



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ

ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

**КАТЕДРА „ПСИХИАТРИЯ И
МЕДИЦИНСКА ПСИХОЛОГИЯ“**

Д-Р АЛЕКСАНДЪР АНГЕЛОВ ТОДОРОВ

**ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ
СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ
ПЛОВДИВ ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН
ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ**

АВТОРЕФЕРАТ

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОНС
„ДОКТОР“**

ДОКТОРСКА ПРОГРАМА „ПСИХИАТРИЯ“

ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ: 7.1. МЕДИЦИНА

ОБЛАСТ НА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ: 7. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ДОЦ. Д-Р ПЕТРАНКА ГЕОРГИЕВА ЧУМПАЛОВА – ТУМБЕВА, ДМ

ГР. ПЛОВДИВ

2025 Г.

Дисертационният труд съдържа 126 стандартни страници, включващ 15 таблици, 34 фигури и 3 приложения.

Библиографският списък съдържа 283 литературни източника, от които 23 на кирилица и 260 на латиница.

Приложенията включват:

№ 1 Карта за SMART - въпросник

№ 2 Разрешение от Комисия по етика на НИД при МУ-Плевен

№ 3 Анкета „А“ от проведеното проуване

Във връзка с дисертационния труд са направени 3 пълнотекстови публикации и 3 научни съобщения на национални форуми.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от разширен Катедрен съвет на катедра „Психиатрия и медицинска психология“, факултет „Обществено здраве“, при Медицински университет-Плевен, проведен на 17.02.2025 г.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на **30.06.2025 г. от 11.00 часа в зала „Александър Флеминг“ (102) във Факултет Фармация** на Медицински университет Плевен, съгласно Правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицински университет-Плевен и въз основа на Заповед на Ректора № 640/25.02.2025 г. година пред научно жури в състав:

Председател: Проф. д-р Мариела Стефанова Камбурова, д.м.н

Членове:

Проф. д-р Петър Маринов Маринов, д.м.н

Проф. д-р Риналдо Савов Шишков, д.м.н

Доц. д-р Кирил Димитров Атлиев, д.м

Доц. д-р Иванка Илиева Велева, дм

Официални рецензенти:

Проф. д-р Петър Маринов Маринов, д.м.н

Доц. д-р Иванка Илиева Велева, д.м

Материалите по защитата са публикувани на сайта на МУ-Плевен:

<http://www.mupleven.bg/index.php/bg/>

СЪДЪРЖАНИЕ

	ТЕМА	СТР.
1.	ВЪВЕДЕНИЕ	5
2	ЦЕЛ	7
3	ЗАДАЧИ	7
4	МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ	8
4.1.	Материали	8
4.2.	Методи	9
5	РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	11
5.1.	Анализ на спешния психиатричен прием в област Плевен за периода 01.01.2021-31.12.2023.	11
5.1.1.	Разпределение по възраст и пол	12
5.1.2.	Разпределение по приемна диагноза	16
5.1.3	Разпределение по продължителност на престой	19
5.1.4	Разпределение по други фактори	20
5.2.	Анализ на резултатите от проведеното проучване.	23
5.2.1.	Разпределение по демографски данни.	23
5.2.2.	Разпределение по квалификация, трудов стаж и опит в спешната медицина.	24
5.2.3.	Разпределение на данните за динамика на спешните психиатрични състояния и собствената оценка на правилното им менажиране.	27
5.2.4.	Разпределение на данни за разпознаване на спешните психиатрични случаи.	29
5.2.5.	Разпределение на данни за овладяване на спешните психиатрични случаи.	31
5.2.6	Разпределение на данни за съдебно-медиинските аспекти на спешните психиатрични състояния.	37
5.2.7.	Разпределение на данни от клинични случаи	40
5.3.	Обсъждане на резултатите във връзка с поставените цел и задачи	44
5.3.1.	Обсъждане на резултатите от анализа на спешния психиатричен прием в Област Плевен	44
5.3.2	Обсъждане на резултатите от научното изследване	46
6.	ИЗВОДИ	56
7.	ПРЕПОРЪКИ	59
8.	ПРИНОСИ	60
9.	ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ПРОЯВИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	61

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ**На кирилица**

АТ III – антитромбин III

АХ – артериална хипертония

БТЕ – белодробен тромбоемболизъм

год. - година

ЗД – захарен диабет

ИБС – исхемична болест на сърцето

ИМИ – исхемичен мозъчен инсулт

МИ – миокарден инфаркт

МСП – мултипрофилно спешно отделение

СЗО – Световна здравна организация

СН – сърдечна недостатъчност

Сътр. - сътрудници

ЦСМП – Център за спешна медицинска помощ

На латиница

Mean – средна аритметична стойност

Median - медиана

Min/max – минимална/максимална

стойност

OR – odds ratio

p – probability value; статистическа значимост

RR – relative risk

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Спешната психиатрия е интердисциплинарен модел, покриващ необятното, необозримото и мистичното поле на психиатрията и новите и тепърва разкриващи се хоризонти на спешната медицина. Въпреки богатия и пъстър арсенал от медикаменти и средства за справяне с психомоторната възбуда или суицидно поведение, те си остават трудни за овладяване състояния, будещи най-лошите врагове на спешността – паника и страх.

Особено значим става и факта, че няма адекватна психиатрична помощ – по данни на СЗО едва 29% от пациентите с психоза и само 1/3 от лицата с афективни разстройства имат достъп до психиатрична помощ. Това е сериозна предпоставка за възникване на спешни състояния в психиатрията, криещи сериозен риск за здравето и живота, както на самия пациент, така и на обществото.

Спешното психиатрично състояние включва остро нарушение на поведението, мислите или настроението на пациент, което, ако не се лекува, може да доведе до увреждане както на индивида, така и на други хора в околната среда. По този начин определението за психиатрична спешност се различава от другите спешни медицински случаи по това, че се взема предвид и опасността от увреждане на обществото.

Спешните състояния могат да бъдат класифицирани като големи, когато има опасност за живота на пациента или за други хора в неговото обкръжение, или незначителни, когато няма заплахата за живота, но причинява тежка недееспособност.

В спешните звена – ЦСМП и Спешните отделение към многопрофилните болници работят лекари и фелдшери/лекарски асистенти, които имат пряк контакт с пациенти, попадащи в категорията „спешен психиатричен пациент“.

Лекарите, работещи в спешните портали често притежават само базисната университетска подготовка по психиатрия, към която се включват уменията и знанията за спешни състояния в психиатрията (по ЕДИ това включва 60 часа обучение по психиатрия).

Фелдшерите/лекарските асистенти също притежават значително ограничен арсенал от компетенции за оценка и подход спрямо пациент със спешен психиатричен пациент – в тяхното базово образование се отчитат едва 30 часа обучение по психиатрия.

Специализацията по „Спешна медицина“ за лекари има едва 1 седмица тематичен курс „Спешни състояния в психиатрията“.

ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ

Всичко това дава основание за сериозно съмнение дали подготовката на разботещите в спешните структури в страната е достатъчна.

В ежедневната ни работа се сблъскваме със сериозни проблеми при мениджмънта на спешен психиатричен пациент. Категоризирането на един пациент като „спешен“ често е неправилно. Социалният аспект понякога е събирателна група от фактори, които се посочват като определящи спешна хоспитализация, които далеч не корелира с реалността.

