



Медицински университет - Варна  
„Проф. д-р Параскев Стоянов”

---

Факултет „Обществено здравеопазване”

Пепа Миткова Димитрова-Чиликова

**СЕСТРИНСКИ ДЕЙНОСТИ ПРИ ПАЦИЕНТИ  
С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ – ОЦЕНКА  
НА ФУНКЦИОНАЛНОТО СЪСТОЯНИЕ  
И ПОДГОТОВКА ЗА ЖИВОТ  
СЛЕД ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за придобиване на образователна  
и научна степен „Доктор”

Научна специалност: „*Управление на здравни грижи*”

**Научен ръководител: проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н.**

**Официални рецензенти**

Проф. д-р Коста Костов, д.м.

Проф. Силвия Борисова, д.оз.н.

**Варна, 2019**

Дисертационният труд съдържа 141 страници и структуриран в четири основни глави. Включва 63 фигури, 4 таблици и 5 приложения. Библиографският списък включва 183 литературни източника, от които 98 на кирилица и 85 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи” на МУ „Проф. Д-р П. Стоянов” - Варна на 12.06.2019 г. и е насочен за публична защита пред научно жури.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 12.09.2019г. от 13ч. часа в зала А на Медицински колеж – Варна, на открито заседание на научното жури.

## СЪДЪРЖАНИЕ:

Въведение	5
1. Методика и организация на проучването	7
1.1. Цел, задачи и хипотези	7
1.2. Организация, време и място на проучването	9
1.3. Методи на проучването	14
2. Резултати и обсъждане	17
2.1. Обзор на сестринските грижи при неврологично болни пациенти в МБАЛ „Д-р Иван Селимински”- АД гр. Сливен	17
2.2. Компетентност на медицинските сестри и необходимост от допълнително обучение по отношение на актуални тенденции и добри медицински практики при обгрижването на пациенти с мозъчен инсулт	20
2.3. Проучване на практическото приложение на скалата Глазгоу-Лиеш за оценка на функционалното състояние на неврологично болни пациенти в сестринската практика	29
2.4. Умения на медицинските сестри за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш (резултати от проведен експеримент)	38
2.5. Проучване на експертно лекарско мнение за нивото на информираност на близките на пациенти с мозъчен инсулт	41
2.6. Проучване на качеството на живот на близки на пациенти преживели инсулт	45
2.7. Предпоставки за теоретично и практическо обучение на медицинските сестри за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш за определяне на засягане на съзнанието	60
2.8. Модел на Координационен център за работа с близки на пациенти, преживели инсулт	64
3. Изводи, препоръки и приноси	79
Публикации, свързани с дисертационния труд	83

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АН – артериално налягане  
АССЗ – атеросклеротично сърдечносъдово заболяване  
АХ – артериална хипертония  
ВЕБ – водно-електролитен баланс  
ДС – доплерова сонография  
ЕЕГ - електроенцефалография  
ЕМГ – електромиография  
ЕНГ – електроневрография  
ЗД – захарен диабет  
ИМИ – исхемични мозъчни инсулти  
КТ – компютърна томография  
ЛП – лумбална пункция  
МИ – мозъчен инфаркт  
МРТ - магнитнорезонансна томография  
МСЗ – мозъчносъдови заболявания  
ОПЛ – общо практикуващ лекар  
ОХЕ - остра хипертонична енцефалопатия  
ПМ – предсърдно мъждене  
ПМК - паренхимни мозъчни кръвоизливи  
РА – ревматоиден артрит  
САК – субарахноидни кръвоизливи  
СД – съдова деменция  
ССН – сърдечно-съдова недостатъчност  
ТИА – транзиторни исхемични атаки  
ХМИ - хеморагични мозъчни инсулти  
ЦВН – централно венозно налягане  
ЯМР – ядрено магнитен резонанс  
GCS – Glasgow Coma Scale  
NIHNS – скала за инсулт на National Institutes of Health

## ВЪВЕДЕНИЕ

*Всеки шест секунди някъде по света умира човек от мозъчен инсулт.*

Грижите за пациенти с 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 този контингент са промените в съзнанието и степента на зависимост на пациента. Основен инструмент в световната практика при пациенти с количествени нарушения на съзнанието, използван за определяне на степента на неговото засягане е скалата Глазгоу-Лиеш. Тя е предназначена за оценка на дълбочината и продължителността на увреденото съзнание и кома на пациента. Специалистите в областта на здравеопазването наблюдават двигателната функция, словесното представяне и отварянето на очите на пациента под формата на проста диаграма. Скалата е най-често използваният инструмент в международен мащаб, който се прилага в над 80 държави. Днес тя се използва постоянно за много заболявания, включително инсулт, инфекции, гърчове, мозъчен абсцес, общи травми, нетравматична кома, свръхдоза и отравяне. Тя може да се прилага в различни условия - в доболнична помощ, в спешното отделение и в часовете след приемането на болния, което дава възможност да се следят промените и тенденциите в съзнанието на пациента по време на хоспитализацията.

Адекватните сестрински грижи определящи до голяма степен протичането на заболяването, развитието на усложнения и възстановяването след мозъчен инсулт са в пряка зависимост от точната преценка на функционалното състояние на пациента. В световната медицинска практика скалата Глазгоу-Лиеш се прилага от лекари, медицински сестри, парамедици, студенти.

Процесът на възстановяване след мозъчен кръвоизлив обхваща няколко етапа. Лечението на острата фаза е първата стъпка, включваща 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 ефектите на инсулта. Усложненията след мозъчен инсулт - проблеми с говора и комуникацията, необратима 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, малнутриция, необратима загуба на мозъчните функции, странични ефекти от медикаментите, оказват съществено влияние върху качеството на живот на пациентите и техните семейства.

Рискът от усложнения, дългият възстановителен период, последиците от инсулта, определят необходимостта от подготовка и обучение, както на пациента така и на неговите близки. Подготовката и обучението на пациенти преживели 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, подобряване на качеството на живот на преживелите инсулт, снижаване на разходите на болния и неговото семейство, както и превенция на рецидив.

Проучената литература дава информация за редица изследвания проведени за правилното приложение на скалата Глазгоу-Лиеж. Тя е широко приета и допълва оценката на неврологичните функции. Яснотата на скалата дава възможност на медицинските сестри лесно да откриват важни тенденции за състоянието на пациента. Това породило нашият интерес към изследване на приложението на GGS в България и определи до голяма степен избора на тема за дисертационният труд.

# 1. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

## 1.1. Цел, задачи и хипотези на проучването:

**Цел:** Да се проучат компетентността и дейностите на медицинската сестра за оценка на функционалното състояние на пациенти, хоспитализирани по повод мозъчен инсулт и подготовката им за живот след дехоспитализация. На базата на доказани резултати да се предложат **Модел** на координационен център и **Алгоритъм** за подкрепа на пациентите и техните близки.

За реализиране на поставената цел си поставихме следните **задачи**:

1. Да се проучи и анализира документацията на пациенти с мозъчен инсулт хоспитализирани в неврологично отделение.
2. Да се проучи учебна и нормативна документация, регламентираща грижите при неврологично болни пациенти.
3. Да се проведе анкета с медицински сестри, обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт за практическото приложение на неврологични скали – основни инструменти за определяне засягането на съзнанието при неврологично болни и се установи подготвеността на пациентите преживели инсулт за живот след дехоспитализация.
4. Да се проведе експеримент, чрез приложение на скалата Глазгоу-Лиеш, с цел анализиране практическата подготовка на медицинските сестри за определяне на функционалното състояние на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт.
5. Да се проучи експертно лекарско мнение за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш от медицински сестри и подготвеността на пациенти преживели мозъчен инсулт за живот след дехоспитализация.
6. Да се проведе анкета с близки на пациенти за установяване на нивото на осведоменост за живот след инсулта.

7. Да се формулира **Алгоритъм** за избягване на рисковите фактори водещи до рецидиви, мерки за подобряване качеството на живот и снижаване на разходите.
8. На база на получените резултати да се предложи **Модел** на координационен център за подкрепа на пациенти, преживели инсулт и техните близки.

#### **Работни хипотези:**

- ❖ Определяне на степента на засягане на съзнанието при пациенти с мозъчен инсулт чрез прилагане на скалата Глазгоу-Лиеш от медицинските сестри ще повиши качеството при осъществяване на грижите за неврологично болни пациенти.
- ❖ При осъществяване на грижите за неврологично болни пациенти медицинските сестри не прилагат самостоятелно скалата Глазгоу-Лиеш.
- ❖ Медицинските сестри не са теоретично и практически подготвени за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш. При провеждането на практическия експеримент очакваме допускане на грешки от медицинските сестри при определяне на функционалното състояние на пациента с помощта на скалата Глазгоу-Лиеш, което ще докаже необходимостта от обучение.
- ❖ Близките на пациенти, хоспитализирани по повод мозъчен инсулт, не са подготвени за трудностите през продължаващото няколко месеца възстановяване и възвръщане към обичайния ритъм на живот или приемането на ефектите от инсулта.



## 1.2. Организация, време и място на проучването

**Предмет** на настоящото проучване са професионалните сестрински компетенции за определяне функционалното състояние на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт и качеството им на живот след дехоспитализация.

За **обекти** на проучването подбрахме три групи респонденти – експерти, медицински сестри и близки на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт и медицинска документация

### ❖ **Обем на проучването**

**Първа група респонденти:** *близки на хоспитализирани пациенти* по повод мозъчен инсулт в Неврологичните отделения на болничните заведения в гр. Сливен (**n=70**).

**Втора група респонденти:** *Медицински сестри* обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла в НО на МБАЛ, УМБАЛ или МОБАЛ в гр. Сливен, Благоевград, Пловдив и Велико Търново (**n=32**).

**Трета група респонденти:** *Експерти – лекари със специалност „Неврологични болести“*, работещи в НО на МБАЛ, УМБАЛ или МОБАЛ в гр. Сливен, Благоевград, Пловдив и Велико Търново (**n=21**).

**Медицинска документация:** проучена е *медицинската документация „История на заболяването“* на пациенти, хоспитализирани по повод мозъчен инсулт в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД – гр. Сливен за периода 01.01 – 01.03.2015 г., (**n=100**).

### ❖ **Логически единици на проучването**

- ✓ Всеки близък на пациент, хоспитализиран по повод мозъчен инсулт в НО
- ✓ Всяка медицинска сестра, която обгрижва пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла в НО
- ✓ Всеки лекар със специалност „Нервни болести“, работещ в НО

### ❖ **Технически единици**

Неврологичните отделения в МБАЛ, УМБАЛ и МОБАЛ в гр. Сливен, Благоевград, Пловдив и Велико Търново

### ❖ **Критерии за допускане в проучването**

### **Първа група респонденти:**

- ✓ възраст над 18 години
- ✓ принадлежност към прицелната популация – близък на пациент хоспитализиран по повод мозъчен инсулт в НО
- ✓ подписан формуляр за информирано съгласие

### **Втора група респонденти:**

- ✓ медицински сестри, работещи в НО на МБАЛ, УМБАЛ, МОБАЛ
- ✓ стаж не по-малко от 1 година в НО
- ✓ базово медицинско образование «Медицинска сестра»
- ✓ обслужващи пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла
- ✓ подписан формуляр за информирано съгласие

### **Трета група респонденти:**

- ✓ лекари, работещи в НО на МБАЛ, УМБАЛ и МОБАЛ
- ✓ със специалност „Нервни болести”
- ✓ стаж не по-малко от 1 година по специалността „Нервни болести”
- ✓ подписан формуляр за информирано съгласие

### **❖ Органи на наблюдението**

В голяма част проучването е проведено от докторанта, като в посочените звена са използвани като сътрудници старшите медицински сестри – предварително запознати с целта, методиката за провеждане на изследването и обучени за работа с инструментариума (анкетните карти).

### **❖ Характер на проучването**

Изследването е репрезентативно, представителната извадка е формирана чрез случаен подбор. Спазен е принципът на доброволност, проучването е проведено в реална работна среда за медицинските сестри и лекарите в НО на МБАЛ, УМБАЛ и МОБАЛ. Близките на пациенти са включени в проучването по време на болничния престой на пациента с мозъчен инсулт или при провеждането на контролен преглед след хоспитализацията.

### **❖ Време и място на проучването:**

✓ Проучването на **близките на пациенти** е проведено в периода 2016 – 2017 година в гр. Сливен, пациентите с мозъчен инсулт са хоспитализирани в НО на МБАЛ „Д-р Иван Селимински”-АД и МБАЛ „Хаджи Димитър” гр. Сливен.

- ✓ Проучването на **медицинските сестри** е проведено в периода 2017 – 2018 година в НО на следните бази - МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-АД и МБАЛ „Хаджи Димитър” гр. Сливен, МОБАЛ „Ст. Черкезов” гр. Велико Търново, УМБАЛ „СВ. Георги” гр. Пловдив и „МБАЛ-Благоевград“-АД гр. Благоевград.
- ✓ Проучването на **експертното лекарско мнение** 2017-2018 година в НО на следните бази - МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-АД и МБАЛ „Хаджи Димитър” гр. Сливен, МОБАЛ „Ст. Черкезов” гр. Велико Търново, УМБАЛ „СВ. Георги” гр. Пловдив и „МБАЛ-Благоевград“-АД гр. Благоевград.
- ✓ **Медицинската документация** е проучена за периода 01.01 – 01.03.2015 г - „История на заболяването” на пациенти, хоспитализирани по повод мозъчен инсулт в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД – гр. Сливен.

❖ **Организация на проучването – етапи**

Организацията на дейностите по дисертационния труд е представена на *Табл. 1.*

**Табл. 1. Организация на проучването - етапи, дейности, инструментариум и време на проучването**

Етап	Описание на дейността	Инструментариум м Обхват	Време/Място
Първи етап Пилотно проучване	▫ Проучване на медицинска документация „История на заболяването” на пациенти хоспитализирани в НО по повод мозъчен инсулт.	(n=100)	01.01-01.03.2015г МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-АД Сливен
	▫ Провеждане на пилотно проучване с близки на пациенти хоспитализирани в НО по повод	Използвана е собствено разработена анкетна карта (n=15)	03.2016 г. МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-АД Сливен

	мозъчен инсулт.		
<b>Втори етап</b> Същинско проучване	▫ Провеждане на анкетно проучване с близки на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт.	Анкетна карта №1 (n=70)	2016-2017 г. МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-АД Сливен МБАЛ „Хаджи Димитър” - Сливен
	▫ Провеждане на анкетно проучване с медицински сестри работещи в НО.	Анкетна карта №2 (n=32)	2017 - 2018 г. МБАЛ „Д-р Иван Селимински”-АД Сливен МБАЛ „Хаджи Димитър” - Сливен МОБАЛ „Ст. Черкезов” - Велико Търново УМБАЛ „СВ. Георги” - Пловдив МБАЛ-Благоевград-АД
	▫ Провеждане на анкетно проучване с лекари работещи в НО, със специалност „Нервни болести”.	Анкетна карта №3 (n=21)	2017 – 2018 г. МБАЛ „Д-р Иван Селимински”-АД Сливен МБАЛ „Хаджи Димитър” - Сливен МОБАЛ „Ст. Черкезов” - Велико Търново УМБАЛ „СВ. Георги” - Пловдив МБАЛ-Благоевград-АД
	▫ Обработване на резултатите от проведените анкетни проучвания с трите групи респонденти.	Анкетни карти №1, 2, 3 (n=123)	2018 г.
<b>Трети етап</b> Експеримент	▫ експеримент за практическото приложение на скалата Глазгоу-Лиеш с медицински сестри в НО на МБАЛ ”Д-р Ив. Селимински” гр. Сливен.	Протокол за проведен експеримент (n=6)	23.10.2018 г. МБАЛ „Д-р Иван Селимински”-АД Сливен
	▫ анализ на резултатите от проведеният експеримент.	Протокол за проведен експеримент (n=6)	10. 2018 г.

## ❖ Източници на набиране на информация

- ✓ Литературни източници ,предоставящи данни за възстановяването след мозъчен инсулт и справянето с неговите последици
- ✓ Литературни източници, предоставящи данни за приложението на скалата Глазгоу-Лиеш в практиката на медицинските сестри
- ✓ Медицински стандарт „Нервни болести” и Национален консенсус за профилактика, диагностика и лечение на мозъчносъдовите заболявания
- ✓ Законова рамка, регламентираща обучението и практиката на медицинската сестра в България
- ✓ Официална документация на Катедра „Здравни грижи” в МУ – Варна
- ✓ Медицинска документация
- ✓ Мнение на близки на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт, на медицински сестри и лекари работещи в НО
- ✓ Протокол от проведен експеримент

## ❖ Инструментариум на проучването

### ✓ Анкетни карти

За осъществяване на целта и задачите на проучването са изработени три анкетни карти, които съдържат затворени и отворени въпроси.

