



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“
КАТЕДРА „СЕСТРИНСКИ ХИРУРГИЧНИ ГРИЖИ“

Поля Тодорова Гергова

ЗНАЧИМИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ
ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ

АВТОРЕФЕРАТ

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

Докторска програма:
„Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:
Доц. д-р Стела Людмилова Георгиева, д.м.

Официални рецензенти:
Проф. Галина Стамова Чанева, д.м.
Доц. д-р Мариела Стефанова Камбурова, д.м.н.

Плевен, 2024 г.



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“
КАТЕДРА „СЕСТРИНСКИ ХИРУРГИЧНИ ГРИЖИ“

Поля Тодорова Гергова

**ЗНАЧИМИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ОНКОЛОГИЧНО
БОЛНИ ПАЦИЕНТИ**

АВТОРЕФЕРАТ

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

Докторска програма:
„Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:
Доц. д-р Стела Людмилава Георгиева, д.м.

Официални рецензенти:
Проф. Галина Стамова Чанева, д.м.
Доц. д-р Мариела Стефанова Камбурова, д.м.н.

Плевен, 2024 г.

Дисертационният труд съдържа 171 стандартни машинописни страници и е онагледен с 60 фигури, 24 таблици и 8 приложения.

Библиографският списък съдържа 216 заглавия, от които 67 на кирилица и 149 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са направени 4 публикации и научни съобщения на национални и международни форуми.

Съдържание

Въведение.....	1
I. Цел, задачи и методология на проучването	2
Цел.....	2
Задачи.....	2
Предмет на проучването	3
Обект на проучването и единици на наблюдение	3
Работни хипотези.....	5
Постановка на проучването	5
Методи на проучването.....	6
II. Резултати и обсъждане	7
1. Организацията на работа и компетентности на медицинските сестри в онкологични звена	7
2. Експертно мнение относно компетентностите на онкологичните сестри.....	19
3. Потребности и мнение на пациенти относно онкологичните грижи	26
4. Студентско мнение и самооценка на придобитите компетентности	42
III. Изводи, препоръки и приноси.....	57
Изводи.....	57
Препоръки	58
Приноси	59
Научни публикации и съобщения, свързани с дисертационния труд.....	60

Използвани съкращения

БД	База данни
КОЦ	Комплексни онкологични центрове
КП	Клинична пътека
ЛЗ	Лечебно заведение
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
МКБ	Международна класификация на болестите
НИОИ	Научно-изследователски онкологичен институт
НОМС	Научно-организационна методична секция
НРР	Национален раков регистър
НСИ	Национален статистически институт
ОМО	Организационно-методични отдели
ОПЛ	Общопрактикуващи лекари
РРР	Регионални ракови регистри
СБАЛОЗ	Специализирана болница за активно лечение по онкологичните заболявания
СЗО	Световна здравна организация
УМБАЛ	Университетска болница за активно лечение
УСБАЛО	Университетска болница за активно лечение по онкология
ASC	American Cancer Society
ONS	Oncology Nursing Society
ЕС	Европейски съюз
HPV	Human papilloma virus (Човешки папиломен вирус)
ICN	International council of nursing (Международен съвет на сестрите)

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната значимост на заболяванията се определя от редица критерии. Висока болестност и смъртност и неблагоприятната динамика (нарастване) на стойността на тези показатели, особено сред лицата в трудоспособна (активна) възраст, е един от водещите критерии за тежестта на дадено заболяване върху общественото здраве. От голямо значение е клинична и трудова прогноза на заболяването и вероятността от загуба на работоспособност или влошаване оптималното функциониране при изпълнението на обичайните ежедневни дейности, което измерва капацитета на независимост при самообслужване, поддръжка на домакинство и социална интеграция. Не са за пренебрегване необходимостта от болнично лечение с прилагане на скъпо струващи лекарства и високотехнологична апаратура, психо-емоционалните аспекти и качество на живот на засегнатите лица. На базата на посочените критерии, онкологичните заболявания попадат с пълно основание в групата на социално значимите заболявания, което определя големия научен интерес към въпроси, свързани с тяхната епидемиология, диагностика, лечение и здравни грижи.

Грижите за пациентите с онкологични заболявания са интегрална част от лечебния процес, в който лекарските дейности и сестринските грижи са в тясно взаимодействие. Като част от интердисциплинарен екип, от медицинската сестра се изискват специални познания и умения при разпознаването и контрола на редица прояви на онкологичното заболяване (болка, недोхранване, интоксикации и т.н.). Специфичните характеристики и прояви на онкологичните заболявания пораждаат необходимостта от профилност на сестринските грижи, регламентирано в Наредба №1 на МЗ от 2011 г. Практикувайки в различни структурни звена - стационари по онкологична хирургия, химиотерапия и лъчетерапия, онкологични консултативни кабинети, хосписи, те трябва да успяват да обхванат сложността на лечението и грижите, многобройни режими на лечение, изисквания за работа в интердисциплинарен екип и психосоциалните нужди на пациентите и техните семейства.

Водещи учени и клиницисти в областта на онкологията подчертават, че уникалната роля на онкологичната сестра, базирана на концептуалния модел на професионалното сестринство и здравните грижи, е в централната позиция, която тя заема по отношение на пациент, семейство и други здравни звена. Функциите на сестрата (непрекъснати, многостранни и комплексни) са свързани с: планиране,

управление и осъществяване на качествени общи и специфични грижи, обучение на пациента и близките, оказване на психологическа, емоционална и социална подкрепа, непрекъснато повишаване на квалификацията и развитие на знанията и уменията.

Разработването на настоящия дисертационен труд е в отговор на потребностите от анализ на компетенциите на медицинските специалисти за лечение и здравни грижи на пациентите с онкологични заболявания в стационарни и амбулаторни условия, проучване на готовността на медицинските сестри да отговорят на високите изисквания на пациентите и техните близки, повишаване удовлетвореността им и безопасност на предоставяните здравни грижи. Направен е задълбочен преглед и анализ на значими аспекти на сестринските грижи при онкологично болни пациенти, акцентирайки както на добри практики, така и на неразрешени проблеми в осъществяване на здравни грижи, основани на холистичния подход, от каквито пациентите се нуждаят.

I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ

Целта на настоящата научна разработка е да се проучи организацията на сестринските грижи за пациенти с онкологични заболявания в стационарни и амбулаторни условия, компетенциите на сестрите за осъществяване на специализирани онкологични грижи, удовлетвореността на пациентите от предложените грижи, и да се предложи модел за оптимизиране на грижите.

ЗАДАЧИ

За реализиране на целта са поставени следните **задачи**:

1. Да се проучи организацията на сестринските грижи в стационарни и амбулаторни условия и процесът на водене на сестринска документация.
2. Да се проучат компетенциите на медицинските сестри за осъществяване на специфични грижи за пациентите с онкологични заболявания.
3. Да се проучи мнението на експерти: лекари – онколози, главни и старши медицински сестри относно процеса на обучение и оказване на здравни грижи за онкологично болни пациенти.
4. Да се проучи удовлетвореността на пациентите и техните близки от процеса на осъществяване на сестрински грижи.
5. Да се проучат потребностите на студентите и стажантите от специалност „Медицинска сестра” от усвояване на нови знания и придобиване на специфични

умения за оказване на грижи за онкологично болни пациенти, извън тези, които се преподават в базовата програма по сестринство.

6. На базата на получените по предходните задачи резултати да се предложат мерки за оптимизиране на процеса и качеството на здравните грижи в онкологията.

ПРЕДМЕТ НА ПРОУЧВАНЕТО

Предмет на настоящото проучване са организацията на дейностите в онкологичните звена, компетенциите на медицинските сестри за предоставяне на здравни грижи за онкологично болни пациенти, и удовлетвореността на пациентите и техните близки от предоставените здравни грижи.

ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО И ЕДИНИЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ

Обект на настоящото проучване са лечебните структури за болнична и извънболнична онкологична помощ в Централна Северна България, и висши учебни заведения за обучение по специалност „Медицинска сестра” в България.

Технически единици на наблюдение:

Лечебни заведения за болнична онкологична помощ:

- Клиника по онкогинекология, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД – Плевен
- Отделение по лъчелечение, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД – Плевен
- Отделение по медицинска онкология, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД – Плевен
- Клиника по акушерство и гинекология, УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен

Лечебни заведения за извънболнична онкологична помощ:

- Отделение за диспансерно наблюдение на болни с онкологични заболявания, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД – Плевен
- Кабинет по контрол на болката, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” ЕАД – Плевен

Други лечебни заведения

- Комплексен онкологичен център – ЕООД, гр. Враца, Отделение „Палиативни грижи“

Висши училища за профилирано обучение, в което се обучават студенти от специалност „Медицинска сестра”

- МУ - Плевен, Факултет „Здравни грижи“
- МУ - Варна, Факултет „Обществено здраве“
- Русенски университет, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“

Логически единици на наблюдение:

- Редови медицински сестри, работещи в болнични, извънболнични онкологични структури;
- Експерти в сферата на онкологичното лечение и грижи - главни и старши медицински сестри, лекари – онколози и онкохирурзи;
- Пациенти с рак на млечна жлеза, рак на бял дроб, рак на женски полови органи, рак на дебело черво и ректум, рак на стомаха, претърпели оперативно лечение и/или провеждащи лъчелечение и химиотерапия, и изразили писмено информирано съгласие за участие в проучването;
- Студенти и дипломанти от специалност „Медицинска сестра“.

Признаци на наблюдение на логическите единици

- **На медицинските сестри** – възраст, пол, образователно-квалификационна степен, трудов стаж – общ и по специалността, терапевтичната връзка медицинска сестра-пациент, поведение при приемане и обгрижване на пациентите, участие в получаване на информирано съгласие на пациента и неговите близки, спазване на етични правила в грижите за онкологично болни пациенти, умения за общуване в интердисциплинарен екип, самооценка на компетенциите и необходимост от следдипломно продължаващо обучение за поддържането и повишаването им.
- **На експертите** – възраст, пол, образователно-квалификационна степен и специализация, трудов стаж, мнение за роля и място на медицинската сестра в процеса на предоставяне на грижи за онкологично болни пациенти, необходимост от специални компетенции, оценка на знанията и уменията на студентите от специалност „Медицинска сестра” при работа с онкологично болни в клинична среда, оценка на посещаемост активност по време на учебна практика и преддипломен стаж.
- **На пациентите** – възраст, пол, образование, трудов стаж, удовлетвореност от уменията на медицинските сестри за общуване с пациента и от информирането им за диагностично-лечебния процес при постъпване, по време на престоя и при изписването им от клиниката; доверие към медицинските работници, потребност от съвети и най-честите затруднения, които изпитват в периода след изписване от стационара.
- **На студентите и стажантите - медицински сестри** – година на обучение, самооценка на усвоените теоретични знания и придобитите практически умения

за работа в онкологична клинична среда, потребности и предпочитани методи за усвояване на нови знания, поведение в присъствието на болния и близките му, нагласа за работа в заведенията за болнична, извънболнична онкологична помощ и хоспис.

РАБОТНИ ХИПОТЕЗИ

- Широкият спектър на отговорности на онкологичната сестра, регламентирани в стандарт „Медицинска онкология“ в България предполага дефицит на някои тясно специализирани дейности при здравните грижи за онкологично болни пациенти.
- Медицинските сестри и студентите осъзнават необходимостта от непрекъснато обучение, свързано с оптимизиране на процеса на здравни грижи за онкологично болни пациенти.
- Удовлетвореността на пациентите от оказаните сестрински грижи по време на болничния престой и след изписването им е висока, но има недостиг при осъществяване на някои специфични дейности.

ПОСТАНОВКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Проведено е комплексно медико-социално проучване в периода 2020 г. – 2022 г. Представителността на извадката е гарантирана от включване на лечебни заведения от различен тип и населени места, университетски и болнични структури, разпределени както следва: два медицински университета, едно висше учебно заведение, две университетски болници, отделение по лъчелечение, химиотерапия, отделение за диспансерно наблюдение, кабинети за извънболнична специализирана помощ, един комплексен онкологичен център и един хоспис.

I етап (подготовка на проучването) – м. януари – м. декември 2020 г.

- Изготвяне на литературен обзор чрез преглед на достъпна литература по темата и анализ на нормативни документи в проблемната област.
- Подготовка и апробиране на инструментариум – изготвени са въпросници (анкетни карти, въпросник за интервю) за различните категории лица, включени в проучването. Проведено е пилотно проучване, обхващащо 46 студенти от специалност „Медицинска сестра“ и 25 действащи професионалисти по здравни грижи в онкологични звена.
- Научно-изследователският проект е представен пред КЕНИД за получаване на одобрение за реализирането му.

II етап (събиране на емпирична социологическа информация) – м. януари 2021 г.
– м. декември 2021 г.

- Проведени анкетни проучвания сред 199 студенти и дипломанти от специалност „Медицинска сестра“, 88 медицински сестри, работещи в онкологични звена, 19 експерти.
- Проведено полуструктурирано интервю с 97 пациенти с онкологични заболявания, лекувани в обхванатите в проучването лечебни заведения.

III етап (обработка и анализ на данните) – м. януари 2022 г. – м. декември 2022 г.

- Въвеждане на емпиричните данни в съответната статистическа програма, извеждане на съвкупната информация и организирането и в таблици и графики
- Анализ на получените данни, обобщаване на резултатите и формулиране на изводи.

МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Социологически методи

Анкетен метод – разработени са анкетни карти за различните категории лица, включени в проучването

- Анкетна карта за студенти и дипломанти от специалност „Медицинска сестра, ОКС „Бакалавър“
- Анкетна карта за медицински сестри, работещи в онкологични звена
- Анкетна карта за експерти при лечение и грижи за пациенти с онкологични заболявания

Интервю – разработен е въпросник за интервю с онкологично болни пациенти, организиран в три части:

- Информираност на пациентите и отношение на здравните работници към тях по време на болничния престой
- Оценка на физическо, психическо, емоционално, социално състояние на пациентите и степен на зависимост от грижи
- Здравно-демографски характеристики

Документален метод – направени са:

- Обследване на задължителната болнична документация по клинични пътеки на проследяваните заболявания при лечение и грижи за онкологично болните
- Анализ на Европейски нормативни документи регламентиращи обучението на медицинските сестри

- Сравнителен анализ на възможности за следдипломно обучение
- Сравнителен анализ на заболяемост и смъртност от онкологични заболявания в развити европейски страни и у нас

Статистически методи

Статистическата обработка на първичните данни е извършена със софтуерни пакети Microsoft Office Excel 2019 и IBM SPSS Statistics v.26.0. Използвани са класически методи за анализ на данни:

- Дескриптивни статистически методи – резултатите са представени в честотни таблици в брой и процент;
- Непараметричен тест – χ^2 критерии за установяване на връзка между две променливи;
- Корелационните зависимости са оценявани чрез коефициентите на корелация на Пирсон (r) и Спирман (ρ);
- Графичен анализ

Статистическата достоверност на различията е оценявана с помощта на непараметрични и параметрични тестове (хи-квадрат и t-критерии на Стюдент-Фишер при едностранен и двустранен тест). За значими са приемани различията при ниво на $P < 0.05$ при двустранен тест и $P < 0.025$ при едностранен тест.

II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

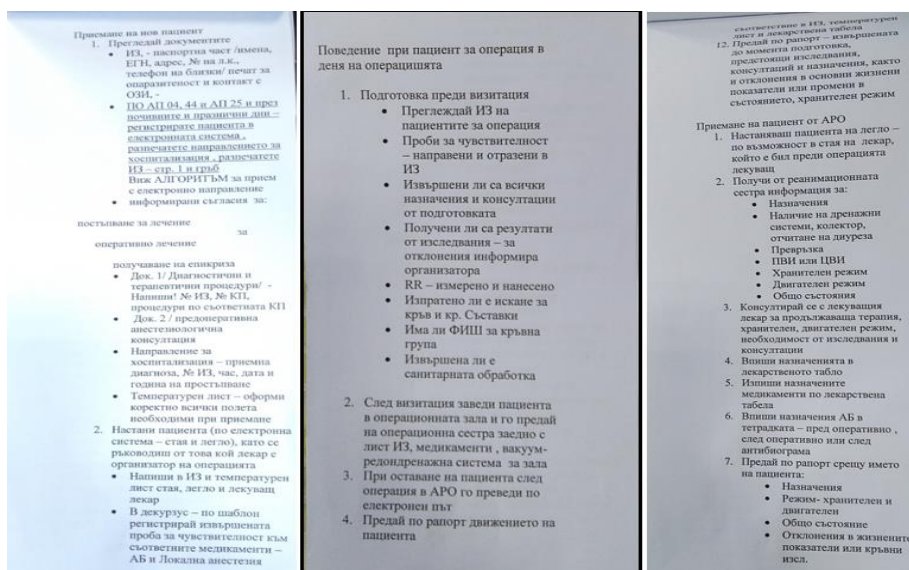
1. Организацията на работа и компетентности на медицинските сестри в онкологични звена

По **първа задача**, съгласно разработен въпросник за анализ на документи, беше проучена организацията на сестринските грижи в стационарни и амбулаторни условия и процесът на водене на сестринска документация.

