестра да осъществява комуникации сред обществеността, тъй като е известно, че здравето е основен приоритет в живота на всеки индивид. Така медицинската сестра се превръща в свързващо звено между лекаря и пациента [83,85,132].

Според СЗО основните *функции* на медицинската сестра са :

- *Здравно-промотивни функции* – те включват дейности със здравите пациенти с цел формиране на здравно възпитание, здравно поведение и здравословен начин на живот;
- *Профилактични* – те включват дейности свързани с предпазване от различни видове заболявания;
- *Консултативни* - консултира и координира профилактични приложни и интервенционни дейности по здравно образование на пациенти и техните семейства;
- *Експертни* - води индивидуални разговори или групови занимания с пациенти и техните семейства по въпроси свързани с профилактика на заболяванията;
- *Организационни* - подпомага профилактичната дейност извършвана от ОПЛ, като участва в работни групи, програми, проекти и др.;
- *Медико-педагогически* – медицинската сестра провежда обучение на болния и близките на болния за самопомощ, обучение за изработване на активно здравно поведение у болния в помощ на неговото лечение и възстановяване;

- *Медико-социални* – ориентирани са към семейството и общността, осъществяване на консултации с различни специалисти и социално подпомагане;
- *Управленчески* – управление на здравните грижи. Поставянето на цели, планиране на сестрински интервенции, организиране, координиране и оценка на постигнатите резултати, по отношение на всеки пациент независимо дали е болен или здрав [76,83,91,118].

Сестринската функция се формира от 4 съставни елемента: *пациент, сестринска работа, околна среда и общество*. При изпълнение на функциите си медицинската сестра работи независимо, взаимно зависимо в екип и в зависимост от лекаря когато изпълнява неговите назначения [83,86].

В различните Европейски страни параметрите на тези функции имат различни характеристики. Изучаването на системата „медицинска сестра-пациент“ позволява да се формулират три основни функции на медицинската сестра: познавателна, приложна и прогностична. По този начин се очертава пространството за дефиниране мисията и визията на медицинската сестра. В този аспект мисията на медицинската сестра може да се определи като процес, който да гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности ефективни здравни грижи, в които водещо място и значение формират на здравословен начин на живот на пациента [76,85,178].

При упражняването на професионалните си отговорности медицинската сестра трябва да се придържа към общоприетите в европейските страни *принципи* и по-конкретно: [76,83,85]

- Медицинската сестра осъществява сестринските грижи при всеки пациент със зачитане на неговото достойнство – с разбиране на

индивидуалните потребности на пациентите, със състрадание и чувствителност;

- Медицинската сестра се отнася отговорно към дейностите, които осъществява и професионалните си задължения, като тези дейности ги реализира със съгласието на своите пациенти и техните семейства, както и по начин, който отговаря на професионалните стандарти и действащото здравно законодателство;
- Медицинската сестра осигурява високо качествени здравни грижи, които поставят пациента в центъра чрез включване на пациентите и техните семейства във вземането на здравни решения и съдействие за получаване на информирано съгласие за тяхната терапия и грижи;
- Медицинската сестра осъществява мениджмънт на риска и проявява бдителност за различните рискове, както и подпомага осигуряването на безопасност за пациентите;
- Медицинската сестра е в центъра на комуникационните процеси;
- Медицинската сестра е отговорна да осъвременява своите знания и умения и да ги използва компетентно, с разбиране и вникване в съответствие с потребностите на всеки пациент;
- Медицинската сестра развива себе си и повлиява грижите, които представя по начин, който е отговорен и отговаря на индивидуалните потребности на пациентите;
- Медицинската сестра е един от основните фактори за успешно осъществяване на здравните реформи. Като част от екипите за здравна помощ те взаимодействат с потребителите на здравни грижи в разнообразни условия на работната среда. Това им дава възможност да оценят здравните нужди на пациента, да проследят влиянието на някой от рисковите фактори при пациенти с ИМИ, да дадат необходимата здравна информация [76,83,].

През последните десетилетия с промяната в тенденциите на заболяемостта се повишава и собствената отговорност за здравето, справянето със заболяването и процеса на рехабилитацията и ресоциализацията. Един от резултатите на този процес е разширяването *ролята на медицинската сестра*, която излиза извън традиционните ѝ функции на грижа за болния, включвайки психологически и социални измерения на здравната култура [129,141,157].

Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата *професионална компетентност*, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения [101,121,122].

Съвременната медицинска сестра трябва да бъде лицето което чрез своите знания и компетенции, да съдейства и подпомага индивида както да промени своите нездравословни навици така и да поддържа здравословен начин на живот. Тя трябва да осъществява своята дейност по всяко време и по такъв начин, че да оправдава общественото доверие, да пази и издига престижа на сестринската професия, и преди всичко да защитава интересите на отделните пациенти. *Тя носи отговорност за своята уникална и предизвикателна дейност в неврологичната практика* [101,106,111].

Днешната професионална подготовка на медицинската сестра все повече отговаря на постоянно растящите здравни потребности на населението. Завършващите днес университетско образование медицински сестри имат теоретичната и практическа подготовка да отговарят на нуждите на населението, в това число и да обучават и предоставят информация свързана с опазване и укрепване здравето на индивидите и подобряване качеството на живот [83,85,86].

Непрекъснато променящото се общество доведе до значително развитие на сестринската професия и на полагащите здравни грижи. Основната дейност на медицинската сестра се състои в оказване на помощ на отделните личности. Нейна отговорност е да подпомага пациента по отношение на неговите ежедневни навици, както и да съдейства при осъществяване на дейности, които правят живота на пациента в значим. Особено важно е лекарят и медицинската сестра да мотивират пациентите да поддържат и подобряват своето здраве, както и да прилагат придобитите здравни знания и умения. Тя е основния елемент във веригата лекар - здравни грижи - пациент, като на нея се пада основната роля на пряк изпълнител и в същото време ръководи цялостния процес.

Според *Г.Грънчарова*, „Сестрата на 21 век трябва да бъде изключително проницателна във възприемането на алтернативи и търсене на иновационни подходи за решаване на проблемите, тъй като здравната индустрия се изправя пред ерозия и изчезване на традиционните практики за предоставяне на здравни грижи”.

Настоящото ниво на сестринството изисква медицинската сестра да е в състояние самостоятелно да оцени състоянието и нуждите на пациента, правилно да ги наблюдава, да взема обосновани решения, свързани с определени отговорности когато от нейната професионална компетентност зависи успеха на лечението на пациента [105,118,122,198].

В този аспект ролята на медицинската сестра може да се определи като процес, който да гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности ефективни здравни грижи, в които водещо място и значение има формирането на здравно обусловен начин на живот на пациентите, предлагане на необходимата здравна информация и осигуряване на професионални здравни грижи за предотвъртяване на усложненията и подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

3.2. Състояние и потребности от здравни грижи

Философията на съвременното сестринство се базира на етични и морални принципи и усъвършенства сестринството като наука и изкуство за удовлетворяване на човешките потребности, за защита на здравето и околната среда. Тази философия се реализира само от тези медицински сестри, които притежават необходимите качества и добродетели. Тези, които могат да носят отговорност за качеството на извършените грижи и проявяват състрадание и милосърдие към хората в работата си.

Сестринската професия е ориентирана към задоволяване нуждите на пациента от *здравни грижи*, но нейното съдържание се е променяло през годините. Съществуват различни определения за понятието „сестринство”, но в центъра на всички е *грижата за пациента*, за достигане на възможно най-добро качество на живот [106,111].

Грижите за болния имат дълга история, която датира от преди няколко хилядолетия. *Флоранс Найтингейл* в книгата „Основни принципи на сестринските грижи” формулира : „Уникалната задача на сестрата е да оказва помощ на човека, възстановяване или спокойна смърт и както той сам би признал, ако има за това необходимите сили, знания и воля”. Определението на *Флоранс Найтингейл* дава основание на редица теоретици на сестринството да развият и прилагат различни модели на сестрински грижи [2,6,7,63].

Сестринският модел е процес на работа, при който сестрата сама определя, извършва и оценява действията, свързани със собствената и роля, дефинирана според неформалния договор за сестрински грижи, сключен с лекуваното лице логичен, систематичен и строг метод за решаване на даден проблем. Сестринският модел е нещо повече от сбор на идеи за хората и сестринските грижи и може да се използва, като насока в планирането и осигуряването на грижи и е основен метод в сестринските грижи [76,104].

Сестринският метод е научен подход в реализирането на здравни грижи - интелектуален процес, състоящ се от различни етапи, които следват в логична последователност и чиято цел е подобряване състоянието на пациента. Това е строго прилаган системен подход, чрез който се намира необходимата информация, обработва се и се конкретизира чрез конкретни интервенции, а в последствие се оценяват резултатите. Чрез прилагането на сестринския модел, все по-често говорим и срещаме приложението на научния подход в сестринските грижи. Прилагането на научния подход подобрява качеството на здравните грижите и тяхната организация, но прилагането му е обект на норми за компетенции, които ръководят работата на сестрата [2,3,13,167].

Медицинските сестри са един от основните фактори за успешното осъществяване на здравните реформи. Това бе мотивът СЗО да основе Европейския форум на националните сестрински и акушерски асоциации.

Новата философия, приета на Световния конгрес на Международния Сестрински Съвет в Тайпе (2005г.) е, че сестрата не обгрижва лекаря, а болния и е възприета норма – не по-малко от една сестра на четири болни. В същото време сестрата осигурява грижи не само в болницата и не само за болния. За това определението за сестринството (nursing=обгрижване), е че *„сестрите осигуряват нуждите на човека от здравни грижи, когато той не може да ги удовлетворява сам, (поради болест, инвалидност, възраст и други), или не знае как, или не трябва да ги извършва сам”*. Това определение включва грижата за човека от сестрата, акушерката и другите професионалисти по здравни грижи от зачеването на човека до смъртта му [111,118,129,142].

Настоящото ниво на сестринството изисква медицинската сестра да е в състояние самостоятелно да оцени състоянието и нуждите на пациента, правилно да ги наблюдава, да взема обосновани решения, свързани с

определени отговорности когато от нейната професионална компетентност зависи успеха на лечението [1,2,211].

Медицинската сестра действа както независимо, така и в сътрудничество с другите професионалисти в сферата на здравеопазването, за задоволяване потребностите на обществото и отделния пациент, за запазване на здравето. Здравните грижи не зависят от расови признаци, възраст, пол, политически и религиозни убеждения, социално положение. Потребността от здравни грижи е универсална, тя е необходима на хората от раждането до смъртта. При оказването на помощ на пациента сестрата винаги се старее да създаде атмосфера на уважение към духовните ценности, обичаи и убеждения [1,111,232].

През последните години настъпиха съществени изменения, както в световната, така и в националната практика, изразяващи се в развитие на нова философия на сестринството, увеличаване на потребностите от здравни грижи, мобилност на професионалистите по здравни грижи. Това изисква от медицинските сестри способност да организират качествени, на съвременен ниво здравни грижи, прилагайки холистичния подход към пациента и неговите проблеми.

Професионализацията на сестринството изисква силни лидерски позиции, които да подкрепят автономността на сестринската практика, да способстват за развитието на солидна база на сестринското познание и изследователска дейност [106,127].

Здравеопазването и реализиращите се в него промени са социален процес на определен тип взаимоотношение между здравните професионалисти и населението. Ако това взаимоотношение е неадекватно, се нарушава самият процес на промяна в здравеопазването. По примера на европейските страни е необходимо разработването на интервенционна програма за здравно обучение на общността по проблемите на мозъчно - съдовите заболявания. Осигуряването на реален

достъп на пациенти с ИМИ до качествени високоспециализирани медицински услуги и здравни грижи трябва да стане първостепенна задача на здравната политика и здравния мениджмънт, което съществено ще подобри качеството на живот на пациентите.

3.3. Подходи за осигуряване на качествени здравни грижи

В различните схеми на качеството в здравните дейности и досега се използват предложените от *А. Донабедиан* и *Р. Максвел* концепции, в които успешно се прилагат и развиват, от позицията на здравеопазването, наложилите се вече в индустрията и другите стопански области схващания на *У. Шухарт*, *У. Е. Деминг*, *Дж. М. Джуран* и други автори [42,43,104].

Концепцията на *А. Донабедиан* ключва:

Структурата – наличните сгради, в които са разположени звената за непосредствено оказване на здравната помощ, както и тези, които подпомагат дейността ѝ: структурата и окомплектоването на персонала, на работните екипи, на административното управление, на наличната техника и оборудване;

Процесите – достъпа до съответните процедури и различните дейности, свързани с непосредственото оказване на здравната помощ (диагностика, лечение, профилактика, рехабилитация и др.) или по изразу на *Донабедиан*, “грижите сами по себе си”;

Резултатът или “изходът” от процеса – ефектът от дейността спрямо пациента, като удължаване на живота, премахване или облекчаване на страданието, намаляване на болката, удовлетвореност на пациента от грижите [5,35,104].

Пациентът и сестрата са основните входни елементи на системата, но тук биха могли да включват и други ресурси като материали, оборудване и помещения, всички преки и непреки разходи, използвани за достигане на крайните резултати. Процесът се състои от действията на сестрата, свързани с крайните резултати за пациента и от *мениджърските действия*, свързани с поставянето на цели за поведението на сестрите. Крайният резултат се описва или определя от гледище на пациента и модела на грижи за пациента и се измерва най-често чрез качествени индикатори [13,43].

Медицинската сестра планира грижите и необходимите за извършването им ресурси – материални и нематериални, координира своята дейност с тази на останалите членове от екипа, контролира качеството на извършените здравни грижи и техния резултат, използвайки сестринския процес в работата [41,42].

Централната роля на сестрата в организирането, координирането и осъществяването на грижите за пациента и разширяването на автономните функции на сестрата, дават основание за въвеждане на понятието **„сестрински метод“**. *Г.Грънчарова* определя сестринския метод като процес на работа, при който медицинската сестра определя, извършва и оценява действията, свързани със собствената ѝ роля [74]. Редица автори описват концепции и теоретични постановки на подхода за сестрински грижи с цел определяне на автономните функции на медицинските сестри.

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

Документирането на сестринския труд е предпоставка за неговото измерване, оценяване и повишаване на ефективността и качеството [74,76].

Световната практика доказва ролята на сестринския процес като ключов фактор за повишаване качеството на сестринските грижи, в нашата страна все още липсва официален единен документ, който да обединява цялата информация за пациента относно извършените здравни грижи и манипулации [8,74].

„Планът за грижи“ е един от иновативните елементи, който е включен в обучението на медицинските сестри от 1996г. Като етап от сестринския процес той е доказал своите ползи в световен мащаб. Използването му в сестринската практика е необходимо условие за развитието на здравните грижи у нас и адаптирането им към световната сестринска наука и практика [74,76,232].

Анализирайки факторите, пречатстващи внедряването на сестринския процес в дейността на лечебните заведения у нас *П. Маринова* и колектив изтъкват редица бариери, но преди всичко това е липсата на нормативно изискване за приложимостта му [81,83]. Според *Г. Чанева* медицинските сестри в болничните отделения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация. Това, което е приложимо и осъществимо при съществуващите условия за работа на медицинските сестри е изработването и въвеждането на стандартни планове за грижи. Тези стандартни планове за грижи допринасят за по-бързото реагиране на медицинските сестри при осъществяването на грижите за пациента [106,111].

Въпреки съществуващите бариери, относно внедряването на сестринския процес е необходимо нормативно да се уреди неговата приложимост в практиката, за да се гарантира повишаване качеството на здравните грижи и подобряване удовлетвореността на пациентите.

За повишаване качеството на здравните грижи е необходимо провеждането на оценяване на базата на разработена методика, включваща специфични показатели и критерии, оценяващи предимно качествените показатели на здравните грижи.

3.4. Информираност и обучение на пациента – ключов момент в комплексната грижа

Пациентите с исхемичен мозъчен инсулт са изправени пред огромното предизвикателство да живеят със заболяване, което е хронично, с дълъг възстановителен период и риск от усложнения. Последниците от заболяването определят необходимостта от *информираност и обучение*, както на пациента така и на неговите близки. *Информираността и обучението* на пациенти преживели исхемичен мозъчен инсулт в зависимост от състоянието им или техните близки по време на болничния престой, синхронизирано с лечебния процес и рехабилитационните мерки би довело до скъсяване на периода на възстановяване на самообслужването и независимостта в ежедневната дейност и подобряване на *качеството на живот*.

Всеки пациент има право да получи *информация* за своето заболяване, лечение, рехабилитация и прогноза. Чрез *обучението* на пациентите и познавайки рисковите фактори за заболяването, пациентите могат да разберат как да променят своето поведение, да поддържат максимално възможно ниво. Обучението на пациентите и членовете на семейството по въпроси, касаещи здравето е важна функция на медицинската сестра. В едни случаи това може да е обучаване на конкретни навици, а в други случаи това е подготовка за изследване, за приемане на лекарствени средства, а в трети случай – обучение за рационално /диетично/ хранене.

Изключително важно е да се определи влиянието на болестта върху функционалния статус и способността за самостоятелно справяне в ежедневието. Функционалният статус се представя от няколко елемента – справяне с основните и инструментални ежедневни дейности и социални роли на личността, състояние на сетивните органи, подвижност. Функционалната дееспособност на лицата за справяне с основните ежедневни дейности представлява тяхната компетентност да полагат грижи за себе си и да извършват самостоятелно шест базисни дейности – хранене, къпане, обличане, използване на тоалетна, лягане и ставане от леглото, контрол над тазовите резервоари (континенция) [56,98].

Всеки човек се нуждае от получаване *на информация* за заобикалящия го свят. Когато пациентът не може да получи такава информация, медицинската сестра може активно да му съдейства [100,102].

Редица изследователи установяват, че наличието на високо образователно ниво е предпоставка за по-голям интерес към познаване на заболяването. Това води до активно търсене на допълнителна информация, засилване на чувството, че разбират болестта и могат да я контролират. Добре информираният и мотивиран пациент е склонен да съдейства в много по-голяма степен и да поеме своите персонални отговорности с повече търпение. В натовареното ежедневие на медицинските специалисти, обаче недостигът на време лишава пациентите, а и лекаря от пълноценен контакт [223,224].

Контактът с пациента допринася за нарастването на увереността на болния, че се справя и засилва най-важната връзка лекар - пациент-медицинска сестра. От съществено значение е и необходимостта не само пациентите, но и техните семейства да бъдат включени в правилната образователна програма.

За подобряване КЖ на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт особено ефективна е стратегията селф-мениджмънт, при прилагане на

калаборативен подход пациент – ориентиран към самодиагностициране, самолечение и самонаблюдение [127,133].

Обучението е дейност от ежедневиия живот, като на първо място трябва да бъде съобразено със степента на увреждането и с функционалното състояние на пациента.

Обучавайки пациентите, сестрата им помага да се адаптират към своето състояние, за да запазят максимално възможното за тялото ниво на комфорт или да променят начина си на живот, за да намалят рисковите фактори за заболяванията. Ролята на медицинските сестри вече не само като изпълнители, но и като супервайзери на програмата и педагози за болните [56,61]. Те трябва да бъдат ефективно обучени за задоволяване на специфичните потребности на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт и техните семейства. Здравните специалисти трябва да придобият необходимите знания и умения за определяне на психологичните и социалните потребности на своите пациенти и за мениджмънт на множеството и комплексни проблеми, които възникват при реализацията им.

Индивидуализирането предполага медицинската сестра да се съобразява с хроничното заболяване, общото състояние, пола, възрастта, интересите, образованието, семейството, ценностите, интелекта и особеностите на личността, социалната среда, с която е свързан болният, както и с други фактори на базата на общата оценка за състоянието на пациента [118,233,234].

В зависимост от това и според зависимостта им от чужда помощ, пациентите могат да се разделят основно на три групи: лежащи, които не могат да се справят без чужда помощ; движещи се с чужда помощ – при тях зависимостта е по-малка; пациенти, които могат да се придвижват сами.

При обучението на пациентите е необходимо винаги да се търси съдействие от обучавания, основано на принципа за съзнателност и активност, като пациентът трябва да е предварително мотивиран да извърши определено действие или да се обучава. И тук подходящият модел на поведение е моделът на партньорство. Необходимо е пациентът да бъде мотивиран, като му бъде обяснено какви дейности той ще може да изпълнява самостоятелно след обучението [26,56].

Необходимо е медицинската сестра да помага и съдейства на болните, доколкото това е възможно, за тяхната социализация, с което допринася те да не се чувстват нежелани и ненужни в обществото. Нуждата от цялостна подкрепа за пациентите с исхемичен мозъчен инсулт налага адекватна нормативна уредба, съобразена с всички аспекти на заболяването и преди всичко – позволяваща доверие, мотивираност и близък контакт на пациента с медицинските специалисти, социалните институции, както и пациентски организации.

3.5.Здравните грижи – основен фактор за подобряване качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт

От изключително значение за изхода от заболяването са медицинските и здравни грижи в острия стадий на заболяването, които се реализират в болнични условия. След дехоспитализацията, голяма част от пациентите се нуждаят от последователни грижи в домашни условия. У нас през последните години се създават обективни предпоставки за подобряване и оптимизиране качеството на оказаните здравни грижи за тези пациенти, чрез актуализиране на нормативната база и оптимизиране на теоретичната и практическа подготовка на специалистите по здравни грижи. Грижите за пациенти преживели исхемичен мозъчен инсулт се

осъществяват чрез предварително планиране след оценка нуждите на пациентите и възможните очаквани резултати.

Съществуват многобройни проучвания за удовлетвореността на пациентите от качеството на здравните грижи. Редица от тях доказват, че качеството на здравните грижи е свързано с удовлетвореността на пациентите. Attlee разглежда въпроса за „добро” и „недобро” качество на грижите. Brayon, Graham, Tigard, Morin и много други автори изучават удовлетвореността на пациентите в резултат на положените сестрински грижи [6,7,103].

Независимо от разнообразието в професионалните роли и функции на сестринството, през последното десетилетие се провеждат различни изследвания, които показват положителни данни за ефективността на сестринските дейности. Установява се, че специалистите по здравни грижи осигуряват добро качество на здравните грижи при по-ниска цена.

Проблемът за качеството на здравните грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт 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 [100,112].

Според възприетата от Световната здравна организация дефиниция за „качество на здравните грижи”, качествени са:

- **грижите, които предоставят най-добрия здравен резултат – максимум полза и минимум риск за пациента;**
- **грижите, които демонстрират отличен професионализъм на всички, участващи в помощта;**
- **грижите, при които се отчита ефективно и рационално използване на ресурсите;**
- **грижите, при които се отчита високо ниво на удовлетвореността и на самочувствието на пациентите.**

Пациентите желаят да получават здравни грижи, които удовлетворяват техните потребности и очаквания. Тези потребности и очаквания събирателно се наричат *изисквания на пациента*. Поради конкурентния натиск и техническия напредък лечебните заведения за болнична помощ са принудени непрестанно да подобряват своите продукти и процеси. Необходимостта лечебните заведения за медицинска помощ да предоставят качествени медицински услуги се диктува както от изискванията на Националната здравноосигурителна каса, така и от Наредба №13/30.07.2003г. на МЗ за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. Концепцията за непрекъснато подобряване на качеството постепенно става неизменна част от философията на лечебните заведения [90,91,94,95].

За *пациентите* качеството на *здравните грижи* се основава на множество *критерии*, при които субективността има голяма роля за крайната удовлетвореност. За тях качествена е тази услуга, чието реално предоставяне се приближава максимално до очакванията им.

Пациентите вече не се смятат за пасивни получатели на здравни грижи, а те изискват повече по отношение на качеството на грижите и вече не приемат безусловно решенията и действията на здравните професионалисти. Пациентите обръщат най-голямо внимание на резултатността и достъпа до медицинска помощ.

Важно условие за качеството на здравните грижи е *Сестринският процес*. Програмата на СЗО по сестринските дейности в Европа сестринския процес се описва: „Сестрински процес – това е термин, прилаган в системата на характерните видове сестринска намеса в сферата на опазването на здравето на отделните хора, техните семейства или групи население“ [74].

Сестринският процес се състои от пет последователни етапа, съгласно определението на СЗО:

- преценка;
- диагностициране;
- планиране и установяване на резултата;
- реализация;
- оценка.

Сестринският процес е динамичен, тъй като всеки негов етап може да бъде преразгледан и изменен след извършване на текуща оценка. Това позволява на сестрата навременно да реагира на промените в потребностите на пациента. Записването на данните от сестринския процес това е плана за здравни грижи. В различните страни съществуват различни форми на планове за здравни грижи. Независимо от формата планът за здравни грижи трябва да предвижда непрекъснатост на сестринския процес. Освен плана, сестринската документация съдържа биографични данни на пациента и резултати от сестринската оценка на неговото състояние. Като се правят записки, информацията следва да се излага кратко, ясно и недвусмислено, с използване само на общоприети съкращения [74,105].

Ефективността и качеството на здравните грижи в най-голяма степен зависи от *професионалната компетентност* на здравните кадри. Професионалната компетентност се разглежда като взаимодействие и синтез от ценности, знания, умения, професионални и личностни качества. За *здравните професионалисти* качеството се отнася до скала за оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, сигурност и предоставяне в подходящ момент. Според тях качеството изисква наличие на навици, ресурси и условия, необходими за подобряване здравето на пациента, знания и умения да се изпълняват професионалните задължения и подобри качеството на живот на пациента [81,86,223].

Поради мащабното разпространение и социално – икономическите аспекти исхемичният мозъчен инсулт е предизвикателство към медицинската наука и предпоставка за проучване на проблеми засягащи и здравните грижи. Като социално значимо заболяване исхемичният мозъчен инсулт изисква постоянни специализирани грижи и продължителен възстановителен процес. Основен метод за оценка на качеството на здравното обслужване служат *стандартите* за качество.

Причините за създаване на *станданти по здравни грижи* е необходимостта от сравнимост на резултати, както и унифициране на критериите и подходите за подобряване качеството на живот при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт. Правилното разбиране на стандартите е гарант за по-високо качество при осъществяване на здравните грижи, водещо до по-висока ефективност в лечението и рехабилитацията на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт [91,101,215].

За подобряване качеството на здравните грижи при работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт в обучението на медицинската сестра се очертава нова роля и поемане на по – високи отговорности, изискващи специфични знания, които тя трябва да придобие чрез непрекъснато *обучение и специализации*. Основната цел е медицинските сестри да овладеят знания и умения за подпомагане както на отделната личност, така и на семейството и обществото за справяне с различни преходни или хронични болестни състояния, преодоляване на стрес.

Новата роля на медицинската сестра – се изразява и в провеждане на здравно обучение, повишаване качеството на здравните грижи за предотвратяване на инвалидизацията и прибавяне на качество на живот към годините.

Функцията и грижите на медицинската сестрата се базират на нова философия, предимно социално ориентирана. Именно чрез придобитите здравно-научни и социално-научни знания е възможно тя да открива и

анализира социално икономическите фактори, които въздействат върху здравето на дадено семейство и то да бъде подпомогнато в решаването на здравните им проблеми [102].

Медицинската сестра е онзи здравен специалист, който стои най-близо до пациента с исхемичен мозъчен инсулт и неговото семейство и познава най-добре неговите лични и социални проблеми. Наблюденията и информацията, с които разполага медицинската сестра, както и непрекъснатите здравни грижи са изключително ценни за цялостния лечебен процес на болния. В това отношение следва да се оценява нейната роля не само в клиничен аспект, но и в социален и здравно-организационен аспект.

Цялостната оценка на удовлетвореността от качеството на здравните грижи на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт ще доведе до по-рационално поведение от мерки, насочени към подобряване на качеството на живот.

Здравеопазването и реализиращите се в него промени са социален процес на определен тип взаимоотношение между здравните професионалисти и населението. Ако това взаимоотношение е неадекватно, се нарушава самият процес на промяна в здравеопазването. По примера на европейските страни е необходимо разработването на интервенционна програма за здравно обучение на общността по проблемите на мозъчно-съдовите заболявания. Осигуряването на реален достъп на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт до качествени високоспециализирани медицински услуги трябва да стане първостепенна задача на здравната политика и здравния мениджмънт, което съществено ще подобри качеството им на живот.

4. ИЗВОДИ ОТ ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР

1. Данните от специализираната литература свидетелстват за това, че съществуват множество изследвания свързани със заболяването исхемичен мозъчен инсулт, но те са свързани предимно с диагностика и лечение и не разглеждат качеството на живот и психо-социалните проблеми при това заболяване.

2. Много са факторите, които допринасят за това исхемичният мозъчен инсулт да е заболяване с голямо социално и психологическо бреме за пациентите и техните семейства. Безспорно важен момент е началото на заболяването, несигурният и нестабилен ход на болестта и съхраняването на личността.

3. Необходима е и сериозна вътрешна мотивация на пациентите за борба с настъпилите нарушения в двигателните функции и емоционалната сфера, които трябва да се насочат за достигане на по-добро качество на живот. Пациентът трябва да приеме болестта, да се научи да живее пълноценно и да продължава естественото развитие на живота си във всяко едно отношение – работа, семейство, приятели и развлечения. Понякога за това е необходимо да има вникване в проблема за качеството на живот като цяло и качеството на живот при пациенти с хронични заболявания, каквото е исхемичния мозъчен инсулт.

4. Качеството на живот и неговата оценка през годините е отразена в различни модели на изследване с различни инструменти. В последно време все повече се обръща внимание на този проблем и са развити и съставени подробни въпросници, които да могат детайлно да представят всеки един момент, оказващ негативно влияние върху пациента. Резултатите могат да послужат като фактори, предвиждащи протичането на заболяването и възстановяването на пациента.

5. Цялостната оценка на удовлетвореността от качеството на живот за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт ще доведе до по-рационално поведение от мерки, насочени към подобряване на качеството на здравните грижи.

6. Процесите на глобализация и тенденцията за непрекъснато нарастване на потребностите от здравни грижи в Европа и света обуславят нуждата от въвеждане и прилагане на нови модели за осигуряване на здравни грижи.

7. В момента съществуват епизодични квалификационни курсове в неврологичните клиники, но липсва цялостна квалификация на медицински сестри за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт във всички здравни заведения.

8. В страната ни липсва Национален български регистър на пациентите с мозъчен инсулт /центровете от България се регистрират в Европейския регистър на ESO/, който регистър да включва и критерии за оценка на качеството на медицинските грижи и изхода от заболяването при дехоспитализация и на 3-я месец у нас.

9. По примера на европейските страни е необходимо разработването на интервенционна програма за здравно обучение на общността по проблемите на мозъчните инсулти. Осигуряването на интердисциплинарен подход и психологическа подкрепа, както и активизиране на дейността на пациентски организации ще спомогне за подобряване качеството на здравните грижи и удовлетвореността на пациентите.

Глава втора: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

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 потребността 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.

2. 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.

3. Методология

3.1. Предмет на изследването

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 - от Северозападна България с исхемичен мозъчен инсулт, които провеждат лечение в неврологичните отделения и специализирани рехабилитационни болници.

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.

3.2. 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; гр. Враца, гр. Монтана, гр. Плевен, гр. Видин, гр. Лом. Както и „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 в периода май 2018г. – май 2020г.

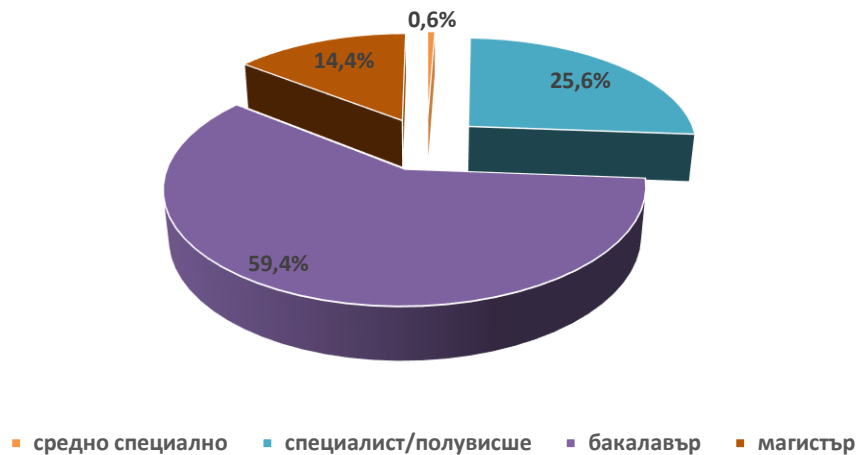
Изследваните лица са предимно мъже – 59,9%. Относителният дял на жените е 40,1 %. Средното ниво на възрастта на анкетираните пациенти е 59 години (мин.31г., макс.79г.), в резултат на това, че в последните години нараства относителния дял на населението на възраст 65 и повече години. От изследваните лица 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 „СБПЛРВБ – 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.).

3.3. 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.

3.4. 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 и рехабилитационните болници и ръководителите на съответните катедри в структурата на Медицински университет – София.

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

3.5. Методи на изследването

3.5.1. Социологически методи

a. 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 в Северозападна България: МБАЛ гр. Враца, МБАЛ гр. Монтана, МБАЛ гр. Лом, МБАЛ гр. Видин, УМАЛ гр. Плевен, СБПЛРВБ –ЕООД гр. Мездра, СБР –НК, филиал „Свети Мина“, гр. Вършец. 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 2020 г. 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 ИМИ", която включва: "Инструкция към пациента с ИМИ за здравни грижи в условията на дома", технически фиш „Ранна клинична рехабилитация за пациент с ИМИ“ и „Препоръки към семейството на пациент с ИМИ“

3.5.2. 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 измерена 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 Медицински

университет – София, Филиал „Проф. д-р Иван Митев”, гр. Враца за образователно-квалификационна степен „бакалавър” със срок на обучение четири години.

Глава трета: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИТЕ ПРОУЧВАНИЯ. ОБСЪЖДАНЕ

1. ИЗСЛЕДВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

1.1. Медицински и социални аспекти при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

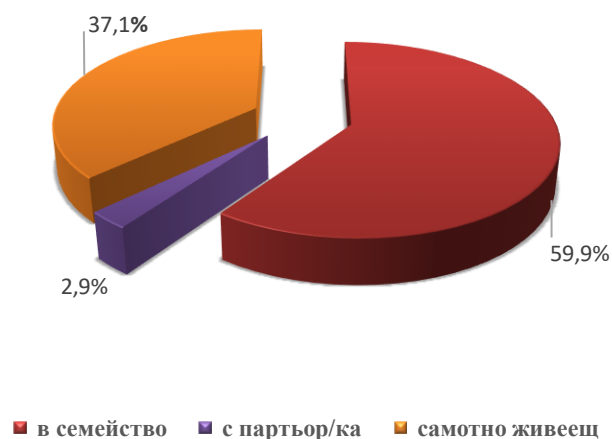
Исхемичният мозъчен инсулт е не само здравен проблем, но и страдание и финансова тежест, както за пациентите така и за техните семейства, за цялото общество. Значимостта на проблема се обуславя и преди всичко от дълбоките социални и здравни потребности на пациентите с влошено качество на живот и завишени специфични здравни изисквания.

През последните години значително се увеличи броят на инвалидите и застрашените от инвалидизиране лица, поради което Националната здравна стратегия (2014-2020) определи *качеството на живот* на тези лица като ключова стратегическа област. Първостепенна потребност на пациентите с ИМИ е подобряване възможностите им за социално интегриране, общуване и оптимална трудова дейност, като важни елементи от качеството на живот. Тези пациенти придобиват зависимост в различна степен, което налага грижите на медицинските сестри да бъдат насочени към обучението и подкрепата за справяне с предстоящите проблемите и *подобряване качеството им на живот*.

Това налага да се изследва качеството на живот при тази уязвима група от обществото, което ще даде възможност за тяхното ранно възстановяване, социално включване и реинтеграция.

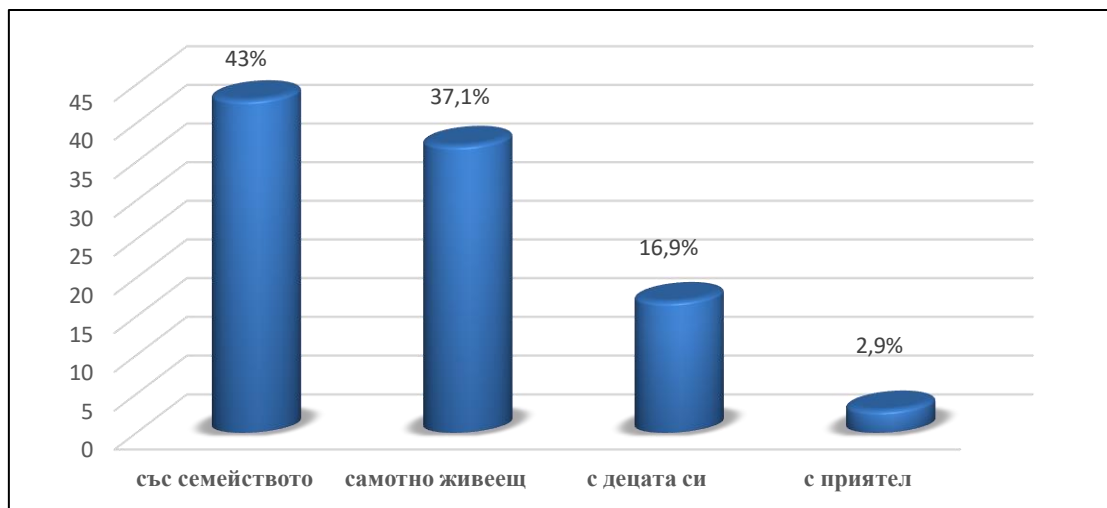
Постигането на целите за подобряване качеството на живот до голяма степен се определя от оценката на здравето на всеки пациент, което наложи да се проучи мнението на пациентите по отношение на проблемите, свързани със социалния профил на групата, влиянието на рисковите фактори и информираността за заболяването.

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



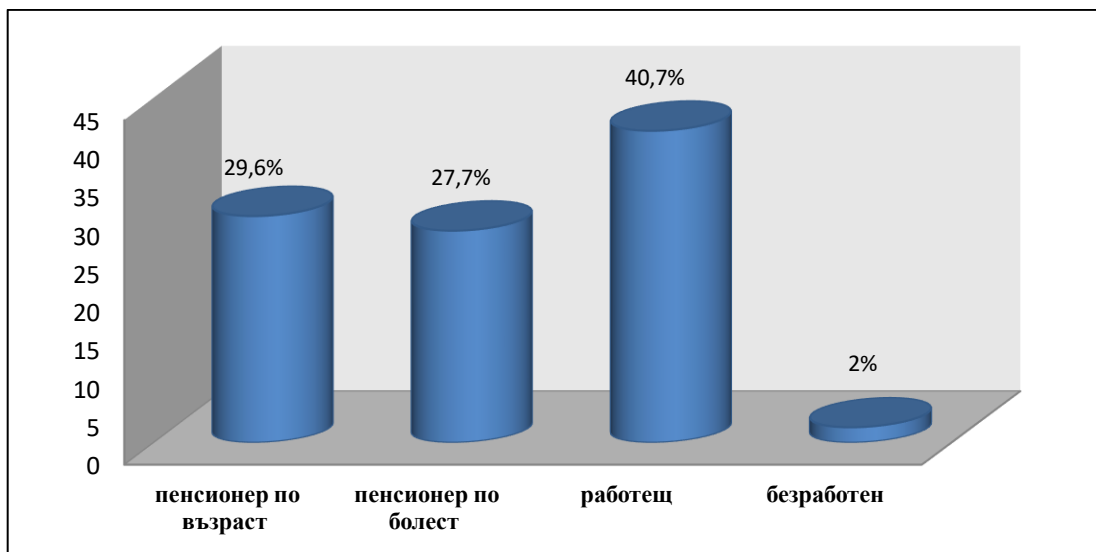
Фиг. 2. Разпределение по семейно положение

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. Тези пациенти изпитват по-големи трудности да създават връзки и влизат в партньорски взаимоотношения, вероятно поради тежестта на заболяването и произтичащата от това неувереност (фиг.3).



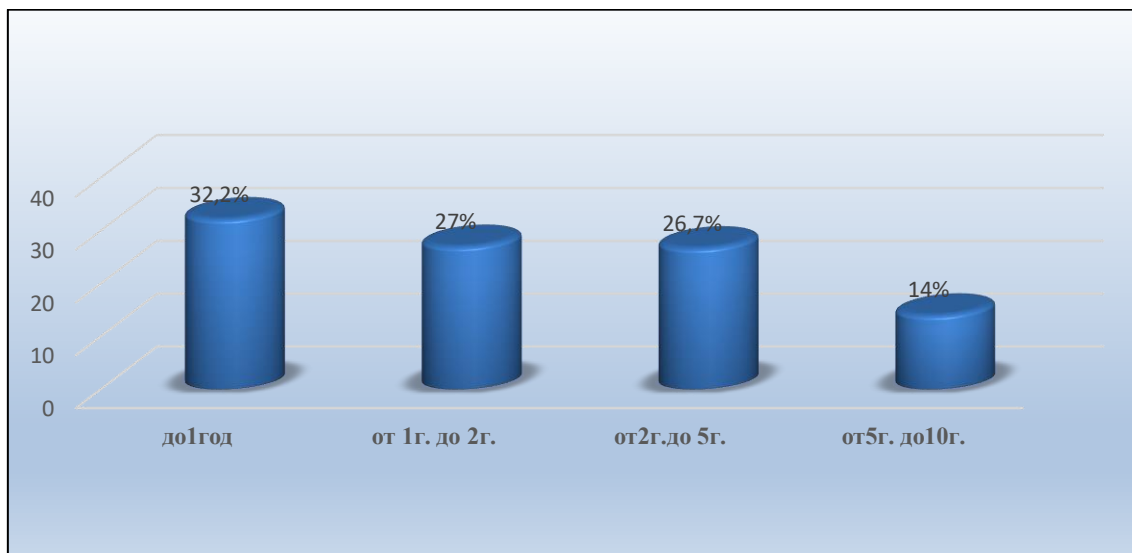
Фиг.3. Разпределение на пациентите относно тяхното съжителство

При разпределение на *трудова 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.4).



