



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

**Факултет „Обществено здравеопазване“  
Катедра „Здравни грижи“**

**Стоянка Христова Янчева**

**СЕСТРИНСКИ ПОДХОД ПРИ ПАЦИЕНТИ С  
ОБСТРУКТИВНА СЪННА АПНЕЯ –  
ОЦЕНКА НА ФИЗИОЛОГИЧНИТЕ  
ПРОМЕНИ И БЛАГОПРИЯТНИ  
ПОСЛЕДИЦИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

За присъждане на образователна и научна степен „Доктор“  
В област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление 7.4 „Обществено здраве“  
Научна специалност „Управление на здравните грижи“

**Научен ръководител:**

Доц. Мариана Николова Димитрова, д.о.з.

Проф. д-р Марио Петров Милков, д.м.

**Варна, 2023**

Дисертационният труд съдържа 211 страници и е структуриран в пет основни глави. Включва 95 фигури, 10 таблици, и 4 приложения (броят на фигурите и таблиците в дисертационния труд и автореферата се различава, предвид изискванията при разработването на всеки един). Библиографският списък включва 269 източника, от които 68 на кирилица и 201 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ към Медицински университет „Проф. Д-р П. Стоянов“ – гр. Варна на 07.06.2023 г. Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 06 октомври 2023 г. в дистанционна форма чрез електронна платформа Webex.

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

## СЪДЪРЖАНИЕ:

Въведение.....	5
1. Методология и организация на научното проучване...	7
1.1. Цел задачи и хипотези на проучването	7
1.2. Проведени проучвания	8
2. Собствени резултати и обсъждане	15
2.1. Проучване „Медицински сестри“	15
2.2. Проучване - „Пациенти“	32
2.3. Проучване – „Лекари“	50
2.4. Качественото проучване на предоставяните здравни грижи при пациенти със синдром на ОСА	55
2.5. Автономни сестрински практики-резултати и дискусия	68
3. Оптимизиране на грижите за пациенти с ОСА	74
4. Изводи, приноси	77
Научни публикации и участия във връзка с дисертационния труд	80

## СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА

АСП	Автономни сестрински практики
БАМС	Българска академия по медицина на съня
БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
ГДП	Горни дихателни пътища
ДНВС	Дихателни нарушения по време на сън
ЕЕГ	Електроенцефалограма
ЕМГ	Електромиография
ЕОГ	Електроокулография
ЕКГ	Електрокардиограма
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ИТМ	Индекс на телесна маса
ИБС	Ишемична болест на сърцето
ЛЗ	Лечебно заведение
МА	Медицинска Академия
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
МНЗ	Министерство на народното здраве
МСС	Международен Съвет на сестрите
МУ	Медицински университет
МЗ	Министерствона здравеопазването
ПСГ	Полисомнография
ПТП	Пътнотранспортни произшествие
СЗО	Световна здравна организация

## ВЪВЕДЕНИЕ

Обструктивната сънна апнея е значим медико-социален и икономически проблем с актуалност в световен мащаб. Болестта е обект на все по-голямо внимание от научната общност, поради тежките последици за индивидуалното и общественото здраве. Синдромът на Обструктивна сънна апнея (ОСА) е признат като общо клинично състояние, като данните за разпространението му варират между 4-9% при мъжете и 2-4% при жените на средна възраст. Това поставя болестта ОСА на значимо място сред социално значимите заболявания.

Според редица проучвания на професионални и научни организации, честотата на разпространение на дихателни нарушения по време на сън (ДНВС) е много по-висока от реално регистрираната, 80-90% от симптоматичната популация са недиагностицирани лица. Високата заболяемост не съответства на диагностично-терапевтичните възможности дори и в най-развитите страни в Европа и света.

ОСА е причина за нарушеното качество и продължителност на живот сред диагностицираните лица. Сърдечно-съдовите, когнитивните и метаболитни нарушения са само част от общата палитра на заболяванията свързани с дългосрочните последици от нелекуваната сънна апнея.

Обструктивната сънна апнея е състояние, което не се познава добре от медицинските среди в България. Проблемът се подценява както от пациентите, така и от медицинската общност. Причините за това са свързани с неинформираност на обществото за ДНВС, липсата на единна национална стратегия за поведение при пациенти с данни за ДНВС, непознаването и неприлагането на алгоритми за скрининг на съня. Проблемът не заема полагащото му се място в превенцията и профилактиката на социално значимите заболявания. Разкритите лаборатории за

изследване на съня са предимно в големите градове на страната и не са финансирани от НЗОК. Необходимостта от солидни финансови ресурси за диагностика е сериозен проблем за нетърсенето на компетентна помощ от пациентите. Липсва достатъчно добре обучен медицински персонал по проблемите на съня. Това поставя въпроса за необходимия обем грижи и подкрепа на пациентите с ОСА във фокуса на медицинските специалисти.

Определянето на мястото и ролята на медицинската сестра, като член на сомнологичния екип е важен процес в планирането и предоставянето на качествени здравни грижи за пациентите с ОСА. Разработването на сестрински подход и прилагането на алгоритъм за сестринските дейности и намеси създават възможност за подобряване здравето и качеството на живот на сомнологичния пациент. Разкриването на специализирана сестринска практика е предизвикателство пред специалистите по здравни грижи.

Разглеждането на проблемите на пациентите с ОСА, определяне необходимостта от сестрински грижи във всеки един от етапите на сомнологичния процес, изясняване ползите от прилагането на съвременни сестрински практики и модели, се явява актуален и значим проблем в съвременната медицинска теория и практика и е фокус на настоящата работа.

# 1. МЕТОДОЛОГИЯ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

## 1.1. Цел, задачи и хипотези на проучването

**Цел:** Да се проучи и оцени организацията на здравните грижи при лица с обструктивна сънна апнея, да се определи мястото на медицинската сестра в етапите на сомнологичния процес и на тази база се предложат подходи за оптимизиране на грижите.

### **Задачи:**

1. Да се представят същностните характеристики на възникване, развитие и разпространение на синдрома на ОСА у нас и в чужбина и се оцени значението му за общественото здраве.
2. Да се очертае профила на сомнологичния пациент и се обоснове необходимостта от сестрински грижи и дейности.
3. Да се направи анализ на потребностите от здравни грижи на пациентите със синдрома на Обструктивна сънна апнея и представят неблагоприятните последици от тяхното неудовлетворяване и/или подценяване.
4. Да се проучат иновативни методи и добри практики на сестрински грижи довели до благоприятни последици в състоянието на лицата с ОСА.
5. Да се проучи и оцени мястото на медицинската сестра във всички етапи на организацията на грижите за пациенти с ОСА чрез мнението на медицинските сестри, лекари, пациенти.
6. Да се проучат възможностите за подобряване качеството на функциониране на пациентите с ОСА чрез разширяване организацията и участието на медицинската сестра в цялостната грижа за тези пациенти.
7. Да се разработят подходи за дейности и увеличаване на компетенциите на медицинските сестри работещи в лечебни структури предоставящи грижи за пациенти с ОСА.

## **Изследователски хипотези**

1. Разработването и прилагането на сестрински подход за дейностите и грижите на медицинската сестра при лица със синдром на ОСА е от съществено значение за благоприятни промени в състоянието на пациентите и по-доброто качество на живот.
2. Автономните сестрински практики при лица със синдром на ОСА е фактор за повишаване удовлетвореността на пациента и води до по-ефективни и качествени здравни грижи.
3. Информираността на обществото за клиничните прояви и дългосрочните последици от нелекуваната ОСА е на незадоволително ниво, което води до медицински, финансови и социални загуби. Нормативното регулиране на компетенциите на медицинската сестра ще доведе до повишаване на качеството на оказваните сестрински грижи.
4. Професионалните компетенции на медицинските сестри за предоставяне на висококачествени, пациентцентрирани здравни грижи са на незадоволително ниво и не удовлетворяват потребностите на пациентите с ОСА.

## **1.2. Проведени проучвания**

### **1.2.1. Теоретично проучване**

**Цел:** Да се установят тенденциите в диагностиката, лечението, проследяването и контрола на синдрома ОСА в света и България. Да се посочат добрите практики в международен план при оказване на грижи за пациенти с ОСА и участието на медицинските сестри.

**Методи:** Описателен обзор – в научните бази данни Scopus, Google scholar, Pub Med е осъществено търсене по ключови думи: диагностика, лечение, контрол, проследяване ОСА, последици от ОСА, ефекти на ОСА, сестрински грижи за пациенти с ОСА, Телемедицина и ОСА, Медицина на съня.



## **1.2.2. Количествено проучване с три клона: медицински сестри, пациенти, лекари**

**Цел:** Да се проучи и оцени организацията при оказване на грижи за пациенти с ОСА и разкрие ролята на медицинската сестра в сомнологичния екип.

**Обем на проучването** - 250 лица разпределени по групи:

### ***Първа група респонденти:***

- **Медицински сестри** предоставящи грижи за лица със синдром на ОСА, работещи в лечебните структури на болничната и доболнична помощ в градовете Варна, гр. София, гр. Пловдив, гр. Плевен, гр. Враца, гр. Троян, гр. Разград, гр. Сливен (n=140).

### ***Втора група респонденти:***

- **Лица диагностицирани със синдром на ОСА** чрез полисомнография, полиграфия в упоменатите по-горе лечебни заведения (n=80).

### ***Трета група респонденти:***

- **Експерти – лекари** с опит в лечението на нарушения на дишането по време на сън, работещи в упоменатите по-горе лечебни заведения (n=30).

## **Критерии за допускане в количественото проучване**

### ***Първа група респонденти - медицински сестри***

- Базово медицинско образование „Медицинска сестра“.
- Медицински сестри, работещи в отделенията/клиниките и специализираните кабинети в болничните и доболнични лечебни заведения.
- Подписали формуляр за информирано съгласие.

### ***Втора група респонденти - пациенти***

- Пациенти над 18 годишна възраст.

- Лица с клинични данни за сънна апнея провели полисомнография, полиграфия.
- Пациенти с потвърдена диагноза обструктивна сънна апнея.
- Пациенти провеждащи лечение - ПАП-терапия.
- Наличие на минимум основно образование.
- Могат да четат и пишат на български език.
- Лица, изявяващи желание да сътрудничат.
- Подписали формуляр за информирано съгласие.

### ***Трета група респонденти – лекари***

- Лекари, работещи в отделения/клиники на ВМА, УМБАЛ, МБАЛ, НО, ОПФ, УНГ, Кардиология, както и специализираните белодробни болници и лекари от доболничните структури в които се провежда полисомнография, полиграфия, лечение и проследяване на пациенти с ОСА
- Призната специалност пулмолог, невролог, УНГ, кардиолог.
- Стаж не по-малко от една година в лечебното заведение.
- Одписали формуляр за информирано съгласие.

**Критерии за изключване в количественото проучване** – базират се на непокриване на критериите за включване.

### **Методи:**

***Пряка анонимна индивидуална анкета*** за събиране на информация, мнения и оценки на пациенти с ОСА, медицински сестри и лекари, относно качеството, ефективността и възможностите за оптимизиране на здравните грижи в сомнологичната практика

***Статистически*** – за систематизиране, обобщаване, анализ и интерпретация на статистическите данни с оглед разкриване

същността на наблюдаваните явления и взаимовръзките. За статистическото анализиране и представяне на резултатите са приложени:

- **Сравнителен анализ** – за сравнение на измененията в показателите на променливите.
- **Вариационен анализ** – за измерване различията в съвкупността по определен признак. Измерване на показателите средноаритметична стойност ( $\bar{x}$ ), мода и медиана на статистическия ред, и средно квадратичното отклонение.
- **Параметричен анализ** – t-тест на Student за независими извадки.
- **Непараметрични методи** за тестване на хипотези.
- **Алфа на Cronbach** – метод за тестване на вътрешна консистентност (т.е. вътрешната надеждност) между пунктовете/въпросите в даден инструмент.
- **Корелационен анализ** – за установяване на степен на свързаност между две променливи (Pearson's  $r$ ; Spearman's  $\rho$ ; Cramer's  $V$ ). За статистическа значимост на резултатите е прието ниво  $p < 0.05$ .
- **Табличен и графичен метод** за представяне на данните

Статистическият анализ на данните е извършен чрез SPSS v. 19.0.

### **Инструментарий:**

*За всяка група респонденти са разработени анкетни карти № 1, 2, 3.* съставени от групи затворени въпроси с готови варианти и полузакрити въпроси с формулирани варианти на част от отговорите и възможност за изказване на мнение. На някои от въпросите е дадена възможност за повече от един отговор в рамките на представените готови варианти. По един и същ

интересуващ ни проблем въпросите са задавани и на трите групи респонденти.

### ***Анкетна карта № 1 – Медицински сестри***

Картата съдържа 35 въпроса разпределение в три секции:

- *Социално-демографски характеристики.*
- *Информираност: по отношение на ОСА – насочване, диагностика, лечение в различните етапи.*
- *Качество и ефективност на грижите –* оценяват сестринските грижи и перспективите за развитието им - нагласи за обучение, компетенции. Чрез преки въпроси се определя и функциониране на пациента с ОСА в семейно-битовата и социалната среда.

### ***Анкетна карта № 2 – Пациенти***

Картата съдържа 38 въпроси разпределение в три секции:

- *Социално-демографски характеристики.*
- *Сомнологични грижи:*
  - ✓ оценка на процесите на диагностика, лечение и затрудненията на пациента в различните етапи;
  - ✓ оценка на контакта с медицинските сестри - ниво на подготовка, уменията им за предоставяне на адекватни грижи при лица със синдром на ОСА.
- *Удовлетвореност –* по отношение на получените грижи в цялостния сомнологичен процес.

### ***Анкетна карта № 3 – Лекари - специалисти***

Картата съдържа 29 въпроса разпределени в три секции:

- *Социално-демографски характеристики.*
- *Оценка на затрудненията на пациентите с ОСА;*
- *Сестрински грижи -* оценка на сегашното състояние и възможности за развитие на сестринските грижи предоставяни на пациентите с ОСА.

### **1.2.3. Качествено проучване – Дълбочинно интервю с пациенти**

**Цел:** Да се установят проблемите в процеса на цялостна грижа за пациентите с ОСА през техния опит и преживявания.

**Въпросникът съдържа 30 въпроса разпределени в четири секции:**

- *Социално – демографски характеристики;*
- *Период на насочване и диагностика;*
- *Период на лечение: общи мерки, ПАП терапия – описва организацията на здравните грижи с фокус сестринските грижи.*
- *Период на наблюдение и контрол – описва необходимостта от амбулаторно наблюдение и контрол, като фактори за терапевтичен успех.*

Средната продължителност на едно интервю е между 50-60 минути. Получената информация по време на интервюто беше записана, транскрибирана, обработена и обобщена.

## **1.3. Организация на проучването**

### **1.3.1. Време и място на проучването**

В количественото проучване са обхванати осем болници и пет доболнични структури в Република България, в които се провеждат полисомнографии, полиграфски записи и се лекуват пациенти с ОСА. Включени са всички ВМА болници на страната, в които се хоспитализират пациенти с ОСА, две университетски болници от градовете Варна и Плевен, най-старата болница за лечение на белодробни болести в гр. Троян, както и две по-малки болници, МБАЛ „Св. Иван Рилски“, гр. Разград” и МБАЛ "Д-р Иван Селемински", гр. Сливен. В тях се лекуват пациенти с ОСА, а диагностиката е обект на доболничните им структури - Медицински център Ре Спиро, гр. Разград и АИПСИМП Кардиолоб Симонов, гр. Сливен.

Основната част от проучването се извърши самостоятелно от автора. При проучване мнението на медицинските сестри и пациенти се използва и сътрудничество на главни и старши медицински сестри.

**Време на провеждане:** юни 2022 – декември 2022

Проучванията са получили одобрение на Комисията за етика на научните изследвания (КЕНИ) на Медицински университет – Варна с Протокол № 116/28.04.2022.

### 1.3.2. Етапи на изследването

Дейностите по дисертационния труд са проведени в 5 етапа, описани в таблица 1.