От прегледа на документацията и проучване на работата в структурите за болнична/ извънболнична помощ се установи:

1. Сестринските грижи за онкологично болни пациенти се осъществяват съгласно приети протоколи, технически фишове и алгоритми за дейности (сн. 1). На разположение на медицинската сестра е разработен подробен алгоритъм за действие при:
 - прием, превеждане и изписване на пациент, настаняване по електронна система

- насочване на пациента за осъществяване на необходимите изследвания,
 - изписване на медикаментите по лекарствена табела,
 - извършване на проби за чувствителност към медикаменти,
 - предоперативна подготовка
 - водене и извеждане на визитацията и други дейности.
2. Здравните грижи се осъществяват съгласно изискванията за сестрински дейности на стандарт „Медицинска онкология“ и Наредба №1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (ДВ бр. 15, 18.02.2011.). Съответните документи са налице в обследваните болнични и извънболнични структури.
3. В клиничните пътеки дейността на медицинската сестра е описана с понятието „Здравни грижи“ без да са конкретизирани изискуеми нива на компетентност и специфични изисквания при обслужване на пациенти с различна локализация на онкологичното заболяване.
4. Липсват разработени модели или алгоритъм на грижи за безопасност на онкологично болните след дехоспитализация.
5. Не са разработени програми за работа с пациентите в общността през целия континуум на болестта. Слабо застъпена е профилактиката на различни нива на развитие на патологичния процес.



Снимка 1: Алгоритъм за поведение на медицинската сестра в отделение по Онкологична хирургия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“

По втора задача, съгласно разработена за целта анкетна карта, бяха проучени компетенциите на медицинските сестри, работещи в различни онкологични структури, които те могат да прилагат самостоятелно или по назначение на лекар. Акцент беше поставен върху честотата на извършване на специфични дейности за пациентите с онкологични заболявания, като бяха изследвани най-важните професионални и социални умения, и нуждата от допълнителна квалификация на медицинските сестри.

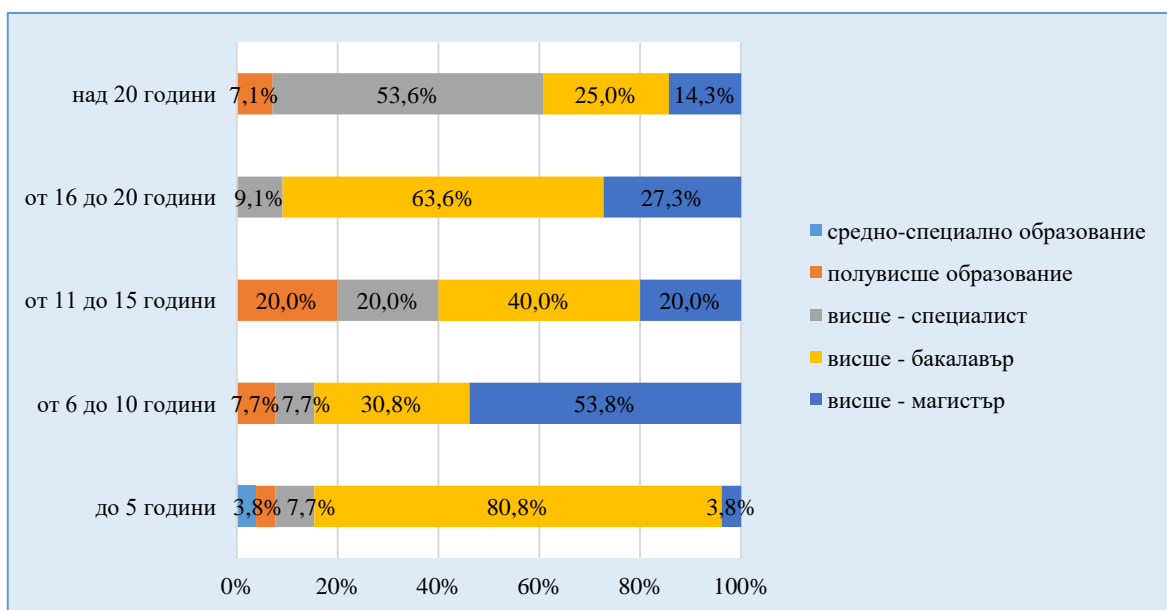
Броят на обхванатите в проучването медицински сестри е общо 88. Разпределението по възраст и общ сестрински стаж показва интересна закономерност на доминиране на лицата в двете крайни възрастови групи (Табл. 1). Най-висок е дялът на сестрите на възраст под 30 години. „Подмладяването“ на сестринския персонал може да се обясни с наличието на Медицински университет в град Плевен за обучение на студенти от специалност „Медицинска сестра“ и възможността им за реализация в отделенията/ клиниките с онкологична насоченост. Това може да се приеме като положителна тенденция за попълване на дефицита от специалисти по здравни грижи. Високият относителен дял на сестрите над 60 години вероятно е свързан с увеличаване възрастта за пенсиониране, както и с продължаване на активна професионална дейност в пенсионна възраст, поради недостиг на персонал.

Табл. 1 Социално-демографски характеристики на медицинските сестри

Характеристика	Брой	(%)
Възраст		
< 30	28	31.8
31-39	14	15.9
40-49	19	21.6
50 -59	15	17.0
60 <	12	13.6
Пол		
жена	78	88.6
мъж	10	11.4
Образование		
средно-специално	1	1.1
полувисше	6	6.8
висше-специалист	21	23.9
висше-бакалавър	43	48.9
висше-магистър	17	19.3
Трудов стаж		

Характеристика	Брой	(%)
до 5 години	26	29.5
от 6 до 10 години	13	14.8
от 11 до 15 години	10	11.4
от 16 до 20 години	11	12.5
над 20 години	28	31.8
Трудов стаж в онкологично заведение		
до 5 години	40	45.5
от 6 до 10 години	21	23.9
от 11 до 15 години	10	11.4
от 16 до 20 години	10	11.4
над 20 години	7	8.0
Общо	88	100.0

Проучване на респондентите по общ сестрински стаж и трудов стаж в онкологична структура, обаче, показва прогресиращо намаляване делът на лицата от ниските към високите стойности на променливата (Табл. 1). Това може да е свързано с редица негативни ефекти като липса на ролеви модел и наставничество за младите медицински сестри, както и да е резултат от burnout синдром и текучество на персонала поради интензивната и емоционално изтощаваща работа в онкологичните звена.

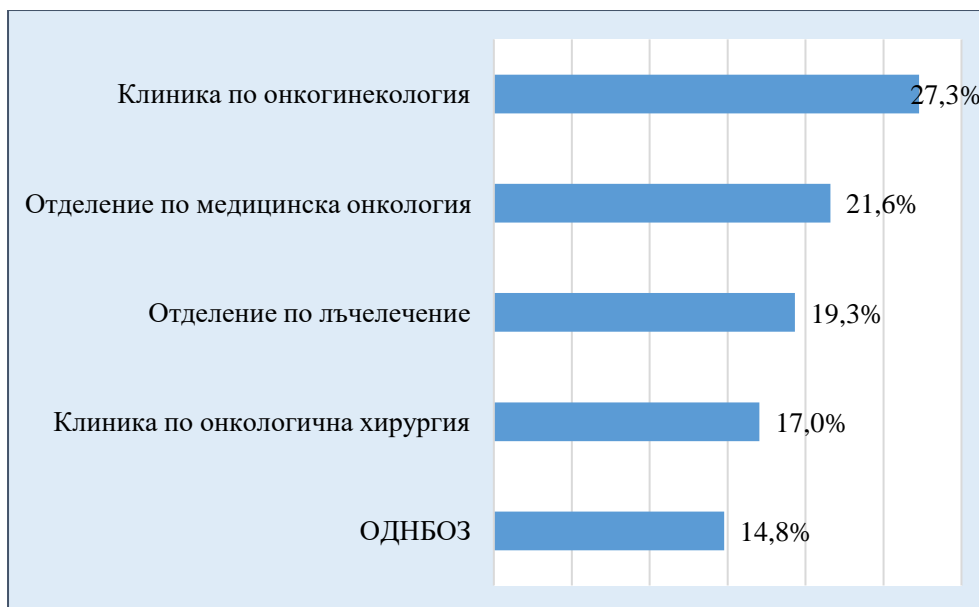


Фиг. 1 Разпределение на респондентите по общ сестрински стаж и образователен ценз

Наблюдава се статистически значима връзка между общ сестрински стаж и образователен ценз ($\chi^2=43.914$, $df=16$, $p=0.000$, Cramer`s V=0.353).

Болшинството от респондентите (80,8%) с общ трудов стаж до 5 години е с ОКС „бакалавър“ по Здравни грижи, което означава, че студентите приемат предизвикателството и предпочитат онкологичните структури за начало на своя професионален път. Положителната тенденция е, че се наблюдава „подмладяване“ на числения състав в тях. Повече от половината от респондентите с трудов стаж от 6 до 10 години е с ОКС „магистър“ по Управление на здравни грижи, което е доказателство за заинтересованост на студентите, желание за растеж, развитие и продължаване на своето образование в по-висока степен. По данни на доклад от проведена програмна акредитация на специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Плевен се предоставя възможност на завършилите специалност „Медицинска сестра“, ОКС „бакалавър“ да продължат своето образование в магистърската програма по „Управление на здравните грижи“, към Факултет „Обществено здраве“ на МУ-Плевен. За учебна 2023 – 2024 година са приети общо 35 студенти, от тях **25** студенти са завършили специалност „Медицинска сестра“ и продължават своето образование в тази програма. От фиг. 9 се вижда, че все още има резерви и препоръки за повишаване на образователния ценз във възрастовите групи от 16 до 20 и над 20 години трудов стаж, където преобладаващата част от респондентите са с ОКС „бакалавър“ (63,6%) и „специалист“ (53,6%).

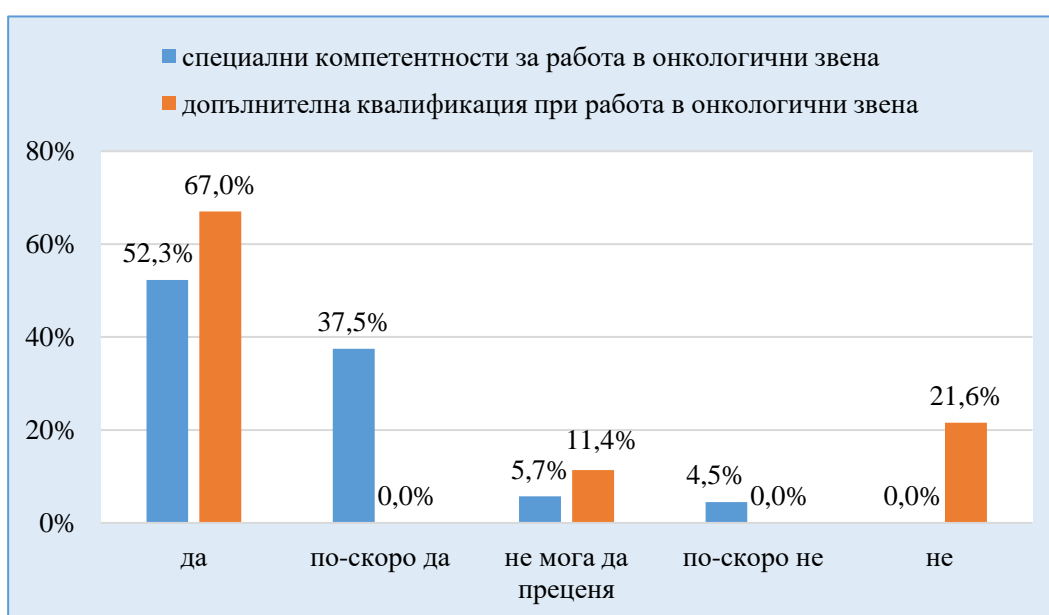
Разпределението на сестрите по месторабота включва по-висок относителен дял на работещите в стационарна онкологична помощ с оглед на преобладаващите методи на лечение на онкологичните заболявания (Фиг. 2). Най-често полаганите грижи се отнасят към пациенти със заболявания на женски полови органи, при пациенти провеждащи конвенционални методи на лечение: химиотерапия и лъчелечение и хирургично третиране при рак на млечна жлеза, рак на дебело черво и ректум.



Фиг. 2 Разпределение на респондентите по онкологични структури

Образование и допълнително обучение

В Табл. 1 е представено разпределението на медицинските сестри по образователна степен. С образователно-квалификационна степен „Бакалавър“ по специалността „Здравни грижи“ са общо 68,2%, 43 (48,9%) са бакалаври по здравни грижи, като от тях 19,3% са продължили образованието си в ОКС „Магистър“ по „Управление на здравни грижи“. С ОКС „Специалист“ са 21 (23,9%). Прави впечатление, че само 6,8% са с полувисше образование. Тези резултати показват



Фиг. 3 Необходимост от специални компетентности за работа в онкологични звена и допълнителна квалификация при работа в онкологични звена

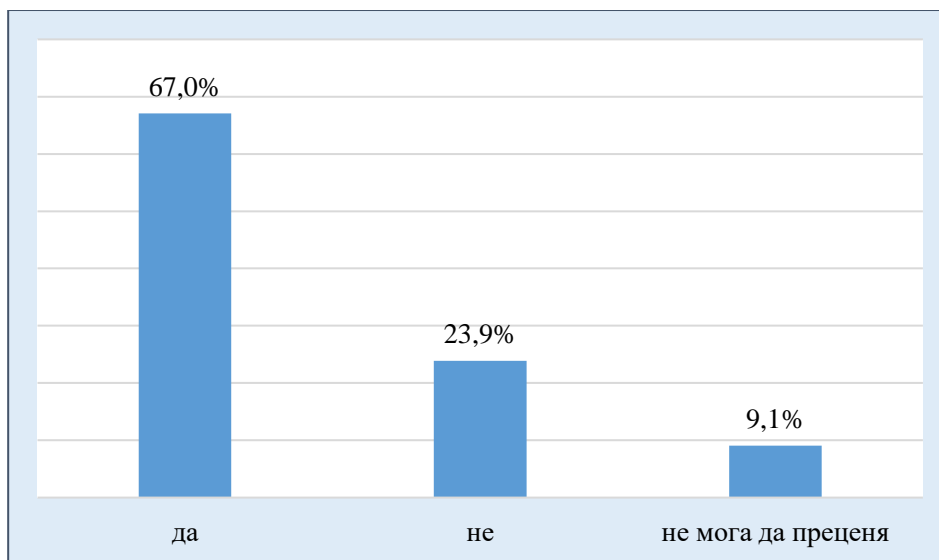
желанието за растеж и развитие на медицинските сестри в професионален план и се отразяват на изразеното мнение относно продължаващата квалификация.

По-голяма част от респондентите смятат, че работата с онкологично болни е специфична и изисква допълнително обучение и висока квалификация (67,0%). Процентът на тези, които смятат, че това не е нужно или не могат да преценят е висок (33,0%). Това обяснява и високият дял на лицата, които не са участвали в програма за продължаващо обучение до момента 49 (55,7%). Малък е дялът на лицата със специализация по онкологични грижи (5,7%).



Фиг. 4 Разпределение на изследваните лица по участие в продължаващо обучение

Болшинството от анкетираните са на мнение, че медицинската сестра трябва да информира пациента и близките му по въпроси от нейната компетентност (67,0%). Приблизително една четвърт от тях не са съгласни с това (23,9%) (Фиг. 5). Способността на медицинската сестра да води разговор и общува с пациента и близките му е умение, което се учи и възпитава съзнателно в процеса на обучение и взаимодействие с онкологично болните пациенти. Би трябвало медицинските сестри с по-продължителен трудов стаж в онкологично звено да общуват по-лесно по въпроси засягащи онкологично болния и близките му. Много проучвания доказват, че студентите се притесняват от срещата с онкологично болни, поради страх от невъзможността да променят и въздействат на състоянието на онкологично болния пациент и страничните ефекти от проведената конвенционална терапия.



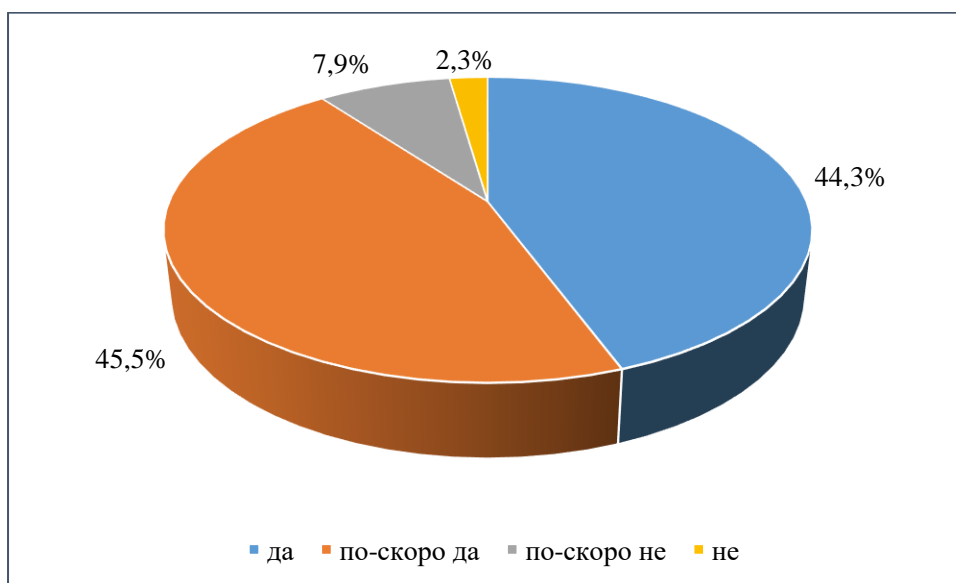
Фиг. 5 Мнение на медицинските сестри относно правото да предоставят информация на болния съобразно своята компетентност

На Табл. 2 са онагледени дейностите, които изискват от медицинската сестра да умее да води разговор с пациента по въпроси свързани със стационарното лечение и грижи. Повече от половината от медицинските сестри отговарят утвърдително, не малък е делът на тези които имат колебания или се въздържат от общуване с пациента.

