

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“**

Д-р Николай Радев Йорданов

**МЕДИКО – СОЦИАЛНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА РАКОВАТА БОЛКА
(ПРОУЧВАНИЯ В СЕВЕРОЗАПАДНА БЪЛГАРИЯ)**

**АВТОРЕФЕРАТ
на дисертационен труд**

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“

по научната специалност „Социална медицина и организация на здравеопаз-
ването и фармацията“

**Научен ръководител
Проф. д-р Силвия Александрова – Янкуловска, д.м.н.**

Официални рецензенти:

**ПЛЕВЕН
2015**

Дисертационният труд съдържа 190 стандартни страници, от които 18 страници библиография и допълнителни 10 страници приложения. Онагледен с 28 фигури и 33 многомерни таблици.

Библиографският списък включва 222 литературни източника, от които 28 на кирилица и 194 на латиница.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от Разширен катедрен съвет на катедра „Общественоздравни науки“ на Факултет „Обществено здраве“ при Медицински университет – Плевен със Заповед № 2471 / 12.11. 2015 г. на Ректора на МУ-Плевен.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на от 12:00 ч. в зала на Телекомуникационния център при МУ-Плевен

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	7
1.1. Теоретична обосновка на проучването	7
1.2. Цел на проучването	8
1.3. Задачи на проучването	9
1.4. Хипотези	9
1.5. Предмет и обект на проучването	10
1.6. Постановка и инструментариум на проучването	10
1.7. Методи на проучване	15
1.8. Организация на изследването	17
II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	19
2.1. Честота на раковата болка сред пациентите лекувани в ОПГ на КОЦ – Враца за периода 01.01.2009 – 31.12.2013 г.	19
2.2. Изследване и анализ на свързаните с пациентите бариери пред постигане на оптимален контрол на онкологичната болка	23
2.3. Болка и качество на живот измерени с EORTC-QLQ-C15-pal (v.1)	32
2.4. Проучване и оценка на знанията на лекари от областите Враца и Монтана по проблема за раковата болка и нейното лечение	36
2.5. Проучване и оценка на знанията на специалисти по здравни грижи от областите Враца и Монтана и сред преподаватели и студенти от филиала на МУ-София във Враца по проблема за раковата болка и нейното лечение	42
2.6. Изследване на бариерите и отношенията на специалистите по здравни грижи спрямо раковата болка след проведено обучение по проблема	51
2.7. Нормативна уредба, която има регулира производството, дистрибуцията и използването на опиоидните аналгетици	54
III. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ	57

Списък на използваните съкращения

КОЦ	Комплексен Онкологичен Център
КП	Клинична пътека
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на Здравеопазването
МКБ	Международна класификация на болестите
МУ	Медицински Университет
НЗОК	Национална Здравноосигурителна каса
НРД	Национален Рамков Договор
НСПВС	Нестероидни противовъзпалителни средства
ОПГ	Отделение Палиативни Грижи
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПСО	Приемно спешно отделение
РЗИ	Районна здравна инспекция
РК на БЛС	Районна Колегия на Българския Лекарски съюз
РЦЗ	Районен център по здравеопазване
СЗО	Световна Здравна Организация
СПИН	Синдром на Придобитата Имунна недостатъчност
ХОББ	Хронична обструктивна белодробна болест
ЦСМП	Център за спешна медицинска помощ
VQ-II	Въпросник за бариерите – версия -II
ЕАРС	Европейска асоциация по палиативни грижи
EORTC	Европейска организация за изследване и лечение на рака
EORTC-QLQ-C15-pal	Въпросник за оценка на качеството на живот на EORTC – версия палиативни гриж
МО	Европейско Дружество по Медицинска Онкология
IARC	Международна Агенция за Изучаване на Рака
IASP	Международна асоциация за изучаване на болката
KI	Индекс на Карнофски
NCCN	Национална Комплексна Онкологична Мрежа
NRS	Цифрова скала за оценка
NRS ₁₀	Цифрова скала за оценка 10 (от 0 до 10)
NRS ₅	Цифрова скала за оценка 5 (от 0 до 5)
PMI	Индекс за управление на болката
QoL	Качество на живот
SIGN	Шотландска Междудолежанска мрежа за правила (гайдлайни)
VAS	Визуална аналогова скала
VRS	Вербална рейтингова скала
WHO	Световна Здравна Организация

ВЪВЕДЕНИЕ

Неимоверното развитие на медицинската наука и технологии доведоха до коренни промени в заболяемостта и до значително нарастване на продължителността на живот като понастоящем хората живеят много често с повече от едно хронично заболяване. Според Картрайт „...този по-дълъг живот е свързан с изпитването на повече, по-продължителни и винаги неприятни симптоми“.

По данни на Международната Агенция за Изучаване на Рака (IARC) през 2012 г. глобалната тежест на рака нараства до 14 милиона нови случаи годишно, а в следващите две десетилетия се очаква тази цифра да достигне 22 милиона годишно. През 2012 г. в България броят на болните от рак е 32 095 болни, а през 2025 г. ще бъдат диагностицирани нови 31 792 болни, като се очаква честота им да достигне 234,8 на 100 000 души население.

Солано, Гомес и Хигинсън определят основните симптоми изпитвани от пациентите с хронични заболявания и установяват, че болката е водещ симптом при 35-96% от болните с рак.

Лошо контролираната болка оказва негативно влияние върху всеки един аспект от живота на пациента – физически, психологически, социален и духовен. Тя е симптом, който в най-голяма степен влошава качеството на живот на болния и неговото семейство. Облекчаването на болката е не само морално и етично задължение на лекаря и медицинския екип, това е фундаментално, общочовешко право, което обществото и политиката в сферата на здравеопазването трябва да зачитат и уважават.

В Конституцията на СЗО е записано, че здравето е „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъгавост“. Тази формулировка позволява болката и нейния контрол да бъдат определени като здравен проблем от критично значение, който да бъде разглеждан като неотменно и основно човешко право. Израз на тази загриженост за спазването на това право е декларацията от Женева, в която се посочва, че болният има следните основни права: правото да получи лечение за изпитваната от него болка; право оплакванията му за изпитвана на болка да бъдат приемани с доверие; право на изследване, диагноза и лечение на болката; право да бъде лекуван от обучени здравни професионалисти с опит в диагнозата и лечението на болката.

Като осъзнава колко е важно лечението на болката СЗО публикува препоръки за контрол на болката при рак, които впоследствие са доразвити от редица авторитетни световни организации като ESMO, EAPC, NCCN, SIGN. Въпреки относително простия алгоритъм, контролът на болката продължава да бъде нерешен проблем в онкологичната практика навсякъде по света. В паневропейско проучване, което обхваща повече от 5000 болни от 12 европейски държави и Израел авторите установяват, че повече от половината от анкетираните пациенти многократно са изпитвали умерена и силна болка през последния месец, което им позволява да заключат, че лечението на болката при рак е далеч от оптималното и препоръчват: контрола на болката да стане интегрална част от процеса на лечение на онкологичното заболяване. Установените основни препятствия пред постигането на добро обезболяване произтичат от страна на болните, от страна на здравните специалисти и организационни и законови причини.

Нашата страна сериозно изостава както в развитието на палиативните грижи, така и в обучението, изследването и лечението на болката при рак. В България лечението на болката никога не е било приоритет – не се изучава в университетския курс на обучение, не е част и от процеса на следдипломна квалификация.

Провеждането на настоящото научно изследване се налага от необходимостта за събиране на реална и достоверна информация относно честотата на болката при рак, влиянието, което тя оказва върху живота на пациента, качеството на нейното лечение и бариерите от медицинско, социално и законово естество пред постигането на адекватно и ефективно лечение.

В дисертационният труд е изследвана болката при рак сред лекуваните пациенти в отделенията по „Палиативни грижи“, „Медицинска онкология“ и „Лъчелечение“, както и в амбулаторната част на Комплексния онкологичен център – Враца (КОЦ-Враца). Анализирани е честотата на болката и с помощта на Индекса за управление на болката (PMI) е установена ефективността на лечението ѝ при пациенти, лекувани в отделението по палиативни грижи за 5-годишен период. Установено е влиянието на болката върху качеството живот на болните, както и влиянието на социално-демографските фактори върху лечението ѝ. Изследвани са знанията на специалисти по здравни грижи по проблема „болка при рак и нейното лечение“ от различни отделения на три МБАЛ във Враца, КОЦ-Враца, ЦСМП и ПСО, както и на преподаватели и студенти от Филиала във Враца на МУ- София. Изследвани са знанията и потенциалните бариери пред адекватното лечение на болката при рак сред лекари, членове на РК на БЛС от Северозападна България. Извършен е анализ на българското законодателство, имащо отношение към производството, доставката и дистрибуцията на опиоидни аналгетици и са анализирани причините, които са пречка пред използването им за контрол на болката при рак.

На основата на направеното комплексно и представително за региона изследване на проблема се правят изводи и се дефинират препоръки за повишаване на знанията и професионалната квалификация на здравните специалисти и се правят конкретни предложения за законови промени, които биха спомогнали за по-доброто лечение на болката при рак.

Защо проучването се провежда точно в Северозападна България и могат ли да се генерализират данните за цялата страна?“ Основанията за това са следните:

1. В КОЦ-Враца е изградена и функционира първата и доскоро единствена за страната система, която гарантира, че всички болни с неконтролирана болка са обгрижвани от мултипрофесионален екип, специализиран в лечението на болката и оказването на палиативни грижи.

2. За 17 години от създаването си Отделението по палиативни грижи се превърна в консултиращо звено, което работи в тясно сътрудничество с ОПЛ от Северозападна България с цел обхващане и своевременно лечение на всички онкоболни с трудни за контролиране в домашни условия симптоми, сред които лечението на болката има абсолютен приоритет.

3. Усилията на КОЦ-Враца за интегрирането на онкологията и палиативните грижи са признати от Европейската Асоциация по Медицинска Онкология, която е акредитирала и ранжирала КОЦ-Враца сред 150-те водещи онкологични клиники в света.

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1.1. Теоретична обосновка на проучването

Болката е сложно сетивно и емоционално преживяване определено от уникалния опит на индивида, настъпило вследствие на сетивните нервни стимули, предизвикани от физическото дразнене при увреждане на организма, модифицирано от значението, което болката има за болния в контекста на неговото физическо и емоционално състояние към момента на възникването ѝ. Сензорните и психоемоционалните аспекти на болката не следва да се разглеждат като самостоятелни и независими една от друга компоненти, а по-скоро като симултанен и постоянен взаимнообвързан процес. Приносът на всеки отделен фактор в теоретичния модел за възникването на болката варира значително, но в основата на всяка болка има сетивна компонента, която бива модифицирана от емоционално-афективната, духовната и социално-културна интерпретация на болния.

За разбиране на бариерите пред добрия контрол на болката при рак се прилагат теоретични подходи за оценка на психологическите страни на преживяването на болката и свързаните с нея поведения. Изследваните бариери от страна на болните изхождат от теориите за многостранната същност на болката и за мотивираното действие и планираното поведение.

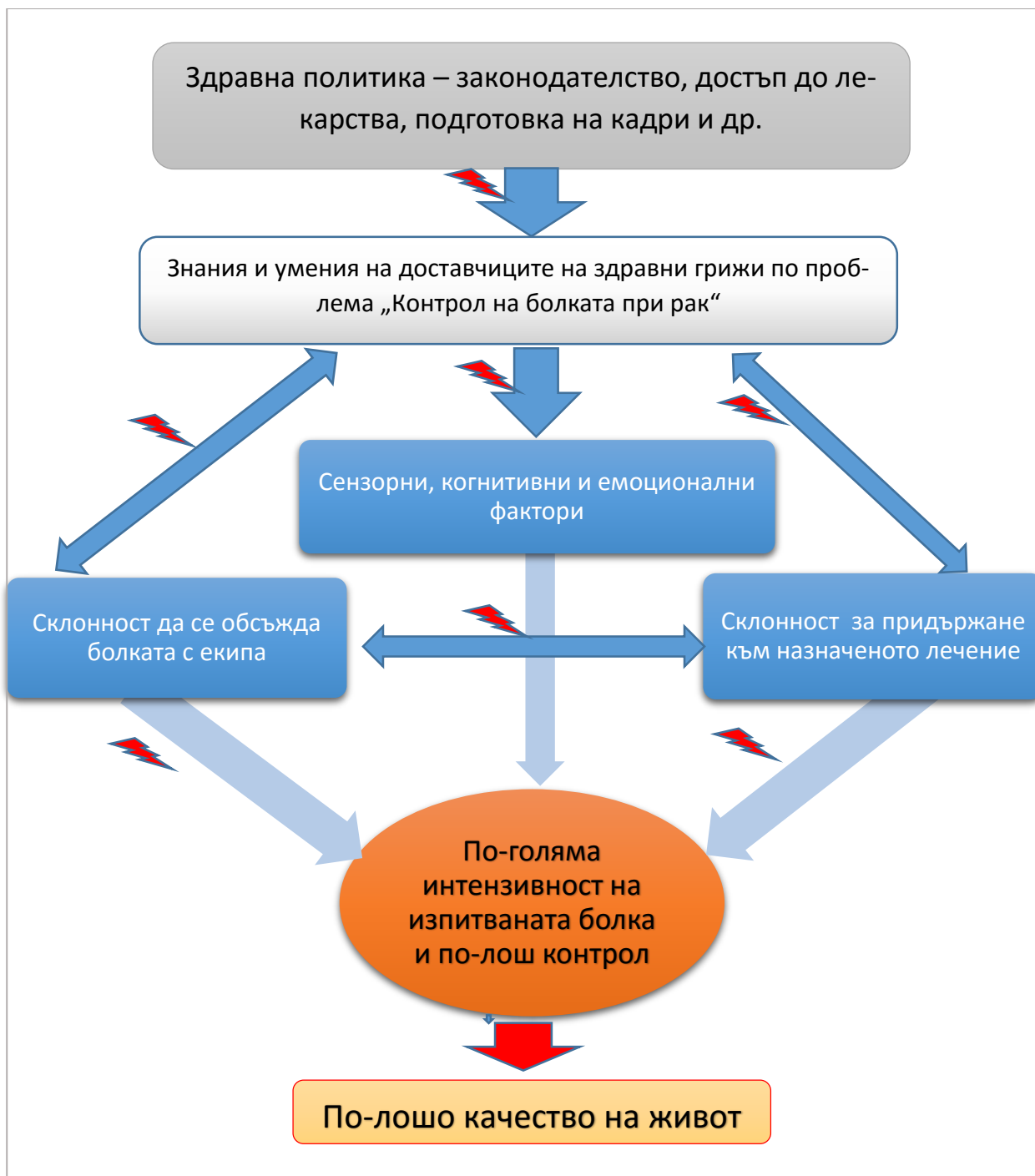
Болката има три основни измерения - сензорно, когнитивно и афективно, които са под влияние на следните три групи особено важни фактора: когнитивни, сетивни и афективни. Отношението на болните, вярванията и знанията им за изпитваната от тях болка и използваните обезболяващи лекарства са основни когнитивни фактори. Соматичното въздействие на болката, приложеното лечение и неговите нежелани странични ефекти са основни сензорни фактори. Афективната страна на болката е влиянието ѝ върху качеството на живот на болните.

Поведенческите бариери пред постигането на добър контрол на болката при рак се изразяват в нежеланието на болните да обсъждат изпитваната от тях болка и неспособността им да се придържат към назначената схема на лечение, Тези бариери взаимодействат и модифицират емоционалните и соматосензорни преживявания на болните в контекста на изпитваната от тях болка.

При изследване на свързаните с болните бариери се приема, че интензивността на болката и нейното облекчаване зависи от характерните за пациента когнитивни, сензорни и афективни фактори, от комуникацията му с екипа и склонността му да се придържа към назначената схема на лечение.

Върху процесите на възприемане на болката и възможностите за постигане на контрол, модифициращо влияние оказва и медицинският екип със своите знания, умения, нагласи и вярвания.

Държавната политика влияе пряко върху контрола на болката при рак посредством създадената организация на онкологичната помощ, достъпа до обезболяващи лекарства, наличието на звена за лечение на болката и развитието на палиативните грижи, както и чрез организацията на обучението на здравните кадри. Тези процеси са обобщени схематично на **фиг. 1**.



Фиг.1 - Фактори за интензивността на изпитваната болка от пациента, бариери и влияние върху ефективността на лечението

1.2. Цел на проучването

Настоящата разработка има за цел изследване на медико-социалната характеристика на раковата болка сред онкологично болни пациенти от Северозападна България чрез проучване на влиянието ѝ върху качеството на живот на болните и факторите, оказващи влияние върху ефективното ѝ лечение и формулиране на препоръки за подобряване на контрола и качеството на лечение на болката при рак.

1.3. Задачи на проучването

1. Да се определи честотата на умерената и силна ракова болка сред болните лекувани в Отделението за палиативни грижи за 5-годишен период и влиянието, което тя оказва върху качеството им на живот.
2. Да се направи оценка на качеството на оказваните обезболяващи грижи на болните с ракова болка от Северозападна България, лекувани в КОЦ-Враца и да се определи влиянието на социално-демографските фактори върху изпитваната болка.
3. Да се идентифицират бариерите пред контрола на раковата болката като се определят и анализират бариерите от страна на самите болни и влиянието на трудностите, които те срещат; да се оцени склонността на болните да спазват назначеното лечение и влиянието на социално-демографските фактори върху контрола на раковата болка.
4. Да се определят и анализират бариерите от страна на предоставящите здравни грижи, чрез оценка на знанията на лекарите за раковата болка и нейното лечение, определяне пречките за провеждане на адекватно лечение и оценка на влиянието на отделни социално-демографски фактори върху идентифицираните бариери.
5. Да се измерят знанията и да се идентифицират бариерите от страна на специалистите по здравни грижи относно оценяването и проследяването на ефективността на приложеното лечение на болката и влиянието на социално-демографски фактори върху идентифицираните бариери. Да се проследи ефекта на обучението по проблема върху знанията на специалистите по здравни грижи.
6. Да се изработят помагала за повишаване на знанията на предоставящите здравни грижи (лекари и специалисти по здравни грижи) в областта на оценката и контрола на болката при рак.
7. Да се проучат и анализират бариерите пред успешното лечение на раковата болка от страна на националното законодателство, касаещо опиоидните аналгетици като основни медикаменти за нейния контрол.

1.4. Работни хипотези

В проучването се проверяват следните работни хипотези:

1. Честотата и интензивността на онкологичната болка изпитвана от болните в Северозападна България не се различава от тази в другите европейски страни.
2. Контролът на раковата болка изпитвана от пациентите с онкологични заболявания от Северозападна България представлява нерешен медико-социален проблем.
3. Раковата болка оказва значително влияние върху качеството на живот на пациента.
4. Социално-демографските характеристики на пациентите оказват влияние върху контрола на онкологичната болка.
5. Качеството на оказваните обезболяващи грижи измерено с помощта на Индекса за Управление на Болката не се различава от установените световни норми.
6. Описаните в литературата бариери, които са отговорни за лошия контрол на онкологичната болка, оказват подобно въздействие върху болката изпитвана от пациенти с онкологични заболявания от Северозападна България.

7. Знанията на пациентите, лекарите и специалистите по здравни грижи по проблема за раковата болка и нейното лечение са недостатъчни и са важна причина за лош контрол на раковата болка
8. Българското законодателство, касаещо опиоидните аналгетици не е съобразено с медицината основана на доказателства и не спомага в достатъчна степен за постигане на адекватно лечение на раковата болка.

1.5. Предмет на проучването

Предмет на настоящото проучване е болката, изпитвана от пациентите с онкологични заболявания от Северозападна България с нейната медико-социална характеристика и пречките пред постигане на адекватен контрол.

Технически единици на наблюдение:

- КОЦ-Враца (с отделенията по палиативни грижи, медицинска онкология, лъчелечение и амбулаторен сектор), в който е обобщена медицинската документация на 3048 болни с онкологични заболявания лекувани в отделението за палиативни грижи през периода от 01.01.2009-31.12.2013 г.;
- Три МБАЛ в гр. Враца: МБАЛ „Хр. Ботев“; МБАЛ „Първа частна болница“ и МБАЛ „Вита“;
- Център за спешна медицинска помощ в гр. Враца;
- Филиал на МУ- София в гр. Враца;
- Националното законодателство и нормативна уредба на Р България, касаеща производството, дистрибуцията и прилагането на опиоидни аналгетици за лечение на болката при рак.

Логически единици за наблюдение са:

- **331** пациенти от различни населени места на територията на Северозападна България с онкологични заболявания в различен стадий, които провеждат планово и спешно активно и палиативно лечение в стационара и амбулаторията на КОЦ- Враца;
- **119** лекари от различни медицински специалности и с различен трудов стаж и локализации на лекарската практика, които оказват грижи за пациенти с онкологични заболявания;
- **248** специалисти по здравни грижи в различни здравни заведения, оказващи грижи за пациенти с онкологични заболявания;
- **29** студенти бакалаври след IV семестър от Филиал „Проф. Ив. Митев“ на МУ- София, които провеждат практика в ОПГ на КОЦ-Враца;
- **16** преподаватели по здравни грижи от Филиал „Проф. Ив. Митев“ на МУ-София.

1.6. Постановка и инструментариум на проучването

Изследването на медико-социалната характеристика на раковата болка бе проведено в няколко етапа в периода от м. декември 2012 г. до м. декември 2014 г. и по своята същност то представлява комплексно социологическо изследване с използване на анкетен и документален метод.

От м. декември 2012 г. до средата на м. май 2013 г. бе извършено проучване и идентифициране на необходимата за провеждането на проучването литература като се извърши търсене в базите данни Google Scholar, PubMed Europe, PubMed Central, EMBASE, SCOPUS, Cochrane Library и Researchgate.com. Бяха идентифицирани над 1600 статии и резюмета на статии, имащи отношение към проблемите на раковата болка, нейното лечение и бариерите пред постигане на адекватен контрол и бяха идентифицирани основните инструменти, които да бъдат използвани в провеждането на изследването.

Осъществени бяха контакти с авторите на два от използваните инструменти – BQ-II S. Gunnarsdottir и с централата на EORTC, от които бяха получени разрешения за използването им за целите на изследването. Осъществен бе двустранен превод от английски на български език и обратно от две независими лица. Подадени бяха документи до Етичната комисия при КОЦ-Враца и бе получено разрешение за провеждането на изследването на територията на КОЦ-Враца. Осъществени бяха контакти с Асоциацията на специалистите по здравни грижи – Враца, БЛС, Асоциацията на Общопрактикуващите лекари във Враца и ръководството на Филиала на МУ-София „Проф. д-р Иван Митев“- Враца

1.6.1. Инструментарий за оценка на честотата и интензивността на болката сред пациенти с онкологични заболявания и измерване на качеството на проведеното лечение при хоспитализирани болни в ОПГ при КОЦ-Враца за периода 01.01.2009-31.12.2013 г.

Извършен бе контент-анализ на медицинската документация на болните, хоспитализирани в отделението през периода 01.01.2009-31.12.2013 г. От медицинската документация бяха извлечени:

1. Медицински данни:

А. От анамнезата и статуса при приемане: наличието на болка и нейната интензивност; силата на болката измерена с помощта на NRS (максимална, минимална и обичайна); проведеното лечение до момента на приемане; измерения индекс на Карнофски при приемане.