Добрата подготовка на спешните медици изисква да бъдат обучени в правилната преценка и категоризиране при среща с лице с психични и поведенчески прояви.

2. ЦЕЛ

Да се проучи и анализира нивото на подготовка на лекарите и медицинските специалисти, работещи в спешните портали в област Плевен, за правилното менажиране на спешен психиатричен пациент и да се повиши равнището на теоретични знания и практически умения.

НАУЧНА ХИПОТЕЗА

Лекарите и специалистите по здравни грижи, работещи в спешните структури, имат недостатъчна теоретична и практическа подготовка по отношение уменията за успешно овладяване на спешните психиатрични състояния. Това води до значително повишена натовареност на психиатричната здравна служба.

Чрез допълнително насочени и фокусирани обучения ще се повишат компетенциите за менажиране на спешните психиатрични състояния. От своя страна това ще доведе до позитивни последици за психиатричните структури, ще се редуцира натиска и ненужния социален хоспитализъм.

3. ЗАДАЧИ

За да се постигне целта са поставени следните задачи:

1. Да се анализират данните за спешен прием в Психиатричните клиники на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД – гр. Плевен.
2. Да се очертаят водещите профили на спешните психиатрични пациенти.
3. Да се оценят наличните знания и умения на медицинските специалисти и лекари, работещи в спешните портали на Област Плевен за оценка и менажиране на спешен психиатричен пациент.
4. Да се проведе обучение на медицинските специалисти и лекари, работещи в спешните портали на Област Плевен, за съвременните тенденции при овладяване на спешните психиатрични състояния.
5. Да се сравни и анализира ролята на допълнително обучение на медицинските специалисти и лекари, работещи в спешните звена на Област Плевен за по-ефективното решаване на проблемите на спешните психиатрични пациенти.

4. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

4.1. МАТЕРИАЛИ

За реализиране на поставените задачи и проверка на научната хипотеза:

1. Проведохме ретроспективно документално проучване с цел анализиране спешния прием в област Плевен за период 01.01.2021 г. – 31.12.2023 г. и очертахме профилите на спешните психиатрични пациенти.
2. Проведохме допълнително обучение, с цел повишаване нивото на теоретични знания и практическа подготовка сред лекари и медицински специалисти, работещи в спешните звена на територията на Област Плевен.

Дизайн на проучването

Чрез обява, както в реална среда (в ЦСМП – Плевен, МСО и Неотложна помощ), така и онлайн в социални платформи се отправи покана към работещите в Център за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и Мултипрофилно спешно отделение (МСО) за участие в обучение по проблемите на спешната психиатрия. Обучението се проведе присъствено за период от 6 – 8 академични часа. На участниците се обясни, че участието е доброволно, а резултатите, които ще бъдат анализирани и представени – анонимни, също така, беше разяснено, че всеки участник има право по всяко време да прекрати участието си. Изследването протече в 3 етапа:

1. Провеждане на Анкета А. Анкетата е структурирана в две части:

А. 1 част – Обща част, съдържаща въпроси за трудовия стаж и квалификацията на лекарите и медицинските специалисти

Б. 2 част – Специална част с въпроси за разпознаване на спешни психиатрични състояния, действия и поведение при спешен психиатричен случай, практически въпроси с правен характер, свързани с съдебнопсихиатричните аспекти при менажиране на спешен психиатричен пациент.

2. Провеждане обучителен семинар с теоретико-практичен характер с работещите в спешните структури за менажиране на спешен психиатричен пациент.

3. Провеждане на Анкета Б. Анкетата съдържа въпросите от специалната част от Анкета А.

В Приложение 1 представяме въпросите от проведените анкети.

Преди започване на научното изследване проекта за него беше представен за разрешение пред Етична комисия. С Протокол/Решение № 813-КЕНИД/ 14.06.2024 беше получено разрешение за стартиране на проучването.

Доброволно участие взеха 106 работещи в ЦСМП – Плевен и МСО към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД – Плевен – лекари, фелдшери/лекарски асистенти, медицински сестри/акушерки и парамедици. Всички завършиха трите части на научното изследване.

4.2. ИЗПОЛЗВАНИ МЕТОДИ

1. Документален метод – анализ на спешните хоспитализации в единствената структура, работеща в условията на спешност с пациенти с психични и поведенчески разстройства на територията на област Плевен.
2. От наличната документация се екстраполираха различните типове данни – лични, данни за актуалното състояние към момента на хоспитализация, ход и продължителност на хоспитализацията и при налична информация – проследяване след дехоспитализацията.
3. Анкетен метод – получаване на информация за актуалната подготовка на работещите в спешни звена, както и за оценка на получената информация.
4. Провеждане на обучителен семинар с работещите в спешните структури
5. За обработка на данните се използва специализиран софтуерен статистически пакет

Данните от проучването са обработени със софтуерни статистически пакети STATGRAPHICS; SPSS и EXCEL for Windows. Използвани са 2 калкулатора, налични в интернет:

- Georgiev G.Z., "Odds Ratio Calculator", [online] Available at: <https://www.gigacalculator.com/calculators/odds-ratio-calculator.php> URL [Accessed Date: 01 Feb, 2024].
- MedCalc Software Ltd. Odds ratio calculator. <https://www.medcalc.org/calc/> (Version 22.019; accessed February 1, 2024)

Използвани се следните методи на медицинската статистика

- Определяне на относителни дялове на качествени признаци;
- Определяне на показатели за централни тенденции при количествени променливи – изчисляване на средни аритметични величини (average);

изчисляване на мода (mode) и медиана (median) при неравномерни вариационни редове.

- Определяне на показатели за разсейване – стандартни отклонения (sd) и доверителни интервали (CI);
- Сравняване на средни величини и качествени признаци (t-критерий). Статистическа достоверност – при $p < 0.05$.
- Еднофакторен дисперсионен анализ при неравномерен комплекс (ANOVA). Статистическа достоверност е приета при $p < 0.05$.
- Корелационен анализ на качествени алтернативни признаци (ϕ -коефициент – чрез модифицирана формула на коефициента на корелация на Пирсон). При използване на ϕ -коефициент за оценка на корелация е използвана 5-степенна скала: слаба корелационна зависимост при $\phi < \phi < \phi < \phi < \phi 0.9$.
- Критерий за факторно влияние (OR) – риск от въздействие на проучвания фактор се приема при $OR > 1.0$, като степента на риска нараства с увеличаване на OR.
- За онагледяване на статистическите резултати са използвани таблици и графики.

5. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

5.1. АНАЛИЗ НА СПЕШНИЯ ПСИХИАТРИЧЕН ПРИЕМ В ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА ПЕРИОДА 01.01.2021 г. – 31.12.2023 г.

Проведохме ретроспективно проучване, в която анализирахме спешния психиатричен прием за област Плевен за периода 01.01.2021 г. – 31.12.2023 г.