Табл. 2 Информирание на пациента от сестрата по време на хоспитализация

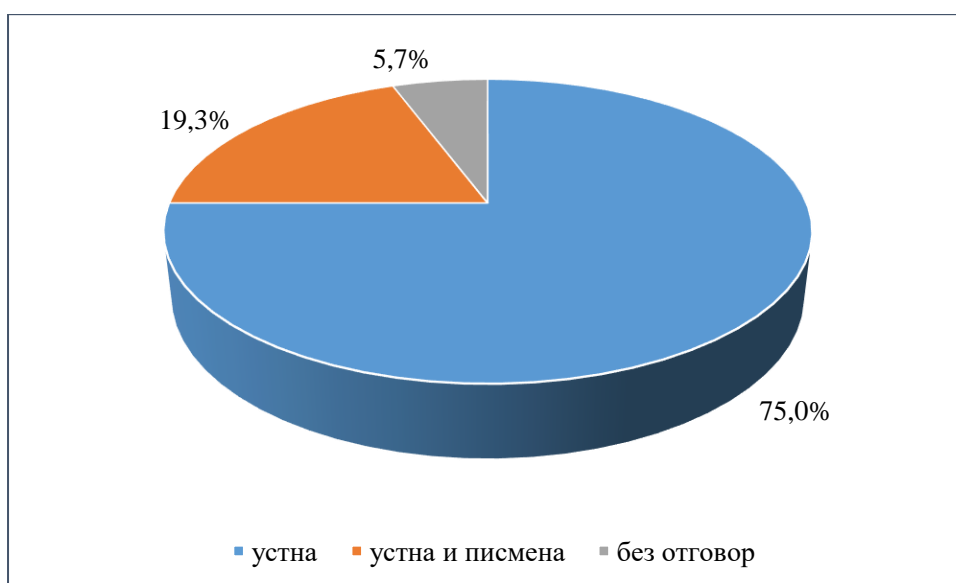
Твърдения	да	по-скоро да	не мога да преценя	по-скоро не	не
Осигурявам достъп до информация за правата на пациента	46 (52.3%)	22 (25.0%)	7 (8.0%)	9 (10.2%)	4 (4.5%)
За правилник на вътрешния ред в отделението	51 (58.0%)	19 (21.6%)	5 (5.7%)	4 (4.5%)	9 (10.2%)
За предстоящи изследвания - вид, цел, подготовка и в какво се състои изследването	54 (61.4%)	11 (12.5%)	4 (4.5%)	14 (15.9%)	5 (5.7%)
За резултати при изследване на RR, T, сърдечна честота	54 (61.4%)	11 (12.5%)	4 (4.5%)	14 (15.9%)	5 (5.7%)
за предстояща манипулация-инжекция, инфузия, превръзка	65 (73.9%)	12 (13.6%)	3 (3.4%)	5 (5.7%)	3 (3.4%)
За приема на лекарства - вид, доза, ефекти, съобразно назначенията	48 (54.5%)	12 (13.6%)	4 (4.5%)	12 (13.6%)	12 (13.6%)

Медицинските сестри са посочили, че дават информация на болния за това, как да се грижи за себе си у дома (44,3%), но най-често вида на предоставената информация е устна (75,0%) (Фиг. 6).



Фиг. 6 Даване на информация относно грижите в дома на болния след дехоспитализация

Устна и писмена информация дават 19,3% от респондентите, а 5,7% не са дали отговор на този въпрос. Това е позитивно, тъй като по време на изписването пациент се вълнува и не би могъл да запомни всички препоръки, особено ако не е здравно лице. Затова за предпочитане е писмената информация, която пациентът може да прочете на спокойствие, когато се прибере у дома (Фиг. 7).



Фиг. 7 Разпределение на респондентите по вид на предоставяната информация

Работата с онкологично болни изисква от медицинските сестри да притежават и социални умения и компетенции. Като най-важни те посочват отговорност 60 (68,2%), способност за ефективна комуникация 56 (63,6%), и уважение и индивидуален подход 43 (48,9%). Отговорите надвишават 100%, тъй като беше дадена възможност за избор до 3 отговора (Фиг. 8).



Фиг. 8 Разпределение на респондентите по посочени от тях най-важни социални умения и компетенции в грижите за онкологично болни пациенти

Като възможни начини за оптимизиране на грижите за онкологично болните, медицинските сестри посочват в най-висока степен нуждата от увеличаване броя на



Фиг. 9 Мнение на изследваните лица за възможните начини за подобряване на грижите за онкологично болните

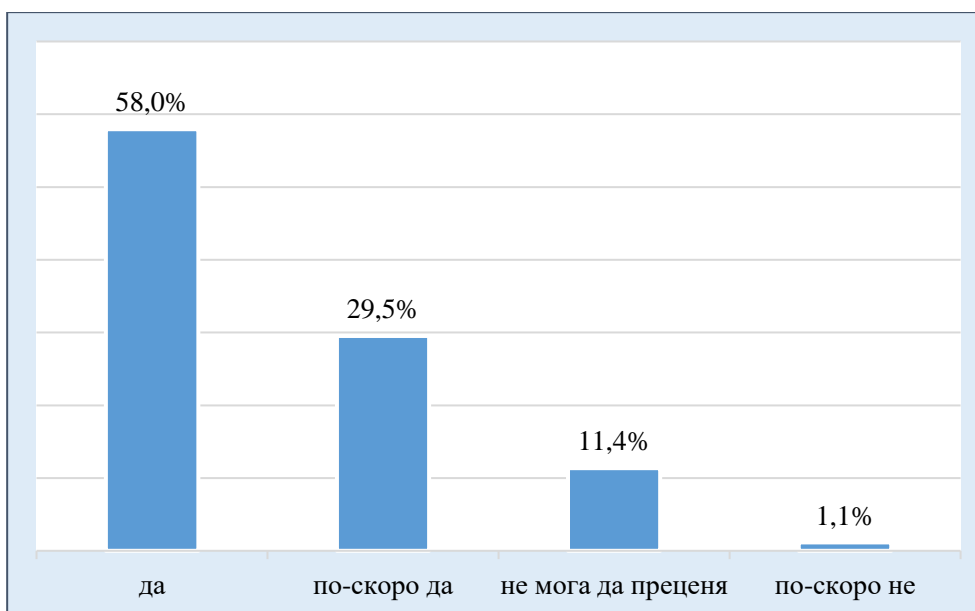
специалистите по здравни грижи 79 (89,8%), морално и материално стимулиране 41 (46,6%) и увеличаване броя на помощния персонал 40 (45,5%), на трето място. Едва 10 сестри (11,4%) отбелязват като възможност за гарантиране сигурността на болния и безопасността на грижите, въвеждането на национални стандарти и протоколи за сестрински грижи.

Много важен аспект във процеса на осъществяване на здравни грижи е установяването на „терапевтична връзка“ между медицинската сестра и пациента. „Терапевтична връзка“ е понятие в научната литература, което обозначава взаимоотношенията сестра – пациент и се базира на специфичните професионални знания, умения и позиция на медицинската сестра и зависимата в някои отношения позиция на пациента. Обсъждат се пет важни компонента на терапевтичната връзка, които неизменно присъстват в нея, независимо от продължителността и условията, в които се оказва грижата:

- Доверие – за установяване на доверие, сестрата трябва да спазва стриктно всичко, което са уточнили с пациента като обхват на грижата. Ако това не се случи доверието се загубва и трудно може да бъде възстановено
- Уважение – уважението е свързано със запазване на достойнството на пациента, независимо от неговите индивидуални характеристики и здравния проблем
- Професионална интимност – създаването на особена близост, задушевност във взаимоотношенията е свързана с дейностите, които сестрата извършва. Това може да са физически дейности – тоалет, помощ за придвижване, или да включва психологически, духовни и социални елементи. Достъпът на сестрата до лична информация на пациента също допринася за създаването на такава близост.
- Емпатия – Терминът "емпатия" (empathy) е въведен за първи път през 1909 г. от психолога Едуард Б. Тиченер в превод на немския термин *einfühlung* (което означава "чувство"). Емпатията включва способността да разбираме емоционално това, което изпитва друг човек. По същество тя е способността да се поставяме в положението на някой друг и да чувстваме това, което вероятно чувства той. В сестринството емпатията трябва да бъде балансирана с известна дистанция, за да се осигури обективност и професионализъм в оказване на грижите, и да се предотврати синдром на професионално прегаряне.

- Сила – във взаимоотношенията между пациента и сестрата, втората се намира в привилегировано отношение идващо от специфични знания, позиция в здравната система, достъп до информация и данни за пациента. В тази си позиция тя може да бъде защитник на правата на пациента, да управлява насоката на развитие на терапевтичната връзка. Трябва да се има предвид, обаче, че неправилно насочената сила на здравния професионалист може да доведе до злоупотреба.

Установяването на терапевтична връзка между медицинската сестра и пациента би улеснило приспособяването на болния към здравословното му състояние според 87,0%. 12,5% не могат да преценят или са отговорили с „по-скоро не“, което би могло да се приеме и като не съвсем добро познаване на използваното понятие. Положително мнение относно притежаването на специални компетентности от онкологичната сестра изразяват 89,8% от анкетираниите. 4,0% смятат, че не са нужни специални компетенции или своевременната им актуализация при обгрижване на онкологично болни.



Фиг. 10 Мнение на респондентите относно значението на терапевтичната връзка "медицинска сестра-пациент" за приспособяване на пациента към здравословното му състояние

Медицинската сестра като част от интердисциплинарен екип има съществена роля в организиране, планиране, прилагане и оценка на резултатите от клиничните грижи за пациентите. Добрите комуникативни умения играят ключова роля за установяването на терапевтична връзка между медицинската сестра и онкологично болни пациенти в целия спектър на здраве, болест, в реконвалесцентния период и

континуум на онкологичното заболяване. Фокусът на тази комуникация са нуждите на пациента и осъществяването на грижи за него и близките му. За да отговори на тези нужди медицинската сестра трябва да вземе предвид много фактори като: физическо и емоционално състояние на пациента, потребности, ценности, културни предпочитания, готовност и време за общуване. В тези взаимоотношения медицинската сестра трябва да демонстрира уважение, искреност, емпатия, съпричастност, да създава атмосфера на доверие и поверителност. Грижите за пациентите с онкологични заболявания са специфични, предвид естеството и стадия на заболяването, прогнозата, възможните странични ефекти при провеждане на химио- и лъчетерапия. Медицинските сестри, които се грижат за тези пациенти трябва да притежават не само отлични професионални умения, но и да проявяват чисто човешки качества като състрадание, търпение, такт, емпатично отношение и морална подкрепа.

2. Експертно мнение относно компетентностите на онкологичните сестри

По трета задача проучихме мнението на експерти за ролята и мястото на медицинската сестра/ акушерка при обгрижване на онкологично болни, за необходимостта от притежаване на специфични компетенции на работещите в тази област и мнение относно етапа на създаване и прилагане на стандарти за добра онкологична здравна грижа.

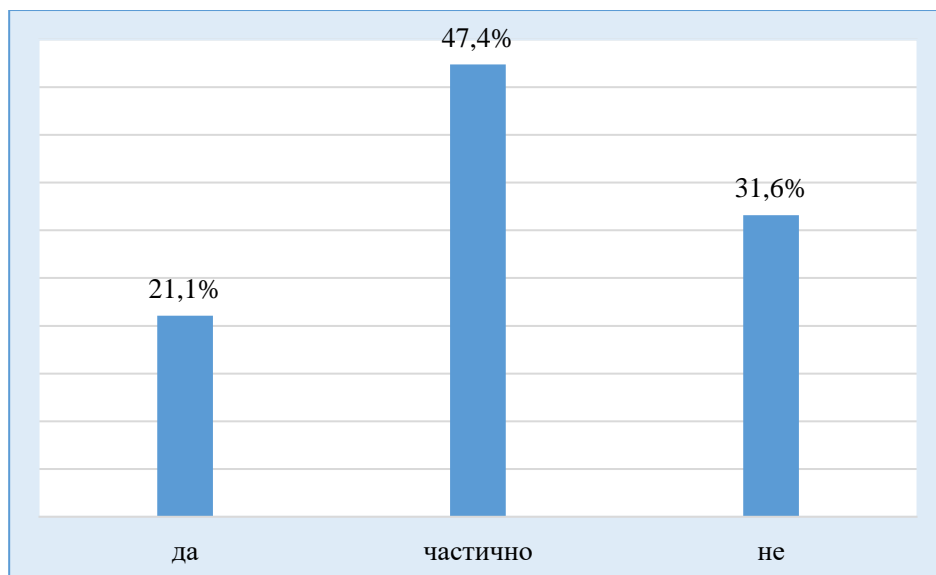
Извадката включва 19 изследвани лица, като (31,6%, n=6) са старши медицински сестри, а (68,4%, n=13) заемат ръководна позиция и лекари със специалност в разглежданите онкологични структури.

Табл. 3 Социално-демографски характеристики на експертните лица

Характеристика	Брой	(%)	
Възраст	< 30	4	21.6
	31-39	6	31.6
	40-49	2	10.5
	50-59	2	10.5
	60-69	5	26.3
	70 <	-	-
Пол	жена	11	57.9
	мъж	8	42.1
Научно звание/длъжност			

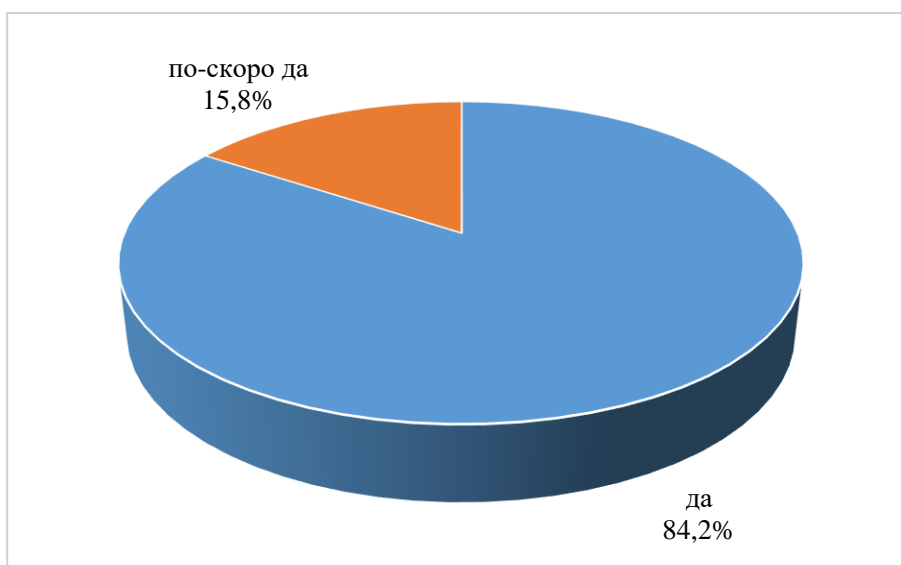
Характеристика	Брой	(%)
асистент	8	42.1
главен асистент	1	5.3
доцент	1	5.3
професор	1	5.3
старша мс/лекар	8	42.1
Образование/научна степен		
средно-специално образование	-	-
полувисше образование	-	-
висше – специалист	2	10.5
висше – бакалавър	1	5.3
висше – магистър	16	84.2
доктор	2	10.5
доктор на науките	-	-
Трудов стаж		
до 5 години	6	31.6
от 6 до 10 години	4	21.1
от 11 до 15 години	-	-
от 16 до 20 години	-	-
над 20 години	9	47.4
Трудов стаж в онкологично заведение		
до 5 години	7	36.8
от 6 до 10 години	4	21.1
от 11 до 15 години	1	5.3
от 16 до 20 години	2	10.5
над 20 години	5	26.3
Общо	19	100.0

Според значителна част от експертите, в ръководената от тях структура няма (n=6; 31.6%) или са в процес на разработване и въвеждане (n=9; 47.4%) стандартизирани компетенции на онкологичната сестра. Тъй като във всяко звено има специфика на дейностите, както и смесване на лекарски и сестрински дейности, ще бъде от полза за медицинските сестри да има нормативно регламентирана документация описваща задълженията на двете страни. Така всеки ще носи персонална отговорност за извършените действия и ще се осъществява контрол (Фиг. 11).



