



PROSPERITAS VESTRA FINIS NOSTRA!

**Медицински университет „Проф. д-р
Параскев Стоянов“ – Варна**

**Катедра „Здравни грижи“ Филиал
Сливен**

Теодора Станева Радева

**Сестрински грижи при зависими
пациенти с психическа
коморбидност**

АВТОРЕФЕРАТ

**На дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен
“доктор”**

Научна специалност “Управление на здравни грижи”

**Научни ръководители
Проф. Христо Кожухаров, д.м
Проф. Елена Желева, д.п**

Сливен 2023 г

**Медицински университет „Проф. д-р Параскев
Стоянов“ – Варна**

Катедра „Здравни грижи“ Филиал Сливен

Теодора Станева Радева

**Сестрински грижи при зависими
пациенти с психическа
коморбидност**

АВТОРЕФЕРАТ

**На дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен
“доктор”**

Научна специалност “Управление на здравни грижи”

**Научни ръководители
Проф. Христо Кожухаров, д.м
Проф. Елена Желева, д.п**

Сливен 2023 г

Дисертационния труд съдържа 155 страници, включващи 58 таблици и 15 фигури. Библиографският списък съдържа 187 литературни източника от които 40 на български език и 147 на английски език.

Във връзка с дисертационния труд са реализирани общо 2 публикации. Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита от Академичен съвет на Катедра здравни грижи при Медицински университет - Варна на 18.05.2023г.

Публичната защита ще се състои на 18.05.2023 от 13:00 в Филиал Сливен Аула, съобразно заповед на ректора №Р-109-197/16.03.2023г. пред научно жури в състав:

Външни членове:

- 1. Проф. Мария Атанасова Семерджиева, дм (рецензия)**
- 2. Проф. Биянка Любчова Торньова, д.п., (рецензия)**
- 3. Доц. Кристина Петрова Захариева, д.п., (становище)**

Резервен външен член

- 1. Доц Мария Димитрова- външен резервен член, д.м.,**

Вътрешни членове

- 1. Доц. Емилия Петрова Георгиева, д.оз.**
- 2. Доц. Анна Петрова Георгиева, д.оз.**

Резервен вътрешен член:

Доц. Силвия Иванова Филкова, д.оз.

Материалите по защитата са публикувани на интернет страницата на МУ Варна и са на разпалажение на интересующите се в Библиотеката на МУ” проф. Параскев Стоянов” гр.Варна и Катедра здравни грижи филиал Сливен

СЪДЪРЖАНИЕ

I. Въведение.....	6
II. Глава	
Цел, задачи, материали и методи	
2.1. Цел и задачи на изследването.....	7
2.2. Изследователски хипотези.....	8
2.3. Организация на проучването	8
2.4. Методи на проучването.....	10
2.5. Инструментарий на проучването.....	11
III. Резултати и обсъждане.	
3. Организация на грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.....	15
3.1. Резултати от проучване на зависими пациенти с психическа коморбидност.....	15
3.1.1. Демографска характеристика на пациента.....	15
3.1.2. Организация на психиатричните здравни грижи.....	16
3.1.3. Организация на прием в стационар.....	17
3.1.4. Информираност на пациентите	19
3.1.5. Релапс фактори	20
3.2. Социално демографски характеристики на медицинските сестри.....	29
3.2.2. Специални грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	30
3.2.3. Сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	32
3.2.4. Информираност /степен на знания и умения на медицинските сестри и МДКЕ.....	34
3.3. Резултати от обсъждане на студенти.....	40
3.3.1. Демографска характеристика на изследваните студенти	40
3.3.2. Нагласа на студенти за работа със зависими пациенти с психическа коморбидност при провеждане на клинична практика и преддипломен стаж.....	42

3.4 Изследване на съзависимост/близки и съжителстващи/пряко свързани с коморбидни пациенти.....45

3.5 Нагласа за създаване и функциониране на сестринска практика по психиатрични здравни грижи.....47

IV.Изводи и препоръки

Приноси.....50

Публикации по дисертацията.....53

Въведение

Психичното здраве е едно от най-големите предизвикателства пред, които е изправена всяка страна. Доброто психично здраве е в основата за пълноценен и продуктивен живот. То притежава все по-голямо значение в световен мащаб. Проблемите свързани с тях имат медицински, социални и финансови измерения. Пандемията от COVID-19 допълнително влоши това, оставяйки още по-голяма тежест върху тях.

Коморбидността е наличие на съпътстващо или допълнително заболяване от основното. Наличието на зависимост и придружаващо психично заболяване е висок. Комбинацията на повече две заболявания развиващи се едновременно влияе върху сестринските грижи, създава терапевтични и деферинциално-диагностични затруднения за всяко едно от тях. Зависимите пациенти с психическа коморбидност имат по-лоши резултати от пациенти диагностицирани само с едно от двете разстройства

Липсва общо европейско проучване за разпространение на коморбидността. В България до момента са проведени частични проучвания свързани с психиатричната коморбидност сред употребяващите ПАВ. Страната ни е на последно място в Европа по грижи за психично болни.

Продължителността на живот при тях е по-кратка от тази от общата популация, главно поради, по-чести соматични усложнения, в следствие употреба на Психоактивни вещества и алкохол, свъхдоза, остра интоксикация или чести самоубийства. Социалната оценка е също съществена, поради нереализирана работоспособност и образование, често тези пациенти стават обект на досъдебно производство и представляват бремене за близките.

Борбата със стигмата и дискриминацията при психично болните и зависимите пациенти, също е значителна. Стигмата е основната причина за дискриминация при тях, като нарушава семейните им отношения и способността им да се социализират.

Сестринството е част от системата на здравеопазването, а сестринските грижи са най-големият компонент и пряко свързани с положителните резултати за пациентите. Участието на медицинските сестри по **психиатричните здравни грижи в общността** е изследвана и сравнена с концепциите за последващи грижи, които започват преди пациентът да напусне психиатричното заведение. С основание Walgrove (1985) подчертава, че медицинските сестри са естествен мост между болницата и общността. Ролята на психиатричната медицинска сестра е изключително отговорна, свързана с подкрепа на пациентите, на близките им, възстановяване на социалните функции и подобряване на качеството на живо. У нас няма нормативно въведени стандарти по психиатрични здравни грижи, които да ръководят медицинските сестри. **Актуалността** значимостта на проблема сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност присъства неизменно в сестринската практика и наука. Въпреки високото разпространение и негативните последици за общественото здраве, малко са известни причините за повишената коморбидност. В България до момента са проведени частични проучвания свързани с психиатричната коморбидност сред употребяващите ПАВ. Проучване върху ролята на психиатрична медицинска при зависими пациенти с психическа коморбидност в България не се намири. Настоящото не интервенционално изследване не претендира за всеобхватност на проблема, но се предполага, че проведеното изследване ще бъде основа за усъвършенстване на сестринските грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност, както при медицинските сестри и МДКЕ работещи с тях, така и при обучение на студенти специалисти по здравни грижи

ГЛАВА ВТОРА

2.1.Цел и задачи на проучването

Цел и задачи на проучването

Да се проучи организацията на психиатричните здравните грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност в болнична и извън болнична среда и да се определят възможностите за оптимизирането им.

За постигне на целта са поставени следните задачи:

1. Да се представят същностните характеристики на психиатричните здравни грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност.
2. Да се проучат нуждите от комплексно лечение и рехабилитация на зависими пациенти с психическа коморбидност и оцени организацията им в действащата здравна система.
3. Да се проучи информираността/знания и умения / на психиатричните медицински сестри и МДКЕ относно поведение спрямо зависими пациенти с психическа коморбидност и организацията на грижите за тях.
4. Да се установи нагласата на студенти III –IV курс „Медицинска сестра” и „Акушерка” за работа със зависими пациенти с психическа коморбидност.
5. Изследване на съзависимост близки на пациенти със зависимост.
6. Да се анализира готовността на медицинските сестри и пациенти за създаване и функциониране на специализирана психиатрична сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност.

Обект на изследването са зависими пациенти с психическа коморбидност, медицински сестри и МДКЕ, студенти „Медицински сестри” и „акушерки” III и IV курс, близки на пациента, и настъпил релапс при пациенти от 1 до 3 месеца след дехоспитализация.

Предмет на изследването е организацията на психиатричните здравни грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност в болнична и извънболнична среда

2.2 Изследователски хипотези

1. Организацията на психиатричните здравни грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност не отговаря на потребностите и очакванията на пациентите и техните близки.
2. Има необходимост от допълнителни обучения с акцент върху сестринските грижи и МДКЕ при зависими пациенти с психическа коморбидност.
3. Включване на психиатрична сестринска практика за зависими пациенти с психическа коморбидност, може да бъде инструмент за подобряване на психиатричните здравни грижи у нас.

2.3 Организация на проучването

Обем на проучването-обхванати са 294лица, разпределени както следва:

- Медицински сестри -44 и МДКЕ-14 работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ “Света Марина “ЕАД гр. Варна
- Зависими пациенти с психическа коморбидност преминали на лечение през Втора психиатрична клиника на УМБАЛ “Света Марина “ гр.Варна -68
- Съзависими - близки от семейната среда на пациента- 68
- Студенти по специалност “Медицинска сестра” III курс и IVкурс и специалност” Акушерка “ IV курс от всички филиали на МУ Варна за периода на изследването - 100
- Пациенти с релапс в период от 1 до 3 месеца след дехоспитализация- 38

Включващи критерий на лицата в изследването:

Първа група: За пациенти със психическа коморбидност:

- Пациенти над 18г.възраст.
- Подписали информирано съгласие.
- Пациенти с потвърдена диагноза Психични и поведенчески разстройства дължащи се на употреба на ПАВ/алкохол и психическа коморбидност.
- Пациенти провели лечение на които предстои дехоспитализация.

- Наличие на основно образование.
- Могат да четат и пишат на Български език.
- Нямаат травматични увреждания на Централна Нервна система.

**Втора група : За съзависими от близката семейна среда на пациента,
включени в проучването**

- Над 18 години.
- Подписали информирано съгласие.
- Близък на хоспитализиран в УБАЛ „Света Марина” ЕАД гр. Варна „за периода на изследването”.

**Трета и Четвърта група: За Медицински персонал(специалисти по
здравни грижи и членове на МДКЕ)**

- Над 18 години.
- Подписали информирано съгласие.
- Работещи в структурата на психиатрични клиники на УМБАЛ „Света Марина” ЕАД гр. Варна.

