



Медицински университет - Варна

„Проф. Д-р Параскев Стоянов”

Факултет „Обществено здравеопазване“

Катедра „Здравни грижи“

Иванка Атанасова Стоянова

**УПРАВЛЕНИЕ НА КАРДИОЛОГИЧНАТА ГРИЖА ПРИ
КОМОРБИДНИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР МИОКАРДЕН
ИНФАРКТ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за придобиване на образователна и научна степен „Доктор“

Научни ръководители:

Проф. д-р Мария Негрева, д.м.н

Проф. Силвия Борисова, д.оз.н

Варна, 2024 г.



Медицински университет - Варна

„Проф. Д-р Параскев Стоянов”

Факултет „Обществено здравеопазване“

Катедра „Здравни грижи“

Иванка Атанасова Стоянова

**УПРАВЛЕНИЕ НА КАРДИОЛОГИЧНАТА ГРИЖА ПРИ
КОМОРБИДНИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР МИОКАРДЕН
ИНФАРКТ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за придобиване на образователна и научна степен „Доктор“

Научни ръководители:

Проф. д-р Мария Негрева, д.м.н

Проф. Силвия Борисова, д.оз.н

Официални рецензенти:

Проф. Биянка Любчова Торньова, д.п

Доц. д-р Мария Стоянова Димова, д.м.

Варна, 2024 г.

Дисертационния труд съдържа 240 страници, включващи 18 таблици, 35 фигури и 8 приложения. Цитирани са 247 литературни източници.

Дисертационния труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна на 05.12.2024г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 27.03.2025 г. от 13:30ч., в зала Докторантско училище и във виртуална зала на електронната платформа на Webex към Медицински университет – Варна на открито заседание на Научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ- Варна и са публикувани в страницата на МУ-Варна.

Забележка: В автореферата номерата на таблиците и фигурите не съответстват на номерата в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	5
I. Цел, задачи, материал и методика на проучването	7
1.1. Цел, задачи и работни хипотези.....	7
1.2. Материал и методика.....	8
1.2.1. Предмет на изследването.....	8
1.2.2. Обекти на изследванията.....	8
1.2.3. Дизайн на изследването.....	9
1.2.4. Организация на проучването.....	16
1.3. Методи на проучването.....	18
1.3.1. Социологически методи.....	18
1.3.2. Статистически методи.....	19
II. Резултати и обсъждане	20
2.1. Характеристика на изследваните лица.....	20
2.2. Влияние на начина на живот и рисковите фактори върху здравословното състояние и прогнозата на коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт.....	27
2.2.1. Изследване на факторите, свързани с начина на живот, които влияят върху здравословното състояние на пациентите със сърдечно-съдови заболявания.....	27
2.2.2. Анализ на състоянието при пациенти с остър миокарден инфаркт.....	33
2.3. Медицинската сестра в кардиологичната интензивна грижа - практики и предизвикателства.....	36
2.3.1. Обучение, компетенции и предизвикателства в съвременната практика...36	
2.3.2. Оптимизиране на сестринската грижа при коморбидни пациенти с кардиологични заболявания.....	47
2.3.3. Взаимодействия между пациенти и медицински специалисти в лечението и грижите при остър миокарден инфаркт и коморбидни заболявания.....	49
2.3.4. Психологични аспекти на възстановяването след остър миокарден инфаркт.....	54
2.4. Фактори за подобряване на медицинските грижи и управление на състоянието - опитът на пациентите с остър миокарден инфаркт.....	57

III. Коморбидни пациенти с ОМИ – предизвикателства и възможности в сестринската практика.....	65
3.1. Оптимизиране на управлението на кардиологичните грижи при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт.....	65
3.2. Ръководство за сестрински интервенции - приложение при коморбидни пациенти.....	71
3.3. Мониторинг - ключов елемент в сестринската грижа.....	72
3.4. Продължаващо обучение и повишаване на компетенциите за сестринска практика при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт.....	73
3.5. Управление на рисковите фактори при пациенти.....	79
IV. Изводи, предложения и приноси.....	85
4.1. Изводи.....	85
4.2. Предложения.....	86
4.3. Приноси.....	87
Публикации по темата на дисертационния труд.....	89

ВЪВЕДЕНИЕ

Острият коронарен синдром (ОКС) представлява група клинични състояния, произтичащи от внезапно прекъсване на кръвоснабдяването на миокарда, което води до неговата исхемия и, в много случаи, до остър миокарден инфаркт (ОМИ). ОМИ е едно от най-честите и животозастрашаващи прояви на ОКС, което изисква незабавна и комплексна медицинска намеса. На световно ниво сърдечно-съдовите заболявания, и особено ОМИ, представляват водеща причина за заболяемост и смъртност, като тенденцията се запазва въпреки напредъка в медицинските технологии и терапевтичните подходи. В условията на застаряващо население и повишен процент на пациенти с коморбидни заболявания, управлението на ОМИ и свързаните с него усложнения става все по-комплексно и изисква специфични интервенции и грижи.

От особена значимост е ролята на медицинските сестри в управлението на грижите при коморбидни пациенти с ОМИ. Сестринските грижи включват оценка на клиничното състояние на пациента, мониторинг и интервенции, насочени към предотвратяване на усложнения и подкрепа в процеса на възстановяване. Сестрата, като основен член на мултидисциплинарния екип, играе ключова роля в прилагането на терапевтични стратегии и поддържане на ефективна комуникация между специалистите, което осигурява по-високо качество на кардиологичната грижа. Сестринските грижи при пациенти с ОМИ и коморбидности включват и предоставяне на индивидуализирана информация и подкрепа, което значително допринася за тяхната рехабилитация и дългосрочен контрол на заболяването.

Мултидисциплинарният подход, който включва лекари, медицински сестри, рехабилитатори и социални работници, е критичен за осигуряването на цялостни и висококачествени грижи. За коморбидните пациенти с ОМИ този подход е от особена важност, тъй като едновременно се изисква контрол върху сърдечното състояние и адекватно лечение на съпътстващите заболявания. Създаването на координирани терапевтични планове, обединяващи различни специалности, позволява персонализирана грижа, повишаваща ефективността на лечението и качеството на живот на пациента.

Нарастващият брой пациенти с остър миокарден инфаркт и множество съпътстващи заболявания поставят високи изисквания пред системата на здравеопазване. Повишеното внимание към качествено управление на кардиологичната грижа за тези пациенти е от основно значение за подобряване на терапевтичните резултати и намаляване на рисковете от повторни сърдечни

инциденти. Разработването на адаптирани сестрински интервенции при пациенти с остър миокарден инфаркт, би разширило подхода в управлението на грижите при коморбидни пациенти. Оптимизирането на кардиологичната грижа, с оглед на постигането на най-добри клинични резултати е подход за повишаване на удовлетвореността на пациентите и намаляване на тежестта на сърдечно-съдовите заболявания върху здравната система. Съвременните практики и предизвикателства в управлението на сестринските грижи, при пациенти с остър миокарден инфаркт, са от съществено значение при разработването на настоящия дисертационен труд.

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

1.1. Цел, задачи и работни хипотези

Цел: Да се проучат и анализират основните сестрински дейности и тяхната роля в управлението на кардиологичната грижа при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт, с цел разработване на ефективни подходи за подобряване на качеството, координацията и индивидуализацията на сестринските грижи, насочени към оптимизиране на резултатите и прогнозата на пациентите.

За постигане на целта си поставихме следните **задачи**:

1. Да се направи теоретичен анализ на български и чуждестранни база данни за дейностите и грижи при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт.
2. Да се изследват демографските, социалните и медицинските характеристики на пациентите с ОМИ и съпътстващи заболявания, с цел определяне на тяхната специфика и потребности от здравни грижи.
3. Да се изследват факторите, свързани с начина на живот, които влияят върху здравословното състояние на пациентите със сърдечно-съдови заболявания.
4. Да се идентифицират и оценят основните рискови фактори и клинични особености, които определят тежестта и прогнозата на сърдечното състояние при коморбидни пациенти с ОМИ.
5. Да се анализират съществуващите подходи и стратегии за лечение и грижа за коморбидни пациенти с ОМИ в болнична и извънболнична обстановка.
6. Да се изследва ролята на сестринската оценка, интервенции и мониторинг върху качеството на живот и здравните резултати на пациентите.
7. Да се изготви интегрирана рамка, включваща ключови принципи, методи и стратегии за оптимално управление на кардиологичната грижа, насочена към подобряване на здравните резултати и качеството на живот на пациентите.

Работни хипотези

На базата на проучената литература и поставената цел на дисертационното изследване бяха формулирани следните работни хипотези:

1. Оптимизираното управление на сестринската грижа, съобразено с индивидуалните нужди на коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт, води до подобряване на здравното състояние и качеството на живот на пациентите.

2. Не се открива значима разлика в състоянието и прогнозата на коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт при различни подходи за управление на сестринската и кардиологичната грижа.
3. Подобряването на координацията между сестринските грижи и мултидисциплинарния екип значително повишава ефективността на лечението и намалява риска от развитие на усложнения при пациенти с остър миокарден инфаркт и съпътстващи заболявания.
4. Активното участие на медицинските сестри в идентифицирането и управлението на рисковите фактори при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт подобрява дългосрочната прогноза на пациентите.

Хипотезите изработихме, отчитайки предизвикателствата в управлението на кардиологичната грижа, както и необходимостта от оптимизация на сестринските дейности, насочени към подобряване на състоянието и прогнозата на пациентите.

1.2. Материал и методика

1.2.1. Предмет на изследването

Предмет на настоящото изследване е ролята на сестринските дейности в мултидисциплинарния екип, тяхното планиране, координация и въздействие върху ефективността на лечението, качеството на грижите и дългосрочната прогноза на пациентите.

В зависимост от предмета на изследователската дейност, дисертационеният труд включва два основни компонента на научното изследване:

- Теоретично изследване;
- Емпирично изследване.

1.2.2. Обекти на изследванията

- Нормативни документи, регламентиращи дейностите на медицинските сестри;
- Литературни/електронни източници, относно добри практики, организация на сестрински дейности и грижи при коморбидни пациенти с ОМИ;
- Процеси на управление на кардиологичната грижа - подходи за планиране и оптимизация на сестринските дейности; оценка на качеството и координацията на медицинските грижи;
- Медицински сестри, участващи в грижите за пациенти с ОМИ;
- Пациенти с остър миокарден инфаркт (ОМИ) и съпътстващи заболявания

(коморбидност);

- Взаимодействието между медицинските сестри, лекари и други специалисти при организация и координация на грижите за пациенти с коморбидност;

1.2.3. Дизайн на изследването

Дизайнът на изследването включва теоретично и емпирично проучване, с цел изследване и оценка на ефективността на управлението на кардиологичната грижа при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт. Изследването комбинира количествени и качествени методи, което позволява интегрирането на различни перспективи за разбиране на ключовите фактори, влияещи на качеството на грижата и възстановяването на пациентите.

I. Теоретично проучване

1. Проучване на добри практики и препоръки за лечение и грижи за пациенти с остър миокарден инфаркт

Приложен е систематичен анализ на практиките за управление на кардиологичната грижа при коморбидни пациенти с ОМИ. Информация е извлечена на база формулирани критерии за включване и изключване. Оценка на качеството на източниците е направена въз основа на: методология на изследването; представяне на резултатите; приложимост на заключенията.

Процесът включва следните основни стъпки:

- **Дефиниране на целта и обхвата на изследването** – уточнен е конкретния въпрос, който ще бъде разглеждан, и параметрите на изследваната популация, интервенции и резултати: *„Какви са най-ефективните практики за управление на кардиологичната грижа при пациенти с остър миокарден инфаркт и съпътстващи заболявания (диабет, хипертония, ХОББ)?“*
- **Формулиране на критерии за включване и изключване** – определени са конкретни критерии за включване и изключване на източници, които отговарят на специфични изисквания – рецензирани публикации, актуалност на информацията, клинични насоки, международни стандарти.
- **Търсене в научни бази данни** - PubMed, Web of Science, Google Scholar, Scopus и други. Формулирани са ключови думи и комбинирани термини, които ще подпомогнат идентифицирането на релевантни статии, клинични изследвания, препоръки за лечение и добри практики: *„acute myocardial infarction,“ „nursing care,“ „comorbidities,“ „management,“ „best practices.“*

- **Селектиране на източници** в етап 1 – преглед на заглавия и резюмета и в етап 2 – проверка на релевантност и качество.
- **Извличане на данни** – информацията е организирана по теми и са изготвени качествени и количествени обобщения на резултатите, относно методи за лечение и грижа, стратегии за управление на съпътстващите заболявания, роли на сестринските грижи и мултидисциплинарния екип, както и резултати от прилагането на тези практики.
- **Документиране на процеса и резултатите**, свързани със стратегии за управление на кардиологичното състояние при коморбидни пациенти, ролята на сестринските грижи в грижата за коморбидни пациенти с ОМИ. Разгледани са ефективността на различните подходи за управление на кардиологичната грижа, как те влияят на здравето на пациентите и какъв е приносът на сестринските грижи в този контекст. Анализирани са затрудненията и възможностите за подобряване на съществуващите практики.
- **Проверка на заключенията** – оценена е приложимостта на резултатите и са идентифицирани пропуски или области, които изискват допълнителни изследвания и препоръки за подобряване на практиките за управление на кардиологичната грижа при коморбидни пациенти с ОМИ.

2. Проучване на дейностите и грижите на медицинските сестри при коморбидни пациенти с ОМИ.

Приложен е сравнителен анализ на основни концепции, теории, модели и подходи, които формират практиката на сестринските грижи при коморбидни пациенти с ОМИ. Анализът на сестринските грижи е направен в следната последователност: разгледани са основните принципи и задачи на сестринските грижи; анализирани са специфичните предизвикателства, свързани с управлението на коморбидни състояния; установено е взаимодействието между различни заболявания и тяхното влияние върху здравословното състояние на пациентите.

Осъществен е сравнителен анализ на национални и международни клинични насоки, стандарти и протоколи за управление на ОМИ и коморбидни състояния, издадени от професионални медицински организации.

Целта на теоретичния анализ е да се изследват и оценят съществуващите теоретични концепции, модели и практики, приложими за подобряване на сестринските интервенции и координация, свързани с управлението на кардиологичната грижа при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт.

II. Емпирично проучване

1. *Качествено проучване сред пациенти, относно здравословно състояние, лечение и грижи, които получават.*

Приложен метод за събиране на информация е дълбочинно интервю за получаване на подробни и задълбочени данни, относно личните преживявания, нагласи, възприятия и мнения на коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт. Пациентите са избрани, чрез целенасочена подборна извадка, като е осигурено разнообразие по отношение на възраст, пол, социално–икономически статус и вид на съпътстващите заболявания (например диабет, хипертония, хронична обструктивна белодробна болест). Това позволява по–дълбокото разбиране на индивидуалните преживявания на пациентите и техните възприятия относно лечението и грижите, които получават.

Набирането на информация е сформирано чрез непринуден разговор, в естествена среда за участниците – в болничната стая. Създадени са условия за максимална свобода и спонтанно споделяне на мнение и лични впечатления. Участниците в настоящото проучване бяха 30 избрани на доброволен принцип, при предварително формирани критерии, с които се цели всеобхватност, т.е. участие на хора от всички нива, свързани с оказване на лечение и грижи в интензивната кардиологична практика. Процесът на избор включва следните критерии:

- **Възрастова група** – включени са пациенти от различни възрастови категории (например млади, средна възраст и възрастни хора), за да се оцени как възрастта влияе на възприятията и нуждите от грижи;
- **Пол** – избор на пациенти от различни полови категории с цел да се разгледат възможни различия във възприятията и подходите към лечението;
- **Прдружаващи заболявания**–пациенти с различни коморбидности, като диабет, хипертония и ХОББ, които могат да повлияят на подхода за лечение и грижите, които получават;
- **Социално–икономически статус**–пациенти с различен социален и икономически статус, за да се изследва как този фактор може да повлияе на достъпа до здравни услуги и качеството на получаваните грижи.

За целите на дълбочинното интервю е разработен специфичен изследователски инструментариум – **Въпросник за провеждане на дълбочинно интервю (Приложение 1)**, но и с възможност за допълнителни въпроси и проучване на теми, възникващи по време на дискусиата.

Интервютата са проведени от изследователя в периода от м. април 2023 г. до

м. декември 2023 г. Участниците са поканени лично от изследователя. В началото на всяко интервю е разяснена целта, гарантирана е анонимността на интервюираните. Направен е аудио-запис след получаване на устно информирано съгласие от респондентите, транскрибиране и качествен анализ на генерирания текст. Всеки разговор е с продължителност между 45-60 минути.

2. Качествено проучване сред медицински специалисти, относно ефективността на съществуващите практики и методи за управление на грижите при пациенти с ОМИ

Приложен метод за събиране на информация е фокус група. Целта е събиране на мнения и идеи от медицински специалисти по определени аспекти на управлението на кардиологичната грижа при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт. Стимулирано е взаимодействието между участниците за обсъждане на възможностите за оптимизация на грижите. Участниците във фокус групата включват медицински специалисти с опит в лечението на пациенти с ОМИ и съпътстващи заболявания.

За целите на фокус групата е разработен **Полуструктуриран въпросник**, който включва отворени въпроси, насочени към стимулиране на дискусия и обмен на мнения (*Приложение 2*). Въпросите са насочени към същността на кардиологичната грижа и координацията между медицински специалисти, като основна цел е установяване на добри практики и изготвяне на препоръки за оптимизация на сестринската и мултидисциплинарната грижа за коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт. Сесиите на фокус групите са с продължителност около 90 минути. След всяка сесия, записаните дискусии са транскрибирани и анализирани.

3. Качествено проучване сред пациенти, относно взаимодействията между пациенти и медицински специалисти, както и ефективността на лечението и грижи при остър миокарден инфаркт и коморбидни заболявания.

Приложен метод за събиране на информация е наблюдение, което позволява изследването на поведението на пациентите в болничната среда и влиянието върху лечебния процес.

Основните аспекти в процеса на наблюдението включват: изследване на взаимодействията между пациенти и медицински специалисти в болнична среда; оценка на ефективността на лечението и сестринските грижи при пациенти с остър миокарден инфаркт и коморбидни заболявания; анализ на възможни

проблеми в комуникацията, координацията на грижи и възприемането на лечението от пациентите.

Обект на наблюдение са пациенти, с остър миокарден инфаркт, които имат съпътстващи заболявания, като диабет, хипертония, хронична обструктивна белодробна болест и др. Пациентите са избрани чрез целенасочена извадка, с включени различни демографски групи (възраст, пол, социално-икономически статус и други).

Наблюдението е проведено от изследователя, в реална клинична среда. Предварително са определени критерии, които включват:

- комуникация между пациентите и медицинския екип;
- процес на вземане на решения;
- придържане към препоръките за лечение;
- възприемане на качеството на грижите.

За целите на наблюдението е разработен **Чек-лист за наблюдение**, предназначен за събиране на данни по систематичен и обективен начин (*Приложение 3*). Чек-листът включва основните аспекти на наблюдение. Направени са подробни записи, относно наблюдаваните взаимодействия, поведение и реакции на пациентите в различни моменти от лечението. Използван е шаблон, който подпомага систематичното събиране на данни по основни показатели (комуникация, участие в лечението, удовлетвореност). Пациентите са информирани за целите на изследването, както и за правото на анонимност и конфиденциалност на данните.

4. Количествено проучване сред медицински специалисти, относно сестрински дейности и грижи относно кардиологични грижи при коморбидни пациенти с ОМИ.

Ефективността на съществуващите сестрински интервенции при пациенти с остър миокарден инфаркт (ОМИ) и съпътстващи заболявания са оценени чрез мнението на медицински специалисти.

Количествения метод включва пряка индивидуална анкета сред медицински специалисти от УМБАЛ/МБАЛ в градовете Варна, Шумен, Добрич, Бургас, Русе и Силистра – общо 223 респондента, разпределени в две групи:

- **първа група** - включва 125 медицински сестри, старши и главни сестри, както и специалисти от Ангиографски сектор, оказващи дейности и грижи в интензивни кардиологични отделения, в които се хоспитализират коморбидни пациенти с ОМИ;
- **втора група** – съставена от 98 лекари, провеждащи кардиологично

лечение при коморбидни пациенти в интензивни кардиологични отделения, някои от които и специалисти в Ангиографски сектор;

За нуждите на проучването са разработени две анкетни карти – **Анкетна карта за медицински сестри** (*Приложение № 4*) и **Анкетна карта за лекари** (*Приложение № 5*).

Анкетната карта за медицински сестри има за цел да изследва професионалното поведение, управленските умения и ролята на медицинската сестра при оказване на кардиологична грижа на пациенти с остър миокарден инфаркт (ОМИ) и придружаващи коморбидни състояния. Анализът на мнението, изказано от професионалистите по здравни грижи идентифицира основните нужди, проблеми и възможности за развитие в сестринската практика в тази област.

Анкетната карта за лекари е разработена с цел изследване на взаимодействието между лекарите и медицинските сестри в процеса на кардиологична грижа за коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт (ОМИ). Анкетата оценява мнението на лекарите, относно ролята и участието на медицинската сестра в екипа, професионалната ѝ роля и възможностите за подобряване на качеството на сестринските грижи.

5. Количествено проучване сред пациенти, относно основните характеристики, включително демографски данни, медицинска история, начин на живот, рискови фактори и здравен статус.

С цел идентифициране на ключови фактори, влияещи на състоянието на пациентите с остър миокарден инфаркт и съпътстващи заболявания е проведена пряка индивидуална анкета сред пациенти, хоспитализирани в Първа Кардиологична клиника с Интензивно кардиологично отделение към УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, гр. Варна.

