

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“

**УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ
ПРЕЖИВЕЛИ ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ
В БЪЛГАРИЯ**

Меглена Маринова Балабурова

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователно-научна степен
„Доктор“

Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт
Професионално направление: 7.4. Обществено здраве

Научна специалност:
„Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:
Доц. Макрета Тодорова Драганова, дм

Плевен, 2021

Дисертационният труд съдържа 165 стандартни машинописни страници и текстът е онагледен с 32 фигури, 2 схеми, 19 таблици, 10 приложения и 9 подприложения.

Библиографският списък включва 251 заглавия, от които 166 на кирилица и 85 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са направени 4 публикации и 6 научни съобщения на национални и международни научни форуми.

Докторантката Меглена Маринова Балабурова работи като асистент в катедра „Сестрински терапевтични грижи“, Факултет „Здравни грижи“, МУ – Плевен.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от подсилен катедерен съвет на Катедра „Общественоздравни науки“ при ФОЗ, МУ – Плевен на 14. 05. 2021 г.

Публичната защита ще се състои на 20.07.2021 г. от 14.00 часа в зала „Амброаз Паре“ на ТЕЛЕЦ при МУ – Плевен.

Материалите по защитата са публикувани и достъпни на сайта на МУ – Плевен (www.mu-pleven.bg).

ВЪВЕДЕНИЕ	6
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА НАУЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ	7
1. Цел и задачи на проучването	7
2. Хипотези на научното изследване	8
3. Обект, предмет и постановка на проучването	8
4. Място и време на провеждане на проучването и единици на наблюдение	10
4.1. Изследвани групи лица. Основни характеристики.....	11
4.2. Методи на изследване.....	14
II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	19
2.1. Резултати от анкетното проучване сред медицинските сестри работещи в клиники/отделения по неврология и по физикална и рехабилитационна медицина на територията на градовете Плевен, Русе и Варна.....	19
2.2. Резултати от анкетното проучване сред ръководители по здравни грижи, работещи в клиники/отделения по неврология и по физикална и рехабилитационна медицина на територията на градовете Плевен, Русе и Варна	25
2.3. Резултати от анкетното проучване сред студенти специалност „Медицинска сестра“ – VII-VIII -ми семестър.....	27
2.4. Резултати от анкетното проучване сред преподавателите по здравни грижи на студенти специалност „Медицинска сестра“.....	34
2.5. Резултати от анкетното проучване сред ППММИ, хоспитализирани в клиники/отделения по неврология по физикална и рехабилитационна медицина на територията на гр. Плевен	39
2.6. Резултати от проведена експертна оценка на стандартизиран план за грижи за ППММИ	44
III. ИНСТРУМЕНТАРИУМ ЗА ОЦЕНКА И ПЛАНИРАНЕ НА ГРИЖИТЕ ЗА ППММИ.....	46
3.1. Стандартизиран план за грижи за пациенти преживели ИМИ.....	46

3.2. Формуляр за индивидуална оценка и индивидуален план за сестрински грижи ППМИИ.....	49
3.3. Наръчник по здравни грижи за ППМИИ в домашни условия.....	50
IV. ИЗВОДИ, ПРИНОСИ И ПРЕПОРЪКИ.....	51
ПУБЛИКАЦИИ И НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	54
ABSTRACT	56

Сърдечни благодарности към всички участници в научното изследване дали своя принос за него:

- ✓ *Ръководители на лечебни заведения;*
- ✓ *Началници на клиники/отделения в ЛЗ;*
- ✓ *Ръководители на висши учебни заведения;*
- ✓ *Старши ръководители по здравни грижи;*
- ✓ *Редови медицински сестри;*
- ✓ *Преподаватели от висшите училища;*
- ✓ *Студенти специалност „Медицинска сестра“, IV-ти курс на обучение;*
- ✓ *Пациенти с ИМИ;*
- ✓ *Участници в експертната група.*

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ:

БАПЗГ – Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ЕС – Европейски съюз

ЗГ – Здравни грижи

ИМИ – Ишемичен мозъчен инсулт

КСИ – Класификация на сестринските интервенции

ЛЗБП – Лечебни заведения за болнична помощ

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МИ – Мозъчен инсулт

МКСП – Международна класификация на сестринската практика

МСЗ – Мозъчно съдови заболявания

МСБ – Мозъчно съдова болест

МСИ – Мозъчно съдов инцидент

НРД – Национален рамков договор

ОКС – Образователно – квалификационна степен

ПЗГ – Професионалист по здравни грижи

ППМИ – Пациенти преживели мозъчен инсулт

ППМИИ – Пациенти преживели мозъчен ишемичен инсулт

РЗГ – Ръководители по здравни грижи

РФ – Рискови фактори

СДО – Следдипломно обучение

СЗГ – Специалисти по здравни грижи

СЗО – Световна здравна организация

ТЕЛК – Трудово – експертни лекарски комисии

ТОП – Терапевтично образование на пациенти

УЗГ – Управление на здравните грижи

УМБАЛ – Университетска многопрофилна болница за активно лечение

NANDA – North American Nursing Diagnoses Association

NIC – Nursing Intervention Classification

ФВСГ – Философия и въведение в сестринските грижи

КФРМ – Клиника по физикална и рехабилитационна медицина (КФРМ)

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчносъдовите заболявания (МСЗ) са една от водещите причини за заболяемост, смъртност и инвалидизация. Мозъчните инсулти (МИ) заемат челно място сред социалнозначимите заболявания в нашата съвременност. Медико – социалната им значимост е резултат от твърде високата заболяемост и смъртност, както и от тежката инвалидизация сред преживелите.

Според Б. Герасимов (2012) и анализа на заболяемостта, всяка година у нас се разболяват около 40 000 души от МИ, от които над 7 000 умират от усложнения и последствия от това изключително коварно заболяване. България е на едно от първите места по смъртност от МИ в Европа, а мозъчните инсулти са третата най-честа причина за смърт у нас. Над 120 000 са инвалидите вследствие на преживян МИ, освидетелствани от трудово експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и пенсионирани по болест, с или без придружител. Според националната статистика от последните години, у нас тенденциите са за увеличение на случаите на МИ, като исхемичните мозъчни инсулти (ИМИ) представляват около 88% от всички инсулти. Една от причините за мозъчно съдовия инцидент са преходните нарушения на мозъчното кръвообръщение (над 90 000 души годишно), като при над 50% от тях вероятността да получат МИ е голяма.

Поради социалната значимост на МИ у нас са проведени редица проучвания относно рисковите фактори, водещи до това заболяване. Б. Герасимов (2012) стига до извода, че над 130 000 българи имат един, два или повече рискови фактори, които водят до мозъчно съдов инцидент (МСИ). Някои от тях са високо артериално налягане, захарен диабет, висок холестерол, стеснения на мозъчните кръвоносни съдове и др. Други предразполагащи фактори са прекомерната употреба на алкохол и цигари, липсата на активно движение, наднормено тегло, придружаващи заболявания, стрес.

Всички тези факти създават сериозни предизвикателства пред управлението на здравните грижи за пациенти, преживели мозъчен инсулт, в т.ч. пациентите, преживели исхемичен мозъчен инсулт (ППМИИ), с акцент върху степента им на зависимост от грижи.

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА НАУЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. Цел и задачи на проучването

Целта на настоящето проучване е да се направи анализ на здравните грижи за пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт в България, да се идентифицират проблемите и да се предложат мерки за оптимизиране на управлението на здравните грижи при тези пациенти/ клиенти.

За постигане основната цел на проучването бяха поставени следните **задачи**:

1. Да се отдиференцират проблемните области в предоставянето на здравни грижи за ППМИИ у нас.
2. Да се проучи европейския опит в областта на организационно-управленските аспекти на здравните грижи за ППМИИ.
3. Да се проучи спецификата на здравните грижи за ППМИИ според медицински сестри и ръководители по здравни грижи работещи в отделения/клиники на ЛЗБП (Лечебни заведения за болнична помощ).
4. Да се направи оценка на подготовката на студенти от специалност „Медицинска сестра“, за реализиране на здравни грижи за ППМИИ у нас, според стажанти и преподаватели от същата специалност.
5. Да се установи удовлетвореността на пациенти, преживели ИМИ, хоспитализирани в клиники/отделения по „Неврология“ и отделения/клиники по „Физикална и рехабилитационна медицина“ от полаганите за тях грижи и необходимостта от такива в домашни условия.
6. Да се изработят проекти за:
 - Стандартизиран план за здравни грижи при ППМИИ
 - Формуляр за индивидуална оценка на пациента и индивидуален план за здравни грижи при ППМИИ
 - Да се изработи „Наръчник по здравни грижи за ППМИИ в домашни условия“.

2. Хипотези на научното изследване

С проучването допускаме, че:

2.1. При осъществяване на грижите за ППММИ от медицинските сестри в лечебните заведения не се прилага план за грижи.

2.2. Липсват утвърдени формуляри за определяне на индивидуалните потребности от грижи при пациентите с мозъчен исхемичен инсулт и съответното им планиране.

2.3. Медицинските сестри са теоретически добре подготвени за планиране на грижи при пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт, но обективни обстоятелства в практиката възпрепятстват реализирането на ефективно управление на здравните грижи.

3. Обект, предмет и постановка на проучването

Обект на настоящото проучване са здравните грижи за пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт в шест многопрофилни болници за активно лечение (две от които са университетски болници) и три висши медицински училища – всички позиционирани в Северна България.

Предмет на настоящето проучване са проблемите, свързани с управлението на здравните грижи за пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт.

Постановка на проучването

Проучването обхваща периода м. март 2016 – м. декември 2020 г. По своя характер то представлява комплексно социологическо проучване с използване на анкетен, документален метод и експертна оценка.

Проучването е проведено на няколко **етапа**:

I – ви етап – подготовка и планиране на проучването, анализ на състоянието на проблема, формулиране на работни цели, хипотези, задачи и дизайн на проучването. Подбор на адекватни материал и методи на проучването. Представяне на научната идея на КЕНИД при МУ-Плевен за становище.

II – ри етап – организиране и реализиране на анкетиранието на предвидените групи професионалисти по здравни грижи:

2.1. Анкетиране на медицински сестри и ръководители по здравни грижи, работещи в неврологични и рехабилитационни отделения/клиники в предвидените лечебни заведения, относно естеството на грижи и свързаната с това документация.

2.2. Преподаватели по здравни грижи в специалност „Медицинска сестра“ и студенти-стажанти от същата специалност относно здравните грижи и свързаната с тях документация за ППМИИ.

III – ти етап – организиране и провеждане на анкетиране на пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт, хоспитализирани в отделенията/клиниките по неврология и отделенията/клиниките по физикална и рехабилитационна медицина на включените в проучването лечебни заведения.

IV – ти етап – Обработка и анализ на резултатите от анкетните проучвания, изработване на проект за „Стандартизиран план за здравни грижи при ППМИИ“ и реализиране на експертна оценка.

V-ти етап – Обработка и анализ на резултатите от експертната оценка и изработване на проект на Формуляр за индивидуална оценка и план за сестрински грижи при ППМИИ и „Наръчник по здравни грижи за ППМИИ в домашни условия“. Формулиране на изводи, приноси и препоръки.

Първият етап на проучването е проведен през периода м. март 2016 – м. октомври 2019 г.

Вторият етап на проучването се осъществи в периода м. март 2016 – м. ноември 2019: за периода м. март 2016 – м. юли 2018 се реализира анкетното проучване сред действащи медицински сестри и ръководители по ЗГ на предвидените лечебни заведения.

По-голямата част от обхванатите болнични лечебни заведения са посетени на място от докторанта, разяснена е целта на проучването на представители на ръководството и е получено съгласие за провеждане на изследването; март 2016- юни 2016 г. е проведено проучване под формата на пряко групово анкетиране сред студенти, обучаващи се в четвърти курс на специалност “Медицинска сестра“ и в периода март 2016 - ноември 2019 г. е проведено проучване под формата на пряко групово анкетиране сред преподаватели по здравни грижи от включените в проучването висши училища. В обхванатите висши учебни заведения е разяснена целта на проучването на представители на ръководството и е получено съгласие за провеждане на изследването.

Набирането на данните от анкетиране на ППМИИ в посочените лечебни заведения се осъществи през трети етап – м. май 2016 – м. март 2019 г. и се осъществи лично от докторанта със съдействието на ръководителите по здравни грижи.

Четвърти етап на проучването се реализира в периода м. април 2019 – м. септември 2020 г. и е изработен: „Проект на стандартизиран план за грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт“ и е предоставен за експертна оценка.

Провеждането на експертната оценка обхваща периода м. септември 2020 г. – м. ноември 2020 г. Въз основа на резултатите от експертната оценка и анализа на мнението на включените в проучването лица до декември 2020 г. се предложи проект на **Формуляр за индивидуална оценка и план за сестрински грижи при ППМИИ**. Анализът на всички резултати от проведените анкети, служи за база при изработване на Наръчник по здравни грижи за ППМИИ в домашни условия, това е **V-ти етап на проучването**.

4. Място и време на провеждане на проучването и единици на наблюдение

Място на провеждане на проучването са:

- Шест лечебни заведения за болнична помощ, две от които са университетски, разположени на територията на Северна България.
- Три висши училища, обучаващи студенти в специалност „Медицинска сестра“. Това са и логическите единици на наблюдение.

Технически единици на наблюдение са:

1. УМБАЛ “Д-р. Г. Странски“ - Плевен;
2. МБАЛ – ВМА – Плевен;
3. МБАЛ „Св. Панталеймон“ – Плевен;
4. МБАЛ – „Авис Медика“ – Плевен;
5. МБАЛ – Русе – АД;
6. УМБАЛ – „Св. Марина“ – Варна
7. МУ – Плевен, Факултет „Здравни грижи“
8. МУ – Варна, „Проф. Д-р Параскев Стоянов“, Факултет по обществено здравеопазване
9. Русенски университет „Ангел Кънчев“, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“

Проучването обхваща периода 2016 - 2020 г.

