



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

Филиал Сливен Катедра „Здравни грижи“

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И
НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“

Сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

Теодора Станева Радева

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

Сливен 2023 г

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	6
ВЪВЕДЕНИЕ	8
I.ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	10
1.1. Кратка история на Психиатрията като наука от древността до наши дни.....	15
1.2 Психично здраве-участие на медицинските сестри.....	16
1.3. Организация на психиатричната помощ у нас роля и функции на медицинската сестра в психичното здраве.....	19
1.4. Текущи проблеми и тенденции.....	24
1.5. Организация на психиатрични помощ - международен опит.....	27
1.6. Същност и значение на зависимост и психическа коморбидност.....	28
1.6.1. Клинични и демографски фактори, при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	30
1.6.2. Зависимост и психическа коморбидност при шизофрения и шизоафективни разстройства.....	31
1.6.3. Зависимост и психическа коморбидност при личностови разстройства.....	32
1.6.4. Наличие на татуаж и противообществени прояви при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	33
1.6.5. Зависимост и психическа коморбидност при Посттравматично стресово разстройство.....	34
1.6.6. Зависимост и психическа коморбидност при Биполярно афективно растройство.....	35
1.6.7. Зависимост и психическа коморбидност при Обсесивно –компулсивно разстройство.....	36
1.6.8. Зависимост и психическа коморбидност при тревожни разстройста и паническо растройство.....	37
1.7. Сестринския процес в психиатричните здравни грижи.....	38

1.7.1. Същностни характеристики на психиатричните здравни грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	41
1.8. Етични и правни аспекти при психиатрични Медицински сестри.....	43
1.9. Действащо законодателство при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	45
1.10. Координация между стукторите в действащата система при лечението на зависими пациенти с психическа коморбидност.....	47
1.11. Съзависимост при членове на семейства засегнати от разстройства свързани с употреба на ПАВ.....	49

Глава 2

Цел, задачи, материали и методи

2.1.Цел и задачи на изследването.....	50
2.2.Изследователски хипотези.....	51
2.3.Организация на проучването	52
2.4 Методи на проучването.....	59
2.2.4.Инструментариум на проучването.....	60

Глава 3. Резултати и обсъждане.

3. Организация на грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.....	62
3.1.Резултати от проучване на зависими пациенти с психическа коморбидност.....	62
3.1.Демографска характеристика на пациента.....	62
3.1.2 Организация на психиатричните здравни грижи.....	63
3.1. 3 Организация на прием в стационар.....	64
3.1.4 Информираност на пациентите	66
3.1.5. Релапс фактори	71
3.2.Социално демографски характеристики на медицинските сестри.....	76
3.2.2. Специални грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	78
3.2.3.Сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност.....	81
3.2.4Информираност ,/степен на знания и умения на медицинските сестри и МДКЕ.....	84
4. Резултати от обсъждане на студенти.....	90
3.1.Демографска характеристика на изследваните студенти	91
3.2. Нагласа на студенти за работа със зависими пациенти с психическа коморбидност при провеждане на клинична практика и преддипломен стаж.....	93
3.4.Изследване на съзависимост/близки и съжителстващи/пряко свързани с коморбидни пациенти.....	96
3.5 Нагласа за създаване и функциониране на сестринска практика по психиатрични здравни грижи.....	99

Глава 5

Изводи и приноси

5.1 Изводи и

приноси.....103

Литература.....

Приложения

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
БАР	биполярно афективно разстройство
ГТР	генерализирано тревожно растройство
ГДР	голямо депресивно разстройство
ЕЦМНН	Европейски център за мониторинг на наркотици и наркомони
ЗЛЗ	Закон за лечебни заведения
ЗСОМСААМСЗПФ	Закон за съсловни организации на медицински сестри ,акушерки, и асоциирани медицински специалисти
МДКЕ	мултидисциплинарен клиничин екип
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗИС	Национална здравно-информационна система
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса
ОКР	обсесивно-компулсивно растройство
ПАВ	психоактивни вещества
ПР	паническо растройство
ПТСР	пост-травматично стресово растройство
СЗО	Световна здравна организация
СНПООН	Служба на ООН по наркотици и престъпността
ANA	American Nurses Association- Американска сестринска асоциация
EPA	European Psychiatric Association- Европейска Психиатрична Асоциация
ESPAD	Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици
DSN-3	<i>Diagnosis and statistical manual of mental disorders- 3 th edition</i>
DSM-4	Diagnosis and statistical manual of mental disorders- 4 th edition

DSM-5 Diagnosis and statistical manual of mental disorders- 5 th edition-

Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства-пето издание

NCS National Comorbidity Study - Национално проучване на коморбидността

NAND International Nursing Diagnosis- Северноамериканска асоциация на диагностичните медицински сестри

National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area - Национален институт по психично здраве.

Въведение

Психичното здраве е едно от най-големите предизвикателства, пред които е изправена всяка страна. Доброто психично здраве е в основата за пълноценен и продуктивен живот. То притежава все по-голямо значение в световен мащаб. Проблемите свързани с тях имат медицински, социални и финансови измерения. Пандемията от COVID-19 допълнително влоши това, оставяйки още по-голяма тежест върху тях. Проблемите със психичното здраве са водещи и тясно свързани със социално-икономическите обстоятелства в страната, бедността, лоши битови условия, безработица и др. Сестринството е част от системата на здравеопазването, а сестринските грижи са най-големият компонент и пряко свързани с положителните резултати за пациентите. Съвременното сестринство има възможност да покаже допълнително стойността, която носи професията, като център в грижата за пациента. Клиничните и епидемиологични проучвания посочват, че честотата на поява на зависимост и придружаващо психично разстройство е висока. За пациентите със зависимост, възможността да имат психично разстройство е по-голяма отколкото останалата част от населението. Най-честите съпътстващи разстройства са депресия, шизофрения и тревожни и личностни разстройства. Сестринските грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност са предизвикателство за психиатричното сестринство и МДКЕ работещ с тях. Коморбидността е наличие на съпътстващо или допълнително заболяване от основното. Комбинацията на две едновременни развиващи се заболявания оказва влияние върху сестринските грижи, създава терапевтични и деферинциално-диагностични затруднения за всяко едно от тях. Това води до повишено използване на здравни услуги, по-чести хоспитализации, свързани повишени финансовите разходи, усложнява контакта с близките им и тяхната социална изолация. Зависимите пациенти с психическа коморбидност се нуждаят от лечение, обгрижване и стабилизиране не на едно, а на най-малко две нарушения, които са взаимно свързани. Продължителността на живот при тях е по-кратка от тази от общата популация, главно поради, по-чести соматични усложнения, в следствие употреба на Психоактивни вещества и алкохол, свъхдоза, остра интоксикация или чести самоубийства. Социалната оценка е също съществена, поради нереализирана

работоспособност и образование, често тези пациенти стават обект на досъдебно производство и представляват бремене за близките.

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

Актуалността значимостта на проблема сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност присъства неизменно в сестринската практика и наука. Представянето на холистична и фокусирана върху пациента сестринска грижа е в основата на проблема. Според холистичният подход на пациента, трябва да се гледа, като неделимо цяло. Въпреки високото разпространение и негативните последици за общественото здраве, малко са известни причините за повишената коморбидност. В България до момента са проведени частични проучвания свързани с психиатричната коморбидност сред употребяващите ПАВ.

Настоящото не интервенционално изследване не претендира за всеобхватност на проблема, но се предполага, че проведеното изследване ще бъде основа за усъвършенстване на сестринските грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност, както при медицинските сестри и МДКЕ работещи с тях, така и при обучение на студенти специалисти по здравни грижи

ГЛАВА ПЪРВА

1. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Световната здравна организация (СЗО) дефинира здравето, като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не отсъствие на болест или недъг[146]. Установено е, че при зависимите пациенти с психическа коморбидност, е на лице дълготрайна инвалидност, повишена смъртност, повишен риск от суицидно и насилствено поведение[145,59]. Липсва общо европейско проучване за разпространение на коморбидността[27]. Терминът „коморбидност” е наличие на две независими, но взаимно влияещи се разстройства, злоупотреба или зависимост от ПАВ и психиатрично разстройство[14].

Психичното здраве и психиатричната помощ у нас са сред заявените приоритети на здравната политика[27]. То има комплексен характер и в него участват биологични, психологически, социални, икономически и културни фактори. DSM е класификационна система в психиатрията, която определя психиатричните разстройства в клиничната практика и изследванията[40]. Според (DSM-5) има повече от 500 психиатрични диагнози[91]. Най-често срещаните са тревожните и депресивни разстройства, разстройства свързани със стрес, зависимостта към алкохол и психоактивни вещества, психосоматични и други разстройства. Коморбидността е трудност, както за професионалисти по здравни грижи, работещи с тях и семействата им, така и за изследователите. До 45% от пациентите отговарят на критерии за повече от едно разстройство, [91]. Пациентите страдащи както от ГДР, така и от ГТР, са склонни да имат по-лоша прогноза и непропорционално по-високо увреждане в сравнение от пациенти страдащи само от едно заболяване[148].

Зависимостта към ПАВ или алкохол е хронично рецидивиращо заболяване, което се характеризира с молекулярни и неврохимични промени в мозъка, които се проявяват при употреба на ПАВ и алкохол. Появата на негативно емоционално състояние, като дисфория, тревожност, раздразнителност отразява синдром на отнемане, когато достъпът до веществото е затруднен[96,97]. Според Кооб(2010) пристрастяването към наркотици включва няколко елемента на импулсивност и компулсивност, които

съставят цикъла на пристрастяването. Цикъла е съставен от три етапа : “преяждане/опияняване”, “оттегляне”/негативен ефект” и “загриженост/очакване” [97].

Съгласно СЗО вредната употреба на алкохол е довела до около 3 милиона смъртни случая- 5,3% от всички смъртни случаи в световен мащаб през 2016г. Смърността в резултат от консумация на алкохол е по-висока от тази, пречинени от заболявания, като туберкулоза, СПИН, диабет[167]. Според СЗО (2018) броят на употребяващите наркотици в света достига 250 млн.души (в световен мащаб през 2010г.). Разстройствата свързани с употреба на алкохол и ПАВ са класифицирани, като Психични и поведенчески разстройства според МКБ-10 и DSM-IV. Според данни на СНПООН около 5% от цялото световно население поне веднъж през живота си е опитвало дрога[29]. Най-употребяваната дрога остава марихуаната, следвана от амфетамините опиума и неговите производни ,екстази и кокаин сочат данните на СНПООН[29].

Появата на опиати в България е през на 60-те на XX век., когато е имало около стотина души зависими. Промяна настъпва през 1989г, когато броя им става 1300-1400 броя[8]. Според НЦН употребяващите хероин в България са около 20-30 хиляди, като „върхът” на хероинова употреба е била през 2000г[8].

Според Даскалов (2006) годишно в света умират около 190-200 хиляди души след употреба на наркотици. Хроничната употреба на алкохол и наркотици е свързвана с много медицински, психиатрични, социални, и семейни проблеми, което води до повишено използване на социални и здравни услуги[21,118]. Наличието на зависимост и придружаващо психично заболяване е висока. Голяма част от възрастните които, имат разстройство свързано с алкохол/наркотици имат първия си контакт още като юноши. През 2015г. в България беше проведено шесто по ред изследване ESPAD по отношение на употреба на наркотични вещества поне веднъж в живота[171]. Общата цел на проекта е многократно събиране на сравними данни за употреба на вещества сред ученици на 15-16 години във възможно най-много Европейски страни[171]. Нашата страна участва в този проект от 1999г., като от тогава употребата на ПАВ сред учениците на тази възраст се е увеличило с 16 % [171]. Тревожно е че, при 14-16 годишните употребата на ПАВ и алкохол се е превърнало в “норма” почти всички, да са употребявали нещо, или най-малко да са опитали. Нашата страна е на едно от

първите места по употреба на наркотични вещества, поне веднъж в живота представени в таблица.1

Табл.1.Разпределение на относителен дял на употреба ПАВ сред ученици в България и Европа на възраст 15-16г през 2015г

	Относителен дял, България	Относителен дял, средно Европа
Някакво наркотично вещество	30%	18%
Канабис	27%	16%
Екстази	5%	2%
Амфетамини	6%	2%
Метамфетамини	5%	1%
Кокаин	5%	2%
Халюциногени	4%	2%
Хероин	3%	1%
Инхаланти	3%	7%
Нови психоактивни вещества	8%	4%

Доказано е че, употребата на канабис е свързана с по-ранно начало на психозата, и възможност за развитие някаква зависимост[70,82]. Марихуаната се явява “въвеждаща” във зависимостта. Въпреки негативните статистики, за ПАВ, че са незаконни забранени и противообществени, все по-вече се акцентира и за обратната страна на марихуаната, използването и за медицински цели. В някои страни от Европейския съюз употребата на канабиса за медицински нужди е легализирана, а в други обмислят промени в законодателството си. От 2019г Европейския парламент одобри резолюция за използването на канабиса за медицински цели. Призива на Европейския парламент е ясна правна дефиниция, за използването на канабиса в медицината и разграничаване на

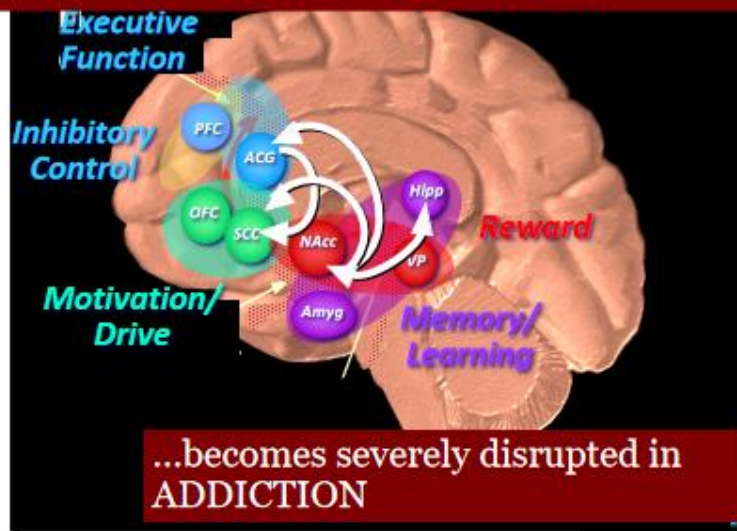
всякакви други начини на употреба[182]. В България не е прието използването на канабиса за медицински цели.

Според Доклада за глобално здравео (2018) алкохолът, често се консумира преди заедно, или след друго ПАВ, като най-честата употреба е със на ПАВ е с опиоиди и бензодиазепини[128]. Това е свързано с, по-висока психопатологична тежест, повтарящи се рецидиви, и по-лоши резултати за лечението и прогноза за индивида[78,142,112,113,45,114,57]. В по-голям процент от 50%-70% от мъжете и жените зависими от ПАВ и алкохол се наблюдават психиатрични симптоми и синдроми, като два са основните причини[48].

1. ПАВ са способни да предизвикват психиатрични симптоми поради механизма на тяхното действие.
2. Според Куценок(2004) ПАВ въздейства на същите мозъчни зони, които са водещи при развитие на психични заболявания, най-вече афективни разстройства, шизофрения, шизофрено подобни личностни разстройства. При продължителна употреба на ПАВ и алкохол, настъпват и необратими промени за мозъка. Според Koob et al.(2010) пристрастяване към ПАВ и остро действие на злоупотреба с ПАВ (аналогично сравняване на липса на употреба на наркотици с употреба на наркотици), настъпват дългосрочни невроадаптивни промени в мозъка, което води до рецидив.

Fine balance in connections that normally exists between **reward, motivation/drive, learning/memory** and **inhibitory control**...

Прецизният баланс, който нормално съществува между всички мозъчни системи СЕ НАРУШАВА ПРИ ЗАВИСИМОСТ



Фиг.1. Фин баланс във връзки които обикновено съществуват между мотиваци за възнаграждане учене/памет и инхибиращ контрол

1.1. Кратка история на Психиатрията като наука от древността до наши дни

Още през IV век пр.н.е Хипократ (460-376 г.пр.н.е) прокарва хуморалната теория, за равновесието в организма и определя четири телесни течности - кръв, лимфа, черна жлъчка и жълта жлъчка, които съответстват на четири природни стихии - огън, вода, въздух, земя[17]. Наравновесието в четирите течности се нарича дискразия. Смята се че, психичните болести произхождат от някаква дискразия и “лудостта”, е смятана за дисбаланс на черната жлъчка[17].

Душевните заболявания се разглеждат или, като резултат от грях, или изпитание на вярата[17].

Източноправославната църква се е била по-състрадателна към психично болните, те били приютявани в манастири и лекувани с молитва[17].

Филип Пинел е първия, който прави реформи в приютите Бисетр и Салпетриер, за подобряване на болничните условия и създаване на терапевтична обстановка. Той реализира исторически акт за сваляне на вериги на психично болните. По-късно Пинел нарича “трудотерапията” “морално лечение и професия” , като подход за лечение, при психично болни, чрез целенасочено използване на време, енергия, интереси и внимание, при лечението им. Използването на литература, музика, рисуване, физическа работа или упражнения, като начин за “лекуване” при емоционалния стрес, подобряване на ежедневните дейности, качеството на живот и подържането на тяхната независимост[143]. Една от най-големите катедри по психиатрия е била в Мюнхен, ръководена от Емил Крепелин[17]. Зигмунд Фройд е първият теоретик, който подчертава ранното развитие, като определящо за личността на възрастния. Понятието „психиатрия” е въведено през 1808г.от немския лекар, физиолог и психиатър Йохан Кристиан Рейл от Хале[110]. Наричат го още”немския Пинел” и високо се оценяват усилията му психиатрията да бъде призната като неразделна част от медицината, както и за работата му в полза на психично болните[110]. Освен това той е защитник на хуманното отношение и намаляване на стигмата при психичните заболявания. Рейн иска болници и институции за психично болни, които да отговарят на най-добрите стандарти. Много от неговите идеи остават важни и до днес[110].

Първото психиатрично отделение в България е открито в Александровска болница през 1888г[17].

1.2. Психично здраве- история и участие на медицинските сестри

„....Ето защо работникът, лекарят или медицинската сестра, която не знае историята на своята професия, работят така да се каже в мрак”.

К.Ст.Пачеджиева,1926г.

Началото на сестринските грижи за психично здраве се полага в края на XIX в. с възникване на промяна в нагласите спрямо психично болните - от ограничения, и от лишаване от свобода към медицинско-социален подход за лечение на психично болни.

„Първото официално организирано училище за обучение в рамките на болница за душевно болни в света е създадено от Dr. Edward Cowles в Масачузетс пред 1882г[53]. Използването на обучени медицински сестри, а не „пазачи”, е главното за усилие на Cowles да замени общественото възприятие за „душевно болени” с вярата, че психичните разстройства могат да бъдат облекчени или излекувани с подходящо лечение[53]. Първият организиран курс за обучение на психиатрични медицински сестри в рамките на общата програма за обучение на медицински сестри е създаден от Effie Jane Taylor в болницата Джон Хопкинс през 1913г[125,54]. Разработването на био-психосоциалния подход за лица с психични разстройства и специфични сестрински методи, е в основата на психиатричното сестринство.

След Първата световна война „сестринството при нервни и психични заболявания” е добавено към учебните ръководства. Следващата възходяща реформа за психичното здраве и разширяването на психиатричните медицински сестри започва по време на Втората световна война. Laura Fitzsimmons, консултант на Американската психиатрична асоциация, оценява образователните програми за психиатрични медицински сестри и препоръчва стандарти за обучение[72].

През 1952г. Replau и Merenes разработват програми за психиатрични медицински сестри, които имат за цел да улеснят развитието на сестринска практика. Това показва връзката между характерния контекст на психичното здраве след Втората световна война и съвременното психиатрично сестринство[137]. През 1973г. ANA за пръв път

публикува стандарти за сестринска практика за психично здраве и започва да сертифицира общи специалисти по сестрински грижи за психично здраве. По-новите тенденции в психично здраве е акцентът върху интегрираната грижа и лечение на психиатрични разстройства и разстройства свързани с употреба на вещества, както и интегрирана грижа и лечение на тези със съпътстващи психиатрични разстройства. Интегрираната грижа подчертава, че и двата вида разстройства са първични, и трябва да се третираат като такива[154].

До Освобождението психично болните у нас се отглеждат в манастири или домове на близките им. Първите стационари са Петропавловският приют. Александровска и Ловешка болница са първите психиатрични отделения[24].

След Освобождението на България започва да се развива обучението на сестри. По време на Балканската война 120 милосърдни сестри допринасят за медицинското осигуряване на фронта. Като милосърдна сестра участва и царица Елеонара[4]

Развитието на сестринството, като професия започва в края на XIX и началото на XX век. Българския червен кръст подготвя милосърдни сестри под форма на курс. През 1990г на XX век е открито първото училище за медицински сестри под ръководството на проф. Христо Стамболски. През 40-те години на XX век се откриват последователно и училища извън София – в гр. Варна и гр. Пловдив. През 1952г понятието „милосърдни сестри „ се заменя с понятието „медицински сестри” а през 70-те години на XX век се регламентира полувисшето образование за медицински сестри. Сестринските училища променят наименованията си като „Полувисше Медицински институт” до 1981 година. Нарастващата нуждата от медицински сестри се води до обучение на медицински сестри в гимназиален етап. През 1989г Министерство на Здравеопазването, прекратява обучението като отчита, отчита неблагоприятен ефект от него. Възстановяват се отново Полувисшите Медицински институти[33].