**Анкетна карта №1** за близки на пациенти с мозъчен инсулт – анкетата съдържа открити и закрити въпроси разпределени в четири групи:

- ❖ 1 група въпроси – демографски и общи данни, 8 въпроса
- ❖ 2 група въпроси – здравословно състояние/грижи, 7 въпроса
- ❖ 3 група въпроси – ниво на информираност, 5 въпроса
- ❖ 4 група въпроси - качеството на живот на пациента, 16 въпроса разпределени в три групи – професионална дейност, социализация и свободно време, задължения на оказващия грижа към пациента.

**Анкетна карта №2** за медицински сестри обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла – анкетната карта съдържа открити и закрити въпроси разпределени в три групи:

- ❖ 1 група въпроси – демографски и общи данни, 7 въпроса
- ❖ 2 група въпроси – здравословно състояние/грижи, 3 въпроса
- ❖ 3 група въпроси – ниво на информираност, 15 въпроса

**Анкетна карта №3** за експерти – лекари работещи в НО със специалност „Нервни болести” – анкетната карта съдържа открити и закрити въпроси разпределени в три групи въпроси:

- ❖ 1 група въпроси – демографски и общи данни, 5 въпроса
- ❖ 2 група въпроси – здравословно състояние/грижи, 3 въпроса
- ❖ 3 група въпроси – ниво на информираност, 17 въпроса

#### ✓ **Протокол за експеримент**

Провеждането на експеримент в хода на проучването, наложи изготвянето на подходяща форма за отчитане на резултатите. Разработен е протокол, чиито табличен вид да позволи и улесни участниците в оптималното отразяването на получените при провеждането на експеримента резултати. Съдържа две части – съответстващи на двата етапа на експеримента, нанесени са основните параметри на скалата Глазгоу-Лиеж и съответните им точки, с цел точно анализиране на резултатите.

#### ✓ **Информирано съгласие**

Изготвено е информирано съгласие за целта на проучването с подробни данни за проучването, гарантира се поверителността на данните и е представен изследователския екип, както и контакти при допълнително възникнали въпроси или потребност от допълнителна информация.

### **1.3. Методи**

- ✓ **Документален метод** – проучени са нормативни документи – наредби, консенсуси, медицински стандарти, учебна документация на катедра „Здравни грижи” на МУ-Варна, медицинска документация

- ✓ **Анкетен метод** – използвани са преки индивидуални анкети за събиране, анализиране и обобщаване на информацията. Изготвени са 3 отделни анкетни карти за проучване мнението на близки на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт, медицински сестри и лекари в НО.
- ✓ **Експериментален метод** - проведен експеримент в два етапа, включващ 6 медицински сестри, обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт:

**Първи етап** - Оценка на функционалното състояние на пациент с мозъчен инсулт по скалата Глазгоу-Лиеш от медицински сестри в НО.

**Втори етап** - Оценка на функционалното състояние на същия пациент с мозъчен инсулт по скалата Глазгоу-Лиеш от медицински сестри в НО след проведено обучение от изследователя за нейното практическо прилагане

### **Описание на експеримента**

✓ **Цел на експеримента:** изследване на умението на медицинските сестри, обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт за практическото приложение на скалата Глазгоу-Лиеш.

✓ **Обект на експеримента:** медицински сестри, обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла.

✓ **Предмет на експеримента:** степента на засягане на съзнанието при пациент с мозъчен инсулт по скалата Глазгоу-Лиеш.

- ✓ **Задачи за провеждане на експеримента:**
1. Да се осигурят медицински сестри работещи в НО и обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла.
  2. Да се разясни на участниците процедурата на експеримента.
  3. Да се осигури нормална работна среда за провеждането на експеримента.
  4. Да се осигури спокойна среда за провеждане на обучение с участниците.

5. Да се осигурят протоколи за отчитане на резултатите от експеримента.
6. Да се обобщят и анализират резултатите.

❖ **Статистически методи**

За анализ и интерпретация на данните, с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления, взаимозависимостите им и статистическо представяне на резултатите са използвани:

- ✓ **Корелационен анализ** – метод за обработка на статистически данни използвани за изучаване на коефициенти (корелации) между променливи. При анализа се сравняват коефициентите на корелацията между една или повече двойки променливи, за да се установят статистически взаимозависимости между тях.
- ✓ **Честотен анализ** – за качествени променливи – за изчисляване на абсолютни и относителни честоти (%)
- ✓ **Сравнителен анализ** – анализ, при който се прави сравнение на измененията в показателите на променливите по даден признак.
- ✓  **$\chi^2$  анализ** – за проверка на статистически хипотези за връзката между качествени променливи. Използваното от нас критично ниво на значимост е  $\alpha = 0.05$ . Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато Р стойността (P-value) е по-малка от  $\alpha$ .
- ✓ **Графичен анализ** – графично представяне чрез различни фигури на получените резултати (обемни, секторни и стълбовидни диаграми).

Данните от анкетните карти са обработени със статистическата програма SPSS v.20.00 for.



## **2. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

### **2.1. Обзор на сестринските грижи при неврологично болни пациенти в МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-АД гр. Сливен.**

Планирането и осъществяването на здравни грижи при неврологично болни изисква медицинската сестра да се съсредоточи върху различните аспекти на състоянието на пациента. Проучена е медицинска документация на пациенти, хоспитализирани в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД – гр. Сливен за периода 01.01 – 01.03. 2015 г. Целта е да се установи спецификата на осигуряваните здравни сестрински грижи и дейности при неврологични заболявания на пациенти, хоспитализирани в Неврологично отделение на МБАЛ “Д-р Иван Селимински“ – Сливен.

Осигуряваните в отделението сестрински дейности са насочени в няколко основни направления: грижи за болния, хигиенни грижи, работа с медицинска апаратура и комуникация с пациента и неговите близки. Медицинската сестра изпълнява различни роли в обслужването на пациента в периода на болнично лечение: обучителна, подкрепяща, коригираща, напътстваща, подпомагаща и др.

В неврологично отделение се прилага диференциран подход – пациенти с тежки количествени нарушения на съзнанието, епилептичен статус и дихателни нарушения се настаняват в интензивен сектор. В зависимост от състоянието на болния се извършва санитарна обработка. Тоалетът и хигиената на неврологично болните са важни за целия лечебен процес.

От проучената медицинска документация на неврологично болни 57% от пациентите самостоятелно са извършвали хигиенните си нужди, а при 43% тези грижи са извършвани ежедневно по време на болничния престой от медицинските сестри. Частичен или пълен тоалет се извършва сутрин и вечер, а при необходимост и по-често (43%). Кожата на болните се пази чиста и здрава, те се катетеризират, с което се гарантира стриктното следене на диурезата. Ежедневно след хигиенен тоалет се извършва тоалет против декубитус (43%). При болни с количествени нарушения на съзнанието ежедневно

се осъществяват грижи за устната кухина, очите и носа, провежда се честа аспирация на орални секрети.

Диагностичният процес при мозъчносъдовите заболявания включва прецизна анамнеза, соматичен статус, неврологичен статус, както и уточняване на придружаващи заболявания и рискови фактори. Установяването на точното време на настъпване на симптомите, вида на мозъчния инсулт, локализацията, етиологията, наличието на рискови фактори и придружаващи заболявания е от първостепенна важност за хода на възстановителния процес.

Най-висок е дялът на пациенти с артериална хипертония (76%), диабет малко над половината (57%) и други придружаващи заболявания имат 1/3 от тях. Контролът на придружаващите заболявания е част от лечебния процес и има влияние за избягването на рецидиви.

Съществена е ролята на медицинската сестра за пълноценното организиране и осъществяване на назначените диагностични изследвания и консултации. Резултатите от проучената медицинска документация показват, че на всички пациенти се провеждат необходимите и задължителни изследвания в диагностичния процес.

Контролът върху придружаващите соматични заболявания - захарен диабет, артериално хипертония, ССН и ритъмни нарушения, бъбречни, чернодробни и кръвни заболявания е определящо и за високият процент проведени консултации (67%). Наблюдението за развитие на усложнения, като пневмония, декубитус, уринарни инфекции, сепсис и др. и тяхното адекватно лечение е причината за проведените допълнителни микробиологични (3%), рентгенови (55%) и други (16%) изследвания.

При голяма част от неврологично болните виталните функции са силно нарушени, което изисква динамично проследяване от медицинската сестра – редовно мониториране на температура, пулс, артериално налягане, ЕКГ, дишане, сатурация на кислорода, диуреза, ниво на кръвната захар, засягане на съзнанието, а при тежко болните с трудно преглъщане и водно-електролитен баланс.

Определянето на засягане на съзнанието по скалата Глазгоу-Лиеш дава възможност за по-точна преценка и детайлно наблюдение на състоянието на пациента, но медицинските сестри не я прилагат на практика. От проучената документация става видно, че промени в съзнанието по скалата се регистрират само от лекар при 43% от пациентите.

Наблюдението на болните изисква вниманието на медицинската сестра да е насочено също и към появата на гърчове, психични промени, халюцинации, еуфория, хълцане, повръщане, болки в тилната област, променлива ширина на зениците, обилно изпотвяване, нарушения в дишането и сърдечната дейност, както и своевременно известяване на дежурния лекар.

При някои пациенти се налага необходимостта от изкуствено хранене – парентерално въвеждане на хранителни вещества, течности, електролити и витамини, чрез венозни инфузии и хранене през стомашна сонда.

Точното и стриктно изпълнение на терапевтичните лекарски назначения включва изписването, получаването, правилното съхранение на назначените медикаменти и прилагането им в определеното време и доза.

В хода на лечебния процес медицинската сестра активно контактува с болния, ако неговото състояние позволява, както и с неговите близки – от приемането на неврологично болния с попълването на необходимата документация и получаването на анамнестични данни, до изписването и подготовката за подходящ режим в дома.

Значителна част от неврологично болните се изписват с подобрение след лечението, но на I или II режим (47%). При I режим болните са в увредено състояние, не могат да стават от леглото и имат нужда от подкрепа за хранене, хигиенни и физиологични нужди. При II режим болните могат да стават от леглото само с придружител и имат нужда от ежедневна помощ за храненето, обличането, поддържането на личната хигиена и изпълнението на ежедневните дейности.

Рехабилитацията след преживян мозъчен инсулт е сложен и продължителен процес, насочен към превъзможване на усложненията и последиците. Тя цели да възстанови

максимално болния и подготви за самостоятелен и независим живот, препоръчва се рано започване на рехабилитацията, както и нейното продължаване след изписването, през първата година от инсульта. С помощта на различни упражнения се цели възвръщането на старите умения или изграждане на нови за справяне с ежедневните дейности. 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 рехабилитацията провеждан в болничното отделение. 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 и др.

## **2.2. Компетентност на медицинските сестри и необходимост от допълнително обучение по отношение на актуални тенденции и добри медицински практики в обгрижването на пациенти с мозъчен инсулт**

В периода 2015 – 2017 г. се проведе анкетно проучване в следните бази МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“-АД гр. Сливен, МБАЛ „Х. Димитър“ гр. Сливен, МОБАЛ „Ст. Черкезов“ гр. Велико Търново, УМБАЛ „Св. Георги“ гр. Пловдив, „МБАЛ-Благоевград“-АД гр. Благоевград. Прицелната популация обхваща медицински сестри обслужващи пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла и лекари със специалност „Нервни болести“ от Неврологични отделения в посочените бази.

Анкетиран са 21 лекари със специалност Неврологични болести, от които 15 жени и 6 мъже, с трудов стаж по специалността от 1 до 30 години. Прави впечатление, че най-голям е броят на лекарите с по-малък стаж – до 10 години (n=7), (Табл.2).

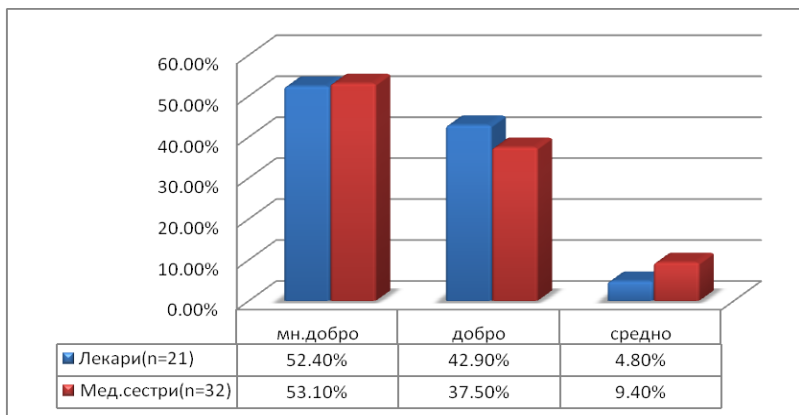
**Табл. 2. Разпределение на респондентите според трудовия стаж**

<b>Трудов стаж по специалността</b>	<b>Лекари/Брой</b>	<b>Медицински сестри/Брой</b>
<b>До 10 години</b>	7	4
<b>От 11 до 20 години</b>	5	7
<b>От 21 до 30 години</b>	4	14
<b>Над 30 години</b>	5	7

Анкетираните медицински сестри са 32, всички са жени, с трудов стаж в неврологично отделение от 1 до над 30 години, 2/3 от тях са с над 20 години опит в Неврологично отделение.

По отношение на образователната степен само една от медицинските сестри е „магистър”, 10 са „бакалавър” и 21 – „специалист”.

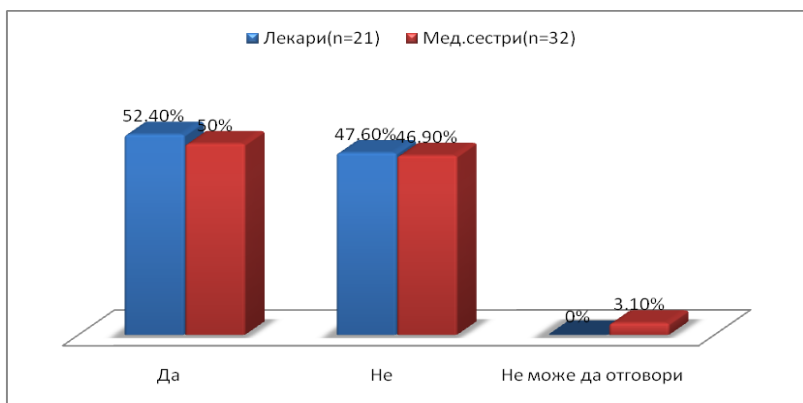
Количествените нарушения на съзнанието при някои пациенти с мозъчен инсулт, са определящи за интензивността и тежестта на грижите полагани от медицинските специалисти. Медицинският екип осигуряващ 24 часова медицинска помощ трябва да е добре физически и психически подготвен, подложен е на стрес и напрежение в ежедневната си дейност. Общите хигиенни грижи, рехабилитационните мероприятия и провежданите процедури в процеса на възстановяване на болния подлагат особено медицинските сестри на сериозни физически изпитания и натоварване. Анкетираните определят в голям процент своето здраве, като много добро – повече от 50% и при двете групи респонденти и добро – около 40% (Фиг. 1).



**Фиг. 1. Здравословното състояние на респондентите**

Не се установи статистически значима връзка между трудовия стаж и оценката на запитаните за здравословното им състояние ( $\text{sig} = 0,258$ ). Въпреки, че връзката не е статистически значима тя е права, тъй като корелационният коефициент е положителен 0,246.

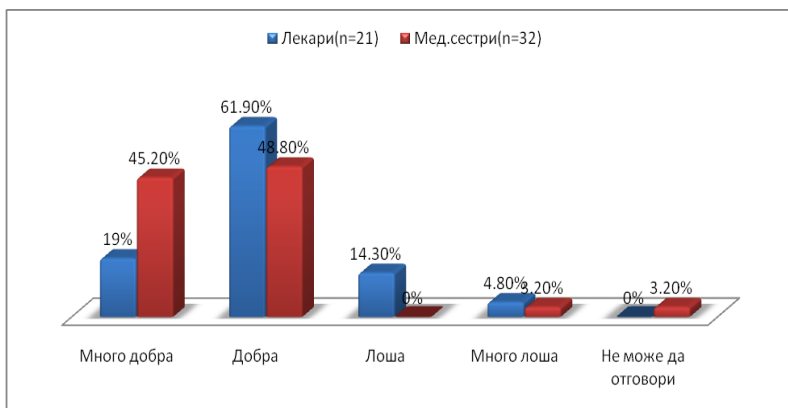
Според повече от половината експерти (52.4%) и половината медицински сестри (50%) грижите за пациенти с инсулт могат да повлияят отрицателно върху здравето им, а останалите считат, че отрицателно влияние върху здравето им няма (Фиг. 2).



**Фиг. 2. Отрицателно влияние на грижите за пациентите върху здравето на лекари и медицински сестри**

Респондентите и от двете групи с по-голям трудов стаж (над 20 г.) считат, че грижите за пациентите не влияят отрицателно на здравето им, а тези с по-малко от 20 години професионален опит са на обратното мнение. Връзката е обратна, т.к. корелационният коефициент е отрицателен ( $r = -0,227$ ) и това може да бъде обяснено с факта, че проблеми със здравословното състояние имат по-възрастните и съответно с повече опит респонденти, при които здравословните проблеми са по причини различни от грижите за пациентите. По-младите и с по-малко опит експерти и медицински сестри, при които липсват здравословни проблеми е нормално да предполагат появата на влияние върху здравето им за бъдещ период.