Фиг. 11 Наличие на стандартизирани компетенции на онкологичната медицинската сестра в лечебното заведение

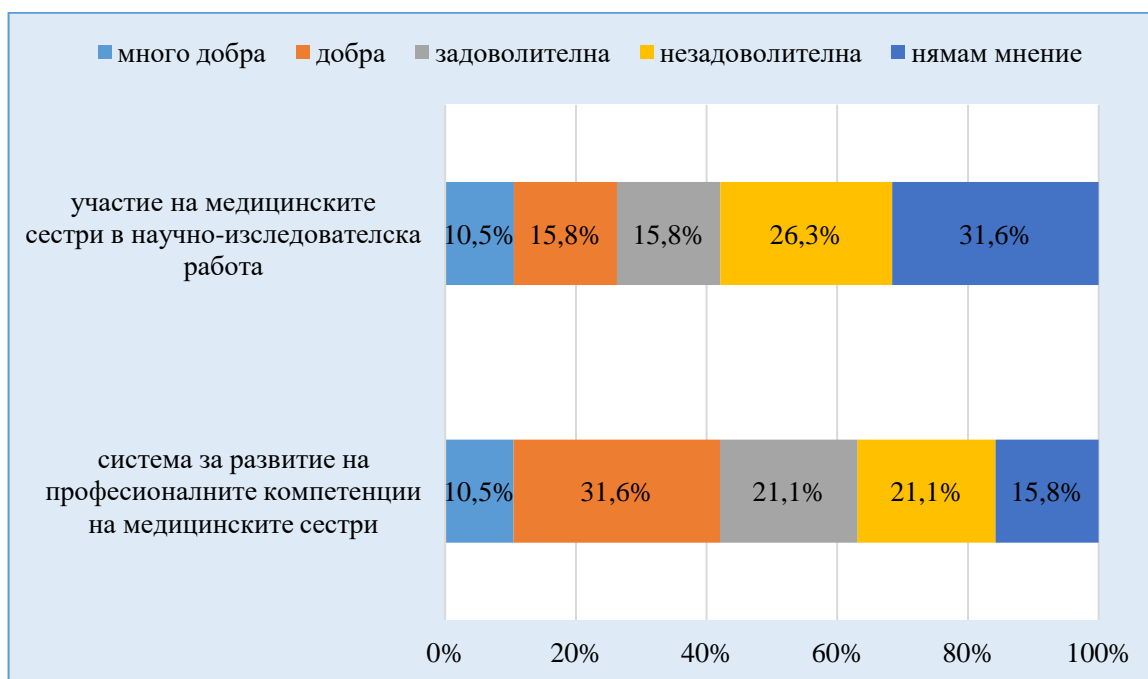
Категорични в оценката си са експертите ($n=16$; 84,2%) и по-скоро да ($n=3$; 15,8%), че медицинските сестри трябва да притежават специални компетенции и да бъдат подготвени за работа с онкологично болни, предвид характера на онкологичните заболявания, хроничното им протичане и повишената преживяемост на оцелелите след онкологично заболяване пациенти. **Компетенциите на сестрите трябва да обхващат различните нива на здравна помощ през целия континуум на хроничното заболяване**, но и да актуализират тези компетенции, съгласно изискванията и директивите на Европейския съюз (Фиг. 12).



Фиг. 12 Мнение на експертите за необходимост от специални компетенции на медицинската сестра, полагаща грижи за онкологично болни

При оценка на системата за развитие на професионалните компетенции на медицинските сестри в лечебното заведение, в отговора на експертите преобладава „добра“ (n=6; 31,6%) и много добра (n=2; 10,5%). По равен брой експерти посочват задоволителна (n=4; 21,1%) и незадоволителна (n=4; 21,1%), не изразяват мнение (n=3; 15,8%) (Фиг. 13).

В оценката на експертите относно научно-изследователското развитие на работещите медицински сестри значителна част (n=6; 31,6%) не изразяват мнението си по въпроса, а 26,3% дават незадоволителна оценка на медицинските сестри за участие в научно-изследователска дейност. Като задоволително определят участието им 3 (15,8%), като добро – 3 (15,8%) и едва за 2 (10,5%) е много добро. Оценката на експертите не е обнадеждаваща и позитивна. Данните са обезпокоителни на фона на еволюиране на грижите в цял свят. Медицинските сестри би трябвало да имат основателна причина за това и да се търси отговора, както в комплексното влияние на



Фиг. 13 Оценка на експертите на системата за развитие на компетенциите и участие на медицинските сестри в НИД

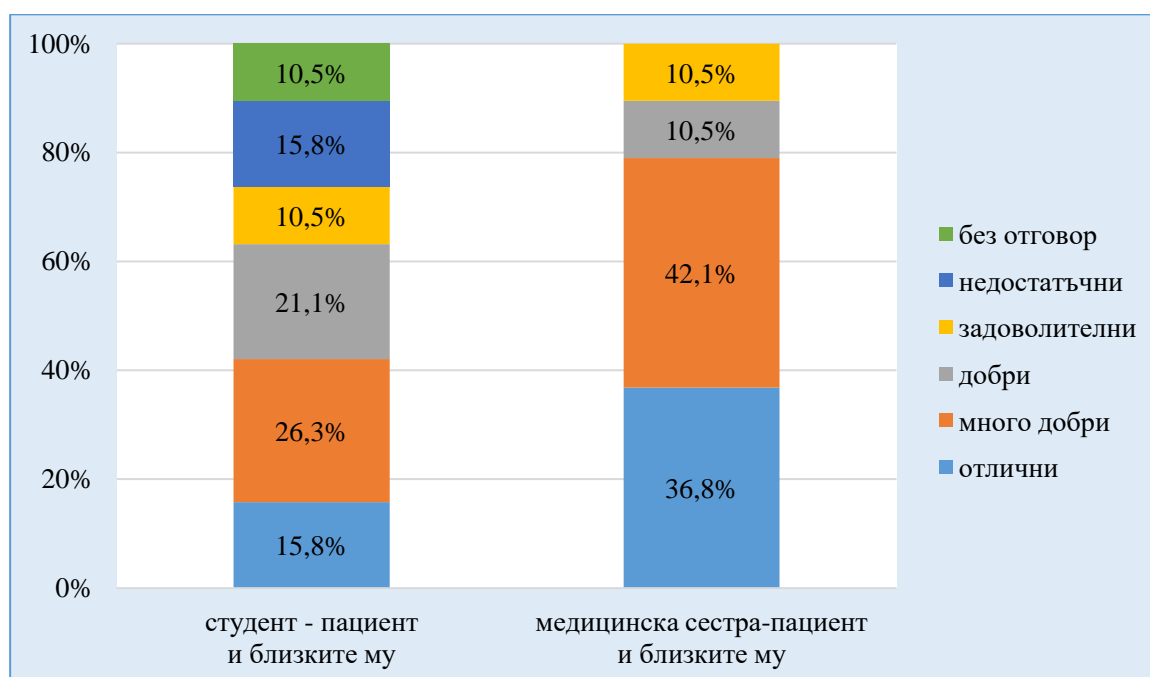
много фактори, така и в самите тях.

Според голяма част от експертите причината може да се търси основно във финансовите разходи за сертифициране и обучение (n=8; 42,1%), нежелание за повишаване на квалификацията (n=4; 21,1%), липсата на обучен педагог, който да провежда организирани обучения на работното място (n=4; 21,1%).



Фиг. 14 Мнение на експертите относно най-значим фактор, който влияе на компетентността на работещите медицински сестри

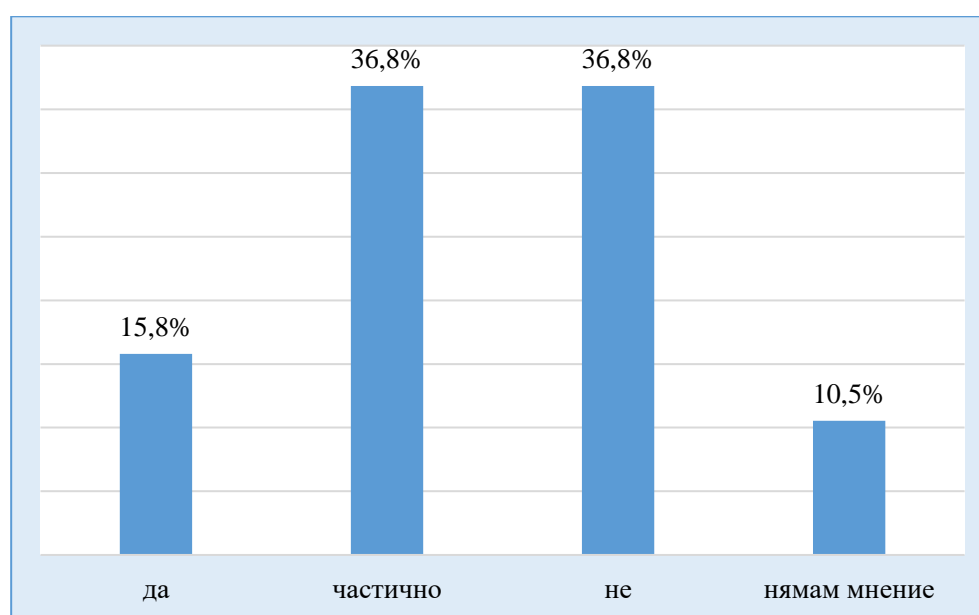
Преобладаващите оценки на експертите за професионалната етика и взаимоотношения между медицинска сестра-пациент и близките му са отлични (n=7; 36,8%), много добри (n=8; 42,1%) и добри (n=2; 10,5%). Сходни са резултатите на студентите са оценките на експертите за професионалната етика и взаимоотношения между медицинската сестра, пациента и близките му (n=157; 78,9%).



Фиг. 15 Оценка на професионалната етика и взаимоотношения на пациентите и техните близки със студенти и медицински сестри

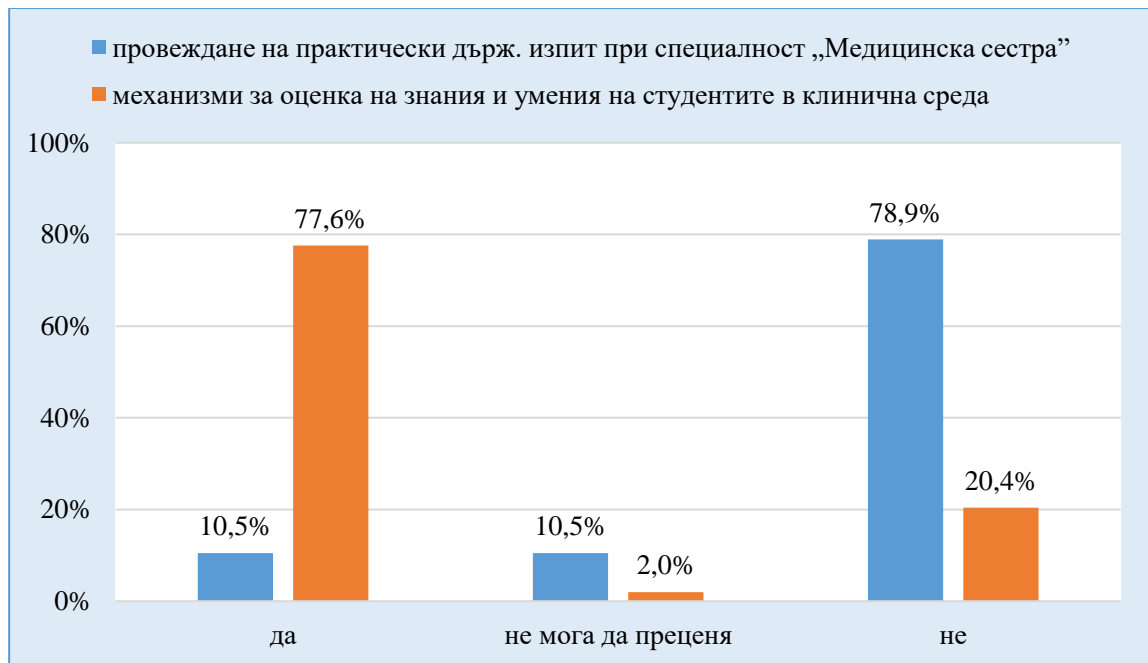
Студентите не посещават или посещават онкологичното звено под 20% смятат почти половината от експертите (n=9; 47,4%), „нямам наблюдение“ (n=2; 10,5%), над 80% посещаемост са посочили 4 (21,1%) от анкетираните. Тези резултати могат да се обяснят с пандемията от Ковид 19, по време на която се ограничаваше и спираше провеждането на учебна практика в стационара, както и с неравномерното разпределение на студентите и стажантите в разглежданите онкологични звена.

Според експертите учебното съдържание по онкологични дисциплини преподавани на студентите се съгласува (n=3; 15,8%), частично се съгласува (n=7; 36,5%) или не се съгласува (n=7; 36,8%). Малък процент (n=2; 10,5%) не могат да изразят мнение, може би защото нямат преки наблюдения (Фиг. 16).



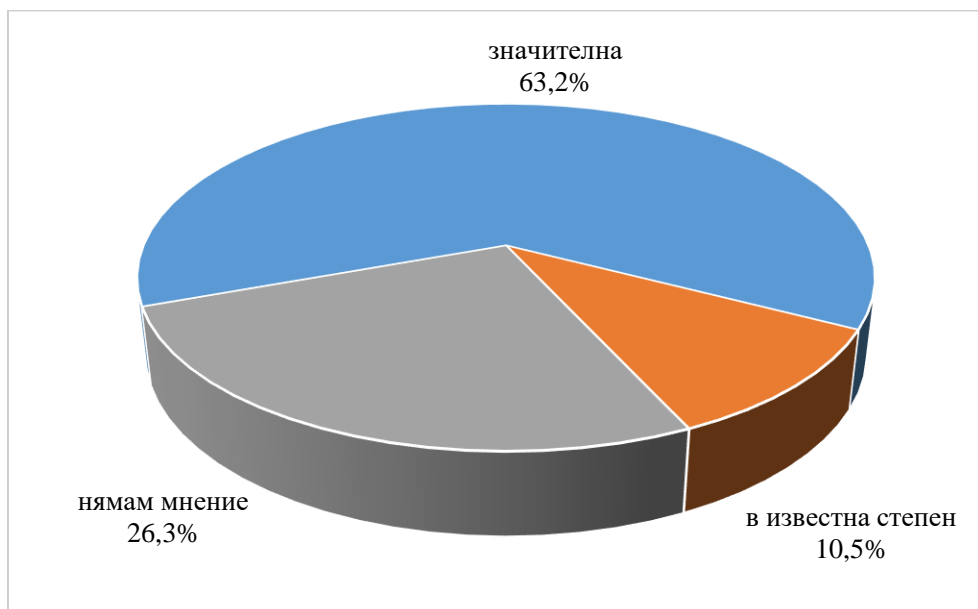
Фиг. 16 Съгласуване на учебното съдържание по онкологични дисциплини преподавани на студентите

Установихме, че в настоящия момент в България не се провеждат практически държавни изпити в реална клинична среда, но в редица страни от Европейския съюз се практикува успешно и е част от системата на обучение. Положителното е, че в онкологичните структури има готовност и разработени механизми за оценка на практическите умения на студентите и стажантите от специалност „Медицинска сестра“ ($\chi^2=9.641$, $df=4$, $p=0.047$, Cramer`s V=0.504).



Фиг. 17 Мнение на експертите относно провеждане на практически държавен изпит и наличие на механизми за оценка на знанията и уменията на студентите в клинична среда

Като „значителна“ определят ролята на преподавателите по учебна практика за качеството на учебния процес (n=12; 63,2%) от анкетираните лица, в „известна степен“ (n=2; 10,5%) и „нямам мнение“ (n=5; 26,3%) (Фиг. 18).



Фиг. 18 Роля на преподавателите по учебна практика за качеството на учебния процес

Участието на експертите в обучението на студентите от специалност „Медицинска сестра“ е както следва: утвърдително са посочили, че водят лекции 2

(10,5%), най-висок е броя на провеждащите упражнения 4 (21,1%), в учебна практика са включени трима експерти (15,8%) и един в СИД (5,3%). Не участват в обучението 13 (68,4%).

Табл. 4 Участие на експертите в обучението на студентите от специалност „Медицинска сестра“

Обучение	да	непосочили	общ брой
Лекции	2 (10.5%)	17 (89.5%)	19 (100.0%)
Упражнения	4 (21.1%)	15 (78.9%)	19 (100.0%)
Учебна практика	3 (15.8%)	16 (84.2%)	19 (100.0%)
СИД	1 (5.3%)	18 (94.7%)	19 (100.0%)
не участвам	13 (68.4%)	6 (31.6%)	19 (100.0%)

Нарастващият брой на онкологично болните пациенти и нуждата от добре подготвени специалисти, които да се грижат за тях, изисква да се използват всички възможности за обогатяване знанията и уменията на студентите, както и опита на утвърдени специалисти, и работата в реална клинична среда.

3. Потребности и мнение на пациенти относно онкологичните грижи

По четвърта задача проведохме полуструктурирано интервю с пациенти относно техните потребности от сестрински грижи, удовлетвореност от комуникацията с медицинските сестри в процеса на предоставяне на здравни грижи и мнението им за ролята на медицинската сестра в континуума на заболяването. В случаите, когато пациентите не са компетентни да дадат отговор, терапевтичният режим или физическото и емоционалното им състояние не позволява провеждане на интервю, то е проведено с техен близък, посочен като контактното лице в медицинската документация. Обща информация за социално-демографските и здравни характеристики на пациентите са представени в Табл. 5.

Табл. 5 Социално-демографски и здравни характеристики на пациентите

Характеристика	Брой	(%)
Възраст		
< 30	2	2.1
от 31 до 39 г.	4	4.1
от 40 до 49 г.	11	11.3
от 50 до 59 г.	21	21.6
от 60 до 69 г.	36	37.1
от 70 до 79 г.	18	18.6
80 г. и +	5	5.2
Пол		
жена	67	69.1
мъж	30	30.9
Образование		
начално и по-ниско	-	-
основно	11	11.3
средно	55	56.7
полувисше	7	7.2
висше	24	24.7
Местоживеене		
град	69	71.1
село	28	28.9
Етническа принадлежност		
българска	93	95.9
ромска	3	3.1
турска	-	-
руска	1	1.0
По органна локализация		
женски гениталии	15	15.5
млечна жлеза	22	22.7
дебело черво	20	20.6
бял дроб и медиастинум	5	6.1
кожа, панкреас, ларинкс	5	5.2
липсва информация	30	30.9
Общ брой отзовали се	97	100.0

Общият брой на интервюираните пациенти е 97, най-голям е относителен дял на възрастовата група 60 до 69 г. – 36 (37,1%) следвани от 50 до 59 г. - 21 (21,6%) и 70 до 79 г. - 18 (18,6%). По-голяма част от пациентите, обхванати в проучването (n=69; 71.1%) живеят в градовете, срещу 28 (28,9%) за селата, което пропорционално съответства на структурата по местоживеене в България.