Психиатричното сестринство в България има сравнително млада история като до 1990г се свежда до лекционен курс в рамките на 15 часа с учебната дисциплина ”Неврология и Психиатрия”. През 1997-1998г с изграждане на структури на медицинските колежи се въвежда и учебната практика в психиатрични отделения. Значим успех има през 2005 година с приемане на наредбата за ЕДИ/Единни Държавни изисквания/ за придобиване на образователно-квалификационна степен бакалавър и четири годишен срок на обучение за специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка”. През учебната 2005/2006 се въвежда и самостоятелното изучаване на дисциплината „Сестрински грижи за психично болни”.

Сега учебната програма включва лекционен курс :

Лекционен курс по „Психиатрия” пети семестър 10ч лекции,

Упражнения „Сестрински грижи за психично болни”- 20ч.

Клинична практика - 54 часа провеждана в базите на Психиатрични клиники на УМБАЛ „Света Марина” ЕАД гр. Варна

Преддипломният стаж на медицински сестри „Грижа за психично болен“ в т.ч.- Психиатрично отделение - 2 седмици и 80ч.преддипломен стаж

Непрекъснато се повишава и квалификацията на медицинските специалисти се осъществява в условията на следдипломно обучение в системата на здравеопазването. Наредба №34 от 29 декември от 2006 година за придобиване на специалност в системата на здравеопазването[33]

По специалността” Психиатрични грижи” се подготвят медицински сестри и фелдшери с продължителност 1 година. Изисква се базово образование за допускане до обучение е завършено образование по специалност ”медицинска сестра” и „фелдшер” и придобита професионална квалификация ”медицинска сестра „и „фелдшер”.

През 2007г. тази специалност защитиха първите 12 медицински сестри у нас[15]. Програмата за обучение по психиатрично сестринство е утвърдена от Министъра на здравеопазването през 2012г. Обучението по психиатрично сестринство е необходимо за съвременното предоставяне на качествени здравни грижи, и удовлетворяване нуждите на психиатричните пациенти. Знанията и уменията на медицинските сестри продължават да растат и да се разширява толкова бързо, колкото и сестринството се променя. По настоящем обучението на специалност медицинска сестра се осъществява в Университети във София, Пловдив, Плевен, Варна, Русе, Стара Загора и филиали към тях.

1.3. Организация и дейност на психиатричната помощ у нас -роля и функции на медицинската сестра

След реформата в здравеопазването у нас през 1999 година, доведе и до реорганизация и на психиатричната помощ. Лечебните заведения в Република България, в това число и психиатричните, се регламентират със Закон на лечебните заведения (ЗЛЗ) от 09 юли 1999 година а именно:

Чл.5 от ЗЛЗ, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ се създават от държавата(чл.5 ал.1) но могат да се създават и от други лица(чл.5 ал.1)[18]

Дейността на лечебните заведения се осъществява при спазване на медицински стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и зачитане правата на пациента[36]. Принципите за обслужване на лица със зависимости и психични разстройства се осъществява в болнична и извънболнична помощ. Наредба №24 от 07.07.2004г утвърждава медицински стандарт по “Психиатрия” в който е включен и Мултидисциплинарен клиничен екип[18]

МДКЕ включва различни специалисти: психиатри, психиатрични медицински сестри, клинични психолози, социални работници, трудотерапевти, други медицински и немедицински специалисти, които осъществяват диагностична, лечебна и рехабилитационна дейност.

Психиатричната помощ осъществява следните дейности:

- Диагностициране и лечение на психично болни
- Психосоциална рехабилитация
- Психопрофилактика и промоция на психичното здраве

Финансирането на заведенията за психиатрична помощ се осъществява от Републиканския бюджет, НЗОК, или Общински бюджет[36].

Организацията на лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ се регламентират с Правилник за устройство и дейности на лечебните заведения, разработен от МЗ публикуван в ДВ,бр.63 от 01.08.2000г[184].

Психиатричната помощ в България се осъществява на диспансери, Центрове за психично здраве, индивидуални и групови практики и Държавни психиатрични

болници и Многопрофилни болници и Университетски болници към които има психиатрични клиники или отделения. Държавните психиатрични болниците са на изолационен принцип. Този изолационен принцип е характерен за средата на миналото столетие, разположението на Държавните психиатрични болници, Домове за психично болни/социална услуга/ и др. са извън населените места. Това затруднява връзката с други специалисти, при необходимост от консултации, специфични изследвания, стоматологична помощ, възпрепятства връзката с техните близките, което отразява негативно върху тях и тяхната ресоциализация. Изключения правят лечебните заведения, които имат второ и трето ниво на компетентност според медицински стандарт по психиатрия, където на територията им има психиатрични отделения/психиатрични клиники.

Според Европейския профил за превенция и насърчаване на психичното здраве има у нас има неравномерно разпределение на психиатричните услуги на национално ниво, включително болнични и извън болнични услуги[189]

Съобразно Конституцията на Република България чл.52 т.1 гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон[12]. Според здравния профил на страната през 2021г. 1 милион българи, нямат здравни осигуровки[187]. Съгласно законодателството у нас, здравнонеосигурените нямат право на достъп до здравни услуги. Голяма част от зависимите пациенти с психическа коморбидност са здравнонеосигурени поради нереализирана работоспособност и образование, а това възпрепятства достъпа им до общопрактикуващи лекари и други специалисти в амбулаторни условия. Здравнонеосигурените имат право на спешна помощ, в случай на / абстинентна симптоматика, обострено психично състояние, делир, суициден опит, и др/, а от друга страна при редица други състояния имат риск да не получат медицинска помощ.

След дехоспитализация от болнично заведение, пациентът може да направи свободен избор при кой специалист - психиатър да продължи лечението си. Лечението може да продължи по линия на НЗОК за осигурените пациенти или платено лечение за неосигурените. Консултация с психолог/психотерапевт не се поема от НЗОК. Различните видове консултации с психолог/психотерапевти са платени. Съгласно Наредбата за медицински стандарт "Психиатрия" активното проследяване и лечение на

психично болните у нас не е обвързано с диспансеризация, т.е тя няма задължителен характер. Завеждането на диспансерен отчет е акт на свободна воля на пациента. Диспансеризацията не обезпечава получаване на безплатни лекарства, изписването им зависи единствено от здравноосигурителния статус на пациента.

Сестринската професия е защитена професия и през годините претърпя значителни промени в развитието си: от медицинска сестра -помощник на лекар до медицинска сестра със самостоятелна роля. Професията е регулирана и обучението ѝ се провежда по ЕДИ, отговарящи на Директивите на Европейския съюз относно дисциплините и учебния план на специалността. Днес професията притежава характеристики на автономна професия и високо хуманна мисия в обществото. СЗО обяви 2020г. за Международна година на медицинските сестри и акушерки, като ключови професии в Глобалния план за постигане на устойчиви цели за развитие на здравеопазването до 2030г[178].

През 2016г. се направиха промени във Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти като се регламентира професионалното развитие на специалистите по здравни грижи, чрез гарантиране, подържането, повишаване и разширяване на теоретични и практически умения за осигуряване на качествени здравни грижи[184].

Психиатричните здравни грижи са неразделна част от системата на здравеопазването. Предоставянето на сестрински грижи и подпомагане на индивиди, семейства и общности е основната функция и роля на медицинските сестри[134]. Професионалните им компетенции включват дейности, основаващи на професионални знания, умения, преценки. Професионалното поведение и основните задължения на психиатричната медицинска сестра в **болничната психиатрична помощ са**[15] :

- Да познава нормативните документи, които уреждат нейните права и задължения.
- Да спазва принципите на работа в мултидисциплинарния клиничен екип–МДКЕ
- Да води съответната документацията.
- Да участва в приемането, изписването и завеждането на пациента.
- Да оценява и наблюдава състоянието и потребностите на пациента.
- Да участва в лечението-фармакологичната интервенция и създаване на терапевтична среда на пациента.

- Да оценява риска от агресия и автоагресия.
- Да подпомага и наблюдава пациента в ежедневните му дейности-хигиенни грижи, хранене, е т.н
- Да съблюдава за безопасността на пациента и внасяне на неразрешени предмети и вещества.
- Непрекъснато да усъвършенства професионалната си квалификация.
- Да наблюдава и прави клинична оценка на състоянието на пациента.
- Да регистрира наблюденията и изработва план за сестрински грижи.
- Да прилага при необходимост кризисна интервенция, справяне с агресия, насилие, конфликти.

Поради по-честия контакт с пациентите, специалистите по здравни грижи имат възможност първи да забележат поява на симптоми или синдроми, да проследят развитието им и да участват в терапевтичното повлияване и профилактика .

Участието на медицинските сестри по **психиатричните здравни грижи в общността** е изследвана и сравнена с концепциите за последващи грижи, които започват преди пациентът да напусне психиатричното заведение. С основание Walgrove (1985) подчертава, че медицинските сестри са естествен мост между болницата и общността[164] Според здравната стратегия на ЕС “Заедно за здраве-стартегически подход на ЕС”, специалистите по здравни грижи имат голяма роля за правилното функциониране на цялата здравеопазна система[178]. Ролята на психиатричната медицинска сестра е изключително отговорна, свързана с подкрепа на пациентите, на близките им, възстановяване на социалните функции и подобряване на качеството на живот.

Проведено е изследване на образованието на медицински сестри работещи в заведения за психично здраве в 12 Европейски страни[132]. Целта е да се проучат критерии за влизането в обучението, вида на квалификацията и възможност за допълнителни обучения. Резултатите показват значителни различия между отделните държави, като в малък брой държави се изисква специализирана квалификация за работа в психичното здравеопазване, което е валидно и за България. Ролята на специализираната медицинска сестра в Европа и в България все още не е ясно дефинирана, въпреки че има специализации и програми за обучение на медицински сестри.

1.4 . Текущи проблеми и тенденции

Според Националната стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021-2030 за работещите в психиатричната система проблемите са сериозни, задълбочаващи се и общи за цялата система на здравеопазването у нас[21]. Съществуването на дисбаланс между отделните професионалисти - медицински сестри, психиатри, социални работници, психолози, трудотерапевти, санитарни и друг персонал, се отразява върху формиране на МДКЕ, необходими за качествени психиатрични грижи. Според доклада на М. Василева -председател на БАПЗГ, изнесен на VI конгрес на БАПЗГ(2022), 30% от работещите медицински сестри в България са над 60г., а на 31% от медицинските сестри предстои да се пенсионира в последващите 10 години. За 10-годишен период броят на медицинските сестри е намалял с 14,68% - от 25597 през 2012г. на 22320 през 2021г. Средната възраст на медицинските сестри е нараснала от 48,27 години на 52,59 години. Най-висока средна възраст имат фелдшерите 60 години[178]. Коефициентът на застаряване при медицинските сестри в България е 29,68%, което според класификацията на Едуард Расет означава, че сестринската работна сила е в ситуация на демографско застаряване [178].

Според Европейски профил за превенция и насърчаване на психичното здраве на държавите членки на Европейския съюз (2013) има миграция на специалисти по психично здраве, психиатри и медицински сестри[189]. Липсата на обучение за сестрински грижи са довели до недостиг на специалисти по психично здраве[189].

Психиатричните заведения у нас остават непривлекателно работно място за млади специалисти, поради проблеми свързани с лоша материална база, ниско трудово възнаграждение, нисък социален престиж на професията.

Съгласно доклада на The Economist Intelligence Unit, България е на последно място в Европа по грижи за психично болни[175]. Той измерва грижите чрез **индекс за интеграция на психично болни**, който обхваща 18 индикатора, сред които са достъп до медицински грижи, защита на човешките права, дава възможност на пациентите с психични разстройства да си намерят работа, да живеят пълноценен семеен живот, избягване на стигма и др. Според доклада на първо място е поставена Германия, с индекс 85.6 от 100, следвана от Великобритания с индекс 84.1 от 100 и Дания с индекс 82.0 от 100. България е с индекс 25.0 от 100, е на последно място. Преди нас са

класирани Румъния и Гърция. Нашата страна е поставена на последно място и в класацията за **достъп** до здравни грижи с индекс 16.0 от 100[175].

Психичното здраве е обект на различни анализи, в това число политически, стратегически в областта на здравеопазването и психиатричната помощ[25,13,3,9,28]. В анализа на психиатрично-здравните грижи в България (Европейската психиатрична асоциация 2018) са направени констатации, които са в основата на препоръки за провеждане на реформи в системата:

- Липса на единна информационна система и условия за интегрирана грижа, която да гарантира адекватното проследяване и лечение на пациента.
- Липса на връзки със социални, образователни и правозащитни служби прави невъзможно проследяването на всеки един пациент, поддържаща терапия и различни психосоциални интервенции за обратно социализиране. Липсва връзка на амбулаторната дейност и с останалите мрежи от услуги.
- Недостатъчно финансиране на психиатричната помощ, липса на достатъчно персонал и неравномерното му разпределение, както и инвестиции в обучение на персонала.
- Липса на категоризация и профилиране на услугите, което затруднява планирането и управлението на здравните грижи.
- Липса на контрол на качество и мониторинг на резултатите, няма система за оценка за ефективността на предоставяне на психиатричната помощ.
- Недостатъчен брой превантивни социални и здравни услуги. Предоставянето на тези услуги има ключова роля за предотвратяване на риска.
- Негативно обществено отношение и нагласи към хората с психични разстройства и социална стигматизация.
- Липса на консенсус по отношение на промените в организация на психично-здравните грижи.

Сериозен проблем у нас са и нагласите на обществото към психично болните и зависими пациенти. Отношението към тях е стигматизиращо и дискриминационно. Според Thornicroft и колектив стигмата е комбинация от невежество, предрасъдъци и дискриминация. Link и Phelan описват стигмата като съпътстваща проява на “етикиране”, “раздяла”, дискриминация и загуба на статус[175]. Тя може да действа на различни нива: обществено, институционално, дори и семейно. Напускайки лечебните заведения, зависимите пациенти с психическа коморбидност попадат в

среда, която не е толерантна към тях, не ги подпомага, включително и от близките им. Всички дадени препоръки доказват, че психиатричните здравните грижи в нашата страна са незадоволителни и е необходима реформа в психиатричната помощ, обхващаща и специалистите по здравни грижи. Грижата за психично болните и зависимите пациенти в България е изключително слаба и не отговаря на съвременните изисквания. През 2022 година МЗ публикува проект на Министерски съвет за създаване на Национален съвет по психично здраве. Причината за реформа е анализа в доклада на Европейската психиатрична асоциация за психиатрична помощ в България за 2018г. Националният съвет по психично здраве осъществява координация и сътрудничество при изпълнение на Националната стратегия за психично здраве на Република България 2021-2030г. Съставът на Националният съвет по психично здраве включва представители на Министерство на здравеопазването, Министерство на труда и социалната политика, НЗОК, Български лекарски съюз, Българска психиатрична асоциация, и Медицински университет от София, Варна, Плевен, Пловдив и представители на организации за защита правата на пациентите. Над 57 млн.лв. са планирани до 2030г., за психично здраве[181].

1.6 Организация на психиатрични здравни грижи - международен опит

В някои Европейски страни психичното здраве е реален приоритет. То е от съществено значение за устойчивостта на социално-икономическата и здравна политика на страната. Според Психиатричния доклад за здравеопазването и защита на потребителите, социалните въпроси, семейството и интеграцията(BASFI), психиатричните грижи в **Германия** се променят след 1975г[162]. Промяната се изразява с преминаване от консервативно лечение към терапевтични и рехабилитационни грижи. Основните промени са:

- ✓ Намалване на капацитета за клинично стационарно лечение
- ✓ Децентрализация на болничната клинична помощ и създаване на психиатрични отделения в Многопрофилните болници паралелни с тях.

Ключова характеристика е разликата между болничните и извънболничните услуги, които се финансират отделно и се обслужват на различни етапи[144].

Немската здравна система покрива около 88% от целите на психичното здраве. Тя е водеща в ангажимента за психичните заболявания чрез предоставяне на финансова подкрепа и достъп до психиатрични здравни грижи. Освен това предлага и частично стационарно лечение, (дневни стационари) за да улесни прехода от клиниката към дома[172]. Предлагат се и програми, които осигуряват работа на психично болни. В Германия няма национален закон за психично здраве[170] . Според СЗО в Германия има 274 болници за психично здраве, 401 психиатрични отделения в общи болници, 63 амбулаторни заведения за психично здраве към болниците[144]. В страната има и центрове за психосоциално консултиране и частни практики предлагащи услуги за психично здраве.

Това предполага система за психиатрична помощ и широка възможност за лечение, съвети и подкрепа. Здравната система в Германия се основава на закони (задължителни) и частни здравни осигуровки.

Социалният кодекс в Германия чл.140 предоставя възможност за прилагане на интегрирана грижа[150] .

Основната цел е да подобри качеството и ефективността на здравните грижи чрез подобряване на сътрудничеството между различни сектори: болнични, амбулаторни и рехабилитационни грижи.

В **Италия** текущите промени на грижите за психично здраве са след 1978г.[61] Тридесет години по-късно се отчита значителни постижения в психиатричната реформа.

Промените се изразяват в предоставяне на амбулаторни и болнични грижи[189]. Болничната помощ се предоставя чрез малки психиатрични звена с максимум 15 легла. Центровете за психично здраве функционират между 5 и 12 часа на ден и възможност за предлагане на домашна грижа за пациенти с тежки психични разстройства. Налице са значителни различия в предоставяне на услуги за психично здраве в общността[61]. Департаментът по психично здраве в Италия предоставя грижи чрез мрежа за обществени услуги и насърчаване на психичното здраве и социална грижа. Основната стратегическа цел според Националната стратегия за психично здраве е повишаване на координацията и интеграцията между службите за психично здраве и сътрудничество със службите по пристрастяване[189].

В **Белгия** има национална политика за психично здраве въведена през 1988г[61]. Националната програма за психично здраве е разработена през 1990г. Реформата има за цел да намали броя на психиатричните легла и да насърчи социалната интеграция на пациентите. В резултат на това, голяма част от грижите се предоставят извън психиатричните болници[61]. Предлагат се и разнообразни услуги в **центрове за психично здраве**, управлявани от МДКЕ с акценти върху лечението на тревожността, разстройства на настроението и зависимости[61]. Превенциите и насърчаване на психичното здраве не са специално предвидени в Държавното законодателство на Белгия[61].

През последните години много държави положиха усилия за подобряване на системите за грижа за психично здраве.

1.7. Същност и значение на зависимост и психическа коморбидност

Понятието коморбидност е въведено от Feinstein(1970) отнасящо се до наличие на всяко допълнително съпътстващо заболяване от основното, а неуспехът да се класифицират и анализират може да доведе до трудности касаещи лечението, оценката и клиничния ход на диагнозата.[115,68]. Среща се и терминът „двойна диагноза” той отнася за едновременно наличие на разстройство свързано с ПАВ и някакво психично заболяване.

Освен това в литературата се среща и „хомотична коморбидност „ – едновременно наличие на разстройство от една и съща диагностична група и „хетерогенна коморбидност”-наличие на две разстройства от различни диагностични групи[6]. Нито една дефиниция за коморбидност не е еднозначна и няма приета еднозначна теоретична рамка. Според DuPont et al.,(2007) коморбидността е по-скоро правило, а не изключение за разстройства свързани с употреба на вещества[64]. При няколко епидемиологични проучвания проведени в САЩ определят значителната честота на коморбидността National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA) и National Comorbidity Survey (NCS) и National Comorbidity Survey - Replication. Според ECA 45% от индивидите с алкохолна зависимост и 72% от зависимите с други ПАВ имат поне едно психиатрично заболяване. Приблизително 78% според NCS от зависимите с алкохол мъже и 86% от зависимите към алкохол жени покриват критерий и за друго психично разстройство, включително и зависимост и към друго ПАВ[139,116]. Според VAN OUDHEUSDEN високото разпространение на психиатричната коморбидност е тясно свързана със структурата на DSM –теоретични и практически проблеми. Основен проблем на класификационната система е, че фрагментира психопатологична област в отделни и често коморбидни елементи, но в следствие не дава връзка между тях[160]. Според DuPont съпътстващото заболяване не трябва да се смята като “вторично” и следователно лечението му да е неуместно или ненужно[64]. Зависимите пациенти с психическа коморбидност имат по-лоши резултати от пациенти диагностицирани само с едно от двете разстройства. Много често услугите за лечението им не са интегрирани, а организационни бариери възпрепятстват насочването им за лечение [65]

1.7.1. Клинични и социално-демографски фактори повлияващи коморбидността, социо-демографски

Редица са факторите оказващи влияние върху високата честота на зависими пациенти с психическа коморбидност:

- Висока хомогенност сред пациентите с психическа коморбидност по отношение на социално-демографски профил[157]
- Ранно начало на употреба на ПАВ[135]
- По-голям брой хоспитализации и релапс[98]
- Увеличена продължителност на болничния престой[98]
- Липса на кълмплайнс към лечението и терапевтична резистентност[120,23]
- Висок суициден риск[158]
- Агресивно и насилствено поведение[56]
- По-висок риск от тежка употреба на вещества в сравнение с общото население[140,81]

1.7.2. Зависимост и психическа коморбидност при шизофрения и шизоафективни разстройства.

Проучванията показват, че около половината страдащите от психични разстройства се борят със злоупотреба на алкохол или ПАВ, а повече от 8 милиона възрастни с психично заболяване злоупотребават с алкохол или ПАВ[180]. Според Mueser шизофренията е сред десетте водещи психични заболявания в света и причина за дългосрочна инвалидност, и промени в мислите, чувствата, възприятията, и поведението [119]. Заболяването има хроничен ход и персистира през целия живот на пациента. Сред популацията на проблемно употребяващите, има три пъти по-висок риск от тежка употреба на алкохол в сравнение от общото население[140,81].

