



**Медицински университет
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна
Факултет „Обществено здравеопазване“
Катедра „Социална медицина
и организация на здравеопазването“**

Николай Светославов Недев

**РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ГРИЖИ И КАЧЕСТВО НА
ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ, ПРЕЖИВЕЛИ МОЗЪЧЕН
ИНСУЛТ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „Доктор“

Научна специалност

„Управление на общественото здраве“

Научни ръководители:

Доц. д-р Параскева Манчева, д.м.н.

Доц. д-р Наталия Ушева, д.м.

Официални рецензенти:

Проф. д-р Татяна Иванова, д.м.

Доц. д-р Невяна Фесчиева, д.м.

Варна, 2018

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита от разширено заседание на Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“ при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

Дисертационният труд съдържа 183 стандартни страници и е структуриран в девет глави. Включва 40 фигури, 30 таблици и 9 приложения. Библиографията съдържа 222 източника, от които 30 на кирилица и 192 на латиница.

Публичната защита ще се състои наот
.....часа в

СЪДЪРЖАНИЕ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Въведение | 7 |
| I. Цел и задачи | 9 |
| II. Материал, методи и инструменти на изследването | 11 |
| III. Резултати и обсъждане | 18 |
| 1. Описателна характеристика на пациентите, преживели мозъчен инсулт. | 18 |
| 2. Рехабилитационни грижи и осведоменост на пациенти с МИ | 20 |
| 3. Оценка на качеството на живот на пациенти, преживели мозъчен инсулт | 27 |
| 4. Надеждност на WHOQOL-BREF при пациенти, преживели мозъчен инсулт | 33 |
| 5. Оценка на функционалното възстановяване на ППМИ чрез Brunnstrom test за хемипареза | 35 |
| IV. Обобщение | 41 |
| V. Изводи | 52 |
| VI. Приноси | 54 |
| VII. Препоръки към институции | 55 |
| VIII. Научни публикации, свързани с дисертационния труд | 56 |

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

| | |
|--------------|-------------------------------------------------------|
| БИ | Бартел индекс |
| БПЛР | Болница за продължително лечение и рехабилитация |
| ВБС | Вертебро-базиларен синдром |
| ДКЦ | Диагностично-консултативен център |
| ДГМХ | Дясна голямо-мозъчна хемисфера |
| ДСМА | Дясна съдово-мозъчна артерия |
| ЕС | Европейски съюз |
| ЗГ | Здравни грижи |
| ИБИ | Инсултно болни пациенти |
| ИБС | Ишемична болест на сърцето |
| ИМИ | Ишемичен мозъчен инсулт |
| КЖ | Качество на живот |
| КП | Клинична пътека |
| КЕНИ | Комисия по етика на научните изследвания |
| ЛЗ | Лечебно заведение |
| ЛГМХ | Лява голямо-мозъчна хемисфера |
| ЛСМА | Лява съдово-мозъчна артерия |
| МЦ | Медицински център |
| МИ | Мозъчен инсулт |
| МС | Мозъчен ствол |
| НОИ | Национален осигурителен институт |
| НРД | Национален рамков договор |
| НЦОЗА | Национален център по обществено здраве и анализи |
| НЗОК | Национална здравноосигурителна каса |
| ОДПЛР | Отделение за долекуване и продължителна рехабилитация |
| ППМИ | Пациенти, преживели мозъчен инсулт |
| ПС | Пирамидна система |
| РЗИ | Регионална здравна инспекция |
| РКМЕ | Регионална картотека на медицинската експертиза |
| РГ | Рехабилитационни грижи |
| РМ | Рехабилитационни мениджъри |
| СЗО | Световна здравна организация |
| САЩ | Съединени американски щати |

| | |
|--------------|---------------------------------------------------------|
| ТЕЛК | Териториална експертна лекарска комисия |
| УМБАЛ | Университетска многопрофилна болница за активно лечение |
| ХМИ | Хеморагичен мозъчен инсулт |
| ХП | Холистичен подход |
| ХВБСН | Хронична вертебро-базиларна съдова недостатъчност |
| ЧМН | Черепномозъчни нерви |

Въведение

*„Загубено злато може да се намери,
загубено време - никога.“
Китайска поговорка*

Мозъчният инсулт (МИ) е един от най-значимите медицински и социални проблеми на нашата съвременност, поради голямата разпространеност, водеща до тежка инвалидност и смърт. Тази тенденция се отнася не само до работоспособността на болния, но и до неговото семейство и цялото общество. Преживяемостта на пациентите след мозъчния инсулт (ППМИ) се увеличава с напредъка на медицинските технологии и предлагането на медико-социалните услуги. При ППМИ процентът на инвалидност достига 75% и повече в зависимост от вида, локализацията и тежестта на инсулта и придружаващите го заболявания. Това налага да се изследва и качеството на живот (КЖ) при тази уязвима група от обществото поради особената важност на тяхното ранно социално включване и реинтеграция.

Подобряването на здравето в смисъла на холистичната концепция е главната цел на рехабилитационните грижи (РГ) за своевременна преквалификация и връщане на ППМИ на пазара на труда. Съвременните методи за рехабилитация след мозъчния инсулт се представят с широк спектър от средства и методи, които научно са доказали своята ефективност. Те целят да подобрят КЖ на тези пациенти, възстановявайки в максимална степен настъпилите нарушения в здравето им.

Необходимо е РГ да се провеждат системно и продължително във времето, за да се постигнат търсените резултати. Високото качество на рехабилитационни грижи при инсултно болни пациенти (ИБП) изисква съставяне на специфична и строго индивидуална програма за всеки един от тях. Това е възможно при наличие на утвърдени модели, съобразени с клиничните етапи на възстановяване на ИБП, извършвани от подходящ екип от специалисти, подбрани съобразно индивидуалните потребности на всеки пациент.

I. Цел, задачи, хипотези, материал, методи и инструменти на изследването.

Цел: да се анализират предлаганите от здравната система възможности за рехабилитация на пациенти, преживели мозъчен инсулт и се разкрият възможностите за подобряване на тяхното качество на живот.

Задачи

1. Да се изследват наличните възможности за провеждане на рехабилитация при пациенти, преживели мозъчен инсулт (ППМИ);
2. Да се определи качеството на проведената рехабилитация при ППМИ;
3. Да се оцени качеството на живот на ППМИ, с определена степен на инвалидност в болнична, доболнична и домашна среда;
4. Да се оцени функционалното възстановяване на ППМИ чрез Brunnstrom test за хемипареза;
5. Да се направи сравнителен анализ на резултатите от собственото проучване относно качеството на живот и функционалното възстановяване на ППМИ с резултати от други аналогични проучвания;
6. Да се предложи модел за предоставяне на рехабилитационни грижи в домашни условия при ППМИ.

Изследваните хипотези са:

Хипотеза 1: наличните възможности за провеждане на рехабилитация не отговаря на потребностите на ППМИ.

Хипотеза 2: качеството на проведената рехабилитация при ППМИ е ниско.

Хипотеза 3: недостатъчните рехабилитационни грижи водят до ниско КЖ на ППМИ.

II. Материал, методи и инструменти на изследването

Материал на изследването - за постигане целта и задачите на работата са изследвани ППМИ с определена степен на инвалидност, живущи в област Варна и освидетелствани от Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св.Марина“ – Варна. Регистърът на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, включва пациенти, при които е:

- определена временна неработоспособност или степен на увреждане;
- определен процент трайно намалена работоспособност;
- постъпило запитване по други поводи от други заинтересовани страни;
- издадено частично експертно решение;
- ТЕЛК се е изказала по запитване на работодателя относно трудоспособността на лицето за изпълняваната от него длъжност.

Проучването е одобрено от Комисията по етика на научните изследвания (КЕНИ) към Медицински университет – Варна и проведено през периода месец септември 2014 – месец септември 2015 година.

Генералната съвкупност са всички пациенти, живущи в област Варна, преживели мозъчен инсулт за периода месец септември 2014 – месец септември 2015. Извадката включва 414 лица, която представлява 89,03% от всички пациенти, преминали през Обща ТЕЛК на УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна предвид критериите за включване и изключване. На територията на гр.Варна има три Общи ТЕЛК: една в УМБАЛ „Св. Марина“ и две в МБАЛ Св. Анна“. В извадката не са включени ППМИ, преминали през общите ТЕЛК на МБАЛ „ Св. Анна“ поради официален

отказ от Директора на РЗИ – Варна, по причина – липса на техническа възможност. След запознаване на участниците с целта, предстоящите процедури и очакваните резултати от изследването, в деня на подписване на информираното съгласие, анкетният инструментариум се предостави на участниците лично от докторанта на територията на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св. Марина“– Варна. За целта се предостави работен кабинет, където се проведе анкетното проучване и функционалният тест по Brunnstrom.