Фиг. 4. Социално положение

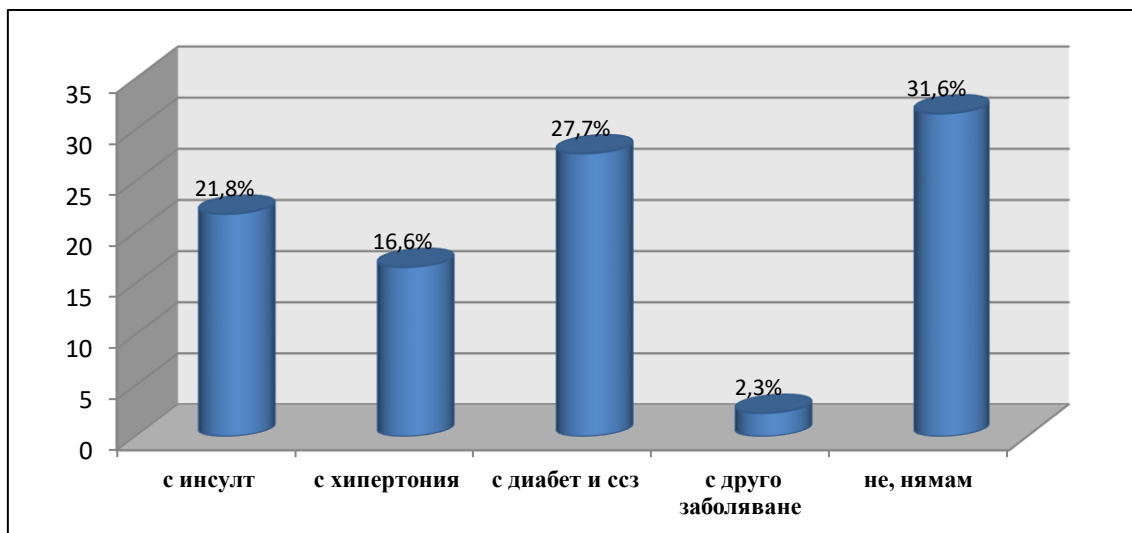
Заболяването с *давност* до 1г. се наблюдава при една трета от пациентите - 32,2%, от 1г. до 2 г. – 27,0%, от 2г. до 5г. – 26,7% и от 5г. до 10 г. - 14,0% (фиг.5).



Фиг. 5. Давност на заболяването

Анализиране на продължителността на боледуване показва, че преобладават пациентите с давност на болестта до 5г. (86%) и само (14,0%) с давност на заболяването от 5г. до10 г.

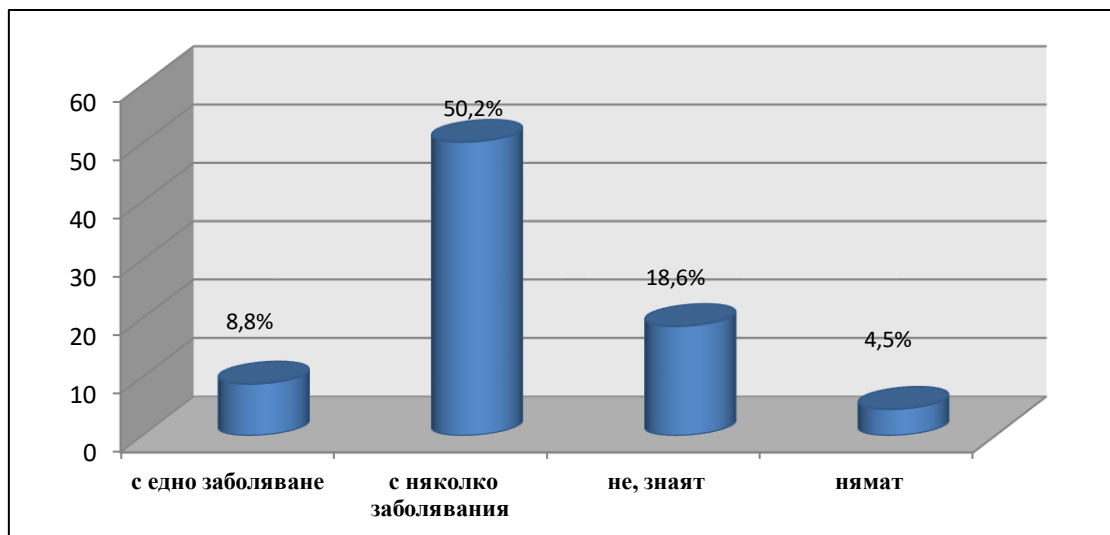
Фамилността е важна характеристика при ИМИ. В нашето проучване *наследственост* установихме в 21,8% от случаите. Заболяването се унаследява най-често от един от родителите (автосомно-доминантно) и в основата му стои дефект в гладко мускулните клетки, изграждащи стената на малките кръвоносни съдове и особено тези, разположени в мозъка. Поради това, съдовете са склонни към увреда – артериопатия. За липса на наследственост съобщават 31,6% от пациентите с ИМИ, а 46,6% съобщават за друго наследствено заболяване (фиг. 6).



Фиг.6. Наследственост при исхемичен мозъчен инсулт

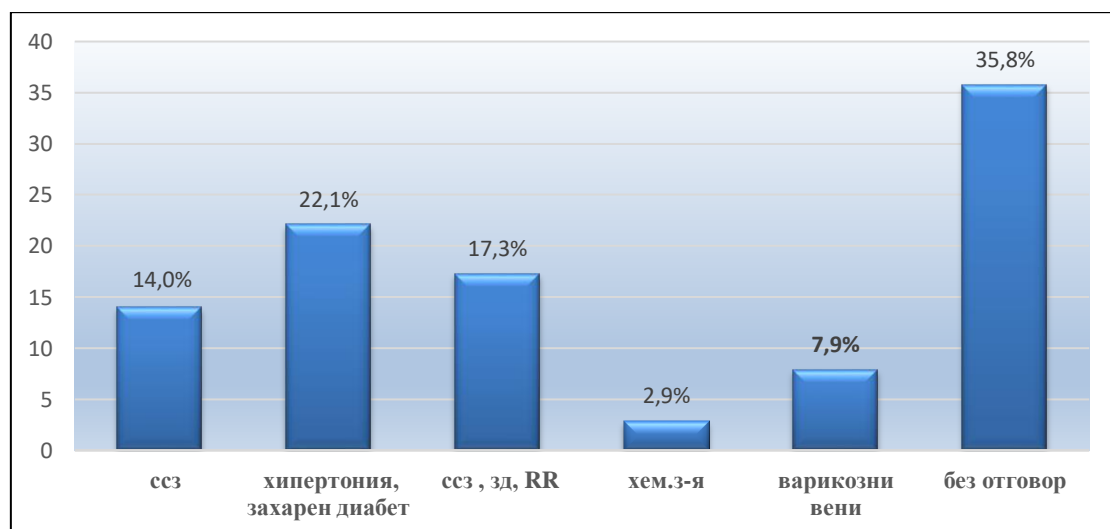
Активното търсене на наследственост при пациентите с ИМИ не бива да се пропуска. То може да допринесе за прогнозиране на еволюцията на заболяването и нейното повлияване, а също и отчитане на риска за поколението. Не по-малко важно е да се знае, че редица фактори, включително и медикаменти, могат да „отключат“ ИМИ или провокират негови рецидиви, особено при наличие на фамилно предразположение.

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 диабет, като често те се срещат в комбинация със сърдечно-съдови заболявания и варикозни вени (фиг. 7).



Фиг.7. Брой придружаващи заболявания

Честотата на тези заболявания показва, че хипертонията е отчетена в (39,4%) от пациентите, като се явява в комбинация най – често със захарния диабет – 22,1% и ССЗ (фиг.8).



Фиг.8. Структура на придружаващи заболявания на пациентите

Триадата ССЗ, захарен диабет и хипертония се наблюдава в 17,3% от анкетираните. Една трета от пациентите не са отговорили поради липса на информираност.

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.

Видно е, че процента на заболяемостта надхвърля 100, но пациентите съобщават за повече хронични заболявания, като средният брой на придружаващите заболявания е 2,24.

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

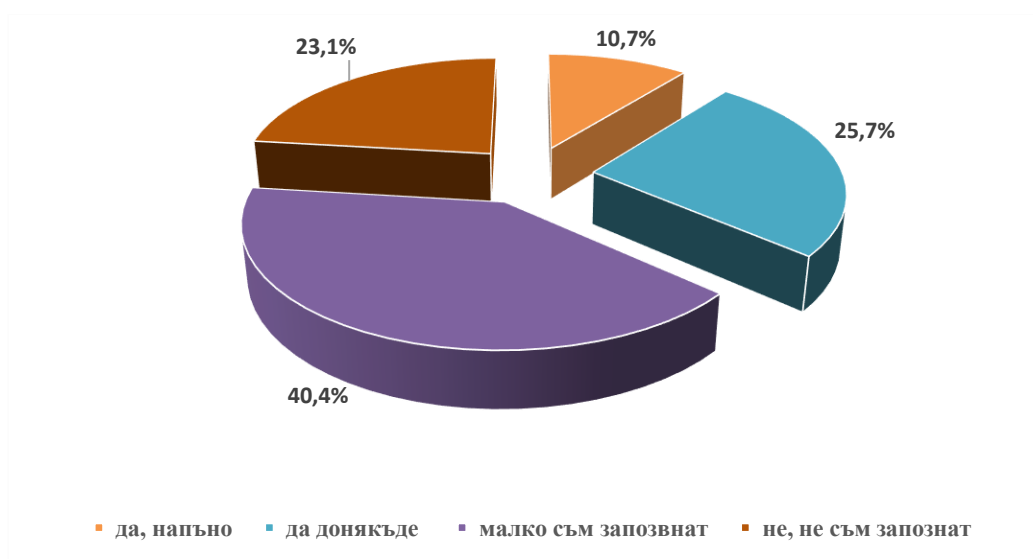
Промените които настъпиха в здравеопазването през последните години и демографският преход доведоха до съществени изменения в модела на заболяемостта, като внимание се отделя на хроничните заболявания, в това число и на хората с исхемичен мозъчен инсулт. Те се нуждаят от системно наблюдение, лечение и грижи, но остават нерешени проблемите свързани с подобряване качеството на живот след заболяването и тяхната ресоциализация.

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. Информираността на съвременния пациент изисква не само качество и ефективност на предоставената здравна грижа, но и професионално отношение и взаимодействие, които са гаранция за повишаване на удовлетвореността му.

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.

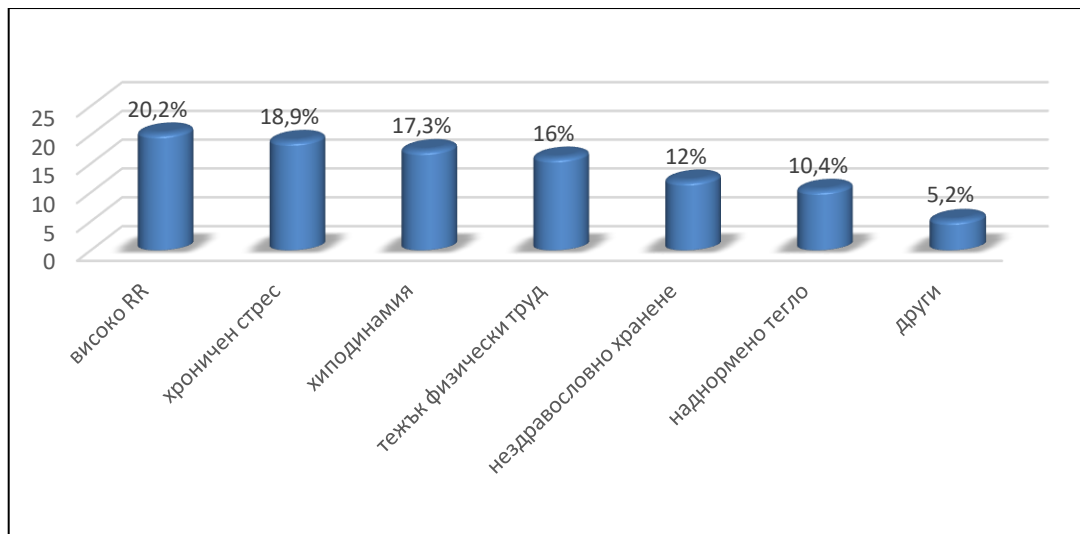
Според резултатите от проучването повече от половината от пациентите - 76,9% познават *причините* за появата на заболяването и 23,1% не са запознати с причините (Фиг.9).



Фиг.9. Причина за заболяването

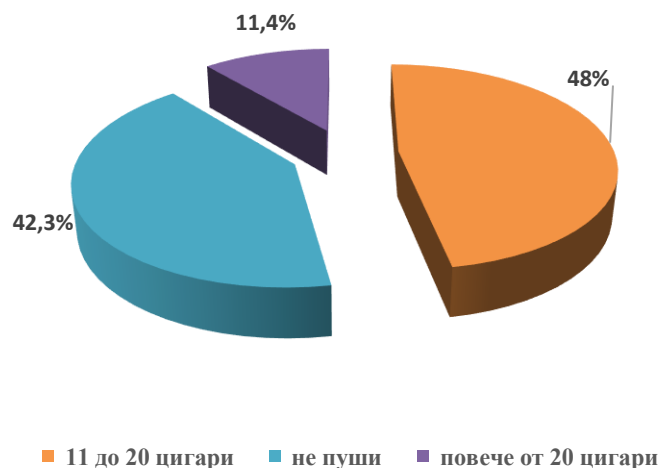
Изследването относно информираността за *рисковите фактори* на нашата група пациенти показва, че високото кръвно налягане е посочен като такъв от 20,2% от пациентите. Втора по честота причина е хроничният стрес 18,9%, хиподинамия 17,3%, тежки физически натоварвания 16,0%, нездравословното хранене като причина се сочи при 12% от пациентите. Една част 10,4% са посочили наднорменото тегло като водещ фактор и 5,2% посочили други фактори като провокиращи, включително повишени стойности на холестерол, захарният диабет и повишената консумация на сол. Понякога идентифицирането на конкретна

причина за рецидивите е трудно дори за самите болни и всеки пети 20,8% предполага действието на повече от един рисков фактор (фиг.10).



Фиг.10. Оценка на рисковите фактори

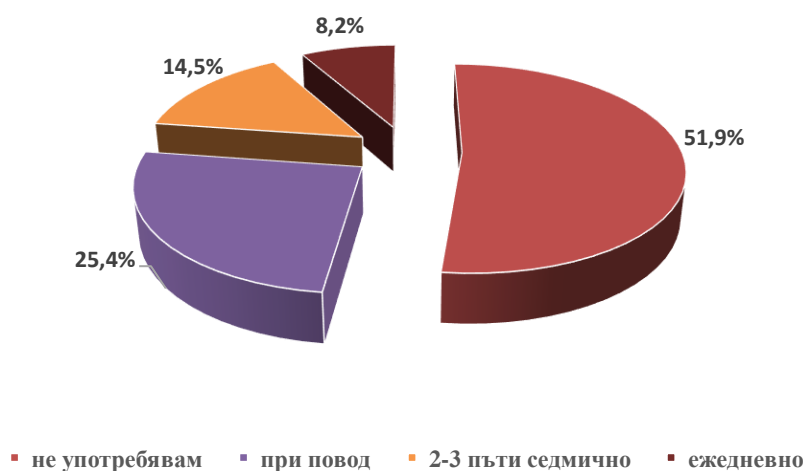
Сред вредните навици, които проучвахме в нашето изследване, са *тютюнопушенето* и консумацията на *алкохол*. Данните от разпределението на пациентите според присъствието на тези навици в живота им в наблюдаваната от нас група е представено на фиг.11 и фиг.12. Тютюнопушенето води до понижение на количеството кислород в кръвта и спомага за натрупването на отлагания по стената на кръвоносните съдове, което намалява мозъчния кръвоток и може да доведе до поява на ИМИ. Почти половината от анкетираните 48,0% пушат от 11 до 20 цигари дневно и това е отговора с най-висок относителен дял. Вторият по честота отговор 42,3% е на тези, които не пушат и 11,4% пушат повече от 20 цигари дневно. Въпреки всеизвестните последици от вредата при тютюнопушене по-голямата част от изследваните лица (59,4%) са активни пушачи .



Фиг.11. Брой изпушени цигари дневно

Почти всички анкетирани са информирани от последствията при тютюнопушенето и това какво влияние оказва никотиновият дим при мозъчно-съдовите заболявания и въпреки това приемат тютюнопушенето като удоволствие от което не биха се лишили.

Що се отнася до консумацията на *алкохол* може да се каже, че редовно – 2-3 пъти седмично или ежедневно, употребяват алкохол почти една четвърт от анкетираните – 25,4%. Ежедневната консумация е свързана най-вече с прием на бира, а посочилите 2-3 пъти седмично съобщават за вино и концентрат (фиг.12).

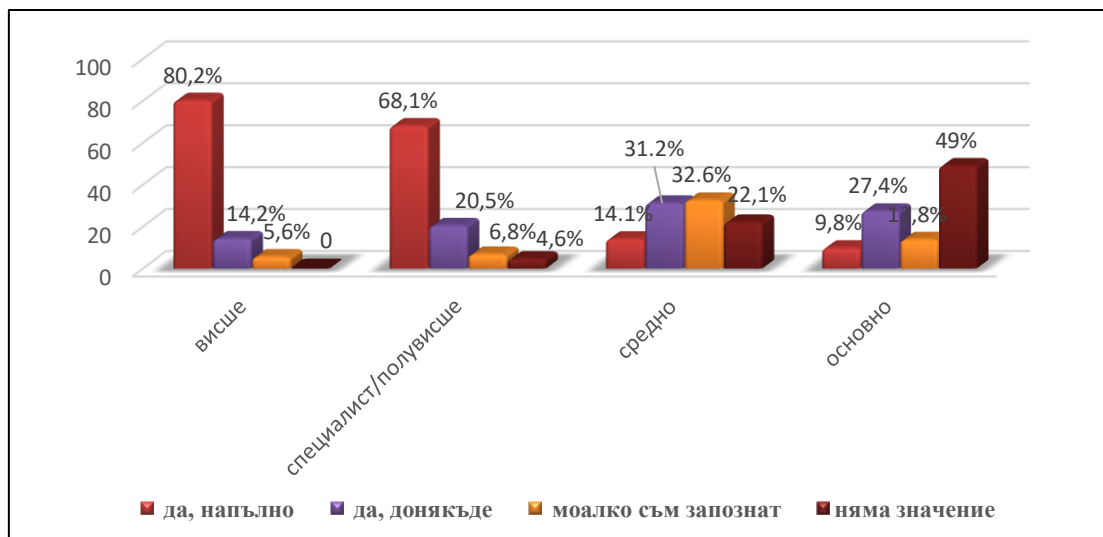


Фиг.12. Консумация на алкохол

Една четвърт от пациентите (25,4%) употребяват алкохол само при повод, а консумиращите 2-3 пъти седмично (обикновено през уикенда) и ежедневно са 14,5%. Болните, които съобщават за редовен прием на алкохол са 8,2%, в сравнение с не употребяващите алкохол – 51,9%. Злоупотребата с алкохол директно е свързана с повишаването на риска от исхемичен мозъчен инсулт.

За практиката особено важно е проучването на ежедневието за идентифициране на рисковите факторите, имащи отношение към заболяването, както и създаването на програма за тяхното елиминиране или поне минимизиране, с което ще намали както директните разходи за консумативи, медикаменти и грижи на тежко инвалидизираните болни, така и на индиректните разходи на обществото, личността и семейството.

Образованието е важен фактор за *информираността* на пациентите, затова потърсихме връзката между тях. От разпределението според образованието (фиг.13) 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 %).

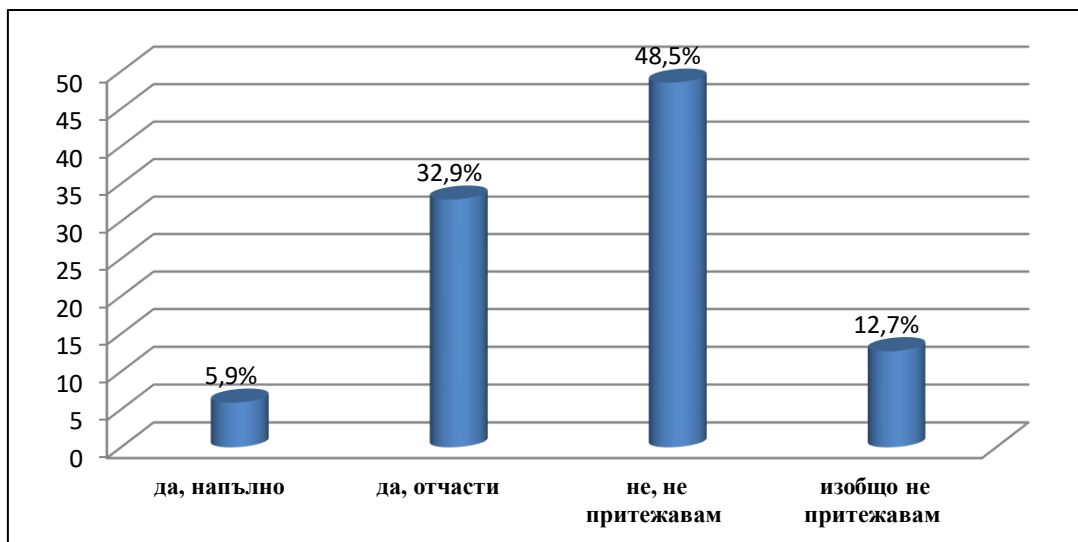


Фиг.13. Връзка между образованието и информираността на пациентите

Наличието на висок образователен ценз предполага наличието на повече информация. Тази оценка може да е повлияна от степента на мотивация, емоционално състояние и отношението на пациента към собственото здраве.

Постигането на целите до голяма степен се определя от информираността и активното участие на пациента. Установяването на нивото на информираност на пациентите е необходимо, за да се планира и осъществи тяхната подготовка и обучение за продължаване на адекватни грижи в домашни условия.

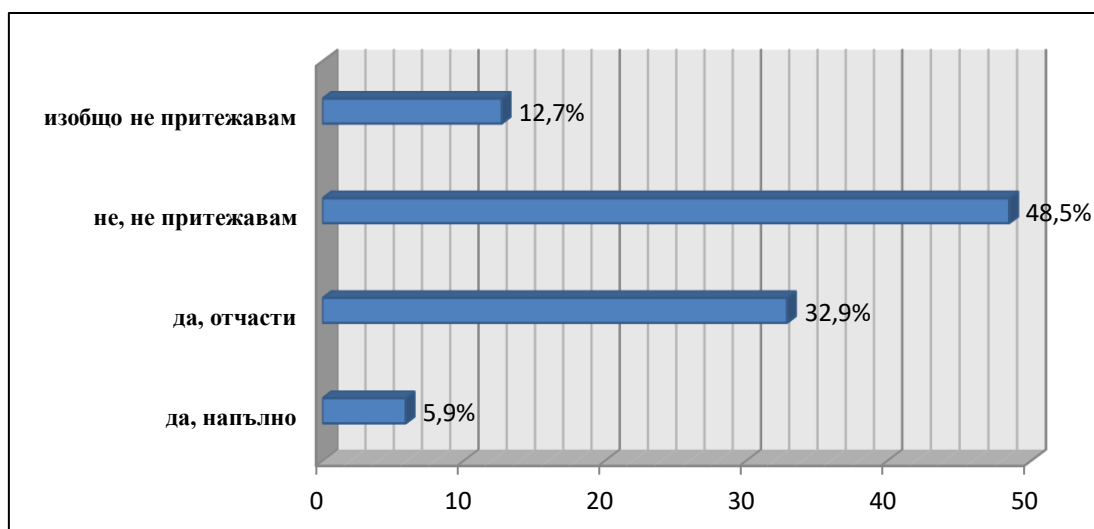
На въпроса „Смятате ли, че притежавате знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?“ Относителният дял на анкетираните, имащи такива знания и умения е значително нисък, видно от фиг.14.



Фиг.14. 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 процеса на предоставяне на грижи трябва да участва не само пациента, но и семейството и близките на пациента като партньори. Затова зададохме въпроса „Смятате ли, че Вашите близки притежават знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?“. Отговорите също са незадоволителни (фиг. 15).

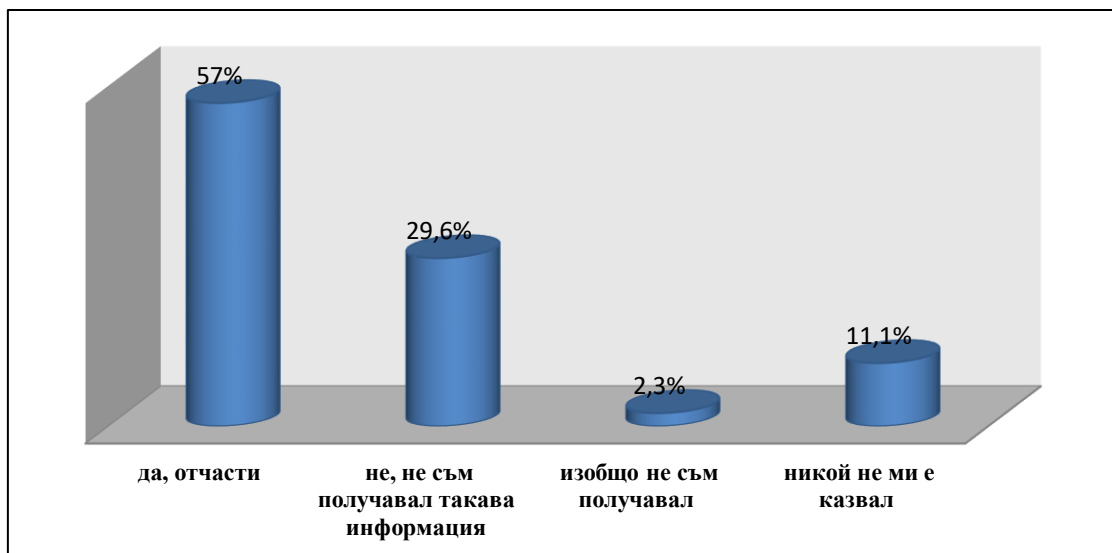


Фиг.15. Оценка на пациентите относно знанията и уменията за грижи на техните близки

От представените на фигурата резултати става ясно, че близките на пациентите, които също участват в живота на пациентите не притежават необходимите знания и умения – 48,5%, от които 12,7% изобщо не притежават. Частични знания и умения в полагане на грижи имат 32,9% и напълно положителни отговори са 5,9%.

Информирайки пациентите и техните близки, медицинските сестри помагат на пациентите да се адаптират към своето състояние, за да запазят максимално възможното за тях ниво на комфорт или да променят начина си на живот.

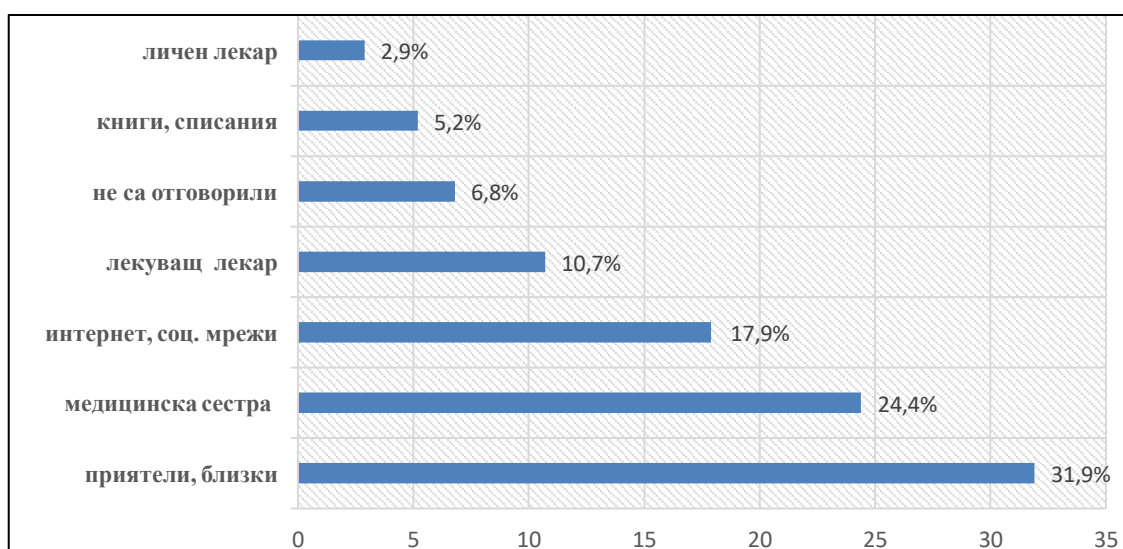
Почти 1/3 от пациентите (31,9 %), участвали в проучването посочват, че не са информирани относно *хигиенно-диетичния режим*, който трябва да провеждат във връзка със здравословното им състояние, а 11,1% са категорични в отговорите си и частично информирани са 57,0% от пациентите (фиг.16).



Фиг.16. Информираност на пациентите относно хигиенно-диетичния режим

Тези резултати показват необходимостта от информиране на пациентите и техните близки от квалифицирани професионалисти по здравни грижи.

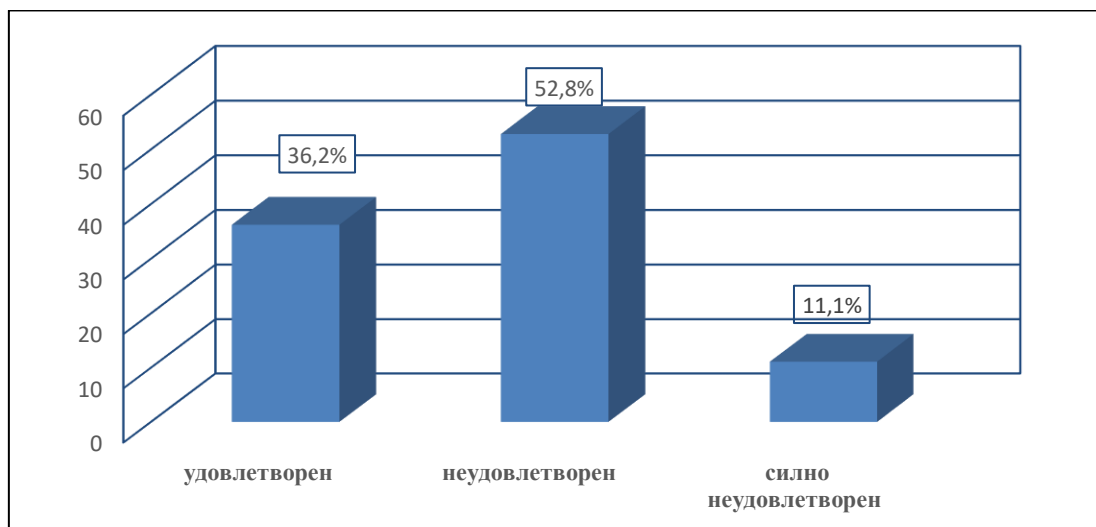
Потърсихме *източниците на информация* на пациентите (фиг. 17).



Фиг.17. Източници на информация за пациентите

На фиг.17 са представени резултатите относно източниците на информация за пациентите. Както е видно 93,2% от пациентите са информирани за заболяването, като параметрите на информираността са ранжирани както следва - 31,9% са получили информация относно заболяването от приятели и близки, 24,4% от медицинската сестра, 17,9% от интернет и социалните мрежи, 10,7% от лекуващият лекар, 5,2% от книги и списания, 2,9% от личния лекар.

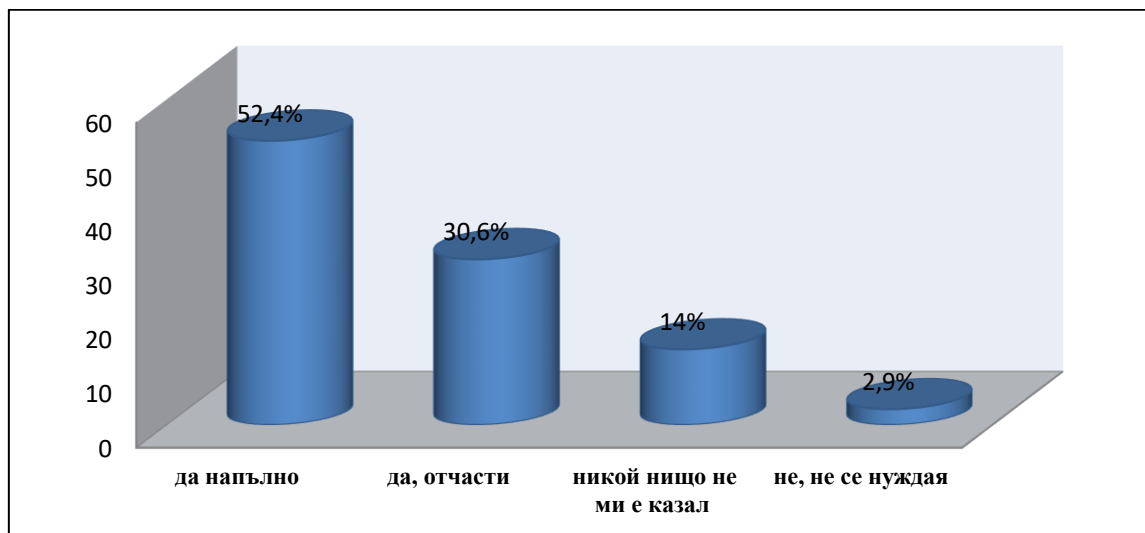
Получените резултати относно *удовлетвореността* на пациентите от предоставената информация показват, че най-голям е относителният дял на пациентите посочили, които са “неудовлетворени” – 52,8%, “силно неудовлетворени” са 11,1%, а 36,2% са „удовлетворени“ от получената информация (фиг. 18).



Фиг.18. Удовлетвореност от получената информация

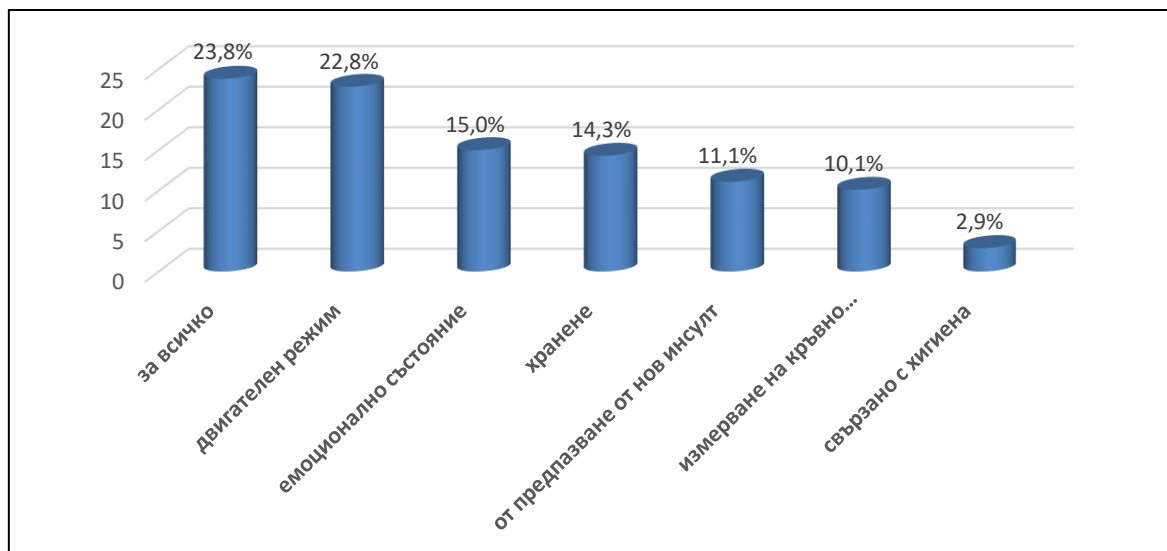
Тези данни определено показват, че информацията предоставена на пациентите в неврологичните отделения и болниците за рехабилитация е поднесена по разбираем и достъпен начин, но удовлетворява само в незначителна степен техните потребности.

Необходимостта от знания, свързани със заболяването, се налага от факта, че информирания пациент е важен елемент във висококачественото медицинско обслужване. Затова и потърсихме мнението на пациентите за необходимостта от допълнителна информация. Анализът на резултатите показват, че от анкетираните пациенти – 52,4% имат нужда от допълнителна информация, отчасти имат нужда от допълнителна информация 30,6%. Нищо не знаят по въпроса 14,0% и 2,9% не се нуждаят от такава информация (фиг19).



Фиг.19. Нужда от допълнителна информация

Интерес за нас представляваше да проучим от каква информация имат необходимост пациентите.

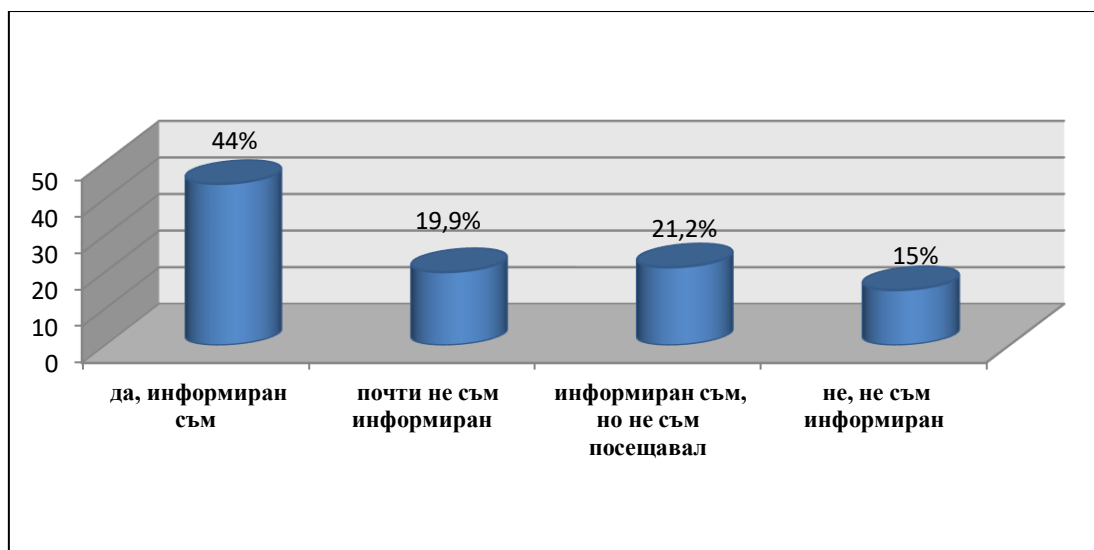


Фиг.20. Вид на информацията

От фиг.20 е видно, че информация свързана с цялостната промяна след заболяването е необходима при 23,8% от пациентите, като относителния дял на лицата, които желаят информация свързана с двигателния режим е 22,8%, с емоционалното състояние са 15,0%. Относителният дял на лицата за търсене на информация свързана с храненето е 14,3%, от предпазване от нов инсулт са 11,1%, за измерване на кръвното налягане 10,1% и 2,9% информация свързана с хигиената.

Пациентите с ИМИ изискват системно наблюдение, грижи и профилактика на усложненията, но остават нерешени проблемите на рехабилитацията и ресоциализацията им. С осъществяването на широка рехабилитационна дейност се допринася да възстановят състоянието си или да са във възможност да осъществят своите жизнени функции. За голямо съжаление пациентите не отдават необходимото значение на рехабилитацията. Рехабилитацията след преживян исхемичен мозъчен инсулт е сложен и продължителен процес, насочен към превъзможване на усложненията и последиците. Тя цели да възстанови максимално болния и го подготви за самостоятелен и независим живот, препоръчва се ранно започване на рехабилитацията, както и нейното продължаване след

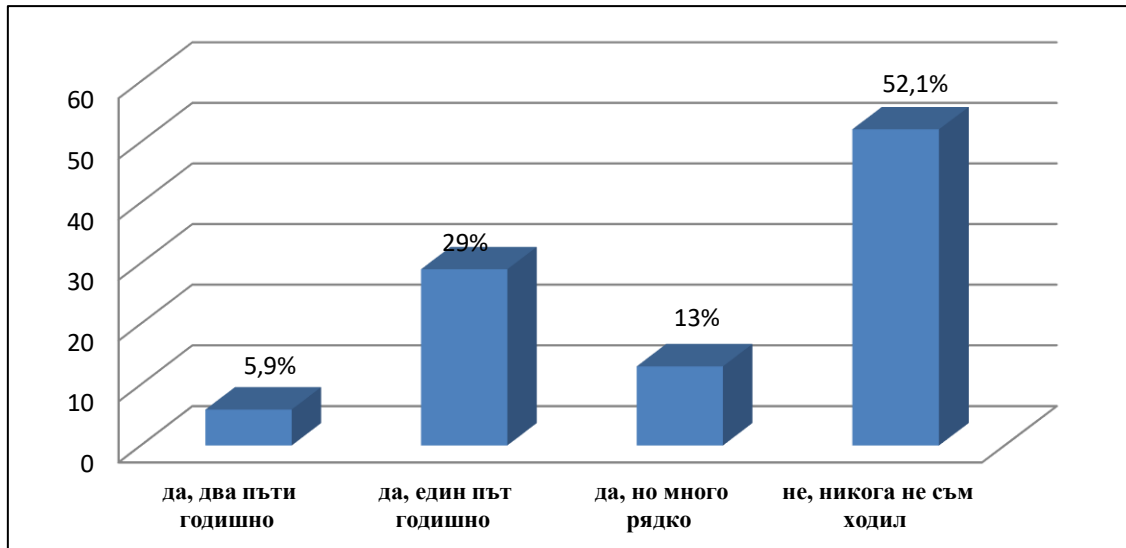
изписването, през първата година от инсульта. Основно усилията са насочени към възстановяване на говорните способности и двигателна активност. Медицинската сестра трябва да подкрепя и насърчава пациента и неговите близки в процеса на рехабилитация. При изписването изпълнява обучителна роля за правилен хранителен и двигателен режим, спазване на рехабилитационните процедури, справяне с трудностите, даване на точни указания за избягване на рискови фактори за повторен инсулт, правилно поведение за контролиране на съпътстващите заболявания. Постигането на целите на рехабилитационния процес до голяма степен се определя от *информираността* и активното участие на пациента (фиг.21).



Фиг.21. Информираност на пациентите за центрове за рехабилитация

Анализът на резултатите от изследването показва, че почти половината от анкетираните - 44,0% са информирани за наличието на рехабилитационни центрове за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и 19,9% почти не са информирани. Не е малък дялът на пациентите 21,2% , който са информирани но не са ползвали тези центрове за продължаваща

рехабилитация и 15,0% не са информирани. Получената информация позволи да се установи каква част от анкетираните са посещавали и ползвали услугите на специализирани рехабилитационни лечебни заведения или рехабилитационни центрове (фиг.22).



Фиг.22. Брой посещения на пациентите в рехабилитационните центрове

Установено бе, че 5,9% от пациентите са посещавали два пъти годишно рехабилитационен център или болница за рехабилитация, 29,0% един път годишно, а 13,0% знаят но не са посещавали и 52,1% никога не са посещавали рехабилитационен център или болница за рехабилитация. Провеждането на рехабилитация на инсултно болните в специализираните заведения за рехабилитация е много специфична и отговорна. Тя е гарант както за възстановяването така и за ускоряване на социалната им интеграция.

Затова зададохме въпроса: *“Как определяте здравословното си състояние след престоя в рехабилитационен център ?“*

В нашата група 42,3% от пациенти оценяват състоянието си за “подобро”, „без промяна“ 38,1%. Този процент е твърде висок и

неприемлив, поради увеличаване на рисковете в дългосрочен план. При други 7,5% съобщават за “влошено“ здравословно състояние след пребиваване в рехабилитационен център и 12,1% от пациентите се затрудняват да отговорят на въпроса.

Постигането на целите подобряване на качеството на живот до голяма степен се определя от информираността и активното участие на пациента.

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.

Успеха на добрата информираност е свързана с подходяща комуникация с болния, активното сътрудничество между медицинския специалист и обучавания, което ще повлияе на самоконтрола на пациента, спомага да се адаптира към своето състояние, защото отношението и индивидуалната отговорност на всеки от анкетираните към заболяването са важни личностни фактори, имащи значение за качеството на живот.