**Таблица 1. Етапи на проучването**

Етап	Описание на дейността	Време	Място	Инструменти
I	Формулиране на проблема. Определяне на целта и задачите на проучването. Разработване на хипотези. Избор на методи. Разработване на инструментариум.	октомври – март 2020/2021	Варна	Проучване на литературни източници по проблема.
II	Пилотно проучване След разрешение от КЕНИ на МУ-Варна провеждане на анкетно проучване.	март 2022 юни – октомври 2022 г.	Варна Варна Враца Плевен Пловдив Разград Сливен София	Анкетна карта № 1, 2, 3
	Провеждане на дълбочинно интервю.	октомври – ноември 2022	Варна	Въпросник
III	Обработка и анализ на данните.	ноември – февруари 2022/2023	Варна	Статистическа обработка на данните.
IV	Описание на резултатите	декември – март 2022/2023	Варна	
V	Изготвяне на изводи и приноси. Оформяне на дисертационния труд.	април – 2023	Варна	

## 2. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### 2.1. Проучване „Медицински сестри“

#### 2.1.1. Характеристика на изследваните медицински сестри

Таблица 2. Социо-демографска характеристика

Показател		брой	%
Възраст	средна възраст		<b>47,96 г ± 1,04</b>
	до 30 г.	18	12,90 %
	31 - 40 г.	24	17,10 %
	41 – 50 г.	40	28,60 %
	51 - 60 г.	30	21,40 %
	над 60 г.	28	20,00 %
	<b>Общо</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>
Работна позиция	Главна медицинска сестра	4	2,90 %
	Старша медицинска сестра	16	11,40 %
	Медицинска сестра	120	85,70 %
	<b>Общо</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>
Месторабота	Университетска болница	76	54,30 %
	Многопрофилна болница	56	40,00 %
	ДКЦ	8	5,70 %
	<b>Общо</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>
Образование	Магистър УЗГ	46	32,80 %
	Бакалавър УЗГ	13	9,30 %
	Бакалавър ЗГ	42	30,00 %
	Полувисше	26	18,60 %
	Специалист ЗГ	13	9,30 %
	<b>Общо</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>
Трудова стаж	до 1 г.	3	2,10 %
	1 - 3 г.	13	9,30 %
	3 - 5 г.	4	2,90 %
	5 - 10 г.	10	7,10 %
	10 - 20 г.	21	15,00 %
	над 20 г.	89	63,60 %
	<b>Общо</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>

Представените резултати демонстрират тенденция за изразено застаряване на сестринския персонал. Присъствието в извадката на медицински сестри над 60 години, показва, че има медицински сестри, които продължават да работят и след пенсиониране.

### **2.1.2. Информираност на медицинските сестри за дихателните нарушения по време на сън (ДНВС)**

Самооценката относно информираността на медицинските сестри по проблемите свързани с ОСА е представена въз основа на отговорите на 12 айтеми.

Надеждността на скалата за самооценка е с коефициент за вътрешна консистентност - алфа  $\alpha$  на Кронбах = 0.928, което показва, че въпросите по различни теми свързани с ОСА са добре подбрани и се корелират. Отговорите на медицинските сестри по посочените 12 теми свързани с ОСА са разпределени във възходящ ред от неинформиран до отлично информиран (табл. 3).

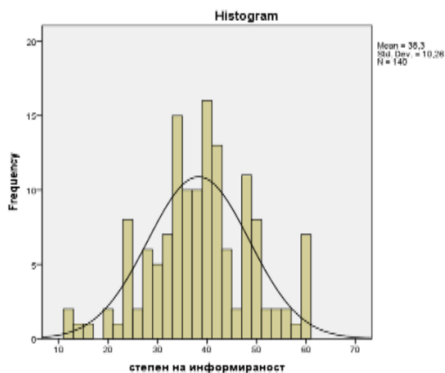
**Таблица 3. Степен на информираност на медицинските сестри за синдрома ОСА**

Резултат	Степени на информираност	Проценти %	Брой лица
<b>0 - 12</b>	Неинформиран	1,40 %	2
<b>13 - 24</b>	Слабо информиран	9,30 %	13
<b>25 - 36</b>	Информиран	32,10 %	45
<b>37- 48</b>	Много добре информиран	41,40 %	58
<b>49 - 50</b>	Отлично информиран	15,70 %	22

„Информиран“ е най-често срещаният отговор посочван от респондентите (мода 34, медиана 38,5, стандартно отклонение



10,260). Отклонението в скалата за самооценка на информираността е незначително и е изместено наляво по посока на по-ниските стойности (фиг. 1)



**Фиг. 1. Информаност на медицинските за синдрома ОСА**

Информаността за ДНВС е показана на (фиг. 2).

**Най-висока информираност** (отлична и много добра над 50%) показват сестрите по отношение на:

- Връзка между катастрофите и дремливото шофиране (57,20%).
- Обструктивната сънна апнея- значим медикосоциален проблем (52,80%).
- Вредни навици, които са отговорни за тежкото протичане на болестта ОСА 52,00%).

**Добра информираност** (добра между 30-40%):

- Продължителност и проследяване на ефектите от терапията (39,30%).
- Последици от нелекуваната обструктивна сънна апнея (33,60%).
- Основни признаци на синдрома ОСА (30,70%).
- Терапия с постоянно позитивно налягане (28,60%).

- Полисомнографското изследване - златен стандарт в диагностиката на ОСА (25,70%).

**Слаба информираност** (средна и слаба):

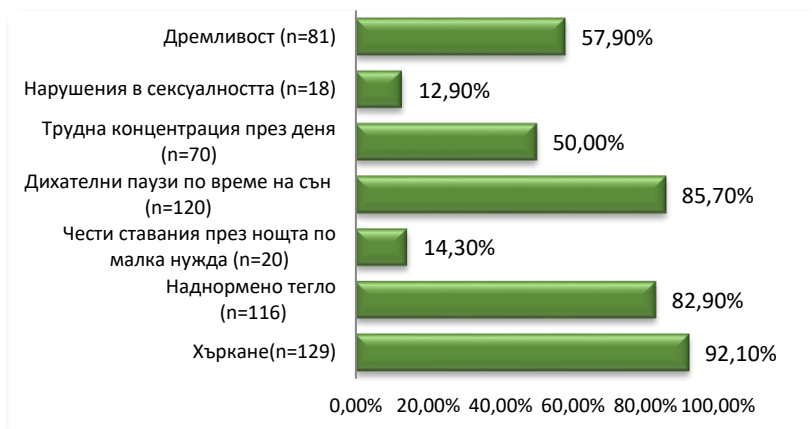
- Новости в лечението на синдрома ОСА (55,00%).
- Заплащане при диагностика и лечение на ОСА (45,70%).
- Скринингови програми при лица с нарушения на съня или при професии изискващи повишено внимание (47,00%).
- Дейност на лабораториите, структурите в лечебните заведения по медицина на съня (40,60%) (фиг. 2).



**Фиг. 2 . Информираност на медицинските сестри по различни теми свързани с ОСА**

Успешният контрол на ОСА е свързан с познаването клиничните проявления на синдрома и своевременно насочване на лицата в риск към специалисти по медицина на съня. Водещите симптоми на ОСА според медицинските сестри са посочени на (фиг. 3).

Нарушенията в сексуалността и честите ставания по малка нужда се отбелязват от много малък брой респонденти. Необходимо е медицинските сестри да получат информация и за тези два симптома, да отчетат последиците от тях в медицински и социален аспект.

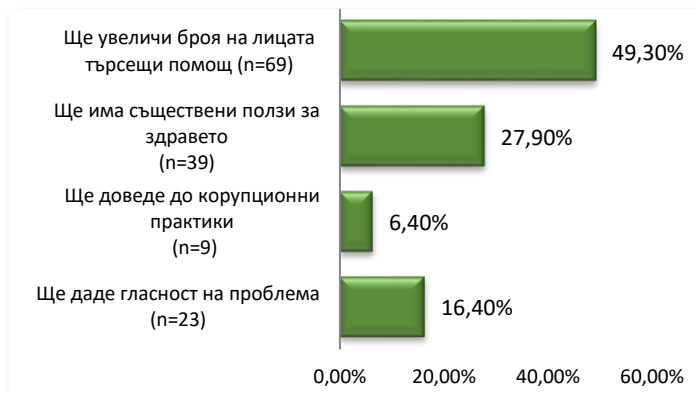


**Фиг. 3. Признаци свързване със синдрома ОСА според медицинските сестри**

Осигуряването на средства от държавния бюджет за пациентите с ОСА е политика на редица здравеопазни системи. В България диагностиката и лечението на пациентите се заплаща от тях самите поради липса на клинична пътека.

Последиците от въвеждане на финансиране на това социално-значимо заболяване според медицинските сестри са показани на

фигура 4. Изпъкват значителните ползи за здравето на пациентите с ОСА.



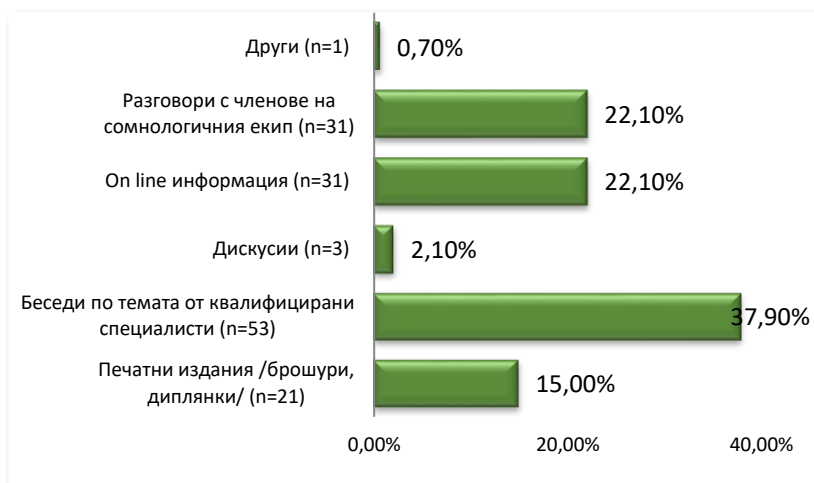
**Фиг. 4. Мнение на медицинските сестри за ползите от осигуряването на средства от държавния бюджет за диагностика на лица в риск от ОСА**

### **2.1.3. Сестрински грижи за пациентите с ОСА**

Болшинството от медицинските сестри категорично заявяват необходимостта от сестрински грижи за пациентите с ОСА (80,70%). Висок е дялът на медицинските сестри, които смятат, че грижи за пациентите с ОСА са необходими през целия период на провеждане на лечение (68,60%). Еднакъв брой са посочили отговорите само в периода на диагностика (11,40%) и само в периода на контрол и проследяване (11,40%). Много малка част от респондентите определят потребността от сестрински грижи само в периода на лечение (8,60%). Оказването на пациент-центрирани всеобхватни здравни грижи е една от задачите на съвременното сестринство. Добрата сомнологична грижа обхваща целия период на диагностика, лечение, контрол и проследяване.

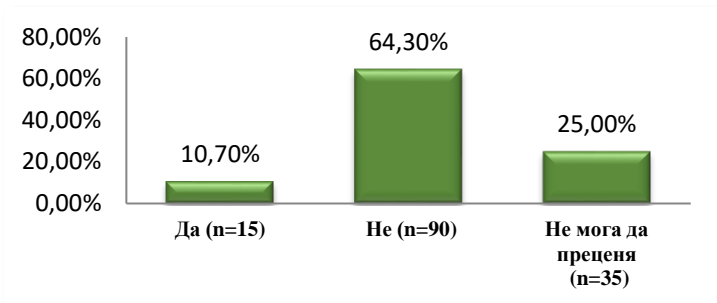
### ***Подходи за предоставяне на информация на пациенти с ОСА***

Мнението на респондентите за средствата за предоставяне на информация относно ДНВС дава предимство на устното слово - „беседите от квалифицирани специалисти“ (37,90%), разговорите с членове на сомнологичния екип (22,10%). Медицинските сестри (22,10%) посочват и on line информацията, която изпреварва стандартните форми на комуникация (фиг. 5).



***Фиг. 5. Средства за предоставяне на информация относно ДНВС***

На въпроса „Считате ли, че пациентите, диагностицирани с ОСА са достатъчно добре подготвени да поддържат добро здравословно състояние в домашна среда?“ голяма част от анкетираните дават отрицателен отговор (64,30%) и само (10,70%) смятат че пациентите са добре подготвени. Ясно е показан дефицитът на подготовка на пациентите да бъдат партньори в поддържане на собственото си здраве (фиг. 6).



**Фиг. 6. Мнение на медицинските сестри за подготовка на пациентите да поддържат добро здраве в домашна среда**

**Оценка на медицинската сестра за настоящата ситуация в процеса на предоставяне на грижи**

Медицинските сестри определят на първо място в грижата за пациенти с ОСА активното сътрудничество в екипа през всички етапи от диагностиката до лечението - 77,90% от всички отговори (фиг. 7).

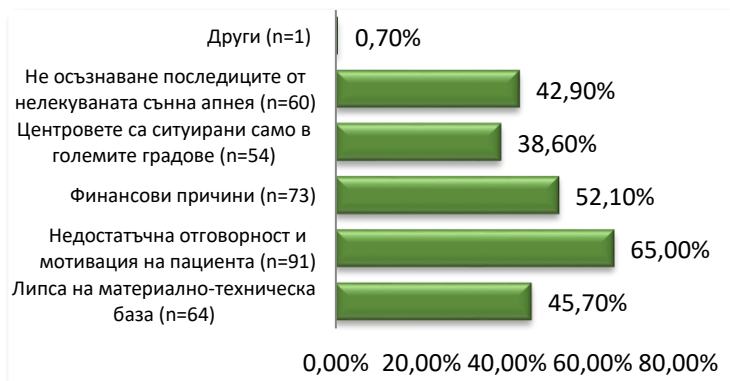


**Фиг. 7. Предпоставки за добра грижа за пациенти с ОСА**

На второ място е необходимостта от специални компетенции при оказване на грижи за пациенти с ОСА (39,30%) (фиг. 7).

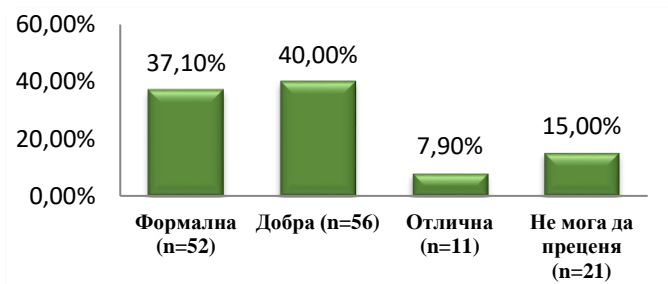
### ***Бариири за качествени грижи***

Медицинските сестри акцентират върху отношението на пациента към заболяването - отговорност, мотивация (65,00%), на второ място са финансовите разходи за откриване и лечение (52,10%) (фиг. 8).



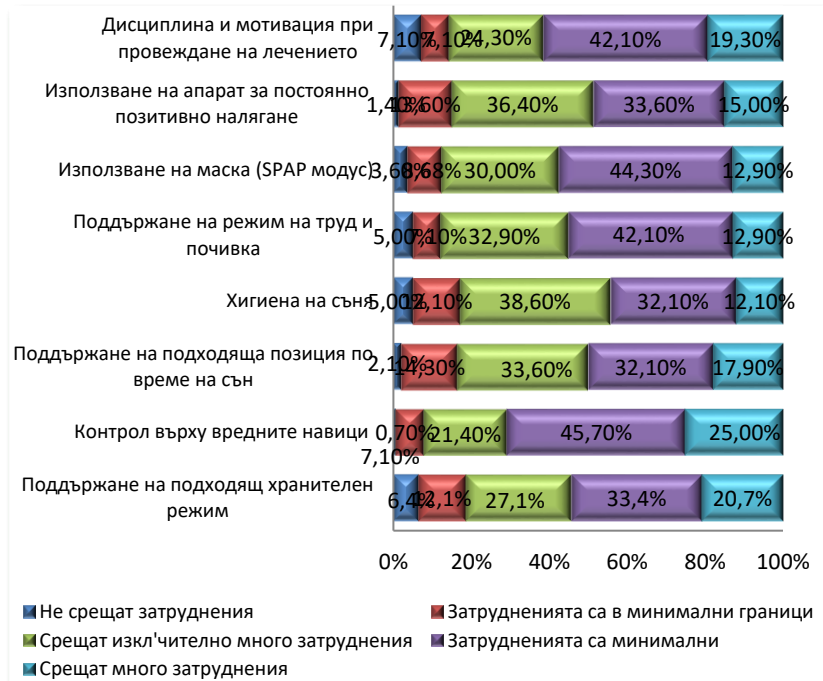
***Фиг. 8. Бариири за включването на пациентите в терапевтичния процес***

***Връзка между медицинските сестри и пациента*** - почти еднакъв брой я определят като „добра“ (40,00%) и като „формална“ (37,10%) (фиг. 9).