Критерии за включване в изследването:

1. Пациенти над 18 годишна възраст, които са преживели мозъчен инсулт:
 - с трайно намалена работоспособност или степен на увреждане;
 - с временна неработоспособност без определена степен на инвалидност;
 - с придружаващи заболявания от други органи и системи;
 - живущи в област Варна и са вписани в регистъра на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и РКМЕ – Варна.

Критерии за изключване от изследването:

1. Пациенти под 18 годишна възраст;
2. Пациенти, при които не е определена степен на инвалидност и временна неработоспособност;
3. Пациенти, при които поводът за освидетелстване е запитване до ТЕЛК от страна на работодателя относно трудоспособността на лицето за заеманата от него длъжност;

4. Пациенти, преживели мозъчен инсулт, които са неконтактни, в терминално състояние и/или са с органично разстройство на личността.

Етапи на проучването

1. Разработване на инструментариум за проучването.
2. Кандидатстване и получаване на разрешение за проучването от КЕНИ към МУ – Варна.
3. Среща с председателя на Обща ТЕЛК към УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна за обсъждане на плана на изследването.
4. Подбор на извадката и получаване на информирано съгласие (първичен контакт на докторанта с пациента в Обща ТЕЛК и получаване на информирано съгласие за участие в проучването).
5. Провеждане на анкетно проучване и Brunnstrom тест.
6. Анализ на резултатите.

Методи и инструменти на изследването

В проучването бяха използвани следните **методи**:

А) Документално-съдържателен анализ на нормативни актове и етични документи

Б) Социологически метод:

1. Анкетна карта за проучване качеството на проведената рехабилитация

Включва 14 въпроса, от които 10 са с един възможен отговор и 4 с възможност за повече от един отговор. Въпросите са разпределени в съответните групи за събиране на следната информация:

- социо-демографска характеристика;

- представата на пациентите за рехабилитация в сферата на медицинското обслужване;
- повод за прилагането на рехабилитационните грижи;
- място на провеждане на рехабилитация;
- време на провеждане на рехабилитация;
- препоръки за подобряване на РГ.

2. *Генеричен въпросник за оценка на качеството на живота (WHOQOL-BREF), валидиран за България през 1999 г. от В. Петков*

WHOQOL-BREF представя данните под формата на профил, като оценява всяка една от областите поотделно и дава обща оценка на КЖ (отделните области имат еднаква тежест). Всички въпроси се отнасят до последните две седмици, предхождащи изследването. Състои се от 26 въпроса, обединени в областите „телесна“, „психологична“, „отношения“ и „среда“. Въпросите са самооценъчни и може условно да се разделят на такива, които оценяват „обективни“ и „субективни“ преживявания, събития и поведения. Въпросникът е с добра надеждност, коефициентите алфа на Кронбах и „split-half“ метода са високи при всички изследвани групи, като резултатите съответстват на изследванията на А. Баноми и Д. Патрик (Vanomi et Patrick, 1997) и 15 WHOQOL центрове. Резултатите от изследване на надеждността на въпросника в различни държави варират от 0,66 до 0,87. Генеричният въпросник на СЗО (WHOQOL-BREF) е използван за изследване качеството на живота сред полиморбидния контингент в множество анкетни проучвания, включително от П. Манчева през 2005-2006 г. и 2010-2012 г. в Обща ТЕЛК на УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна (9, 10, 23).

Допълнителните критерии за избор на този въпросник за оценка на КЖ на ППМИ с определена степен на инвалидност бяха:

- ППМИ с придружаващи заболявания от други органи и системи (полиморбидни пациенти);
- въпросникът позволява да се извърши холистична оценка на КЖ;
- попълването на въпросника отнема малко време (около 10 мин.);
- оценяването се осъществява чрез формула:
 - област „телесна“:
 - $\{(5-F1_4)+(5F11_3)+F2_1+F9_1+F3_3+F10_3+F12_4\}$
 - област „психологична“:
 - $\{F4_1+F24_2+F5_3+F7_1+F6_3+(5-F8_1)\}$
 - област „отношения“:
 - $\{F13_3+F15_3+F14_4\}$
 - област „среда“:
 - $\{F16_1+F22_1+F18_1+F20_1+F21_1+F17_3+F19_3+F23_3\}$

Авторите приемат, че 4-те области имат еднаква тежест. Общата оценка на КЖ представлява сбор от четирите области.

- Формула за трансформиране на резултата към скала 0-100 за сравнимост на резултатите с други (подобни) проучвания
- е съобразен с културалните особености на българската популация.

В) Специфичен тест - Brunnstrom test

Brunnstrom test представлява специфичен тест за оценка на засегнатите крайници при хемипареза. Дава представа за двигателните възможности на болния в процеса на развитие на болестта и в хода на нейното лечение. Според авторката S. Brunnstrom слединсултните хемипарези преминават през 6-стадия на функционално възстановяване. Оценката по Brunnstrom test е по 6-степенна скала от 0 до 5:

- Степен 0 – липсва движение (диасхиза);
- Степен 1 – наченки на движение;
- Степен 2 – частично извършване на движението до 50%;
- Степен 3 – достигане до края на обема на движение но със затруднение;
- Степен 4 – движението е пълно но не както със здравия крайник;
- Степен 5 – движението е равно на здравия крайник.

Г) Статистически методи:

- параметрични методи за тестване на хипотези:
 - t-критерий на Student за оценка на връзка между две променливи величини;
 - дисперсионен (ANOVA) анализ за определяне на статистическа зависимост между повече от две променливи.
 - оценка на вътрешната съгласуваност за надежност на въпросниците – Кронбах Алфа
- непараметрични методи за тестване на хипотези:
 - χ^2 – анализ (χ^2) - за оценка на връзка между качествени променливи;

- корелационен анализ (Pearson's r и Spearman's ρ) - за изучаване на наличието и степента на зависимост между качествени и количествени променливи;

При обработка на данните е използван статистическия софтуерен пакет IBM SPSS for Windows, v.19.0.

III. Резултати от проведеното изследване и обсъждане

III.1. Описателна характеристика на пациентите, преживели мозъчен инсулт.

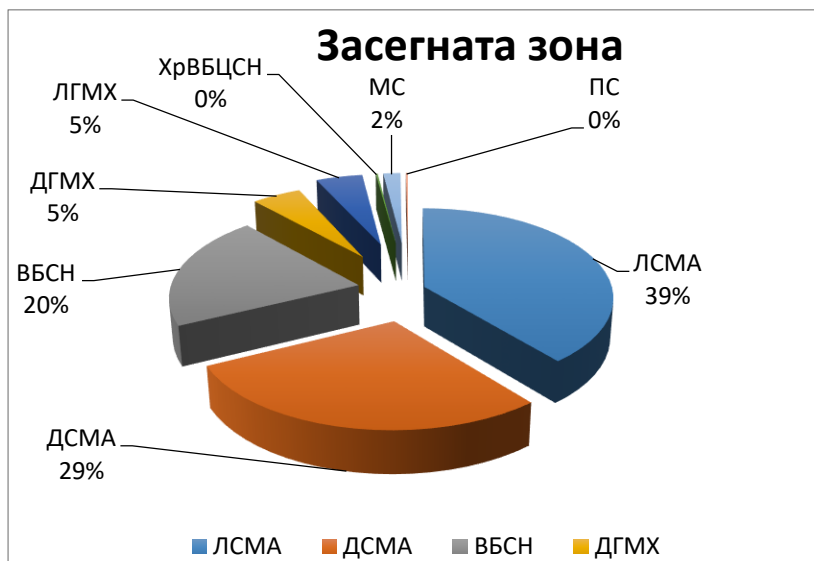
Изследването е проведено сред ППМИ с определена степен на инвалидност, живущи в област Варна в периода септември 2014 – септември 2015 г. и освидетелствани от Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна. Общият брой на пациентите, включени в проучването е 414, като в табл. 1 е показано тяхното разпределение по пол, възраст, местоживеене и образование.

Табл. 1. Социо-демографска характеристика на ППМИ, включени в изследването

| Показател | | Брой | % |
|--------------|-------------------|------|-------|
| Пол | Мъж | 253 | 61,10 |
| | Жена | 161 | 38,90 |
| Възраст | <65 | 288 | 69,60 |
| | ≥65 | 126 | 30,40 |
| Местоживеене | Град | 240 | 58,01 |
| | Малък град | 68 | 16,40 |
| | Село | 106 | 25,60 |
| Образование | Без образование | 1 | 0,2 |
| | Начално | - | - |
| | Основно | 35 | 8,50 |
| | Средно | 351 | 84,80 |
| | Полувисше и висше | 27 | 6,50 |

Резултатите показват, че преобладават мъжете (61,10%), лицата във възрастовата група над 65 години (69,60%), с градско местоживееие (58,01%) и със средно образование (84,80%). Средната възраст на респондентите е 62,3 г. \pm 9,95 г. (18÷86 г.).