Изследването е извършено с разрешение на ръководителите на включените институции, след получаване на Решение на КЕНИД при МУ-Плевен.

4.1. Изследвани групи лица. Основни характеристики. Подбор и сформирание на групите.

В проучването участват следните групи лица:

- Медицински сестри, работещи в клиники/отделения по неврология и/или рехабилитационните отделения на лечебните заведения, предвидени в изследването.
- Ръководители по здравни грижи на клиники/отделения по неврология или рехабилитационните отделения на лечебните заведения, предвидени в изследването
- Стажанти от специалност „Медицинска сестра“, IV-ти курс на обучение, обучаващи се във включените в проучването висши училища.
- Преподаватели по здравни грижи в специалност „Медицинска сестра“ в три висши училища.
- Пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт, хоспитализирани в клиниките/отделенията по неврология и отделения/КФРМ на територията на гр. Плевен
- Експерти в областта на здравните грижи при пациенти с мозъчен исхемичен инсулт, участващи в оценката на проект на *„Стандартизиран план за грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт“*

Основни характеристики на изследваните лица

От общо 800 предвидени лица в проучването са се отзовали 372 (46,5%). Коефициентът на отзоваване варира от 100 % при ръководителите по здравни грижи до 22,2 % при ППМИИ (Табл. 1).

Табл. 1 Разпределение на изследваните лица по групи

№	Групи изследвани лица	Предвидени лица (брой)	(брой, %)	
			Отзовали се лица брой	%
1.	Професионалисти по здравни грижи	81	75	92,6
2.	Ръководители по здравни грижи	7	7	100,0
3.	Студенти – IV курс	142	122	85,9
4.	Преподаватели по здравни грижи	34	33	97,1
5.	Пациенти с ИМИ	514	114	22,2
6.	Експерти	22	21	95,5
Общо		800	372	46,5

Критерии за включване в изследването:

- Пациенти над 18 годишна възраст – мъже и жени;
- Пациенти с потвърдена диагноза ИМИ (КП № 50 диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза) и хоспитализирани в отделения/клиники по неврология и отделения/КФРМ включени в проучването;
- Пациенти, които са в състояние сами да попълнят анкетната карта и знаят, че са получили ИМИ;
- Студенти на преддипломен стаж специалност „Медицинска сестра“;
- Преподаватели по дисциплината „Философия и въведение в сестринските грижи. Теоретични основи. (ФВСГ) и Практически основи на сестринските грижи. (ПОСГ) на студенти от специалност „Медицинска сестра“;
- Професионалисти по здравни грижи, работещи в отделения/клиники по неврология и отделения/КФРМ включени в проучването;
- Ръководители по здравни грижи в отделения/клиники по неврология и отделения/КФРМ включени в проучването;
- Хабилитирани преподаватели към висшите медицински училища, ангажирани в преподаването на здравните грижи и тяхното управление
- Ръководители на катедри, имащи отношение към обучението на студенти от специалност „Медицинска сестра“ в предвидените висши училища

Критерии за изключване от изследването:

- Пациенти под 18 годишна възраст;
- Пациенти с различна диагноза от исхемичен мозъчен инсулт;
- Пациенти с диагноза ИМИ, които не са преминали хоспитализация в обхванатите в проучването клиници/отделения;
- Пациенти, които не са в състояние сами да попълнят анкетната карта и/или не знаят, че са получили ИМИ;
- Студенти от първи, втори и трети курс специалност „Медицинска сестра“;
- Специалисти по здравни грижи работещи в отделения/клиники на лечебни заведения, различни от включените в проучването;
- Ръководители по здравни грижи от отделения/клиники, които не са включени в проучването;

Една от задачите на проучването предвижда изработване на проект на стандартизиран план за грижи за пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт. Литературните данни, както и факта, че планиране на грижите се изучава от години, но не се прилага, са едни от основните аргументи за предложението проект за стандартизиран план за грижи с включени скали за обективна оценка на състоянието на пациента. С цел валидизиране на проекта, той бе предложен за експертна оценка.

Според тълковен речник значението на думата „експерт“ е „специалист, натоварен да даде заключение при разглеждане на въпрос, който е в неговите компетенции“. Предвид на това, за експерти бяха поканени специалисти в областта на здравните грижи.

В групата на **експертите** за оценка на проект на Стандартизиран план за грижи при пациенти с ИМИ са поканени да участват 22 експерти, заемащи позиции на различни нива на управлението на здравните грижи у нас, разпределени както следва:

- Висше ниво на мениджмънт (национално ниво) – 2-ма експерти (1 представител на Експертна група по здравни грижи при МЗ и 1 представител на БАПЗГ).
- Средно ниво (координиращ мениджмънт) – 12 (ръководители катедри ВМУ- 7, началник клиника в ЛЗ - 4, директор Медицински колеж - 1)
- Нисше ниво (оперативен мениджмънт) – 8 (старши ръководители по здравни грижи - 4, хабилитирани преподаватели – 4)

В експертната група се включиха практикуващи ръководители и преподаватели по ЗГ във висши медицински училища, които притежават необходимите компетенции за експертно заключение в областта на здравните грижи за пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт. С цел постигане на всеобхватност на проучването за участници в експертната група са включени лица от Плевен, София, Варна, Шумен, Русе, Стара Загора, Пловдив и Благоевград.

4.2. Методи на изследване

Целта на научното проучване налага използването на комплекс от социологически и статистически методи:

4.2.1. Социологически методи

➤ Анкетен метод

За постигане целта на проучването са използвани пет вида анкетни карти и един въпросник за експертна оценка. Подготвени са анкетни карти, включващи открити, полуоткрити и закрити специално подготвени за целта въпроси за проучване мнението и отношението на респондентите по изследваните признаци:

Анкетните карти са подготвени за:

- за специалистите по здравни грижи;
- за ръководители по здравни грижи на отделенията/клиниките включени в проучването
- за преподаватели от обхванатите в проучването университети;
- за студенти от професионално направление „Здравни грижи“
- за пациенти преживели МИ;
- за експерти на стандартизиран план за грижи

Анкетните карти са одобрени от Комисията по етика на научноизследователската дейност при Медицински Университет – Плевен.

Анонимно анкетно проучване на професионалисти по здравни грижи

Планирано бе проучване на мнението на 81 лица - редови медицински специалисти от обхванатите лечебни заведения, като се отзоваха 75 медицински сестри, реализираната възвръщаемост на анкетните карти е 92,6%.

Въпросникът е изработен специално за целите на проучването и се състои от 50 затворени и полуотворени въпроса, като 4 от въпросите са идентификационни.

Въпросникът се отнася до оценка на мнението на медицинските сестри, работещи в клиниките/отделенията за лечение и за рехабилитация на пациенти с мозъчен инсулт, относно естеството на грижи и свързаната с тях документация.

Анкетна карта за старшите ръководители по здравни грижи на отделенията/клиниките по неврология и физикална и рехабилитационна медицина

В групата на анкетното проучване са включени 7 ръководители по здравни грижи, като всички се отзоваха на проучването. Анкетната карта включва 21 въпроса, от които дванадесет закрити, пет открити и четири полуоткрити.

Въпросите са свързани с мнението на старшите ръководители, относно възможностите за приложение на стандартизиран и индивидуален план за грижи в ежедневната практика.

Анонимно анкетно проучване на преподаватели по здравни грижи

Планирано бе проучване на мнението на 34 преподаватели по здравни грижи на включените в проучването висши медицински училища. Получени са 33 анкетни карти, което е 97,1% възвръщаемост.

Анкетната карта е изработена за целта на проучването и включва 34 въпроса (затворени, отворени и полуотворени), 5 от които идентификационни. Въпросите касаят проучване мнението на преподавателите по здравни грижи, относно сестринския процес и план за сестрински грижи за пациенти, преживели мозъчен инсулт както в болнична, така и в извънболнична среда.

Анонимно анкетно проучване на студенти от специалност „Медицинска сестра“ – IV курс

Планирано бе проучване на мнението на 142 студента на включените в проучването висши медицински училища. Отзоваха се 122 от анкетиранията лица и реализираната възвръщаемост на анкетните карти е 85,9%.

Въпросникът е изработен за целите на проучването и включва 57 въпроса (затворени и полуотворени). Въпросите касаят мнението на студентите медицински сестри от VII-VIII -

ми семестър, относно здравните грижи и свързаната с тях документация за пациенти с мозъчен инсулт .

Анонимно анкетно проучване сред пациенти ПМИИ, хоспитализирани в клиники/отделения по Неврология и Физикална и рехабилитационна медицина

Планирано бе проучване на мнението на 515 пациента, от които 114 са се отзовали на анкетното проучване, което представлява 22,2% отзоваване.

Анкетната карта е специално разработена за пациенти, преживели ИМИ и включва 22 затворени въпроса, 5 от които идентификационни.

Въпросникът касае мнението на пациенти, преживели ИМИ и хоспитализирани в специализираните клиники/отделения за лечение и за рехабилитация, относно удовлетвореността им от полаганите за тях грижи и необходимостта от такива в домашни условия.

Експертна оценка

За целта на експертната оценка бе използвана „Карта за експертна оценка“, съдържаща 14 критерия за оценка по тристепенна скала.

На експертите бе дадена възможността да изразят свободно мнението си по изследваните проблеми.

➤ *Документален метод*

Документалният метод е използван за набиране на информация относно структурата и организацията на здравните грижи в болнични и извънболнични условия при пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт. С цел организиране на информацията е изработен специален за проучването въпросник, чрез който бе систематизирана необходимата информация от:

- Закон за здравето в Р. България (2020)
- Закон за лечебните заведения в Р. България (2018)
- Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките, асоциираните специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (2018)

- Наредба № 2 от 6.02.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Нервни болести"
- Наредба №1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните специалисти и здравните асистенти, могат да извършват самостоятелно или по назначение (2011)
- Наредба № 40 от 24 ноември 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК
- Наредба № 31 от 28 юни 2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването (Отм. ДВ бр. 7/2007)
- Клинична пътека № 50 - диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза с минимален болничен престой – 4 дни;
- Клинична пътека № 254 - продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето болничен престой до 20 дена годишно
- Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания (2020)
- Национален рамков договор (2018). – Приложение 17А; Клинични пътеки
- Национален рамков договор (2019) – Приложение № 17; Клинични пътеки.
- Стратегията за развитие на ЗГ в Р. България 2013-2020 г.
- Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“. „Патронажна грижа +“ (2021)
- Скали за оценка състоянието и зависимостта от грижи при пациенти с ИМИ
- NANDA Nursing Diagnosis List For 2015-2017

4.2.2. Статистически методи

Обработката на получените резултати е извършена със SPSS 25.0 и Microsoft Excel 2010. Резултатите от анкетните карти са обработени чрез Excel 2010 и SPSS v. 25.

Данните в анкетните карти е във вид на качествени променливи величини, които са обработени чрез следните статистически методи:

- ✓ Дескриптивни статистически методи – за обобщаване на качествено измерими данни. Резултатите са представени в честотни таблици в брой и процент.

- ✓ Непараметрични тестове – теста на Ман–Уитни при сравняване на две извадки и Крускал–Уолис при сравняване на повече от две извадки; χ^2 критерий за установяване на връзка между две променливи, като силата на връзката се оценява чрез коефициенти Phi и Cramer's V. За статистически значимо се приема $p < 0.05$.
- ✓ Графичен анализ – за графичното представяне на резултатите бе използван MS Excel for Windows 2010 г.

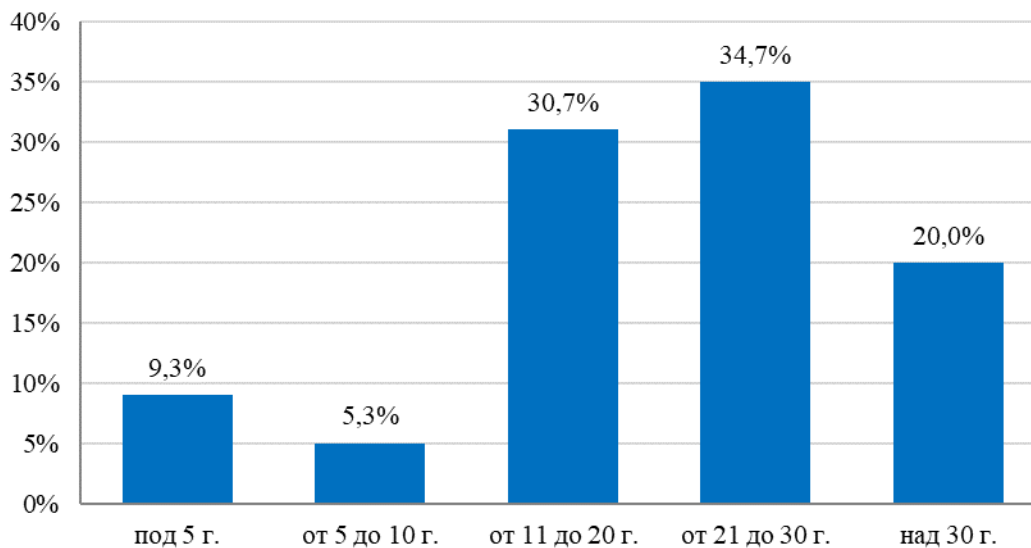
II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

2.1. Резултати от анкетното проучване сред медицински сестри, работещи в клиники/отделения по неврология и по физикална и рехабилитационна медицина на територията на градовете Плевен, Русе и Варна.