***Фиг. 9. Връзка между медицинската сестра и пациента с ОСА***

Медицинските сестри определят като най-сериозни затрудненията на пациентите свързани с контрола върху вредните навици - 70,70%, дисциплина и мотивация за лечение - 61,40%, използването на ПАП модусите - 57,20% (фиг. 10).



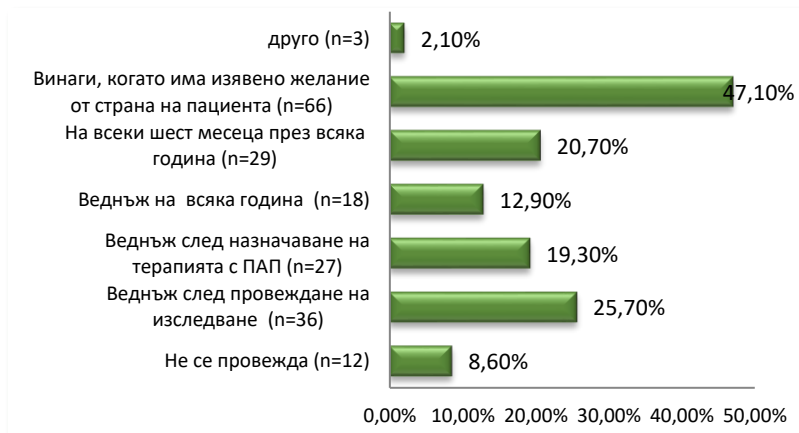
Фиг. 10. Затруднения на пациента с ОСА според медицинските сестри

### Наблюдение и контрол на пациенти с ОСА

На въпроса за честотата на наблюдение и контрол най-голям брой отговори събира твърдението, което е задължително за всяко хронично заболяване „винаги когато има изявено желание от страна на пациента“ (47,10%). Това е така, защото в действителност няма изградена система за наблюдение и



проследяване на болните с ОСА. Този въпрос би следвало да бъде изяснен в мениджмънта на заболяването (фиг. 11).



**Фиг. 11. Необходимост от наблюдение на пациенти с ОСА**

Като ориентир при изграждане на система за регулярно наблюдение на пациентите с ОСА могат да послужат отговорите на въпроса „Могат ли специално обучени медицински сестри да провеждат наблюдение на пациенти с ОСА?“ Голямото мнозинство 76,40% отговарят утвърдително на въпроса, а негативните отговори са сравнително малко (10,00%). Анкетираните с голямо болшинство заявяват готовност за участие в сомнологичния екип оказващ цялостна грижа за пациенти с ОСА (79,30%).

Откри се зависимост между мнението по този въпрос и и работната позиция на медицинските сестри ( $p < 0.05$ ) Установена е статистическа значима зависимост между образованието на медицинските сестри и готовността им за участие в сомнологичния екип. Ръководните кадри, главни и старши медицински сестри категорично заявяват потребността от медицински сестри в мултидисциплинарния екип ( $p < 0,001$ ).

Като ключови дейности за оптимизиране грижите за пациенти с ОСА, анкетираните определят на първо място обучението на пациента, на второ - работата в екип съвместно с лекаря , семейството и всички останали участващи в процеса на оказване на грижи, на трето - взаимодействието с пациента. Възгледът на респондентите съвпада със съвременните тенденции за активно включване на пациента и неговото обкръжение в лечебния процес. Това поставя сериозно въпроса за обучението на доставящите грижи, в случая медицински сестри, от чиято роля ние се интересуваме (фиг. 12).



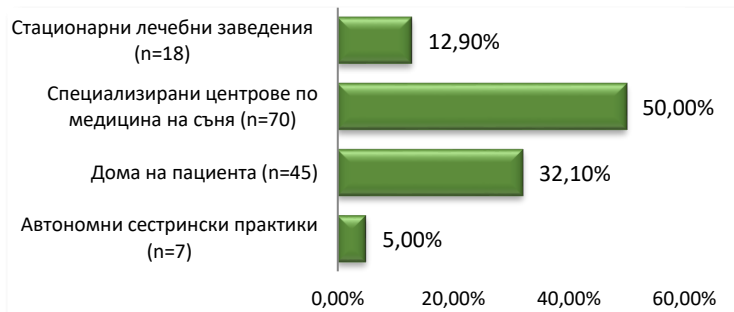
**Фиг. 12. Дейности на медицинските сестри за оптимизация на грижите**

### ***Място за оказване на грижа за пациентите с ОСА***

Анкетираните дават предпочитание на специализираните центрове/лаборатории по сън (50,00%), следвани от дома на пациента (32,10%) (фиг. 13).

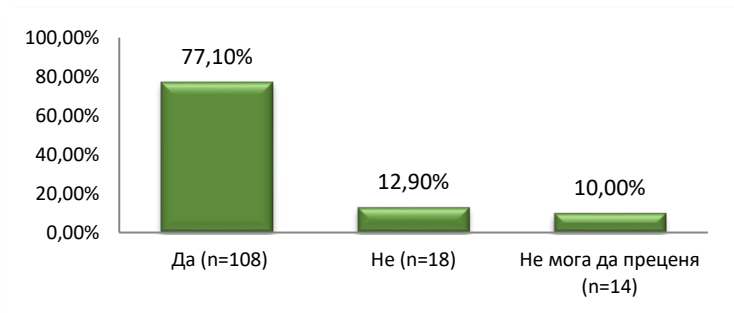
Медицинските сестри в нашето проучване все още не определят домашната грижа като алтернатива за подобряване качеството на живот на пациентите с ОСА. Редица проучвания на

световния опит показват, че амбулаторната грижа за пациентите е успешен модел за справяне с недостига на ресурси в здравеопазването и е свързана с високо ниво на удовлетвореност от страна на пациентите.



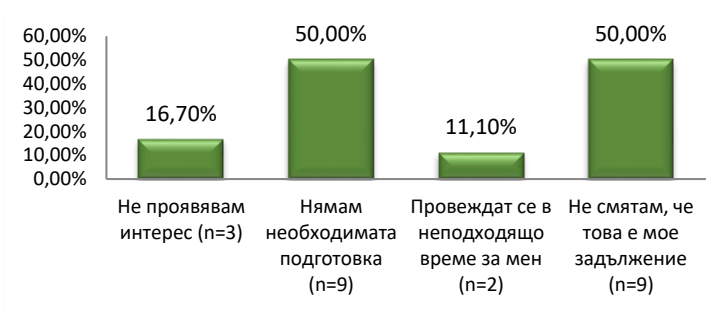
**Фиг. 13. Подходящи места за оказване на сестрински грижи за пациенти с ОСА**

Обучението на пациента е част от дейността на съвременната медицинска сестра и може да бъде насочено към промоцията, профилактика и лечението на пациентите с ОСА. Много висок е делът на тези, които определят обучението провеждано от медицински сестри като ефективна мярка в контрола на болестта (77,10%; n = 108) (фиг. 14).



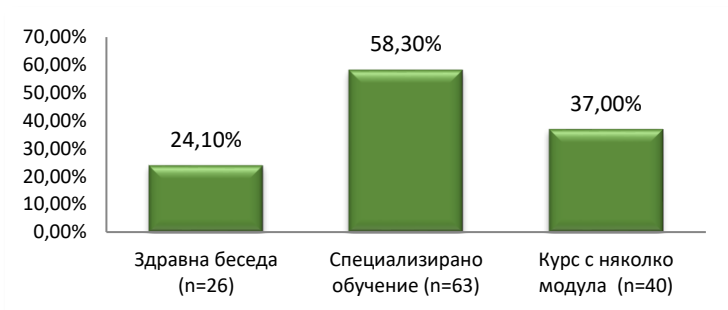
**Фиг. 14. Възможност за обучения на пациенти от медицински сестри в процеса на контрола на ОСА**

Мнението на респондентите за причините да не участват в обучението на пациентите с ОСА са показани на фигура 15.



**Фиг. 15. Причини медицинските сестри да не участват в обучението на пациенти**

Проучено бе мнението на медицинските сестри (n = 108) дали утвърдителен отговор на въпроса за участие в обучение на пациентите, относно формите на предоставянето му. Повече от половината медицински сестри (58,30%) изказват становище за специализирано обучение, провеждано от компетентно медицинско лице (фиг. 16).



**Фиг. 16. Форми на обученията на пациента с ОСА според медицинските сестри**

Компетентността на медицинските специалисти и насоченото обучение по проблемите на съня през целия период на сомнологичната практика е доказан и ефективен модел за висока удовлетвореност и качество на грижите за пациенти с ОСА.

#### **2.1.4. Обучения на медицинските сестри - потребности и мотивация**

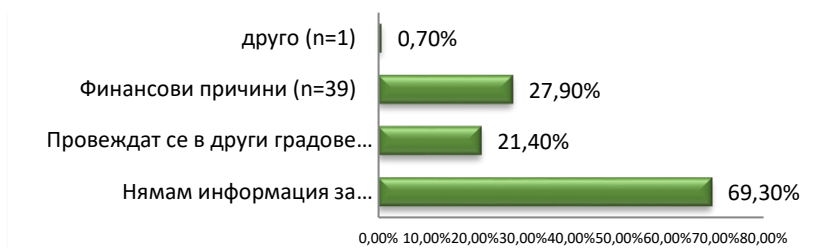
Необходимостта от повишаване на познанията за ДНВС за медицинските сестри е оценена много висока - 77,90% .Така те защитават мнението си, че са пълноправни членове на сомнологичния екип (54,30%) и активен партньор на лекаря и пациента (24,30%) (фиг. 17).



**Фиг. 17. Мнение за ролята на медицинската сестра в сомнологичния екип**

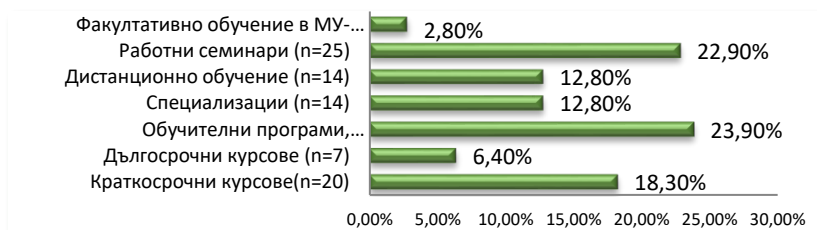
Потребностите от повишаване на квалификацията на медицинските сестри в областта на сомнологията среща редица трудности. Висок е дялът на анкетираните, които посочват, че не участват в обучения, защото липсва гласност за провеждането им

(69,30%) курсовете са само в големите градове (21,40%) и невъзможност да отделят средства от личния бюджет за обученията (27,90%)(фиг. 18).



**Фиг. 18. Причини медицинските сестри да не участват в обученията**

Анкетираните заявили желание да участват в обучение посочват формите посредством които то да се осъществява (фиг. 19).



**Фиг. 19. Форми на непрекъснато обучение на медицинските сестри в сомнологичната практика**

Световните организации по проблемите на съня посочват, че добрата сомнологична грижа е резултат от интердисциплинарно взаимодействие.

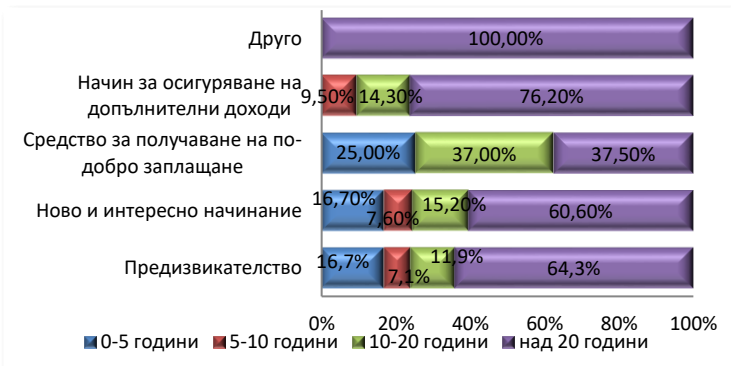
На участието си в мултидисциплинарния сомнологичен екип медицинските сестри гледат като на ново и интересно начинание

(47,10%), като предизвикателство го определят (30,00%), като средство за допълнително заплащане (20,70%) (фиг. 20).



**Фиг. 20. Мнения на медицинските сестри за участие в мултидисциплинарен екип**

Факт е, че проблемът с подобряване на заплащането е често избран от медицинските сестри с трудов стаж над 20 години ( $p < 0.05$ ). Явно с увеличаване на възрастта, респективно трудовия стаж, ниското трудово възнаграждение се възприема все по-негативно (фиг. 21).



**Фиг. 21. Възраст на медицинските сестри и възприемане на участието им в сомнологичния екип**

## 2.2. Проучване - „Пациенти“

### 2.2.1. Социо-демографска характеристика - пациенти

Изследвано е мнението на 80 пациента диагностицирани с ОСА в лечебни структури на територията на осем града от страната. Основната част от извадката формират пациенти от гр. Варна (40,00%). Социо-демографската характеристика на изследваните пациенти е показана на таблица 4.

*Таблица 4. Социо-демографска характеристика - пациенти*

Показател		брой	%
<b>Възраст</b>	средна възраст		<b>55,83г ± 1,13</b>
	до 30 г.	1	1,30 %
	31 - 40 г.	3	3,80 %
	41 – 50 г.	20	25,00 %
	51 - 60 г.	29	36,30 %
	над 60 г.	27	33,80 %
<b>Пол</b>	жена	18	22,50 %
	мъж	62	77,50 %
<b>Образование</b>	Висше	33	41,30 %
	Средно	46	57,50 %
	Основно	1	1,30 %
<b>Трудова заетост</b>	Безработен	4	5,00 %
	Пенсионер	16	20,00 %
	Работещ	60	75,00 %
<b>Местожителство</b>	Град	63	78,8 %
	Село	17	21,3 %
<b>Разпределение по градове</b>	Варна	32	40,00 %
	Плевен	14	17,50 %
	София	11	13,80 %
	Пловдив	7	8,80 %
	Враца	3	3,80 %
	Сливен	9	11,30 %
	Троян	1	1,30 %
	Разград	3	3,80 %
<b>Общо</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	



*Разпределение по местожителство* - преобладаваща част от анкетираните са от градовете (78,80%).

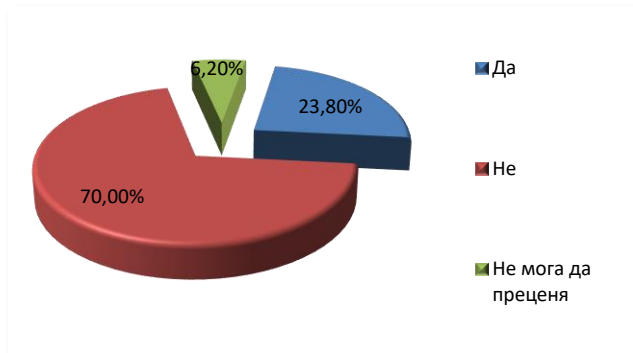
*Разпределение по пол* мъже (77,50%), жени (22,50%), което съответства на световните данни за по-високи нива на разпространение на ОСА сред мъжете.

*Възрастово разпределение* - кореспондира с резултати от международни проучвания за по-голяма честота на синдрома ОСА при лица в трудоспособна възраст (табл. 4).

*Образование* - преобладават лицата с висше и средно образование, което вероятно е свързано с по-висока отговорност за здраве и активно търсене на медицинска помощ за решаване на проблемите със съня.