Пета група: За студенти

- Над 18г
- Подписали информирано съгласие
- Студенти III и IV курс по специалност „Медицинска сестра” и „ Акушерка”- IV курс

Шеста група : За пациенти с настъпил релапс в период от 1 до 3 месеца

- Над 18 години
- Подписали информирано съгласие
- Пациенти с настъпил релапс от 1 до 3 месеца

Критерий за изключване групите участващи в изследването

- 1) Пациенти поставени под пълно запрещение.
- 2) Отказ за подписване или оттегляне на Информирано съгласие .
- 3) Пациенти с травматични увреждания на Централната нервна система.
- 4) Не могат да четат и пишат на Български език
- 5) Няма основно образование.

2.3.1. Време и място на проучването

Проучването се проведе в Психиатрични клиники УМБАЛ “Света Марина “ЕАД гр.Варна , както и МУ “ Проф.д-р Параскев Стоянов” и всички филиали към него - гр.Варна, гр.Шумен, гр. Велико Търново и гр.Сливен.

Основната част от проучването се извърши самостоятелно от автора. При проучване мнението на студенти по специалност “Медицинска сестра” и “Акушерка” се използва сътрудничеството на Директорите на филиалите и Ръководител катедра “Здравни грижи “на МУ гр.Варна.

Всички участници бяха предварително запознати с целта и методиката на проучването и обучени да работят с въпросниците.

Източници за набиране на информация

- Достъпна научна литература
- Достъпни национални и международни нормативни документи
- Мнение на Медицински сестри, МДКЕ, работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ “Света Марнина “ЕАД гр.Варна, хоспитализирани пациенти преминали през Втора психиатрична клиника на УМБАЛ “Света Марина “ЕАД гр.Варна, близки и съжителстващи на пациенти, студенти по специалност “ Медицинска сестра” III и IV курс и “ Акушерка “ IV курс

Настоящото изследване е одобрено от Комисия по етика на научно-изследователска дейност при Медицински университет - гр.Варна с Решение №111/20.01.2022г.

2.4 Методи на проучването

За постигане на целта и задачите са проведени следните изследвания:

- Проучване на информираност/степен на знание/ и професионални компетенции на медицински сестри и МДКЕ работещи със зависими пациенти с психическа коморбидност и възможност за оптимизиране на здравните грижи , както и нагласата на студенти III и IV курс по специалност “медицинска сестра” и “ акушерка”за работа с тях.
- Изследване на организацията и установяване на предизвикателства при предоставяне на здравни грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност, въз основа на исторически преглед и мнение на медицински сестри, МДКЕ, студенти и близки на зависими пациенти с психическа коморбидност

- Анкетно проучване на шест групи участници в изследването-пациенти със зависимост и психическа коморбидност, медицински сестри работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ “ Св. Марина “ ЕАД гр.Варна МДКЕ/лекари,психолози,трудотерапевти,соц.работници/, студенти III- и IV курс специалност “Медицинска сестра и Акушерка”, настъпил релапс от 1-3 месеца при пациенти със зависимост и психическа коморбидност.
- Самооценъчен въпросник за съзависимост на (В.Ткачева) приложен при близки и съжителстващи лица на зависими пациенти с психическа коморбидност

2.4.1 Документален метод - за анализ на литературни източници, документи, и нормативни актове, които описват изследваната проблематика.

2.4.2 Статистически методи - за обобщаване, систематизиране, анализиране и интерпретация на статистически показатели с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимовръзките. Приложени са:

- Описателна статистика
- Алфа на Кронбах метод за изследване на вътрешна консистентност

2.5. Инструменти на проучването

Изработени са анонимни анкети за провеждане на проучването на шест групи респонденти. Анкетните карти на част от участниците медицински сестри и пациенти/приложение №1 и №2 бяха взаимствани от дисертационен труд на Василева .В(2022)

Използван е и самооценъчен въпросник за изследване на съзависимост на В. В. Ткачева в превод от Кирил Кунчев

При проучване на информираността, качество и ефективност на грижите, и възможност за оптимизиране на психиатричните здравни грижи се използва анкетен метод, чрез пряка анонимна анкета. За по-добра обработка на първичната информация, анкетните карти съдържат затворени въпроси с готови вариации и полузакрити въпроси с формулирани вариации на част от отговорите и възможност за изказване на мнения. Част от въпросите дават възможност за повече от един отговор в рамките на представените готови вариации. По един и същи интересуваш ни проблем (например информираност, качество и ефективност на грижите) са задавани на четири групи респонденти, /медицински сестри, МДКЕ, пациенти, студенти/ с оглед получаване на информация за сравнение/

Респондентите са лица над 18 години преминали през Втора психиатрична клиника на УМБАЛ” Св.Марина “ ЕАД гр.Варна с потвърдена диагноза по МКБ 10 **Психични и поведенчески разстройства дължащи се са употреба на ПАВ/алкохол и придружаващо психично заболяване ,според критерий на МКБ-10 и DSM-V.**

В рамките на една година бяха скринирани шест групи участници.

- Медицински сестри и Медицински фелдшери работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ “Света Мартина “ЕАД гр.Варна . Създадена анкетна карта №2 съдържаща отворени, затворени и полуотворени въпроси, разпределени в секции: информираност, здравни грижи, удовлетвореност, демографски показатели-пол, възраст,местоживееене. /приложение №2/
- Студенти III и IV курс по специалност “Медицински сестри и”Акушерки” Създадена анкетна карта №3 и анкетна карта №4 съдържаща отворени, затворени и полуотворени въпроси, разпределени в секции информираност, професионална подготовка, демографски показатели-пол, възраст, местоживееене /приложение №3, приложение №4/
- Мултидисциплинарен клиничен екип - състоящ се от лекари, социални работници, психолози, трудотерапевти. Създадена анкетна карта №5 съдържаща отворени, затворени ,и полуотворени въпроси, разпределени в секции информираност, качество и ефективност на грижите, демографски показатели- пол, възраст, местоивееене./приложение №5/
- Въпросник при настъпил релапс при зависими пациенти с психическа коморбидност в период от 1до 3 месеца. Създадена анкетна карта №6 съдържащи затворени въпроси разпределени в секции социодемографски показатели, индивидуални фактори, причина за релапс/приложение №6/
- Самооценъчен въпросник за съзависимост на В.В.Ткачева в превод от Кирил Кунчев състоящ се от 16 въпроса - приложен при близки и съжителстващи със зависими пациенти с психическа поморбидност/приложение №7/
- Пациенти преминали през Втора психиатрична клиника с потвърдена диагноза по МКБ-10 Психични и поведенчески разстройства дължащи се на употреба на алкохол /ПАВ и придружаващо психично заболяване. Създадена анкетна карта №1. Съдържат отворени ,затворени и полузатворени въпроса, разпределени в секция информираност, качество и ефестивност на грижите, демографски показатели-пол, възраст, местоживееене./приложение №1/
- Ретроспективно проучване на наличната медицинска документация

- Статистически методи. Обработката на получените при изследването данни е извършена от специализирани софтуерни статистически пакети STATGRAPHICS; SPSS и EXCEL for Windows. Резултатите са описани чрез таблици, графики и числени показатели за структур, честота, средни стойности.

Обем на проучването-обхватани са 294лица, разпределени както следва:

- Медицински сестри -44 и МДКЕ-14 работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ “Света Марина “ЕАД гр. Варна
- Зависими пациенти с психическа коморбидност преминали на лечение през Втора психиатрична клиника на УМБАЛ “Света Марина “ гр.Варна -68
- Съзависими - близки от семейната среда на пациента- 68
- Студенти по специалност “Медицинска сестра” III курс и IVкурс и специалност” Акушерка “ IV курс от всички филиали на МУ Варна за периода на изследването - 100
- Пациенти с релапс в период от 1 до 3 месеца след дехоспитализация- 38

Включващи критерий на лицата в изследването:

Първа група: За пациенти със психическа коморбидност:

- Пациенти над 18г.възраст.
- Подписали информирано съгласие.
- Пациенти с потвърдена диагноза Психични и поведенчески разстройства дължащи се на употреба на ПАВ/алкохол и психическа коморбидност.
- Пациенти провели лечение на които предстои дехоспитализация.
- Наличие на основно образование.
- Могат да четат и пишат на Български език.
- Нямаат травматични увреждания на Централна Нервна система.

Втора група : За съзависими от близката семейна среда на пациента, включени в проучването

- Над 18 години.
- Подписали информирано съгласие.
- Близък на хоспитализиран в УБАЛ „Света Марина” ЕАД гр. Варна „за периода на изследването”.

Трета и Четвърта група: За Медицински персонал(специалисти по здравни грижи и членове на МДКЕ)

- Над 18 години.
- Подписали информирано съгласие.
- Работещи в структурата на психиатрични клиники на УМБАЛ „Света Марина” ЕАД гр. Варна.

Пета група: За студенти

- Над 18г
- Подписали информирано съгласие
- Студенти III и IV курс по специалност „Медицинска сестра” и „Акушерка”- IV курс

Шеста група : За пациенти с настъпил релапс в период от 1 до 3 месеца

- Над 18 години
- Подписали информирно съгласие
- Пациенти с настъпил релапс от 1 до 3 месеца

Критерий за изключване групите участващи в изследването

- 6) Пациенти поставени под пълно запрещение.
- 7) Отказ за подписване или оттегляне на Информирано съгласие .
- 8) Пациенти с травматични увреждания на Централната нервна система.
- 9) Не могат да четат и пишат на Български език
- 10) Няма основно образование.

Време и място на проучването

Проучването се проведе в Психиатрични клиники УМБАЛ “Света Марина “ЕАД гр.Варна , както и МУ “ Проф.д-р Параскев Стоянов” и всички филиали към него - гр.Варна, гр.Шумен, гр. Велико Търново и гр.Сливен.

Основната част от проучването се извърши самостоятелно от автора. При проучване мнението на студенти по специалност “Медицинска сестра” и “Акушерка” се използва сътрудничеството на Директорите на филиалите и Ръководител катедра “Здравни грижи “на МУ гр.Варна.

Всички сътрудници бяха предварително запознати с целта и методиката на проучването и обучени да работят с въпросниците.

Източници за набиране на информация

- Достъпна научна литература
- Достъпни национални и международни нормативни документи
- Мнение на Медицински сестри, МДКЕ, работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ “Света Марнина “ЕАД гр.Варна, хоспитализирани пациенти преминали през Втора психиатрична клиника на УМБАЛ “Света Марина “ЕАД гр.Варна, близки и съжителстващи на пациенти, студенти по специалност “ Медицинска сестра” III и IV курс и “ Акушерка “ IV курс

Настоящото изследване е одобрено от Комисия по етика на научно-изследователска дейност при Медицински университет - гр.Варна с Решение №111/20.01.2022г.