Проведена е пряка анонимна анкета с оригинално разработени за целта въпросници, включващи открити, полуоткрити и закрити въпроси. Респондентите са от УМБАЛ – Плевен, Клиника по неврология, Отделение по болнична рехабилитация; МБАЛ – Плевен към ВМА, Отделение по неврология; МБАЛ „Св. Панталеймон“ гр. Плевен, Отделение по неврология; МБАЛ – „Авис - медика“ гр. Плевен, Отделение по неврология; МБАЛ – Русе, Отделение по обща и съдова неврология, Отделение по физикална и рехабилитационна медицина; УМБАЛ – “Св. Марина” гр. Варна, Първа и Втора клиника по нервни болести, Клиника по физикална и рехабилитационна медицина.

От общо 81 предвидени лица в проучването са се отзовали 92,6% (75), като 98,7% (74) са жени и 1,3% (1) мъже. Повече от две трети от респондентите 84,0% (63) не са анкетирани досега по проблеми, касаещи грижите за ППММИ.

Преобладават професионалистите по здравни грижи (ПЗГ) с професионален стаж от 11 до 30 години, което е гаранция за достоверността на получените резултати (Фиг.1).



Фиг. 1. Разпределение на анкетираните по трудов стаж

Почти половината от анкетираните 48,0% (36) са с образователно-квалификационна степен (ОКС) висше специалист, 33,3% (25) са с ОКС бакалавър, 9,3% (7) са ОКС магистър и само 8,0% (6) от респондентите са посочили друга степен на образование, като полувисше и средно специално.

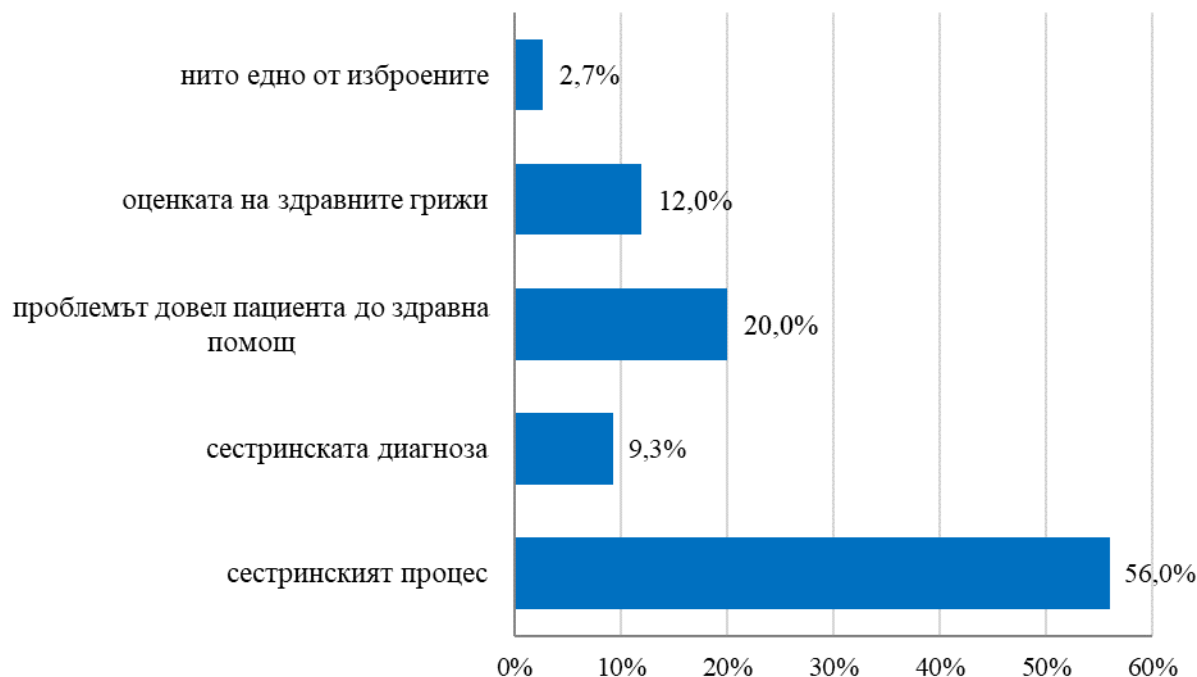
Най-голям относителен дял 34,7% (26) заемат медицинските сестри с трудов стаж 21-30 години, следвани от здравните специалисти със стаж по специалността от 11 до 20 години 30,7% (23), което е предпоставка за достоверност на данните. С трудов стаж над 30 години са 20,0% (15) от медицинските сестри, следвани от своите колеги с по-малко от 5 години професионален опит 9,3% (7). Само 5,3% (4) са професионалистите с трудов стаж от 5 до 10 години.

Получените резултати потвърждават недостига на медицински сестри в обхванатите в проучването отделения/клиники по неврология и физикална и рехабилитационна медицина, което е тревожен факт, предвид тенденцията за увеличение на случаите на ИМИ. Логично в бъдеще ще нараства необходимостта от професионални сестрински грижи както в болнични, така и в домашни условия.

От анализа на данните 69,3% (52) от анкетираните професионалисти по здравни грижи са запознати със същността на понятието „план за сестрински грижи“, 65,4% (34) от тях са изучавали планиране на грижите в базовото образование по специалността. Мнението на 19,2% (10) е, че са разбрали за същността на понятието „план за сестрински грижи“ по време на обучението им за по-висока квалификационна степен, като 17,3% (9) са разбрали за планирането на грижи от колеги.

Статистически значима разлика се установи в мненията на респондентите (студенти – медицински сестри и практикуващи медицински сестри) по отношение на същността на понятието „план за СГ“ ($\chi^2 = 41.721$, $df = 1$, $p = 0.000$).

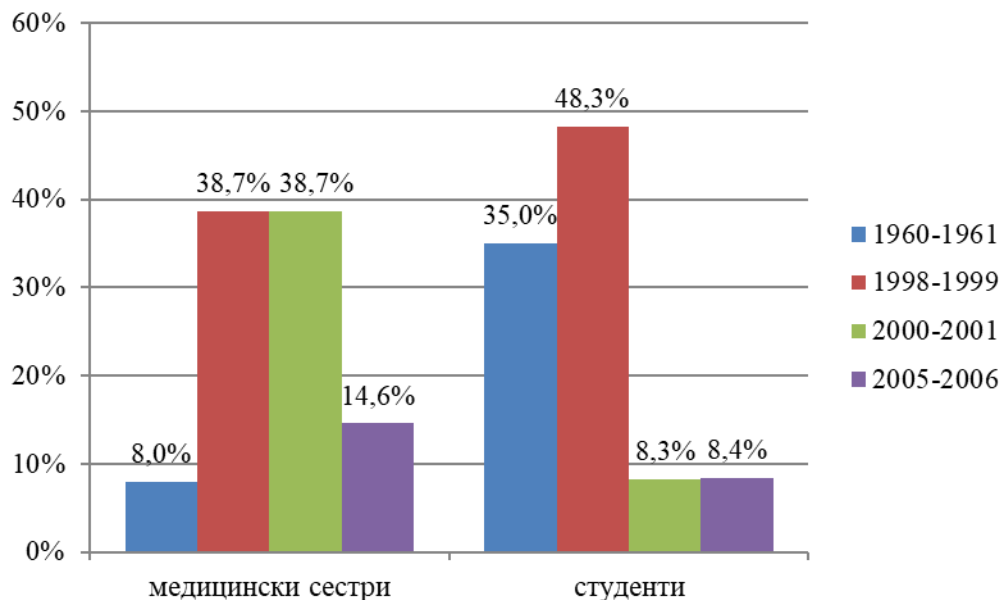
Интересен е фактът, че голяма част от респондентите (56%) правилно интерпретират „планът за сестрински грижи“, като част от сестринския процес (фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение на отговорите на изследваните студенти относно същността на „план за сестрински грижи“ %

От фиг. 2 се вижда, че относителният дял на отговорилите правилно респонденти 56,0% (42) на поставения въпрос е почти равностоен на знаещите същността на понятието „план за СГ“ - 69,3% (52), което е доказателство за добра теоретична подготовка на практикуващите сестринската професия. Наблюдава се статистически значима разлика в мненията на двете групи респонденти (студенти – медицински сестри и действащи медицински сестри) по отношение на този отговор „*Планът за сестрински грижи е част от*“ ($U=2987.000$, $p=0.000$).

Добрата теоретична подготовка на медицинските сестри по проблема се потвърждава и от отговорите на въпроса: „Кога термин „План за сестрински грижи“ се появява за първи път в базовото сестринското образование“? На фиг. 3 са представени паралелно резултатите от отговорите на две от изследваните групи – действащи медицински сестри 75 (100%) и студенти на преддипломен стаж 120 (98,3%), касаещи годината на въвеждане на термина „план за сестрински грижи“ в учебния процес на студентите от специалност „Медицинска сестра“ у нас.



Фиг. 3. Сравнителна характеристика между студенти и действащи медицински сестри относно периода на поява на термина „План за сестрински грижи“ в базовото образование на студентите от специалност „Медицинска сестра“

От фиг. 3 става ясно, че анкетираните студенти на преддипломен стаж са по – категорични в мнението си относно периода 1998-1999 г. за въвеждане на планирането, като терминология у нас, докато действащите медицинските сестри проявяват колебание. Това може да се обясни с факта, че голяма част от практикуващите медицински сестри - 25 (35,0%) са с трудов стаж от 21 до 30 г., т.е. планирането на грижи, като компетенция на медицинските сестри е един от иновативните подходи за сестринската практика у нас.

Въпреки, високият относителен дял на медицинските сестри, които са учили планиране на грижите 69,3% (52), голяма част от респондентите 54,7% (41) не използват „план за здравни грижи“ в ежедневноната си практика. Установяване на причините за този резултат следва да бъде предмет на предстоящи научни изследвания в областта. Повече от половината респонденти 63,6% (21) от отговорилите с „да“ на предходния въпрос са на мнение, че използваният от тях „План за здравни грижи“ е общовалиден за всички пациенти, които постъпват на лечение в клиниката/отделението. Липсата на еднозначни данни по отношение същността на „плана за грижи“ може да се обясни със съществуващите разнообразни интерпретации на този ключов етап от сестринския процес

„планиране на грижите“, което е обективна предпоставка за продължаване на научните изследвания по проблема.

Доказателство за това са и резултатите на двете групи (действащи медицински сестри и стажанти специалност „Медицинска сестра“ относно същността на „планиране на грижите“ (табл. 2)

Табл. 2. Сравнителна характеристика на отговорите на действащите медицински сестри и стажанти относно същността на „планиране на грижите“

Въпрос	Напълно вярно	Отчасти вярно	Невярно	Общо
Планирането е част от гравивен процес, който е в полза както за пациента, така и за мед. сестри. (Mann-Whitney U= 4254.000, N=195, p=0.392)				
Медицински сестри	54 (73,0%)	18 (24,3%)	3 (4,0%)	75 (100,0%)
Студенти	93 (77,5%)	23 (19,2%)	4 (3,3%)	120 (100,0%)
В основата на планирането е здравословният проблем на пациента. (Mann-Whitney U=4419.000, N=195, p=0.780)				
Медицински сестри	57 (79,2%)	15 (20,8%)	3 (4,0%)	75 (100,0%)
Студенти	89 (74,8%)	26 (21,8%)	5 (4,2%)	120 (100,0%)
Чрез планиране на грижите, ще се повиши и тяхното качество. (Mann-Whitney U=3548.000, N=195 p=0.001)				
Медицински сестри	46 (61,3%)	27 (36,0%)	2 (2,7%)	75 (100,0%)
Студенти	100 (83,3%)	16 (13,3%)	4 (3,3%)	120 (100,0%)
Планирането на грижите трябва да се продължи и в домашни условия, така ще се гарантира тяхната непрекъснатост. (Mann-Whitney U=4388.000, N=195, p= 0.722)				
Медицински сестри	51 (68,0%)	23 (30,7%)	1 (1,3%)	75 (100,0%)
Студенти	80 (66,7%)	34 (28,3%)	6 (5,0%)	120 (100,0%)
Планирането на грижите подчертава автономната функция на мед. сестра. (Mann-Whitney U=4494.000, N=195, p=0.985)				
Медицински сестри	47 (62,7%)	25 (33,3%)	3 (4,0%)	75 (100,0%)
Студенти	77 (66,4%)	34 (29,3%)	9 (7,5%)	120 (100,0%)

Въпрос	Напълно вярно	Отчасти вярно	Невярно	Общо
В основата на планирането е индивидуалния подход към пациента. (Mann-Whitney U=4016.000, N=195, p=0.082)				
Медицински сестри	53 (71,6%)	21 (28,4%)	1 (1,3%)	75 (100,0%)
Студенти	98 (81,7%)	20 (16,7%)	2 (1,7%)	120 (100,0%)

От табл. 2 се вижда, че на поставените шест въпроса относно същността на планирането на грижи като компетенция на медицинската сестра, и при двете групи респонденти доминира отговор „напълно вярно“. Тези резултати са обективно доказателство за положителна нагласа на настоящите и бъдещите здравни професионалисти към планиране на грижите за пациента. Наблюдава се статистически значима разлика в мненията им по отношение на връзката между планирането на грижи и тяхното качество (**Mann-Whitney U=3548.000, p=0.001**).

Този резултат бихме си го обяснили с това, че медицинските сестри, които не са работили със сестринска документация не могат да преценят ползите от нея.