### **2.2.2. Информираност на обществото и пациентите относно синдрома ОСА**

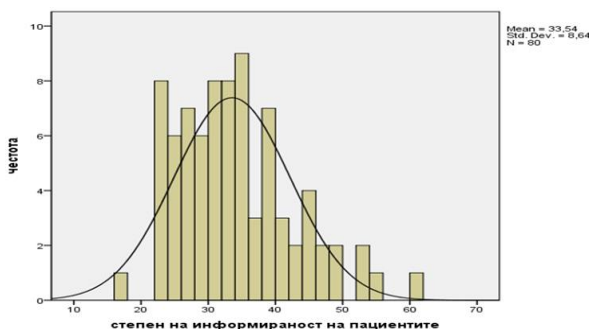
Информираността на пациентите за дихателните нарушения по време на сън е предпоставка за успешни превенция и контрол на болестта. На въпрос „Считате ли, че обществото определя синдромът на ОСА като важен и значим проблем за здравето?“, най-голям дял от пациентите отговарят отрицателно (70,00%) (фиг. 22).



**Фиг. 22. Значение на синдрома ОСА – обществено разбиране**

Синдромът на ОСА е свързан със сериозни увреждания на индивидуалното и общественото здраве. На фигура 23 е представено разпределението на отговорите за степента на информираност на пациентите по различни теми свързани със съня.

Констатирана е леко изразена, положителна асиметрия 0,754, което показва по-голям брой на анкетирани с ниво на информираност под средната стойност (медиана 32, мода 34). Нивото на информираност е измерено чрез показателят Алфа на Кронбах 0,895 (фиг. 23).



**Фиг. 23. Ниво на информираност на пациентите с ОСА**

Най-голям брой от респондентите попадат в групата на информираните пациенти (25-36), (табл. 5).

**Таблица 5. Степен на информираност**

Ниво информираност	Неинформиран	Слабо	Информиран	Добро	Отлично
	0-12	13-24	25-36	37-48	49-60

Най-добра информираност пациентите (50% и повече отлично и много добре) отчитат по теми свързани с:

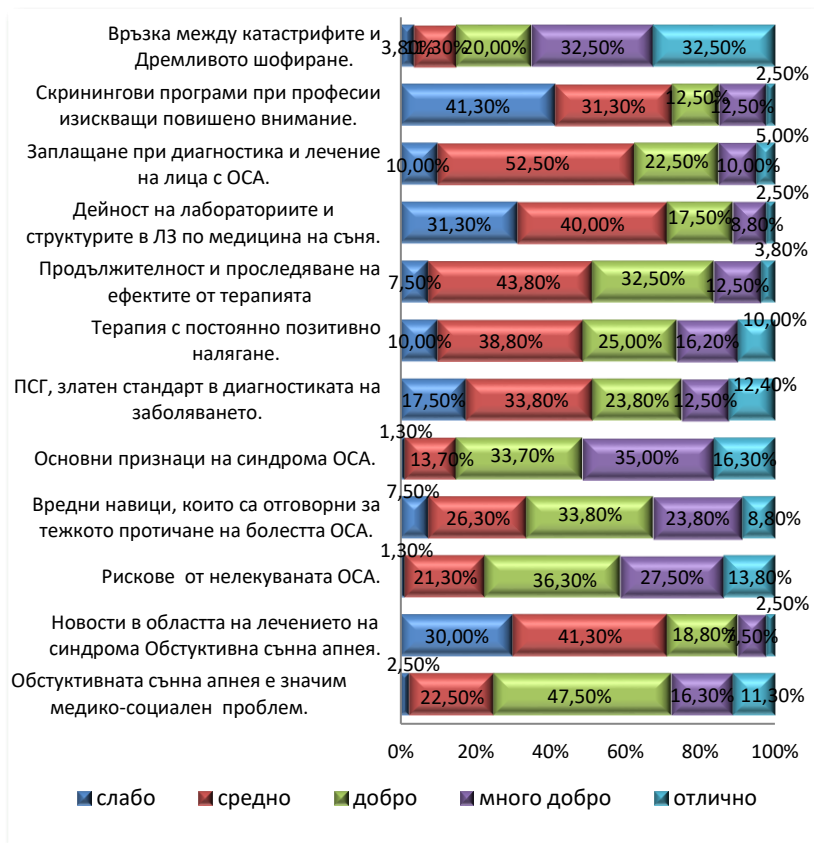
- *Връзка между катастрофи и дремливо шофиране* – отлично информирани са (32,50%) и много добре също (32,50%).
- *Основни признаци на синдрома ОСА* – отлично информирани (16,30%), много добре (35,50%).  
Добри познания анкетираниите демонстрират по:
- *ОСА значим медико-социален проблем* – добри (47,50%), много добре (16,50%).
- *Вредни навици, които са отговорни за тежкото протичане на ОСА* – добре (33,8%), много добре (23,80%).
- *Рискове, последици от нелекуваната ОСА* – добре (36,30%), много добре (27,50%).

Слабо и недостатъчно (преобладаване на оценки слабо и средно над 50%) информирани са респондентите по теми свързани с:

- *Заплащане при диагностика и лечение на ОСА* – слабо (10,00%), средно (52,50%).
- *Продължителност и проследяване на ефектите от назначената терапия* – слабо (7,50%), средно (43,80%).
- *Дейност на лабораториите и структурите за сън* – слабо (31,30%), средно (40,00%).
- *Новости в областта на лечението на ОСА* – слабо (30,00%), средно (41,30%).
- *Полисомнографията – златен стандарт в диагностиката на ОСА* – слабо (17,50%), средно (33,80%).
- *Терапия с постоянно позитивно налягане* – слабо (10,00%), средно (38,80%).

Тревога буди фактът, че респондентите са слабо информирани за скрининговите програми за ОСА, като „слабо

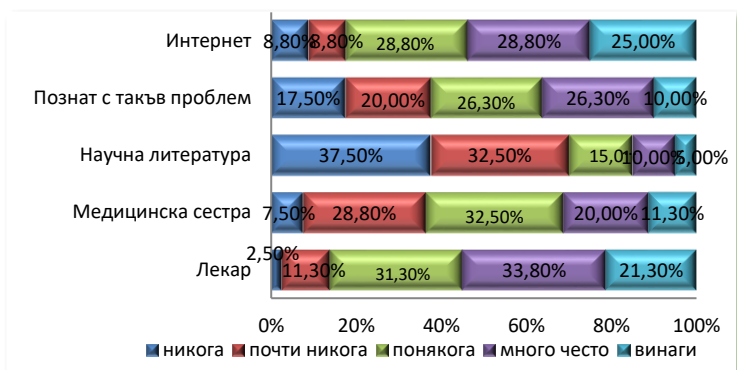
информирани“ е оценката на 41,30% от изследваните, а на 31,30% – средно информирани (фиг. 24).



**Фиг. 24. Информираност по различни теми свързани с ОСА**

### **Източници на информация**

Най-търсен източник на информация сред пациентите с ОСА е *лекарят*, на второ място е посочен *интернет*, на трета позиция *познат с такъв проблем* (фиг. 25).



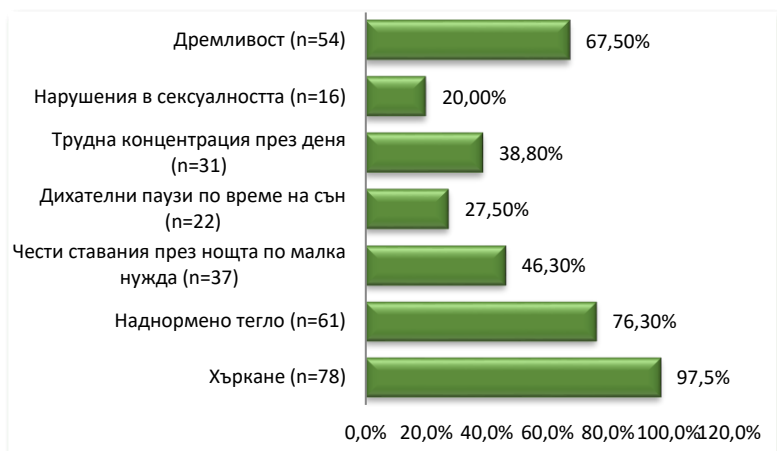
**Фиг. 25. Източници на информация за проблемите на съня**

Много нисък е дялът на респондентите, които се обръщат към медицинската сестра – понякога (31,30%), почти никога (11,30%), никога (7,50%). Най-вероятно това се дължи на факта, че медицинската сестра е „невидим“ участник в сомнологичния процеса и пациентите нямат основание да се обръщат към нея.

### ***Информираност за основни симптоми на ОСА***

Най-добре информирани пациентите са относно хъркането (97,50%) и наднорменото тегло (76,30%), като най-важни симптоми на ОСА. За дремливост през деня съобщават 67,50% от анкетираните. По-малка част от пациентите посочват дихателни паузи по време на сън (27,50%) и свързаната с тях трудна концентрация през деня (38,80%).

Нарушенията в сексуалността е характерен симптом за ОСА, но предвид деликатността на темата, предполагаме, че пациентите не са били достатъчно откровени да споделят за този проблем, което дава ниския относителен дял на отговорите (20,00%) (фиг. 26).

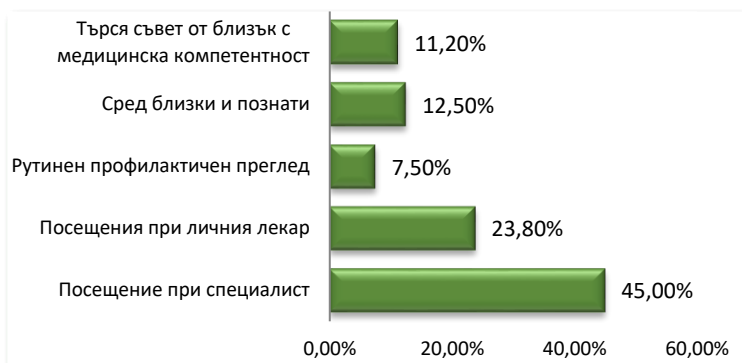


**Фиг. 26. Информираност за основни симптоми на ОСА**

### **2.2.3. Диагностика на пациенти с ОСА – начин на откриване, диагностични процедури, проблеми**

Проучването за дейността на структурите по медицина на съня установи, че нито една от тях не извършва активно издирване и проследяване на пациенти с ОСА. Инициативата за търсене на медицинска помощ е на самите пациенти. При симптоми за ОСА най-голям дял 45,00% от анкетираните са потърсили помощта на специалист по проблемите със съня, а два пъти по-малко са респондентите споделили с личния си лекар (23,80%). Изключително малък е броят на лицата, които посочват рутинен профилактичен преглед (7,50%) (фиг. 27).

Би могло да се обсъди дали при пациентите с наднормено тегло и сърдечно съдови заболявания активно се поставят въпроси относно наличие на ОСА. Това със сигурност може да даде по-голямо съдържание на профилактичния преглед



**Фиг. 27. Търсене на медицинска помощ при проблеми със съня**

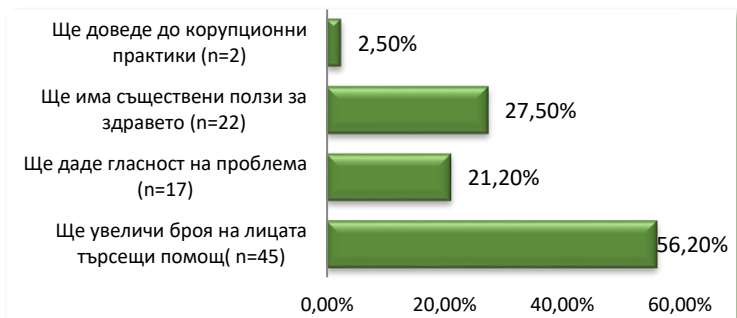
### ***Проблеми***

Почти всички анкетирани (90,00%) споделят, че хъркането е сериозен проблем. За болшинството (72,50%) то се отразява на семейните взаимоотношения, като най-често засегнати са партньорът и близките на пациента. Освен медицински проблемът е и психологически, тъй като е в основата на влошените партньорски взаимоотношения.

Множество изследователи изнасят данни за връзката между шумното хъркане, депресията и социалната изолация на пациентите с ОСА. Посочена е права пропорционална зависимост между процента на разводите и синдрома ОСА.

### ***Финансови затруднения при диагностиката и ранното лечение на ОСА***

Въпросът за диагностициране на ОСА среща значителни затруднения от финансов характер, поради факта, че то е изцяло от личните средства на пациента, а и двете диагностични процедури ПСГ и ПГ имат значителна цена. Осигуряването на диагностиката на ОСА с публични средства ще доведе до редица ползи за справяне с този социално-значим проблем (фиг. 28).

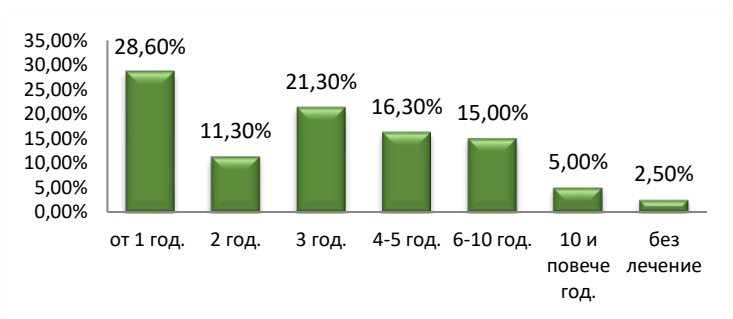


**Фиг. 28. Последици от осигуряване на средства от държавния бюджет за ОСА**

## 2.2.4. Лечение на пациенти с ОСА

### *Давност, продължителност на лечение*

Всички пациенти формиращи извадката и диагностицирани с ОСА са провеждали ПАП терапия. Преустановили лечението са 2,50% от респондентите, опериран е един. Най-голям е дялът на болните, които провеждат лечение от една година (28,60%), а най-малък е относителният дял на тези с давност десет и повече години (5,00%). Резултатите кореспондират със световната тенденцията за увеличаване броя на диагностицираните и лекувани пациенти след Ковид пандемията (фиг. 29).



**Фиг. 29. Разпределение на пациентите по продължителност на лечение**



Съобщават за първи положителни резултати от лечението още на следващия ден (46,20%), след седмица (38,80%) една осма от респондентите констатират положителни промени след месец (11,20%).

### ***Проследяване на пациентите с ОСА***

Проследяването на промените в състоянието на пациентите с ОСА е свързано с регулярни посещения в лабораториите за сън или в специализираните кабинети. Запитани „Колко често се провежда наблюдение и контрол?“ почти една четвърт споделят, че такива не се провеждат (23,80%), тоест не се проследяват, само веднъж след диагностициране са посочили (16,30%), след започване на ПАП терапия (20,00%). Общо негативни отговори дават 60,00% (n=48) (фиг. 30).

Положителните отговори на анкетиранияте са в основата на ефективния контрол на болестта и мотивират пациента за дългосрочно лечение.