Б. От епикризата при изписване: диагноза, която включва вида на онкологичното заболяване и наличието на метастази и съпътстващи заболявания и симптоми, имащи отношение към изпитваната болка.

2. Социално-демографски данни: пол, възраст, семеен статус, социален статус, образование, местоживееене.

Източници на информация. Основен източник за събираната информация за болните бе електронната база данни на преминалите болни през ОПГ, която се състои от:

- електронната база данни на КОЦ-Враца – Гама КодМастер – електронна система за автоматизирано управление на дейности, свързани с регистрирането на постъпилите в стационара пациенти, тяхното движение между различните отделения, кодирането на диагнозите (по МКБ-10) и процедурите (по МКБ9-КМ) и тяхното изписване;

- електронната информационна система за обслужване на Регионалния Раков Регистър – Враца;

- изградената локална база данни за преминалите болни през ОПГ, която съдържа анамнезата, статуса и епикризата на всеки преминал през отделението болен от периода на създаването на базата данни през 1998 г. до момента на провеждане на изследването.

Като допълнителни източници на информация бяха използвани още историята на заболяване на болния, която съпровожда всяка хоспитализация и онкологичното досие на всеки болел, регистриран КОЦ, в което се съхранява цялата информация, касаеща онкологичното заболяване и неговото лечение.

Включващи и изключващи критерии. В проучването бяха включени 3096 болни, хоспитализирани в отделението в периода 01.01.2009-31.12.2013 г. Изключени от анализа на данните бяха 48 болни с непълнота в документацията (коефициент на отзоваване 98.4%).

1.6.2. Инструментариум за оценка на силата на болката

1. Цифрова скала за оценка (Numeric Rating Scale - NRS). За отчитане на силата на изпитваната от пациентите болка в ОПГ е използвана NRS в двата най-често срещани варианта - NRS₁₀ и NRS₅. NRS₁₀ е рейтингова скала, при която 0 - „няма болка“, а 10 - „непоносима болка“. NRS₅ използва подобна скала: 0 - „няма болка“, а 5 - „непоносима болка“.

2. Вербално Описателна Скала (Verbal Descriptor Scale - VDS). Тя използва 5 степени за описание на интензивността на изпитваната от пациента болка: няма болка, лека, умерена, силна, много силна или непоносима (ужасна) болка. Връзката между NRS₁₀ и VDS е следната: болка с интензивност по NRS₁₀ = 1-3 се приема за „лека болка“, която не влияе върху ежедневието на пациента и не нарушава качеството му на живот; болка по NRS₁₀ = 4-6 е „умерена болка“ - влияе значително върху ежедневието на болния и влошава качеството му на живот; болка с интензивност по NRS₁₀ = 7-9 е „много силна“ и болка по NRS₁₀ = 10 е „непоносима“. Болка с интензивност NRS₁₀ > 7 е инвалидизираща болка, която напълно разрушава качеството на живот на болния.

3. Индекс на Карнофски (KI). Това е основен и широко използван инструмент за измерване на функционалната годност на болните с напреднало онкологично заболяване. KI може да варира от 0 = „умрял“ до 100% = „напълно здрав“.

4. Кратък въпросник за болката (Brief Pain Inventory – BPI short form) – стандартизиран инструмент за оценка на болката. BPI измерва интензивността на болката (сензорната компонента), нейното влияние върху живота на пациента (реактивното ѝ въздействие) и облекчението от назначеното лечение според пациента. Прилага се Ликертова скала на NRS₅, при която 0 – „няма болка/не оказва влияние“, а 5 – „непоносима болка/влияе максимално“.

1.6.3. Инструментариум за оценка на качеството на провежданото медикаментозно лечение на болката

Преценката за адекватния избор на провежданото аналгетично лечение е извършвана чрез изчисляване на **Индекс за управление на болката (Pain Management Index -PMI)**, при който най-силната болка изпитвана от пациента се приравнява към определена категория: 0 - „няма болка“; 1 - „лека болка - NRS₁₀ = 1-3“; 2 – „умерена болка - NRS₁₀ = 4-6“ и 3 – „силна болка - NRS₁₀ = 7-10“.

По сходен начин се групират и обезболяващите лекарства: 0 - „не приема лекарства за болката“; 1 - „приема неопиоидни аналгетици и НСПВС“; 2 - „приема слаби опиоиди“; 3 - „приема силни опиоиди“ (съгласно класификацията на СЗО).

Изчисляването на РМІ става като от цифровия израз на най-силния прилаган за контрол на болката аналгетик се извади оценката на групата, в която е поставена най-силната изпитвана от пациента болка. Стойностите могат да варират от -3 до + 3. Оценката е = - 3, ако болен, изпитващ силна болка не получава обезболяващи лекарства (0 - 3= -3) или = +3 ако болен, който няма болка приема силни опиоиди (3 - 0 = 3). РМІ може да бъде равен на нула, ако избраният аналгетик отговаря на силата на изпитваната болка (напр., силен опиоид и силна болка). Всички стойности на РМІ, които са равни или по-големи от нула са показателни за адекватно подбран аналгетик и показател за качествено лечение на болката. **табл.1**

Табл.1 - Индекс за управление на болката (РМІ) и прилагано лечение с опиоиди

Сила на болката	Опиоиди по СЗО			
	Без лекарства (0)	НСПВС (1)	Слаби опиоиди (2)	Силни опиоиди (3)
Няма болка (0)	0	1	2	3
Лека болка (1)	-1	0	1	2
Умерена болка (2)	-2	-1	0	1
Силна болка (3)	-3	-2	-1	0
	Неправилен избор на аналгетика		Адекватно лечение на болката	

Кодиране на диагнозите. Използвани са кодове по МКБ-10, утвърдени според НРД в Клинична пътека № 297 „Палиативни грижи при терминално онкологично болни“. Кодирането е показано на **табл. 2**.

Табл. 2 - Кодиране на използваните в изследването диагнози по МКБ-10

Z85	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание
Z85.0	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на стомашночревния тракт
Z85.1	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на трахеята, бронхите и белия дроб
Z85.2	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на други дихателни органи и гръдния кош
Z85.3	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на млечната жлеза
Z85.4	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на половите органи
Z85.5	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на пикочните органи
Z85.6	В личната анамнеза има левкемия
Z85.7	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на лимфоидната, кръвотворната и сродните им тъкани
Z85.8	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на други органи и системи
Z85.9	В личната анамнеза има злокачествено новообразувание, неуточнено

1.6.4. Инструментарий за изследване и анализ на свързаните с пациентите бариери пред постигането на оптимален контрол на онкологичната болка

Barriers Pain Questionnaire (BQ-II). Българската версия на BQ-II (**Приложение 1**) се състои от 27 твърдения, за които болният трябва да оцени своето съгласие с помощта на Ликертова скала от 0 – “категорично несъгласен” до 5 – “напълно съгласен”. Въпросникът изследва четири критични области, които пречат за постигане на добър контрол на болката при рак: 1. Физиологичните ефекти на опиоидните лекарства; 2. Фатализъм; 3. Комуникация; 4. Вредни ефекти на опиоидите.

Правилният отговор в области 1, 3 и 4 е **несъгласието** с изказаните твърдения, а за област 2 - **съгласието** с твърдението. Изчислението на резултатите е средно аритметично от сбора на оценките от отговорите в области 1,3 и 4 и обратните оценки от област 2. Резултат по-малък от 3 се приема като „**несъгласен**“, по-голям от 3 – „**съгласен**“ и равен на 3 – „**неопределен**“. При работа с болния, обаче, „**неопределен**“ се приема като потенциална бариера.

За оценка на вътрешната съгласуваност на българския превод на BQ-II е изчислявана α на Кронбах., като резултатите са показани на **табл. 3**.

Табл. 3 - Вътрешна съгласуваност на българския превод на BQ-II

	α на Кронбах	α на Кронбах стандартизирана	Брой въпроси по раздели
За BQ-II	0,899	0,895	27
Физиологични ефекти на опиоидите	0,843	0,843	12
Фатализъм	0,705	0,712	3
Комуникация	0,774	0,773	6
Вредни ефекти на опиоидите	0,798	0,797	6

1.6.5. Инструментариум за оценка на качеството на живот

Официално утвърденият инструмент за измерване качеството на живот на палиативните пациенти е въпросникът **EORTC-QLQ-C 15-PAL (v1)**. Той се състои от 15 въпроса, които измерват най-често срещаните симптоми при тези болни. Съставен е от три части: първата - оценка на общото състояние на болния и нуждата от подкрепа в ежедневието; втората част оценява най-често изпитваните от пациентите симптоми, влияещи върху качеството на живот и третата се състои от един въпрос, с който болните да оценят като цяло качеството си на живот по 7-степенна Ликертова скала от 1 - „много лошо“ до 7 - „отлично“. На останалите 14 въпроса болните избират един от 4 възможни отговора: 1 - „въобще не“; 2 - „малко“; 3 - „доста“ и 4 - „много“.

Качеството на живот се измерва в проценти, които се изчисляват на базата на отговора на въпрос 15 по следната формула: **Бал % = ((Оценка-1)/6) x 100%**

Качеството на живот е динамичен показател, който отчита качеството и ефективността на проведеното палиативно лечение.

1.6.6. Инструментариум за проучване на знанията и отношенията към раковата болка сред лекари

Не бе установен стандартизиран инструмент за изучаване на знанията и отношенията на лекарите към раковата болка и нейното лечение. Като модел в изследването бе използван въпросник, приложен в проучване сред лекарите в Британска Колумбия – Канада, публикуван в списание „Pain Research and Management“, който бе двупосочно преведен от английски на български и обратно, като преводите бяха сравнени от независимо лице.

Въпросникът се състои от три части – демографски данни, знания в областта на раковата болка и отношение към назначаваното опиоидно лечение за нейния контрол. Оригиналният канадски въпросник включва 17 твърдения, от които 10 са насочени към знанията на лекарите за раковата болка и нейното лечение и 7 - към изследване на отношението на лекарите към изпис-

ването на опиоидни аналгетици. В нашето проучване бяха добавени още 3 допълнителни въпроса: за прилагането на плацебо при лечение на болката при рак, за оценяването на раковата болка и за схемите на прилагане на опиоидното лечение, които бяха част от въпросника, оценяващ знанията и отношенията на здравните специалисти по проблема за болката. Знанията и нагласите са оценявани с помощта на 5-степенна Ликертова скала: от **1 - „категорично съгласен“** до **5 - „категорично несъгласен“**, при което оценки 1 и 2 означават „съгласие“, 3 – „колебание“, а 4 и 5 – „несъгласие“ с изказаното твърдение.

В българския вариант на въпросника бяха направени следните промени: медикамент „Tylenol #3 with Codein“ бе заменен с еквивалентния у нас - „Паракофдал“. Променени бяха годишните лекарска практика, местоположението на практиката (в оригиналния вариант се оценява броя население на общността) и специалността на анкетирания като бяха добавени „анестезиология и интензивно лечение“ и „спешна медицина“, няма „онкология“ като отделна специалност, а „фамилна медицина“ е заменена с „обща медицина“.

1.6.7. Инструментарий за оценка на знанията на специалистите по здравни грижи

Използван е модифицираният въпросник **BPQ-13 (Barriers Pain Questionnaire-13)**, който определя основните бариери пред постигането на адекватен контрол на раковата болка, групирани в следните области: фатализъм, комуникация, странични ефекти, лечение на болката при рак. Състои се от 13 твърдения като респондентите трябва да оценят степента на съгласието си с изказаното твърдение. Използвана е Ликертова скала от 0 до 5, при което **0 = „напълно несъгласен“**, **5 – „напълно съгласен“**, оценка < 3,00 се приема за несъгласен, при >3,00 – съгласен и при оценка равна на 3,00 отговорът е неопределен. Верният отговор е **несъгласието** с изказаното твърдение

Въпросникът бе преведен съгласно правилата на Европейската Асоциация по Палиативни Грижи (EAPC), като бе направен двупосочен превод от английски на български и обратно от двама отделни преводачи. Проверката за надеждност на българския превод установи много добра вътрешна съгласуваност на въпросника. Установена бе α на Кронбах = 0,822 и $\alpha = 0,860$ при стандартизирани твърдения (изчислената от авторите на въпросника $\alpha = 0,73$).

1.7. Методи на проучване

Социологически методи

Документален метод. Извършен бе контент-анализ на медицинската документация на болните лекувани в ОПГ при КОЦ-Враца за период от 5 години (01.01.2009-31.12.2013 г.), насочен към изследване на болката и нейното лечение и връзката ѝ с диагнозата на пациента и социално-демографските фактори, отразени в изследваните медицински документи. Документален метод е приложен също и при анализа на българското законодателство, отнасящо се до производството, съхранението, дистрибуцията и предписването на контролирани вещества с насоченост опиоидни аналгетици и лечение на болката.

Анкетен метод. Анкетният метод е прилаган под формата на пряка индивидуална анкета и онлайн анкета.

Подготвени са 4 вида въпросници:

1. Въпросник за пациенти (български вариант на VQ-II – (Приложение 1) за проучване на отношението към болката, провежданото лечение и пречките от страна на болните, които влияят върху постигането на контрол на болката. Въпросникът за пациенти се състои от 50 въпроса, структурирани по следния начин: 27 въпроса за бариерите при лечението на болката, чрез които се изследват посочените по-горе 4 области: физиологични ефекти на опиоидите (12 въпроса), фатализъм (3 въпроса), комуникации (6 въпроса) и вредно въздействие на опиоидите (6 въпроса). Всички въпроси от този раздел са с отговори по скалата на Ликерт – от **1 „категорично несъгласен“ до 5 „напълно съгласен“**; 6 въпроса за болката и влиянието ѝ върху пациентите; 2 въпроса за онкологичната диагноза; 7 въпроса за лечението на болката и срещаните трудности; 7 въпроса за демографските данни на пациентите; 1 открит въпрос за свободно споделяне на мнение с екипа. Общият брой анкетирани болни е 247 от 331 хоспитализирани (коефициент на отзоваване 74.6%).

2. Въпросник за пациенти (български вариант на EORTC QLQ-C15-PAL – версия 1) (Приложение 2) за проучване на влиянието на болката върху ежедневните дейности и качеството на живот на болните, състоящ се от 15 въпроса, от които 14 са с формат на 4-степенна форсирана скала от **1 „въобще не“ до 4 „много“ без средина точка** и един въпрос се отнася до оценка на общото качество на живот по 7-степенна Ликертова скала – от **1 „много лошо“ до 7 „отлично“**. Включени бяха 101 болни, върнати попълнени 94 анкетни карти (коефициент на отзоваване 94%).

3. Въпросник за проучване на знанията и нагласите на лекарите (Приложение 3) по проблема на раковата болка и произтичащите от тях пречки пред контрола на болката при рак. Освен пряка индивидуална анкета в този случай е прилагана и Интернет базирана анкета. Въпросникът е изграден от 27 въпроса: 20 твърдения относно знанията в областта на лечението на болката, оценявани по 5-степенна скала – от **1 „вярно/съгласен“ до 5 „невярно/несъгласен“**; 6 въпроса за демографска характеристика на изследваните лица и 1 открит въпрос за споделяне на мнение с екипа на проучването.

4. Въпросник проучване на знанията и отношението на здравните специалисти (Приложение 4) към лечението на болката при рак (BPQ-13), състоящ се от 21 въпроса: 13 твърдения, които изследват основните бариери (фатализъм, комуникация, странични ефекти на опиоидите и лечение на болката), оценявани по Ликертова скала – от **0 „категорично несъгласен“ до 5 „категорично съгласен“**; 2 въпроса за увереността на специалистите по здравни грижи при оказване на лечение на онкологични пациенти, които изпитват болка и 6 въпроса за демографските характеристики на изследваните лица.

Част от въпросниците са световно утвърдени стандартни инструменти за изследване на раковата болка, някои от които за първи път са преведени на български език. Друга част от въпросниците са лична разработка на докторанта.

Всички въпросници са одобрени от Комисията по етика на КОЦ-Враца, Регионалната колегия на БЛС, Регионалното сдружение на Общопрактикуващите лекари – Враца и Регионалното сдружение на специалистите по здравни грижи – Враца.

Анонимността на анкетираните лица бе гарантирана, като лични данни не бяха събирани. Анкетите бяха разпространени чрез личен контакт на изследователя с анкетираните с връчване

на плик за връщане на попълнените анкетни карти. Изключение има само при част от проведената анкета оценяваща знанията на лекарите, която бе проведена по Интернет, при която анкетираните можеха от един IP адрес да попълнят само по една анкета. Попълнените анкетни карти са съхранявани в кабинета на изследователя.

Интервю. Интервю е прилагано за определяне на влиянието на болката върху качеството на живот на болния.

Статистически методи

Статистическата обработка на първичните данни е извършена със софтуерни пакети MS Excel 2013 и SPSS v.19. При качествените променливи са изчислявани описателни статистически показатели (проценти) като данните са организирани в подходящи едномерни и многомерни таблици и графики. При количествените променливи е определяна средна аритметична и стандартно отклонение при нормално разпределение и мода (M_0) и медиана (M_e) при асиметрични разпределения. Статистическата достоверност е оценявана с помощта на непараметрични тестове (χ^2 и *Cramer's V*) За статистически значими са приемани различия при ниво $p < 0,05$ при двустранен тест. Алфата на Кронбах е използвана за измерване на надеждността на вътрешната съгласуваност на психометричните инструменти – българските преводи на утвърдените и валидирани международни инструменти.

Корелационен анализ е използван, за да се сравняват коефициентите на корелация между една или повече двойки променливи, между тях, като резултатите са интерпретирани по следната скала: 0 - 0,3 – слаба корелация; 0,31 – 0,5 – умерена; 0,51 – 0,7 – значителна ; 0,71 – 0,9 – висока; над 0,9 - много висока. При изучаване и оценка на причинно-следствените връзки между променливите в контекста на разглежданата задача е използван и регресионен анализ.

1.8. Организация на изследването

Изследването сред болните бе проведено на територията на КОЦ-Враца през м. април 2014 г. в Отделенията по Медицинска Онкология, Лъчелечение и Палиативни Грижи. Включващи критерии бяха: съгласие за участие в изследването, възраст над 18 години, онкологична диагноза, запазен когнитивен статус, който да позволи на болния да отговори на въпросите. В случаите, когато болният не бе в състояние сам да прочете въпросите се допускаше те да му бъдат прочетени от лицето, което провежда анкетата, за което като анкетъори бяха обучени студенти от филиала във Враца на МУ- София.

За изследването сред лекарите планът и материалите по проучването бяха предоставени на локалната Комисия по Етика при КОЦ – Враца и в РК на БЛС. След получаване на положително становище 100 въпросника бяха разпечатани и предоставени на болниците във Враца и на Регионалното сдружение на ОПЛ за разпространение през м. май 2014 г. Предвид малкия брой върнати отговори (21/100) бе решено да се премине към провеждане на проучването онлайн, като за целта се използва безплатната платформа на Google – Google Consumers Surveys. С помощта на базата данни на РК на БЛС-Враца, линкът към проучването бе разпратен на електронните пощи на 290 лекари, членове на регионалните колегии на БЛС от Северозападна България през м. ноември 2014 г. Последният отговор на проучването бе получен на 21.12.2014 г. Проучването бе свалено от сайта три месеца след последния отговор. Онлайн бяха попълнени

106 анкетни карти, от които 8 непълни. По такъв начин в проучването бяха включени 98 лекари, които заедно с получените 21 отговори на хартиен носител оформят общо 119 отзовали се лекари при разпратени общо 390 анкети (290 онлайн и 100 на хартиен носител), т.е. коефициентът на отзоваване е сравнително нисък - 30,5%.

Изследването сред специалистите по здравни грижи обхваща работещи в болнични заведения на територията на Враца, където попадат за лечение онкологично болни пациенти: 3-те посочени МБАЛ, ЦСМП-Враца, Приемно Спешно Отделение на МБАЛ „Хр. Ботев“-Враца и КОЦ-Враца.

Включващи критерии: специалисти по здравни грижи, които в своята практика могат да се сблъскат с проблема онкологична болка; преподавател или студент по здравни грижи от филиала на МУ-София във гр. Враца; лично съгласие за участие в проучването.

Изключващи критерии: медицински специалисти, които в своята практика не попадат на онкологично болни изпитващи болка (работещи в педиатрични, инфекциозни отделения и др.); медицински специалисти в хирургични отделения и интензивни сектори; студенти от първи, втори и трети семестър поради липса на достатъчно общомедицински познания.

Раздадени са общо 200 анкетни карти и обратно бяха събрани 196 анкетни карти, от които 12 не бяха попълнени изцяло. В обработка са включени 184 анкети (отзоваване 92%).

В изпълнение на задача 5 сред специалистите по здравни грижи бе проведено обучение по проблема на 05.04.2014 г. Разработен бе лекционен курс от 4 академични часа, посветен на болката и нейното лечение от 4 части:

Част 1 - запознава аудиторията с основни понятия, най-често използвани класификации, епидемиология и влияние на болката, причини за лошия контрол на болката и еволюцията в отношението към болката като симптом.

Част 2 разглежда най-честите заболявания, които протичат с хронична болка и акцентира върху патофизиологията и видовете хронична болка.

Част 3 е посветена на основните принципи на лечение на болката – фармакологични и нефармакологични методи, като специално внимание се отделя на опиоидните аналгетици за лечение на раковата болка.

Част 4 е насочена към развитието на зависимост. Разглеждат се принципите на мониториране на ефективността на приложеното лечение и как трябва да се проследяват болните за появата на аберантно поведение като израз на развиващо се пристрастяване.

Съвместно с Регионалната колегия на специалистите по здравни грижи в област Враца бе проведено обучение като част от системата за непрекъснато СДО и на участниците бяха присъдени по 5 кредитни точки. Участваха 117 специалисти по здравни грижи от областите Враца и Видин, от които 109 се включиха в изследването (отзоваване 93%). Участниците в обучението получиха лекционния курс разпечатан на хартиен носител при влизане в залата, а след приключване на обучението попълниха анкетната карта, използвана при първоначалното проучване като в нея бяха добавени още 4 въпроса, касаещи обучението и удовлетвореността на участниците.

II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

2.1. Честота на раковата болка сред пациентите лекувани в ОПГ на КОЦ – Враца за периода 01.01.2009 – 31.12.2013 г.

1. Социално-демографска характеристика на болните

КОЦ-Враца обслужва населението на 33 общини от областите Враца, Монтана и Видин. От общо 3048 болни, лекувани в ОПГ през 5-годишния период само 17 (0,6%) са били от други райони. Обхванатите в анализа 3048 хоспитализирани болни са провели общо 22 396 дни и средният престой на 1 болен в отделението е 7,35 дни.