Водещото място в разпределението на респондентите с МИ според засегнатата зона е със засягане на ляво-мозъчна хемисфера, следвани от тези със засегнатата дясно-мозъчна хемисфера фиг.1:



Фиг.1. Разпределение на респондентите с МИ според засегнатата зона на главния мозък

Не се установява статистически значима разлика в честотата на МИ по засегнатата зона между двете възрастовите групи под 65 год. и над 65 години ($\chi^2=7,5$;

$p=0,38$). Установява се обратна слаба статистически значима връзка между възрастта с вида инсулт и засегнатата мозъчна зона ($r=-1,43$; $p=0,004$).

III.2. Рехабилитационни грижи и осведоменост на пациенти с МИ

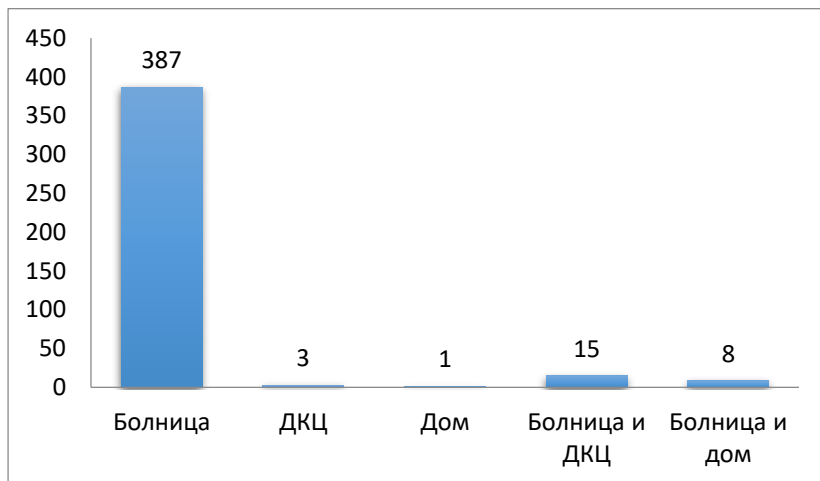
Резултатите, касаещи осведомеността на пациентите относно рехабилитацията в сферата на медицинското обслужване сочат, че 98,60% ($n=408$) от анкетиранияте са информирани относно дейностите в рехабилитацията, докато само 1,40% ($n=6$) посочват, че не са напълно наясно.

Абсолютно всички респонденти, преминали през ТЕЛК са ползвали рехабилитационни услуги, като основно целта на посещението при специалист е била възстановяване след настъпил мозъчно-съдов инцидент. Във всички случаи търсенето на рехабилитационни услуги е иницирано от самите лица, преживели мозъчния инсулт, но при 17,40% ($n=72$) от случаите, освен за лична полза, търсенето на този вид услуги е било породено и от появила се приятелска загриженост или на техен близък.

За постигане на оптимално възстановяване след МИ, не без значение е осъзнатата необходимост от търсене на възможности за провеждане на възстановителни занимания. Водещи в инициативата за предприемане на действия, насочени към намиране на форми за възстановяване са самите изследвани лица - 82,1% ($n=340$). Приблизително 1/5 от пациентите 17,9% ($n=74$) посочват, че важна роля в мотивацията за навременно предприемане на възстановителни мерки се явяват близки и приятели на пострадалите.

Преобладаващ е процентът на пациентите с МИ, които са ползвали рехабилитация в лечебното заведение, регламентирано в клиничните пътеки за лечение на МИ. Именно това показва високата препоръчителност на такива грижи от страна на лекуващите специалисти, а от друга, високото доверие за полезност от страна на търсещите такива услуги.

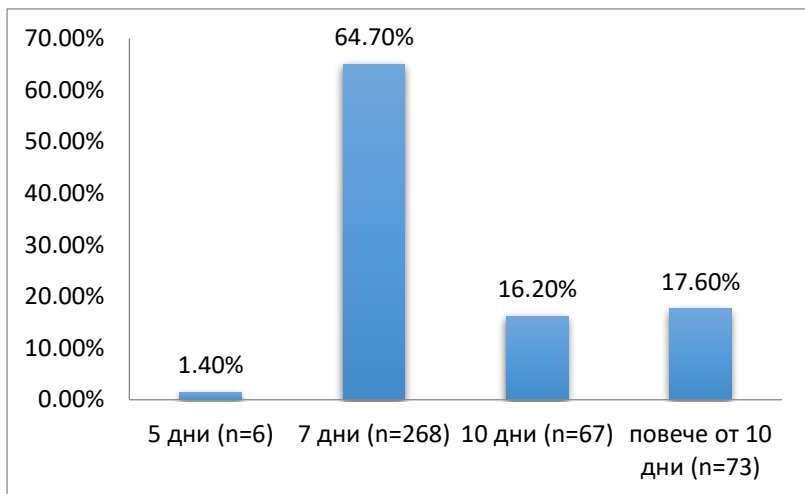
Сред изследваните лица, 93,50% (n=387) са провели рехабилитация в болнично заведение, 3,6% (n=15) са комбинирали болнична с доболнична рехабилитация, трима са разчитали на възможностите, които предоставя ДКЦ и само един се е позовал единствено на домашна работа със специалист (фиг.2.).



Фиг.2. Място на проведена рехабилитация

Резултатите, представени на фиг.3. показват, че преобладава относителният дял на хората, които са провели рехабилитация с продължителност 7 дни приблизително

65,00% (n=268), което показва, че тези лица са използвали дивидентите по настоящата КП.



Фиг.3. Продължителност на рехабилитацията

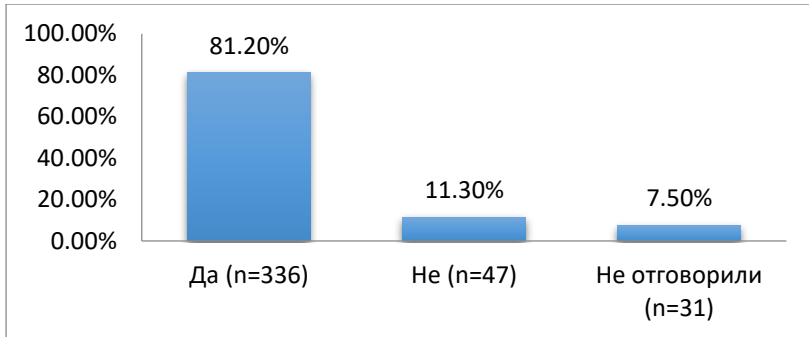
При пациенти, провели рехабилитация в продължение на 10 и повече дни имаме комбинация от услугите, полагащи се по КП и допълнителни услуги, предоставени чрез направление за ДКЦ или съчетани в домашни условия. В 90,80% (n=376) от респондентите посочват, че времето, за което са провели рехабилитационните процедури е недостатъчно. Положителен отговор дават едва 8,20% (n=34), а по-малко от процент не са взели отношение по въпроса. Над $\frac{3}{4}$ препоръчват продължителността на възстановителните процедури да бъде между 20 и 30 дни/годишно (70,80%; n=293), визирайки болнична среда.



Фиг.4. Мнение на пациентите за продължителност на рехабилитацията

От лицата, които са предложили продължителността на възстановителния период да бъде повече от 30 дни годишно (7,50%; n=31), основната част от тях са посочили 40 дневната продължителност, като не липсват и такива, които предлагат тя да е 50 дни. Едва 14,00 % (n=58) предлагат време, адекватно в настоящето (фиг. 4).

От взелите участие в изследването 81,20% (n=336) предпочитат домът им да се посещава от специалист в областта, който да извършва назначените от лекар специалист по физикална и рехабилитационна медицина процедури. Отрицателен отговор по лични предубеждения са дали едва 11,30% (n=47) (фиг. 5):



Фиг.5. Посещение в дома от физиотерапевт

Основна цел на РГ след инсулт е възстановяване на възможно най-голяма независимост на пациента чрез подобряване на физическите, умствените и емоционалните функции. Това следва да бъде направено по начин, който запазва човешкото достойнство. Ако пациентите са медицински стабилни, рехабилитацията може да започне в рамките на ден след инсулта и трябва да продължи след изписване от болницата, ако е необходимо. За други, рехабилитацията може да се осъществи в продължение на месеци или години по-късно. Тъй като здравните системи се развиват в отговор на усилията за реформа в здравеопазването, рехабилитацията често се считат за скъпо „перо“, което трябва да бъде „подрязано“, но без да се отчита тяхното клинично въздействие и способността им за намаляване на риска от повторна заболяемост.

Предоставяне на всеобхватни програми за рехабилитация с подходящи ресурси, доза и продължителност се превръща все повече в основен аспект на грижата за ППМИ. В тази връзка, American Heart Association/American Stroke Association препоръчват широк

набор от медицински и здравни услуги за ППМИ с налична здравна осигуреност. Информацията, представена на табл. 2 показва разликите в организацията и осигуреността на РГ при ППМИ.