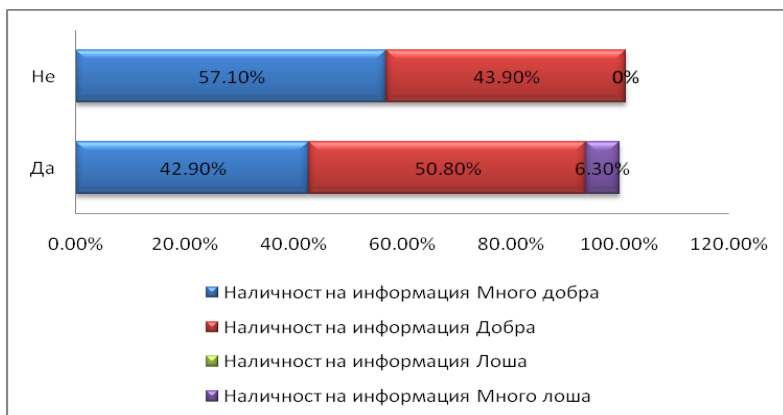
Редица научни прояви и медицински форуми в областта на медицината дават възможност за споделяне на ценен опит, идеи и иновации в определено направление. Представянето и обсъждането на съвременни тенденции в лечението, профилактиката, грижите за болните повишава квалификацията на участниците и подобрява медицинската практика. При изследване мнението на респондентите за наличността на актуална информация за мозъчните инсулти установихме съществена разлика (Фиг. 3).



**Фиг. 3. Наличност на информация за мозъчните инсулти, насочена към медицинските специалисти по здравни грижи**

Резултатите показват, че лекарите в по-голям относителен дял (61.9%) определят като „добра” наличността на информация за мозъчните инсулти насочена към специалистите по здравни грижи, докато близо половината медицински сестри (45.2%) я определят като „много добра” ( $\chi^2=5,65$ ;  $p<0,05$ ). Прави впечатление, че за близо 1/5 от експертите информираността е лоша (14.3%) и много лоша (4.8%).

Потърсихме мнението на сестрите за необходимостта от допълнително обучение по теми, касаещи профилактиката, лечението, общите грижи и рехабилитацията при мозъчен инсулт, като им предоставихме и възможността сами да предложат и други въпроси, по които имат нужда от допълнителна подготовка (Фиг. 4).



**Фиг. 4. Необходимост от допълнително обучение по актуални теми за мозъчните инсулти**

Не установихме статистически значима връзка между мнението на медицинските сестри за наличността на информация за мозъчните инсулти и необходимостта от допълнително обучение ( $p=0,464$ ). Респондентите, които подкрепят допълнително обучение считат, че информираността е „много добра” (43%), за малко над половината е „добра” (50.8%) и за 6.3% е „много лоша”. Над половината от сестрите (57.1%), които отхвърлят необходимостта от допълнително обучение са определили наличността на информация за

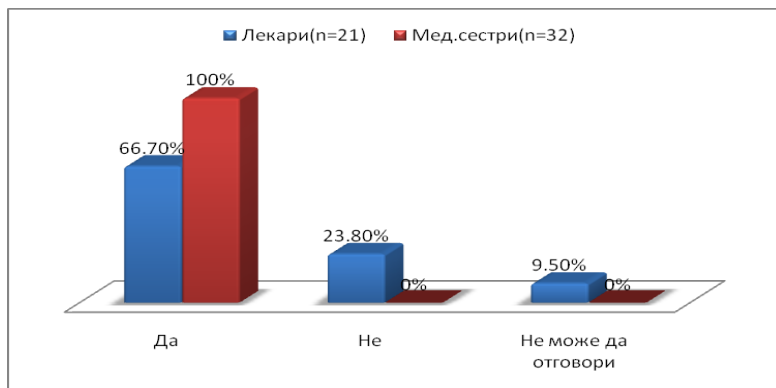


мозъчните инсулти като „много добра”, на същото мнение са и останалите (42.9%), които определят наличността на информация по теми свързани с лечението, профилактиката, рехабилитацията на мозъчните инсулти като „добра”.

Медицинските сестри имаха възможност и сами да посочат теми, за които имат необходимост от допълнително обучение. Направили са следните предложения:

- ✓ Актуални медицински стандарти при мозъчно-съдовите заболявания.
- ✓ Алгоритми за диагностика и лечение на мозъчните заболявания.
- ✓ Нови добри практики и резултати в неврологията.
- ✓ Първична и вторична профилактика на мозъчните инсулти.
- ✓ Реанимация на тежко болен.
- ✓ Рехабилитация при болни с мозъчен инсулт.
- ✓ Приложение на скали Глазгоу-Лиеш, NIHSS, скала Ранкин и индекс на Бартел.
- ✓ Тромболиза при болни с мозъчен инсулт.
- ✓ Борба с депресията след мозъчен инсулт.
- ✓ Учредяване на центрове за борба с инсулта.

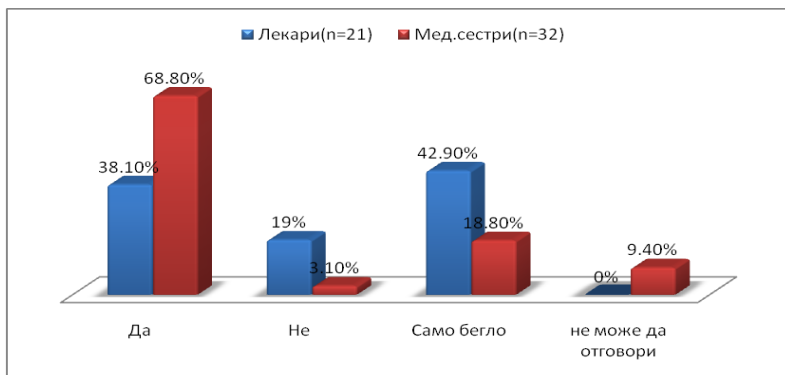
Според медицински стандарт „Нервни болести” се изисква ежегодно участие на медицинските сестри обслужващи легла за интензивно лечение или лечение на мозъчни инсулти към неврологичните отделения в програма за продължаващо обучение, с цел прилагане на актуални тенденции и правила за добри сестрински практики (Фиг. 5).



**Фиг. 5. Прилагане на актуалните правила за добра сестринска практика**

Установихме съществена разлика в мнението на респондентите ( $\chi^2=9,33$ ;  $p<0,05$ ), като всички анкетираните специалистите по здравни грижи (100%) заявяват, че са запознати и прилагат актуалните правила за добра сестринска практика, но близо 24% от експертите са на противоположното мнение и изразяват своето съмнение относно компетенциите на медицинските сестри. Прави впечатление, че близо 10% от лекарите не могат да преценят.

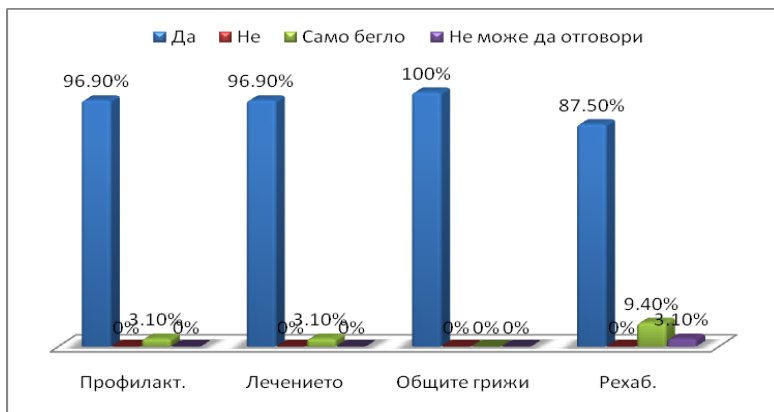
Медицински стандарт „Нервни болести” съдържа препоръките съобразно класовете и нивата на медицината, базирани на доказателства. Консенсусите и алгоритмите в областта на мозъчно-съдовите заболявания в България, като например Алгоритми за диагноза и лечение на мозъчно-съдови заболявания и Национален консенсус за профилактика, диагностика и лечение на мозъчно-съдовите заболявания обобщават опита натрупан в последните години от българските невролози и са съобразени с международните такива. Установихме съществена разлика в мнението на двете групи респонденти по отношение на компетентността на медицинските сестри за актуалните правила (Фиг. 6).



**Фиг. 6. Компетентност на медицинските сестри по отношение на актуалните стандарти, консенсуси и алгоритми за профилактика и лечение на мозъчен инсулт**

По-малко от половината лекари (38.1%) считат, че специалистите по здравни грижи са запознати с тези правила, като повечето (42.9%) са на мнение, че сестрите само бегло ги познават. Респондентите специалисти по здравни грижи са на противоположно мнение ( $\chi^2=4,72$ ;  $p<0,05$ ), близо 70% заявяват, че са компетентни по отношение на актуалните стандарти, но 18.8% само бегло са запознати. Прави впечатление, че 9.4% от сестрите не могат да отговорят на този въпрос, което приемаме като непознаване на стандартите, консенсусите и алгоритмите.

Проучихме по-детайлно подготовеността на медицинските сестри по отношение на първична и вторична профилактика, лечението на последиците от инсулта, както и общите грижи за пациентите с инсулт и рехабилитацията (Фиг. 7).



**Фиг. 7. Компетентност на медицинските сестри**  
 \*% надвишава 100 т.к. респондентите са посочвали повече от един отговор

Почти всички медицински сестри заявяват своята компетентност за профилактиката на инсултите (96.9%), за лечението (96.9%) и 100% за общите грижи за пациенти с мозъчен инсулт. По отношение на рехабилитационния процес националният консенсус препоръчва приложение на координирана мултидисциплинарна рехабилитация, но близо 10% от респондентите имат само бегла представа за тези процедури.

Потърсихме мнението на респондентите за влиянието на допълнителните обучения на медицинските сестри върху качеството на грижите. Близо 88% от медицинските сестри считат, че допълнителните обучения повишават качеството на грижите за пациентите, малък относителен дял нямат мнение и не мислят, че обучението влияе върху оказваните грижи (6.3%).

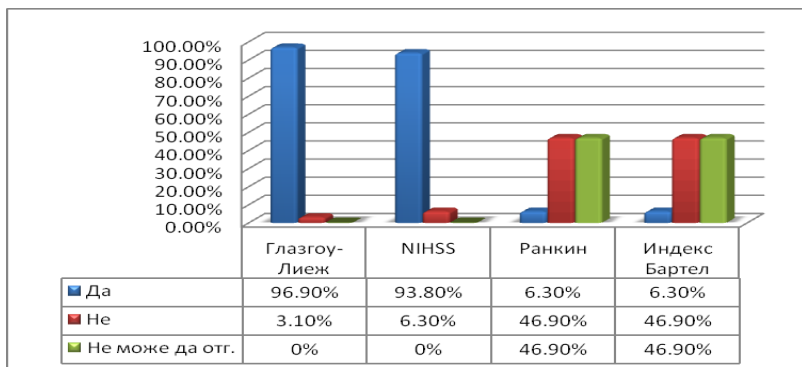
Засягането на съзнанието при пациенти с мозъчен инсулт е определящо за специфичните сестрински грижи. Болните са напълно зависими по отношение на всички техни нужди. Всяка грешка или пропуск в сестринските грижи би могло да доведе до развитие на усложнения, удължаване на болничния престой и до забавяне на възстановителният процес.

### **2.3. Проучване на практическото приложение на скалата Глазгоу-Лиеш за оценка на функционалното състояние на неврологично болни пациенти в сестринската практика.**

Скалите използвани за оценка на съзнанието, тежестта на инсултите и степента на инвалидизация са: Глазгоу-Лиеш (GCS), NIHSS, скала на Ранкин и индекс на Бартел. При приемане и при дехоспитализация всички болни се оценяват по Глазгоу-Лиеш и NIHSS скалите от лекар, а за обективно преценяване степента на инвалидизация след инсульта скала на Ранкин и индекс на Бартел.

Проучените литературни източници показват, че в световната медицинската практика скалата Глазгоу-Лиеш се прилага от лекари, медицински сестри, парамедици и студенти. Тя е универсален инструмент за определяне на степента на засягане на съзнанието. Намира приложение в неврологията, неврохирургията, спешната медицина и др. По данни от проучената нормативна и официална учебна документация, медицинските сестри у нас не получават теоретична, методическа и практическа подготовка по време на обучението си и не прилагат практически скалите за определяне засягане на съзнанието. Съществени фактори, определящи спецификата в сестринските грижи при пациенти с мозъчен инсулт са именно промените в съзнанието и степента на зависимост на пациента. В учебната програма по Сестрински грижи за неврологично болни на специалност „Медицинска сестра” не е включена теоретична подготовка и обучение по практическото приложение на въпросните скали.

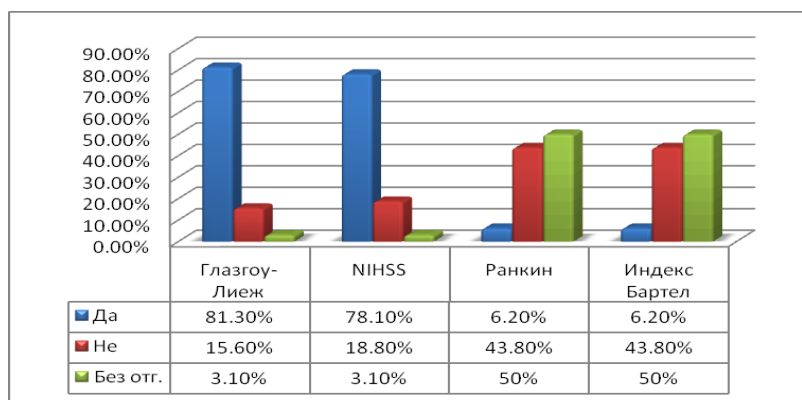
Проверихме запознати ли са медицинските сестри с общоприетите скали за оценка на функционалното състояние на пациент с мозъчен инсулт. Установихме съществена разлика в компетентността на медицинските сестри по отношение на четирите скали (Фиг. 8).



**Фиг. 8. Компетентност на медицинските сестри за приложение на скалите за определяне на функционалното състояние на пациент**

Много висок относителен дял от анкетираните заявяват, че познават скалите Глазгоу-Лиеж (96.9%) и NIHSS (93.8%). Противоположни са резултатите за скала на Ранкин и индекс на Бартел – близо половината не ги познават (46.9%) и само 6.3% заявяват, че са компетентни.

Попитахме медицински сестри използват ли в практиката си скалите, за да определят степента на засягане на съзнание на пациента (Фиг. 9).



**Фиг. 9. Приложение на скалите от медицински сестри**

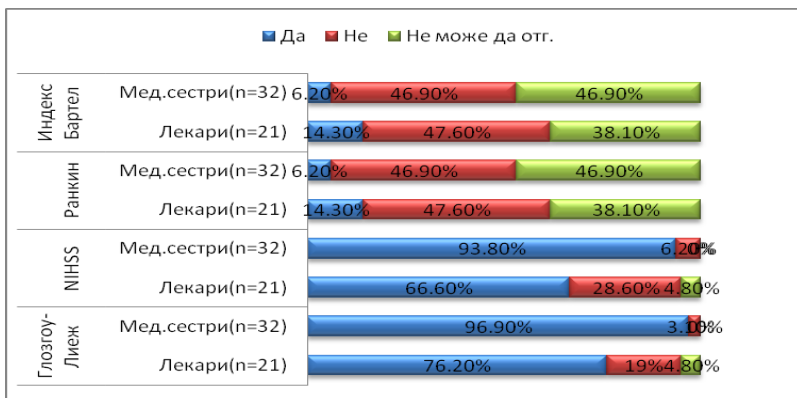
Близо 82% заявяват, че не прилагат самостоятелно, но използват за преценка състоянието на пациента в ежедневната си практика скалата Глазгоу-Лиеш, а 15.6% - не я използват. Резултатите за скала NIHSS са сходни – близо 80% я прилагат, а 18.8% не я използват. Използването на скалите в практиката без това да е част от сестринските компетенции, доказва необходимостта от промяна в тази посока.

Установихме статистически значима връзка между „Познаването на скала Глазгоу-Лиеш” и „Прилагането на скала Глазгоу-Лиеш” ( $\chi^2=4,47$ ;  $p<0,05$ ). Никой от респондентите посочили, че не познават скалата не е посочил, че я прилага, т.е. увереността, че познават скалата позволява на сестрите да я прилагат, за да преценят промените в състоянието на болния. Това ни позволява да предположим, че добрата теоретична и практическа подготовка на медицинските сестри за приложение на скалата, ще осигури правилна преценка на степента на засягане на съзнанието на пациенти с мозъчен инсулт.