Област Плевен е една от 28-те области в Р. България. С площ 4653,32 км², население 220 346 (към 31.12.2022 г.) и гъстота на населението 47,35 души/км², заема 9-то място по площ в страната. Граничи с областите Враца, Видин, Ловеч и Велико Търново, а на север се реализира водна граница с Румъния, посредством р. Дунав. В класификатора на регионите попада в Северо-западен регион. В област Плевен има 11 общини – Плевен, Червен бряг, Левски, Кнежа, Белене, Никопол, Гулянци, Долни Дъбник, Долна Митрополия, Искър и Пордим (Фиг. 2). Ролята на областна болница поема УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, гр. Плевен. Спешната психиатрична помощ се осъществява посредством ЦСМП – Плевен и Мултипрофилното спешно отделение на университетската болница. В областта има 3 психиатрична структури за стационарна психиатрична помощ – Психиатричен комплекс на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, Психиатрично отделение при МБАЛ – гр. Левски и Психиатрично отделение при МБАЛ – гр. Белене. До края на 2023 г. последните две не осъществяваха спешен прием на пациенти с психиатрична нозология. Община Червен бряг отчасти поради близостта използва стационара на ДПБ – Карлуково. Всичко това води до концентриране на над 95% от спешните психиатрични случаи в Психиатричния комплекс на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен с две Психиатрични клиники за денонощен стационар. Основния поток от пациенти се насочва директно в стационара, като при необходимост от диагностично уточняване пациента първо преминава през мултипрофилно спешно отделение.



Фиг. 1 Административна структура на област Плевен с площ и население

Осигуряването на навременна спешна психиатрична помощ е важна задача, не само за спешната помощ и психиатрията, а и за първичната здравна помощ. За съжаление много от нерешените проблеми в работата на личните лекари, един от които е липсата на комуникационен тренинг, са основа за претоварване на системата за спешна помощ и редуциране на ефективността ѝ по отношение навременната реакция при спешни психиатрични състояния.

С изключение на част от спешните психиатричните случаи за община Червен бряг, останалите спешни психиатрични пациенти (между 90 – 95%) са насочват за хоспитализация в Психиатричните клиники на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, гр. Плевен. Основният източник на данни е създаденият и екзактно воден Регистър на спешните хоспитализации в Психиатричните клиники. Пациентите биват доведени/докарани от ЦСМП, органите на реда или личен транспорт, а състоянието е оценено като спешно от дежурния психиатър. Допълнително уточнение е фактът, че през цялата 2021 г. и през част от 2022 г. цялата ни дейност беше под знака на COVID-19 пандемията, което има особено значение върху цялостната дейност на здравната служба и особено върху психиатричните структури.

5.1.1. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛ И ВЪЗРАСТ

За разгледания период (01.01.2021 г. – 31.01.2023 г.) по спешност са хоспитализирани 793 лица, съответно 200 за 2021 г., 275 за 2022 г. и 318 за 2023 г. Разпределението по пол показва 489 (62,8 %) мъже и 304 (37,2%) жени. Разгледано по

ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ

години – за 2021 г. – 132 (66,0%) мъже и 68 (34,0%) жени, за 2022 г. – 167 (60,8%) мъже и 108 (39,3%) жени и за 2023 г. – 190 (59,8%) мъже и 128 (40,3%) жени. На табл. 1 представяме разпределението по пол за разгледания период. Отчита се статистически значима доминация на мъжете ($p=0,001$).

Табл. 1 Разпределение по пол на хоспитализираните пациенти

	всички хосп.	мъже		жени	
	брой	брой	отн. дял	брой	отн. дял
2021 г.	200	132	66,0%	68	34,0%
2022 г.	275	167	60,7%	108	39,3%
2023 г.	318	190	59,7%	128	40,3%
Общо	793	489	6,7%	304	38,3%

Възрастовият диапазон е от 14 до 85 години за мъжете и от 16 до 85 години за жените. Средната възраст за разгледания период е 42,79 години за 2021 г., 41,91 години за 2022 г. и 42,99 години за 2023 г. Средната възраст по пол е: 42,42 години, 40,78 години и 42,17 години за мъжете и 43,49 години, 43,67 години и 44,41 години за жените съответно за 2021 г., 2022 г. и 2023 г. На фиг. 2, 3 и 4 илюстрираме вариационното разпределение и тенденцията на възрастта на хоспитализираните по спешност в психиатричните клиники за Област Плевен. Отчита се значимо неравномерно разпределение с ляво отместване към доминиране на по-младата възраст, което е изводимо от характера и обичайното протичане на психичните разстройства.



Фиг. 2 Крива на разпределение на възрастта с вариационен анализ за 2021 г.

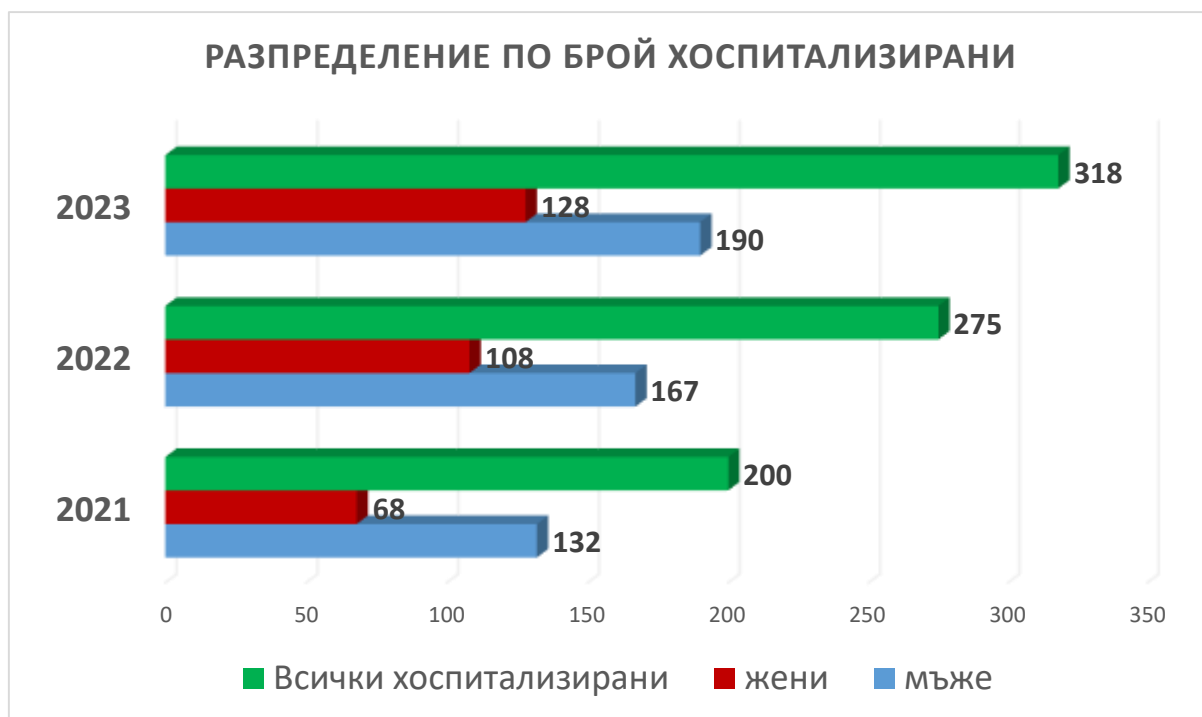


Фиг. 3 Крива на разпределение на възрастта с вариационен анализ за 2022 г.



Фиг. 4 Крива на разпределение на възрастта с вариационен анализ за 2023 г.