Табл. 2. Структурна и организационна характеристика за лечение и рехабилитация на ППМИ в БГ и САЩ при налична здравна осигуреност

| Видове структури | Продължителност на престой в България | Продължителност на престоя в САЩ |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Болнично заведение за активно лечение | 3-5 дни | 4 -7 дни |
| Лечебно заведение за рехабилитация | 2 x 7 дни през първите 2 години от МИ | 8-30 дни |
| Болница за дългосрочни грижи (БПЛР, ОДПЛР) | 7 дни | 25 дни задължителен среден престой |
| Специализиран медицински център | 10 дни - Броят (x 10) е вариabilен | максимум 100 дни |
| Дългосрочни грижи (старчески дом) | Вариabilно | Колкото е необходимо |
| Предоставяне на грижи в дома на пациента (домашна здравна служба) | 0 | 60-дневен курс Възможност за удължаване |
| Извънболнична служба (кабинети за домашна грижа) | 0 | 5-30 дни |
| Общо | ≈ 29 | ≈ 253 |

Значително различие в посока на организацията се явява липсата на регламентирана домашна грижа (домашна рехабилитация) за осигурените лица преживели МИ в БГ, за

разлика от тези в САЩ. В подкрепа на такава необходимост нашите респонденти (n=336) насърчават присъствието на рехабилитационен специалист в дома. Относно осигуреността, ранните рехабилитационни мероприятия в лечебни заведения са 4-ри пъти повече в САЩ отколкото в Р България. Мнението на нашите респонденти във връзка с продължителността на рехабилитационните процедури изключително се доближава до възможностите, предоставяни в Америка. Съществена е разлика в общото време (в дни) за провеждане на РГ, съответно ≈ 29 за здравно осигурени български граждани към ≈ 253 дни за здравно осигурени американски граждани. Ефективността на продължителните грижи в САЩ се гарантира и от присъствието на рехабилитационни мениджъри (РМ) в системата на здравеопазването. Тяхна задача е да оценят двигателните потребности и психосоциалните проблеми на пациенти с МИ. Вероятно отсъствието на РМ и кратката рехабилитационна подсигуреност на ППМИ е причина Р България да се нарежда сред страните с най-висок процент на инвалидност и степен на увреждане.

Резултатите от нашето изследване потвърждават Хипотеза 1, че наличните възможности за провеждане на рехабилитация не отговаря на потребностите на ППМИ. Това се установява от получените резултати относно възможностите (по-малко от 4 % са пациентите, които са комбинирали възможностите за рехабилитационни грижи), за времето на провеждане (90,80 % посочват, че времето е недостатъчно) и препоръчаната продължителност на рехабилитационните грижи (над 2/3 препоръчват продължителност 20-30 дни годишно).

III.3. Оценка на качеството на живот на пациенти, преживели мозъчен инсулт

При направения дескриптивен анализ на самооценката за КЖ по отделни области и общо при ППМИ се установи, че средната стойност е приблизително равна на тази, получена при средната оценка на въпросника според приетите за стандарт условия. Впечатление прави, че горната граница на оценката е значително по-ниска в сравнение с описаните граници на въпросника (табл. 3). Това показва, че в нашата извадка пациентите с мозъчен инсулт се характеризират с ниско КЖ.

Табл. 3. Дескриптивен анализ на самооценката за КЖ по отделни области при ППМИ

| | Оценка област телесна | Оценка област психоло- гична | Оценка област отноше- ния | Оценка обла среда | Обща оценка |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------|
| Брой | 414 | 414 | 414 | 414 | 414 |
| Ср. аритм. | 15,66 | 16,33 | 9,35 | 22,91 | 64,26 |
| Станд.грешка на ср. аритм. | 0,183 | 0,149 | 0,058 | 0,128 | 0,453 |
| Медиана | 16 | 17 | 10 | 23 | 66 |
| Мода | 16 | 18 | 10 | 23 | 66 |
| Станд. откл. (±) | 3,720 | 3,037 | 1,188 | 2,603 | 9,213 |
| Ранг | 19 | 15 | 7 | 14 | 49 |
| Minimum | 7 | 8 | 6 | 15 | 38 |
| Maximum | 26 | 23 | 13 | 29 | 87 |

От резултатите, представени на табл.4 се вижда, че общата оценка за КЖ показва условно средно ниво на качеството на живот ($64,26 \pm 9,2$).

Табл. 4. Сравнителна характеристика на резултатите между собственото проучване и други автори

| | | Оценка "област телесна" | Оценка "област психологична" | Оценка "област отношения" | Оценка "област среда" | Обща оценка |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------|
| Собствено проучване, 2015 (n=414) | | 15,66 $\pm 3,72$ | 16,33 $\pm 3,04$ | 9,35 $\pm 1,19$ | 22,91 $\pm 2,60$ | 64,26 $\pm 9,21$ |
| К. Piravej, et al., 2014 (n= 207) | < 1 мес. преди рехаб. | 18,26 $\pm 3,76$ | 18,28 $\pm 3,80$ | 9,53 $\pm 2,14$ | 24,18 $\pm 4,26$ | 70,25 $\pm 11,64$ |
| | < 1 мес. след рехаб. | 22,05 $\pm 3,68$ | 21,03 $\pm 3,43$ | 10,13 $\pm 2,02$ | 26,90 $\pm 4,07$ | 80,11 $\pm 10,55$ |
| | > 1 мес. преди рехаб. | 18,29 $\pm 3,71$ | 18,08 $\pm 3,75$ | 8,62 $\pm 2,33$ | 24,75 $\pm 4,16$ | 69,74 $\pm 10,51$ |
| | > 1 мес. след рехаб. | 21,24 $\pm 3,61$ | 19,91 $\pm 3,60$ | 9,38 $\pm 2,02$ | 25,69 $\pm 3,95$ | 76,22 $\pm 10,29$ |
| L. Brajković et al., 2009 (n= 60) | Без здр. грижи | 17,2 $\pm 5,0$ | 16,3 $\pm 4,0$ | 8,3 $\pm 1,7$ | 24,0 $\pm 6,1$ | 59,3 $\pm 17,3$ |
| | Със здр. грижи мин. 9 мес. | 28,5 $\pm 3,25$ | 22,3 $\pm 3,7$ | 11,4 $\pm 1,6$ | 32,8 $\pm 4,6$ | 78,7 $\pm 12,8$ |

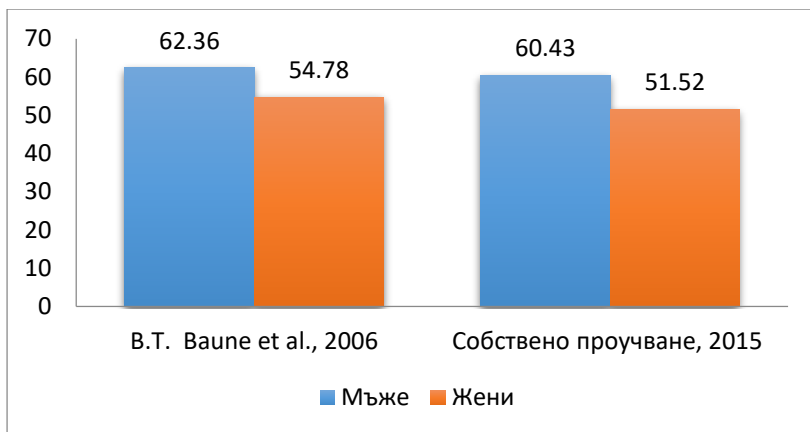
Сравнителната характеристика на резултатите от собственото проучване и това на други автори показва, че пациентите в Българската извадка имат качество на живот, доближаващо се до това на пациентите, при които не е била проведена рехабилитация или не са им предоставени необходимите здравни грижи (съответно $64,26 \pm 9,21$ – собствено проучване към $59,3 \pm 17,3$ - L. Brajković et al, 2009). Резултатите от изследването показват, че с най-добро качество на живота са пациентите, които са имали минимум 9 месеца здравни грижи, съответстващи на индивидуалните им потребности (Общо КЖ $78,7 \pm 12,8$).

На таб. 5 са представени резултатите от сравнителната характеристика на самооценката по отделните области на КЖ по пол между пациентите от нашата извадка и тези, описани от други автори. Резултатите показват общата тенденция, че мъжете дават по-висока оценка на качеството си на живота, както в българското изследване, така и в изследванията на авторските колективи от Босна и Херцеговина (A. Zalihić et al., 2010) и Германия (B.T. Vaune et al., 2006). С най-добри оценки с изключение на област „среда“ и област „психологична“ са пациентите, изследвани от B.T. Vaune et al. в Германия. В тези области най-високи резултати и при двата пола имат пациентите от нашето проучване.