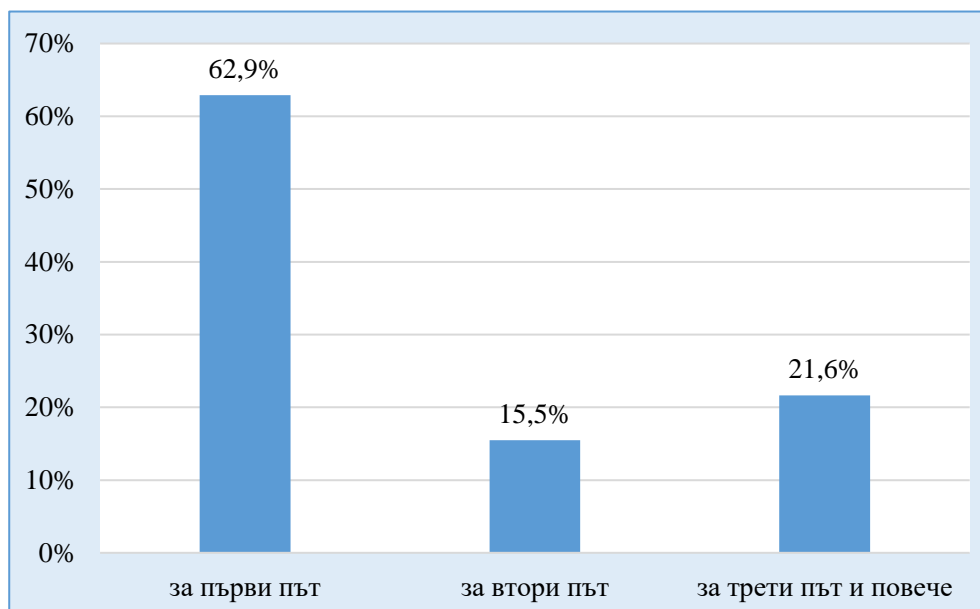
При повече от половината от пациентите заболяването е открито при поява на типична за него симптоматика или дори при настъпили усложнения, както и при потърсена медицинска помощ по повод на друго заболяване. В една пета от случаите (основно рак на гърдата) заболяването е открито при самоизследване. Едва един от 10 случая е открит при провеждане на регулярен профилактичен преглед, което показва

неефективност на профилактичните дейности и обяснява високия процент на диагностициране на случаите в напреднал стадий (Фиг. 19).



Фиг. 19 Разпределение на изследваните лица по начин на откриване на заболяването

От друга страна, високият дял на постъпващите за стационарно лечение за втори и пореден път, може да е индикатор за пропуски в активното наблюдение и оценка в извънболничната помощ на състоянието на преболедувалите, преживели онкологичното заболяване, където помощта на медицинската сестра може да бъде много ценна. В първичната извънболнична помощ пациентите трябва да се наблюдават за рецидиви и метастази в далечни органи, да се изработват



Фиг. 20 Поредност на лечение в онкологичните звена

интервенционни програми, насочени към промяна в стила и начина на живот на заболелите лица, на всеки етап от хроничното заболяване, през целия континуум на болестта. По този начин ще се подпомогне и дейността на специализираните звена и специалисти, както и ще повлияе на продължителността и качеството на живот на пациентите.

На база наблюдение на обективното състояние и разговор с болните и близките им е направена оценка на физическото, психическо и емоционално състояние и са определени някои аспекти на социалния/ семейния бекграунд на болния (Табл. 6 - Табл. 10). Анализът на данните очертава следните тенденции:

- Болшинството от пациентите са функционално дееспособни за осъществяване на ежедневните дейности. Най-често те съобщават за нужда от чужда помощ при изкачване на стълби, придвижване, къпане и обличане
- Най-често съобщаваният симптом е липса на енергия и лесна уморяемост, което принуждава почти половината от пациентите да прекарват по-голяма част от времето си в леглото
- Три четвърти от пациентите не са в състояние да изпълняват професионална работа, а повече от половината не смятат, че постигат добро качество на живот
- Въпреки, че три четвърти от пациентите като цяло са доволни от това как се справят със заболяването, често съобщавани емоции са чувство на тъга, страх и тревожност от влошаване на състоянието, невъзможност за реализиране на житейски цели, загуба на финансова независимост и др. Често самите те определят диагнозата си като „равнозначно на смъртна присъда“ и смятат, че дори и в момента да са добре „ще се върне в един момент от живота им“.
- Водеща причина за нарушаване на психичния и емоционален комфорт на пациентите са притеснения от страничните ефекти от лечението. Най-често съобщавани такива са загуба на тегло, поради понижен апетит, гадене и повръщане (49,3%), проблеми с кожата, косата и лигавиците (25,4%), нарушаване на терморегулацията (16,4%), нарушения в изхождането (34,2%), нарушения на съня като безсъние, трудно заспиване и преждевременно събуждане, кошмари (68,2%), проблеми с дишането (12%).
- Над 96% от пациентите споделят, че получават подкрепа от семейството си, могат да говорят за заболяването си и да разчитат на помощ при възникнали проблеми, касаещи здравословното им състояние.

Табл. 6 Оценка на базовите нужди на пациента по В. Хендерсон

Дейности	самостоятелно	с чужда помощ	с помощно средство	с чужда помощ и помощно средство	не съм способен да се грижа сам за себе си	Общо
Хранене/пиене	92 (94.8%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	2 (2.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Къпане	80 (82.5%)	0 (0.0%)	13 (13.4%)	2 (2.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Обличане	80 (82.5%)	1 (1.0%)	12 (12.4%)	2 (2.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Тоалет	87 (89.7%)	0 (0.0%)	6 (6.2%)	2 (2.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Подвижност на легло	91 (93.8%)	0 (0.0%)	2 (2.1%)	2 (2.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Преместване	86 (88.7%)	1 (1.0%)	6 (6.2%)	2 (2.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Придвижване	77 (79.4%)	2 (2.1%)	13 (13.4%)	3 (3.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Изкачване на стълби	74 (76.3%)	2 (2.1%)	15 (15.5%)	4 (4.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)

Табл. 7 Оценка на физическото състояние на пациента

Дейности	напълно съгласен	по-скоро съгласен	не мога да преценя	по-скоро несъгласен	напълно несъгласен	Общо
не ми достига енергия	46 (47.4%)	24 (24.7%)	6 (6.2%)	11 (11.3%)	10 (10.3%)	97 (100.0%)
имам гадене и повръщане	13 (13.4%)	10 (10.3%)	5 (5.2%)	12 (12.4%)	57 (58.8%)	97 (100.0%)
имам болка	13 (13.4%)	22 (22.7%)	6 (6.2%)	11 (11.3%)	45 (46.4%)	97 (100.0%)
принуден съм да прекарвам времето си в леглото	23 (23.7%)	16 (16.5%)	4 (4.1%)	12 (12.4%)	42 (43.3%)	97 (100.0%)

Табл. 8 Оценка на функционалното състояние на пациента

Дейности	напълно съгласен	по-скоро съгласен	не мога да преценя	по-скоро несъгласен	напълно несъгласен	Общо
В състояние съм да изпълнявам професионална работа	16 (16.5%)	10 (10.3%)	7 (7.2%)	9 (9.3%)	55 (56.7%)	97 (100.0%)
Извършвам ежедневните си домашни задължения	35 (36.1%)	28 (28.9%)	5 (5.2%)	20 (20.6%)	9 (9.3%)	97 (100.0%)
Аз спя добре	26 (26.8%)	20 (20.6%)	8 (8.2%)	26 (26.8%)	17 (17.5%)	97 (100.0%)
Доволен съм от качеството на живота си	13 (13.4%)	28 (28.9%)	15 (15.5%)	27 (27.8%)	14 (14.4%)	97 (100.0%)

Табл. 9 Оценка на емоционалното състояние на пациента

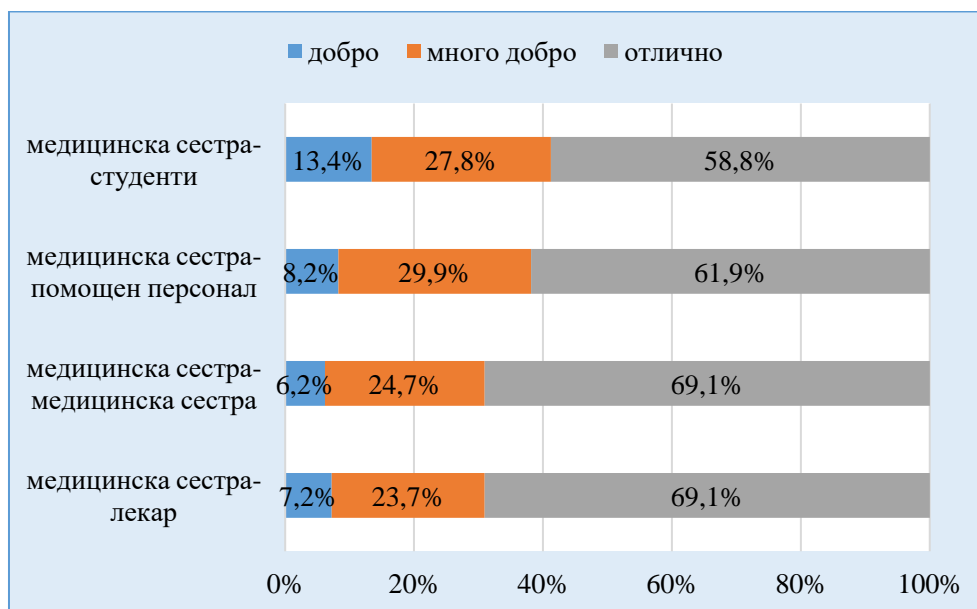
Дейности	напълно съгласен	по-скоро съгласен	не мога да преценя	по-скоро несъгласен	напълно несъгласен	Общо
Чувствам се тъжен	22 (22.7%)	27 (27.8%)	9 (9.3%)	23 (23.7%)	16 (16.5%)	97 (100.0%)
Доволен съм от това как се справям с болестта си	34 (35.1%)	39 (40.2%)	13 (13.4%)	8 (8.2%)	3 (3.1%)	97 (100.0%)
Губя надежда в борбата с болестта	3 (3.1%)	4 (4.1%)	16 (16.5%)	39 (40.2%)	35 (36.1%)	97 (100.0%)
Чувствам се нервен/а	10 (10.3%)	26 (26.8%)	18 (18.6%)	29 (29.9%)	14 (14.4%)	97 (100.0%)
Страхувам се от заболяването	33 (35.0%)	24 (24.7%)	10 (10.3%)	15 (15.5%)	15 (15.5%)	97 (100.0%)
Тревожа се, че състоянието ми ще се влоши	36 (37.1%)	23 (23.7%)	11 (11.3%)	15 (15.5%)	12 (12.4%)	97 (100.0%)
Притеснявам се от страничните ефекти на лечението	32 (33.0%)	27 (27.8%)	17 (17.5%)	10 (10.3%)	11 (11.3%)	97 (100.0%)

Табл. 10 Оценка на социално/семеино състояние

Дейности	напълно съгласен	по-скоро съгласен	не мога да преценя	по-скоро несъгласен	напълно несъгласен	Общо
Чувствам се близо до приятелите си	38 (39.2%)	33 (34.0%)	9 (9.3%)	13 (13.4%)	4 (4.1%)	97 (100.0%)
Получавам емоционална подкрепа от семейството ми	84 (86.6%)	10 (10.3%)	2 (2.1%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	97 (100.0%)
Семейството ми прие моето заболяване	85 (87.6%)	9 (9.3%)	2 (2.1%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	97 (100.0%)
Разговаряме за заболяването ми и заедно преодоляваме препятствията	75 (77.3%)	18 (18.6%)	3 (3.1%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	97 (100.0%)
Чувствам се близо до моя партньор	51 (52.6%)	17 (17.5%)	4 (4.1%)	7 (7.2%)	18 (18.6%)	97 (100.0%)
Доволен съм от сексуалния си живот	14 (14.4%)	6 (6.2%)	14 (14.4%)	16 (16.5%)	47 (48.5%)	97 (100.0%)

Обект на изследователски интерес в проучването е удовлетвореността на пациентите от предоставяните здравни грижи и терапевтичната връзка медицинска сестра – пациент. Комплексната оценка на пациентите относно отношението на

здравните работници, и в частност медицинската сестра, към тях и техните близки е висока (Фиг. 21).



Фиг. 21 Оценка на пациентите за отношението на здравните работници към тях и близките им

Проучването беше конкретизирано и към специфични сестрински дейности, което също констатира положителна оценка. В над 90% оценката на дейности като своевременно отзоваване на повикване, контрол на болката, предоставяне на информация, проявяване на съчувствие и емпатия се движи в положителния спектър на скалата (отговори „да“ и „по-скоро да“) (Табл. 11).

Табл. 11 Оценка на пациентите към конкретни дейности от работата на медицинските специалисти

Въпрос	да	по-скоро да	не мога да преценя	по-скоро не	не	Общо
Медицинската сестра редовно ли Ви наблюдава, когато имате болка?	71 (73.2%)	21 (21.6%)	3 (3.1%)	2 (2.1%)	1 (0.0%)	97 (100.0%)
Медицинските сестри отзовават ли се веднага на Вашите оплаквания и опасения?	68 (70.1%)	23 (23.7%)	2 (2.1%)	3 (3.1%)	1 (1.0%)	97 (100.0%)
Проявяват ли съчувствие и разбиране медицинските специалисти към Вас?	75 (77.3%)	20 (20.6%)	2 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	97 (100.0%)

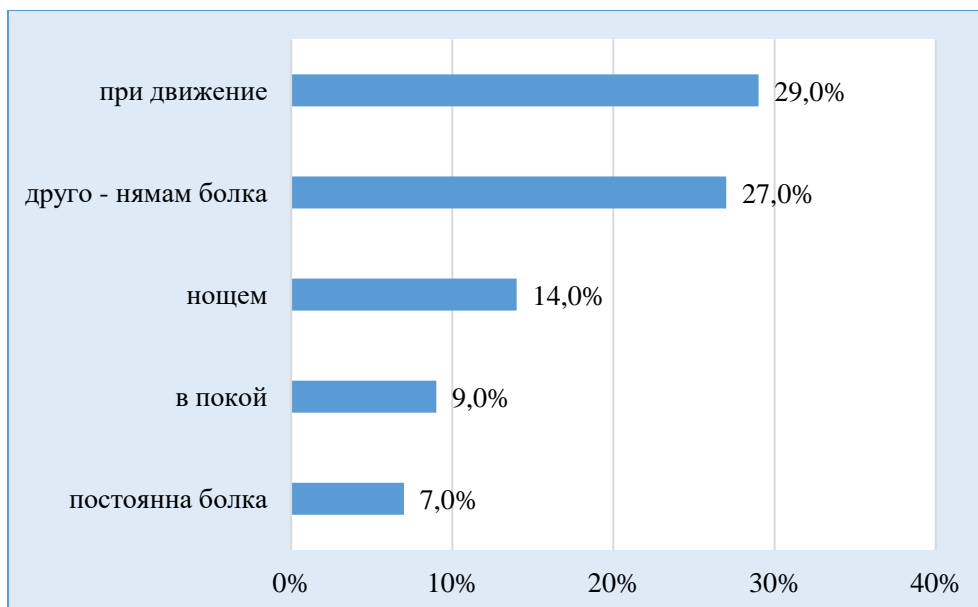
Въпрос	да	по-скоро да	не мога да преценя	по-скоро не	не	Общо
Изпитвате ли доверие към медицинските сестри?	81 (83.5%)	16 (16.5%)	1 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	97 (100.0%)
Разбирате ли информацията, която Ви се казва от здравните работници?	75 (77.3%)	19 (19.6%)	3 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	97 (100.0%)
Медицинските сестри посвещават ли достатъчно време за разговор с Вас? (подкрепят, обсъждат, слушат и разбират проблемите ви)	68 (70.1%)	23 (23.7%)	2 (2.1%)	3 (3.1%)	1 (1.0%)	97 (100.0%)

Това са и най-честите очаквания към медицинските сестри от страна на пациентите по време на лечението (Фиг. 22).



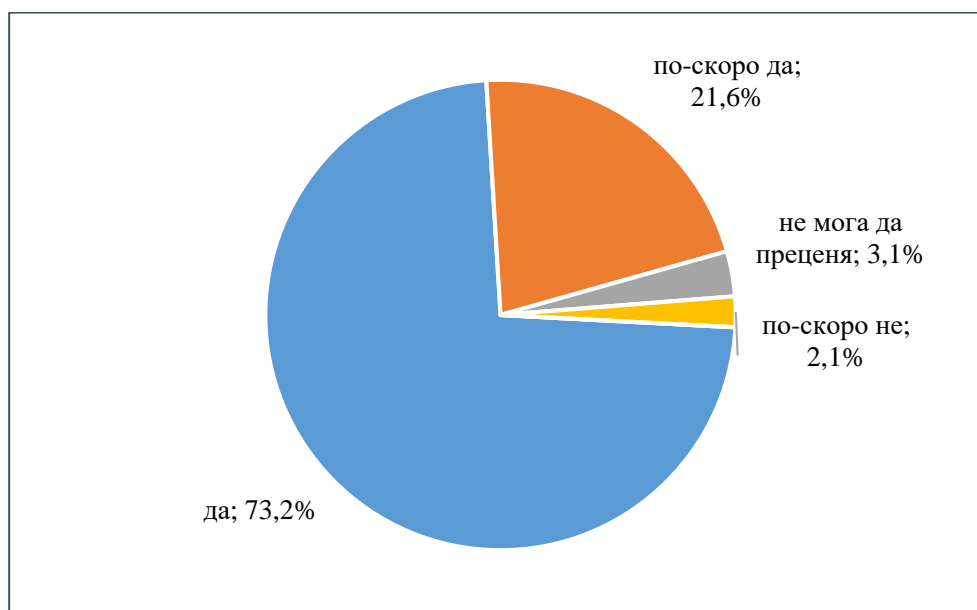
Фиг. 22 Очаквания на онкологично болни пациенти към медицинските сестри

Един от най-честите симптоми е онкологичната болка, която може да има разнообразни характеристики и от каквато се оплакват около две трети от пациентите (Фиг. 23).