Глава III

Резултати и Обсъждане

3. Организация на грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност

3.1 Резултати от проучване на зависими пациенти с психическа коморбидност

За нуждите на изследването бяха поканени за изследвани 70 пациента, като съгласие за участие изразиха 68 пациента- (-% на отзоваване-97%). Участниците в изследването са коморбидни изписани в период от м.януари 2022 година до м.декември 2022г във Втора психиатрична клиника на УМБАЛ “Света Марина” ЕАД гр.Варна с потвърдена диагноза по МКБ-10 **Психични и поведенчески разстройства дължащи се са употреба на ПАВ/алкохол и придружаващо психично заболяване ,според критерий на МКБ-10 и DSM-V.**

3.1.1 Демографска характеристика на пациенти

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Мъже	54	79.4	79.4	79.4
Жени	14	20.6	20.6	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Брой	68
Средна	38.56
Станд. отклонение	9.924
Минимум	21
Максимум	61

Във разпределение по пол преобладават мъже 79,4% спрямо жени или 20,6% като средна възраст е 38,56 години.

3.1.2. Организация на психиатричните здравни грижи.

В тази секция е изследвана организация на приема, поредност на хоспитализация, оценка на качество на здравните грижи, оценка на комуникацията със специалистите по здравни грижи с пациенти

Табл. 3. Поредност на постъпване в клиника

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Първи	20	29.4	29.4	29.4
Втори	10	14.7	14.7	44.1
Многокр	38	55.9	55.9	100.0
Общо	68	100.0	100.0	

Повече от половината пациенти (n=38) или 55,9% имат многократни хоспитализации. Не е малък процентът и на първичните хоспитализации (n=20) или 29,4%. Наше изследване сравни хоспитализации преди и по време на COVID19 във Втора психиатрична клиника в дейност Наркология януари -март 2019//период преди пандемия от COVID-19/ и януари-март 2021г/ по време на пандемия от COVID 19/. Анализът на резултатите сочи увеличаване на първичните хоспитализации -30,56% в период на пандемия през 2021г., в сравнение с първичните хоспитализации преди пандемия 19,51% през 2019г. С преобладаващо употреба на алкохол, следвана от комбинирана употреба и опиоидна зависимост[31].

3.1.3 Организация на приема в стационар

Табл.4 Прием в стационар

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Категорично да	53	77.9	77.9	77.9
По-скоро да	11	16.2	16.2	94.1
Не мога да определя	2	2.9	2.9	97.1
По-скоро не	1	1.5	1.5	98.5
Категорично не	1	1.5	1.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Известно е че първите впечатления на пациенти по време на приема в стационар има голяма значение за тяхната по нататъчна нагласа, изпълнение на предписаното лечение и съвети. Установено бе че 94,1% табл.4 отговарят, че са категорично доволни при приемането в стационар. Малък е процента на изразяващите недоволство в начина на постъпване.

Табл.5 Информация относно Вътрешен ред в отделението

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Категорично да	54	79.4	79.4	79.4
По-скоро да	6	8.8	8.8	88.2
Не мога да определя	3	4.4	4.4	92.6
По-скоро не	4	5.9	5.9	98.5
Категорично не	1	1.5	1.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

В психиатричните отделения за зависими пациенти се отдава много голяма значение на правилата на отделението за вътрешния ред, тъй като приемането им от пациентите представлява вид договор с тях ; някои от правилата не са толкова лесно изпълними и

са свързани с редица ограничения/ недопускане на телефон, запалки, цигари, и др/ . Изразяването на съгласие с тях е добър признак за по-нататъшното лечение на пациентите.

Табл.6 Считате ли че, медицинските специалисти отделят достатъчно време за разговори с Вас?

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Категорично да	43	63.2	63.2	63.2
По-скоро да	13	19.1	19.1	82.4
Не мога да определя	4	5.9	5.9	88.2
По-скоро не	6	8.8	8.8	97.1
Категорично не	2	2.9	2.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Преобладаваща част от пациентите-82,4% оценяват много добре времето отделено от медицинските сестри за разговор с тях.

Установява се голяма степен на покритие 85,3% между отговорите на този въпрос и оценката на качеството на здравните грижи .

Това е индиректен белег че комуникациите с медицинските сестри е предпоставка за удовлетвореност от здравните грижи.

Табл.7 Оценка за организацията и качеството на работа в
отделението

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Отлично	29	42.6	42.6	42.6
Много добро	29	42.6	42.6	85.3
Не мога да определя	6	8.8	8.8	94.1
задоволително	3	4.4	4.4	98.5
Лоша	1	1.5	1.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

3.1.4 Информираност на пациенти

Информираността на зависимости относно /видове зависимости, новости при лечение, рисковете и въздействие върху организма на ПАВ, наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване, усложнения при употреба, и рехабилитационни центрове работещи със зависими пациенти./

По отношение на видове зависимости, рискове и въздействие върху организма, както и усложненията при употреба резултатите са представени таблици 8, табл.9,табл.10

Табл. 8 Информираност на пациенти -видове зависимости

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	8	11,8	11,8	11,8
Средно	7	10,3	10,3	22,1
Добро	16	23,5	23,5	45,6
Много добро	14	20,6	20,6	66,2
Отлично	23	33,8	33,8	100,0
Общо	68	100,0	100,0	

Табл.9. Информираност на пациенти-рискове и въздействие върху организма				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	4	5,9	5,9	5,9
Средно	7	10,3	10,3	16,2
Добро	11	16,2	16,2	32,4
Много добро	13	19,1	19,1	51,5
Отлично	33	48,5	48,5	100,0
Общо	68	100,0	100,0	

Табл. 10. Информираност на пациенти усложнения при употреба на ПАВ

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	13	19,1	19,1	19,1
Средно	11	16,2	16,2	35,3
Добро	8	11,8	11,8	47,1
Много добро	10	14,7	14,7	61,8
Отлично	26	38,2	38,2	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Пациентите оценява своята информираност по отношение на видове зависимости в положителната част на скалата -добре, много добре и отлично-общо 83%, като най-голям брой я оценяват отлично-38%. Подобна е информираността за рисковете и въздействието на ПАВ- 83%, като отлично се самооценяват още по-голям процент-48,5%. Също много добре оценяват, макар и по-ниско-56% информираността си относно рисковете и въздействието на ПАВ. Логично е по-ниска е самооценката за информираността .относно новости при лечението на зависимости - 45%. Будят тревога ниската информираност за наличие на рехабилитационни центрове занимаващи със зависими пациенти 36,8%. Недостатъчната информираност относно подходящи форми за продължаване на лечението при извънболнични условия може да бъде пречка за провеждането му и важна предпоставка за трайна социална дезадаптация на пациента.

Слабо и незадоволително оценяват информираността си относно собственото си състояние-зависимост и придружаващо психическо заболяване- 42,6% от пациентите

Табл.11. Информираност на пациенти относно новости при лечението на зависимости				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	28	41,2	41,2	41,2
Средно	12	17,6	17,6	58,8
Добро	10	14,7	14,7	73,5
Много добро	11	16,2	16,2	89,7
Отлично	7	10,3	10,3	100,0
Общо	68	100,0	100,0	

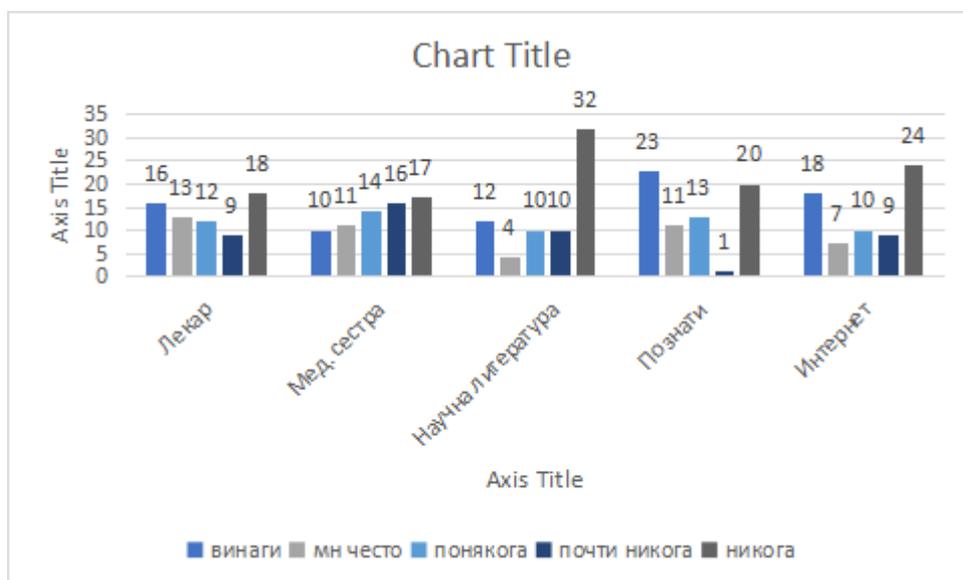
Табл.12 Информация относно зависимост и придружаващо психично заболяване				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	20	29,4	29,4	29,4
Средно	9	13,2	13,2	42,6
Добро	13	19,1	19,1	61,8
Много добро	8	11,8	11,8	73,5
Отлично	18	26,5	26,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Табл.13. Информираност на пациентите относно рехабилитационните центрове при зависими				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	25	36,8	36,8	36,8
Средно	8	11,8	11,8	48,5
Добро	12	17,6	17,6	66,2
Много добро	6	8,8	8,8	75,0
Отлично	17	25,0	25,0	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Табл. 14 Вътрешна
консистентност Reliability

Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.649	6

Целта на анкетираните пациенти е да се проучи тяхната информираност по съдържание и източници относно на информираност, които пациентите ползват най-често по отношение на проблема зависимости, като градират по следният начин.



Фиг.1 Източници на информация на пациенти със зависимост и психическа коморбидност.

Източниците по отношение на зависимости, според отговорите на пациентите са подредени в низходящ ред, (n=34) или 55% познати с такъв проблем, (n=29) или 42% услугите на лекар, информация от интернет ползват (n=25) или 36% (n=21) или 30,88% услугите на медицинска сестра, и на последно място ползват научна литература (n=16) или 23,52%. Нашете впечатление че в тези случаи се формира общество на зависими. Високия процент 55% на информация/познати с такъв проблем/,

3.1.5 Характеристики на пациенти със зависимост и придружаващо психично заболяване.