Шизоафективните разстройства са от спектъра на шизофренията и заедно с нея имат висок процент на съпътстваща употреба на вещества или алкохол. При около 1/3 от пациентите със шизофрения са налице клинични данни за употреба на алкохол или ПАВ[119,130,150]. Причината за това са липса на критичност, социална изолация и контрол на поведение. Сред популацията на проблемно употребяващите, има три пъти по-висок риск от тежка употреба на алкохол в сравнение от общото население[140,81]. Употреба на вещества през целия живот при шизофрения е 24,3%. Свързва се с висока хомогенност свързана с пола, липса на кълмплайнс към лечението, агресия, бездомност, лошо хранене, самоубийство и висок процент на хоспитализации[51,85]. Употреба на алкохол и ПАВ наблюдава от 20% до 70% при пациентите със шизофрения[169].

1.7.3. Зависимост и психическа коморбидност при личностови разстройства

Личностовите разстройства присъстват при 1%-2% от общата популация, като съотношението мъже към жени е 4:1[44,55,122]. При 10% до 12% от общата популация се наблюдават личностови разстройства, а при около 30% абнормни личностови черти[122].

Според Ончев(2012) коморбидността не е изключение, а правило в изявата на личностовите разстройства в клиничната практика. Личностовата патология обикновено се съчетава и с друга патология и рядко самостоятелно. Коморбидността при ЛР е между самите ЛР и между ЛР и психични разстройства[23]. Честотата на разпространение намалява след 40 годишно възраст. Хората с ЛР имат проблеми в междуличностните взаимоотношения, с подчертана нестабилност във функционирането, афекта и настроението[23]. Не съществува ясен праг между видовете и степените на личностна дисфункция. Описанието на ЛР през годините се променя от припокриващите се и неутвърдени категории, които представляват специфични характеристики, а не основни компоненти на ЛР[159]. Разстройствата на личността при употреба на вещества най-често са при: емоционално нестабилен граничен тип, антисоциално личностово разстройство, тревожно личностово разстройство и емоционално нестабилен импулсивен тип[23]. Всички те са предразположени към злоупотреба или зависимост към алкохол и ПАВ.

Според Ончев(2012) суицидното поведение при ЛР е по-висока както спрямо общата популация, така и сред лицата с психиатричните диагнози[23]. Приблизително около 70%-75% от граничните личностови разстройства имат анамнеза за поне един акт на самонараняване, а средният изчислен процент на завършени самоубийства е 9% [104,105].

1.7.4. Наличие на татуаж и противообществени прояви при зависими пациенти с психическа коморбидност

Произхода на думата татуировка има две основни производни според Pesapdne F. Първата е от полинезийската дума “ta” което означава “удряне на нещо”, втората таитянската дума “tatau”, което означава маркиране на нещо. В Европа е въведена от английския изследовател Джеймс Кук, който описва полинезийската техника на “тату” в своите разкази[131].

През последните години татуировките станаха изключително популярни. Срещат се сред млади хора, като включват до 25% според отделните държави[93].

Татуировките могат да са диагностичен индикатор за възможна употреба на ПАВ[133]. Независимо каква е причината за татуиране, тя е свързана с актуална мода, символно значение, или доказателство за социално положение, разкрасяване, спомен, предпазване от зло, култ, принадлежност към дадена група или др. Популярността на татуаж при зависими пациенти с психическа коморбидност е значителна. Той се е превърнал в начин на изразяване, признак на неповторим стил, който позволява да се отделим от тълпата.[30]. Общото за мотивите за татуиране е стремежа към лична идентичност. Хората притежаващи татуировки в миналото се възприемат, като асоциални, агресивни, или неспособни да поемат контрол.” Чрез тях заедно с психологични тестове и методи могат да се направят оценка на черти от структурата на личността като :начин на обличане, гримиране, татуаж, раста, пиърси, флеш като, допълнение към тоалета. Демонстрирането на „модност” и ексцентричност и „външна норма” на поведение може да се приеме, като характеристики за зависимост[34]. Според Станкушев(1982) при зависими с ПАВ има средно около 2,8 татуировки на човек а при алкохолно болни по 3,5[34]. Според Raspa(1990) психични разстройства като антисоциално личностово разстройство, злоупотреба с алкохол и ПАВ, често се свързват с татуировките[138]. Известно е, че пристъпниците винаги са имали слонност за този вид украса на тялото. Knecht(1998) прави съпоставка между две групи нарушители с противообществени черти, от които само едната група с татуировки. Взети са под внимание 48 характеристики, от които едната е употреба на наркотици. Резултатите показват много малко значими разлики между двете групи.[95] В изследване проведено от Cardasis(2008) във съдебно-психиатрични стационари на

пациенти с татуировки и диагноза антисоциално личностово разстройство и анамнеза за употреба на вещества, и пациенти които не притежават татуировки. Изследвани са мъже (N=36). Приложено полуструктурирано интервю, за да се определи наличието на татуировки. Използван е и DSM-IV за определяне на критерий за ЛР. Резултатите показват, че значително повече съдебно-психиатрични пациенти са имали татуировки и антисоциално личностово разстройство в сравнение пациенти без татуировки. Пациентите с татуировки със или без антисоциално личностово разстройство са по-склонни да имат анамнеза за употреба на вещества, сексуално насилие или опити за самоубийство, отколкото нетатуирани пациенти[52].

1.7.5.Зависимост и психическа коморбидност при Посттравматично стресово разстройство (ПТСР)

Съществуват няколко класификационни системи дефинирали ПТСР през годините DSN-III, МКБ10, DSM-IV, DSM-V, като диференцирането и класифицирането на разстройството се обогатява с нови уточнения и описания и до този момент[43]. Характерно за това разстройство е, че е резултат от пряко психологично травмиращо събитие. Травмиращи събития като война, сексуално и физическо нападение, терористични атаки, тежки автомобилни катастрофи, природни бедствия, неочаквана смърт и други са фактор за развитие на ПТСР. Според NCS наличието на ПТСР при мъже с ПАВ е между 2% и 3% а за жени е 2,5%-4,5%[90]. Пожизнената болестност при ПТСР при пациенти с разстройства, дължащи се на употреба на ПАВ е между 36% и 50% а моментната болестност е между 25%и 42%[99]. ПТСР може бъде категоризиран в „остър ПТСР”, ако симптомите продължат по-малко от три месеца и „хроничен ПТСР”,ако симптомите са повече три месеца[84,2]. Термина ПТСР започва да се използва през 1980г., като до тогава травматичните събития върху психичното здраве се обозначават с различни термини[26]. Пръв Horowitz(2003) описва реакциите по отношение на травмата, като след травмата индивидът има натрапливи и разстроени мисли, представи и чувства[26]. Той разглежда тези реакции като фаза на избягване или „отрицание”. Скалата за въздействие на събитието (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) остава най-широко използвана за самооценка на посттравматичния стрес[86]. Има много данни за повишена злоупотреба с алкохол и ПАВ сред приживелите и оцелели от травматични събития, и особено ветерани от войните. В проучване на 40

ветерани от Виетнам с ПТСР, при 63% се установява злоупотреба с алкохол, а в друго, по-голямо проучване на 268 ветерани от Виетнам Roth установява, че повече от половината от тях, освен алкохол употребяват и наркотици[126]. Войната е един от най-силните стресови фактори за появата на ПТСР и отговаря на критерий за поне още едно психично разстройство[60,83,89]. Въпреки, че злоупотребата с алкохол и ПАВ бележи широко разпространение сред ветераните във войната, в никъкъв случай не се ограничава само да тази популация. В 30-месечно проспективно изследване на оцелелите от преобърналия се през 1987г. Британски ферибот, се установява, че след злополуката, има данни за повишена употреба на алкохол при 73%, при 44%- на цигари, при 40% - на сънотворни, при 28% на -антидепресанти и при 21% -на транквилизатори[26]. Освен, че имат сериозни здравни рискове, свързани с употреба на алкохол и ПАВ, ПТСР могат да имат и други тежки последствия свързани с живота на индивида. Това са когнитивни нарушения, последици за соматичното здраве и социалните взаимоотношения[26].

1.7.6. Зависимост и психическа коморбидност при Биполярно афективно разстройство (БАР)

Биполярното афективно разстройство е често срещано, тежко инвалидизиращо психично разстройство. В световен мащаб честотата на разпространение на БАР през целия живот е 0,3%-1,5%[168]. Общото разпространение през целия живот са 0,6% за БАР тип I и 0,4% за БАР тип II. Това разпространение варира от 0,4% до 1,6% от средата на 1970-те и 2000г.; от края на 90-те до 2000-те години разпространението се е покачило от приблизително 5% на 7%[168]. Проведените епидемиологични проучвания показват, че от всички разстройства по БАР тип I, най-вероятно да се появи със съвместна проява със злоупотреба с алкохол или наркотици[48]. Биполярните пациенти злоупотребяващи с алкохол и наркотици имат по-ранно начало и по-лош ход на заболяването в сравнение с тези, които не злоупотребяват с вещества[47]. Обикновено БАР се усложняват от употреба на вещества, което влияе значително на клиничните резултати. Приблизително 25%-50% от пациентите с БАР правят опити за самоубийство, а 11% се самоубиват успешно[155]. Една трета от всички пациенти с психоза предизвикана от употреба на вещества, може да развият шизофрения или БАР в рамките на 5 години. Като цяло 32,2% от всички пациенти с

психоза, които са употребявали ПАВ са се превърнали в шизофрения или БАР. Психозата от канабис носи най-висок риск от конверсия на пациентите при процент от 47,4% [155]. Лечението на употреба на вещества при БАР изисква цялостен и мултидисциплинарен подход [76,48].

1.7.7 Зависимост и психическа коморбидност при Обсесивно – компулсивно разстройство (ОКР)

Според Кожухаров (2018) Обсесивното-компулсивно разстройство е едно от най-честите хетерогенни персистиращи психични разстройства (ОКР), характеризирани се с натрапливи мисли, идеи, (обсесии) и повтарящи се поведения (компулсии). Усложненията при тях са междуличностни затруднения, безработица, злоупотреба със ПАВ, проблеми с наказателното правосъдие и физическо нараняване. Разпространението през целия живот е около 2,5%. Честотата при алкохолна зависимост и ОКР е между 3% и 12% [11]. ОКР често са коморбидни, едни от които е зависимост със ПАВ. Според ЕСА пациенти, които активно употребяват кокаин и марихуана са изложени от повишен риск от ОКР в сравнение на с тези неупотребяващи ПАВ [76,46,101,58,63].

1.7.8. Зависимост и психическа коморбидност при тревожни разстройства и паническо разстройство

Тревожните разстройства са най-разпространените психични разстройство в света, свързани с изключителна заболяемост и коморбидност[156]. Заболяванията повлияват отрицателно на качеството им на живот, като нарушават ежедневните им дейности.

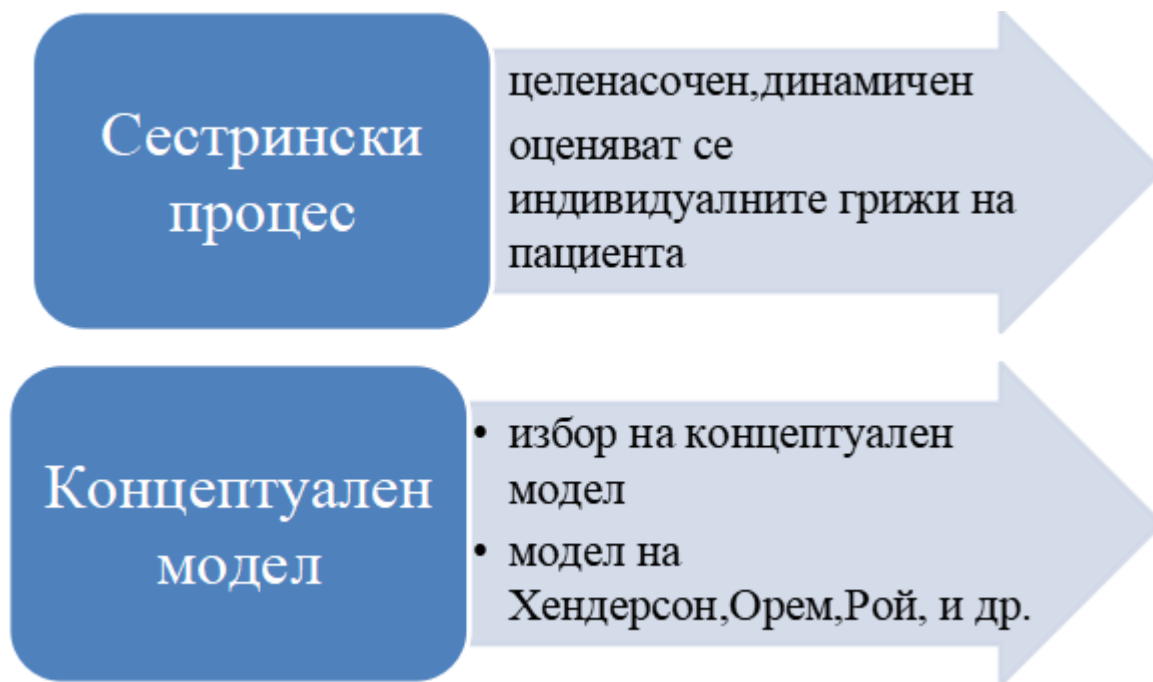
Съотношението по пол е 2:1 жени/мъже. Предполага се, че съществува уязвимост по пол, включена в етиологията и/или поддържането на това разстройство[123]. Според Nilni et al.,(2011)диагностицирането на двете разстройства, паническо разстройство и тревожност, изиска предпазливост за идентифициране на променливи и коморбидни състояния[123]. Високи нива на тревожност са докладвани и също БАР. При проведено проучване в център за депресия и тревожност в САЩ, са сравнени пациенти с и без анамнеза за коморбидни тревожни разстройства по отношения на няколко фактора, включително и история за злоупотреба на вещества[107]. Установено е, че пациенти с тревожно разстройство имат по-ранно начало на заболяването, по-високи оценки на скалата за тревожност на Хамилтън и др. Коморбидните тревожни разстройства са с по-честа история за злоупотреба с вещества и по-високи оценки за суицидни идеи[107]. Около 40% от пациенти със зависимост към ПАВ и алкохол са прекарвали тревожни разстройства . Според Grand et al.,(2004) при 25% от хората с алкохолна зависимост и 43% от хора с зависимост към наркотици са били диагностицирани с тревожни разстройства. Връзката между двете разстройства много често е трудна за диагностициране, тъй като много от симптомите на абстиненция и интоксикация се припрокриват със симптомите на тревожност[77]. Тревожността е чест симптом при лица злоупотребяващи с алкохол и ПАВ. При проучване проведено в Северна Америка в рамките на общата популация, се установи честа връзка между психичните разстройства и алкохолизма[102]. Смята се, че алкохолната зависимост рядко е патология, която се появява изолирано. Според Regier et al., (1990). депресията и тревожността са двете основни психични разстройства на алкохолизма. Алкохолът често се използва при хора страдащи от тревожни разстройства като самолечение, особено при социална тревожност. Някои изследвания доказват, че при лекуване на коморбидната тревожност, настъпва подобрене и в употреба на алкохол и ПАВ.[102]

1.8.Сестринският процес в психиатричните здравни грижи

Сестринският процес е модифициран научен метод, описан за пръв път, като четириетапен сестрински процес от Орландо през 1985г[73,38]. Процес осигуряващ системна рамка за предоставяне на сестрински грижи. и средство за изпълнение на сестринската професия [111].

Съвременното сестринство реализира сестринския процес чрез организиране на сестрински грижи на високо професионално ниво и запазва достойнството и автономността на пациента.

Сестринския процес се разглежда като „Системен научен подход за планиране и осигуряване на активни сестрински грижи, т.е съвременното здравеопазване медицинската сестра има право да осъществява своята научна дейност”[7]. Той е целенасочен и динамичен, а не статичен процес. Свързан е с организацията и дейността на медицинската сестра и може да се приложи във всяка област на сестринската дейност. Орландо, една от първите теоритици, която пиши за сестринския процес в сестринските грижи. Нейната теория е фокусирана върху взаимодействието на медицинската сестра и пациента, използването на сестринския процес за постигане на положителни резултати за пациента[5].Прилагането му гарантира качеството на сестринските грижи. Според ANA той преминава в шест стъпки и няколко етапа за решаване като, следва строга логична последователност с цел подобряване състоянието на пациента[66].Всеки сестрински процес трябва да се допира до концептуален модел, който да насочва медицинската сестра към проблема, който ще изследва.



Фиг.2. Сестрински процес и концептуален модел

Основните компоненти според ANA са[73,38]:

- *Оценка* – основни данни на оценката, включително описание на симптоматиката, която медицинската сестра получава при извършване на оценката.
- *Диагноза-анализ* от данните, включени в сестринските диагнози, общи и специфични за психичните разстройства.
- *Идентифициране на резултата* - резултатите се извличат от сестринските диагнози и посочени като измерими цели.
- *Планиране*-предоставя се план за грижи с избрани сестрински диагнози. Стандартът за планиране включва теми и обучения на клиента и семейството относно психичните заболявания и зависимост.
- *Изпълнение*- извършените интервенции в плана за грижи.
- *Оценка* –оценката е динамична дейност, която се променя в съответствие с промените у пациента. Включва набор от въпроси които медицинската сестра може да използва за да прецени дали сестринските действия са били успешни за постигане целите на грижите.



Фиг.3. Компоненти на сестрински процес според ANA

Сестринският процес дава възможност и за участие на МДКЕ в лечебния процес, като членовете му бъдат запознати с всички елементи по планиране, изпълнение, идентифициране, оценка на резултата, което улеснява организацията им на работата. Получените данни са директно от самия пациент, като се оценява индивидуалната грижа за пациента. Според Борисова (2013) сестринският процес е метод на индивидуализация, хуманизация, и персонализация на грижите[5]. Медицинската сестра анализира данните и формулира сестринска диагноза. Днес сестринската професия се старее да придобие нов подход, изразяващ се с професионална автономност, свързана чрез ЗСОМСААМСЗПФ който предоставя възможност за автономност на специалистите по здравни грижи за предоставяне на здравни услуги, превенция и профилактика на заболявания[1]

1.8.1. Същностни характеристики на психиатричните здравни грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

В последните години настъпиха драстични промени в грижите за психично болни и зависимите пациенти. Необходимостта от психиатрични здравни грижи у нас е все още неосъзната, въпреки нарастващата нужда от работната сила на психиатричните сестри. Значимостта на лицата с психични разстройства и зависимости, заемат значителен дял от общата инвалидизация и трайна нетрудоспособност сред пациентите. Липсата на комплексност и приемственост на грижите, както и координация между структурите в действащата система са едни от проблемите за осъществяване на ефективни психиатрични здравни грижи. Специфичното при зависими пациенти с психическа коморбидност е, че са познати като по-импулсивни и с по-големи изисквания към екипа и близките им[39]. Импулсивността е не само фактор, но и последици от продължителна употреба на ПАВ[161]

Професионалното поведение, умение и компетенции на психиатричната медицинска сестра включва дейности основаващи се на професионални знания, умения и преценка. Работата ѝ е специфична, свързана със добри комуникативни умения сестрински грижи, които подпомагат психиатричната диагноза и лечебния процес. Установяването и поддържането на комуникативни умения свързани с пациентите и техните близки, са част от психиатричните здравни грижи. Медицинските сестри по психично здраве и МДКЕ участват и в ежедневните обучения в социални и професионални умения на пациентите, с цел реинтеграция и подобряване качеството на живот. Изследванията в сестринството са от години, но като че ли винаги е съществувала разлика между изследване и практика.

В България с приемането на чл.6 от ЗЛЗ дейността на лечебните заведения, на медицински и други специалисти се осъществява при спазване на Медицински стандарти. Те отразяват достиженията на медицинската наука и практика от една страна, а от друга обезпечеността на медицинският персонал и финансовата сигурност. Чрез медицинските стандарти се дава възможност за достигане на по-високо качество на грижи, технологии и повишаване на квалификацията на медицинските специалисти.

У нас, с Наредба №24 от 07.07.2004 г.е утвърден Медицински стандарт по „Психиатрия”. Тези стандарти са задължителни правила за поведение на лечебните

заведения и медицинския персонал и са „алгоритъм за съответните медицински дейности при упражняване на медицинската професия”[10]. Основен орган контролиращ и утвърждаващ стандартите е Министерът на здравеопазването. Медицинските стандарти са основен инструмент за постигане на качество в здравеопазването. Контролът върху лечебните заведения за спазване на медицинските стандарти се осъществява от контролни органи[10]. Медицинските сестри имат ключова роля и отговорност не само за качеството на грижите, но и за тяхната ефективност[178]. Разработването и прилагането на Медицински стандарти по здравни грижи, е насочено към постигане на максимална степен на подреденост, гарантира безопасността на пациента, управлява риска и подобрява качеството на медицинската помощ. У нас няма нормативно въведени стандарти по психиатрични здравни грижи, които да ръководят медицинските сестри. Приемането и спазването на Медицински стандарти по здравни грижи с регламентиран брой медицински сестри, спрямо броя и тежестта на пациентите, нуждаещи се от здравни грижи е едно от предложенията за спешни мерки на председателя на БАПЗГ[178]. На Световния конгрес на Международния сестрински съвет(2005г.) е приета норма, според която “една медицинска сестра се грижи за четирима болни. Всеки следващ болен за обгрижване увеличава вероятността за влошаване качеството на предоставените грижи”[178]. У нас тази норма не може да се прилага, поради намаления, ограничен брой медицински сестри в отделенията, центровете за психично здраве и болниците. В амбулаторни психиатрични практики или индивидуални практики много често работят без медицински сестри, а ползват услугите на медицински секретари.