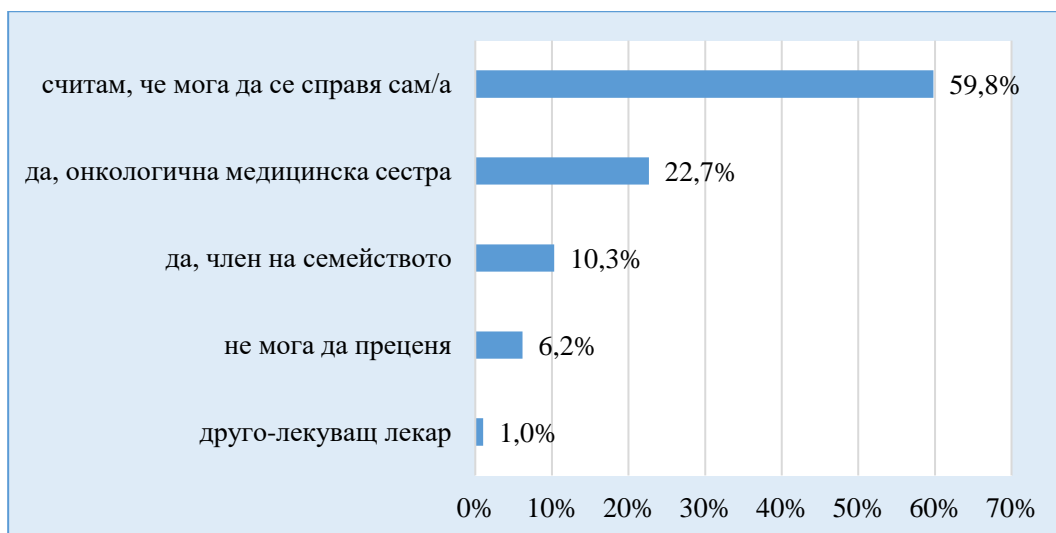
Фиг. 23 Оценка на характера на болката и времето на проявление

Във връзка с това, най-голяма част от пациентите се надяват на ефективна намеса на медицинската сестра именно при облекчаване на този симптом, и повечето от тях изразяват удовлетворение от извършването на тази дейност (Фиг. 24).



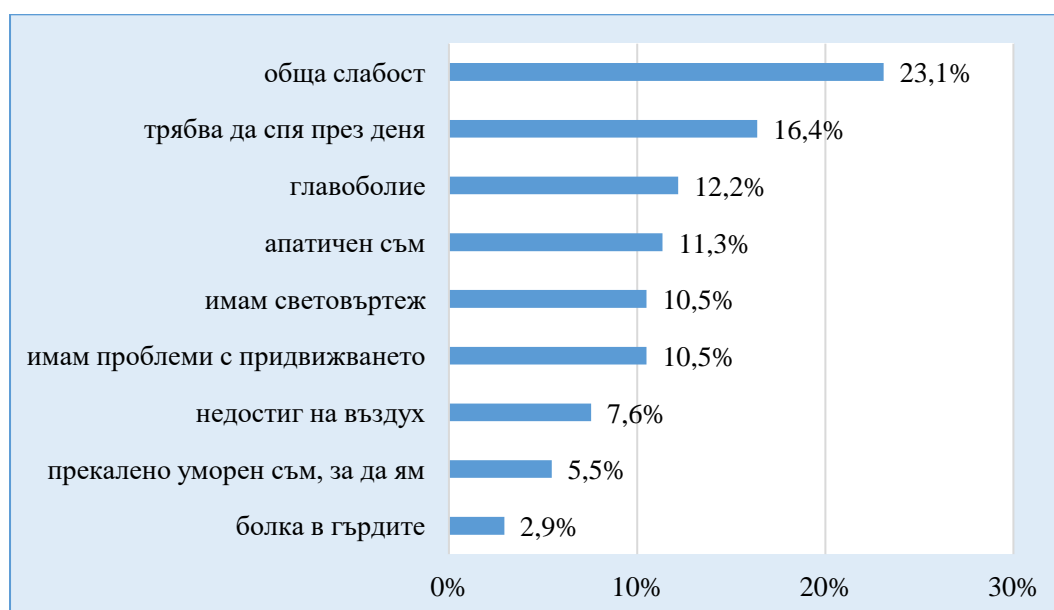
Фиг. 24 Удовлетвореност на пациентите за наблюдение и реакция от медицинските сестри при наличие на болка

Това в голяма степен определя предпочитанието на пациентите, които не могат да се справят самостоятелно в болнична обстановка, помощта да се осъществява от медицинска сестра пред постоянното присъствие на член от семейството. Това са пациенти на първи и втори болничен режим, в периоперативния период, които провеждат сложни режими на лечение и са зависими напълно или частично от грижите на медицинската сестра (Фиг. 25).



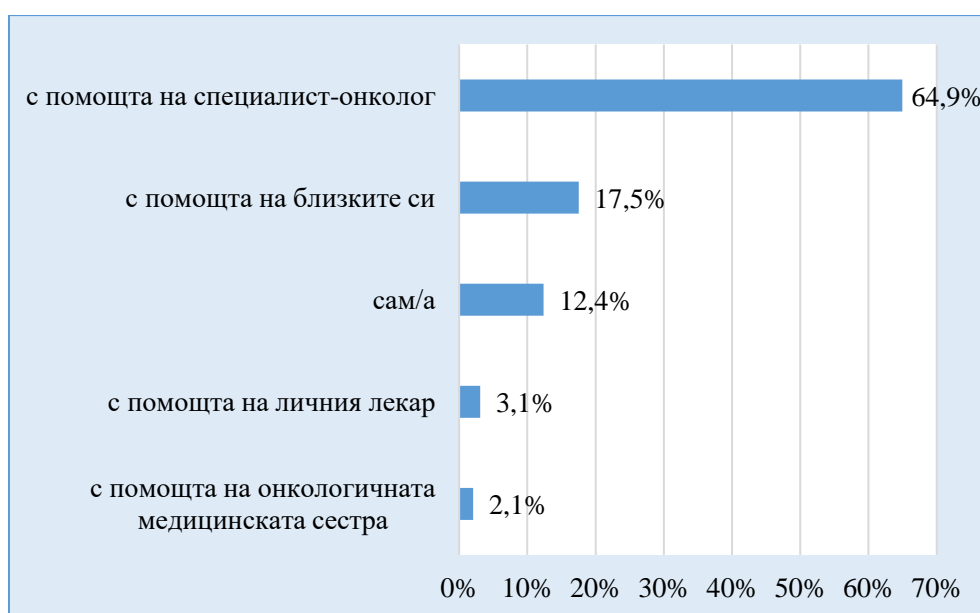
Фиг. 25 Потребност на пациентите от постоянно присъствие на лице по време на болничния престой

Оплакванията на пациентите, както самите те ги определят, покриват широк спектър, много често са индивидуално специфични, изискват точна преценка и прилагане на индивидуален подход при овладяването им, поради индивидуалните реакции към лечението и променената житейска ситуация (Фиг. 26). Наличието на многообразие от допълнителни оплаквания налага прецизна и навременна оценка на състоянието на болния и подпомагане на адаптацията към заболяването. Това още веднъж потвърждава необходимостта от широк спектър на компетенции на онкологичната сестра.



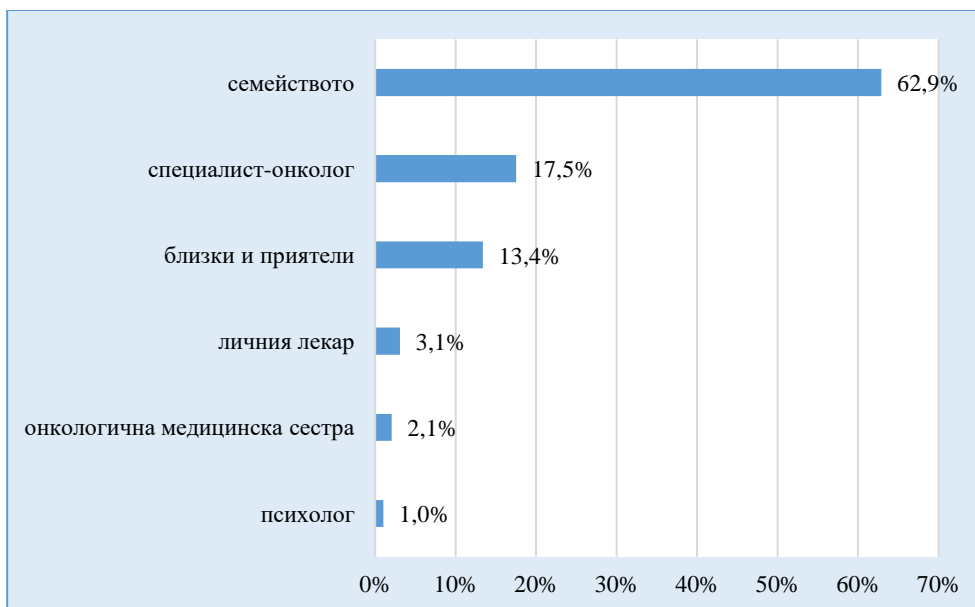
Фиг. 26 Допълнителни оплаквания на пациентите

Въпреки изразената удовлетвореност от отношението и компетенциите на медицинските сестри, пациентите рядко се обръщат към тях при нужда от компетентно мнение или съвет за вземане на решения, свързани със заболяването. Най-често пациентите предпочитат да вземат решения във връзка с основното заболяване и съпътстващите грижи с помощта на специалист-онколог ($n=62$; 64,2%) и с помощта на близките си ($n=20$; 20,9%). Никой от болните не е посочил онкологичната медицинска сестра като съветник по въпросите на грижите и други въпроси свързани със хроничното онкологично заболяване. Това показва, че сестрата е възприемана най-вече в нейната субординирана позиция, а не като самостоятелно ниво в процеса на лечение и грижи (Фиг. 27).



Фиг. 27 Вземане на решения на пациента относно заболяването и грижите

Пациентите разчитат на подкрепата на семейството ($n=61$; 62,9%) за справяне с последиците от заболяването. В случай на нужда и професионален съвет се доверяват на специалист-онколог или близки и приятели. Получените резултати са в противовес на световните практики в осъществяване на грижи по домовете за болните в периода след преживяно онкологично заболяване. Недооценена е ролята на медицинската сестра, тъй като само двама пациенти след дехоспитализация биха потърсили помощ и съвет от медицинската сестра за справяне със състоянието си ($n=2$; 2,1%).



Фиг. 28 Съдействие за справяне с последиците от заболяването

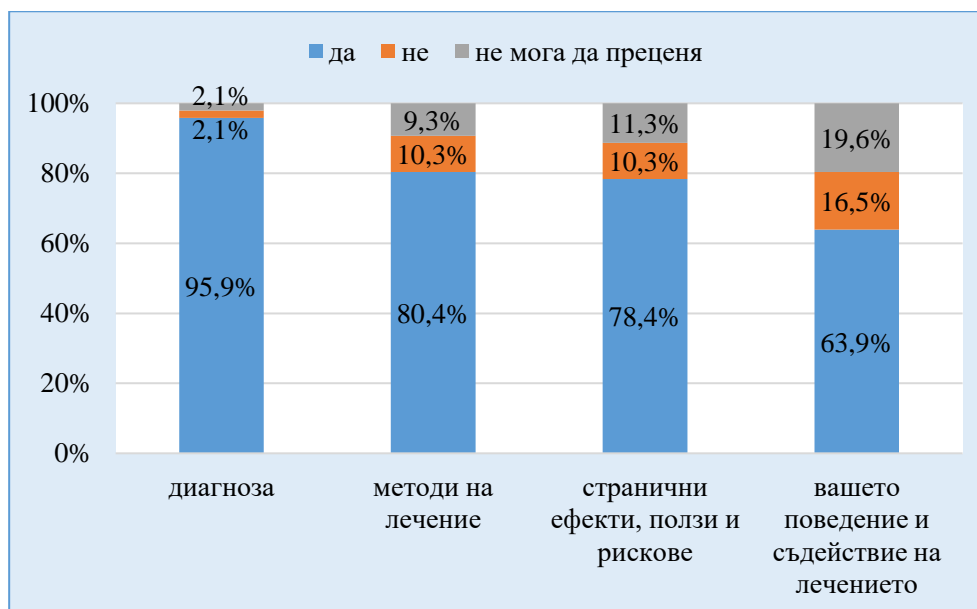
Нужда от помощ за справяне с физическите последици имат 38,1% от пациентите, следвано от проблемите с психоемоционалното състояние на пациентите (n=22; 22.7%), следвано от някои други аспекти. Един от десет пациенти е на мнение, че не желае подкрепа и смята, че може да се справи сам.



Фиг. 29 Предпочитана подкрепа от пациентите при нужда

Един от важните аспекти в работата на здравния специалист е предоставяне на информация относно рискови фактори, характеристики на заболяването, възможности за лечение и потенциални рискове от провеждано такова особености на диета, режим и други. С поредица от въпроси насочихме вниманието си към информираността на

пациентите, начините на предоставяне на информация, необходимост от оптимизиране на процеса на информиране и други променливи. На Фиг. 30 и Табл. 12 виждаме висока степен на информираност на пациентите от лекаря/медицинската сестра по отношение на дейностите съпътстващи диагностиката, възможности за лечение и грижи на пациентите.



Фиг. 30 Информираност на пациента от лекаря/медицинската сестра

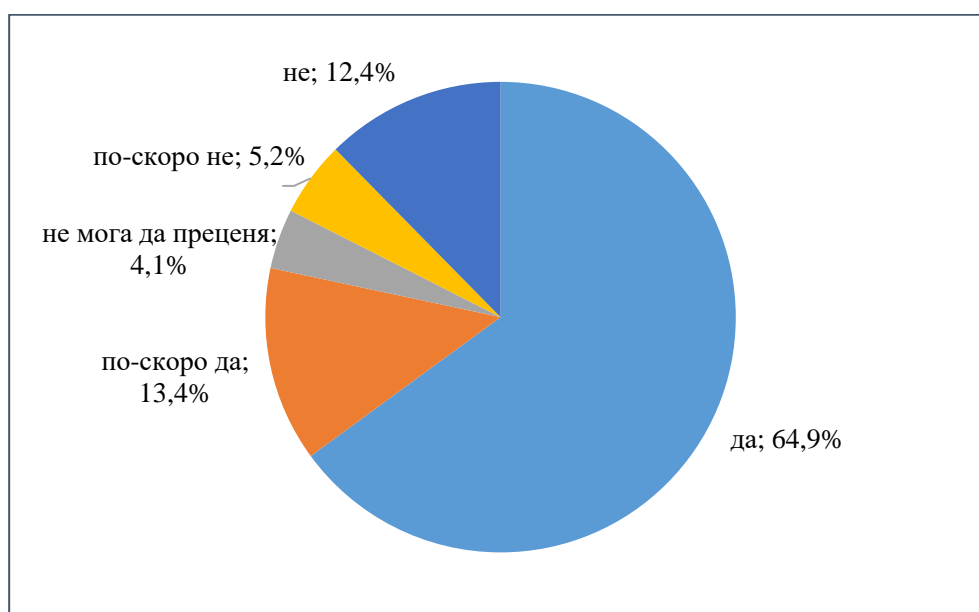
Известен дефицит на информираност може да се коментира по отношение спазване режима на живот в различните етапи на протичане на заболяването, който, обаче, е от съществено значение за контролиране на негативните симптоми, предотвратяване на рецидиви и поддържане на добро качество на живот. Резултатът, макар и косвено, ни насочва към заключение, че комуникацията е основно клинично ориентирана и се подценява значението и потенциала на профилактичните дейности.