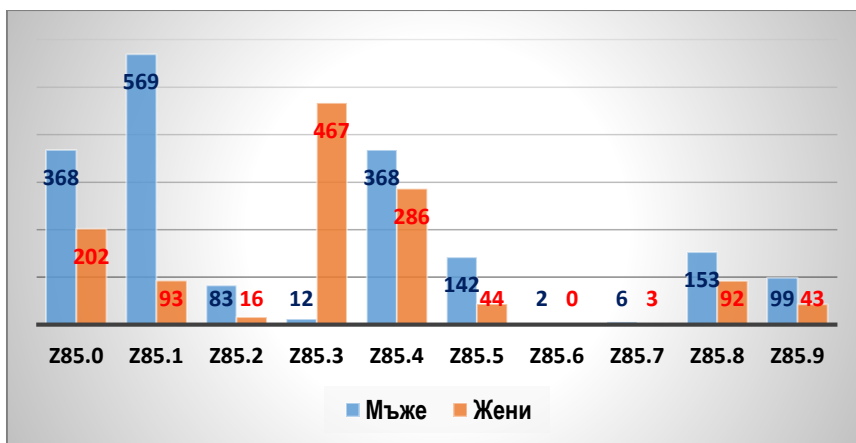
Социално-демографската характеристика на 3048-те болни хоспитализирани в ОПГ е типична за региона обслужван от КОЦ-Враца. Това е най-бедният икономически регион в ЕС; с най-застаряващо население; 1/3 от населението живее в селата; относително най-голям дял от населението разчита на пенсии и социални помощи. В региона живее и една от най-големите ромски общности в страната. Регионът на Северозападна България е с най-висока обща смъртност. Медицинската помощ е неравномерно разпределена. Област Видин е единствената в страната, в която няма лекари със специалност урология и онкология. Селските жители нямат редовен достъп до медицинска помощ (ОПЛ посещават селата 1-2 пъти седмично). Още по-труден е достъпът до обезболяващи лекарства. По данни на РЗИ-Враца само две аптеки имат лиценз за съхранение и отпускане на опиоиди.

В разпределението на анализирани болни по пол преобладават мъжете - 1802 (59,1%); с ниско образователно ниво (основно и по-ниско от основно образование) са били 726 (23,8%); по-голямата част са семейни 2013 (70,1%); почти половината са пенсионери (1354 - 44,5%) по възраст и/или по болест; работещите са 993 (32,6%), от които служители 11,0% (336 болни), а 196 (6,4%) са безработни (115 от тях са жени – 58,6%).

Разпределението по диагнози на болните, лекувани в КОЦ-Враца (*табл. 4*) е подобно на данните за страната. Малкият брой болни с хематологични заболявания (Z85.6 и Z85.7) се обяснява с факта, че тази група болни не са обект на лечение в КОЦ. Хоспитализираните мъже при всички диагнози (с изключение на Z85.3) значително превишават броя на жените (*фиг. 2*).

Табл. 4 – Разпределение на лекуваните болни по диагнози (в брой и %)

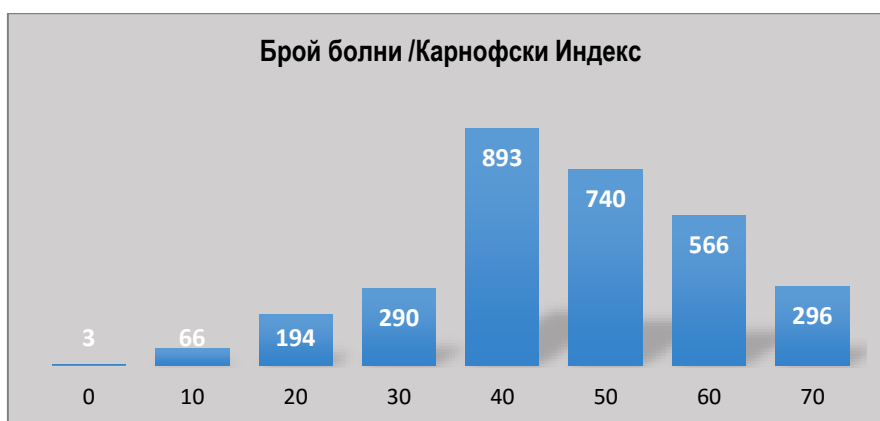
Код	Диагноза по МКБ-10	Брой	%
Z85	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване	3048	100,0
Z85.0	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на стомашночревния тракт	570	18,7
Z85.1	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на трахеята, бронхите и белия дроб	602	21,7
Z85.2	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на други дихателни органи и гръдния кош	99	3,2
Z85.3	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на млечната жлеза	479	15,7
Z85.4	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на половите органи	654	21,5
Z85.5	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на пикочните органи	186	6,1
Z85.6	В личната анамнеза има левкемия	11	0,4
Z85.7	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на лимфоидната, кръвотворната и сродните им тъкани		
Z85.8	В личната анамнеза има злокачествено новообразуване на други органи и системи	245	8,0
Z85.9	В личната анамнеза има неуточнено злокачествено новообразуване	142	4,7



Фиг. 2 - Разпределение на болните по диагнози и пол

2. Оценка на общото състояние на болните и причини за изпитваната болка

Основната част от хоспитализираните в ОПГ болни са били в увредено общо състояние. Най-голям е броят на болните с KI = 40% - 893 (29,3%) и KI = 50% - 740 (24,3%) - (фиг. 3).



Фиг. 3 – Общо състояние на болните в ОПГ – Индекс на Карнофски

При болшинството от пациентите са установени метастази в различни органи и системи: при 195 (6,4%) болни са установени мозъчни метастази; при 470 (15,4%) болни - метастази в белия дроб; в черния дроб - при 327(10,7%) болни; метастази в костите - при 1021(34,9%) от хоспитализираните болни; 124 (4,1%) са имали патологични фрактури; при 176 (5,8%) болни е установено притискане на нерви и нервни плексуси, от което следва, че туморния процес и неговото разпространение са били и основната причина за изпитваната от пациентите болка.

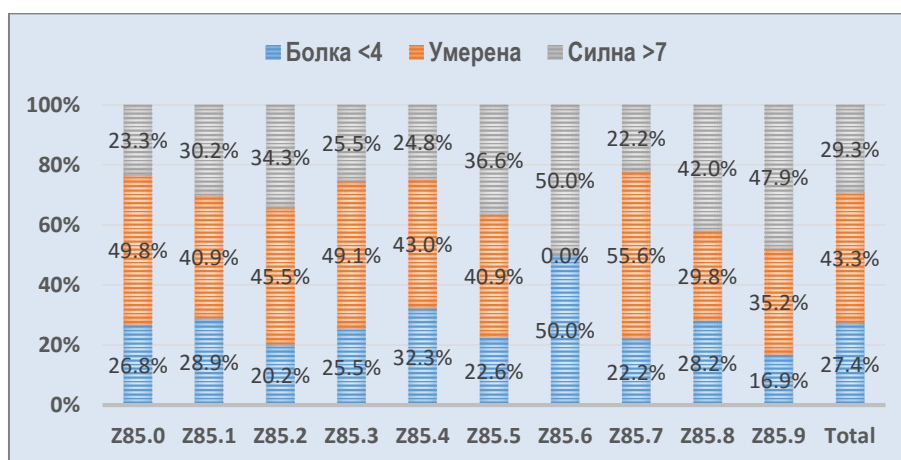
При 39 (1,2%) от приетите в отделението болни като причина за болката е полиневропатия, появила се в следствие на онкологичното заболяване и неговото лечение, а при 12(0,4%) е установен херпес зостер. Това дава основание да се твърди, че при 2364 (77,6%) от хоспитализираните болни основната причина за появата на болка е онкологичното заболяване и усложненията настъпили в резултат на неговата прогресия. Тези резултати са сходни с получените от други изследователи. Интензивността на изпитваната болка зависи и от общото състояние на болните, като най-силна е била изпитваната болка при пациенти с KI = 20% и NRS = 6,47/10, следвано от тези с KI = 30% и NRS = 5,89/10 (табл. 5).

Табл. 5 - Сила на изпитваната болка (NRS) и Индекс на Карнофски

Максимална сила на болката									
Карнофски 1	0	10	20	30	40	50	60	70	Общо
Брой болни N	3	66	194	290	893	740	566	296	3048
NRS \bar{x}	.00	5.74	6.47	5.89	4.87	4.44	3.54	2.52	4.50

3. Болката в зависимост от диагнозата Z

Честотата на болката при рак зависи от вида на онкологичното заболяване и стадия на неговото развитие, като при болни с авансирало заболяване тя варира в границите от 44% до 73%. Проведеното изследване на хоспитализираните в ОПГ болни установи, че без отразена в документите болка или с отразена, но по-малка от $NRS < 4/10$ са 865 (27,6%) от болните. Наличието на болка с интензивност $NRS > 4/10$ е отразена в документите на 2213 (72,4%) болни. Честотата на болката и нейната интензивност при болните в ОПГ е много сходна с резултатите от проучване в 12 Европейски страни и Израел, като едва между 16,9% при болните с диагноза Z85.9 и 28,9% от болните с рак на белия дроб с диагноза Z85.1 не са изпитвали болка. Честотата на умерената болка ($NRS \geq 4$ и $< 7/10$) варира между 29,8% при болните с диагноза Z85.8 и 49,8% при диагноза Z85.0. Силна болка ($NRS > 7/10$) са имали 23,3% от болните с диагноза Z85.0 и 47,9% от тези с диагноза Z85.9, като 29,3% от всички болни са имали нужда от силни опиоиди за нейното лечение (**фиг. 4**). Най-много болни със силна $NRS_{10} > 7$ се установяват при диагнозите Z85.9 (болни с неустановена първичната локализация на онкологичното заболяване) и Z85.8 (злокачествени заболявания на главата и шията и на нервната система).



Фиг. 4 - Честота на умерената $NRS \geq 4$ и < 7 и силната $NRS \geq 7$ болка

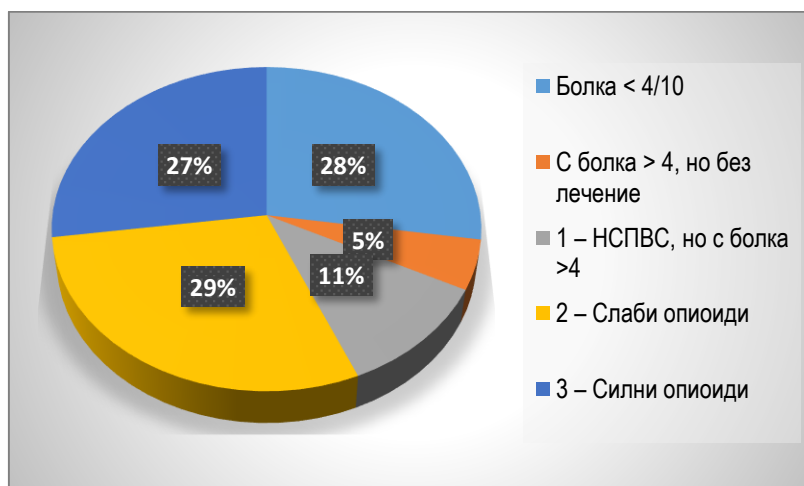
Силата на изпитваната болка зависи от вида на онкологичното заболяване – **табл. 6**. Максималната болка при болните с диагноза Z85.2 е $\bar{x}=5,10$, а при диагноза Z85.9 - $\bar{x}=5,82$.

Табл. 6 – Сила на изпитваната болка според вида на онкологичното заболяване

Максимална сила на болката											
Диагноза	Z85.0	Z85.1	Z85.2	Z85.3	Z85.4	Z85.5	Z85.6	Z85.7	Z85.8	Z85.9	Общо
NRS ₁₀	4.3	4.35	5.1	4.47	4.16	4.99	5	4.56	4.94	5.82	4.5
N	570	662	99	479	654	186	2	9	245	142	3048

4. Болката като симптом и нейното лечение в ОПГ. Изследване на качеството на нейното лечение с помощта на PMI

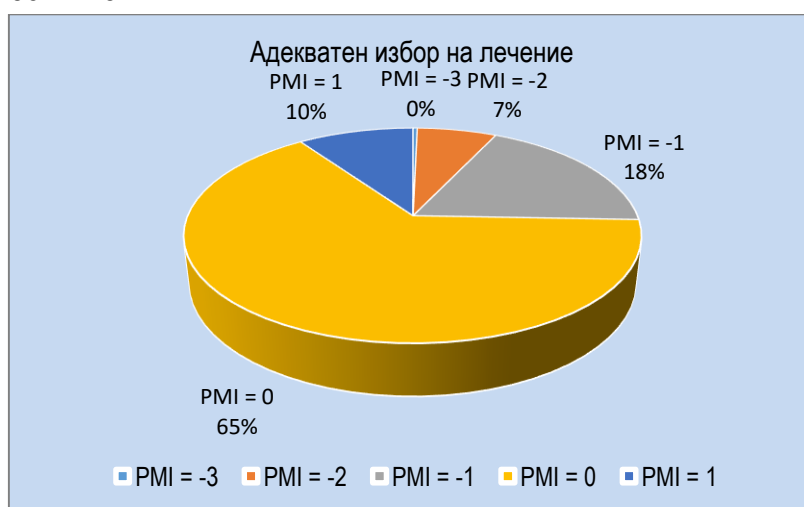
Към момента на постъпване в отделениято 152 (5%) болни не са приемали лечение за изпитваната болка, а при 341 (11,2%) са прилагани единствено НСПВС или парацетамол независимо, че силата на болката ($NRS_{10} \geq 4$) е изисквала прилагане на опиоидни аналгетици за постигане на оптимален контрол (фиг. 5).



Фиг. 5 – Лечение на болката към момента на хоспитализация в ОПГ

Съгласно актуалните препоръки приложените аналгетици трябва да бъдат съобразени с максималната интензивност на изпитваната от пациента болка. Правилният избор на лечение се оценява с помощта на PMI. Негативните му стойности означават неправилно подбрано лечение. Изчислените стойности на PMI за лекуваните в ОПГ болни са представени на фиг. 6, от която се вижда, че при 75% от болните $PMI \geq 0$, което означава правилно подбрано аналгетично лечение.

При 25% от болните $PMI < 0$. Може да се твърди, че причина за лошия контрол на болката при тези болни е бил неправилно подбрания аналгетик. Това е в съответствие с извършения през 2010 г. анализ на PMI от италиански онколози, които установяват негативни стойности на PMI при 25,8% от болните.



Фиг. 6 – Индекс на управление на болката при приемане в ОПГ

Влияние на социално-демографските фактори върху болката и качеството на нейното лечение измерено с помощта на PMI

Изследванията на различни автори не установяват зависимост между социално-демографските фактори и качеството на провежданото лечение, измерено с PMI, което се потвърди и в нашето изследване.

Слаба права корелация бе установена между общото състояние на болния, измерено чрез KI и изпитваната от пациента болка ($r=0.3$), което сочи, че увреденото общо състояние е предпоставка за появата на умерена и силна болка при пациенти с авансирало онкологично заболяване. Слаба обратна корелация се установи между силата на изпитваната от пациента болка и нивото на образование, възрастта и семейното положение на болния. Не се установи зависимост между изпитваната болка и местоживеенето и трудовата активност на болния.

2.2. Изследване и анализ на свързаните с пациентите бариери пред постигането на оптимален контрол на онкологичната болка

1. Социално-демографска характеристика на изследваните болни

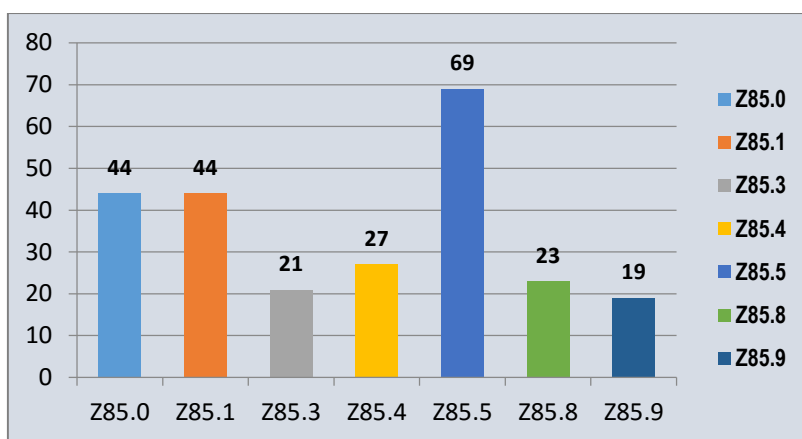
В проучването са включени **331** пациенти, изследвани с българския вариант на въпросника BQ-II, от които са се отзовали 247 (74,6%), представени в **табл. 7**.

Табл. 7 - Социално-демографска характеристика на анкетираните болни

Характеристики		Брой	%
Общо анкетиран болни, в т.ч.:		247	100,0
Пол	Мъже	105	42,5
	Жени	142	57,5
Възраст	Под 50 г.	39	15,8
	51-60 г.	50	20,2
	61-70 г.	90	36,4
	Над 70 г.	68	27,6
Местоживеене	Град	71	28,7
	Областен център	75	30,4
	Село	101	40,9
Образование	Основно и по-ниско	67	27,1
	Средно	125	50,6
	Полувисше	26	10,5
	Висше	29	11,8
Семеен статус	Семейни	118	47,8
	Самотни (не са създавали семейство)	48	19,4
	Овдовели и разведени	81	32,8
Трудова заетост	Работещи	26	10,5
	Безработни	30	12,2
	Пенсионери (по възраст и по болест)	191	77,3
Доход на член от семейството	Под 300 лв	126	51,0
	300-700 лв	63	25,5
	700-1500 лв	26	10,5
	Отказват да отговорят	32	13,0

2. Характеристика на болката и нейното влияние върху болния

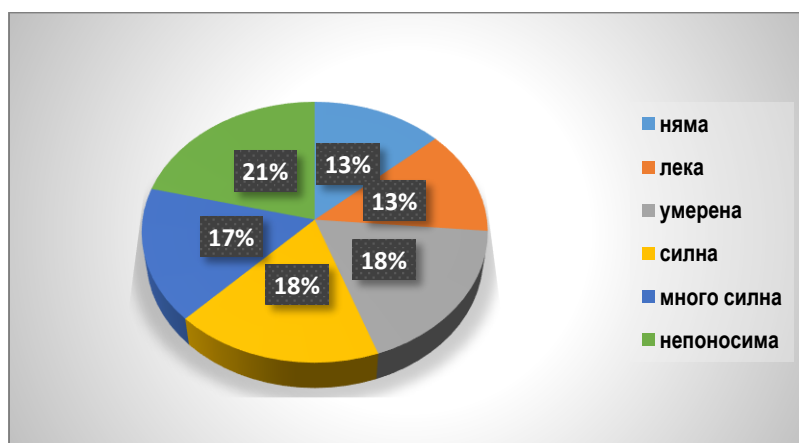
Диагнозите са кодирани по МКБ-10 и обобщените данни за разпределението на болните са представени на **фиг. 7**. Прави впечатление, че отсъстват не само хематологични заболявания (диагнози Z85.6 и Z85.7), които не се лекуват в КОЦ-Враца, но и болни с диагноза Z85.2, която обединява хетерогенна група от относително редки онкологични заболявания.



Фиг. 7 - Разпределение на анкетираните болни по диагнози

Най-голяма част лекуваните болни са били с продължителност на боледуването под 1 година - 132 (53,4%) , като едва 17 болни (6,8%) са боледували повече от 3 год.

През седмицата, преди визитата в КОЦ, 196 (79,4%) са изпитвали болка. При определяне на интензивността на болката само 13% сочат, че не са имали болка; 13% са изпитвали лека болка, по 18% са посочили умерена и силна болка и най-голям е дялът на тези с много силна и непоносима болка (съответно 17% и 21%) (фиг. 8).



Фиг. 8 - Честота на най-силната изпитвана болка през седмицата

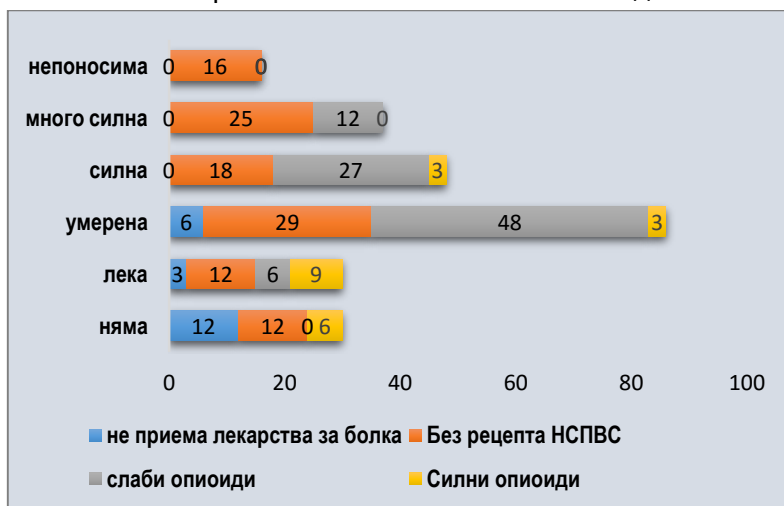
Влияние на болката върху пациента. Болката оказва разрушително влияние върху всички аспекти от живота на болния. Работната хипотеза, че болката влияе върху ежедневието се потвърждава за всички степени на изпитваната болка. Най-силно изразено е влиянието на максималната болка върху ежедневието, съня и взаимоотношенията с близките (табл. 8).

Табл. 8 - Корелация между силата на болката и нейното влияние

Сила на болката		Влияние на болката върху		
		ежедневието	съня	Взаимоотношенията с околните
Най-силна болка	г	.842	.863	.756
	р	.000	.000	.000
Обичайна болка	г	.719	.701	.732
	р	.000	.000	.000
Най-слаба болка	г	.610	.592	.552
	р	.000	.000	.000

3. Лечение на болката

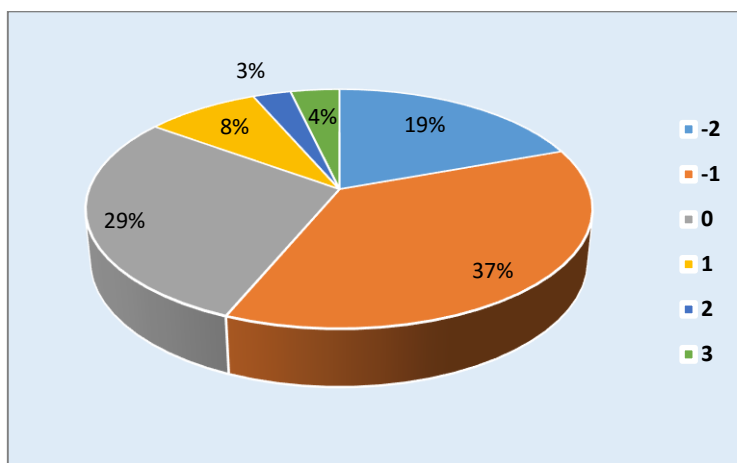
От анкетираните 247 болни 21 (8,5%) съобщават, че не приемат лекарства за болка; 112 (45,3%) приемат само лекарства достъпни без рецепта (най-често НСПВС и Парацетамол); слаби опиоиди (II-ро стъпало по СЗО) са приемали 93 (37,7%) от болните, като тук се включват както самостоятелните, така и все по-популярните комбинирани препарати от НСПВС + слаб опиоид; силни опиоиди (III-то стъпало по СЗО) са приемали 21 (8,5%) от болните (**фиг. 9**). Болните, които са изпитвали непоносима болка са приемали само НСПВС, докато тези, които са изпитвали много силна болка са приемали НСПВС и слаби опиоиди.