1.3. Анализ на потребностите от здравни грижи при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт

В съвременната глобализация на обществото ключово значение придобива ролята на медицинската сестра, която е в състояние да посрещне съвременните предизвикателства пред общественото здраве и да съдейства при осъществяването на дейности, които правят живота на пациента значим.

През последните десетилетия ролята на медицинската сестра може да са определи като процес, който гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности на човека професионални здравни

грижи, в насока към индивидуален подход за пациента и към осъществяване на грижи, отговарящи на неговите потребности.

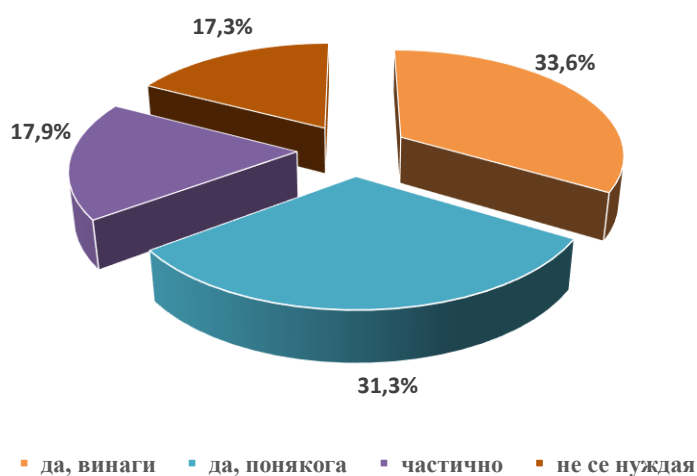
Грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт изискват вниманието на медицинската сестра да е съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациента, както и до съхранение на болния като личност, за да може да се превъзмогне болестта и се създаде възможност да се живее с и въпреки хроничното страдание. Задача на медицинската сестра при обслужване на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е да компенсира необходимостта от самостоятелни грижи чрез обучение, подпомагане или цялостно поемане на грижата. Това налага проучване на потребностите на пациентите, които могат да бъдат най-ефективно удовлетворени чрез намесата на медицинската сестра и установяване съвпадението между реално предоставената здравна услуга и очакваната от пациента.

Здравните грижи за пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт в зависимост от състоянието им или техните близки по време на болничния престой, синхронизирано с лечебния процес и рехабилитационните мерки би довело до скъсяване на периода на възстановяване на самообслужването и независимостта в ежедневната дейност, снижаване на разходите на болния и неговото семейство, превенция на рецидив, както и подобряване качеството на живот.

Данните показват, че близо половината от анкетираните пациенти – 67,4% имат определена група инвалидност с експертно решение на ТЕЛК, а останалите 32,6 % нямат определен процент нетрудоспособност, но имат и други различни хронични заболявания. От инвалидите преобладава дялът на тези с нетрудоспособност от 71,0% до 90,0% - 24,4 %, следвани от пациентите с инвалидност от 50,0% до 70,99 % - 18,2 %, над 90,0% без чужда помощ са 17,9% и над 90,0% с чужда помощ - 6,8%. Всички те имат направена социална оценка от Дирекция „Социално подпомагане”. Тези

данни определено показват, че пациентите с исхемичен мозъчен инсулт се нуждаят от диагностични и лечебни процедури, но това са хора нуждаещи се от грижи и обучение в зависимост от индивидуалните им потребности.

За да са качествени здравните грижи при пациентите с ИМИ те трябва да обхващат всички изомерния на съществуване на болния. Това налага прилагането на холистичния подход, при който активното сътрудничество на болния в процеса на лечение е от съществено значение за благоприятния краен резултат и подобряването качеството на живот. От анкетиранияте 33,6% съобщават, че се нуждаят от грижи, 31,3% смятат, че само понякога имат нужда от грижи. Относителния дял на пациентите, които имат необходимост от частични грижи е 17,9% и 17,3% не се нуждаят от грижи (фиг.23).



Фиг.23. Съвпадение между очакванията на пациентите с получените грижи в лечебните заведения

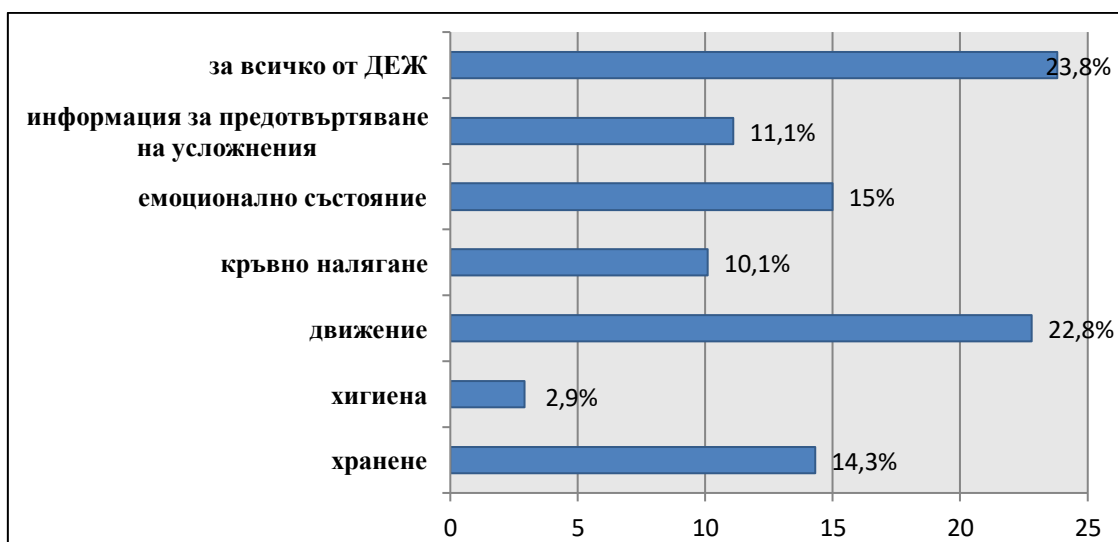
Въпреки, че е малък делът на лицата при които има разминаване на очаквания и предоставените здравни грижи, 71,7% са удовлетворени от оказаните сестрински грижи и 28,3% са неудовлетворени (фиг.24).



Фиг.24. Разпределение на изследваните лица относно удовлетвореността от оказаните здравни грижи

Тези данни определено показват, че грижите предоставени на пациентите по време на престоя в лечебните заведения удовлетворяват в значителна степен техните потребности.

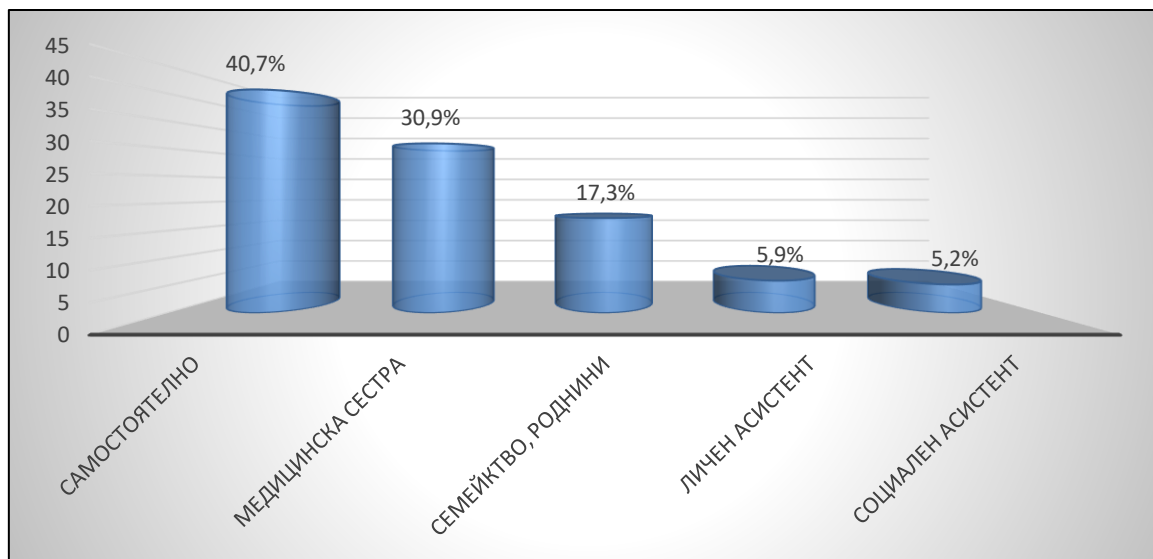
За да проучим необходимостта от включване на здравните грижи като част от процеса на възстановяване решихме да разберем дали пациентите имат такива потребности (фиг. 25).



Фиг.25 .Мнение на пациентите относно потребностите им от здравни грижи

Видно е, че всички пациенти имат нужда от сестринска намеса. Най-голям е дялът на лицата 23,8%, чийто здравни потребности са свързани с дейности от ежедневиия живот, 22,8% се нуждаят от подпомагане при движение, 15,0% имат потребност от информиране и обучение относно промените в емоционалното състояние, а 14,3% се нуждаят от помощ по време на хранене. Потребност от информация за предотвъртяване на усложненията имат 11,1% от анкетиранияте, от грижи за наблюдение и измерване на кръвното налягане се нуждаят 10,1% и 2,9% имат нужда от подпомагане при извършване на хигиенните тоалети. За постигане целите при удовлетворяването на потребностите от здравни грижи медицинската сестра трябва да поощрява, да стимулира пациента към самостоятелност и независимост. Това налага медицинската сестра да оцени съвместно с пациента потребността от грижи, защото пациентът трябва не само да получава дадената грижа, но и да партнира в грижата.

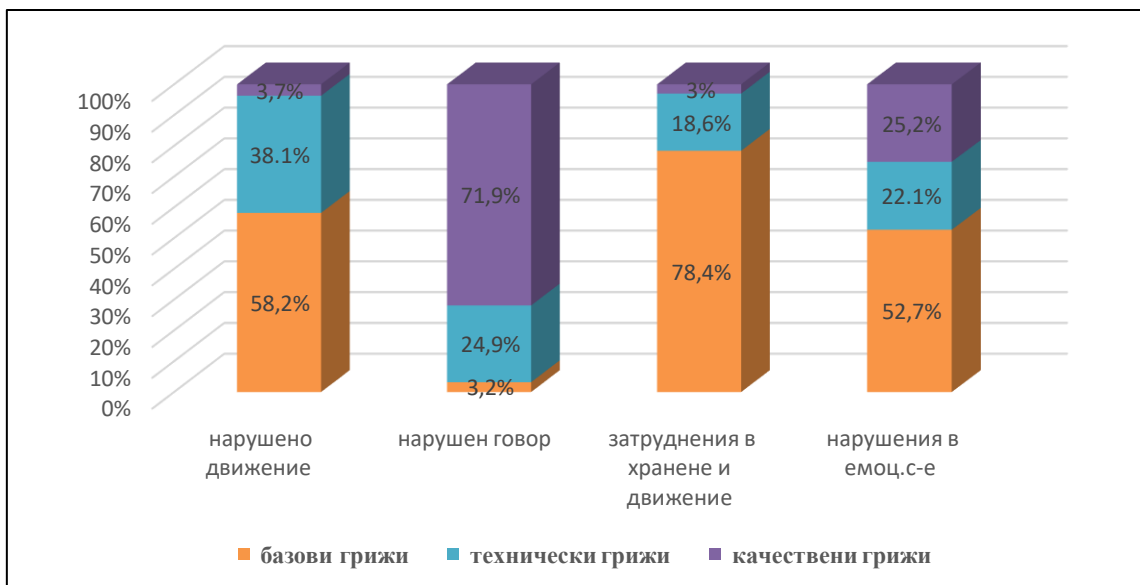
На въпроса: „*Кой предпочитате да полага грижи за Вас?*“ една трета от анкетиранияте 30,9% предпочитат грижите да се осъществяват от медицинската сестра, а 40,7% от анкетиранияте пациенти желаят „самостоятелно“ да полагат автогрижа. При 17,3% желанието е семейството и роднините да се грижат за тях. Относителният дял от пациентите, които търсят грижите на личния асистент е 5,9% и 5,2% разчитат на грижите на социалния асистент (фиг.26).



Фиг.26. Предпочитания за лице за грижи при пациентите

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. Затова решихме да разберем оказва ли влияние заболяването върху потребностите от здравни грижи.

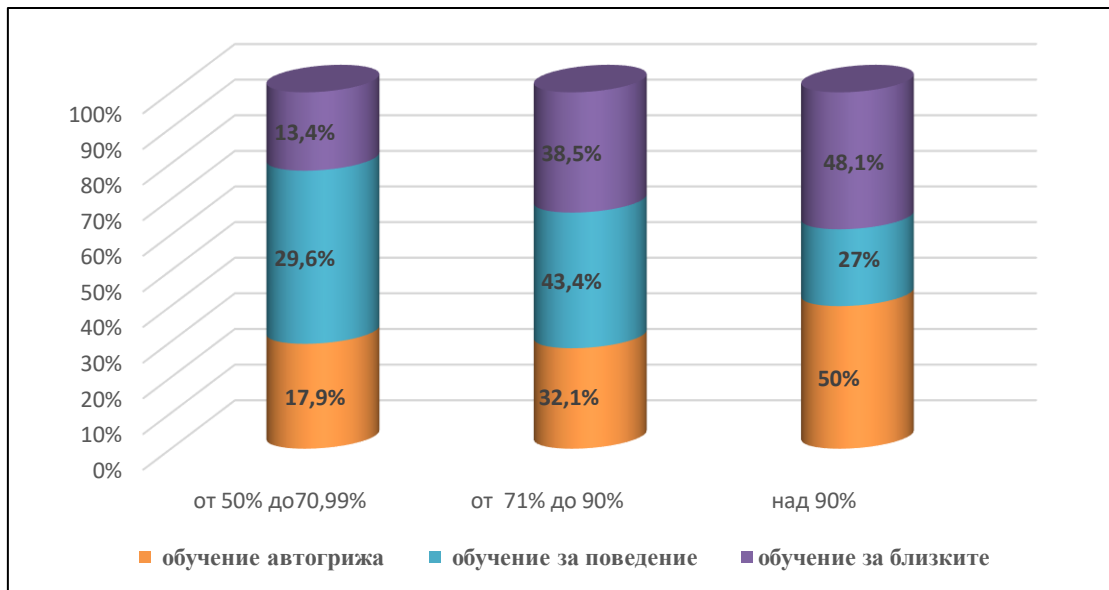
За целта обединихме потребностите на пациентите от здравни грижи в три групи: 1/основни (базови) грижи, включващи помощ при извършване на хигиенни дейности, движение и хранене; 2/технически грижи – измерване и регистриране на жизнено важни показатели, помощ при провеждане на лекарствена терапия и други 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.27).



Фиг.27. 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 групираните потребности от здравни грижи и степента на инвалидност на пациентите (фиг.28).



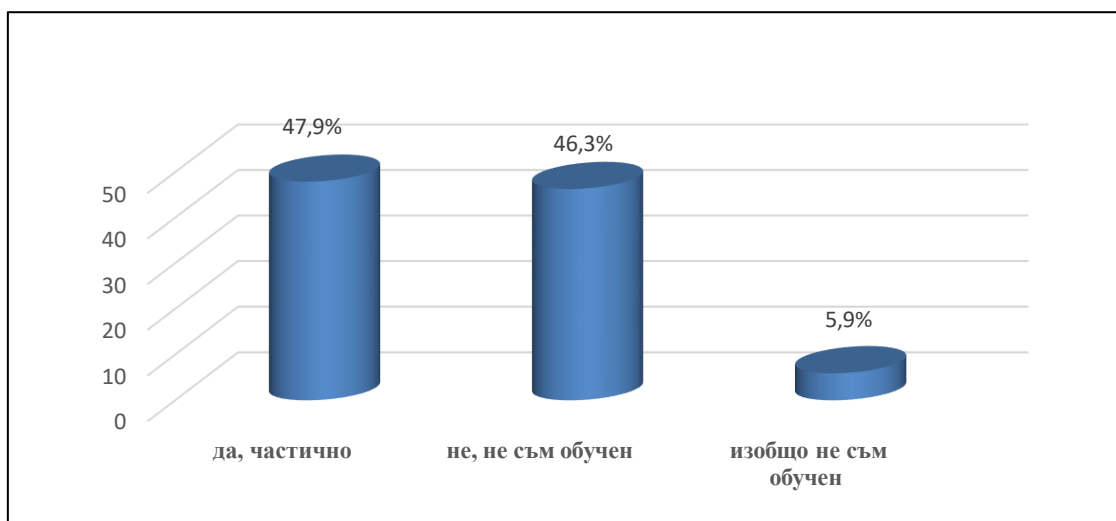
Фиг.28. Разпределение на потребностите на пациентите от обучение в зависимост от степента на нетрудоспособност

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 до 50,0% 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.

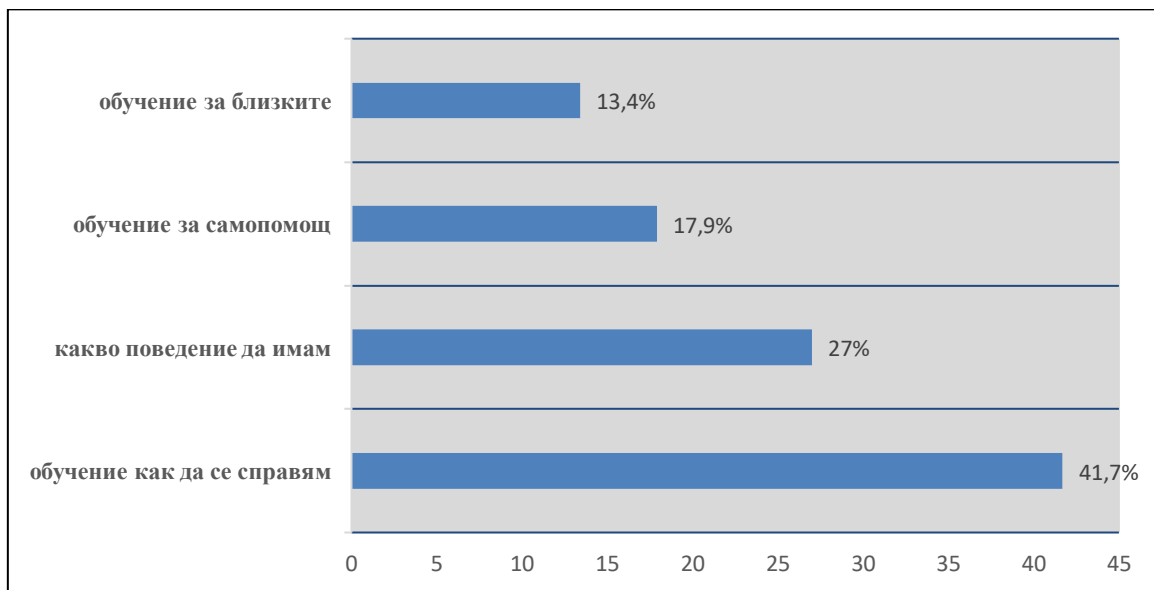
Резултатите по отношение на обучение на пациентите за извършване на дейности от ежедневиия живот по време на болничния престой са значително разнообразни. Данните показват, че най-голям е относителният дял на пациентите, които не са обучени и тези, които изобщо не са обучавани (фиг. 29).



Фиг.29. Обучение на пациента по време на болничния престой в усвояване на дейности от ежедневиия живот

Видно е, че 46,3% от анкетираните пациенти не са обучени в усвояване на дейности от ежедневиия живот през периода на лечение в неврологичните отделения и рехабилитационните заведения, а 5,9 % съобщават, че изобщо не са обучавани въпреки, че са имали такива потребности. Според 47,9 % от изследваните лица обучението е било частично, което също не удовлетворява техните потребности, което показва, че проведеното обучение удовлетворява едва 1/3 от пациентите.

За нас е важно да установим от какъв вид обучение имат нужда пациентите. Най-голям е дялът на лицата 41,7%, чийто здравни потребности са свързани с необходимостта от „обучение как да се справям сам“, 27,0% се нуждаят от „какво поведение да имам“, 17,9% имат потребност от „обучение за самопомощ“ при извършване на основни(базови) грижи. От обучение на техните близки се нуждаят 13,4% от анкетиранияте пациенти (фиг.30).

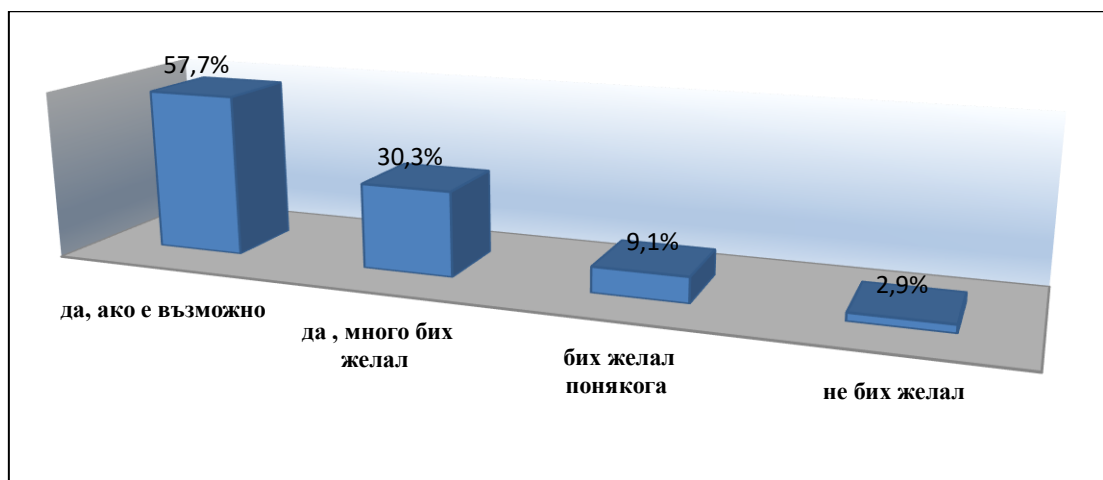


Фиг.30. Мнение на пациентите относно предпочитаното обучение

Една от основните сестрински функции определена от Европейското регионално бюро на СЗО е свързана с обучението на пациентите и техните семейства. Според резултата водещо е желанието за обучение от медицинската сестра при 57,7%, „много бих желал“ – 30,3%, „бих желал понякога“ – 9,1% и 2,9% „не желаят“ обучение от медицинската сестра.

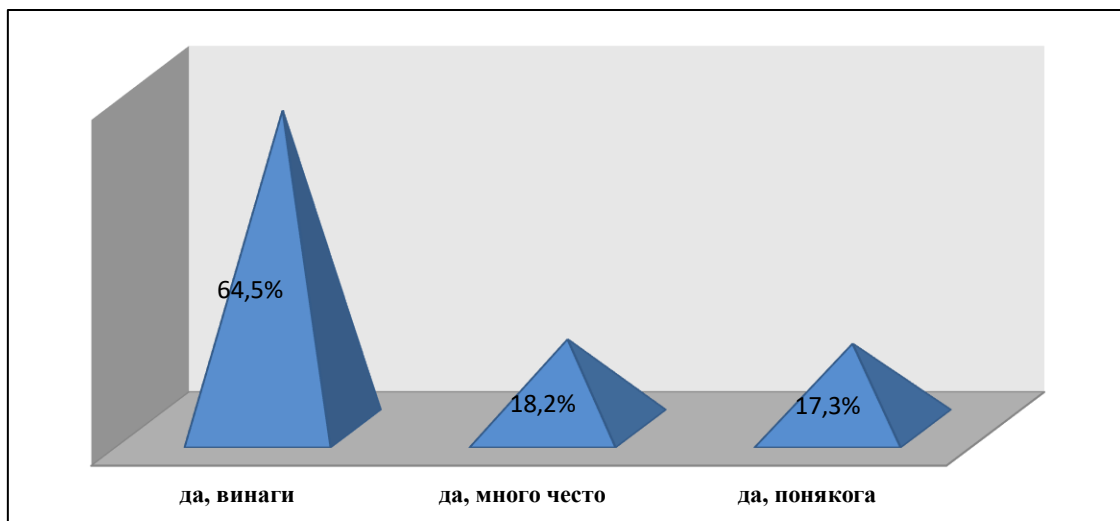
Като негативна тенденция може да се посочи слабото участие на медицинската сестра в обучението на пациентите. Медицинската сестра е част от мултидисциплинарния екип. Тя е специалист, който притежава

компетенции в това число обучение и оценка на здравното състояние на пациентите за подобряване на качеството на живот (фиг.31).



Фиг.31. Желание за обучение на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт

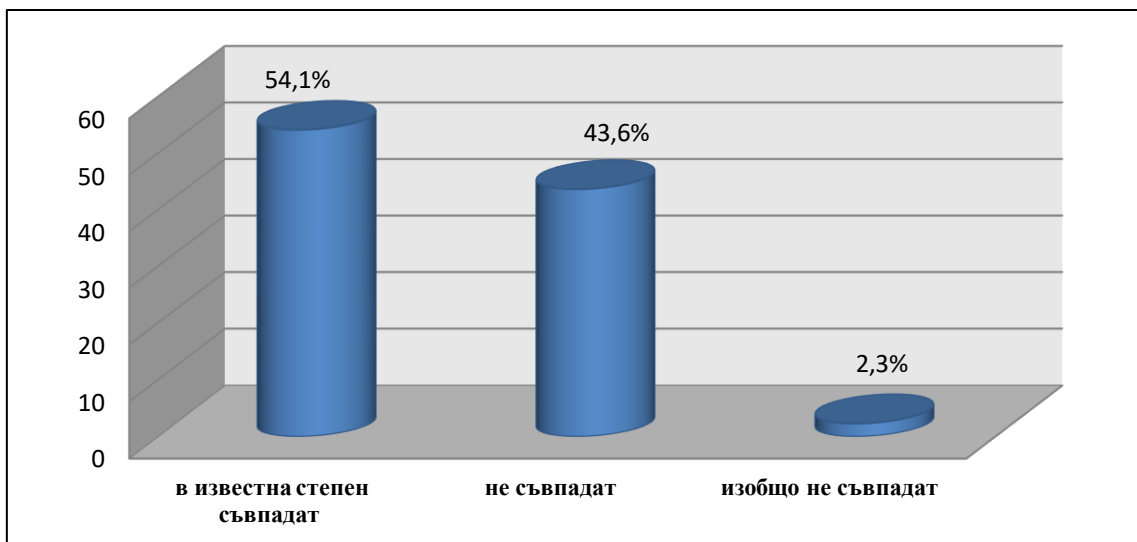
В съвременните здравни условия ролята на медицинската сестра при предоставянето на здравни грижи се свързва със сестринския процес, който гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности здравни грижи, в насока към индивидуален подход за пациента. Затова зададохме и въпроса: “ Смятате ли, че положителното отношение на медицинския персонал влияе на Вашето възстановяване?”



Фиг.32. Влияние на отношението на медицинския персонал на възстановяването на пациента

Съществуват редица условности на отговора, но все пак у пациентите остава усещането, че „да, винаги“, „да, много често“ и „да, понякога“ отношението на медицинския персонал е в основата на тяхното възстановяване. Няколко научни съобщения показват, че болните отдават голямо значение на отношенията медицински персонал - пациент и при изградено доверие между тях крайните резултати от лечението са значително по-добри.

На въпроса „Съвпадат ли Вашите очаквания с получените грижи от медицинския персонал“ едва половината от пациентите са на мнение, че в известна степен съвпадат – 54,1%, а според 43,6% не съвпадат. Отрицателни са отговорите на 2,3% от пациентите, съобщават за разминаване на очаквани резултати и оказани грижи (фиг.33).



Фиг.33. Съвпадение между очакванията на пациентите с получените грижи

Резултатите свързани с очакванията на пациентите са незадоволителни. Това показва, че техните здравни потребности остават неудовлетворени. Медицинска сестра освен клинична дейност, има важна подкрепяща и обучаваща роля, консултира пациента и семейството му в границите на своята компетентност. Медицинската сестра, трябва умело да планира дейностите, които да подобрят качеството на живот на пациента, да подпомогне адаптацията му, да окаже подкрепа и на семейството за приемане на последиците и справянето с ежедневните предизвикателства.

2. ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Процесът на възстановяване след преживян исхемичен мозъчен инсулт обхваща няколко етапа. Лечението на острата фаза е първата стъпка и включва усилията, насочени към оцеляването на пациента и грижата за други съпътстващи заболявания. Рехабилитацията е насочена към запазване и възстановяване на умствените и моторни възможности на пациента. Последната стъпка - връщането към ежедневните дейности може да трае до живот и включва научаването да се живее с последиците на инсулта.

При около 50,0% от пациентите с исхемичен мозъчен инсулт се наблюдават усложнения след острата фаза - проблеми с говора и комуникацията, необратима загуба на мозъчните функции, загуба на движения или сетивност в определена част или части на тялото, проблеми поради загуба на двигателни функции, ставни контрактури и рани от залежаване, мускулна слабост, невъзможност за самообслужване и грижи за себе си, намалени социални контакти. В голям процент от случаите са налице и промени в емоциите, характера и поведението. Болният често е депресиран, мнителен, избягва общуването с близките си, което оказва съществено влияние върху качеството на живот на пациентите и техните семейства.

Това доведе до необходимостта за изработване на методи за проучване качеството на живот при пациентите с преживян ИМИ и тяхното обективно състояние.

2.1. Описателни характеристики на пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт

В изследването участват пациенти с ИМИ лекувани в неврологичните отделения, след острата симптоматика и пациенти в рехабилитационните болници. Данните показват голяма разнородност на някои признаци и представяне на различни демографски групи, което позволи висока степен на достоверност на получените от тях отговори (табл.2).

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

В изследваната група, повечето от участващите в изследването са мъже, като най-голяма е възрастовата група 50-59г. От пациентите повечето са градски жители, със средно образование. По-голяма част от тях са пенсионери, семейни или овдовели и във възрастовия диапазон 50-70г. За тази възраст исхемичния мозъчен инсулт е често срещано заболяване.

2.2. 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.

В процеса на нашето проучване се установи, че съществуват множество утвърдени въпросници. Целта на настоящето изследване изискваше цялостна оценка на КЖ, въз основа на индивидуалните потребности на пациентите. На получените отговори се изготви цялостна оценка на КЖ, след настъпилата промяна в резултат на заболяването.

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 контакти, телесен дискомфорт, познавателни способности.

При използвана скала за всяка област сумата от точки съответстваща на отговори до най-ниската стойност - нула се приемат за високо (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.

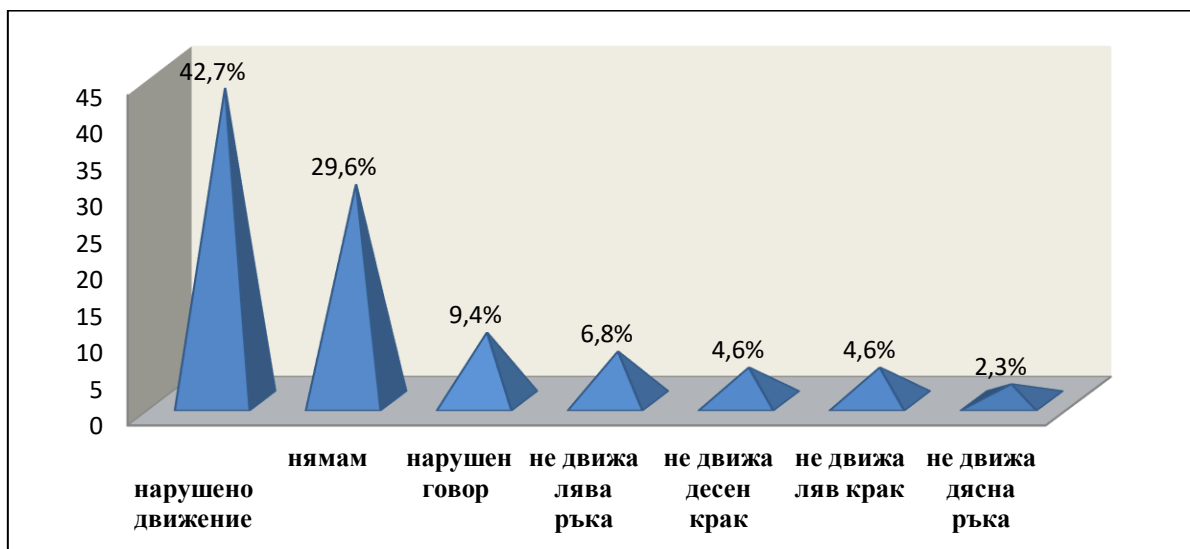
Табл.3. Честота на признаците, характеризиращи качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт

Признак	Честота на проявата										Коефициент на средно измерената 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 ежедневиия живот (движение, сядане, хигиенни тоалети, обличане, събличане), което потвърждава нашата хипотеза, че КЖ на пациентите с ИМИ е влошено. Най-засегнати са двигателната активност, емоционалната сфера и телесния дискомфорт. Важно е да се отбележи, че относителният дял на респондентите с наличие на физическо увреждане вследствие ИМИ е голям 68,1%, при 22,8% няма физическо увреждане и 9,1% не знаят. 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.

Анализа на данните показва наличната полиморбидност на анкетираните пациенти. Обективизирането на усложненията на заболяването е в следната последователност – с нарушено движение са 42,7% от пациентите, като 6,8% от анкетираните не движат лява ръка, 2,3% не движат дясна ръка и еднакъв е относителният дял на анкетираните 4,6%, които съобщават за нарушение на движението в ляв или десен крак (фиг. 34).



Фиг.34. Разпределение на пациентите според вида на нарушения в двигателната активност

2.3. 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, 22,5% 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).

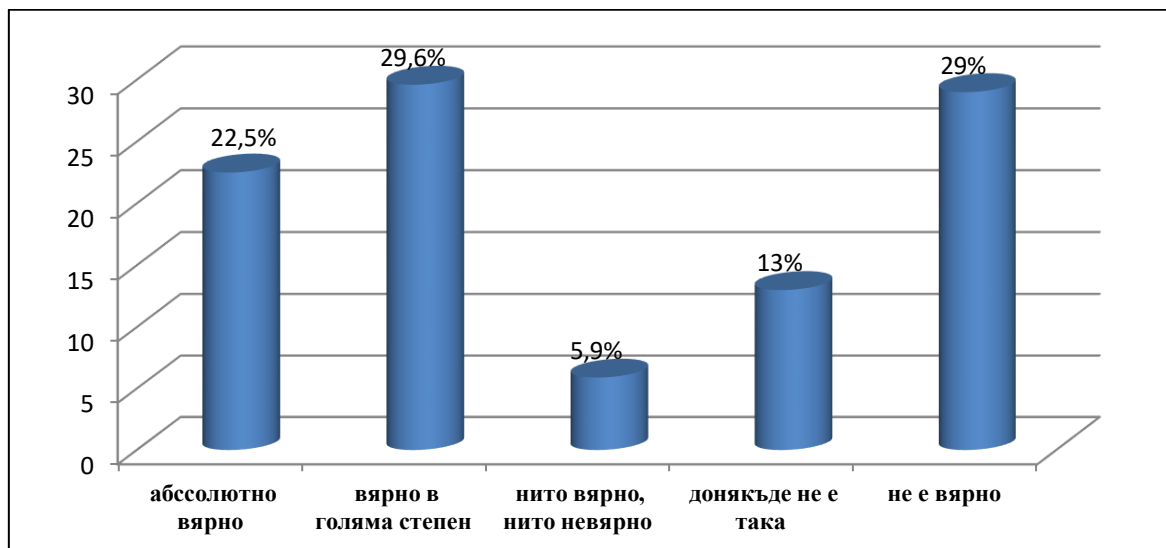
Табл.4. Оценка на двигателната активност на пациентите

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

Двигателните проблеми затрудняват дейностите на пациентите от ежедневиия живот, като са и причина за тяхната независимост. Определено може да се каже, че анкетираните пациенти с наличие на физическо увреждане са с висок здравен риск, тъй като трайните дегенеративни изменения, които настъпват довеждат до инвалидизация на пациентите и влошават качеството на живот.

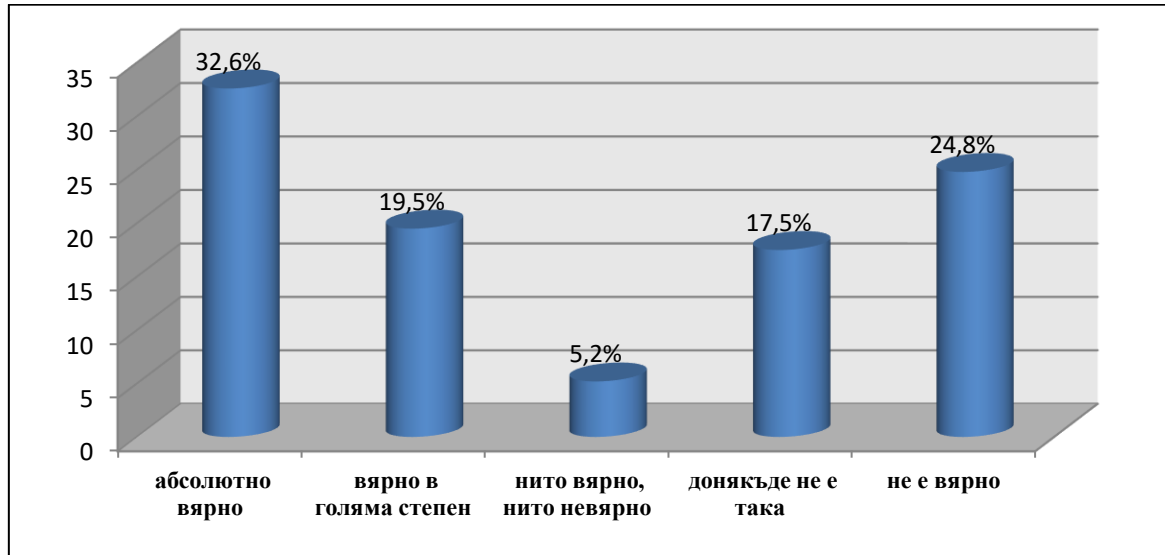
Възможността за самостоятелно хранене е също сериозен проблем при пациентите с ИМИ и се отразява на тяхното качество на живот. При някои пациенти се налага необходимост от изкуствено хранене – парентерално въвеждане на хранителни вещества, течности, електролити и витамини, чрез венозни инфузии и хранене 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%. Анкетираните, които нямат затруднения с храненето са 29,0% и 13,0% донякъде се справят с проблема (фи35.).



Фиг.35. Разпределение на пациентите според честотата на затруднение при хранене

По-голяма част съобщават за затруднения в общуването – затруднен говор, затруднено общуване, като отбягват общуването с близките (фиг.36).



Фиг.36. Разпределение на пациентите според честотата на затруднение при общуване

Получените резултати показват, че голяма част от анкетираните пациенти 52,1% имат затруднения в общуването и определят моментното си здравословно състояние като голям психически стрес, физическо натоварване с риск от увреждане, депресия и липса на вяра в добрия изход от заболяването.

От отговорите на пациентите се установява, че 88,7% се притесняват за бъдещето си, чувстват 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 анкетираните 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.

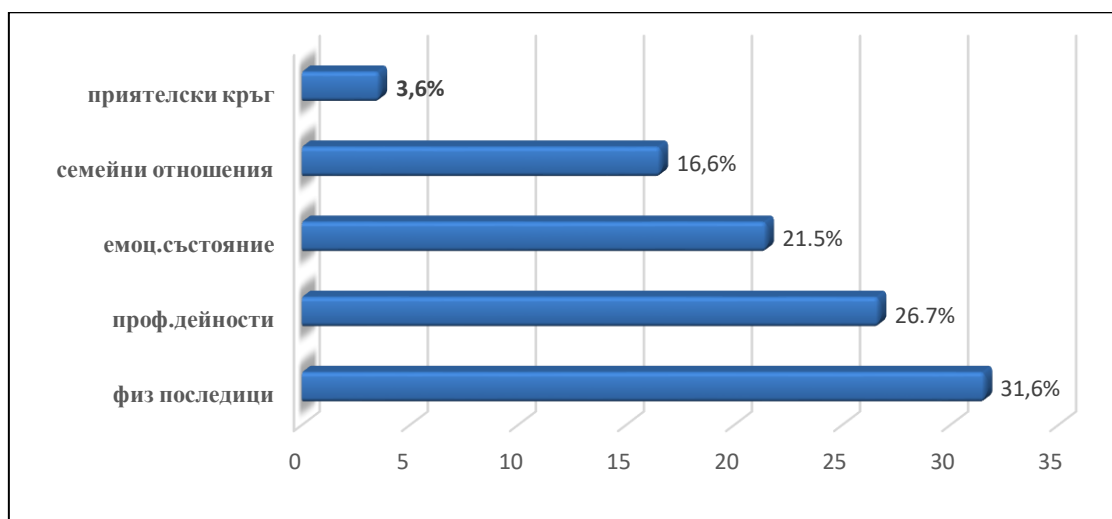
Тези резултати показват висока зависимост от чужда помощ и подкрепа вследствие заболяването и оказват влияние на качеството на живот на пациентите.

Промяната в начина на живот на пациентите с ИМИ се установява в нагласите на пациента към заболяването, резултатите от лечението, адаптацията към заболяването, социалните, финансови, емоционалните и физически промени, както и промяна в ежедневието и семейството, които въздействат на качеството на живот.

Много от пациентите с ИМИ умират незабавно или в следващите месеци поради усложнения, свързани със заболяването. Приблизително 2/3 са посочили, че не са удовлетворени от здравето си след мозъчно-съдов инцидент. Проучванията показват, че за повечето хора с физически увреждания се грижат членовете на семейството им. От друга

страна, хората, които се грижат за тях, играят ключова роля в непрекъснатостта на грижите, допринасяйки за процеса на адаптиране към новото състояние на живота и следователно, към тяхното КЖ.

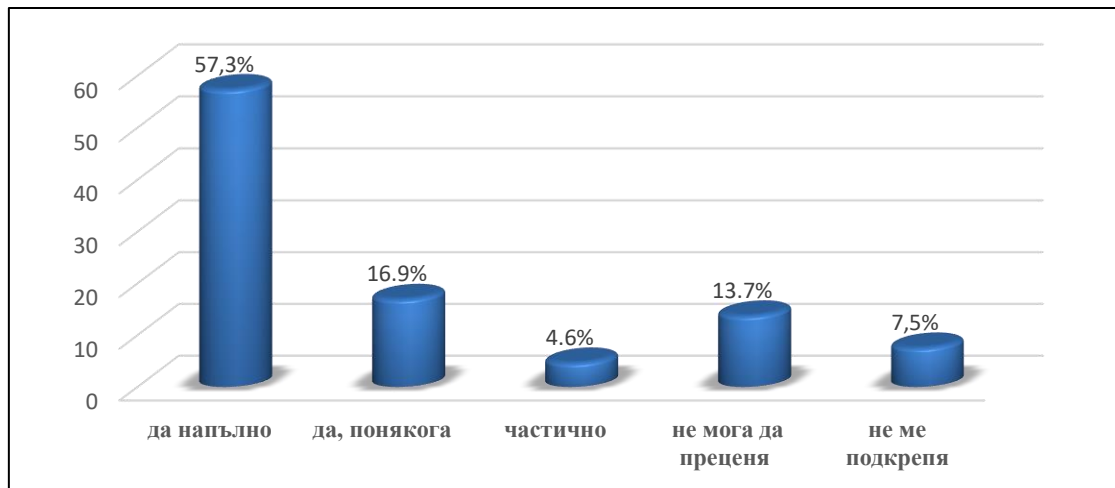
Особено важен момент за пациентите е приемането на заболяването и свързаните с него промени в ежедневието и начина на живот, с който трябва да се справят както пациентите така и неговите близки. На въпроса: “*Промени ли заболяването по някакъв начин живота Ви?*” Получените резултати показват, че най-голям е относителният дял на пациентите - 88,6% при които заболяването е променило живота им, а при 11,4%% не намират промяна. Промяната в КЖ при 31,6% от пациентите установяват във физическите последици от заболяването, голяма част - 26,7% в професионалните дейности, в емоционалното състояние – 21,5% . Незначителен е относителния дял на пациентите, които намират промяната в семейните отношения 16,6% и само 3,6% в приятелския кръг (фиг.37).