Определени са критерии за включване на лицата:

- възраст над 18 години;
- пациенти с установена диагноза остър миокарден инфаркт;
- пациенти, с установена диагноза остър миокарден инфаркт и съпътстващо заболяване като диабет, хипертония, хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ), хронични бъбречни заболявания или други кардиологични състояния, които взаимодействат с основното заболяване (ОМИ).
- да са дали информирано съгласие за участие в изследването;

- да имат способността да разбират и изпълняват инструкциите за попълване на въпросници или анкетни форми, както и да могат да комуникират ефективно с изследователя;
- да бъдат хоспитализирани или да бъдат под наблюдение в същото здравно заведение по време на проучването;
- пациентите не трябва да страдат от сериозни психични заболявания, които биха възпрепятствали тяхното участие в изследването, както и да пречат на тяхната способност за разбиране и сътрудничество с изследователите;

Критериите за изключване на лицата, включват:

- пациенти, които не са диагностицирани с остър миокарден инфаркт или за които диагнозата не е потвърдена с медицински тестове и анализи;
- пациенти, които нямат поне едно съпътстващо заболяване, свързано с кардиологичните проблеми;
- пациенти, страдащи от сериозни психични разстройства (например, шизофрения, тежки депресивни разстройства или други психози), които могат да попречат на тяхното участие в проучването или да повлияят на способността им да разбират и изпълняват инструкциите;
- пациенти, които не могат да предоставят информирано съгласие поради когнитивни нарушения, тежка болка или състояния, които влияят на тяхната способност да разбират и вземат решения относно своето участие в изследването;
- пациенти, които отказват да участват в изследването, или такива, които не могат да предоставят съгласие поради физически или психически ограничения, които не могат да бъдат преодолени чрез помощ от близки лица;
- пациенти с напреднала форма на съпътстващо заболяване, като терминален стадий на бъбречна недостатъчност, последен стадий на ХОББ или онкологични заболявания, които могат да влошат прогнозата и да попречат на надеждността на резултатите от проучването;
- пациенти с активни кардиологични състояния като тежка сърдечна недостатъчност, клапни заболявания или други състояния, които не са свързани с остър миокарден инфаркт.

За нуждите на проучването е разработена **Анкетна карта за пациенти** (*Приложение № 6*) за установяване на начина на живот, хранителните навици, физическата активност и здравословното поведение на пациенти със сърдечно-съдови заболявания, включително остър миокарден инфаркт (ОМИ). Изследват

се рисковите фактори, социално-демографските особености и осведомеността на пациентите за тяхното състояние.

Тревожността и депресията са често срещани при пациенти с ОМИ и значително повлияват физическото възстановяване, спазването на терапевтичния режим и ефектът от интервенциите. Оценката на симптомите е направена с тестове – **Самооценъчен въпросник на HADS** (*Приложение № 7*) и **Самооценъчна депресивна скала на У. Цунг** (*Приложение № 8*).

Самооценъчният въпросник на HADS се използва в непсихиатрични организации и не отчита симптомите, от които могат да страдат само хора с психично заболяване (Herrmann 1997). Създаден през 1983 г. от Zigmond and Snaith като инструмент за оценка на тревожност и депресия при пациенти в болнична среда, въпросникът е широко прилаган в клиничната практика и научни изследвания, особено в контекста на хронични заболявания като сърдечно-съдови, където емоционалното състояние има значителна роля за възстановяването.

За количествена оценка на депресивни състояния бе използвана Самооценъчната депресивна скала на У. Цунг (Self-Rating Anxiety Scale, SAS), адаптирана на български език (Кокошкарлова, 1984). Разработена от Уилям Цунг през 1971 г., скалата е предназначена за обективно измерване на субективното усещане за тревожност, като същевременно отчита психическите и соматичните прояви на състоянието.

Включването на скалите за оценка в настоящото изследване, е базирано на наше проучване, което установи активното им използване сред подобна на нашата пациентска популация (Христова И., Димитрова А., Стайкова Св., Митова М., Чанева О., Атанасова М., Джамбов А.) и разрешение на Комисията по етика на научните изследвания за Медицински университет – Варна.

1.2.4. Организация на проучването

Проучването е проведено след одобрение от Комисия по етика на научните изследвания при Медицински университет – Варна с Решение №128 от 02.03.2023 г.

С оглед постигане на по-голяма точност, в своята основна част проучването е извършено самостоятелно от докторанта. Използвано е сътрудничество на ръководители по здравни грижи (лекари, главни и старши медицински сестри) на УМБАЛ и МБАЛ в страната. Подбраните сътрудници, бяха предварително запознати с целта, методиката за провеждане на изследването и обучени за работа с инструментариума (известие за защита на данните на изследваните

лица, информация за респондентите, формуляр за информирано съгласие за участие, анкетни карти и въпросници).

Етап	Дейност	Място на провеждане	Инструментарий	Период
Етап 1	Анализ на състоянието на проблема – изготвяне на литературен обзор. Формулиране на научната хипотеза. Формулиране на целта и задачите на изследването.	гр. Варна	Преглед на научни литературни източници в областта на дисертацията, статии, учебна документация, публикации (включително международни) Търсене, обзор и анализ на научни трудове насочени към състоянието на проблема.	Януари 2022 г. – Ноември 2022 г.
Етап 2	Определяне целите и задачите на дисертационното изследване; избор на подходящи методи; изработване на инструментариум за провеждане.	гр. Варна	Въпросник за провеждане на дълбочинно интервю (Приложение №1) Полуструктуриран въпросник за фокус група (Приложение №2) Чек-лист за наблюдение (Приложение №3) Анкетна карта за медицински сестри (Приложение №4) Анкетна карта за лекари (Приложение №5) Анкетна карта за пациенти (Приложение №6) Самооценъчен въпросник за тревожност и депресия (HADS) (Приложение №7) Самооценъчна скала на Цунг (Приложение №8)	Декември 2022 г. – Юни 2023 г.
Етап 3	Проведени изследвания посредством одобрен от КЕНИ към МУ-Варна инструментариум	гр. Варна, гр. Шумен, гр. Добрич, гр. Бургас, гр. Русе, гр. Силистра	Приложения №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Юли 2023 г. – Октомври 2023 г.
	Провеждане на проучване	гр. Варна		Април 2023 г. – Ноември 2024 г.

Етап 4	Обработка и анализ на получените данни чрез подбраните методи за анализ. Формулиране на изводите от извършените изследвания. Статистическа обработка и анализ на резултатите.	гр. Варна	Статистически методи	Октомври 2023 г. – Ноември 2024 г.
	Провеждане на дълбочинни интервюта, Фокус-групи и наблюдение	гр. Варна	Въпросник за провеждане на дълбочинно интервю (Приложение №1) Полуструктуриран въпросник за фокус група (Приложение №2) Чек-лист за наблюдение (Приложение №3)	Октомври 2023 г. – Ноември 2024 г.
Етап 5	Обобщаване на резултатите, формулиране на общите изводи, приноси и препоръки, изведени от дисертационния труд.	гр. Варна		Март 2023 г. – Декември 2024 г.

1.3. Методи на проучването

1.3.1. Социологически методи

- **Дълбочинно интервю** за отразяване на нагласи, поведение, социални характеристики и опит, относно управлението на кардиологичната грижа при коморбидни състояния с остър миокарден инфаркт.
- **Фокус групи** за проучване мнението на пациенти, относно изследване на възприятия, нагласи и преживявания на пациентите сред медицинските специалисти относно отражението на кардиологичната грижа в процеса на лечение и възстановяване.
- **Наблюдение** за идентифициране на факторите, които оказват влияние върху ефективността на интервенциите и взаимодействието с медицинските специалисти.
- **Анкетен метод** за проучване мнението на медицински специалисти и пациенти, относно дейностите и грижите при коморбидни пациенти с ОМИ.

1.3.2. Статистически методи

- **Описателна статистика** – обобщава основните характеристики на изследваната извадка; изчислява честоти, проценти, средни стойности и стандартни отклонения на данните, събрани чрез анкетното проучване и наблюдението.
- **Корелационен анализ** – установява зависимостите между различни фактори, като съпътстващи заболявания и показатели за състоянието на пациентите с ОМИ; идентифицира връзките между коморбидните състояния и ефективността на кардиологичните грижи.
- **Регресионен анализ** – определя влиянието на различни променливи (като възраст, пол, съпътстващи заболявания) върху резултатите от лечението и грижата при пациенти с ОМИ; установява значимостта на факторите за прогнозата и управлението на състоянието на тези пациенти.
- **Дисперсионният анализ** - оценява ефективността на сестринските интервенции и оптимизирането на грижите за пациенти с ОМИ и коморбидности.

II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

2.1. Характеристика на изследваните лица

Проучване сред медицински специалисти

В научното изследване е проучено мнението на 223 медицински специалисти, оказващи дейности и грижи при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт: медицински сестри (n = 125) и лекари (n = 98), работещи в структури на лечебни заведения в градовете Варна, Шумен, Добрич, Бургас, Русе и Силистра.

Таблица 1. Разпределение на медицинските специалисти по лечебни заведения

Град/Лечебно заведение	Медицински сестри		Лекари		Общо	
	брой	%	брой	%	брой	%
Варна/УМБАЛ „Света Марина“	25	55.56%	20	44.44%	45	20.17%
Варна/МБАЛ – Варна към ВМА	9	50.00%	9	50.00%	18	8.07%
Шумен/МБАЛ "Шумен"	13	46.43%	15	53.57%	28	12.55%
Добрич/МБАЛ "Добрич"	8	50.00%	8	50.00%	16	7.17%
Бургас/УМБАЛ "Бургас"	14	58.33%	10	41.67%	24	10.76%
Русе/УМБАЛ "Медика Русе"	25	60.98%	16	39.02%	41	18.39%
Русе/УМБАЛ "Канев" Русе	20	57.14%	15	42.86%	35	15.69%
Силистра/МБАЛ "Силистра АД"	11	68.75%	5	31.25%	16	7.17%
Всичко	125	56.08%	98	43.92%	223	100%

Медицинските специалисти, включени в настоящото проучване представляват 64.32 % от всички медицински специалисти, работещи в структури на лечебните заведения, територия за провеждане на изследването, което дава репрезентативност на извадката (n = 375). Мнението, изказано от респондентите, може да бъде отчетено с висока степен на достоверност и да бъдат направени обобщени изводи за кардиологичната грижа при пациенти с

остър миокарден инфаркт.

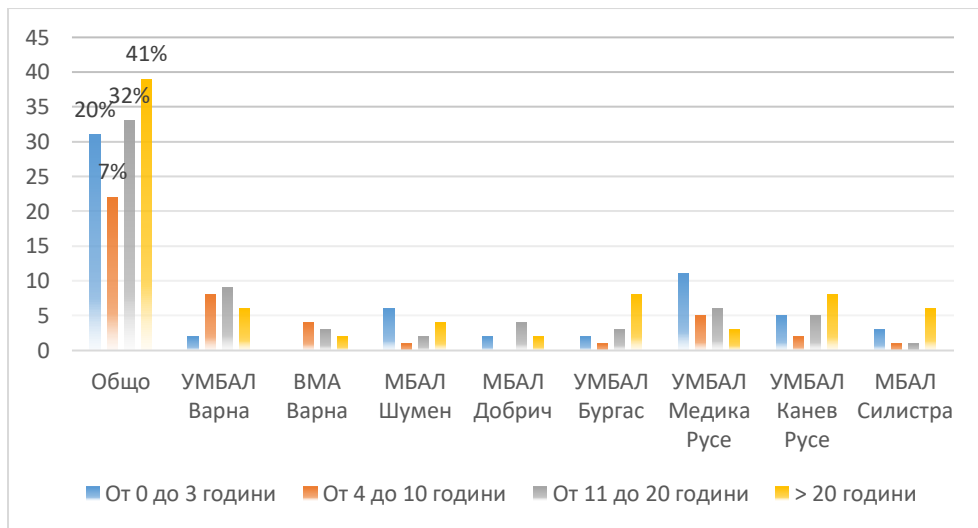
Възрастовата граница на анкетираните медицински специалисти се вмества в интервала 23-64 години (Фиг. 1).



Фигура 1. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по възраст

Средната възраст е 37.25 (SD 5.7) години. Разпределението по възрастови периоди показва най-голям дял на анкетираните между 31-40 години (41%), следвани от тези на възраст между 41 и 50 години (30%). Това възрастово представителство, гарантира значението на мнението по въпроси, отнасящи се до дейностите и грижи при коморбидни пациенти в кардиологичната практика и възможностите за прилагане на подходи за управление на грижите.

Установява се статистически значими разлики в средните възрасти на лекарите и медицинските сестри ($p < 0.01$). Базирайки се на събраните данни, се разкрива, че в кардиологичните отделения на лечебните заведения работят специалисти с богат практически опит, придобит по време на продължителния им трудов стаж. Това ни дава основание да считаме, че мнението на тази група респонденти е изключително ценно за проведеното изследване (Фиг. 2).



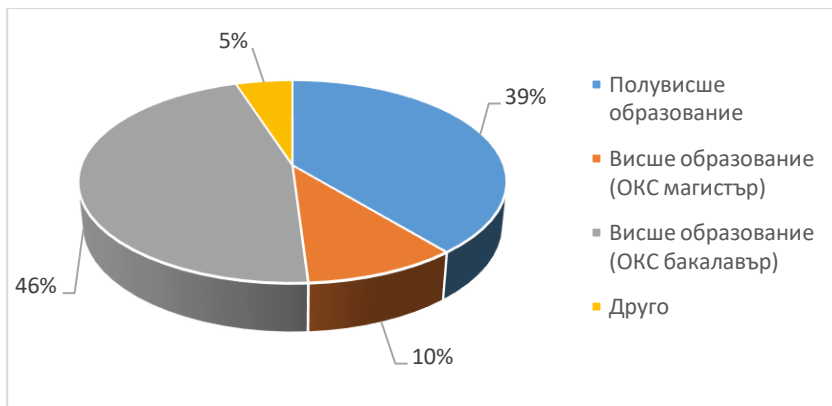
Фигура 2. Разпределение на медицинските специалисти по професионален стаж

Значителна част от медицинските специалисти притежават повече от 20 години опит, което ги определя като експерти в ефективното управление на грижите за пациентите (41%). Допускаме, че тези специалисти имат и по-добра способност да се справят със стресови ситуации и сложни клинични случаи. В анкетното проучване попадат лекари и медицински сестри с професионален опит в границите на 11 до 20 години (32%), следвани от специалистите със стаж под 10 години (27%).

Чрез провеждането на дисперсионен анализ е установена значима зависимост между възрастовата група на медицинските специалисти и продължителността на техния трудов стаж ($F = 44.506$; $p < 0.05$).

Открива се статистически значима разлика между възрастовите групи по трудов стаж. Тази връзка е статистически значима и силна ($r = 0.85$; $p < 0.01$), което потвърждава, че натрупаният опит е ключов фактор за качествено управление на грижите при пациенти с остър миокарден инфаркт и коморбидни състояния. Силната корелация подкрепя теорията, че опитът е решаващ за вземането на информирани и точни решения в критични ситуации.

Образователно-квалификационните степени на медицинските сестри, предоставящи грижи за пациенти с ОМИ, са основополагащ фактор за осигуряване на високо качество на здравните грижи (Фиг. 3).

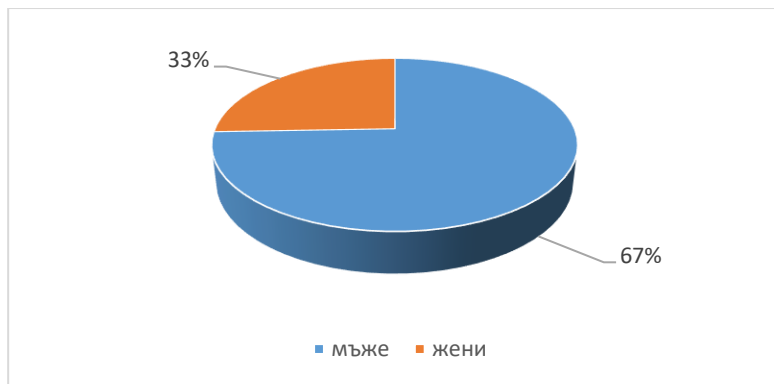


Фигура 3. Разпределение на медицинските сестри по образователно-квалификационна степен

Голяма част от медицинските сестри притежават висше образование ОКС Бакалавър (46%), следвани от специалистите с полувисше образование (39%). Бакалавърската степен е традиционно приета като базова професионализация в областта на сестринството и е основният образователен стандарт за медицински сестри в нашата страна. В интензивните и високоспециализирани сектори медицинските сестри участват в комплексни клинични ситуации, изискващи не само задълбочено познание на болестите, но и способност за вземане на бързи и адекватни решения, което се постига чрез непрекъснато обучение. Тревожен факт е, че малка част (10%), в изследваната група от медицински сестри, притежава магистърска степен. Допускаме, че професионалистите по здравни грижи поддържат своята компетентност от знания, умения и способност за вземане на бързи, информирани решения, чрез различни форми на продължаващо обучение.

Профил на пациентите и ключови фактори, свързани с тяхното здраве

Социално-демографските характеристики на пациентите с остър миокарден инфаркт оказват влияние при планиране и управление на кардиологичните грижи. За да бъдат установени нуждите от индивидуализирана и ефективна грижа са анализирани параметри като пол, възраст, местоживеене, семеен статус и образователно ниво. Проучването обхваща общо 200 пациенти с диагностициран остър миокарден инфаркт (ОМИ), преминали лечение в Първа Кардиологична клиника с Интензивно кардиологично отделение към УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, гр. Варна, от които мъже 67.0% ($n = 134$) и жени 33.0% ($n = 66$) (Фиг. 4).



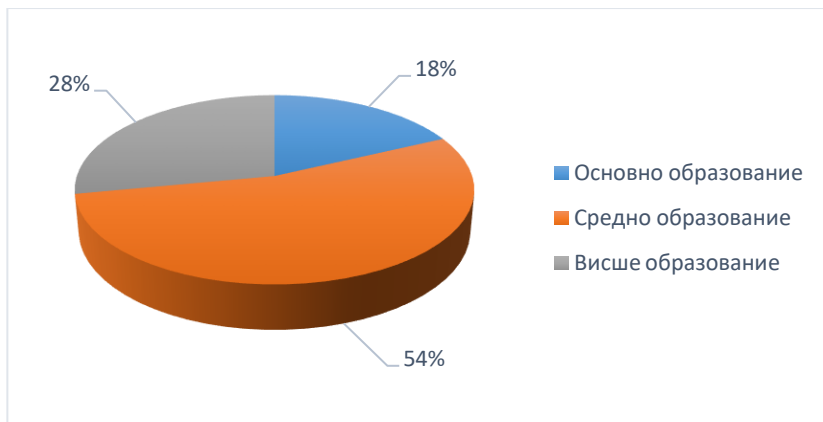
Фигура 4. Разпределение на анкетираните пациенти по пол

Разпределението по пол сред анкетираните пациенти отбелязва специфични рискови профили. Мъжете са по-склонни към атеросклеротични изменения в по-ранна възраст, докато жените често проявяват по-тежки симптоми след менопаузата. Възрастовата специфика има пряко отражение върху прилагането на персонализирани подходи в управлението на грижите и интервенциите, включително ранно диагностициране и дългосрочна профилактика.

Средната възраст на участниците е 64 ± 9 години. Възрастовото разпределение на пациентите разкрива, че най-голям дял (47%) заемат хората на възраст между 46 и 63 години – група, която комбинира активна професионална дейност с повишено излагане на рискови фактори като недостатъчна физическа активност, нездравословно хранене и хроничен стрес, както и наличието на придружаващи заболявания. Пациентите над 64 години също представляват значителна част от извадката (35%), като при тях често се наблюдава мултиморбидност, включваща хронични заболявания като артериална хипертония, захарен диабет и хронична обструктивна белодробна болест. Управлението на кардиологичната грижа в тези възрастови групи изисква интегриран подход насочен към придружаващите заболявания.

Голяма част от пациентите са със съпътстващи заболявания като артериалната хипертония (78%), захарният диабет (45%) и хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) (32%).

Сред изследваните лица се наблюдава следното разпределение по образование - 18% са с основно образование, 54% със средно образование и 28% с висше образование. При разпределението по образователен статус, значителен дял са пациентите със средно и основно образование (Фиг. 5).



Фигура 5. Разпределение на пациентите по образование

Допускаме, че групата пациенти, с основно образование, може да бъде изправена пред трудности при разбирането на медицинска информация и да повлияе на качеството на грижите, както и тяхното спазване. Болшинството от пациентите, участвали в проучването са със средно образование (54%). Това е най-голямата група сред пациентите. Образованието на пациента влияе върху неговото възстановяване и участие в лечебния процес.

Активно работещите съставляват 35% от извадката, като значителна част от тях (62%) упражняват професии със средно ниво на физическа активност. Пенсионерите представляват най-голямата група с дял от 43%, докато близо една четвърт (22%) от пациентите са временно нетрудоспособни или безработни (Таблица 2).

Таблица 2. Социален статус и ниво на образование на пациентите

Трудова заетост	Образователно ниво	Процент от общия брой пациенти
Активна трудова дейност	Основно образование	6.3%
	Средно образование	18.9%
	Висше образование	9.8%
Пенсионна възраст	Основно образование	7.7%
	Средно образование	23.2%
	Висше образование	12.0%
Временно нетрудоспособни или безработни	Основно образование	4.0%
	Средно образование	11.9%
	Висше образование	6.2%

Установява се слаба положителна корелация между социалния статус и нивото на образование при пациентите ($r \approx 0.23$).

Пациентите от градски райони представляват 72% от извадката, докато 28% са от селски райони. Последните отбелязват затруднен достъп до здравни грижи, което може да доведе до късно диагностициране и усложнения.

Водещата коморбидност, във всички възрастови групи, е артериалната хипертония (78%). Хипертонията е често срещана при кардиологични заболявания и изисква специално внимание при управлението (Таблица 3).