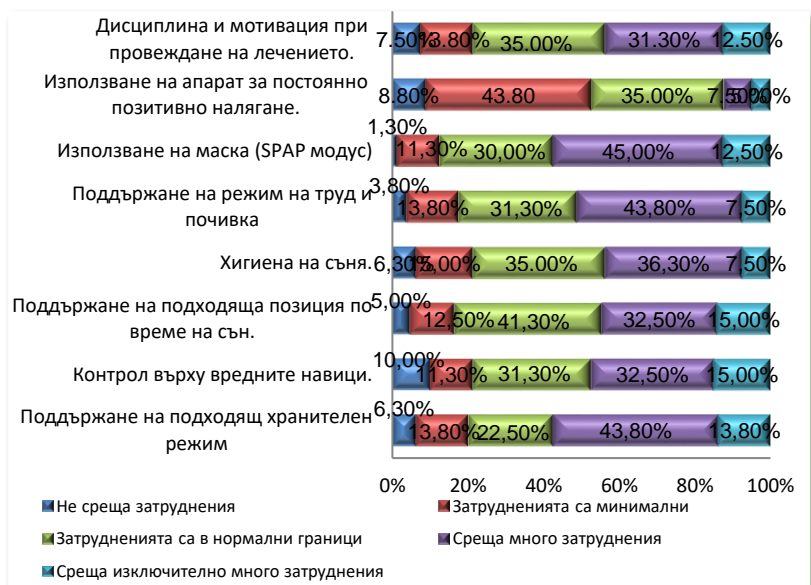
***Фиг. 30. Контрол и проследяване на пациента с ОСА-наличност и срокове***

Подобряване качеството на живот на диагностицираните с ОСА е резултат от дейността на всички членове на сомнологичния екип. Анализът на мнението на респондентите за контрол и проследяване във връзка с продължителността на лечение показва, че най-добре проследявани са скоро откритите (1-3 години). Причините за това са обективни и субективни. От

организационен характер, като обективна причина отчитаме липсата на регистър за болните с ОСА и институцията с правомощия за проследяване. Като субективни отбелязваме факта, че болшинството от пациентите след диагностициране са преустановили контакта си с лекаря и нямат информация за дейността на лабораториите/ структурите за сън.

### ***Затруднения на пациентите с ОСА***

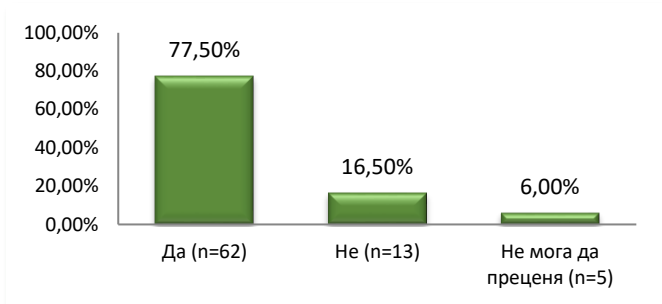
На едно от първите места анкетираните поставят използването на маска при PAP терапия, следвани от поддържането на адекватен режим на труд и почивка, хигиена на съня, контрол върху вредните навици. Затрудненията на пациентите показват какъв би трябвало да бъде фокусът на сестринските грижи (фиг. 31).



***Фиг. 31. Най-чести затруднения на пациентите с ОСА***

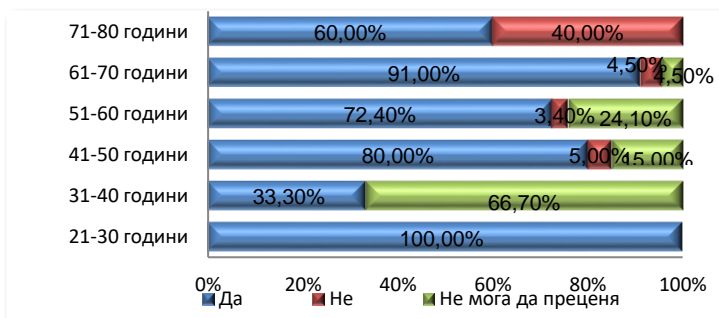
## 2.2.5. Сестрински грижи в лечебния процес при пациенти с ОСА

Большинството пациенти 77,50%, отговарят утвърдително на въпроса за необходимостта от сестрински грижи (фиг. 32).



Фиг. 32. Необходимост от сестрински грижи

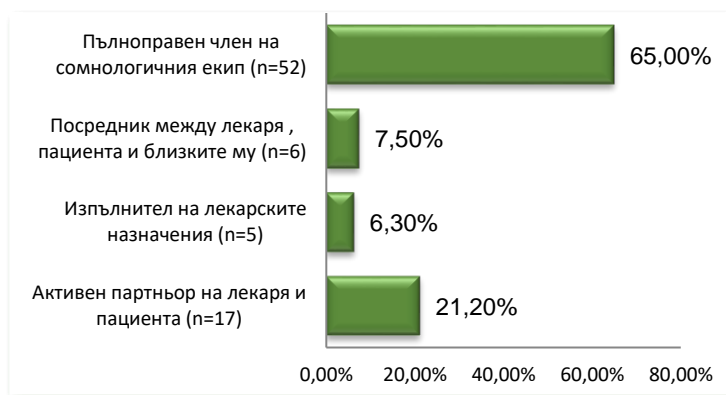
Най-висок дял на положителните отговори има при респондентите във възрастта 61-70 години (91,00%), следвани от лицата във възрастовата група 41-50 години (80,00%). Доказа се статистически значима разлика в мнението на респондентите според възрастта им ( $p < 0,05$ ) (фиг. 33).



Фиг. 33. Потребност от сестрински грижи и възраст на пациентите с ОСА

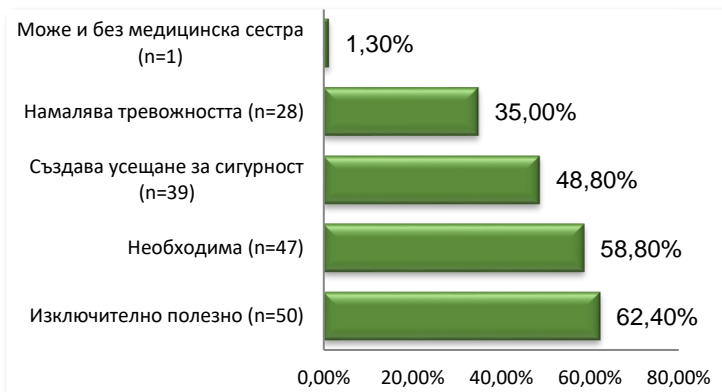
Високият дял на положителните отговори на респондентите на възраст 61-70 г. е в съответствие със световната тенденция, че с увеличаване на възрастта нараства потребността от здравни грижи.

Ролята на медицинската сестра като пълноправен член на сомнологичния екип със свои функции и отговорности е утвърдена от 65,00% от пациентите, според 21,20% тя е активен партньор на лекаря и пациента. Малка част все още считат, че медицинската сестра е само посредник (7,50%) и изпълнител на лекарските назначения (6,30%) (фиг. 34).



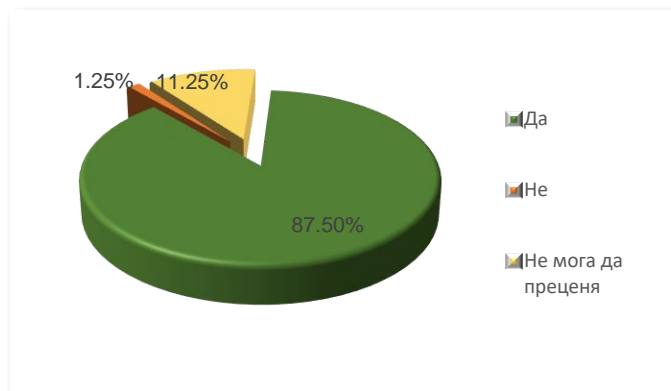
**Фиг. 34. Ролята на медицинската сестрински в сомнологичния екип**

Пациентите оценяват ролята на медицинската сестра при провеждане на специфични изследвания – полисомнография и полиграфия: като „изключително полезна“ (62,50%), „необходима“ (58,80%), „създава усещане за сигурност“ (48,80%) и „намалява тревожността“ (35,00%). Следва да се отбележи факта, че пациентите определят психологическият комфорт при ПСГ, като фактор за по- добра грижа (фиг. 35).



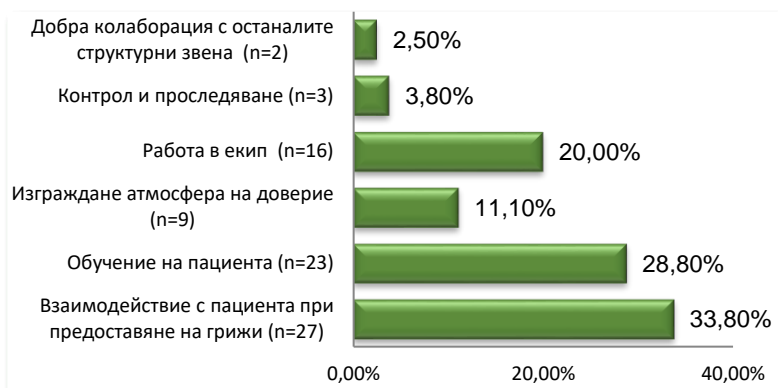
**Фиг. 35. Участие на медицинската сестра в специфични изследвания**

Компетентната и обучена медицинска сестра е в уникална позиция да подпомага пациента в провеждане на интервенции, подобряващи индивидуалното му функциониране. Анкетираните с мнозинство заявяват, че специално подготвена медицинска сестра може да провежда обучения (87,50%) (фиг. 36).



**Фиг. 36. Обучения на пациенти с ОСА от специално обучени медицински сестри**

Удовлетвореността на пациента е в пряка зависимост от качеството на грижите. Като ключови за оптимизиране на сестринските грижи при пациенти с ОСА, респондентите на първо място посочват активното взаимодействие с пациента (33,8%), следвано от обучението (28,8%), работа в екип съвместно с лекаря, семейството и всички останали участващи в процеса на оказване на грижи за пациента (20,00%); (фиг. 37).



**Фиг. 37. Ключови дейности за оптимизиране на грижите за пациенти с ОСА**

Обучението на пациентите с ОСА е елемент от модерния мениджмънт на заболяването. Пациентите оценяват необходимостта от обучение, което потвърждава, че то може да бъде провеждано от медицински сестри. В настоящия момент проблемът с обучението е нов за болшинството от пациенти с ОСА в нашата страна. Обичайно то се извършва в момента на предоставяне на ПАП апарата, най-често от лекар. При задаване на въпроса ние имахме предвид едно по системно обучение насочено към всички аспекти на заболяването: рискови фактори, модел на поведение, мотивация за лечение, проследяване,

справяне с възникнали трудности. Респондентите се опасяват, че организираните курсове ще са свързани с финансови разходи (31,30%), както и че курсовете ще се провеждат само в големите градове (38,80%) (фиг. 38).



**Фиг. 38. Нагласи на пациентите за участие в обучение**

Редица европейски и международни лаборатории за сън използват успешно възможностите на телемедицината и провеждат online обученията и курсовете на пациентите с ОСА.

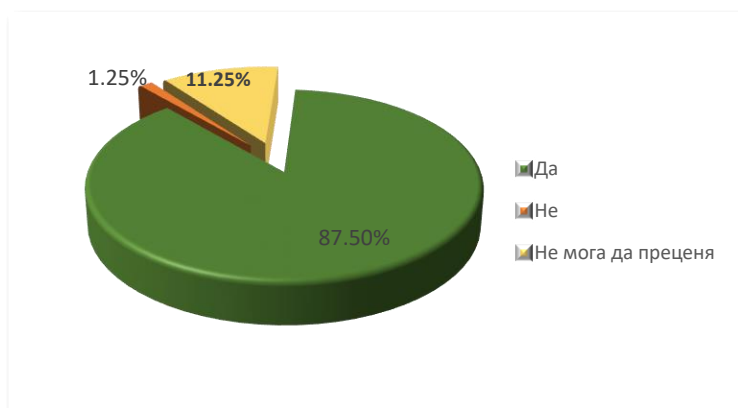
Ефективното общуване изисква от медицинските сестри допълнителни компетенции и знания, за да могат да задоволят непрекъснато променящите се изисквания на пациента.

Респондентите са посочили качествата, които медицинската сестра трябва да притежава за осъществяване на добра комуникация в процеса на оказване на грижи. С голямо мнозинство анкетираните (75,00%) поставят на първо място добрата професионална подготовка на медицинската сестра, на второ информацията да е поднесена на разбираем език (65,00%), на трето възможността медицинската сестра да отдели достатъчно време за общуване с пациента (48,75%) (фиг. 39).



**Фиг. 39. Мнение на пациентите за качествата които медицинската сестра трябва да притежава**

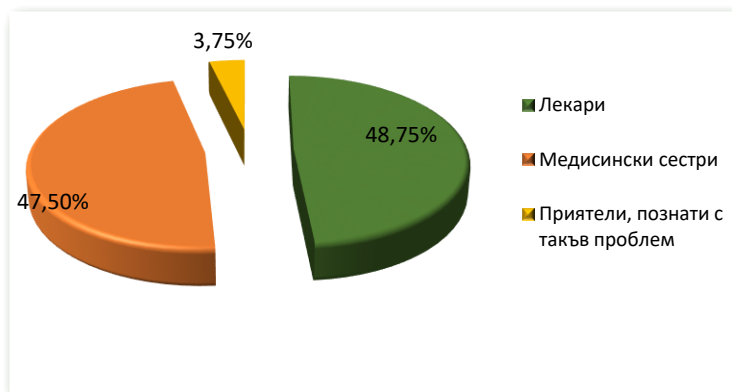
Медицинската сестра е най-близо до пациента. Изграждане атмосфера на доверие, споделяне и подкрепа са важни за ефективната комуникация и способстват за подобряване здравето на пациента. На въпроса “Важна ли е за Вас комуникацията/ връзката с медицинската сестра?“, много голяма част от респондентите дават утвърдителен отговори (87,50%) (фиг. 40).



**Фиг. 40. Връзката медицинска сестра пациент**



Анкетираните са на мнение, че при възникнала „несъщественa“ промяна в състоянието на пациента с ОСА, те желаят да я обсъдят с медицински специалист. Прави впечатление почти еднакъв дял на отговорилите „лекар“ (48,75%), „медицинска сестра“ (47,50%) (фиг. 41).



**Фиг. 41. Нагласи за споделяне при възникнала несъщественa промяна в състоянието**

Допускаме, че липсата на ясно регламентирана роля на медицинската сестра в цялостния лечебно-диагностичен процес на сомнологичния екип е повлияла върху мнението на пациентите по този въпрос и медицинска сестра е посочвана по-рядко.

**Резултатите от проучването позволяват да бъде очертан профила на пациента с ОСА :**

- Мъж в трудоспособна възраст, диагностициран с ПСГ.
- Търсещ помощ от специалист по медицина на съня.
- Добре познава основни симптоми на ОСА, но има и пренебрегвани такива.
- Сам финансира диагностичните си и лечебни процедури;

- Не е проследяван адекватно в периода на лечение, поради липса на институция, която да е ангажирана с проследяването.
- Среща затруднения при използване на маска, спазване на режим на хранене, труд, почивка, в хигиена на съня.
- Оценява като много голяма потребността си от обучение по проблемите на ОСА.
- Оценява високо възможността медицинската сестра да участва в сомнологичния екип. Има готовност да споделя с нея промени в състоянието си, т.е. тя да участва в проследяването, каквото в момента липсва.

## 2.3. Проучване – „Лекари“

### 2.3.1. Характеристика на изследваните лекари

Таблица 6. Социо-демографска характеристика - лекари

Показател		брой	%
<b>Възраст</b>	средна възраст		<b>49г ± 2,4</b>
	до 30 г.	4	13,20 %
	31 - 40 г.	5	16,70 %
	41 - 50 г.	5	16,70 %
	51 - 60 г.	8	26,70 %
	над 60 г.	8	26,70 %
<b>Месторабота</b>	Университетска болница	17	56,70 %
	Многопрофилна болница	6	20,00 %
	ДКЦ	7	23,30 %
<b>Структура на ЛЗ</b>	Отделение	20	66,70 %
	ДКЦ	10	33,30 %
<b>Трудова стаж</b>	1-3 г.	3	10,00 %
	5 - 10 г.	7	23,30 %;
	10 - 20 г.	12	40,00 %;
	над 20 г.	8	26,70 %
	<b>Общо</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Преобладават лекари с професионаен стаж повече от 10 години (40,00%), работещи в болнични структури, които са обезпечени със специална апаратура, нощно наблюдение за запис на съня и възможност за консултации (табл. 6).