Табл. 15. Характеристика на зависимостите

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Алкохол	32	47.1	47.1	47.1
Стимуланти	8	11.8	11.8	58.8
Опиоиди	6	8.8	8.8	67.6
Канабиноид	3	4.4	4.4	72.1
и				
Синтетични наркотици	2	2.9	2.9	75.0
Комбинирана употреба на ПАВ	17	25.0	25.0	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Алкохолната зависимост е най-честа зависимост при психически коморбидни пациенти табл.17 (n=32) което съответства на 47,1%, следвано от комбинирана употреба на ПАВ (n=17), което е 25% /при комбинираната употреба, пациента употребява повече от едно ПАВ/, употреба на стимуланти (n=8) или 11,8%. Всички останали зависимост са по- малко употребявани като опиоиди, канабиноиди, и синтетични наркотици.

Табл.16. Разпределение на придружаващо психично заболяване				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
БАР	9	13.2	13.2	13.2
Шизофрения	14	20.6	20.6	33.8
Личностово разстройство	18	26.5	26.5	60.3
Паническо разстройство	7	10.3	10.3	70.6
Генерализирано тревожно р-во	7	10.3	10.3	80.9
ОКР	2	2.9	2.9	83.8
Монополярна депресия	4	5.9	5.9	89.7
ПТСР	5	7.4	7.4	97.1
Хазарт	2	2.9	2.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Най-висок процент на придружаващо психично заболяване е личностово разстройство (n=18) или 26,5% . Според Ончев(2012) ЛР са предразположени към злоупотреба на алкохол и ПАВ. Следва шизофренията (n=14) или 20,6% според Чумпалова (2015) пациентите със шизофрения и злоупотреба /зависимост към алкохол съставляват 83,2% от всички пациенти към ПАВ[184]. Всички останали придружаващи заболявания представляват по малък процент показан в табл.18.

3.1.6. Релапс-фактори

Социално-демографски фактори

табл.17.Средна възраст на пациенти с релапс е 39,21 години,

N	38
Средна	39.21
Ст. отклонение	8.999
Range	34
Minimum	27
Maximum	61

Табл.18 Разпределение по пол

Пол	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Мъже	29	76,3	76,3	76,3
Жени	9	23,7	23,7	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Разпределение по пол е 76,3% мъже към 23,7% жени табл.19

Голяма част от пациентите са неосигурени 55,3% (n=21), което възпрепятства дадените препоръки след изписване, а именно посещение на ОПЛ, консулт със психиатър, консултация с психолог, психотерапевт -/ платени услуги, които не могат да се ползват по НЗОК/, или терапевтични общности за рехабилитация на зависими , които са за сметка на пациента или негови близки.

Табл.19 Здравноосигурителен статус				
Здравноосигурителен статус	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1 осигурен	17	44,7	44,7	44,7
2 неосигурен	21	55,3	55,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Табл..20 .Изпълнихте ли препоръките дадени след изписването си?/посещение на ОПЛ, специалист психиатър, групи за самопомощ, психолог /и др.

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1 да	10	26,3	26,3	26,3
2 не	8	21,1	21,1	47,4
3. Непридържащо лечение	20	52,6	52,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Над половината от пациентите с релапс (n=20) или 52,6% съобщават за непридържане към лечението от дадените препоръки. За зависимите пациенти с психическа коморбидност това е характерно по няколко причини, а именно липса на “инсайт” или “осъзнаване” за болест, някои индивидуални фактори, социално осигурителен статус на пациента .

Индивидуални фактори свързани с релапс

Фамилна обремененост

Табл.21 Фамилна обремененост				
Фамилна обремененост	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1.Да	25	65.8	65.8	65.8
2.Не	13	34.2	34.2	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Повече от половината- 65,8% (n=25) от пациентите направили релапс от 1 до 3 месеца са фамилно обременени, което се смята за рисков фактор при зависими пациенти[182]. Друга причина за релапс е мотивация и самоефективност и наличие на крейвинг-трудно преодолимо желание за употреба.

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1.Мотивация и самоефективност	4	10,5	10,5	10,5
2. Наличие на крейвинг	34	89,5	89,5	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Висок процент от пациентите табл.23 (n=34) или 89,5% посочват причината за релапс наличието на крейвинг- трудно преодолимо желание за употреба.

Най-честата употреба при зависими пациенти с психическа коморбидност е употреба на алкохол (n=21), което съответства на 55,3% , употреба на ПАВ (n=16) 42,1% и комбинирана употреба на ПАВ 2,6% представено на табл. 17

Табл.23 Релапс при употреба на ПАВ

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1 Алкохол	21	55,3	55,3	55,3
3 ПАВ	16	42,1	42,1	97,4
5 Комбинирана употреба	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Табл.24.Лекувате ли и придружаващото психично заболяване?

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1 Да	12	31,6	31,6	31,6
2 Не	11	28,9	28,9	60,5
3.Непридържано лечение	15	39,5	39,5	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Висок процент от пациентите 68,4% от пациентите с релапс не лекуват или не се придържат към лечението след дехоспитализация, което е повод за поява на релапс при тях.

Според Slidrecht (2019) причината за релапса при психиатричната коморбидност свързана с употреба на алкохол и ПАВ се свързва с медицински, финансови и социални измерения, които са свързани по между си за появата на рецидив. И обратно подкрепящите фактори на социалната мрежа, самоефективността са предпазни срещу рецидив[180]. Опитът на някои страни са пример за предлагане на услуги управлявани от МДКЕ с акценти върху лечението на тревожността, разстройства на настроението и зависимости.

С напредването на дигиталните технологии и интернет, както и мерките за физическо дистанциране свързани с пандемията от COVID-19 се увеличи търсене на услугата онлайн консултации свързани с психично здраве.(Wind et al.,2020). Онлайн услугите имат възможност да отговорят на нуждата от психични здравни грижи. Проведено е качествено изследване в тринадесет държави от Европейския съюз, като в него участват и медицински сестри по психиатрични здравни грижи[181]. Предимствата на онлайн консултациите са свързани с по-лесен достъп до психиатрични здравни грижи, гъвкавост и по-ниска стигма. При анкетиране на медицински сестри с въпроса: „ **Подкрепяте ли идеята за организиране на on-line консултации с медицински специалисти относно зависимости с психическа коморбидност?**“

Табл.25 Подкрепяте ли идеята за организиране на on-line консултации с медицински специалисти, относно зависимости с психическа коморбидност?

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Да	31	70,5	70,5	70,5
Не	6	13,6	13,6	84,1
Не мога да преценя	7	15,9	15,9	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

На този въпрос положително са отговорили 70,5% от респондентите на медицинските сестри (n=31). Това е предизвикателство, което възниква в съвременните грижи за психично здраве, има своите удобства и заслужава да бъде по-широко използвано.

Обобщение

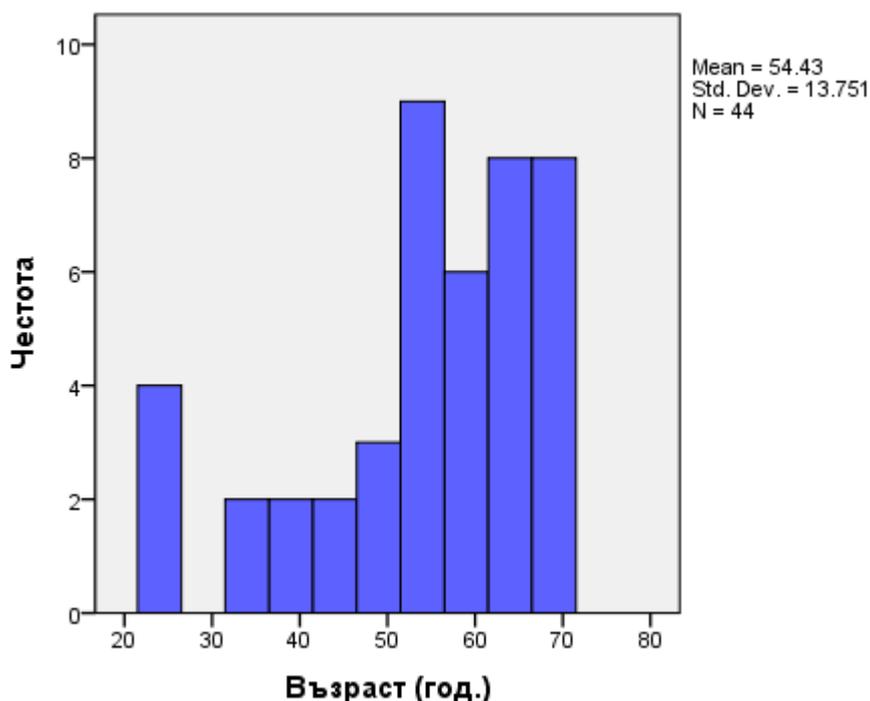
-1 гр пациенти В групата на ЗППК се установи висок процент на релапс - 55%,което се потвърждава от ниските нива на информираност свързани с рехабилитационни центрове и терапевтични общности, групи за самопомощ/АА/ занимаващи се с рехабилитация при зависими пациенти. Неосигурените пациенти са възпрепятствани в изпълнението на препоръките дадени им при изписване. Консултациите с психолог, психотерапевт са услуги които не се покриват от НЗОК. По отношение на източниците на информираност пациентите посочват най-голям процент 55% “познати с такъв проблем”което не е достоверен начин за информираност по отношение на зависимости. Има и други фактори свързани с релапса на пациенти с зависимости /индивидуални,социални, психични-липса на инсайт при тях/

3.2.1 Социално - демографски характеристики на медицинските сестри

В проучването са поканени медицински сестри, които изразиха информирано съгласие за участие. Респондентите са общо, 44 от които медицински фелдшери (n=6), медицински сестри (n=38) в процентно съотношение по пол съответно 13,6% и 86,4%, към момента на формиране на извадката табл.3

Табл.26.Разпределение по пол на медицински сестри

Разпределение по пол				
Пол	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Мъже	6	13,6	13,6	13,6
Жени	38	86,4	86,4	100,0
Общо	44	100,0	100,0	



Фиг.2.Разпределение по възраст

Средната възраст в групата на медицинските сестри е 54,43 години, като минималната възраст е 24 години, а максималната е 71 години. Разпределението в хистограмата е изместено надясно - към по-високите стойности по показател възраст.

Нашите данни кореспондират с данните на Американската психиатрична асоциация на регистрирани медицински сестри според, която средната възраст на медицинска сестра е 51 години, а само 4% от регистрираните медицински сестри са възрастов диапазон 20-29 години[165]. Редица съвременни данни за Европа показват, че средната възраст на медицинска сестра е 42,1 години, като приблизително 30% от тях на възраст над 50 години.