Таблица 3. Пациенти по възрастови групи и съпътстващи заболявания

Възрастова група	Честота на основни съпътстващи заболявания	%
30–40 години	артериална хипертония	78%
	нарушения в липидния профил	50%
	захарен диабет тип 2	30%
41–50 години	артериална хипертония	78%
	захарен диабет тип 2	45%
	нарушения в липидния профил	50%
над 51 години	артериална хипертония	78%
	хронична обструктивна белодробна болест	32%
	хронична бъбречна недостатъчност	18%

Нарушенията в липидния профил са второто, най-често срещано, съпътстващо заболяване при пациентите под 50 години (50%). Почти половината от пациентите страдат от захарен диабет тип 2, който е значим рисков фактор за сърдечно-съдови заболявания (45%). Между възрастта и броя на съпътстващите заболявания се установява много силна положителна корелация ($r \approx 0.994$).

С увеличаването на възрастта на пациентите се увеличава и броят на съпътстващите заболявания, което е често срещано при пациентите с кардиологични заболявания и коморбидност. Установената силна корелация насочва дейностите към ранната диагностика и комплексното управление на грижата при пациенти с множество здравословни проблеми. Възрастните пациенти с кардиологични заболявания изискват интензивни и специализирани грижи, които да отговорят на спецификата на техните здравословни състояния.

Социалните и семейни фактори могат значително да повлияят както на емоционалното състояние, така и на мотивацията за следване на препоръките за

лечение. Сред участниците 68% са женени или в партньорство, 20% са самотни, а 12% са вдовци/вдовици. Тази структура подчертава важността на социалната подкрепа за възстановяване на пациентите.

Високата коморбидност и ограничен достъп до здравни услуги в селските райони подчертават необходимостта от целенасочени интервенции за подобряване на превенцията, диагностиката и управлението на кардиологичната грижа. В достъпа до здравни услуги между пациентите в градските и селските райони има статистически значима разлика $\chi^2 = 17.54$ ($\alpha = 0.05$).

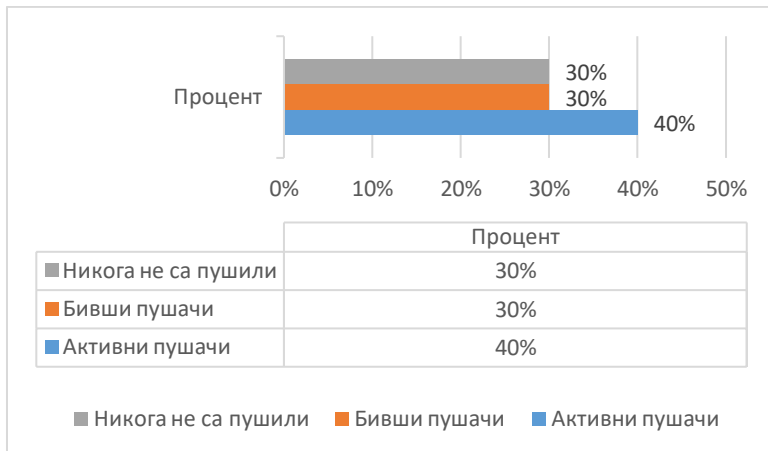
2.2. Влияние на начина на живот и рисковите фактори върху здравословното състояние и прогнозата на коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт

2.2.1. Изследване на факторите, свързани с начина на живот, които влияят върху здравословното състояние на пациентите със сърдечно-съдови заболявания

Сърдечно-съдовите заболявания са водеща причина за заболяемост и смъртност в световен мащаб, като представляват сериозно предизвикателство за здравните системи и обществата. Хранителният режим, нивото на физическа активност, тютюнопушенето, употребата на алкохол и способността за справяне със стреса са определящи компоненти за сърдечното здраве и общото благополучие на пациентите. Проучването е насочено към идентифициране на ключови фактори, влияещи на състоянието на коморбидни пациентите с остър миокарден инфаркт. Проведена е пряка индивидуална анкета сред пациенти, хоспитализирани в Първа Кардиологична клиника с Интензивно кардиологично отделение към УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, гр. Варна ($n = 200$). Анкетната карта включва въпроси, насочени към здравословния статус, както и към съществени рискови фактори, които са тясно свързани с хода на заболяването и възстановяването след инцидента.

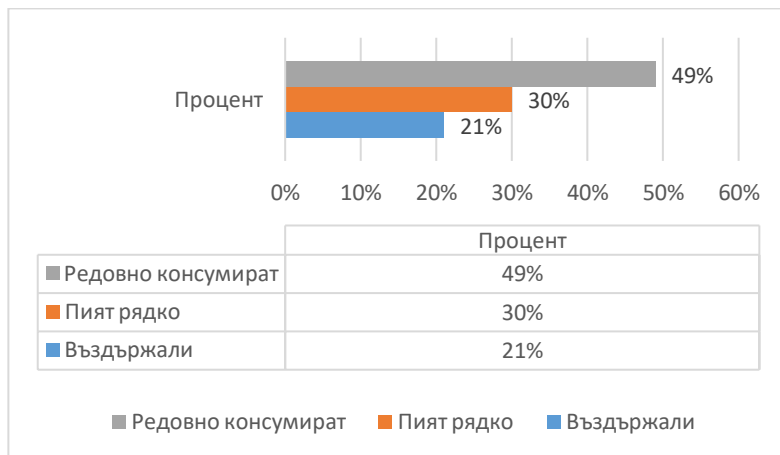
Рискови фактори като тютюнопушене, консумация на алкохол, начин на хранене и индекс на телесна маса (ИТМ) съществено влияят върху увеличаването на риска от развитие на ОМИ. Ранното им откриване и управление са от значение за вторичната превенция и дългосрочното здраве на пациентите. Данните определят тютюнопушенето като значим модифицируем рисков фактор, който оказва съществено влияние върху здравословното

състояние и прогнозата на пациентите. Значителна част от пациентите (40%) са активни пушачи (Фиг. 6).



Фигура 6. Разпределение на пациенти според рисков фактор тютюнопушене

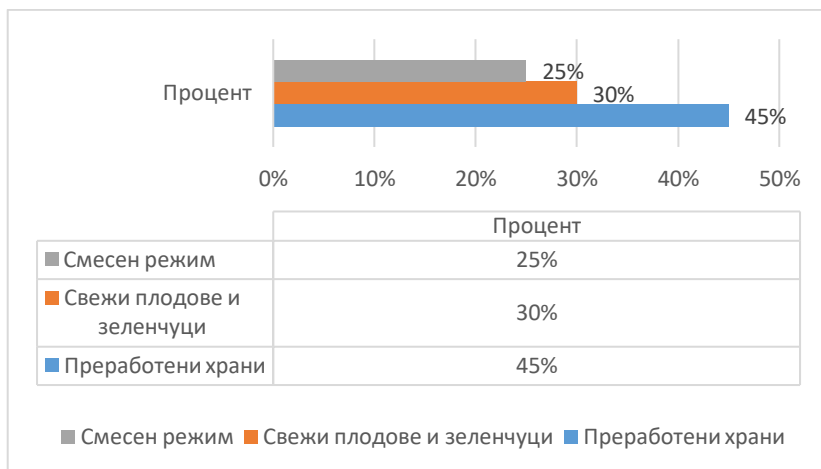
Оценката на алкохолните навици показва, че близо половината от пациентите редовно консумират алкохол (49%), една трета – рядко (30%), а почти една четвърт (21%) са въздържали (Фиг. 7).



Фигура 7. Разпределение на пациентите според консумацията на алкохол

В анкетата има уточняващ въпрос, относно вида на алкохола - бира, вино и концентрат. Прави впечатление, че пациентите, които консумират редовно или едно от трите или и трите едновременно алкохолни напитки.

Преработените храни преобладават в хранителните навици на пациентите, като това може да бъде индикатор за повишен риск от развитието на здравословни проблеми, включително сърдечно-съдови заболявания и диабет (45%). Тревожен е фактът, че само една трета от пациентите (30%) консумират свежи плодове и зеленчуци, като неправилното хранене остава основен рисков фактор за развитието на сърдечно-съдови заболявания (Фиг. 8).



Фигура 8. Разпределение на пациентите според хранителните навици и свързаните здравословни рискове

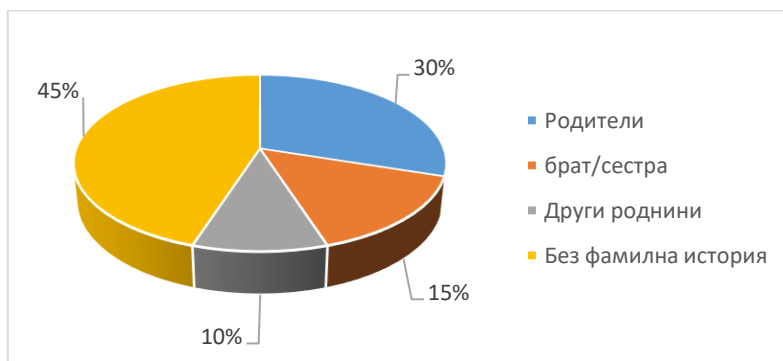
Преработените храни обикновено съдържат значително количество сол, което може да бъде изключително опасно за здравето. Консумацията на сол е установена като над препоръчителните нива при повече от половината пациенти (65%), което е значим рисков фактор за хипертония и сърдечно-съдови заболявания. Корелацията между хранителните навици и консумацията на сол е силно статистически значима ($\chi^2 = 955.43$).

Индексът на телесната маса е важен индикатор за оценка на здравословното състояние, като открива важни данни за риск от метаболитни и сърдечно-съдови заболявания. В настоящото проучване, повече от половината пациенти са над нормалните граници за телесна маса - с наднормено тегло (40%), със затлъстяване (25%). Това са сериозни показатели, които са свързани с риска от

развитие на сърдечно-съдови и метаболитни заболявания. Фактът, че само 35% от пациентите имат телесно тегло в нормалните граници, също е тревожен, тъй като това показва, че по-голямата част от пациентите не следват препоръките за здравословен начин на живот и хранене.

Резултатите от анкетното проучване потвърждават високото разпространение на модифицируеми рискови фактори като тютюнопушене, прекомерна консумация на сол и неправилно хранене. Пациентите с наднормено тегло и затлъстяване показват значително по-висока честота на съпътстващи заболявания като хипертония и диабет, което усложнява възстановяването.

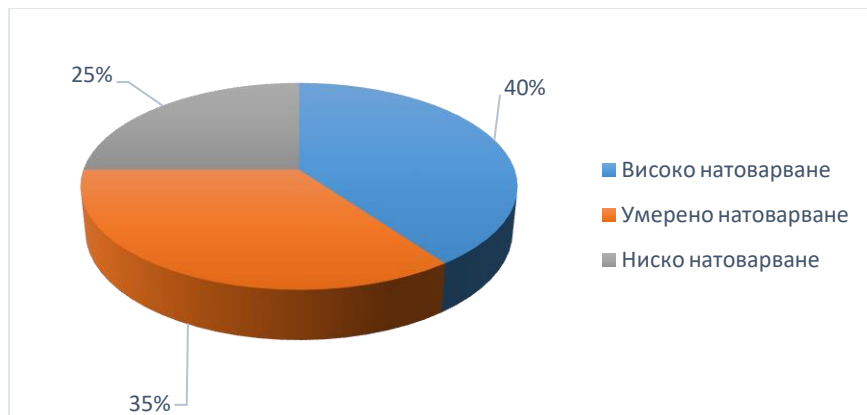
Внимание заслужава изследването на влиянието на фамилната обремененост върху развитието на сърдечно-съдови заболявания (Фиг. 9).



Фигура 9. Разпределение на пациентите според фамилната обремененост

Повече от половината пациенти имат фамилна история за сърдечно-съдови заболявания (55%). В проведеното проучване беше установено, че една трета (30%) от участниците съобщават за родител с хипертония или коронарна болест на сърцето. 15% от пациентите имат брат или сестра, които са засегнати от подобни сърдечно-съдови заболявания. Освен това, 10% от анкетираните посочват, че в семейството им е имало случаи на ранна смърт, свързана със сърдечен инцидент. Тези резултати подчертават значението на генетичната предразположеност при развитието на сърдечно-съдови заболявания.

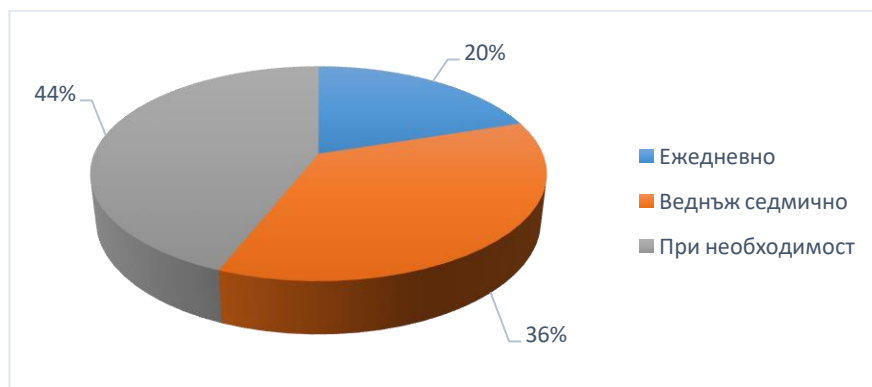
Стресът на работното място също може да повлияе негативно върху здравето. Проучването установява, че професионалната среда оказва значително влияние върху здравословното състояние на пациентите (Фиг. 10).



Фигура 10. Разпределение на пациентите според професионалното натоварване

Близо половината участници посочват, че са ангажирани с професии, свързани със силен стрес и високо психоемоционално натоварване (40%), докато една четвърт споделят за професионална ангажираност с ниско натоварване (25%). Според формулата за изчисление на професионалния стрес индекс (ПСИ), средният ПСИ за групата е изчислен като 2.15, което показва преобладаващо умерено до високо професионално натоварване.

Пациентите, които измерват редовно своето артериалното кръвно налягане (ежедневно или седмично), показват по-добра осведоменост и активно управление на състоянието (Фиг. 11).



Фигура 11. Честота на проследяване на артериалното кръвно налягане

Измерването на кръвното налягане е важен елемент за наблюдение на сърдечно-съдовото здраве, превенция на хипертонията и свързаните с нея заболявания. Добър навик за самооценка на здравословното състояние е посоченото от близо една трета от пациентите седмично проследяване на стойностите (36%). Липса на активна ангажираност към здравето си или недостатъчна информираност за важността на редовното проследяване са отговорите на голяма част от пациентите, че са измервали кръвното налягане само при посещения при лекар или при оплаквания (44%). Поведението на тези пациенти е рисково, тъй като ненавременното откриване на промени може да доведе до сериозни усложнения (Таблица 4).

Таблица 4. Честота на измерване на кръвното налягане и посещения при лекар

Честота на измерване на RR	Посещения на три месеца (n)	Посещения на 6 месеца (n)	Посещения само при необходимост (n)	Общо брой
<i>Ежедневно</i>	5	7	8	20
<i>Веднъж седмично</i>	9	13	14	36
<i>Само при лекар/оплаквания</i>	11	15	18	44
Общо	7	35	40	200

Средният интервал на посещения при специалист е 7.5 месеца, което показва сравнително ниско ниво на здравно проследяване. Пациентите, които редовно измерват своето кръвно налягане, по-често посещават кардиолог за проследяване на своето здравословно състояние, което може да доведе до по-добър контрол на рисковете за сърдечно-съдовите заболявания ($\chi^2 = 8.13$, $p > 0.05$).

Здравното поведение на пациентите е силно повлияно от осведомеността и достъпа до здравни услуги. Значителна част от пациентите, не осъзнават сериозността на своето заболяване или имат частична осведоменост (Таблица 5). Резултатите показват, че голяма част от пациентите не измерват редовно кръвното си налягане и не посещават кардиолог след изписването си, което увеличава риска от усложнения. Ниската честота на проследяващи визити подчертава нуждата от подобряване на здравното образование и създаване на механизми за редовно проследяване.

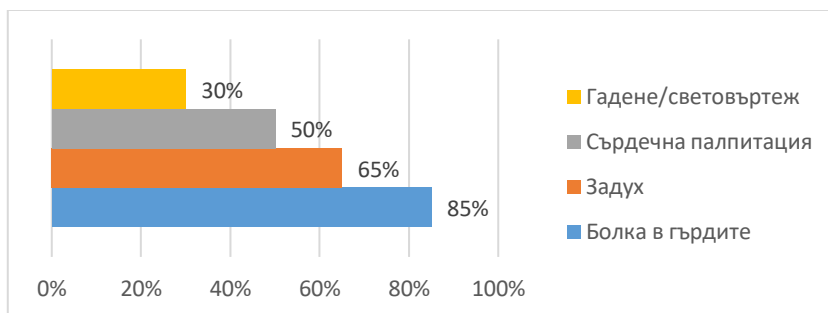
Таблица 5. Взаимовръзка между осведомеността и здравните фактори

Ниво на осведоменост	Фамилна обремененост		Нездравословни хранителни навици		Нередовни посещения при лекар	
	брой	%	брой	%	брой	%
Пълна осведоменост	23	41.07	21	36.21	15	35.71
Частична осведоменост	10	17.86	12	20.69	8	19.05
Липса на осведоменост	23	41.07	25	43.10	19	45.24

Ниската честота на проследяващи визити подчертава нуждата от подобряване на здравето образование и създаване на механизми за редовно проследяване.

2.2.2. Анализ на състоянието при пациенти с остър миокарден инфаркт

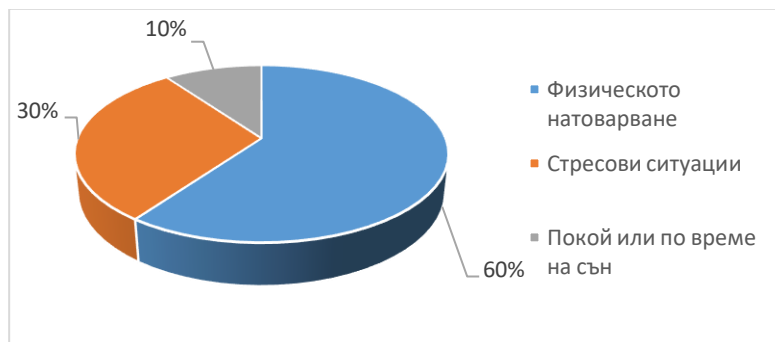
Оценката на състоянието при пациенти с остър миокарден инфаркт предоставя рамка за разработване на индивидуализирани стратегии за грижи и сестрински интервенции. Основните аспекти, свързани със състоянието на пациента, включват клинични прояви, рискови фактори, диагностика, интервенции и възстановяване, които пряко влияят върху процеса, свързан с управление на сестринската грижа. Проучихме честотата на основните симптоми, описани от пациентите, както и тяхната субективна оценка за интензивността и обстоятелствата, при които тези симптоми се проявяват (Фиг. 12).



Фигура 12. Клинични симптоми

Данните показват, че болката в гърдите остава основният индикатор за ОМИ (85%), докато симптоми като задух (65%), сърдечна палпитация (50%) и гадене или световъртеж (30%), могат да бъдат с по-ниска честота, но също толкова значими за диагностиката. Пациентите със задух ($n = 130$) често съобщават за съпътстваща гръдна болка (85%), което показва висока корелация между двата симптома. Наблюдаваните честоти на симптомите (гръдна болка, задух, сърдечна палпитация и гадене) са силно значими и различни от очакваното равномерно разпределение. Оценката на състоянието на пациента подчертава необходимостта от персонализиран подход в сестринската практика, но и осигурява база за дългосрочен мониторинг и подкрепа, насочени към предотвратяване на повторни сърдечни събития.

Физическото натоварване е основен провокиращ фактор за симптомите на остър миокарден инфаркт (ОМИ) при повечето пациенти (60%). Пациентите често съобщават за неспецифични симптоми, които са останали незабелязани до настъпването на ОМИ (Фиг. 13).

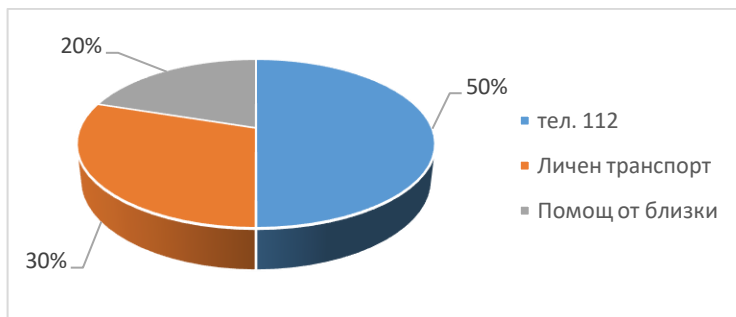


Фигура 13. Разпределение на обстоятелствата за поява на симптоми при пациенти с ОМИ

Необходимо е да знаем, че това е значителен индикатор за пациентите, които са физически активни или работят в професии с висока физическа натовареност. Емоционалният и психически стрес е вторият най-често посочен провокатор (30%). Симптомите в покой или по време на сън са сравнително редки, но често сериозен индикатор за тежестта на състоянието (10%).

Достъпът до медицинска помощ е критичен аспект при лечението на ОМИ, тъй като времето от появата на симптомите до получаването на медицинска

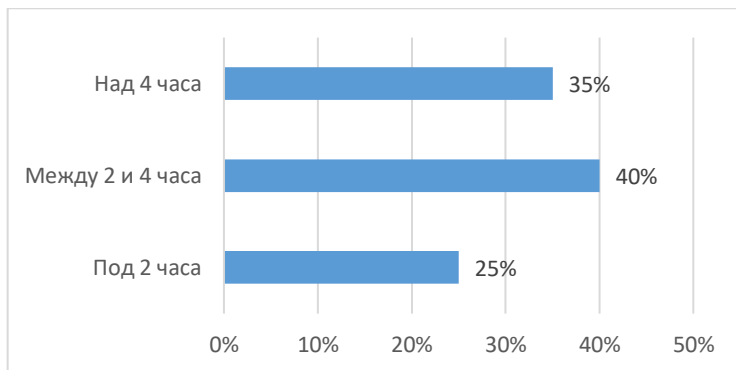
грижа значително влияе върху прогнозата на пациента. Разпределението между различните варианти на транспорт е представено на (Фиг. 14).