1.9. Етични и правни аспекти при психиатрични медицински сестри

Етиката е наука за морала. Моралът е съвкупност от принципи норми, отношение, ценности, които регулират взаимоотношенията с хората[35]. Той регулира поведението на хората във всички области, включително и в здравеопазването за решаване на практически проблеми, свързани с морални конфликти и противоречия, в практиката на медицинската сестра и лекаря. Етичното поведение е част от практиката на специалистите по здравни грижи. За прилагането му специалистите по здравни грижи трябва да имат познания по психология, право и медицина, които получават по време на обучението си[35]. Тези познания са важни, при обгрижване на болния и нарастват все повече през годините. Значението на етиката при обгрижване на болния нараства все повече.

Според Pellegrino грижата за пациента има четири значения[129]:

- Съчувствие и страдание към човека, който е болен.
- Да се направи нещо за друг човек, който не е в състояние да го направи сам.
- Когато лекарят поеме отговорност за лечението и прилага професионалните си познания и умения.
- Смисъл на грижите е лекарят да вложи цялото майсторство на своята професия в името на доброто на пациента.

Съгласно Pellegrino(1985) етичната страна на здравните грижи се проявява с това да се работи за доброто на пациента. Лекарят и медицинската сестра са морално / задължени да допренесат за излекуването на болния[129]. Медицинските грижи са в основата на лечението, а пациентът е предмет на обгрижване от медицинската сестра. Етиката на здравните грижи е емоционален ангажимент, отговорност, доверие, преданост и чувствителност[35]. Съвременните тенденции в етиката на здравните грижи са в посока засилване на позицията на пациента. Това означава, че медицинската сестра трябва винаги да има предвид уязвимостта на пациента, да покаже уважение към неговите ценности, желания и най-вече емоции[35]. Принципите на медицинската етика са: уважение към автономността на личността, ненанасяне на вреда, благодеяние, справедливост и полезност[35]. Медицинските сестри работещи със зависими

пациенти с психическа коморбидност, изискват да управляват емоционално нестабилни и агресивни пациенти в практиката си. Според Fisher(1995) има три етични проблема, които се срещат в ежедневната практика на психиатричните медицински сестри. Първата е балансиране на подкрепа за автономия на пациента с необходимостта за подържане на контрол в отделението. Втората е балансиране на необходимост от дистанциране и установяване на терапевтични взаимоотношения. Третата е балансиране на взаимоотношенията да „постъпите правилно” и необходимостта за разбиране между колегите[69].

Проблемите на психиатричното обслужване се превръщат в етични, когато между членовете на персонала възникне конфликт по повод правилността или неправилността на действията[129]. Практическо умение, което медицинската сестра трябва да придобие, е способността да преценява аргументите и да прави разлика между видовете причини за даден морален избор[32]. Професионалната ѝ съвест изисква от нея да се ръководи от своите професионални знания, опит и преценка. За недопускане на етични грешки се съзават етични кодекси. Първите Международни етични правила се изработват през 1953г[35].

Кодекс за професионална етика на медицинските сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти е утвърден със Заповед № РД-01-102 от 11 май 2015г. на Министъра на здравеопазването Обн.ДВ.бр.45 от 19 юни 2015г[22]. Правилата в този кодекс са задължителни за всички професионалисти по здравни грижи. Комисия по професионална етика към БАПЗГ осъществява дейността си съгласно Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерки и асоциираните медицински професионалисти, Устава и Етичния кодекс на БАПЗГ. Функциите, които изпълнява са да се произнесе по спазването на професионално-медицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняване на професията[178].

1.10. Действащо законодателство при зависими пациенти с психическа коморбидност.

Правото на българските граждани на достъп до лечение и рехабилитация в случай на злоупотреба или зависимост към наркотични вещества е регламентирано в Закон за контрол на наркотични вещества и прекурсори в сила от 03.10.1999г[174,186]. Според закона за контрол на наркотични и прекурсори:

Чл.84 т.2 На лица, които са зависими или злоупотребяват с наркотични вещества, се осигурява достъп до програми за лечение, психосоциално рехабилитация и намаляване на вредите от употреба на психоактивни вещества[186].

Чл.84 т.4 Програмите се изпълняват на национално и местно равнище[186]

Чл.84а Условието и редът за осъществяване на програми за превенция на употреба на наркотични вещества се определя с наредба на Министъра на здравеопазването и Министъра на образованието и науката[186].

Чл.85 т.1 Всеки български гражданин има право на лечение и психосоциална рехабилитация при зависимост или злоупотреба с наркотични вещества[186].

Чл.85а Към Министъра на здравеопазването се създава Експертен съвет по лечение на зависимости[186].

Чл.85т.2 Експертният съвет по лечение на зависимости се състои от 11 члена и включва : заместник - министър на здравеопазването, който е председател на съвета, двама представители на МЗ, директора на Националния център по наркомании, най-малко едно хабилитирано лице, работещо в областта на лечение на зависимости, най-малко един лекар с призната специалност по клинична токсикология, трима лекари с призната специалност Психиатрия, от които най-малко двама работещи в областта на зависимости и/или психосоциална рехабилитация и други медицински специалисти[186].

Чл. 88 т.1 Участието на лицата, злоупотребяващи или зависими от наркотични вещества в програмите за лечение, за психосоциална рехабилитация и за намаляване на вредите се основава на принципите на доброволност и поверителност, като информация се предоставя на лица и служби само в предвидените в закон случаи[186].

Законодателството регулира, гарантира и спазва гражданските права на всички участници в обществото включително и на пациенти с психични заболявания. Медицинските дейности; за установяване и лечение на психичните разстройства се реализира при условия и ред определени със закон. Принципите при лечението на пациенти с психични заболявания са[186]:

- Минимално ограничаване на личната свобода и зачитане правата на пациента;
- Намаляване на институционалната зависимост на психично болни от продължително болнично лечение.

Мярката за принудително лечение се прилага при психично болни, които са имали противообществени прояви. На задължително лечение подлежат и психично болни, които нямат противообществени прояви, но отказват да се лекуват и предстваляват заплаха за себе си и околните. Риск за пациента съществува когато е в опасност от автоагресивни прояви, суицидни постъпки и невъзможност да задоволява нуждите си и да защитава социалните си, професионални и имуществени интереси. Степента на риска може да се определи като :висока, средна и лека[186].

- Висока степен- при извършени прояви на тежко антисоциално поведение или при наличие на болестно определено поведение с болестни симптоми и синдроми.
- Средна степен - при извършени обществено опасни действия, които не са тежки правонарушения.
- Лека степен - при леки обществено опасни действия и когато влиянието на болестта върху поведението на пациента е ограничено или незначително. Основният проблем при лечението на употреба на наркотични вещества, успоредно с психиатричните разстройства е, че в повечето Европейски страни мрежите за рехабилитация и лечение на психично здравни проблеми, свързани с употреба на ПАВ, са отделни[188]. Според Националната стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021-2030 има няколко недостътъка при лечението на лица със зависимости, а именно[21]:
- разкритите места за лечение са недостатъчни и услугите на свързаните с тях професионалисти са неравномерно разпределени в цялата страна.

- Лечебните и рехабилитационни услуги не се заплащат от държавата, а са оставени на финансовите възможности на зависимите и техните близки.

1.11. Координация между структурите в действащата система при лечението на зависими пациенти с психическа коморбидност

Един от проблемите при обслужването на зависими пациенти с психическа коморбидност е липса на координация между структурите в действащата система, както за грижите, лечението, психосоциална интервенция, рехабилитация, така и за информацията за пациента. Липсата на регулация за насочване, проследяване, лечение и психосоциална интервенция и рехабилитация на пациентите с оглед неговото обратно включване в общността. В резултат на това пациентите остават трайно социално дезадаптирани. Не доброто сътрудничество между социалните и здравни органи и липса на услуги в обществото свързани с правата на човека са едни от бариерите, които се поставят пред зависимите пациенти с психическа коморбидност.

От 01.08.2022г информацията за пациенти постъпили в сектор “Здравеопазване” се осъществява в общо електронно досие на пациента, като част от НЗИС. Достъпът до информация е регламентиран със съответните нива на достъп за ползващите информация от системата професионалисти. НЗИС е създадена в рамките на Договор за безвъзмездна финансова помощ №BG05SFOP001 от 21.03.2017г., по проект “Доизграждане на националната здравна информационна система”(НЗИС) етап 1 и етап 2 с бенефициент Министерството на здравеопазването[122]. Основната цел на НЗИС е да подобри качеството на медицинската помощ, и намали медицинските грешки, да подобри комуникацията между пациенти и здравни професионалисти. Стремешът на НЗИС е също подобряване на диспансеризацията, профилактична дейност и намаляване на разходите за съхраняване на информация. Чрез НЗИС ще могат да се извършат всякакви детайлни анализи свързани с най-честите заболявания, популация, придружаващи заболявания, фармакологичен маршрут на пациента и др.

В началото на стартиране на програмата съществуваха някои несъответствия между данните постъпили в НЗОК и НЗИС, свързана с работата на електронните направления, поради липса на осигурен софтуер на програмата. Това възпрепятства работата, както на общопрактикуващите лекари, така и на лекарите в болнична и извънболничната медицинска помощ. Все още съществуват някои технически и административни

бариири за медицинските документи. От друга страна според А.Андреева и Г. Йолова въвеждането и правилното функциониране на системата, следва да отговаря на високо ниво на защита на данни, тъй като засяга всички конкретни гаранции във връзка със защита и достъп на лични данни[177].

1.12. Съзависимост при членове на семейства засегнати от разстройства свързани с употреба на ПАВ

Разстройствата свързани с употреба на психоактивни вещества оказват влияние върху всеки член от семейството на употребяващия. Съзависимостта е често срещано явление, което подобно на зависимостта към ПАВ, се развива и задълбочава при близки на зависимите пациенти. Зависимостта не е проблем само на зависимия, тя е семейна болест, и поради това е необходимо да се работи в една посока с близките и семейството на зависимия. Съзависимостта е проблем, който засяга и медицинките сестри, работещи с близки на зависими пациенти.

В литературата най-близко определение за „съзависимост” се намира в описанията за зависима личност, Краерелін подчертава „нерешителност на волята” на зависимите и лекотата, с която те могат да бъдат съблазнени от други[99]. Терминът се използва за хора, чийто начин на живот е повлиян от взаимоотношенията с човек зависим от психоактивни вещества. За съзависимост започва да се говори в края на седемсесетте години на XX век[79]

Това е процес, който се наблюдава при близки на пациенти, които са във взаимоотношения със злоупотребяващи с психоактивни вещества. Sermak`s (1986) предлага съзависимостта да бъде добавена към Диагностичния и статическия наръчник за психични разстройства –резивиран (DSM –III-R: Американска психиатрична асоциация, 1987), като разстройство на личността по ос II[74]. Злоупотребата с ПАВ обикновено засяга, както употребяващите, така и семейството. Много често тя остава неразпозната за семейството.

Обобщение

Зависимите пациенти с психическа коморбидност са много често явление като най-разпространено съчетание със шизофрения, личностови разстройства, и биполярни афективни разстройства. У нас липсва национална стратегия за последваща грижа насочена към тези пациенти. Слабата ангажираност на социалните структури към тях е причината за тяхната трайна социална дезадаптация. Проведените в България изследвания върху проблемите на зависими пациенти с психическа коморбидност са оскъдни, а такива за сестрински грижи при тях изобщо у нас липсват.

Теоретичното проучване, което направихме върху организацията на психиатричната помощ у нас и възможностите за участие на медицинската сестра чрез оптимизиране на психиатричните сестрински грижи показва перспективността на бъдещи проучвания в това направление. Обвързаността им със зависими пациенти с психическа коморбидност даде насока на тематиката на нашето дисертационно проучване.

ГЛАВА ВТОРА

2.1.Цел и задачи на проучването

Цел и задачи на проучването

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

За постигне на целта са поставени следните задачи:

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

Обект на изследването са зависими пациенти с психическа коморбидност, Медицински сестри и МДКЕ, студенти „Медицински сестри” и „акушерки” III и IV курс, близки на пациента.

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

2.2. Изследователски хипотези

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

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

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

Включващи критерий на лицата в изследването:

Първа група: За пациенти със психическа коморбидност:

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

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

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

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

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

Пета група: За студенти

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

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

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

Критерий за изключване групите участващи в изследването

- 1) Пациенти поставени под пълно запрещение.
- 2) Отказ за подписване или оттегляне на Информирано съгласие .
- 3) Пациенти с травматични увреждания на Централната нервна система.

- 4) Не могат да четат и пишат на Български език
- 5) Няма основно образование.

2.3.1. Време и място на проучването

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

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

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

2.3.2 Етапи на изследването

Дейностите по дисертационния труд са проведени в 5 етапа, описани в Таблица 2

Таблица 2 : Етапи на проучването

Етап	Дейности	Обхванати	Време	Място	Инструменти
I етап	<p>Проучване на състоянието, актуалността и формулиране на проблема.</p> <p>Формулиране на темата, обекта и предмета на проучването.</p> <p>Определяне на цели, задачи и разработване на хипотези.</p> <p>Избор на методи за изследване и инструментариум за неговото провеждане</p>		2021г.	Гр. Варна	Литературни източници, библиографски справки, статии, доклади, публикации, референции, статистически данни, нормативни документи и др.
II етап	Провеждане на анонимно анкетно проучване	<p>1. Медицински сестри и МДКЕ-44 броя</p> <p>2. Пациенти-68 броя</p> <p>3. Близки и</p>	<p>м.февруари-м.март 2022г</p> <p>м.януари-септември 2022г</p>	<p>Варна</p> <p>Варна</p>	<p>Анкетна карта №2, №5</p> <p>(Приложение №2 №5)</p> <p>Анкетна карта</p>

		<p>съжителстващи с зависими пациенти с психическа коморбидност- 68 броя</p> <p>4. Студенти по специалност “Медицинска сестра” и “Акушерка”- 100 бр</p> <p>5. Пациенти с настъпил релапс след дехоспитализация в период от 1 до 3 месеца- 38 броя</p>	<p>м.януари- м.септември 2022г</p> <p>м февруари- м май 2022г</p>	<p>Варна</p> <p>Варна</p> <p>Сливен</p> <p>Шумен</p> <p>Велико Търново</p> <p>Варна</p>	<p>№1 (Приложение№1)</p> <p>Самооценъчен въпросник на В.В. Ткачева (Приложение №7)</p> <p>Анкетна карта №3</p> <p>Анкетна карта№4 (Приложение №3 №4)</p> <p>Анкетна карта №6 (Приложение № 6)</p>
III етап	<p>Обработка и анализ на данните.</p> <p>Получената първична информация от проведеното изследване се обработва чрез статистическа програма.</p> <p>Анализът на</p>		<p>м август- октомври 2022</p>		

	обобщените данни се извършва чрез подбрани методи за изследване				
IV етап	Описание на резултатите		м ноември-декември 2022		SPSS v.20.0
V етап	Изводи и приноси		Декември 2022-януари 2023		

Източници за набиране на информация

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

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

2.4 Методи на проучването

За постигане на целта и задачите са проведени следните изследвания:

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

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

2.4.2. Социологически методи

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

2.4.3 Статистически методи-за систематизиране, обобщаване, анализ и интерпретация на статистически данни с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимовръзките. За статистическото анализиране и представяне на резултатите са приложени:

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

2.5. Инструментариум на проучването

Изработен е собствен инструментариум за провеждане на проучването след шест групи респонденти и самооценъчен въпросник за изследване на съзависимост на В.В.Ткачева

2.2.1 Инструментариум за анкетно проучване

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

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

В рамките на една година бяха скринирани шест групи участници.

- Медицински сестри и Медицински фелдшери работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ “Света Марина “ЕАД гр.Варна . Създадена анкетна карта №2 съдържаща отворени, затворени и полуотворени въпроси, разпределени в секции: информираност, здравни грижи, удовлетвореност, демографски показатели-пол, възраст,местоживеене. /приложение №2/
- Студенти III и IV курс по специалност “Медицински сестри и”Акушерки” Създадена анкетна карта №3 и анкетна карта №4 съдържаща отворени, затворени и полуотворени въпроси, разпределени в секции информираност, професионална подготовка, демографски показатели-пол, възраст, местоживеене /приложение №3, приложение №4/
- Мултидисциплинарен клиничен екип - състоящ се от лекари, социални работници, психолози, трудотерапевти. Създадена анкетна карта №5 съдържаща отворени, затворени ,и полуотворени въпроси, разпределени в секции информираност, качество и ефективност на грижите, демографски показатели- пол, възраст, местоивеене./приложение №5/

- Въпросник при настъпил релапс при зависими пациенти с психическа коморбидност в период от 1 до 3 месеца. Създадена анкетна карта №6 съдържащи затворени въпроси разпределени в секции социодемографски показатели, индивидуални фактори, причина за релапс/приложение №6/
- Самооценъчен въпросник за съзависимост на В.В.Ткачева в превод от Кирил Кунчев състоящ се от 16 въпроса - приложен при близки и съжителстващи със зависими пациенти с психическа коморбидност/приложение №7/
- Пациенти преминали през Втора психиатрична клиника с потвърдена диагноза по МКБ-10 Психични и поведенчески разстройства дължащи се на употреба на алкохол /ПАВ и придружаващо психично заболяване. Създадена анкетна карта №1. Съдържат отворени ,затворени и полузатворени въпроса, разпределени в секция информираност, качество и ефективност на грижите, демографски показатели-пол, възраст, местоживееене./приложение №1/
- Ретроспективно проучване на наличната медицинска документация
- Статистически методи. Обработката на получените при изследването данни е извършена от специализирани софтуерни статистически пакети STATGRAPHICS; SPSS и EXCEL for Windows. Резултатите са описани чрез таблици, графики и числени показатели за структур, честота, средни стойности.

Глава III

Резултати и Обсъждане

3. Организация на грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност

3.1 Резултати от проучване на зависими пациенти с психическа коморбидност

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

3.1.1 Демографска характеристика на пациенти

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

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

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

3.1.2. Организация на психиатричните здравни грижи.

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

Табл. 5. Поредност на постъпване в клиника

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

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

3.1.3 Организация на приема в стационар

Табл.6 Прием в стационар

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

Известно е че първите впечатления на пациенти по време на приема в стационар има голяма значение за тяхната понататъчна нагласа, изпълнение на предписаното лечение и съвети. Установено бе че 94,1% табл.6 отговарят, че са категорично доволни при приемането в стационар. Малък е процента на изразяващите недоволство в начина на постъпване.

Табл.7 Информация относно Вътрешен ред в отделението

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

В психиатричните отделения за зависими пациенти се отдава много голяма значение на правилата на отделението за вътрешния ред, тъй като приемането им от пациентите представлява вид договор с тях ; някои от правилата не са толкова лесно изпълними и са свързани с редица ограничения/ недопускане на телефон, запалки, цигари, и др/ . Изразяването на съгласие с тях е добър признак за по-нататъшното лечение на пациентите.

Табл.8 Считате ли че, медицинските специалисти отделят достатъчно време за разговори с Вас?

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

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

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

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

Табл.9 Оценка за организацията и качеството на работа в отделението

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

3.1.4 Информираност на пациенти

Информираността на зависимости относно

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

По отношение на видове зависимости, рискове и въздействие върху организма, както и усложненията при употреба резултатите са представени таблици 10, табл.11,табл.12

Табл. 10 Информираност на пациенти -видове зависимости

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

Табл.11. Информираност на пациенти-рискове и въздействие върху организма

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	4	5,9	5,9	5,9
Средно	7	10,3	10,3	16,2
Добро	11	16,2	16,2	32,4
Много добро	13	19,1	19,1	51,5
Отлично	33	48,5	48,5	100,0
Общо	68	100,0	100,0	

Табл. 12. Информираност на пациенти усложнения при употреба на ПАВ

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

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

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

Табл.13. Информираност на пациенти относно новости при лечението на зависимости

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	28	41,2	41,2	41,2
Средно	12	17,6	17,6	58,8
Добро	10	14,7	14,7	73,5
Много добро	11	16,2	16,2	89,7
Отлично	7	10,3	10,3	100,0
Общо	68	100,0	100,0	

Табл.14 Информация относно зависимост и придружаващо психично заболяване

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	20	29,4	29,4	29,4
Средно	9	13,2	13,2	42,6
Добро	13	19,1	19,1	61,8
Много добро	8	11,8	11,8	73,5
Отлично	18	26,5	26,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

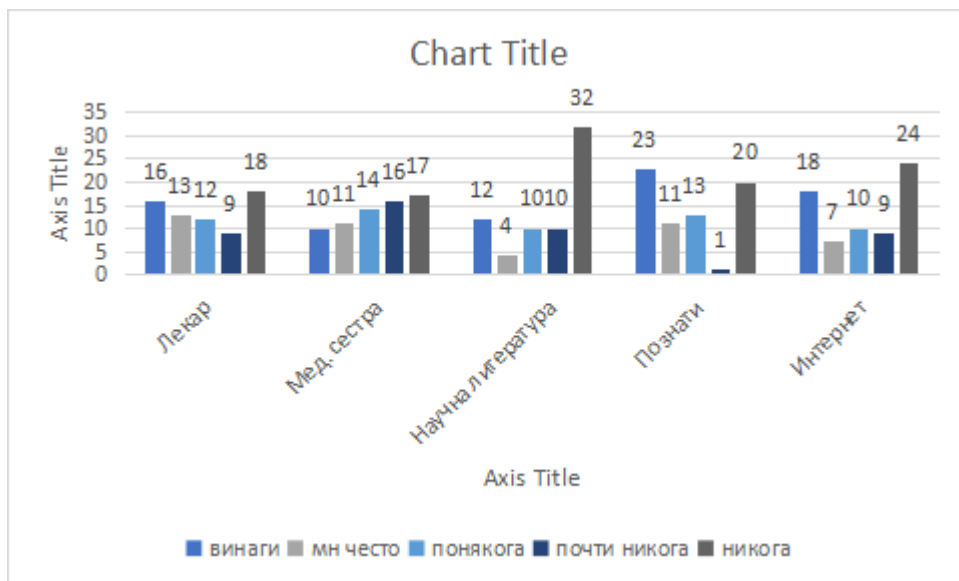
Табл.15. Информираност на пациентите относно рехабилитационните центрове при зависими

	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Слабо	25	36,8	36,8	36,8
Средно	8	11,8	11,8	48,5
Добро	12	17,6	17,6	66,2
Много добро	6	8,8	8,8	75,0
Отлично	17	25,0	25,0	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Табл. 16 Вътрешна
консистентност Reliability

Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.649	6

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



Фиг.2 Източници на информация на пациенти със зависимост и психическа коморбидност.