Фиг.37. Разпределение на промяна в качеството на живот според пациентите

Болестта оказва влияние върху всички членове на семейството, което може да доведе до промяна във взаимоотношенията в семейната среда.

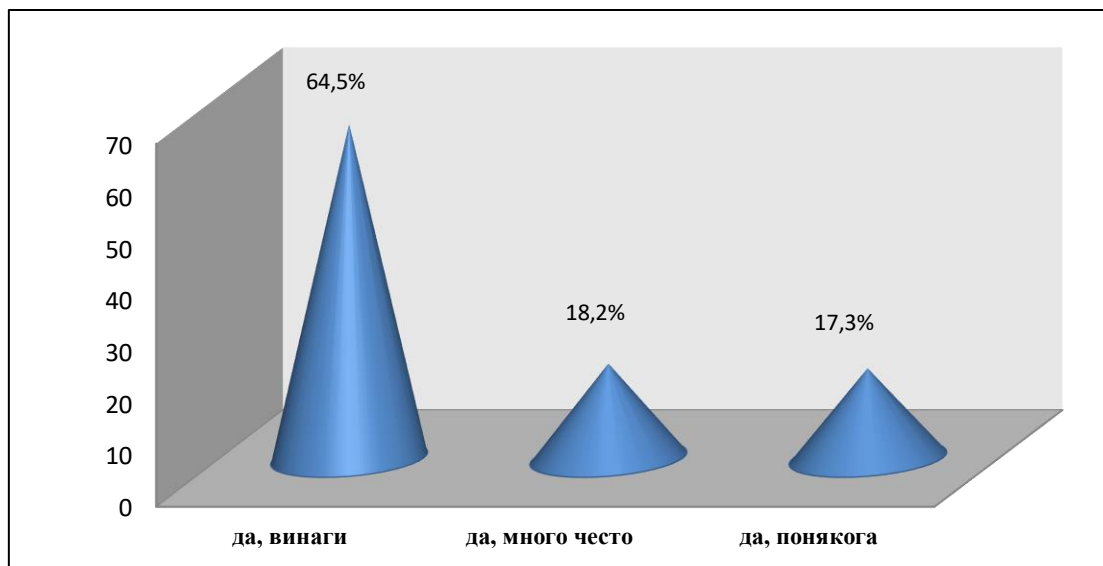
Получените резултати провокират следващият въпрос: „*Семейството подкрепя ли Ви за справяне с Вашето заболяване?*“



Фиг.38. Подкрепа от семейството

С най-висок относителен дял – 57,3% са роднините, които напълно подкрепят пациентите. Друга голяма група от анкетираните – 16,9% подкрепят пациентите понякога, а само 4,6% от роднините частично подкрепят пациентите в новата ситуация. За 13,7% новината е била шокираща, при което те са несигурни във всяко отношение, а - 7,5% не подкрепят пациентите с настъпилата промяна (фиг.38). Това е неизбежно имайки предвид стреса и негативните емоции, с които се борят семействата на пациентите с ИМИ и потвърждава необходимостта от работа с тези семейства в посока подкрепа, информираност и обучение с помощта на нови модели.

Трябва да се отбележи, че емоционалното състояние и самочувствие на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт е променено и психологическата помощ и подкрепа е в основата на социалната и психологическа рехабилитация. Депресираните и тревожни пациенти са отчаяни и обезкуражени. Една трета от пациентите се страхуват от социално изолация и липса на несигурност след заболяването. За изясняване на необходимите детайли помолихме пациентите да дадат отговор на въпроса: *“От кого получавате при необходимост психологическа помощ и подкрепа?”* (фиг.39).



Фиг.39. Психологическа помощ и подкрепа

От анкетираните 64,5% получават „винаги“ психологическа помощ и подкрепа, „много често“ 18,2% от анкетираните и 17,3% „поякога“ разчитат на психологическа помощ и подкрепа.

Това налага превръщането на био – психосоциалната парадигма за същността на човешката личност в ръководно начало при организацията и провеждането на здравни грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

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.

Функциониращите в общността социални услуги - домашен патронаж, личен асистент, дневни центрове за възрастни с увреждания, дом за стари хора, както и пациентските организации могат да подпомогнат в някаква степен семействата на пациентите преживели исхемичен мозъчен инсулт. От съществено значение за всеки пациент с ИМИ е не само физическото, но и емоционалното равновесие за общото функциониране на организма във всекидневието, т. е. качеството на живот.

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

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

Грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт изискват вниманието на медицинската сестра да е съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациента. Съществени фактори, определящи спецификата в сестринските грижи при тези пациенти са промените в съзнанието и степента на зависимост.

Изхождайки от понятието "Здравни грижи" - дейността, свързана със здравето и болестта, извършвана от медицински специалисти за осигуряване на човешките потребности, когато лицето не може (поради болест, възраст, инвалидност и други причини), няма познания или не трябва да я извършва само, то пациентите със засягане на съзнанието са специфична група. Медицинската сестра може самостоятелно да оцени състоянието и нуждите на пациента, правилно да ги наблюдава, да взема обосновани решения, свързани с определени отговорности когато от нейната професионална компетентност зависи успеха на лечението.

Това налага да се проучат основните сестрински дейности, необходими за повишаване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и се очертае тяхното развитие в зависимост от здравните потребности на пациентите.

Важно за настоящото изследване бе, да се проучи организацията на работа на медицинските сестри за подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт в лечебните заведения.

Анкетирани са 180 медицински сестри, с трудов стаж от 5 до над 35 години, като 2/3 от тях са с над 20 години професионален опит. Средната възраст на анкетираните е 47 години, най-младата сестра е на 23 години, а най-възрастната на 65 години (табл.5).

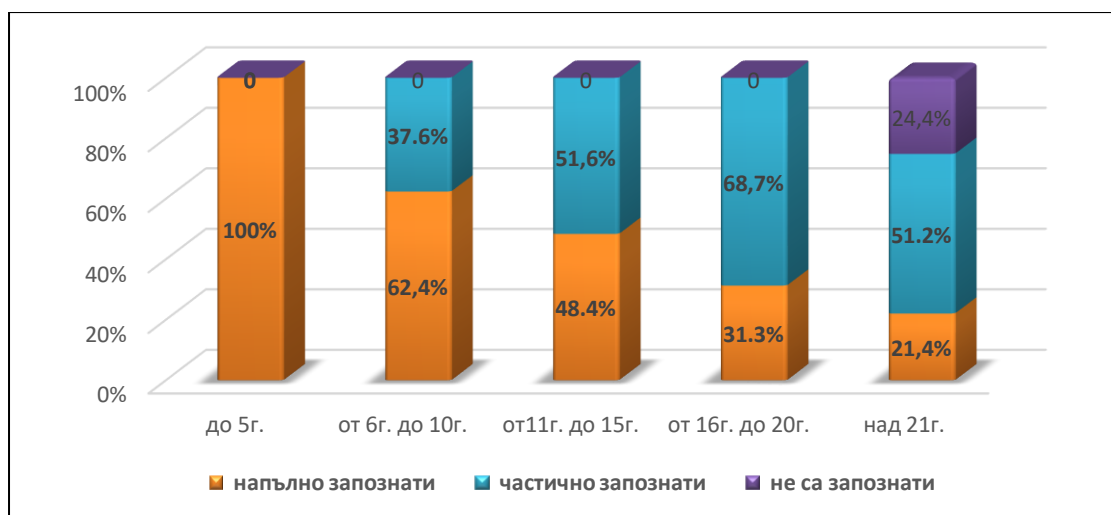
Табл.5. Разпределение на медицинските сестри по възраст и трудов стаж

№ по ред	Трудов стаж	Възраст на медицинските сестри				
		под 30г.	от 31г. до 40г.	от 41г. до 50г.	от 51г. до 60г.	над 60г.
1.	от 5г. до 10г.	6,0%	6,3%	4,6%		
2.	от 10г. до 15г.		5,9%	5,1%		
3.	от 15г. до 20г.		4,2%	4,7%	6,3%	
4.	от 20г. до 25г.		4,6%	4,1%	5,2%	
5.	от 25г. до 30г.			8,5%	8,1%	6,3%
6.	от 30г. до 35г.				8,6%	6,9%
7.	над 35г.					4,6%

Според получените резултати медицинските сестри извършващи грижи за пациентите с исхемичен мозъчен инсулт с трудов стаж от 5г. до 10г. са 16,9%, от 10г. до 15г. – 11,0%, сестрите със стаж от 15г. до 20 г. са 15,2%, от 20г. до 25г. – 14,2%, от 30г. до 35 г. – 15,5%. С най-голям дял от анкетираните са тези с трудов стаж от 25г. до 30 г. - 22,9%, а най-малък е дела на тези с трудов стаж над 35г. – 4,6%. Определено може да се каже, че професионалният опит на медицинските сестри на база трудов стаж предполага оказване на качествени здравни грижи към пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

Длъжностната характеристика е документ, който създава възможност за точно определяне на задачите и дейностите на медицинската сестра.

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 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 болницата (фиг.40).



Фиг.40. Разпределение на медицинските сестри запознати с длъжностната си характеристика в зависимост от трудовия им стаж

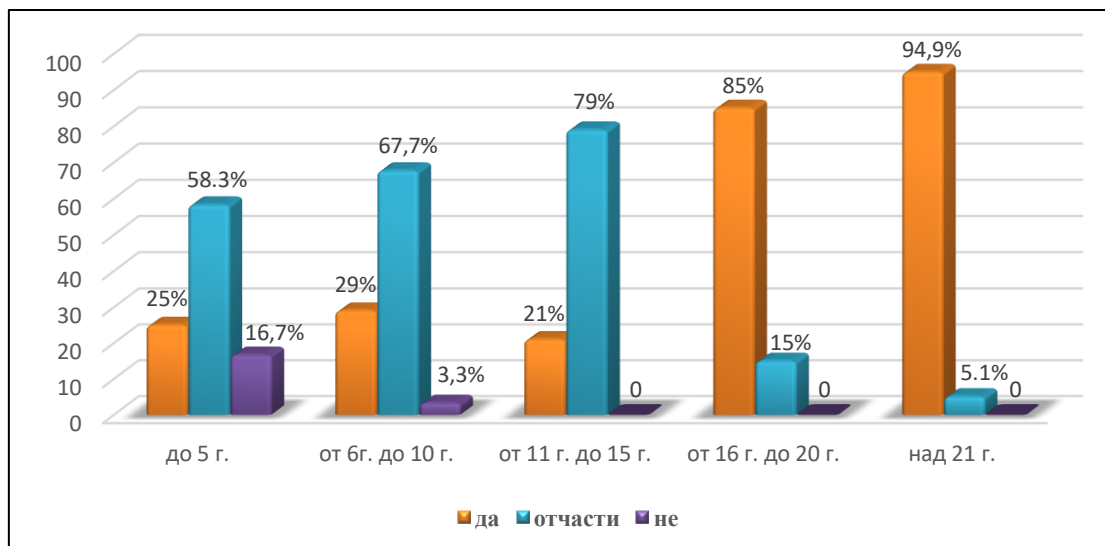
Длъжностната характеристика е документ, който регламентира функциите и задълженията, правата и отговорностите на медицинските сестри, свързани с ефективното изпълнение на служебните им задължения. Анализът на действащите в момента длъжностни характеристики ни дава сведения, че в тях са отразени само дейностите, които медицинската сестра извършва самостоятелно и по назначение на лекаря, свързани с предоставяне на медицински и здравни грижи, и осъществяване на

манипулации. Липсват сестрински дейности, които са изключително необходими при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт като: профилактика на усложненията и консултиране на пациентите и техните близки; оценка на здравните проблеми и съветване на лица с повишен здравен риск; съставяне план за сестрински грижи и включване на сестринския процес; оказване помощ на лицата за тяхната ресоциализация, обучение на дейности от ежедневиия живот; реадаптация и рехабилитация.

С Наредба №1/08.02.2011 г. бяха определени дейностите, които влизат в компетенциите на специалистите по здравни грижи. Според Националния класификатор медицинската сестра има многообразни функции и изпълнява редица задачи. Основните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно и по назначение от лекар са: предоставяне и събиране на здравна информация; промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите; предоставяне на медицински и здравни грижи; осъществяване на манипулации; оказване на спешна медицинска помощ; разработване на проекти, подкрепа и обучение, съветване и координиране на здравни услуги, насърчаващи самопомощ, като в същото време продължават да осигуряват директни грижи, където са необходими.

Липсват съвременните аспекти на здравните грижи, компетенции на медицинските сестри и произтичащите от тях отговорности. Необходимостта от иновации в областта на сестринските грижи никога не е била по-голяма.

Повече от половината от анкетирани медицинските сестри (70,0%) смятат, че дейностите, които са регламентирани в длъжностната характеристика са достатъчни по обем. В зависимост от трудовия стаж прави впечатление, че медицинските сестри, които смятат, че дейностите в длъжностната характеристика не са достатъчни по обем са с най-малък трудов стаж (фиг.41).

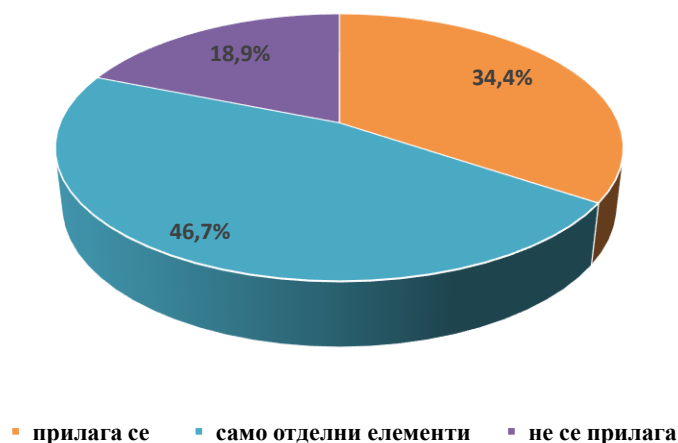


Фиг.41. Връзка между трудов стаж на мед.сестри и мнението им относно обема на регламентираните дейности в длъжностната характеристика

Видно е, че 16,7% от медицинските сестри с трудов стаж до 5 години смятат, че дейностите, регламентирани в длъжностната характеристика не са достатъчни по обем, като от тях 58,3% са на мнение, че само отчасти не са достатъчни. Медицинските сестри (94,9%) с трудов стаж над 21 години смятат, че те са напълно достатъчни ($p < 0,01$).

Въпреки, че по-голяма част от медицинските сестри смятат, че дейностите, регламентирани от длъжностната характеристика са достатъчни по обем, 61,0% съобщават, че често се случва да изпълняват дейности извън определените в длъжностната характеристика. На 45,2% се случва да извършват други дейности само понякога и 3,2% не извършват дейности извън определените в длъжностната характеристика. Най-често на медицинските сестри се налага да работят с документация – 31,81%, извършване на сестрински манипулации – 34,2%, измерване на соматични показатели – 20,16%, работа с компютър извън задълженията – 5,6%, обучаване на пациенти - 8,23% и други.

Сестринският процес е ключов фактор за повишаване качеството на здравните грижи при пациенти с ИМИ. За да се гарантира повишаване качеството на сестринските грижи, подобряване удовлетвореността и качеството на живот на пациентите, е необходимо прилагането на сестринския процес, основаващ се на задълбочени теоретични знания, които намират своето практическо приложение при осъществяването на професионални здравни грижи. Затова решихме да изследваме нивото на информираност на медицинските сестри за сестринския процес. От анкетираните медицински сестри 60,8% съобщават, че напълно познават сестринския процес, 35,6% са запознати частично, а само 3,9% не познават сестринския процес. Поради редица бариери и преди всичко липса на нормативно изискване за приложимостта му, зададохме на медицинските сестри въпроса: „Прилага ли се във Вашата болница Сестринския процес?“ Не малка част от сестрите 34,4% съобщават, че в лечебното заведение се прилага сестринския процес, а 46,7% съобщават, че се прилагат само отделни елементи от него, а 18,9% - изобщо не се прилага (фиг.42).

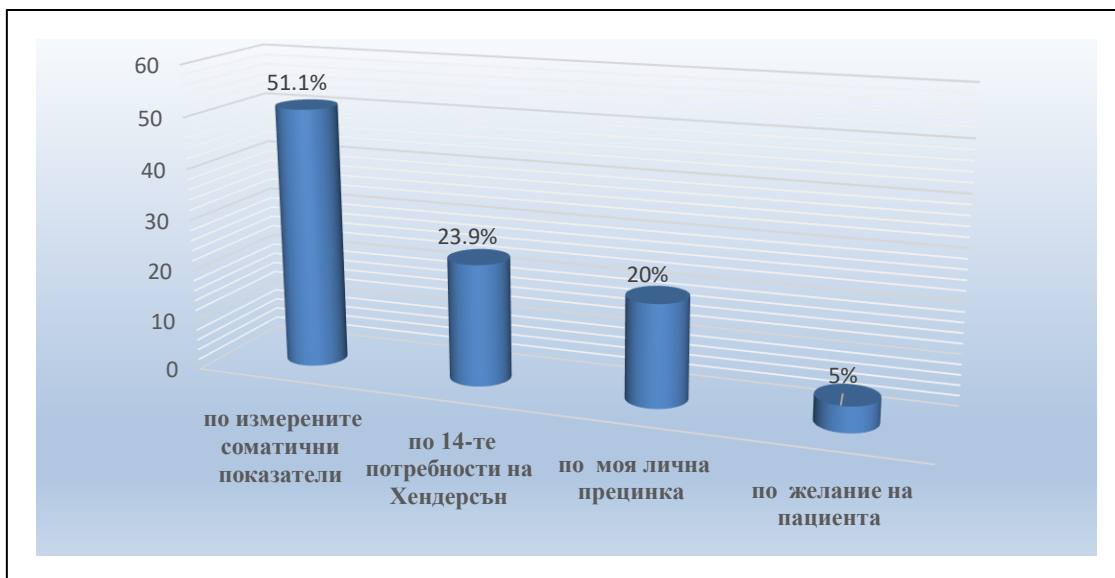


Фиг.42. Мнението на медицинските сестри относно практическото приложение на сестринския процес

На следващия въпрос не посочват кои негови елементи се прилагат, което показва, че те нямат никаква или имат само отчасти представа за този сестрински подход. Това се потвърждава и от факта, че по-голяма част от медицинските сестри, според които познават сестринския процес са с трудов стаж над 15 години. По време на своето обучение те не са изучавали сестринския процес, тъй като това е един сравнително нов съвременен модел на сестринските грижи. Медицинските сестри, които са завършили базовото си образование по-скоро съобщават, че познават сестринския процес, но само на теория, а нямат представа за неговата практическа приложимост.

Сестринският процес се основава на решаването на даден проблем на пациента, като предварително се събира необходимата информация и се извършва анализ за формулиране на проблема или т.нар. сестринска диагноза. Същността сестринския процес се състои в разработването на план за грижи и в осъществяването му – извършването на сестринска интервенция с цел задоволяване на потребностите на пациента за подобряване качеството на живот.

В здравните условия на съвременното ролята на медицинската сестра при предоставянето на здравни грижи се свързва със сестринския процес, който гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности професионални здравни грижи. Според мнението на медицинските сестри, критериите по които се определят потребностите от здравни грижи на пациентите с ИМИ при 51,1% от тях посочват, че това се извършва по „измерените соматични показатели“, 23,9% от анкетиранияте медицински специалисти посочват, че критериите по които определят потребностите на пациентите са „по 14-те потребности на Вержиния Хендерсън“, 20,0% „по моя лична преценка“ и „по желание на пациента и близките“ посочват 5,0% (фиг.43).



Фиг.43. Критерии за определяне на потребностите на пациентите от сестрински грижи

Съществен елемент в съвременните здравни грижи е необходимостта от изготвянето от медицинската сестра на план за грижи за всеки пациент, който е индивидуализиран и съобразен с потребностите. От анкетираниите медицински сестри 30,0% съобщават, че „не се изготвят планове за сестрински грижи“. Останалите 34,4% отговарят „да, изготвят се такива планове“, а 35,6% - „изготвят се частично“.

Основната причина за неинформираността на медицинските сестри относно същността на сестринския процес 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. От друга страна, медицинските сестри в лечебните заведения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация. Доказателство за неприлагане на сестринския процес са отговорите на пациентите. Като от тях 52,8% са неудовлетворени, 11,1% са силно неудовлетворени. Удовлетворените са едва 36,2% .

При проучване мнението на работещите медицински сестри в лечебните заведения относно собствените дейности и тяхната регламентираност в длъжностната характеристика установихме връзка между трудовия стаж, информираността за дейностите включени в нея и обучението на медицинската сестра. Установява 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, 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. Следователно медицинската сестра изпълнява различни роли - обучителна, подкрепяща, коригираща, напътстваща, подпомагаща, а здравните грижи трябва да се концентрират за подобряване качеството на живот на пациентите.

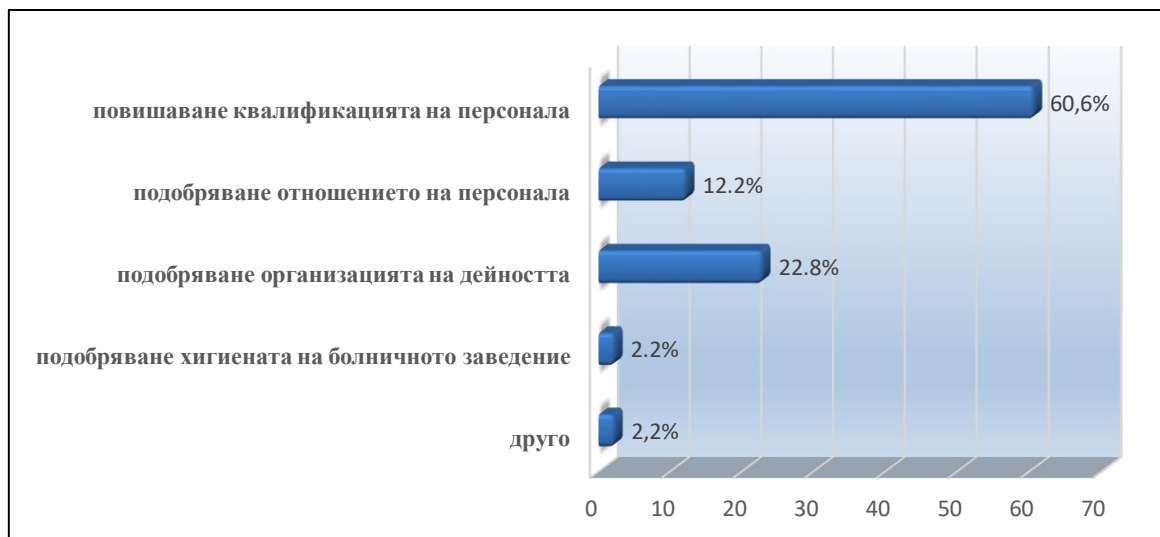
Спецификата на медицинската помощ и здравните грижи изисква медицинските специалисти и пациентите да работят заедно в интерес на пациента. Определено медицинските сестри със своя професионализъм имат значителна роля за адаптацията на пациентите към новия начин на живот. Това показват резултатите от проучването. Повече от половината - 60,0% от медицински сестри твърдят, че пациентите търсят професионалното им мнение за грижите свързани със заболяването, 36,1% смятат, че само понякога и 3,9% от тях отговарят отрицателно (фиг.44).



Фиг.44. Разпределение на медицинските сестри според заинтересуваността на пациентите от здравни грижи

Развитието на професията на медицинската сестра е свързана с развитието на основната ѝ дейност *здравната грижа*, за удовлетворяване потребностите на пациентите за подобряване качеството на живот.

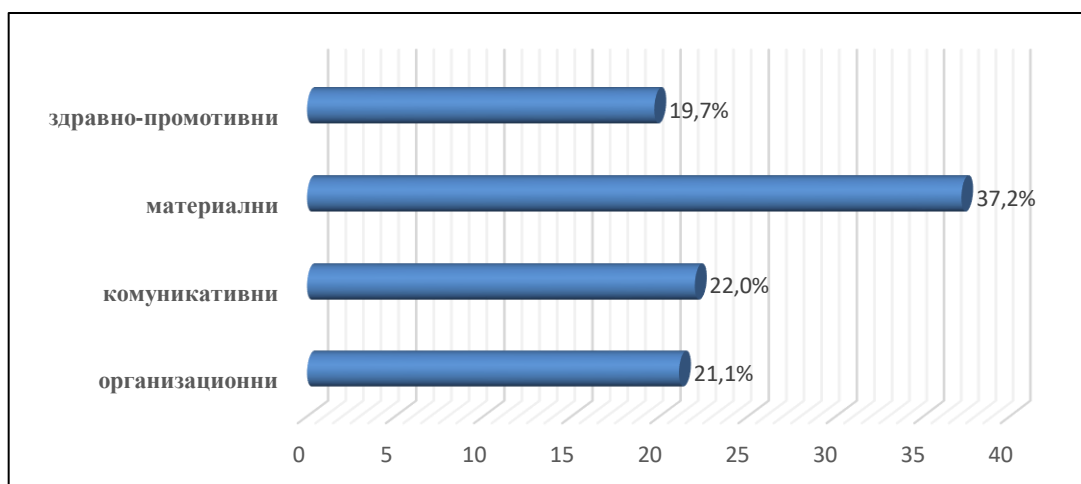
Затова зададохме въпроса: *“Кое би допринесло в най- голяма степен за подобряване качеството на здравните грижи при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт?”* Отговорите на повече от половината от анкетираниите медицински сестри – 60,6% са посочили „повишаване на квалификацията на персонала“, за 22,8% с „подобряване организацията на работа“ ще се подобри и качеството на предоставените грижи. Еднакъв е броя на анкетираниите - 2,2%, които са посочили „подобряване на хигиената в болничното заведение и „друго“, като метод за качествени здравни грижи. Само 12,2% от персоналят смята, че “подобряване отношението на персонала“ към пациентите ще повиши качеството на здравни грижи (фиг.45).



Фиг.45. Мнение на медицинските сестри за повишаване качеството на здравните грижи

В процеса на общуване и съвместна дейност на хората могат да възникнат противоречия и конфликти. Медицинската сестра е професионалиста, който може да установи наличието на проблеми, като най-близък участник в лечебния процес, да избере подходящата форма и време за преодоляването им.

От анкетираните медицински сестри в лечебните заведения срещат най-често проблеми с осигуряването на материали и консумативи - 37,2%, на второ място поставят но не по значимост - 22,0% комуникацията. Не по-малко по значение са организационните проблеми - 21,1% и здравно-промотивните проблеми - 19,7% (фиг.46).



Фиг.46.Разпределение на проблемите в дейността на медицинските сестри

Видно е, че 1/3 от изследваните медицински сестри определят проблемите на работното място като значителни.

За да отговорят адекватно на динамично променящите се здравни потребности на населението, медицинските сестри трябва да предоставят нов качествен вид здравни грижи в лечебните заведения, разширяване на сестринските функции, обучение на медицинските сестри в иновациите в професията, както и намирането на нови подходи за подобряване качеството на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

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

Съвременната медицинска сестра трябва да бъде лицето, което чрез своите знания и компетенции, да съдейства и подпомага индивида както да промени своите нездравословни навици така и да поддържа здравословен начин на живот.

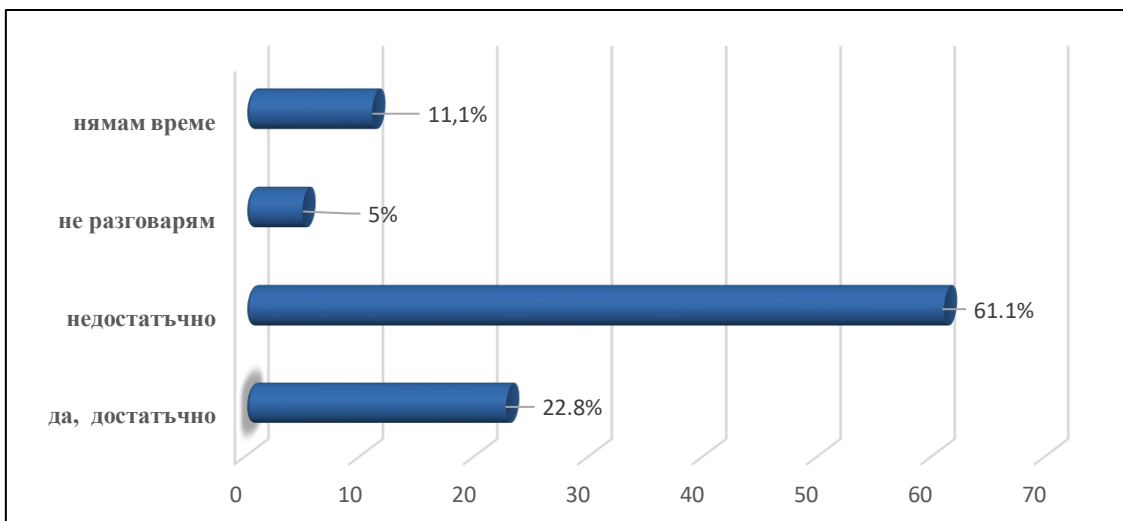
Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална

компетентност, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения.

Днешната професионална подготовка на медицинската сестра все повече отговаря на постоянно растящите здравни потребности на населението. Завършващите днес университетско образование медицински сестри имат теоретичната и практическа подготовка да отговарят на нуждите на населението, в това число да информират, обучават и удовлетворяват здравните потребности на населението.

Пътят към добрите взаимоотношения с пациента започва с формиране на положително отношение, което се постига чрез уменията за професионално общуване и взаимодействие. Чрез междуличностно взаимодействие медицинската сестра успява най - пълно да отговори на нуждите на пациентите и да изпълни професионалните си задължения. Взаимодействието на медицинската сестра с пациента разширява контекста на здравните грижи и се разглежда като съществена част от тях. Комуникативните знания и умения на медицинската сестра са от особено значение при провеждане на здравно обучение на пациентите. Обучението се определя като комуникативна дейност, чрез която хората биват адекватно информирани, осъзнават същността на проблема, получават необходимите умения и придобиват увереност, че са в състояние да предприемат мерки за подобряване качеството на своя живот.

Желанието за комуникация с пациента, създава атмосфера за обучение и разпространяване на информация, но поради разширения обем на сестринските функции медицинските специалисти нямат достатъчно време за комуникация с пациентите (фиг.47).



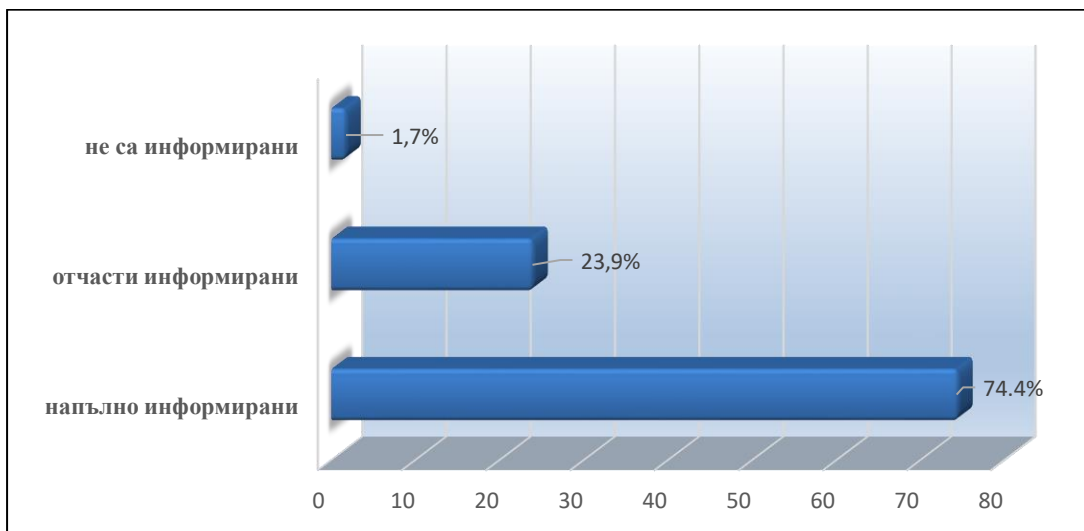
Фиг.47. Желание на медицинските сестри за комуникация със пациентите

Анализът на получените резултати показват, че 61,1% от проучваните медицински специалисти „недостатъчно“ разговарят с пациентите. Отговорите са ранжирани по следния начин: 22,8% разговарят „достатъчно“ с пациентите, „нямам време“ за разговори – 11,1%; „не разговарям“ с пациентите - 5,0%.

Даването на информация е важно да се осъществява от добре обучени за целта медицински специалисти. Изследвахме желанието на медицинските сестри за комуникация с близките на пациентите. Получените данни от направеното изследване показват, че 18,3% от анкетираните медицински сестри „отделят“ време за комуникация и информиране на близките на пациентите, а 65,6% „малко“ разговарят с близките и 16,1% „не разговарят“ и нямат време за разговори с близките на пациентите.

Важно за настоящото изследване бе, да се проучи информираността на медицинските специалисти за рисковите фактори и връзката с появата на заболяването. Според резултатите от проучването - 74,4% от медицинските сестри напълно познават рисковите фактори на исхемичния мозъчен

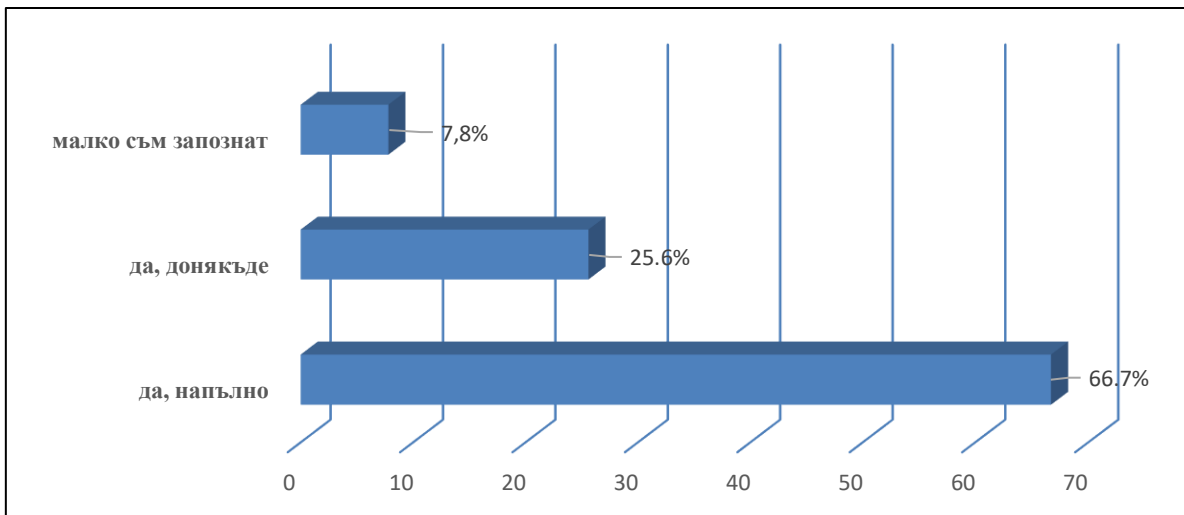
инсулт. Относителния дял на медицинските сестри, които отчасти са информирани е 23,9% и 1,7% от анкетираните медицинските сестри не са информирани за рисковите фактори на заболяването (фиг.48).



Фиг.48. Информираност за рисковите фактори на заболяването при медицинските сестри

Анализът на получените резултати доказва несъмнено влиянието на някои от *рисковите форми на поведение* и воденето на нездравословен начин на живот, като етиологични фактори за появата на заболяването с последващо влошено качество на живот.

Това наложи да се проучи мнението на медицинските сестри за установяване на информираността относно причините на заболяването. На въпроса: „Запознати ли сте с причините водещи до заболяването?“ (фиг.49).

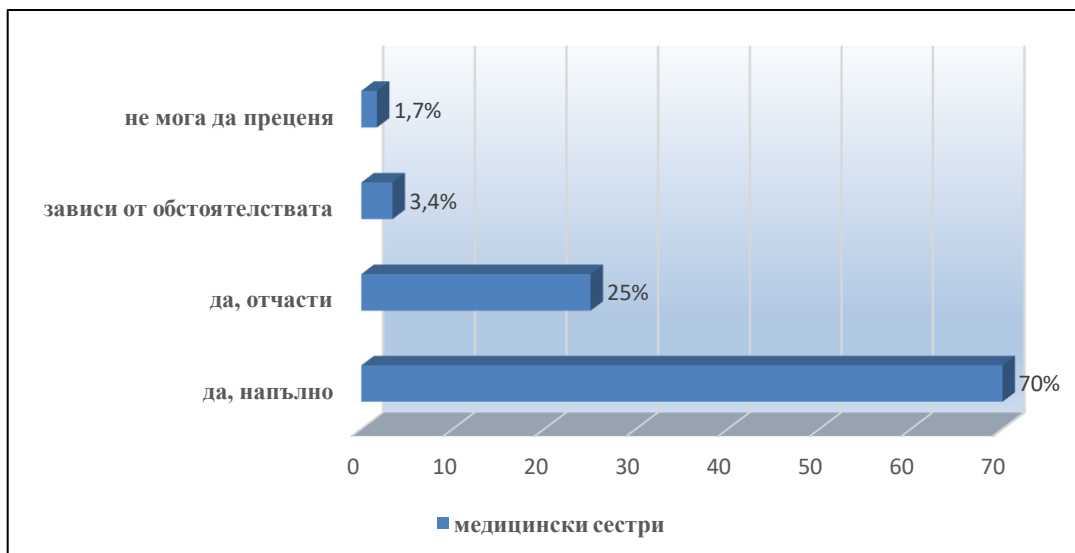


Фиг.49. Информираността на и медицинските сестри за причините за заболяването

От анкетиранияте 66,7% от медицинските сестри „напълно“ са запознати с причините на заболяването, „донякъде“ са запознати 25,6% от медицинските сестри и 7,08% от медицинските сестри „малко са запознати“ с причините за заболяването.

Резултатите показват, че повече от половината от анкетиранияте медицински специалисти са информирани за заболяването, но поради неправилното ранжиране на дейностите си, 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. Понякога идентифицирането на конкретна причина за рецидивите е трудно за определяне и всеки пети от анкетиранияте - 20,8% предполага действието на повече от един провокиращ агент.

Информираността на пациентите е важен фактор за *качеството на живот*, затова зададохме въпроса към анкетиранияте медицински сестри: „Според Вас по-добрата информираност на пациентите ще подобри ли *качеството им на живот* ?“

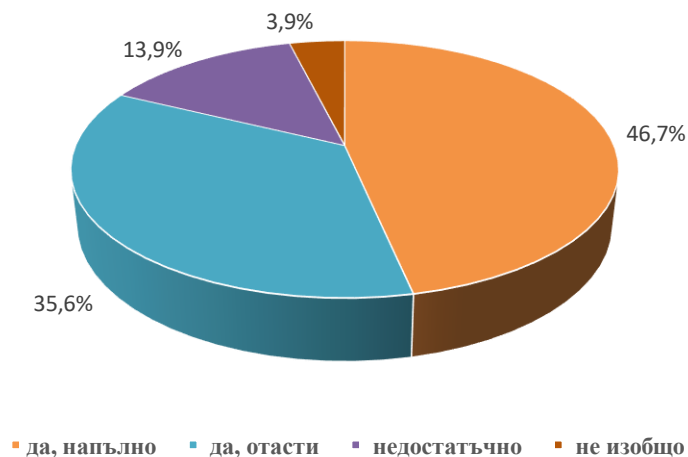


Фиг.50. Разпределение на мнението на медицинските за влиянието на информираността на качеството на живот

Според отговорите в анкетата най - висок дял от анкетираните – 70,0% отговарят, “да, напълно“ информираността винаги има връзка с качеството на живот на пациентите (фиг.50). От медицинските сестри 25,0% смятат, че „отчасти“ съществува зависимост между информираността и качеството на живо, 3,4% определят, че обстоятелствата имат значение и малък е относителния дял 1,7% от медицински сестри, които не могат да преценят.

Предпочитаната форма на комуникация в лечебните заведения, в които се извършва лечение и рехабилитация на пациентите с ИМИ е устната.

Това се установи и от отговорите на въпроса: „Осигурявате ли достатъчно информация относно хигиенно – диетичния режим?“ - 46,7% от медицинските сестри напълно осигуряват информация, отчасти информират пациентите 35,6% от анкетираните, недостатъчна информация предоставят 13,9% от медицинските сестрите и 3,9% изобщо не осигуряват необходимата информация на пациентите. Резултатите показват необходимостта от отделяне на повече време от медицински сестри за комуникация с пациентите и предоставяне на необходимата информация (фиг.51).



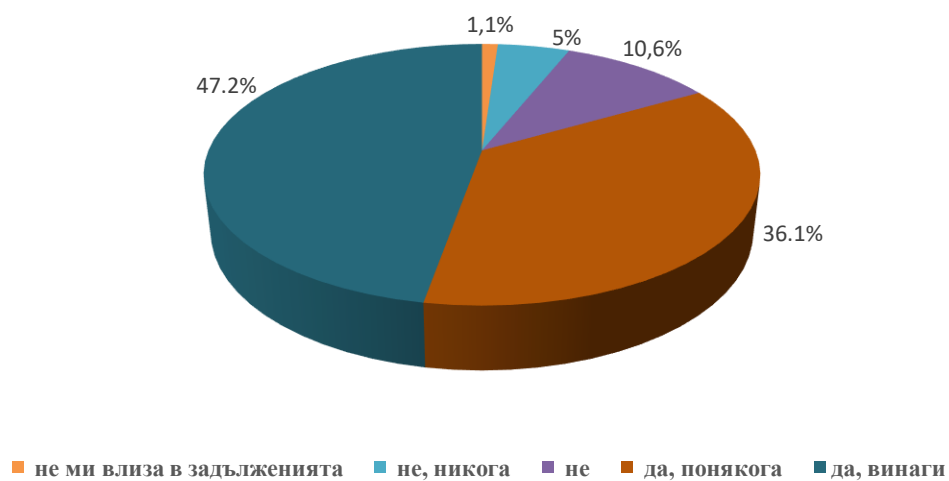
Фиг.51. Информираност на медицинските сестри относно хигиенно-диетичния режим

Доброто управление на качеството на живот на хората с ИМИ, предотвратява прогресирането на техните усложнения, затова е икономически по - целесъобразно да се вложат средства в информираността и обучението. Това е значима инвестиция на обществото, която е насочена към съхраняване на човешките ресурси и допълнително спестяване на материални средства.