Точната оценка на състоянието на пациента гарантира своевременното информироване на лекаря за настъпили промени в състоянието на болния, адекватно поведение в терапевтичния план и правилно планирани сестрински грижи. Това подкрепя и нашата хипотеза, че определянето на степента на засягане на съзнанието при пациенти с мозъчен инсулт чрез прилагане на скалата Глазгоу-Лиеш от медицинските сестри ще повиши качеството при осъществяване на грижите за неврологично болни пациенти.

Противоположни са резултатите за скала Ранкин и индекс на Бартел – 44% не ги прилагат, само 6% посочват, че ги прилагат и 50% не могат да отговорят на поставеният въпрос. Тревожен е факта, че половината медицински сестри не могат да изразят мнение, което е показател, че по-вероятно не са запознати със скала Ранкин и индекс на Бартел.

Попитахме и експертите, компетентни ли са медицинските сестри за приложение на скалите за определяне функционалното състояние на пациента и сравнихме резултатите с тези на сестрите (Фиг.10).



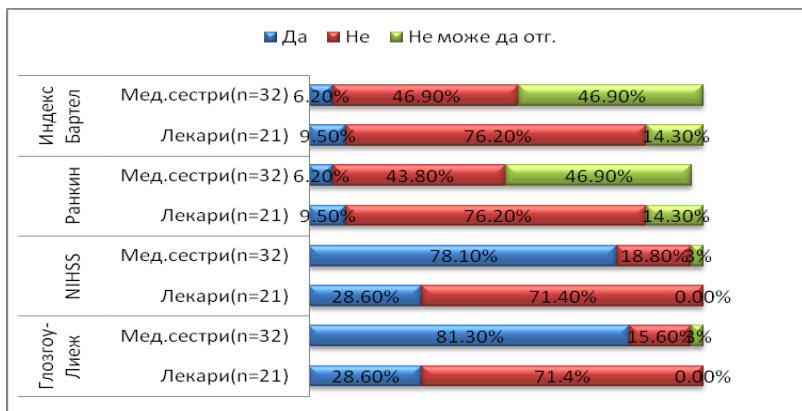
**Фиг. 10. Компетентност на медицинските сестри за приложение на скалите за определяне на функционалното състояние на пациент според експертите**

Според 76.2% от лекарите, медицинските сестри познават скалата Глазгоу-Лиеж, според по-нисък относителен дял 66.6% - скала NIHSS. Близко 50% считат, че скала Ранкин и индекс на Бартел са непознати на специалистите по здравни грижи. Прави впечатление, че голяма част от лекарите не могат да преценят компетентността на сестрите за скала Ранкин и индекс на Бартел (38.1%).

Разликата с мнението на медицинските сестри по отношение на Глазгоу-Лиеж скалата и NIHSS е съществена. Сестрите заявяват своята компетентност по приложението на двете скали в значително по-висок относителен дял – съответно 96.9% и 93.8%, а лекарите 76.2% и 66.6%. За скала Ранкин и индекс на Бартел лекарите в по-голяма степен (14.3%) от самите сестри (6.2%), заявяват, че сестрите са запознати с тях.

За приложението на посочените скали респондентите експерти са категорични, че медицинските сестри не прилагат в практиката си общоприетите скали за определяне на засягането на съзнанието и определяне на последиците от инсулта (Фиг. 11).





**Фиг. 11. Приложение в практиката на общоприетите скали за оценка на функционалното състояние на пациенти с мозъчен инсулт от медицинските сестри**

Съществена разлика открихме в мнението на експертите относно познаването и приложението на скалите от медицинските сестри в практиката. Висок относителен дял експерти посочиха, че медицинските сестри познават скалата Глазгоу-Лиеж (76.2%), но само 28.6% твърдят, че сестрите могат да я приложат в практиката си, за да определят състоянието на пациента ( $p < 0,05$ ).

Установихме съществена разлика в мнението на двете групи респонденти. Близко 82% от специалистите по здравни грижи заявяват, че прилагат скала Глазгоу-Лиеж за преценка на състоянието на пациента, но от експертите само 28.6% подкрепят уменията на сестрите за практическо приложение на този инструмент.

За скала NIHSS мнението на анкетираните отново има съществена разлика. Според повечето експерти (71.4%), сестрите не могат да прилагат на практика NIHSS, а 78.1% от медицинските сестри посочват, че могат да прилагат скалата ( $p < 0,05$ ).

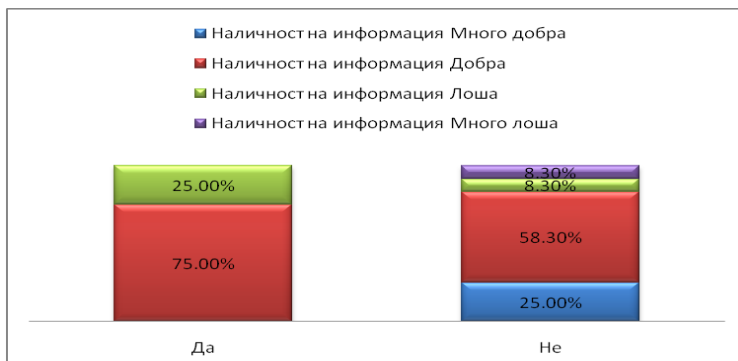
Проучването на практическите умения на медицинските сестри за приложение на скала Ранкин и индекс на Бартел показва категоричното становище на лекарите, че сестрите не прилагат тези скали (76.2%). Близо половината медицински сестри отричат използването на тези инструменти в практиката си, а останалата част не могат да отговорят на поставеният въпрос, което може да обясним със същността на самите скали. Скала Ранкин и индекс на Бартел се използват за определяне степента на възстановяване след инсулта, а скала Глазгоу-Лиеж и NIHSS за определяне степента на неврологична увреда.

Потърсихме мнението на експертите за необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри за практическо приложение на скалата Глазгоу-Лиеж (Фиг. 12).



**Фиг. 12. Необходимост от обучение на медицинските сестри за скала Глазгоу-Лиеж (според експертите)**

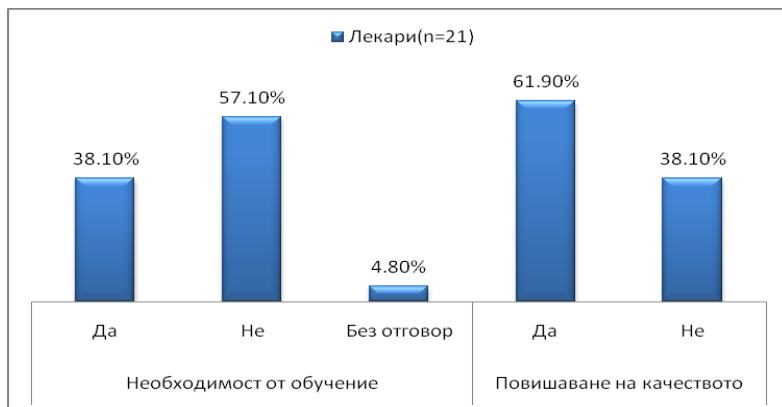
Повече от половината експерти (57.1%) не подкрепят необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри за приложение на скалата Глазгоу-Лиеж, но за 38.1% такова обучение е наложително. Потърсихме връзка между мнението на експертите за необходимостта от допълнително обучение на медицинските специалисти за скала Глазгоу-Лиеж и преценката им за наличността на информация за мозъчните инсулти насочена към специалистите по здравни грижи (Фиг.13).



**Фиг. 13. Необходимост от обучение за скала Глазгоу-Лиеж според експертите в зависимост от информираността за мозъчните инсулти**

Повечето от лекарите, които подкрепят допълнителното обучение на медицинските сестри за скала Глазгоу-Лиеж определят наличността на информация за мозъчните инсулти, насочена към специалистите като „добра” (75%) и „лоша” останалите експерти (25%). Против допълнително обучение са експертите, които са определили информираността като „много добра” (25%) и „добра” – 58.3%. Прави впечатление, че малка част от лекарите определят наличността на информация за инсултите като „лоша” – 8.3% и „много лоша” – 8.3% и не подкрепят допълнително обучение на медицинските сестри за приложение на скалата Глазгоу- Лиеж.

Попитахме експертите дали подобно обучение за приложение на скалата Глазгоу-Лиеж на специалистите по здравни грижи би повишило качеството на тяхната работа с пациенти с мозъчен инсулт (Фиг. 14).



**Фиг. 14. Повишаване на качеството на работата с пациенти при провеждане на допълнително обучение на медицинските сестри за приложение на скалата Глазгоу-Лиеж**

Според резултатите близо 2/3 от лекарите са на мнение, че подобно обучение на сестрите за приложение на GCS ще повиши качеството на работата с пациенти с инсулт, независимо, че 57.1% от тях посочиха, че такова обучение не е необходимо.

В международен мащаб скалата се прилага не само от лекари, но и от специализанти, студенти и специалисти по здравни грижи в интензивни, неврохирургични, неврологични и спешни отделения. Проверихме мнението на експертите за практическото приложение на скала Глазгоу-Лиеж от медицински сестри (Фиг.15).



**Фиг. 15. Приложение на скалата Глазгоу-Лиеш от медицински сестри според експертите**

Много висок относителен дял от лекарите (71.4%) не биха възложили на медицинските сестри приложение на скалата Глазгоу-Лиеш в ежедневното обгрижване на пациенти, 23.8% - имат доверие в бъдещата компетентността на сестрите за определяне засягането на съзнанието на пациент с инсулт и 4.8% - нямат мнение.

Специалистите в областта на здравеопазването наблюдават двигателната функция, словесното представяне и отварянето на очите на пациента под формата на „проста скала“. Тя се използва постоянно за много заболявания, включително мозъчен инсулт, инфекции, гърчове, мозъчен абсцес, общи травми, нетравматична кома, свръхдоза и отравяне. Може да се прилага и в различни условия, както в доболнична помощ, в спешното отделение и в часовете след приемането на болния, което дава възможност да се следят промените и тенденциите в съзнанието на пациента с течение на времето. Потърсихме мнението на лекарите за точността на приложение на скалата GCS от медицинските сестри (Фиг. 16).



**Фиг. 16. Доверие в точността на приложение на скалата Глазгоу-Лиеш от медицински сестри**

Само 19% от експертите са уверени в точното определяне на степента на засягане на съзнанието от сестрите, а близо 76.2% от експертите не биха се доверили в точността на приложението на скалата от медицинските сестри.

Скалата Глазгоу-Лиеш се използва широко в медицинската практика и се смята за „общ език“ в международен мащаб с цел комуникация и дискусия на различни напредъци в медицината и за прилагането им в грижите за съответните пациенти.

Обучението на студенти в специалност „Медицинска сестра“ не включва теоретична и практическа подготовка за приложение на скалите за определяне на функционалното състояние на пациенти с неврологични заболявания, въпреки този факт, медицинските сестри твърдят, че познават скалите включително и скала Глазгоу-Лиеш.

#### **2.4. Умения на медицинските сестри за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш (резултати от проведен експеримент).**

В световната медицинска практика скалата за оценка на коми по Глазгоу е сред основните инструменти, използвани от медицинските сестри за оценка на неврологичния статус на

пациента. Точността във всички аспекти на оценката на скалата е от първостепенно значение.

В проведеното анкетно проучване по отношение на четирите скали използвани за определяне на функционалното състояние на пациенти с мозъчен инсулт медицинските сестри в най-висок относителен дял (96.9%) посочват, че са компетентни за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш. Освен своята компетентност 82% от тях заявяват, че не прилагат самостоятелно, но използват скалата за преценка състоянието на пациентите в ежедневната си практика.

Организирахме експеримент в реална работна среда, за да проверим умението им за приложение на този „прост инструмент“ за определяне засягането на съзнанието на пациента. В световен мащаб са проведени редица изследвания за правилното приложение на скалата Глазгоу-Лиеш – сред лекари, парамедици, медицински сестри, студенти. Резултатите показват, че лекарите прилагат по-добре скалата от парамедиците, че опитните медицински сестри са по-точни от неопитните. Някои от медицинските специалисти смятат, че инструментът е сложен и заявяват несигурност в прилагането му. Скалата Глазгоу-Лиеш е често погрешно считан от мнозина за „прост инструмент“, когато досегашните доказателства показват, че неговата употреба е сложна и многостранна.

Медицинските сестри участвали в експеримента са с общ трудов стаж над 20 години (Табл. 3).

**Таблица. 3. Професионален опит на участниците (медицински сестри) в експеримента**

<b>Участник/№</b>	<b>Общ трудов стаж</b>	<b>Трудов стаж в НО</b>
<b>1.</b>	<b>20</b>	<b>15</b>
<b>2.</b>	<b>22</b>	<b>1</b>
<b>3.</b>	<b>35</b>	<b>30</b>
<b>4.</b>	<b>36</b>	<b>33</b>
<b>5.</b>	<b>40</b>	<b>40</b>
<b>6.</b>	<b>22</b>	<b>4</b>

В Неврологично отделение повече от 30 години работят три от сестрите, а останалите са с по-малък опит в грижите за неврологично болни пациенти.

В реална работна среда в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински” АД - Сливен, медицинските сестри (n=6) обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт на интензивни легла, определиха степента на засягане на съзнание на пациент с мозъчен инсулт по скалата Глазгоу-Лиеш. След проведено разяснение от изследователя за процедурата на експеримента и запознаването на участниците с протокола за отчитане на резултатите се проведе **първият етап** от експеримента. В реална работна болнична среда в интензивен сектор на Неврологично отделение се извърши определяне на засягане на съзнанието на пациент с мозъчен инсулт, като медицинските сестри отразиха резултатите в протокола за отчитане на експеримента. Участниците определиха трите аспекта на изследването по скалата Глазгоу-Лиеш: отваряне на очите, словесен отговор и моторен отговор.

**Вторият етап** на експеримента се проведе със същия пациент, но след проведено в спокойна среда обучение на участващите медицински сестри за практическото приложение на скалата от изследователя, с помощта на видеофилм. Поставената цел бе да се установи правилно ли са оценили медицинските сестри състоянието на пациента и влияе ли обучението на резултатите.

- По отношение на първия аспект за оценка – **отваряне на очите** всички участници в първия етап на оценяване са отбелязали, че пациента отваря очи „спонтанно”, а след обучението са коригирали своята преценка на отваря очи „на повикване”.
- По отношение на втория аспект – **словесен отговор**, всички медицински сестри са преценили, че пациента е „ориентиран”, след обучението и повторно оценяване са променили своето становище на „объркан”.
- По отношение на **моторния отговор** и при първото оценяване и след обучението участниците в експеримента са направили еднакъв избор – „подчинява се”.



Анализът на резултати показва, че независимо от сериозния професионален опит и увереността в правилното прилагане на скалата Глазгоу-Лиеж, участвалите в експеримент медицински сестри оцениха точно функционалното състояние на пациента с мозъчен инсулт след проведеното обучение от изследователя.

Скалата за оценка на коми по Глазгоу-Лиеж е инструмент, използван рутинно в световната сестринска практика. Популяризирането на скалата чрез провеждане на допълнително обучение, насочено към самостоятелното ѝ приложение от медицинските сестри в неврологичните отделения, би позволило по-точна оценка на състоянието на пациентите и по-адекватното им обгрижване..

## **2.5. Проучване на експертно лекарско мнение за нивото на информираност на близките на пациенти преживели мозъчен инсулт.**

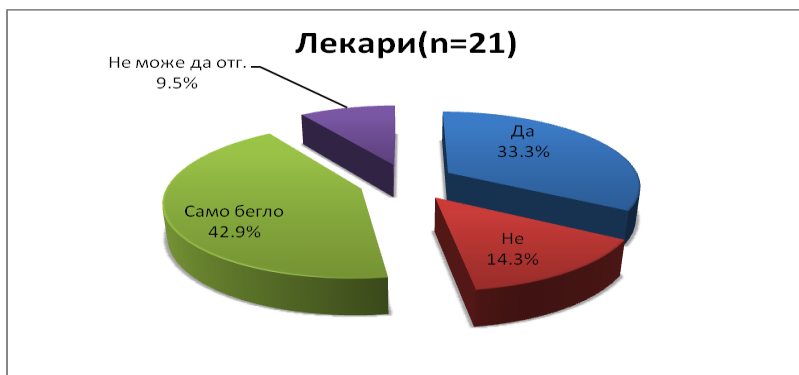
Мозъчният инсулт е изключително тежко заболяване, което много често оставя физически и интелектуални последици. Възстановяването напълно или частично на уменията на болния са съществен фактор за възвръщането му към нормален ритъм на живот и ежедневни дейности.

В хода на изследването потърсихме експертното лекарско мнение по въпроси касаещи, информираността на близките на пациентите при дехоспитализация и подготовката им за справяне с трудностите. Проучено е мнението на респондентите за нивото на информираност на близките на пациент с мозъчен инсулт за първичната и вторичната профилактика, за лечението и общите грижи за болен с инсулт, както и за рехабилитационните мероприятия. Повече от 2/3 от експертите са на мнение, че близките са добре информирани за продължителността на грижите в домашни условия.