Табл.27.Разпределението по образование на медицински сестри

Образование	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Средно специално	4	9,1	9,1	9,1
Полувисши	21	47,7	47,7	56,8
Специалист ЗГ	1	2,3	2,3	59,1
Бакалавър ЗГ	11	25,0	25,0	84,1
Бакалавър УЗГ	1	2,3	2,3	86,4
Магистър УЗГ	6	13,6	13,6	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Преобладаваща част от медицинските сестри по степен на образование са с полувисше образование, следвано от бакалавър по здравни грижи, което в процентно съотношение е с полувисше образование 47,73% (n=21) следван от бакалавър ЗГ 25%(n=11). Това съответства на по-високата възраст на медицинските сестри, които са завършвали като полувисши кадри. Независимо, че в изследваната група има 8 фелдшери и 3 акушерки, те са назначени на длъжност „медицинска сестра“ и логично са включени в обсъждани като медицински сестри. (табл.5)

3.2.2 Специални грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

На въпроса “Какви по специални грижи се прилагат в клиниката/отделението при зависими пациенти с психическа коморбидност фиг.4 анкетираните медицински сестри (n=44) имаха възможност да отговорят на повече от един отговор. Най-голям брой отговори са получени в „провеждане на трудотерапия“ с (n=39) или 39,28%, следвани от психотерапия (n=35) или 35,26%. Те са специалните грижи, които най-често се прилагат при зависими пациенти с психическа коморбидност



Фиг.3 Специални грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

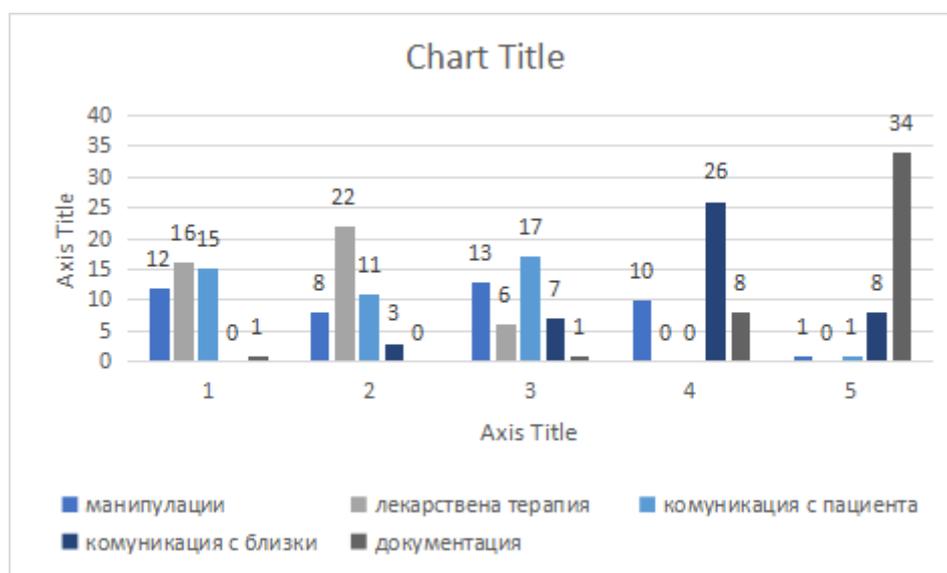
На трето място са отговорите свързани с „решаване на социален проблем, пред ТЕЛК, социална институция“ (n=22) или 22,15% „Грижата за зависимите пациенти с психическа коморбидност, не се различава от останалите пациенти смятат 14,10% от отговорилите; 10,7% изтъкват, като важно провеждането на здравни беседи по повод употреба и усложнения на ПАВ и/или алкохол. Мултидисциплинарната грижи с участие на медицинската сестра е част от лечението им.

На въпроса **Бихте ли посочили петте най-важни дейности, при зависими пациенти с зависими пациенти с психическа коморбидност. Степенувайте ги по важност, като започнете с най-важната?**

На този въпрос медицинските сестри имаха възможност да степенуват отговорите си по важност според тях.

Таблица 28. Степенуване по важност на петте най-важни дейности при зависими пациенти

Място по важност/	1	2	3	4	5
манипулации	12	8	13	10	1
лекарствена терапия	16	22	6	0	0
комуникация с пациента	15	11	17	0	1
комуникация с близки	0	3	7	26	8
документация	1	0	1	8	34



Фиг.4 Разпределението по дейности според медицинските сестри по важност

Анкетираните посочват петте най-важни дейности при зависими пациенти с психическа коморбидност, като най-голяма тежест дават на лекарствена терапия и комуникация с пациента 70,45% следвани от манипулациите. Лекарствените терапии и манипулациите неизменно заемат и второто място по тежест с 40,18%.

Със по-малка тежест са определена комуникациите с близките. Според Arad et al(2022)не добрата комуникация има отрицателно въздействие върху качеството на сестринските грижи. Проведено изследване за да определи ефектът от обучение върху уменията за общуване на медицинската сестра с пациента показва, че комуникативни умения са се подобрили значително след две седмици обучение . Препоръчва се обучението да бъде без откъсване от работното място чрез индивидуално и групово обучение[42]. Подържането на подходяща комуникация на медицинската сестра с пациента, и екипа е в основата на грижата за психичното здраве. Всичко това говори, че медицинските сестри разбират важноста на комуникациите със самия пациент, което е специфична характеристика на сестринските грижи на психиатрията. Това още веднъж подчертава необходимостта от обучение в комуникациите на медицинските сестри.

Според Sharrock с увеличаването на интегрираните психиатрични услуги се увеличава и контакта на пациенти с медицински сестри в болнични и извън болнични среда. По литературни данни общите медицински сестри са лишени от умения, увереност и знания за разлика от сестрите по психиатрични здравини грижи[185]

3.2.3. Сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

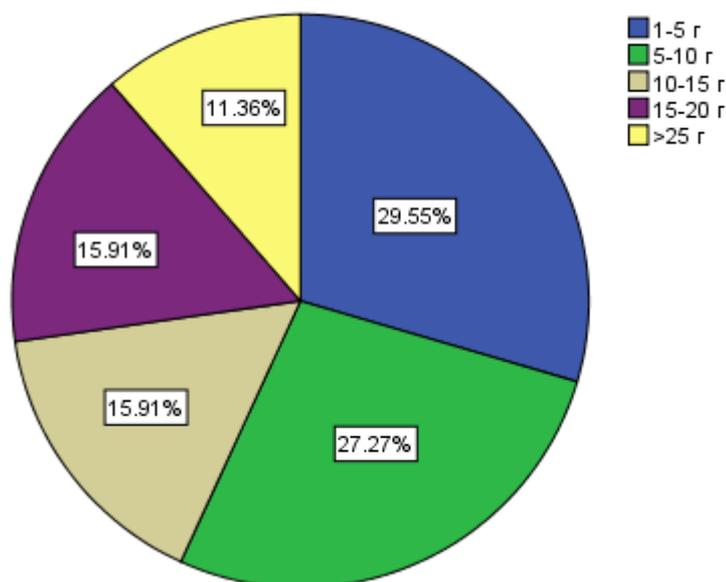
Сестринските грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност се предполага, че биха били улеснени от професионалния опит на медицинската сестра със психиатрични пациенти. От табл. 7 е видно, че само 1/3 (31,8%) от анкетиранияте имат професионален опит със зависими пациенти до постъпването си на сегашното работно място. На останалите 68,2% липсва такъв. Това е в синхрон с разпределението на медицински сестри по продължителност на работа с психиатрични пациенти -29,5% имат стаж от 1-5 г. и са доста “нови” във психиатричните клиники(фиг. Това засилва необходимостта от насочено обучение по проблема “зависими пациенти със коморбидност“ ; 27,3% имат по-стабилен опит - от 5-10 години , а сравнително по-малък дялът на тези с продължителен професионален опит(n=7) което е 15,9%(фиг.6)

Табл.29 Наличие на предишен опит/работа със зависими пациенти с психическа коморбидност

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Да	14	31,8	31,8	31,8
Не	30	68,2	68,2	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Табл.30.Разпределение по продължителност на работа в Психиатрични клиники

Продължителност	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1-5години	13	29,5	29,5	29,5
5-10години	12	27,3	27,3	56,8
10-15 години	7	15,9	15,9	72,7
15-20 години	7	15,9	15,9	88,6
Над 25г	5	11,4	11,4	100,0
Total	44	100,0	100,0	



Фиг.5 Разпределение на продължителност на работа в Психиатрични клиники

Разбирането на медицинските сестри за “стигма“ е важен елемент в оказваните от тях грижи. Според Hankir (2014) “стигмата “ при зависими пациенти с психическа коморбидност е една от причините за прикриване на симптомите и забавяне на търсенето на специализирана психиатрична медицинска помощ.[80]. Медицински сестри са категорични, че при техните пациенти съществува стигмата - 81,82% (n=36) показано на табл.9. Oexle обръща внимание на “самостигмата” - според него тя възпрепятства възстановяване на пациента[126]. Интервенции свързани със намаляване стигмата и самостигмата, биха подобрили възможностите на пациентите за по-активно **участие** в оздравителния процес

Табл.31 Съществува ли “стигма “ при зависимите пациенти с психическа коморбидност” според медицински сестри

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да”	14	31,8	31,8	31,8
по-скоро „да”	22	50,0	50,0	81,8
не мога да определя	6	13,6	13,6	95,5
по-скоро” не”	1	2,3	2,3	97,7
категорично „не”	1	2,3	2,3	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

За това попитахме респондентите медицински сестри “Бихте ли участвали в информационни кампании свързани със стигмата.?”

Табл. 32. Участие в информационни кампании свързани със стигмата				
Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да”	13	29,5	29,5	29,5
по-скоро „да”	13	29,5	29,5	59,1
не мога да определя	7	15,9	15,9	75,0
по-скоро” не”	9	20,5	20,5	95,5
категорично „не”	2	4,5	4,5	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Видно от табл.10 повече от половината медицински сестри 58% (n=26) дават съгласие за участие в информационни кампании насочени към намаляване на стигмата при зависими пациенти с психическа коморбидност. Според Fraguas (2021) информационните кампании, мултидисциплинарните форуми за срещи са от съществено значение за постигане на високо ниво на качествени грижи[71]. Много държави провели кампании свързани с намаляване на стигмата към хора с психични заболявания и зависимости доказват ефективност и умерено намаляване на стигмата.

На този въпрос положително са отговорили 70,5% от респондентите на медицинските сестри (n=31). Това е предизвикателство, което възниква в съвременните грижи за психично здраве.

3.2. 4. Информираност, /степен на знания и умения /на медицински сестри по психиатрични здравни грижи.