За 80,0% (60) от медицинските сестри „стандартният план за грижи“ може да регламентира точно и ясно фундаменталните здравни грижи при пациенти с МИ, а 76,0% (57) одобряват използването на стандартен план за грижи, който да прецизира грижите за пациенти с определена диагноза. Според 56,1% (32) от анкетираните, стандартният план ще допринесе за улесняване на персонала при полагане на грижи за пациента, като за 36,8% (21) стандартният план ще допринесе за прецизност и точност при обхвата на грижите.

Медицинските сестри **не се считат достатъчно подготвени** за изработване на индивидуален план за грижи за пациенти преживели ИМИ, така твърдят 68,0% (51) от анкетираните, останалите 32,0% (24), смятат, че са подготвени. Противоположно на този отговор е убедеността на анкетираните професионалисти по здравни грижи, че са достатъчно компетентни в обслужване на ППМИИ, - 61,9% (46). Тези от респондентите които не се чувстват достатъчно подготвени споделят, че им липсва специализирано обучение 65,5% (19), 41,3% (12) твърдят, че имат нужда от периодична актуализация на знанията си и при 10,3% (3) им липсва обмяна на опит с колеги от други лечебни заведения.

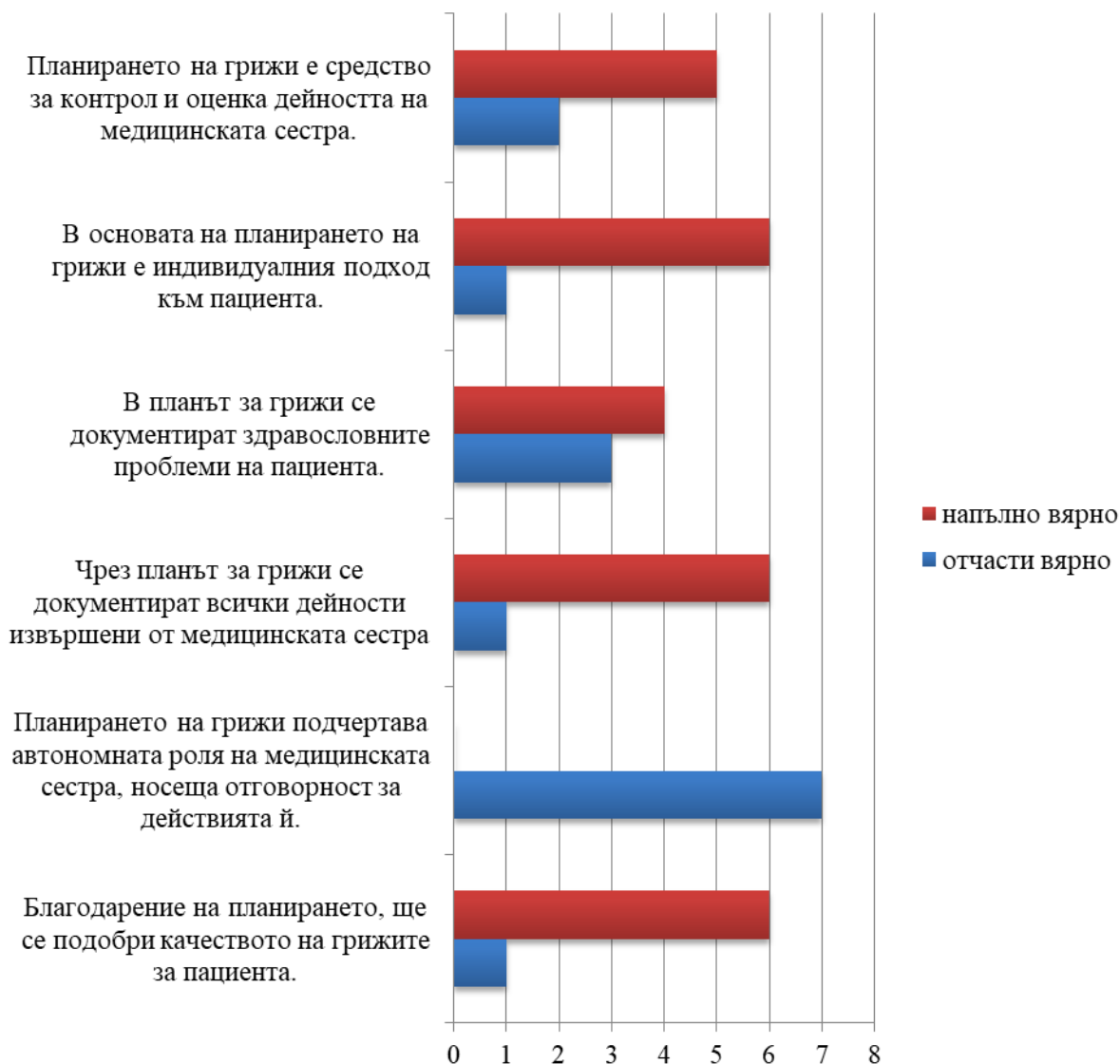
Един от изводите, който следва от тези резултатие е, че практикуващите медицински сестри са с дългогодишен опит в грижите за тези пациенти и се чувстват подготвени, имат професионален опит, но изработването на план за грижи е иновация за българското сестринство, липсва официален регламент, за това и здравните професионалисти се чувстват несигурни.

2.2. Резултати от анкетното проучване сред ръководителите по здравни грижи, работещи в клиники/отделения по неврология и по физикална и рехабилитационна медицина на територията на градовете Плевен, Русе и Варна.

Ефективното управление на здравните грижи за пациентите е отговорност на ръководителите на съответните отделения и клиники. Това ни даде основание да ги включим в проучването. Отзоваха се всички 7 (100%) от предвидените в проучването ръководители по ЗГ. Респондентите са ръководители по ЗГ на отделения/клиники по неврология и физикална и рехабилитационна медицина в шест болнични заведения намиращи се на територията на три града: УМБАЛ “Д-р. Г. Странски“ - Плевен; МБАЛ – ВМА – Плевен; МБАЛ „Св. Панталеймон“ – Плевен; МБАЛ – „Авис Медика“ – Плевен; МБАЛ – Русе – АД; УМБАЛ – „Св. Марина“ – Варна.

От обхванатите ръководители по ЗГ, почти всички (6) твърдят, че не са анкетирани до момента по проблеми, касаещи грижите за пациенти преживели ИМИ.

На старшите медицински сестри бе дадена възможност да споделят мнение относно планиране на грижите и възможността за реализирането на тези планове чрез верифициране на твърдения (фиг. 4).



Фиг. 4. Оценка на ръководителите по здравни грижи, относно значението на плана за грижи (брой)

Всички твърдения, с изключение на едно, са потвърдени с „напълно вярно“, което доказва положителната преценка на ръководителите за осъществяване на плана за грижи за пациентите в отделението/клиниката.

Единомислие от всички анкетирани респонденти има относно връзката между автономната роля на медицинската сестра и планиране на грижите, т.е. все още тази връзка не е осъзната, което налага оптимизиране на публикационната активност в тази насока.

Прави впечатление и факта, че никой от анкетирания не се спира на степента „не вярно“, касаеща планирането като процес, което потвърждава положителната нагласа на ръководителите по здравни грижи по изследвания проблем.

Всички респонденти са категорични в отговора си относно съществуващата разлика между „индивидуален“ и „стандартен план“ за грижи. Непокосимостта в отговорите на анкетирания доказва, че настоящите ръководители по здравни грижи от обхванатите клиники/отделения са наясно с тенденциите и иновативните практики в сестринската професия.

2.3. Резултати от анкетното проучване сред студенти специалност „Медицинска сестра“ – VII-VIII -ми семестър

Проведено е анонимно анкетно проучване сред студенти на преддипломен клиничен стаж от специалност „Медицинска сестра“ от три университета - Медицински Университет (МУ) – Плевен, МУ-Варна и Русенски университет, випуск 2015/2016 година. От общо 142 предвидени участника в проучването са се отзовали 122 (85,9%) (Табл. 3).

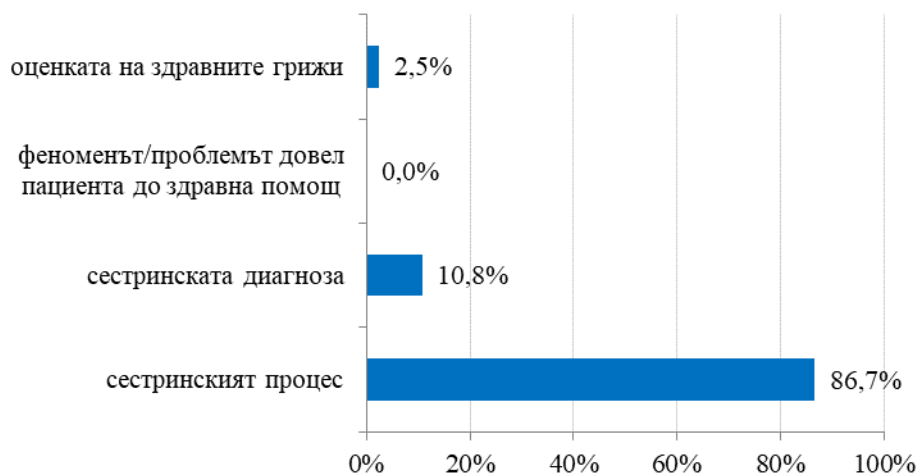
Табл. 3. Предвидени и отзовалите се на анкетното проучване стажанти от специалност „Медицинска сестра“ по университети

(брой, %)

Университет	Предвидени студенти	Отзовали се студенти	
	(брой)	брой	%
МУ – Варна	47	43	91,5
Русенски Университет	42	29	69,1
МУ – Плевен	53	50	94,3
Общо	142	122	85,9

Групата на студентите, участвали в проучването се състои от 122 (100%) участника, като сме анализирали мнението на 120 (98,4%) студента на преддипломен стаж, знаещи какво представлява планът за сестрински грижи.

От анализа на данните 98,4% (120) от анкетиранияте са наясно с понятието „план за сестрински грижи“, което се обяснява с факта, че „сестринския процес“ и „план за сестрински грижи“ са част от новите концепции, намерили място в учебния план след промените в единните държавни изисквания (ЕДИ) за специалност „Медицинска сестра“ (1998) . Повече от две трети от студентите 86,7% (104) са отговорили, че планът за грижи е част от „сестринския процес“, което потвърждава добрата теоретична подготовка, необходима за подобряване качеството и реализацията на съвременните сестрински грижи (Фиг. 5).



Фиг. 5. Разбирането на същността на „план за сестрински грижи“ според изследваните студенти

На изследваните стажант-медицински сестри им бе дадена възможност да изразят своето мнение относно значимостта на плана за грижи за пациента чрез три варианта на отговор: „напълно вярно“, „отчасти вярно“ и „невярно“ на посочени от нас твърдения (Табл. 4).

Табл. 4. Значимостта на плана за грижи за пациента според изследваните стажант-медицински сестри

		(брой, %)			
№	Твърдения	Напълно вярно	Отчасти вярно	Невярно	Общо
		Брой/%	Брой/%	Брой/%	Брой/%
1.	Планирането на грижите подчертава автономната функция на мед. сестра	77 (64,2)	38 (31,7)	5 (4,2)	120 (100%)
2.	В основата на планирането е индивидуалния подход към пациента.	98 (81,7)	20 (16,7)	2 (1,7)	120 (100%)
3.	Планирането е част от градивен процес, който е в полза както за пациента, така и за мед. сестри.	93 (77,5)	23(19,2)	4 (3,3)	120 (100%)
4.	В основата на планирането е здравословният проблем на пациента	89 (74,2)	27(22,5)	4 (3,3)	120 (100%)
5.	Чрез планиране на грижите, ще се повиши и тяхното качество	100 (83,3)	16 (13,3)	4 (3,3)	120 (100%)
6.	Планирането на грижи дава възможност за персонална оценка на работата на сестрата.	91 (75,8)	27 (22,5)	2 (1,7)	120 (100%)
7.	Планирането на грижите трябва да се продължи и в домашни условия, така ще се гарантира тяхната непрекъснатост.	80 (66,7)	34 (28,3)	6 (5,0)	120 (100%)
8.	Чрез планирането на грижите се постига рационално разпределение на поставените задачи.	80 (66,7)	35 (29,2)	5 (4,2)	120 (100%)
9.	Планирането на грижи може да послужи за справедливо заплащане на сестринския труд.	56 (46,7)	33 (27,5)	31 (25,8)	120 (100%)

От таблица 4 прави впечатление, че по – голяма част от респондентите са посочили отговора „**напълно вярно**“ за всички предложени твърдения. Това неминуемо говори за

положителна нагласа и осъзната значимост на планирането на грижите като компетенция на медицинските сестри.

Най - висок е относителния дял **83,3% (100)** на студентите, изразили пълното си съгласие, че „Чрез планиране на грижите, ще се повиши тяхното качество“ и само 3,3% (4) изразяват несъгласие.

Едно от предложените твърдения е „В основата на планирането е индивидуалния подход към пациента“, което се потвърждава с отговор **напълно вярно** от 81,7% (98) от респондентите. Отговорите на това твърдение доказват осъзнатата значимост на индивидуалния подход, предшестван от стандартизиране на грижите за пациенти с определена диагноза. Индивидуалният план за грижи се изработва с активното участие на пациента и неговите близки. Болният се включва, съобразно физическите и психическите си възможности в планирането и реализирането на грижите със съдействието на медицинската сестра.

Пълноценното общуване с пациента допринася за привличането му като активен участник в лечебния процес, реализиране на пациент-центрирани грижи и ефективно професионално поведение от страна на медицинските сестри.