Риска от усложнения, определя необходимостта от подготовка и обучение, както на пациента така и на неговите близки за избягване на рисковите фактори. Лекарите са на мнения, че близките са добре осведомени за възможните

усложнения и рискови фактори (86%), но според малък дял - не са запознати - 14.3%.

Първичната профилактика е насочена към предотвратяване възникването на дадено заболяване. При мозъчните инсулти първичната профилактика е насочена към избягване на рисковите фактори, водещи до нарушения на мозъчното кръвообращение. Вторичната профилактика има за цел бързо диагностициране на дадено заболяване и избягване на повторни инциденти. Третичната е насочена към снижаване на ефектите на инсулта и осигуряване на по-добро качество на живот. Според 1/3 от респондентите информацията за профилактиката на мозъчните заболявания към близките е достатъчна (Фиг. 17).



**Фиг. 17. Информираност на близките на пациенти с мозъчен инсулт за първична и вторична профилактика на инсултите**

Близо половината експерти (42.9%) са на мнение, че близките получават информация за първичната и вторична профилактика на инсултите само бегло, според близо 15% информацията не е достатъчна. Висок е процентът на експертите, които са без мнение (10%).

Медицинската сестра, която притежава голям обем знания за здравето и болестта, може да подпомогне планирането на дейности, които да подобрят качеството на живот на пациентите, да подпомогне адаптацията, да окаже психологическа подкрепа за приемане на последиците и

ограниченията от болестта. Последниците от мозъчния инсулт са тежки, както за болния, така и за неговото семейство. Според повечето респонденти (42.9%) близките на пациенти с мозъчен инсулт са само бегло информирани за лечението на последиците от инсулта (Фиг. 18).



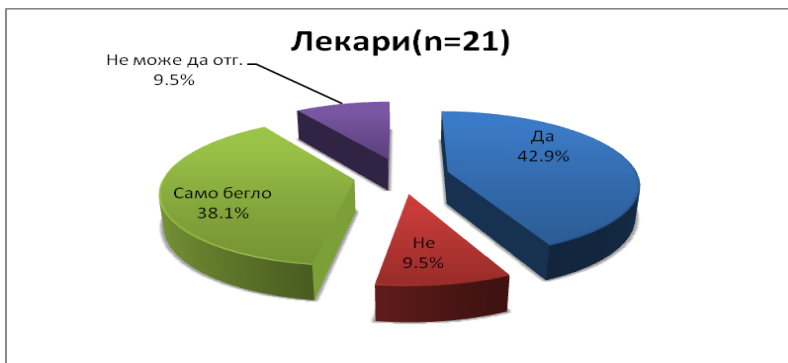
**Фиг. 18. Информираност на близките за симптоматично лечение на последиците от мозъчен инсулт**

Прави впечатление високият относителен дял от лекарите, които нямат мнение по въпроса (19%).

При около 50% от болните с мозъчен инсулт се наблюдава нарушение на речта под формата на афазия или дизартрия. Успоредно с нарушенията в речта се наблюдават нарушения в двигателните функции, в ориентацията за място и време, разстройство на паметта и вниманието. Затруднени са в извършването на ежедневни дейности – обличане, миене, хранене, използване на различни уреди, нарушени са мимики и жестове, невъзможно е извършването на професионални и спортни умения. Мнението на експертите за справянето с общите грижи след инсулт е разделено почти равностойно.

За малко повече от половината експерти, близките са добре информирани за усложненията и грижите след инсулт (52%), а останалите считат, че те имат само бегла информация (48%).

Много съществена част от лечебния процес при мозъчен инсулт е рехабилитацията (Фиг. 19).



**Фиг. 19. Информираност на пациентите за рехабилитационните мероприятия при болни с инсулт**

Тя започва възможно най-рано в зависимост от състоянието на пациента, с цел преодоляване на последиците от инсулта. Рехабилитацията продължава и след приключване на хоспитализацията и е важен фактор за възстановяването на уменията и навиците на пациента. Според близо 43% от лекарите близките на пациентите са запознати с рехабилитационните мероприятия, за 1/3 от експертите само бегло и по равен относителен дял – 10% не могат да отговорят на поставения въпрос и не считат, че близките са подготвени за възстановяващите грижи.

Подготовката и обучението на пациенти преживели мозъчен инсулт в зависимост от състоянието им, или техните близки по време на болничния престой, синхронизирано с лечебния процес и рехабилитационните мерки има за цел – скъсяване на периода на възстановяване на самообслужването и независимостта в ежедневието, подобряване на качеството на живот на преживелите инсулт, снижаване на разходите на болния и неговото семейство, както и превенция на рецидив. Експертите подкрепят (85,7%) провеждането на допълнително обучение на близките за справяне с трудностите след дехоспитализация.

Потърсихме мнението на експертите за необходимостта от допълнителното обучение на близките на пациент с мозъчен

инсулт с цел повишаване качеството на живот на болния и неговото семейство (Фиг. 20).



**Фиг. 20. Повишаване на качеството на живот на пациенти с инсулт след дехоспитализация след проведено обучение на техните близки**

Според близо 86% от лекарите провеждане на обучение на близките на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт би повишило качеството на живот, 10% от лекарите нямат мнение и само 4.8% не откриват необходимост от обучение.

## **2.6. Проучване на качеството на живот на близки на пациенти преживели инсулт.**

Процесът на възстановяване след мозъчен кръвоизлив обхваща няколко етапа. Лечението на острата фаза е първата стъпка включваща 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 ефектите на инсулта.

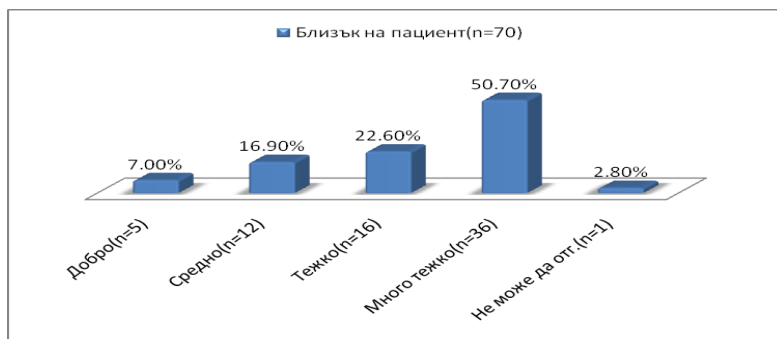
Изследването е проведено в периода 2015-2017 година в гр. Сливен. Обект на проучването са 70 близки на амбулаторни

и хоспитализирани пациенти по повод мозъчен инсулт. Проучени са промени в професионалната дейност, социализацията и свободното време, както и задълженията за ежедневното подпомагане на пациента.

Проучено е мнението на 70 близки на пациенти, от които мъже – 24 и жени – 46. По отношение на възрастовите групи най-голям относителен дял са респондентите на възраст от 41 до 60 години (42%), от 18 до 40 години – 28%, и над 61 години – 30%.

По отношение на родствената връзка с преживелия инсулт пациент, очаквано най-голям е относителния дял на респондентите, за които той е родител (71.8%). Прави впечатление ниският относителен дял от анкетираните, за които пациента е съпруг/съпруга – 1.4%, както и за дъщеря/син – 2.8%. Друг роднина или близък е за 20% и брат/сестра за 4.2% от респондентите.

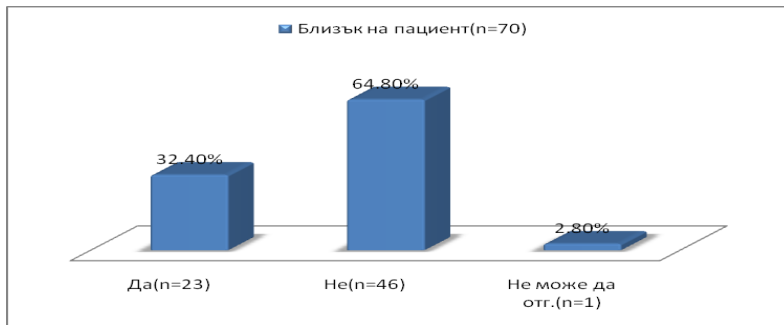
Попитахме респондентите как определят здравословното състояние на своя близък (Фиг. 21).



**Фиг. 21. Здравословно състояние на пациента според близките му**

Повече от половината анкетирани (50.70%) (n=36) определят здравословното състояние на близкия си след мозъчния инсулт като „много тежко”, близо 23% (n=16) - тежко, 17% (n=12) - средно и само 7% (n=5) - добро.

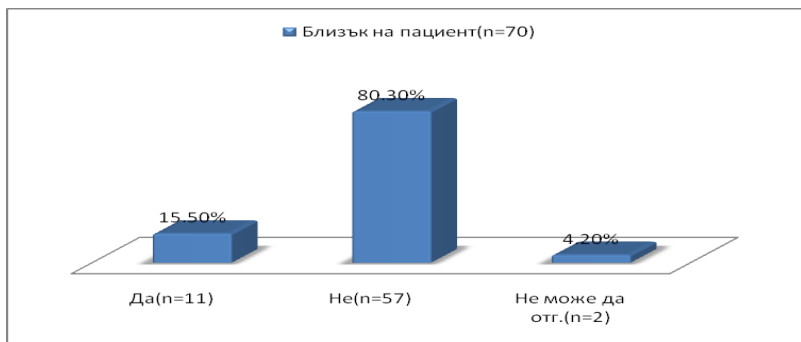
Проучихме колко от анкетираните ще разчитат на помощ от други членове на семейството в процеса на възстановяване на близкия им (Фиг. 22).



**Фиг. 22. Подкрепа в процеса на възстановяване от други членове на семейството**

При преживелите мозъчен инсулт инвалидността достига до 50-75%, която при 10% от тях е тежко изразена и изисква допълнителни грижи и помощ от семейството, близките и обществото. Близо 2/3 от респондентите няма на кого да разчитат в продължителния процес на възстановяване на техния близък (65%). Останалите (33%) ще разделят ангажиментите с друг член от семейството (майка, баща, сестра, съпруг и др).

При около 50% от болните с мозъчен инсулт се наблюдава нарушение на речта под формата на афазия или дизартрия. Успоредно с нарушенията в речта се наблюдават нарушения в двигателните функции, в ориентацията за място и време, разстройство на паметта и вниманието. В голям процент от случаите са налице и промени в емоциите, характера и поведението. Болния често е депресиран, мнителен, избягва общуването с близките си. Една от възможностите за справяне с грижите за пациента е наемането на болногледач. Проверихме каква част от респондентите могат да си позволят наемането на друго лице срещу заплащане (Фиг. 23).



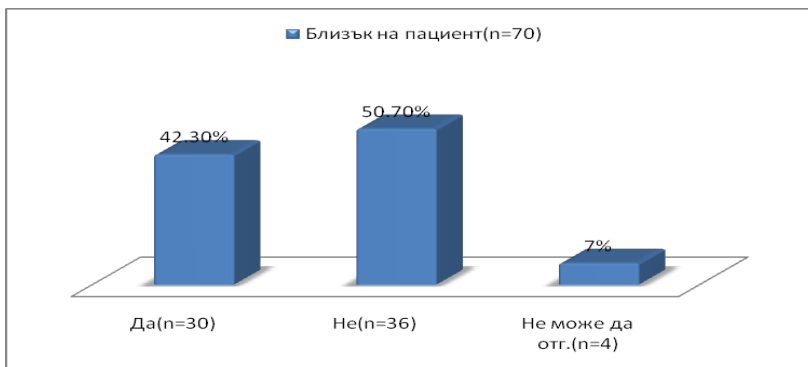
**Фиг. 23. Наемане на болногледач срещу заплащане от близките**

Висок относителен дял от близките не могат да си позволят наемането на болногледач (80.3%), близо 16% - ще наемат жена-болногледач срещу заплащане и 4.20% не могат да преценят.

След прекаран мозъчен инсулт има остатъчни физически и интелектуални недъзи (частична инвалидизация), както и психически увреждания. Подходящото лечение, рехабилитацията и цялостният режим на пациента след дехоспитализация могат да спомогнат, много от тези последствия да се превъзмогнат, ако не изцяло, то поне частично. Най-тежката задача, както за болните, така и за грижещите се за тях е раздвижването и „вдигането” на пациента от леглото. Всеки продължителен период на обездвижване води до намаляване на мускулната сила, в резултат на което мускулите се отпускат (атрофират).

Според голяма част от респондентите грижите полагани за близкия им не могат да повлияят тяхното собствено здраве (74.6%), но 20% от анкетираните 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. Функциониращите в общността социални услуги - домашен патронаж, личен асистент, дневни центрове за възрастни с увреждания, дом за стари хора, могат да подпомогнат в някаква степен семейството на пациент след мозъчен инсулт (Фиг. 24).





**Фиг. 24. Настаняване на пациента в социално заведение**

Половината от респондентите не биха потърсили възможност за настаняване на близкия си в социална институция (50.70%). Като причина за избора си посочват силната емоционална връзка с родителя, собствената убеденост, че ще полагат най-добрите грижи у дома, липса на вяра в добрите грижи в социално заведение и чувството на морална отговорност семейството да се грижи за пациента след дехоспитализация. За много висок относителен дял от анкетираните (42.3%) това е възможност за по-добри грижи, 24 часово наблюдение от специалисти, за пълно обгрижване, рехабилитация и продължаващо лечение.

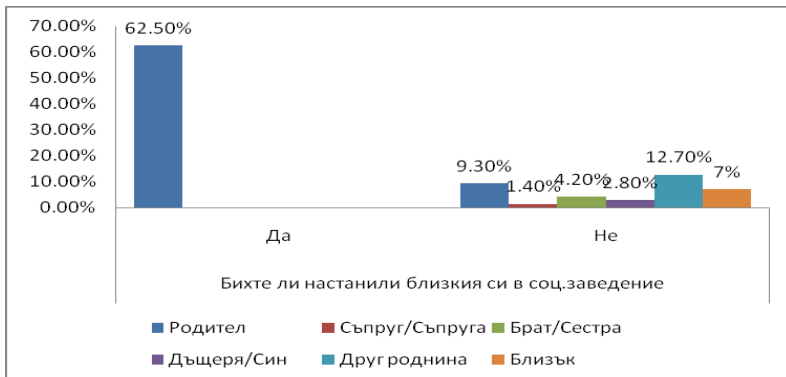
Установихме статистически значима връзка между състоянието на пациента и предпочитанието на близките да бъде настанен в социално заведение (Фиг. 25).



**Фиг. 25. Настаняване в социално заведение в зависимост от състоянието на пациента с инсулт**

Всички респонденти, които са определили състоянието на близкия си след мозъчния инсулт, като добро (n=5) и средно (n=12) не биха го настанили в специализирано заведение. Всички определили състоянието на болния като „тежко” (n=16) и „много тежко” (n=36) считат, че той ще получи по-добри грижи в социална институция ( $\chi^2=17.09$  p<0,05).

Родствената връзка също влияе върху избора за последваща грижа за преживелият мозъчен инсулт (Фиг. 26).



**Фиг. 26. Настаняване в социално заведение според родствената връзка с пациента**

Голям относителен дял от респондентите, за които пациента е родител биха предпочели да се полагат специализирани грижи в социално заведение (62.5%) (n=30) и нито един от респондентите, който е друг роднина не е посочил тази възможност, връзката е статистически значима ( $\chi^2=20.62$  p<0.05). Влияние върху избора за настаняване в социално заведение оказва и нивото на информираност на близките по отношение на продължителните грижи в домашни условия (Фиг. 27).

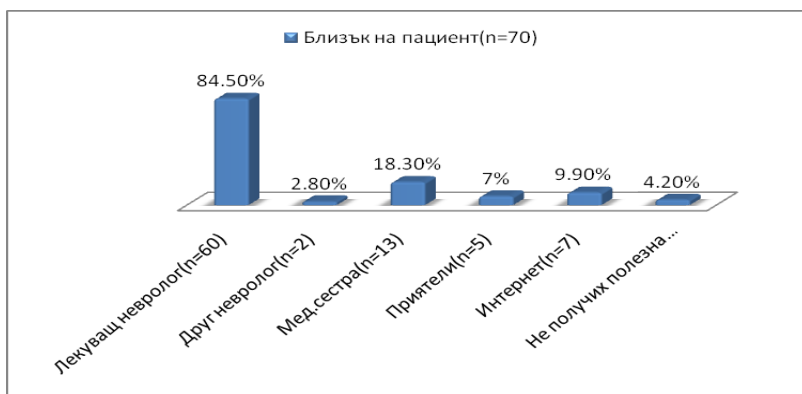


**Фиг. 27. Настаняване в социално заведение според информираността за продължителните грижи в дома**

Статистически значима връзка установихме и между информираността за продължителните грижи, които трябва да се полагат в домашни условия след дехоспитализация и намерението близкия с мозъчен инсулт да се настани в социално заведение ( $\chi^2=11.23$  p<0.05). Близо 70% от респондентите, които са информирани за необходимостта от продължителна обгрижване на болния в дома след дехоспитализация биха предпочели да го настанят в социално заведение.