Табл. 5. Сравнителна характеристика на резултатите от самооценката по области и пол между собственото проучване и други автори

| | | Собствено проучване, 2015 (n=414) | A. Zalic et al., 2010 (n=101) | B.T. Baune et al., 2006 (n=336) |
|-------------------------------------|------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Оценка "област телесна" | мъже | 51,06 | 47,0 | 61,99 |
| | жени | 45,47 | 40,3 | 55,25 |
| Оценка "област психологична" | мъже | 65,62 | 53,3 | 61,09 |
| | жени | 53,40 | 46,7 | 51,9 |
| Оценка "област отношения" | мъже | 48,82 | 60,7 | 68,15 |
| | жени | 46,43 | 63,3 | 60,59 |
| Оценка "област среда" | мъже | 61,23 | 55,8 | 60,35 |
| | жени | 55,93 | 52,6 | 52,33 |
| Обща оценка | мъже | 60,43 | - | 62,36 |
| | жени | 51,52 | - | 54,78 |

Общата оценка за КЖ е по-висока в немската извадка, но разликата при мъжете е по-малка (62,36 към 60,43 за българските пациенти) в сравнение с тази при жените (54,78 към 51,52 за българските пациенти) - фиг. 5:



Фиг. 5. Сравнителна характеристика на резултатите за общата оценка за КЖ според пола

На табл. 6 е представен дескриптивният и сравнителен анализ на самооценката за качество на живот по отделни области при пациентите с МИ под и над 65 г. При извършения сравнителен анализ се установява статистически значимост в самооценката за качеството на живот – по области и като цяло, между респондентите от двете възрастови групи - под и над 65 години ($p < 0,05$). Възрастовата група под 65 г. се отличава с по-висока обща оценка на качеството на живот - 65,47. При пациентите във възрастовата група над 65 години тази оценка е по-ниска - 61,48, за сметка на област „телесна“, което е логичен резултат, предвид множеството хронични заболявания, характерни за тази възраст.

Табл. 6. Дескриптивен и сравнителен анализ на самооценката за качество на живот по отделни области при пациентите с МИ под и над 65 г.

| | | Оценка област "телесна" | Оценка област "психологична" | Оценка област "отношения" | Оценка област "среда" | Обща оценка |
|------------------|---------|----------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------|
| Брой | < 65 г. | | | | | |
| | ≥ 65 г. | | | | | |
| Средна аритм. | < 65 г. | | | | | |
| | ≥ 65 г. | | | | | |
| Станд. грешка | < 65 г. | | | | | |
| | ≥ 65 г. | | | | | |
| Станд. откл. | < 65 г. | | | | | |
| | ≥ 65 г. | | | | | |
| | < 65 г. | | | | | |
| | ≥ 65 г. | | | | | |
| | < 65 г. | | | | | |
| | ≥ 65 г. | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

При възрастните полиморбидни пациенти е често явление екзацерирането на заболяванията и трудното им влизане в ремисия, което неизбежно би се отразило на самооценката на качеството на техния живот в частта област „телесна“.

В останалите области – „психологична“, „отношения“ и „среда“ не се наблюдават съществени различия при двете възрастови групи. Вероятно инвалидността се приема по-лесно психологически от пациентите над 65 години на фона на сигурния доход от пенсията по осигурителен стаж и възраст. Пенсионният статус дава в голяма степен социална сигурност на тези лица за да не търсят работно място на всяка цена и на тях не им се налага да възвърнат работоспособността си за труд, както е при пациентите от 16 до 65 години.

Проведените анализи и сравнителни характеристики с други изследвания потвърждават твърдението в Хипотеза 3, че недостатъчните рехабилитационни грижи водят до ниско КЖ на ППМИ. Сравнени резултатите в нашето проучване с тези на други автори показват, че самооценката за КЖ в нашата извадка се доближава до тази на пациенти от други извадки, които не са провеждали рехабилитация или предоставените грижи не са били достатъчни.

III. 4. Надеждност на WHOQOL-BREF при пациенти, преживели мозъчен инсулт

WHOQOL-BREF предоставя надеждна и валидна оценка на качеството на живот. Областите, които въпросникът обхваща със сравнително малко въпроси (26 въпроса) дава възможност за кратко време да се получи полезна информация за ефективността на прилаганите рехабилитационни грижи. WHOQOL-BREF се използва за дългосрочно проследяване на измененията в самооценката КЖ на ППМИ. Според Института за научни изследвания и

обучение на докторанти към Университета по библиотекознание и информационни технологии класификацията на коефициента Алфа на Кронбах е:

- 0,9 – 1,0 – Отлична
- 0,8 – 0,9 – Много добра
- 0,7 – 0,8 – Добра за практически цели
- 0,6 – 0,7 – Слаба
- 0,6 и надолу – Недостатъчна

Резултатите от проведени изследвания с този инструмент в 23 страни и повече от 11 000 респондента доказват, че надеждността на вътрешната съгласуваност на въпросника е много добра, като средната оценка за област „телесна“ е 0,82, за област „психологична“ е 0,81 и за област „среда“ – 0,80. Област „отношения“ показва скромна надеждност – 0,68 (183). При тестване на самооценката за КЖ в нашето проучване се установява много добра надеждност на вътрешната съгласуваност на WHOQOL-BREF – 26 ITM: Cronbach's $\alpha=0,83$ ($F=490,4$; $p<0,0001$). Други автори също доказват висока надеждност на използвания въпросник при изследване на КЖ при ППМИ – 0,79 в Испания, 0,81 в Индия, 0,83 в Хърватска и 0,84 в Корея W. Kim et al. (2013) изследват и коефициента на вътрешна корелация, като установяват вариране от 0,539 до 0,717. Най-висока зависимост авторите установяват между област „телесна“ и област „психологична“ (0,717), а най-ниска между област „телесна“ и област „отношения“ (0,539).

В нашето изследване най-висока вътрешна корелация беше установена между област „телесна“ и област „среда“ (0,93) и между област „психологична“ и област „телесна“ (0,85). Резултатите от проведените

анализи за надеждност на въпросника и вътрешната корелация между отделните области, както и сравнението с резултатите на другите автори ни дават основание да приемем, че използваният от нас инструмент се характеризира с висока надеждност на получената информация и е подходящ за целите на научното изследване.

III. 5. Оценка на функционалното възстановяване на ППМИ чрез Brunnstrom test за хемипареза

На фиг. 6 е показана средната оценка по Brunnstrom за горен и долен крайник, при която се установи наличието на значима разлика между горния и долен крайник ($t=5,82$ $p < 0,05$), като пациентите имат по-голям двигателен дефицит в горния крайник:



Фиг. 6. Средна оценка по Brunnstrom на горен и долен крайник (n=414)

За да проверим нивото на рехабилитационната успеваемост на нашите пациенти с МИ, направихме сравнение и с проучване на други автори, които са изследвали изменението в средната оценка по Brunnstrom

един месец преди и след рехабилитация и повече от един месец преди и след рехабилитация - табл.7:

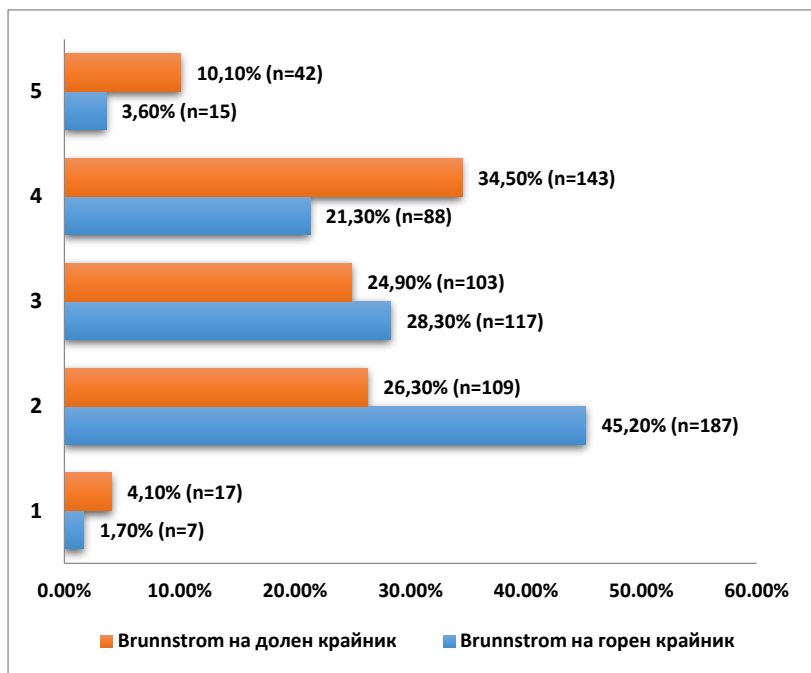
Табл. 7. Сравнителен анализ на средната оценка по Brunnstrom на горен и долен крайник

| Време от настъпване на МСИ до започване на рехабилитация | Собствено проучване, 2015 (n=414) | К. Piravej et all., 2014 (n=207) | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------|
| | | Преди | След |
| Горен крайник | | | |
| < 1 мес. | - | 2,96 (1,75) | 3,68 (1,71) |
| ≥ 1 мес. | 2,80 (0,92) | 2,91 (1,58) | 3,33 (1,60) |
| Долен крайник | | | |
| < 1 мес. | - | 3,23 (1,48) | 4,13 (1,38) |
| ≥ 1 мес. | 3,20 (1,07) | 2,85 (1,29) | 3,55 (1,40) |