Фиг.9 - Зависимост между обичайната болка и вида на прилаганото лечение

Данните на **фиг. 9** сочат, че болните могат да изпитват болка независимо от приложението на силни опиоиди, но това е относително по-рядко. Обичайно болните, които получават силни опиоиди изпитват по-слаба болка от останалите ($p < 0,05$).

Изчисленият PMI при анкетираните болни е негативен при 56% от анкетираните болни, което означава неадекватно провеждано аналгетично лечение и това е по-лош резултат в сравнение с изчисленият PMI за лекуваните в ОПГ (**фиг. 10**). Резултатите могат да бъдат обяснени с това, че изследваните болни са лекувани в отделения, различни от ОПГ, което е специализирано в лечението на раковата болка, Това още един път показва, че лечението на болката не се явява приоритет дори по време на активното лечение на онкологичното заболяване и то в специализирани онкологични звена.



Фиг.10 - Индекс за управление на болката при анкетираните болни

4. Склонност на болните да се придържат към назначеното лечение

Склонността на болните да се придържат към назначеното лечение е от голямо значение за постигане на добър контрол над болката, особено при лечение с лекарства с контролирано освобождаване, при които отказът от придържане към назначената схема на лечение води до промени в плазмената концентрация на лекарството и нежелани пробиви на болката.

Установи се, че стриктно спазват назначените схеми 69 болни (27,9%) и още 57 (23,1%) се стремят да ги спазват. 140 (56,7%) от болните отговарят твърдят, че не са пропускали прием на лекарства, което е приблизително равно на броя болни (126 - 51%), които се стремят да изпълняват назначената схема. Над една трета от анкетираните (88 - 35,6%) не спазват стриктно назначената терапия и почти толкова - 92 (37,3%) са пропускали прием на лекарства през изминалата седмица. Приблизително еднакъв брой болни заявяват, че не спазват назначените схеми (22 - 8,9%) и много често пропускат прием на обезболяващо лекарство (18 - 7,3%).

Установи се слаба корелация между интензивността на болката и склонността на болните да се придържат към назначеното лечение и умерена корелация между пропуснатите приеми на обезболяващи лекарства през последната седмица и силата на изпитваната болка през същия период (*табл. 9*).

Табл.9 - Корелация между склонността на болните да се придържат към назначеното лечение и изпитваната болка

Въпроси		най-силна болка	обичайна болка	най-слаба болка
Изпълнявате ли стриктно назначенията?	г	0.204	0.134	0.378
	р	.001	.035	.000
През изминалата седмица пропускали ли сте прием на лекарство?	г	0.420	0.414	0.335
	р	.000	.000	.000

5. Трудности при снабдяването с лекарства

Близо 70% (148 болни) заявяват, че не изпитват трудности при снабдяването си с обезболяващи лекарства, докато за останалите 99 (30%) снабдяването с обезболяващи лекарства е проблем. Няма финансови затруднения при снабдяването с обезболяващи лекарства 114 болни (46,2%), а 133 (53,8%) изпитват финансови затруднения, като за 45 (18,2%) тези проблеми са значителни. Установи се корелационна зависимост между силата на изпитваната болка и трудностите изпитвани от болните.

Наблюдава се зависимост между интензивността на болката и изпитваните трудности при снабдяване с лекарства, достъпа до специалист и финансовите трудности (*табл. 10*).

Табл. 10 – Корелация между силата на болката и изпитваните трудности от болните

Изпитвани трудности		Сила на болката		
		най-силна болка	обичайна болка	най-слаба болка
Трудности при снабдяването с лекарства	г	.543	.519	.133
	р	.000	.000	.037
Трудности при достъпа до специалист	г	.472	.479	.278
	р	.000	.000	.000
Финансови трудности при снабдяването с лекарства	г	.372	.399	.270
	р	.000	.000	.000

Тази зависимост е най-изразена при болните с най-силна и обичайна болка по отношение на трудностите при снабдяване с лекарства ($r=0,543$ и $r=0,519$) и достъп до специалист (съответно $r=0,472$ и $r=0,479$), отколкото по отношение на финансовите трудности при снабдяването с лекарства, което може да се обясни с факта, че болните с онкологични заболявания получават опиоидните лекарства за контрол на болката безплатно от КОЦ.

При анализа на съществуващите връзки между изследваните социално-демографските фактори и трудностите изпитвани от болните във връзка с контрола на болката се установява, че няма различия в склонността на болните от двата пола да изпълняват стриктно назначенията на лекаря ($p>0.05$). Анкетирани болни от двата пола в еднаква степен изпитват трудности при снабдяването с лекарства ($p<0.05$). Има обаче различия по пол за финансовите затруднения при снабдяването с обезболяващи лекарства ($p<0.05$).

Другите социално-демографски характеристики (местоживееене, образование, трудова заетост, семеен статус и доход) оказват влияние върху склонността на болните да спазват стриктно назначенията на лекаря, върху снабдяването с лекарства и финансовите трудности при достъпа до обезболяващи средства ($p<0,05$). Особено силно е влиянието на дохода върху достъпа до обезболяващи лекарства и изпитваните финансови трудности от болните при снабдяване с лекарства: 45 (18,2%) от анкетирани 247 болни изпитват „много“ и „изключително“ финансови трудности, което е обяснимо с това, че от тях 25 (55,6%) са с месечен доход на член от семейството под 300 лв. Повече от половината от анкетирани болни, не пожелали да отговорят на въпроса за дохода, заявяват също, че изпитват финансови трудности при снабдяването с обезболяващи лекарства

6. Резултати от изследване с BQ-II относно бариерите при лечението на болката

6.1. Област „Физиологични ефекти“.

Частта „Физиологични ефекти“ се състои от 12 твърдения, като резултатите сочат, че страховете от нежелани странични ефекти от приложените опиоиди играят значителна роля за формиране на негативно отношение на болните към предлаганото лечение (*табл. 11*).

При всички анкетирани болни най-голям брой са тези, които са съгласни с изказаните твърдения (с изключение на отговорите на въпрос № 17). Известно е, че лечението с опиоидни медикаменти често е съпроводено от появата на нежелани странични ефекти. Някои от тях са очакван физиологичен феномен, който се появява със започване на лечението и към който се развива толеранс в рамките на 7-10 дни, но и този период е достатъчен, за да формира неприятен опит и да изгради достатъчно силно негативно отношение, което да попречи на правилното прилагане на обезболяващите лекарства. Ето защо не е изненада, че 41% от анкетирани болни са категорично съгласни с твърдение № 20. При анализа на отговорите на въпросите, които се отнасят до страховете на болните от появата на нежелани физиологични ефекти се вижда, че категорично съгласните с твърденията болни варират в рамките от 20% при № 5 до 53% за № 15. Установи се, че 48% от анкетирани са категорично съгласни и с твърдение №21, което се припокрива с № 15 и по същество е погрешно. Голям брой болни се страхуват, че обезболяващите лекарства биха попречили при ранното откриване на потенциални усложнения, което се вижда от отговорите на твърдения № 7, № 16 и № 22, което отразява остаряло схващане, ревиизирано в актуалните препоръки за лечение на болката при рак.

Табл. 11 - Разпределение на отговорите на анкетираните лица на твърденията в частта „Физиологични ефекти“ (в %)

№	Твърдения	Категорично несъгласен	1	2	3	4	Напълно съгласен
3	Сънливостта, предизвикана от болкоуспокояващите лекарства е трудна за контролиране	6	11	19	21	10	33
5	Объркването, предизвикано от болкоуспокояващите лекарства не може да бъде контролирано.	18	10	18	25	9	20
6	Когато използваш болкоуспокояващи лекарства тялото ти привиква към техните ефекти и много скоро те повече няма да работят.	12	5	18	13	15	39
7	Прилагането на болкоуспокояващи лекарства блокира способността ти да разбереш дали се е появила някаква нова болка.	13	6	12	16	13	40
10	Гаденето, предизвикано от болкоуспокояващите лекарства не може да бъде облекчено.	20	15	14	17	2	32
14	Болкоуспокояващите лекарства Ви карат да казвате или да правите неудобни неща.	21	12	23	7	9	28
15	Ако приемате болкоуспокояващи лекарства, когато болката не е много силна, те могат и да не подействат добре тогава, когато болката се влоши.	6	13	10	13	5	53
16	Болкоуспокояващите лекарства могат да ви попречат да разберете какво се случва в тялото Ви.	8	12	9	21	11	40
17	Запекът, предизвикан от болкоуспокояващите лекарства не може да бъде облекчен.	30	6	17	13	9	25
20	По-лесно е да се справиш с болката отколкото със страничните ефекти, които болкоуспокояващите лекарства предизвикват.	17	11	19	5	7	41
21	Ако използваш болкоуспокояващи лекарства сега, те няма да работят така добре, ако по-късно се нуждаеш от тях.	6	9	11	19	7	48
22	Болкоуспокояващите лекарства могат да маскират промените в твоето здраве.	9	9	15	8	13	46

6.2. Област „Вредно влияние на опиоидната терапия“

Шестте твърдения се отнасят до страховете от увреждане на имунната система и от развитието на пристрастяване – **табл. 12**.

Категорично съгласие с възможното развитие от пристрастяване изразяват 36% от отговорилите на твърдение № 2; 40% от отговорилите на твърдение № 9 и 44% за № 23.

Пристрастяващият ефект на опиоидните аналгетици е безспорен, но той не представлява проблем при прилагането им за лечение на болката, особено в онкологията (честотата на развитие варира от 0% до 7,7% в зависимост от популацията и критериите, които се прилагат).

Три твърдения измерват страховете на болните от възможни увреждания на имунната система от приложените опиоиди, с което категорично са съгласни 24% от болните за твърдение № 4; 29% за твърдение № 13 и 36% - за твърдение № 19. Известно е, че опиоидите влияят върху имунния отговор на организма, но в много случаи стресът от болката го потиска в много по-голяма степен. Въпреки това опиоидите трябва да бъдат прилагани внимателно, особено при болни с нарушен имунитет, каквито са пациентите с ХИВ и СПИН и/или при възрастни полиморбидни болни.

Табл. 12 - Разпределение на отговорите на анкетираниите лица за областта „Вредно влияние на опиоидната терапия“ (в %)

№	Твърдения	Категорично несъгласен	1	2	3	4	Напълно съгласен
2	Съществува опасност да станеш пристрастен към болкоуспокояващите лекарства	14	5	10	23	12	36
4	Болкоуспокояващите лекарства отслабват имунната система.	21	9	23	14	9	24
9	Много хора с онкологични заболявания се пристрастяват към болкоуспокояващите лекарства.	16	4	16	7	17	40
13	Прилагането на болкоуспокояващи лекарства може да увреди имунната Ви система.	18	11	23	13	6	29
19	Болкоуспокояващите лекарства могат да увредят имунната Ви система.	11	11	19	14	9	36
23	Болкоуспокояващите лекарства са много пристрастяващи.	14	2	13	17	10	44

6.3. Област „Фатализъм“

В тази част се съдържат три твърдения, които измерват съгласието на пациента със схващането, че болката при рак е неизбежна и nelечима. (*табл. 13*). Тези дълбоко погрешни предразсъдъци влияят негативно върху процеса на контролиране на болката при рак. Болката при рак може да бъде ефективно облекчена с помощта на опиоидни аналгетици в 90% от случаите. Категорично съгласие с твърдение № 1 изразяват 49% от анкетираниите болни, с твърдение № 8 - 38% от анкетираниите и 52% от анкетираниите с твърдение № 24. Резултатите означават, че болните не се примиряват с болката и смятат, че със съществуващите лекарствени средства тя може да бъде облекчена. Въпреки това процентът на несъгласните, както и на тези, които се съмняват в това, продължава да бъде висок, което налага провеждане на широка образователна дейност.

Табл. 13 - Отговори на анкетираниите лица за областта „Фатализъм“ (в %)

№	Твърдения	Категорично несъгласен	1	2	3	4	Напълно съгласен
1	Болката при рак може да бъде облекчена.	5	4	6	24	12	49
8	Болкоуспокояващите лекарства могат ефективно да контролират болката при рак.	10	2	17	18	15	38
24	Лекарствата могат да облекчат болката при рак.	8	7	1	19	13	52

6.4. Област „Комуникация“

Областта „Комуникация“ се състои от шест твърдения. Разпределението на отговорите на 6-те твърдения се вижда в *табл. 14*.

Две от твърденията в тази област се отнасят до желанието на болния да докладва за изпитваната от него болка - най-важното условие, с което започва всяко лечение: № 11 и № 27 (категорично съгласие 56% и 62%) Установено е, че желанието на болния да бъде добър и да не досажда е често срещано сред болните от различни етнически и културни групи. Резултатите от

проведеното изследване показват, че анкетираните болни изпитват подобни страхове, които са сходни с получените резултати от други подобни изследвания.

Табл. 14 - Отговори на анкетираните за област „Комуникация“ (в %)

№	Твърдения	Категорично несъгласен	1	2	3	4	Напълно съгласен
11	Важно е да бъдеш силен като не говориш за болката, която изпитваш.	16	6	7	8	7	56
12	Важно е за лекаря да се фокусира върху лечението на болестта, а не да губи време с лечението на болката.	9	6	10	8	5	62
18	Ако лекарите трябва да се занимават с болката, те няма да се концентрират върху лечението на болестта.	35	12	11	11	12	19
25	Лекарите могат да намерят за досадно, ако им се разказва за болката.	37	12	7	15	1	28
26	Доклада за болка, може да отклони вниманието на лекаря от лечението на онкологичното заболяване.	37	10	16	10	5	22
27	Ако говоря за изпитваната от мен болка, хората могат да ме помислят за досадник.	23	9	7	11	13	37

В тази част на въпросника има още четири въпроса, които изследват страха на болните от евентуален отказ от лечение поради изпитваната болка: № 12; № 18; № 25 и; № 26). Подобни страхове, че лекарят ще отклони вниманието си от лечението на рака се срещат широко сред болните от различните етнически и културни групи.

Получените резултати от област „Комуникация“ в проведеното изследване сред болните от Северозападна България са сходни с резултатите на други изследователи, проведени сред онкологично болни от други етнокултурни групи .

7. BQ-II и влияние на социално-демографските фактори върху бариерите изпитвани от болните

Болните се страхуват, че опиоидните аналгетици могат да маскират настъпващите промени. Те изпитват и проблеми с комуникацията като смятат, че не трябва да се отклонява вниманието на лекаря от лечението на рака с проблем като болката. По-високите средни оценки при мъжете в областите „Вредно въздействие“ и „Комуникация“ могат да се обяснят с традиционната роля на мъжа в обществото, която изисква той да бъде по-силния пол (**табл. 15**).

Влияние на възрастта. Най-лоши резултати по отношение на оценка на бариерите показват болните под 30 г. и тези на възраст над 70 г., макар че поради малкия брой анкетиран болни в групата под 30 години (само 6 пациента) полученият резултат трудно е статистически достоверен. Най-добри са резултатите при болните на възраст 31-40 г.

Образованието на болните има съществено значение за наличието на бариери за постигането на адекватен контрол на болката. Ниското образователно ниво се асоциира с по-лоши резултати, докато при анкетираните болни с висше образование процентът на верните отговори е най-висок.

По отношение на другите социално-демографски фактори (местоживеене, семеен статус, доход) също се наблюдават различия в крайните резултати, като установените различия

по-вероятно са свързани с други фактори като ниво на образование, информираност или разлика във възрастта, отколкото с вида на населеното място.

Табл. 15 – Бариири пред контрола на болката в зависимост от социално-демографските фактори (средна оценка по области)

Бариири		Вредно въздействие		Физиологични странични ефекти			Фатализъм	Комуникация		
		Пристрастяване	Имулна система	Странични ефекти	Загуба на ефективност	Промени в тялото		Добрият болен	Отвлечане на лекаря	
Пол	Мъже - N=105	Средна оценка (NRS ₀₋₅ = съгласен)	3.43	3.17	2.66	3.31	3.58	3.63	3.27	2.72
	Жени - N=142		3.15	2.43	2.75	3.58	3.22	3.68	3.21	2.37
Образование	Основно и < - N=67		3.09	3.19	2.91	3.78	3.46	3.96	3.59	3.13
	Средно N=125		3.33	2.58	2.81	3.69	3.29	3.43	3.26	2.30
	Полувисше N=26		2.88	2.96	2.04	2.27	2.90	4.01	2.79	3.41
Възраст	Висше - N=29		3.79	2.22	2.41	2.85	3.60	3.66	2.72	1.27
	под 30 г. N=6		3.67	4.67	4.00	4.33	5.00	3.33	2.50	2.50
	31-40 г. N=12		3.33	2.17	1.42	3.67	2.67	3.00	1.25	0.63
	41-50 г. N=21		3.71	2.05	2.43	3.19	3.24	3.29	3.43	2.32
	51-60 г. N=50		2.90	2.76	2.34	3.51	3.07	3.38	2.89	2.65
	61-70 г. N=90		2.93	3.04	2.69	3.34	3.27	3.87	3.45	2.99
	71- 80 г. N=68		3.81	2.49	3.22	3.58	3.74	3.86	3.57	2.21
Общо N=247	3.27		2.74	2.71	3.47	3.37	3.66	3.24	2.52	

Различията във възрастта биха могли да обяснят разликите в отговорите на пенсионерите по възраст и пенсионерите по болест. С възможността да бъде по-добре информиран може да се обясни и разликата в отговорите в зависимост от доходите. Тези, които са посочили доходи по-малки от 300 лв на член от семейството имат по-лоши резултати в сравнение с болните с доход 700-1500 лв.

8. Влияние на когнитивните фактори върху силата на изпитваната болка

Осреднената максимална, обичайна и минимална сила на изпитваната от пациентите болка през изминалите седем дни е представена в **табл. 16**.

Табл. 16 - Максимална, обичайна и минимална изпитвана болка

	Най-силна болка	Обичайна болка	Най-слаба болка
\bar{X}	2.74	2.32	1.72
M_e	3.00	2.00	2.00
M_o	5	2	3

Знанията и бариирите изпитвани от болните, измерени с отговорите на BQ-II имат връзка с интензивността на изпитваната болка ($p < 0,05$). Знанията на болните за изпитваната от тях

болка оказват влияние върху склонността им да се придържат към назначеното лечение. Установи се слаба корелация между средната оценка на ВQ-II и склонността да се пропуска назначено аналгетично лечение. Има връзка между знанията на болните за болката и склонността да се спазва назначеното лечение за нейния контрол.

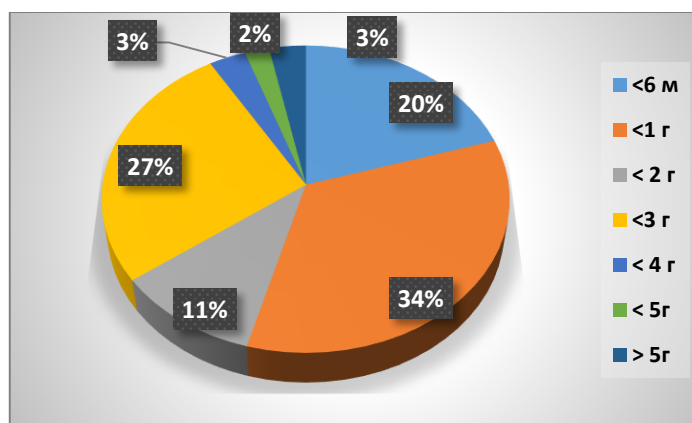
2.3. Болка и качество на живот измерени с EORTC-QLQ-C15-pal (v.1)

1. Социално-демографска характеристика на изследваните лица (табл. 17)

Табл. 17 - Социално-демографска характеристика на изследваните лица за качество на живот с EORTC-QLQ-C15-pal (v.1)

Характеристики		Брой	%
Общо анкетирани болни, в т.ч.:		94	100,0
Пол	Мъже	39	41,5
	Жени	55	58,5
Местоживеене	Град	53	56,4
	Село	41	43,6
Образование	Основно и по-ниско	25	26,6
	Средно	53	56,4
	Полувисше и висше	16	17,0
Семеен статус	Семейни	43	45,7
	Самотни (не са създавали семейство)	18	19,1
	Овдовели и разведени	33	35,2
Трудова заетост	Работещи	11	11,7
	Безработни	12	12,8
	Пенсионери (по възраст и по болест)	71	75,5
Доход на член от семейството	Под 300 лв	45	47,9
	300-700 лв	24	25,5
	700-1500 лв	11	11,7
	Отказват да отговорят	14	14,9

Участващите в изследването за измерване качеството на живот 94 болните с ракова болка се разпределят по давност на заболяването, както следва от **фиг. 11**.



Фиг. 11 – Разпределение на изследваните болни за качество на живот според давността на боледуване

2. Оценка на болката

На въпроса „През изминалата седмица изпитвахте ли болка?“ положителен отговор са дали 76 (80,9%) от анкетираните, а отрицателен - 18 болни (19,1%).

Интензивността на болката бе отчитана по шестобална Ликертова скала 0 - „няма болка“ и 5 - „непоносима болка“. Болка с интензивност по-голяма от 2/5 налага лечение с опиоиди с цел

постигане на контрол. Средната стойност на максималната изпитва от пациентите болка е $\bar{X} NRS_5=2,71$; на обичайната болка - $\bar{X} NRS_5=2,34$ и средния бал на минималната болка е $\bar{X} NRS_5=1,76$. Ето защо не е чудно, че изпитваната болка оказва влияние върху всички аспекти от живота на болните. Това влияние се измерва също по шестобална скала от 0 - „не оказва влияние“ до 5 - „влияе максимално“. Приема се, че резултат $> 2/5$ означава влияние, което нарушава функционалната годност на болния и изисква активна намеса. Средната оценка за влиянието на болката върху ежедневието на болните е $\bar{X} NRS_5=2,30$; върху съня - $\bar{X} NRS_5=2,63$ и върху взаимоотношенията с околните - $\bar{X} NRS_5=2,43$. Болката оказва най-силно влияние върху съня на болните, което се потвърждава и от другите извършени анализи.

Корелационният анализ доказва, че болката оказва влияние върху ежедневието, съня и взаимоотношенията на болните с околните (**табл.18**). Наличието ѝ влияе върху ежедневието на пациента, като силата на връзката нараства с интензивността на болката – от $r=0.660$ за най-слабата болка до $r=0,857$ при най-силната болка. Подобна нарастваща корелация се установява и по отношение на влиянието на болката върху съня и върху взаимоотношенията на болния с околните ($p=0.000$).

Табл. 18 - Корелационна зависимост между силата на изпитваната болка и влиянието ѝ върху качеството на живот на болните (n=94)

Сила на болката		Влияние върху ежедневието	Влияние върху съня	Влияние върху взаимоотношенията
Най-слаба	r	0.660	0.731	0.695
	p	0.000	0.000	0.000
Обичайна	r	0.786	0.793	0.798
	p	0.000	0.000	0,000
Най-силна	r	0.857	0.891	0.792
	p	0.000	0.000	0.000

3. Качество на живот

Установеното с помощта на контролните въпроси влияние на болката върху живота на болните налага цялостна оценка на качеството на живот на болните.

Нужда от подкрепа и помощ. Тази част от въпросника се състои от три въпроса, отговорите на които са представени в **табл. 19**.