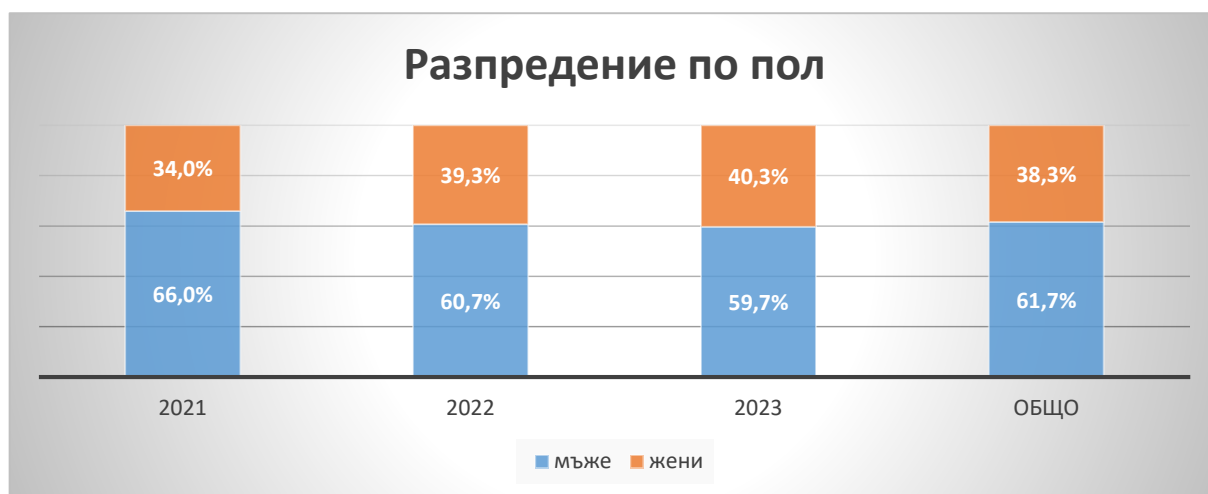
Още в началото се отчита увеличение в общия брой хоспитализирани с около 37 % за 2022 г. и около 16% за 2023 г. На фиг. 5 илюстрираме динамиката в абсолютен брой на хоспитализираните, както по пол, така и общо за периода.



Фиг. 5 Разпределение на броя хоспитализирани по пол за периода 2021 г. – 2023 г.

Това може да има много обяснения, но задължително трябва да се включи и факторът COVID-19. Категоричния отговор на въпроса за значението на пандемията върху динамиката на спешния психиатричен прием ще бъде даден, когато се анализират данните и от 2024 година и се съпоставят резултатите и динамиката им.

По отношение разпределението по пол доминират представителите на мъжкия пол. Това е напълно изводимо от особеностите на мъжкия пол като по-доминиращ, с повече прояви на агресия и по-труден контрол на импулсите. Мъжете имат два пъти повече хоспитализации по спешност, в сравнение с жението (Фиг. 6).



Фиг. 6 Разпределение по пол на броя хоспитализирани за периода 2021 г. – 2023 г.

5.1.2. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПРИЕМНА ДИАГНОЗА

По отношение нозологията доминира еднозначно шизофренията (51,50% за 2021 г., 57,82% за 2022 г. и 46,54% за 2023 г.), следвана от биполярното афективно разстройство (9,00% за 2021 г., 8,00% за 2022 г. и 7,55% за 2023 г.), психични и поведенчески разстройства в следствие употребата на акохол и/или ПАВ (8,50+4,50% за 2021 г., 6,55%+2,91% за 2022 г. и 8,18%+3,77% за 2023 г.) и органичните увреди (10,00% за 2021 г., 5,09% за 2022 г. и 6,92% за 2023г.).

На табл. 2, 3 и 4, както и на фиг. 7 показваме абсолютните стойности и относителните дялове на пациентите с различни нозологични единици. На база МКБ-10 сме отдиференцирали следните нозологични групи:

- F0x.x – Органични, включително симптоматични разстройства;
- F10.x – Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употребата на алкохол;
- F1x.x – Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употребата на психоактивни вещества;
- F20.x – Шизофрения;
- F2x.x – Шизотипни и налудни разстройства;
- F31.x – Биполярно афективно разстройство;
- F33.x – Рецидивиращо депресивно разстройство;
- F4x.x – Невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства;
- F6x.x – Разстройства на личността и поведението в зряла възраст;
- F7x.x – Умствена изостаналост.

**ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ
НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА
СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ**

Табл. 2 Разпределение по диагнози на хоспитализираните през 2021 г.

2021 г.	Мъже		Жени		Общо	
Диагноза	Брой	%	Брой	%	Брой	%
F0x.x	14	10,61%	6	8,82%	20	10,00%
F10.x	15	11,36%	2	2,94%	17	8,50%
F1x.x	9	6,82%	0	0,00%	9	4,50%
F20.x	56	42,42%	47	69,12%	103	51,50%
F2x.x	13	9,85%	5	7,35%	18	9,00%
F31.x	10	7,58%	5	7,35%	15	7,50%
F33.x	0	0,00%	1	1,47%	1	0,50%
F4x.x	2	1,52%	1	1,47%	3	1,50%
F6x.x	10	7,58%	0	0,00%	10	5,00%
F7x.x	3	2,27%	1	1,47%	4	2,00%
Други	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

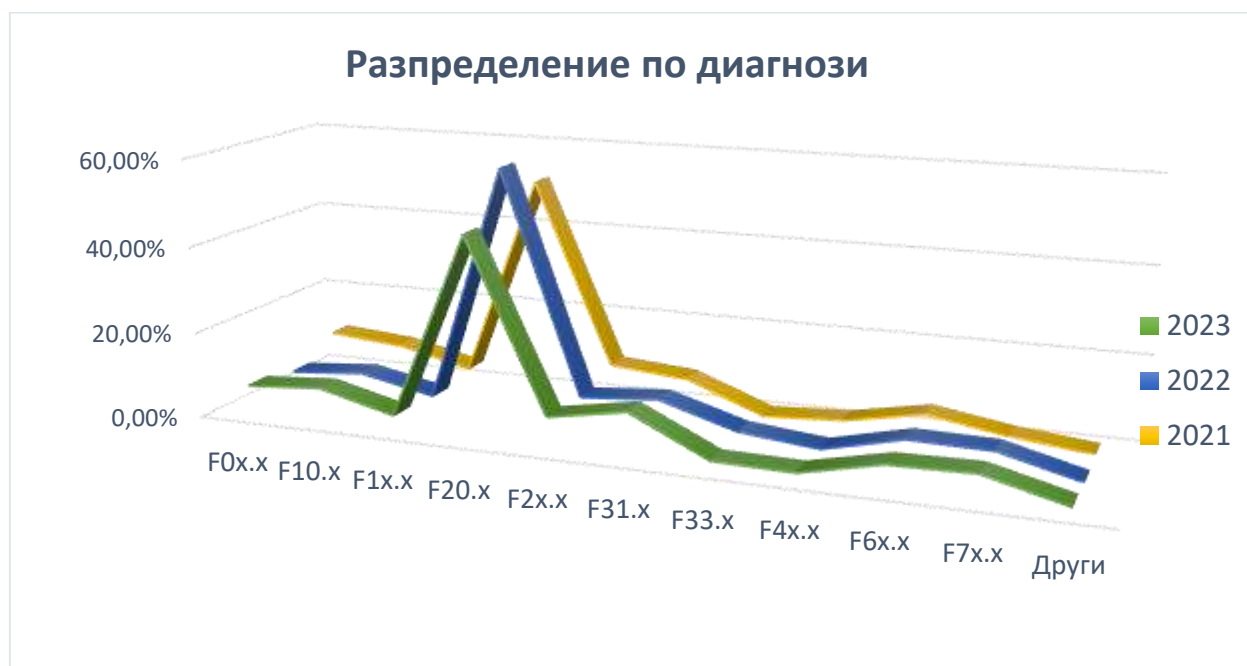
Табл. 3 Разпределение по диагнози на хоспитализираните през 2022 г.