Относно осигуряването на здравна информация, като задължителен елемент от обучението при пациенти с ИМИ, 72,8% от медицинските специалисти задължително осигуряват такава на пациентите, а 27,2% от смятат, че това е въпрос на желание.

Всеки един пациент, който по една или друга причина става жертва на исхемичният мозъчен инсулт е необходимо да бъде да бъде обучен за справяне както с дейности от ежедневиия живот, така и да продължи да живее с болестта. Обучението трябва да бъде индивидуално в зависимост от неговото състояние и потребности. Всяка една медицинска сестра трябва да изгради индивидуален подход към всеки един пациент. Затова зададохме въпроса: „Извършвате ли оценка на възможностите на новопостъпилите пациенти за самообслужване?“ От анкетираните

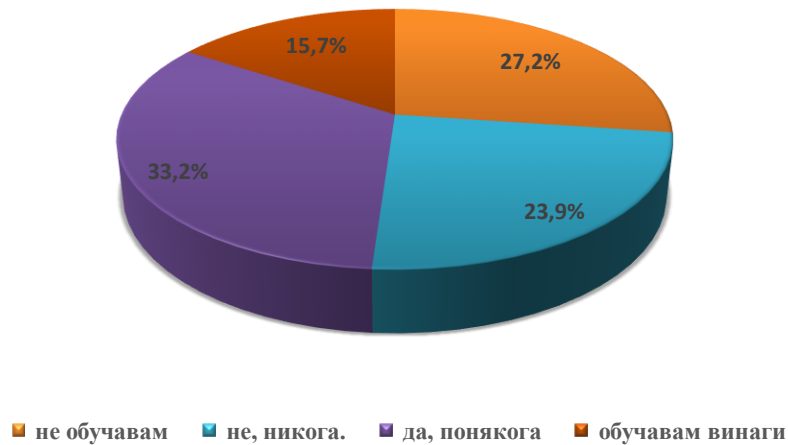
медицински сестри 47,2% съобщават, че извършват на всеки пациент при постъпване в болничното заведение оценка на възможностите за самообслужване, 36,1% съобщават, че само понякога. Отрицателни отговори са дали 10,6%, като 5,0% не извършват никога такава оценка, а други 1,1% смятат, че не им влиза в задълженията. Неизпълнението на това задължение според тях се дължи на липса на време и липса на мениджмънт в организацията (фиг.52).



Фиг.52. Оценка на здравния потенциал на ново постъпили пациенти от медицинските сестри

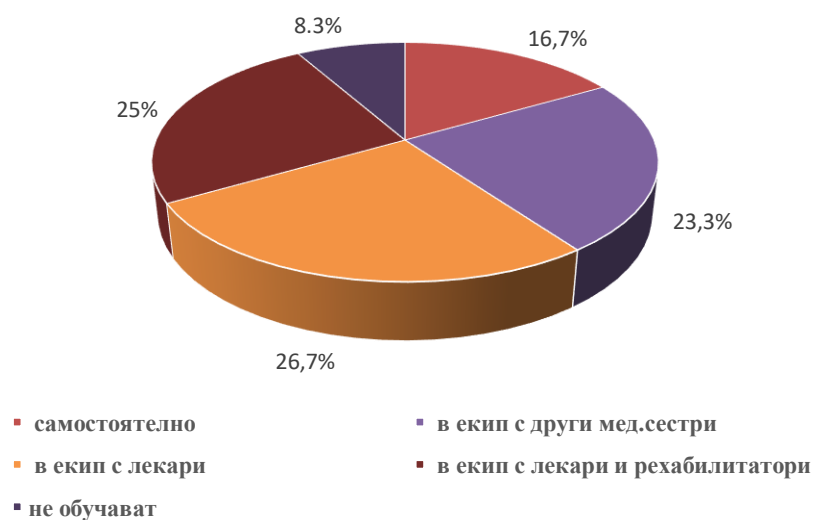
Медицинската сестра е лицето, което е квалифицирано и е в състояние да прецени от какъв вид обучение се нуждае всеки болен. При изписването изпълнява обучителна роля за правилен хранителен и двигателен режим, спазване на рехабилитационните процедури, справяне с трудностите, даване на точни указания за 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.53).



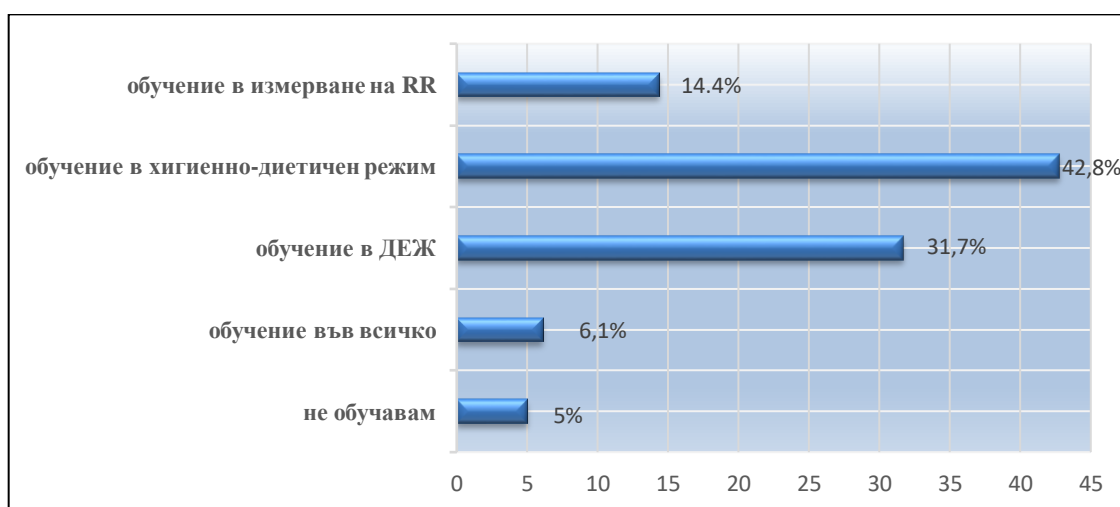
Фиг.53. Участие на медицинската сестра в обучението на пациенти

Тези, които обучават болните, съобщават, че извършват обучението най-често самостоятелно – 16,7%, в екип с други медицински сестри – 23,3%, в екип с лекари – 26,7%, в екип с лекари и рехабилитатори – 25,0%, а 8,3% не обучават (фиг.54).



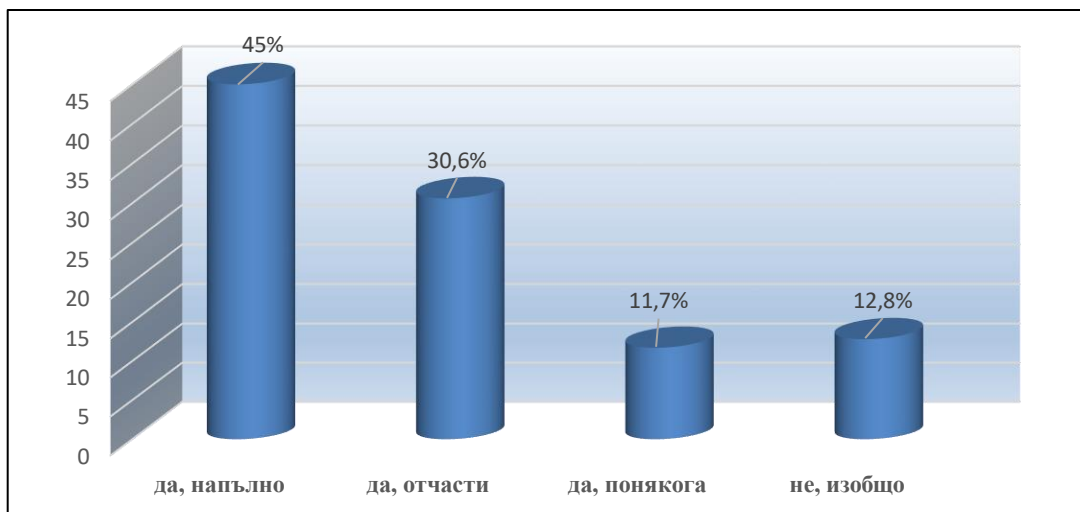
Фиг.54. Екипност при обучението на пациенти от медицинските сестри

На въпроса „*В какво най-често се състои обучението на пациентите*” на първо място медицинските сестри съобщават, че обучават пациентите в хигиенно-диетичен режим – 42,8%, следва обучение в дейности от ежедневиия живот – 31,7%, обучение в измерване на кръвното налягане – 14,4%. От анкетираниите 6,1% не конкретизират в какво най-често се състои обучението на пациентите, а 5,0% - не обучават пациентите (фиг.55).



Фиг.55. Извършвано обучение на пациентите от медицинските сестри

В хода на нашето проучване констатирахме необходимостта от провеждане на обучение на семействата на пациентите с ИМИ. Потърсихме мнението на медицинските сестрите за работа със семействата на пациентите (фиг.56).



Фиг.56. Желание на анкетираниите медицински сестри за обучение на семействата на пациентите

Данните от проучването показват желанието на 45,0% от анкетираниите медицински сестри да обучават семействата на пациентите, 30,6% - „да, отчасти“ и „да, понякога“ - 11,7%. Отрицателен отговор са дали само 12,8% от медицинските сестри. Изразеното от студентите мнение показва, че нивото на обучение отговаря на съвременните изисквания за адекватно осигуряване на качествени здравни грижи и формира положителна нагласа към бъдещата професия.

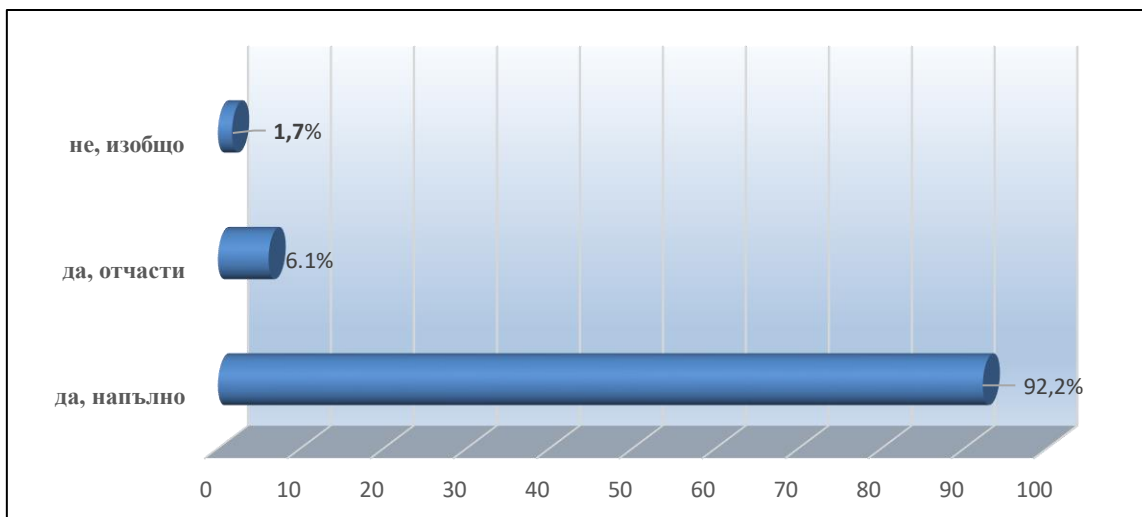
Комуникативните знания и умения на медицинската сестра са от особено значение при провеждане на обучение на пациентите. С обучението пациентите осъзнават същността на проблема, получават необходимите умения и придобиват увереност, че са в състояние да предприемат мерки за подобряване качеството на своя живот.

С дейностите си медицинските сестри биха помогнали, за да се откликне на сложните емоционални преживявания, тревожни съмнения и получаване на подкрепа в един труден и за съжаление по някога преломен момент в живота на пациента и семейство му. 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. Ишемичният мозъчен инсулт не е безнадеждна диагноза, а дълъг път към намиране на най – благоприятния начин за съжителство с него, в който активно участие взима медицинската сестра.

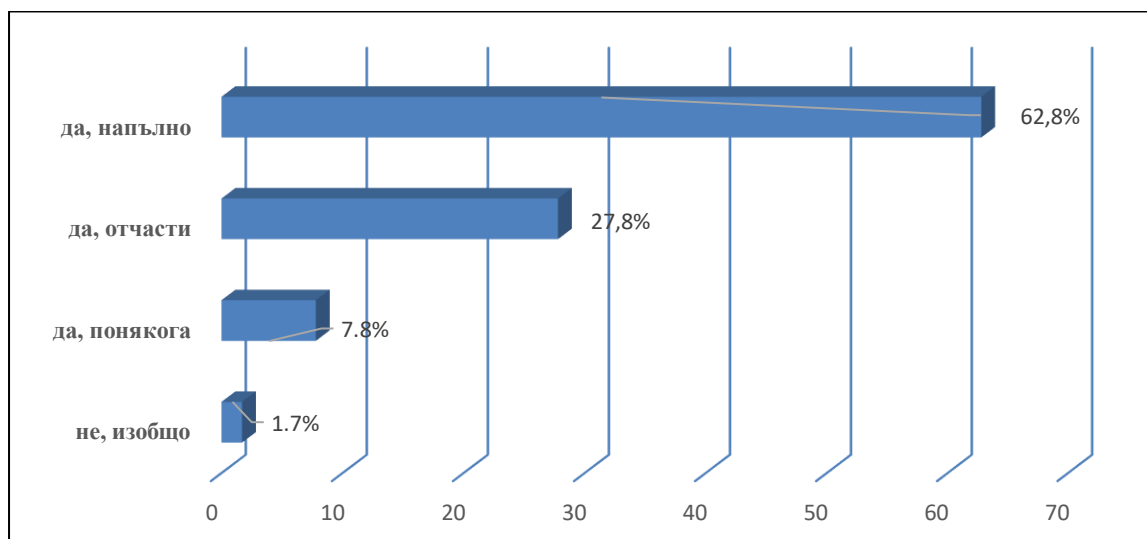
Медицинските специалисти имат отношение към проблемите на пациентите, защото в основата на сестринската професия е уважението към правата на човека, всеотдайност и чувство на отговорност. Медицинските сестри осъзнават факта, че те са лицата, на които пациентите могат да се доверят и споделят своите проблеми и те трябва да оправдаят доверието, което им се предоставя. Затова и 42,2% от анкетираните съобщават, че ако получат оплакване от пациент му обръщат внимание и се опитват да го решат, дори ако не е пряко свързано с тяхната дейност. Други 53,9% се опитват да решават възникнали проблеми, но само ако са пряко свързани с тяхната дейност. Не обръщат внимание на оплакванията на пациентите едва 3,9% от здравните специалисти.

Имайки предвид влиянието на ИМИ върху качеството на живот на пациентите, значителна част от анкетираните – 92,2% от сестрите са единодушни за необходимостта от подкрепа и разбиране на пациентите (фиг.57).



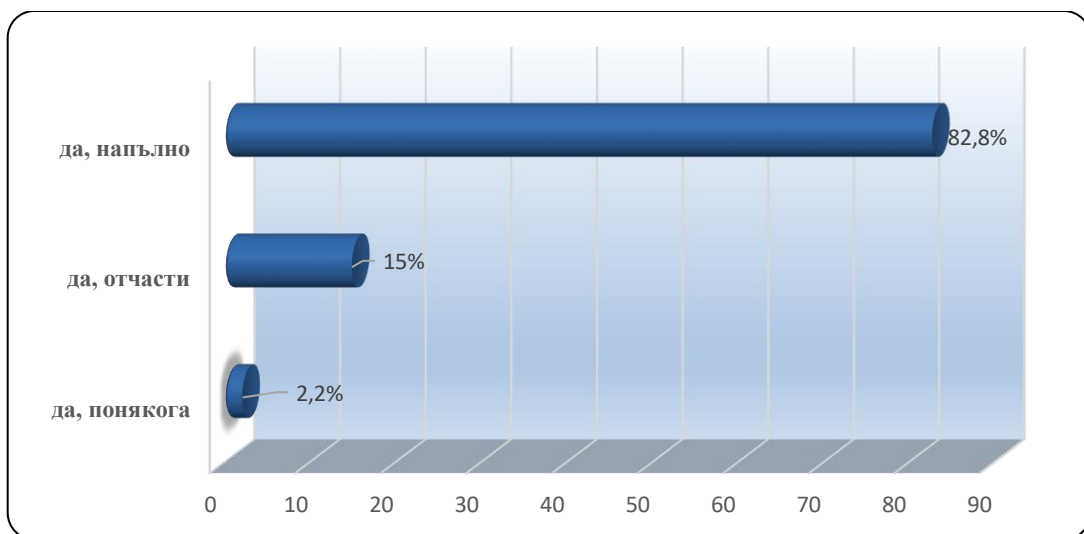
Фиг.57. Необходимост на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт от разбиране и подкрепа според медицинските сестри

Друг фактор оказващ влияние върху качеството на живот на пациентите на ИМИ е наличието на ощетеност от заболяването. И тук резултатите са категорични: 62,8% от медицинските сестри смятат, че пациентите са напълно ощетени от заболяването, 27,8% - „да, отчасти,“ 7,8% „да, понякога“ и само 1,7% смятат, че заболяването не оказва влияние върху живота на пациента (фиг. 58).



Фиг.58. Мнение на медицинските сестри за влиянието на заболяването върху качеството на живот на пациентите

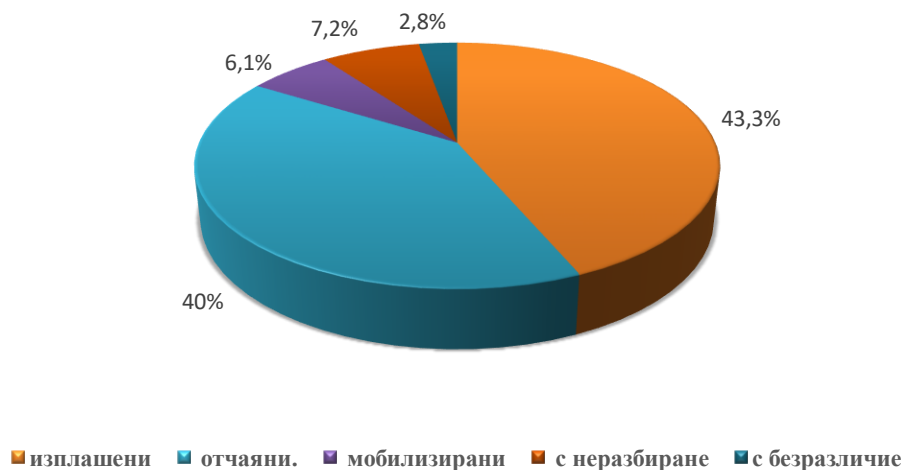
В процеса на социализация пациентите очакват да срещнат нов комуникативен стил в отношението пациент/здравен специалист. Очакването обхваща не само просто изпълнение на манипулации и спазване на определен режим, а и ново отношение към човешкото страдание в болестта и спомагане в социална активност обуславящи подобряване качеството на живот (фиг.59).



Фиг. 59. Необходимост на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт от социализация според медицински сестри

От данните на проучването се установява, че 82,8% от анкетираните медицински сестри отбелязват необходимостта на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт от социализация.

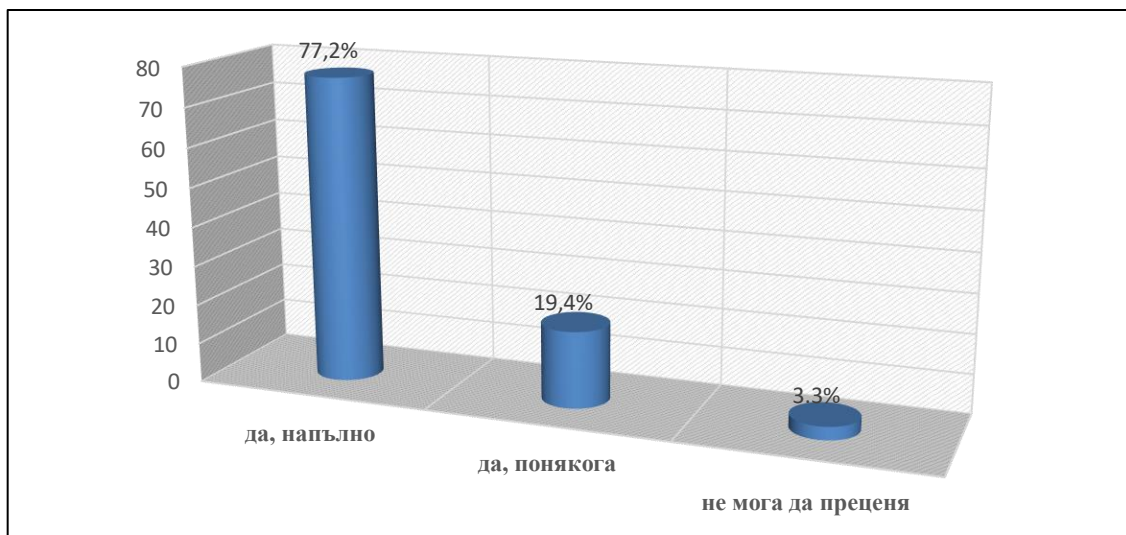
За емоционалната състояние и самочувствие на пациентите потърсихме информация от следващата фигура.



Фиг.60. Мнение на медицинските сестри за емоционалното състояние на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт

Мнозинството от анкетираните медицински сестри споделят, че 43,3% от пациентите са изплашени, 40,0% са отчаяни, а една малка част само 6,1% са мобилизирани. Значително по-нисък е относителния дял – 10,0% на специалистите, които смятат, че с неразбиране и безразличие пациентите приемат заболяването.

Психосоциалната грижа според анкетираните медицински сестри играе важна роля в живота на пациентите (фиг.61). 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.



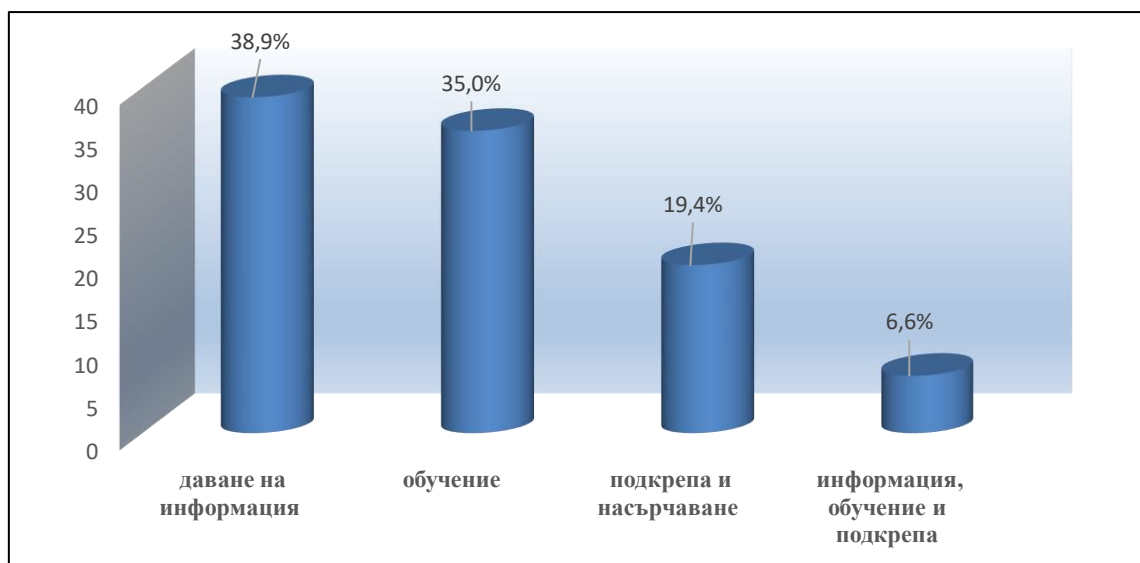
Фиг.61. Необходимост на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт от психосоциална помощ и подкрепа според медицински сестри

Чрез психосоциалната оценка при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт се установява нагласите на пациента към заболяването, резултатите от лечението, адаптацията към заболяването, социални, финансови, емоционалните и физически промени, както и промяна в ежедневието и семейството, които въздействат на качеството на живот.

При изпълнение на функциите (определени от СЗО) от медицинската сестра се изисква отлично познаване и възприемане на холистичния подход към пациента в това число и неговото семейство. Пациентите с исхемичен мозъчен инсулт са с нови очаквания и изисквания във взаимоотношенията пациент – медицински специалист. Това налага превръщането на био – психосоциалната парадигма за същността на човешката личност в ръководно начало при организацията и провеждане на здравните грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт .

На въпроса „Как бихте подпомогнали пациентите с исхемичен мозъчен инсулт да приемат заболяването?“- 38,9% от анкетираните медицински сестри отговарят чрез даване на информация, чрез обучение - 35,0%. За

подкрепа и насърчаване са 19,4% и 6,6% включват в отговорите си информация, обучение и подкрепа (фиг.62).



Фиг.62 .Разпределение на медицинските сестри, според мнението им за начините за справяне със заболяването

Засягането на съзнанието при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е определящо за специфичните сестрински грижи. Болните са напълно зависими по отношение на всички техни потребности. 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 информирание, 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.

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

4.1.Обучението на медицинските сестри - гаранция за качеството на тяхната дейност

Оценката на качеството изисква сравняване на здравните услуги с предварително определени и възприети стандарти. Всяка оценка е насочена към установяване степента на постигане на целите на системата.

Много са факторите, които оказват въздействие върху професионалното сестринство. За да отговори адекватно на очакванията се налагат промени в обучението на медицинските сестри. Процесът на обучение в специалност „Медицинска сестра” е дълъг и труден. Придобиването на специалност „Медицинска сестра“ предоставя добри възможности за реализация на професионалистите по здравни грижи. Оценката на качеството в обучението на медицинските сестри трябва да покаже как и доколко се получават необходимите теоретични знания и практически умения за подобряване на резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите и подобряване качеството на живот.

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.

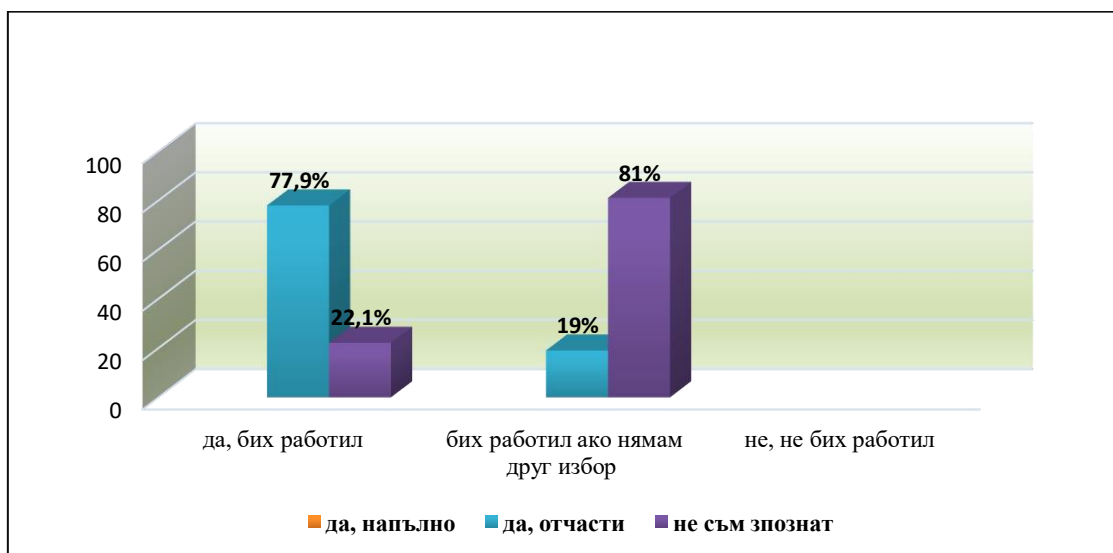
Дейността и задачите на медицинските сестри работещи с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт се различават от тези в останалите лечебни заведения. Грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт изискват

вниманието на медицинската сестра да е съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациента. Съществени фактори, определящи спецификата при този контингент са промените в съзнанието и степента на зависимост на пациента. Това налага те да получат съответна подготовка и в процеса на работа да усвояват основните принципни положения в цялата организация на нейната дейност. За да упражняват компетентно своята дейност медицинските сестри се нуждаят от висококачествено базово и следдипломно образование и от обучение, продължаващо през целия живот. Това наложи да проучим мнението на студентите от специалност „медицинска сестра”, за оценката им по отношение на тяхната теоретична и практическа подготовка и нагласа за професионална реализация за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Анкетирахме студентите от трети и четвърти курс медицинска сестра относно тяхното желание на избор за работа в неврологични отделения/клиники за лечение на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. След завършване на образованието си само 21,4% се чувстват подготвени и биха постъпили на работа в тези лечебни заведения, 78,6% биха работили в такъв вид лечебно заведение но само ако нямат друг избор. Респондентите не изказват мнение, че не биха работили с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, въпреки че на въпроса: *“Имате ли достатъчно теоретични и практически знания за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт?”,* нито един от тях не съобщава, че не притежава знания и умения. Студентите, които притежават знания и умения са 67,1%, а делът на тези, които съобщават, че не притежават подготовка за работата с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е 32,8%.

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,

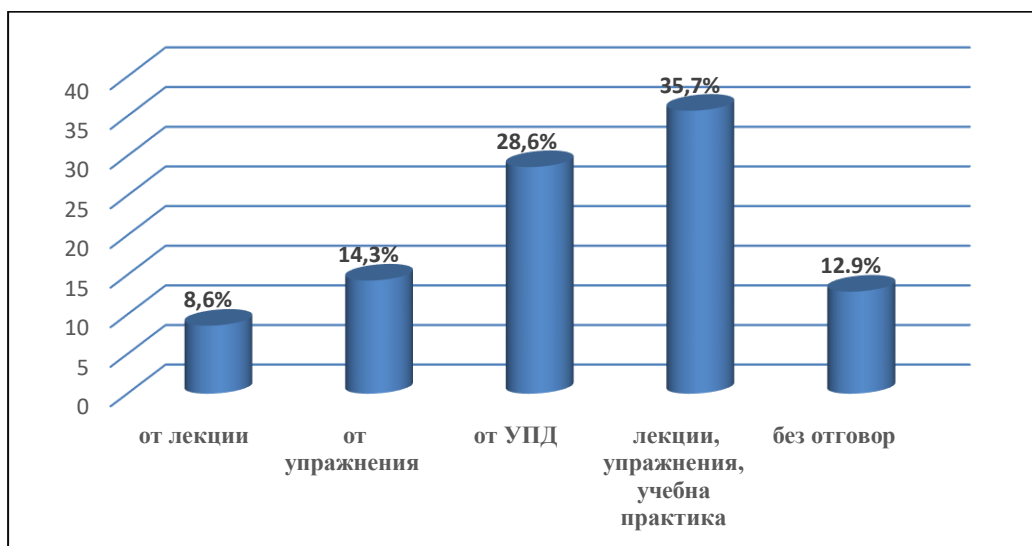
които имат желание за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и биха постъпили *без колебание*, 22,1% не познават изобщо работата на медицинските сестри в тези лечебни заведения, а 77,9% са частично запознати. Студентите, които биха започнали работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт *само ако 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.63).



Фиг.63. Връзка между мнението на студентите за готовността им за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и тяхното желание

Информацията, която студентите имат за дейността на медицинската сестра при работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е получена от различни източници. От тях 8,6% съобщават, че познават сестринската дейност от лекции, 14,3 % имат информация от упражнения, 28,6% са посещавали неврологични отделения/клиники по време на учебно-практическата дейност. Като 35,7% от анкетираните студенти посочват

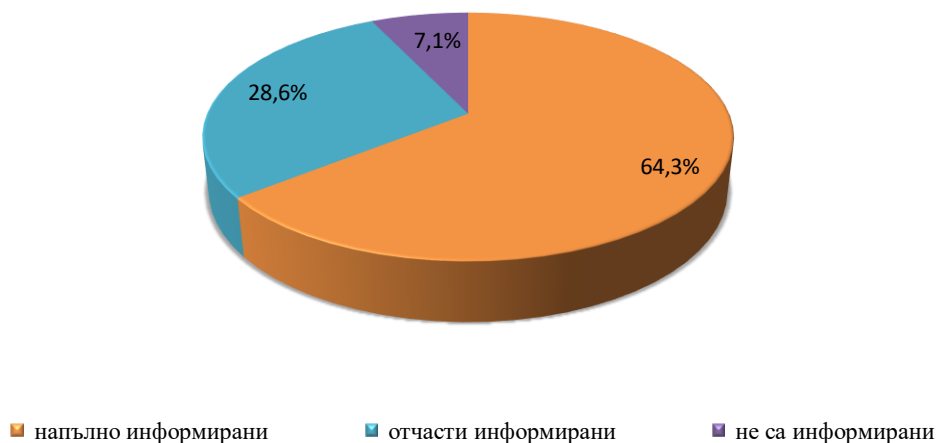
учебните заведения като основен източник на информация и 12,9% нямат информация и не са дали отговор (фиг.64). Сборът на процента надхвърля 100, тъй като част от респондентите имат повече от един отговора.



Фиг.64. Източници на информация за сестринската дейност в лечебните заведения за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

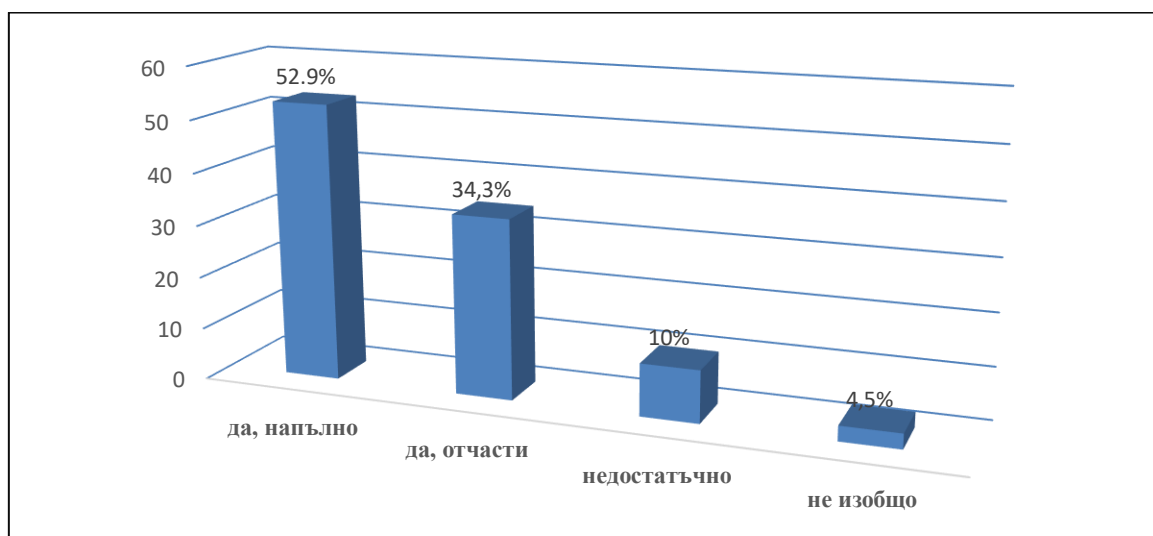
Информираността на студентите дава възможност за изграждане на необходимите професионални знания, умения и компетенции, които са гарант за успешна професионална реализация и перспектива за кариера.

В проведеното проучване си поставихме за цел да установим и степента на информираност на студентите за рисковите фактори, причините за появата на заболяването и свързаните с него усложнения, които несъмнено оказват влияние върху качеството на живот. Според резултатите от проучването 64,3% от респондентите са „напълно информирани“ и познават рисковите фактори и причините довели до заболяването, „отчасти информирани“ са 28,6% и „не са информирани“ една малка част от студентите -7,1% (фиг.65).



Фиг.65. Информираност на студентите за рисковите фактори при исхемичен мозъчен инсулт

За всеки пациент с исхемичен мозъчен инсулт от съществено значение е хигиенно-диетичния режим (фиг.66).



Фиг.66. Информираност на студентите за хигиенно-диетичния режим на пациентите

Анализът на данните показва, че преобладаващата част от студентите 52,9% са напълно информирани за хигиенно-диетичния режим на пациентите с преживян исхемичен мозъчен инсулт, частично информирани

са 34,3%, недостатъчно информирани - 10,0% и 4,5% изобщо не са информирани.

Определено знанията на студентите имат значителна роля за адаптацията на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт към новия начин на живот. Това показват и резултатите от проучването. От анкетираните 54,6% смятат, че заболяването напълно променя живота на пациентите с ИМИ, 30,0% смятат, че настъпва частична промяна в начина на живот на пациентите и 11,4% мислят, че не съществува такава промяна (фиг.67).



Фиг.67. Разпределение на студентите според мнението им за влиянието на заболяването върху начина на живот

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.

Работата на медицинската сестра в лечебните заведения за лечение и рехабилитация на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт се характеризира с редица специфични особености, които я отличават значително от тази на другите медицински специалисти. Добрата професионална подготовка и квалификация са предпоставка за осигуряване по-високо ниво на

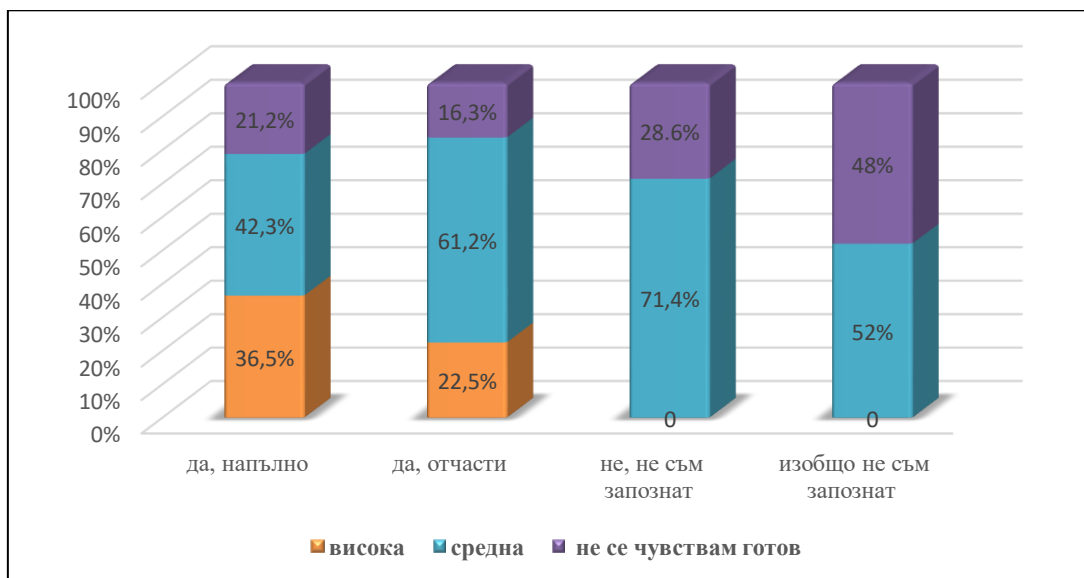
качеството на здравните грижите и повишаване престижа на сестринската професия. Съгласно ЕДИ за специалността „Медицинска сестра” се изучават 30 часа „Нервни болести“, като от тях 8 часа теория и 7 часа упражнения. В учебните планове по „Практически основи на сестринските грижи” са включени 45 часа, 20 от тях теория и 25 упражнения за изучаване сестринските грижи при пациенти с неврологични заболявания. Затова всички анкетирани 95,7,% са на мнение, че е необходимо допълнително практическо обучение по време на учебно-практическата дейност с посещение на специализираните болници за лечение на пациенти с ИМИ. Това е и основната причина студентите да смятат, че не са напълно подготвени за работа в тази част на здравеопазната система.

Сестринската професия се базира на основните нужди и потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Медицинската сестра не е само лицето, което управлява здравните грижи при всеки отделен случай на заболяване, но и до голяма степен от нея зависи лечението, възстановяването и удовлетвореността на пациента. Тя допринася за по-добро качество на живот на пациентите, като подпомага социалната им адаптация и ресоциализация след лечението на острия епизод. Липсата на добра практическа подготовка на студентите относно сестринските грижи за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт са причина те да омаловажават ролята на сестрата при работа с тези пациенти.

Резултатите показват, че студентите провеждат клинична практика в неврологични отделения/клиники. От получените данни установихме, че 64,0% от респондентите посещават учебно – практическите занятия и 36,0% не посещават. Една трета от студентите - 21,4% смятат, че са обучени за извършване на манипулации в неврологични отделения/клиники и 30,0% смятат, че отчасти са обучени. Тревожен е факта, че 47,2% от студентите не са обучени за извършване на

манипулации в неврологични отделения/клиники, а 1,4% не могат да преценят. Това доказва необходимостта от допълнителна квалификация (специализация) на медицински специалисти за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт .

Една от основните дейности на медицинската сестра при работа с пациенти с ИМИ е плана за сестрински грижи, изготвен след оценка на здравните потребности на пациента. Като 37,1% от студентите посочват, че имат достатъчно познания за грижи с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, 35,0% притежават частични познания, 10,0% не са запознати и 17,9% изобщо не са запознати с плана за сестрински грижи. Установи се статистическа зависимост между нивото на обученост на студентите и тяхната компетентност за плана за сестрински грижи, с които медицинската сестра би била най-полезна при обгрижване на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт ($p < 0,01$) – фиг.68.



Фиг. 68. Връзка между нивото на обученост на студентите и тяхната компетентност за плана за сестрински грижи

Проблемите на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт са разнообразни: медицински, педагогически, професионални, социално-икономически и други, което изисква от медицинските сестри специални умения и подходи за работа. По време на обучението студентите получават специална подготовка за работа с тези пациенти и смятат, че потребностите от сестрински грижи е необходимо да се определят в екип, като половината 51,3% са на мнение, че те трябва да се определят съвместно с целия рехабилитационния екип, 26,4 % само със сестринския екип, 12,6 % - съвместно с лекаря, а 9,7 % смятат, че е необходимо само мнението на пациента (фиг.69).