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

3.1.5 Характеристики на пациенти със зависимост и придружаващо психично заболяване.

Табл. 17. Характеристика на зависимостите

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

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

Табл.18. Разпределение на придружаващо психично заболяване

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

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

3.1.5. Реласп-фактори

Социално-демографски фактори

табл.19.Средна възраст на пациенти с релапс е 39,21 години,

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

Табл.20 Разпределение по пол

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

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

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

Табл.21 Здравноосигурителен статус

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

Табл..22 .Изпълнихте ли препоръките дадени след изписването си?/посещение на ОПЛ, специалист психиатър, групи за самопомощ, психолог /и др.

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

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

“осъзнаване” за болест, някои индивидуални фактори, социално осигурителен статус на пациента .

Индивидуални фактори свързани с релапс

Фамилна обремененост

Табл.23 Фамилна обремененост

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

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

Табл.24. Причината за релапс?

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

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

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

Табл.25 Релапс при употреба на ПАВ

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

Табл.25.Лекувате ли и придружаващото психично заболяване?

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

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

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

С напредването на дигиталните технологии и интернет, както и мерките за физическо дистанциране свързани с пандемията от COVID-19 се увеличи търсене на услугата онлайн консултации свързани с психично здраве.(Wind et al.,2020). Онлайн услугите имат възможност да отговорят на нуждата от психични здравни грижи. Проведено е качествено изследване в тринадесет държави от Европейския съюз, като в него участват и медицински сестри по психиатрични здравни грижи[181] .

Предимствата на онлайн консултациите са свързани с по-лесен достъп до психиатрични здравни грижи, гъвкавост и по-ниска стигма. При анкетиране на медицински сестри с въпроса: „ **Подкрепяте ли идеята за организиране на on-line консултации с медицински специалисти относно зависимости с психическа коморбидност?**“

Табл.27 Подкрепяте ли идеята за организиране на on-line консултации с медицински специалисти , относно зависимости с психическа коморбидност?

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

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

Обобщение

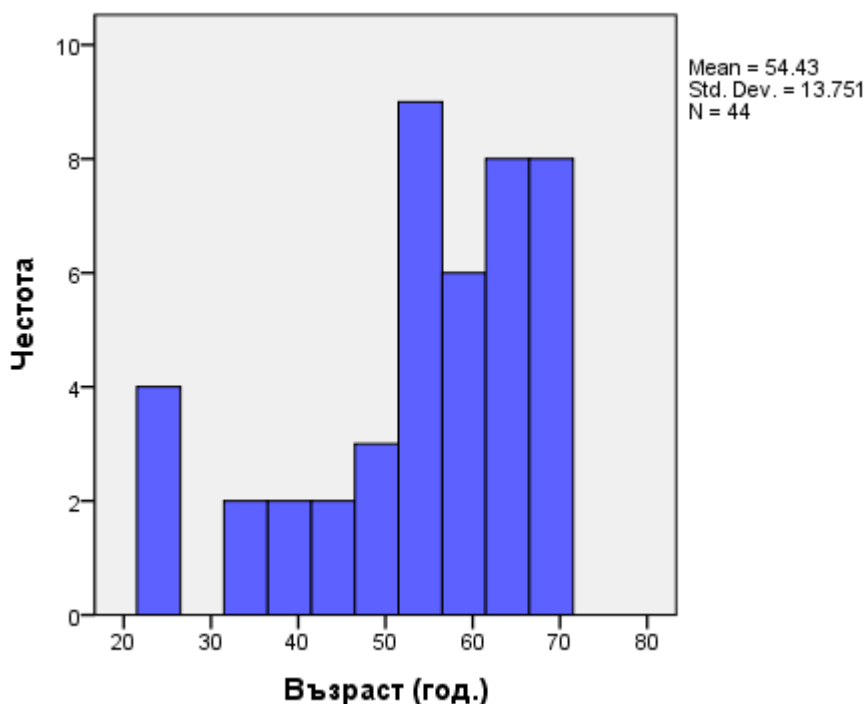
-1 гр пациенти В групата на ЗППК се установи висок процент на релапс - 55%,което се потвърждава от ниските нива на информираност свързани с рехабилитационни центрове и терапевтични общности, групи за самопомощ/АА/ занимаващи се с рехабилитация при зависими пациенти. Неосигурените пациенти са възпрепятствани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

3.2.1 Социално - демографски характеристики на медицинските сестри

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

Табл.28.Разпределение по пол на медицински сестри

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



Фиг.3.Разпределение по възраст

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

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

Табл.29.Разпределението по образование на медицински сестри

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

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

3.2.2 Специални грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

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

най-често се прилагат при зависими пациенти с психическа коморбидност



Фиг.4 Специални грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

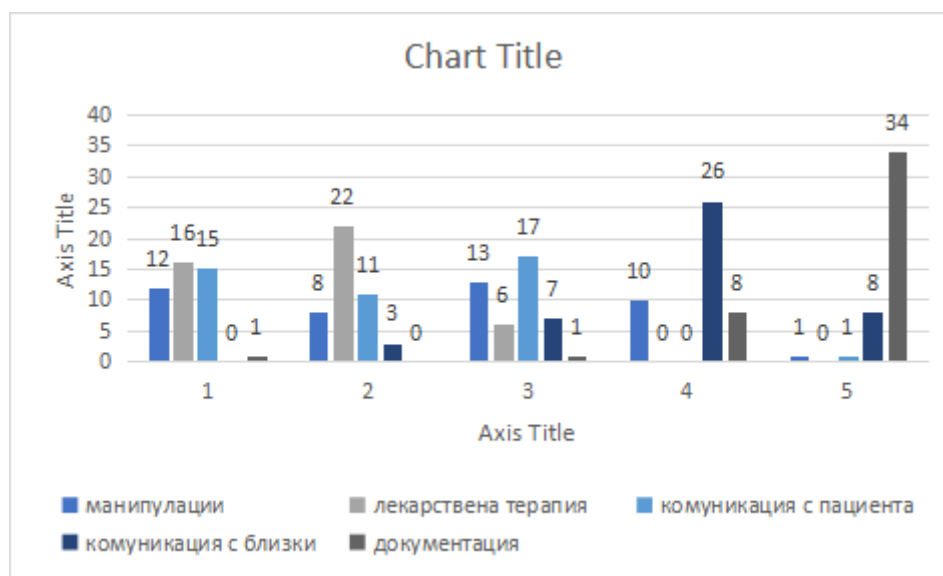
На трето място са отговорите свързани с „ решаване на социален проблем, пред ТЕЛК, социална институция“ (n=22) или 22,15% „ Грижата за зависимите пациенти с психическа коморбидност, не се различава от останалите пациенти смятат 14,10% от отговорилите; 10,7% изтъкват, като важно провеждането на здравни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

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

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

Таблица 30. Степенуване по важност на петте най-важни дейности при зависими пациенти

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



Фиг.5 Разпределението по дейности според медицинските сестри по важност

Анкетираните посочват петте най-важни дейности при зависими пациенти с психическа коморбидност, като най-голяма тежест дават на лекарствена терапия и комуникация с пациента 70,45% следвани от манипулациите. Лекарствените терапии и манипулациите неизменно заемат и второто място по тежест с 40,18%. Със по-малка тежест са определена комуникациите с близките. Според Arad et al(2022)не добрата комуникация има отрицателно въздействие върху качеството на сестринските грижи. Проведено изследване за да определи ефектът от обучение върху умението за общуване на медицинската сестра с пациента показва, че комуникативни умения са се подобрили значително след две седмици обучение .

Препоръчва се обучението да бъде без откъсване от работното място чрез индивидуално и групово обучение[42]. Подържането на подходяща комуникация на медицинската сестра с пациента, и екипа е в основата на грижата за психичното здраве. Всичко това говори, че медицинските сестри разбират важността на комуникациите със самия пациент, което е специфична характеристика на сестринските грижи на психиатрията. Това още веднъж подчертава необходимостта от обучение в комуникациите на медицинските сестри.

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

3.2.3. Сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност

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

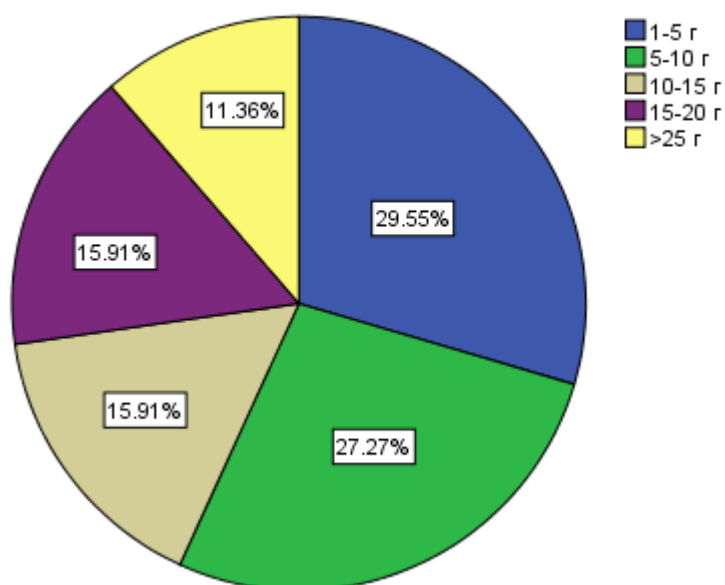
Табл.31 Наличие на предишен опит/работа със зависими пациенти с психическа коморбидност

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

Total	44	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

Табл.32.Разпределение по продължителност на работа в Психиатрични клиники

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



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

намаляване стигмата и самостигмата, биха подобрили възможностите на пациентите за по-активно **участие** в оздравителния процес

Табл.33 Съществува ли “стигма “ при зависимите пациенти с психическа коморбидност” според медицински сестри

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

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

Табл. 34. Участие в информационни кампании свързани със стигмата

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да”	13	29,5	29,5	29,5
по-скоро „да”	13	29,5	29,5	59,1
не мога да определя	7	15,9	15,9	75,0
по-скоро” не”	9	20,5	20,5	95,5
категорично „не”	2	4,5	4,5	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

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

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

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

Секция информираност/степен и знания/ на използваната анкета в групата на медицинските сестри включват също така въпроси относно видове зависимости, новости при лечението на зависимости, рискове и въздействие върху организма на ПАВ, наличие на зависимости и придружаващо психично заболяване, усложнения при употреба на ПАВ, както и относно рехабилитационни центрове и организации за лечение на зависими пациенти. Разпределението според отговорите на въпрос 1 от секция информираност относно видове зависимости е показано на табл.16, въпрос 2 относно новости при лечението на зависимости – табл.17, въпрос 3 относно рисковете и въздействието върху организма табл.18

Табл. 35 Ниво на информираност на медицински сестри-видове зависимости

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

Табл.36. Новости при лечение на зависимости

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

Табл.37 Рискове и въздействие върху организма на ПАВ

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

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

Табл.38 Степен на информираност относно наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване в групата на медицинските сестри

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

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

Табл.39 Степен на информираност относно усложнения при употреба на ПАВ в групата на медицинските сестри

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

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

Табл.40 Разпределение на посещаемост на регулярни курсове относно зависимости при коморбидни пациенти.

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

Табл.41. Причини за не посещаемост на регулярни специализирани обучения и курсове относно зависимости и психическа коморбидност

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

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

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

Табл.42. Разпределение на удовлетвореност от ежедневната си работа

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Високо удовлетвореност	7	15,9	15,9	15,9
Неудовлетвореност	3	6,8	6,8	22,7
Нито неудовлетворен/а нито удовлетворен/а	13	29,5	29,5	52,3
Удодетворен/а	21	47,7	47,7	100,0
Total	44	100,0	100,0	

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

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

Табл.43. Натовареност на медицински сестри при работа със зависими пациенти с психическа коморбидност

Отговор	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
категорично „да”	14	31,8	31,8	31,8
по-скоро „да”	21	47,7	47,7	79,5
не мога да определя	3	6,8	6,8	86,4
по-скоро” не”	5	11,4	11,4	97,7
категорично „не”	1	2,3	2,3	100,0
Общо	44	100,0	100,0	

На базата от резултати от табл.24(n=35) или 79,54% споделят, че се чувстват натоварени при работа със зависими пациенти със психическа коморбидност.

Натовареността на медицинските сестри по психиатрични здравни грижи, най-

вероятно се дължи от профила на заболяването на пациентите, свързано с коморбидността. На въпроса "Имате и затруднения в комуникацията с медицински сестри, като част от МДКЕ"?

абл.44. Затруднения при комуникация на МДКЕ и медицинска сестра

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

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

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

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

Табл. 45.-Затруднения при комуникация на МДКЕ с близки на пациенти със зависимост и психическа коморбидност

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

Вътрешна консистентност на медицински сестри и МДКЕ

46. Case Processing Summary

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

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

47. Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.749	6

Обобщение

2 гр и 3 та гр на Медицински сестри и МДКЕ

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

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

Изследвани са студенти от Медицински Университет гр. Варна - Катедра здравни грижи и филиали Сливен, филиал Шумен и филиал Велико Търново. В изследването

участваха 50 студенти III курс по специалност медицинска сестра и 50 студенти IV курс по специалност медицинска сестра и акушерка, след подписване на информирано съгласие за участие в изследването.

3.1 Демографски характеристики на изследваните студенти

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

Табл.47.Разпределение по пол в групата студенти 3 курс

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

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

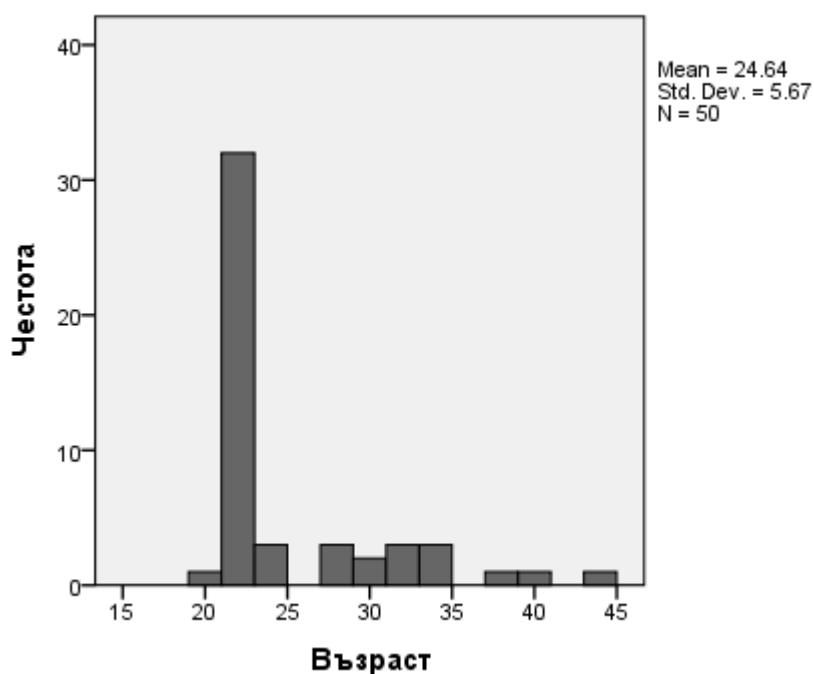
Разпределението по възраст в групата на студенти III курс по специалност медицинска сестра показва средна възраст на изследваните студенти 24,64 при минимална 20 години и максимална – 43 години.

Табл. 48 Разпределение по възраст

Описателна статистика – разпределение по Възраст

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

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



Фиг.12.Хистограма на разпределението по възраст в групата студенти III-курс по специалност медицинска сестра

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

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

Табл.49.Разпределение на студенти III курс по специалност медицинска сестра според град

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

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

Табл.50 Разпределение по специалност в групата на студенти 4 курс

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

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

3.2.1 Секция професионална подготовка

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

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

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

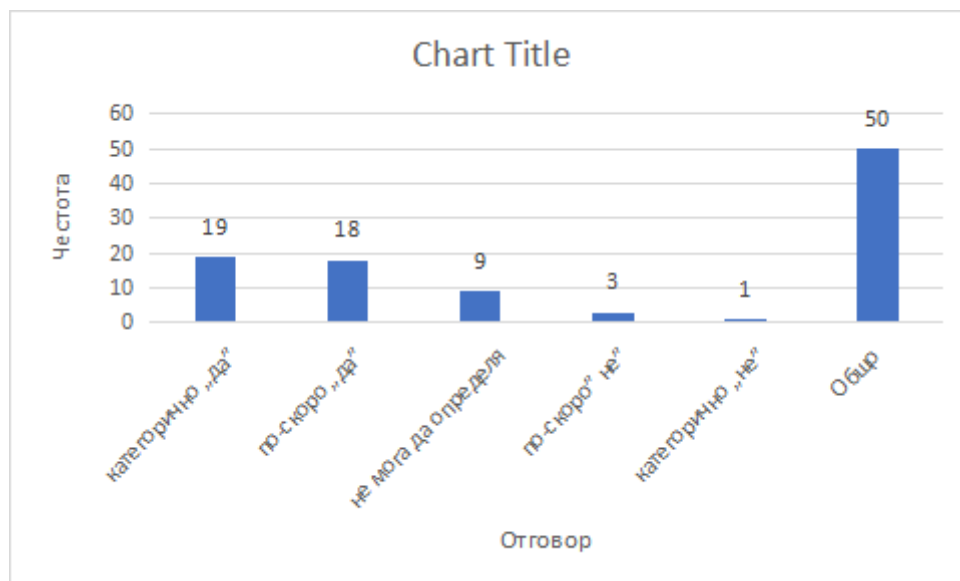


Фиг.13 Затруднения при провежданен клинична практика и преддипломен стаж III-IVкурс

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

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

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



Фиг.14 Разпределение на отговори на студенти IV курс относно организиране на сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност

51. Участие в информационни кампании “стигма”

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

Обобщение

3 гр.студенти медицинска сестри и акушерка

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

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

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

Таблица 52

Описателна статистика -резултат от теста за съзависимост

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

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

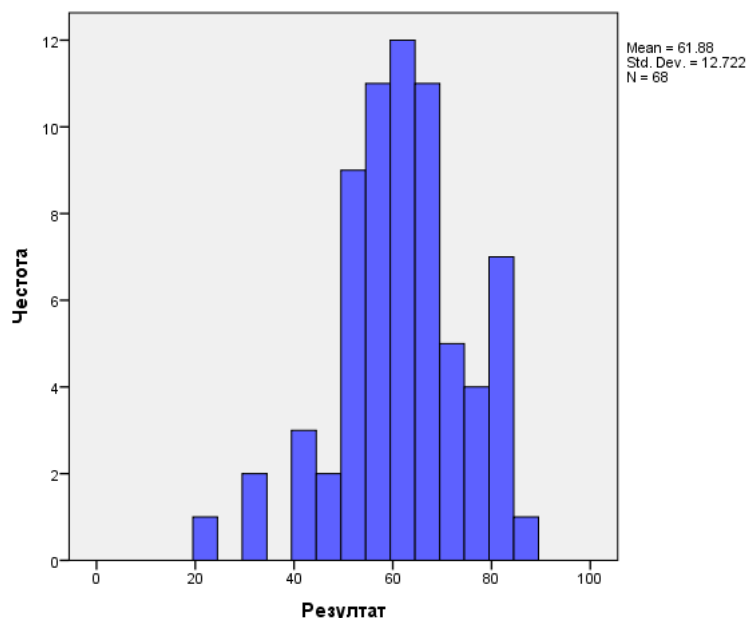
Таблица 53

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

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

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

Фиг.15.Хистограма на разпределението според получения резултат от теста за съзависимост на близки на зависими от ПАВ



Според Mulry (1987) съзависимостта е семейна зависимост среща се при семейства на зависими пациенти, в отговор на стреса или “стамната тайна” в семейството. Тази стресираща среда предизвиква емоционални промени във всеки член от семейството. Обучението и формиране на добри комуникационни умения на медицински сестри работещи в Психиатрични клиники ще подобри взаимоотношенията между пациенти, професионалисти по здравни грижи и семействата им.