Табл. 12 Оценка на информираността на болните по време на болничния престой

Твърдения	да	по-скоро да	не мога да преценя	по-скоро не	не	Общо
Вашите права като пациент	64 (66.0%)	20 (20.6%)	4 (4.1%)	4 (4.1%)	5 (5.2%)	97 (100.0%)
Правилник за вътрешния ред в отделението	61 (62.9%)	23 (23.7%)	7 (7.2%)	3 (3.1%)	3 (3.1%)	97 (100.0%)
Предстоящи изследвания – вид, цел, подготовка и в какво се състои изследването	68 (70.1%)	22 (22.7%)	2 (2.1%)	3 (3.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Резултатите при изследване на кръвно	62 (63.9%)	26 (26.8%)	4 (4.1%)	2 (2.1%)	3 (3.1%)	97 (100.0%)

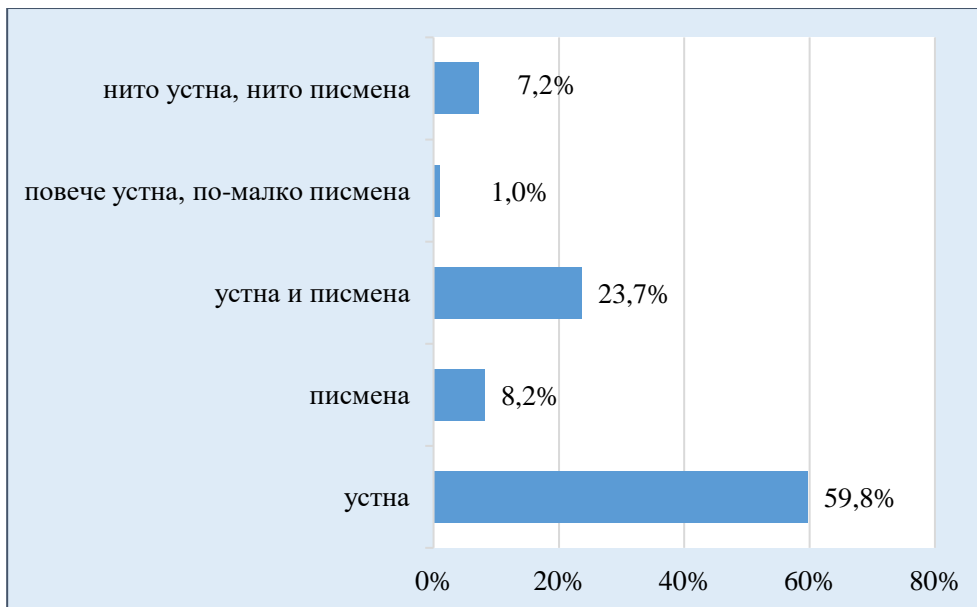
Твърдения	да	по-скоро да	не мога да преценя	по-скоро не	не	Общо
налягане, температура, пулс						
Предстояща манипулация-инжекция, превръзка	63 (64.9%)	24 (24.7%)	5 (5.2%)	3 (3.1%)	2 (2.1%)	97 (100.0%)
Приема на лекарства съобразно назначенията - вид, доза, странични ефекти	53 (54.6%)	25 (25.8%)	9 (9.3%)	6 (6.2%)	4 (4.1%)	97 (100.0%)
Дали трябва да се движите и колко често трябва да бъдете в движение	51 (52.6%)	20 (20.6%)	14 (14.4%)	9 (9.3%)	3 (3.1%)	97 (100.0%)

Нуждата от информация след изписване от стационара, относно поведение спрямо заболяването и свързани с него фактори, е безспорна (Фиг. 31).



Фиг. 31 Нужда от информация след изписване

Най-често тя се предоставя устно в момента на дехоспитализация и въпреки, че това е установено като предпочитан от пациентите начин (Фиг. 32) той не е особено ефективен.



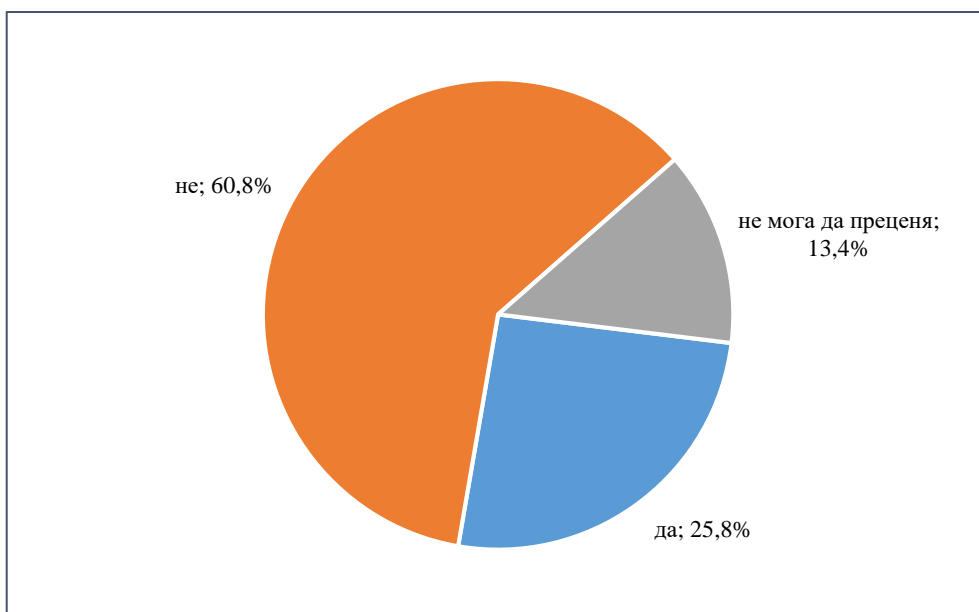
Фиг. 32 Предпочитан от пациентите вид на получената информация

Това поражда необходимост от допълнителна информация по време на домашното лечение и грижи. Нагласата на пациентите, в случай, че възникне проблем или въпрос във връзка със заболяването, е да се обърнат за съвет към лекуващия лекар – онколог или към личния лекар и почти напълно игнорират медицинската сестра като възможност за избор (Фиг. 33).



Фиг. 33 Обръщаемост на пациентите след дехоспитализация при нужда от съвет

Не се ползва с особена популярност и възможността от домашни посещения на медицинска сестра в следхоспитализационния и възстановителния период. Такава възможност допускат по-малко от една трета от пациентите (n=25; 25.8%).



Фиг. 34 Мнение на пациентите относно потребност от посещение в дома след изписване от медицинската сестра



Фиг. 35 Следболнични сестрински грижи

Медицинската сестра може да бъде полезна и да осъществява сестрински грижи в дома на пациента в различни направления. Целта на тези грижи е да подпомогне болния в по-бързо възстановяване на неговата независимост. Ролята на сестрата в дома пациентите виждат като наблюдаваща и подкрепяща (n=23; 23.4%), даваща съвети относно храненето (n=21; 22.2%), обучаваща близките в грижите за онкоболния (n=10; 10.5%), осъществяваща манипулации по назначение от лекар (n=10; 10.5%) и др.

4. Студентско мнение и самооценка на придобитите компетентности

По пета задача проведохме анкетно проучване със студенти и стажанти от специалност „Медицинска сестра“ относно самооценката им за придобитите компетентности по време на базовото обучение, нагласата им да работят в онкологични звена, желанието и потребностите им от допълнително квалифициране в тази насока и други променливи.

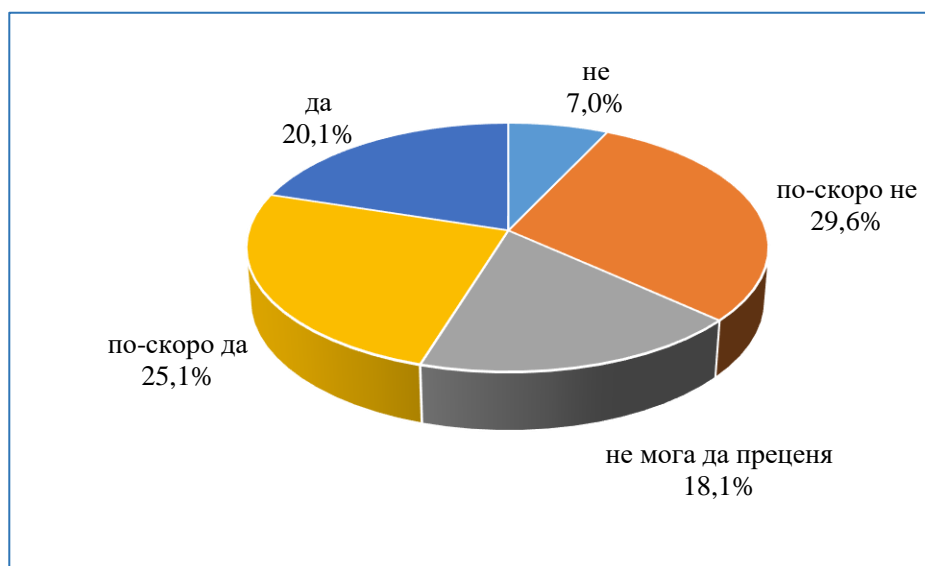
Табл. 13 Социално-демографска характеристика на студенти и стажанти – медицински сестри

Характеристика	Брой	%
Възраст		
до 20 г.	24	12
от 21 до 25 г.	138	69.3
от 26 до 30 г.	37	18.6
Пол		
жена	187	94.0
мъж	12	6.0
Град		
Русе	28	14.1
Плевен	128	64.3
Варна	43	21.6
Уч. година		
2019/2020	126	63.3
2020/2021	73	36.7
Курс		
втори	90	45.2
трети	57	28.6
стажанти	52	26.1
Общо	199	100.0

Спецификата на онкологичните грижи и тяхното бързо развитие на фона на иновативни организационни подходи (сестрински процес, сестринска диагноза, планиране на

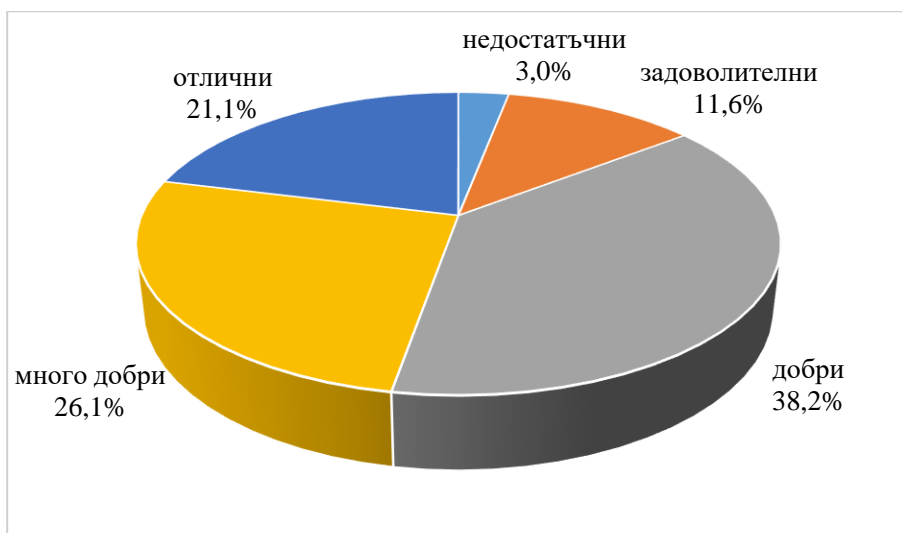
здравните грижи, клинично наблюдение, критично мислене), практикуването в различни структурни звена (стационари по онкологична хирургия, химиотерапия и лъчетерапия, онкологични консултативни кабинети, хосписи), изисква развитието на широки компетенции, основите на които трябва да бъдат положени още на студентския етап от обучението по здравни грижи. Това даде основание таргетна група в проучването да бъдат студенти, обучавани по специалност „Медицинска сестра“ в различни учебни заведения в страната. Студентите бяха поканени да дадат отговори на въпросите на базата на придобитите до момента знания и умения, впечатленията си от работата в онкологични структури, намеренията си за бъдеща професионална реализация в насока онкологично сестринство и др.

Общото впечатление на студентите е, че има известен дефицит по отношение на грижата и вниманието, което пациентите в онкологичните структури получават (Фиг. 36).



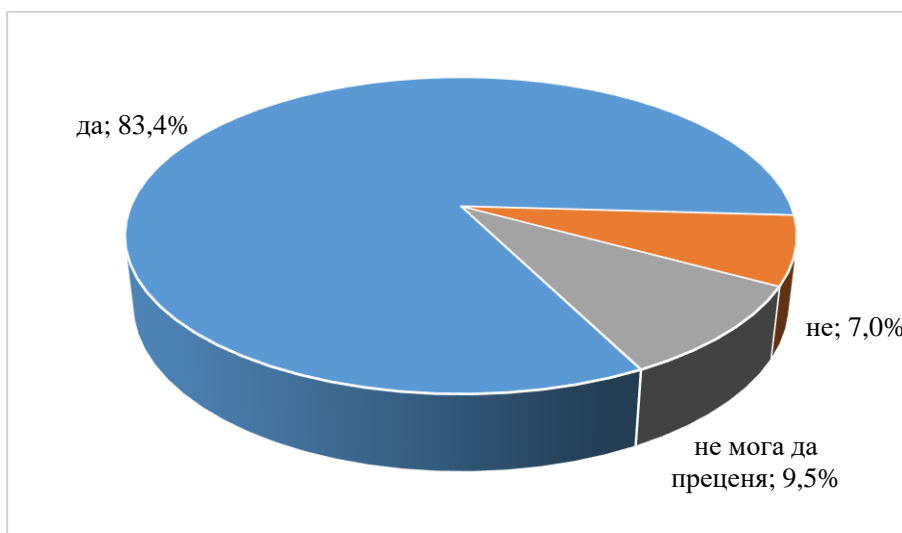
Фиг. 36 Разпределение на студентите по мнение за достатъчност на грижата и вниманието, което болните получават

В тази, както и в останалите групи, категорично доминира мнението за необходимост от специфични компетентности и профилност на сестринските грижи в онкологията (n=193, 97.0%).



Фиг. 37 Самооценка на студентите за придобитите по време на обучението специфични знания за оказване на грижи при онкологично болни

Студентите проявяват критичност по отношение на придобитите до момента специфични знания в тази област (Фиг. 37) и потвърждават необходимостта от тяхното разширяване и задълбочаване (Фиг. 38). Мнозинството, 83,4% от студентите, включително тези с добра самооценка на компетенциите си, подчертава необходимостта от продължаващо обучение в тази насока след завършване, в случай, че започнат работа в онкологични клиники и отделения.



Фиг. 38 Мнение на изследваните лица относно нужда от допълнително обучение за работа с онкологично болни пациенти

Резултатите от по-детайлното проучване на специфичните компетенции на студентите, съгласно стандарт „Медицинска онкология“ са представени в Табл. 14.

Табл. 14 Самооценка на студентите относно придобитите компетентности по време на обучението

Компетентности	отлични	много добри	добри	задоволителни	недостатъчни
Профилактика на онкологичните заболявания	23 (11.6%)	49 (24.6%)	66 (33.2%)	50 (25.1%)	11 (5.5%)
Диспансеризация и диспансерно наблюдение на болни	27 (13.6%)	58 (29.1%)	60 (30.2%)	45 (22.6%)	9 (4.5%)
Принципи за борба с онкологичната болка	41 (20.6%)	55 (27.6%)	59 (29.6%)	38 (19.1%)	6 (3.0%)
Провеждане на парентерално и ентерално хранене и наблюдение за усложнения	45 (22.6%)	60 (30.2%)	56 (28.1%)	33 (16.6%)	5(2.5%)
Грижи за онкологично болен в периоперативния период	47 (23.6%)	56 (28.1%)	57 (28.6%)	35 (17.6%)	4(2.0%)
Извършване на спешни действия при екстравазация на цитостатици	25 (12.6%)	37 (18.6%)	55 (27.6%)	50 (25.1%)	32(16.1%)
Прилагане на утвърдени алгоритми при поведение на свръхчувствителност	27 (13.6%)	47 (23.6%)	52 (26.1%)	54 (27.1%)	19(9.5%)
Прилагане на хранителен режим на болни, провеждащи цитотоксична терапия	43 (21.6%)	60 (30.2%)	50 (25.1%)	29 (14.6%)	17 (8.5%)
Специални сестрински грижи при провеждане на химиотерапия	38 (19.1%)	55 (27.6%)	67 (33.7%)	30 (15.1%)	9 (4.5%)
Спазване на професионална етика	61 (39.4%)	36 (23.2%)	33 (21.3%)	19 (12.3%)	6 (3.9%)

Потърсихме по три дейности, за които студентите показват най-висока и най-ниска самооценка, вследствие на което се откриха следните закономерности:

Дейности с най-висока самооценка на базата на отговори „отлична“ и „много добра“ са:

- Спазване на професионалната етика (62.6%)
- Провеждане на парентерално и ентерално хранене и наблюдение за усложнения (52.8%)
- Прилагане на хранителен режим на болни, провеждащи цитотоксична терапия (51.8%)

Дейности с най-ниска самооценка на базата на отговори „задоволителна“ и „недостатъчна“ са:

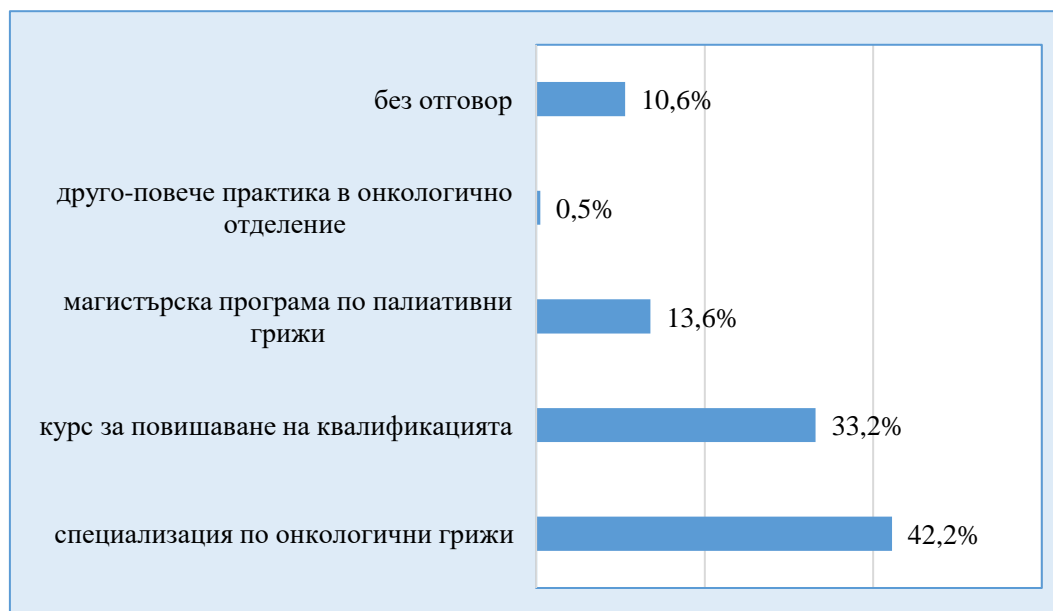
- Извършване на спешни действия при екстравазация на цитостатици (41,2%)
- Прилагане на утвърдени алгоритми при поведение на свръхчувствителност (36,6%)
- Профилактика на онкологичните заболявания и техните усложнения (30,6%)

С оглед на получените резултати и изразеното мнение за необходимост от оптимизиране на обучението, студентите бяха запитани какви са според тях начините това да се случва в рамките на базовото и следдипломното обучение. По отношение на теоретичната подготовка доминират предложенията им за добавяне на нови, по-точно профилирани свободно избираеми дисциплини (Фиг. 39).