Фигура 14. Използван транспорт до лечебното заведение

Тези данни показват, че въпреки наличието на Бърза помощ като основен метод за транспортиране, значителен дял от пациентите използват лични ресурси, което може да увеличи риска от забавяне в лечението.

Отговорите на пациенти от проучването, сочат средно време от началото на симптомите до пристигането в болницата – 3.5 часа (Фиг. 15).



Фигура 15. Време на реакция при пациенти с остър миокарден инфаркт

Като най-голямо затруднение пациентите посочват липсата на знания, относно симптомите на остър миокарден инфаркт и тяхната сериозност (40%). Сред основните причини за забавяне са посочени затруднен достъп до Бърза помощ (30%), транспортни проблеми в отдалечени райони (20%) и други психологически бариери (10%). Пациентите с ограничен достъп до здравни

услуги често забавят лечението, което води до по-лоши клинични резултати. Резултатите потвърждават, че времето до получаването на медицинска помощ е значим фактор за ефективността на лечението при остър миокарден инфаркт.

2.3. Медицинската сестра в кардиологичната интензивна грижа - практики и предизвикателства

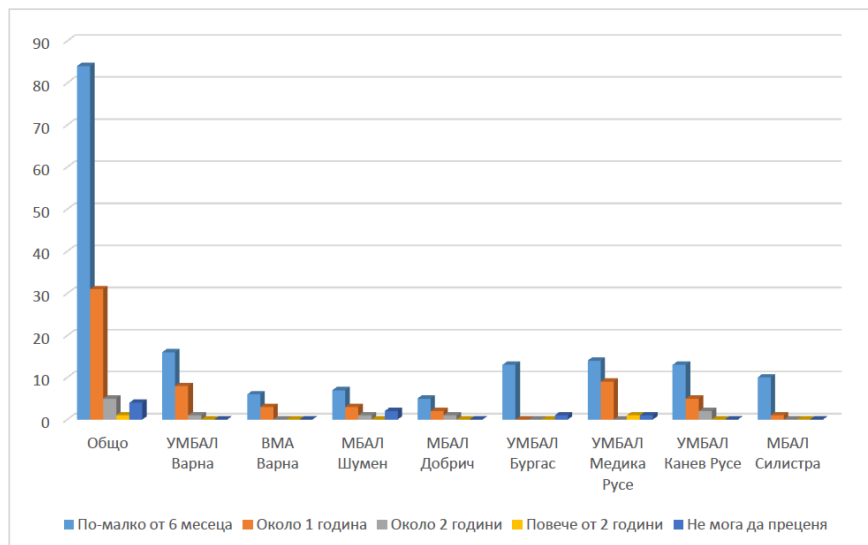
2.3.1. Обучение, компетенции и предизвикателства в съвременната практика

Сестринската практика в кардиологията е основна част от цялостното управление на грижите за пациенти с остър миокарден инфаркт. Качествените здравни грижи изискват отговорно взаимодействие между медицинските екипи, клинично наблюдение, оценка на състоянието на пациентите и прилагане на стандартизирани интервенции. Ролята на медицинската сестра и предизвикателствата в практиката са оценени, чрез изследване на мнението на медицински специалисти ($n = 223$), работещи в структури за оказването на грижи при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт.

Професионален опит и адаптация

Професионалният опит и адаптацията на медицинските сестри са ключови фактори за ефективността на предоставяните грижи в интензивните кардиологични отделения (ИКО). Трудовият стаж, уменията и способността за бързо адаптиране към динамична работна среда влияят върху качеството на грижите за пациентите.

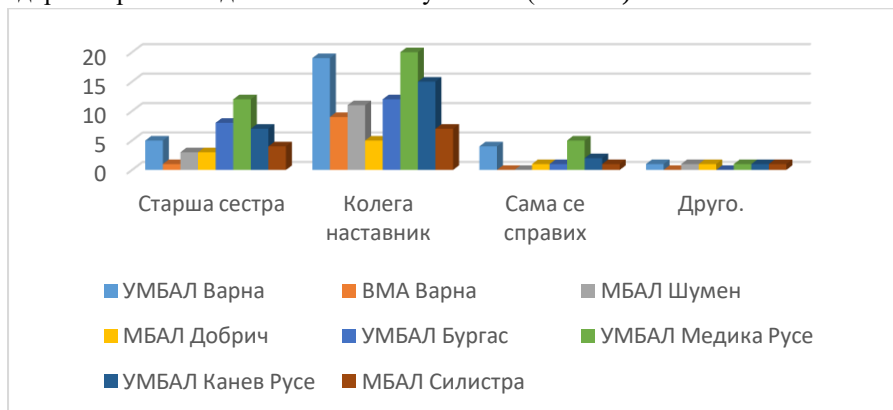
Данните разкриват положителна тенденция по отношение на адаптацията на медицинските сестри към работната среда в Интензивно кардиологично отделение (Фиг. 16). Работната среда в интензивните кардиологични отделения в повечето лечебни заведения е добре структурирана и осигурява подходящи условия за интеграция на новопостъпилите (67.2%). Близко една четвърт от анкетираните медицински сестри посочват период между 6 и 12 месеца (21.6%). Считаме, че това е нормален период за адаптация, особено в отделения с висока специализация и натовареност. Продължителната адаптация над 1 година е посочена от сравнително не голям брой участници в анкетното проучване (11.2%), като това може да бъде сигнал за необходимостта от допълнително внимание към индивидуалните потребности на новопостъпилите медицински специалисти. Средният период за адаптация е изчислен като 4.3 месеца, което потвърждава относителната бързина на интеграция на новите сестри.



Фигура 16. Период на адаптация в работния процес

Роля на наставничеството

Ефективното наставничество е незаменим инструмент за задържане на кадри и постигане на високо качество на здравните грижи. Значителна част от анкетираните посочват, че наличието на наставник улеснява адаптацията им в работната среда (71.2%). Това демонстрира колко важно е да има структура и подкрепа при въвеждането на нови служители (Фиг. 17).



Фигура 17. Подкрепа на медицински сестри по време на адаптацията им в работна среда

Най-много медицински сестри посочват, че са разчитали на колега наставник. Особено ясно това се вижда в УМБАЛ Медика, Русе, където този метод е най-разпространен. Това показва значението на менторството за интеграцията на нови служители. В някои лечебни заведения старшата медицинска сестра има значителна роля в подкрепата.

Професионална подготовка и квалификация

Кардиологията е една от най-динамично развиващите се медицински области, където технологиите и научните постижения непрекъснато трансформират подходите за диагностика, лечение и мониторинг на пациентите. Резултатите от анкетното проучване установяват базовата квалификация на медицинските сестри като добър старт за работа в кардиологията, но често не е достатъчна, за справяне със спецификата в състоянието и нуждите на пациентите. Допълнителното обучение е определящо за изграждане на професионалните качества и увереността в практиката (92%).

Според нас, въвеждането на задължителни програми за непрекъснато обучение и сертификация, съобразени с нуждите на кардиологичните звена, може значително да подобри качеството на работа.

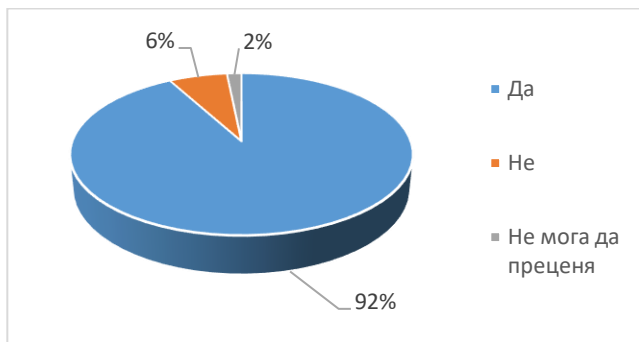
На въпроса „Необходима ли е допълнителна квалификация за работа на медицинската сестра в ИКО“ почти всички медицински сестри потвърждават необходимостта (Таблица 6). Високият риск и тежест на случаите, изискват специализирани знания и умения за работа.

Таблица 6. Необходимост от допълнителна квалификация

	МБАЛ Силистра	УМБАЛ Варна	ВМА Варна	МБАЛ Шумен	МБАЛ Добрич	УМБАЛ Бургас	УМБАЛ Медика Русе	УМБАЛ Канев Русе	Общо
Да	10	22	7	9	8	14	17	17	104
Не	1	1	2	1	-	-	5	3	13
Не мога да преценя	-	2	-	3	-	-	3	-	8

Използвана е формула за оценка на потребностите от обучение, където P_o е процентът на желаещите обучение, $N_{ж}$ е броят на желаещите обучение, а N_o е общият брой анкетирани и като резултат 83.2% от медицинските сестри изразяват нужда от допълнителни квалификации.

Потребността от допълнителна квалификация на медицинските специалисти е често обсъждана тема при подобряване на качеството на кардиологичната грижа. Желание за допълнително обучение изразяват почти всички медицински сестри (92%) (Фиг. 18).



Фигура 18. Желание за допълнително обучение (според медицинските сестри)

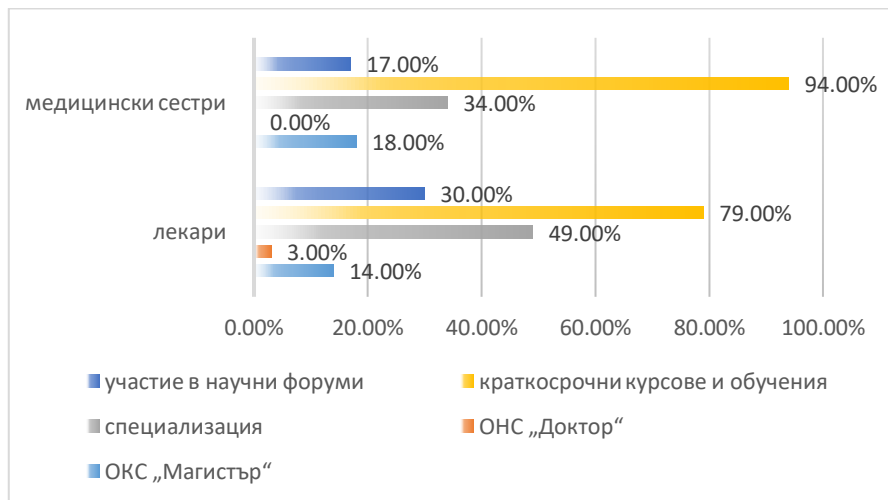
Голяма част от лекарите считат, че медицинските сестри трябва да притежават допълнителна квалификация, за да работят в ИКО (83.67%). Близко половината от тях (45%) дават предпочитания на краткосрочните курсове и обучения като ефективна форма за обучение на медицинските сестри. Специализацията се предпочита от почти една трета (28%), а участия в научни форуми и уъркшопове от 17%. Съвсем малък брой анкетирани смятат магистърската и докторската степен за алтернатива при медицинските сестри – съответно 8% и 2%.

Не се открива статистически значима разлика между отговорите на лекарите и медицинските сестри, относно необходимостта от допълнителна квалификация за работа в интензивните кардиологични отделения ($\chi^2 = 2.89$, $p > 0.05$). Анализът потвърждават важноста на специфичните умения и знания, които са необходими при работата с пациенти в критично състояние.

За оценка на връзката между професионалния стаж на лекарите и тяхното мнение относно необходимостта от допълнителна квалификация на медицинските сестри беше изчислен коефициент на корелация (r). Резултатите разкриват стойност на коефициента $r=0.72$, което свидетелства за силна положителна връзка. Това предполага, че лекарите с по-дълъг професионален

стаж придават по-голямо значение на необходимостта от допълнително обучение.

Медицинските специалисти, участвали в анкетното проучване, изразяват силно желание за продължаващо обучение (Фиг. 19).



Фигура 19. Включване в различни форми на продължаващо обучение

Краткосрочните курсове са най-предпочитаната форма за обучение (медицински сестри – 94%, лекари – 79%). Според нас, медицинските специалисти предпочитат формите за бързо усвояване на нови умения и знания, които могат веднага да бъдат приложени в практиката. Такъв тип обучение осигурява и гъвкавост на работното време, което е особено важно за спецификата на кардиологичните сектори. Близо половината от лекарите изразяват предпочитания към повишаване на знания и опит в конкретни практически области (49%), докато при медицинските сестри е малко повече от една трета (34%). Интересът към обучение в магистърски програми е слаб (медицински сестри – 18%, лекари – 14%). Допускаме, че отделянето от практическата дейност за по-дълъг период от време не е предпочитана форма за обучение.

Изчисленият корелационен индекс ($r = 0.948$) между отговорите на лекарите и медицинските сестри за различните форми на продължаващо обучение показва много силна положителна корелация, което означава, че предпочитанията на двете групи за форми на обучение са сходни. Стойността на p -value (0.014)

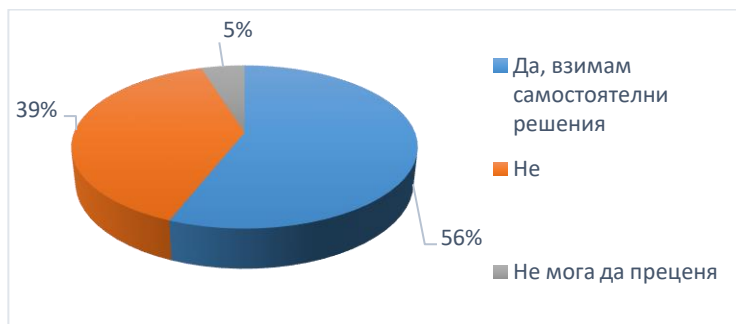
показва, че тази връзка е статистически значима, което потвърждава, че съществува реална и значима корелация между отговорите на лекарите и медицинските сестри ($p < 0.05$).

Резултатите показват, че въпреки общото осъзнаване на нуждата от продължаващо обучение, степента на ангажираност и предпочитанията за различни форми на обучение значително варират сред анкетираните медицински сестри. Въз основа на стойностите на дисперсията (742.49) и стандартното отклонение (27.23%), съществува значителна вариабилност в данните, което насочва към необходимостта от индивидуализиран подход към обучението и професионалното развитие на медицинските сестри.

Екипност в грижата за пациенти с остър миокарден инфаркт

Медицинската сестра има централна роля в управлението на кардиологичната грижа, като отговорностите ѝ варират от директни медицински интервенции до психологическа подкрепа и координация в екипа. Анализирахме резултатите от изследването, свързани със самостоятелността в решенията, екипната работа и значимостта на различни сестрински дейности.

Голяма част от медицинските сестри се чувстват уверени да вземат самостоятелни решения в рамките на придобитата компетентност (72%), докато 28% предпочитат консултация с лекар или колега с по-богат опит. Екипната работа е оценена като „много важна“ от участниците (87%), което подчертава ключовата роля на координацията в мултидисциплинарния екип (Фиг. 20).



Фигура 20. Самостоятелност при вземане на решения

Зависимостта между отговорите на лекарите и участието на медицинските сестри в работния процес показва различни нива на инициативност и самостоятелност в екипа. Медицинските сестри, които осъзнават значението на

допълнителното обучение, се чувстват по-уверени в своите способности да вземат самостоятелни решения. Корелационен индекс (r) между осъзнаването на необходимостта от обучение и увереността в самостоятелното вземане на решения е в диапазона от 0.6 до 0.7 - средно положителна корелация.

Интерес за нас, бе оценката на значимостта на различни сестрински дейности при грижата за коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт. Участниците в анкетното проучване бяха помолени да оценят по скала от 1 (неважно) до 5 (много важно) основните дейности в сестринската практика. Средноаритметичната оценка за всяка дейност е изчислена с формула, където X_i е оценката на дадена дейност от i -тия участник, а n е общият брой участници (Таблица 7).

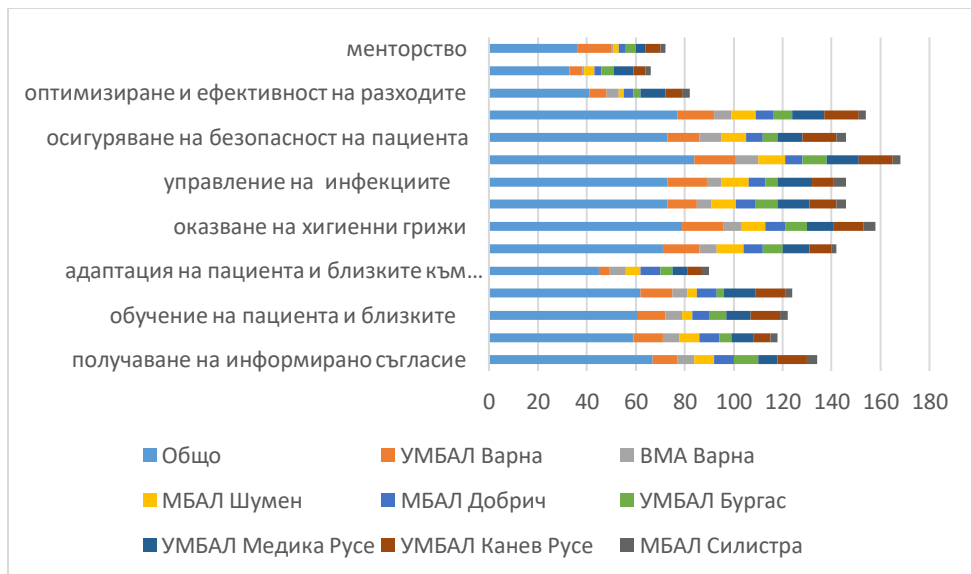
Таблица 7. Оценка на значимостта на сестринските дейности

Дейност	Средна оценка $\bar{X}$	
	лекари	медицински сестри
получаване на информирано съгласие	4.8	4.3
осъществяване на комуникация с пациента и близките	4.7	4.8
обучение на пациента и близките	4.5	4.6
оценка на състоянието на пациента	4.7	4.8
адаптация на пациента и близките към новия начин на живот	4.4	4.7
оказване на здравни грижи, свързани с придобиване на независимост на пациента	4.3	4.8
оказване на хигиенни грижи	4.3	4.5
оказване на психологическа подкрепа	4.7	4.5
управление на инфекциите	5.00	4.3
изпълнение на назначенията на лекаря	5.00	4.3
работа в екип	5.00	4.5

спазване на безопасност на работа	4.8	4.8
осигуряване на безопасност на пациента	4.6	4.7
самоусъвършенстване	4.7	4.4
оптимизиране и ефективност на разходите	4.6	4.3
провеждане на научна дейност	4.7	4.3
менторство	4.7	4.5

Медицинските специалисти придават голямо значение на редица ключови дейности в сестринската практика. При сравнения на резултатите се наблюдават по-високи оценки на дейностите, поставени от лекарите. Тази група респонденти оценяват максимално високо дейностите, свързани с управление на инфекциите, изпълнение на назначенията на лекаря и работа в екип (5.00). Медицинските сестри, макар и да признават значимостта на тези дейности, им придават по-ниска стойност, но вероятно възприемат тези дейности като част от тяхната рутинна и ежедневна работа и не им отдават високоприоритетно значение, както лекарите. Дейностите, които медицинските сестри, оценяват най-високо са оценка на състоянието на пациента (4.8), адаптация на пациента и близките към новия начин на живот (4.7), оказване на здравни грижи, свързани с придобиване на независимост на пациента (4.8). Отговорите на лекарите и медицинските сестри потвърждават взаимната зависимост и сътрудничество между двете професионални групи в осигуряването на цялостна и качествена грижа за пациентите. Различията в отговорите за определени дейности, както и сходствата в други, извеждат значението на екипната работа и сътрудничество при координация на лечението, идентифициране на нуждите на пациентите и оптимално управление на процеса на възстановяване.

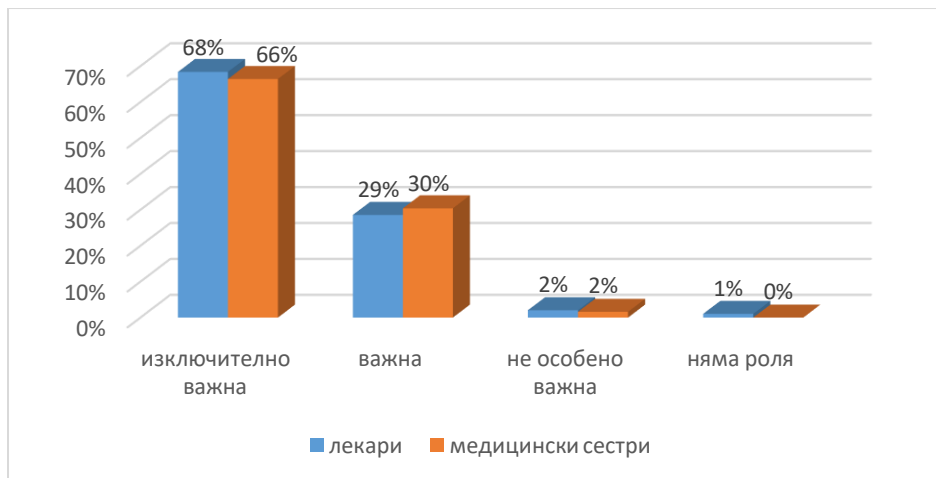
Доверието, което лекарите имат към медицинските сестри в клиничната практика се изразява в отговорите на въпроса „В кои от следните дейности се доверявате на медицинската сестра?“ (Фиг. 21). Процентът на доверие беше анализиран с помощта на формула за доверителен интервал. Изчисленията показва висока степен на надеждност в оценките, като използваните параметри бяха $\bar{p}$ – среден процент на доверие, Z – критична стойност за 95% доверителен интервал ($Z = 1.96$) и N - брой участници (общ брой дадени отговори).