Секция информираност/степен и знания/ на използваната анкета в групата на медицинските сестри включват също така въпроси относно видове зависимости, новости при лечението на зависимости, рискове и въздействие върху организма на ПАВ, наличие на зависимости и придружаващо психично заболяване, усложнения при употреба на ПАВ, както и относно рехабилитационни центрове и организации за лечение на зависими пациенти. Разпределението според отговорите на въпрос 1 от секция информираност относно видове зависимости е показано на табл.16, въпрос 2 относно новости при лечението

на зависимости – табл.17, въпрос 3 относно рисковете и въздействието върху организма табл.18

Табл. 33 Ниво на информираност на медицински сестри-видове
зависимости

Ниво информираност	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Средно	1	2,3	2,3	2,3
Добро	20	45,5	45,5	47,7
Много добро	13	29,5	29,5	77,3
Отлично	10	22,7	22,7	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Табл.34. Новости при лечение на зависимости

Ниво информираност	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	3	6,8	6,8	6,8
Средно	7	15,9	15,9	22,7
Добро	21	47,7	47,7	70,5
Много добро	13	29,5	29,5	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Табл.35 Рискове и въздействие върху организма на ПАВ

Ниво информираност	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Средно	8	18,2	18,2	18,2
Добро	6	13,6	13,6	31,8
Много добро	22	50,0	50,0	81,8
Отлично	8	18,2	18,2	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Нивото на информираност на медицинските сестри по отношение на видовете зависимости и новости при лечението им се регистрира като добро, като по-високи нива на информираност се регистрират по отношение на видовете зависимости, отколкото по отношение на новости при лечението.

Табл.36 Степен на информираност относно наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване в групата на медицинските сестри

Ниво информираност	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Средно	3	6,8	6,8	6,8
Добро	13	29,5	29,5	36,4
Много добро	17	38,6	38,6	75,0
Отлично	11	25,0	25,0	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Преобладаващо добро и много добро ниво също така се регистрират и по отношение на рисковете и въздействие върху организма на ПАВ и наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване. Добро определят и нивото на информираност медицинските сестри и по отношение на усложнения при употреба на ПАВ, като по-ниски са стойностите по отношение на рехабилитационните центрове и организации за лечение на зависимости.

Табл.37 Степен на информираност относно усложнения при употреба на ПАВ в групата на медицинските сестри

Ниво информираност	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	2	4,5	4,5	4,5
Средно	15	34,1	34,1	38,6
Добро	16	36,4	36,4	75,0
Много добро	11	25,0	25,0	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Относно обученията регулярни курсове относно зависимости при коморбидни се оказва, че (n=32) 72,7% не посещават такива.

Табл.38.Разпределение на посещаемост на регулярни курсове относно зависимости при коморбидни пациенти.

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Да	12	27,3	27,3	27,3
Не	32	72,7	72,7	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

Табл.39. Причини за не посещаемост на регулярни специализирани обучения и курсове относно зависимости и психическа коморбидност

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Финансови причини	12	25,0	25,0	25,0
Нямам инф.за обученията	23	52,3	52,3	77,3
Провеждат се в други градове	3	6,8	6,8	84,1
Липса на време	6	13,6	13,6	97,7
Общо	44	100,0	100,0	

Най-голям дял от причините за непосещаемост на регулярни специализирани курсове, обучения, семинари медицинските сестри изтъкват липсата на информация, което в процентно съотношение е 52,3% (n=23) и финансови причини 25% (n=12). Инициатори на специализирани обучения, курсове, или семинари относно зависимости при коморбидни пациенти са БАПЗГ, БПА, и различни рехабилитационни центрове и терапевтични общности занимаващи се пациенти със зависимост. Липсата на информация относно провеждането на посочените форми, вероятно се дължи на факта, че медицинските сестри не поддържат контакт с тях, най-вероятно поради недостатъчна или липса на заинтересованост

При анкетирането на медицински сестри за степен на удовлетвореност от ежедневната си работа резултатите са следните:

Табл.40. Разпределение на удовлетвореност от ежедневната си работа				
Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Високо удовлетвореност	7	15,9	15,9	15,9
Неудовлетвореност	3	6,8	6,8	22,7
Нито неудовлетворен/а нито удовлетворен/а	13	29,5	29,5	52,3
Удовлетворен/а	21	47,7	47,7	100,0
Total	44	100,0	100,0	

На този въпрос анкетираните медицински сестри (n=28) или 63,63% се чувстват удовлетворени и високо удовлетворени от ежедневната си работа.

Според Ogresta, Rusac и Zorec (2008) значимостта на удовлетвореност за появата на стрес при здравните работници работещи в психиатрия е значителна. Съгласно изследване здравните работници са изложени в умерена степен на бърн аут синдром, като не се доказва статистическа значима разлика по отношение на професията[178]. Самата медицинска професия е свързана със психическо емоционално натоварване и високи нива на стрес.

Табл.41. Натовареност на медицински сестри при работа със зависими пациенти с психическа коморбидност				
Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да”	14	31,8	31,8	31,8
по-скоро „да”	21	47,7	47,7	79,5
не мога да определя	3	6,8	6,8	86,4
по-скоро” не”	5	11,4	11,4	97,7
категорично „не”	1	2,3	2,3	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

На базата от резултати от табл.24(n=35) или 79,54% споделят, че се чувстват натоварени при работа със зависими пациенти със психическа коморбидност. Натовареността на медицинските сестри по психиатрични здравни грижи, най-вероятно се дължи от профила на заболяването на пациентите, свързано с коморбидността. На въпроса ”Имате и затруднения в комуникацията с медицински сестри, като част от МДКЕ”?

табл.42.Затруднения при комуникация на МДКЕ и медицинска сестра

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
По-скоро да	1	7.1	7.1	7.1
Не мога да определя	1	7.1	7.1	14.3
По-скоро не	11	78.6	78.6	92.9
Категорично не	1	7.1	7.1	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Голям процент 78,57% (n=11) от МДКЕ “по-скоро” не изпитват затруднения при комуникацията си със медицински сестри при работа със зависими пациенти с психическа коморбидност

Според Sjöblom et al. семействата на хора с психични проблеми имат важна роля за възстановяване на пациента, въпреки че изпитват “срам”,”скръб” и “вина”[161]. Добрата комуникация на медицинските сестри и МДКЕ със семейството може да бъде начин за разрешаване на проблеми както при пациента така и при съжителстващите с него семейство.

На въпроса **Изпитвате ли ли затруднения при „комуникацията с близки ”при зависими пациенти с психическа коморбидност при МДКЕ?**

Табл. 43.-Затруднения при комуникация на МДКЕ с близки на пациенти със зависимост и психическа коморбидност

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
По-скоро да	4	28.6	28.6	28.6
Не мога да определя	4	28.6	28.6	57.1
По-скоро не	4	28.6	28.6	85.7
Категорично не	2	14.3	14.3	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Вътрешна консистентност на медицински сестри и МДКЕ

44.Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	58	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	58	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

45.Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.749	6

Обобщение

2 гр и 3 та гр на Медицински сестри и МДКЕ

Средната възраст на изследваните медицински сестри е 54,43 г. което потвърждава и Европейските тенденции за демографско застаряване на професията на медицинска сестра. Респондентите степенуват своите дейности в болнични условия в низходящ ред: комуникация с пациента, следван от лекарствена терапия. Медицинските сестри са категорични 81,82%, че при ЗППК съществува “стигма” и 59,1% дават съгласие за участие в информационни кампании свързани със “стигмата”. Голям процент от медицинските сестри не посещават регулярни курсове свързани с проблема ЗППК като причина изтъкват “липса на информация”. Липсата на информация се дължи че не поддържат връзка с БАПЗГ и други. Удовлетворени от извършване на ежедневната си работа са 47,7%, но 79,54 се чувстват натоварени но според Ogresta et al.(2008) значимостта на удовлетвореност и поява на стрес при здравните работници работещи в Психиатрия е значителна. МКДЕ не споделя затруднения в комуникация с медицинските сестри, но само за затруднения при комуникация с близки на зависими пациенти с психическа коморбидност 28,6%

3.3. Резултати и обсъждане от анкетното проучване проведено сред студенти по специалност “Медицинска сестра”-III и IV курс и специалност “Акушерка” IV курс

Изследвани са студенти от Медицински Университет гр.Варна - Катедра здравни грижи и филиали Сливен, филиал Шумен и филиал Велико Търново. В изследването участваха 50 студенти III курс по специалност медицинска сестра и 50 студенти IV курс по специалност медицинска сестра и акушерка, след подписване на информирано съгласие за участие в изследването.

3.3.1 Демографски характеристики на изследваните студенти

В групата на студенти 3 курс само едно лице е от мъжки пол, останалите 49 са от женски – 98%.(табл.44)

Табл.46.Разпределение по пол в групата студенти 3 курс

Пол	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Мъже	1	2,0	2,0	2,0
Жени	49	98,0	98,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

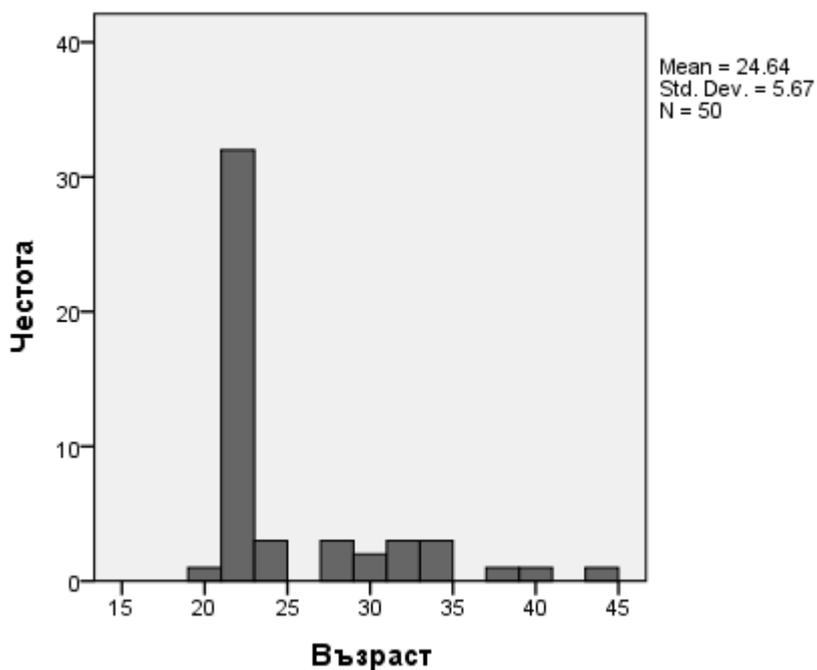
Въпреки, че професията на медицинска сестра е типично женска, интересът през последните години от страна на мъжете се засилва. През последните в няколко години в специалността “медицинска сестра” се приемат и обучават и мъже. Причина за силната феминизация е ниското заплащане у нас. В Обединеното кралство мъжете съставляват 10,6% от сестринската работна сила, докато в Италия е 21% един от най-високите[179]

Разпределението по възраст в групата на студенти III курс по специалност медицинска сестра показва средна възраст на изследваните студенти 24,64 при минимална 20 години и максимална – 43 години.