Табл. 19. Разпределение на болните според нуждата от помощ в ежедневието

Отговори		Затруднения при кратки разходки извън дома		Налага ли се да стоите в леглото през деня?		Нужда от помощ при хранене	
		Брой	%	Брой	%	Брой	%
1	въобще не	45	47.9	58	61.7	70	74.5
2	малко	14	14.9	15	16.0	14	14.9
3	доста	26	27.7	16	17.0	7	7.4
4	много	9	9.6	5	5.3	3	3.2
Общо		94	100.0	94	100.0	94	100.0

Резултатите показват, че относително малка част от анкетираните болни се нуждаят от подкрепа в ежедневието, като най-често са имали нужда от помощ при движение, което е обяснимо с наличието на много болни с костни метастази. Най-малко болни са имали нужда от значителна помощ при хранене – 10 (10,6%).

Втората група показатели се отнася до тежестта, която отделните симптоми са оказвали върху качеството на живот на болните през последната седмица. В тази част са включени 11 най-чести симптоми, изпитвани от болните с онкологични заболявания.

Болката е основен фактор, влияещ върху качеството на живот на болните, което във въпросника EORTC е измерено с три въпроса (**табл. 20**).

Табл. 20. Средни стойности на влиянието на болката върху съня и дейностите

	Имахте ли болка?	Имахте ли проблем със съня?	Болката пречеше ли на дейностите Ви?
\bar{x}	2,41	2,40	2,16
M_e	2,00	3,00	2,00
M_o	2	3	1

Извършеният корелационен анализ установи значителна корелация между въпросите „Имахте ли болка?“ и „Болката пречеше ли на дейностите ви“ ($r=0,557$; $p<0.01$), докато такава връзка не се доказва за въпроса „Имахте ли проблем със съня“ ($r= 0,142$; $p>0.05$). Възможното обяснение е в начина на задаване на въпроса „Имахте ли проблем със съня“, който не конкретизира дали болката е била основната причина за изпитваните от пациента проблеми със съня

Гастроинтестинални симптоми. Те са важни поради: 1. Храненето има огромно социално значение. Загубата на апетит е един от най-стресовите симптоми не само за болния, но и за неговото семейство; 2. Най-разпознаваемият симптом за терминалното онкологично заболяване е синдромът „анорексия-кахексия“, който е отговорен за смъртта при 22% от онкологично болните пациенти; 3. Загубата на апетит, гаденето и повръщането са типични симптоми за „анорексия-кахексия“ синдрома при терминален рак, но същевременно са и характерни странични ефекти на опиоидното лечение.

Отговорите на въпросите, насочени към изпитваните от анкетираните болни гастроинтестинални симптоми са представени в **табл. 21**.

Табл. 21 – Разпределение на болните според изявените гастроинтестинални симптоми

Отговори		Липсваше ли Ви апетит?		Имахте ли запек?		Имахте ли гадене?	
		Брой	%	Брой	%	Брой	%
1	въобще не	42	44.7	17	18,1	41	43.6
2	малко	15	16.0	40	42,5	29	30.9
3	доста	34	36.2	17	18,1	10	10.6
4	много	3	3.2	20	21,3	14	14.9
Общо		94	100.0	94	100,0	94	100.0

Получените резултати ясно показват, че трите изследвани симптома засягат голяма част от анкетираните, но за съжаление от въпросника не може да се установи връзката между трите

симптома с провежданото от пациентите лечение на изпитваната от тях болка. Не се установи достоверна корелация между болката и изследваните гастроинтестинални симптоми ($p>0.05$).

Задух, умора и безсилие. Това са най-честите симптоми в терминалните етапи на онкологичното боледуване. Те също могат да бъдат резултат, както на онкологичното заболяване, така и да са странични ефекти на опиоидното лечение, но със сигурност може да се допусне, че болката и нейното лечение играят роля в тяхното възникване и интензивност (*табл. 22*).

Табл. 22 – Разпределение на болните според степента на изява на задух, умора и безсилие

Отговори		Имате ли задух?		Бяхте ли уморен?		Чувствахте ли се слаб?	
		Брой	%	Брой	%	Брой	%
1	въобще не	27	28.7	15	16.0	21	22.3
2	малко	33	35.1	39	41.5	39	41.5
3	доста	19	20.2	20	21.3	23	24.5
4	много	15	16.0	20	21.3	11	11.7
Общо		94	100.0	94	100.0	94	100.0

Психически симптоми. Тревожността и депресията са характерни симптоми за онкологичното заболяване; Честотата им нараства с прогресията на болестта. Двата симптома имат доказано отношение както към честотата на болката при рак, така и към нейната интензивност.

Резултатите от проведеното изследване за връзката между болката и тревожността и депресията изпитвани от анкетираните болни, от друга страна, показаха значителна корелация между изпитваната болка и тревожността ($r=0.556$; $p<0.001$). Не се установи статистически достоверна корелация между влиянието на болката и депресията изпитвана от пациента ($r=0.183$; $p=0.186$).

4. Качеството на живот като цяло

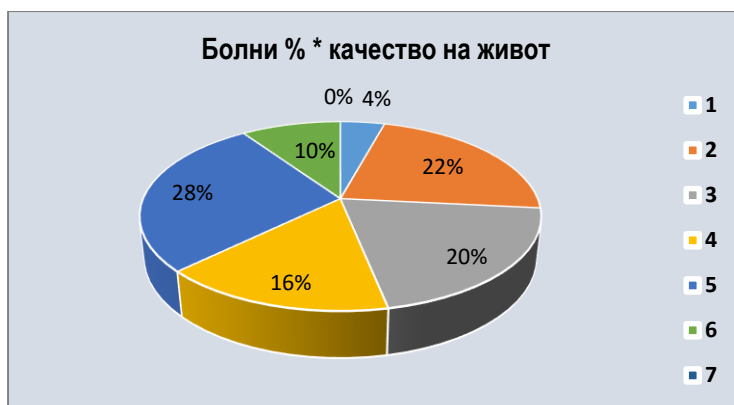
То се определя като „**Цялостното удовлетворение на индивида от живота в общия смисъл на лично благополучие. Това е разликата между очакванията на пациента и действителните възможности. Колкото по-малка е разликата, толкова качеството на живот е по-добро**“.

От определението следва, че оценката на качеството на живот е строго субективна и зависи от пациента, неговите нужди, желания и стремежи. Това обяснява защо много от онкологично болните, които нямат значителни физически или психически проблеми определят качеството си на живот като много лошо и обратното. Качеството на живот не е статично състояние и може да претърпи значителни промени в хода на боледуването.

Интервенциите за подобряване на качеството на живот на болните са субективни и строго индивидуални. Често незначителни подобрения на някои от симптомите (напр., подобряване на съня или възможност за разходка извън дома) могат да доведат до драстично подобряване на качеството на живот, защото са дейности от голямо значение за болния.

Разпределението на болните по степени на оценката е представено на **фиг. 12**. Вижда се, че няма нито един болен, който да е определил качеството си на живот като „отлично“, има болни, които го определят като „много лошо“. Като цяло 44 болни (46%) от анкетираните 94 болни

определят качеството си на живот по-скоро като лошо (бал<4), 15 болни (16%) е колебаят и едва 35 болни (38%) го определят по-скоро като добро.



Фиг. 12 - Оценка на качество на живот като цяло

Според инструкцията за работа с EORTC QLQ15 pal -v1, изчисляването на качеството на живот в % се извършва по формулата: $R = ((\text{Бал} - 1)/6) * 100\%$

Прилагането на формулата (табл. 23) показва, че качеството на живот на болните при „много лошо“ се получава 0%, а при 100% качеството на живот е отлично.

Табл. 23 - Качество на живот измерено в %

Бал	Как бихте степенували качеството си на живот?						
	1	2	3	4	5	6	7
Брой болни	15	28	24	14	8	2	3
Качество на живот %	0,0%	16,7%	33,3%	50%	66,7%	83,3%	100%

Следователно, качеството на живот на болните, изпитвали болка е $R = 25,21\%$, докато за тези без болка $R = 58,33\%$.

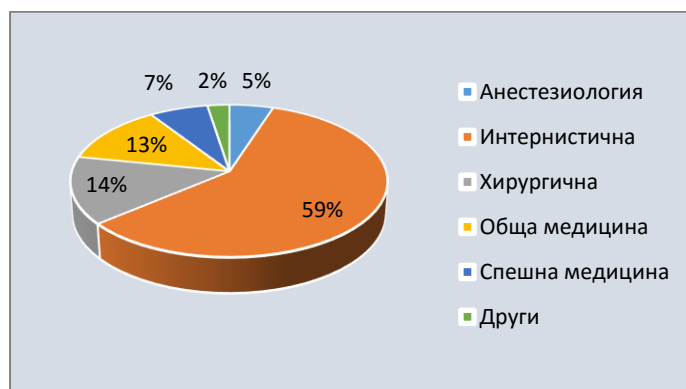
Болката влияе върху качеството на живот на болните. Установихме слаба негативна корелация ($r = -0.244$; $p < 0.05$), но не се доказа достоверна зависимост за влиянието на болката в ежедневието ($p > 0.05$). По-изразено е влиянието на силата на изпитваната болка върху качеството на живот на болните. При анализа на данните се установява, че болният може да определя качеството си на живот като много лошо и лошо и без да има болка, но като цяло наличието на силна болка е свързано с лошо качество на живот. Регресионният анализ показва, че силната болка може да се приеме като предиктор за лошо качество на живот.

2.4. Проучване и оценка на знанията на лекари от областите Враца и Монтана по проблема за раковата болка и нейното лечение

1. Социално-демографска характеристика на изследваните лекари

Разпределението по медицински специалности (фиг. 13) сочи, че основната част от изследваните лекари (59%) са с интернисти (вътрешни болести, педиатрия, кардиология и др.), 14% - с хирургична специалност, 13% - обща медицина, 7% - анестезиолози и 7% - други или без

специалност. Преобладаващата част от лекарите се грижат за по-малко от 50 болни с онкологични заболявания годишно. Над 50 болни лекуват само 17 лекари (14,3%), а 11 лекари (9,2%) не лекуват онкоболни пациенти.



Фиг.13 - Разпределение на участвалите в изследването лекари по специалност

Разпределението на изследваните лекари по другите социално-демографски характеристики (**табл. 24**) подкрепя извода, че основната част от лекарите отговарят на характерното за страната състояние – с предимно градски практики, с преобладаване на жените и с предимно терапевтична насоченост.

Табл. 24 - Социално-демографска характеристика на изследваните лекари

Характеристики		Брой	%
Общо анкетирани лекари, в т.ч.:		119	100,0
Пол	Мъже	37	31,1
	Жени	82	68,9
Месторабота	В доболничната помощ	53	44,6
	В болничната помощ	58	48,7
	В спешен център	8	6,7
Продължителност на лекарската практика	Под 10 г.	4	3,4
	10-20 г.	40	33,6
	20-30 г.	51	42,9
	30-40 г.	23	19,3
	Над 40 г.	1	0,8
Местоположение на лекарската практика	Град	41	34,5
	Областен център	53	44,5
	Село	25	21,0

Обобщените социално-демографски характеристики на проучваните лекари показват, че те до голяма степен отговаря на съвременните характеристики на лекарската професия у нас: предимно женска професия (2/3 от анкетираните са жени); негативна тенденция към застаряване на работещите (само 3,4% от анкетираните са с трудов стаж под 10 г.). Разпределението на анкетираните по месторабота равномерно представя двете най-големи групи лекари – от доболничната помощ (44,5%) и от болничната (48,7%); селските практики са около ¼ от всички. Най-голям е броят на лекарите интернисти, което е обяснимо със съществуващата ситуация в страната на разпределение на здравните кадри по специалност. Тези характеристики са основание

на добра представителност на включените в проучването лекари, въпреки неголемия процент на отзоваване на проучването.

2. Знания на лекарите по проблема за раковата болка

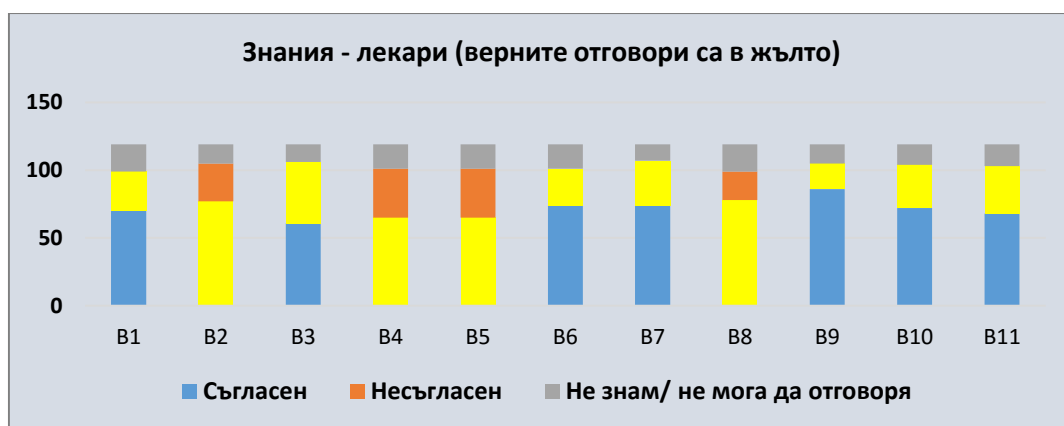
Въпросите за оценка на знанията на лекарите в областта на лечението на раковата болка са групирани от В1 до В11 и резултатите са представени в **табл.25 и на фиг. 14**.

Въпросите не са сложни и всеки лекар не би трябвало да се затруднява в избора на правилния отговор. Вижда се, че най-голям процент правилни отговори са дадени на въпросите, които имат практическо отношение към опиоидното лечение: на **В2 - 64,7%**; на **В4 – 54,6%** и на **В5 - 54,6%**. Това може да се обясни с по-добрия опит, които лекарите имат в прилагането на достъпните за приложение форми на опиоидните аналгетици, които назначават по-често в ежедневието си практика за лечение на болката при бенигни състояния.

Най-голям брой лекари са дали неправилни отговори на въпросите за пристрастяването и развитието на зависимост: на **В1 - 58,8%** и на **В6 - 62,2%**. Израз на разпространените сред съсловието схващания за вредата от морфина може да се открие и в отговорите на въпроси **В8 - 34,5%** неверни отговори и колебание в отговорите на **В9 - 72,2%**. Големият брой неверни отговори на **В10** буди недоумение — 72 (60,5%) като се има предвид, че морфинът е медикамент на избор за облекчаване на диспнеята при тези болни.

Табл. 25 – Разпределение на отговорите за оценка на знанията на лекарите за лечението на раковата болка (в брой и %) 1 = съгласен 5 = несъгласен)

№	Твърдения	Вярно	Невярно	Колебание	Общо
1	Рискът от развитие на зависимост нараства с повече от 25% при всеки болен който получава опиоиди за лечение на болката.	29 (24,3%) несъгласие	70 (58,9%)	20 (18,8%)	119 (100,0)
2	Две таблетки Паракофдал са приблизително равни по обезболяваща сила на 10 милиграма морфин приет през устата.	77 (64,7%)	28 (23,5%) несъгласие	14 (11,8%)	119 (100,0)
3	Използвам същата доза (в мг) морфин, когато преминавам от прием през устата към парентерален път на прилагане.	45 (37,5%) несъгласие	61 (51,3%)	13 (10,9%)	119 (100,0)
4	Потискането на дишането (респираторната депресия) е рядко, когато опиоидните аналгетици се приемат редовно.	65 (54,6%)	36 (30,3%) несъгласие	18 (15,1%)	119 (100,0)
5	Дозата на опиоидния аналгетик, прилаган за лечението на пристъп на пробивна болка трябва да бъде равна на 10% от общата дневна доза (приложена на всеки 1-2 часа при необходимост).	65 (54,6%) несъгласие	36 (30,3%)	18(15,1%)	119 (100,0)
6	Появата на физическа зависимост към опиоидните аналгетици е знак за развитието на пристрастяване.	27 (22,6%) несъгласие	74 (62,2%)	18 (15,1%)	119 (100,0)
7	Пациенти, които се оплакват от непропорционално силна в сравнение с причините, които я предизвикват болка, най-често са наркозависими.	33 (27,7%) несъгласие	74 (62,2%)	12 (10,1%)	119 (100,0)
8	Нарастващата нужда от опиоидни аналгетици най-често е показател за наличието на неконтролирана болка.	78(65,5%)	21(17,6%) несъгласие	20(16,8%)	119 (100,0)
9	Морфинът използван за лечението на болката при рак скъсява живота на болните, но ги кара да се чувстват по-комфортно.	19 (10,9%)	86 (72,3%)	14 (11,8%)	119 (100,0)
10	Опиоидните аналгетици не се прилагат за лечението на диспнея при болни с напреднало кардиопулмонално заболяване.	32 (26,9%) несъгласие	72 (60,5%)	15 (12,6%)	119 (100,0)
11	Опиоидите са причина номер едно за появата на обърквания и падания при възрастни пациенти, ето защо не трябва да се прилагат преди финалните етапи на боледуването.	35 (29,4%) несъгласие	68 (57,1%)	16 (16,8%)	119 (100,0)



Фиг. 14 – Разпределение на знанията на лекари по проблема за раковата болка

Вижда се, че процентът на правилните отговори не надхвърля 40% (от 10,9 до 37,5%). Процентът на несигурните отговори се движи в рамките на 10,1-18,8%. Следователно, резултатите от анкетата категорично доказват недостатъчно знания в областта на лечението на болката при рак. Това задължава да се предприемат действия за повишаване на познанията на лекарите в тази област.

3. Знания на лекарите по допълнителните въпроси

Към оригиналния въпросник от проучването в Британска Колумбия – Канада, бяха добавени още три въпроса за правилната оценка на болката и избора на лечение (табл. 26).

Табл. 26 - Разпределение на отговорите на лекарите на допълнителните въпроси (в бр. и %)

№	Твърдения	Вярно	Невярно	Колебание	Общо
12	Най-точна преценка на силата на изпитваната от пациента болка може да направи медицинското лице, което провежда лечението му.	30(25,2%)	70(58,8%)	19(16%)	119 (100,0)
13	Прилагането на плацебо е полезен тест за определяне на истинността на изпитваната болка.	72(60,5%)	36(30,3%)	11(9,2%)	119 (100,0)
14	Назначаването на наркотичните аналгетици като „редовен прием“ (на равни интервали), осигурява по-ефективно обезболяване в сравнение с предписването им да се приемат само „при нужда“.	79(66,4%)	21(17,6%)	19((16%)	119 (100,0)

Липсата на обективни критерии за доказване наличието на болка и необходимостта да се разчита на описанието на болния, често кара здравните специалисти да се съмняват в нейното съществуване, особено когато с използваните диагностични средства не се доказват структурни промени.

Що се отнася до прилагането на плацебо при лечението на болката при рак у нас все още се среща нехуманното и неетично схващане, че прилагането му е оправдано, за да се докаже действителното наличие на болка. Хелзинкската декларация за правата на пациента категорично отрича прилагането на плацебо, когато за лечение на дадено заболяване има доказано своята полза лекарствено средство, а Американската Асоциация по Здравни грижи (ANA) категорично отрича прилагането на плацебо при онкологично болни и освобождава медицинската сестра от отговорност, ако тя откаже да изпълни нареждане на лекаря за прилагане на плацебо при онкологично болен пациент, който изпитва болка.

Неспособността на лекарите да оценят болката на пациента е в основата на лошия ѝ контрол. Първото и най-важно условие за извършване на правилна оценка на болката е **вярата в оплакванията на пациента**, който единствен може да прецени изпитва ли болка и колко силна е тя. Преценката на екипа или дори на членовете на семейството често пъти е субективна и неточна. Прилагането на опиоидните аналгетици „по часовник“ – на равни интервали гарантира по-добро обезболяване, отколкото прилагането им само „при нужда“

Отговорите на въпроси В12 и В14 показват недостатъчни знания по въпроса за оценяването на болката изпитвана от онкологично болен пациент. Недоверието към оплакванията на пациента, като единствен и най-обективен източник на информация, може да обясни големия брой неверни отговори.

Не се установиха статистически достоверни зависимости ($p < 0,05$) между демографските фактори и знанията на лекарите в областта на лечението на болката при рак. Прави впечатление големият брой неверни отговори от лекарите анестезиолози, както и от лекарите с трудов стаж над 40 г., но малкият брой анкетираните в тези специалности не позволява да се правят достоверни изводи.

Като цяло резултатите от анализа на знанията на лекарите показват липса на системни знания и недостатъчна подготовка в областта на лечението на болката при рак. Това налага да се набележат спешни мерки за коригиране на настоящата ситуация.

4. Нагласи на лекарите за лечение на болката при рак

Седем въпроса в проведеното изследване са насочени към изясняване на нагласите на лекарите към използването на опиоидни аналгетици при лечението на болката при рак. Тази част от въпросника е разработена във връзка с водените съдебни дела срещу лекари и въпреки, че няма много наказания, това кара огромната част от съсловието да отказва прилагането на опиоиди. Към момента в България няма случаи на законово преследване на лекари за назначаване на опиоидно лечение за контрол на раковата болка, ето защо е интересно да се направи сравнение с отговорите на лекарите от Канада, където такива случаи има. Резултатите от анкетата са показани на **табл. 27**.

Табл. 27 - Нагласи на лекарите за лечение на онкологичната болка в България (в брой и %)

№	Твърдения	Съгласие	Несъгласие	Колебание
15	Моите колеги са много по-склонни от мен да назначават опиоидни аналгетици за лечението на раковата болка.	66 (55,5%)	27 (22,7%)	26 (21,8%)
16	Смятам, че задължение на всеки лекар е да лекува пациенти с ракова болка или да намери за тези болни друг лекар, който да се съгласи да провежда лечението.	74 (62,2%)	30 (25,2%)	15 (12,6%)
17	Ако знаех, че следващия пациент има ракова болка, ще ми бъде неприятно да го приема.	61 (51,3%)	32 (26,8%)	26 (21,8%)
18	Смятам, че знанията, които имам в областта на лечението на раковата болка са достатъчни, за да помогна на всички болни, които виждам.	74 (62,2%)	31 (27%)	14 (11,8%)
19	Необходимостта да използвам специални рецептурни бланки ме карат да се въздържа от изписването на силни опиоиди.	72 (60,5%)	28 (23,5%)	19 (16%)
20	Някога въздържа ли сте се да назначите опиоидни за лечение на ракова болка поради страх от регулаторен мониторинг?	79 (66,4%)	20 (16,8%)	20 (16,8%)

На **V15** в проучването сред лекарите от Британска Колумбия процентът на несъгласните с твърдението е 73% и едва 7% от анкетирането са били съгласни. Относителният дял на отговорите „Не знам“ е 20% и е сходен с получения при проучването сред лекарите от Северозападна България.

На **V16** от участвалите в изследването лекари от Северозападна България 30 (25,2%) не са съгласни с твърдението, което се различава значително от резултатите в канадското проучване, където само 2,4% не са съгласни.

Израз на възможния морален конфликт (не желая да лекувам онкологично болен пациент с болка, защото трябва да изписвам опиоиди, което противоречи на принципите ми поради възможното вредно действие било поради страх от законово преследване или защото не съм достатъчно подготвен в тази област) дават отговорите на **V17** като съгласни с твърдението са 61 (51,3%) от анкетираните за разлика от едва 4,5% от анкетираните в Канада.