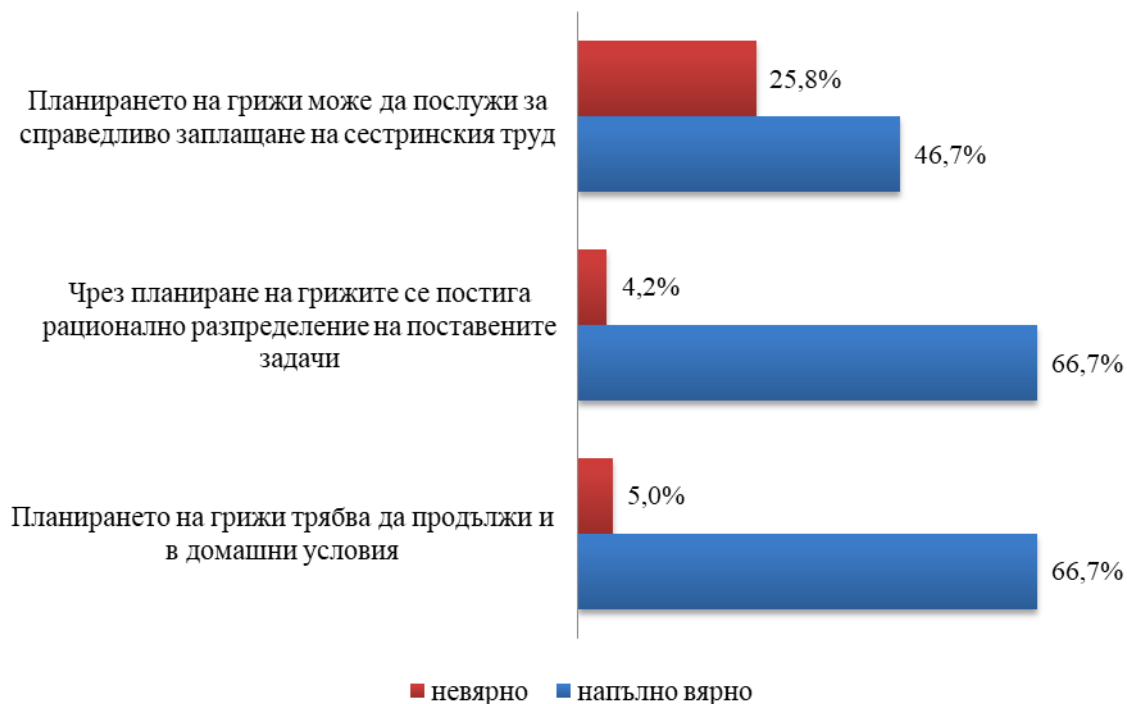
На трето място по значимост обхванатите лица са посочили твърдението, че планирането е част от градивен процес, който е в полза както за пациента, така и за медицинските сестри - 77,5% (93) го определят като „**напълно вярно**“.

Казаното до тук се потвърждава и от твърдението на анкетираните лица за персонално оценяване работата на медицинската сестра след планиране на грижите. Това твърдение е подкрепено с „**напълно вярно**“ от 75,8% (91) от изследваните и само 1,7% (2) го определят като „невярно“.

Друг важен аспект на сестринският процес е възможността за осъществяване на непрекъснати грижи, т.е. реализиране на обективна връзка между грижите в лечебното заведение и последващи грижи в дома. Две трети от участниците 66,7% (80) подкрепят с „**напълно вярно**“ твърдението, че планирането на грижите трябва да се продължи и в домашни условия, 5,0% (6) изразяват несъгласие (*Фиг. 6*). Този резултат ни дава основание да считаме, че бъдещите медицински сестри осъзнават необходимостта от непрекъснати грижи, които да гарантират прецизност и цялостност по време на възстановителния процес.

Болшинството от четвъртокурсниците 66,7% (80) са подкрепили с отговор „**напълно вярно**“ твърдението, че чрез планиране на грижите ще се постигне рационално разпределение на поставените задачи (Фиг. 6).

Най-нисък е относителният дял 56 (46,7%) на анкетиранияте стажанти, които считат, че планирането на грижи има отношение към справедливо заплащане на труда, 31 (25,8%) твърдат с „невярно“ (Фиг. 6).



Фиг. 6. Значението на плана за грижи за практиката на медицинските сестри (%)

(Заб. На фиг. 6 не са отразени резултатите „отчасти вярно“)

Независимо от диагнозата и състоянието при изписване, всеки пациент се нуждае от грижи и след напускане на лечебното заведение. Това важи с особена сила за пациентите, при които са налице следните допълнителни фактори: наличие на хронични заболявания, степен на инвалидност, неравносотойно социално положение, възрастни и самотни хора и др.

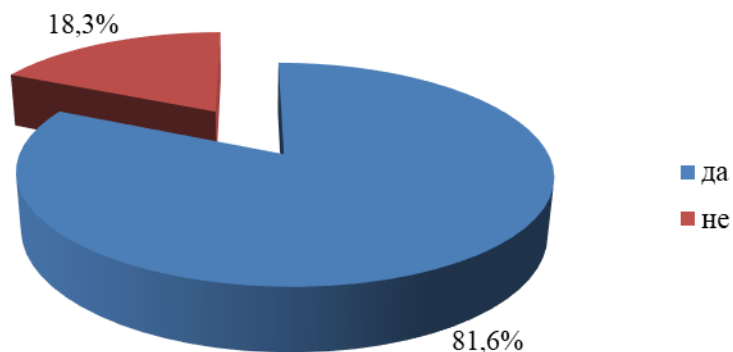
От представените резултати следва извода, че бъдещите здравни професионалисти одобряват въвеждането на стандартни и индивидуални планове за сестрински грижи, които са необходими и приложими в клинични и домашни условия. Те са убедени, че чрез

планирането ще се осигури непрекъснатост, обективизиране, оценка и контрол на предоставените грижи.

Според 24,1% (29) от стажантите, в клиниките/отделенията за лечение на неврологично болни, в които са били на учебна практика и преддипломен стаж, се използва планиране на грижите. Според 14,2% (17) от обхванатите четвъртокурсници, „план за грижи“ не се използва, а 61,7% (74) не са виждали „план за грижи“ в реалната практика.

Според студентите на преддипломен стаж отговорили с „да“ на предходния въпрос, използваният в практиката план за грижи е: „Общовалиден за всички пациенти, които постъпват на лечение в клиниката/отделението“ 58,6% (17); Общовалиден /стандартен за пациенти с определена диагноза 9 (31,0%); Индивидуален за всеки пациент 7 (24,1%). Остава неизяснен въпроса за документирането на прилаганите планове за грижи, тъй като все още към настоящия момент няма единен официален документ в който да се планират и регистрират извършените сестрински дейности.

Болшинството от студентите включени в изследването 81,6% (98) одобряват съществуването на стандартен план за грижи, който да регламентира грижите за пациенти с определена диагноза (Фиг. 7).



Фиг. 7. Мнението на стажантите за необходимостта от планиране грижите чрез „стандартен план“ за грижи

По-голямата част 72,5% (87) от изследваната група са се грижили за инсултно болен, останалите 27,5% (33) не са. Този резултат се потвърждава и от относителния дял на

стажантите 76,7% (92) присъствали на приемане на пациент с ИМИ по време на учебна клинична практика или преддипломен клиничен стаж.

Значителна част от стажантите - 78 (65.0%) посочват, че по време на учебната клинична практика и/или клиничен стаж са взели участие в приема на ПМИ и споделят опит от грижите за инсултно болен ($\chi^2 = 33.404$, $df=1$, $p=0.000$), което е статистически значим резултат.

Независимо от резултатите, относно опита на стажантите в грижите за ППМИИ, по-голямата част от анкетиранияте 63,3% (76) споделят, че не биха започнали работа в неврологично отделение/клиника. Това може да се обясни от една страна с тежкото състояние на пациентите, което налага високоспециализирани интензивни общи и специални сестрински грижи, и от друга с необходимостта от непрекъснато усъвършенстване на компетенциите в областта на грижите за тези пациенти. Факт е, че в България все още няма регламентирана клинична специалност за медицински сестри, която да е свързана конкретно с грижите за неврологично болни, както и че са ограничени възможностите за следдипломна квалификация в тази област на здравните грижи.

На студентите ($n=120$) бе предложено да направят самооценка на подготовката си относно компетенции, свързани с обгрижването на ППМИИ. Резултатите са представени в табл. 5.

Табл. 5. Самооценка на подготовката на стажант-медицинските сестри относно изброените дейности касаещи грижите за ППМИИ (брой/%)

Дейности	(% , брой)				
	Незадоволителна	Задоволителна	Добра	Мн. Добра	Отлична
Дейности, свързани с грижи за пациент в болнични условия					
<i>Общи грижи</i>	3,3% (4)	12,5% (15)	34,2% (41)	28,3% (34)	21,7% (26)
<i>Специални грижи</i>	1,7% (2)	12,5% (15)	40,0% (48)	25,0% (30)	20,8% (25)
Дейности, свързани с грижи за пациент в домашни условия					
<i>Общи грижи</i>	7,5% (9)	16,7% (20)	27,5% (33)	35,8% (43)	12,5% (15)
<i>Специални грижи</i>	5,8% (7)	20,0% (24)	35,0% (42)	26,7% (32)	12,5% (15)

Дейности	Незадоволителна	Задоволителна	Добра	Мн. Добра	Отлична
Дейности, свързани със съставяне на индивидуален план за сестрински грижи.	4,2% (5)	14,2% (17)	32,5% (39)	25,0% (30)	24,2% (29)

Стажантите считат, че са получили **добри знания** и умения по дейностите, свързани с **общите грижи за ППМИИ в болнични условия** 34,2% (41). Най-добре подготвени се чувстват те в дейностите, свързани със **специалните грижи за пациенти в болнични условия** (40,0%) и в дейности, свързани със **специалните грижи в домашни условия** (35,0%). Подготовката по съставянето на индивидуален план за грижи също се определя от стажантите като добра - 32,5%. Доминиращата оценка, която са посочили стажантите относно подготовката си за дейности, свързани с обгрижване на ППМИИ е **добра**, но явно не ги удовлетворява напълно при условие, че 77,5 % (93) от тях подкрепят допълнителното специализирано обучение за грижи за тези пациенти, останалите 22,5 % (27) считат, че не е необходимо.

2.4. Резултати от анкетното проучване сред преподаватели по здравни грижи на студенти от специалност „Медицинска сестра“.

Преподавателите са тези, които дават основни знания, умения и навици на студентите от специалност „Медицинска сестра“. Те участват в теоретичната им подготовка, която затвърждават по време на учебно-практически занятия, учебна клинична практика и преддипломен стаж. Добре подготвените студенти осъществяват качествени здравни грижи.

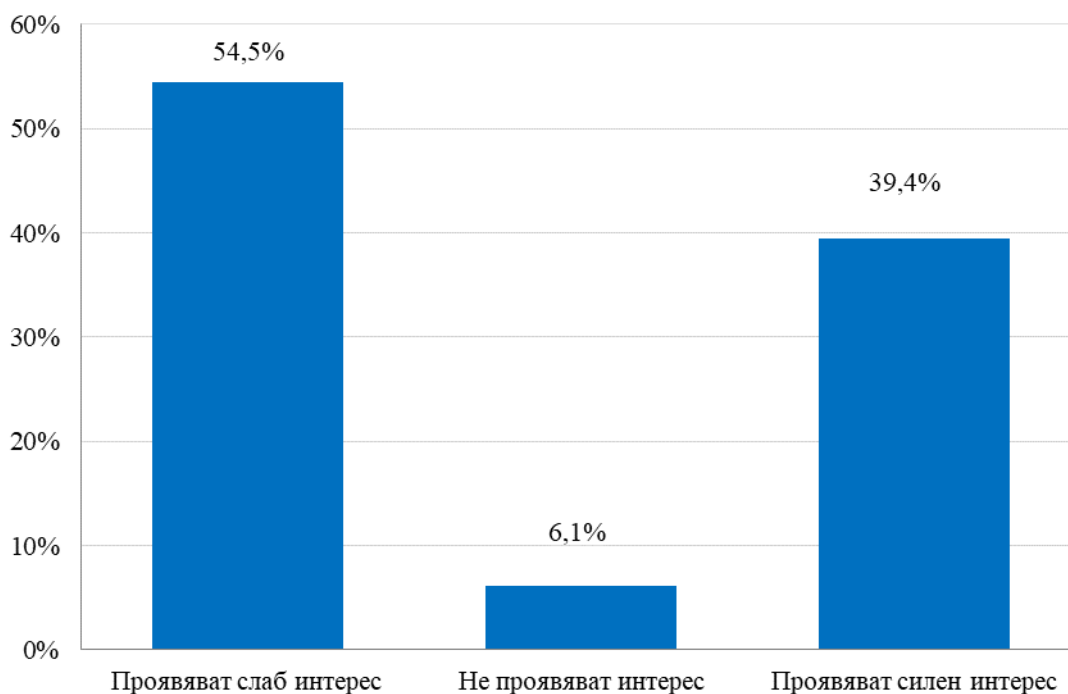
Проведено е анонимно анкетно проучване сред 33-ма преподаватели по здравни грижи на студенти от специалност „Медицинска сестра“ в три висши училища у нас – МУ-Плевен, МУ-Варна и Русенски университет. Проучването обхваща периода март – юни 2016 (Табл. 6).

Табл. 6. Относителен дял на отзовалите се на анкетното проучване преподаватели спрямо общия им брой по университети (брой,%)

Университет	Предвидени преподаватели (брой)	Отзовали се (брой, %)	
		брой	%
МУ – Плевен	15	15	100,0
МУ – Варна	10	9	90,0
Русенски университет	9	9	100,0
Общо	34	33	97,1

Целта на изследването сред преподавателите е да се анализират проблемите в организацията и реализирането на специализираните грижи за пациентите с ИМИ.