Фигура 21. Доверие към медицинските сестри при изпълнение на дейности

Най-високо доверие лекарите отдават на медицинските сестри при изпълнение на назначенията (85.71%), оказване на хигиенни грижи (80.61%) и работа в спешна ситуация (78.57%). Резултатите сочат висока степен на доверие към медицинските сестри при изпълнение на рутинни, но критични за пациента дейности, свързани със здравето и неговата безопасност. Най-ниско доверие е отчетено за дейности като провеждане на научна дейност в областта на сестринството (33.67%) и оптимизиране и ефективност на разходите (41.84%). Лекарите вярват в способностите на медицинските сестри за критични дейности при изпълнение на назначенията (85.71%), оказване на хигиенни грижи (80.61%) и работа в спешна ситуация (78.57%). Средноаритметична стойност на доверието към медицинските сестри е (67.8%). Резултатите подчертават високото ниво на доверие, което лекарите имат към медицинските сестри, особено в критични области като мониторинг на пациента и управление на инфекции.

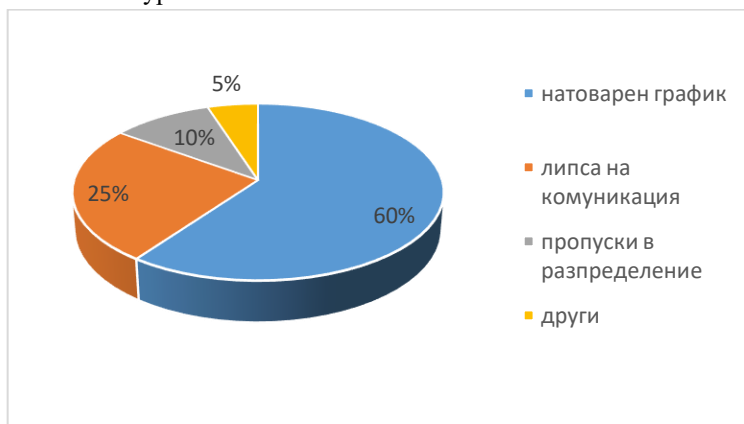
Според възприетата роля и участие на медицинската сестра в процеса на оказване на грижи за пациентите с остър миокарден инфаркт (ОМИ), анкетираните и в двете групи (лекари и медицински сестри) оценяват значимостта на тази роля като ключова за качеството на предоставяните грижи и крайния изход за пациента (Фиг. 22).



Фигура 22. Значимост на ролята на медицинската сестра в грижата за пациентите

Медицинските специалисти споделят сходно мнение, подчертавайки съществена функция в наблюдението на пациента, прилагането на терапии, комуникацията с екипа и емоционалната подкрепа към пациентите и техните семейства. Почти всички респонденти поставят висока оценка (лекари – 97%, медицински сестри – 96%), което очертава сътрудничеството и подкрепата за сестринската професия в клиничната практика.

Основните причини за конфликти, посочени от респондентите са представени на Фигура 23.



Фигура 23. Причини за конфликти

Статистически значимото разпределение на причините за конфликти подчертава критичните области за интервенция (Таблица 8).

Таблица 8. Анализ на основните причини за конфликти

Причина за конфликт	O_i	E_i	$(O_i - E_i)^2 / E_i$
Натоварен график	90	37.5	68.25
Липса на комуникация	38	37.5	0.01
Пропуски в разпределение	15	37.5	13.25
Други	7	37.5	28.05

Управленските грешки в кардиологичната грижа са пряко свързани с качеството на комуникация между звената, както и с възприемането на тези грешки от лекари с различен стаж и опит. Участниците в проучването, със стаж над 20 години (27.55%) са по-склонни да оценяват конфликтите като „незначителни“ (16.33%), докато лекарите с по-малко стаж са по-склонни да отчитат конфликтите като „големи“ (17.35%).

За да оценим потенциалната връзка между трудовия стаж на лекарите и тяхната оценка на конфликти, свързани с грешки в управлението на кардиологичната грижа, бе изчислена корелацията на Спирмън. Променливите, включени в анализа, бяха трудовия стаж (категоризиран в четири групи) и оценката на конфликтите (категоризирана в три групи). Корелацията между трудовия стаж и оценката на конфликтите е много слаба ($\rho = 0.032$), което показва, че няма значителна зависимост между тези две променливи. Допълнително, p -стойността на изчислената корелация е 0.906, което е значително по-голямо от ниво на значимост 0.05, и установява, че корелация не е статистически значима.

Тези резултати сочат, че трудовият стаж на лекарите не е свързан с тяхното възприятие за конфликтите, свързани с грешки в управлението на кардиологичната грижа, което може да означава, че други фактори, като екипна динамика или организационни аспекти, играят по-важна роля в създаването на конфликти в този контекст.

Според една четвърт от лекарите, значителна част от конфликтите се дължат на управленски грешки (25%). Открива се слаба положителна корелация между професионалният опит на лекарите и оценката на качеството на здравните грижи ($\rho=0.032$). Трудовият стаж не е свързан със значително различие във възприятията за качеството на предоставената сестринска грижа и резултатите не са статистически значими ($p > 0.05$).

Тези резултати предполагат, че вероятно съществуват други фактори, които оказват влияние при оценката на качеството на здравните грижи.

2.3.2. Оптимизиране на сестринската грижа при коморбидни пациенти с кардиологични заболявания

Ефективността на съществуващите сестрински интервенции при пациенти с остър миокарден инфаркт (ОМИ) и съпътстващи заболявания са оценени чрез мнението на медицински специалисти, които работят в областта на кардиологията и имат пряк опит в грижата за коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт. Приложен метод за събиране на информация е фокус група, чрез който се идентифицират силните и слабите страни на практиките, както и възможностите за тяхното усъвършенстване. Разработен е **Полуструктуриран въпросник за фокус група** на тема: Оптимизиране на сестринската грижа при коморбидни пациенти с кардиологични заболявания (*Приложение 2*).

За набиране на участниците са приложени препоръки на ръководители на клиники. Подбрани са медицински специалисти, които предоставят различни нива на грижи при пациентите с ОМИ. Общо участниците са 26, разпределени в 4 фокус групи с по 6–8 участника (медицински сестри – 65%, лекари – 25% и кинезитерапевти – 10%). Всички участници са информирани за целите на изследването и са подписали формуляр за съгласие. Дискусиите са проведени лично от докторанта при активно насочване на разговора в съответствие с целите на проучването. Създадена е подкрепяща и професионална среда, която да насърчи споделянето на мнения, опит и идеи.

Ефективната комуникация се идентифицира като основен фактор за успешната кардиологична грижа, особено при пациенти с ОМИ и коморбидни състояния. Медицинските сестри, поради своята непосредствена роля в ежедневната грижа за пациентите, участват в изграждането на доверие и сътрудничеството между пациентите и медицинските специалисти. Те често са малки, но клинично значими промени в състоянието на пациентите, което подчертава необходимостта от бърза и ефективна комуникация: „*ние, често сме*

първите, които забелязваме малките и важни промени в състоянието на пациента. Това налага да комуникираме бързо и ефективно с лекари и други специалисти".

Участниците във фокус-групите идентифицират няколко ключови проблема в комуникацията, като основният от тях е недостатъчната информираност. В дискусиата се оформи виждането, че недостатъчната информираност и ограничения достъп до медицинската документация, затруднява координацията на грижите и планирането на лечението: *„липсата на достъп до пълна медицинска информация от документацията понякога забавя процеса на лечение и влошава комуникацията между екипите".*

Предложено бе решение за въвеждането на интегрирани системи за медицинска документация, които биха подобрили достъпа до актуална информация и ускорили вземането на решения. Различията в нивата на комуникативни умения сред медицинските сестри оказват влияние върху ефективността на взаимодействията. Участниците извеждат значението на специализираните обучения за изграждане на ефективни комуникативни умения: *„необходима е по-ефективна организация и допълнително обучение, особено в оценката на състоянието на пациента, което е от изключителна важност за успешния резултат“.*

Обучението на пациента и неговите близки е ключов фактор за успешното възстановяване, според резултатите от дискусиите във фокус-групите: *„обучението трябва да бъде не само по отношение на медицинските процедури, но и адаптирано към нуждите и възможностите на пациента“.*

Участниците в дискусиата споделят мнението, че пациентите с ОМИ често не осъзнават значението на промените в начина на живот (спазване на диета, отказ от тютюнопушене, контрол на стреса и редовна физическа активност).

Заболяването може да остави физически последици, като болка в гърдите, умора и ограничена мобилност. Тези симптоми могат да затруднят участието в рехабилитационни програми и да намалят самочувствието на пациента: *„много пъти срещаме пациенти, които се чувстват демотивирани и губят самочувствието си, защото не могат да изпълняват дори обикновени действия, които преди инцидента са били част от ежедневието им“.*

Участниците насочват вниманието и върху участието на близките в обучителния процес. Подкрепата на пациента по време на възстановяването влияе върху неговата мотивация. Присъствието и ангажираността на близките оказват значително влияние върху адаптацията на пациента към промените в ежедневието, които са резултат от болестта. Един от участниците отбелязва:

„когато близките са добре информирани и обучени, те могат да осигурят по-ефективна подкрепа на пациента в процеса на възстановяване“. Когато семейството е активно включено в процеса на възстановяване, пациентите се чувстват по-подкрепени и мотивирани да следват лечението, да участват в рехабилитационни програми и да адаптират своите навици и начин на живот.

Установена бе, необходимост от използване на разнообразни обучителни методи, включително визуални помощни средства и интерактивни сесии, които да улеснят пациента в разбирането на предоставената информация.

2.3.3. Взаимодействия между пациенти и медицински специалисти в лечението и грижите при остър миокарден инфаркт и коморбидни заболявания.

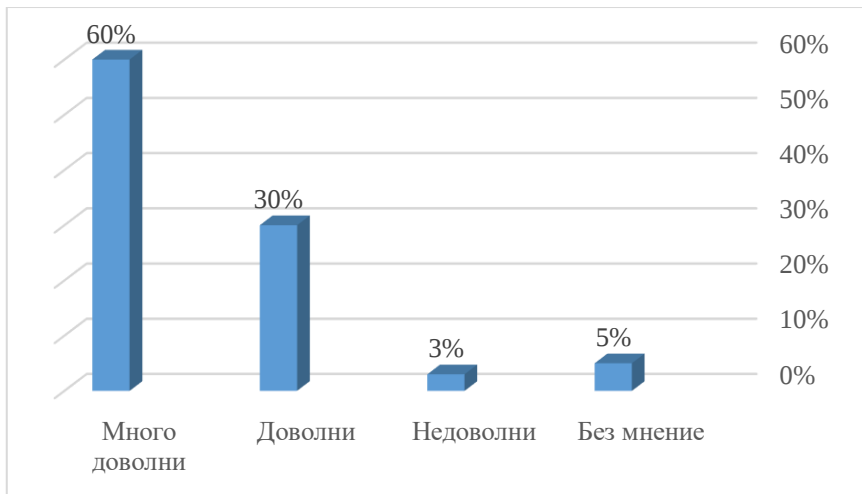
Качеството на медицинските грижи, особено за пациентите с остър миокарден инфаркт, получава все по-голямо внимание в съвременната медицинска практика. Чрез наблюдение в реална клинична среда са изследвани ключови аспекти на комуникацията, процеса на вземане на решения, придържането към препоръките за лечение и удовлетвореността на пациентите. Използван е метод на целенасочена извадка, като са включени пациенти (n=100) от различни демографски групи (възраст, пол, социално-икономически статус).

Наблюдението е проведено в болнична среда с помощта на **Чек-лист**, който включва следните основни аспекти при лечението и грижите за пациенти:

- комуникация между пациенти и медицински екип;
- координация на грижите;
- подкрепа на пациента;
- физическо възстановяване;
- клинични показатели.

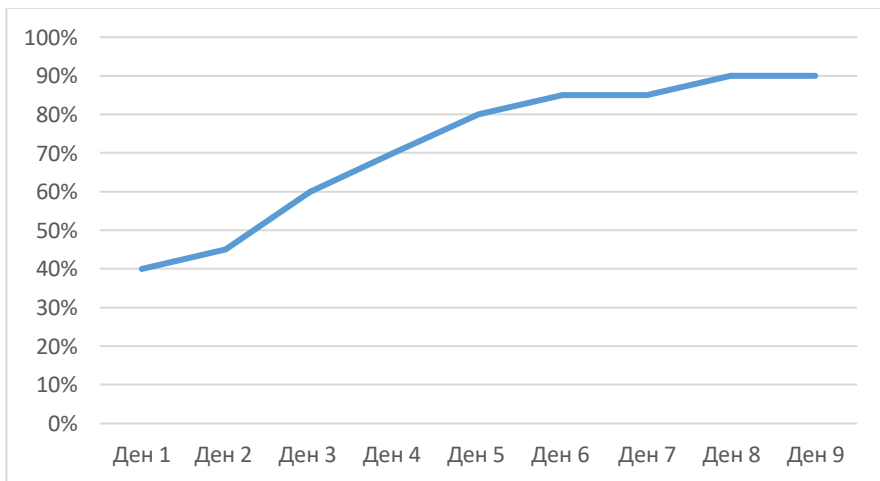
Чек-листа е приложен при ежедневното проследяване (от ден 1 до ден 9) на състоянието на пациента и способства за събиране на информация, относно оценката на грижи и определяне на насоките за тяхното подобрене. Данните бяха анализирани чрез дескриптивна статистика, представяйки проценти и средни стойности за оценка на качеството на грижите.

Наблюдението потвърждава, че ефективната комуникация е в основата на успешното лечение и грижи (Фиг. 24).



Фигура 24. Удовлетвореност на пациентите от комуникацията с медицинския екип.

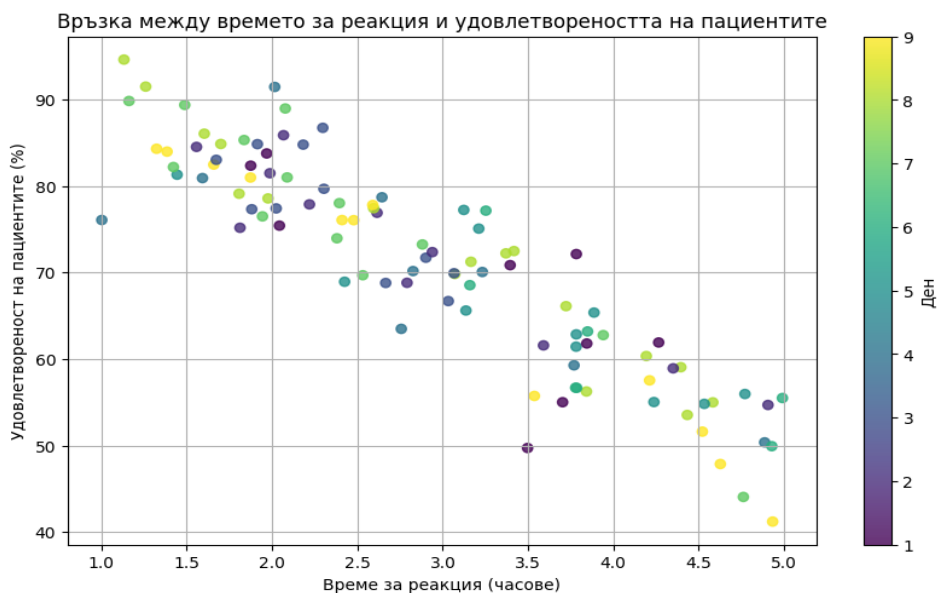
Пациентите, които получават ясни и достъпни разяснения за състоянието и поведението си, са склонни да имат позитивен опит по време на хоспитализацията. С подобряването на комуникацията и предоставянето на по-ясна информация, ангажираността нараства значително (Фиг. 25).



Фигура 25. Ангажираността на пациентите след подобрения в комуникацията

Ефективната комуникация не само подобрява разбирането на състоянието на пациента, но и гарантира, че те активно участват в дискусиите относно своето лечение. В началото на хоспитализацията, половината от пациентите (50%) изпитват чувство на социална изолация, което може да се дължи на липсата на социална подкрепа или на не достатъчна адаптация към болничната среда. До края на хоспитализацията, процентът на пациентите, които чувстват изолация, намалява до 30%, докато тези, които не чувстват изолация, се увеличават до 70%. Резултатите показват, че когато медицинските специалисти насърчават пациентите да задават въпроси и да изразяват свои притеснения, се повишава ангажираността и придържането към предписаните терапии и благополучие.

Проучването, проведено сред пациенти с кардиологични заболявания, разкрива няколко ключови аспекта на качеството на медицинската помощ и координацията на грижите. Болшинството от пациентите са доволни от навременната и добре организирана помощ, което е положителен показател за ефективността на медицинските екипи в спешни ситуации (76%). от пациентите Това предполага, че основната грижа за стабилизиране на състоянието на пациентите се извършва на високо ниво (Фиг. 26).



Фигура 26. Връзка между времето за реакция и удовлетвореността на пациентите

Открива се ясна отрицателна корелация между времето за реакция и удовлетвореността на пациентите. Пациентите, които получават по-бърза помощ, са значително по-доволни. Цветовете на точките (ден от проучването) са равномерно разпределени, което показва, че тенденцията е устойчива през целия период на проучването. Въз основа на резултатите, бихме препоръчали оптимизиране на процесите за намаляване на времето за реакция, което би подобрило удовлетвореността на пациентите.

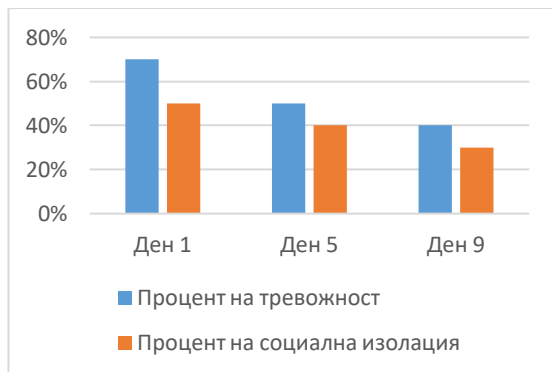
Липсата на координация може да доведе до влошаване на здравословното състояние на пациентите, увеличаване на престоя в болницата и дори до по-лоши клинични резултати. Този проблем може да бъде свързан с липса на ясни комуникационни канали, неадекватно споделяне на информация или недостатъчно взаимодействие между различните медицински специалисти.

Наблюдението показва, че качеството на медицинските грижи за коморбидни пациенти с ОМИ е на високо ниво, но все още има области за подобрене. Ефективната комуникация, добрата координация, подкрепата на пациента, достъпът до рехабилитационни програми и спазването на клиничните протоколи са ключови фактори за успешното лечение и възстановяване. Въвеждането на предложените мерки ще допринесе за по-нататъшното подобряване на качеството на грижите и резултатите за пациентите.

През първите три дни от хоспитализацията средното артериално налягане остава стабилно (140/85 mmHg). Въпреки това, през четвъртия ден се наблюдава леко повишение (145/90 mmHg), което може да указва необходимост от корекция на медикаментозната терапия. Пулсовата честота остава в нормалните граници със средна стойност около 75 уд./мин. Тези резултати показват, че въведеното лечение е ефективно, но също така подчертават необходимостта от редовно проследяване и адаптиране на терапията.

В началото на наблюдението над 60% от пациентите срещат затруднения при самообслужване, особено при обличане и поддържане на лична хигиена. Към седмия ден този процент намалява до 20%, което сочи към значително подобрене на физическото състояние и напредък в процеса на рехабилитация.

Що се отнася до социалната интеграция, 50% от пациентите докладват усещане за социална изолация в началото на наблюдението. След провеждане на активни комуникационни сесии и групови занимания, този процент намалява до 30% до деветия ден, което показва положителен ефект от социалната подкрепа върху психо-социалното благополучие на пациентите (Фиг. 27).



Фигура 27. Социална интеграция и тревожност

Промените в социалната интеграция подчертават важноста на социалната подкрепа по време на възстановителния процес. Когато пациентите имат възможността да се свързват както помежду си, така и с медицинския персонал, те усещат по-висока степен на принадлежност и намаляване на чувството за изолация. Това е особено значимо за пациентите с коморбидности, при които социалната динамика има съществено значение за общото им благополучие. Нивото на тревожност на пациентите също намалява значително след предоставяне на емоционална подкрепа ($p < 0.05$).

Оценката на психо-емоционалното състояние показва, че 70% от пациентите изпитват тревожност и страх от бъдещи здравословни проблеми в началото на лечението. Чрез целенасочени интервенции, насочени към предоставяне на емоционална подкрепа и информация, нивото на тревожност намалява до 40% до края на наблюдението. Наблюдаваме статистически значително намаление в процента на пациентите, които усещат социална изолация ($p < 0.05$). Интервенцията оказва положително въздействие върху социалната интеграция на пациентите.

Наблюдаваме положителна корелация между намаляването на социалната изолация и намаляването на тревожността, което показва, че социалната подкрепа има положителен ефект върху психо-емоционалното състояние на пациентите ($r = 0.65$, $p = 0.004$).

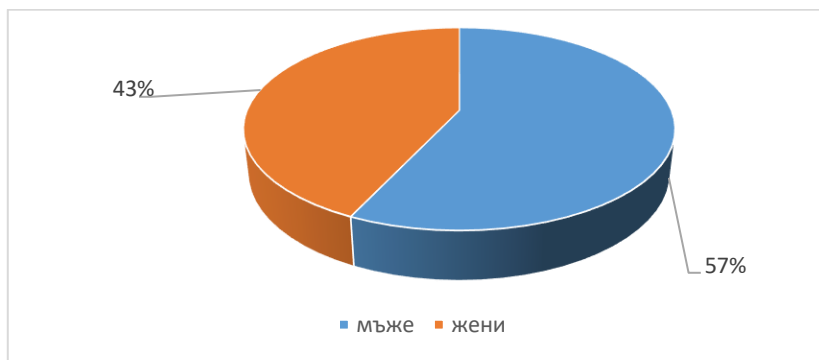
Наблюдението на взаимодействията между медицинските специалисти и пациентите с остър миокарден инфаркт предоставя ценна информация относно функционирането на здравната система. Разкритият опит подчертава необходимостта от подобряване на комуникацията, активната ангажираност на

пациентите в процеса на вземане на решения и осигуряване на синхронизирана грижа.