Липсата на достатъчно трезва оценка за нивото на собствените знания се подкрепя от отговора на **V18** - съгласни с твърдението са 74 (62,2%) от анкетираните в сравнение с 49% в Канада. Положителни отговори на въпроса са дали 66% от анкетираните анестезиолози, 65% от интернистите, 41% от лекарите с хирургична специалност, 60% от лекарите с обща медицина и едва 37% от лекарите със специалност спешна медицина, но в нито един от случаите не може да се установи статистически значима закономерност ($p < 0,05$) между специалността и увереността по отношение на лечението на болката.

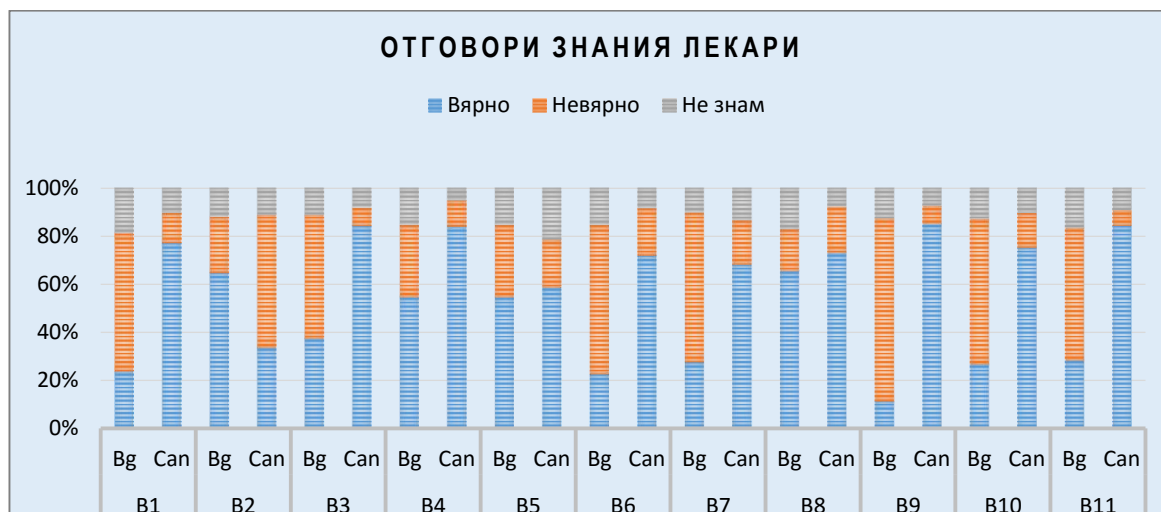
Една от установените причини за лошия контрол на болката при рак е изискването изписването на обезболяващите лекарства съдържащи опиоиди да става върху специални рецептурни бланки. В канадското проучване близо 1/3 от анкетираните лекари, които не са онколози и дори 9% от онколозите са се въздържали да изписват опиоиди поради това изискване. Подобна е и практиката в България – на въпрос **V19** общо 91 (76,5%) от лекарите подкрепят твърдението, че изискването за специална рецептурна бланка се явява причина за въздържане от назначаване на силни опиоиди за лечение на болката. Съгласни с това твърдение са 72,8% от интернистите, 100% от лекарите по спешна медицина, 88,2% от лекарите с хирургична специалност и 73,33% при лекарите по обща медицина. Малкият брой анкетираните лекари не позволява да се направят статистически достоверни изводи, но въпреки това резултатите посочват нуждата от промени за ограничаване влиянието на тази бариера.

На последния въпрос **V20** положителен отговор са дали 79 (66,4%) от анкетираните лекари за разлика от проведеното в Канада изследване, където над 83% от интервюираните лекари са дали отрицателен отговор.

При проучването сред лекарите в Северозападна България се установи, че мъжете се тревожат от евентуални регулаторни санкции повече от жените – съответно 18,9% и 8,6%. Подобно различие сочат и данните в Канадското проучване (съответно 10,7% и 5,9%).

В проведеното проучване само един от анкетираните лекари бе споделил с екипа, че „не желае да се ангажира с лечението на онкологично болни пациенти с болка поради усложнената процедура за снабдяване със специални бланки и отказа на НЗОК да заплаща за лечението на тези болни“.

Резултатите от проведеното изследване на знанията на лекарите за болката при рак и лечението ѝ са много по-лоши от тези получени при проведено подобно проучване в Британска Колумбия, Канада (*фиг. 15*).



Фиг. 15 - Сравнение на отговорите на лекарите в частта „Знания“

Прави впечатление, че в отговорите на всички въпроси доминира „съгласен“, независимо дали твърдението е вярно или не, което навежда на мисълта, че верните отговори са по-скоро игра на случайността, отколкото следствие от знания и опит (*табл. 28*).

Табл. 28 - Относ. дял на отговорите „съгласен“ с изказаните твърдения в област „Знания“

B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11
58.0%	64.7%	51.3%	54.6%	54.6%	62.2%	62.2%	66.6%	72.3%	60.5%	57.1%

Малкият процент анкетираните дали верни отговори говори за недостатъчни знания по изследвания проблем и нагласи, които биха били причина за лошия контрол на болката, ако на анкетираните се налага да лекуват такива болни. На фона на инсуфициентните знания прави впечатление големият процент лекари, които смятат, че знаят достатъчно „за да помагат на всички болни, които виждат“. Не се установиха статистически достоверни зависимости ($p < 0,05$), които да открият определени групи лекари, които имат по-добри знания по проблема или такива, с които трябва да се провежда по-целенасочена работа. Въпреки че като цяло лекарите работещи в болничната помощ и тези, които лекуват по-голям брой болни, показват по-добри резултати от останалите, големият брой неверни и несигурни отговори означава, че и в техните знания има много пропуски, върху които следва да се работи целенасочено.

2.5. Проучване и оценка на знанията на специалисти по здравни грижи от областите Враца и Монтана и сред преподаватели и студенти от филиала на МУ-София във Враца по проблема за раковата болка и нейното лечение

1. Социално-демографска характеристика на включените специалисти по здравни грижи

Социално-демографските характеристики на здравните специалисти, включени в проучването (*табл. 29*), отразяват типичните черти на професионалистите по здравни грижи към настоящия момент: основната част са на възраст 40-60 г., като част от изследваните са надхвърлили пенсионна възраст (3,8%); преобладават бакалаври и магистри по здравни грижи; значителен е дялът на специалистите по здравни грижи със стаж над 20 г. и дори със стаж над 30 г. – 15,8%; болшинството от обхванатите в проучването са медицински сестри – 158 (85,9%).

Табл. 29 - Основни социално-демографски характеристики на обхванатите в проучването здравни специалисти

Характеристики		Брой	%
Общо анкетирани		184	100,0
Месторабота	Филиал във Враца на МУ-София, в т.ч.	45	25,0
	Студенти	25	16,0
	Преподаватели	16	9,0
	Медицински специалисти, в т.ч.	139	75,0
	КОЦ-Враца	42	23,0
	Болнични отделения при МБАЛ ЦСМП и Приемно спешно отделение	75	40,0
Пол	Мъже	4	2,2
	Жени	180	97,8
Възраст	До 29 г.	41	22,3
	30-39 г.	33	17,9
	40-49 г.	50	27,2
	50-59 г.	53	28,8
	60-69 г.	7	3,8
Образование	Магистър	26	14,1
	Бакалавър	65	35,3
	Полувисше	57	31,0
	Медицински техникум	5	2,7
	Студент	25	13,6
Трудов стаж	Нямат	30	16,3
	Под 10 г.	34	18,5
	10-20 г.	51	27,7
	20-30 г.	40	21,7
	Над 30 г.	29	15,8
Специалност	Мед. Фелдшер	14	7,6
	Медицинска сестра	158	85,9
	Акушерка	11	6,0
	Не отговорил	1	0,5

2. Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка

Проучването на знанията и отношението на здравните специалисти към лечението на болката при рак бе осъществено чрез въпросник, включващ 13 твърдения за раковата болка, 7

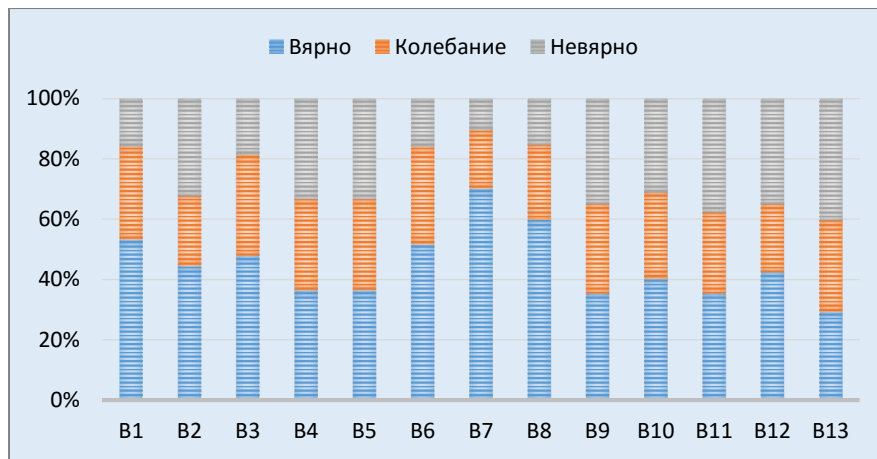
идентификационни въпроси и 1 финален въпрос за самооценка на подготовката за работа с онкологичен болен, изпитващ сила болка (**Приложение 4**). Разпределението на отговорите на 13-те твърдения за раковата болка са представени в **табл. 30**.

Табл. 30. Разпределение на отговорите на специалистите по здравни грижи (брой и %)

№	Твърдения	Вярно (не-съгласие)	Невярно (съгласие)	Колебание
1	Болкоуспокояващите лекарства не могат да контролират болката при рак.	98 (53,3%)	29 (15,8%)	57 (30,7%)
2	Онкологичните пациенти лесно стават зависими към болкоуспокояващи лекарства.	82 (44,6%)	59 (33%)	43 (23,4%)
3	Добрите болни не говорят за своята болка.	88 (47,8%)	34 (18,5%)	62 (33,7%)
4	Болката е сигурен знак за влошаване на хода на заболяването.	67 (36,4%)	61 (33,1%)	56 (30,4%)
5	По-лесно се понася болката отколкото страничните ефекти на болкоуспокояващите лекарства.	67 (36,4%)	61 (33,1%)	56 (30,4%)
6	Болкоуспокояващите лекарства трябва да се „запазят“ и да се прилагат само, когато болката стане непоносима.	95 (51,6%)	29 (15,8%)	60 (32,6%)
7	Болката изгражда характера и стимулира за болния за борба, ето защо тя е добра за болния.	129 (70,1%)	19 (10,3%)	36 (19,6%)
8	Ако болният се оплаква от болка това може да принуди лекуващия лекар да прекрати лечението на основното му заболяване.	110 (59,8%)	28 (15,2%)	46 (25%)
9	Ако се приемат болкоуспокояващи лекарства, когато болката не е достатъчно силна, те няма да са ефективни, когато болката се влоши.	65 (35,3%)	64 (31%)	55 (28,8%)
10	Силните обезболяващи трябва да се прилагат само при болни в терминално състояние.	77 (40,2%)	57 (31%)	53 (28,9%)
11	Болката е симптом за nelечимо заболяване.	65 (35,3%)	69 (37,5%)	50 (27,2%)
12	Болкоуспокояващите лекарства се прилагат само когато болката стане много силна.	78 (42,4%)	64 (34,8%)	42 (22,8%)
13	Болкоуспокояващите лекарства трябва да се приемат на определени часове, но ако болни не чувства болка в посочения час, той не трябва да приема обезболяващото лекарство.	54 (29,3%)	74 (40,2%)	56 (30,4%)

Обобщените данни за отговорите на 13-те въпроси за знанията на специалистите по здравни грижи по проблема за раковата болка са представени на **фиг. 16**. От графичното представяне ясно се вижда, че при 3/4 от твърденията честотата на верните отговори се движи в границите между 30% и 50%, с изключение на В1, В6, В7 и В8, при които процентът на верните отговори надхвърля половината.

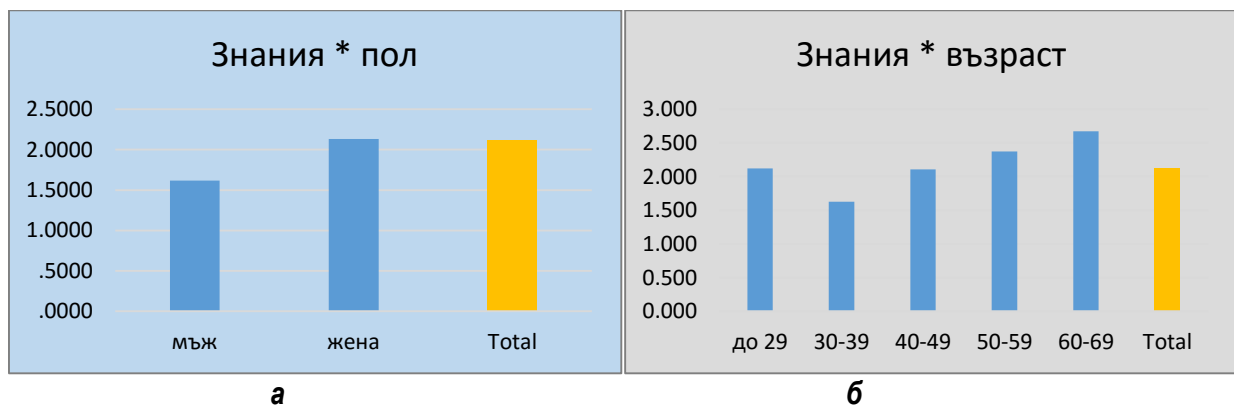
Броят на неверните отговори, заедно с изразеното колебание в отговорите на поставените въпроси показва недостатъчно знания по проблемите на лечението на раковата болка и доказва безспорно необходимостта от системно обучение на специалистите по здравни грижи в тази насока.



Фиг. 16 – Обобщени резултати от изследването на знанията на здравните специалисти по проблема за раковата болка

3. Влияние на социално-демографските характеристики върху знанията на специалистите по здравни грижи за болката при рак

Знанията на анкетираните, измерени чрез средния бал на отговорите на зададените въпроси, съобразени с пола и образованието са показани на **фиг. 17а**. Мъжете са показали по-добри резултати от жените, но малкият им брой прави резултатите статистически не достоверни. Най-добри са резултатите показани от участниците на възраст 30-39 г., а най-лоши – на участниците на възраст над 60 г. (**фиг. 17б**).

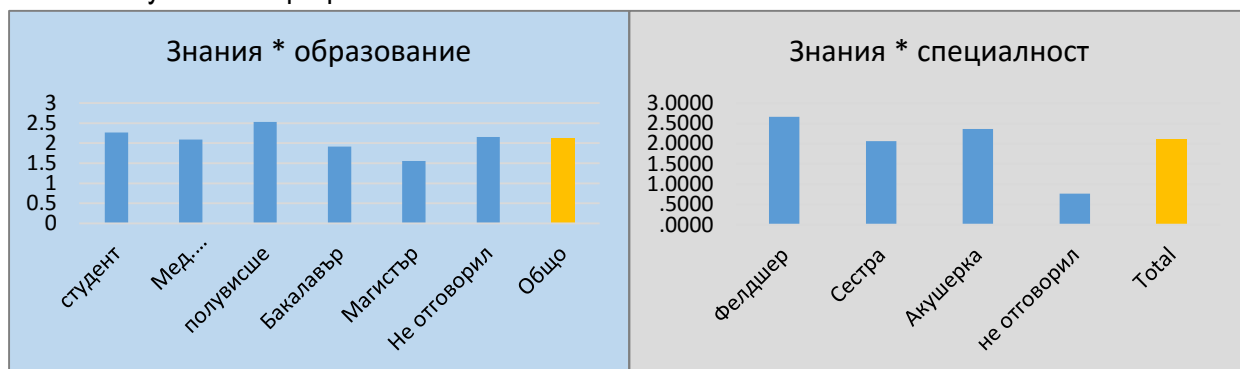


Фиг. 17а-б Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в зависимост от пола и възрастта

Резултатите на участниците с образователно ниво „магистър“ и „бакалавър“ са по-добри от тези на останалите участници (**фиг. 18а**). Най-слаби са знанията показани от медицинските фелдшери (**Фиг. 18б**). Те са и сред най-възрастните участници в изследването, с най-голям трудов стаж и по-голямата част от тях работят в звената за СМП.

Местоработата определено оказва влияние върху знанията и отношенията на специалистите по здравни грижи по проблема за раковата болка. Работещите в КОЦ специалисти имат по-добри резултати при оценка на знанията ($\bar{x}=1,70$) от средните ($\bar{x}=2,12$) и съизмерими с резултатите ($\bar{x}=1,82$) показани от преподавателите, което може да се обясни с личния опит

от ежедневната практика. Лошите резултати $\bar{x}=2,20$ на студентите са очаквани поради липсата на обучение и професионален опит.



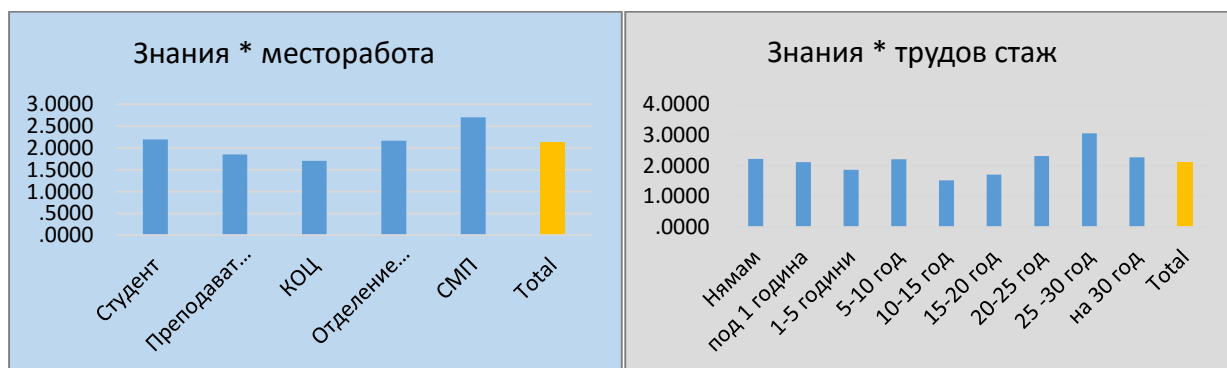
а

б

Фиг. 18а-б Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в зависимост от образование и специалност

Специално внимание трябва да се обърне върху значително по-лошите резултати на работещите в спешна помощ ($\bar{x}=2,70$), тъй като това е мястото, където най-често попадат болните в случай на неконтролирана болка. Може да се допусне, че ако пациент с болка потърси помощ в звената за спешна помощ, то вероятността да получи качествена помощ е много по-малка в сравнение с другите изследвани групи (**фиг. 19а**).

В зависимост от трудовия стаж най-добри резултати са показали здравните специалисти с трудов стаж между 10-20 г. По-лоши са резултатите на специалистите със стаж над 20 г. и особено на тези, които имат стаж над 30 г. (**фиг. 19б**).



а

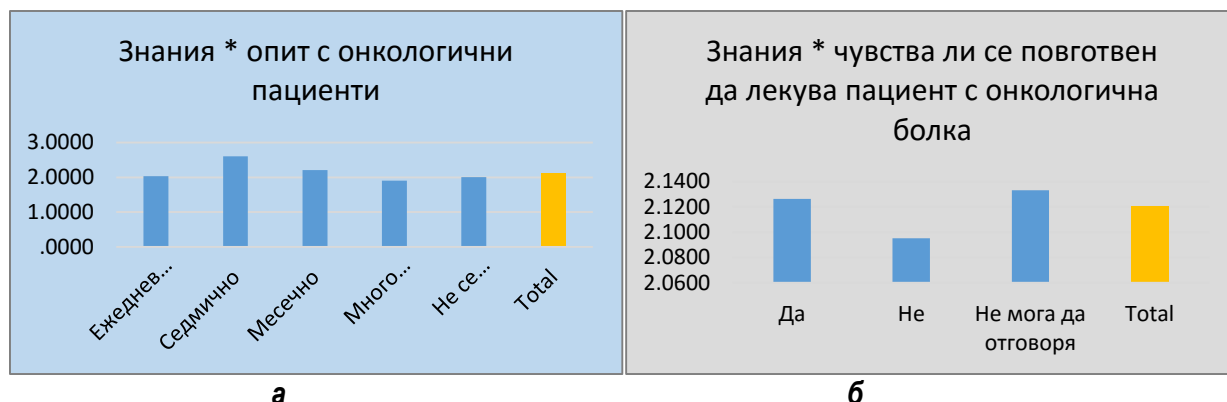
б

Фиг. 19а-б Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в зависимост от местоработата трудовия стаж

Интересни са резултатите при сравняване на знанията на анкетираните с броя на онкологично болните пациенти, с които се срещат в своята професионална дейност. Противно на очакванията, анкетираните, които се срещат с онкологично болни пациенти поне веднъж седмично показват по-лоши резултати в отговорите си на твърденията за раковата болка и нейното лечение ($\bar{x}=2,61$) от тези, които не се срещат с такива пациенти ($\bar{x}=2,0$) - **фиг. 20а**.

Още по-интересни са отговорите на въпроса „Чувствате ли се подготвен да помогнете на онкологично болен пациент, който изпитва силна болка?“. Анкетираните, които са отговорили

положително са показали по-лоши резултати ($\bar{x}=2,12$) от отговорилите отрицателно на въпроса ($\bar{x}=2,09$) - **фиг. 20б**.



Фиг. 20а-б Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в зависимост от опита им с онкоболни и самооценка на подготовката си

4. Анализ на знанията на специалистите по здравни грижи по области на бариерите за контрол на болката при рак

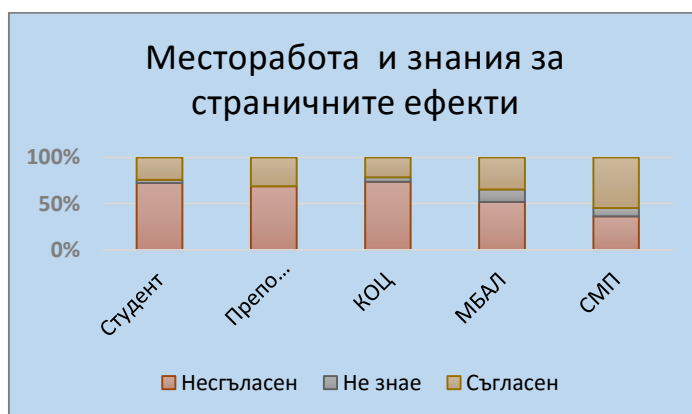
Предвид установените зависимости, по-специално внимание заслужават тези социално демографски фактори, които имат отношение към знанията и отношенията на сестрите, а именно – месторабота, образование и трудов стаж.