### 2.3.2. Мнение на лекарите относно ролята на медицинската сестра в оказване грижи за пациентите с ОСА

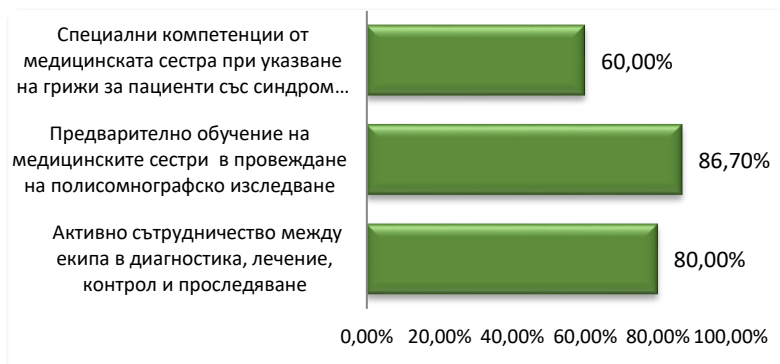
Лекарите с голяма степен на единодушие заявяват необходимостта от сестрински грижи за пациентите с ОСА (96,70%). Анкетираният определят ролята на сестрата в мултидисциплинарния екип (66,00%), като пълноправен член на екипа със свои функции и отговорности (фиг. 42).



**Фиг. 42. Мнение на лекарите за ролята на медицинската сестра в екипа**

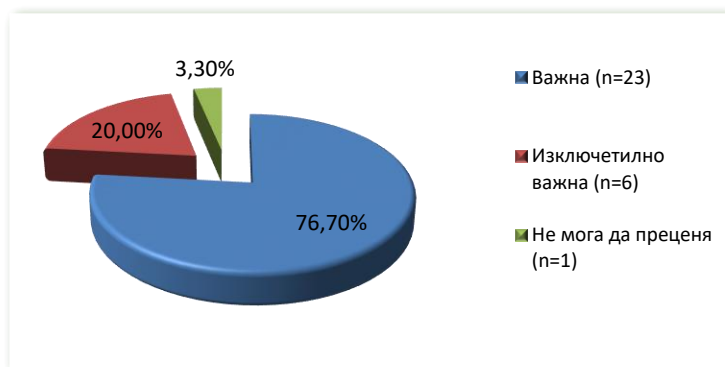
Според голяма част от респондентите (86,00%) въвличане на медицинската сестра в грижата за пациенти с ОСА изисква предварителното обучение на медицинските сестри в провеждане на полисомнографско изследване, активно сътрудничество между членовете на екипа във всеки етап от сомнологичния

процес (80,00%), специални компетенции при оказване на грижи за пациенти с ОСА ( 60,00%) (фиг. 43).



**Фиг. 43. Изисквания към оказваните грижи за пациент с ОСА**

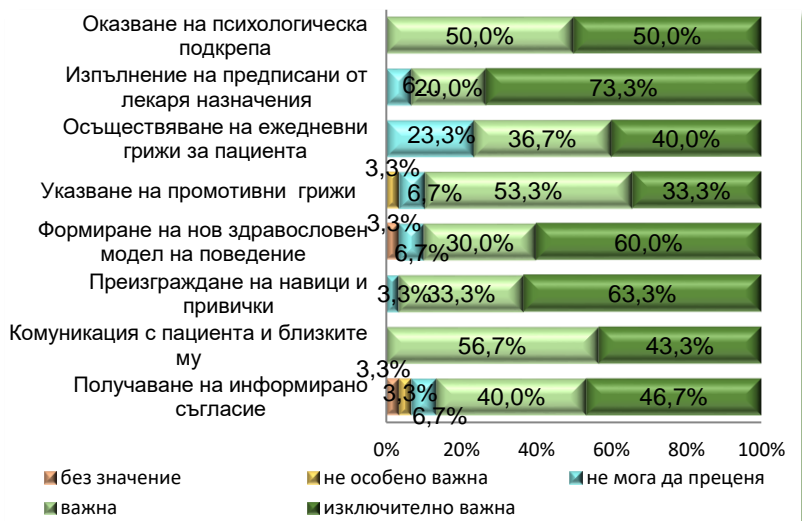
Болшинството от респондентите (76,70%) определят за важна ролята на медицинската сестра в процеса на оказване на грижи за пациенти с ОСА, като за 20,00% тя е особено важна. Установихме статистически значима зависимост между възрастта на лекарите и мнението им за ролята на медицинската сестра в сомнологичния екип ( $p < 0,001$ ) (фиг. 44).



**Фиг. 44. Участието на медицинската сестра в процеса на оказване на грижи за пациенти със синдром на ОСА**

### 2.3.3. Значими сестрински дейности при оказване на грижи за пациентите с ОСА

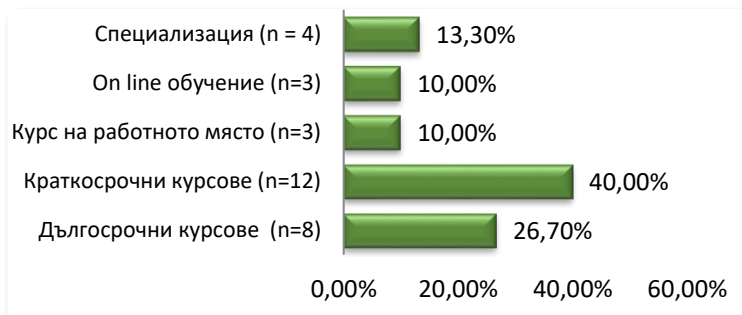
Анкетираните лекари (73,30%), определят, като най-значими сестрински дейности за пациентите ОСА *изпълнението на лекарските назначения*, което съответства на стари, традиционни разбирания за ролята и функциите на медицинската сестра, работеща само по лекарски предписания. На второ място са посочени *промотивните дейности свързани с преизграждане на навици и привички* - 63,30%. Значителен дял (50,00%) получава и *оказването на психологическа подкрепа за пациентите с ОСА* (фиг. 45).



Фиг. 45. Значими дейности, извършвани от медицинската сестра при предоставяне грижи за пациенти със синдром на ОСА

Анкетираните лекари с болшинство (70,00%) посочват, че специално обучени медицински сестри могат да провеждат наблюдение на пациентите с ОСА. В нашата страна липсва

регулярен контрол и наблюдение на пациентите с ОСА. Медицинските сестри могат да съдействат за разрешаването на този проблем. Отговорите на почти всички лекари 97,00% утвърждават, че е необходимо медицинските сестри да надградят своето базово обучение. Според 40,00% от анкетираните най-ефективният модел за допълнително обучение по проблемите на съня е посредством краткосрочни курсове (фиг. 46).



**Фиг. 46. Предпочитана форма за допълнително обучение**

Според болшинството анкетирани (70,00%) недостатъчните умения са резултат от липса на обучения, за 46,70% проблемът е в липсата на време и натоварения работен график на медицинските сестри (фиг. 47).



**Фиг. 47. Причини за недостатъчните умения на медицинските сестри**

## **2.4. Качественото проучване на предоставяните здравни грижи при пациенти със синдром на ОСА**

Проведено е дълбочинно интервю с пациенти, диагностицирани с ОСА провеждащи лечение с ПАП апарат и проследявани във времето. С цел запазване на анонимността на интервюираните, респондентите са представени с номера от P1 до P10.

Пациентите са в активна възраст и се предполага, че поддържането на добро здраве и оптимално качество на живот е техен приоритет във всеки етап от лечението на заболяването им. По давност на заболяването интервюираните са с различен срок на заболяване , което дава възможност да се получи по-широка информация за техния опит и преживявания свързани в различните етапи на диагностика, лечение и проследяване.

### **2.4.1. Проблеми със съня**

Началото на проблемите със съня на интервюираните датират около 40 годишната им възраст (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9). Първоначалните оплаквания на участниците са много сходни, като всички споделят за наднормено тегло, шумно хъркане, често ставане по малка нужда, сънливост и умора през деня, повишеното кръвно налягане (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10). Лицата с ОСА посочват, че изброените симптоми са били в различна комбинация с допълнителни оплаквания като сутрешно главоболие, сухота в устата, трудна концентрация (P2, P3, P7, P8, P9, P10), депресия (P4, P6, P7), захарен диабет (P9), онкологично заболяване (P8).

*„ ...Започнах много да хъркам, ставах на вечер по малка нужда 4-5 пъти, устата ми изсъхваше, пиех много течности. Сутрин се събуждах с главоболие, трудно се концентрирах, постоянно ми се спеше, особено следобед“ (P5).*

„...Съпругата ми казва, че заспивам още във въздуха“ (P8).

„...Много се притеснявах, колегите ми да не разберат, че задрямвам, опитвах се постоянно нещо да върша. Станах напрегнат, тревожен. Не исках да се събираме с приятели, да не заспя пред тях или, ако трябваше да ноцуваме някъде на хижа или на бунгало, да не им преча с моето хъркане( P7).

„...Когато отивах в командировка винаги си вземах самостоятелна стая, защото знам, че много хъркам“ ( P6).

„...Дори и малката внучка, която е на четири години, не иска да спи с мен, защото много силно съм хъркала“ (P10).

„...Винаги съм знаел, че имам такова заболяване. Майка ми и дядо ми според мен страдаха от ОСА, но не са се изследвали. Те и от това си загинаха (P2).

Всички участниците споделят , че в последните една до две години преди да потърсят помощ оплакванията им се засилили, което е и причина да се обърнат към лекар или да споделят с медицинско лице.

Респондентите споделят за неефективност на предписаната антихипертензивна терапия.

„...Кръвното ми налягане все високо, пия си хапчетата спада за около час , два и отново нагоре (P6).

„...Кардиолога ми изписа още лекарства , но без особен ефект“ (P4, P7).

За засилване на сънливостта и задрямване по време на работа или у дома посочват болшинството от интервюираните .

„...Когато шофирам, особено на по- дълги разстояния налага ми се да спирам през час, два да изляза навън от автомобила и след това да продължа“ (P5).

„...Работата ми е свързана с шофиране и много започнах да се притеснявам да не предизвикам злополука на пътя и да не стана причина за смъртта на някой невинен човек, защото постоянно ми се приспива (P3)



„...Международен шофьор съм, започнах да задрямвам , докато карам. В камиона има хладилник и да не заспя, ядох каквото намеря в него. Добре, че по пътищата има ограничителни ленти и като започна да излизам от пътя, се усеща едно подрусване, то колко пъти ме е спасявало“ (P8).

Един от изследваните лица споделя „вечер спях на земята , подпрян на рамката на леглото, защото ме беше страх да не се задуша“ (P9).

„...Станах много затворен, не ми се излизаше, постоянно се чувствах много изморен, не ми се правеше нищо“ (P4).

#### **2.4.2. Диагностика на ОСА - полисомнография, полиграфия**

Влошеното качество на живот, медицинските и социални последици от синдрома са основната причина, която кара участниците да потърсят помощ. Периода на **преддиагностика** пациентите описват като многократни посещения при различни специалисти, най-често, кардиолози, невролози, уролози, ендокринолози (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8).

„...От гимназията имам наднормено тегло и сърдечни оплаквания. Един ден в дванадесети клас направих припадък. Ходих на невролог изписаха ми лекарства за епилепсия. Станах много отпуснат. Спях около 22 от 24 часа. Не смеех да започна работа след като завърших. Преди около две години, когато ме приемаха в кардиологията , защото бях излязъл от ритъм, съм заспивал постоянно. Лекарката, „една млада“ ме попита да не би да имам ОСА. Казах, че никога не съм чувал за това заболяване. Тя ме насочи за изследване. Установи се тежка степен ОСА“ (P1).

Двама от пациентите са посетили уролог, защото честите ставания по малка нужда през нощта са свързвали с проблем с простата.

„...Отидох на уролог, изслуша ме човека, всичко съм му обяснил, направиха ми изследвания, каза ми, че не вижда проблем, но все пак ми изписа лекарства, билкови, за всеки случай. Нищо не се промени, не само, че не се подобрих, но стана по зле. Вечер ставах по малка нужда 7-9 пъти. Започнах да чета в интернет за оплакванията си и така си записах час за изследване (P2).

“...Колко уролози съм обиколил, и при доцент ходих, казват не е простата, търси друга причина“ Споделих с един познат жена му е медицинска сестра тя ми каза да се изследвам за ОСА (P4).

И двамата пациенти са диагностицирани с тежка степен на ОСА(P2, P4).

“...Много работя, умората и придрямването през деня го отдавах на това. Една вечер на ресторант с приятели, единият както си говорихме заспа и започна да хърка. След като го събудихме, другият ни приятел, който е лекар, започна да го разпитва за симптомите на сънна апнея. Установих, че и аз имам част от тези признаци. Това ме провокира да се обърна към специалист по съня, имах ОСА тежка степен (P6).

Един от участниците посочва, че е много доволен от кардиолога си, от когото е проследяван от години.

„...Докато и кажа, че имам проблем със съня, жената ме насочи към специалист“ (P3).

Посещението при специалист и провеждане на изследване на съня е показано при всички пациенти при които се предполага ОСА. Полисомнографията и до днес се приема като, златен стандарт „ в диагностиката на болестта. Лицата посочват, че не са получили предварителна информация за същността на полиграфията, полисомнографията и не им е обяснено подробно какво трябва да бъде тяхното поведение. Определянето на деня и часа за запис на съня при седем от пациентите е направено от лекар (P1, P2, P5, P7, P8, P9, P10), при трима от тях това е направила медицинската сестра по телефона (P3, P4, P6).

*„...Дадох ми едно апаратче, показаха ми как да го , как да сложа кабелите, в колко да си легна и кога да изключа апарата. След това, ме предупредиха всичко да върна обратно“ (P7 за полиграфията).*

*„ ...Добре, че всичко предварително лекарят обясни на сина ми, защото сама надали щях да се справя (P10 за полиграфията).*

За седем от пациентите изследването е полисомнография, която е проведено в болнични структури. Един от участниците описва помещението в което е проведена ПСГ.

*„ ....Много ми хареса, чисто, подредено. Има две стаи. Бяхме двама, всеки в отделна стая. Настани ме една сестра, не си спомням името и но беше много любезна и внимателна. Свърши си работата бързо и точно. Обясни ми, че електродите, ще правят запис на съня ми докато спя. Тя цяла нощ ще бъде в съседно помещение и ще ни наблюдава. Сутринта ме събуди, изключи апарата и ми каза да изчакам да се срещна с лекаря си“ (P6).*

По описанието на пациента става дума за медицинската сестра преминала специално обучение във водеща европейска клиника по проблемите на съня.

Друг от участниците споделя:

*„...Отидох в уречения ден и час за прием, настанах ме в някакъв кабинет ли, не знам точно за какво е това помещение. Лекар ми постави електродите и ми обясни, ако нещо ме притеснява през нощта да търся дежурната сестра от отделението. Тя ще го информира. Личеше си, че човека има и друга работа, няма само с мен да се занимава“ (P8).*

Направените полисомнографии (n = 8), полиграфия (n = 2), по категоричен начин доказват тежка степен на ОСА при всички изследвани лица: тежка при (P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9), умерено-тежка при респ. (P3, P10). Поставянето на точна диагноза е от важно значение за започване на своевременно

лечение и предотвратяване тежките последици от синдрома на ОСА.

По отношение на преките си впечатления от медицинския екип по време на изследването, по-голямата част от респондентите споделят ,че са контактували основно с лекаря, когото назовават по име, но имат много оскъдни спомени от медицинската сестра. (P1, P3, P4, P5, P7, P9, P10). Едва двама от участниците споделят положителни впечатления от медицинската сестра, като я описват като компетентна и информирана.

*„...Медицинската сестра беше много любезна, уверена в това което прави, отговаряше на въпросите, които и задавах.“(P6, P8).*

#### **2.4.3. Терапия с постоянно позитивно налягане на пациенти със синдром на ОСА**

Съобщаването на резултатите от полиграфското/полисомнографското изследване е направено от лекар. Само трима от пациентите посочват, че е присъствала и медицинска сестра(P6, P8, P9) По време на срещата мнозинството от интервюираните (респ. P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P10) не са обсъждали предложеният им метод на лечение .

*„...Изплаших се като чух, че ще трябва да спя с апарат до края на живота си. Не бях сигурен, че ще свикна с маската. Много въпроси имах в този момент, но заради шока не успях да ги задам“ (P8).*

Двама от респондентите са нямали никакви притеснения от предложената ПАП терапия.