Всички анкетирани преподаватели са отговорили, че преподават теми, свързани със същността на сестринския процес и планиране на грижите за пациента. На въпросът: „Как бихте оценили интереса на студентите към планирането на грижите“, 18 (54,5%) от преподавателите са на мнение, че студентите проявяват слаб интерес (Фиг. 8).



Фиг. 8. Оценка интереса на студентите от преподавателите по здравни грижи, относно планиране на грижи, като част от сестринския процес (%)

На изследваните лица (n=33) им бе предоставена възможност да определят степените на вярност на 11 твърдения, свързани с установяване на значимостта на планирането на грижи според тях (Табл. 7).

Табл. 7. Определяне значението на планирането в грижите за ППММИ според преподавателите (брой/%)

(брой, %)				
№	Твърдения	Напълно вярно	Отчасти вярно	Невярно
1.	Чрез планиране на грижите се постига оптимална точност и приемственост в работата.	93,9% (31)	6,1% (2)	0,0%
2.	Планът за здравни грижи увеличава бумашината в ежедневната дейност на специалистите по здравни грижи	3,0% (1)	66,7% (22)	30,3% (10)
3.	Стандартният план за грижи е валиден за всички пациенти с дадена диагноза	36,4% (12)	45,5% (15)	18,2% (6)
4.	Индивидуалният план за грижи е необходим за планиране на грижите в домашни условия след дехоспитализация	75,8% (25)	18,2% (6)	6,1% (2)
5.	Стандартният план за здравни грижи е излишен	6,1% (2)	33,3% (11)	60,6%(20)
6.	Индивидуалният план за здравни грижи е излишен	3,0% (1)	3,0% (1)	93,9%(31)
7.	Индивидуалният план за грижи се изготвя за всеки пациент на база на стандартния	84,8% (28)	12,1% (4)	3,0% (1)
8.	Планирането на грижите позволява индивидуален подход към пациентите с конкретното заболяване.	97,0% (32)	3,0% (1)	0,0%
9.	Документирането на грижите е средство за контрол и оценка на дейността на медицинската сестра.	100% (33)	0,0%	0,0%
10.	Благодарение на документацията се анализират постигнатите цели, поставени при планиране на грижите.	93,9% (31)	6,1% (2)	0,0%
11.	Документирането на грижите притежава юридическа стойност за извършената дейност.	81,8% (27)	12,1% (4)	6,1% (2)

Равен е делът на изследваните лица 93,9% (31), изразили абсолютно съгласие с твърдението, че чрез планирането на грижите се постига оптимална точност и приемственост в работата, и че благодарение на документирането е възможно да се анализират постигнатите цели, поставени при планиране на грижите.

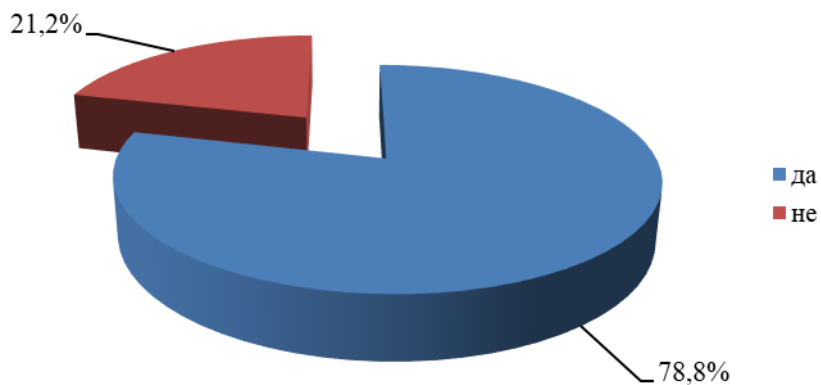
Всички анкетирани 100% (33) преподаватели приемат документирането на грижите като средство за контрол и оценка на дейността на медицинската сестра. От табл. 6 става ясно, че по-голямата част от преподавателите подкрепят използването на стандартен и индивидуален план за грижи.

Голяма част от респондентите са убедени, че **„Индивидуалният план за грижи е необходим за планиране на грижите в домашни условия след дехоспитализация“** - 75,8% (25) са отговорили с „напълно вярно“, 18,2% (6) са отговорили с „отчасти вярно“ и само 6,1% (2) с невярно.

Твърденията „Планът за здравни грижи увеличава бумажината в ежедневната дейност на професионалистите по здравни грижи“ и „Стандартният план за грижи е валиден за всички пациенти с дадена диагноза“ са определени от преподавателите с „отчасти вярно“.

Почти всички анкетирани преподаватели, 87,8% (29) използват в учебния процес „стандартизиран план“ за сестрински грижи. Според 27,3% (9) от респондентите, основното предназначение на плана за грижи е индивидуализиране на грижите, 24,2% (8) са на мнение, че осигурява непрекъснатост на грижите. Останалите мнения са разпределени както следва: „Осигуряване на алгоритъм от действия при обслужване на пациента“ 21,2% (7); „Бързо и адекватно обслужване на пациента“ 12,1% (4). Само един от преподавателите е отбелязал, че планът за грижи е необходим за въвеждане на регламент в сестринската професия.

На въпроса „Одобрявате ли използването на стандартен план за грижи, който включва грижите за пациентите с определена диагноза“ в сестринската практика?, 78,8% (26) от преподавателите са отговорили положително (Фиг. 9).



Фиг. 9. Използването в сестринската практика на стандартен план за грижи, който включва грижите за пациенти с определена диагноза (%)

При 84,6% (22) от преподавателите планът за сестрински грижи при ППМИИ трябва да бъде „Индивидуален, разработен на база на стандартния“, 26,9% (7) са на мнение, че планът за сестрински грижи трябва да бъде „Общовалиден за всички пациенти, които постъпват на лечение в специализираните клиники/отделения“ и само 15,4% (4) считат, че планът за грижи трябва да е „Общовалиден за всички пациенти с диагноза „Мозъчен инсулт“.

Почти равен е делът на изследваните лица посочили, че в учебния процес на специалност „Медицинска сестра“ се използват стандартни и индивидуални планове за грижи: 30,3% (10) от респондентите включват в преподаването *стандартен план за грижи* за всички болни с конкретна диагноза“, а 33,3% (11) от преподавателите, преподават теми, свързани с изработване на *индивидуален план за сестрински грижи* за болен с конкретна диагноза. За 30,3 % (10) от респондентите, в учебния процес на специалността „медицинска сестра“ се изучават общи постановки в планиране на грижите т.е. плановете не са конкретно определени, а 6,1% (2) не са посочили нито един от плановете.

Според 72,7% (24) от преподавателите считат, че стандартният план за грижи достатъчно ясно и точно ще ни насочи към приоритетите в грижите за пациента, а 24,2% (8) са на мнение, че този план **няма да покаже всички приоритети** в грижите за

пациента, тъй като пациентите освен фундаментални нужди имат и индивидуални потребности, които ще следва да доминират в грижите за пациента.

Потърсено бе мнението на анкетиранията лица относно възможността за въвеждане на стандартизиран сестрински документ, който да отразява планирането на грижите за пациента в отделениято. По-голямата част от тях 48,5% (16) са на мнение, че към настоящия момент е възможно да се въведе сестрински документ, 39,4% (13) са негативно настроени, а 12,1% (4) не могат да преценят. Висок е относителният на преподавателите 97,0% (32), считащи за необходимо използването на план за грижи за ППММИ в домашни условия. Според 54,5% (18) от обучаващите, непрекъснатостта на връзката между грижите в лечебното заведение и последващите грижи в дома на пациента, ще допринесе за по-бързото му възстановяване. Останалите респонденти, 21,2% (7) подкрепят твърдението, че непрекъснатостта на грижите ще подобри качеството на живот на тези пациенти и ще увеличи неговата продължителност. Равностойни са относителните дялове на анкетиранията 12,1% (4), които подкрепят твърденията, че непрекъснатостта на връзката между грижите в лечебното заведение и последващите грижи в дома на пациента ще гарантира ефективното лечение на пациента и ще му осигури сигурност и спокойствие и на неговите близки.

2.5. Резултати от анкетното проучване сред пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, хоспитализирани в клиники/отделения по неврология и физикална и рехабилитационна медицина на територията на гр. Плевен

На база ретроспективни данни за преминалите пациенти във включените в проучването клинични бази, бе предвидено да бъдат анкетирани 514 броя лица, преживели ИМИ. Предвид на обективни обстоятелства през последните две години, бяха обхванати 114 броя пациенти (22,2% отзоваване), които към момента на проучването са хоспитализирани за лечение и рехабилитация в клиники/отделения по неврология и по Физикална и рехабилитационна медицина на територията на УМБАЛ – Плевен, МБАЛ – Авис Медика – Плевен, МБАЛ – Свети Панталеймон – Плевен, МБАЛ – ВМА – Плевен.

Разпределението на обхванатите пациенти от четирите лечебни заведения в гр. Плевен по пол, възраст, образование и местоживеене е представено на табл. 8.

Табл. 8. Основни характеристики на пациентите с ИМИ (брой/%)

Променливи	Брой	%
Пол	114	100,0
Мъже	56	49,1
Жени	58	50,9
Възраст	114	100,0
Под 35 години	1	0,9
От 35 до 55 години	14	12,3
Над 55 години	99	86,8
Образование	114	100,0
Начално	3	2,6
Основно	19	16,7
Средно	66	57,9
Висше	25	21,9
Нямам образование	1	0,9
Постоянно жителство	114	100,0
Село	54	47,4
Град	60	52,6

Пол – по – висок е относителният дял на жените 50,9% (58) сред участващите в проучването пациенти с ИМИ.

Възраст – най-висок е относителния дял на участващите в проучването във възрастовата група **над 55 г.**- 86,8% (99), следвана от възрастовата група от 35 до 55 години – 12,3% (14). Прави впечатление, че разпределението на анкетираните пациенти с ИМИ по възрастови групи отговаря на световните и европейски тенденции, макар че тенденцията на „подмладяване“ на възрастта на ИМИ, в нашето проучване има само един пациент на възраст под 35 години.

Образование – в проучването преобладават ППММИИ със средно образование 57,9% (66), следвано от висшестите 21,9% (25). Само една малка част от анкетираните са с начално 2,6% (3) и 0,9% са без образование.

Образованието, възрастта и пола на лицата са важни фактори, които здравните професионалисти следва да имат предвид при прилагане на индивидуалния подход към пациента.

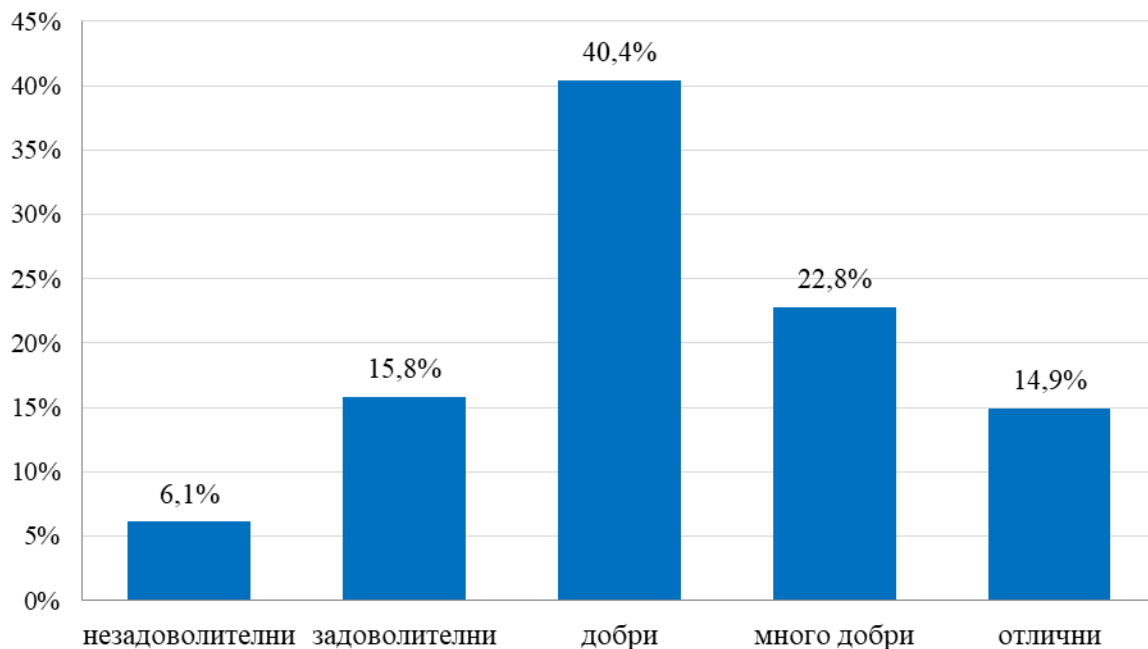
Местоживеене – 52,6% (60) от анкетираните живеят в град, останалите 47,4% (54) живеят на село. Местоживеенето оказва влияние както на начина на живот, така и на управлението (организация, координиране, контрол) на последващите грижи за пациента след дехоспитализацията. Проблемът в отдалечените населени места е, че е трудно осъществима рехабилитацията и съществува риск от дефицит на професионална грижа. При пациенти с двигателен дефицит един от проблемите е свързан с транспорта до специализирано рехабилитационно отделение и осъществяване на контролни прегледи, както и затруднение при посещение на специалист в дома на пациента.

По – висок е относителният дял на пациентите, които за първи път са получили мозъчно-съдовия инцидент 73,7% (84), а 89,5% (102) твърдят, че са приети веднага в лечебно заведение след установяване на ИМИ. Останалите 10,5% (12), които не са хоспитализирани веднага, са отговорили, че за здравословното им състояние са се грижили: роднини 33,3% (4), които са поддържали връзка с личния лекар; личният лекар 25% (3) и 41,6% (5) твърдят, че сами са се грижили за себе си, защото инсултът им е бил лека форма.