Област 1 – Фатализъм. Състои се от три твърдения: **В1, В4** и **В11**, които отразяват примирението с фаталния изход на заболяването и неизбежността на болката, която го съпровожда. Съгласието с твърденията е погрешно, защото болката като симптом може да се появи във всеки един етап от боледуването и не е патогномонична било то за прогресия или нелечимост и може да бъде ефективно контролирана с помощта на обезболяващи лекарства при повече от 90% от болните. Като цяло повече от 2/3 от анкетираните са отговорили правилно, но правят впечатление по-лошите резултати на работещи в ЦСМП и МБАЛ, както и сред анкетираните с малък (1-5г) и с голям трудов стаж (>30г). Недоумение буди и относително лошият резултат на специалистите по здравни грижи, които работят в КОЦ (**фиг. 21а-б**).



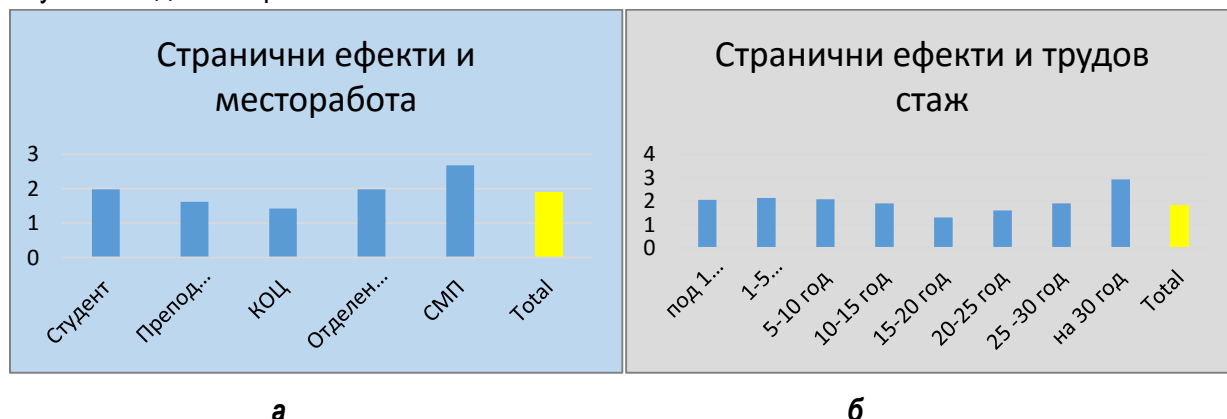
Фиг. 21а-б Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в област „Фатализъм“ в зависимост от трудовия стаж и местоработата

Област 2 - странични ефекти на опиоидите. Страхове от развитие на пристрастяване датират от 1940-те години, когато опиоидните аналгетици биват заклеймени като лекарства не-ефективни при лечението на болката при рак, чиято употреба винаги води до развитието на зависимост. Въпреки доказаната несъстоятелност на това твърдение, то все още е широко разпространено в медицинската общност. Резултатите показват, че най-голям е процентът на несъгласните с твърдението (верен отговор) сред анкетираните с най-висока степен на образование – почти 75%, а най-малък 40% сред респондентите с полувисше образование. Най-много съгласни с твърдението (почти 60% неверен отговор) са дали респондентите с трудов стаж под 1 година и тези с трудов стаж 25-30 г. Медицинските сестри със стаж 10-25 г. са най-малко склонни да се съгласят с изказаното твърдение. Те са и сред групата с най-висока степен на образование. В зависимост от местоработата най-голям е процентът на несъгласните с твърдението сред студенти, преподаватели и работещи в КОЦ анкетираните медицински сестри (**фиг. 22**). Необходимостта от промяна в обучението на медицинските специалисти в тази насока е разкрита още през 1992 г, необходимост, която настоящото проучване отново потвърждава.



Фиг. 22 - Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в област „Странични ефекти“ в зависимост от местоработата

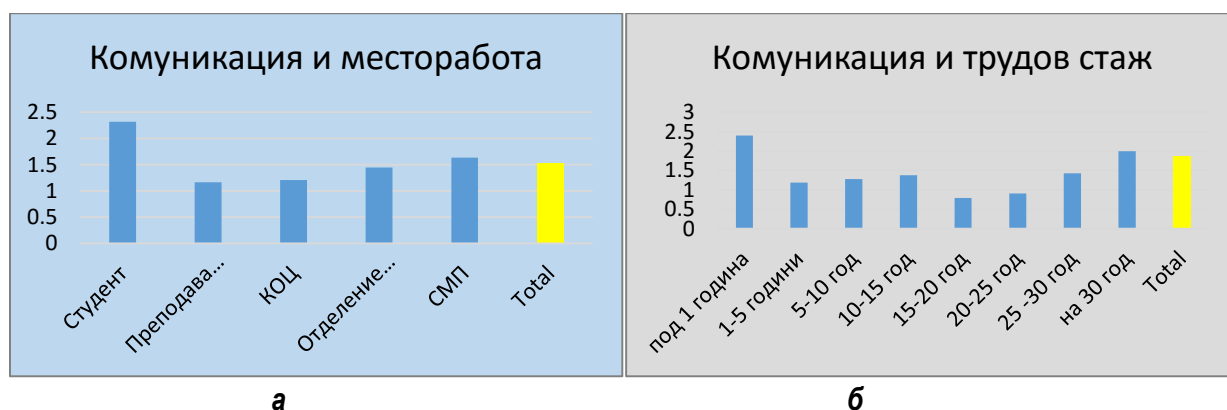
Страничните ефекти на опиоидните лекарства са много и относително чести и ако не се познават и очакват, могат да доведат до по-сериозни проблеми у болния, отколкото болката, за чието лечение са назначени. Доказано е, че профилактиката на страничните ефекти трябва да започне още с назначаването на опиоидното лечение, като болният трябва да бъде предупреден и обучен как да се справи с тях.



Фиг. 23а-б - Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в област „Фатален зъм“ в зависимост от трудовия стаж и местоработата

Представените на **фиг. 23а-б** резултати показват, че най-разтревожени от възможната поява на странични ефекти са студентите, които са и с най-малък клиничен опит, както и работещите в СМП и тези от респондентите с трудов стаж между 25 и 30 години.

Област 3 „Комуникация“ се състои от три твърдения - **В3, В7 и В7**. Взаимоотношенията „пациент-лекуващ екип“ се основават на взаимно доверие, особено при пациенти, при които причината за болката не може да бъде обективно диагностицирана и лечението трябва да се основава единствено на доклада на болния. И трите съждения в тази област са израз на действителни проблеми в комуникацията и отразяват погрешни митове от миналото. Известно е, че болката при рак не само няма протективна роля, но че оставена неконтролирана води до емоционално опустошение и е основен източник на физическо, психическо, духовно и екзистенциално страдание и дистрес. Резултатите от средните оценки на отговорите на твърденията в тази област са показани на **фиг. 24а-б**.

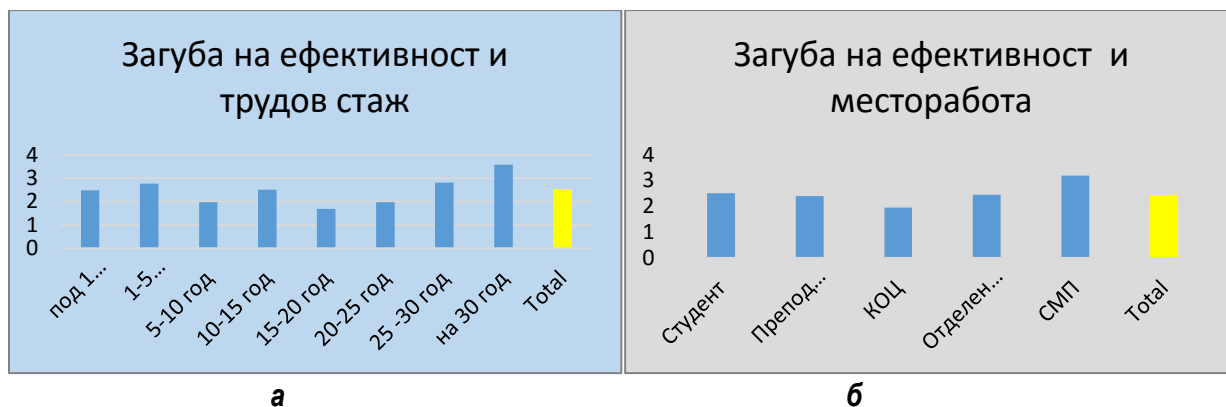


Фиг. 24а-б - Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в област „Комуникация“ в зависимост от местоработата и трудовия стаж

Погрешно е и схващането, че болката отвлича вниманието на лекаря – напротив, тя може да е проява на тласък на болестта и лекуващия екип трябва да бъде уведомен, за да изгради своята стратегия за последващо лечение. Резултатите показват, че макар и малко, все още има здравни професионалисти, които са съгласни с изказаните твърдения - предимно студенти, здравни специалисти работещи в СМП, без трудов стаж или с трудов стаж над 25 години. Тези неблагоприятни резултати могат да бъдат обяснени отчасти и с липсата на професионален опит.

Област 4 „Загуба на ефективност“. Тази област се състои от три твърдения: **В6, В9 и В10**. Всеки медицински специалист неведнъж е чувал, че лекарството не действа, защото „организмът е привикнал“ и в това има известна доза истина.

Известно е, че след определен период (от 4 до 36 седмици от назначаването на опиоидното лечение) към аналгетичния ефект на опиоидите настъпва толеранс, който се изразява в необходимостта от ескалиране на дозата на аналгетика за постигане на желания ефект. За развитието на толеранс към опиоидните аналгетици в процеса на лечението на болката при рак, може да се мисли, едва след като бъде отхвърлен евентуален тласък на онкологичното заболяване, като възможна причина за появата на болка. Резултатите от отговорите в зависимост от местоработата и трудовия стаж са представени на **фиг. 25а-б**.



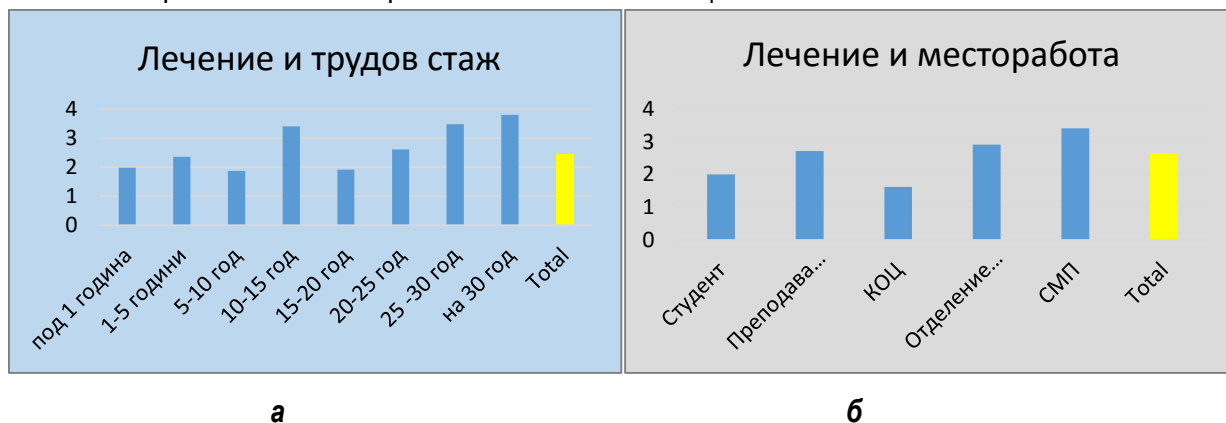
а

б

Фиг. 25 а-б Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в област „Загуба на ефективност“ в зависимост от местоработата и трудовия стаж

Резултатите от проучването показват, че всички групи анкетираните здравни специалисти се тревожат от възможната загуба на ефективност на аналгетичните лекарства, като това по-силно притеснява лицата с трудов стаж 1-5 г. и тези с повече от 25 г., както и работещите в СМП. По-малък брой от работещите в КОЦ респонденти са съгласни с изказаните в тази област твърдения, което може да се обясни с по-големия професионален опит, който в сравнение с останалите анкетираните. Работещите в звената за СМП здравни специалисти в по-голямата си част са съгласни с изказаните съждения, а тези от МБАЛ са по средата с почти еднакъв брой съгласни и несъгласни с твърденията. Подобни резултати се наблюдават при студентите и преподавателите.

Област 5 „Лечение на болката“ се състои от две твърдения: В12 и В13. В публикуваните през 1980-те години правила за лечение на болката при рак СЗО въвежда някои основни правила за лечението на раковата болка, според които прилаганите обезболяващи трябва да са съобразени с интензивността на изпитваната от пациента болка, като дозирането на лекарствата трябва да бъде съобразено с особеностите на болния. Приемането на обезболяващите лекарства трябва да е през равни интервали, като се предпочитат лекарствени форми с контролирано във времето освобождаване, които болните да приемат през устата, като най-лесен и удобен път. Анализът на ефективността на предложения алгоритъм за лечение на болката при рак, направен през 1990-те години, потвърждава, че спазването на правилата на СЗО ще позволи да се постигне контрол на болката при повече от 90% от пациентите.



а

б

Фиг. 26 а-б Знания на специалистите по здравни грижи за раковата болка в област „Лечение на болката“ в зависимост от трудовия стаж и местоработата

Отговорите на анкетиранияте специалисти по здравни грижи на въпросите от тази област в зависимост от трудовия стаж и местоработата са обобщени на **фиг. 26а-б**. Резултатите показват, че работещите в КОЦ респонденти имат много по-добри резултати от останалите участници в изследването, докато работещите в звената за СМП отново показват по-лоши резултати, което може да се яви препятствие пред постигането на контрол на болката в случай на спешност.

2.6. Изследване на бариерите и отношенията на специалистите по здравни грижи спрямо раковата болка след проведено обучение по проблема

В изпълнение на задача 5 от проучването бе разработен и проведен обучителен курс по проблемите на болката и нейното лечение сред специалистите по здравни грижи пред специалисти по здравни грижи от КОЦ-Враца, а по-късно и Регионалната Колегия на Специалистите по Здравни Грижи в област Враца поиска провеждане на подобно обучение за региона, в рамките на системата на следдипломното обучение, за което на всеки участник бяха присъдени по 5 кредитни точки.

В курса участваха 117 специалисти по здравни грижи от областите Враца и Видин, от които 109 участваха в проучването след курса (отзоваване 93%) и бяха сравнени резултатите от двете изследвания.

1. Социално-демографска характеристика на обучаваните здравни специалисти

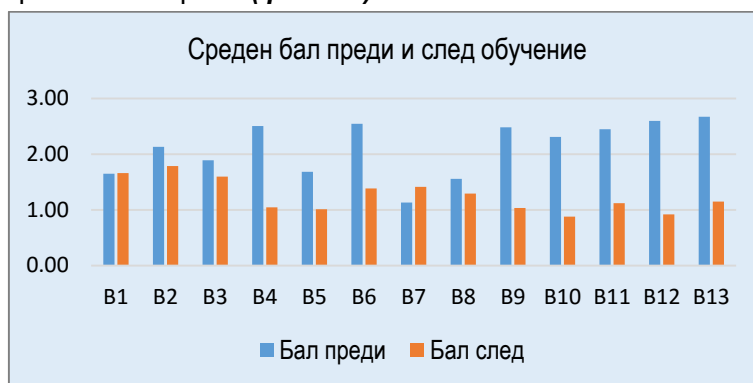
Социално-демографската характеристика на участниците в курса е показан на **табл.31**.

Табл. 31 - Основни социално-демографски характеристики на обучаваните лица

Характеристики		Брой	%
Общо анкетирани		109	100,0
Пол	Мъже	1	0,9
	Жени	108	99,1
Възраст	До 29 г.	12	11,0
	30-39 г.	23	21,1
	40-49 г.	31	28,4
	50-59 г.	38	34,9
	60 +	5	4,6
Образование	Магистър	42	38,5
	Бакалавър	61	56,0
	Полувисше	4	3,7
	Медицински техникум	2	1,8
Специалност	Мед. фелдшери	5	4,6
	Медицинска сестра	97	89,0
	Акушерка	7	6,4
Трудов стаж	Под 10 г.	21	19,3
	10-20 г.	35	32,1
	20-30 г.	39	35,8
	Над 30 г.	13	11,9
	не отговорил	1	0,9
Месторабота	КОЦ-Враца	45	41,4
	Болнични отделения при МБАЛ	41	37,6
	В звената за спешна помощ	14	12,8
	В допълнителната помощ	8	7,3
	В друго звено	1	0,9

2. Знания на специалистите по здравни грижи след проведеното обучение

След проведеня курс на обучение участниците показаха значително по-добри резултати в отговорите на конкретните въпроси (фиг. 27).



Фиг. 27 - Среден бал на отговорите преди и след проведеното обучение
(1 = верен отговор ; 5 = неверен отговор)

Настъпилите промени в отговорите на здравните специалисти на всяко твърдение след проведеното обучение са представени в **табл. 32**. Вижда се, че при 11 от изследваните 13 твърдения има подобряване на резултатите след проведеното обучение, изразено в по-нисък среден бал на отговорите, т.е. нарастване на несъгласията (на верните отговори). При едно твърдение - **B1** - резултатът се запазва почти същия. Влошаване на резултатите се отбелязва само по отношение на твърдението **B7**.

Табл. 32 – Разпределение на отговорите на здравните специалисти на отделните твърдения след проведеното обучение (в брой и %)(1 = верен отговор ; 5 = неверен отговор)

№	Твърдения	X преди обучението	X след Обучението	% промяна
1	Болкоуспокояващите лекарства не могат да контролират болката при рак.	1,65	1.66	-0.51%
2	Онкологичните пациенти лесно стават зависими към болкоуспокояващи лекарства.	2,13	1.78	16.43%
3	Добрите болни не говорят за своята болка.	1,89	1.59	15.87%
4	Болката е сигурен знак за влошаване на хода на заболяването.	2,50	1.04	58.40%
5	По-лесно се понася болката отколкото страничните ефекти на болкоуспокояващите лекарства.	1,68	1.00	40.47%
6	Болкоуспокояващите лекарства трябва да се „запазят“ и да се прилагат само, когато болката стане непоносима.	2,54	1.38	45.67%
7	Болката изгражда характера и стимулира за болния за борба, ето защо тя е добра за болния.	1,13	1.41	-24.78%
8	Ако болният се оплаква от болка това може да принуди лекуващия лекар да прекрати лечението на основното му заболяване.	1,29	1.29	16.78%
9	Ако се приемат болкоуспокояващи лекарства, когато болката не е достатъчно силна, те няма да са ефективни, когато болката се влоши.	2,48	1.03	58.47%
10	Силните обезболяващи трябва да се прилагат само при болни в терминално състояние.	2,30	0.88	61.74%
11	Болката е симптом за нелечимо заболяване.	2,45	1.11	54.69%
12	Болкоуспокояващите лекарства се прилагат само когато болката стане много силна.	2,59	0.91	64.86%
13	Болкоуспокояващите лекарства трябва да се приемат на определени часове, но ако болни не чувства болка в посочения час, той не трябва да приема обезболяващото лекарство.	2,67	1.14	57.30%

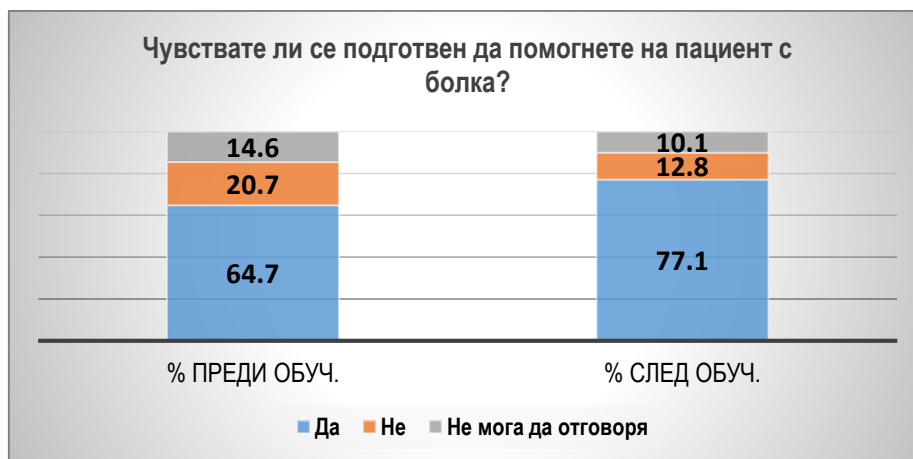
Най-изразена промяна е настъпила по отношение на твърдението **B12** – средният бал е намалял от 2,45 на 1,11 (т.е. с 64,89%) (*0 = верен отговор ; 5 = неверен отговор*). Подобни положителни промени в знанията се отбелязват за въпроси **B4** (58.40%), **B9** (58.47%), **B10** (61.74%), **B13** (57.30%) и др.

Значително по-малко е намаляването при отговорите на въпросите, които са част от проблемите свързани с комуникацията: **B3** (15,87%) и **B8** (16,78%) Обяснението може да се търси в това, че курсът беше насочен към болката и нейното лечение и не се занимаваше с проблемите на общуването между пациента и екипа.

Що се отнася до твърдението за развитието на зависимост **B2** (16,43%) една от причините за малката промяна може би е трудността за тези, които не се занимават пряко с лечението на болката при рак, да направят разлика между психическа зависимост (наркомания) и физическа зависимост, толеранс и псевдо-пристрастяване.

При твърдението, че болката стимулира болния към борба се наблюдава най-голяма негативна промяна (- 24,98%), което още веднъж показва, че на проблемите на комуникацията трябва да се обърне по-сериозно внимание.

Има промяна и в отговорите на въпроса „Чувствате ли се подготвен да помогнете на пациент с болка?“. Отбелязва се значително нарастване на увереността на респондентите след завършването на обучението (**фиг. 28**).



Фиг. 28 - Разпределение на отговорите на здравните специалисти за тяхната готовност да помогнат на пациент с болка (преди и след проведеното обучение)

4. Оценка на здравните специалисти за проведеното обучение

Оценката на проведеното обучение е представена в **табл. 33**.

Табл. 33 - Оценка на здравните специалисти за проведеното обучение

Отговори	Избраната тема беше ли интересна?		Доволни ли сте от проведеното обучение?		Бихте ли участвали в подобни обучения отново в бъдеще?	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Да	85	78.0	84	77.1	84	77.1
Не	13	11.9	11	10.1	12	11.0
Не отговорили	11	10.1	14	12.8	13	11.9
Общо	109	100.0	109	100.0	109	100.0

Представянето на лектора по мнението на участниците в обучението бе оценено по шестобална система и средната оценка е „много добър“ - 5,45.

2.7. Нормативна уредба, която има регулира производството, дистрибуцията и изписването на опиоидните аналгетици

В България производството, дистрибуцията, изписването и прилагането на опиоидните аналгетици за медицински цели се ръководи от следните нормативни актове:

1. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (2007 г.);
2. Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (1999 г.);
3. Наредба № 4/2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти;
4. Наредба № 21/2000 г. за изискванията към документацията и отчетността при извършване на дейности с наркотични вещества и техните препарати;
5. Наредба № 34/2005 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
6. Наредба № 24/2000 г. за условията и реда за осъществяване на субституиращи и поддържащи програми за намаляване на здравните щети за лица, зависими от наркотични вещества.

Анализ на възможните препятствия пред употребата на опиоиди за медицински цели от нормативно естество

В изследване по поръчка на ЕК, на националното законодателство на 12 Европейски страни с установена най-ниска консумация на опиоиди за медицински цели, между които е и България, възможните препятствия от нормативно естество са групирани в следните девет категории: предписване; отпускане; използване; достъпност; търговия и разпространение; производство; санкции; използване на стигматизиращ език и категория „други“, като за страната ни се установяват потенциални препятствия пред употребата на опиоиди за медицински цели във всичките девет категории.