Тези резултати подкрепят ефективността на интервенциите за повишаване на качеството на медицинските услуги и удовлетвореността на пациентите, особено при сложни случаи с коморбидности.

2.3.4. Психологични аспекти на възстановяването след остър миокарден инфаркт

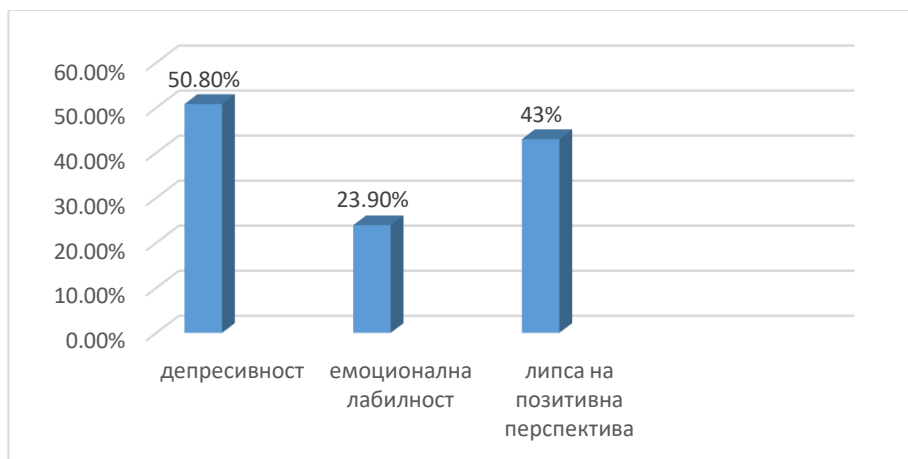
Пациентите след ОМИ често преживяват високи нива на тревожност, депресия и стрес. Тези психологични състояния могат да възпрепятстват процеса на възстановяване, да намалят мотивацията за следване на препоръките на медицинските специалисти, както и да увеличат рисковете за повторни сърдечни инциденти. Изследването на психологичните аспекти на възстановяването след остър миокарден инфаркт бе проведено сред пациенти ($n=100$) от различни демографски групи (възраст, пол, социално-икономически статус), постъпили за лечение в Първа Кардиологична клиника с Интензивно кардиологично отделение към УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, гр. Варна, от които мъже 57.0% ($n = 57$) и жени 43.0% ($n = 43$) (Фиг. 28).



Фигура 28. Разпределение на пациентите по пол

Изборът на пациентите, включени в изследването, е основан на практически, статистически и етични съображения. Този подход позволява провеждането на качествено и управляемо изследване, което е представително за популацията ($n = 200$) и може да предостави валидни и надеждни резултати.

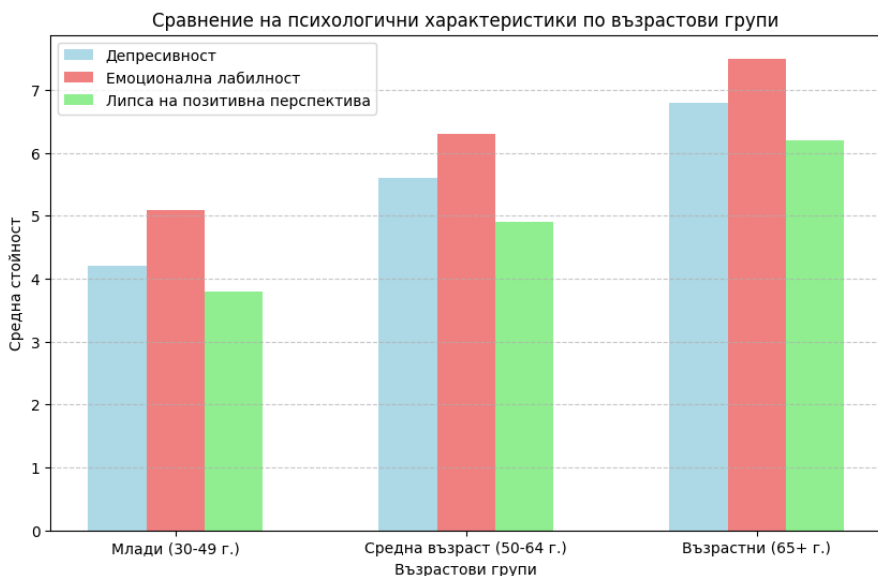
Резултатите от изследването показват значителни психологически затруднения при пациентите с остър миокарден инфаркт (Фиг. 29).



Фигура 29. Психологически аспекти при пациенти с остър миокарден инфаркт

Депресията е често срещана при пациенти с ОМИ и може да влоши прогнозата чрез повишаване на риска от повторни инциденти. Почти половината от пациентите изпитват депресивно състояние („чувствам се потиснат, мрачен и тъжен“ – 31.6% понякога, 19.2% често или винаги). Емоционалната нестабилност и тревожността са високи, което може да влоши прогнозата. Близко една четвърт от анкетираните съобщават за чести епизоди на плач (23.9%). Рядко или никога не гледат с надежда към бъдещето е споделяно от около половината анкетираните, което показва липса на позитивна перспектива (43%).

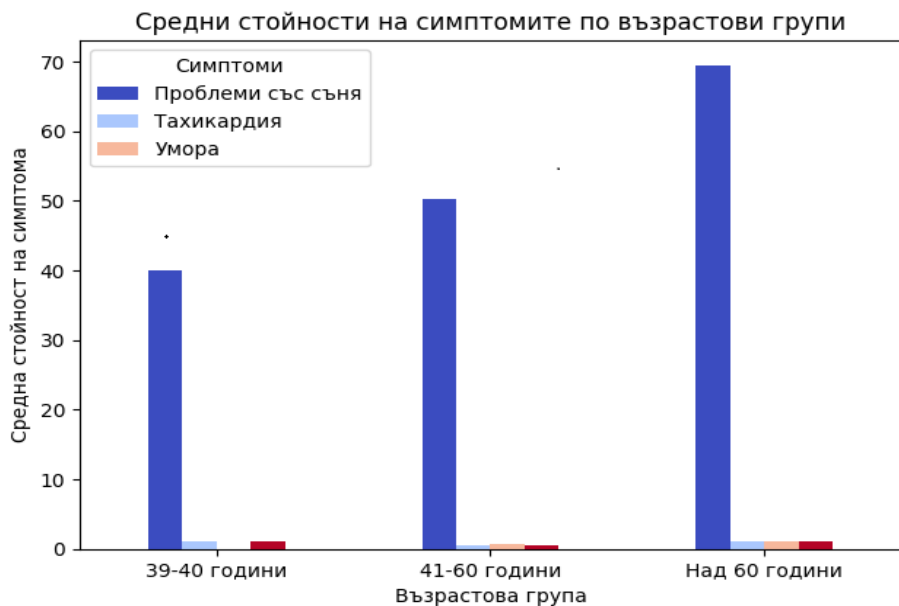
Сравнението на средните стойности показва, че психологичните симптоми са по-изразени при по-възрастните пациенти (Фиг. 30). Очертана е необходимост от интегриран подход, включващ медицинска грижа, психологическа подкрепа и социална рехабилитация, за да се подобри прогнозата и качеството на живот на пациентите с остър миокарден инфаркт. Успешното възстановяване, изисква прилагане на цялостен подход в грижата и подкрепата за справяне с тревожността и депресията.



Фигура 30. Сравнение на психологическите характеристики по възрастови групи

Физическите симптоми предоставят важна информация за цялостното здравословно състояние на пациентите и за ефектите от заболяването върху ежедневните им дейности. Те често са показателни както за физиологичните промени, свързани с ОМИ, така и за стреса, породен от тях (Фиг. 31). С напредването на възрастта симптомите като проблеми със съня, тахикардия и умора стават все по-чести и интензивни. Най-сериозно се проявяват при пациенти над 60 годишна възраст. Потвърдена е необходимостта от рано диагностициране и активно управление на тези симптоми, особено при възрастните пациенти.

Психологическите симптоми, които често се проявяват при пациенти със сърдечно-съдови заболявания, оказват съществено влияние върху цялостното им здравословно състояние. Тези симптоми не само затрудняват ежедневните дейности, но могат да имат и дългосрочни последици върху способността на пациента да се адаптира към новите условия на живот. Неспокойството, изразено от почти половината от пациентите, показва, че тревожността е често срещан симптом (50.0%). Независимо от малкия процент на пациенти, които изпитват тъжен и тревожен мисловен процес, това е симптом, който трябва да се разглежда като сигнал за потенциално опасно състояние (5.5%).



Фигура 31. Средни стойности на симптомите по възрастови групи

2.4. Фактори за подобряване на медицинските грижи и управление на състоянието - опитът на пациентите с остър миокарден инфаркт

Острият миокарден инфаркт е едно от най-сериозните сърдечно-съдови заболявания, което не само засяга физическото здраве на пациентите, но и има значително въздействие върху тяхното психическо благополучие и социална адаптация. Въпреки, че съвременната медицина предлага ефективни методи за лечение и рехабилитация, процесът на възстановяване често е свързан с множество предизвикателства, които остават недостатъчно изследвани. Това ни провокира да потърсим мнението на пациентите, относно техните преживявания, нагласи и възприятия по време на лечението и грижите, чрез дълбочинно интервю. С цел запазване на анонимността на интервюираните, респондентите са представени с номера от P1 до P30. Въпросите са фокусирани върху следните аспекти:

- преживявания и възприятия относно здравословното състояние;
- качество на грижите и отношения със здравните специалисти;
- ролята на сестринските грижи в лечението;

- опит с мултидисциплинарния подход и координацията на грижите;
- лични нагласи и поведение относно здравословния начин на живот;
- стрес и психо–социални фактори;
- проблеми с достъпността и предоставянето на медицинска грижа.

Дълбочинните интервюта с пациенти, преживели остър миокарден инфаркт, разкриват ключови аспекти от тяхното първоначално преживяване, емоционални реакции и възприятия за лечението и грижите. Участниците описват интензивни чувства на паника, объркване и страх от смърт, които възникват непосредствено след появата на симптоми.

„Спомням си, че почувствах болка в гърдите, а след това всичко стана на забавен кадър. Не знаех какво точно ми се случва. Мислех си, че може да е нещо незначително, но когато влязох в болницата, разбрах, че е нещо сериозно.....” (P1).

„Няма как да забравя момента. Може би първото нещо, което ми мина през ума беше страхът, че няма да оцелея. Лечението започна веднага, но бях толкова притеснен, че почти не запомням какво се случваше.....” (P2).

Значителен брой от респондентите (n=18) не са осъзнавали сериозността на състоянието си до момента на хоспитализация. Съобщената болка в гърдите, често описвана като силна и нетърпима, води до физическо неразположение, но само малка част от пациентите осъзнават на момента, че това може да е симптом на инфаркт. Така например, P1 (жена, 29 години) изразява, че е била скептична към сериозността на състоянието си, предполагайки, че болката може да е незначителна. Респондент споделя, че първоначално изпитва страх, че няма да оцелее, като този страх е очевидно емоционален отговор на неясното състояние (P2).

„Първоначално не разбрах какво ми се случва. Приеха ме в болницата след един ден, когато болката стана нетърпима. Бях много притеснена и обърквана.....” (P3).

„Не помня много от момента, когато се случи. Бях толкова паникьосан, че дори не успях да разбера какво точно ми се случва. Лекарите ми обясниха всичко, но не бях в състояние да го разбера. Едва по-късно разбрах, че са ми спасили живота.....” (P10).

„Спомням си, че изпаднах в паника. Мислех си, че може да е просто стрес, но когато влязох в болницата, разбрах, че не е така. Това беше шок за мен.....” (P11).

Отговорите на участниците показват високото ниво на паника и объркване, които са често срещани при пациенти, претърпели ОМИ. Тези реакции се

проявяват като психологическо блокиране, което затруднява пациентите да осъзнаят напълно състоянието си и да реагират адекватно. Споделено е преживяване за притеснение и обърканост, при засилваща се болката, след което е предприет прием в болницата едва на следващия ден (P3). Респондент говори за паниката и невъзможността да разбере какво се случва, въпреки че е бил подложен на медицинска интервенция (P10).

„Цялото ми тяло се схвана. Спомням си как бях приет в болницата и лекари започнаха веднага да работят с мен. Не можех да повярвам какво ми се случва.....” (P12).

„Болката беше неопишуема. Мислех си, че ще умра. Когато влязох в болницата, започнах да разбирам сериозността на ситуацията.....” (P13).

„Не можех да повярвам, че това ми се случва. В болницата ми обясниха, че съм имал инфаркт, но не помня много от цялата ситуация.....” (P14).

След постъпването в болницата, всички пациенти осъзнават сериозността на състоянието си, но това осъзнаване настъпва с различна интензивност. Докато някои споделят, че са започнали да разбират ситуацията едва след като са били информирани от медицинските специалисти (P11 и P12), други отбелязват по-бързо осъзнаване, въпреки продължаващата паника. Пациент споделя, че болката е била неопишуема, като е осъзнала сериозността на ситуацията веднага, след като е била приета в болница (P13).

„Няма начин да забравя този момент. Бях толкова уплашена, че не разбрах какво се случва с мен. Лечението започна веднага, но страхът остана дълго време.....” (P15).

Данните показват, че липсата на ранна психологическа подкрепа усложнява процеса на психическо приспособяване към диагнозата, което потенцира риска от развитие на вторични психични разстройства. Значителни емоционални и психологически реакции след инфаркта, включително страх от смъртта и затруднения в осъзнаването на случващото се споделят близо половината от пациентите (43%). Често те се чувстват безпомощни и объркани, неразбиращи напълно какво се случва с тях. P15 (жена, 29 години) изразява, че страхът и неизвестността, относно състоянието ѝ, са останали дълго време след началото на лечението.

Преобладаващото мнение на респондентите от дълбочинното интервю е, че за много от тях, първоначалната реакция при остър миокарден инфаркт е изпълнена със силен страх, паника и объркване. Те не разпознават веднага симптомите на инфаркт, което може да забави търсенето на медицинска помощ и да влоши състоянието им. Паниката и липсата на адекватно разбиране на

състоянието водят до допълнителен стрес, който може да повлияе негативно на процеса на възстановяване. Същевременно, осъзнаването на сериозността на заболяването и започването на лечение в болницата постепенно променят нагласите на пациентите и започват да възприемат състоянието си като критично.

Установява се връзка между възрастта на пациентите и възприемане на сериозността на състоянието. По-младите пациенти може да имат по-малко осъзнаване за риска и по-малка готовност да потърсят медицинска помощ ($r = 0.62$, $p < 0.05$).

Силна положителна корелация се открива между нивото на стрес на пациента и времето, което отнема за търсене на медицинска помощ. Пациентите, които изпитват по-голям стрес и тревожност, склонни да отлагат търсенето на помощ, което е опасно за тяхното здраве ($r = 0.80$, $p < 0.01$).

Проучването на възстановителния процес след остър миокарден инфаркт, предоставя ценна информация относно възприемането на пациентите за тяхното лечение и възстановяване. Специфичните аспекти, които са изследователски, са свързани с наличието и качеството на информацията, предоставена по време на възстановителния процес, подкрепата от медицинския екип, както и личните уещания на пациентите по отношение на своето физическо и емоционално състояние след болничното лечение.

„Възстановяването беше бавно и трудно. Лекарите ми препоръчаха да започна с леки упражнения, но не получих достатъчно инструкции как да го правя безопасно.....” (P4).

„Периодът след изписването беше кошмарен. Нямахте ясни указания за това как да се грижа за себе си. Много ми липсваше информация за правилното хранене и физическа активност.....” (P5).

Пациентите посочват, че след изписването им от болницата не са получили достатъчно конкретни насоки относно безопасното възстановяване. Примерите с пациенти P4, P5, P16 и P20 показват, че липсата на информация относно физическата активност и храненето след изписване е често срещан проблем. Въпреки че им е препоръчано да започнат с леки упражнения, много от пациентите се чувстват несигурни относно тяхната безопасност и ефективност. Този факт подчертава важноста на по-добро информираност и образование на пациентите относно сърдечно-съдовото здраве след инфаркт.

„След болницата всичко изглеждаше като ново начало. Имаше подкрепа от лекарите и медицинските сестри за това как да възстановя сърдечната си

функция, но имаше усещане за несигурност, което не ми позволяваше да се отпусна.....” (P6).

„Възстановяването беше трудно, но с времето започнах да се чувствам по-добре. Въпреки това, липсваше ми информация за това как да се възстановя безопасно.....” (P16).

Множество респонденти изразяват чувство на несигурност и объркване след изписването си, като подчертават липсата на подробни указания за самообслужване (P5, P6, P19). Тази неяснота е придружена от усещането за емоционална изолация, особено когато пациентите не получават достатъчно подкрепа от близките си (P18). Този феномен поставя акцент върху необходимостта от цялостна емоционална подкрепа и психо-социални интервенции като част от възстановителния процес.

„Периодът след болницата беше объркващ. Лекарите ми казаха да се пазя, но сякаш имах нужда от малко повече информация по темата.....” (P17).

„Нямаше достатъчно подкрепа от близките след изписването. Възстановяването ми бе бавно, а съмненията в себе си не спираха.....” (P18).

„След болницата, имаше моменти, когато не знаех какво да правя. Подкрепата от близките ми беше важна, получих достатъчно информация от медицинския екип и въпреки това се замислях за живота ми от тук нататък.....” (P19).

„Възстановяването беше по-бавно, отколкото очаквах. Лекарите казаха, че трябва да започна с леки упражнения, но не бяха ясни какви точно.....” (P20).

„Не знаех как да се възстановя правилно. Липсваше ми конкретна насока как да се върна към нормалния си живот. Добре, че бяха контролните прегледи и медицинския персонал, който ме насочваше.....” (P21).

Множество пациенти изразяват благодарност за подкрепата и информацията, предоставена от медицинския екип, но въпреки това усещат, че липсват достатъчно ясни и конкретни указания (P6, P21). Лекарите и медицинските сестри играят важна роля в възстановяването, но има индикации, че може да се подобри комуникацията и обучението на пациентите по отношение на дългосрочната грижа след инфаркт. Възстановяването не е само физическо, но и емоционално, като подобряването на подкрепата от близките и медицинския персонал ще подобри значително процеса на оздравяване. Трудностите при възстановяването често се съпътстват от емоционални състояния като страх, стрес и безпокойство (P5, P17, P19). Пациентите споделят, че след болничното лечение се чувстват емоционално нестабилни, което повишава необходимостта от психо-социална подкрепа, както и от подготовка

на пациентите за дългосрочната грижа и възстановяване. Психологическата адаптация след инфаркт е критична за пълното възстановяване и предотвратяване на рецидиви.

Резултатите, очертават значимостта на комплексния подход в лечението и възстановяването. Пациентите съобщават, че възстановяването след болничния етап е свързано с редица трудности, включително липса на достатъчно информация относно безопасността на физическата активност и храненето, както и неопределеност в емоционалната подкрепа след изписването. Това подчертава необходимостта от по-задълбочена подготовка и съветване на пациентите за етапите след болничното лечение.

Резултатите от вариационния анализ показват, че възрастта на пациентите и наличието на информация за възстановяването са значителни фактори, които влияят на субективната оценка на възстановяването след остър миокарден инфаркт ($p < 0.05$). Пациентите, които са получили по-подробна информация и са преминали през рехабилитационни курсове, отбелязват по-добро възстановяване. Тези резултати подчертават важноста на подходящото информированост и подкрепа за пациентите в процеса на възстановяване след инфаркт.

Интерес за нас, бе мнението, изказано от пациентите, относно тяхната социална адаптация.

„Не можех да общувам нормално с приятели и семейство в началото. Страхувах се, че всеки момент може да получа нова криза. Най-близките ми не знаеха как да се справят с мен, което ме караше да се затварям в себе си.....”
(P7).

„Бях изолиран в началото. Никои не разбираше през какво преминавам. Бях много чувствителен към мнението на другите за състоянието ми и се чувствах, че трябва да съм силен, за да не разочаровам семейството си.....”
(P8).

Респондентите споделят за усещането на социална изолация и страх от повторни сърдечни инциденти в началото на възстановяването. Пациентите като P7 (жена, 40) и P8 (мъж, 33) споменават как се затварят в себе си поради страха, че близките им не могат да разбират напълно състоянието им. Това усещане на изолация е предизвикано не само от физическата ограниченост, наложена от здравословното състояние, но и от емоционалния стрес и несигурността за бъдещето.

„Приятелите ми не знаеха как да ми помогнат. Обаче благодарение на разговорите с близките ми и медицинския персонал и започнах да се чувствам по-добре. Те бяха моята опора.....” (P9).

„В началото на възстановяването ми беше трудно, защото се страхувах, че състоянието може да се повтори. Въпреки това, подкрепата на семейството ми беше ключова – те ме насърчаваха да се връщам към нормалния си живот и това много ми помогна.....” (P22).

„Имаше моменти, когато се чувствах изолирана, но близките ми постоянно поддържаха връзка с мен. Разговорите с тях ме караха да се чувствам по-добре и ми даваха увереност, че не съм сама.....” (P23).

„Социалният ми живот беше ограничен за известно време, но приятелите ми бяха до мен. Те често ме посещаваха вкъщи, защото знаеха, че не мога да излизам често, и това ме накара да се чувствам свързан с тях.....” (P24).

Подкрепата на семейството и близките оказва голямо влияние в процеса на възстановяване. Много от участниците отбелязват, че именно те са били основният източник на емоционална опора, когато състоянието им се е влошавало. Например, P9 (жена, 30) и P22 (мъж, 37) подчертават как разговорите с близките и насърчаването да се върнат към нормалния си живот им е помогнало да преодолеят трудностите и да се възстановяват по-бързо. Също така, социалната подкрепа е посочена като основен фактор за преодоляване на изолацията и връщането към нормалния социален живот (P23, P24).