Обобщение

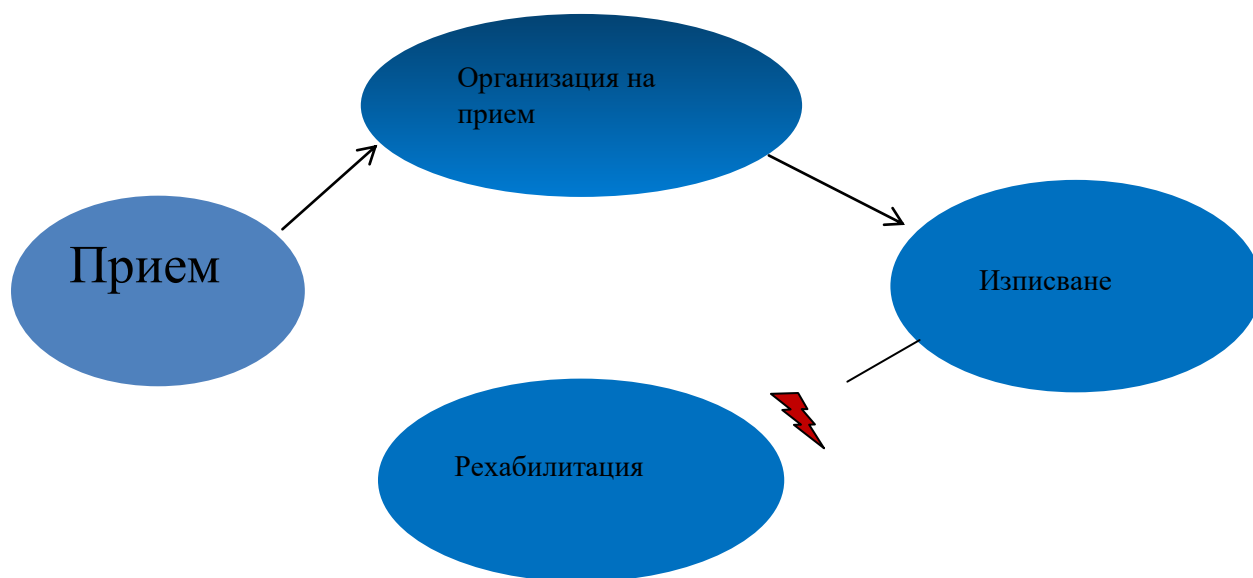
4 гр съзависимост при близки на ЗПК почти всички изследвани лица показват съзависимост, като се регистрират лица със силно изразена съзависимост.

Съзависимостта е семейна болест и освен зависимия пациент среща се при семейства на зависими пациенти в отговор на стреса или “срама” в семейството.

3.5 Нагласа за създаване и функциониране на сестринска психиатрична практика

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

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



Фиг.16.Път на зависими пациенти с психическа коморбидност в здравната система

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

Табл.54. Организиране на сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Категорично да	49	72.1	72.1	72.1
По-скоро да	14	20.6	20.6	92.6
Не мога да определя	3	4.4	4.4	97.1
По-скоро не	1	1.5	1.5	98.5
Категорично не	1	1.5	1.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Табл. 55 Посещаемост на сестринска практика при зависими пациенти с психическа коморбидност

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

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

От анкетата за медицински сестри отговорите на същия са представени на табл 12

Табл.56 Подкрепяте ли идеята за организиране на сестринска практика , свързана с подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност?

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

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

Табл.57 Подкрепяте ли идея за организиране на сестринска практика /студенти

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

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

Табл. 58 Бихте ли работили в подобна практика?

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

ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ

4.1 Изводи

. От теоретичното проучване

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

Б. От емпиричното изследване:

- 4.Зависимите пациенти с придружаваща коморбидност (ЗППК) са двойно уязвима група със значително разпространение сред психиатричните пациенти и с голям дял неосигурени. Пътят на ЗППК в организацията на психиатричната помощ често е прекъснат между изписване от болничното заведение и провеждане на следболнична рехабилитация за постигане на социална адаптация/интеграция. Налице са утежняващи фактори за многократни хоспитализации и по-често настъпване на релапс -в 55,9%
3. Интервенции свързани със намаляване стигмата и самостигмата, биха подобрили възможностите на пациентите за по активно **участие** в оздравителния процес. Има

заявена готовност от страна на медицинските сестри да се включат в такива интервенции.

4. Изследваните психиатрични медицински сестри имат висока средна възраст 54,43 год., което отговаря на ситуацията в България, те ясно осъзнават отговорностите към специфичните нужди на психиатричните пациенти, отдават голямо значение на връзката си с тях: сред най-важните си дейности поставят комуникацията с пациентите и лекарствената терапия. Значителна е професионалната им удовлетвореност им 48% -, но оценяват работата си в психиатрични клиники като много стресова-80%. Слабо е участието им във и заинтересоваността от регулярни обучителни курсове. Разнообразяване на форми за обучение на място, а също и он-лайн могат да бъдат сполучлив вариант на курсове с откъсване от постоянното местоживееене,

5. Въвличане на студентите от специалност „ медицинска сестра“ и евентуално „акушерка“ в запознаване със спецификата на работата с психиатрични пациенти може да допринесе за преодоляване на заявените „притеснения“ в клиничната практика и за привличане на мотивирани млади кадри в психиатрични заведения,

5.Разкриване на специализирана сестринска практика за подпомагане на зависими пациенти с психическа коморбидност би подобрило съществено релапса при тях както и възстановяване на социалните функции и подобряване качеството им на живот.

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

5.1. Препоръки

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

Към Министерството на здравеопазването

- Утвърждаване на стандарт по психиатрични здравни грижи в практиката на медицинските сестри

Към БАПЗГ и Медицински университети

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

Към ръководствата на лечебните заведения

- Разкриване на специализирана сестринска практика за зависими пациенти с психическа коморбидност за подпомагане на психично болни и зависими пациенти.

Към Българска Психиатрична Асоциация

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

6.1 Приноси

На базата на направените изводи, препоръки и резултати от собствени проучвания могат да бъдат формулирани приноси с теоритичен и практико-приложен характер.

С теоретичен характер:

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

С практико-приложен характер

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

Използвана литература:

1. Авторски екип., Методика за дейността на свободно практикуващи медицински сестри ,акушерки,реабилитатори, фелдшери и лекарски асистенти БАПЗГ София 2021
2. Александров И.,Посттравматичностресово разстройство клинично-психологични аспекти 2018 Издателска къща Стено Варна
3. Анализ на системата на психиатрично обслужване в България, за периода 2012-2014
4. Апостолов, В.Иванова П.История на медицината и сестринството 1998 София
5. Борисова .С.,Прилагане на сестринския процес в практиката на медицинската сестра (2013),11-13. Стено.
6. Вълков ,П.Зависимостите причини,последствия,терапия и превенция–(2019) Стара Загора. Академично издателство –Тракийски университет.
7. Гюров,В и колектив, Приложение на сестринския процес в медицинската практика.Сестринско дело,3,2001
8. Даскалов, Р., Дрогите София 2006
9. Доклад на Европейската психиатрична асоциация (ЕПА) относно психично-здравни грижи в България и процесът на реформа от 2018 г
10. Зиновиева Д. Медицинско право. Второ преработено и допълнено издание. София, Сиела 2016, с. 35.
11. Кожухаров,.Хр.,Психиатрия учебник за студенти и специализиращи лекари(2018) Варна, 210-211.
12. КОНСТИТУЦИЯ на Република България, Обн., ДВ, бр. 56 от 13.07.1991 г., в сила от 13.07.1991г.
13. Концепция „Цели за здраве 2020“ на МЗ

14. Куценок,И.,& Димитров,(2004).Злоупотреба и зависимост от психоактивни вещества, Институт по поведенчески стратегии 194-195.,205-206.,
15. Ламбрева,Д.,Психиатрично сестринство учебно-практическо ръководство.София 2013
16. Мецина, д-р Роберто. Грижи за психично здраве в Триест и извън него: Система за грижа за възстановяване и гражданство „Отворена врата – без ограничения“.. The Journal of Nervous and Mental Disease 202(6):p 440-445, юни 2014 г. | DOI: 10.1097/NMD.0000000000000142
17. Миланова, В. Психиатрия учебник за студенти и специализиращи лекари.София 2013
18. Наредба № 24 от 07.07.2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Психиатрия“, издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 78 от 7.09.2004 г., изм. и доп., бр. 37 от 17.05.2016 г.
19. Наредба № 34 от 29 декември 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.7 от 23 Януари 2007г., в сила от 01.07.2007г.
20. Националната стратегия за дългосрочна грижа от 2014 г.; План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа
21. Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021-2030г.
22. Обн.ДВ, бр.45 от 19.06.2015г
23. Ончев,Г.,Личностова абнормност в клиничната практика (2012)Контекс София.
24. Ончев,О. Принуда в Психиатрията емперични данни и добра практика (2010) Контекс София.
25. Политика за психично здраве 2004-2012 г.
26. Попов,Х.,Постравматичен стрес (2003) ИК”ЛИК” София
27. Програма на правителството за стабилно развитие на Република България за периода 2014-2018 г., Раздел „Здравеопазване“; Програма за управление на правителството на Република България за периода 2017-2021 г.; Политика за психично здраве на Република България
28. Проект на Национална стратегия за психично здраве 2020-2030г
29. Първанов, И., Дрога София 2022
30. Радева,Т.Връзка между зависимости и синя болест.Сборник доклади от национално-научно практическа (on-line)конференция с международно участие.,Стара Загора 2020101.
31. Радева,Т Сборник доклади Трета международна конференция “Здравни грижи - принос качество на живот” 2021
32. Ритър, С.Ръководство по психиатрично сестринство принципи и процедури. (242-245) София 1995
33. Стамболова, И.Сестринството в България възникване,развитие и перспектива 2015 София
34. Станкушев,Т, Наркомании.София 1982
35. Чакърлова, Л. Професионална етика за специалисти по здравни грижи. Габрово 2011
36. Чл. 5., ал.1, ал. 2 от Закона за лечебните заведения

37. Чумпалова, П., Клинико-епидемиологични проучвания на коморбидни шизофрени разстройства при пациенти със злоупотреба и зависимост с психоактивни вещества- дисертационен труд., 2015 Плевен
38. Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2017). *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care* (10 ed.). St. Louis: Mosby/Elsevier
39. Ahn, W. Y., Vasilev, G., Lee, S. H., Busemeyer, J. R., Kruschke, J. K., Bechara, A., & Vassileva, J. (2014). Decision-making in stimulant and opiate addicts in protracted abstinence: evidence from computational modeling with pure users. *Frontiers in psychology*, 5, 849.
40. American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing
41. APNA-Workforce-Survey-Data-Report-8.15.22.pdf
42. Arad, M., Alilu, L., Habibzadeh, H., Khalkhali, H., & Goli, R. (2022). Effect of spiritual intelligence training on nurses' skills for communicating with patients - an experimental study. *Journal of education and health promotion*, 11, 127. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1483_20
43. Arnaudova M, Aleksandrov I, Valery Stoyanov V, Veronika Ivanova V, Petrov PY. Diagnostic challenges in assessing post-traumatic stress disorder. *J of IMAB*. 2015 Oct-Dec;21(4):987-990. doi: <http://dx.doi.org/10.5272/jimab.2015214.987>
44. Baird AA, Veague HB, Rabbitt CE. Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005 Fall. 17(4):1031-49. [[QxMD MEDLINE Link](#)].
45. Boden, M. T., & Moos, R. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 37(4), 335–345. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.012>
46. Bokor, G., & Anderson, P. D. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Journal of pharmacy practice*, 27(2), 116–130. <https://doi.org/10.1177/0897190014521996>
47. Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1995). The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 56 Suppl 3, 19–24.
48. Brady, K. T., Sonne, S. C., Anton, R., & Ballenger, J. C. (1995). Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study. *The Journal of clinical psychiatry*, 56(3), 118–121.
49. Bröcheler, A., Bergmann, F. & Schneider, F. Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259 (Suppl 2), 227 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0054-9>
50. Brown, B. S., O'Grady, K., Battjes, R. J., & Farrell, E. V. (2004). Factors associated with treatment outcomes in an aftercare population. *The American journal on addictions*, 13(5), 447–460. <https://doi.org/10.1080/10550490490512780>
51. Brunette, M. F., Mueser, K. T., Babbins, S., Meyer-Kalos, P., Rosenheck, R., Correll, C. U., Cather, C., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Penn, D. L., Addington, J., Estroff, S. E., Gottlieb, J.,

- Glynn, S. M., Marcy, P., Robinson, J., & Kane, J. M. (2018). Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 194, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.039>
52. Cardasis, W., Huth-Bocks, A. and Silk, K.R. (2008), Tattoos and antisocial personality disorder. *Personality*, 2: 171-182
53. Church, O. M. (1985). Emergence of training programs for asylum nursing at the turn of the century. *Advances in Nursing Science*, 7(2), 35–46.
54. Church, O.M. (1988).In: V.L. Bullough, Church, O.M.,& Stein, A.P. (Eds.). *American nursing: A biographical dictionary*. New York: Garland.
55. Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, et al. Прототипна типология и граничното личностно разстройство. *J Abnorm Psychol* . 1983 август 92(3):263-75. [\[QxMD MEDLINE Link\]](#)
56. Coccaro E. F. (2019). Psychiatric comorbidity in Intermittent Explosive Disorder. *Journal of psychiatric research*, 118, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.012>
57. Compton, W. M., 3rd, Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *The American journal of psychiatry*, 160(5), 890–895. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.890>
58. Crum, R. M., & Anthony, J. C. (1993). Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug and alcohol dependence*, 31(3), 281–295. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(93\)90010-n](https://doi.org/10.1016/0376-8716(93)90010-n)
59. Cuffel, B. J., & Chase, P. (1994). Remission and relapse of substance use disorders in schizophrenia. Results from a one-year prospective study. *The Journal of nervous and mental disease*, 182(6), 342–348. <https://doi.org/10.1097/00005053-199406000-00006>
60. Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 346–355. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.346>
61. de Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G., & Picardi, A. (2007). The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(2), 83–91. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0695-x>
62. De Witte, N. A. J., Carlbring, P., Etzelmueller, A., Nordgreen, T., Karekla, M., Haddouk, L., Belmont, A., Øverland, S., Abi-Habib, R., Bernaerts, S., Brugnera, A., Compare, A., Duque, A., Ebert, D. D., Eimontas, J., Kassianos, A. P., Salgado, J., Schwerdtfeger, A., Tohme, P., Van Assche, E., ... Van Daele, T. (2021). Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: An international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet interventions*, 25, 100405. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100405>

63. Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Mundo, E., Marazziti, D., & Hollander, E. (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International journal of clinical practice*, 61(1), 98–104. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2006.01167.x>
64. DuPont, R. L., & Gold, M. S. (2007). Comorbidity and "self-medication". *Journal of addictive diseases*, 26 Suppl 1, 13–23. https://doi.org/10.1300/J069v26S01_03
65. europopp_full_en_0.pdf
66. Faust C. (2002). Orlando's deliberative nursing process theory: a practice application in an extended care facility. *Journal of gerontological nursing*, 28(7), 14–18. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020701-05>
67. Fedele, K. M., Johnson, N. L., Caldwell, J. C., Shteynberg, Y., Sanders, S. E., Holmes, S. C., & Johnson, D. M. (2018). The impact of comorbid diagnoses on the course of posttraumatic stress disorder symptoms in residents of battered women's shelters. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 10(6), 628–635. <https://doi.org/10.1037/tra0000335>
68. Feinstein A. R. (1970). THE PRE-THERAPEUTIC CLASSIFICATION OF CO-MORBIDITY IN CHRONIC DISEASE. *Journal of chronic diseases*, 23(7), 455–468. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8)
69. Fisher A. (1995). The ethical problems encountered in psychiatric nursing practice with dangerous mentally ill persons. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 9(2), 193–208.
70. Foti, D. J., Kotov, R., Guey, L. T., & Bromet, E. J. (2010). Cannabis use and the course of schizophrenia: 10-year follow-up after first hospitalization. *The American journal of psychiatry*, 167(8), 987–993. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09020189>
71. Fraguas, D., Zarco, J., Balanzá-Martínez, V., Blázquez García, J. F., Borràs Murcia, C., Cabrera, A., Carretero, J., Crespo, A., Díaz-Marsá, M., Gasul, V., González, M. A., Grande, I., Muela, C., de Las Heras Liñero, E., Mayoral, F., Morales Cano, G., Pagés-Lluyot, J. R., Romo, J., Serrano Marín, B., Lozano Saucedo, A., ... Arango, C. (2021). Humanization in mental health plans in Spain. La humanización en los planes de salud mental en España. *Revista de psiquiatría y salud mental*, S1888-9891(21)00098-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.003>
72. Friedman, A.H. (1988). Eufemia A. Taylor. In: M. Kaufman, (Ed.). *Dictionary of American nursing biography*. Westport, CT: Greenwood.
73. Funnell, R., Koutoukidis, G. & Lawrence, K. (2009) *Tabbner's Nursing Care* (5th Edition), p. 72, Elsevier Pub, Australia.
74. Germak, T.L. (1986). *Dignosting and treating co-dependency*. Mineapoli, MN: Jonston Institute Books.
75. Ghazavi, Z., Lohrasbi, F., & Mehrabi, T. (2010). Effect of communication skill training using group psychoeducation method on the stress level of psychiatry ward nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 15(Suppl 1), 395–400.

76. Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A., & Coffey, B. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 37(3), 257–267. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.06.004>
77. Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807–816. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
78. Gutierrez, A., & Sher, L. (2015). Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview. *International journal of adolescent medicine and health*, 27(2), 207–212. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-5013>
79. Haaken, J. (1990). A critical analysis of the co-dependence construct. *Psychiatry*, 53(4), 396–406.
80. Hankir, A. K., Northall, A., & Zaman, R. (2014). Stigma and mental health challenges in medical students. *BMJ case reports*, 2014, bcr2014205226. <https://doi.org/10.1136/bcr-2014-205226>
81. Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A., Bierut, L. J., Pato, M. T., & Genomic Psychiatry Cohort Consortium (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry*, 71(3), 248–254. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3726>
82. Hasin, D. S., Saha, T. D., Kerridge, B. T., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Zhang, H., Jung, J., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Grant, B. F. (2015). Prevalence of Marijuana Use Disorders in the United States Between 2001–2002 and 2012–2013. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1235–1242. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1858>
83. Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *The New England journal of medicine*, 317(26), 1630–1634. <https://doi.org/10.1056/NEJM198712243172604>
84. Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic Stress Disorder. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 3(1), 2–9.
85. Jones, R. M., Lichtenstein, P., Grann, M., Långström, N., & Fazel, S. (2011). Alcohol use disorders in schizophrenia: a national cohort study of 12,653 patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(6), 775–879. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06320>.
86. Joseph S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *Journal of traumatic stress*, 13(1), 101–113. <https://doi.org/10.1023/A:1007777032063>
87. Kavak, F., Yılmaz, E., Okanlı, A., & Aslanoğlu, E. (2019). The effect of psychoeducation given to psychiatry nurses on level of knowledge, attitudes, and practices regarding physical restraint: A randomized controlled study. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 743–751. <https://doi.org/10.1111/ppc.12429>

88. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
89. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
90. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048–1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
91. Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler, and E.E. Walters. 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 62(6): 617–627
92. Khemiri, L., Kaag, A. M., Joos, L., Dom, G., Franck, J., Goudriaan, A. E., & Jayaram-Lindström, N. (2020). Family History of Alcohol Abuse Associated with Higher Impulsivity in Patients with Alcohol Use Disorder: A Multisite Study. *European addiction research*, 26(2), 85–95. <https://doi.org/10.1159/000505621>
93. Kluger N. (2015). Tatoués, qui êtes-vous ? Caractéristiques démographiques et comportementales des personnes tatouées [Tattooed people, who are you? Demographic and behavioral characteristics of tattooed individuals]. *Annales de dermatologie et de venerologie*, 142(6-7), 410–420. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2015.03.014>
94. Knecht T. (1998). Der Stellenwert einer Einzeltätowierung bei Dissozialen. Statistische Vergleiche an sozial auffälligen, männlichen Delinquenten mit und ohne Tätowierung [Significance of a single tattoo in dyssocial probands. Statistical comparison of socially maladjustment, male delinquents with and without tattoos]. *Archiv fur Kriminologie*, 201(1-2), 44–54.
95. Knecht T. (1998). Tätowierungen und Dissozialität [Tattooing and dyssocial behavior]. *Praxis*, 87(20), 673–677.
96. Koob, G. F., & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science* (New York, N.Y.), 278(5335), 52–58. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.52>
97. Koob, G., Volkow, N. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacol* 35, 217–238 (2010). <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
98. Kovacs, Z., Asztalos, M., Grøntved, S., & Nielsen, RE (2021). Оценка на качеството на консултативно-свързваща психиатрична служба. *ВМС психиатрия*, 21 (1), 281. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03281-4>
99. Kraepelin, E(1913). *Psychiatrie* (8th ed.). Leipzig: J. Barth
100. Kroska, A., & Harkness, S. K. (2021). Information vs. inspiration: Evaluating the effectiveness of mental illness stigma-reduction messages. *Social science research*, 96, 102543. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102543>

101. Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 147(6), 685–695. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.6.685>
102. Lejoyeux, M., & Cardot, H. (2001). Alcoolisme, anxiété et dépression [Alcoholism, anxiety and depression.]. *Sante mentale au Quebec*, 26(2), 47–61.
103. Letlape, H.R., Koen, M.P., Coetzee, S.K. & Koen, V., 2014, ‘The exploration of in-service training needs of psychiatric nurses’, *Health SA Gesondheid* 19(1), Art. #763, 9 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v19i1.763>
104. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients [published erratum appears in *Arch Gen Psychiatry* 1994 May;51(5):422]. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Dec. 50(12):971-4. [\[QxMD MEDLINE Link\]](#).
105. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1994 Dec. 151(12):1771-6. [\[QxMD MEDLINE Link\]](#).
106. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
107. Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American family physician*, 91(9), 617–624.
108. Mahara Rawal, N., Pradhan, M., Prasad Adhikari, S., & Manandhar, P. (2021). Personality Disorders among Patients with Mental and Behavioral Disorders due to Psychoactive Substance Use in a Tertiary Care Center of Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA; journal of the Nepal Medical Association*, 59(234), 184–187. <https://doi.org/10.31729/jnma.6176>
109. Marneros A. (2008). Psychiatry's 200th birthday. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 193(1), 1–3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051367>
110. Marneros, A, Pillmann, F. Das Wort Psychiatrie wurde in Halle geboren. Schattauer, 2005. [Google Scholar](#)
111. Marriner-Tomey & Allgood (2006) *Nursing Theorists and their work*. p. 432
112. Mazza, M., Mandelli, L., Di Nicola, M., Harnic, D., Catalano, V., Tedeschi, D., Martinotti, G., Colombo, R., Bria, P., Serretti, A., & Janiri, L. (2009). Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1-year follow-up. *Journal of affective disorders*, 115(1-2), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.019>
113. McCarthy, D. M., Tomlinson, K. L., Anderson, K. G., Marlatt, G. A., & Brown, S. A. (2005). Relapse in alcohol-and drug-disordered adolescents with comorbid psychopathology: changes in psychiatric symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 28.-34. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.1.28>

114. McCarthy, D. M., Tomlinson, K. L., Anderson, K. G., Marlatt, G. A., & Brown, S. A. (2005). Relapse in alcohol- and drug-disordered adolescents with comorbid psychopathology: changes in psychiatric symptoms. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 19(1), 28–34. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.1.28>
115. Merikangas, K. R., & Swanson, S. A. (2010). Comorbidity in anxiety disorders. *Current topics in behavioral neurosciences*, 2, 37–59.
116. Merikangas, K. R., & Swanson, S. A. (2010). Comorbidity in anxiety disorders. *Current topics in behavioral neurosciences*, 2, 37–59.
117. Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
118. Moss H. B. (2013). The impact of alcohol on society: a brief overview. *Social work in public health*, 28(3-4), 175–177. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.758987>
119. Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet* (London, England), 363(9426), 2063–2072. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16458-1)
120. Mulder, C. L., Koopmans, G. T., & Hengeveld, M. W. (2005). Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(6), 484–488. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0913-2>
121. Mulry J. T. (1987). Codependency: a family addiction. *American family physician*, 35(4), 215–219.
122. Nasiri H, Abedi A, Ebrahimi A, Ameli SS, Samouei R. Личностен профил на жените, засегнати от гранично личностно разстройство. *Mater Sociomed* . 2013. 25(1):60-3. [[QxMD MEDLINE Link](#)] . [[Пълнен текст](#)]
123. Nillni, Y. I., Toufexis, D. J., & Rohan, K. J. (2011). Anxiety sensitivity, the menstrual cycle, and panic disorder: a putative neuroendocrine and psychological interaction. *Clinical psychology review*, 31(7), 1183–1191. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.006>
124. Niskala, J., Kanste, O., Tomietto, M., Miettunen, J., Tuomikoski, A. M., Kyngäs, H., & Mikkonen, K. (2020). Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 76(7), 1498–1508. <https://doi.org/10.1111/jan.14342>
125. Noll, R., & Kendler, K. S. (2016). Edward Cowles (1837-1919). *The American journal of psychiatry*, 173(10), 967–968. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16060636>
126. Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., & Rüsch, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 268(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>

127. Ogresta, J., Rusac, S., & Zorec, L. (2008). Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croatian medical journal*, 49(3), 364–374. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.3.364>
128. Onyeka, I. N., Beynon, C. M., Uosukainen, H., Korhonen, M. J., Ilomäki, J., Bell, J. S., Paasolainen, M., Tasa, N., Tiihonen, J., & Kauhanen, J. (2013). Coexisting social conditions and health problems among clients seeking treatment for illicit drug use in Finland: the HUUTI study. *BMC public health*, 13, 380. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-380>
129. Pellegrino, E. Being ill and being healed. In: V. Kestenbaum (Eds.) *Caring, curing, coping: (pp.8-30)* University of Alabama Press, 1985
130. Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S., & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 19–28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>
131. Pesapane F, Nazzaro G, Gianotti R, Coggi A. A Short History of Tattoo. *JAMA Dermatol*. 2014;150(2):145. doi:10.1001/jamadermatol.2013.8860
132. Peter Nolan, & Neil Brimblecombe (2007). A survey of the education of nurses working in mental health settings in 12 European countries. *International journal of nursing studies*, 44(3), 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.011>
133. Pirrone, C., Castellano, S., Platania, G. A., Ruggieri, S., & Caponnetto, P. (2020). Comparing the emerging psychological meaning of tattoos in drug-addicted and not drug-addicted adults: A look inside health risks. *Health psychology research*, 8(2), 9268. <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.9268>
134. Poggenpoel M. (1995). The role and functions of the psychiatric-mental health nurse in the care and comfort of individuals, families, and communities subjected to violence. *Holistic nursing practice*, 9(2), 91–97. <https://doi.org/10.1097/00004650-199501000-00013>
135. Prado-Galbarro, F. J., Cruz-Cruz, C., Villatoro-Velázquez, J. A., & Martínez-Núñez, J. M. (2021). Influence of Prevalence of Psychoactive Substance Use in Mexican Municipalities on Early Childhood Development. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10027. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910027>
136. Preuss, U. W., Schaefer, M., Born, C., & Grunze, H. (2021). Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(11), 1256. <https://doi.org/10.3390/medicina57111256>
137. *Psychiatric-Mental Health Nursing* (2014) 2nd Edition
138. Raspa, R. F., & Cusack, J. (1990). Psychiatric implications of tattoos. *American family physician*, 41(5), 1481–1486.
139. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.

140. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.
141. Reil, J. Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Curtsche Buchhandlung, 1803.[Google Scholar](#)
142. Ringen, P. A., Melle, I., Birkenaes, A. B., Engh, J. A., Faerden, A., Vaskinn, A., Friis, S., Opjordsmoen, S., & Andreassen, O. A. (2008). The level of illicit drug use is related to symptoms and premorbid functioning in severe mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 297–304. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01244.x>
143. Rocamora-Montenegro, M., Compañ-Gabucio, L. M., & Garcia de la Hera, M. (2021). Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ open*, 11(10), e047467. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047467>
144. Salize, H., Rössler, W. & Becker, T. Mental health care in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257, 92–103 (2007). <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0696-9>
145. Salloum, I. M., Daley, D. C., Cornelius, J. R., Kirisci, L., & Thase, M. E. (1996). Disproportionate lethality in psychiatric patients with concurrent alcohol and cocaine abuse. *The American journal of psychiatry*, 153(7), 953–955. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.953>
146. Saracci R. (1997). The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ* (Clinical research ed.), 314(7091), 1409–1410. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7091.1409>
147. Sariaslan, A., Sharpe, M., Larsson, H., Wolf, A., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2022). Psychiatric comorbidity and risk of premature mortality and suicide among those with chronic respiratory diseases, cardiovascular diseases, and diabetes in Sweden: A nationwide matched cohort study of over 1 million patients and their unaffected siblings. *PLoS medicine*, 19(1), e1003864. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003864>
148. Schoevers, R. A., Deeg, D. J., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. (2005). Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(1), 31–39. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.1.31>
149. Schoevers, R.A., W. van Tilburg, A.T.F. Beekman, and D.J.H. Deeg. 2005. Depression and generalized anxiety disorder: Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 13(1): 31–39
150. Scully, P. J., Owens, J. M., Kinsella, A., & Waddington, J. L. (2004). Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. *Schizophrenia research*, 67(2-3), 143–155. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00194-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00194-4)

151. Sharrock, J., & Happell, B. (2000). The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the general hospital. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 18(1), 34–39.
152. Sjöblom, L. M., Pejler, A., & Asplund, K. (2005). Nurses' view of the family in psychiatric care. *Journal of clinical nursing*, 14(5), 562–569. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01087.x>
153. Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry research*, 278, 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>
154. Smith K. M. (2018). Different Places, Different Ideas: Reimagining Practice in American Psychiatric Nursing After World War II. *Nursing history review : official journal of the American Association for the History of Nursing*, 26(1), 17–47. <https://doi.org/10.1891/1062-8061.26.17>
155. Starzer, M., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2018). Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *The American journal of psychiatry*, 175(4), 343–350. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>
156. Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 127–136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>
157. Struzik, M., Wilczyński, K. M., Chałubiński, J., Mazgaj, E., & Krysta, K. (2017). Comorbidity of substance use and mental disorders. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl 3), 623–628.
158. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 190, 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
159. Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet (London, England)*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
160. van Oudheusden, L. J., Meynen, G., & van Balkom, A. J. (2015). Psychiatrische comorbiditeit: theoretische en klinische dilemma's [Psychiatric comorbidity: theoretical and clinical dilemmas]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(9), 664–671.
161. Vassileva, J., & Conrod, P. J. (2019). Impulsivities and addictions: a multidimensional integrative framework informing assessment and interventions for substance use disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 374(1766), 20180137.
162. Vgl. Deutscher Bundestag, 1975, Drucksache 7/4200.
163. Vuckovic, V., Karlsson, K., & Sunnqvist, C. (2019). Preceptors' and nursing students' experiences of peer learning in a psychiatric context: A qualitative study. *Nurse education in practice*, 41, 102627. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102627>
164. Walgrove N. J. (1986). Mental health aftercare. Where is nursing?. *The Nursing clinics of North America*, 21(3), 473–481.

165. Webster D. A. (2009). Addressing nursing students' stigmatizing beliefs toward mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(10), 34–51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090902-05>
166. Willetts, L., & Leff, J. (2003). Improving the knowledge and skills of psychiatric nurses: efficacy of a staff training programme. *Journal of advanced nursing*, 42(3), 237–243. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02612>.
167. World Health Organization. Global Status Report on alcohol and Health 2018.
168. Yutzy, S. H., Woofter, C. R., Abbott, C. C., Melhem, I. M., & Parish, B. S. (2012). The increasing frequency of mania and bipolar disorder: causes and potential negative impacts. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(5), 380–387. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182531f17>
169. Ziedonis, D. M., Smelson, D., Rosenthal, R. N., Batki, S. L., Green, A. I., Henry, R. J., Montoya, I., Parks, J., & Weiss, R. D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *Journal of psychiatric practice*, 11(5), 315–339. <https://doi.org/10.1097/00131746-200509000-00005>
170. Zielasek, J., & Gaebel, W. (2015). Mental health law in Germany. *BJPsych international*, 12(1), 14–16. <https://doi.org/10.1192/s2056474000000088>
171. <http://www.espad.org/>
172. <https://europe.stripes.com/lifestyle/understanding-mental-health-care-germany>
173. <https://healthcare-in-europe.com/>
174. <https://his.bg/bg/about>
175. https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/mentalhealthandintegration_1.pdf
176. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02188753#citeas>
177. <https://mpa.ub.uni-muenchen.de/98954/>
178. <https://nursing-bg.com/>
179. <https://realmanswork.wordpress.com/>
180. <https://schizophrenia-life.bg/public/addiction/>
181. <https://www.credoweb.bg/publication/131833/natsionalen-savet-se-zaema-s-psihichnoto-zdravena-balgarina>
182. <https://www.emcdda.europa.eu/2022>. Европейски доклад за наркотиците Тенденции и развития
183. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PD_F.pdf
184. <https://www.lex.bg/>
185. <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134654469>
186. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/10/25/zknvp.pdf
187. 2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

188. 2021-Euro-Drugs-BG FINAL.pd

189. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/europopp_full_en_0.pdf

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Анкетна Карта №1

Уважаеми Госпожо/Уважаеми Господине

Настоящата анкета се провежда с научна цел, за да проучи мнението Ви по въпроси, касаещи грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.

Резултатите от анкетата ще послужи за установяване на проблеми в начина на организиране на грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.

Участието Ви е напълно доброволно и анонимно.

Моля, да отбележите с „X” в квадратчетата избрания от Вас отговор или напишете Вашето мнение в категория „Други”

Благодарим Ви предварително за проявеното съдействие!

Секция 1 Информираност

1. Оценете нивото си на информираност по посочените теми при следната градация. **1=Слабо, 2=Средно, 3=Добро, 4=Мн.добро 5= Отлично**

(Моля, изберете само един отговор за всяко твърдение)

	1	2	3	4	5
Видове зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Новости при лечението на зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рискове и въздействие върху организма

на Психоактивни вещества

Наличие на зависимост и придружаващо

психично заболяване(тревожност,БАР,депресия,ЛР
,шизофрения,паническо разстройство, ОКР,ПТСР и др)

Усложнения при употреба на ПАВ

Рехабилитационни центрове , Организации,Терапевтични общности

занимаващи, Кризисни центрове

2. Определете колко често използвате всеки от изброените източници, за информация по посочените теми. Отбележете с „X” номера който най-добре отговаря на съответната степен 1= никога, 2= почти никога, 3=поякога,4= много често,5= винаги

-----1-----2-----3-----4-----5--

Лекар

Медицинска сестра

Научна литература

Познати с такъв проблем

Интернет

Секция 2.Качество и ефективност на грижите

3. За кой път постъпвате в отделениято/клиниката?

- За първи
- Втори
- Многократно

4.Доволен ли сте от приемането Ви в отделениято/клиниката?

**1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.**

- Категорично „да”
- По-скоро „да”
- Не мога да определя

- По-скоро „не”
- Категорично”не”

5. При постъпването Ви получихте ли информация относно вътрешния ред в отделението, процедурите и манипулациите, които ще Ви бъдат направени?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

- Категорично „да”
- По-скоро „да”
- Не мога да определя
- По-скоро „не”
- Категорично”не”

6. Доволен /а ли сте от начина, по който се провеждат манипулациите и процедурите?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

- Категорично „да”
- По-скоро „да”
- Не мога да определя
- По-скоро „не”
- Категорично”не”

7. Посочете Вашата оценка за качеството на здравните грижи?

1=отлично , 2=много добро, 3= не мога да определя, 4= задоволително, 5=лошо

- Отлично
- Много добро
- Не мога да определя
- Задоволително
- Лошо

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

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

- Категорично „да”
- По-скоро „да”
- Не мога да определя
- По-скоро „не”
- Категорично”не”

9. Посочете Вашата оценка за организацията и качеството на работа в отделението?

1=отлично , 2=много добро, 3= не мога да определя, 4= задоволително, 5=лоша

- Отлично
- Много добро
- Не мога да определя
- Задоволително
- Лоша

10. Чувствате ли се комфортно при участие на студенти/медицински сестри и акушерки/ по време на клинична практика, в клиниката/отделението?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

- Категорично „да”
- По-скоро „да”
- Не мога да определя
- По-скоро „не”
- Категорично”не”

11. Чувствате ли се комфортно при участие на студенти/медицински сестри и акушерки/ по време на преддипломен стаж/медицински сестри/, в клиниката/отделението?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

- Категорично „да”
- По-скоро „да”
- Не мога да определя
- По-скоро „не”
- Категорично”не”

12. Какви по специални грижи се прилагат в клиниката/отделението при зависими пациенти с психическа коморбидност?

(Може да изберете повече от един отговор)

- Провеждат Ви се по-често клинични и инструментални изследвания
- Провеждат Ви се психотерапия,
- Провеждат Ви се трудотерапия,
- Провеждат Ви се по-често здравни беседи
- Грижата за Вас не се различава от тази за останалите пациенти
- Решават Ви социален проблем/представяне пред ТЕЛК,социална интституция,връзка с рехабилитационни програми др/
- Друго.....

13. Според Вас съществува ли „стигма”при зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

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

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.

(Моля, изберете само един отговор)

- категорично „да”
- по-скоро „да”
- Не мога да преценя
- по-скоро „не”
- категорично „не”

15. Ако отговорът Ви на въпрос 14 е „да”, бихте ли посещавали подобна практика?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.

(Моля, изберете само един отговор)

- категорично „да”
- по-скоро „да”
- не мога да преценя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

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

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.

(Моля, изберете само един отговор)

- категорично „да”
- по-скоро „да”
- не мога да преценя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

Секция 3 Демографски показатели

1.Пол

- Мъж
- Жена

2.Възраст.....

Местожителство:

- град
- село

3.Заетост

- Работа
- Безработен
- Пенсионер
- Друго.....

4.Образование

- Основно
- Средно
- Висше
- Друго.....

5.Каква зависимост имате?

- Алкохол
- Стимуланти
- Опиоиди
- Канабиноиди
- Синтетични наркотици
- Комбинирана употреба на ПАВ

6.Придружаващо психично заболяване?

- БАР
- Шизофрения
- Личностово разстройство
- Паническо разстройство
- Генерализирано тревожно разстройство
- ОКР
- Монополярна депресия
- Хипохондрично разстройство
- ПТСР
- Хазарт

7. На колко години започнахте да употребявате алкохол/ПАВ?

- 15 години
- 15-20 години
- 20-25 години
- 25-30 години
- Над 30 години

8.Имате ли татуировки?

- Да
- не

9. На колко години бе първата татуировка?

- Под 15години
- 15-20години
- 20-25години
- 25-30години
- Над 30години

10.Имате ли противообществени прояви?

- Да/ефективна присъда,пробация,условна присъда,обида на длъжностно лице/
- Не

Благодарим Ви За съдействието и се надявам ,че се отговорили на всички въпроси!

***При възникнали въпроси или необходимост от допълнителна информация,
моля да се свържете с Теодора Радева GSM 0896/223390 или на e-
mail:tedynurse77@abv.bg***

Алтернативен контакт

Др Самуела Кръстева -Втора психиатрична клиника

Варна 9000 бул”Христо Смирненски “1

GSM 0883400144 samuela.krasteva@abv.bg

Уважаеми колеги,

Настоящата анкета се провежда с научна цел, за да проучи мнението Ви по въпроси, касаещи грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност.

Резултатите от анкетата ще послужат за установяване на проблеми в организацията, осигуряващи грижи за пациентите.

Участието ви е доброволно и анонимно, като данните и резултатите ще се използват с за научни цели с евентуално практическо приложение на разработените препоръки.

Моля, отбележете с „X” в квадратчетата изброения от Вас отговор или напишете Вашето мнение в категория „Други”

Секция 1 Информираност

1.Оценете нивото си на информираност по посочените теми при следната градация.1=Слабо, 2 =Средно, 3=Добро, 4=Мн.добро 5= Отлично

(Моля, изберете само едни отговор за всяко твърдение)

	1	2	3	4	5
Видове зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Новости при лечението на зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рискове и въздействие върху организма на Психоактивни вещества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване(тревожност, БАР, депресия, ЛР, шизофрения,паническо разстройство, ОКР,ПТСР и др	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Усложнения при употреба на ПАВ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рехабилитационни центрове , Организации,Терапевтични общности занимаващи, Кризисни центрове	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Секция 2 .Сестрински грижи

1.Какви по специални грижи се прилагат в клиниката/отделението при зависими пациенти с психическа коморбидност? (Може да изберете повече от един отговор)

- Провеждат им се по-често клинични и инструментални изследвания
- Провеждат им се психотерапия,
- Провеждат им се трудотерапия,

- Провеждат им се по-често здравни беседи
- Грижата за тях не се различава от тази за останалите пациенти
- Решава им социален проблем/представяне пред ТЕЛК, социална институция, връзка с рехабилитационни програми др/
- Друго.....

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

Например: манипулации, лекарствена терапия, комуникация с пациента, комуникация с близки на пациента, документация

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

3. Според Вас съществува ли „стигма” при зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, категорично „не”. Ако отговорът е „да” приминете на следващ въпрос. Моля, изберети само един отговор.

Моля, изберети само един отговор за всяко трърдение

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

4. Бихти ли участвали в информационни кампании, чрез които да се намали „стигмата” върху лица със зависимост и прихическа коморбидност?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично” да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро „не”
- Категорично” не ,,

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

(Моля, изберете само един отговор)

- Да
- Не
- Не мога да преценя

6. Ако отговорът Ви на въпрос 5 е „да”, бихте ли участвали подобна практика?

(Моля, изберете само един отговор)

- Да
- Не
- Не мога да преценя

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

(Моля, изберете само един отговор)

- Да
- Не
- Не мога да преценя

8. Вие имате опит като медицинска сестра ?

(Може да изберете повече от един отговор)

- Зависимости
- Обща психиатрия и зависимости
- Детска психиатрия
- Геронто психиатрия
- Съдебна психиатрия
- Дневен стационар

9. Познавате ли раличните видове дроги и тяхното въздействие върху организма?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да”
- по-скоро „да
- не мога да определя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

10.Чувствате ли се по-натоварени от обичайното, при работа със зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор за всяко твърдение

- категорично „да”
- по-скоро „да
- не мога да определя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

11. Изпитвате ли затруднения при комуникация със зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да”
- по-скоро „да
- не мога да определя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

12.Имате и затруднения в комуникацията с Мултидисциплинарен клиничен екип/лекар,психолог, социален работник, трудотерапевт/?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да”
- по-скоро „да
- не мога да определя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

13.Имате ли затруднения при „комуникацията с близки ”на зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да”
- по-скоро „да
- не мога да определя
- по-скоро”не”

- категорично „не”

14.Посещавате ли регулярни обучения, курсове или семинари относно Зависимости и психическа коморбидност и новости в областта?