2022 г.	Мъже		Жени		Общо	
Диагноза	Брой	%	Брой	%	Брой	%
F0x.x	6	3,59%	8	7,41%	14	5,09%
F10.x	14	8,38%	4	3,70%	18	6,55%
F1x.x	8	4,79%	0	0,00%	8	2,91%
F20.x	88	52,69%	71	65,74%	159	57,82%
F2x.x	11	6,59%	7	6,48%	18	6,55%
F31.x	11	6,59%	11	10,19%	22	8,00%
F33.x	6	3,59%	1	0,93%	7	2,55%
F4x.x	1	0,60%	1	0,93%	2	0,73%
F6x.x	13	7,78%	1	0,93%	14	5,09%
F7x.x	9	5,39%	4	3,70%	13	4,73%
Други	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ

Табл. 4 *Разпределение по диагнози на хоспитализираните през 2023 г.*

2023 г.	Мъже		Жени		Общо	
Диагноза	Брой	%	Брой	Брой	Брой	%
F0x.x	13	6,84%	9	7,03%	22	6,92%
F10.x	18	9,47%	8	6,25%	26	8,18%
F1x.x	10	5,26%	2	1,56%	12	3,77%
F20.x	80	42,11%	68	53,13%	148	46,54%
F2x.x	14	7,37%	10	7,81%	24	7,55%
F31.x	20	10,53%	14	10,94%	34	10,69%
F33.x	3	1,58%	3	2,34%	6	1,89%
F4x.x	2	1,05%	3	2,34%	5	1,57%
F6x.x	15	7,89%	3	2,34%	18	5,66%
F7x.x	12	6,32%	7	5,47%	19	5,97%
Други	3	1,58%	1	0,78%	4	1,26%



Фиг. 7 *Разпределение на хоспитализираните по нозологични единици за 2021 г. – 2023 г.*

По отношение на нозологичното разпределение статистически доминират в значителна степен пациентите с най-инвалидизиращата психиатрична диагноза – шизофрения ($p < 0.0001$). От другата страна с най-ниска честота на спешен прием са

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ДИАГНОЗИ

Диагноза	Процент
F20.x	52%
F1x.x	4%
F0x.x	7%
F10.x	8%
F2x.x	8%
F31.x	9%
F33.x	2%
F4x.x	1%
F6x.x	5%
F7x.x	4%
Други	0%

5.1.3. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОРЕДНОСТ НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИЯ

Табл. 5 *Разпределение по пол на хоспитализираните за първи път*

	2021 г.		2022 г.		2023 г.	
	брой	%	Брой	%	Брой	%
мъже	40	30,30%	42	25,15%	47	24,74%
жени	18	26,47%	43	39,81%	33	30,56%
общо	58	29,00%	85	30,91%	80	25,16%

5.1.4. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ПРЕСТОЯ

Данните за продължителността на хоспитализацията показват широко разпределение като най-висок дял (около една трета от всички хоспитализирани в условията на спешност) заемат хоспитализациите за период между 31 и 60 дни, следвани от такива с продължителност между 16 и 20 дни (около 10%). На табл. 6, 7 и 8 и фиг. 9 са представени обобщените данни за продължителността на престоя при спешните психиатрични случаи.

Табл. 6 Разпределение по продължителност на престоя за 2021 г.

2021 г.	Мъже		Жени		Общо	
Престой (дни)	Брой	%	Брой	%	Брой	%
до 5	23	17,42%	9	13,24%	32	16,00%
6-10	7	5,30%	7	10,29%	14	7,00%
11-15	16	12,12%	1	1,47%	17	8,50%
16-20	14	10,61%	9	13,24%	23	11,50%
21-25	9	6,82%	6	8,82%	15	7,50%
26-30	8	6,06%	8	11,76%	16	8,00%
31-60	48	36,36%	21	30,88%	69	34,50%
61-90	5	3,79%	6	8,82%	11	5,50%
90+	2	1,52%	1	1,47%	3	1,50%

Табл. 7 Разпределение по продължителност на престоя за 2022 г.

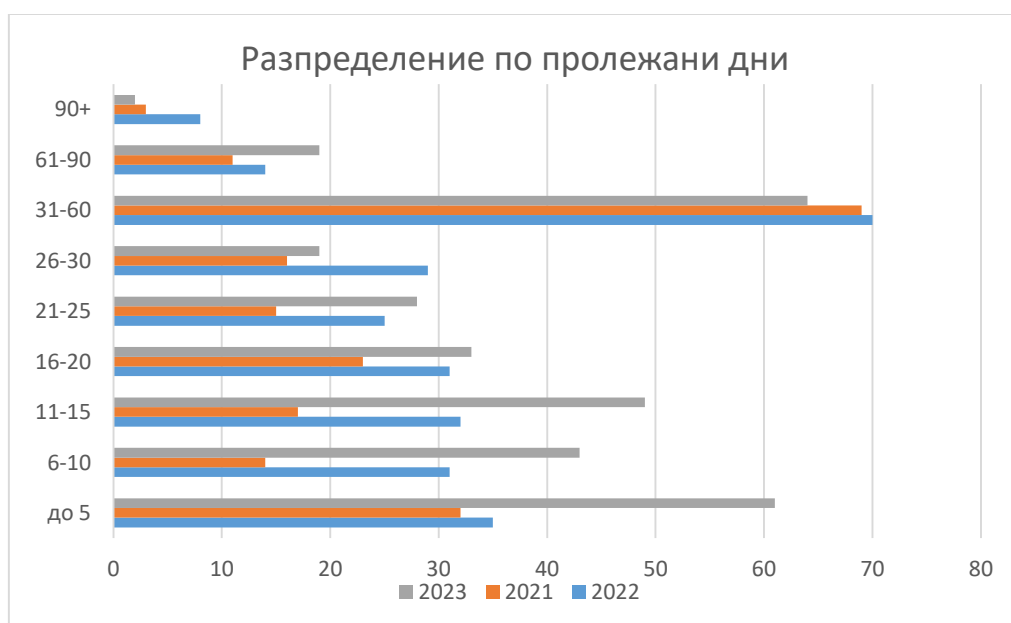
2022 г.	Мъже		Жени		Общо	
престой (дни)	Брой	%	Брой	%	Брой	%
до 5	18	10,78%	17	15,74%	35	12,73%
6-10	20	11,98%	11	10,19%	31	11,27%
11-15	20	11,98%	12	11,11%	32	11,64%
16-20	18	10,78%	13	12,04%	31	11,27%

ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ

21-25	14	8,38%	11	10,19%	25	9,09%
26-30	18	10,78%	11	10,19%	29	10,55%
31-60	47	28,14%	23	21,30%	70	25,45%
61-90	10	5,99%	4	3,70%	14	5,09%
90+	2	1,20%	6	5,56%	8	2,91%

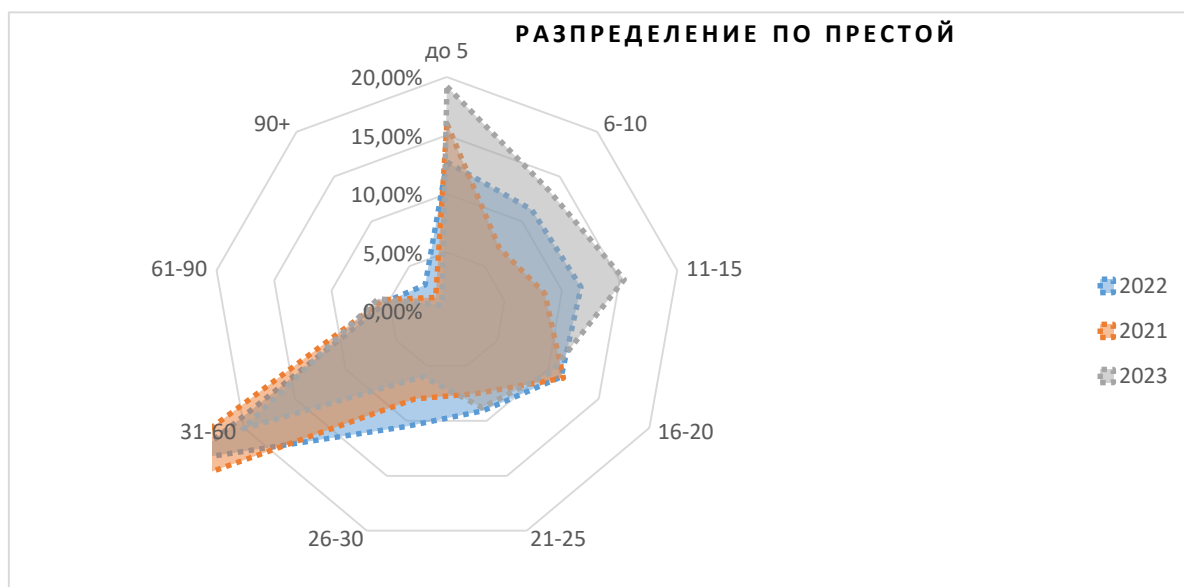
Табл. 8 *Разпределение по продължителност на престоя за 2023 г.*

2023 г. престой (дни)	Мъже		Жени		Общо	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%
до 5	40	21,05%	21	16,41%	61	19,18%
6-10	28	14,74%	15	11,72%	43	13,52%
11-15	26	13,68%	23	17,97%	49	15,41%
16-20	16	8,42%	17	13,28%	33	10,38%
21-25	14	7,37%	14	10,94%	28	8,81%
26-30	12	6,32%	7	5,47%	19	5,97%
31-60	42	22,11%	22	17,19%	64	20,13%
61-90	10	5,26%	9	7,03%	19	5,97%
90+	2	1,05%	0	0,00%	2	0,63%



Фиг. 9 *Разпределение по брой пролежани дни за периода 2021 г. – 2023 г.*

Данните за продължителността на престоя са показани на Фиг. 10. Отчита се тенденция към намаляване на средния престой и увеличаване дела на пациентите с престой между 6 – 10 и 1 – 5 дни за сметка на тези, с престой 16 – 20 дни. Категорично първенство заема по-дългият престой 31 – 60 дни, което корелира със зависимостта, че щом пациентът е приет по спешност – то и тежестта на симптомите е по-голяма, а терапевтичното стабилизиране изисква по-дълго време.



Фиг. 10 *Разпределение по продължителност на престой на хоспитализираните по спешност пациенти*

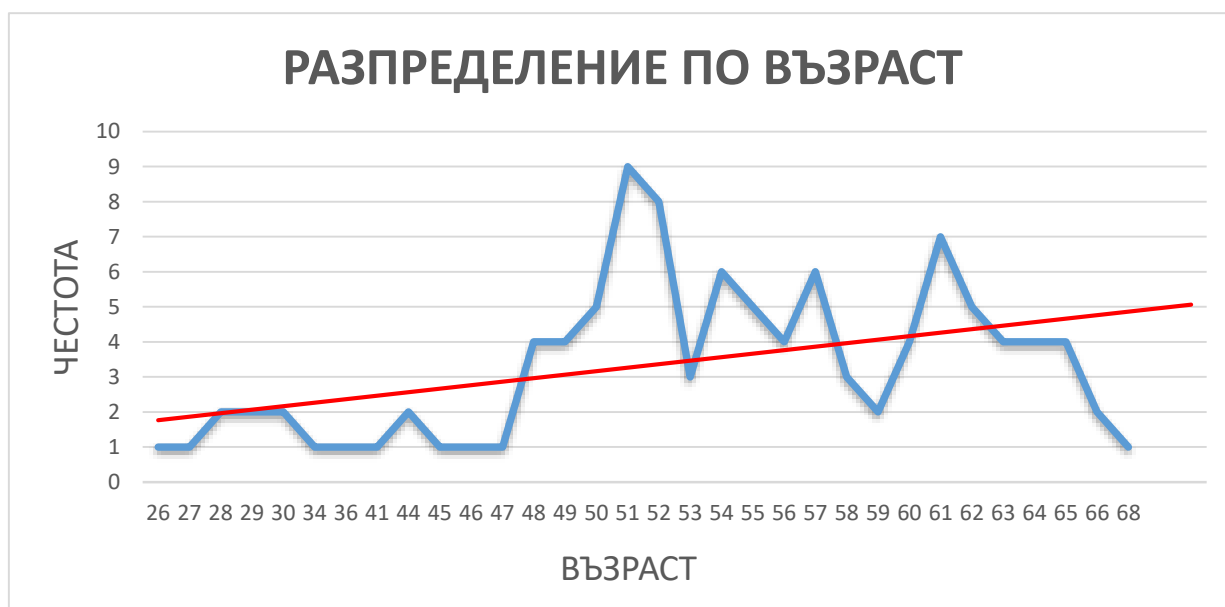
При около 30% от пациентите, хоспитализирани по спешност това е първа хоспитализация. Това показва, че клиниките по психиатрия в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, освен че се единствените стационарни психиатрични структури в Област Плевен, извършващи хоспитализации по спешност, са с високо ниво на доверие и са търсени в диагностично – терапевтичния процес като място, където работят хора с висока квалификация, а пациентите получават необходимата грижа и лечение на високо ниво.

От друга страна, в условията на по-оптимизирана първична здравна помощ, част от тези лица биха били насочени от личен лекар към психиатър, където ще се осъществи консултиране с последващо терапевтични повлияване при нужда, наблюдение и проследяване. Това е една от възможностите за намаляване тежестта върху здравната система, особено тази на центровете за спешна медицинска помощ.