*„...Навремето се гмурках, така, че не ме плашат маска и апарат“ (P7).*

*„...Ако искам да живея, нормално трябва да слушам какво ми казва лекарят“ (P 5).*

*„...Една част от интервюираните споделят за страховете и опасенията за това как ще протече живота им „навсякъде с машината“ „страшно ми се стори навсякъде да я нося тази машина. Като ме видят хората с това куфарче, ако разпознаят, за какво го ползвам“ (P7).*

*„...Много се изплаших, как ще реагира жена ми, какъв мъж съм аз, млад а вечер с маска и апарат (P8).*

Большинството от пациентите споделят, че са били силно притеснени и от цената на апарата и оборудването към него (P3, P4, P5, P7, P10). По този повод един от респондентите споделя:

*„...Закупих апарата по обява в интернет, не съм ходил да го настройват, нямам средства и за това. Той, човека, който ми го продаде ми каза, че е настроен“ (P3).*

Участниците споделят и за проблеми в адаптацията на маската и липсата на предложени алтернативи.

*„...Много ми е трудно да свикна с маската, вече от три години съм на лечение, попитах не може ли да се смени, отговориха ми, че апарата бил за тази маска. Не мога да си закупя нов апарат“ (P4).*

*„...Опитах две седмици, не успях да свикна с маската, стягаше ми, като се обръщах се разместваше, реших, че не мога да спя с маска, не ми беше удобно, събуждах се, сметнах, че парите за апарата съвсем не са малко и като няма да го ползвам си е чиста загуба“.*

На въпроса „Известно ли ви е какви са последиците от нелекуваната сънна апнея и някой предложи ли ви да тествате друга маска, напр. за нос, хипоалергична, силиконова?“ пациентката отговаря.

*„...Казаха ми, набързо до какво може да доведе спирането на лечението, никой не ми е предлагал други варианти на лечение или маска (P10).*

#### **2.4.4. Проследяване и контрол на ефекта от провежданата ПАП терапия**

Промените в здравословно състояние след провеждането на ПАП терапия се отбелязват от всички респонденти. Участниците посочват, че още на следващия ден са усетили благоприятните последици от лечението (P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 ), за двама от тях тази промяна е настъпила след една седмица от използването на апарата (P9, P1).

*„...За първи път се събудих бодра , все едно съм нов човек“ (P 2),*

*„...Легнах си в леглото, станах само два пъти, изчезна сухотата, която много ме измъчваше“ (P4).*

*„...Съпругата ми откакто ползвам апарата не се страхува, да си легне. Няма го хъркането от което нищо не я спасяваше - друга стая, тапи за уши. Страшно беше“ (P9).*

Продължителността на лечението с постоянно позитивно налягане изисква постоянство, подкрепа и силна мотивация. Регулярните посещения са фактор за успешен контрол на заболяването ОСА. Болшинството от пациентите споделят, че не са получили указания след колко време да се яват на преглед отново. Един от изследваните (P8) споделя, че задължително веднъж годишно се среща с лекаря си по медицина на съня, прави му се нова ПСГ, преглеждат се последните записи от апарата, правят се корекции в налягането при необходимост, посещава кардиолог.

*„...Посещавам лекарят си всяка година, праща ме и на изследвания, при кардиолог, преглежда записа от апарата. Вижда , кога не съм използвал апарата и ми се поскарва малко“.*

В разказа си интервюираният не споменава за медицинска сестра по време на регулярните посещения (P8).

Три души споделят, че от диагностицирането им до сега не са ходили на контролни прегледи.

*“...От пет години съм на лечение, диагностициран съм в София, много ми е далеч, Варна ми е по близо, но не знам къде и при кого да отида. Да ме погледне някой, да ми каже всичко наред ли е?” (P9).*

*„...Нямам време за наблюдение и контрол“ (P4).*

*„...Може ли да ми кажете през колко време да се проследявам, защото знам, към кого да се обърна при проблем с апарата, но за контрол на състоянието ми никой не ми е казал“ (P6).*

След като получава отговор от интервюиращия пациента благодари и заявява готовност за посещение при лекаря си.

Двама от пациентите посочват , че са преустановили лечението си, респондент (P10, P2).

*„...Винаги съм била с наднормено тегло. Използвах апарата три години, през това време отслабнах 18 килограма, намалих лекарствата си за кръвно до едно хапче, бях бодра, работоспособна реших, че вече мога и без апарат,, (P2).*

Независимо от това, че провеждат лечение в различни населени места на страната общото мнение на респондентите (P1, P3, P4, P6, P7, P9) е свързано с неудовлетворение от полаганите грижи за тях в периода на лечение и проследяване. Като водеща причина за проблема се посочва липсата на информация относно регулярните посещения и незаинтересоваността на екипа, по конкретно на лекаря от провежданото лечение. Комуникация между медицинския екип - лекар, медицинска сестра и пациента за голяма част от респондентите е недостатъчна и неефективна.

*„...Абсолютно нито обучения, нито съвети за това как да намалая теглото си , нищо, само ми казват трябва да отслабнеш и толкова все едно е толкова лесно. (респ.7) От провинцията съм и не знам къде да си проверя апарата, към кого да се обърна за нов преглед. От момента в който ми настроиха апарата, вече 10 години си го ползвам все така. Дали не трябва някаква промяна“ (P5).*

Относно заболяването си и комуникацията с екипа един от пациентите споделя

*„...Единствено със лекарят може да се говори компетентно за заболяването, сестрите са доста лаконични, отказват да се ангажират вярно много работа имат, но ние какво да направим, от кого да черпим информация“. Това много ме напоя и най-вече, че няма информация, няма кой да ти каже като започнеш лечение как ще се развият нещата, какви изследвания да си правя, има ли медикаменти за сънна апнея. Отговорите си ги намирам в интернет или ги обсъждам с познати със същия проблем“ (P8).*

***Интерес за проучването представлява мнението на участник в интервюто, който споделя впечатленията си от организацията на процеса на диагностика, лечение и проследяване на пациентите с ОСА в Испания:***

*„...На 48 години съм. Винаги съм имала наднормено тегло. От 20 години пия лекарства за кръвно. Първо беше едно хапче, след това стигнаха до 4-5, а бях само на 40 години. На тази възраст заминах със съпруга си за Испания. Там започнах работа, почиствах порталите на пристанището. Много напълнях. Започнах да се чувствам страшно изморена особено следобед. В почивките се криех от колегите, да не ме видят, че придремвам. Не исках да настъпва вечерта. Събуждах се по 5-6 пъти със сухота в гърлото, ходех и много често до тоалетната по малка нужда. Съпругът ми каза, че много хъркам и понякога спирам да дишам по време на сън.*

### ***Диагностика***

*„...От други българи, които работят в нашия град в Испания, бях чувала, че спят с машини и се чувстват много добре след това. Реших да отида при личния си лекар и да споделя оплакванията си. Там докато кажеш, че имаш проблем със съня*



веднага те изпращат при специалист. Записах си час. Изчаках около две седмици, докато ме приемат. В кабинета, който посетих работеха лекар и медицинска сестра. Лекарят ми обясни, че трябва да ми бъде направено изследване за сънна апнея. Накратко ме информира за това какво представлява заболяването и какъв е риска от не лекуването му. След това медицинската сестра ме запозна с методите на изследване-полиграфия, полисомнография. Даде ми апарат за запис на съня в дома( полиграф). Показа ми как да боравя с него, даде ми указания в колко часа да си легна и кога да изключи апарата. През целия разговор беше много внимателна, задаваше ми въпроси дали разбирам всичко, успокояваше ме, че ако не успея да се справя в домашни условия, ще остана за една нощ в болница.

### **Лечение**

„...Направих изследването и занесох апарата със записа. Резултата от записа получих след около месец. Обади ми се медицинската сестра, посочи ми дата и час за посещение. Лекарят ми съобщи, че страдам от тежка форма на ОСА. Присъстваше и медицинска сестра. Обсъдихме лечението, което ми предложи лекарят - ПАП терапия. Апарата както и маската ми бяха предоставени абсолютно безплатно. Заедно с медицинската сестра избрахме маската. Имах възможност да тествам няколко маски. Медицинската сестра ми обясни как да поставям маската, как да я почиствам, как да я свалям. Обърна ми сериозно внимание върху рисковите фактори за ОСА. Каза ми, че е необходимо да отслабна. Изтегли ме и регистрира теглото ми в картон. Обясни ми за режима на хранене и почивка. Информира ме, че на всеки три месеца, техник ще проверява изправността на апарата и ще подменя маската ми. Каза ми, че ще се видим отново след около три месеца.

**„...Там в Испания, ако искаш да посетиш медицинска сестра си записвай предварително час и за нея.**

**Проследяване и контрол.**

„...В края на третия месец медицинската сестра, ми позвъни по телефона и ми напомни, че трябва да се явя на контролно изследване. Получих уведомление и на адрес. Там не те оставят на мира докато не отидеш.

„...Явих се на прегледа. За три месеца бях отслабнала два килограма, нямах главоболие, чувствах се бодра и отпочинала. Още на първата нощ, когато използвах апарата се събудих „наспана“.

„...Продължих да използвам апарата и за две години отслабнах 15 килограма, намалиха ми лекарствата за кръвно, пиех само Еналаприл. Реших, че вече съм добре и нямам нужда повече от апарат. Преустанових лечението.

„...В този период със съпругът ми се преместихме в Англия. Оплакванията ми свързани със сънната апнея се върнаха отново след около 7-8 месеца. Отново станах много сънлива през деня, кръвното ми налягане, независимо от това, че пия 4-5 хапчета е отново високо. Знам си сама си го направих. Брат ми, който също е със сънна апнея и никога не е преустановявал лечението си се чувства отлично и е много доволни от постигнатите резултати.

**„...Аз сега в Англия, отново чакам за апарат, но тук системата е по тромава. Вече цял месец чакам. Решена съм да не спирам никога повече лечението си.**

„...Мисля, че в България майка също е със сънна апнея, както и един познат. Не са се изследвали. Твърдят, че нямат средства, нито за изследване, нито за закупуване на апарат около, нито за маска. Питам се, защо в България хората не се изследват масово за сънна апнея? Защо общопрактикуващите лекари не те изпращат при специалист, когато кажеш, че имаш такива

оплаквания? Защо не се осигурят средства за тези хора, за диагностика, лечение и проследяване. В чужбина на този проблем се гледа много сериозно и веднага докато споделиш и те изследват.

„...**Впечатленията ми от медицинските сестри в Испания**, които работят с нас пациентите с ОСА са, че са изключително компетентни, отзивчиви настоятелни. Те изцяло организират обучението и проследяването на лицата със сънна апнея. Регулярните визити на пациентите са част от дейността на медицинските сестри. Медицинските сестри следват план за грижи и изпълняват конкретни задачи при реализирането му. Не те оставят на мира, докато не изпълнят това което са си поставили като цел.

### **Интервюто извежда на преден план основните проблеми за пациентите с ОСА**

- Неинформираност и negliжиране на синдрома ОСА от медицинските специалисти Липса на достатъчно добре подготвен персонал по проблемите на съня.
- Липсата на медицинска сестра (постояно наблюдение) по време на провеждане на нощното тестване за ОСА.
- Не финансирането на диагностиката и лечението са основна причина за нетърсенето на помощ при проблеми със съня.
- Липсва подходящо обучение на пациентите във всеки етап на сомнологичният процес.
- Липсата на алтернативи, за пациенти, които не толерират ПАП терапията е проблем с особено значение за прогресията и хода на ОСА. Отказът от лечение е свързан със сериозни последици ,върху физическото и психичното здраве на респондентите .
- Изразена е потребност от психологическа подкрепа

*В разказите на пациентите не се споменава за участието и ролята на медицинската сестра в цялостния процес на сомнологична грижа , от диагностицирането до проследяването. Предвид съвременните тенденции за добри практики и качество на грижите споделеното от интервюираните по безусловен начин обосновава необходимостта от компетентна и обучена медицинска сестра в сомнологичната практика.*

*Липсва информация за специфичната ролята на медицинската сестра в цялостния процес на сомнологичната грижа. Само двама от пациентите говорят за компетентна медицинска сестра: според останалите, сестрите изпълняват предписанията на лекаря и не се ангажират с обучения и други дейности конкретно насочени към пациентите с ОСА.*

## **2.5. Автономни сестрински практики-резултати и дискусия**

Промените в обществото и динамичното развитие на сестринската професия наложиха нов поглед върху грижите за пациента. Предоставянето на грижи с най-добро качество е задача пред всички медицински екипи. Автономните сестрински практики (АСП) се отнасят до самостоятелните действия на сестрата в процеса на цялостна организация на здравните грижи. В полза на АСП са положителните промени в образованието на медицинските сестри, произтичащи от издигането му в университетско, което постави въпроса за признаване на повишените им компетенции като предпоставка за самостоятелна работа.

В последните 10-15 години проблемът за автономната роля на медицинската сестра присъства много често в изследователската работа по здравни грижи/сестринство. В тази посока има

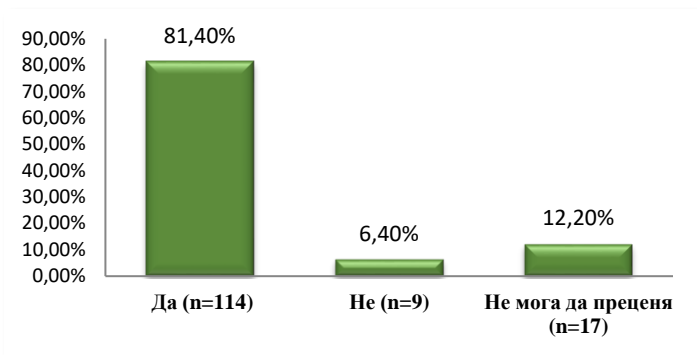
тенденция автономните сестрински практики (АСП) да оформят едно от тематичните ядра на изследователския проблем за самостоятелната роля на медицинската сестра. Автономните сестрински практики (АСП), като структури имат бъдеще при достатъчно добра законодателна уредба и ясно формулиране в конкретните случаи на обseg на дейности, задължения и отговорност. У нас такива практики не съществуват, налице са само единични примери, но въпросът за АСП все по-често намира място в изследванията на здравните грижи в България.

Макар в оказването на грижи за пациенти с ОСА у нас да има слабо до никакво участие на медицинската сестра, да не говорим за автономна роля, поставихме въпроси за същността на АСП и подкрепата им от анкетираните (справка анкетна карта 1, 2, 3).

### **2.5.1. Подкрепа на идеята за АСП при лечение на ОСА**

Изхождаме от предположението, че положителната нагласа на сестрите към автономните сестрински практики може да бъде основа за формулиране на специфична роля на медицинската сестра при процесите на диагностика, лечение и контрол на ОСА. Сондажно зададохме въпрос за специализирана сестринска практика свързана с подпомагане и грижа за пациентите с ОСА. Оказа се, че подкрепящи тази идея са (81,40% %; n=114) от анкетираните медицински сестри, което може да бъде определено като добра почва за развитие на подобна практика (фиг. 48).

Анализът установи значима връзка между образованието на медицинските сестри и готовността им за организиране на АСП. ( $\chi^2 = 22,799$ ,  $r = -0,269$ ,  $V = 0,285$ )  $p < 0,001$ . Медицинските сестри с образователно квалификационна степен магистър УЗГ без изключение заявяват подкрепа за сестринска практика за подпомагане грижите за пациента с ОСА (фиг. 48).

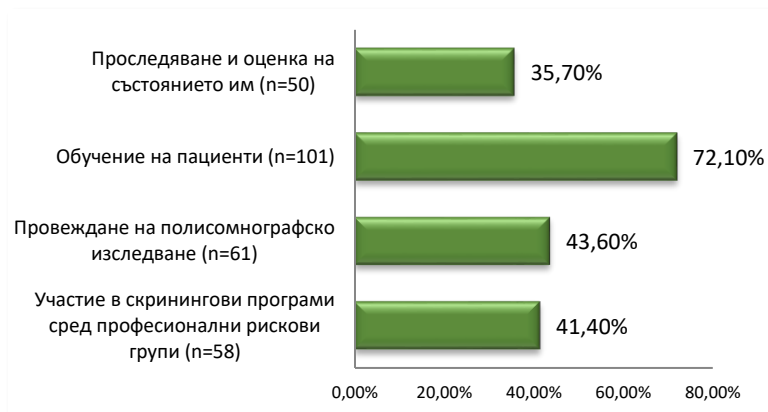


**Фиг. 48. Мнение на медицинските сестри за организиране на АСП за пациенти с ОСА**

Въпросът за автономните сестрински практики е сравнително нов за медицинската общност. Според 60.00% от анкетираните лекари създаването на автономни сестрински практики ще доведе до по-добра грижа за пациента. Немалкият брой на посочилите отговор „не мога да преценя“ (36,70%+ може да бъде обяснен с факта, че въпросът за автономните сестрински практики е сравнително нов и лекарите не са добре информирани за тяхната същност.