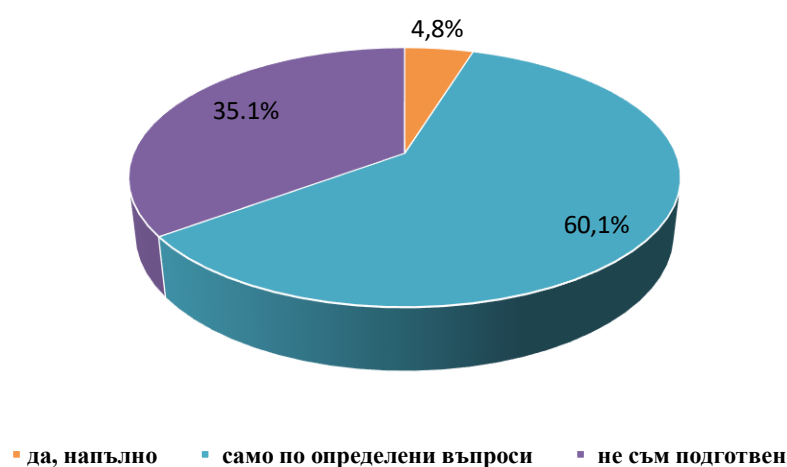


Фиг. 69. Разпределение на изследваните лица относно мнението им за екипната работа при определяне потребностите от сестрински грижи при пациентите

Дейностите, с които медицинската сестра би била най-полезна при работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, значителен дял от респондентите определят като основно обучението на пациентите и техните близки в дейности от ежедневиия живот - 64,3%, според 30,0 %

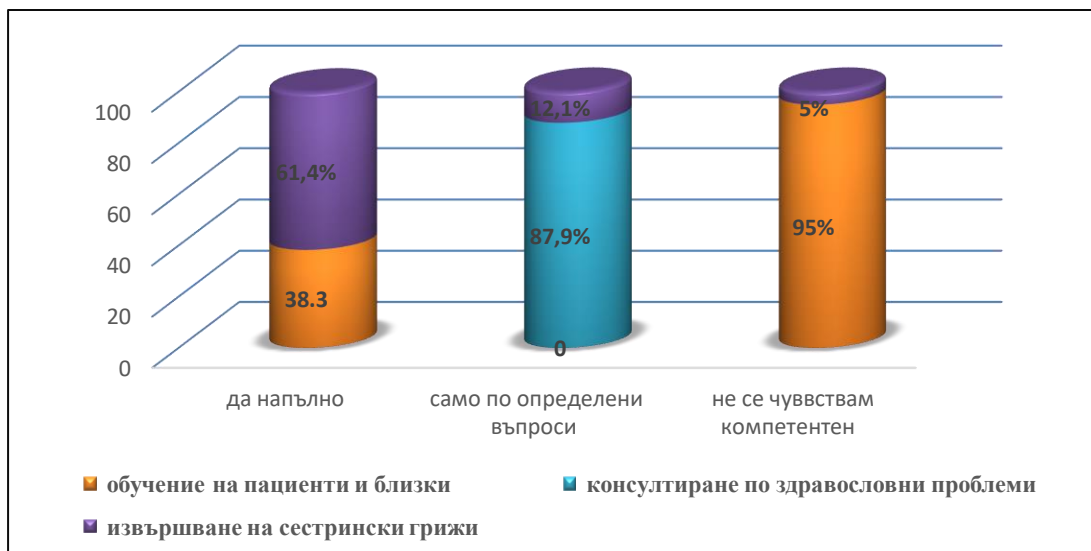
това са сестринските грижи, а само 5,7 % смятат, че тя трябва да извърша манипулации.

Въпреки, че на първо място е обучителната функция на медицинската сестра при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт само 4,8% смятат, че притежават съответна подготовка и компетентност да обучават болните, 60,1% могат да извършват обучение, но само по определени въпроси и 35,1 % не се чувстват компетентни (фиг.70).



Фиг.70. Разпределение на студентите, относно компетентността им да осъществяват обучение на пациентите

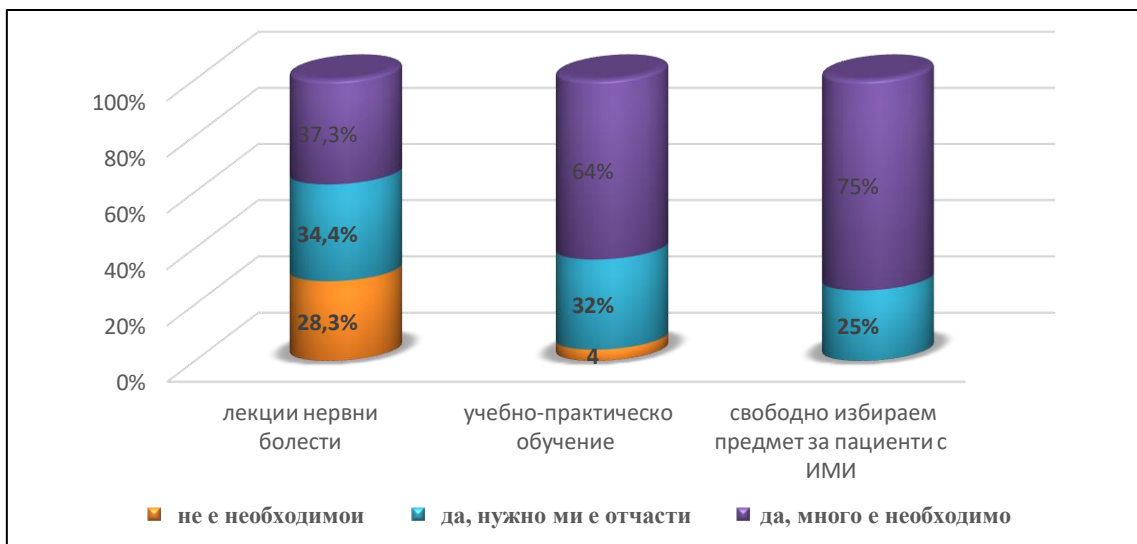
Установи се статистическа зависимост между мнението на студентите за тяхната компетентност и основните дейности, с които медицинската сестра би била най-полезна при работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт ($p < 0,05$). Студентите се чувстват най-добре подготвени за извършване на сестрински манипулации (61,4%). Не са напълно подготвени, но могат да консултират пациентите само по определени въпроси, свързани с тяхното здравословно състояние (87,9%) . Най-голям е дялът на анкетираните, които не се чувстват компетентни да обучават пациентите и техните близки (95,0%) – фиг.71.



Фиг.71. Връзка между компетентността на студентите и възможностите да осъществяват основни сестрински дейности при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

След завършване на своето образование за да могат студентите да упражняват компетентно своята дейност смятат, че е необходимо *допълнително обучение* за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, като 64,1% от тях смятат, че то е абсолютно необходимо, 27,1% да, отчасти и 8,8% нямат нужда от допълнително обучение.

Зададохме въпроса „*Кое според Вас налага допълнителното обучение?*” Получихме следните отговори: „ниската информираност за заболяването”- 15,7%, „ липса на информираност”- 24,3%. С „ важно е за подготовката ми” - 27,1% и „учебния план“ са отговорили 30,0% от респондентите. Броя на студентите, според които допълнителното обучение е абсолютно необходимо за всички и тези, които смятат, че е необходимо допълнително обучение само на определени въпроси, съпоставихме с предпочитаната форма. Съществува изразена статистическа зависимост ($p < 0,05$) - фиг.72.



Фиг. 72. Връзка между необходимостта от допълнително обучение и предпочитаната форма на обучение на студентите

Според студентите, които смятат, че е необходимо допълнително обучение, 64,0% предпочитат учебно-практическо дейност, 37,3% смятат, че е необходимо допълнително обучение и то трябва да е във Висшето учебно заведение, под формата на лекции по нервни болести, като най-голям е относителния дял на студентите - 75,0%, които предпочитат свободно избираем предмет, свързан с грижите и обучението на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Като се има предвид, че в учебните програми по време на базовото обучение часовете за обучение са ограничени, стигаме до заключение, че е необходимо допълнително обучение под формата на свободно избираема дисциплина.

От получените данни става ясно, че повечето студенти биха желали допълнително обучение за сестринската дейност при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. Този резултат показва, че в посочените дисциплини частично се изучават и придобиват знания за полагане на здравни грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. Това се дължи

и на факта, че не е възможно в рамките на базовото обучение да се обхванат всички специфични грижи за всяка отделна клинична единица.

Дефицитът от знания и получаването на такива в хода на самата теория и практика доказва социалната значимост и отношението на медицинските специалисти към качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

Това дава възможност за изграждане на необходимите професионални знания, умения и компетенции, гарант за успешна професионална реализация и перспектива за кариера.

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

В сферата на здравеопазването в последните години се усеща недостиг на специалисти по здравни грижи и въпроса с професионалната реализация и професионалната кариера на медицинската сестра вече придобива друг смисъл. На преден план излиза нуждата от висококвалифицирани кадри, удовлетворяващи потребностите на здравната система, а от друга страна - повишаване на автономността и престижа на професията.

Професионалната квалификация винаги се свързва с процесите на обучение и развитие на персонала. Тя може да се дефинира като процес на обогатяване на знанията, уменията и нагласите на сестрите с цел тяхното усъвършенстване и развитие. Основната цел на продължаващото обучение е да надгражда, разширява, усъвършенства и адаптира базисната образователна и професионална подготовка и основните умения на медицинските специалисти. Затова е наложителна работа сред действащите медицински сестри, където на този етап нередко се среща

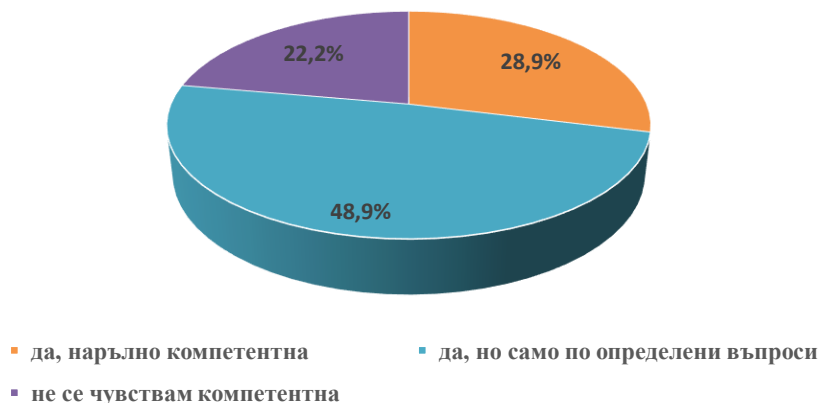
незаинтересованост за качеството на извършваната работа, липса на интерес към професионалната квалификация и професионалното израстване.

Модерното здравеопазване изисква иновативно поведение от страна на медицинските сестри при лечението на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. Но в последните години ролята на медицинската сестра се подценява и тя като човешки ресурс не намира достатъчно своята приложимост. Нейното професионално развитие е свързано със стремеж към заемане на ръководни длъжности, но не и в непрекъснато разширяване на знанията, уменията и професионалните навици. Успехът на професионалното развитие на медицинските сестри е свързано с тяхното желание за непрекъснато обучение в създадените институции и организации, водещо до повишаване на тяхната професионалната квалификация. Затова си поставихме за задача, да проучим мнението на медицинските сестри за необходимостта от повишаване на професионалната квалификация като средство за подобряване качеството на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

Професионалното развитие на медицинските сестри работещи с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, изисква придобиване на специфични качества и умения, като отговорност, всеотдайност и висок професионализъм. Именно структурата, дейностите и взаимоотношенията в екипа и близките на пациентите са един от основните фактори за успешна професионална адаптация.

Пациентите с исхемичен мозъчен инсулт са от различни възрастови, социални, етнически, образователни групи, имат различни по степен увреждания, но всички те се нуждаят от грижи, обучение и индивидуални подходи, за удовлетворяване на техните здравни потребности и подобряване качеството на живот. Не всички медицински сестри се чувстват добре подготвени да обучават тези пациенти – 48,9% от тях

съобщават, че се чувстват компетентни, но само по определени въпроси, 22,2% не могат да обучават болните, а само 28,9% от медицинските сестри считат, че са компетентни и могат да обучават пациентите (фиг.73).



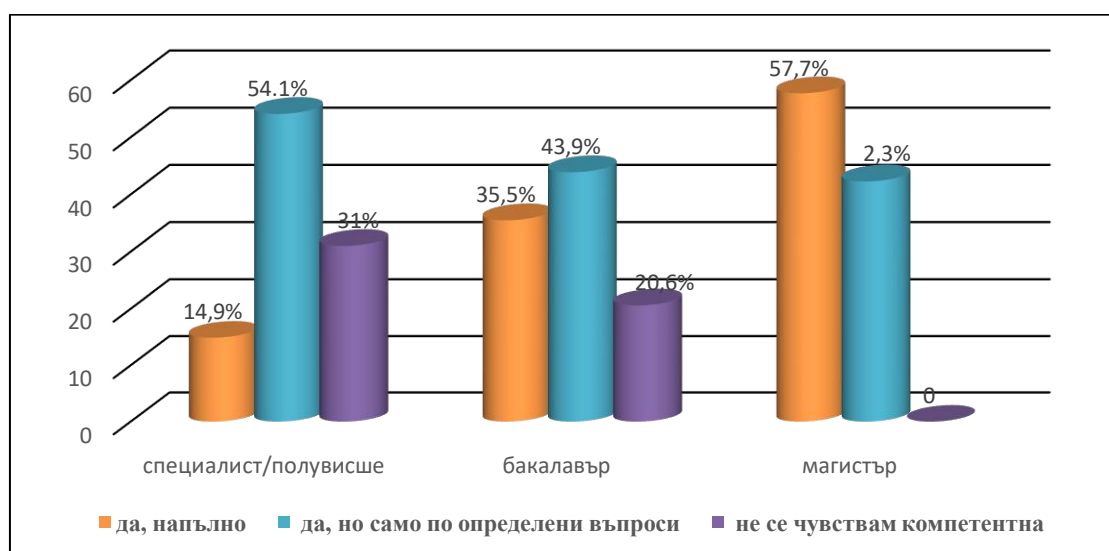
Фиг.73. Компетентност на медицинските сестри за обучение на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт

Съвременната система на здравеопазването доказва, че медицинските сестри извършват понастоящем своята дейност най-вече съобразно изискванията на лекаря, НЗОК и други институции, които ги управляват, а в по-малка степен към конкретните потребности, очаквания и нужди на пациента и неговото семейство. На медицинската сестра като част от голямото медицинско семейство, се възлагат отговорни задачи, насочени към опазване и възстановяване на здравето, чрез полагане на здравни грижи. Всяка медицинска сестра трябва да използва всички научни и професионални познания, умения, опит и квалификация в полза на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт, относно лечение, грижи, обучение и търсене на иновативни решения за запазване и съхранение идентичността им.

Задължение на медицинската сестра са грижите за пациентите като създава лечебна среда, подобряваща колкото е възможно подобряване физическото и психо-социалното му състояние. Тя трябва да предоставя

услугите си изключително в интерес на пациента в рамките на своите компетенции, задълженията си и съгласно научните принципи и регламентите за практикуване на професията. За да бъдат компетентни в своята дейност, медицинските сестри трябва да се стремят непрекъснато да повишават своите теоретични знания и практически умения чрез повишаване на образователния си ценз.

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.74).

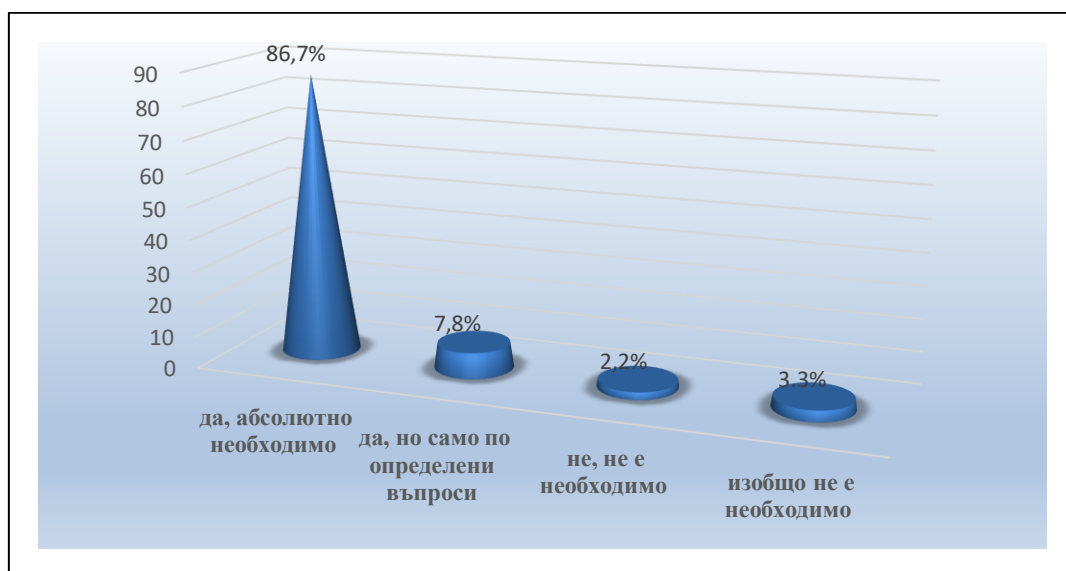


Фиг. 74. Връзка между образование и компетентност на медицинските сестри за обучение на болните

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%).

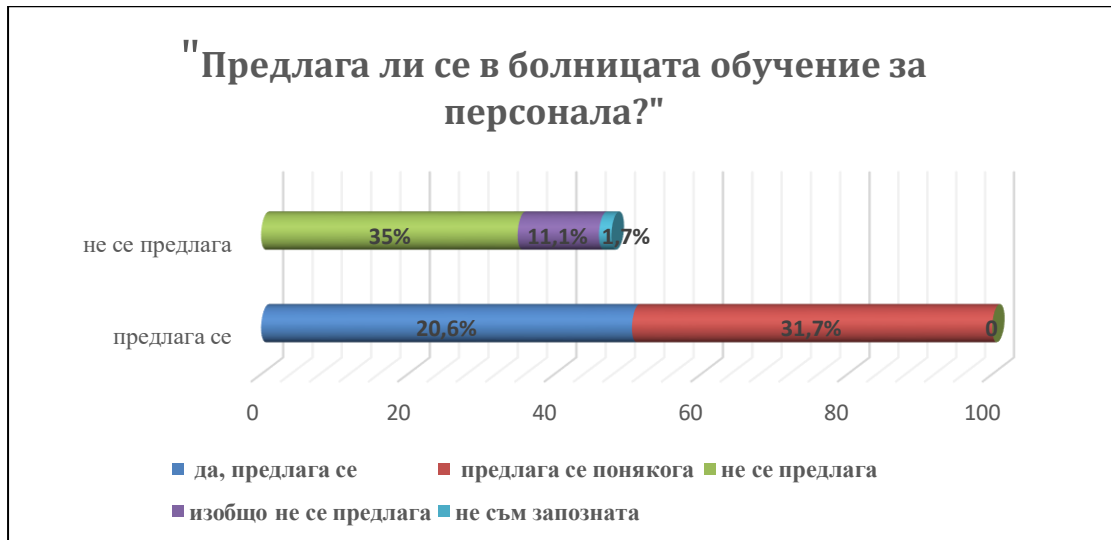
Значителен е дялът на медицинските сестри (94,5%), според които е необходимо допълнително обучение за повишаване квалификацията на медицинската сестра, като от тях 86,7% смятат, че то е абсолютно необходимо, а за 7,8% от медицински сестри допълнителното обучение е необходимо само по определени въпроси. За останалите 5,5% нямат нужда от допълнително обучение (фиг.75).



Фиг.75. Необходимост от допълнително обучение на медицинските сестри

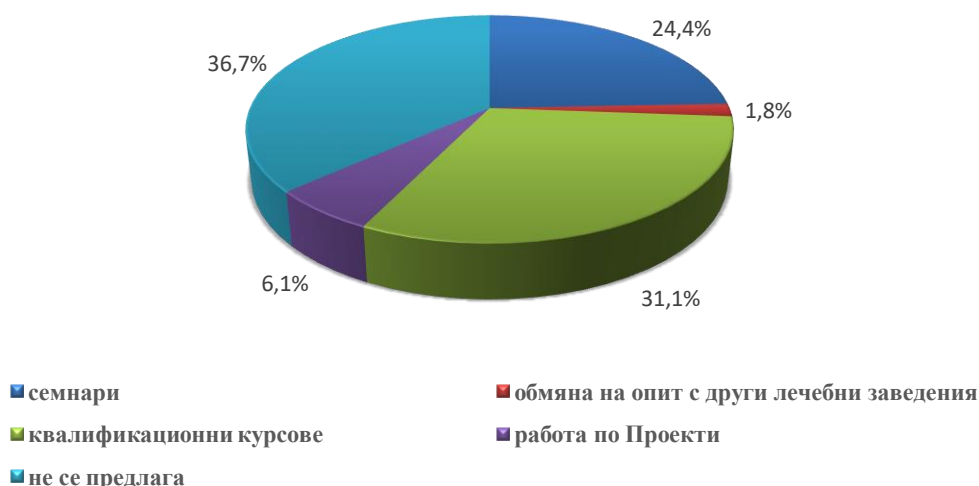
За да бъдат компетентни на работното си място, медицинските сестри изпитват потребност от допълнително обучение, но само 52,3% от анкетираните съобщават, че в болничното заведение се предлага обучение на персонала, като от тях едва 20,6% отговарят „да, предлага се”, а според 31,7% се предлага, но „само 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.76).



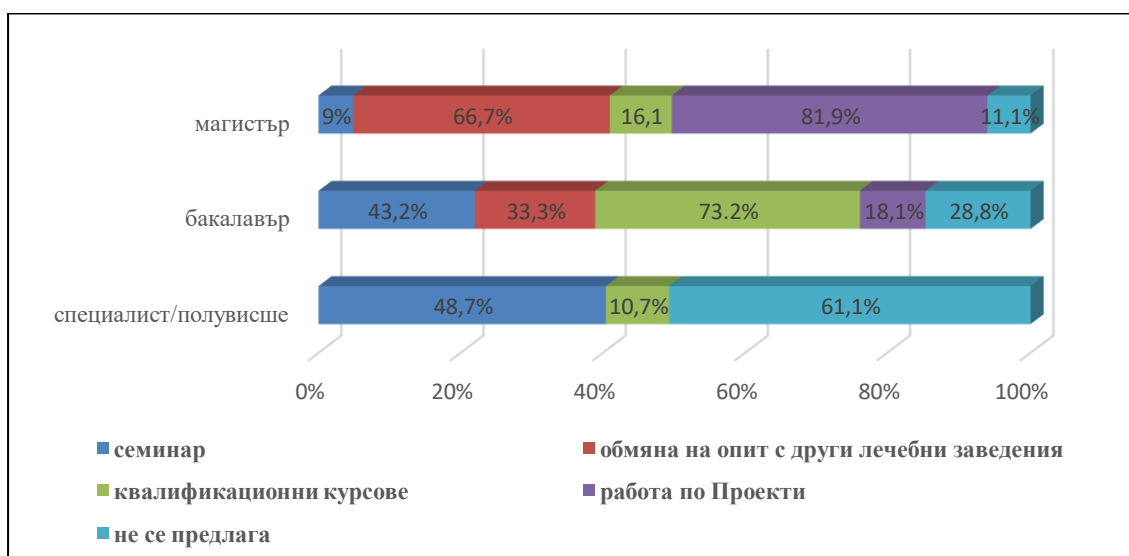
Фиг.76. Обучение на персонала в неврологичните отделения и рехабилитационни болници

От направеното проучване се вижда, че за повече от половината от медицинските сестри в лечебните заведения, в които работят се предлага обучение на сестринския персонал. Решихме да разберем какви видове обучения се предлага. Получените отговори са разнообразни: квалификационни курсове – 31,1%, обмяна на опит с други лечебни заведения – 1,8%, семинари -24,4%, работа по Проекти – 6,1%, а според 36,7% не се предлагат други обучения. Това отново потвърждава факта, че в лечебните заведения, при работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, обучението на медицинските сестри е на заден план и води до неефективност в работата (фиг. 77).



Фиг.77. Основни форми на обучение за повишаване квалификацията на медицинските сестри

Видовете обучения на сестринския персонал, които се предлагат в лечебните заведения при работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт съпоставихме с образованието на медицинските сестри при което се установи съществуваща статистическа зависимост ($p < 0,01$) - фиг.78.



Фиг.78. Връзка между предлаганото обучение в лечебните заведения и образованието на медицинските сестри

Видно е, че медицинските сестри според които не се предлага определена форма на обучение в лечебните заведения за лечение и рехабилитация на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт са с по-ниска образователна степен – степен „специалист/полувисше”. Участието в квалификационните курсове, като форма за повишаване на квалификацията са отбелязали от всички медицински сестри, независимо от образователния ценз. Семинарите са предпочетени от медицинските сестри с образователно-квалификационна степен специалист и бакалавър. Участието в Проекти като форма на обучение са съобщени от медицинските сестри с образователно-квалификационна степен бакалавър и магистър. Не се установи статистически значима връзка между заеманото работно място и предлаганата форма на обучение в лечебното заведение.

При работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт медицинските сестри трябва да се обучават непрекъснато, да се информират, да актуализират своите теоретични знания и практически умения непрекъснато, в полза на пациента.

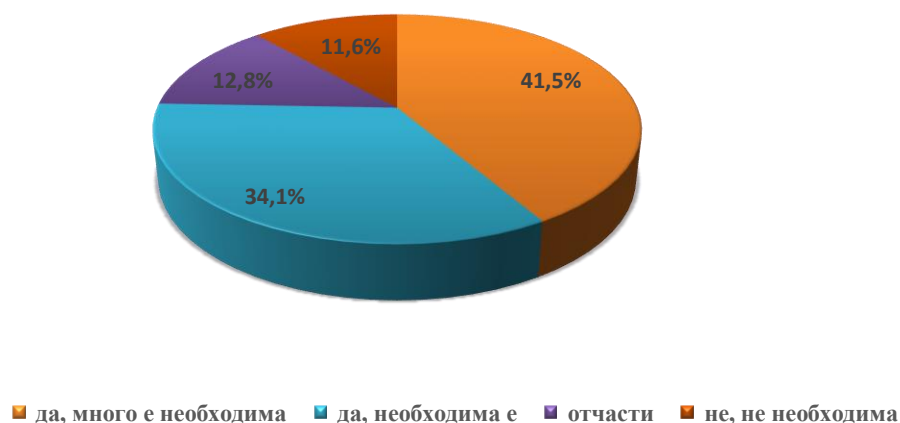
4.3. Професионална кариера на медицинската сестра в специализираните лечебни заведения за лечение на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Сестринството е важна част от системата на здравеопазването. За повишаване качеството на здравните грижи и качеството на живот на пациентите е необходимо създаване на възможности за професионален растеж и кариера на специалистите по здравни грижи. Необходимо е непрекъснато обучение на сестринския състав, оценка на резултатите, оказване на помощ и подкрепа на медицинските сестри за въвеждане на

новостите в практиката, в съответствие с етичните и професионални стандарти.

За подобряване качеството на здравните грижи в лечебните заведения медицинските сестри се нуждаят не само от съответна подготовка, адекватна на потребностите на обществото, но и от промяна в тяхната професионална кариера. Основно средство за успешна професионална кариера е следдипломното обучение и специализация.

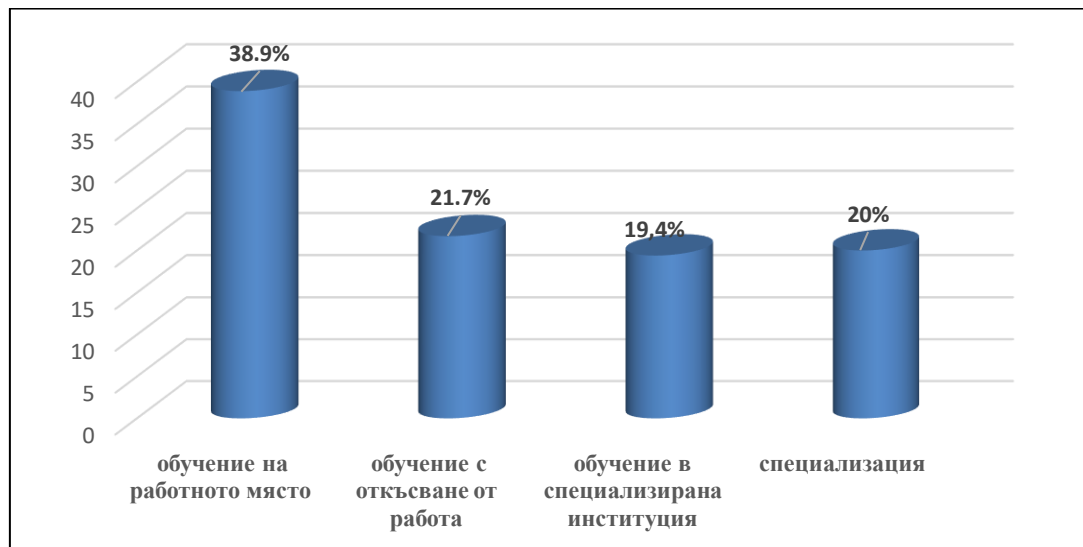
Значителна част от сестринския персонал (75,6%) смята, че е необходима специализирана подготовка на медицинската сестра за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, като за 41,5% тя е много необходима, за 34,1% е необходима, а според 12,8% е необходима, но отчасти. Специализирана подготовка на медицинските сестри не е необходима според 11,6%, а липсват отговори изобщо не е необходима (фиг.79).



Фиг.79. Необходимост от специализирана подготовка на медицинските сестри за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Медицинските сестри, според които е необходима специална подготовка за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт са на

мнение, че тя трябва да бъде под формата на специализация – 20,0%, според 21,7% е необходимо обучение с откъсване от работата. От анкетиранияте медицински сестри 38,9% предпочитат обучение на работното място, а за 19,4% от тях е необходимо обучение да се осъществи в специализирана институция – фиг.80.

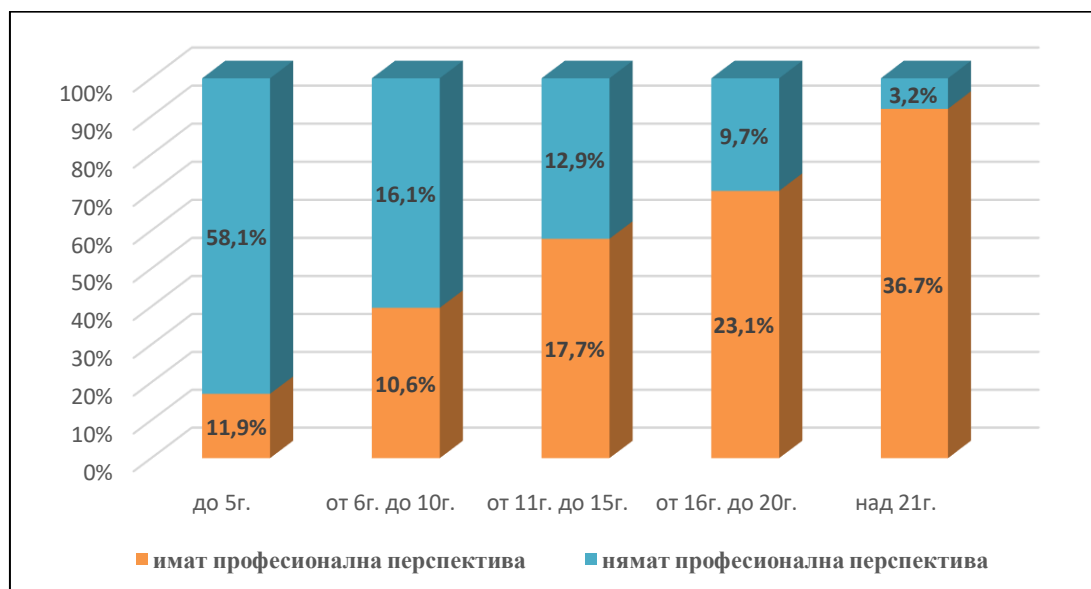


Фиг.80. Мнение на медицинските сестри относно предпочитания вид обучение за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт

Видът на обучение, който медицинските сестри смятат, че е необходимо за да бъдат компетентни за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт съпоставихме с признаците възраст, образование, трудов стаж. Не се установиха статистически зависимости ($p > 0,05$).

Медицинските сестри, които смятат, че е необходима сериозна подготовка за работа с пациенти с ИМИ предлагат тя да се провежда под формата на обучение в специализирана институция или под формата на специализация. Предлагат различни наименования на специализацията: неврологична медицинска сестра, медицинска сестра за специални грижи при пациенти с мозъчен инсулт, неврологична медицинска сестра.

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.81.



Фиг.81. 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.

Успешната професионална реализация и по-високият авторитет ще доведат до удовлетвореност, която ще мотивира медицинските сестри за

бъдещи професионални успехи, за високо качество на полаганите грижи и за поемането на автономни задължения и отговорности при сестринските дейности за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Това засилва необходимостта от повишаване професионалната квалификация на медицинските сестри и качеството на здравните грижи, удовлетворяване здравните потребности и подобряване качеството на живот на пациентите.

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

1. Същност на модела

Мозъчно-съдовите заболявания са важен медицински и социален проблем. Те се характеризират с висока заболеваемост, болестност и смъртност и са най-честата причина за инвалидизация. Около 15% до 45% от преживелите мозъчен инсулт остават трайно нетрудоспособни. Мозъчно-съдовите заболявания са и голям консуматор на обществени ресурси, директните и индиректните разходи за тях са огромни.

Всяка година в България от мозъчен инсулт се разболяват около 60 000 души. Над 130 000 души са инвалидите вследствие на преживян мозъчен инсулт, които са освидетелствани от ТЕЛЖ и пенсионирани по болест. Над 90 000 души годишно преживяват преходни нарушения на мозъчното кръвообращение и над 50% от тях в следващата една или две години почти сигурно ще получат истински инсулт, с последствия, инвалидизиране или смърт.

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.**

Моделът включва цялостна мрежа от консултации, лечение, грижа и обучение. В него е включен мултидисциплинарен екип полагащ грижи за пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт, като силно е застъпена ролята на специалистите по здравни грижи. 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 за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт 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.

Чрез модела се цели удовлетворяване потребностите на пациентите от здравни грижи и обучение в дейности от ежедневиия живот. Този модел позволява успешно да се обслужат пациенти, които са силно зависими поради тежки нервно-мускулни и функционални дефицити. В основата на този подход стои стремежът за оптимално използване на здравите грижи и обучение, а главната цел е задоволяване нуждите на силно зависимите пациенти и положително повлияване на качеството им на живот. 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 подсибяване на продължителни и достъпни възстановителни възможности. Идеята на моделът е да подобри качеството на живот на пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт.

Създаването на модела се свързва с ограниченията в достъпа на здравни грижи и обучение, като основно те се свеждат до човешките, материалните, териториалните и финансови ресурси.

В центъра на модела е поставен пациентът, а предоставянето на здравни грижи и обучение цели удовлетворяване на неговите потребности, следвайки съвременните тенденции в здравеопазването и социалната политика (*Приложение №4*).

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. Мултидисциплинарния екип включва: задължително лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, диетолог, психолог, логопед, социален работник, пациент, семейството на пациента.

В етапа на сформирване на професионален екип за здравни грижи и комплексна рехабилитация, ясно се определят функциите и задачите на всеки от членовете на екипа (*Приложение №5*).

Постигането на успех при прилагане на Модела за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт се основава на взаимното доверие между пациент и екип. Важен фактор в работния процес между мултидисциплинарния екип и пациента е необходимо да се създаде атмосфера, която ще допринесе извънредно много за удовлетворяване на здравните потребности на пациентите. В процеса на възстановяване и с оглед намаляване на ефектите от инсулта важна роля имат дейностите на специалистите по здравни грижи, диетолозите и логопедите. За приемане на ефектите от инсулта и научаването да се живее с тях, екип от социален работник и психолог биха могли да окажат изключителна подкрепа на пациента.

При пациенти с тежки последици от преживян исхемичен мозъчен инсулт, подкрепата е необходима в още по-голяма степен за семейството. Подготовката и обучението на пациента и близките за ежедневните грижи и дейности с цел предотвратяване на усложнения и повторен мозъчен инсулт, осъществявано от медицинска сестра, съществено би повлияло качеството на живот на цялото семейство.

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.

Чрез Модела за здравни грижи адаптиран за домашно приложение при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт се цели подобряване качеството на живот на пациентите, чрез удовлетворяване на нарушените здравословни и психо-социални потребности. Същевременно с това те трябва да осъзнаят важността и ползата от спазването на определен хранителен и двигателен режим според възможностите си, редовен прием на назначена медикаментозна терапия, обучение в дейности от ежедневиия живот и други.

Приложението на Модела за здравни грижи адаптиран за домашно приложение при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и спазването на тези препоръки в максимална степен ще осигури възможност за предоставяне на висококачествени здравни грижи и рехабилитация в домашни условия. Това ще осигури по-лесен и прозрачен анализ на резултатите, прогнозна оценка и възможност от навременна консултация със специалист.

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. Сестринските грижи са ключови за осигуряване по-добро качество на живот на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

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*).

3. 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. Предназначението на такива програми е да отговори на специфичните здравни потребности на населението. С тяхна помощ ще се подпомогне вторичната и третична профилактика на засегнатите от исхемичен мозъчен инсулт пациенти.

Предложеният от нас Модел за предоставяне на здравни грижи адаптирани за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт ще доведе до удовлетворяване желанието и потребностите

на пациентите от здравни грижи в домашни условия, ще подобри здравословното състояние на пациентите, ще допринесе за подобряване на качеството на живот.

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

В резултат на получените данни от анкетното проучване се установи, че в резултат на заболяването се променя качеството на живот не само на пациента, но и на неговото семейство. Голяма част от пациентите посочват, че няма на кого да разчитат за дейности от ежедневиия живот, а при 20,0% това налага и промяна на трудовата заетост. Близко половината от респондентите биха се доверили на специализирана институция с цел осигуряване на по-добри грижи, като посочват, че имат трудности с храненето, приема на лекарства, личната хигиена, комуникацията. Близко 2/3 от пациентите не могат да посетят личния лекар, да ползват градски транспорт, да се разходят, да пазаруват. В контекст с Националната здравно-социална политика за предоставяне на интегрирани здравни грижи и социални услуги, които да отговорят на потребностите на нуждаещите се, да улеснят достъпа до здравна помощ и услуги, с цел превенция на социалното изключване и гарантиращи достоен и независим живот, предложеният от нас **Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт**, ще допринесе за пълноценното и в максимална степен ранното връщане на пациента към нормален ритъм на живот или приемане на ефектите от инсулта, чрез специфична и строго индивидуална програма, съобразена с клиничните етапи на възстановяване и индивидуалните му потребности.

Разработеният от нас модел е насочен към продължаване на здравните грижи и обучение на пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт, за задоволяване индивидуалните потребности, възстановяване в най-голяма степен на моторните, умствените и емоционалните

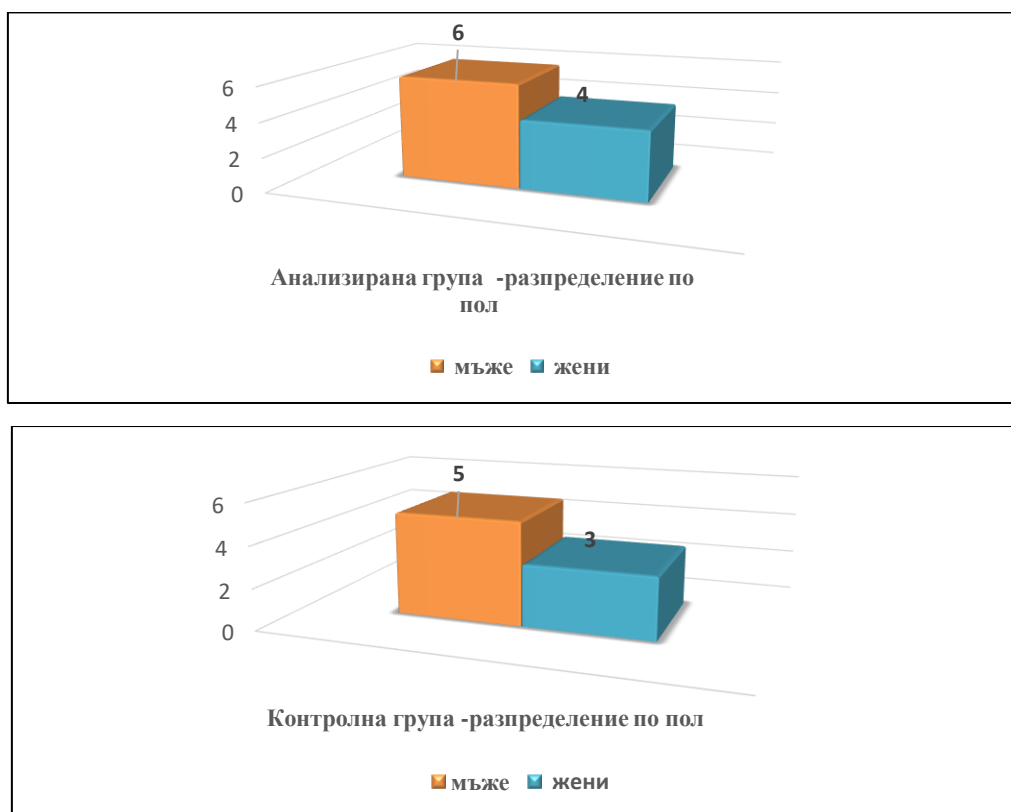
способности и възвръщане към самостоятелен живот. В процеса на възстановяване и с оглед намаляване на ефектите от инсульта важна роля имат дейностите на екипа от специалисти, както и подкрепата на семейството. Подготовката и обучението на близките за ежедневните дейности и грижи с цел предотвратяване на усложненията и повторен мозъчен инсулт, съществено би повлияло качеството на живот на цялото семейство.

Моделът за здравни грижи адаптиран за домашни условия бе приложен при 10 пациенти преживели исхемичен мозъчен инсулт 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

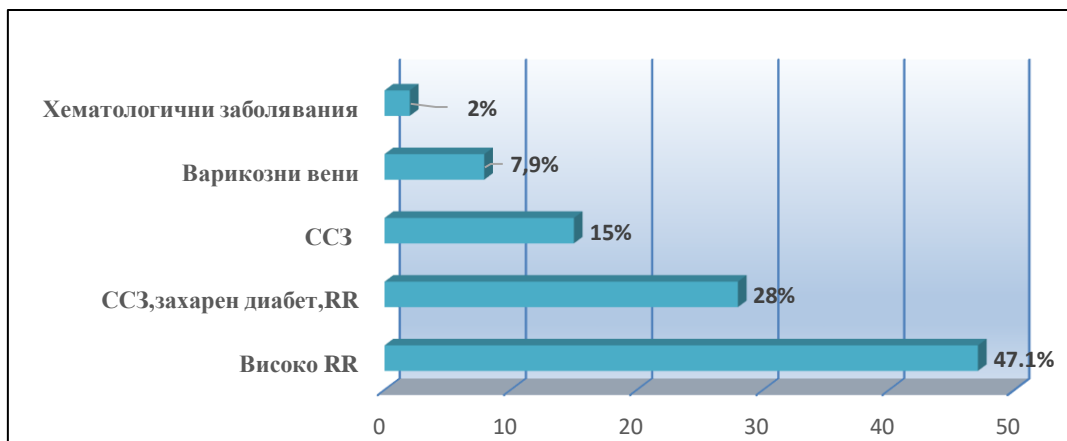
От пациентите 59,9% са мъже и 40,1% жени на средна възраст 68,3 години. Всички те са дехоспитализирани от лечебните заведения с диагноза: *Исхемичен мозъчен инсулт.*

Разпределението на пациентите от анализиранията и контролната групи показваме графично:



Фиг.82. Разпределение на пациентите по пол

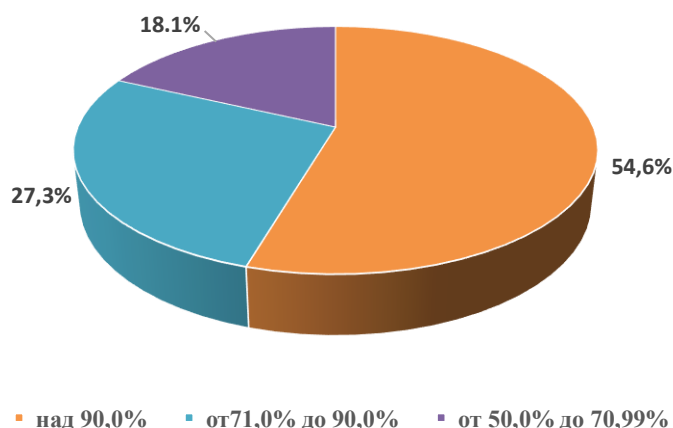
Освен основната диагноза, те страдат и от редица други хронични заболявания. Най-честите придружаващи заболявания са хипертонията, при 47,1% от пациентите, като се явява в комбинация най-често със захарния диабет. Триадата ССЗ, захарен диабет и хипертония се наблюдава в 28,0% от анкетираните, ССЗ 15%, варикозните вени 7,9% и 2,0% съобщават за хематологични заболявания (фиг. 83).