5.2. РЕЗУЛТАТИ АНАЛИЗ НА ПРОВЕДЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

5.2.1. РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ НА ДЕМОГРАФСКИТЕ ДАННИ

В настоящото проучване взеха участие 106 лица – 35 мъже и 81 жени на средна възраст 53,19 години, работещи в ЦСМП – Плевен и МСО към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – гр. Плевен. На Фиг. 11 представяме разпределението по възраст, което е неравномерно и изместено на дясно. С червено е отбелязана възрастовата тенденция.

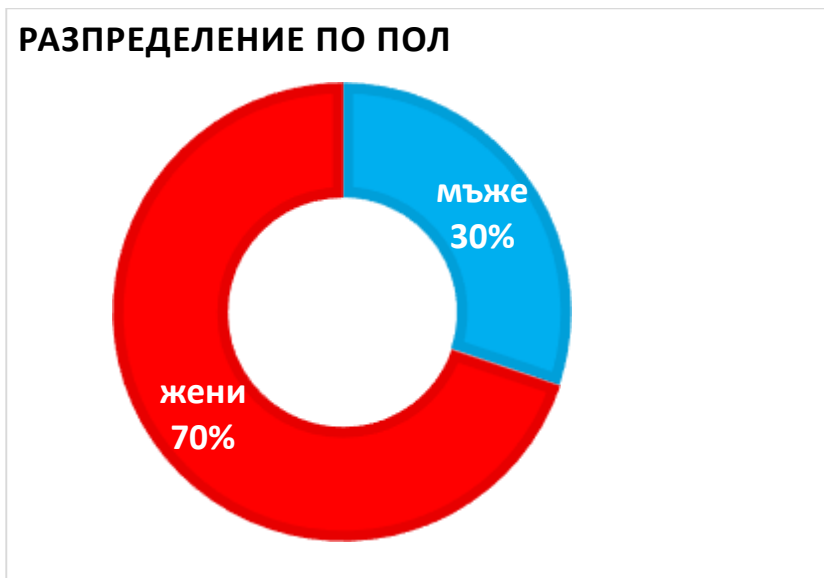


Фиг. 11 *Разпределение на участниците по възраст. С червено – възрастовата тенденция*

От тези данни се потвърждават негативните демографски тенденции за застаряване на работещите лекари и здравни специалисти. Фактът, че потвърждаваме тези негативни тенденции доказва представителността на извадката в общата популация на работещите в ЦСМП. Като замъгляващ фактор може да бъде посочено, че в МСО на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ работят лекари, които са завършили непосредствено висшето си образование и тяхната възраст е под 30 години.

Разпределението по пол показва категоричен превес ($p < 0.0001$) на самоопределилите се като жени – 74,62% ($n=81$) при 33,02% ($n=35$) мъже (Фиг. 12). Обяснение на този резултат може да бъде дадено с характерното за женския пол по-активно търсене на нови знания и умения. От друга, страна не бива да се пропуска факта, че спешните психиатрични състояния са едни от най-опасните и респективно като по-

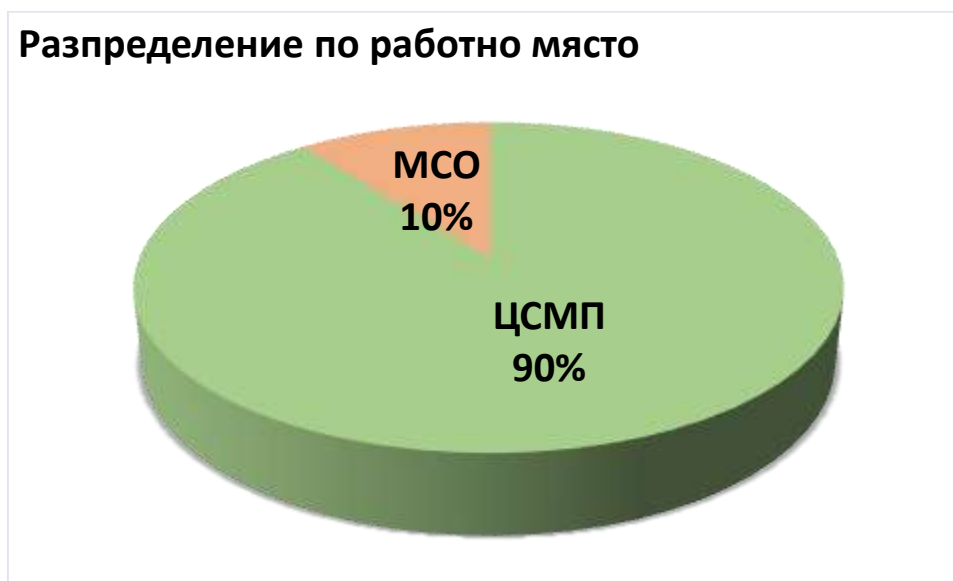
ранима и уязвима група жените търсят сигурност и защита, чрез повишаване на квалификацията си за прогнозиране и планиране на хода на психиатричното състояние.



Фиг. 12 Разпределение на участниците по пол

5.2.2. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ И АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ЗА КВАЛИФИКАЦИЯ, ТРУДОВ СТАЖ И ОПИТ В СПЕШНАТА МЕДИЦИНА

На фиг. 13 илюстрираме разпределението на участниците в проучването по отношение на работното им място показва доминация на работещите в ЦСМП – Плевен – 89,62% (n=95), а останалите 10,38% (n=11) работят в МСО.



Фиг. 13 Разпределение на участниците по отношение на работно място

ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ

В разпределение по работни позиции доминират лекарите – почти 2/3 от участниците – 60,38% (n=64), следвани от ЛА/Фелдшери – 20,75% (n=22) и мед. сестри/акушерки – 18,87% (n=20) (Фиг. 14).



Фиг. 14 Разпределение според квалификацията

Над половината от лекарите са без специалност – 56,25% (n=36), малко над 1/3 са с друга специалност – 37,50% (n=24), едва 4,69% (n=3) са с призната специалност по спешна медицина и само един участник – 1,56% (n=1) е с признати специалности по спешна медицина и клинична токсикология. На фиг. 15 илюстрираме това разпределение.



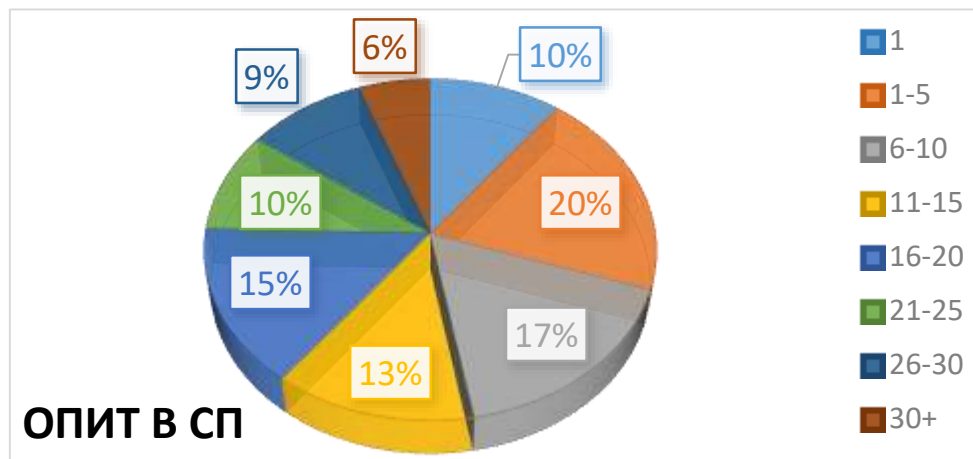
Фиг. 15 Разпределение на лекарската кохорта по медицинска специалност

Професионалният опит показва, доминация на участниците с трудов опит между 5 и 30 години – заедно заемат над 80% от участниците, (лицата с опит между 1 и 5 години 18,87% (n=20), с трудов стаж 6 – 10 години – 16,98% (n=18), с опит 16 – 20 години – 16,04% (n=17), със стаж 21 – 25 години – 11,32% (n=12) и тези със опит 26 – 30 години – 11,32% (n=12), останалите се разделят между лица с трудов стаж под една година – 8,49% (n=9) и над 30 години опит 7,55% (n=8) (Фиг. 16).