- Да
- Не

15.Ако отговорът на въпрос 15 е „не”,моля отбележете причината.

/Може да отбележите повече от един отговор/

- Нямам информация за обучения
- Провеждат се в други градове
- Финансови причини
- Друго.....

Секция 3 .Удовлетвореност

16.Определете степента на удовлетвореност от ежедневната си работа.

/Моля, да изберете само един отговор/

- Високо удовлетвореност
- Неудовлетвореност
- Нито неудовлетворен/а нито удовлетворен/а
- Удолетворен/а
- Висока неудовлетвореност

17.Чувствате ли се оценени на работа?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да”
- по-скоро „да
- не мога да определя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

18.Считате ли,че имате достатъчно възможности за изява на пълния си потенциал знания и умения?

/Моля, да изберете само един отговор/

- Да
- Не
- Не мога да определя

19.Считате ли, че имате достатъчно възможности за професионално развитие на работното си място?

/Моля, да изберете само един отговор/

- Да
- Не
- Не мога да преценя

20.Значимостта на проблема при зависими пациенти с психическа коморбидност свързвате със:

- Медицински измерения
- Финансови измерения
- Социални измерения

Степенувайте ги по важност, като започнете с най-важната?

.....

Секция 4.Демографски показатели

Попълнете следните покатели

1.Пол

- Мъж
- Жена

2.Възраст.....

3.Степен на образование

- Средно специално
- Полувисши
- Специалист ЗГ
- Бакалавър ЗГ
- Бакалавър УЗГ
- Магистър УЗГ

Психиатрична клиника/месторабота/.....

4.Длъжност:

- Медицинска сестра
- Акушерка
- Медицински фелдшер

5.От колко време работите в тази клиника/отделение?.

- 1-5години
- 5-10години
- 10-15 години
- 15-20 години
- Над 25г

6.Работили ли сте преди настоящата клиника/отделения със зависими пациенти с психическа коморбидност?

- Да ,в продължение на.....години
- Не

Благодарим Ви За съдействието и се надявам ,че се отговорили на всички въпроси!

При възникнали въпроси или необходимост от допълнителна информация, моля да се свържете с Теодора Радева GSM 0896/223390 или на e-mail:tedynurse77@abv.bg

Алтернативен контакт

Др Самуела Кръстева -Втора психиатрична клиника

Варна 9000 бул”Христо Смирненски “1

GSM 0883400144

samuela.krasteva@abv.

Приложение №3

Анкетна карта №3

Уважаеми студенти –III курс

Настоящата анкета се провежда с научна цел, за да проучи мнението Ви по въпроси, касаещи грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.

Резултатите от анкетата ще послужи за установяване на проблеми в начина на организиране на грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.

Участието Ви е напълно доброволно и анонимно.

Моля ,да отбележите с „X” в квадратчетата избрания от Вас отговор или напишете Вашето мнение в категория „Други”

Благодарим Ви предварително за проявеното съдействие!

Секция 1 Информираност

1.Оценете нивото си на информираност по посочените теми при следната градация.1=Слабо, 2=Средно, 3=Добро, 4=Мн.добро 5= Отлично (Моля, изберети само едни отговор за всяко твърдение)

	1	2	3	4	5
Видове зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Новости при лечението на зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рискове и въздействие върху организма

на Психоактивни вещества

Наличие на зависимост и придружаващо

психично заболяване(тревожност,БАР,депресия,ЛР,
шизофрения,паническо разстройство, ОКР,ПТСР и др)

Усложнения при употреба на ПАВ

Рехабилитационни центрове и организации

Занимаващи, Кризисни центрове се с пациенти с зависимост

Секция 2 Професионална подготовка

1. Изпитвате ли ”страх” или притиснение при работа със зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”

2. Какви притеснения имате при провеждане на Клинична практика в Психиатрия?/за медицински сестри/

Може да изберете повече от един отговор

- Комуникацията с пациентите
- Манипулациите
- Сектора с повишен надзор
- Материалната база
- Друго.....

3. Бихте ли посочили петте най-важни ,според Вас в работата Ви дейности,при зависими пациенти с психическа коморбидност.Степенувайте ги по важност като започнете с най-важната?

Например: манипулации, лекарствена терапия, комуникация с пациента,
комуникация с близки на пациента, документация

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

4. Имате ли желание да изучавате дисциплината ”Сестрински грижи при зависими пациенти с психическа коморбидност” факултативно.

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да”
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”

5. Имате ли потребност и интерес да изучавате дисциплината СИП/свободно избираема подготовка/

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”

6. Според Вас съществува ли „стигма” при зависимите пациенти с психическа коморбидност? Ако сте отговорили „да” ,преминете на следващ въпрос?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”

7. Бихте ли участвали в информационни кампании, чрез които да се намали „стигмата” върху лица със зависимост и психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”

8.Значимостта на проблема при зависими пациенти с психическа коморбидност свързвате със:

- Медицински измерения
- Финансови измерения
- Социални измерения

Степенувайте ги по важност, като започнете с най-важната?

.....

Секция 3.Демографски показатели

Пол

- Мъж
- Жена

Възраст.....

Вие сте?

- Медицинска сестра
- Акушерка

*Благодарим Ви За съдействието и се надявам ,че се отговорили на всички въпроси!
При възникнали въпроси или необходимост от допълнителна информация,
моля да се свържете с Теодора Радева GSM 0896/223390 или на e-
mail:tedynurse77@abv.bg*

Алтернативен контакт

Др Самуела Кръстева -Втора психиатрична клиника

Варна 9000 бул”Христо Смирненски “1

GSM 0883400144

samuela.krasteva@abv.bg

Анкетна карта №4

Уважаеми студенти – IV курс

Настоящата анкета се провежда с научна цел, за да проучи мнението Ви по въпроси, касаещи грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.

Резултатите от анкетата ще послужат за установяване на проблеми в начина на организиране на грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.

Участието Ви е напълно доброволно и анонимно.

Моля, да отбележите с „X” в квадратчетата избрания от Вас отговор или напишете Вашето мнение в категория „Други”

Благодарим Ви предварително за проявеното съдействие

Секция 1 Информираност

1. Оценете нивото си на информираност по посочените теми при следната градация. **1** = Слабо, **2** = Средно, **3** = Добро, **4** = Мн. добро **5** = Отлично

(Моля, изберете само един отговор за всяко твърдение)

	1	2	3	4	5
Видове зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Новости при лечението на зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рискове и въздействие върху организма на Психоактивни вещества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване(тревожност, Биполярно афективно разстройство, депресия, Личностово разстройство, шизофрения, паническо разстройство, обесивно-компулсивно разстройство, посттравматично стресово разстройство)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Усложнения при употреба на ПАВ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рехабилитационни центрове и организации Занимаващи, Кризисни центрове,/за хора в риск/ със пациенти със зависимост	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Притеснява ли Ви преддипломния стаж във Психиатрия в сравнение с други структури от преддипломния стаж?/за медицински сестри/

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”. Ако отговорите „да”, .Моля преминете на следващия въпрос

Моля, изберете само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

3. Какви притеснения имате при провеждане на Преддипломния стаж в Психиатрия?/за медицински сестри/

Може да изберете повече от един отговор

- Комуникацията с пациентите
- Манипулациите
- Сектора с повишен надзор
- Материалната база
- Друго.....

4. Чувствате ли се подготвени да окажете помощ на при зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

5. Бихте ли могли да дадете съвет или да насочите към психиатрична помощ?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

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

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро” не”, 5=категорично „не”.

(Моля, изберете само един отговор)

- категорично „да”
- по-скоро „да”
- Не мога да преценя
- по-скоро „не”

- категорично „не

7. Ако отговорът Ви на въпрос 6 е „да”, бихте ли работили в подобна практика?

**1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.**

(Моля, изберете само един отговор)

- категорично „да”
- по-скоро „да”
- не мога да преценя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

**8.Имате ли желание да работите в болнично психиатрично отделение/клиника?
/за медицински сестри/**

**1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”**

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

**9.Имате ли желание да работите със зависими пациенти с психическа коморбидност
извън болнично/Терапевтични общности, Рехабилитационни центрове,
Организации,Кризисни центрове /за хора в риск и др./**

- да
- не
- не мога да определя

**10. Бихте ли посочили петте най-важни ,според Вас в работата Ви дейности,при
зависими пациенти с психическа коморбидност.Степенувайте ги по важност като
започнете с най-важната?**

**Например: манипулации, лекарствена терапия, комуникация с пациента,
комуникация с близки на пациента, документация**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....11.Спор
ед Вас съществува ли „стигма” при зависимите пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.Ако сте отговорили „да „, преминете на следващ въпрос

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

12 .Бихте ли участвали в информационни кампании, чрез които да се намали „стигмата” върху лица със зависимост и психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”.

13.Значимостта на проблема при зависими пациенти с психическа коморбидност свързвате със:

- Медицински измерения
- Финансови измерения
- Социални измерения

Степенувайте ги по важност, като започнете с най-важната?

.....

Секция 3.Демографски показатели

Попълнете следните покатели

1.Пол

- Мъж
- Жена

2.Специалност

- Медицинска сестра
- Акушерка

3.Възраст.....

Благодарим Ви За съдействието и се надявам ,че се отговорили на всички въпроси!

При възникнали въпроси или необходимост от допълнителна информация, моля да се свържете с Теодора Радева GSM 0896/223390 или на e-mail:tedynurse77@abv.bg

Алтернативен контакт

Др Самуела Кръстева -Втора психиатрична клиника

Варна 9000 бул”Христо Смирненски “1

GSM 0883400144

samuela.krasteva@abv.bg

Приложение №5

Анкетна карта № 5

Уважаеми колеги,/социални работници, лекари, психолози, трудотерапевти/

Настоящата анкета се провежда с научна цел, за да проучи мнението Ви по въпроси, касаещи грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност.

Резултатите от анкетата ще послужи за установяване на проблеми в начина на организиране на сестринските грижите при зависими пациенти с психическа коморбидност.

Участието Ви е напълно доброволно и анонимно.

Моля ,да отбележите с „X” в квадратчетата избрания от Вас отговор или напишете Вашето мнение в категория „Други”

Благодарим Ви предварително за проявеното съдействие!

Секция 1 Информираност

1.Оценете нивото си на информираност по посочените теми при следната градация.1=Слабо, 2=Средно, 3=Добро, 4=Мн.добро 5= Отлично

(Моля, изберете само едни отговор за всяко твърдение)

	1	2	3	4	5
Видове зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Новости при лечението на зависимости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рискове и въздействие върху организма					
на Психоактивни вещества	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Наличие на зависимост и придружаващо
психично заболяване (тревожност, БАР, депресия, ЛР,
шизофрения, паническо разстройство, ОКР, ПТСР и др

Усложнения при употреба на ПАВ

Рехабилитационни центрове , Организации,Терапевтични общности
занимаващи, Кризистни центрове /за хора в риск/

Секция 2.Качество и ефективност на грижите

1. Какви по специални грижи се прилагат в клиниката/отделението при зависими пациенти с психическа коморбидност?

(Може да изберете повече от един отговор)

- Провеждат им се по-често клинични и инструментални изследвания
- Провеждат им се психотерапия,
- Провеждат им се трудотерапия,
- Провеждат им се по-често здравни беседи
- Грижата за тях не се различава от тази за останалите пациенти
- Решават им социален проблем/представяне пред ТЕЛК,социална интституция,връзка с рехабилитационни програми др/
- Друго.....

2. Според Вас съществува ли „стигма”при зависими пациенти с психическа коморбидност?

1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не
- категорично „не”

3.Бихти ли участвали в информационни кампании, чрез които да се намали „стигмата” върху лица със зависимост и прихическа коморбидност?

1=категорично „да”, 2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя, 4=по-скоро,,не”,
5=категорично „не”.

Моля, изберети само един отговор

- категорично”да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро „не
- категорично „не”
- Категорично” не „

4.Изпитвате ли ли затруднения при „комуникацията с пациенти ”със зависими и психическа коморбидност

**1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не**

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не”
- категорично „не”

5.Изпитвате ли ли затруднения при „комуникацията с близки ”при зависими пациенти с психическа коморбидност?

**1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не**

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро” не”
- категорично „не”

6.Имате и затруднения в комуникацията с медицински сестри, като част от МДКЕ?

**1=категорично „да”,2= по-скоро „да”, 3=не мога да определя,4=по-скоро” не”,
5=категорично „не”.**

Моля, изберети само един отговор

- категорично „да”
- по-скоро „да
- не мога да определя
- по-скоро”не”
- категорично „не”

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

(Моля, изберете само един отговор)

- категорично”да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро „не”
- категорично „не”

8. Ако отговорът Ви на въпрос 7 е „да”, бихте ли подкрепили подобна практика?

(Моля, изберете само един отговор)

- категорично”да
- по-скоро „да”
- не мога да определя
- по-скоро „не”
- категорично „не”

9. Подкрепяте ли идеята за организиране на на on-line консултации с медицински специалисти , при зависими пациенти с с психическа коморбидност?

(Моля, изберете само един отговор)

- Да
- Не
- Не мога да преценя

Секция 2.Удовлетвореност

1.Определете степента на удовлетвореност от ежедневната си работа.

/Моля, да изберете само един отговор/

- Високо удовлетвореност
- Неудовлетвореност
- Нито неудовлетворен/а нито удовлетворен/а
- Удолетворен/а
- Висока неудовлетвореност

2.Считате ли,че имате достатъчно възможности за изява на пълния си потенциал знания и умения?

/Моля, да изберете само един отговор/

- Да
- Не
- Не мога да определя

3.Считате ли, че имате достатъчно възможности за професионално развитие на работното си място?

/Моля, да изберете само един отговор/

- Да

- Не
- Не мога да преценя

4.Посещавате ли курсове за повишаване на квалификацията си?Ако отговорите „да” преминете на следващ въпрос

- Да
- Не

5.Посещавате ли регулярни обучения, курсове или семинари относно Зависимости и психическа коморбидност и новости в областта?Ако отговора на 16 въпрос е „Да” Отговорете на 18 въпрос

- Да
- Не

6.Ако отговорът на въпрос 16 е „не”,моля отбележете причината.

/Може да отбележите повече от един отговор/

- Нямам информация за обучения
- Провеждат се в други градове
- Финансови причини
- Друго.....

7.Считате ли ,че повишавате квалификацията си достатъчно чрез посещение на обучения, курсове и др.?

Моля, да изберете само един отговор

- Да
- Не
- Не мога да преценя

8.Значимостта на проблема при зависими пациенти с психическа коморбидност свързвате със:

- Медицински измерения
- Финансови измерения
- Социални измерения

Степенувайте ги по важност, като започнете с най-важната?

.....

Секция 3.Демографски показатели

Попълнете следните покатели

1.Пол

- Мъж
- Жена

2.Възраст.....

3.Степен на образование

- Средно специално
- Полувисши
- Бакалавър
- Магистър
- Друго.....

4.Психиатрична клиника/месторабота/.....

5.Длъжност

5.1-лекар

5.2-психолог

5.3-социален работник

5.4-трудотерапевт

6.От колко време работите в тази клиника/отделение?.....

7.Работили ли сте преди настоящата клиника/отделения със зависими пациенти с психическа коморбидност?

- Да ,в продължение на.....години
- Не

Благодарим Ви За съдействието и се надявам ,че се отговорили на всички въпроси!

При възникнали въпроси или необходимост от допълнителна информация, моля да се свържете с Теодора Радева GSM 0896/223390 или на e-mail:tedynurse77@abv.bg

Алтернативен контакт

Др Самуела Кръстева -Втора психиатрична клиника

Варна 9000 бул”Христо Смирненски “1

GSM 0883400144

Приложение №6

Анкета №6

Настоящата анкета се провежда с научна цел, релапса при зависими пациенти с психическа коморбидност.

с релапс от /1месеца-3 месеца/

Резултатите от анкетата ще послужи за установяване на проблема за причината от релапс при зависими пациенти с психическа коморбидност.

Участието Ви е напълно доброволно и анонимно.

Моля ,да отбележите с „X” в квадратчетата избрания от Вас отговор или впишете Вашето мнение в категория „Други”

Благодарим Ви предварително за проявеното съдействие!

Секция 1 Социодемографски показатели:

1. Възраст.....

2. Образование:

- Основно
- Средно
- Висше

3.Пол

- Мъж
- Жена

4. Местоживееене

- Град
- Село

5. Здравноосигурителен статус:

- осигурен
- неосигурен

6.Трудова заетост :

- работещ
- безработен
- пенсионер по възраст
- пенсионер по болест

7. Родителско семейство:

- пълно
- непълно

8. Собствено семейство:

- пълно
- непълно

9. Начин на постъпване:

- Сам
- Близки ,съседи,роднини
- ЦСМП
- Други
- Полиция
- С решение на съда
- Амбулаторен психиатър
- Друго ЛЗ

Секция 2 Индивидуални фактори

1. Фамилна обремененост

- да
- не

Секция 3. Причини за релапс

1. Каква беше причината за релапс?

- Мотивация и самоефективност
- Наличие на крейвинг-трудно преодолимо желание за употреба

2.Какво употребявате?

- Алкохол
- Наркотици
- Комбинирана употреба-употреба на повече от едно вещество

3.Колко време не употребявахте ПАВ?

- Един месец
- Повече от месец
- Два месеца
- Повече от два месеца
- Три месеца

4.Какво придружаващо заболяване имате?

- БАР

- Шизофрения
- Личностово разстройство
- Паническо разстройство
- Генерализирано тревожно разстройство
- ОКР
- Монополярна депресия
- Хипохондрично разстройство
- ПТСР
- Хазарт

5.Лекувате ли и придружаващото психично заболяване?

- Да
- Не
- Непридържащо лечение

6.Изпълнихте ли препоръките дадени след изписването си?/посещение на ОПЛ, специалист психиатър,групи за самопомощ и др./?Ако отговорите „да „премините на следващ въпрос

- да
- не
- непридържащи препоръки

7. Употребява ли друг член от семейството /съжителствощо/лице, алкохол и или ПАВ.

- да
- не

Благодарим Ви За съдействието и се надявам ,че се отговорили на всички въпроси!

При възникнали въпроси или необходимост от допълнителна информация, моля да се свържете с Теодора Радева GSM 0896/223390 или на e-mail:tedynurse77@abv.bg

Алтернативен контакт

Др Самуела Кръстева -Втора психиатрична клиника

Варна 9000 бул”Христо Смирненски “1

GSM 0883400144

samuela.krasteva@abv.bg

1251# Тест на съзависимост (В. В. Ткачева)

Инструкция: Прочетете внимателно предложените в списъка твърдения и запишете пред всяко от тях числото, което изразява степента на Вашето съгласие/несъгласие, използвайки представената по-долу скала. Не мислете дълго над отговорите си. Изберете този, който най-точно отразява Вашето мнение.

Напълно несъгласен (а)	1 бал
Умерено несъгласен (а)	2 бала
Малко несъгласен (а)	3 бала
Малко съгласен (а)	4 бала
Умерено съгласен (а)	5 бала
Напълно съгласен (а)	6 бала

Въпросник

1.Изпитвам неувереност когато трябва да взимам решения.

Напълно Умерено Малко Малко Умерено Напълно
 несъгласен (а) несъгласен (а) несъгласен (а) съгласен (а) съгласен (а) съгласен (а)

2.Трудно ми е да казвам „не“.

Напълно Умерено Малко Малко Умерено Напълно
 несъгласен (а) несъгласен (а) несъгласен (а) съгласен (а) съгласен (а) съгласен (а)

3.Трудно ми е да приемам комплиментите на другите, като нещо което заслужавам.

Напълно Умерено Малко Малко Умерено Напълно
 несъгласен (а) несъгласен (а) несъгласен (а) съгласен (а) съгласен (а) съгласен (а)

4.Понякога ми е досадно и скучая, ако няма никакви проблеми върху които да се концентрирам.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

5.Обикновено не правя за другите нещо, което те сами могат да направят за себе си.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

6.Ако правя лично само за себе си нещо което е приятно, изпитвам чувство за вина спрямо други хора.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

7. Не се притеснявам много

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

8.Случва се да си казвам, че при мен всичко ще бъде прекрасно, ако обкръжаващите ме хора се променят и престанат да правят това, което правят.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

9.Изглежда, че в отношенията ми с другите, аз винаги правя много повече за тях, а те по-рядко правят нещо за мен.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

10.Понякога така се фиксирам върху отношенията си с някой човек, че забравям за другите хора и за нещата за които отговарям.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

11.Често се случва да се окажа толкова въвлечен в някакви взаимоотношения, че не усещам кога те започват да ми вредят.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

12.Гледам да крия истинските си чувства от другите.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

13.Когато ме обидят, дълго нося унижението в себе си и понякога мога да експлодирам.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

14.За да избегна един конфликт, мога да отида толкова далече колкото е нужно.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

15.Често усещам, че в мен се надига страх или чувство за предстояща беда.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

16.Често се случва така, че поставям нуждите на другите пред моите.

Напълно несъгласен (а)	Умерено несъгласен (а)	Малко несъгласен (а)	Малко съгласен (а)	Умерено съгласен (а)	Напълно съгласен (а)
---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	-------------------------

Висок процент от пациентите 68,4% от пациентите с релапс не лекуват или не се придържат към лечението

Според Sliedrecht(2019) причината за релапса при психиатричната коморбидност свързана с употреба на алкохол и ПАВ влияе, както така социални фактори, които са значително свързани за появата на рецидив. И обатно подкрепящите фактори на социалната мрежа, самоефективността са предпазни срещу рецидив[180]