Мозъчния инсулт се определя от пациентите като болест, която се появява най-неочаквано. Много рядко липсват „предвестници“ на инсулта, в повечето случаи той е предхождан от периоди с продължителност месеци или часове, в които незабележими промени в здравословното състояние подсказват за опасността. Кратки мигове на влошено зрение, чувство за

слабост в крайниците, временна загуба на възприятията на определено сетиво, упорито сутрешно главоболие, няколко секунди необяснима непохватност, блокиране на мисълта, всички тези симптоми често имат и друго обяснение, но е много вероятно да са знаци за преходни нарушения на мозъчното кръвообращение и за опасност от приближаващ инсулт. Мозъчният инсулт е сериозно изпитание за пациента и неговото семейство. Попитахме респондентите как са получили най-ползена информация за заболяването мозъчен инсулт (Фиг. 28).



**Фиг. 28. Получена информация за мозъчен инсулт от близките на пациента**

*\*% надвишава 100 т.к. анкетираните са посочвали повече от една възможност*

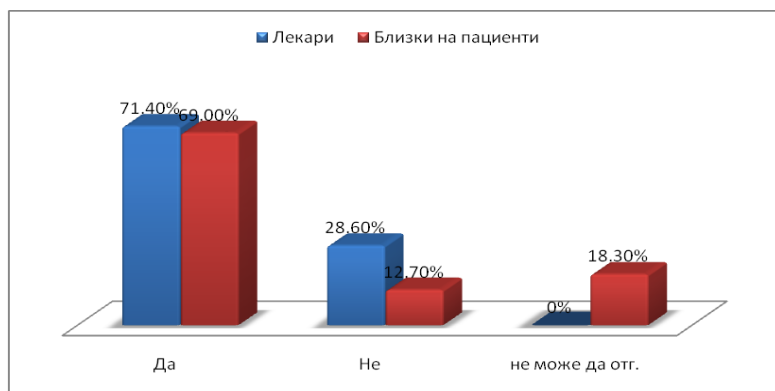
Близо 85% посочват, че са се информирали за заболяването мозъчен инсулт и последиците му от лекуващия невролог на близкия си, 18.30% от медицинска сестра, близо 10% от интернет и незначителен дял са посочили друг невролог и приятели. Малък е броят на близките, които не са получили от никого информация (4.20%).

Медицинска сестра освен клинична дейност, има важна роля за промоция на здравето и профилактиката, за специфичните грижи при хронично болни, възрастни хора и терминално болни. Тя има 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. Само 18.3% (n=13) от респондентите са получили необходимата информация за мозъчния инсулт и последващото поведение и грижи от медицинска сестра.

Според близките на пациенти преживели мозъчен инсулт наличността на информация за заболяването е добра (64.8%), близо 20% я определят, като „лоша” и не малък дял - не могат да преценят (14.1%).

Поставихме на двете групи респонденти въпроса за информираността на близките за продължителните грижи полагани в домашни условия след дехоспитализация на пациент с мозъчен инсулт (Фиг. 29).

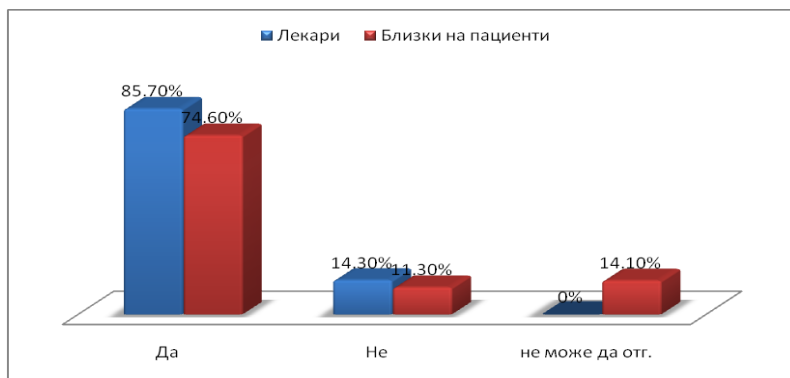


**Фиг. 29. Информираност на близките за продължителните грижи след дехоспитализация на пациент с инсулт**

Близо 70% от близките посочват, че са запознати, 18.3% не могат да отговорят и 12.7% - не са запознати. Много висок дял от лекарите отговарят, че близките са подготвени (71.4%), но близо 30% са на противоположното мнение.

Мозъчният инсулт е изключително тежко заболяване, което може да нанесе редица необратими поражения на болния. Възстановителния период продължава от 6 месеца до една година, като риска от повторен инсулт е най-висок именно в

тази първа година след инцидента. Повече от 2/3 от близките са информирани относно рисковите фактори и възможните усложнения, които трябва да се контролират (74.6%) (Фиг. 30).



**Фиг. 30. Информираност на близките относно рисковите фактори и възможните усложнения**

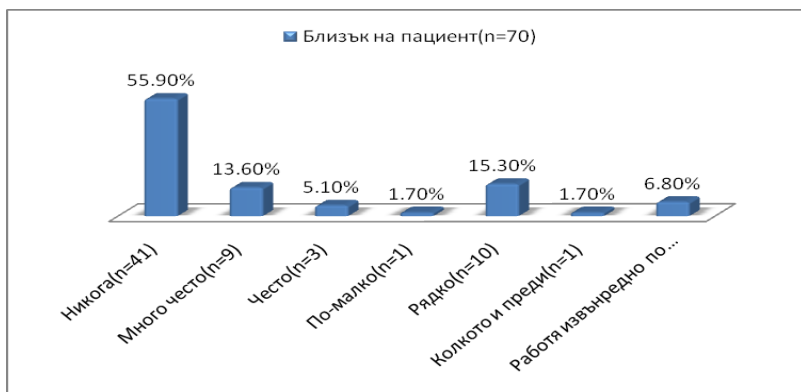
При експертите резултатите са подобни – висок относителен дял смятат, че близките са получили информация (85.7%), но според част от лекарите близките не са подготвени (14.3%).

Проверихме каква е трудовата заетост на респондентите - половината близки на пациенти работят на пълно работно време (60.6%), а близо 20% на намален работен ден. Необходимостта да полагат грижи за близък след преживян мозъчен инсулт е причината близо 20% от анкетираните да променят трудовата си заетост. Възстановяването след инсулт може да продължи месеци, дори години, но при висок относителен дял от близките (46.5%), необходимостта от грижи след изписването на болния не е наложило промяна на работата. Висок е дялът на респондентите (33.8%), които не са отговорили на този въпрос. Всички, които са сменили работата си са преминали в друг сектор на заетост.

Болните и техните близки се изправят пред редица неудобства, тясно свързани с всекидневните им задължения. Болните имат нужда от подкрепа в извършването на ежедневни дейности – обличане, миене, хранене, използване на различни

уреди, нарушени са мимики и жестове, невъзможно е извършването на професионални и спортни умения. Повече от половината анкетирани (58%) не срещат трудности в изпълнението на ежедневните си задължения, трудно се справят близо 30%, около 10% - отчасти, а 2.9% - не се справят.

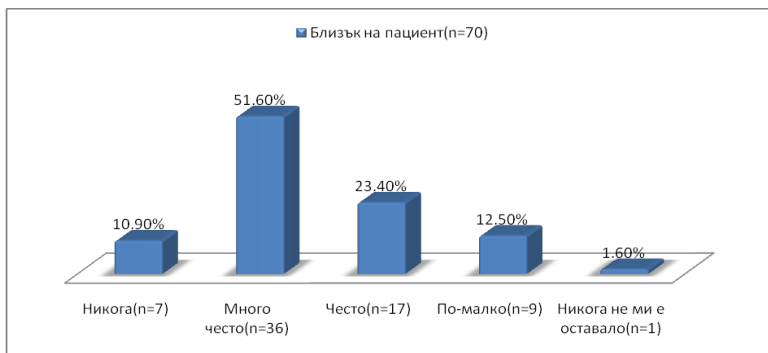
Възстановяването след инсулт е продължителен процес и може съществено да повлияе върху семейния бюджет. Проверихме при колко от анкетираните се е наложило да работят за допълнителни доходи (Фиг. 31).



**Фиг. 31. Необходимост от извънредна работа за допълнителни доходи**

Повече от половината от респондентите никога не са имали необходимост от извънредна работа, с цел допълнителни доходи, 15.3% - рядко, за близо 14% - много често, 6.8% - работят извънредно по други причини, 5.1% - често и 1.7% - колкото и преди.

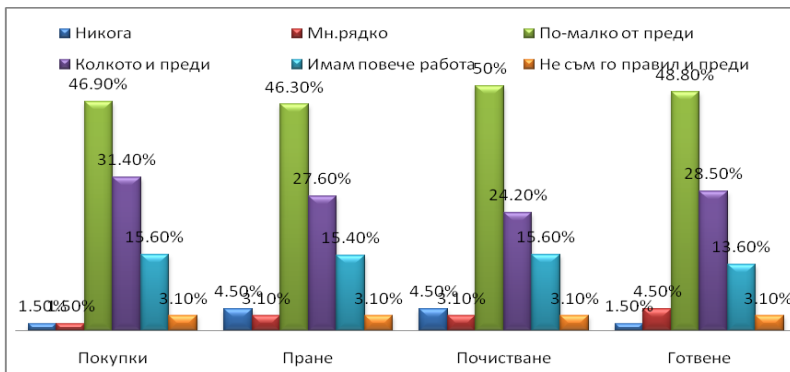
Изследвахме влиянието на грижите за близкия върху свободното време на респондентите (Фиг. 32).



**Фиг. 32. Влияние на грижите за болния върху свободното време**

Доброто качество на живот се определя и от възможностите за отдих и свободно време. Повече от половината респонденти намират време за развлечения и почивка много често (51.6%), често разполагат със свободно време 23.4%, с по-малко време от преди – 12.5%, а близо 11% - никога нямат време.

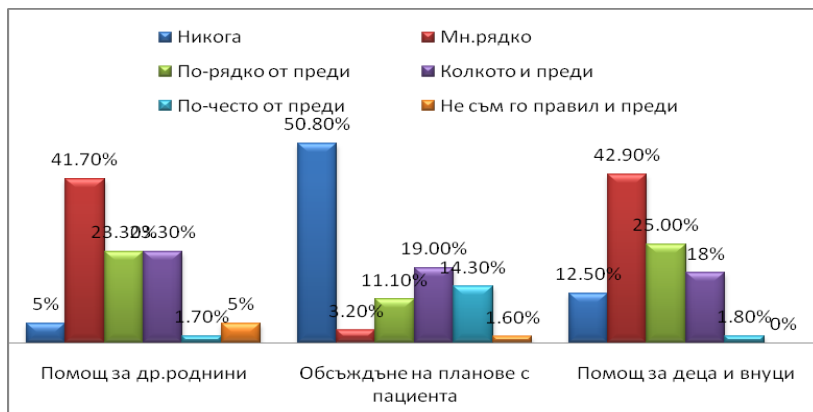
Грижите за близкия оказват влияние и върху поддържането на домакинството. Проверихме как са се променили основните дейности и задължения на семейството (Фиг. 33).



**Фиг. 33. Влияние на грижите за болния за поддържането на домакинството**



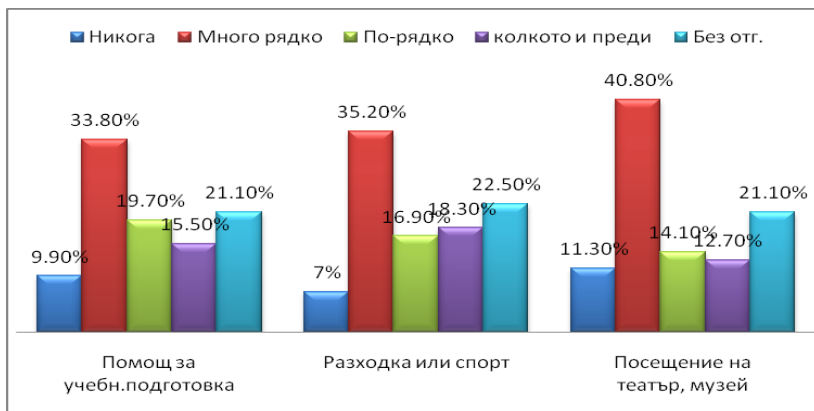
Детайлното проучване на дейностите свързани с домакинството установи, че близо половината от респонденти имат по-малко време за покупки, пране, почистване и готвене, а близо 16% имат повече ангажименти за поддържането на дома. За голям процент от близките грижите за болния отнемат от възможността да се включат активно в подпомагането и на други членове на семейството (Фиг. 34).



**Фиг. 34. Влияние на грижите за болния за подпомагане на други членове на семейството**

Само близо 24% успяват колкото и преди да отделят време за дейности свързани с други членове на семейството, 42% - много рядко, 23% - по-рядко, а повече от половината анкетиранни никога не обсъждат семейните планове с болния (50.8%).

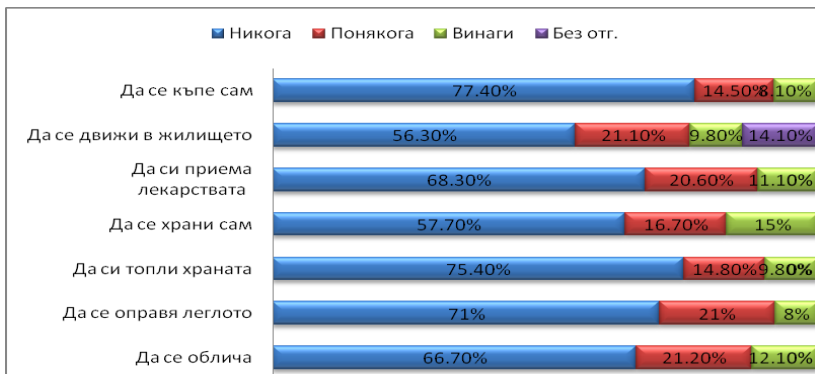
Проучихме възможностите на близките за организация на свободното време (Фиг. 35).



**Фиг. 35. Организация на времето за развлечения и отдих при ангажираността с болния**

Прави впечатление, че повече от половината респонденти са посочили, че нямат време никога (11.3%) или много рядко (40.8%) за посещение на културни събития и музеи, близо 43% - никога или много рядко отделят време за разходка и спорт и същия относителен дял (43%) нямат време за помощ в учебната подготовка на децата в семейството.

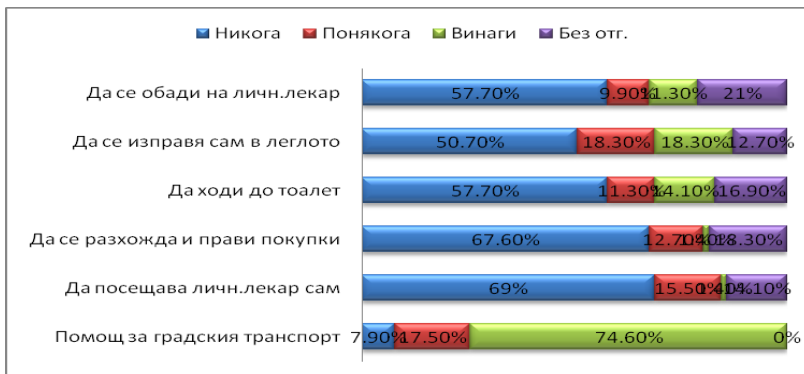
Направихме детайлно проучване на ежедневните дейности свързани с личната хигиена, храненето и приема на лекарства, които пациентите могат да извършват сами. Резултатите показват, че много висок относителен дял от преживелите мозъчен инсулт не могат самостоятелно да се хранят (57.7%), да приемат лекарствата си (68.3%), да се грижат за личната си хигиена (77.4%), да си оправя леглото (71%), да се облича (66.7%), да си топли храна (75.4%) и да се движат в жилището (56.3%) (Фиг. 36).



**Фиг. 36. Дейности, които пациента може да извършва самостоятелно**

Само 15% от респондентите посочват, че техният близък може да се храни сам, 12% - да се облича и около 10% - да приема лекарствата си, да си оправя леглото, да се къпе, да се придвижва в жилището и да стопли храната си.

Проучихме и възможностите на преживелите инсулт пациенти да се предвижват свободно според техните близки (Фиг. 37).



**Фиг. 37. Възможност на пациентите да се придвижват самостоятелно след инсульта според близките им**

Резултатите показват, че възможностите на пациентите са значително ограничени. Много висок относителен дял от

респондентите винаги подпогат близкия си при използване на градския транспорт (74.6%), близо 18% понякога се нуждаят от помощ и само 8% - никога. Повече от половината анкетирани посочват, че техния близък не може да посети личния си лекар сам (69%) или да му се обади (57.7%), да се разхожда и прави покупки (67.7%), да ходи то тоалет (57.7%), да се изправя сам в леглото (50.7%). Тези резултати показват висока зависимост от чужда помощ и подкрепа след преживян мозъчен инсулт.