„Приятелите ми бяха до мен през цялото време, опитваха се да ми помогнат, макар че не винаги знаеха как. С времето започнах да се връщам към нормалния ритъм на живот, благодарение на техните усилия.....” (P25)

Приятелите също се явяват важен фактор в процеса на възстановяване. Повечето респонденти подчертават, че посещенията и социалните контакти с приятели им помагат да се чувстват по-малко изолирани. Пациенти споделят, че, въпреки че не винаги са знаели как да помогнат, усилията на техните приятели са им предоставили възможността да се върнат към активен социален живот (P24) и (P25). Приятелите и семейството осигуряват не само емоционална, но и физическа подкрепа, което е от значение за цялостния процес на възстановяване.

Въпреки социалната изолация в началото на възстановяването, пациентите започват да търсят помощ и подкрепа по различни начини. Например, P26 споделя, че с времето е намерил сили да се свърже с близките си и да преодолее усещането за изолация. Подкрепата от близки и приятели се оказва основна в

борбата срещу психо-социалните трудности, свързани с възстановяването след инфаркт.

„Първоначално бях предпазлив в социалните контакти, но постепенно намерих сили да потърся подкрепа от близките си. Те ми помогнаха да преодоля усеицането за изолация.....” (P26).

„Въпреки трудностите, разговорите с приятели и семейството ми дадоха сила. Започнах да излизам по-често и да се включвам в дейности, които ме карат да се чувствам добре.....” (P27).

Възстановяването не е само физическо, но и психо-социално. Пациент описва как след трудните моменти започва да излиза по-често и да се включва в дейности, които я карат да се чувства добре (P27). Това включва социални активности, които създават усеицане за връзка с останалия свят и помагат за намаляване на стреса и тревожността.

Възстановяването не се ограничава само до медицинските аспекти, но включва и емоционални и социални елементи. Често пациентите, преживели инфаркт, изпитват страх и несигурност относно бъдещето си, което може да доведе до емоционално отдръпване и намалено социално участие. Подкрепата от близки, приятели и медицински екип е важна за възстановяване на стабилността на пациента. Средно, пациентите изпитват умерена социална изолация, но има голямо отклонение, което показва, че чувството за изолация е различно за отделните пациенти (SD: 1,5). Повечето пациенти смятат, че подкрепата от близките е била изключително важна, въпреки че за някои тя не е била достатъчна или не е отговорила на очакванията им (SD: 0,7). Установява се статистически значима зависимост между нивото на подкрепа от семейството и степента на социална изолация ($\chi^2 = 14,85$, $p < 0,05$). Пациентите, които получават по-висока подкрепа от семейството, имат по-ниска степен на социална изолация ($t = 2,35$, $p < 0,05$).

III. Коморбидни пациенти с ОМИ – предизвикателства и възможности в сестринската практика

3.1. Оптимизиране на управлението на кардиологичните грижи при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт

Анализът на литературните данни и емпиричните резултати от настоящото изследване показват, че управлението на кардиологичните грижи при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт представлява динамичен процес, изправен пред множество предизвикателства, които включват: организационни, логистични, персонализирана грижа, професионално обучение, иновации и подходи за подобряване на качеството на дейностите. Ключов момент е съгласуването на грижите между различните отделения и специалисти, което включва, както координация между звената за спешна помощ и интензивните отделения, така и следоперативните звена за рехабилитация.

За да се осигури високо ниво на ефективност, грижа и безопасност, е необходимо фокусиране върху ключови аспекти, които обединяват клиничната практика, иновациите и персонализирания подход към пациента. На базата на проведените проучвания идентифицирахме пет основни аспекта, които са в центъра на ефективното управление на кардиологичната грижа:

- ***Осигуряване на интегрирана и координирана грижа***

При пациенти с ОМИ, съчетан с коморбидности, успешното лечение зависи от синхронизираната дейност между специалисти от различни профили.

- *Координация на дейностите* – кардиологичната грижа трябва да бъде организирана така, че пациентът да премине плавно през различните етапи на лечението – от острата фаза до възстановителния период. Това включва предоперативни консултации, спешна интервенция, рехабилитация и продължаващо наблюдение.
- *Избягване на дублиране и пропуски* - ефективната координация намалява риска от ненужни процедури и пропуснати стъпки в диагностиката и лечението, като същевременно пести ресурси и време.
- *Комуникация с пациента* - осигуряването на адекватна информация и планиране на лечението подобрява сътрудничеството между пациента и медицинския екип.

- ***Персонализиран подход към пациента***

Висококачествената грижа изисква индивидуализиран подход, съобразен с особеностите на всеки пациент.

- *Оценка на индивидуалните нужди* - при ОМИ с коморбидности е критично важно да се определи кои аспекти на здравословното състояние на пациента изискват най-спешно внимание.
- *Персонализирани терапевтични планове* - коморбидностите често налагат адаптация на стандартните протоколи. Например, лечението на пациенти със захарен диабет изисква по-често проследяване на нивата на кръвната захар и съобразяване с медикаментите.
- *Психосоциална подкрепа* - грижата за пациенти с ОМИ включва и внимание към психологическите аспекти, които влияят на възстановяването, като тревожност, страх и депресия.

- ***Гарантиране на безопасността***

Един от ключовите принципи в съвременната медицина е безопасността на пациента.

- *Контрол на усложненията* - пациентите с коморбидности са изложени на по-висок риск от усложнения като аритмии, бъбречна недостатъчност или инфекции. Навременният мониторинг на жизнените показатели и лабораторните изследвания е от съществено значение.
- *Обучение на медицинския персонал* - постоянното актуализиране на знанията относно нови терапии и протоколи за безопасност е от ключово значение.
- *Проверка на процедурите и медикаментите* - ведряването на двойна проверка в процедурите и предписанията намалява вероятността от медицински грешки.

- ***Продължаващо обучение на медицинските специалисти***

Кардиологичната грижа се развива с бързи темпове, което налага постоянна квалификация на медицинските екипи.

- *Разработване на специализирани програми* - необходимостта от специфични умения, свързани с коморбидните пациенти, изисква обучение в области като управление на мултисистемни заболявания, използване на иновативни технологии и интерпретация на сложни клинични данни.
- *Симулационно обучение* - използването на симулационни технологии може да подобри практическите умения на екипите при спешни ситуации, като сърдечен арест или нестабилна хемодинамика.
- *Мултидисциплинарни обучения* - работата в екип между кардиолози, ендокринолози, диетолози и медицински сестри изисква обща стратегия и разбиране на ролите на различните участници в лечението.

- **Внедряване на иновации и дигитални технологии**

Новите технологии играят важна роля в подобряването на кардиологичната грижа.

- *Дигитализация на медицинските данни* - електронните здравни досиета и системите за телемедицина улесняват проследяването на пациентите и предоставят възможност за дистанционно управление на лечението.
- *Нови диагностични методи* - въвеждането на иновативни технологии, като изкуствен интелект за анализ на образи или генетични тестове, подпомага по-прецизната диагностика и прогноза.
- *Технологии за самонаблюдение* - устройства като смарт часовници и имплантируеми кардиовертер-дефибрилатори дават възможност на пациентите да участват активно в управлението на здравето си.

Идентифицираните пет основни аспекта – координирана грижа, персонализиран подход, безопасност, обучение и иновации – са основополагащи за постигане на високи стандарти в лечението на пациенти с ОМИ и придружаващи заболявания.

Всички идентифицирани аспекти на кардиологичната грижа при коморбидни пациенти с ОМИ провокираха необходимостта от разработване на интегрирани рамки и инструменти за управление и проследяване на процеса на грижи. Тези рамки осигуряват структурираност и яснота, като съдействат за координацията между медицинския екип и пациента.

Като част от предложените подобрения в управлението на кардиологичната грижа, ние изработихме следните **основни стандартизирани рамки**:

- **Рамка за оценка на състоянието и планиране на грижата** – включва първоначална оценка на състоянието на пациента, оценка на коморбидностите и изготвяне на индивидуализиран план за грижи. Рамката съдържа: стандартни въпроси за първоначална оценка, информация за предходни хоспитализации и консулти, рискови фактори, както и списък с препоръчителни интервенции.
- **Дневник за лечение и проследяване на коморбидни пациенти с ОМИ** – позволява на медицинския екип да регистрира всяка стъпка от терапевтичния процес и да документира напредъка на пациента. Този документ включва: регистриране на жизнени показатели, чек-лист за прилаганите интервенции и коментари относно реакциите на пациента към грижите.
- **Стандарти за социална и психологическа адаптация** – подпомагат справянето с психосоциалните предизвикателства след преживян ОМИ.

Инструментът предлага: техники за мотивация, въпросници за оценка на психологическото състояние и препоръки за групови сесии или индивидуална терапия.

- **Препоръки за пациентите и техните близки относно възстановяване в домашна среда** – насочени към правилното прилагане на терапевтичните указания, промени в начина на живот и предотвратяване на повторни инциденти. Този документ съдържа: информация за здравословно хранене, препоръки за физическа активност, указания за медикаментозно лечение и контактна информация за консултация при нужда.

Значението на тези стандартизирани рамки се състои в това, че те създават ясни и приложими указания, които улесняват както пациента, така и медицинския екип. Те гарантират по-добро проследяване на пациентите и осигуряват индивидуализиран подход към лечението.

Рамките не само подпомагат ефективната координация на процесите, но и допринасят за повишаване на доверието на пациента в предоставената грижа. Внедряването на тези инструменти може да бъде базирано на вече съществуващи добри практики в кардиологията, като същевременно позволява адаптация към специфичните нужди на коморбидните пациенти.

Рамка за оценка на състоянието и планиране на грижите

Параметър	Описание	Забележка/Бележки
Лични данни на пациента	Име, възраст, пол, медицинска история	
Диагноза/ОМИ тип	Описание на вида и степента на остър миокарден инфаркт	
Придружаващи заболявания	Списък с всички коморбидности (напр. диабет, хипертония, хронични белодробни заболявания и др.)	
Жизнени показатели	Измервания на сърдечен ритъм, артериално налягане, температура, сатурация, дишане	
Изследвания/Резултати	Резултати от лабораторни изследвания (кръвни тестове, ЕКГ, ехокардиография и др.)	
Лечение	Избор на медикаменти, включително антикоагуланти, антихипертензивни средства и други	
Прогноза и планиране на грижа	Оценка на риска от усложнения и изготвяне на персонализиран план за лечение и проследяване	

Таблица 9. Оценка на състоянието и планиране на грижите

Дневник за лечение и проследяване на пациенти с ОМИ и коморбидности

Дата	Медикаментозно лечение	Интервенции	Жизнени показатели	Бележки/Напредък

Таблица 10. Дневник за лечение и проследяване

Стандарти за социална и психологическа адаптация на пациенти с ОМИ

Активност	Описание	Цел	Отговорник
Психологическа подкрепа	Индивидуални срещи с психолог, консултации за стрес и тревожност	Намаляване на стреса и тревожността след инцидента	Психолог
Групови терапии	Участие в групи за подкрепа с пациенти, преминали през ОМИ	Създаване на подкрепяща среда и социализация	Медицинска сестра/психолог
Образователни сесии	Информираност за рисковете от ОМИ и начините за профилактика	Подобряване на разбирането за състоянието и здравословния начин на живот	Лекар, медицинска сестра

Таблица 11. Социална и психологическа адаптация

Препоръки за пациентите относно домашното възстановяване

Категория	Препоръки
Медикаментозно лечение	Спазване на предписаната терапия, включително антикоагуланти и антихипертензивни средства
Физическа активност	Препоръки за начина на живот, включително подходяща физическа активност и рехабилитация след ОМИ
Диета	Балансирана диета, с акцент върху намаляване на натрия и мазнините
Психологическо възстановяване	Подкрепа за справяне със стреса и тревожността след ОМИ, насочване към психологическа помощ при необходимост

Таблица 12. Домашно възстановяване – препоръки

Включването на подобен тип документи като приложения ще покаже как могат да бъдат реализирани предложените рамки и как те ще помогнат за ефективно управление на кардиологичната грижа при пациенти с ОМИ и коморбидности.

Анализирайки екипното взаимодействие при предоставянето на грижи за пациенти с ОМИ, установяваме, че медицинската сестра е ключов участник в няколко направления:

- осигуряване на безопасността на пациента чрез постоянен мониторинг и адекватна реакция на промените в състоянието;
- индивидуална оценка на потребностите, която включва адаптиране на грижата към специфичните коморбидности;
- предоставяне на качествени и персонализирани грижи, съобразени с медицинските и социалните нужди на пациента;
- създаване на комфорт и доверие у пациента чрез ефективна комуникация и емоционална подкрепа;
- синхронизация на дейностите между членовете на екипа, включително кардиолози, ендокринолози, нефролози и рехабилитатори.

В този контекст е важно да се въведат инструменти за подобряване на координацията и проследяването на задачите, които гарантират ефективност и качество на грижата.

Всичко това, ни провокира да изработим **Чек-лист за управление на грижите при коморбидни пациенти с ОМИ**. Подобни чек-листове са ценен инструмент в медицинската практика, тъй като предоставят структура и последователност при изпълнението на задачи и отговорности, като позволява на медицинската сестра да организира и документира своите дейности. Те се състоят от предварително дефинирани стъпки, които могат да бъдат изпълнявани както последователно, така и отчасти по памет, с последващо потвърждение на изпълнението.

Значението на разработения Чек-лист за управление на грижата е да осигури възможност за проследяване на работата на екипа през всички етапи на грижата – от постъпването на пациента до неговото изписване. Разработен е в съответствие с добрите практики и препоръки за управление на кардиологичната грижа. Поставя пациента в центъра на процеса, с акцент върху персонализираните грижи. Документът изисква лична отговорност – всяка стъпка се документира чрез име и подпис на медицинската сестра, отговорна за нея. Допринася за предотвратяване на пропуски в грижите за пациента. Считаме,

че систематизираното изпълнение и отчитане на интервенциите ще повишави удовлетвореността на пациентите и ефективността на кардиологичната грижа.

Инструкция за попълване на Чек-лист

Чек-листът се попълва от медицинската сестра, която участва в лечението и грижите за пациента. След изпълнение на всяка задача се отбелязва датата, като в съответното поле се поставя знак "+" за изпълнение или "-" за неизпълнение. В последната графа се вписват име, фамилия и подпис на медицинската сестра. Контролът по изпълнението на Чек-листа се извършва от старшата медицинска сестра на интензивното кардиологично отделение по време на престоя на пациента, като окончателната проверка се прави преди изписването му.

Литературният обзор и анализът на съвременните практики подчертават необходимостта от ясно идентифициране на ролята, функциите и дейностите на медицинската сестра в управлението на кардиологичната грижа при пациенти с ОМИ и придружаващи заболявания.

Проученият международен опит в областта на кардиологичното сестринство определя медицинската сестра като ключов участник, изпълняващ редица специфични роли – наблюдателна, координираща, обучителна и организационна. Тези роли са от съществено значение за гарантирането на висококачествена и безопасна грижа.

Внедряването на Чек-лист за управление на кардиологичната грижа в сестринската практика представлява важна стъпка към повишаване на ефективността и качеството на взаимодействията между медицинския екип и пациента. Този инструмент предоставя възможност за структурирано и целенасочено проследяване на пациента през всички етапи на грижата, като същевременно осигурява по-голяма прозрачност и отчетност.

Сестринските дейности и грижи значително влияят върху състоянието и комфорта на пациента, риска от усложнения и скоростта на възстановяване след ОМИ. Те включват както технически задачи, свързани с терапията и мониторинга, така и емоционална подкрепа и обучение, които допринасят за успешното адаптиране на пациента към терапевтичния процес.

3.2. Ръководство за сестрински интервенции - приложение при коморбидни пациенти

Пациентите с ОМИ и съпътстващи заболявания представляват значително предизвикателство за медицинската практика. Техните комплексни нужди

изискват координирани усилия от страна на медицинския екип, включително медицинските сестри. Създаването на ръководство за сестрински интервенции цели да стандартизира процесите на грижа и да осигури по-добри резултати за пациентите.

Разработеното ръководство представя основните насоки за управление на сестринската грижа при пациенти с ОМИ и съпътстващи заболявания и според нас, би послужило като инструмент за повишаване на ефективността на сестринските грижи в кардиологичната практика.

3.3. Мониторинг – ключов елемент в сестринската грижа

Ефективният мониторинг и своевременната реакция при остри състояния, като хипертонични кризи и остра сърдечна недостатъчност, са основополагащи за управлението на кардиологичната грижа. Сложността на клиничната картина при пациенти с ОМИ и съпътстващи заболявания налага въвеждането на стандартизирани указания, които да подпомогнат медицинския екип в предоставянето на навременна и адекватна помощ.

Разработихме документ, който има за цел да структурира процесите по мониторинг и реакция, като предоставя насоки за правилното управление на тези критични състояния. Включените алгоритми и препоръки са съобразени с най-добрите клинични практики и стандартите за сестринска грижа. Прилагане на антихипертензивни медикаменти (перорално или интравенозно) по предписание.

Създаването на указания за мониторинг и реакция при остри състояния като хипертонични кризи и остра сърдечна недостатъчност има за цел да осигури ясна структура и последователност в предоставянето на медицинска грижа. Включването на алгоритми и практически насоки гарантира не само навременна интервенция, но и подобрява ефективността на медицинския екип в критични ситуации.

Особено важно е да се подчертае ролята на мултидисциплинарния подход, който интегрира усилията на лекари, медицински сестри и други здравни специалисти в единен процес. Тази координация е от съществено значение за осигуряването на безопасна и качествена грижа за пациентите. Изготвените указания служат като основа за:

- унифициране на процесите за наблюдение и реакция при остри състояния.
- подобряване на комуникацията в екипа и вземането на решения.

- осигуряване на обучение и професионално развитие на медицинските специалисти.

Тези документи не само повишават ефективността на грижите, но и допринасят за дългосрочното подобряване на клиничните резултати и удовлетвореността на пациентите. Прилагането им в практиката е стъпка към стандартизиране на качествена грижа и създаване на устойчива медицинска система.

3.4. Продължаващо обучение и повишаване на компетенциите за сестринска практика при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт

Професионалната подготовка на медицинската сестра трябва да отговаря на нарастващите изисквания на съвременната кардиологична практика. Грижата за коморбидни пациенти с ОМИ изисква внимание към комплексното състояние на пациента, което често включва множество придружаващи заболявания и повишен риск от усложнения. Съществени фактори, които определят спецификата на дейностите и грижите, са непрекъснатото развитие на кардиологичните технологии, персонализираната медицина и новите стандарти за управление на коморбидности.

Усъвършенстването на инвазивните и неинвазивните подходи в кардиологията променя средата, в която медицинските сестри изпълняват своите задачи. Включването на напреднали технологии като телемедицина, автоматизирани системи за мониторинг и интегрирани платформи за управление на данни изисква от тях не само технически познания, но и способност да адаптират поведението и уменията си към новите реалности.

Изграждането на професионален мултидисциплинарен екип в кардиологията, където медицинската сестра играе ключова роля, изисква както инвестиции, така и мотивация. Медицинската сестра участва активно във всички етапи на грижата – от първоначалната оценка и планиране до продължаващото наблюдение и рехабилитация. Напредъкът в кардиологичната наука и изискванията за екипна работа изискват непрекъснато обучение и развитие на професионалните компетенции на медицинските сестри.

Анализът на необходимостта от продължаващо обучение за медицинските сестри, оказващи грижи при пациенти с ОМИ, показва изявена нужда от актуализация на знанията и придобиване на практически умения, които да отговарят на динамиката на съвременната кардиологична практика. Това ни

провокира да изготвим и предложим съдържание на програми за теоретични и практични **курсове за индивидуално обучение**, както и **учебни програми за специализация**. Убедени сме, че развитието на креативност и търсенето на възможности за самоусъвършенстване ще допринесат за повишаване на компетентността на медицинската сестра, както и за нейното интегриране в мултидисциплинарния екип.

В рамките на тези програми предлагаме две индивидуални обучения за медицински сестри:

- **Специализирано обучение по сестрински грижи за коморбидни пациенти с ОМИ** - предоставя възможности за усъвършенстване на теоретични и практически умения на медицинската сестра за работа с коморбидни пациенти в острата фаза на ОМИ, включително оценка на риска, мониторинг и терапевтични интервенции.
- **Рехабилитация и сестринска грижа за пациенти след остър миокарден инфаркт в болнична среда** - специално разработен за медицински сестри, които работят с коморбидни пациенти след ОМИ в болнична среда. Фокусът е върху рехабилитацията и управлението на сложни клинични състояния, които изискват координирани усилия от мултидисциплинарен екип, включващ лекар-кардиолог, медицинска сестра и рехабилитатор. Обучението предоставя знания и практически умения, насочени към възстановяване, предотвратяване на усложнения и дългосрочно управление на придружаващите заболявания.

В предложените две обучения намираме естествена взаимосвързка и последователност в развитието на професионалните умения на медицинската сестра. Препоръчително е обучението да започне със специализирания курс, насочен към сестринските грижи за коморбидни пациенти в острата фаза на ОМИ, където акцентът е върху оценката на риска, мониторинга и терапевтичните интервенции. След овладяването на тези умения, медицинската сестра може да надгради компетенциите си с участието в програмата за рехабилитация на пациенти с ОМИ в болнична среда, където фокусът е върху възстановяването, координацията в мултидисциплинарния екип и дългосрочното управление на придружаващите заболявания.

Програмите са структурирани с продължителност от 5 дни и включват 40 часа обучение (15 часа теоретични модули и 25 часа практически модули). Практическите модули се провеждат както в симулирана среда, така и в реални клинични условия.

Целта на тези обучения е да повишат професионалната компетентност на медицинските сестри, като осигурят знания и умения за:

- оценка и управление на състоянието на пациента с ОМИ и коморбидности;
- ефективно използване на интегрирани технологии за мониторинг и терапия;
- създаване на безопасна и комфортна среда за пациента;
- осигуряване на персонализирани сестрински грижи в етапите на рехабилитация и социална адаптация.