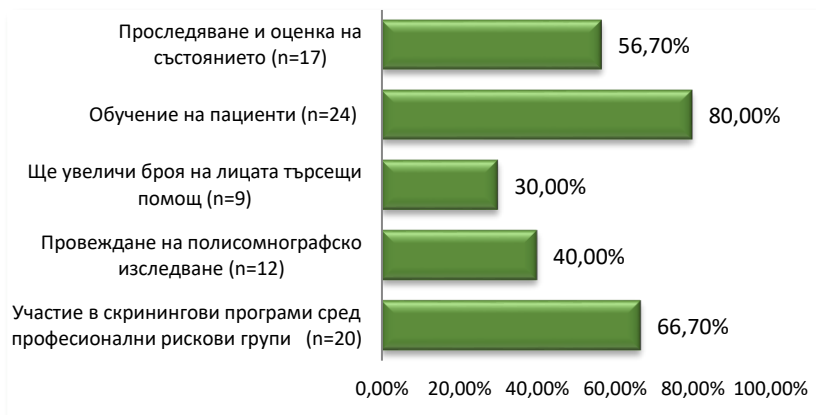
### **2.5.2. Фокус на автономните сестрински практики за синдрома ОСА**

Според медицинските сестри най-подходящ фокус на АСП е възможността практиката да бъде насочена към обучение на пациента (72,10%; n=101) (въпросът позволява повече от един отговор), на второ място медицинските сестри поставят участието си в провеждане на ПСГ (43,60%) от всички отговори (n=61), на трето скринингови програми за съня сред професионални рискови групи (41,40%; n =58) (фиг. 49).



**Фиг. 49. Възможни насоки на АСП според медицинските сестри**

Анкетираните лекари поставят също обучението на пациентите като най-ефективен фокус на АСП, на второ място са скрининговите програми сред професионални рискови групи; малко по-резервирани са по отношение на участието на сестрите в ПСГ (фиг. 50).



**Фиг. 50. Възможни насоки на АСП според лекарите**

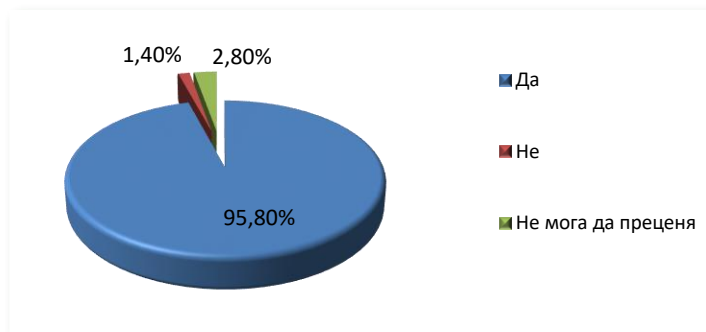
### 2.5.3. Пациентите и автономните сестрински практики

Предприемането и реализирането на действия, поемането на отговорност е модел на персонализирани сестрински грижи, в основата на които са индивидуалните нужди на пациента.

Представено е мнението на пациентите за хипотетичните автономни сестрински практики.

Получените резултати показват изключително голяма подкрепата (90,00%) за организиране на автономни сестрински практики.

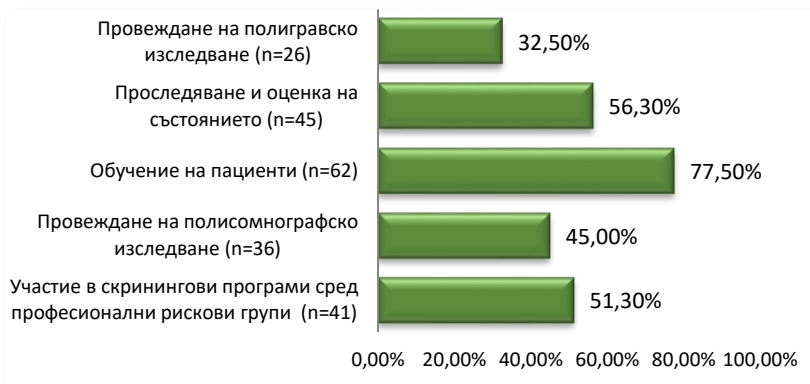
Логично следва и въпросът за отговорилите положително „Бихте ли посещавали подобна практика?“ Готовност за посещение декларираат (95,80%) от изследваните лица (фиг. 51).



**Фиг. 51. Нагласи на пациентите за посещение на АСП**

Фигура 52 илюстрира мнението на пациентите за основните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно. На първо място е изведено обучението на пациентите (77,50%), на второ- проследяване и оценка на промените в състоянието им (56,30%) и на трето -участието на медицинската сестра в организацията и провеждане на скрининг за ОСА сред рисковите популации (51,30%) (фиг. 52).





**Фиг. 52. Мнение на пациентите относно дейности, които могат да бъдат извършвани самостоятелно от сестрата (в % от отговорите)**

**Сравнителният анализ на проучването** при трите групи респонденти показва голяма степен на единодушие в подкрепа на идеята за създаване на АСП. Значителната подкрепа от страна на пациентите кореспондира с резултатите от качествено проучване, в което пациентите споделят своите преживявания, които говорят за дефицит на внимание и подкрепа от медицинския екип. Има висока степен на единодушие и в трите групи анкетираните лица по отношение ранжиране на приоритетните дейности, върху които трябва да бъдат фокусирани АСП. Категорично първо място е отделено на обучението на пациентите.

Според нас, бъдещото въвличане на медицинските сестри в АСП би трябвало да бъде съпроводено с подходящо следдипломно обучение и получаване на правоспособност за качествено участие в дейности при пациенти с ОСА. Само с внимателна подготовка на сестрински кадри може да се мисли за относително самостоятелната им роля в оптимизиране на грижата за болни с ОСА.

### **3. ОПТИМИЗИРАНЕ НА ГРИЖИТЕ ЗА ПАЦИЕНТИ С ОБСТРУКТИВНА СЪННА АПНЕЯ (ОБОБЩЕНИЕ, ИДЕЕН ПРОЕКТ)**

#### **3.1. Обобщение**

Грижите за пациентите със сънна апнея в настоящия момент обикновено се ръководят от лекар в сътрудничество с техник по съня по въпросите на използването на апарата. Липсва ясна програма за издирване/търсене, диагностика, лечение и проследяване на пациентите с ОСА. Медицинските сестри не участват или имат незначително участие в предоставянето на грижи за пациентите с ОСА. Бихме могли да ги наречем „невидими членове“ на мултидисциплинарния здравен екип. В количественото проучване -клон „Медицински сестри“ се разкри осъзнатата от тях необходимост от повишаване познанията им за синдрома ОСА (77,90%) и желанието да бъдат пълноправни членове на мултидисциплинарния сомнологичен екип (54,30%).

Тези данни са положителни знаци за по-нататъшно развитие на сестрински грижи. Предпоставките за такова развитие са в кръга на дейностите на публичните институции:

- Промяна в обществените нагласи и здравната политика към проблема ОСА – да бъде като към значим обществено-здравен проблем.
- Определяне на публичен ресурс, който да облекчава пациентите във финансиране, макар и частично на първо време, на диагностиката и лечението на ОСА.
- Формулиране на принципи и етапи на организация на медицинската помощ за болни с ОСА, в която да бъде обоснована и определена роля на медицинската сестра със задължения, адекватни на нейните компетенции.

**Възможностите** за осъществяване на тези дейности е необходимо време. За нас, като изследователи на ролята на

медицинската сестра в грижите за пациенти с ОСА е важен въпросът дали да се градят модели за развитие на здравните грижи, които нямат никаква реална основа в здравната политика, респ. в организацията на лечебните заведения или пасивно да се изчака „съзряването“ на обществото за действия в тази посока?

Позволяваме си да обърнем внимание върху възможността да бъде избран „среден“ път. На базата на консенсус между заинтересувани институции да бъде определено чрез акт на МЗ и/или на съответно лечебно заведение - звено/структура за провеждане на срочен пилотен проект „Организация на диагностика, лечение и проследяване на пациенти с ОСА“  
В рамките на пилотния проект да стои *дизайн на участието на мед. сестра в отделните етапи на развитието на ОСА*, за което са необходими:

- Познания за идентифициране на популацията в риск
- Компетенции за провеждане на полисомнография, полиграфия
- Компетенции на обучител на пациента
- Компетенции на организатор на проследяването на пациента—със срокове и параметри на наблюдение
- Компетенции за ефективна комуникация, оказване на подкрепа за пациента и семейството/обкръжението

### **3.2. Идейни проекти за развитие на сестрински грижи за пациенти с ОСА**

Проектът може успешно да се използва за въвличане на медицинските сестри в сомнологичната грижа, което ще компенсира установената от нас липса на такова участие на медицинските сестри. Реализирането на проекта ще ни доближи до добрите сестрински практики успешно прилагани в световен мащаб.

Работата на съвременната медицинска сестра трябва да се основава на способността ѝ за вземане на решения, прилагането на иновативни модели и практики за осигуряване на ефективен резултат. Уменията на медицинската сестра да оценява, систематизира и решава трябва да развиват непрекъснато.

### **3.3. Проактивен подход за сестрински грижи в обучението пациенти с ОСА**

Прилагането на проактивен подход в дейността на медицинските сестри цели те не само да изпълняват възложените им задачи, но да предлагат идеи, да търсят възможности за постигане на по-добро качество на живот за пациента с ОСА.

Тематичната обосновка на предложения от нас подход включва установяване на взаимовръзките на всеки един от елементите за постигане на високо качество на предлаганата услуга.

- *Осигуряване на индивидуален подход*
- *Изграждане на доверие*
- *Интегриране на различни специалисти в обучението*
- *Ефективен диалог с пациента*
- *Постигане придържане към терапията*
- *Емоционална подкрепа*

### **3.4. Карта за оценка състоянието на пациента при провеждане на специализирани изследвания на съня**

Прилагането на картата ще допринасе до по-голяма за ангажираност на екипа и ще доведе до намаляване страховете и притесненията на пациентите.Картата съдържа следните данни:

- *Идентификационни характеристики:*
- *Регистрация на основни показатели:*
- *Оценка на медицинската сестра за поведението на пациента по време на изследването.*

## **4. ИЗВОДИ, ПРИНОСИ**

### **4.1. Изводи**

#### ***Изводи от теоретичното проучване:***

1. Установено е широко разпространение на синдрома ОСА в световен мащаб сред лица в трудоспособна възраст 4-9% сред мъжете, 2-4% сред жените. Нарастват предикторите за ОСА - наднормено тегло и нездравословни модели на живот.

2. Действащата европейска база данни за сънна апнея допринася за по-точно изясняване размера на заболяването. В България липсва регистър на пациенти с ОСА.

3. ОСА е призната като значим социално-медицински проблем в повечето развити страни. Идентифицирани са социалните, финансовите и социално-психологическите последици от ОСА за обществото и индивида.

4. Изградена е организационна рамка за медицинско обслужване на пациенти с ОСА, включваща диагностика, лечение, проследяване от мултидисциплинарен екип.

5. Определено е мястото на медицинската сестра със специфични функции в цялостния процес на сомнологична грижа. В България липсват изисквания медицински сестри, предоставящи грижи за пациенти с ОСА, да притежават определено ниво на специализирана квалификация.

6. Установени и представени са добри практики на сестрински грижи в държави напреднали в областта на медицина на съня.

#### ***Изводи от количествено проучване***

7. Откриването на налична ОСА в България става единствено по инициатива на самия болен. Липсва система за ранно откриване, не се използва опортюнистичен скрининг. Най-често пациентите се обръщат към специалист по медицина на съня (45,00%).

8. Като затруднения на пациентите с ОСА в хода на лечение и трите групи респонденти посочват идентични проблеми - използването на ПАП модус, контрол на вредните фактори и хранителен режим. За тяхното преодоляване обучението на пациента се посочва като много полезно.

9. Обществото не определя ОСА като значим социално-медицински проблем според 70,00% от пациентите и 54,30% от медицински сестри.

10. Като най-подходящо място за провеждане на лечение са посочени лабораториите по сън, лекари(73,30%), медицинските сестри (50,00%). Домът на болния за оказване на грижи е доста пренебрегнат от лекарите и по-малко от медицинските сестри, което е в противоречие със световната практика, където амбулаторната грижа е изведена като успешен модел.

11. В настоящия етап медицинската сестра няма определено място в дейността на сомнологичния екип. Необходимостта от включването и в екипа се утвърждава както от лекари (96,70% ) и медицински сестри (79,30% ) така и от пациенти (65,00%).

12. Голямата подкрепа на медицинските сестри за АСП (81,40%) е добра основа за създаване и разитие на подобни практики. Сериозна е подкрепата на АСП и от страна на пациентите, които им определят важно място в проследяването и оценка на състоянието на болните с ОСА.

13. Еднопосочно е мнението, че обучението на пациента може да се извършва само от специално подготвена медицинска сестра.

#### ***Изводи от качествено проучване:***

14. Не е добре очертан пътя на пациента с ОСА в диагностиката, лечението и проследяването на заболяването. Липсва определена роля на медицинските сестри в този процес.

15. Поемането на разходите от пациента в целия диагностично-лечебен процес на ОСА е сериозна пречка за недиагностицирана ОСА и неудовлетвореност на пациентите.

## **4.2. Приноси**

### ***Приноси с познавателно теоретичен характер:***

1. Проведено е за първи път у нас проучване върху потребностите на пациенти с ОСА, оценени от лекари и медицински сестри, работещи в областта на медицина на съня, както и от самите пациенти.

2. Направено е теоретично проучване на международния опит относно участието на медицинската сестра, в оказване на грижи за пациенти с ОСА и изведени редица добри практики.

3. За първи път е изследвана ролята на медицинската сестра в мултидисциплинарния сомнологичен екип - сегашно състояние и перспективи. Очертани са сестринските компетенции в оказването на грижи за пациенти с ОСА.

4. За първи път е проучено и сравнено мнението на лекари, медицински сестри и пациенти за отношението на обществото към синдрома ОСА.

5. Разкрити са бариерите пред пациентите с ОСА и посочени пътища за тяхното преодоляване.

### ***Приноси с практико-приложен характер***

1. Изведена е ролята на медицинската сестра в промоцията и профилактиката на ОСА.

2. Разработени и предложени за внедряване са:

***Идеен пилотен проект*** „Организация на диагностика, лечение и проследяване на пациенти с ОСА“, в дизайна на който стои участието на мед. сестра в отделните етапи на развитието на ОСА.

***Проактивен подход за участие на медицинската сестра в обучението на пациенти с ОСА.***

***Модел на карта за оценка и проследяване на медицинските промени в състоянието на пациента с ОСА.***

***Тематичен курс към СДО за медицинските сестри от амбулаторната и болнична практика в два модула.***

## **НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Янчева, Ст., М. Николова, В. Цветкова, Влиянието на обструктивната сънна апнея върху качеството на живот, Сборник с доклади и резюмета от Трета международна конференция сестринските грижи – принос за качеството на живот, Варненски медицински форум,,2022; 177-183

2. Янчева, Ст., М. Николова, В. Цветкова,Професионални възможности и компетенции на медицинската сестра за идентифициране на нарушенията по време на сън при пациенти с обструктивна сънна апнея, Варненски медицински форум, 2022, 281-288

3. Янчева, Ст., М. Николова, В. Цветкова, Обструктивна сънна апнея, медико-социални измерения, сестрински подходи в превенцията и диагностиката“, Варненски медицински форум, 2021;10:438-442