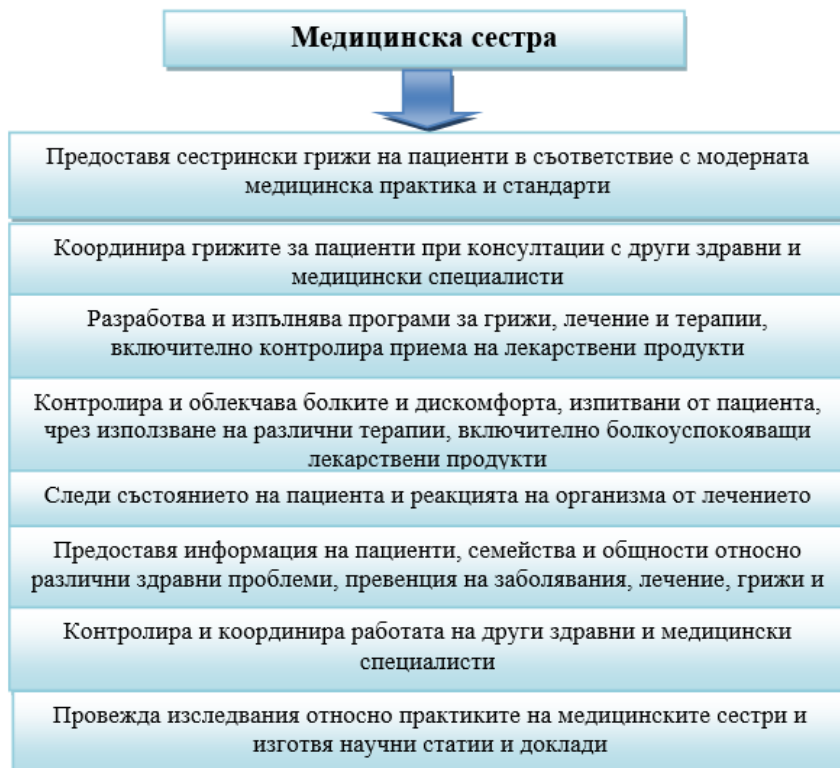
## **2.7. Предпоставки за теоретично и практическо обучение на медицинските сестри за приложение на скалата Глазгоу - Лиеж за определяне засягане на съзнанието на пациента.**

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. Заболяванията протичащи с промени в съзнанието, поставят пациента в пълна зависимост от медицинския екип.

Нормативните документи, които регламентират статута и придобиването на професията „Медицинска сестра” у нас са предпоставка да предложим теоретичното и практическо обучение за приложение на скалата Глазгоу-Лиеж да бъде включено в учебната програма по „Сестрински грижи за неврологично болни пациенти”.

Подготовката и реализацията на медицинските сестри се определя от редица Закони и Наредби. Според **Национален класификатор на професиите и длъжностите** медицинските сестри провеждат назначено от лекар лечение и осигуряват грижи за лица, които са с физически увреждания и душевно болни, неспособни или немощни, както и на други лица, нуждаещи се от грижи поради потенциален риск за здравето. Те поемат отговорност за планирането, управлението и оценяването на грижи за пациенти, включително контролират и други здравни работници, работят самостоятелно или в екип с лекари и други в практическото приложение на превантивни и

лечебни мерки. Според Националния класификатор медицинската сестра има многообразни функции и изпълнява редица задачи (Фиг. 38):



**Фиг. 38. Функции на медицинската сестра**

Необходимостта от придобиване на теоретични знания и практически умения за приложението на Глазгоу скалата се предопределя от една от основните задачи на медицинската сестра – „следи състоянието на пациента и реакцията на организма от лечението”. Скалата дава възможност на медицинските специалисти от цял свят да преценят всяка промяна в степента на засягане на съзнанието на пациенти с мозъчен инсулт и реакцията на организма.

Съгласно Чл. 174 от Закона за здравето, медицинското образование трябва да осигури и гарантира обема и качеството на подготовката на медицинските специалисти, работещи в националната система за здравеопазване с гарантиран обем теоретични знания и практически умения. Резултатите от проведеното от нас изследване показваха, че скалата Глазгоу-Лиеш не се прилага самостоятелно от медицинските сестри, но се използва от тях за преценка състоянието на пациенти с мозъчен инсулт, без това да е вменено в професионалните им отговорности и задачи и при липсваща подготовка в процеса на придобиване на професионалните им компетенции.

Медицинските сестри упражняват медицинската професия при условия регламентирани в Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, в който според Чл. 1. (2) професионалното развитие на медицинските сестри цели поддържане, повишаване и разширяване на теоретичните знания и практически умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи. Според Чл. 5 (2) при упражняване на професията си медицинската сестра осъществява **диагностика на нуждите**, промотивни, профилактични, клинични и рехабилитационни здравни грижи в съответствие с професионалните и компетенции определени с наредба №1.

В Чл. 8а. на Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра”, „Акушерка” и „Лекарски асистент” за образователно-квалификационна степен „Бакалавър” са регламентирани знанията, които осигурява обучението по специалност „Медицинска сестра” - задълбочени познания по дисциплините, които са в основата на сестринските грижи, включително достатъчно високо ниво на познание за организма, психологическите функции и поведението на здравите и болните хора, както и за социалната среда на човека, познания за същността и етиката на професията и общите принципи, касаещи здравето и сестринските грижи, подходящ практически клиничен опит, умения за работа съвместно със здравния персонал и други медицински специалисти, като в Т. 6 се регламентира **компетентност за самостоятелно определяне**

**на необходимите здравни грижи, като се използват актуалните теоретични и практически познания,** както и за планиране, организиране и полагане на здравни грижи при лечение на пациенти с цел усъвършенстване на професионалната практика.

В Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно е регламентирано извършването на **медицински и здравни грижи и дейности**, включващи: извършване на общ и специален тоалет; подпомагане на дишането; подпомагане при хранене и приемане на течности; подпомагане на отделянето; подпомагане на движението; подпомагане при сън и почивка; подпомагане при обличане и събличане; участие при поддържане на оптимална температура; подпомагане при избягване на опасности; дейности съобразно националните здравни програми; предоперативни и следоперативни грижи за пациенти; измерване, регистрация и оценяване на витални показатели; разпознаване индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременни действия; съставяне план за сестрински грижи; предпазване, възстановяване, поддържане и подобряване здравето на лицата при съобразяване с психологическите, физическите, социалните, икономическите, културните и етническите особености на пациента; изписване в лекарствен лист на предписаните от лекар лекарствени продукти и санитарно-хигиенни материали; организиране и съблюдаване на правилното транспортиране, съхраняване и срок на годност на лекарствените продукти и материалите; организиране, провеждане и контрол на дейностите по дезинфекция и стерилизация; участие в организацията на профилактиката, контрола и епидемиологичния надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване, но планирането и осъществяването на голяма част от тези дейности имат специфични особености при пациенти с различна степен на засягане на съзнанието.

В Чл. 8. на Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра”, „Акушерка” и „Лекарски асистент” за

образователно-квалификационна степен „Бакалавър” са регламентирани задължителните учебни дисциплини с минимален задължителен хорариум. Дисциплината „Сестрински грижи за неврологично болни” с 45 часа хорариум, от които 15 часа лекции и 30 часа упражнения се провежда в III семестър. В тематичния план на лекциите и упражненията са включени няколко теми свързани с понятието „съзнание” , „мозъчен инсулт” и „интензивни грижи”, което предоставя възможност да се надградят с приложението на скала Глазгоу-Лиеш.

Придобиването на теоретична и практическа подготовка за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш от медицинските сестри, неминуемо би довело до повишаване на качеството на здравните грижи за пациенти с мозъчен инсулт, обусловено от правилната оценка на състоянието и адекватно планираните сестрински грижи според степента на засягане на съзнанието, както и своевременното уведомяване на лекаря при настъпила промяна в състоянието на пациента.

## **2.8. Модел на координационен център за работа с пациенти преживели мозъчен инсулт и техните близки.**

Процесът на възстановяване след мозъчен кръвоизлив обхваща няколко етапа. Лечението на острата фаза е първата стъпка включваща 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 ефектите на инсулта.

Инвалидността при мозъчни инсулти достига 75% в зависимост от тежестта, локализацията, наличието на придружаващи заболявания и появили се усложнения в хода на лечебния процес, като 25% от тях са под 65 години. Според редица изследвания инсултите покосяват все по-млади пациенти, около 10-20% са във възрастта между 18-54 години. Преживелите мозъчен инсулт имат повишен риск от последващ, а 25% получават втори в рамките на пет години. Около 1/3 от



пациентите преживели мозъчен инсулт остават трайно инвалидизирани, което повлиява техния социален, професионален и семеен живот.

Проучването, което проведохме сред близки на пациенти показва, че се променя качеството на живот не само на пациента, но и на неговото семейство. Голяма част от респондентите посочиха, че няма на кого да разчитат в ежедневните грижи за близкия си и при 20% това е наложило промяна на трудовата заетост. Близко половината от респондентите биха се доверили на специализирана институция с цел осигуряване на по-добри грижи за близкият им, като посочват, че техните близки не могат да се хранят самостоятелно, да приемат лекарствата си и да се грижат за личната си хигиена. Близко 2/3 от пациентите не могат да посетят личния си лекар, да ползват градски транспорт, да се разходят, да пазаруват.

В унисон 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, предложението от нас **Модел на координационен център за работа с пациенти преживели мозъчен инсулт и техните близки** ще допринесе за пълноценното и в максимална степен 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.

В Националната стратегия за дългосрочна грижа 2018-2020 и Плана за нейното изпълнение е разписано предоставяне на Патронажна грижа по интегриран здравно-социален модел с цел осигуряване на медицинска подкрепа на възрастни хора и хора с увреждания, съобразно индивидуалните им потребности и изготвен индивидуален план. Разработеният от нас модел е насочен към индивидуалните потребности на пациенти преживели мозъчен инсулт, с цел възвръщане към самостоятелен живот и възстановяване в най-голяма степен на моторните, умствените и емоционалните му способности. Координационният център би могъл да допълни дейностите и да

функционира в синхрон с Патронажната грижа, разширявайки услугите предоставяни за хора преживели мозъчен инсулт.

Рехабилитацията при мозъчен инсулт започва възможно най-рано според състоянието на пациента. В зависимост от тежестта на инсулта и степента на пораженията може да се наложи продължително провеждане на рехабилитация, като предвидените в болничната и доболничната помощ процедури се оказват недостатъчни. В процеса на възстановяване и с оглед намаляване на ефектите от инсулта важна роля имат дейностите на психолозите и логопедите, които не са част от дейностите по клинична пътека. За приемане на ефектите от инсулта и научаването да се живее с тях екип от социален работник и трудотерапевт биха могли да окажат изключителна подкрепа на пациента. При пациенти с тежки последици от преживян мозъчен инсулт, подкрепата е необходима в още по-голяма степен за семейството. Подготовката и обучението на близките за ежедневните грижи и дейности с цел предотвратяване на усложнения и повторен мозъчен инсулт на пациента осъществявано от медицинска сестра, съществено би повлияло качеството на живот на цялото семейство.

### **Теоретична обосновка на Модел на координационен център за работа с пациенти преживели мозъчен инсулт и техните близки**

Изграждането на Координационен център ще създаде възможност за предоставяне на интегрирани здравни и социални грижи за пациенти преживели мозъчен инсулт.

**Обща цел:** Създаване на координационен център за подкрепа на пациенти преживели инсулт и техните семейства, с цел преодоляване на последиците от инсулта и подобряване на качеството на живот.

#### **Специфични цели:**

- ❖ Подкрепа в процеса на възстановяване след преживян мозъчен инсулт, чрез прилагане на комплексни дейности за преодоляване на последиците от инсулта.

**Резултати** – по-добра информираност и превенция на заболяването, подкрепа и подготовка за справяне с трудностите още по време на хоспитализацията.

- ❖ Формиране на индивидуални умения според тежестта и ефектите на мозъчния инсулт.

**Резултати** – постигане на по-добра самостоятелност на пациента и облекчаване ангажиментите на семейството.

- ❖ Реализиране на комплексна подкрепа за семейства на пациенти преживели мозъчен инсулт.

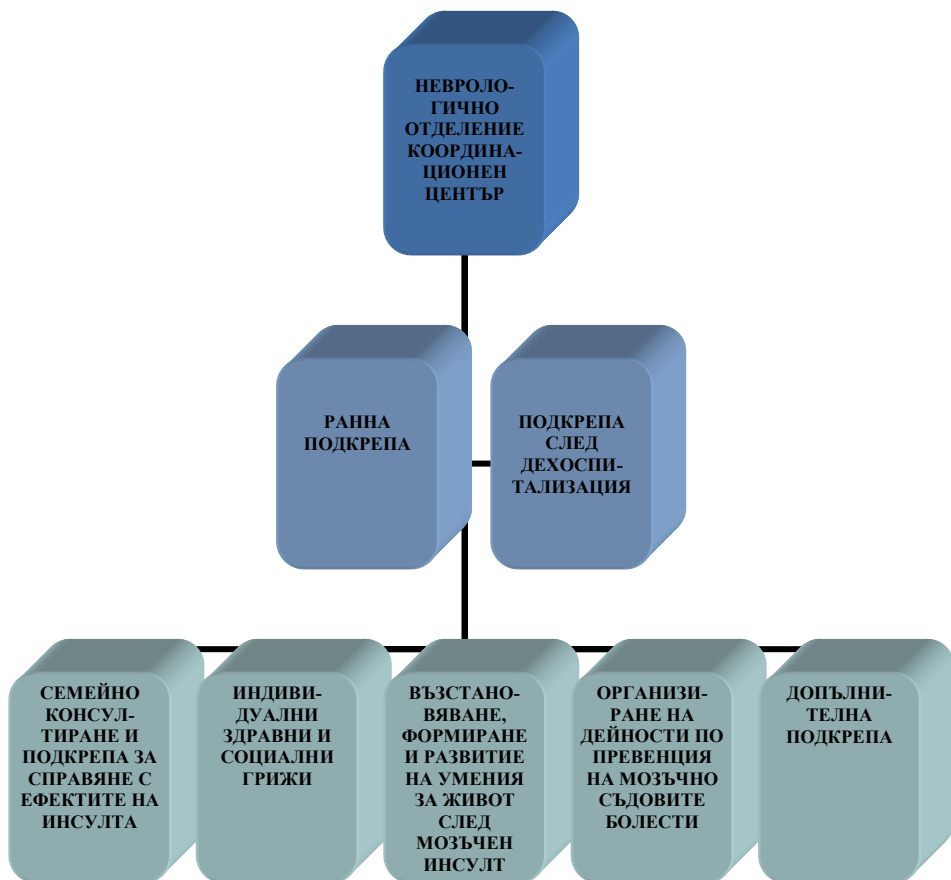
**Резултати** – снижаване на разходите и подобряване качеството на живот (Фиг. 39).



**Фиг. 39. Основни и специфични цели на координационен център**

**Основни дейности:**

1. Семейно консултиране и подкрепа за справяне с ефектите от инсулта.
2. Индивидуални здравни и социални грижи.
3. Възстановяване, формиране и развитие на умения за живот след мозъчен инсулт.
4. Организиране на дейности по превенция на мозъчно съдовите болести.
5. Допълнителна подкрепа (Фиг. 40).



*Фиг. 40. Основни дейности на координационен център*

## ДЕЙНОСТ 1: Семейно консултиране и подкрепа за справяне с ефектите от инсулта

Включва ранна подкрепа за семейството на пациент с мозъчен инсулт още в първите дни на хоспитализацията. Обхваща здравно обучение за мозъчните инсулти, превенция на рецидиви, общи грижи за пациента в дома според тежестта на инсулта. Целта е да се предостави пълен набор достъпна за близките информация за заболяването мозъчен инсулт, лечебните дейности, рисковите фактори, режима и грижите след дехоспитализация. Дейностите трябва да се осъществяват в Неврологично отделение по време на болничния престой, синхронизирани с лечебния процес и според състоянието на пациента. Образователните материали трябва да са на достъпен и разбираем език, да предоставят информация, подпомагаща семейството в предстоящия възстановителен за пациента период.

Екипът за дейността може да включва медицинска сестра, рехабилитатор, социален работник (Фиг. 41).



Фиг. 41. Семейно консултиране и подкрепа

## ДЕЙНОСТ 2: Индивидуални здравни и социални грижи

Включва индивидуална оценка на всеки пациент с мозъчен инсулт на последиците от мозъчния инсулт, придружаващите заболявания, запознаване на пациента и близките му с възможностите за здравна, социална и психологическа подкрепа. Осигуряване на мултидисциплинарен екип от специалисти, които да подпомогнат възстановяването на уменията на пациент с мозъчен инсулт след дехоспитализация или да оказват подкрепа в периода на приемане на ефектите от инсулта. Дейностите се осъществяват в Координационен център и са насочени към пациенти преживели мозъчен инсулт и към техните семейства, в партньорство със функциониращи здравни и социални заведения – Центрове за рехабилитация и кинезитерапия, Социален патронаж, Логопедичен център, Центрове за психологическа подкрепа, Дневни центрове за лица с увреждания, Домове за възрастни хора, Центрове за социална рехабилитация и интеграция, Патронажна грижа и др.