Предвид факта, че в нашето изследване не е правена оценка по Brunnstrom на горен и долен крайник преди започването на рехабилитация си позволяваме да сравним резултата с цел да определим успеваемостта на проведената рехабилитация със тази, описана от К. Piravej et all., които са провели проучването в Банкок (Тайланд). В проучването си авторите разделят пациентите на две групи. Първата група е съставена от пациенти, на които е проведена рехабилитация до 1 мес. след МС инцидент. Втората група включва пациенти, на които е проведена рехабилитация 1 мес. след инцидента. Анализът показват, че двигателното

състояние на горен крайник на нашите пациенти се характеризира със средна стойност значително по-ниска от тази на пациентите в другото изследване след проведена рехабилитация (съответно 2,80 към 3,33). Интересен факт е, че средната оценка в нашето проучване е по-ниска дори от тази преди провеждането на рехабилитация за пациенти, претърпели МИ и получили рехабилитация повече от един месец от настъпване на инцидента. По отношение на долния крайник, общата картина не се различава съществено от тази на горен крайник. Може да се каже, че средната оценка в нашата извадка се доближава до средната оценка след проведена рехабилитация в другото проучване, като остава по-ниска (съответно 3,20 към 3,55). При оценка на резултатите от проучването на K. Piravej et all. стигнахме до извода, че колкото по-рано се въведе рехабилитацията, толкова по-добри резултати се постигат относно запазването и подобряването на двигателните възможности. При проведения сравнителен анализ на разпределението на пациентите, според оценката по Brunstrom на горен и долен крайник, беше намерена статистически значима разлика ($\chi^2=51,49$ $p < 0,01$), като в оценките 2 (за горен крайник 187 пациенти, а за долен крайник – 109 пациенти) и 3 (за горен крайник 117 пациенти, а за долен крайник – 103 пациенти) преобладават пациенти с по-големи двигателни дефицити на горния крайник. Тези резултати показват, че в нашата извадка основен проблем при пациентите са по-изразените двигателни дефицити в горните крайници. В оценка 4, която описва значително малък дефицит по отношение на здравия крайник преобладават оценките за долен крайник ($n=143$), като тенденцията се запазва и в оценка 5, където броят на

пациентите без двигателни дефицити за долен крайник е 42 (фиг. 7):



Фиг. 7. Относителен дял на оценката по Brunnstrom за горен и долен крайник

Прави впечатление, че без двигателен дефицит за горен крайник са едва 3,60 % (n=15) от извадката. Подобни ниски резултати са отчетени и в групата на пациентите с оценка 1, която характеризира най-големите двигателни дефицити, където се наблюдава превес на пациентите с дефицити в долния крайник (4,10 %, n=17) въпреки ниския относителен дял.

На табл. 8 са представени корелационните коефициенти на оценките по Brunnstrom за горен и долен

крайник и оценката на качеството за живот - общо и по области.

Табл. 8. Корелационен анализ на оценките по Brunnstrom за горен и долен крайник с оценката на качеството за живот (общо и по области)

| | | Обща оценка | Оценка област „телесна“ | Оценка област „психологична“ | Оценка област „отношения“ | Оценка област „среда“ |
|------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Brunnstrom горен крайник | Pearson Correlation | 0,615** | 0,661** | 0,559** | 0,397** | 0,399** |
| | p | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 |
| | Брой | 414 | 414 | 414 | 414 | 414 |
| Brunnstrom долен крайник | Pearson Correlation | 0,720** | 0,758** | 0,665** | 0,470** | 0,475** |
| | p | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 |
| | Брой | 414 | 414 | 414 | 414 | 414 |

Резултатите показват наличието на разлика в коефициентите, като за долен крайник се отличават с по-високи стойности. В общата оценка на КЖ се установи правопрпорционална значителна корелация с оценките по Brunnstrom както за горен, така и за долен крайник. Според коефициента на детерминация можем да кажем, че по отношение на горен крайник измененията в оценката по

Brunnstrom в 37,82 % водят до изменения в общата оценка за КЖ, съответно за долен крайник е 51,84 %. При положителна корелация можем да твърдим, че в 37,82 % и 51,84 % повишаването на оценката по Brunnstrom ще доведе до повишаване в общата оценка за КЖ. Установената корелационна зависимост в област „телесна“ с оценките по Brunnstrom за горен и долен крайник е значителна и правопрпорционална, т.е. колкото по-добри са оценките на двата крайника, толкова по-добро е КЖ в тази област.

Логично е корелационните коефициенти да са най-високи именно в тази област, защото по Brunnstrom се оценява двигателната активност, която е пряко свързана с област „телесна“. Този резултат се потвърждава и от коефициентите за детерминация, 43,69 % за горен крайник и 57,46 % за долен крайник. Според получените коефициенти на корелация и детерминация, приблизително 50 % от повишаването на оценката в област „телесна“ се дължи на по-високите оценки по Brunnstrom. Област „психологична“ е втората област от КЖ, при която се установи правопрпорционална значителна зависимост между самооценката за КЖ и оценките по Brunnstrom, като тук вече се наблюдава тенденция към спадане на силата на взаимовръзката между двете оценки. Въпреки това коефициентите на детерминация показват, че 31,25 % от измененията в оценката за КЖ в тази област се дължат на подобряването на двигателната активност на горен крайник, като за долен крайник са 44,22 %. В област „среда“ вече се установява правопрпорционална умерена зависимост между самооценката за КЖ и оценките по Brunnstrom. В тази област коефициентите на детерминация са значително по-ниски в сравнение с тези в предходните две области,

съответно 15,92 % за горен крайник и 22,56 % за долен крайник. Област „отношения“ е областта с най-нисък корелационен коефициент, въпреки че установената зависимост е правопрпорционална умерена. Коефициентът на детерминация е 15,76 % за горен крайник и 22,09 % за долен крайник. Тези две области са с най-ниски корелационни коефициенти поради факта, че са най-слабо засегнати от оценката на двигателната активност, но въпреки това влиянието на двигателните дефицити се установява в приблизително 15-20 % от случите.

Изследването на двигателната активност на горен и долен крайник и сравняването на резултатите с тези на други автори ни показва, че нашите пациенти дори и след проведената рехабилитация имат по-ниска двигателна активност от тази на пациентите с ПМИ от другите извадки, при които е била проведена рехабилитация. Тези резултати ни дават основание да приемем твърдението на Хипотеза 2, че качеството на проведената рехабилитация при ППМИ е ниско.

IV. Обобщение

Като многоизмерна концепция, оценката на КЖ не може да се ограничи до оценката на постигнатите резултати с лечението и медицинските интервенции, а по-скоро трябва да се обхване въздействието на болестта и лечението върху различните измерения на индивида. Застаряването на населението и засягането на пациенти от все по-млади възрастови групи са едни от причините за увеличаващата се честота на МИ в света. Според Phipps, приблизително 60% до 70% от инсултите се наблюдават при лица над 65-

годишна възраст. В настоящото проучване средната възраст на пациентите се доближава до резултатите, обявени от другите автори – 62,3 г., преобладават мъжете (61,10 %), лицата над 65 г. (69,60 %), градското местоживеене (58,01 %) и средното образование (84,80 %). Различните проучвания показват, че около 15% до 25% от МИ са хеморагични и 75% до 85% са исхемични. Честотата на ИМИ в нашето проучване е малко по-висока.

При около $\frac{3}{4}$ (72,70 %) от изследваните пациенти МИ е водещо заболяване, като ЛСМА (39,0 %) и ДСМА (29,0 %) са най-често засегнатите зони.