Един от основните проблеми при общите грижи за пациентите на първи режим са хигиенните грижи, които са от изключително значение за възстановяването на пациента с ИМИ. Голяма част от пациентите - 43% (49) от споделят, че за личната им хигиена по време на престоя в лечебното заведение са се грижили медицински сестри. На второ място те посочват санитарите като помощник в поддържане на личната хигиена- 36% (41), следвани от близък роднина 18,4% (21) и болногледач срещу заплащане 2,6% (3).

Не малка част от пациентите - 44,7% (51), споделят че се нуждаят от човек, който да е денонощно до тях и да им помага в дейностите от ежедневиия живот, 25,4% (29) твърдят, че понякога се нуждаят от помощ, останалите 29,8% (34), считат че не се нуждаят от такава.

На пациентите бе предложено да направят комплексна оценка на грижите, които се полагат за тях от медицинските сестри в отделението в което са приети за лечение фиг. 10.



Фиг. 10. Комплексна оценка на пациентите относно грижите, които се полагат за тях в болнични условия (%)

Най-голям е относителният дял на пациентите, които оценяват грижите като добри 40,4% (46) и много добри 22,8% (26). Според 6,1% (7) грижите са незадоволителни.

На пациентите им бе дадена възможността сами да определят състоянието си към момента на анкетирането (фиг. 11).



Фиг. 11. Самооценка на пациентите относно състоянието им към дадения момент в отделението (%)

Изцяло зависими от грижа са 11,4% (13) от респондентите, те са на първи болничен режим. Най- висок е относителния дял 27,2% (31) на пациентите, които са частично зависими от грижи, т.е. нуждаят се от подпомагане при ежедневните дейности. За 16,7% (19) от лицата, ИМИ не ги прави зависими от грижа. В заключение може да се обобщи, че **83,3% (95) от анкетиранияте пациенти са зависими от грижа в различна степен.**

Близо две трети от респондентите 79,8% (91), след изписване от болничното заведение ще се възстановяват у дома, 17,5% (20) в дома на близки роднини, а 2,6% (3) в хоспис. Относно увереността на пациентите в благоприятния изход и психическото им спокойствие, 67,5% (77) се чувстват спокойни за възстановяването си, двама от тях не са отговорили, а 30,7% (35) са настроени негативно. Именно негативните пациенти са най-уязвимите и нуждаещи се от внимание и грижи. Тези пациенти често изпадат в депресия и демотивация за справяне и лечение. Медицинските сестри играят ключова роля за откриване на подобни състояния при пациентите и изработване на план, включващ алгоритъм от действия и поведение, с които да променят нагласите на пациента в положителна посока.

2.6. Резултати от проведена експертна оценка на стандартизиран план за грижи за ППМИИ

В изпълнение на една от задачите на проучването и на база на резултатите от реализираните анкетни проучвания с предвидените групи, бе изработен проект за стандартизиран план за грижи при ППМИИ. С цел верифициране, проектът бе предоставен за експертна оценка. В проучването са поканени да участват 22 експерта, от които са се отзовали 21 (табл. 9):

Табл. 9. Разпределение на експертите по ниво на мениджмънт

Висш мениджмънт - 2 експерти в това число:	Средно ниво – 11 експерти в това число:	Нисше ниво - 8 експерти в това число:
Експертна група по здравни грижи при МЗ 1 експерт	Ръководители катедри ВМУ 7 експерти	Старши ръководители по здравни грижи 4 експерти
Представител на БАПЗГ 1 експерт	Началник клиника в ЛЗ 3 експерти Директор Медицински колеж 1 експерт	Хабилитирани преподаватели 4 експерта

Както става ясно, обхванати са представители и на трите нива на мениджмънт с цел постигане на максимално адекватна и точна преценка на предложения стандартизиран план за грижи за ППМИИ. Експертите на средно ниво на мениджмънт управляват, контролират и оценяват работата на лицата, представляващи групата на оперативния мениджмънт, както и докладват за резултатите от дейността им на висшия мениджмънт. Координираният мениджмънт заема важно място в управлението на грижите, което липсва при изпълнение на дейностите на медицинските сестри при ППМИИ.

Анализът на експертната група показва, че по – голямата част от тях са с придобита образователно-квалификационна степен „Доктор“ – 14 броя.

По-голямата част от експертите (12) са с трудов стаж над 30 години, което е гаранция за дългогодишен професионален опит и съответно по-точна преценка на предоставените материали за оценяване.

Според 18 от респондентите, стандартизираният план за грижи ще бъде полезен при изработване на индивидуален план за грижи. Двама от експертите не могат да преценят това, а един не е съгласен със съждението.

Болшинството от участниците в експертната група (19) са на мнение, че стандартизираните планове за грижи могат да се прилагат при пациенти с една и съща медицинска диагноза и, че включените в него професионални дейности са достатъчно изчерпателни.

Единодушно е и мнението на оценителите, при определяне на дейностите на медицинската сестра. Деветнадесет от експертите считат, че е добре да се разграничават автономните дейности от тези по назначение на лекар, т.е. така както е предложено в проекта.

Към стандартизираният план за грижи, за експертна оценка са предложени и четири скали за преценка на индивидуалните нужди на пациента от грижи. Тези скали се определят от експертите като основен инструментариум, необходим за преценка на индивидуалните нужди на пациента с исхемичен мозъчен инсулт. Само един от експертите не може да прецени това. Според 18 от анкетираните, прилагането на четирите скали ще осигури съществена информация, необходима за съставяне на индивидуалния план за здравни грижи.

Резултатите от експертната оценка показват, че над 18 членове на експертната група считат, че петнадесетте нужди, включени в Скалата на зависимост от грижи, са адекватни на Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните компетентности на професионалистите по здравни грижи.

Всички експерти (21) одобряват приложението на Скалата на зависимост от грижи (СЗГ) при планиране на индивидуалните грижи за пациента.

Почти всички експерти (20) смятат, че Скалата за оценка на риска от падане (СОРП) е разбираема и напълно приложима при планиране на грижи за пациенти, преживели ИМИ.

Идентични са отговорите на 19 от респондентите, които считат, че е необходимо да се използва Скалата за функционална независимост (СФН), която би допълнила

информацията за степента на зависимост на пациента. Същият брой експерти са на мнение, че Скалата за определяне на риска от поява на декубитус (СРД) е от изключително значение за пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт.

По-голямата част от експертната група подкрепят твърдението, че използването на четирите скали за оценка, ще доведе до повишаване качеството на грижи за ППМИИ.

Твърдението, че събраните обективни данни за пациента чрез предложените скали, следва да се регистрира в адекватна документация, е подкрепена от 17 експерти, един от тях е дал отрицателен отговор, един не може да прецени, а двама от експертите не са дали отговор.

Интерес представлява мнението на експертите относно възможността за диференцирано заплащане в областта на здравните грижи предложени Проект за стандартен план за здравни грижи. Дванадесет участника в експертната група са взели отношение по този въпрос, седем не могат да преценят, а двама са отрицателно настроени.

Почти всички участници в експертната група (20 бр.) са посочили трудностите, които могат да се очакват при въвеждане на **Стандартизиран план за грижи при пациенти, преживели мозъчен исхемичен инсулт** в практиката.

При анализа на резултатите от експертната оценка прави впечатление, че най-често посочваната трудност при въвеждане на стандартизирания план е „съпротива“ от здравните професионалисти.

III. ИНСТРУМЕНТАРИУМ ЗА ОЦЕНКА И ПЛАНИРАНЕ НА ГРИЖИТЕ ЗА ППМИИ

3.1. Стандартизиран план за грижи за пациенти преживели ИМИ.

Планирането на сестрински грижи (ПСГ) е формален процес, който включва правилно идентифициране на съществуващите нужди, както и разпознаване на потенциални нужди или рискове.

Плановете за грижи могат да бъдат неформални или официални:

Неформалният план за сестрински грижи е стратегия за действие, която съществува в съзнанието на медицинската сестра.

Официалният план за сестрински грижи е писмено или компютъризирано ръководство, което организира информация, необходима за грижите на ППМИИ. Официалните планове

за грижи допълнително се подразделят на стандартизиран план за грижи и индивидуален план за грижи:

Стандартизираните планове за грижи определят медицинските грижи за групи клиенти със сходни ежедневни нужди.

Изработеният „Стандартизиран план“ за сестрински грижи за ППМИИ, цели подпомагане на поведението на медицинските сестри и обучаващите се в специалност „Медицинска сестра“ при осъществяване на професионални здравни грижи в лечебно заведение при пациенти над 18 години с диагноза исхемичен мозъчен инсулт.

В изработеният „стандартизиран план“ са обхванати шестнадесет професионални дейности, извършвани от медицинската сестра самостоятелно в лечебното заведение.

Стандартизираният план е изготвен за определяне и на индивидуалните потребности на пациента. С помощта на четири скали за оценка на състоянието на пациента, включени към стандартизирания план се цели събиране на обективни данни за пациента, въз основа на които се дава възможност да се направи ***индивидуален план за грижи***:

- Скала за преценка степента на зависимост от грижи
- Скала за оценка на риска от падане по Johns Hopkins (Fall Risk Assessment Tool)
- Скала за оценка тежестта на двигателния дефицит чрез Fim test
- Скала за определяне на риска от поява на декубитус по Д. Уотърлоу

В изработения стандартизиран план за грижи са посочени тринадесет професионални дейности, извършвани от медицинската сестра по назначение на лекар за ППМИИ.

Стандартизираният план за грижи е изготвен в съответствие с нормативни документи, които са посочени в приложение 6 на дисертационния труд. Идеята на стандартизирания план за грижи е да се унифицират грижите за пациенти с конкретна диагноза, в случая пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт. Една от включените дейности в него е изготвянето на индивидуален план за грижи за конкретен пациент с исхемичен инсулт. Следвайки сестринския процес, планирането на грижите се осъществява въз основа на обективни и субективни данни за лицето. Събирането на субективни данни за пациента е практика за медицинските сестри и акушерките у нас, но обективните данни са едно от предизвикателствата пред съвременната практика на специалистите по здравни грижи. Към настоящия момент у нас няма утвърдени практики за събиране на обективни данни за пациента при изработването на индивидуален план за грижи. Една от

възможностите за набиране на обективни данни за пациента е използването на утвърдени в практиката скали за оценка. Скалите за оценка като инструмент в диагностичния процес са познати и се използват в нашата практика. Добре познати у нас са напр. *скалата на Глазгоу – Лиеж*, *National Institute of Health stroke scale (NIHSS)*, *скала за оценка на риска от падане (Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool)*, *Оценка на риска по Брейдън скалата* и др.

В международната сестринска практика една от добре познатите и използвани скали е **Скалата на зависимост от грижи** (Care Dependency Scale - CDS).

В отговор на обективните потребности на сестринската практика, през 1994 г. в Нидерландия е разработен инструмент за оценка, наречен *Care Dependency Scale (CDS)*, като инструмент за преценка на потребностите и планиране на грижите за институционализирани пациенти (Dijkstra, 1998). Целевата група, за която е разработена скалата (CDS), са пациенти, нуждаещи се в дългосрочен план от грижи и живущи в домове за възрастни хора и домове за пациенти с умствени увреждания. Тъй като зависимостта от грижа може да се разглежда като променлива по интензитет, е разработена скала за оценка и за измерване на 15 жизнени нужди/измерения на зависимостта от грижи по петстепенна скала на Ликерт, вариращи от 1 (напълно зависими от грижите) до 5 (почти независими) (Dijkstra et al., 1998), както следва:

1= **Напълно зависим от грижи** – Липсва всякаква инициатива за действие, следователно грижата и помощта за пациента са постоянно необходими;

2= **До голяма степен зависим от грижи** – Налице са много ограничения да действа независимо, следователно, пациентът зависи до голяма степен от грижи и помощ;

3= **Частично зависим от грижи** – Налице са ограничения за независимо действие, следователно пациентът е частично зависим от грижи и помощ;

4= **В ограничена степен зависим от грижи** – Налице са малко ограничения пациентът да действа независимо, следователно, пациентът е само в ограничена степен зависим от грижи и помощ;

5= **Почти независим** – Пациентът може почти всичко да прави без помощ.

Всяка жизнена нужда се оценява, съобразно преценката на медицинската сестра, след което оценките за всяка от тях се сумират. Колкото е по-висок общия резултат, толкова

пациентът е по-независим. Установено е, че при пациенти със сумарен резултат на CDS \leq 68 (точка на изключване) са класифицирани като зависими от грижи, при всички останали зависимостта от грижи е частична (Dijkstra et al., 2005).

В скалата за Оценка на риска от падане (СРП) по JOHNS HOPKINS fall risk assessment tool, са посочени седем състояния, при които има риск от падане и нараняване на пациента. Всяко посочено в скалата състояние носи определен брой точки, които се сумират (ако не е избрано състояние, резултатът за категорията е 0). Резултат от точкуването е: 6-13 общо точки = умерен риск от падане; > 13 общо точки = висок риск от падане. Медицинската сестра следва да приложи подходящи интервенции за предпазване от падане в случай на риск.

Скалата за оценка тежестта на двигателния дефицит чрез Fim test съдържа 18 елемента (ежедневни дейности), които по Скалата за функционална независимост се оценява от едно до седем, като оценка седем показва, че пациентът е напълно независим в тази конкретна дейност. Оценка единица по даден елемент означава, че пациентът се нуждае от пълна помощ за дейността. Ето защо минималният резултат на FIM е 18, а максималният резултат е 126, което означава пълна независимост. Оценката може да варира от цялостно подпомагане на пациента до пълна независимост, като за оптималното възстановяване и запазване самостоятелността на пациентите с последици от МСБ се акцентира преди всичко на ежедневните дейности (А. Bisset, М. Hondrodinou, Р. Mincheva, 2018).