Табл. 47 Разпределение по възраст
 Описателна статистика – разпределение по Възраст

Брой лица (N)	50
Средна възраст	24,64
Минимум	20
Максимум	43

Получените резултати показват средна възраст на студенти медицински сестри III курс по специалност медицинска сестра е 24,64 години. Минималната възраст е 20 години, а максималната е 43 години.



Фиг.6.Хистограма на разпределението по възраст в групата студенти III-курс по специалност медицинска сестра

Средната възраст на студенти III-курс по специалност медицинска сестра е 24,64 при стандартно отклонение 5,67, минимална възраст 20 години и максимална - 45.

Разпределение според град, в който се обучават – представителите на четирите града Варна, В. Търново, Шумен и Сливен са сравнително равномерно разпределени(табл.27)

Табл.48.Разпределение на студенти III курс по специалност медицинска сестра според град

Град	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Варна	14	28,0	28,0	28,0
В.Търново	13	26,0	26,0	54,0
Шумен	10	20,0	20,0	74,0
Сливен	13	26,0	26,0	100,0
Общо	50	100,0	100,0	

Втората група студенти са IV курс по специалност медицинска сестра и акушерка. Всички лица в групата са от женски пол. Разпределението по специалност медицинска сестра и акушерка е видно на табл.28. Лицата по специалност медицинска сестра са 32, което отговаря на 64% от лицата в групата, а лицата по специалност акушерка –(n= 18) или (36%).

Табл.49 Разпределение по специалност в групата на студенти 4 курс

Специалност	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Медицинска сестра	32	64,0	64,0	64,0
Акушерка	18	36,0	36,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

3.3.2 Нагласа на студенти по специалност ” Медицинска сестра” и “Акушерка” за работа със зависими пациенти с психическа коморбидност

3.3.3 Секция професионална подготовка

В секцията професионална подготовка и потърсено мнението на “медицински сестри” III-IV курс и акушерки IV курс

Зададени са въпроси относно -притеснения при провеждане на клинична практика III курс и IV курс при провеждане на преддипломен стаж, анкетираните са също и акушерки IV курс относно, въпроси свързани с професионална подготовка за оказване на помощ при зависими пациенти с психическа коморбидност.

На въпроса “Какви притеснения имате при провеждането на клинична практика и придипломен стаж на студенти III-IV курс

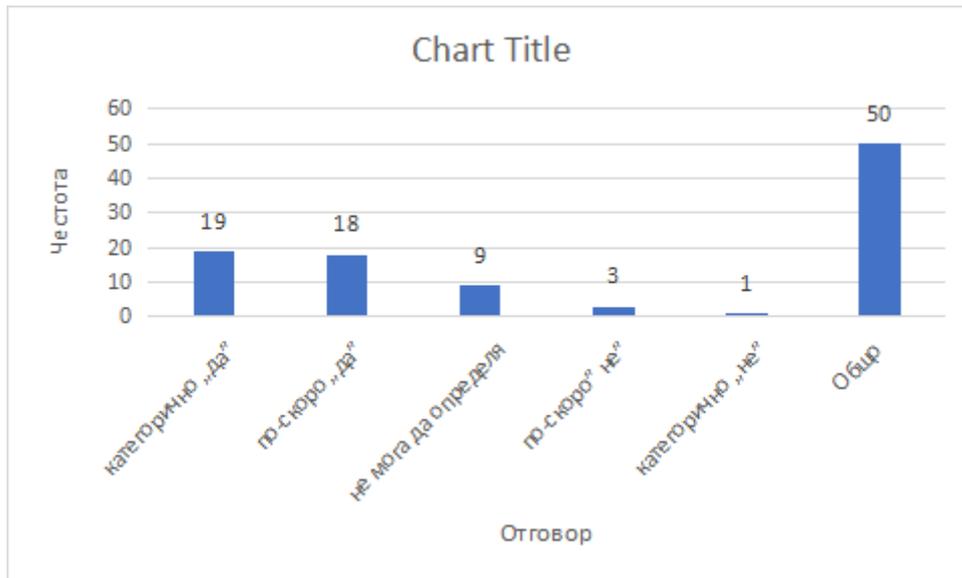


Фиг.7 Затруднения при провеждане на клинична практика и преддипломен стаж III-IV курс

За студенти III-IV курс представени на фиг... най-много или 30% и 24% от тях се притесняват от сектора с повишен надзор и комуникация с пациентите. В сектора с повишен надзор се настаняват пациенти за осигуряване на повишена сигурност- при болни с агресивно, автоагресивно, непредсказуемо поведение или зависими с психическа коморбидност. Осигурена е възможност за непосредствено визуално наблюдение. Следващо притеснение, което изпитват студентите от III -IV курс при провеждане на клинична практика е “комуникация с пациентите”, което съставлява или 26% и 38% за III- IV курс. На трето място по притеснение е “манипулациите”, което 20%. и 14% за III-IV курс. Едва (n=8) или 16% от студентите на изпитват притеснения при провеждане на клинична практика.

По този повод от миналата 2022г. по предложение на УМБАЛ “Света Марина” II-ра Психиатрична клиника ЕАД, студенти III-IV курс и съдействие на Катедра здравни грижи бе организиран кръжок по Психиатрични грижи в базата на УМБАЛ “Света Марина” “Курсът имаше теоритична и практическа част. Студентите бяха запознати с новости в приложението на TMS/Транс-краниална магнитна стимулация/ видове тестове за ПАВ, и други теми които представляват интерес за тях.

Относно идеята за организиране на сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност



Фиг.8 Разпределение на отговори по студенти IV курс относно организиране на сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност

50.Участие в информационни кампании “стигма”

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да“	20	40,0	40,0	40,0
по-скоро „да“	19	38,0	38,0	78,0
не мога да определя	5	10,0	10,0	88,0
по-скоро „не“	4	8,0	8,0	96,0
категорично „не“	2	4,0	4,0	100,0
Общо	50	100,0	100,0	

Обобщение

3 гр.студенти медицинска сестри и акушерка

Основни притеснения при провеждане на клинична практика и преддипломен стаж при студенти III-IV курс е сектора с повишен надзор 30% от студентите и комуникация с пациентите 38%. Повече от половината студенти изявяват желаят участие в информационни кампании свързани със сигмата.

3.4. Съзависимост/близки и съжителстващи /пряко свързани при коморбидни пациенти

Изследвани са резултати от теста за съзависимост (В.В.Ткачева) попълнен от 68 близки членове на семейството, както и съжителстващи със зависими пациенти. Получените резултати показват средна стойност на получения резултат от теста за съзависимост няколко пъти над нормата -средна стойност е 61,88 при стандартно отклонение 12,772. Минималната регистрирана стойност на получения резултат е 22, а максималната -86. Наблюдават се стойности в целия диапазон - от по-ниски до по-високи, но в извадката от близки на зависими от ПАВ преобладават тези с по-висок резултат при изследване теста за съзависимост. Описателната статистика по отношение на получените резултати от теста за съзависимост, приложен на близките на пациенти е показана на табл.54

Таблица 51

Описателна статистика -резултат от теста за съзависимост

Брой (N)	68
Средно	61,88
Стандартно отклонение	12,772
Минимум	22
Максимум	86

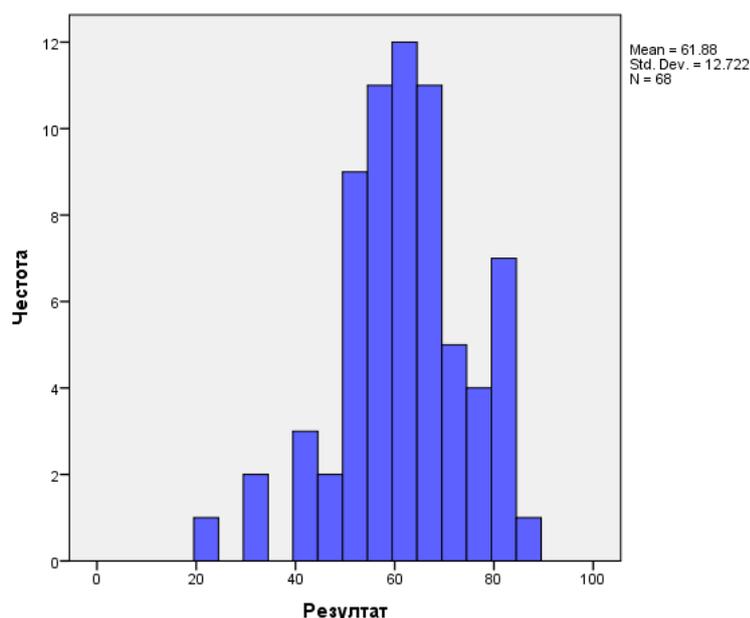
При сравняване на получените резултати със стойностите, съответни на норма (16-32 бала) е видно, че само едно от изследваните лица попада в тази граница, а всички останали са с по-висок от нормата резултат (над 33 бала).Високите резултати на умерена изразена съзависимост при резултат на теста 33-60 бала и силно изразена съзависимост - при резултат от 61-96 бала. Разпределението на лицата според получените резултати е показано табл.55

Таблица 52

Разпределение според резултат от теста за съзависими при близки на зависими пациенти

Степен на съзависимост	Получен резултат	Брой лица (N)
Норма	16-32	1
Умерено изразена	33-60	30
Силно изразена	61-96	37

При изобразяване на получение резултати чрез хистограма е видно, че разпределението е изместено надясно-към по-високи стойности на резултат от теста. Пробладават лица с по-висок резултат от теста - над 50 бала. Почти всички от изследваните лица показват съзависимост, като се регистрират повече лица със силно изразена съзависимост. Хистограмата на разпределението според получения резултат от теста за съзависимост е показана на фиг.11



Фиг.9.Хистограма на разпределението според получения резултат от теста за съзависимост на близки на зависими от ПАВ

Според Mulry (1987) съзависимостта е семейна зависимост среща се при семейства на зависими пациенти, в отговор на стреса или “стамната тайна” в семейството. Тази стресираща среда предизвиква емоционални промени във всеки член от семейството. Обучението и формиране на добри комуникационни умения на медицински сестри

работещи в Психиатрични клиники ще подобри взаимоотношенията между пациенти, професионалисти по здравни грижи и семействата им.