Много от пациентите с МИ умират незабавно или в следващите месеци поради усложнения, свързани със заболяването. Психичните разстройства, като депресия също могат да се появят, въпреки че тяхната етиология все още е неясна. Въпреки това, физическата зависимост е най-тревожна за пациента и близките му поради промените в ежедневието. Проучванията показват, че за повечето хора с физически увреждания се грижат членовете на семейството им. От друга страна, хората, които се грижат за тях, играят ключова роля в непрекъснатостта на грижите, допринасяйки за процеса на адаптиране към новото състояние на живота и следователно, към тяхното КЖ. Резултатите, касаещи осведомеността на пациентите относно рехабилитацията в сферата на медицинското обслужване сочат, че 98,60% (n=408) от анкетираните са информирани относно дейностите в рехабилитацията, докато само 1,40% (n=6) посочват, че не са напълно наясно. Абсолютно всички респонденти, преминали през ТЕЛК са ползвали рехабилитационни услуги, като основно целта на посещението при специалист е била възстановяване след

настъпил съдово-мозъчен инцидент. Преобладаващ процент от пациентите с МИ, които са ползвали рехабилитация са основно в лечебното заведение, което е регламентирано в клиничните пътеки за лечение на МИ. Сред изследваните лица 93,50% (n=387) са провели рехабилитация в болнично заведение, 3,6% (n=15) са комбинирали болнична с доболнична рехабилитация, трима са разчитали на възможностите, които предоставя ДКЦ и само един се е позовал единствено на домашна работа със специалист. Преобладава относителният дял на хората, които са провели рехабилитация с продължителност 7 дни приблизително 65,00% (n=268), което показва, че тези лица са използвали дивидентите по настоящата КП. В 90,80% (n=376) от респондентите посочват, че времето, за което са провели рехабилитационните процедури е недостатъчно. Над $\frac{3}{4}$ препоръчват продължителността на РГ да бъде между 20 и 30 дни/годишно (70,80%; n=293), визирайки болнична среда. Лицата, преживели МИ предпочитат провеждането на комплексната рехабилитация да бъде основно в болнично заведение (93,50 %). Повечето респонденти оценяват качеството си на живот като „нито лошо, нито добро“, а като лошо резултатите варират от 37,20 % до 48,40 %. Общата самооценка за КЖ показва условно средно ниво на КЖ – 64,26. Приблизително 2/3 от извадката са посочили, че не са удовлетворени от здравето си след мозъчно-съдов инцидент. Сравнителната характеристика на резултатите от собственото проучване и това на други автори показва, че пациентите в Българската извадка имат КЖ, доближаващо се до това на пациентите, при които не е била проведена рехабилитация или не са им предоставени необходимите здравни грижи (съответно

64,26 ± 9,21 – собствено проучване към 59,3 ± 17,3 - L. Brajković et al, 2009).

При направения сравнителен анализ не се установява статистическа зависимост в самооценката за КЖ – по области и като цяло, между двата пола ($p>0,05$), но резултатите показват общата тенденция, че мъжете имат по-добро КЖ, както в българското изследване, така и в изследванията на авторските колективи от Босна и Херцеговина (A. Zalihić et al., 2010) и Германия (B.T. Vaune et al., 2006). При извършения сравнителен анализ се установява статистическа значимост в самооценката за КЖ – по области и като цяло, между респондентите от двете възрастови групи под и над 65 години ($p<0,05$). Възрастовата група под 65 г. се отличава с по-висока самооценка за КЖ. Резултатите от извършения дисперсионен анализ на самооценката за КЖ според образователната степен на респондентите не показаха наличието на съществена разлика нито в общата самооценка за КЖ, нито в отделните области. Въпреки че не се установява статистически значима разлика в самооценката за КЖ – по области и като цяло, между респондентите по вид преживян МИ ($p>0,05$), може да се каже, че пациентите с ИМИ имат малко по-добро КЖ в сравнение с тези с ХМИ. Това потвърждава вече известната теза, че хеморагичните мозъчни инсулти се отличават с по-голяма тежест в двигателните дефицити, което дава своето отражение върху самооценката за КЖ.

С най-добро КЖ са пациентите със засягане във ВБС (67,06), докато пациентите със засегната ЛГМХ са с най-ниско КЖ (60,37). Вероятно това се дължи на последвалите двигателни дефицити на дясната половина на тялото, което

предполага, че в по-голяма част от пациентите дясната страна е доминантна по отношение на извършване на ДЕЖ. Изследването на риска от дефицит в обема на движенията и загубата на мускулната сила показва по-високи стойности при засягане на горен крайник, като вероятността за настъпване на негативната тенденция е между 75 и 82 %. От друга страна, правопрпорционалната значителната корелационна зависимост между Brunnstrom и областите „телесна“ и „психологична“ показват връзката между обективната оценка на терапевта и субективната самооценка на пациента. Резултатите от анализа показват, че над 50 % от измененията в посока повишаване на самооценката в „област телесна“ и около 40 % в „област психологична“ на КЖ се дължат на по-високите оценки по Brunnstrom. След изнесеното обобщение, като основен извод може да се направи, че ППМИ, които са получили навременни и продължителни РГ имат КЖ значително по-високо от останалите, което доведе до необходимост от предлагане на *мултидисциплинарен екип и модел за предоставяне на рехабилитационни грижи в домашни условия при ППМИ.*

Модел за предоставяне на рехабилитационни грижи в домашни условия.

За удовлетворяване потребностите на населението от рехабилитационни грижи предлагаме **модел, с цел предоставяне на дългосрочни рехабилитационни грижи** изобразен на фиг. 8. Този модел позволява успешно да се обслужат пациенти, които са силно зависими поради тежки нервно-мускулни и функционални дефицити, или такива в отдалечени райони при които липсват здравни заведения и специалисти, като подобри ефективността на здравната и

социална система. **При разработване на модела** е използвана логиката на процесно-ориентирания подход, основаващ се на факторите, ограничаващи достъпа до рехабилитационни грижи в процеса на възстановяване и постигане на удовлетвореност при нарастващите нужди сред населението с МСИ. В основата на този подход стои стремежът за оптимално използване на рехабилитационните ресурси, а главната цел е задоволяване нуждите на силно зависимите пациенти и положително повлияване на качеството им на живот.

Предназначението на модела е да се представи мястото на рехабилитационни грижи в дома при съществуващи ограничения. Очакваните резултатите от неговото приложение се свързват с подобряване на КЖ и подсигуряване на продължителни и достъпни възстановителни възможности, като по този начин ще се намали неравнопоставеността сред населението, живеещо в отдалечени населени места и такива, които са силно зависими и не могат да се възползват от наличните възможности за РГ.

Идеята на модела е да подобри КЖ на ППМИ, свеждайки до минимум съществуващата неравнопоставеност в достъпа до РГ.

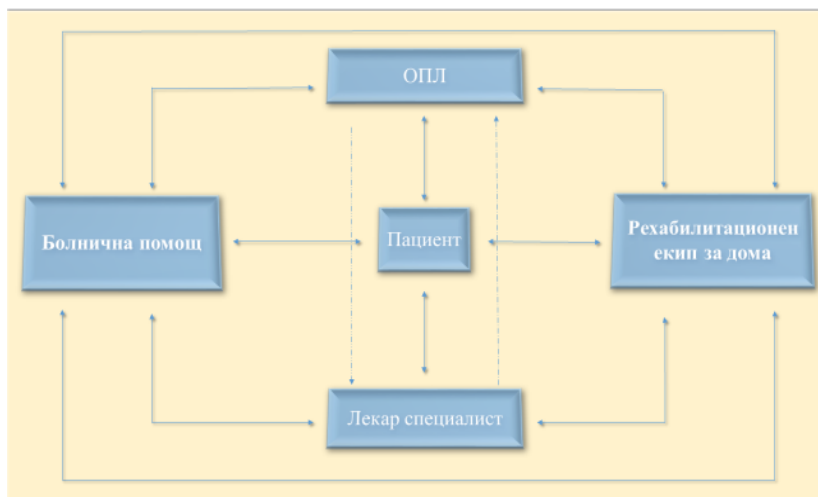
Факторите, които обуславят създаването на модела са свързани с ограниченията в достъпа на РГ, като основно те се свеждат до човешките, материалните, териториалните и финансови ресурси. Приложението му зависи основно от наличието на рехабилитационни специалисти, медицинска техника и оборудване, поради което в случая се явяват като следствие от разпределението на човешките и материалните ресурси. Достъпът до информация трябва да бъде

универсален за всички, които имат нужда от нея. Финансовите ресурси имат отношение към достъпа до рехабилитационни услуги (осигурени, неосигурени, доходност, безработица и др.), равнището на бедност също оказва въздействие. Териториалните фактори са свързани със състоянието на пътната инфраструктура и транспортните връзки. Към човешките фактори спадат демографските особености на областта - броят на населението, възрастовата структура на населението и относителният дял на застаряващото население и необходимостта от разпределение на специалистите.

За приложението на модела е необходимо да се има предвид, че идеята е как при определени ограничения на наличните ресурси да се създаде възможност, която да намали до минимум съществуващите неравенства. Неговото предназначение не е да определи критерии за достатъчност на ресурсите (т.е. той не определя колко човешки, материални и финансови ресурси са необходими), а показва начина по който ще бъдат предоставени услугите.

В центъра на модела е поставен пациентът, а предоставянето на РГ от рехабилитационен екип цели удовлетворяване на неговите потребности, следвайки съвременните европейски и световни тенденции. Разработеният модел е приложим във всяка здравна област независимо от географските особености. В следствие на концептуалния си характер моделът може лесно да бъде адаптиран при промени в здравната, социалната и правната система. Той може да се реализира като пилотен проект на

общинско ниво в Област Варна. При доказване на неговата ефективност могат да се предприемат стъпки за реализиране на национално ниво (фиг.8):



Фиг. 8. Модел за предоставяне на РГ в домашни условия

Организацията на предлаганите услугите от рехабилитационния екип ще се осъществява от „Медиатор“, който поддържа връзка с пациенти и лекари, посредством мобилна и интернет връзка за директен контакт и за допълнителна информация.