Предписване. Административните изисквания при изписване на опиоидни аналгетици за лечение на болка карат лекарите да отказват лечение с контролирани лекарства. Правото на изписване на опиоиди се ограничава от изискването да се изписват на специални рецептурни бланки, които се получават от РЗИ и се съхраняват при една усложнена процедура. Според изискванията рецептите трябва да се издават в три екземпляра. Третият екземпляр трябва да се съхранява от лекаря или от лекаря по дентална медицина за срок от една година. След тази година рецептите се предават с приемно-предавателен протокол на инспекторите в РЦЗ, които ги съхраняват за срок от 10 години.

Смята се, че изискването за използване на специални рецептурни бланки потенциално пречи на болните до контролирани лекарства за медицински цели, особено ако бланките са трудно достъпни, а притежаването и използването им е свързано с административни изисквания и с разходи за специалиста.

Допълнително нежеланието на здравните специалисти да се ангажират с предписването на опиоидни аналгетици се поддържа и от възможните административни и законови санкции, на които лекарите подлежат при загубване или кражба на специалните бланки.

Допълнителна пречка се явява изискването обезболяващото лекарство да се изписва за период от 30 дни, като проблемът се усложнява още и от краткия период на валидност на издадената специална рецепта.

По изискване на Наредба № 34/2005 г. „опиоидните аналгетици се предписват от лекари, назначени със заповед на директора на лечебното заведение и включени в списъка по чл. 14, ал. 3“, което ограничава правото на останалите специалисти да назначават съответно лечение.

Отпускане на лекарствата. Потенциалните пречки могат да бъдат: 1. Ограничения за правото на отпускане само аптеки със специални лицензии/определени аптеки; 2. Административни изисквания (ограничения) за отпускане.

Ограниченията за правото на отпускане са потенциална пречка при достъпа на болните до обезболяващи лекарства, тъй като в България те се отпускат само от лицензирани аптеки. Усложнените процедури по получаването на лиценз ограничават лечебните заведения да се сдобият с подобна специална лицензия. Допълнителна пречка създава и изискването лицензираните аптеки да отпускат лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества, само ако се намират в областта по местоиздаване на рецептата.

Допълнителните изисквания при отпускане на контролирани лекарства увеличават административното бреме и да разколебават фармацевтите. Съгласно българското законодателство магистър-фармацевтът е длъжен да спазва утежнени административни изисквания, за изпълнението на които се отчита в РЗИ 10 дни след края на всяко тримесечие или месец.

Използване. Притежание на контролирани лекарства от пациентите. Ограниченията върху притежанието и пренасянето на опиоидни аналгетици затруднява достъпа до лечение и създава психологически проблеми при използването им у болните и техните близки. Българското законодателство забранява носенето им ако лекарствените продукти не са били предписани на лицето, което ги носи. Законодателството не прави изключение в случай че състоянието на лицето налага друго лице да носи лекарствата (напр. за деца). Освен това, български граждани и чуждестранни граждани, които пътуват в чужбина, могат да пренасят лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества, въз основа на разрешение за лечение за срок до 30 дни, което е потенциална пречка ограничаваща възможностите на болните да пътуват за повече от 30 последователни дни.

Търговия и разпространение. Съгласно българското законодателство при всяка покупко-продажба на лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества се използва специален формуляр за поръчка. Друго ненужно изискване, което ограничава търговията е изискването опаковката на опиоидните лекарства да се маркира диагонално с две червени ленти и да има надпис, че лекарството може да се употребява „само по лекарско предписание“.

Достъпност. В България лечението на раковата болка е безплатно. Проблем представлява достъпът на болните до програми за лечение за зависимост, за участие в които болните трябва да заплатят цена еквивалентна на 1/3 от минималната работна заплата.

Наказателни санкции за здравни специалисти. Разпоредбите, съдържащи заплашителни формулировки или налагащи строги санкции за неумишлени нарушения възпират здравните специалисти да прилагат или отпускат контролирани лекарства. Съгласно българското законодателство, фармацевтът носи лична отговорност за воденето на записи по отношение на лекарствените продукти, съдържащи наркотични вещества, което се смята за заплашителна формулировка и може да отблъсне фармацевтите да отпускат опиоидни аналгетици.

Използвани формулировки. Отсъствието на ясно дефинирани определения или неправилното им използване води до объркване в терминологията, използвана в законодателството и поражда страх от прилагането на опиоидни лекарства, по-конкретно, когато бива използван заклеймяващ език. Използваните определения в законодателството са неточни и заклеймяващи опиоидните аналгетици, което възпира пациентите да използват контролирани лекарства поради страх от сериозни здравни щети.

Негативен език по отношение на опиоидните аналгетици е използван доста често в българското законодателство. Термините „наркомани“, „пристрастени лица“, „пристрастяване“ и упоменаването на контролираните лекарства като „опасни“ или „упойващи лекарства“ се смятат за заклеймяващи. Ето защо, СЗО препоръчва терминът „пристрастяване“ да бъде заместен от „зависимост“ или „синдром на зависимост“ и „настоятелно препоръчва за контролираните субстанции (използвани в медицината за контрол на болката б.а.) да не се говори като за опасни или упойващи вещества“.

Липсата на ясно разграничение между прилагането на опиоидните аналгетици за медицински цели и нелегалната им употреба или злоупотреба е още една потенциална пречка пред достъпа до тези лекарства. Българското законодателство е „насочено основно към превенция на употребата на наркотични вещества, „вместо към превенция на злоупотребата или нелегалната им употреба“. Освен това, в прегледаното законодателство често се използват изрази като „намаляване на търсенето“ и се споменават вреди, „причинени от употребата на наркотични вещества“. Това поражда страх и объркване и възпира здравните специалисти да предписват или отпускат опиоидни аналгетици и/или възпира пациентите от използването на контролирани лекарства за законни, медицински цели. Трябва да бъде ясно, че използването на контролирани лекарства за лечение на болката не води до отравяне, смърт и/или развитие на зависимост.

Други. Административните изисквания в българското законодателство относно специалните формуляри за поръчка на лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества например, могат да бъдат сметнати за несъразмерни. Според българското законодателство покупката на тези формуляри се вписва от инспекторите по наркотичните вещества в дневник, който съдържа номера, датата на продажба, името, седалището и адреса на управление на продавача, серията и номера на формуляра.

III. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРОНОСИ

ИЗВОДИ

1. Честотата и интензивността на онкологичната болка изпитвана от болните в Северозападна България са сходни с установените в другите европейски страни. Честота на болката като симптом сред пациентите с авансирало онкологично заболяване лекувани в ОПГ при КОЦ-Враца е 72,4% (2364 от хоспитализираните 3048 болни в ОПГ за периода 01/01/2009г - 31/12/2013г са изпитвали болка с интензивност $NRS_{10} \geq 4$, за чието лечение се е налагало приемането на опиоиди), при средна интензивност на болката $NRS_{10} = 6.19$. Резултати от извършения контент – анализ на медицинската документация на 3048 болни, лекувани в ОПГ през анализирания период са много сходни с установените, получени в проведеното в 12 европейски държави изследване на раковата болка, обхванало 5084 болни с авансирало онкологично заболяване, при което е установено, че честотата на болката с интензивност $NRS_{10} \geq 4$ е 73% при измерена осреднена интензивност $NRS_{10} = 6.4$.

2. Болката при рак оказва значително влияние върху качеството на живот на пациента. Получените резултати, със значителна степен на достоверност ($p < 0.001$), категорично доказват, че не само наличието на болка, но и нейната интензивност, оказват влияние върху ежедневието, съня и взаимоотношенията на болните с околните и е причина за значително по-високо ниво на тревожност сред пациентите с болка. Данните от проучването, за влиянието на болката върху качеството на живот показват, че болните, които изпитват болка определят качеството си на живот като почти два пъти по-лошо ($R = 25,21\%$) в сравнение с тези, които не са изпитвали болка ($R = 58,33\%$), при изчислено средно качество на живот за участниците в изследването ($R = 34,75\%$). Извършеният анализ показва, че наличието на умерена и силна онкологична болка ($NRS_{10} \geq 4$) е предиктор за влошено качество на живот на болните с онкологични заболявания.

3. Социално-демографските фактори оказват влияние върху контрола на онкологичната болка. Местоживеенето на болните, образованието, трудовата заетост, семейния статус и доходите на член от семейството оказват косвено влияние върху интензивността и пряко влияят върху лечението на онкологичната болка. Хората с по-ниски доходи, пенсионерите и тези живеещи в селата изпитват повече трудности свързани с достъпа до лекарства и специалисти в сравнение с анкетираните пациенти с по-високи доходи, с по-младите и работещи болни. Между болката при рак и трудностите изпитвани от болните се наблюдава умерена права корелация, независимо от нейната интензивност ($0.372 < r < 0.543$; $p < 0.001$). Слаба, права корелация с ниво на достоверност ($r = 0.3$; $p < 0,001$) бе установена между общото състояние на болните измерено с помощта на KI и силата на изпитваната болка, като пациентите с по-лош общ статус страдат от по-силна и по-лошо контролирана болка, което сочи, че увреденото общо състояние е предпоставка за появата на умерена и силна болка при пациенти с авансирало онкологично заболяване..

4. Качеството на оказваните аналгетични грижи, измерено с помощта на Индекса за Управление на Болката (PMI), е подобно на установените световни норми. При $\frac{1}{4}$ от хоспитализираните в ОПГ болни приложеното аналгетично лечение не е било съобразено със силата на изпитваната от пациента болка. Честотата (25%) на негативния PMI, което говори за лошо

качество на аналгетичните грижи, измерен в резултат на проведеното изследване на медицинската документация на болните лекувани в ОПГ е съизмерим с установения в други европейски страни – Италия, където честотата на измерения негативен PMI е 25,8%. В проведеното изследване не се установяват, свързани със социално-демографските фактори на болните, различия в измерения PMI. Установяват се обаче значителни различия честотата на негативния PMI (56%) на болните лекувани в различните отделения на КОЦ, което говори, че дори в специализирани отделения на КОЦ лечението на болката не е приоритет.

5. Установените бариери, които са отговорни за лошия контрол на онкологичната болка оказват своето въздействие и сред пациентите с онкологични заболявания от региона на Северозападна България. Установените с помощта на BQ-II пречки от страна на болните не се различават съществено от проведените подобни изследвания в различни държави. Резултатите от изследването показват, че болните изпитват значителни страхове във всички изследвани области. Така при определяне на пречките свързаните с прилагането на опиоидни аналгетици и техните странични ефекти е измерена средна оценка 3,7/5 (0-верен отговор; 5- погрешен отговор) за страховете свързани с появата на нежелани физиологични ефекти а при тези свързани с потенциално вредното им въздействие е 3,0/5. Примирението и вярата, че болката при рак не може да бъде контролирана (средна оценка 3,66/5), лошата комуникация болнекип (оценка 2,76/5), и страха, че лечението на онкологичното заболяване може да бъде прекратено при поява на болка (2,74/5) означават бариери, които в значителна степен повлияват върху болните и лечението на болката при рак.

Знанията на пациентите, лекарите и специалистите по здравни грижи по проблема ракова болка и нейното лечение не са достатъчни и актуални. Инсуфициентните знания по проблемите на болката в онкологията и нейното лечение играят водеща роля при формирането на бариерите пред постигането на ефективен контрол. Изследването установи недостатъчни знания по проблема „Ракова болка и нейното лечение“, както сред пациентите, така и сред доставчиците на здравни услуги – лекари и специалисти по здравни грижи.

6. Знанията на болните - Недостатъчните знания по проблемите на болката при рак и нейното лечение са в основата на страховете изпитвани от болните свързани с изпитваната от тях болка и имат основна роля при формирането на бариерите измерени сред болните с онкологични заболявания. Знанията и бариерите изпитвани от болните, измерени с отговорите на BQ-II имат връзка с интензивността на изпитваната болка ($p < 0,05$) и оказват влияние върху склонността им да се придържат към назначеното лечение. Установи се слаба корелация между средната оценка на BQ-II и склонността да се пропуска както и да се спазва назначеното лечение за нейния контрол.

7. Знанията на болните имат връзка с изпитваната от тях болка, като недостатъчните знания не стимулират болните да се придържат към назначеното лечение и по този начин са причина за лошия контрол на раковата болка. Резултатите от изследването показват, че болните с по-високо образователно ниво в сравнение с тези с по-ниско образование показват по-добри знания по отношение на раковата болка (висше образование $\bar{X}=2,70$ с/у $\bar{X}=3,32$ с ос-

новно (0 – верен отговор ; 5 неверен отговор), които пряко повлияват склонността им да се придържат към назначеното лечение и склонността да изпълняват нарежданията на лекаря. Доказва се пряка връзка ($p < 0.05$) между по-добрите знания на болните за болката при рак и по-голямата им склонност да се придържат към назначеното от екипа лечение

8. Знанията на лекарите: независимо от трудовия стаж и медицинската специалност в областта на лечението на болката са недостатъчни и в много случаи колебливи. При 9 от 14 твърдения измерващи знанията на лекарите процентът на правилните отговори не надхвърля 40% (от 10,9% до 37,5%), а този на несигурните отговори се движи в рамките на 10,1%-18,8%. Много често процентът на неверните отговори надхвърля 50%. Показаните от анкетираните лекари знания за лечението на раковата болка са много по-лоши от тези показани при подобно изследване, проведено сред лекари в Канада, при които процентът на неверните отговори заедно с колебанията рядко надхвърлят 30%. Това говори за спешна нужда от разработване на специализирани образователни програми в тази насока.

9. Знанията на специалистите по здравни грижи: Изследването показва, че и знанията на специалистите по здравни грижи в областта на контрола на болката при рак са непълни и понякога погрешни. При тази изследвана група ясно се очертават разликите в знанията, които се определят от местоработата (работещите в КОЦ имат по-добри резултати $\bar{X} = 1,7$ (0-вярно- 5 невярно) от работещите в спешна помощ ($\bar{X} = 2,70$), нивото на образование – магистрите имат по-добри познания от бакалаврите, възрастта (най-добри са резултатите показани от участниците на възраст 30-39 г., а най-лоши – на участниците на възраст над 60 г.) и трудовия стаж. Резултатите от изследването на знанията на специалистите по здравни грижи след проведеното обучение показват значително подобряване на знанията на анкетираните лица, като подобряване на резултатите (с между 15,9% и 64,9%) се наблюдава при 11 от 13 твърдения. Резултатите недвусмислено говорят, че е необходимо разработване на програма за обучение в тази сфера.

10. Българското законодателство в частта, която касае опиоидните аналгетици като основни лекарства за постигане на контрол на болката при рак не е съобразено с медицината основана на доказателствата и не спомага за постигане на адекватен контрол. Изследването установи, че българското законодателство, в частта която касае опиоидните аналгетици, не се съобразява с препоръките са СЗО и актуалните гайдлайни на водещите научни организации, като ESMO, ASCO, EAPC, IAHPC, AANPC, IASP и др., които признават значението на тези лекарства и настояват за облекчен достъп на болните до опиоидни лекарства за контрол на болката при рак. Всички законови решения в националното законодателство са насочени основно към превенция на тяхната незаконна употреба и създават значителни административни и организационни пречки пред прилагане на тези лекарства по медицински показания, като пряко ограничава достъпа на болните до тези лекарства (лицензирани аптеки), обезкуражава лекарите да се занимават с лечението на болката (специални рецептурни бланки) и възпрепятства доставчиците на опиоидни лекарства (тромави административни процедури).

11. Контролът на болка на пациентите с онкологични заболявания от Северозападна България е все още нерешен проблем, върху който оказват влияние различни фактори, като знанията и социално-демографските характеристики на болните, подготовката на доставчиците здравни грижи и неадекватните държавни политики в областта на лечението на раковата болка. Резултатите от проведеното изследване на онкологичната болка показват, че е необходимо извършването на радикални промени насочени към повишаване на знанията на болните и техните семейства посредством изработване на обучителни програми, на здравните специалисти посредством включването на палиативните грижи и лечението на болката като част от учебната програма в университетите и разработване на програми за следдипломна квалификация. Необходимо е извършването на промени в административната уредба, които да бъдат съобразени с медицината основана на доказателствата и които да облекчат достъпа на болните до обезболяващи лекарства.

ПРЕПОРЪКИ

I. Към Министерски съвет, Министерството на здравеопазването, Министерство на труда и социалната политика и Националната Здравноосигурителна каса

1. Да изгради система за ефективно снабдяване с обезболяващи лекарства

- Българската държава да се съобрази с препоръките на СЗО при заявяване на необходимите количества от опиоидни лекарства за медицински цели.
- Държавата да изгради система, която да въведе конкурентния принцип при разпределянето на квотите за доставка на опиоидни лекарства за медицински цели.
- Държавата да стимулира пазарния принцип на определяне на цените на обезболяващите лекарства, като за целта създаде условия за реална конкуренция сред фирмите производители и доставчици.
- Държавата да опрости процедурите по получаване на лиценз за дистрибуция на опиоидни лекарства.
- МЗ съвместно с НЗОК да създадат условия, които стимулират аптеките да участват в процеса на дистрибуцията на опиоидните аналгетици до болния, като например заплащане на тези аптеки, които доставят такива лекарства.

2. Облекчаване на прекалено рестриктивните регулаторни механизми при отпускането на опиоидни лекарства за контрол на болката при рак

- Да се премахне ненужната бюрократична тежест при получаването на лиценз за производство и дистрибуция на опиоидните лекарства.
- Да отпаднат изискванията за лимитиране на времето, за което болните могат да получават необходимите лекарства.
- Да се премахне необходимостта от изписване на опиоидните лекарства на специални рецептурни бланки, посредством въвеждането на електронна рецепта, което ще доведе **до действителен контрол върху предписването и отпускането на опиоидните аналгетици в реално време**, ще премахне на ненужната бюрократична тежест спрямо лекарите и би елиминирало възможността за кражба на специалните рецептурни бланки, която към момента е напълно реална.

3. Да изработи единна политика в областта на палиативното лечение и лечението на болката

- Да отпаднат лимитите въведени от НЗОК по отношение на финансиране, диагноза, продължителност, време и място на оказване на палиативните грижи.

II. Към Университетите и професионално-съсловните организации (Български Лекарски Съюз, Българска Асоциация на Професионалистите по Здравни Грижи, Българско Онкологично Дружество, Българска Асоциация за Изучаване и Лечение на Болката и др.)

4. Подобряване на обучението на здравните специалисти

- Обучението на здравните професионалисти в областта на палиативната медицина и лечението на болката да стане задължителна част от университетското обучение на студентите по медицина и по здравни грижи.
- Да се изгради система за непрекъснато следдипломно обучение по проблемите на палиативната медицина и лечението на болката, която да е задължителна и да обхваща както лекарите, така и специалистите по здравни грижи.

5. Професионална подготовка на доставчиците на здравни услуги

- Медицинските екипи, оказващи лечение и грижи за онкологично болни пациенти да бъдат обучени активно да извършват скрининг за наличие на болка при всяка визита, а неконтролираната умерена и силна онкологична болка да бъде считана за спешно състояние, което налага незабавно лечение.
- Като част от стандартите по онкология трябва се изработи единен алгоритъм за скрининг за болка, който да се прилага при всяка визита на болния, да се изработи единен алгоритъм за оценка и проследяване на болката при рак и да бъде въведен единен метод за документирание на болката, на приложеното лечение и неговата ефективност.

III. Към пациентските организации и лечебните заведения, които оказват грижи за онкологично болни пациенти.

6. Работа с пациентите и техните семейства

- Болните и техните близки да бъдат информирани, че ефективното лечение на болката е тяхно законно право. За целта трябва да бъде изградена система за обучение на болните и техните семейства по проблемите на раковата болка и да се изработят печатни материали, които да се предоставят на болните и техните семейства.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер

1. Проведено е първото в страната всеобхватно и комплексно проучване насочено към изучаване на медико-социалната характеристика на болката при рак и нейното лечение, чрез използването на различни източници на информация и обхващане и изучаване на всички ключови елементи, които имат доказано отношение към постигането на оптимален контрол на раковата болка – здравна политика и законодателство, доставчици на здравни услуги (лекари и специалисти по здравни грижи) и болни като ползватели на здравна помощ.

2. Преведени са и са използвани за първи път в страната официално утвърдени в научната практика, стандартизирани инструменти за изучаване на болката и бариерите пред адекватното ѝ лечение.

3. Представено е действителното състояние на проблема, който засяга голяма част от повече от 250 000 пациенти с онкологични заболявания в България.

4. Направен е опит за първи път в нашата социално-медицинска литература един конкретен не само медицински, но и социален проблем, какъвто е болката при рак, да бъде изучен чрез изследване на различните участници в процеса на неговото решаване – лекари, специалисти по здравни грижи и пациенти и да бъде оценено влиянието на здравната политика върху него.

Приноси с приложен характер

1. Разработен е курс за обучение по проблемите на болката, който е утвърден от Регионалното сдружение на специалистите по здравни грижи и е приложен на практика.

2. Проблемът „Диагноза, контрол и лечение на болката при палиативни пациенти“ е разработен като самостоятелна глава в том III на „Актуални аспекти на общата медицинска практика“ под редакцията на проф. Л. Деспотова-Толева (ISBN 978-954-8326-92-6).

3. Изработени са и са предадени в МЗ за утвърждаване национални стандарти по Палиативни грижи и Национален стандарт за лечение на болката.

4. Изработени са правила за лечение на болката при рак, които са част от методичното ръководство по психоонкология и най-добри подкрепящи грижи МОРЕ 2015 г.

СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Йорданов Н. „**Раковата болка – синдроми и лечение**“ *сп. „Торакална медицина“ т. III ; 2011; брой 1; стр. 7- 20 ISSN 1313-9827*
2. Йорданов Н. „**Онкологичната болка - един нерешен медико-социален проблем**“ *сп. Обзори по Онкология 2015г год.VII бр. 3 ISSN 1313-7115 (под печат)*
3. Йорданов Н. „**Лечение на пристъпи на епизодична (breakthrough pain) болка с Фентанил от ампула приложен сублингвално при онкологично болни на хронично лечение с опиоиди.**“ *Сп. Анестезиология и Интензивно лечение 2011 год XL бр.1 стр. 13-18*
4. Yordanov N.; Yordanova D “**Barriers to Adequate Cancer Pain Control – A Survey among Nurses from Different Hospitals in Vratsa and Students and Teachers from Medical College**” *сп. European Journal of Palliative Care, Supplement: Abstracts of 13th World Congress of the European Association for Palliative Care ; Year 2013; Page 75 ISSN 1479-0793*
5. Йорданов Н., Александрова С., Маринова П. „**Барieri пред постигането на адекватен контрол на болката при рак: оценка на знанията и отношенията на специалисти по здравни грижи, преподаватели и студенти от МУ – София филиал –Враца към онкологичната болка и нейното лечение**“ *в Резюмета от 18-ти Национален конгрес по Анестезиология и Интензивно лечение с международно участие 24-27.10.2013г ; изд. Дружество на анестезиолозите в България; г 2013; стр.101*