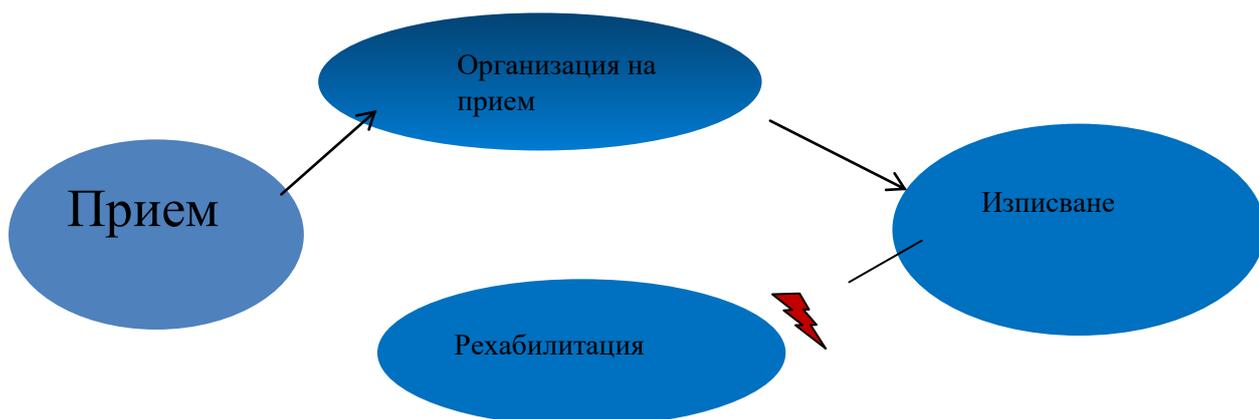
Обобщение

4 гр съзависимост при близки на ЗППК почти всички изследвани лица показват съзависимост, като се регистрират лица със силно изразена съзависимост. Съзависимостта е семейна болест и освен зависимия пациент среща се при семейства на зависими пациенти в отговор на стреса или “срама” в семейството.

3.5 Нагласа за създаване и функциониране на сестринска психиатрична практика

В групата на зависими пациенти с психическа коморбидност включва пациенти при които има потенциално опасност за влошаване или непридържащо лечение. Възможности за избягване на тази опасност са свързани различни мерки за подобряване организацията и обрижване на тези пациенти.

Законодателството на РБ дава възможност за създаване и функциониране на практики с по-малки ресурси за тези от болнично лечение в които работят медицински сестри и други специалисти. Но както показва опита на други страни те биха могли да играят положителна роля във по-доброто обгрижване на пациентите и да олеснят поддържане на лечение в след болничния период.



Фиг.10.Път на зависими пациенти с психическа коморбидност в здравната система

По този повод попитахме пациентите” Подкрепят ли идеята за организиране на сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност”

Табл.53. Организиране на сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Категорично да	49	72.1	72.1	72.1
По-скоро да	14	20.6	20.6	92.6
Не мога да определя	3	4.4	4.4	97.1
По-скоро не	1	1.5	1.5	98.5
Категорично не	1	1.5	1.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Табл. 54 Посещаемост на сестринска практика при зависими пациенти с психическа коморбидност

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Категорично да	48	70.6	70.6	70.6
По-скоро да	7	10.3	10.3	80.9
Не мога да определя	6	8.8	8.8	89.7
По-скоро не	3	4.4	4.4	94.1
Категорично не	4	5.9	5.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Категорични в отговора си са (n=63) или 92% от пациентите за организиране на сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност. Биха посещавали подобна сестринска практика 80,88%(n=55)

От анкетата за медицински сестри отговорите на същия са представени на табл 55

Табл.55 Подкрепяте ли идеята за организиране на сестринска практика , свързана с подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност?

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Да	32	72,7	72,7	72,7
Не	2	4,5	4,5	77,3
Не мога да преценя	10	22,7	22,7	100,0
Total	44	100,0	100,0	

Голяма част от изследваните медицински сестри 72,7% (n=32) отговарят положително за организиране на сестринска практика, свързани с подпомагането на зависими пациенти с психическа коморбидност и подобряване на психичното здраве при тях. Само 2 души не подкрепят тази идея.

Табл.56 Подкрепяте ли идеята за организиране на сестринска практика /студенти

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да”	19	38,0	38,0	38,0
по-скоро „да”	18	36,0	36,0	74,0
не мога да определя	9	18,0	18,0	92,0
по-скоро” не”	3	6,0	6,0	98,0
категорично „не”	1	2,0	2,0	100,0
Общо	50	100,0	100,0	

Студенти IV-курс също с голямо болшинство 74,0% подкрепят идеята за създаване на психиатрична сестринска практики за подпомагани на зависими пациенти с психическа коморбиднос. На въпроса **Бихте ли работили в подобна практика?** Положителните отговори са значително по-малко -46%, което е логични, като се има предвид липсата на професионален опит

Табл. 57 Бихте ли работили в подобна практика?

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да”	6	12,0	12,0	12,0
по-скоро „да”	17	34,0	34,0	46,0
не мога да определя	16	32,0	32,0	78,0
по-скоро” не”	9	18,0	18,0	96,0
категорично „не”	2	4,0	4,0	100,0
Общо	49	100,0	100,0	

ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ

4.1 Изводи

. От теоретичното проучване

1. В действащата организация на психиатричната помощ у нас липсва комплексност и координация между структурите .Психиатричните услуги са неравномерно разпределени на територията на страната; недостатъчен е броят на превантивни здравни и социални услуги ; изостава се по отношение на интегрирани грижи за психично болните. България е на последно място в ЕС по интеграция на психично болните индекс 25,0 от 100 . Грижата за психично болните и зависимите пациенти в България е изключително слаба и не отговаря на съвременните изисквания.
2. Съществува дисбаланс между отделните професионалисти в институциите осъществяващи психиатрична помощ -медицински сестри, лекари, психолози, социални работници, които сформират МДКЕ, необходими за качествени здравни грижи. Сестринската работна сила в България с коефициент на застаряване 29,68% е в ситуация на демографско застаряване. Психиатричните заведения са непривлекателно място за работа на медицинските сестри, поради лоши трудови условия, ниско заплащане и високо емоционално натоварване.
- 3, Големият брой неосигурени сред психиатричните пациенти е пречка за реализиране пълен размер на медицинските предписания за тях.

Б. От емпиричното изследване:

- 4.Зависимите пациенти с придружаваща коморбидност (ЗППК) са двойно уязвима група със значително разпространение сред психиатричните пациенти и с голям дял неосигурени. Пътят на ЗППК в организацията на психиатричната помощ често е прекъснат между изписване от болничното заведение и провеждане на следболнична рехабилитация за постигане на социална адаптация/интеграция. Налице са утежняващи фактори за многократни хоспитализации и по-често настъпване на релапс -в 55,9%
3. Интервенции свързани със намаляване стигмата и самостигмата, биха подобрили възможностите на пациентите за по активно **участие** в оздравителния процес. Има заявена готовност от страна на медицинските сестри да се включат в такива интервенции.
4. Изследваните психиатрични медицински сестри имат висока средна възраст 54,43 год., което отговаря на ситуацията в България, те ясно осъзнават отговорностите към специфичните нужди на психиатричните пациенти, отдават голямо значение на връзката си с тях: сред най-важните си дейности поставят комуникацията с пациентите и лекарствената терапия. Значителна е професионалната им удовлетвореност им 48% -, но оценяват работата си в психиатрични клиники като много стресова-80%. Слабо е участието им във и заинтересоваността от регулярни обучителни курсове. Разнообразяване на форми за обучение на място, а също и он-лайн могат да бъдат сполучлив вариант на курсове с откъсване от постоянното местоживееене,
5. Въвличане на студентите от специалност „ медицинска сестра“ и евентуално „ акушерка“ в запознаване със спецификата на работата с психиатрични пациенти може да допринесе за преодоляване на заявените „притеснения“ в клиничната практика и за привличане на мотивирани млади кадри в психиатрични заведения,
- 5.Разкриване на специализирана сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност би подобрило съществено релапса при тях както и възстановяване на социалните функции и подобряване качеството им на живот.

6. Почти всички от изследваните лица, показват съзависимост, като повече от лицата са със силно изразена съзависимост. Тя влияе върху физическото и емоционално състояние на близките, което води до лошо здраве, реактивност, самопренебрегване и допълнителни отговорности.

5.1. Препоръки

На базата на проучената литература, резултати от собствени проучвания отправям следните препоръки

Към БАПЗГ и Медицински университети

- Разработване на стандарти по психиатрични здравни грижи в практиката на медицинската сестра, включени в осигуряването на интердисциплинарна грижа за зависими пациенти с психическа коморбидност.
- Провеждане на обучение на медицински сестри за прилагане концепцията на интердисциплинарна грижа
- БАПЗГ да подпомогне разработването на предложение за включване на дейностите на специализирана Психиатрична сестринска практика в Националния рамков договор и финансиране от НЗОК и Министерство на здравеопазването.

Към Българска Психиатрична Асоциация

- Участие на медицински сестри по психиатрични здравни грижи в конференции на БПА свързани с информираност /степен на знания и умения/

6.1 Приноси

На основата на направените изводи, резултати и препоръки от собствени изследвания могат да се формулирани приноси с теоритичен и практико-приложен характер.

С теоретичен характер:

1. Направено е теоретично изследване на действащата организация на психиатричната помощ в България и изведени основни проблеми
2. Направен е исторически преглед на възникването на Психиатрията и психиатричното сестринство в България и чужбина.
3. Направен е анализ на нормативните документи и тяхното приложение, касаещи организацията на психиатричните здравни грижи в болнична и извън болнична среда.
4. Направено е проучване на сестринските грижи при зависими пациенти с психиатрична коморбидност и изведени проблеми за тяхното развитие и усъвършенстване.

С практико-приложен характер

1. Проучени са възможностите за участия на психиатричните медицински сестри в информационни кампании и интервенции по специфични за ЗППК проблеми;
2. Проучена е готовността на пациенти и медицински сестри да подкрепят идея за създаване и функциониране на психиатрична сестринска практика за подпомагане на ЗППК.
3. Създаден е и функционира кръжок по „Въведение в психиатрични сестрински грижи“ за студенти от специалност „медицинска сестра“ на база Втора психиатрична клиника

Публикации по дисертацията

1. Радева Т, "Връзката между зависимостта и синята болест" Сборник Доклади "Медицински сестри и акушерки -ключов ресурс в съвременното здравеопазване, Тракийски Университет Стара Загора 2020;50-56

ISBN:978-954-305-570-8

2. Радева Т, "Въздействие на COVID- 19 върху зависимости"-Трета Международна конференция "Сестрински грижи принос за качество на живот" МУ "Проф.д-р Параскев Стоянов"2021;97-102

ISBN:978-619-221-365-7