Условия за функциониране на рехабилитационния екип:

- **Екипът** за рехабилитация в при минимален състав се състои от:
 - ✓ лекар (физикална и рехабилитационна медицина) – 1 брой;

- ✓ физиотерапевт (кинезитерапевт/рехабилитатор) – 1 брой.
- при максимален състав:
 - ✓ лекар (физикална и рехабилитационна медицина) – 1 брой;
 - ✓ физиотерапевт (кинезитерапевт/рехабилитатор) – 1 брой;
 - ✓ ерготерапевт – 1 брой;
 - ✓ психолог – 1 брой;
 - ✓ медицинска сестра – 1 брой;
 - ✓ личен асистент – 1 брой;
 - ✓ логопед – 1 брой;
 - ✓ социален работник – 1 брой.

При нужда към този рехабилитационен екип може да се присъединят и други специалисти.

➤ Необходимо е **оборудването** на рехабилитационния екип да е в съответствие с Медицинския стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина“. Практично за целта е да бъде съобразено с най-съвременните възможности на физикалната и рехабилитационна техника, което да осигури стандартния пакет от рехабилитационни процедури, за които НЗОК сключва договор с лечебни заведения. Макар на пръв поглед да се създава конкурентост между болничната рехабилитация и тази с приложение в дома, спазването на тези препоръки в максимална степен ще осигури възможност за предоставяне на висококачествени РГ в дома.

➤ **Регистриране на резултатите** чрез единна информационна система в края на отреденото време за предоставяне на РГ в дома представлява абсолютна

необходимост в нашето съвремие. Това ще осигури полесен и прозрачен анализ на резултатите, прогнозна оценка и възможност от навремена консултация със специалист.

➤ **Партньори** на рехабилитационният екип:

- лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ (болници, МЦ, ДКЦ);
- заведения за продължителни грижи (Дневни центрове Хосписи);
- агенции за социално подпомагане;
- здравна администрация на общинско ниво;
- социална администрация на общинско ниво;
- неправителствени организации.

➤ **Финансирането** на РГ в дома може да се осигури от национални, регионални здравни програми и чрез средства от европейски проекти. Предназначението на такива програми е да отговори на специфичните здравни потребности на населението. С тяхна помощ ще се подпомогне вторичната и третична профилактика на засегнатите от инсулт пациенти. Освен това, тяхното реализиране ще спомогне за по прецизен анализ и оценка при отчитане на промените в потребностите, чрез своевременно предприемане на действия. По този начин ще се осигури по-висока гъвкавост в здравеопазването.

Предложеният от нас модел за предоставяне на РГ в домашни условия ще доведе до следните **резултати**:

- Подобряване на достъпа (увеличаване на възможностите за предоставяне на РГ);
- Минимизиране на преходните периоди за предоставяне на РГ между болничната и доболничната помощ;

- Постигане на равни права, възможности и солидарност при предоставяне на РГ;
- Удовлетворяване желанието потребностите на пациентите от продължителни РГ в дома.

Осигуряване на повече възможности за предоставяне на РГ в домашни условия ще подобри здравословното състояние на пациентите, ще допренесе за подобряване на КЖ и ще окаже положително влияние на близките на пациентите.

V. ИЗВОДИ

Резултатите от анализа на провежданата рехабилитация при пациенти с мозъчен инсулт показват, че:

1. Към настоящия момент най-ползваната рехабилитация е по клинична пътека, което е недостатъчно за пълноценното възстановяване и налага необходимостта от търсене на алтернативи за удължаване на РГ.
2. Значителна част от пациентите, които са неудовлетворени от съществуващите условия препоръчват рехабилитацията да бъде с по-голяма продължителност, като се комбинира болнична, доболнична и рехабилитация и домашна среда.
3. Ниската средна самооценка в „област телесна“ на КЖ при пациенти, които са неудовлетворени от продължителността и мястото на проведената рехабилитация, показва необходимостта от навременно предоставяне на РГ и създаване на модел, включващ повече дейности, насочени към двигателното възстановяване, удължаване на времето и с възможност за изнасяне на рехабилитационните мероприятия в дома.
4. Беше намерена съществена разлика във функционална оценка по Brunnstrom на горен и долен крайник, като с най-ниска оценка е горен крайник.
5. Статистическата значимост между телесната област от КЖ и теста за функционална оценка при хемипареза по Brunnstrom ни дава основание да приемем, че в рехабилитационната програма трябва да се заложи повече време за двигателно възстановяване.

б. Съществуващите нормативно уредени възможности за провеждане на рехабилитация, които водят до неефективни резултати (измерени чрез Brunstrom и WHOQOL – BREF – 26 ITM), още веднъж доказват необходимостта от създаването на модел за РГ в дома при ППМИ, който да осигури необходимата продължителност и по-добри условия за оптимални резултати в достъпна за пациента среда.

VI. ПРИНОСИ НА НАУЧНИЯ ТРУД

Теоретико-методологически:

1. Направен е систематичен анализ на успешните практики за рехабилитационна грижа за пациенти, прекарвали мозъчен инсулт в световен мащаб.
2. За пръв път е изследвано и оценено качеството на живот чрез WHOQOL-BREF-26 ITM сред пациенти, преживели мозъчен инсулт и преминали през ТЕЛК „Св. Марина“.
3. За пръв път е изследвана степента да двигателната възможност на хемипаретичната страна чрез Brunstrom сред пациенти, преживели мозъчен инсулт и преминали през ТЕЛК „Св. Марина“.
4. Проучено е отношението на пациентите, преживели мозъчен инсулт към настоящите възможности за рехабилитация, както и мнението им за продължителност и място на провеждане на възстановителните грижи.
5. Направен е сравнителен анализ на резултатите между собственото и други аналогични проучвания по отношение рехабилитационни грижи, качество на живот и функционално възстановяване.

Практико-приложни:

1. Предложен е индивидуален подход за осигуряване на необходимите комплексни рехабилитационни и здравни дейности в домашни условия при пациенти, преживели мозъчен инсулт чрез мултидисциплинарен екип.
2. Разработен е модел за персонализиране на изнесена в дома рехабилитационна грижа на пациенти, преживели мозъчен инсулт за предоставяне и проследяване на цялостния успех на рехабилитацията им.

VII. ПРЕПОРЪКИ

Препоръки по отношение на политиката и практиката на общественото здравеопазване (МЗ, НЗОК, НЦОЗА, НСИ и РЗИ:

1. Изграждане и функциониране на регистър на инсултите, което би допринесло за:
 - адекватно планиране на ресурсите в здравеопазването за подобряване мениджмънта на инсултите;
 - получаване на достоверна и актуална информация за броя на заболялите и починалите от инсулт и за изчисляване на показателите заболяемост, болестност, смъртност и преживяемост от инсулти;
 - разработване и апробиране на програми за превенция и рехабилитация на МИ (РЗИ,ЗПРН);
 - мониторинг на качеството на болничната помощ и рехабилитационните грижи, съобразно последните препоръки за клинично поведение (НЗОК, РЗОК, РЗИ)
2. Въвеждане на стандарти за подобряване на мениджмънта и рехабилитацията на инсултите в извънболничната здравна помощ (МЗ);
3. Регламентиране в НРД на продължителността на РГ при ППМИ съобразно клиничното протичане и потребностите на всеки отделен пациент (МЗ);
4. Създаване на домашна здравна служба с разширени компетенции - рехабилитационни грижи в дома на пациента, както и осигуряване на мобилност на разширения мултидисциплинарен екип (МЗ, ЗПРН);
5. Разработване на социални програми за осигуряване на рехабилитация в дома, като част от националната здравна политика (към МЗ).

VIII. Научни публикации, свързани с дисертационния труд:

1. **Недев Н. С.**, П. Манчева, Н. Негрев, С. Филкова. Необходимост от провеждане на продължителна рехабилитация при пациенти, преживели мозъчен инсулт, Варненски медицински форум, т.3, 2014, 49-52;
2. Филкова С., В. Михалева, Хр. Христов, **Н. Недев**. Позиционната терапия в рехабилитационната програма като част от комплексното лечение на болни с мозъчен инсулт, Варненски медицински форум, т.3, 2014, 42-45;
3. **Недев Н.**, Г. Ненова, П. Манчева. Здравни грижи за пациентите с мозъчен инсулт – предизвикателство за рехабилитацията в домашни условия, Варненски медицински форум, т.5, 2016, приложение 3, 158-161;
4. **Недев Н.** Персоналният подход в рехабилитационните грижи – необходимо условие за повишаване на качеството на живот при пациенти с мозъчен инсулт, Варненски медицински форум, т. 5, 2016, приложение 3, 202-205.