Фиг. 83. Структура на придружаващи заболявания на пациентите

Видно е, че процента на заболяемостта надхвърля 100, но пациентите съобщават за повече хронични заболявания, като средният брой на придружаващите заболявания е 2,24.

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%.



Фиг.84. Разпределение на пациентите с определена група инвалидност по степен на нетрудоспособност

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 12,5,0% (табл.6).

Табл. 6. 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				5,0%
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.7).

Табл.7. 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%

От нашите статистически резултати е видно, че съществува зависимост между храненето на респондентите преди и след приложения Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт ($p < 0,05$).

Значителен е дялът 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, което води до влошаване качеството на живот (табл.8).

Това обосновава правилото пациентите да се формират умения за живот след исхемичен мозъчен инсулт за подобряване качеството на живот и приемане на последиците.

Табл. 8. 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. С цел сравнимост на резултатите анализирахме този критерий отделно при всяка група (табл.9).

Табл.9. 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%

При всички пациенти, прилаганият от нас Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт води до възвръщане към независим живот в дома с помощта на семейството и обучението от страна на екипа ($p < 0,05$).

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. 10).

Табл.10. 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.11).

Табл.11. 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.12).

Табл.12. 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

Случаите 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:

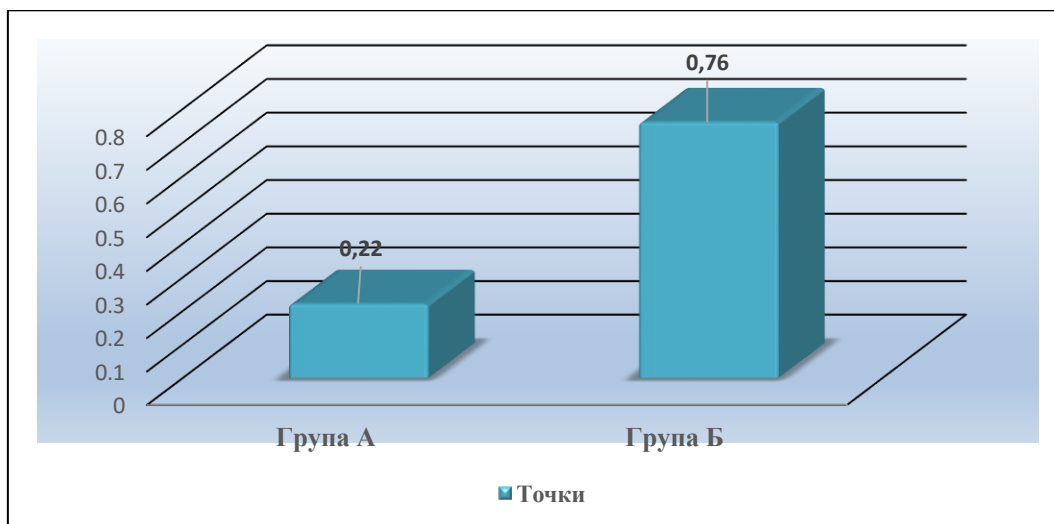


Фиг.85. Брой случаи на рехоспитализация

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 претеглената 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.86.

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. Предложен 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. Предложена 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.**

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИЯТА

1. 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”.
2. **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.
3. **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.
4. **Лаловска М, Добрилова П.** Подобряване качеството на живот при пациенти с мозъчен инсулт. сп. Сестринско дело, 52, 2020, №2, 8-11.
5. **Лаловска М, Добрилова П.** Анализ потребностей в медицинском уходе у пациентов с ишемическим инсультом. Вестник Восточно – Сибирской открытой академии. 2020, 37.
6. **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.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. София, 2007.
2. Александрова М, Москов А. Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави. Сестринско дело, 33, 2001, 4, 20-23.
3. Александрова М. Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. Съвременното образование – мисия и визии, Благоевград, Унив.издателство „Неофит Рилски.”
4. Алексиев А. Синтетична психотерапия и психо профилактика. Благоевград, Унив. издателство “Неофит Рилски“, 2010.
5. Апостолов М. Измерения на българската медицина. София, ТАНГРА, 2011.
6. Апостолов М. Исторически, етични и социални измерения на медицината, 2000.
7. Апостолов М. История на медицината и социалното дело. София, 1994.
8. Ангелов А. Основи на мениджмънта. Тракия-М, София, 1998.
9. Балканска П, Проданова Я, Визева М. Стимулираща образователна среда за развитие на управленска и лидерска компетентност в здравеопазването. Съвременното образование – мисия и визии, Благоевград, Унив. издателство „Неофит Рилски”.
10. Балканска П, Визева М, Николова М, Кючукова С, Андонова А. Насилието над възрастни и стари хора – реалности и възможности за превенция. Интердисциплинната идея в действие. ТЕМПТО, 2012.
11. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика. Булвест 2000, София, 2009.
12. Балканска П. Психологични подходи в здравния мениджмънт. Булвест 2000, София, 2009.
13. Балканска П, Томов Л. Здравните и социалните грижи – приоритетни насоки в международната стратегия за действие по политиката за възрастните – 2002. Здравен мениджмънт, София, 2003, 3, 34-38.
14. Белоев, Й. Грижи за болния и сестринска техника. МИ Арсо, София, 2001.
15. Борисов В. Стратегическият мениджмънт - дефицит на здравната реформа. Здравен мениджмънт, 2005.
16. Борисов В. Новата азбука на здравния мениджмънт. Здравен мениджмънт, София, 2009.
17. Борисов В. Смяна на посоката-медицината като здравен антропо мениджмънт. Медицински меридиани, 2011.

18. Борисов В, Глутникова Зл, Воденичаров Ц. Ново обществено здравеопазване. София, Акваграфикс ООД, 1998.
19. Борисов В, Воденичаров Ц, Юрукова К, Попова С. Социална медицина. София, Горекс Прес, 2001.
20. Борисов В. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването. София, Изд. Филвест, 1997.
21. Борисов В. Здравна политика и мениджмънт. София, График консулт, 1998.
22. Борисов В. Качество на здравето обслужване. Социална медицина. София, Изд. Горекс Прес, 2001.
23. Борисов В, Воденичаров Ц. Реалности на здравната реформа. София, 2000.
24. Борисов В. Азбука на здравния мениджмънт. Здравен мениджмънт, София, Изд. Филвест, 2004, 1.
25. Борисов В. Мениджмънт на персонала – мениджмънт на кариерата. Здравен мениджмънт, София, 2005.
26. Велева Ст, Василева Н, Недев Хр. Възстановяване след инсулт. Алианс Принт, 2000.
27. Визев Кр, Визева М. Някои аспекти на стареенето и трудоспособността. Социална Медицина, 2011.
28. Визева М. Качество на живот и мениджмънт на здравните грижи при болни с диабет II тип. Дис., д.м. 2014.
29. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина. София, Горекс Прес, 2013.
30. Воденичаров Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра. София, 2010.
31. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика. София, 2010.
32. Воденичаров Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра . София, 2010.
33. Воденичаров Ц, Борисов В. Доброволно здравно осигуряване. Стратегия на избора. София, МИ Арсо, 2010.
34. Воденичаров Ц. Болнично обслужване. Социална медицина, Учебник за медицинските колежи. Под ред.: В.Борисов, Ц.Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова, София, Акар ПИНТ, 2004, 108-112.
35. Горанов М. Основи на общата медицина. Плевен, 2001, с.379.
36. Гладилов Ст, Делчева И. Икономика на здравеопазването. София, 2009.
37. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. Плевен, 2005.
38. Грънчарова Г, Велкова А, Александрова С, Социална медицина. Плевен, 2002.
39. Григорова К. Мозъчен инсулт и ранна кинезитерапия. София, Изд. ИД ПРИНТ, 2017.

40. Димова Р, Димитрова Д, Иванова Н. Място и роля на специалистите по здравни грижи в осигуряване на качеството на общата медицинска помощ. Здравни грижи, 2005, 1(3).
41. Димитров Т, Алакиди В. Ефективна рехабилитация при невродегеративни заболявания. Сборник статии, Европейските етични стандарти и българската медицина, София, 2014.
42. Добрилова П. Анализ на потребностите на пациентите с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014,46 (1), 0-15.
43. Добрилова П. Здравните грижи – основен фактор за повишаване качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дис., д.м. 2014.
44. Доралийски А. Управленска политика. Стопанство, София, 2006.
45. Дулева В, Байкова Д, Йорданов Бл, Петрова Ст, Ангелова К, Ватралва К, Овчарова Д, Димитров П, Божилова Д. Национален мониторинг на храненето в България – прием на общи мазнини, мастни киселини и холестерол. В: Науката, с.118.
46. Дракър П. Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. София, Класика и стил, 2000.
47. Дракър П. Практика на мениджмънта. София, Класика и стил, 2001, 3-21.
48. Етичен кодекс на медицинските професионалисти по здравни грижи. Здравни грижи, 2004, 9 -12, 4.
49. Закон за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите. Обн. ДВ, бр.112/22.12.1995,изм. ДВ, бр.75/02.08.2002.
50. Закон за социалното подпомагане. Обн. ДВ. Бр.56/19.05.1998.
51. Закон за интеграция на хората с увреждания. Обн. ДВ, бр.81/17.09.2004.
52. Закон за здравето. Обн. ДВ, бр.70, 2004.
53. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти. Обн. ДВ, бр.46 от 03.06.2005г. , изм. ДВ, бр.17/26.02.2019.
54. Здравно осигуряване. Сборник нормативни документи. Изд. Солтон, 2000.
55. Закон за лечебните заведения. Обн. ДВ, бр. 81/17.09.2004.
56. Златанова Т, Великова Р. Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата. ИНГА, Двадесет и седма научно-практическа сесия КОНТАКТ 2011, 24.06.2011, 114-116.
57. Златанова Т, Великова Р. Първична извънболнична помощ-проблеми и перспективи. Дидакта консулт, София, с.190.
58. Иванова Е, Рязкова М, Костадинов Д. Рехабилитация на болни със след инсултни хемипарези. Изд. Мед. и физк., 1983.
59. Иванова Т, Гарева Г. Качества на здравните услуги. Болничен мениджмънт, София, Изд. НЦОЗ, 2005.

60. Иванов И, и съавт. Основи на мениджмънта. Изд. Абагар, Велико Търново, 1999, с. 333.
61. Иванов Л. Мениджмънт на качеството на медицинското обслужване. В: Мениджмънт на здравната организация, София, 1992.
62. Иванов Л. Подходи и методи за оценка качеството на медицинското обслужване. ЦНИМЗ, 1986.
63. Иванова Е, Рязкова М, Костадинов Д. Рехабилитация на болни със след инсултни хемипарези. Изд. Мед. и физк., София, 1983.
64. Йорданов Б, Иванов Вл. Нервни и психични болести. Мед. и физк., София, 1989.
65. Калахан Д. Цели на медицината: Новите приоритети, София, 1998.
66. Каменов К, Жеков К, Маринова Н. Управленският процес и екипната дейност. Нов български университет, 2005.
67. Кирилов К. Качества на здравния мениджър. Здравен мениджмънт, София, 1, 2001, 10-14.
68. Кирилов К. Маркетинг в здравеопазването. АРСО, София, 2001, с.160.
69. Кирилов К. Маркетинг в здравеопазването. Класическият маркетинг и маркетинг в здравеопазването, Ново обществено здравеопазване, София, Акваграфикс ООД, 1998, 287-296.
70. Костадинов Д, Бусаров Ст. Основи на медико-социалната рехабилитация. Мед. и физк., София, 1982.
71. Костов Д. Управление на качеството. София, 1999.
72. Колева И, Илиева Е, Йошинов Р, Кръшков Д, Йонова Д. Клиничен алгоритъм за физикална терапия и рехабилитация при болни с увреди на централната нервна система. Здравен мениджмънт, 2004, с.3.
73. Колева И, Лишев Н, Йошинов Р, Стоянов С, Кръшков Д. Физикално терапевтично и рехабилитационно поведение спрямо пациенти с хемипареза/хемиплегия. Здравен мениджмънт, 2003, 6.
74. Колева И. Неврорехабилитация – проблеми и перспективи пред българската школа. Здравен мениджмънт, 2005, с.3.
75. Костов Д. Управление на качеството. София, 1999, с.7.
76. Кръстева Н. Сестрински процес – същност, функции, етапи, Социална медицина, София, 1, 2001, с. 34.
77. Кремер Г. Какво трябва да знаем за инсульта. Изд. Емакс, София, 2002.
78. Либекян Е, Василева П. Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество, Научни трудове на Русенския университет, том 48, серия 8.1, 2009, 150-152.
79. Любенова Д, Бетапринт-Петрови и Сие. Кинезитерапия при нервни и психични заболявания. София, 2011.

80. Любомирова К. Трудова медицина, базирана на доказателствата. Здравна политика и мениджмънт, 2012, бр. 1.
81. Любомирова К, Попов Т, Панев Т, Хаджидекова С, Чохаджиева Д, Михайлова А. Оценка на зависимостта между атмосферното влияние и химичната канцерогенеза. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2006.
82. Манчева П. Проблемите на ТЕЛК и потребностите на човека с инвалидност. Социална медицина, 2015, 3, 19-23.
83. Маринова П. Конфликти в здравеопазването. Възникване, причини и управление. Враца, ЕТ “Тодоров-В“, 2002.
84. Маринова П. Сестрински теории. Грижи за лица с умствени увреждания, София, Филвест, 2002.
85. Маринова П. Социологически, образователни и управленски аспекти. Съвременната медицинска сестра, София, Нов ден, 2001, 7-17.
86. Маркова С. Национална здравна стратегия на сестринството. Предложение към Националната здравна стратегия 2007-2012.
87. Маркова С, Цонов П, Стамболова И, Чанева Г. Протокол за здравни грижи – средство за качествени здравни грижи, Социална медицина, бр.1/ 2001, 35-36.
88. Маркова С, Стамболова И, Чанева Г. Автономност и отговорност в сестринската практика, Сестринско дело, бр.2, 2001, 8-12.
89. Масларов Д. Мозъчен инсулт - актуално състояние на проблема. Мед инфо, XIV, 5, 2014, 62-66.
90. Настев Г. Мозъчен инсулт. Изд. Мед. и физк., София, 1972.
91. Наредба №1/08.февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Обн. ДВ, бр.15/18.02.2011.
92. Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчно-съдовите заболявания. сп. Българска неврология, 2018, том19, доп.1.
93. Национална здравноосигурителна каса. Национален рамков договор 2020, www.whiff.bg
94. Национална здравна стратегия. По - добро здраве за по –добро бъдеще на България. София, 2001.
95. Национална здравна стратегия. План за действие за периода 2014-2020, София, 2014.
96. Национална здравна карта на Република България, www.strategy.bg
97. Недев Н. Рехабилитационни грижи и качество на живот при пациенти преживели мозъчен инсулт. Дис., д.м.2018.

98. Петков В, Попов Н, Златанова Т. Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. Социална медицина, 2005.
99. Писев В, Павлова Ж. Затлъстяването-медико социални и икономически последици. Иновации в общественото здраве. Реалности и предизвикателства, София, Наука и общество, 2012, 82-89.
100. Попова К. Сестрински грижи за пациенти с неврологични заболявания. Изд. Горекс Прес, София, 2011.
101. Попова С. Социална роля на медицинската сестра. Сестринско дело, 1996, №1.
102. Попова С. Формиране на умения на пациенти за справяне с психо социални проблеми. Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри. София. Горекс Прес, 2001, 133-137.
103. Попова С. Хронична болест и промоция на здравето. Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, Горекс Прес, София, 2001, 34-41.
104. Попова С. Развитие на сестринството – приоритетни въпроси. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 7-12.
105. Попова С. Образователни стратегии за справяне с различни здравни проблеми. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 7-12.
106. Попова С. Мониторинг и оценка на консултацията в сестринската практика. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 71-80.
107. Постановление 243/05.11.1998. Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане.
108. Постановление 269/1.11.1996. ДВ бр. 97/12.11.1996г. Правилник за прилагане на Закона за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите.
109. Петков В, Попов Н, Златанова Т. Световното население: Актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия. – Социална Медицина, 2005 .
110. Рибарова Ф. Антиоксиданти-превенция и здравословно стареене. Симелпрес, София, 2010, с.10 .
111. Савова З. Организационни принципи на управление на човешките ресурси за по-добро здравеопазване. Здравна политика и мениджмънт, 2011, № 3, 26-32.
112. Смит Т. Инсулт и инфаркт. София, Книгоиздателска къща, 2004.
113. Стойчева М. Промоция на здравето. Учебник за студенти, Велико Търново, Изд. Витал , 1999.

114. Стаменова П, Масларов Д, Трайков Д, Миланов Л, Райчева И, Милушев Е. Алгоритми за диагноза и лечение на мозъчно-съдови заболявания. Българска неврология, том12, брой2, 2012, 44-59.
115. Цачева Н, Николова Р. Европейски измерения на трудовата медицина. Здравна политика и мениджмънт, 2010, с.10.
116. Цачева Н. Социално значими заболявания и качество на живот. Конференция “Проект ПАЛАДИН”, София, 19.06.2010.
117. Чамов К. Здравно политически анализи. Технологии за оценка на здравето въздействие. Иновации в общественото здравеопазване, Наука и общество, София, 55-75.
118. Чамов К. Роля и място на медицинската сестра в условията на съвременния мениджмънт. Социална медицина, 2002, 18-22.
119. Чанева Г, Стамболова И. Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес, Филвест, София, 2003, 94-100.
120. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. Изд. Артик 2001, 2008.
121. Чанева Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2, 2008, 1, 61-64.
122. Чанева Г, Стамболова И. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, 2003, 79-83.
123. Чанева Г, Стамболова И. Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, 2003, 94-100.
124. Черкезов Т. Ключови механизми за подобряване на качеството в здравеопазването. сп. “Медицински меридиани и здравна политика”, МУ-София, XLIV, бр.2, 2013, 48-60.
125. Черкезов Т. Удовлетвореност на пациентите от болничното лечение. сп. „Медицински меридиани“, бр.3, 2013, 8-14.
126. Хаджиян Д. Съдови заболявания на нервната система. Изд.Мед. и физк. София, 1979.
127. Шипковенска Е, Георгиева Л, Генчев Г, Димитров П, Борисова Й . Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, София, Делфи, 2002.
128. Шипковенска Е, Христов Ж, Димитров П, Дякова М. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване базирани на доказателства, София, Филвест, 2008, с. 223.
129. Шипковенска Е. Съвременни модели и концепции за промоция на здраве и профилактика на болестите. Студентска екипна практика за превенция на метаболитния синдром, акад. изд. Тракийски университет, 2010, 5-24.

130. Шопова К. Стил на мениджърско поведение – актуални проблеми. Здравен мениджмънт, 2002, 1, с. 21.
131. Шопова К. Още за Е.Фром и за здравното поведение. Медицински меридиани, Горекс Прес, София, 2011, 3, 60-63.
132. Шопова К. Въпроси на дехуманизацията в сестринската практика. Социална медицина, 2002, 4, 19-21.
133. Юркова К. Терапевтичното поведение – умения за вербална и невербална комуникация. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 93-99.
134. Яначков И, Пенчева М, Алвасов Б. Мениджмънт в здравеопазването. София, 1999, с. 226.
135. Abrams R. Monitoring Quality Builds Capacity, In : Nursing productivity : The Hospital's Key to Survival and Profit, Roxane Spitzer, S-N Publications, Inc., Chicago, 1986, 63-77.
136. Abdul-Aziz A, Karlie H, Lad hade S. Risk Factors of Stroke Patients Admitted to a General Hospital in Kuwait International Journal of Neuroscience, 2013, 123, 89-92.
137. Aiken LH, Clarke SP. & Sloane DM. (2002). Hospital staffing, organizational support, and quality of care: cross-national findings. International Journal for Quality in Health Care, 14, 5-13.
138. Aisen ML, Sevilla D, Fox N. Inpatient rehabilitation for multiple sclerosis. J Neurol Rehabil 1996; 10(1): 43-6.
139. Altman N, Thomasson B, Running OM, et al. Blood pressure differences between patients with lacunar and non-lacunar infarcts. Brain Behav, 2015, 5, e 00353.
140. Aleksandrova M, Pavlova J, Pisev V, Tzacheva N, Vizev Kr, Vizeva M. Menaces pour la santé des enfants – réalités et perspectives , 32nd Balkan Medical Week , 2012, 21-23.
141. Almeida CM: Grief among parents of children cerebrovascular diseases with . Cerebrovascular diseases 1995,21:530–532.
142. Amato MP, Ponziani G, Rossi F, et al. Quality of life in multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue and disability. 2001.
143. Ames A, Perrin JM.: Collaborative practice: The joining of two professions. J. Tenn Med Assoc, 1980, 73 (8): 557-560.
144. American Cerebrovascular Association. Standards of medical care in diabetes – 2011. Cerebrovascular Care 36, Suppl., 2011.
145. Anderson C, Jamari E, Stewart – Wynne E. Patterns of acute hospital care, rehabilitation, and discharge dispositions after acute stroke, the Perth Community Dis, 1994, 344 -353.
146. Anderson C, Linton E, Stewart – Wynne E. A population – based assessment of the impact and burden of caring for long-term survivors of stroke. Stroke, 1995,843-849.

147. Arthur D. (1995). Measurement of the professional self-concept of nurses: developing a measurement instrument. *Nurse Education Today*, 15, 328-325.
148. Atree M. Patients and relatives experiences and perspectives of “good” and “not so good” quality care.-*J.Adv.Nursing*.33,2001, 4, 456-466.
149. Basket J, Broad K, Tiling C, Rekey G, Hosking G, Green. Shared responsibility for home0based therapy after stroke. *Clink Rehabilitation*, 1999, 13:23-33.
150. Barnes MP, Gilhus NE, Wender M. Task force on minimum standards for health care of Cerebrovascular diseases people with, 1999. *Eur J Neurol* 2001; 8(3):215-20.
151. Beech R, Rudd AG, Tiling K, Wolf CD. Economic consequences of earthy inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in inner9London teaching hospital. *Stroke*, 1999, 30:729-735.
152. Bednash G. The decreasing supply of registered nurses: inevitable future or call to action? *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283, 2985-2987.
153. Beeken JE. The relationship between critical thinking and self-concept in staff nurses and the influence of these characteristics on nursing practice. *Journal of Nursing Staff Development*, 1997, 13, 272-278.
154. Beatty WW, Blanco CR, Wilbanks SL, et al. Demographic, clinical, and cognitive characteristics of Cerebrovascular diseases patients who continue to work. *J Neurol rehabil* 1995; 9(3):167-73.
155. Blaney D, Hobson C, McHenry J, : Improving the cost effectiveness of nursing practice in a hospital setting, *J Contain Edu Nurse*.
156. Bonita RS, Mendes T, Treutlen J, Bagola J. The global stroke initiative. *Lancet Neurol.*, 2004.
157. Biotin J, Lodger J. Prognosis for survival, handicap and recurrence of stroke in lacunar and superficial infarction, *Cerebrovascular. Dis.*, 3.1993, 221-226.
158. Boyle K, Power in nursing: A collaborative approach. *Nurse Outlook* 1984, 32: 164-167.
159. Bradshaw L. A service in crisis? Reflections on the shortage of nurses in the British National Health Service. *Journal of Nursing Management*, 1999, 7, 129-132.
160. Rayan R, Graham M, et Tigard T. Advanced practice nurse: a study of client satisfaction.- *J.Am.Acad.Nurs.Practice*.14, 2002,2,88-92
161. Buerhaus PI, Staiger DO, & Auerbach, DI. Implications of an aging registered nurse workforce. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283, 2948-2954.
162. Bulanov St. Basis of the Medicine: Social Rehabilitation. Sofia, Med. I Fisk., 1982,124-129.

163. Brandt T, Caplan L, Dishpan J. Neurological disorders Acad. Press San Diego, 1996, 34-38.
164. Caro J, Groomer P, Fligel K. Atrial fibrillation and anticoagulation: from randomized trials to practice. *Lancet*, 1993, 341-342.
165. Carroll SJ, Scheiner CE.: Performance Apaisas and Rêvies Systèmes. Gléniez, IL, Scott, Forssmann, 1982.
166. Centers for Disease Control and Prevention. 2011 national cerebrovascular diseases fact sheet f diabetes pubs / Factsheet11.http), 2012, <http://www.Cdc.gov/>
167. Cerebrovascular diseases prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes wit lifestyle intervention or metformin, NEYM , 2004.
168. Champion-Daviler MN, Diagnostics infirmiers, normes de qualité des soins et accréditation, In: Actes des journée d'étude, Luxembourg, 1998, 79-94.
169. Chauve A. Résoudre un Problème : Méthode outils pour une meilleure qualité, Duodi, Paris, 1992, 65-72.
170. Clark MS, Smith SD. The effects of depression and abnormal illness behavior on outcome following rehabilitation from stroke. *Clinical Rehabilitation*, 1998, 12 (1):73980
171. Corso G, Botch E, Giardini G, et al. Epidemiology of stroke in Northern Italy: the Cerebrovascular Acosta Registry, 2004-2008.
172. Deland H – in :Deland. Neurology. Sofia, MI „ Sharon“,1996: 137-139.
173. Deland H – in :Deland. Neurology. Sofia, MI „ Sharon“,1996: 128-130.
174. DuFour's, O. Diagnostic et Clinique infirm ere pour la quality des sons. – In: Acts des journey detrude. Luxembourg, 199864. Davon B. Lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: fast control of the patient's quality of life : Rev. // Urology, 2003, Vol.62, № 3, Supplely, P, 6-14.
175. Dutour A, Boitheau V, Dadoun F, Feissel A, Atlan C, Oliver C: Hormonal response to stress in cerebrovascular diseases. *Psychoneuroendocrinology*. 1996, 21:525–543.
176. Dike M. Meta-analysis in the assessment of therapy for stroke prevention, *Cerebrovascular. Dis.*, 1992, sup 1.
177. Edgerton S. Philosophical Analysis, In: Paths to knowledge: Innovative Research Methods for Nursing, National League for Nursing, NY, 1988, 169-182.
178. Elvan H. Principles of neurology University book, Centre iro,2008,134.
179. Esteem G, Tomball T, Yadira G, Obada's Saying R. The role of atrial fibrillation on mortality and morbidity in patients with ischemic stroke, *J Pak Med Assoc*. 2013 Dec:63 (12):1516 -1519.
180. European Foundation for Quality Management, EFQM Excellence Model, Public and Voluntary Sector Version, 2003.

181. European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension, Journal of Hypertension, 2003.
182. European Foundation for Quality Management (<http://www.efqm.org>)
183. Fink-Aaron S, et al, Improvement Program in non-veterans administration hospitals : initial demonstration of feasibility, Annual surgical, 2002, sept: 236 (3): 344-53.
184. Foster AJ, Yeung. Stroke rehabilitation: can we better. 1992, 305:1446-1447.
185. Ivanov L. Raising occupational skills for ensuring quality medical services, WHO-EURO, Bratislava, 1989.
186. Intercollegiate Stroke Working Party, National clinical guideline for stroke, 3rd edition. London: Royal College of Physicians, 2008.
187. Geneva N. Classification system manual capacity (MAGS) in children with cerebral palsy. Sport I nauka, 1-11, №1, 60-65.
188. Glad man JR, Lainson BN. Follow-up of a Control Trial Domiciliary Stroke Rehabilitation . Age Ageing. 1994, 23 (1): 9 -13, 128, 130.
189. Handjiev Sv, Handjieva-Darlenska T. Study on the effect of nutritional fibers in the treatment of obesity and dislipidaemia in women. Int. j Obes 2007, 311 -159.
190. Harbison J. Tilapia versus Aspirin for the prevention of recurrent stroke, Stroke.23, 1992,1723-1727.
191. Karalee G, Socolow B, Genova L, et al. Theory and Methods of Remedial Gymnasts Sofia, Med. I Fisk., 1983, 261-262.
192. Kalema I. The Bulgarian neuro rehabilitation school and international classification of functioning, disability and health: integrating if requirements info clinical practice. 2009, №1, 8-18.
193. Krug G. Occupational therapy: evidence-interventions for stroke. Missouri Med, 106, №2, 145-149.
194. Lafford G. Community-based alternatives to hospital rehabilitation services: a review of the evidence and suggestions for approaching future evaluations. Reviews in Clinical Gerontology, 1996, 6 (02):183-194.
195. Latrobe JH, Bolden LV. Defining patient-perceived quality of nursing care. – J. Nurse. Care Qual., 2001, №1, 16.
196. Latimer JM. Quality assurance and Riske Management. – In: Management Issues in Critical Care. Ed.: C. Birdcalls. St. Louis, Mosby Year Book, 1991.
197. Mayo M, Wood-Dauphine R, Cote et al. Activity, participation, and quality of life 6 months post stroke Arch Phis Med Rehabilitation, 2002, 83(8):105-1042.
198. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Carrascosa JCR, et al. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression ac possible

- causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2015; 90(3) : 338 -345.
199. Murray C, Lopez D. Alternative projections of mortality and disability by cause,1990-1020. *Global Burden of Disease Study. Lancet*, 1997, 349:1498-1504.
 200. Murray C, Lopez D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors. *Global Burden of Disease Study. Lancet*, 1997, 349:1436 -1442.
 201. Nathan DM, Davidson MB, De Fronzo RA, et al. Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: implications for care , 2007.
 202. National Stroke Foundation. *Clinical Guidelines for Stroke Management*, 2010, 33 -51.
 203. Nouri M, et Lincoln B. An extended actives of daily living scale for stroke patients. *Clink. Rehabilitation*, 1, 1987, 301-305.
 204. Overman MH, Dillon SL, Templin T. Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives, *Journal Healthcare Quality* 2000, Nov.-Dec., 22(6):9 -11; quiz 12.
 205. O'Leary J, Wendelgass S, Zimmerman H. *Winning Strategies for Nursing Managers*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1986, 114-152.
 206. Intercollegiate Stroke Working Party, *National clinical guideline for stroke*, 3rd edition. London: Royal College of Physicians, 2008.
 207. Pascale R. Rehabilitation motivating role in the fight against obesity. *Prevent Rehabilitation*, 2011, №1, 23-29.
 208. Petretti LW, et Early M. *Occupational Therapy – Practice Skills for Physical Destruction*. St. Lois, Mosby, Elsevier, 2005, 367- 392.
 209. Raymond G. Improving patient satisfaction : a control chart case study, *Journal ambulatory care management*, 2002, Jul. 25(3) : 78-83.
 210. Registered Nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 387-396.
 211. Rinke L. *Outcome measures in home care: State of the Art*, National League for Nursing, New York, 1987, 63.
 212. Rinke L. *Outcome measures in home care: vol. I Research*, National League for Nursing, New York, 1987, 204.
 213. Sadoski U, Salman H, Bergman M, et al. Patients' satisfaction with the staff function in an emergency department, *Journal emergency medicinal*, jun., 2001, 8(2): 117-22.
 214. Sanford S, *Standards of care*, In: *Management Issues in critical care*, Mosby Year Book, St. Louis, 1991, 99 -111.
 215. Sar rouille R. *Une expérience de gestion informatisée de la qualité des soins*, *Informatique et santé : France*, Paris, 1989 (1) : 173-183 .

216. Schaffer P, Vaughn G, Kenner C, Donohue F, Longo A. Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective, *Journal Pediatric Nursing*, 2000, dec., 15 (6), 373-7.
217. Schneider B, Schmitt N: *Staffing Organizations*, 2nd ed Glenview, IL, Scott, Foreman, 1986.
218. Scheme EJ, Robbins WA, Robbins CL.: Profit-sharing plan in nonprofit hospitals. *Nurse Man* Feb. 24-27, 1986.
219. Scholte op Reimer, Han R, Ringers M, Limburg G. van den Boss. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke*. 1998, 28:1605 -1611.
220. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke. Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning.
221. Senior D, Amato P, Kaliope R, Becker M, Goldenberg H. Post stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies and rehabilitation outcome. *Stroke*, 1986,17:1102-1107.
222. Smith EF, Michael WB, & Gribbons B. A construct validity study of a self-concept scale for a sample of hospital nurses. *Educational and Psychological Measurement*, 1997, 57, 494-504.
223. Sommer G, und Fydrich T. Soziale Unterstuetzung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU, 1987.
224. Sovie M, Jawad A. Hospital restructuring and its impacts on outcomes: nursing staff regulation are premature, *Journal nursing administration*, 2001, dec., 31(12): 588-600.
225. Sommer G, und Fydrich T. Soziale Unterstuetzung. Diagnostik, Konzepte, F-SOZU. 1987.
226. Sovie M, Jawad A. Hospital restructuring and its impacts on outcomes: nursing staff regulation are premature, *Journal nursing administration*, 2001, dec., 31(12): 588-600.
227. Spitzer R, *Nursing productivity: the hospital's key to survival and profit*, S-N Publications, Chicago, Illinois, 1986, p.216.
228. Sting-Vander Borghot B. *Infirmière pπ genèse et réalité d'une profession*, De Boeck-Westfall, Bruxelles, 1991, 101-105.
229. Strasse L : *Key Business Silles for Nursing Managers*. Philadelphia, JB Lipno, 1987.
230. Tomboy CA. *Occupational Therapy for Physical Distinction* Boston. Williams & Wikins, 1996, 213-218.
231. Tsacheva N, Yantcheva M, Petrov R, Mladenova A. Socially-Significant diseases in workers – level, structure and dynamics over a 15- year period. 29th, Balkan Medical Week, 2008.
232. The Management of Stroke Rehabilitation Working Group on behalf of the Department of Veterans Affairs, Department of Defense, and The

- American Heart Association/ American Stroke Association,
www.Heaithquality.va.gov.
233. Tucker J, The moderators of patient satisfaction, *Journal Management medicine*, 2002, 16 (1) : 48- 66.
 234. Vizev Kr, Vizeva M. Some Historical Aspects of Development of the Determination of the Problem Biological Age, 5th Balkan congress on the history & ethics of medicine. Abstract and proceedings book, Istanbul, 2011.
 235. Wallow CP, van Gijon M, Dennis et al. *Stroke: practical management*. 3rd. end. Oxford: Blackwell Publishing, 2008, 300(19) : 2311-2312.
 236. Waser al JB, Droz P, Tissot J. La gestion des risque en milieu hospitalier : exigences et implications, *Rêviez médecine Suisse Romande*, 2001, nov. 121(11) : 795-799.
 237. Waxman H, *Using Outcomes Assessment for Quality Improvement*, In: *Outcomes assessment in clinical practice*, ed. Federer, Lloyd, B. Dickey, Williams and Wilkins, Baltimore, 1995, 25-33.
 238. Widen L, von Koch V, Kostelac M, Waddell H, Tiger K, et al. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke*, 1998, 29: 591-597.
 239. WHO. *The World Health Report 2003: shaping the future*, October, 2003.www.who.int.
 240. Wolfe C, Taube J, Woodrow E, Richardson F, Warburton P. Patterns of acute stroke cake in three districts of southern England. *Journal Epidemiology Community Helth*, 1993, 47:144-148.
 241. World Health Organization. *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. France: WHO, 2011.
 242. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO, 2011.
 243. <https://bg.wikipedia.org>.
 244. www.nans.org, *Rehabilitation nursing*.
 245. www.nursing-bg.com.
 246. <http://www.efqm.org>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. *Индивидуална анкетна карта на болен с исхемичен мозъчен инсулт*

Анкетна карта А

Уважаеми пациенти, анкетата е анонимна. Моля отговорете на поставените въпроси, като заградите с кръгче съответната цифра на отговора.

Благодаря за Вашите откровени и честни отговори!

1. Вашият пол е?

1- мъж; 2- жена

2. Вашата възраст е?

1- 20г.- 29г.; 3- 40.- 49г.; 5 -60г.-69г.
2 - 30г.- 39г.; 4 – 50г.-59г.; 6- над 70г.

3. Местоживеене

1- град; 2- село

4. Образование

1-основно;
2-средно ;
3-специалист/полувисше;
4- висше;

5. Семейно положение

1- женен/омъжена;
2- вдовец/вдовица;
3- разведен;
4- неженен/неомъжен
5 - съжителство

6. С кого живеете?

1- със семейството си;
2- с родителите си;
3- с децата си;
4- самотно живеещ;
5.....

7. Какво е социалното Ви положение?

1- работещ;
2- безработен;
3 -пенсионер по възраст;
4 -пенсионер по болест;

8. От колко години боледувате?

1- до1г.; 2- от 1г. до 2г.; 3- от 2г. до5г.; 4- от 5г. до10г.

9. Имате ли други заболявания?

1- да, едно; 3- не, нямам;
2- да, няколко; 4- не зная

10. Ако имате други заболявания, кои са те?

- 1- сърдечно –съдови заболявания;
- 2 – хипертония;
- 3- захарен диабет;
- 4 - хематологични заболявания;
- 5 - варикозни вени;
- 6 - хиперхолестеролемия;
- 7 - други.....

11. Имате ли наследствена обремененост по отношение на заболяването?

- 1 - да, с инсулт;
- 2 - да, с хипертония ;
- 3 - да, с диабет и ССЗ;
- 4 – да, с друго заболяване;
- 5- не, нямам

12. Кои са основните причини водещи до инсулт?

/Отговорите са от 1 до 6, като /1/ е напълно несъгласен, а /6/ напълно съгласен.

Можете да посочите повече от 1 твърдение чрез отмятане на вярното твърдение с V/

Твърдение	Напълно несъгласен 1	2	3	4	5	Напълно съгласен 6
1. Нездравословно хранене						
2. Тежки физически натоварвания						
3.Липса на физически натоварвания						
4.Психическо натоварване						
5.Високо кръвно налягане						
6. Повишени стойности на холестерола						
7.Заболявания на кръвта/варикозни вени ,тромбофлебит, атеросклероза и други/						

13. Запознат ли сте каква е причината за появата на Вашето заболяването?

- 1- да, напълно;
- 2- да, донякъде;
- 3- малко съм запознат;
- 4- не, не съм запознат;

14. Според Вас кой от тези фактори е причина за Вашето заболяване?

- 1 - тютюнопушене;
- 2- повишени стойности на холестерол;
- 3- повишена консумация на алкохол;
- 4- повишено телесно тегло;
- 5- обездвиженост;
- 6 - употреба на много сол и мазнини;
- 7- други.....

15. Имате ли определена група инвалидност с експертно решение на ТЕЛК?

- 1 - да;
- 2- не

16. Ако на въпрос „13“ сте отговорили с „ДА“, какъв процент е определената Ви неработоспособност?

- 1- 50% до 70,99%;
- 2- 71% до 90%;
- 3- над 90% без чужда помощ;
- 4- над 90% с чужда помощ;
- 5- 100% с чужда помощ

17. Промени ли заболяването по някакъв начин живота Ви ?

- 1- да, напълно;
- 2 - да, частично;
- 3 - не зная за какво става въпрос;
- 4 – не, не го промени;
- 5 – изобщо не го промени

18. Ако има промяна в начина Ви на живот, в какво се състои тя?

- 1- в реализиране на професионалните дейности;
- 2 - семейните отношения;
- 3 - приятелския кръг;
- 4 - за справяне с емоционалното състояние;
- 5 – за справяне с физическите последици

19. Семейството подкрепя ли Ви за справяне с Вашето заболяване или появила се невъзможност за досегашните движения?

- 1- да, напълно;
- 2 -да, понякога;
- 3 - чувствам подкрепа само от някои членове на семейството;
- 4 - не мога да преценя;
- 5 - не ме подкрепя;
- 6- изобщо не ме подкрепя

20. Ако сте самотно живеещ подпомага Ви някой при осъществяване на дейностите от ежедневието?

- 1- да, винаги;
- 2- да, понякога;
- 3- частично;
- 4- не, няма;
- 5- изобщо никой не ме подпомага;

21. Ако има лице, което Ви подпомага кое е то?

- 1- да, имам личен асистент;
- 2- да, имам социален асистент;
- 3- близки, роднини;
- 4- приятели;
- 5- други.....

22. Заболяването доведе ли до някакво физическо увреждане?

- 1- да;
- 2- не;
- 3- не зная;
- 4.....

23. Ако имате физическо увреждане, какво е то?

- 1- нарушена обща възможност за движение;
- 2- нарушен говор;
- 3- невъзможност да движа ляв крак;
- 4- невъзможност да движа десен крак ;

- 5- невъзможност да движа лява ръка;
6- невъзможност да движа дясна ръка;

24. Каква е Вашата двигателна активност!

- 1- движа се самостоятелно;
2- използвам помощно средство;
3- нуждая се от помощ от други хора;
4- ползвам помощ от лице и средство;
5- почти не се движа

25. Ако използвате помощно средство, какво е то?

- 1-бастун;
2-патерица;
3-проходилка;
4-инвалидна количка;
5-друго.....

26. Посочете честотата на появата на признаците след заболяването!

Признак	Честота на проявата				
	Абсолютно вярно	Вярно в голяма степен	Нито вярно, нито невярно	Донякъде не е така	Не е вярно
Затруднявам се да се движа и сядам самостоятелно					
Имам затруднение при извършване на хигиенните тоалети					
Трудно ми е да ходя сам/а до тоалетната					
Трудно ми е да се обличам/събличам					
Трудно ми е при закопчаване/разкопчаване на дрехите					
Трудно се храня сам/а					
Затруднявам се при подготовка на храната					
Затруднявам се при писане					
Чувствам се потиснат/а					
Плаче ми се					
Чувствам се изолиран/а и самотен/а					
Чувствам се тревожен/а					
Притеснявам се за бъдещето					
Не се интересувам от другите хора и дейности					
Чувствам се изоставен от останалите хора					
Не излизам навън толкова често, колкото бих искал					

Признак	Честота на проявата				
	Абсолютно вярно	Вярно в голяма степен	Нито вярно, нито невярно	Донякъде не е така	Не е вярно
Занимавам се с хобита и забавления за по-кратко време, отколкото бих искал/а					
Личността ми се промени					
Физическото ми състояние пречи на социалния ми живот					
Чувствам, че имам слаба памет					
Трудно ми е да говоря					
Чувствам се неспособен/а да общувам нормално с хората					
Не се виждам с достатъчно много приятели					
Чувствам , че съм бреме за моето семейство					
Не участвам в забавленията на семейството					
Имам болезнени мускулни спазми и схващания					
Имам болки в ставите и други части на тялото					
Имам затруднения за извършване на ежедневната работа					
Случвало ми се е често да не довърша започната работа					

27. Когато по време на престоя Ви в болницата имате въпроси или възникне проблем към кого предпочитате да се обърнете?