Чрез скалата за определяне на риска от поява на декубитус по Д. Уотърлоу се извършва оценка на риска от развитие на декубитус. Скалата съдържа 10 рискови фактори, като всеки критерий от рисковите фактори притежава бал/оценка от 0 до 8.

Резултатите се сумират (С. Мухина, И. Тарновская, 2006) и се определя степента на риска от поява на декубитус. по следната скала: няма риск - 1 до 9 бала; има риск -10 бала; висока степен на риск - 11 до 15 бала; много висока степен на риск – 16 до 20 бала.

3.2. Формуляр за индивидуална оценка и план за сестрински грижи ППМИИ.

Формулярът за индивидуална оценка за ППМИИ (*КП № 50 - диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза*) е изработен в съответствие със степента на тежест на инсулта преценена от лекар.

Формулярът за индивидуална оценка съдържа трите имена на пациента, дата на раждане, Клиника/отделение, медицинска диагноза и общите оценки от предложените в стандартизирания план за грижи – *скали за оценка* за всеки леглоден.

От така направената оценка на нуждите на пациента се планират грижите.

Планът за сестрински грижи съдържа основните елементи от планирането на грижите – дата и час на определяне на проблема или поставяне на сестринската диагноза, подчертава се дали проблема и плана за действие са обсъдени с пациента, определя се целта, която ще се постигне в края на лечебния процес и се прави оценка на постигнатите резултати. Медицинските сестри се идентифицират чрез подпис при изготвяне на плана и при отчитане на резултата.

Примерният план за индивидуални сестрински грижи за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт е предложен за улесняване на медицинските сестри при определяне на проблема, целта и сестринските интервенции при планиране на грижите за ППМИИ. Въз основа на направената оценка медицинската сестра идентифицира потребностите на пациента и определя целите, сестринските намеси и очакваните резултати от грижи.

3.3. Наръчник по здравни грижи за ППМИИ в домашни условия.

Предложеният Наръчник по здравни грижи за ППМИИ в домашни условия е изработен с цел подпомагане на хора с исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) от техните близки за справяне с дейностите от ежедневието и снижаване на риска от усложнения след преживения ИМИ.

Целта на грижите в домашни условия е и постепенно възстановяване на независимостта на преживелите ИМИ, което ще повлияе на тяхната самостоятелност, удовлетвореност, самочувствие и качество на живот. Наръчникът съдържа кратко въведение, запознаване на инсултно болните и техните близки с необходимостта от грижи и значението им за хора преживели исхемичен мозъчен инсулт.

Наръчникът съдържа основните правила за осъществяване на грижи за преживели исхемичен мозъчен инсулт, в домашни условия. Съдържанието е разделено на седем раздела обхващащи най-необходимите нужди на инсултно болния в процеса на възстановяване.

IV. ИЗВОДИ, ПРИНОСИ И ПРЕПОРЪКИ

Извършеното от нас изследване ни позволи да направим следните по-значими изводи:

1. Потвърди се хипотезата, че към настоящия момент в България **не може да се говори за ефективно управление на здравните грижи при пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт, поради факта, че планирането на здравните грижи, като първа основна мениджърска функция не се документира.** Повече от половината от действащите медицински сестри 55 % (41) споделят, че не използват „план за здравни грижи“ в ежедневната практика при обгрижване на ППМИИ.
2. Повече от две трети от анкетираните професионалисти по ЗГ 69 % (52) са запознати със същността на понятието „план за сестрински грижи“, което потвърждава хипотезата, че медицинските сестри са теоретически добре подготвени за планиране на грижи за ППМИИ. **Основното предназначение на плана за грижи според изследваните лица е индивидуализиране на грижите, което е приложимо и след дехоспитализацията на пациентите, преживели исхемичен мозъчен инсулт.**
3. В базовото обучение на студентите от специалност „Медицинска сестра“ студентите получават знания и умения относно планирането на здравните грижи, като част от сестринския процес, но по отношение на грижите за пациенти с мозъчен исхемичен инсулт, изследваните лица имат **потребност от специализирано следдипломно обучение.** Ограничените възможности за регламентирано допълнително обучение е една от предполагаемите причини за високия относителен дял сред завършващите медицински сестри, които не желаят да работят в неврологично отделение/клиника, въпреки опита, който споделят, че имат.
4. Висок е относителният дял на лицата от обхванатите групи - студенти 82% (98); преподаватели 78,8% (26); действащи медицински сестри 76% (57), които одобряват **въвеждането на стандартни и индивидуални планове за сестрински грижи, които са необходими и приложими в клинични и домашни условия, с цел осигуряване на непрекъснатост, обективизиране, оценка и контрол на реализираните здравни грижи.** Този извод потвърждава първата и втората хипотеза чрез които допускаме, че у нас планирането на грижите за ППМИИ следва да се оптимизира, индивидуализира и документира в стандартизирани формуляри.

5. Ръководителите по ЗГ са убедени, че **планирането на грижите в адекватна документация ще даде възможност да се следва определен алгоритъм на поведение, което ще оптимизира дейностите на медицинските сестри в грижите им за пациентите.**
6. Потвърди се хипотезата, че липсват утвърдени формуляри за определяне на индивидуалните потребности от грижи и от всички експерти на предложеният *„Проект на стандартизиран план за грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт“*. Според тях използването на скали за оценка на състоянието на пациента с мозъчен исхемичен инсулт, разработването и внедряването на адекватна документация е задължително условие за повишаване на качеството на предоставяните грижи за тези пациенти.
7. Почти всички анкетирани пациенти 85,1% (97) предпочитат след дехоспитализацията близки роднини да се грижат за тях, което е обективна предпоставка за разработване на *„Наръчник по здравни грижи за пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт в извънболнични/ домашни условия“*. Повече от половината от анкетираните пациенти 60,5% (69) считат, че писмените указания за грижи в домашни условия са необходими.

Приноси с теоретично-познавателен характер

1. Проведено е комплексно изследване на необходимостта от планиране на грижите за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт, като задължителна предпоставка за ефективното управление на здравните грижи както в лечебното заведение, така и след дехоспитализацията.
2. Доказа се необходимостта от прилагане на стандартни и индивидуални планове за грижи в лечебните заведения и в домашни условия.
3. Анализирани са основните проблеми на медицинските сестри, свързани с планирането на сестринските грижи за пациенти с исхемичен мозъчен инсулт.

Приноси с приложен характер

1. Изработен е **Стандартизиран план за грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт** (кп № 50 диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза) и **Формуляр за индивидуална оценка на пациента и планиране на грижите.**

2. Предложен е набор от скали за оценка на състоянието на пациента и на зависимостта му от грижи, която дава възможност да се обективизира информацията за пациента, както и да се планират грижите адекватно на потребностите.
3. Изработен е „Наръчник за здравни грижи при хора, преживели исхемичен мозъчен инсулт в извънболнични (домашни) условия“, с цел подпомагане хората, които се грижат за пациент, преживял исхемичен мозъчен инсулт, във възстановителен период при справяне с дейностите от ежедневието и осигуряване на непрекъснатост на грижите след дехоспитализацията.

Препоръки

Към висшите учебни заведения, обучаващи студенти специалност „медицинска сестра“

Изхождайки от социалната значимост на МИ и в частност на ИМИ в световен и европейски мащаб и от нарастващия процент на инвалидизация на преживелите мозъчно-съдовия инцидент препоръчваме:

1. Включване в учебния процес на разработени стандартни планове за грижи за ППМИИ, и съответните скали за оценка състоянието на пациента, адаптирани към квалификационната рамка на Р България
2. Включване в учебния процес на формуляр за индивидуална оценка на пациента и план за грижи, които са унифицирани за всички висши учебни заведения.
3. Включване на специалност „Сестрински грижи за неврологично болни“ в Наредба №1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи

- ✓ На основата на предложените в настоящия труд Стандартизиран план за грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт (кп № 50 диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза) да се подкрепи прилагането на скали за оценка състоянието на пациентите в реалната практика и въвеждането на формуляр за индивидуална оценка на пациента и план за грижи, базиран на обективни данни.
- ✓ Периодичен контрол и оценка на сестринските дейности, регистрирани в сестринската документация - формуляр за индивидуална оценка на пациента и план за грижи и разпространение на постигнатите резултати.

ПУБЛИКАЦИИ И НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Публикации, свързани с дисертационния труд

1. **Балабурова, М.**, Е. Димитрова, Д. Вачева, М. Драганова, В. Гешева и К. Петрова, План за сестрински грижи при пациенти с мозъчен инсулт, хоспитализирани в Отделение за болнична рехабилитация. Втора национална студентска сесия, МУ – Плевен, ФЗГ, Сборник доклади, 2014 г., с. 193-200, ISBN 978-954-756-153-3 (електронен ресурс); 978-954-756-152-6 (прил.)
2. Иванова, М., **М. Балабурова**, М. Драганова, С. Елкина, Д. Вачева, План за сестрински грижи при пациенти със захарен диабет тип 2, преживели мозъчен инсулт. Сестринско дело, 47, 2015, №1, 11 – 16, ISSN 1310-7496 УДК 641.253.5
3. Драганова, М., **М. Балабурова**, Нуждите от грижи при пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт, според дипломанти от специалност „медицинска сестра“. Здравни грижи, брой 4, XVII, 2019, 5-10, ISSN 1312-2592
4. **Balaburova, M.**, M. Draganova, Planned nursing care - a main element of health care management for ischemic stroke patients. Journal of Biomedical & Clinical Research (JBCR), Number 1, Volume 13, 2020, 35-40, ISSN 1313-6917

Съобщения, свързани с дисертационния труд

1. **Balaburova, M.**, M. Draganova, Nursing care plan – reality and perspectives. Journal of Biomedical & Clinical Research, Medical University – Pleven, Volume 7, Number 1, Supplement 2, 2014, p. 90 – 91
2. **Балабурова, М.**, М. Драганова, К. Петрова, В. Данова, Потребност от комплексни грижи при пациенти след мозъчен инсулт. Трета национална студентска сесия, МУ – Плевен, 26-27 март 2015, ФЗГ, Сборник резюмета, с. 70
3. **Balaburova, M.**, M. Draganova, Approaches for nursing care planning. Journal of Biomedical & Clinical Research, Medical University – Pleven, Volume 8, Number 1, Supplement 1, 2015, p. 59 – 60
4. **Балабурова, М.**, М. Драганова, Тенденции и алтернативи в грижите за пациенти с мозъчен инсулт. Първа конференция с международно участие „Здравните грижи – принос за качеството на живот“, МУ – Варна, 2016, 39-40

5. **Balaburova, M.**, T. Draganova. Trends and prospects of trainee nurses in cares for patients with strokes. Nursing Diagnosis & Midwifery 2018, Journal of Nursing and Health Studies, 2018 Volum: 3, September 10-11, Prague, Czech Republic, page 62, ISSN: 2574-2825

6. **Balaburova M.**, M. Draganova, Significance of planned nursing care for patients with brain stroke, according to pre-graduated students, trained for nurses, International Conference on Advance Nursing, Midwifery & Gynaecology, Journal of Nursing and Health Studies, 2019, Volume: 4, May 23 - 24, 2019, Stockholm , Sweden, p. 56, ISSN: 2574-2825

ABSTRACT

NURSING CARE MANAGEMENT IN PATIENTS SURVIVING ISCHAEMIC STROKE IN BULGARIA

Introduction: Sound management of nursing care for patients who have survived ischaemic stroke plays an essential role in improving access to health care, achieving a higher quality of the care provided, reducing costs of health care facilities, and increasing satisfaction of both patients and their relatives with the nursing care provided.

The study aimed to analyse nursing care given to patients surviving ischaemic stroke, identify problems and propose appropriate measures to improve nursing care for such patients.

Material and methods: The study included 372 respondents: 114 patients with ischaemic stroke, admitted and treated at clinics/departments of neurology and physiotherapy and rehabilitation in two university hospitals and four multidisciplinary hospitals for active treatment in Pleven, as well as 122 students in nursing during their pre-graduation training; 33 teachers in nursing care from three higher schools; 75 graduate nurses; 7 nursing care managers employed in clinics/departments of neurology and 21 experts for the assessment of a project on a standardized nursing care plan for patients with ischaemic stroke. It is a complex sociological study using content analysis of various documentation, self-administered questionnaires, expert evaluation, and statistical methods. The study was conducted from March 2016 to December 2021. The data was processed with IBM SPSS Statistics 25.0 and Microsoft Excel 2010.

Results: More than two-thirds (69%) of the health care professionals were acquainted with the essence of the concept of a nursing care plan. However, 55% of them stated they did not use such a plan in their routine everyday nursing care for patients with ischaemic stroke. Nevertheless, those who approved introducing standard and tailored nursing care plans, applicable in clinical and home settings to provide continuous care, objective evaluation, and control on the care given constituted a high relative share. Approvement was stated by 76% of the clinical nurses, 82% of the pre-graduate students in nursing, and 78.8% of the respondents teaching nursing care. Managers of nursing care believed that planning nursing care would provide the opportunity to follow a set of algorithms of practices that would optimize the nursing care of patients.

Conclusion: The results from the study aiming to investigate the nursing care needs of patients with ischaemic stroke and the approach proposed to introduce a standard nursing care plan for such patients would contribute to increasing the quality of care and more rapid recovery of ischaemic stroke patients.

Keywords: ischaemic stroke, nursing care plan, quality of nursing care