Фиг. 39 Разпределение на студентите по препоръки за подобряване на обучението по онкологични грижи

Най-ефективна форма за следдипломна квалификация според 84 (42.2%) от респондентите би била специализация по онкологични грижи.



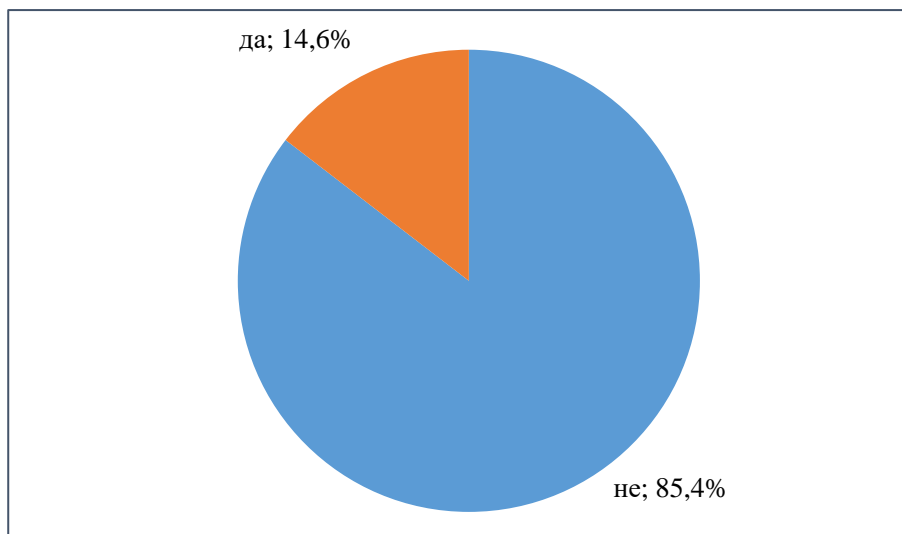
Фиг. 40 Мнение на студентите за възможности за продължаващо обучение

За подобряване на практическите умения от най-голяма полза ще бъде работата в клинична среда чрез разширяване на учебната практика и преддипломния стаж в онкологични структури (n=125; 62,8%) и използване на симулация и интерактивни методи (n=32; 16,1%).



Фиг. 41 Разпределение на студентите по мнение за подобряване на практическите им умения

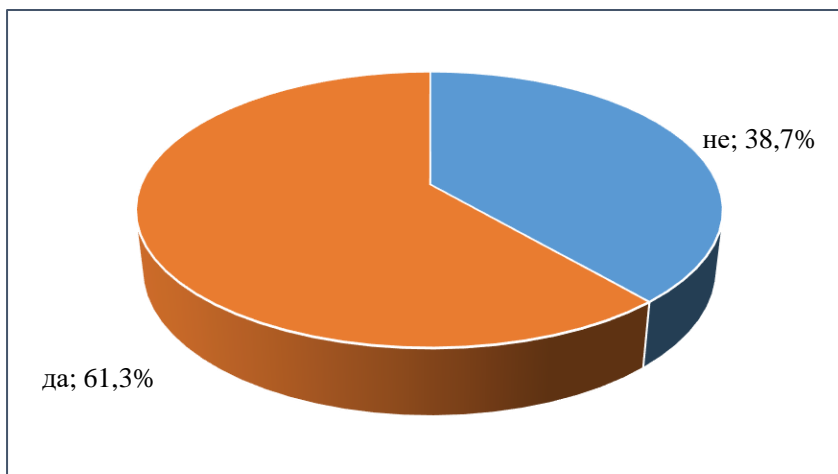
Факт е, обаче, че реалното провеждане на такива дейности към момента на проучването е твърде ограничено. Едва един от 10 анкетирани е провел студентска практика в онкологична структура (n=23; 11.6%), а участие в научно-изследователски



Фиг. 42 Участие на респондентите в разработване на проекти по теми с онкологична насоченост

проекти с такава насоченост са съобщили 29 (14.6%).

Един от сериозните проблеми на здравната система в България е недостигът на медицински сестри, както за болничната, така и за извънболничната помощ. Поради този факт сметнахме за нужно да насочим проучването и към бъдещите планове на студентите за професионална реализация. Бяха поставени и конкретни въпроси за нагласата им за работа в онкологични звена, където допълнителна трудност създава текучеството на сестринския персонал, породено от интензивната и емоционално натоварваща работа. Установи се, че почти две трети от студентите приемат като вариант за професионално развитие работа в онкологична структура (n=122; 61.3%) с очертаващо се предпочитание към клиника по онкологична хирургия (Фиг. 43).



Фиг. 43 Разпределение на студентите според това дали биха работили в онкологични структури за болнична/извънболнична помощ

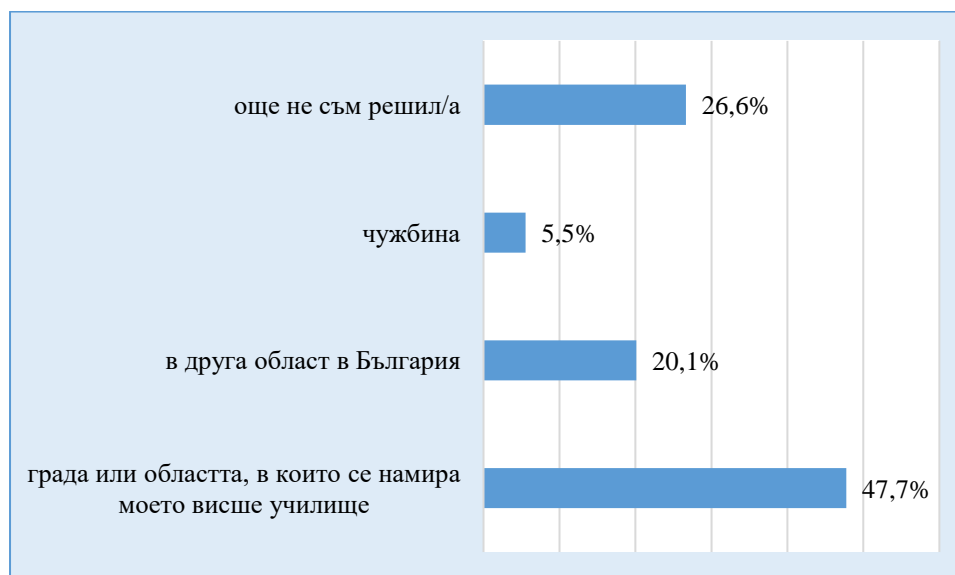
Като определящ мотив за работа в онкологични структури студентите посочват възможност за професионално израстване (n=75; 37.7%), вътрешна потребност да бъдат полезни на пациентите (n=45; 22.6%), добра перспектива за реализация (n=33; 16.6%), тъй като работата дава възможност за практикуване на придобитите знания и умения, висок професионализъм, притежаване на чисто човешки качества и възможност за следдипломно обучение, растеж и развитие. Добро възнаграждение на



Фиг. 44 Мотивация на студентите за работа в онкологични структури за болнична/извънболнична помощ

положения труд също е важно, но не е определящо при работа с онкологично болни (n=25; 12.6%).

Високият интерес на студентите към работа в лечебните заведения за болнична/извънболнична онкологична помощ, може да се обясни с това, че са били база за обучение на студентите през четиригодишното им обучение, налично модерно оборудване, внедряване на най-новите технологии в работата и доказани професионалисти, част от които са участвали в обучението на студентите.



Фиг. 45 Разпределение на изследваните лица по това къде ще предпочетат да упражняват професията

Не е учудващо, че половината от студентите предпочитат да се реализират в град Плевен, където се намира и Висшето училище, на което са възпитаници (Фиг. 45).

По данни от академичните справки за учебната 2022 – 2023 г. (випуск 2019-2023 г.) завършилите дипломанти от специалност „Медицинска сестра“ са 56 броя. Почти всички 51 (91.1%) са наети на работа в лечебни заведения в страната след дипломирането си, като от останалите 5 (8.9%), 4 (7.14%) са в отпуск по майчинство и 1 (1.96%) е записал ОКС „магистър“ по Управление на здравни грижи в друг университет, от всички дипломирани само 1 (1.96%) се е реализирал извън страната – в страна от Европейския съюз, не е уточнено къде.

По шеста задача Във връзка с установени потребности за оптимизиране на грижата са разработени:

1. Карта за оценка на пациента преди дехоспитализация и потребности от информация (Приложение № 6);
2. Програма за свободно-избираема дисциплина „Профилактика на онкологичните заболявания“, която при интерес би могла да бъде трансформирана в програма за курс по СДО (Приложение № 7).
3. Разработен е модел на пътя на пациента с очертаване на звената, където ролята на медицинската сестра е най-значима и се нуждае от оптимизиране (Фиг. 46).



Фиг. 46 Аспекти на онкологична грижа – роля на онкологичната медицинска сестра

На Фиг. 46 е описан пътят на онкологично болния пациент от момента на поставяне на диагноза до възможния изход, в резултат на проведеното лечение. Очертана е зоната, където ролята на медицинската сестра трябва да бъде особено изявена и се нуждае от оптимизиране. На първото ниво на здравната система трябва да се осъществява активна превенция, профилактика на онкологичните заболявания, определяне на рисковите групи лица, намаляване на риска чрез разработване на профилактични програми за работа със здрави/болни лица и близките им. Много важна е ранната диагностика чрез активни мероприятия от страна на ОПЛ или специалисти от първична извънболнична медицинска помощ. След установяване на онкологично заболяване пациентът се насочва за консервативно или оперативно лечение в болница за активно лечение и грижи. Терапевтичният подход и златен стандарт в онкологията е конвенционалното лечение, което включва: хирургично

лечение, химиотерапия, лъчетерапия, таргетна терапия, хормонотерапия. През последното десетилетие с много бързи темпове се развива имунотерапията като ново направление в борбата с онкологичните заболявания и други биологични методи, като алтернативна терапия, която намалява страничните ефекти от традиционните методи и влияе положително на крайните резултати. Екип от професионалисти оказва своевременно лечение и грижи за онкологично болните пациенти. В резултат на активното лечение пациентът може да оздравее и преживее онкологичното заболяване; то да се превърне в хронично, интермитентно заболяване или да има неблагоприятно развитие с влошаване състоянието на болния. В зависимост от състоянието му, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение; с мнение за усложнения от приложената терапия и опасност от рецидиви или за палиативни грижи, в хоспис, отделение за палиативни грижи или в дома на пациента. Преживелите онкологично заболяване се нуждаят от активна рехабилитация, ресоциализация, реадаптация, подкрепяща грижа, а палиативно болните – от терминална грижа. Хроничният ход на протичане на онкологичното заболяване налага активно наблюдение за усложнения като рецидиви и/или метастази в далечни органи. Ролята на медицинската сестра е да участва активно в процеса на лечение и грижи, да оказва подкрепа на болния и близките му и да разработва програми за здравно възпитание и обучение на пациента за промяна в начина на живот, диета, двигателна активност, корекция на модифицируемите рискови фактори и др. Според модела на Шефийлд при летален изход на болния, грижите за близките му продължават 1 година след смъртта на техния близък, т.н. „грижа при скърбене“.

III. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ

ИЗВОДИ

1. В онкологичните структури медицинските сестри имат ключова роля по организиране, координиране и осъществяване на грижи за болните.
Ежедневната работа на специалистите по здравни грижи се ръководи от правила за работа с медицинска документация по изисквания на клиничните пътеки, правила при прием, изписване и продължително наблюдение на болни.
2. Установеното положително отношение на медицинските сестри относно повишаване на тяхната квалификация в спецификата на онкологичните грижи е в диспропорция с ниския относителен дял на реално провешите следдипломно обучение и специализация. Това показва необходимост от оптимизиране на стимулите и мотивацията, както и на системата за продължаващо и следдипломно обучение в тази насока.
3. В групата на експертите е единодушно мнението, че своевременното актуализиране, документиране и оценяване на компетенциите на медицинските сестри е много важен елемент от дейността на специалистите по здравни грижи и би имало значителен принос за ефективността на лечението и хуманността и безопасността на онкологичните сестрински грижи.
4. Над 90% от пациентите са удовлетворени от отношението и комуникацията на медицинската сестра с тях и техните близки по време на болничния престой.
5. Болшинството от студентите биха работили след дипломирането си в лечебно заведение с онкологична насоченост, но се нуждаят от допълнително обучение по някои специфични аспекти на грижата.
6. Добавянето на нови свободноизбираеми и тясно профилирани дисциплини, с разширяване на учебната практика в заведения с онкологична насоченост и осъществяване на обучение в реална работна среда в партньорство с пациента и близките му, е ефективният според студентите начин за повишаване на специфичните им компетенции по онкологични грижи, а от там и нагласата им за работа в такива структури.
7. Новият модел на обучение трябва да поставя акцент върху здравно промотивни и профилактични дейности, дефицит на каквито установихме в проучването. Това кореспондира с факта, че заболяването често се открива при проява на симптоми или усложнения, или при потърсена помощ по повод на друго заболяване. Едва

един от 10 случая е диагностициран при целенасочено проведен профилактичен преглед, което е индикатор за липсваща и неефективна профилактична дейност.

ПРЕПОРЪКИ

Към Министерството на здравеопазването

1. Да се оптимизират мерките за превенция на злокачествените заболявания чрез програми за контрол на разпространението на водещи рискови фактори и обществено базирани здравни дейности.
2. Да се анализира ефективността на скринингови програми за ранно откриване на заболяванията и да се вземат мерки за нейното подобряване.

Към ръководителите на лечебни заведения с онкологична насоченост

1. Да се разработят специфични алгоритми за осъществяване на здравни грижи с оглед на локализацията и стадия на патологичния процес.
2. Да се оптимизира числеността на сестринския персонал и да се поддържа изискуемото според стандарт „Медицинска онкология“ съотношение 2:1 лекари : медицински сестри.
3. Да се оптимизира процесът на продължаващо и следдипломно обучение на сестрите с оглед профилиране на здравните грижи и повишаване на тяхното качество.

Към Университетите

1. Да се оптимизира обучението на студентите от специалности „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ по онкологични грижи, с акцент върху практическа работа в симулирана (изграждане на симулационни центрове за обучение) и реална клинична среда.
2. Да се увеличи броят на предлаганите свободно избираеми дисциплини и да се стимулира интересът на студентите към тях с оглед нарастващите нужди от профилирани онкологични сестри.

ПРИНОСИ

Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер

- Направен задълбочен анализ на социалната значимост на онкологичните заболявания и техните рискови фактори в глобален мащаб и в България с използване на показателите за заболяемост, смъртност и DALYs (загубени години живот поради преждевременна смърт и инвалидност).
- Проведено е комплексно медикосоциално проучване насочено към спецификата на здравните грижи за онкологично болни. Обхваната е мащабна кохорта, представляваща участниците в процеса на предоставяне и получаване на грижите. Събраната чрез проучването информация ще разшири познанията по изследвания проблем.
- Разработени са оригинални въпросници, съобразени с ролята, възможностите и потребностите на различните таргетни групи, което спомага да се открият значими аспекти в разглежданата сфера.

Приноси с практическа насоченост

- Резултатите от проучването могат да станат основа за разработване на модел за оптимизиране на процеса на здравни грижи в стационарните и амбулаторни онкологични структури.
- Разработен е формуляр за предоставяне на информация на пациентите за справяне със заболяването след дехоспитализация
- Разработена е учебна програма за свободноизбираема дисциплина с насоченост към профилактиране на онкологичните заболявания, тяхното ранно диагностициране, предотвратяване на негативните им ефекти и подобряване качеството на живот на болелите лица.

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Антонов Е., Гергова П., Петрова К., Симеонова А. Сестрински грижи при болни с рак на млечната жлеза. V-та Национална студентска сесия с международно участие, Сборник – резюмета и доклади, на електронен носител, **2017 г.** ISBN 978-954-756-202-8, с.198-204.
2. Алиосманова, Е., Иванова М., Гергова П. Сестрински грижи при пациент с тумор на мозъка-описание на клиничен случай. VI-та Национална студентска сесия с международно участие, “Здравните грижи през XXI век – предизвикателства и перспективи“, **2018 год.**, В: електронен сборник с резюмета и доклади: ISBN 978-954-756-214-1, стр. 102-108.
3. С. Николаева, П. Гергова. Сестрински грижи при пациенти с колоректален карцином. Живот с колостома.. Седма национална студентска научна сесия с международно участие „Тенденции в здравните грижи през 21 век“ – Плевен, 26 - 27.03.**2020 г.**, стр. 48-54 ISBN 978-954-756-250-9.
4. С. Стоева, А. Симеонова, П. Гергова. Сестрински грижи при пациент с карцином на маточната шийка – описание на клиничен случай. Седма национална студентска научна сесия с международно участие „Тенденции в здравните грижи през 21 век“ – Плевен, 26 - 27.03.**2020 г.**, стр. 42-48 ISBN 978-954-756-250-9.