Екипът за дейността може да включва медицинска сестра, психолог, социален работник, рехабилитатор, логопед (Фиг. 42).



Фиг. 42. Индивидуална здравна и социална грижа

### ДЕЙНОСТ 3: Възстановяване, формиране и развитие на умения за живот след мозъчен инсулт

Комплекс от услуги в специално оборудвани помещения и чрез мобилна работа в дома на пациента. Целта е да се предостави интегриран подход и предоставяне на различни дейности и възможности за подкрепа на място и взаимодействие с различни специалисти. Това ще осигури комплексна работа с пациенти с тежки последици от мозъчен инсулт и социално включване, чрез формиране на умения за живот след мозъчен инсулт или подобряване качеството на живот и приемане на последиците.

Екипът за дейността може да включва медицинска сестра, личен асистент, социален работник, психолог, рехабилитатор, логопед, трудотерапевт (Фиг. 43).

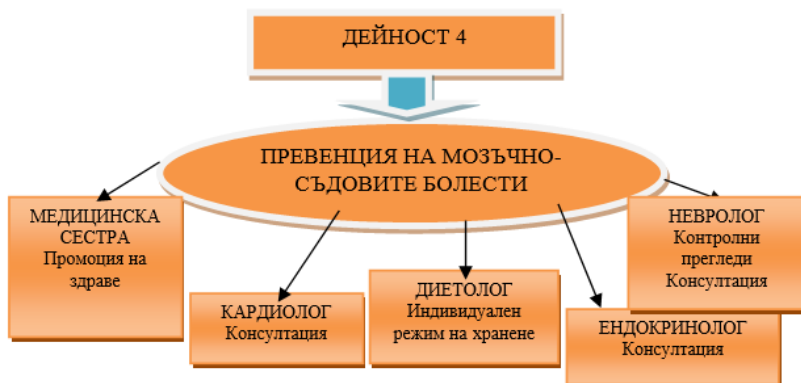


Фиг. 43. Възстановяване, формиране и развитие на умения

## ДЕЙНОСТ 4: Организиране на дейности по превенция на мозъчно съдовите болести

Комплекс от мерки насочени към подобряване на достъпа до здравеопазване и промоция на здравето, чрез провеждане на дейности насочени към превенция на мозъчните инсулти. Редовно провеждане на здравни беседи и преглед при невролог, с цел превенция на рисковите фактори за настъпване на мозъчен инсулт. Основна посока на дейността е превенция и на повторен инсулт, чрез изграждане на навици за здравословен начин на живот.

Екипът за дейността може да включва медицински сестри, невролог, диетолог, кардиолог, ендокринолог (Фиг. 44).



Фиг. 44. Превенция на мозъчно-съдовите болести

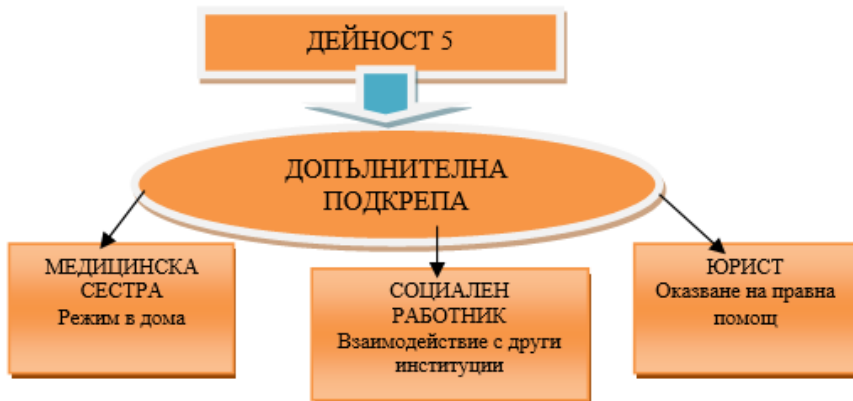
## ДЕЙНОСТ 5: Допълнителна подкрепа

Включва дейности насочени към подкрепа на пациента и неговото семейство. Преодоляване на трудностите в организацията на ежедневните дейности и режима в дома,



осигуряване на информация и достъп до функциониращи социални услуги и институции.

Екипът за дейността може да включва медицински сестри, социален работник, юрист (Фиг. 45).



*Фиг. 45. Допълнителна подкрепа*

### **Структура, същност и функциониране**

Функционирането на Координационният център трябва да е обезпечено с подходяща материална, кадрова и ресурсна база. Дейностите може да се осъществяват в едноетажна сграда с прилежащо, добре оформено дворно пространство, осигуряващо възможност за разходка и движение на пациентите и техните близки. Сградата трябва да е достъпна за хора в неравностойно положение, с обособени лекарски кабинет, кабинет за логопедична и психологическа подкрепа, манипулационна, зала за рехабилитация, зала за групови дейности с пациенти и рискови групи по превенция на мозъчно-съдовите болести и административен кабинет. Всички кабинети и помещения трябва да са подходящо оборудвани за хора в неравностойно положение, средата трябва да е уютна и близка до домашната.

## 1. Структура на Координационен център:

**Ръководител:** медицинска сестра с образователно-квалификационна степен „бакалавър” или „магистър” по специалност „Управление на здравните грижи”, координира и контролира цялостната дейност, изготвя график на екипите, комуникира с близките на пациента и медицинския екип в Неврологично отделение, участва в индивидуалната оценка на всеки пациент, контролира постигнатите резултати, осъществява връзка с други институции и услуги.

### **Екип за осъществяване на дейностите:**

- ❖ **Мобилен екип:** осъществява координацията на дейности по време на хоспитализацията, подкрепя за семейството и съгласуваност на действията с медицинския екип в Неврологично отделение и в дома на пациента при необходимост след изписването - **медицинска сестра, рехабилитатор, социален работник, личен асистент**
- ❖ **Екип в Координационен център:** осъществява дейности по възстановяване на индивидуалните способности на всеки пациент - **медицинска сестра, психолог, логопед, рехабилитатор, социален работник, трудотерапевт**
- ❖ **Екип по превенция на мозъчно-съдовата болест и допълнителна подкрепа:** **медицинска сестра, диетолог, невролог, кардиолог, ендокринолог, юрист, социален работник** (Фиг. 46).



**Фиг. 46. Структура на Координационен център**

## **2. Същност и функциониране:**

Координационният център ще предоставя пакет от услуги в подкрепа на пациенти преживели мозъчен инсулт и техните семейства.

### ***Пакет от услуги:***

- ❖ Професионална подкрепа от медицинска сестра, социален работник и рехабилитатор и по време на хоспитализацията в Неврологично отделение
- ❖ Индивидуална подкрепа от медицинска сестра, психолог социален работник, рехабилитатор, логопед в Координационен център след изготвяне на индивидуален план според състоянието на пациента и степента на последиците от инсульта
- ❖ Възстановяване, формиране и развитие на индивидуални умения в Координационен център и дома на пациента от медицинска сестра, личен асистент, социален работник, психолог, рехабилитатор, логопед, трудотерапевт, личен асистент
- ❖ Превенция на мозъчно-съдовите заболявания в Координационен център – първична, вторична, третична профилактика от медицинска сестра, невролог, диетолог, кардиолог, ендокринолог
- ❖ Организиране на ежедневните дейности и възвръщане към независим живот в дома от медицински сестри, социален работник, юрист

***Целева група:*** пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт в Неврологично отделение, пациенти преживели мозъчен инсулт, пациенти със заболявания, поставящи ги в рисковите групи за възникване на мозъчен инсулт

### ***Етапи на осъществяване на дейностите:***

- ❖ Събиране на необходимата информация за пациента
- ❖ Изготвяне на индивидуална оценка и план за грижи
- ❖ Подкрепа по време на хоспитализацията
- ❖ Дейности в Координационен център и дома на пациента
- ❖ Дейности по превенция на мозъчно-съдовата болест – индивидуална и групова работа с рискови групи (Фиг. 47)



**Фиг. 47. Етапи на интегрираните здравно-социални грижи**

**Принципи за осъществяване на дейностите:**

- ❖ Информирано съгласие на пациента и неговите близки
- ❖ Индивидуален подход – според индивидуалната оценка на преживелият инсулт се предлагат различни дейности за независим живот, превенция на повторен мозъчен инсулт, социална подкрепа, избягване на рискови фактори, рехабилитационна, психологическа, логопедична помощ, работа с трудотерапевт, консултиране и др.
- ❖ Участие и право на избор на пациента и неговите близки

- ❖ Взаимодействие между екипа на Координационния център и медицинският екип в Неврологично отделение
- ❖ Взаимодействие с други институции и услуги
- ❖ Периодична оценка на постигнатите резултати

### Алгоритъм за подготовка за живот в дома след дехоспитализация

За улеснение на пациентите с мозъчен инсулт и техните близки при полагане на грижи в дома, разработихме алгоритъм за избягване на рисковите фактори водещи до усложнения и рецидиви, мерки за подобряване на качеството на живот и снижаване на разходите в процеса на пълно възстановяване или приемане на ефектите от инсулта. Включили сме конкретни стъпки и взаимовръзки, които биха довели до конкретни резултати в профилактиката, превенцията, лечението и възстановяването след мозъчен инсулт (Фиг. 48).



**Фиг. 48.** Алгоритъм за избягване на рисковите фактори водещи до рецидиви, мерки за подобряване качеството на живот и снижаване на разходите

Водеща роля сме определили на личния лекар, който пръв и в най-ранен етап трябва да насочи рисковите групи пациенти към специалист невролог. Интегрираната грижа при настъпване на мозъчен инсулт е 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 мозъчен инсулт и неговото протичане, с подготовка за продължителния възстановителен период, според степента на пораженията от инсулта и необходимите мерки за избягване на рецидив. Интегрираната грижа осигурена от медицинския екип и екипа на Координационният център ще снижат разходите на семейството, ще подпомогнат възстановяването, рехабилитацията, възвръщането към независим живот или приемането на ефектите от инсулта. Повишаването на здравната култура и превантивната роля на Координационния център са насочена не само към пациенти преживели инсулт, но и към всички рискови контингенти.

### 3. Изводи, препоръки и приноси

#### Изводи:

1. При осъществяването на грижите за пациенти с неврологични заболявания вниманието на медицинската сестра е съсредоточено върху различни аспекти на състоянието на пациента, като съществени фактори, определящи спецификата в сестринските грижи при този контингент са промените в съзнанието и степента на зависимост на пациента.
2. Адекватните сестрински грижи и интензивното наблюдение при неврологично болни пациенти определят до голяма степен протичането на заболяването, развитието на усложнения и възстановяването на пациента.
3. Всички медицинските сестри заявяват своята компетентност, професионална подготвеност и спазване на актуалните правила при осъществяване на сестрински грижи за пациенти с мозъчен инсулт (100%), но считат, че допълнително обучението на теми, касаещи пряката им работа с пациенти с неврологични заболявания би повишило качеството на грижите (88%).
4. Базовото обучение по специалност „Медицинска сестра” не включва придобиване на теоретични знания и практически умения за определяне на функционалното състояние на пациенти с неврологични заболявания, въпреки този факт, медицинските сестри твърдят, че познават скалата за определяне степента на засягане на съзнанието Глазгоу-Лиеш (96.6%).
5. Медицинските сестри не прилагат самостоятелно в практиката си скалата Глазгоу-Лиеш, но твърдят, че я използват в ежедневните грижи за преценка на състоянието на пациенти с мозъчен инсулт (81.3%).
6. Според експертите медицинските сестри познават скалата Глазгоу-Лиеш (76.2%), но не могат да я прилагат самостоятелно в практиката (71.4%). Те не считат за необходимо медицинските сестри да се обучават за практическото приложение на скалата Глазгоу-Лиеш (57.1%), но са на мнение, че такова обучение би повишило качеството

на грижите за пациентите с неврологични заболявания (61.9%).

7. Проведеният от нас експеримент и анализът на резултатите показва, че независимо от сериозния професионален опит и увереността в правилното прилагане на скалата Глазгоу-Лиеш, участвалите медицински сестри оцениха точно функционалното състояние на пациента с мозъчен инсулт след проведеното обучение от изследователя.
8. Експертите подкрепят обучение на близките за справяне с трудностите след дехоспитализация (85.7%) и са категорични, че това неминуемо би повишило качеството на живот на пациенти преживели мозъчен инсулт (85.7%).
9. Формулираните Етапи на интегрирани здравно-социални грижи са добра основа за изготвяне на индивидуална оценка за състоянието на пациента и план за сестрински интервенции, които ще подобрят качеството на живот.
10. Разработеният Алгоритъм, би спомогнал за възстановяване на самообслужването и независимостта в ежедневната дейност, подобряване на качеството на живот на преживелите инсулт, снижаване на разходите на болния и неговото семейство, както и превенция на рецидивите.
11. Предложеният модел за Координационен център за пациенти с мозъчен инсулт ще осигури интегрирана здравно-социална грижа и подкрепа от момента на хоспитализацията до възстановяване на независим живот или приемане на ефектите от инсулта и превенция на мозъчно-съдовата болест при рискови групи, с водещата роля на медицинската сестра.



## **Препоръки**

Сигурността на пациентите е в пряка зависимост от квалификацията на всички медицински специалисти. Ключова роля за високото ниво на грижите и доверие в системата на здравеопазването е квалификацията на медицинските специалисти и нейното поддържане и повишаване. Развитието на медицинската наука и новите технологии поставят високи изисквания към всички, които са посветили на грижите за здравето на хората.

Въз основа на получените резултати и направените изводи, считаме за удачно да направим следните **препоръки**:

- **Към Медицинските университети и БАПЗГ**
  - ✓ Включване в тематичния план за лекции и упражнения на дисциплината „Сестрински грижи при неврологично болни” на специалност „Медицинска сестра” приложение на скалата Глазгоу-Лиеш
  - ✓ Провеждане на обучение на медицински сестри обгрижващи пациенти със засягане на съзнанието за приложение на скалата Глазгоу-Лиеш
  
- **Към Министерство на здравеопазването и Министерство на социалната политика**
  - ✓ Да се утвърдят правила за добра здравна грижа при пациенти със засягане на съзнанието, в частност с мозъчен инсулт
  - ✓ Да се диференцира интегрирана здравно-социална грижа според заболяването или увреждането на лицето
  - ✓ Да се прибави към Национален консенсус за лечение на мозъчните инсулти дейността на Координационен център за оказване на подкрепа на пациенти преживели мозъчен инсулт и техните семейства.

## Приноси

### Приноси с теоретичен характер:

1. Проучена е спецификата в сестринските грижи при неврологично болни пациенти.
2. Направено е проучване на компетенциите на медицинските сестри за определяне степента на засягане на съзнанието чрез скала Глазгоу-Лиеш при пациенти с мозъчен инсулт.
3. Направено е проучване и анализ на подготвеността на близки на пациенти с мозъчен инсулт за грижите след дехоспитализация и необходимостта от подготовка им за справяне с трудностите в продължителния възстановителен период.

### Приноси, обогатяващи съществуващите знания:

1. Идентифицирана е необходимостта от теоретична и практическа подготовка на медицинските сестри за приложение на скала Глазгоу-Лиеш за определяне степента на засягане на съзнанието.

### Приноси с практико-приложен характер:

1. За пръв път е проведен експеримент за приложение на скала Глазгоу-Лиеш от медицински сестри обгрижващи пациенти с мозъчен инсулт.
2. Установена е необходимост от подкрепа за пациента и неговото семейство след преживян мозъчен инсулт.
3. Разработен е **Модел** на Координационен център за подкрепа на пациенти с мозъчен инсулт и техните семейства.
4. Разработени са **Етапи на интегрирани здравно-социални грижи** – основа за изготвяне на индивидуална оценка и план за сестрински интервенции според състоянието на пациента.
5. Разработен е **Алгоритъм** за избягване на рисковите фактори водещи до усложнения и рецидиви, мерки за подобряване на качеството на живот и снижаване на разходите в процеса на пълно възстановяване или приемане на ефектите от инсулта.

## Публикации свързани с дисертационния труд

1. Чиликова П. Цочева М. Димитров И., Сестрински грижи при неврологично болни пациенти в МБАЛ „Д-р Иван Селимински” АД – гр. Сливен, сп. Българска неврология том 16/бр. 1 (2015), стр. 111, ISSN 1311-8641
2. Чиликова П. Димитров И., Приложение на скалата за оценки на коми по Glasgow в сестринската практика, Варненски медицински форум, том 5 (2016), приложение 3, стр. 98, ISSN 2367-5519
3. Чиликова П. Тончева С., Проучване на експертно лекарско мнение за приложение на скалата Глазгоу-Лиеж от медицински сестри, Сборник доклади, стр. 280 XIII Национален форум на специалистите по здравни грижи – Шумен 2017, ISBN: 978-619-978-619-221-168-4
4. Чиликова П., Експертно лекарско мнение за информираността на близки на пациенти с мозъчен инсулт, сп. Здравни грижи, бр. 3, 2018, ISSN1312