- 1- лекар;
- 2- медицинска сестра;
- 3- рехабилитатор;
- 4- друг персонал –моля посочете кой;
- 5.....

28. Получихте ли необходимата информация относно хигиенно-диетичния режим и грижите свързани със здравословното Ви състояние?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- не, не съм получавал такава информация;
- 4- изобщо не съм получавал информация;
- 5- никой нищо не ми е казал

29. Ако на въпрос „28“ сте отговорили „ДА“ моля, посочете от къде получихте информация? Може да посочите повече от един отговор.

- 1- личен лекар;
- 2- медицинската сестра;
- 3- интернет, социални мрежи;
- 4- книги; вестници; списания ;
- 5- приятели, близки;
- 6- други.....

30. Удовлетворени ли сте от получената информация за вашето лечение и режим, които трябва да спазвате?

- 1- силно удовлетворен;
- 2- удовлетворен;
- 3- недовлетворен;;
- 4- силно недовлетворен;

31. Нуждаете ли се от допълнителна информация за продължаващото Ви лечение в домашна обстановка?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- не, не се нуждая от допълнителна информация;
- 4- изобщо не се нуждая от допълнителна информация;
- 5- никой нищо не ми е казал

32. От каква информация имате нужда?

- 1- свързана с храненето;
- 2- с двигателния режим;
- 3 - обучение за измерване и поддържане нормални стойности на кръвното налягане;
- 4 – свързано с хигиената;
- 5- обучение свързано с емоционалното състояние
- 6.....

33. Нуждаете ли се от грижи?

- 1- да, винаги;
- 2- да, понякога;
- 3- частично се нуждая ;
- 4 –не се нуждая ;
- 5 – изобщо не се нуждая

34 .Кой предпочитате да полага грижи за Вас?

- 1- самостоятелно;
- 2- медицинска сестра;
- 3- семейството/роднини;
- 4- личен асистент;
- 5- социален асистент;
- 6.....

35. Смятате ли, че притежавате знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- не, не притежавам;
- 4- изобщо не притежавам

36. Смятате ли, че Вашите близки притежават знания и умения при полагане на грижи за подобряване на здравословното Ви състояние?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- не, не притежават;
- 4- изобщо не притежават

37. Какво искате да научите?

- 1- какво поведение да имам;
- 2- обучение за самопомощ;
- 3- обучение как да се справям сам;
- 4- обучение за близките как да полагат грижи;

38. По време на престоя Ви в болницата обучени ли бяхте от медицинската сестра в усвояване на дейности от ежедневиия живот?

- 1- да, напълно;
- 2- да, частично;
- 3- не, не съм обучен;
- 4- изобщо не съм обучаван;

39. Бихте ли желали медицинската сестра да обучи семейството Ви и Вас по отношение грижите за Вашето заболяване?

- 1- да, много бих желал/а;
- 2- да, ако е възможно;
- 3- бих желал понякога;
- 4- не бих желал/а;
- 5- изобщо не желая

40. Съвпадат ли Вашите очаквания с получените грижи от медицинския персонал?

- 1- напълно съвпадат;
- 2- в известна степен съвпадат;
- 3- не съвпадат;
- 4- не съвпадат;
- 5- изобщо не съвпадат

41. Удовлетворени ли сте от положените грижи?

- 1- силно удовлетворен;
- 2- удовлетворен;
- 3- недовлетворен;
- 4- силно недовлетворен;

42. От кого получавате при необходимост психологическа помощ и подкрепа?

- 1- от приятели;
- 2- от семейството;
- 3- от медицинската сестра;
- 4- професионална помощ от психолози и психиатри;
- 6- от никъде

43. Смятате ли, че положителното отношение на медицинския персонал влияе на Вашето възстановяване?

- 1- да, винаги;
- 2- да, понякога;
- 3- да, много често;
- 4- не влияе;
- 5- категорично не

44. С какво исхемичният мозъчен инсулт промени живота Ви?

.....
.....
.....
.....

45. Информирани ли сте , че има центрове за рехабилитация на пациенти с мозъчен инсулт?

- 1- да, информиран съм;
- 2- почти не съм информиран;
- 3- информиран съм , но не съм посещавал;
- 4- не, не съм информиран

46. Посещава ли сте център или болница за рехабилитация?

- 1- да, повече от 2 пъти годишно;
- 2- да, 2 пъти годишно;
- 3- да, 1 път годишно;
- 4- да, но много рядко;
- 5- не, никога не съм ходил

47. Как определяте Вашето здравословно състояние след престоя в такъв център?

- 1- подобрено;
- 2- без промяна;
- 3- влошено;
- 4.....

Приложение 2. *Индивидуална анкетна карта на медицински сестри*

Анкетна карта В

Уважаеми медицински сестри, настоящето проучване има за цел да установи Вашият принос в осъществяването на здравните грижи за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт. Данните ще бъдат използвани конфиденциално.

Благодаря за участието!

1. На каква възраст сте?

.....

2. Вашето образование?

- 1- средно специално;
- 2- специалист от медицински колеж;
- 3- бакалавър;
- 4- магистър

3. Какъв е Вашият общ трудов стаж?

.....

4. Къде работите?

- 1- УМБАЛ;
- 2- МБАЛ;
- 3- СБР;
- 4- ДКЦ;
- 5- друго.....

5. От колко години работите в това лечебно заведение?

.....

6. Запознати ли сте с Вашата длъжностната характеристика?

- 1- да, напълно;
- 2- да, частично;
- 3- не съм запозната;
- 4- нямаме длъжностна характеристика

7. Смятате ли, че дейностите които са регламентирани в нея са достатъчни по обем?

- 1- да;
- 2- отчасти;
- 3- не;
- 4- не са регламентирани такива

8. Имате ли време да разговаряте с пациентите?

- 1- достатъчно;
- 2- малко;
- 3- не разговарям;
- 4- нямам време

9. Имате ли време да разговаряте с близките на болния?

- 1- достатъчно;
- 2- малко;
- 3- не разговарям;
- 4- нямам време

10. Информирани ли сте с влиянието на рисковите фактори, водещи до исхемичен мозъчен инсулт ?

- 1- напълно информирани;
- 2- отчасти информирани;

- 3- не са информирани;
- 4- изобщо не са информирани

11. Запознати ли сте с причините водещи до исхемичен мозъчен инсулт?

- 1- да, напълно;
- 2- да, донякъде;
- 3- малко са запознати;
- 4- не, не са запознати;

12. Смятате ли, че здравната информация при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт е задължителен елемент в обучението им?

- 1- да, задължително;
- 2- да, желателно;
- 3- не, не е;
- 4- друго.....

13. Според Вас по-добрата информираност ще подобри ли качеството им на живот?

- 1- да, напълно;
- 2- да , отчасти;
- 3- не, изобщо;
- 4- зависи от обстоятелствата;
- 5- не мога да преценя

14. Осигурявате ли достатъчна информация относно хигиенно-диетичния режим на пациентите?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- недостатъчно;
- 4- не изобщо

15. Извършвате ли оценка на възможностите на новопостъпилите пациенти за самообслужване?

- 1-да, винаги;
- 2- да, понякога;
- 3- не;
- 4- не, никога;
- 5- не ми влиза в задълженията

16. Запозната ли сте със Сестринския процес?

- 1- напълно познавам сестринския процес ;
- 2- частично съм запозната;
- 3- не съм запозната

17. Прилага ли се във Вашата болница Сестринския процес?

- 1-да;
- 2-не;
- 3- само отделни елементи

18. Ако на въпрос“17“ сте отговорили с “Да“ моля, опишете кои от тях се прилагат!

.....
.....

19. Подготвяте ли планове за грижи при постъпване на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт?

- 1-да,подготвят се такива планове;
- 2-частимно се подготвят;
- 3- не, не се подготвят;
- 4- изобщо не се подготвят

20. Какви са Вашите дейности при лечението на пациентите?

- 1-извършване на сестрински манипулации;
- 2- работа с апаратура;
- 3- работа с компютър и документация;
- 4- измерване на соматични показатели;
- 5-обучавам пациенти;
- 6-други.....

21. По какви критерии определяте потребностите им от сестрински грижи?

- 1-по измерените соматични показатели;
- 2- по 14-те потребности на Вержиния Хендерсън;
- 3-по желание на пациента и близките;
- 4- по моя лична преценка;
- 5 -друго.....

22. Пациентите търсят ли Вашето професионално мнение за грижите свързани със заболяването?

- 1-да;
- 2- понякога да;
- 3- понякога не;
- 4- никога

23. Имат ли нужда пациенти с исхемичен мозъчен инсулт от разбиране и подкрепа?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- да, понякога;
- 4- не, изобщо

24. Чувстват ли се според Вас тези пациенти оцетени от заболяването?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- да, понякога;
- 4- не, изобщо

25. Имат ли нужда от социализация?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- да, понякога;
- 4- не, изобщо

26. Как бихте подпомогнали пациенти с исхемичен мозъчен инсулт да приемат заболяването?

- 1- даване на информация;
- 2- обучение;
- 3- подкрепа и насърчаване;
- 4-приобщаване към пациентски организации

27. Имате ли желание да работите със семействата на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- да, понякога;
- 4- не, изобщо

28. Посочете проблемите, които срещате най- често във Вашата дейност!

- 1- здравно-промотивни;
- 2- материални;

- 3- комуникативни;
- 4- организационни;
- 5- не мога да отговоря

29. Ако получите оплакване от пациент как бихте постъпили?

- 1- обръщам му внимание;
- 2- обръщам му внимание и се опитвам да го реша, само ако пряко е свързано с моята дейност;
- 3- не му обръщам внимание;
- 4- друго-.....

31. Участвате ли в обучението на пациентите?

- 1- да, участвам;
- 2- да, понякога;
- 3- не, не участвам;
- 4 - не, никога;
- 5- това не се извършва в болницата ни

32. Ако обучавате пациенти , моля посочете в какво ги обучавате?

.....

33. С кого извършвате обучение на пациентите?

- 1- сама;
- 2- в екип с други сестри;
- 3- в екип с лекари;
- 4- в екип с лекари и рехабилитатори

34. В каква най-често се състои обучението на пациентите?

- 1- обучение в хигиенно-диетичен режим;
- 2- обучение в дейности от ежедневиия живот;
- 3- обучение за измерване и поддържане нормални стойности на RR;
- 4- обучение свързано с емоционалното състояние

35. Как се осъществява обученото на пациентите в отделението, в което работите?

- 1- по желание на пациента;
- 2- по моя преценка;
- 3- между другото;
- 4- не се провежда обучение

36. Колко време отделяте за обучението на тези пациенти?

- 1- средно по 10 минути;
- 2- средно по 15 минути;
- 3- средно по 20 минути;
- 4- средно повече от 20 минути

37. Смятате и, че притежавате съответната подготовка и компетентност за обучаване на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт?

- 1- да, напълно;
- 2- да, но само по определени въпроси;
- 3- не се чувствам компетентна;
- 4- друго.....

38. Необходима ли е промяна в съществуващата сестринска практика, свързана с обучението на тези пациенти?

- 1- да;
- 2- донякъде да;
- 3- не;
- 4- не мога да отговоря

39. Как според Вас заболяването влияе на емоционалното състояние и самочувствие на пациентите?

- 1 -отчаяни;
- 2- изплашени;
- 3- мобилизирани за справяне със ситуацията;
- 4- с неразбиране;
- 5- с безразличие;
- 6-спокойни, с разбиране

40. Според Вас медицинската сестра има ли място в психосоциалната грижа и подкрепа на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт?

- 1-да, напълно;
- 2- да, понякога;
- 3-не изобщо;
- 4- не мога да преценя

41. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряване на удовлетвореността на пациентите!

- 1- повишаване на квалификацията на персонала;
- 2- подобряване на отношението на персонала;
- 3- подобряване на организацията на дейността;
- 4- подобряване на хигиената в болничното заведение;
- 5- подобряване качеството и количеството на храната;
- 6- друго.....

42. Кое би допринесло в най-голяма степен за подобряване на качеството на здравните грижи?

- 1- повишаване на квалификацията на персонала;
- 2- подобряване на отношението на персонала;
- 3- подобряване на организацията на дейността;
- 4- подобряване на хигиената в болничното заведение;
- 5- подобряване качеството и количеството на храната;
- 6- друго.....

43. Предлагат ли се в болницата обучение на персонала?

- 1- да, предлага се;
- 2- предлага се понякога;
- 3- не се предлага;
- 4- изобщо не се предлага;
- 5- не съм запозната

44. Какви видове обучение се предлага?

- 1- семинари;
- 2- работа по Проекти;
- 3- практики;
- 4- обмяна на опит с други лечебни заведения;
- 5- квалификационни курсове;
- 6-друго.....

45. Смятате ли, че е необходимо допълнително обучение за повишаване квалификацията на мед.сестра?

- 1- да, абсолютно необходимо;
- 2- да, само на определени мед.сестри;
- 3- не, не е необходимо;
- 4- изобщо не е необходимо

46. Смятате ли, че е необходима специализирана подготовка на медицинските сестри за работа с пациенти, с исхемичен мозъчен инсулт?

1- да, много е необходима;

2- да, необходима е;

3-отчасти;

4- не, не е необходима;

4- изобщо не е необходимо

47. Какъв вид обучение предпочитате?

1- обучение на работното място;

2- обучение с откъсване от работа;

3- обучение в специализирана институция;

4- специализация

48. Съществува ли перспектива за професионална кариера в организацията?

1-да;

2-не

5- изобщо не го променя

9. Имате ли достатъчно теоретични знания и практическа подготовка за работа с пациенти с исхемичен мозъчен инсулт?

1- да, имам;

2- да, но недостатъчни;

3- не, нямам теоретични знания;

4- нямам практическа подготовка

10. В каква степен сте обучен за извършване на манипулации в неврологично отделение?

1- висока;

2- средна;

3- ниска;

4- не се чувствам готов/а;

5- не мога да преценя

11. Смятате, ли че обучението е достатъчно?

1- да, напълно;

2- да, отчасти;

3- недостатъчно;

4- не изобщо;

5- не мога да преценя

12. Необходимо ли Ви е допълнително обучение?

1- да, много е необходимо;

2- да, нужно ми е;

3- отчасти;

4- не е необходимо;

5- не мога да преценя

13. Къде според Вас трябва да се провежда това обучение?

.....
.....

14. Какво според Вас налага такъв вид обучение?

1- ниска информираност;

2- липса на информираност;

3- учебен план;

4- важно е подготовката ми;

5- друго.....

15. Ходили ли сте на учебна практика в неврологично отделение?

1- да;

2- няколко дни;

3- не съм ходил ;

4- изобщо не съм ходил;

5- друго.....

16. Запознахте ли се с плана за сестрински грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт?

1- да, напълно;

2- да, отчасти;

3- не, не съм запознат;

4- изобщо не съм запознат;

5- друго.....

17. Ако отговорът на въпрос №16 е „Да“ или „Отчасти“, моля опишете какво точно наблюдавахте?..

.....
.....

18. Посочете в коя област трябва да се разшири Вашето обучение?

- 1- нервни болести;
- 2- практическо обучение;
- 3- промоция на здравето;
- 4- педагогика и методология;
- 5- друго.....

19. Имате ли достатъчно познания за лечението и грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт?

- 1- да, напълно;
- 2- да, отчасти;
- 3- не, не съм;
- 4- не, изобщо
- 5- не мога да преценя

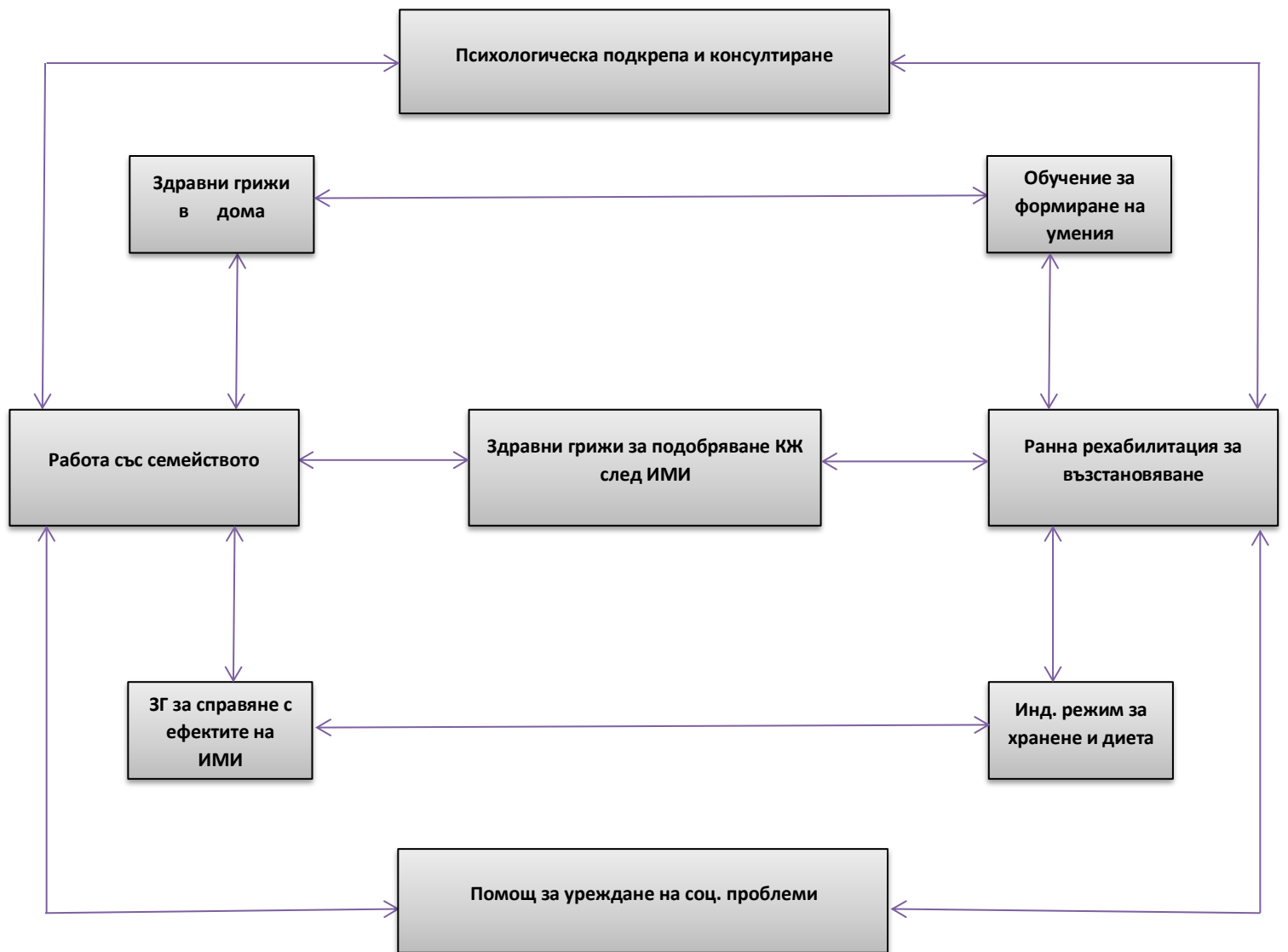
20. Ако отговорът на въпрос №19 е „Напълно“ или „Отчасти“, посочете от къде сте усвоили Вашите знания?

- 1- от лекции;
- 2- от упражнения;
- 3- от учебна практика;
- 4- от друго място

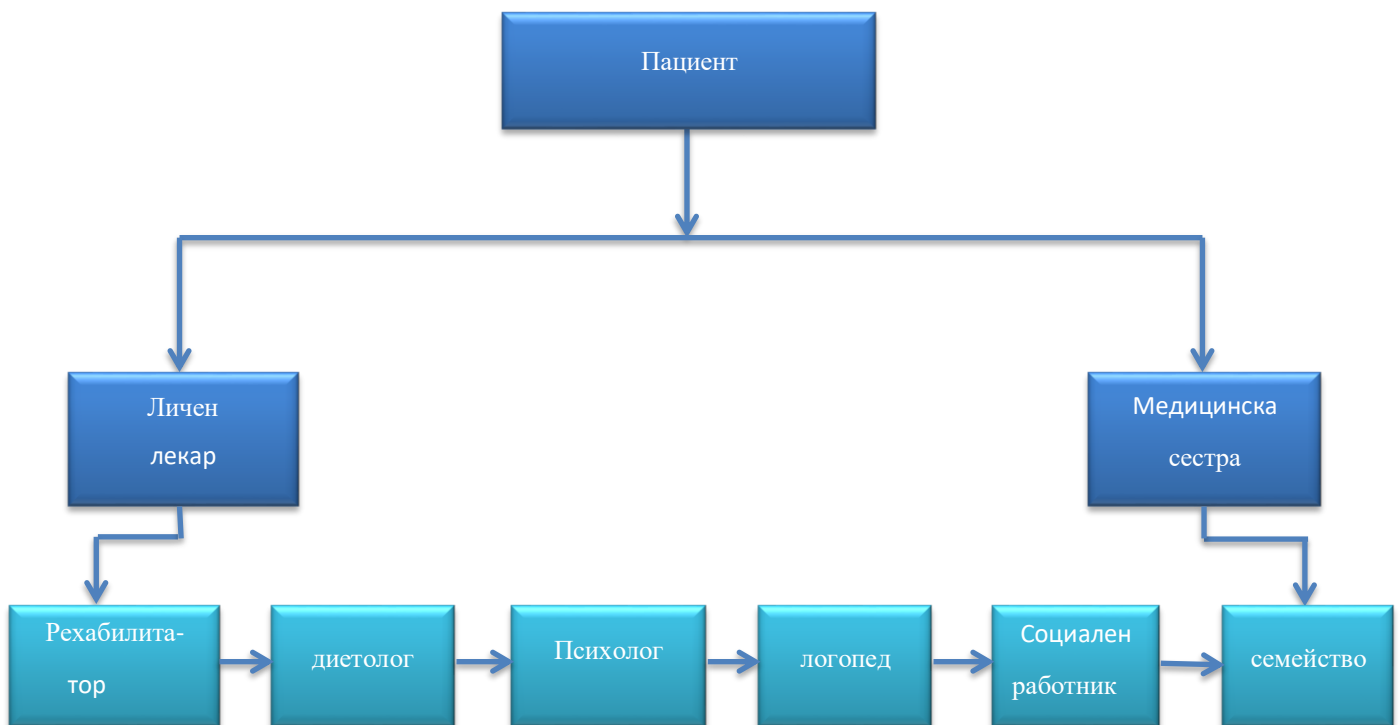
21. Ако отговорът Ви е „Не, не са ми достатъчни“ или „Нямам“, как бихте предпочели да повишите Вашите знания?

- 1- от лекции;
- 2- от упражнения;
- 3- от учебна практика;
- 4- от друго място.....

Приложение 4. Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия при пациенти с преживявн исхемичен мозъчен инсулт



Приложение 5. Мултидисциплинарен екип за здравни грижи при пациенти с преживявн исхемичен мозъчен инсулт



Приложение 6. Програма за помощ и самопомощ

ПРОГРАМА

за професионална помощ и самопомощ при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт

Мозъчно - съдовите заболявания са важен медицински и социален проблем. Те се характеризират с висока заболеваемост, болестност и смъртност и са най-честата причина за инвалидизация.

Мозъчният 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 професионалистите по здравни грижи в оздравителния период си поставихме за цел изработването на *Програма за професионална помощ и самопомощ при пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт.*

Цел на програмата:

По-ранно възстановяване и социално адаптиране на пациенти с преживян исхемичен мозъчен инсулт.

Подцели на програмата:

1. Постигане на максимална степен на независимост на пациентите за извършване на дейности от ежедневиия живот.

2. Обучение на пациента и неговото семейство за продължаване на комплексния рехабилитационен процес в домашни условия.

3. Профилактика на последващ инсулт.

Задачи на програмата:

1. Сформиране на професионален екип за здравни грижи и комплексна рехабилитация.
2. Изработване на „Инструкция към пациента с преживян исхемичен мозъчен инсулт, за здравни грижи и рехабилитация в условията на дома.“
3. Изработване на технически фиш „Ранна клинична рехабилитация при пациент с преживян исхемичен мозъчен инсулт“.
4. Изработване на „Препоръки към семейството на пациент с преживян исхемичен мозъчен инсулт.“

План за действие:

1. Ясно определяне на функциите и задачите на всеки от членовете на екипа (лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, диетолог, психолог, социален работник, пациент, семейството на пациента).
2. Осигуряване на непрекъснатост на здравни грижи и ранната клинична рехабилитация, чрез осъществяването на приемственост между отделните екипи.
3. Обучение на пациента и членовете на семейство му.

ИНСТРУКЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТ С ПРЕЖИВЯН ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

ЖИВОТ СЛЕД ИНСУЛТА

1. Въведение

Вече сте в състояние да напуснете болницата и да продължите възстановяването у дома. Постигнали сте значителен напредък, но трябва да мине още време и да положите още много усилия, докато усвоите отново някои основни умения. Ще се наложи коренно да промените, обичайния си начин на живот. Ще ви трябва помощ за неща, които по-рано сте правили сам. Много пъти няма да сте в състояние да направите това, което ви се иска.

Това не трябва да ви обезкуражава. За вас е важно да разберете, че сегашното ви състояние може да се подобри. Вашата психическа нагласа и усилия имат много голямо значение за възстановяването ви. Въпреки, че ви е трудно, трябва да продължите да работите върху себе си. Не се отказвайте, когато не можете да направите нещо от първия път.

За вас е важно да постигнете **самостоятелност в ежедневието**. За тази цел трябва да се обучите да извършвате следното: самостоятелно ставане и лягане в леглото; самообслужване при извършване на личния тоалет; самостоятелно хранене; самостоятелно ходене или ако това не е възможно, с използване на бастун или друго помощно средство.

С тази инструкция, специалистите по здравни грижи се надяват, че ще бъдат полезни при преодоляването на най-честите трудности, които ще срещнете пред първия месец на дехоспитализацията ви.

1.ЛИЧНА ХИГИЕНА И ГРИЖИ ЗА КОЖАТА

СЪВЕТИ:

1. Поддържайте кожата си чиста и суха;
2. Ако състоянието ви не позволява да се къпете, измийте косата си с помощта на друг;
3. Измиването на зъбите и венците един-два пъти на ден ще ви помогне да усещате по-добре вкуса на храна;
4. Поддържайте леглото си винаги чисто и подредено;
5. Променяйте положението на тялото си;
6. Всекидневно извършвайте хигиенен тоалет на тялото си, като обръщайте внимание на всички места на тялото, където кожата продължително се притиска върху подлежаща кост.

2.ОБЛИЧАНЕ

СЪВЕТИ:

1. Първото нещо, което трябва да направите е да се научите да се обличате сами;
2. Колкото се може по-скоро си създайте отново навика да се обличате всяка сутрин;
3. При обличането започнете с по-слабата ръка или крак. Това става по-лесно в седнало положение;
4. Закопаването на копчета и връзването на обувки ще ви бъде доста трудно. Ще трябва отново да се научите на тези неща стъпка по стъпка;
5. Панталоните се изтеглят трудно нагоре – това се улеснява като използвате за упора и равновесие стената;
6. Леки обувки с нисък ток са по-подходящи от домашните пантофи, тъй като те не могат да осигурят стабилност на стъпалото.

3. ХРАНЕНЕ

СЪВЕТИ:

1. Поемайте храната на малки порции откъм незасегнатата половина на устата. Така ще преглъщате по-лесно и няма да се задавите;
2. Храните под формата на пюре и каша се поглъщат по-лесно, отколкото течностите;
3. Съдържанието на храни съдържащи мазнини от животински произход трябва да се избягват;
4. При хранене използвайте продукти с ненаситени мазнини – те се съдържат в лененото семе. На Вас ви е нужно всекидневно да приемате 500мг витамин С, 400мг витамин Е, 400мг фолиева киселина и 200мг витамин В;
5. Трябва да се откажете от спиртните напитки, да откажете мазнините и пържените ястия, да ограничете солта до 3гр. дневно;
6. Хранете се 4-5 пъти дневно.

4. ГОВОР, МИСЛОВНА ДЕЙНОСТ

СЪВЕТИ:

1. Примерни упражнения за трениране на някои страни от говора: броење на числа, назоваване на месеци, буквите от азбуката;
2. Спомнете си и опитайте де рецитирате познато в миналото песен или стихотворение;
3. Опитайте се да отговорите на конкретни въпроси с една дума, опитайте се да изговаряте общото наименование на група предмети или признаци;

4. При всички случаи на заваляне на говора е най-добре да се проведе консултация с логопед.

5. ДВИГАТЕЛНА АКТИВНОСТ

СЪВЕТИ:

1. Първоначално започнете с пасивни движения на парализираните крайници: свивайте ръката в лакътя, завъртайте надясно, движете китката;
2. Когато състоянието Ви започне да се стабилизира, трябва да се опитате да седнете в леглото. Ако почувствате виене на свят, трябва веднага да легнете;
3. След кратък период се опитайте отново да седнете в леглото за няколко минути;
4. Извършвайте упражненията два пъти дневно;
5. Следващият етап е ходенето. Основното тук е повторението на движенията, като в началото ще ви е нужен помощник;
6. Започнете с имитация на крачки в седнало положение;
7. Повтаряйте движението, докато отново се превърне в обичайно за вас;
8. Опитайте се да застанете прав, като първо стъпете на здравия крак, а после на болния;
9. Опитайте се сам да контролирате времето, за което може да стабилизирате стоенето прав;
10. Когато може да стоите самостоятелно и може да пазите равновесие, пристъпете към обучение в ходене;
11. Разстоянието на придвижване трябва постепенно да се увеличава – първо движения в стаята, след това по коридора, накрая по стълбите и улицата.

6. УРИНИРАНЕ

СЪВЕТИ:

1. За да облекчите проблема с уринирането, ходете до тоалетната по-често;
2. Ограничете приема на течности след 20ч. вечерта;
3. Честата поява е инконтиненция или задържане на урина. В последния случай има нужда от катетеризация;
4. В случай на инконтиненция, когато е невъзможно да се регулира процеса с медицински или други методи, се използват хигиенни подложки и пелени.

ИНСТРУКЦИЯ ЗА РАННА КЛИНИЧНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ В
ДОМАШНИ УСЛОВИЯ ПРИ ПАЦИЕНТ С ПРЕЖИВЯН
ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Рехабилитационната грижа след исхемичен мозъчен инсулт може да продължи месеци и години. Един по-различен подход в този процес представлява консултирането на пациента и неговото семейство и изготвянето на рехабилитационен план съвместно с тях. Това предоставя по-ангажиращо участие на пациента и е от особена важност за ранното социално включване и реинтеграция.

За тази цел трябва да спазват следната последователност:

1. Настанете пациента на легло с обезопасителни прегради;
2. Осигурете на болния повече покой;
3. При тежка хемипареза или плегия - поставете болния върху антидекубитален дюшек, като започвате с пасивни движения в парализираните крайници;
4. При поява на активност в парализираните крайници, увеличете натоварването;
5. Започнете от 10 минути и постепенно увеличете до 30 минути;
6. При леко стабилизиране, пристъпете към вертикализация;
7. Когато пациента е достатъчно стабилен, преминете към следващия етап - ходене;
8. Ако състоянието му позволява, насърчавайте болния да се храни и облича сам;
9. Провеждайте рехабилитация на речта.

ПРЕПОРЪКИ КЪМ СЕМЕЙСТВОТО НА ПАЦИЕНТ С ПРЕЖИВЯН ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

1. Разпределете задълженията към болния така, че не да се ангажира само един член от семейството;
2. Продължавайте кинезитерапията;
3. Постепенно оставете болния да извършва самостоятелно дейности, свързани с бита така, че да се индуцира независимост. Например, ако може сам да се облича, оставете го сам да го извърши, въпреки, че би му отнело много време;
4. Похвалете всяко усилие и успех;
5. Нека болният да участва в обсъждането на семейните проблеми и планове, за да чувства полезен;
6. Помогнете му да бъде свързан със света. Не го откъсвайте от радиото, телевизора, компютъра;
7. Помогнете му да си намери хоби;
8. Насърчавайте приятелите да го посещават, ако състоянието му позволява;
9. Много често тези пациенти имат емоционални проблеми. Те лесно се разстройват, плачат и изпадат в депресии. Ето защо се нуждаят от постоянно окуражаване и разбиране от Ваша страна;
10. При необходимост се консултирайте с лекар;
11. Погрижете се Вашия близък да посети рехабилитационни центрове, които освен кинезитерапия включват балнео- и климатолечение и повишават общия и физически тонус, създават позитивно отношение и желание за възстановяване.

Приложение 7: Карта за пациента

**КАРТА ЗА ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ ПРИ
ПАЦИЕНТИ С ПРЕЖИВЯН ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ**

Дата.....год.

Име, презиме, фамилия

.....

възраст:

пол: М/Ж

Лекарска

диагноза.....

.....

Сестринска

диагноза/проблем.....

.....

Инвалидност.....

.....

Адрес и телефон на пациента.....

.....

Анамнеза на заболяването.....

.....

.....

.....

.....

Социален статус на пациента

Местоживееене.....
.....

Условия на живот (*тип жилище, етаж, асансьор*)
.....
.....
.....

Семейно положение: *омъжена/женен* *разведен/а* *вдовец/а*
неомъжен/а

С кой живее в момента.....
.....

Материално положение: *благоприятно* *удовлетворително*
неудовлетворително

Професионален статус на пациента

Образование.....

Професия.....

Професионален статус в момента.....
.....
.....

Наличие и характер на ограниченията в ежедневната дейност/активност

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Обективно:

Двигателни
функции.....

.....
.....
.....

Когнитивни
функции.....

.....
.....
.....

Хранене.....

.....
.....
.....

Проблеми на пациента след дехоспитализация

.....
.....
.....
.....

План за здравни грижи

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Препоръки към пациента и семейството

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Приложение 8
ПРОЕКТ!

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

УЧЕБНА ПРОГРАМА ПО СПЕЦИАЛНОСТТА
„МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” ЗА ОБРАЗОВАТЕЛНО - КВАЛИФИКАЦИОННА
СТЕПЕН „БАКАЛАВЪР”

Професионално направление: Здравни грижи

Наименование на дисциплината:

С ЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН
МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

Вид на дисциплината: Свободно избираема дисциплина

Вид на обучение: редовно

Общ хорариум: 15 часа

Курс на обучение: трети

Семестър на обучение: Пети

Кредити: 1

Форми на оценяване: текущо оценяване

Форми на обучение в курса: лекции, учебно-практически занятия, семинари, дискусия, консултации, самостоятелна работа, решаване на типови и ситуационни задачи.

Организация на учебния процес: Циклична система с теоретични и практически модули.

Преподавател: Маргарита Лаловска

Теория: 6 часа

Упражнения: 9 часа

АНОТАЦИЯ НА ДИСЦИПЛИНАТА

Дисциплината „Сестрински грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт“ се предоставят знания и умения на студентите за специалните сестрински грижи при пациенти със заболяване на централната нервна система.

Определени нозологични единици изискват по-обстойно изучаване на патологичните промени и отклонения, които позволяват на медицинската сестра да определи здравните потребности на пациента и изготви план за грижи, с цел решаването на здравословните му проблеми и подобряване качеството на живот.

В теоретичната и практическа подготовка се акцентира на поведението на медицинската сестра при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт и различна степен на зависимост от сестринския персонал, като се определят професионалните отговорности при самостоятелните дейности и грижи.

ЦЕЛ НА ДИСЦИПЛИНАТА:

Основната цел на обучението е усвояване на широк интегрален подход при оказване на специалните сестрински грижи, актуализирани със съвременната концепция и стратегия в развитието и изискванията в областта на грижите при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

ЗАДАЧИ НА ДИСЦИПЛИНАТА:

- Да предостави на студентите теоретични знания в областта на специалните сестрински грижи за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
- Студентите да придобият практически умения за прилагане на сестрински грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
- Да се сформират у студентите конкретни умения за прилагане на сестрински подход при болни с исхемичен мозъчен инсулт.

ОПИСАНИЕ НА КУРСА

Курсът се състои от 15 академични часа, от които:

- Лекции 6 часа
- Учебно-практически занятия и семинари 9 часа, при които се изисква активност от страна на студентите, самостоятелна работа по предварително зададени теми, събеседване по предварително обявени теми, практическа работа по зададени казуси.

Формиране на оценката

Чрез текущ контрол

Методи на оценяване: устно, писмено, тестове, решаване на тестове, решаване на практически задачи, казуси, реферати и други.

УЧЕБНО-ТЕХНИЧЕСКИ СРЕДСТВА ЗА ПРЕПОДАВАНЕ:

мултимедия, аудио и видео-материали, схеми, таблици, данни от проучвания, учебни филми, разработки на студенти и други.

**РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО РАЗДЕЛИ,
ТЕМИ И ЧАСОВЕ**

№	ТЕМА	Лекции	Упражнения, семинари	Общо
1	Наблюдение и оценка на здравните потребности на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.	1		1
2	Изработване на план за грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт в зависимост от тяхната степен на самостоятелност.		3	3
3	Алгоритми на сестринската дейност при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт	1	1	2
4	Превенция на рисковите фактори при мозъчно съдовите заболявания	1	1	2
5	Психологически и социални проблеми при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт	1	1	2
6	Обучение на пациентите и техните семейства в ДЕЖ	1	2	3
7	Качество на живот при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт	1	1	2
	Общо:	6	9	15

ПРЕДВАРИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ: Преминато обучение по: Нервни болести; Философия и въведение в сестринските грижи; Сестрински грижи за неврологично болни; Сестрински грижи в реанимацията и интензивната терапия;

ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ:

- Овладяни знания в областта на сестринските грижи при пациенти със заболявания на нервната система.
- Придобити практически умения за прилагане на сестрински грижи при пациенти със заболявания на нервната система.
- Формирани умения за прилагане на сестрински подход при болни със заболявания на нервната система.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

- 1.Препоръчителна литература
- 2.Теми за самостоятелна работа
- 3.Конспект
- 4.Тестове за оценяване

Препоръчителна литература

1. Белоев, Й., „Грижи за болния и сестринска техника”, изд. „Арсо”, София, 2000г.
2. Божинов С. „Неврология, Учебник за студенти по медицина”, МФ, София, 1990 г.
3. Грънчарова, Г. „Управление на здравните грижи”, изд. МУ-Плевен, 2006г.
4. Колев, Ж., Рязкова, М., „Нервни болести”, изд. МФ, София, 1992 г.
5. Миланов, И., Янчева Ст., Неврология, МФ, София, 2007.
6. Попова К. Сестрински грижи при болни с неврологични заболявания, Горекс прес, 2011
7. Хайнц., В.Д., „Неврология”, Шаров, София, 1996 г.
8. Шотеков, П., Учебник по неврология, Арсо, София, 2002г.

Теми за самостоятелна работа

1. ССГ при пациенти с неврологични заболявания.
2. План за грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
3. Алгоритми на сестринската дейност при заболявания на централната нервна система.
4. Роля и място на медицинската сестра в профилактиката на мозъчно-съдовите заболявания и превенция на усложненията.
5. Психо - социални аспекти на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт.

Конспект:

1. Наблюдение и оценка на здравните потребности при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
2. Алгоритми на сестринската дейност при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
3. Превенция на рисковите фактори при мозъчно - съдовите заболявания.
4. Психологически и социални проблеми при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.
5. Обучение на пациентите и техните семейства в ДЕЖ.
6. Качество на живот на пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Тест- вариант II

(име, презиме, фак. №)

.....

(курс, група)

1. Ишемичният мозъчен инсулт е нарушение на
на..... с развитие на мозъчна
и огнищна симптоматика, в течение на повече от.....

2. Избройте най-малко три основни симптоми при ишемичен мозъчен инсулт

3. По какви критерии определяте потребностите им от сестрински грижи при пациентите?

а/ по измерените соматични показатели;

б/ по 14-те потребности на Вержиния Хендерсън;

в/ по желание на пациента и близките;

г/ по моя лична преценка;

д/ друго.....

4. Посочете кой от изброените рискови фактори има решаващо значение за появата на заболяването ишемичен мозъчен инсулт?

а/ артериална хипертония;

б/ хроничен алкохолизъм ;

в/ стрес;

г/ инфекциозна болест;

д/ нарушение на сърдечния ритъм;

5. Кои от посочените усложнения се срещат при исхемичен мозъчен инсулт?

- а/ застойна бронхопневмония;
- б/ глаукома;
- в/ двигателен дефицит;
- г/ повръщане;
- д/ липса на координация;

6. Ранната рехабилитация за предотвратяване на усложненията при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт трябва да започне:

- а/ веднага след развитие на симптомите;
- б/ на 5мин. след развитие на симптомите;
- в/ две седмици след развитие на симптомите;
- г/ четири седмици след развитие на симптомите.

7. В каква най-често се състои обучението на пациентите?

- а/ обучение в поведение;
- б/ обучение в хигиенно-диетичен режим;
- в/ обучение в дейности от ежедневиия живот;
- г/ обучение на близките.

8. Смятате ли, че здравната информация при пациентите с исхемичен мозъчен инсулт е задължителен елемент в обучението им?

- а/ да, задължително;
- б/ да, желателно;
- в/ не, не е;
- г/ друго.....

9. Как според Вас заболяването влияе на емоционалното състояние и самочувствие на пациентите?

а/ отчаяни;

б/ изплашени;

в/ мобилизирани за справяне със ситуацията;

г/ с безразличие;

д/ спокойни, с разбиране

10. Как бихте подпомогнали пациенти с исхемичен мозъчен инсулт да приемат заболяването?

а/ даване на информация;

б/ обучение;

в/ подкрепа и насърчаване;

г/ приобщаване към пациентски организации

ЕТАЛОН

1. Ишемичният мозъчен инсулт е нарушение на кръвоснабдяването на главния мозък, с развитие на мозъчна исхемия и огнищна неврологична симптоматика, в течение на повече от 24 часа - **5 СО**

2. Хемипареза, афазия, нарушения на когнитивните функции - **3 СО**

3. Б - **1 СО**

4. А, В, Д - **3 СО**

5. А, В, Д - **3 СО**

6. А – **1 СО**

7. Б, В, Г - **3 СО**

8. А, - **1СО**

9. А, Б, - **2 СО**

10. А, Б, В, Г- **4СО**

МИНК= 60% = **17 СО**

Е = **26 СО** - отличен **6**
20-22 СО – мн. добър **5**
18-19 СО – добър **4**
15-17 СО - среден **3**