За да се постигне висока ефективност на обучението, препоръчително е курсовете да се провеждат в малки групи от 5 до 8 участника. Това позволява индивидуален подход, пълноценно участие в практическите упражнения и обмен на опит между участниците.

УЧЕБНА ПРОГРАМА

ПО СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ЗА КОМОРБИДНИ ПАЦИЕНТИ С ОМИ

Продължителност: 5 дни

Ръководител на обучението:

База за обучение: Медицински университет – Варна, УМБАЛ „Св. Марина” – Варна

Структура към базата: Катедра „Здравни грижи” към Факултет по обществено здравеопазване и Интензивно кардиологично отделение към УМБАЛ „Св. Марина” – Варна

Предназначено за: Медицински сестри

Забележка: Обучението включва работа с апаратура за мониторинг. Минимален брой участници: 5, максимален брой: 8.

Хорариум: 40 часа

Теоретичен модул	Практически модул
<i>15 часа</i>	<i>25 часа</i>

Разпределение на материала по теми:

Теоретичен модул:

Тематично съдържание	Часове:
<i>1. Въведение в сестринската грижа при ОМИ.</i>	<i>3 часа</i>
<i>2. Оценка на коморбидните състояния и тяхното влияние върху терапията на ОМИ.</i>	<i>3 часа</i>
<i>3. Стандарти и протоколи за управление на пациенти с ОМИ.</i>	<i>3 часа</i>
<i>4. Мониторинг на жизнените показатели – апаратура и техники.</i>	<i>3 часа</i>
<i>5. Организация на работата на медицинската сестра в мултидисциплинарен екип.</i>	<i>3 часа</i>

Практически модул:

Тематично съдържание	Часове:
<i>1. Подготовка на пациента за интензивен мониторинг.</i>	<i>3 часа</i>
<i>2. Управление на апаратура за наблюдение на сърдечната дейност.</i>	<i>5 часа</i>
<i>3. Участие в мултидисциплинарни сесии за планиране на терапия.</i>	<i>5 часа</i>
<i>4. Ранно раздвижване и управление на физиотерапевтични активности.</i>	<i>7 часа</i>
<i>5. Дискусии и обратна връзка за разработени планове за сестринска грижа.</i>	<i>5 часа</i>

УЧЕБНА ПРОГРАМА ПО РЕХАБИЛИТАЦИЯ И СЕСТРИНСКА ГРИЖА ЗА ПАЦИЕНТИ СЛЕД ОМИ В БОЛНИЧНА СРЕДА

Продължителност: 5 дни

Ръководител на обучението:

База за обучение: Медицински университет – Варна, УМБАЛ „Св. Марина” – Варна

Структура към базата: Катедра „Здравни грижи” към Факултет по обществено здравеопазване и Интензивно кардиологично отделение към УМБАЛ „Св. Марина” – Варна

Предназначено за: Медицински сестри

Забележка: Обучението включва работа с апаратура за мониторинг. Минимален брой участници: 5, максимален брой: 8.

Хорариум: 40 часа

Теоретичен модул	Практически модул
15 часа	25 часа

Разпределение на материала по теми:

Теоретичен модул:

Тематично съдържание	Часове:
1. Въведение в рехабилитацията след ОМИ.	3 часа
2. Ролята на медицинската сестра в рехабилитацията и мултидисциплинарния екип.	3 часа
3. Управление на физическа активност при коморбидни пациенти.	3 часа
4. Диетична и медикаментозна грижа за възстановяване.	3 часа
5. Превенция на повторни инциденти и психологическа подкрепа.	3 часа

Практически модул:

Тематично съдържание	Часове:
<i>1. Практическо приложение на рехабилитационни техники.</i>	<i>5 часа</i>
<i>2. Управление на упражнения за физическа активност под наблюдение.</i>	<i>7 часа</i>
<i>3. Провеждане на сесии за психологическа подкрепа.</i>	<i>5 часа</i>
<i>4. Работа с пациент и семейство за дългосрочен контрол.</i>	<i>5 часа</i>
<i>5. Документиране и оценка на ефективността на рехабилитационните дейности.</i>	<i>3 часа</i>

Участието на медицинските сестри в различни форми на продължаващо обучение и обявяването на резултатите от научно-изследователската дейност неизменно допринасят за усъвършенстване на сестринските практики, повишаване на качеството на кардиологичната грижа и утвърждаване на ключовата роля на медицинската сестра в мултидисциплинарния екип. Включването на медицинските сестри в специализирани програми за обучение отразява осъзната необходимост от повишаване на квалификацията, усъвършенстване на професионалните умения и желание за кариерно развитие.

Към настоящия момент в нашата страна няма въведени специализации за медицински сестри, насочени конкретно към управлението на грижи за пациенти с ОМИ и коморбидни заболявания. Тази специфична област на здравеопазването изисква цялостен подход, включващ диагностика, управление на остри състояния, рехабилитация и дългосрочна грижа. Освен това, динамиката на медицинските технологии, персонализираната медицина и интегрираните терапевтични подходи създават необходимост от специализирано обучение на медицинските сестри в този контекст.

Идентифицираната потребност от специализирани програми в областта на кардиологичната грижа и рехабилитацията на пациенти с ОМИ ни мотивира да разработим и предложим **учебни програми за специализация**. Продължителността на всяка програма е една година и след завършването ѝ, специализантът придобива квалификация по **„Медицинска сестра за кардиологична грижа при коморбидни пациенти с остър миокарден**

инфаркт“ или „Медицинска сестра за рехабилитация и грижа за коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт“.

Предложените програми за специализация са съобразени с националните изисквания за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, базовото обучение по специалност „Медицинска сестра“, както и специфичните различия между двете области. Те включват теоретичен модул в две части с общ хорариум 60 часа и 520 часа практически модул, който се провежда в клинични бази. Разработен е примерен конспект, който обхваща основните теми от програмата, както и препоръчителна литература за подготовка.

3.5. Управление на рисковите фактори при пациенти

Резултатите от емпиричното проучване извеждат липсата на знания от пациентите като рисков фактор, водещ до забавяне на диагностиката и лечение, емоционална нестабилност и намалено доверие в лечението. Това ни мотивира да разработим **Програма за обучение на пациенти**, която ще даде възможност за по-голяма информираност и правилно поведение за управление на рисковите фактори на сърдечно-съдовите заболявания. Програмата е създадена така, че да отговори на нуждите на пациентите, като им предостави както теоретични знания, така и практически подходи за справяне с предизвикателствата, свързани със стреса, тютюнопушенето, диетата и физическата активност. Програмата може да бъде препоръчана като неразделна част от процеса на рехабилитация и възстановяване след остър миокарден инфаркт. Целта е да се повиши разбирането на пациентите за значимостта на рисковите фактори и да се създадат условия за активно участие в грижата за собственото здраве.

Обучението е структурирано в рамките на 8 часа. Предложени са четири сесии по 2 часа с практически съвети, демонстрации и дискусии. Всяка сесия включва кратко представяне на темата (20–30 минути) и интерактивна част – дискусии, въпроси и практически упражнения (60–75 минути). Пациентите получават печатни или дигитални материали, които да използват у дома.

Основната цел на програмата е да помогне на пациентите да изградят дългосрочни здравословни навици, които ще намалят риска от повторни сърдечни инциденти и ще подобрят тяхното качество на живот.

Програмата обхваща следните ключови аспекти:

- Разпознаване и управление на психосоциални фактори като стрес и тревожност.
- Подкрепа и насоки за отказване от тютюнопушенето.

- Основи на здравословното хранене и контрол на теглото.
- Значение и безопасност на физическата активност в периода на рехабилитация.

Програмата е разработена да подпомогне и информира пациенти, които са мотивирани да променят начина си на живот след ОМИ, търсят подкрепа за отказване от вредни навици и желаят да научат практически техники за управление на стреса и подобряване на физическата активност.

Считаме, че програмата би била полезна и за семействата и близките на пациентите, които участват в подкрепата и адаптацията на пациентите след ОМИ. За постигане на максимален ефект от обучението, е препоръчително групите да бъдат с малък брой участници – до 5 души, което позволява индивидуален подход и активно включване на всеки пациент. Програмата може да се провежда както на живо (в болнична или амбулаторна среда), така и онлайн за пациенти, които не могат да присъстват физически. Обучението е насочено към мултидисциплинарен подход, включващ участие на медицинска сестра, лекар-кардиолог, рехабилитатор и диетолог.

ПРОГРАМА ЗА ОБУЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКОВИ ФАКТОРИ

Цел на програмата

Програмата има за цел да повиши осведомеността и практическите възможности на пациентите с ОМИ за ефективно управление на рисковите фактори като стрес, тютюнопушене, диета и физическа активност. Това ще подпомогне дългосрочното възстановяване, превенцията на повторни сърдечни инциденти и повишаване на качеството на живот.

Продължителност: 4 сесии по 2 часа

Ръководител на обучението:

База за обучение: Медицински университет – Варна, УМБАЛ „Св. Марина” – Варна

Структура към базата: Катедра „Здравни грижи” към Факултет по обществено здравеопазване и Интензивно кардиологично отделение към УМБАЛ „Св. Марина” – Варна

Предназначено за пациенти с ОМИ, които са в процес на възстановяване и рехабилитация. Основната целева група включва:

- Пациенти, прекарвали ОМИ, независимо от степента на усложнения, които искат да подобрят качеството си на живот чрез управление на рисковите фактори.
- Коморбидни пациенти, които имат съпътстващи заболявания като хипертония, диабет, хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) или затлъстяване.
- Пациенти, насочени към рехабилитация, в болнична или амбулаторна среда, като част от програма за дългосрочно възстановяване.
- Пациенти, изписани от болнично лечение, които се нуждаят от подкрепа за адаптиране към здравословен начин на живот и контрол на рисковите фактори.

ПРОГРАМА

Сесия 1: Управление на стреса
Влиянието на стреса върху сърдечно-съдовото здраве.
Техники за релаксация – дихателни упражнения, медитация, прогресивна мускулна релаксация.
Практическа демонстрация и участие в релаксационна сесия.
Сесия 2: Отказ от тютюнопушене
Рисковете, свързани с тютюнопушенето след ОМИ.
Методи за отказ – никотинова заместителна терапия, подкрепа от специалисти.
Разработване на индивидуален план за отказ от пушенето.
Сесия 3: Основи на здравословното хранене
Роля на диетата за възстановяване след ОМИ.
Как да намалим приема на сол, мазнини и захар.

Практическо съставяне на здравословно седмично меню.
Сесия 4: Значението на физическата активност
Ползи от умерената физическа активност след ОМИ.
Видове упражнения, подходящи за пациенти с коморбидности.
Практическа демонстрация – леки кардио упражнения и разтягания.

Методи на обучение

- Кратки презентации с визуални материали.
- Дискусии и въпроси-отговори.
- Практически упражнения с активното участие на пациентите.

Материали и ресурси

- Печатни ръководства за всеки рисков фактор.
- Видео уроци с демонстрации на упражнения.
- Инструменти за мониторинг, като таблици за самостоятелно проследяване на диетата, физическата активност и отказа от пушене.

Очаквани резултати

- Пациентите ще разпознават основните рискови фактори и тяхното въздействие върху здравето.
- Ще прилагат научените техники за релаксация, здравословно хранене и физическа активност в ежедневието си.
- Ще разработят персонализиран план за намаляване на рисковете и подобряване на качеството на живот.

В процеса на управление на кардиологичната грижа, семейството подкрепя периода на възстановяване и дългосрочна стабилност на пациентите с остър миокарден инфаркт. Взаимодействието между медицинските специалисти и членовете на семейството е от съществено значение за осигуряването на ефективна грижа, минимизиране на рисковете от повторни инциденти и създаване на подкрепяща среда за пациента.

Семействата често се сблъскват с множество въпроси и предизвикателства, свързани с тяхната роля в процеса на грижа. Липсата на информация и насоки

може да доведе до стрес, неувереност и неправилно изпълнение на препоръките за грижа. Затова е необходимо медицинският екип да предостави ясно структурирана и периодична подкрепа, чрез която семействата да се запознаят с основните аспекти на грижа за пациентите с кардиологични заболявания.

Създадената **организационна рамка за редовни сесии** е насочена към информираност и обучение на семействата. Тя включва редовни срещи, в които мултидисциплинарният екип предоставя практически насоки и отговаря на въпросите, свързани с възстановяването на пациентите. Тези сесии не само подобряват координацията между екипа и семейството, но също така насърчават активното участие на близките в грижата за пациента, като така допринасят за повишаване на качеството на живот на всички участници в този процес.

Разработената организационна рамка предоставя ясни насоки за провеждане на тези сесии и може да бъде адаптирана според спецификата на лечебното заведение и нуждите на пациентите и техните семейства.

ОРГАНИЗАЦИОННА РАМКА

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА СЕСИИ

ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ С КАРДИОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

(насочени към семейства и близка на пациенти с остър миокарден инфаркт)

Целта на разработената организационната рамка е да установи стандартен подход за провеждане на редовни сесии, насочени към семействата на пациенти с кардиологични заболявания. Обучителните сесии са насочени към повишаване на информираността и предоставяне на практически насоки за грижи за подкрепа на семействата в процеса на възстановяване и управление на състоянието на техните близки.

Рамката е приложима за кардиологични клиники, рехабилитационни центрове и болнични отделения, които работят с пациенти, прекарвали остър миокарден инфаркт или други сърдечно-съдови заболявания.

Документът може да бъде използван и като ръководство за организация на информационни сесии, които включват: лекции, интерактивни дискусии и предоставяне на печатни и/или дигитални материали за дългосрочно използване.

Сесиите се провеждат на двуседмична основа или при необходимост, в зависимост от броя на пациентите и нуждите на семействата. Всяка сесия продължава между 60 и 90 минути. Съдържанието включва:

1. Първа сесия: Основи на сърдечно-съдовите заболявания и ОМИ

- Причини и рискови фактори.
- Основни принципи на грижата след ОМИ.
- Значението на активното участие на семейството.

2. Втора сесия: Управление на рисковите фактори

- Стрес и неговото въздействие върху пациента.
- Здравословно хранене и роля на семейството в подготовката на подходящи ястия.
- Мотивация за физическа активност.

3. Трета сесия: Подкрепа в процеса на възстановяване

- Как семейството може да подкрепя пациента емоционално и психически.
- Разпознаване на ранни предупредителни сигнали за повторни инциденти.
- Осигуряване на безопасна домашна среда.

4. Четвърта сесия: Дългосрочно управление и социална адаптация

- Как да се гарантира редовен мониторинг и навременно лечение.
- Участие в социални дейности и връщане към нормален живот.
- Как семейството може да бъде дългосрочен партньор в грижата.

Ефективните ресурси и материали трябва да бъдат достъпни, леко разбираеми и практични, като включват:

- печатни и дигитални ръководства, съдържащи контролни списъци за ежедневна грижа; препоръки за хранене, физическа активност и медикаментозен режим; контактна информация за медицински специалисти.
- видео материали – инструкции за упражнения, техники за релаксация и работа с пациентите.

Тези ресурси не само подобряват качеството на грижите, но и намаляват тревожността на семействата и ги превръщат в активни партньори в процеса на лечение. Обучението на семействата не е просто "добра практика", а стратегическа инвестиция в здравната система. То трансформира семействата от пасивни наблюдатели в активни партньори при оказване на кардиологични грижи. Чрез предоставяне на актуална информация и практически насоки, семействата могат да се чувстват по-уверени и подготвени за ролята си във възстановяването на пациента.

IV. ИЗВОДИ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ И ПРИНОСИ

4.1. Изводи

1. Мултидисциплинарен подход и екипна координация намалява риска от повторни сърдечни инциденти ($\chi^2 = 8.13$) и подобрява клиничните резултати при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт.
2. Липсата на ясни правила за комуникация между медицинските специалисти затруднява осигуряването на качествени грижи.
3. Въвеждането на Чек-лист за грижа **оптимизира клиничния процес**, намалявайки пропуските в предоставянето на сестринските интервенции ($p < 0.01$).
4. Артериалната хипертония (68%), захарния диабет (42%) и хроничната обструктивна белодробна болест (31%) са най-честите коморбидности при остър миокарден инфаркт, изискващи индивидуални алгоритми за управление.
5. Наблюдава се ниска степен на проследяване и липса на дългосрочна ангажираност на пациентите към лечебно-възстановителния период.
6. Здравното поведение на пациентите е силно повлияно от осведомеността и достъпа до здравни услуги ($\chi^2 = 8.13$, $p > 0.05$).
7. Медицинските сестри с над 5-годишен професионален опит проявяват по-висока ефективност в диагностично-терапевтичния процес, спрямо колеги с по-малък стаж (23%).
8. Близко половината от пациентите с ОМИ извяват депресивни симптоми (43%), а повече от една трета повишена тревожност (37%), което подчертава необходимостта от психологична оценка и подкрепа в периода на възстановяване.
9. Въвеждането на стандартизирани протоколи за управление на ОМИ при коморбидни пациенти, намалява времето за документация и подобрява координираността на грижите (35%).
10. Медицинските сестри с дългогодишен опит показват по-добра адаптация към динамичната среда в кардиологията.
11. Специализираните обучения за управление на коморбидни пациенти повишават компетентността на медицинските сестри в интерпретация на диагностични данни ($p < 0.05$).

4.2. Предложения

Предложения към Министерство на здравеопазването относно нормативната уредба, регламентираща дейността на медицинската сестра:

- Да се утвърди програма за специализация „Медицинска сестра за кардиологична грижа при коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт“ и „Медицинска сестра за рехабилитация и грижа за коморбидни пациенти с остър миокарден инфаркт“ съгласно Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.
- Да се разработи стандарт за сестрински грижи при пациенти с ОМИ и придружаващи заболявания, включващ изисквания за безопасност, координация и мониторинг на пациента.
- Да се регламентира използването на интегрирани технологии и електронни системи за управление на медицинската документация в сестринската практика.

Предложения към медицинските университети относно повишаване на компетенциите на медицинската сестра в кардиологичната практика:

- Да се разработят и предложат за утвърждаване програми за специализация в областта на кардиологичната грижа и рехабилитацията при пациенти с ОМИ.
- Да се популяризира ролята на медицинската сестра чрез представяне на иновации в сестринската практика на конференции, симпозиуми и специализирани форуми.
- Да се организират открити лекции, семинари и уъркшопове за надграждане на теоретичните знания и практическите умения на медицинските сестри в кардиологичната грижа.
- Да се въведат програми за индивидуално обучение, насочени към развитие на специфични компетенции за работа в мултидисциплинарен екип.

Предложения към лечебните заведения относно дейностите и грижите на медицинската сестра при пациенти с ОМИ:

- Да се разработят и приложат правила за добра сестринска практика, базирани на международни стандарти за управление на кардиологичната грижа при ОМИ.
- Да се въведе специфична сестринска документация, като чек-листове и алгоритми за мониторинг на пациенти с ОМИ и придружаващи заболявания.
- Да се разработят програми за безопасност на пациента, включително стратегии за минимизиране на рисковете и управление на усложненията при пациенти с коморбидности.
- Да се осигурят възможности за продължаващо обучение на медицинските сестри, работещи в кардиологични клиники, чрез стимулиране на участие в курсове и програми за професионално развитие.
- Да се въведат системи за обратна връзка и оценка на качеството на сестринската грижа, базирани на пациентските резултати.

4.3. Приноси

На базата на направените изводи, предложения и резултати от собствени проучвания, си позволяваме да отбележим следните елементи с приносен характер:

Теоретико-познавателен принос:

- Направен е исторически и концептуален анализ на сестринската грижа при пациенти с остър миокарден инфаркт (ОМИ) в контекста на коморбидностите.
- За първи път е проведено изследване на специфичните функции на медицинската сестра в управлението на кардиологичната грижа за коморбидни пациенти с ОМИ.
- Анализирани са съвременните тенденции и стандарти в кардиологичната практика, като е акцентирано на мултидисциплинарния подход и значението му за управлението на грижата.
- Разработени са теоретични основи за внедряване на чек-листове в управлението на сестринските дейности за коморбидни пациенти с ОМИ.

- Изследвани са потребностите и нагласите на медицинските сестри за продължаващо обучение и специализация в областта на кардиологичната грижа и рехабилитация.

Приложно-практически принос:

- За първи път е предложен чек-лист за управление на сестринската грижа при коморбидни пациенти с ОМИ, който структурира и оптимизира процесите на грижа.
- Разработен е модел на рехабилитационна грижа за пациенти с ОМИ в болнична среда, акцентиращ върху координираната работа на мултидисциплинарния екип.
- Предложени са програми за индивидуални обучения и специализации за медицински сестри, работещи с пациенти с ОМИ, съобразени с актуалните протоколи и стандарти в кардиологията.
- Разработени са учебни програми за специализация по „Медицинска сестра за кардиологична грижа при коморбидни пациенти с ОМИ“ и „Медицинска сестра за рехабилитация и грижа за коморбидни пациенти с ОМИ“.
- Създадени са обучителни модули, обхващащи теоретичната и практическата подготовка на медицинските сестри, с акцент върху иновациите и добрите практики в кардиологията.
- Предложени са рамки за безопасност и качествено управление на кардиологичната грижа, базирани на интегрирани технологии и електронни системи.
- Въведен е подход за разработване на индивидуализирани планове за грижа и рехабилитация на пациенти с ОМИ и придружаващи заболявания, съобразени с мултидисциплинарния подход.
- Създадено е ръководство за сестрински интервенции при пациенти с ОМИ и съпътстващи заболявания.
- Представени са указания за мониторинг и реакция при остри състояния като хипертонична криза или сърдечна недостатъчност.
- Структурирана е програма за обучение на пациентите относно управление на рискови фактори като стрес, пушене, диета и физическа активност.
- Изградена е организационна рамка с редовни сесии за информиране на семействата при грижата за пациенти с кардиологични заболявания.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Stoyanova I. The role of the nurse in patients with pacemakers: Practices and interventions in preoperative and postoperative intensive care. World Journal of advanced Research and Reviews (WJARR); (eISSN: 2581-9615) September 2024, 23(03), 2764–2772