Фиг. 16 Разпределение на участниците в зависимост от трудовия им опит

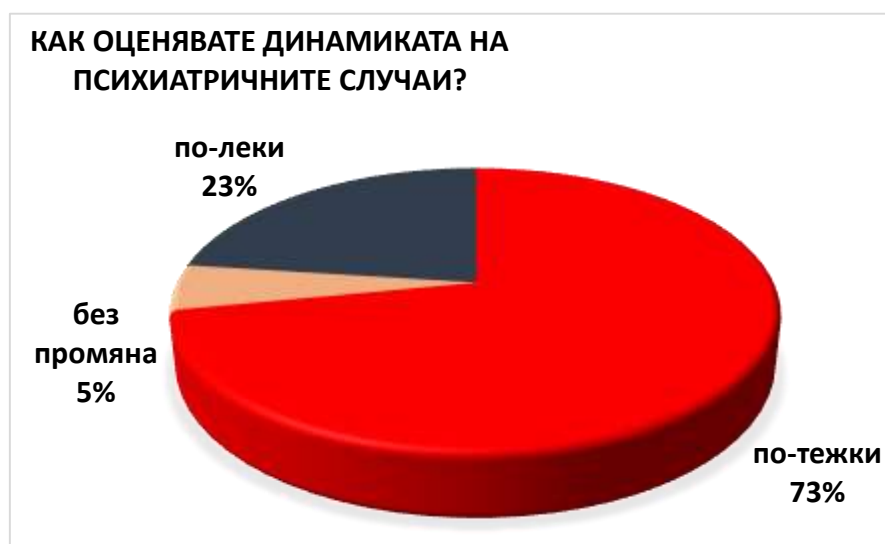
Опита в спешната медицина е значително изместен в ляво (Фиг. 17) – 1/3 имат опит до 5 години (до 1 година – 10,38% (n=11), между 1 и 5 години – 19,81% (n=21), 1/3 заемат лицата с опит в спешната медицина между 6 и 15 години (с опит между 6 и 10 години – 16,98% (n=18) и с трудов стаж в СП между 11 и 15 години – 13,21% (n=14) и постепенно намаляват до под 10% с опит над 30 години в спешната медицина – 5,66% (n=8).



Фиг. 17 Разпределение на участниците в зависимост от опита им в спешна помощ

5.2.3. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ И АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ЗА ДИНАМИКА НА СПЕШНИТЕ ПСИХИАТРИЧНИ СЪСТОЯНИЯ И СОБСТВЕНАТА ОЦЕНКА НА ПРАВИЛНОТО ИМ МЕНАЖИРАНЕ

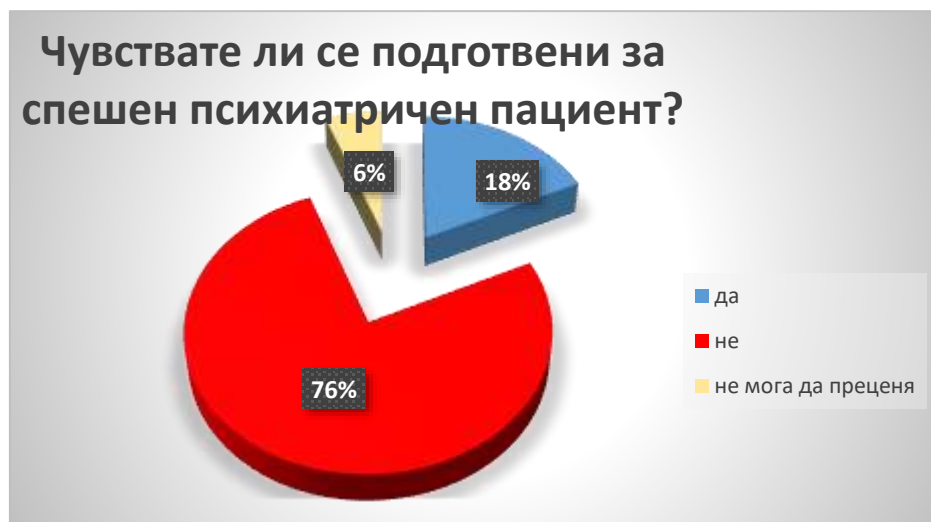
Всички участници заявяват единодушно, че случаите на спешни психиатрични състояния се увеличават, а за близо 75%, че са се утежнили допълнително във времето. На фиг. 18 показваме графично това разпределение. Лицата с трудов стаж над 25 години споделят, че в миналото преди премахването на диспансерната дейност и районните диспансери рядко се е търсило съдействието на спешна помощ за лица с психиатрични проблеми, което говори за по-ефективната организация на психиатричната помощ. От друга страна повечето анкетирани лица заявяват, че все по-често попадат на случаи на лица с тежки психиатрични диагнози, които не следват лечение, живеят в изключително тежки (социално-битови условия и нямат подкрепа от семейство и/или близки.



Фиг. 18 Разпределение на мнението за динамиката във времето на тежестта на спешните психиатрични случаи

Около 2/3 – 76,42% (n=81) от участниците посочват, че не се чувстват подготвени за спешен психиатричен пациент. Едва 17,92% (n=19) от участниците се справят без притеснение със спешните психиатрични състояния. Останалите 5,66 (n=6) не могат да преценят дали ще се справят със спешен психиатричен пациент (Фиг. 19). Резултатите са еднозначни, но все пак трябва да се уточни, че този въпрос е важен и отговорите за по-репрезентативни за работещите в ЦСМП и не чак толкова за тези от МСО. Спецификата на прием в психиатричните структури на областната болница – УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен редуцират значително срещите на работещите в МСО със спешни психиатрични пациенти. Спешните психиатрични случаи без данни за съпътстваща

соматична патология се насочват директно за хоспитализация в Психиатричните клиники без да се ангажира МСО.



Фиг. 19 *Разпределение на отговорите дали се чувстват подготвени за спешен психиатричен пациент*

При направен корелационен анализ се доказва значителна връзка между увереността за справяне със спешен психиатричен пациент и опита в спешната медицина. Установява се значителна по сила линейна зависимост при коефициент на Спирман = 0,663.

Около 80% от работещите в ЦСМП – Плевен и МСО към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – 73,58% (n=78) посочват, че месечно се срещат с между 1 и 5 спешни психиатрични пациенти, 10 от участниците (9,43%) посочват, че имат между 6 и 10 психиатрични случая месечно, 6 (5,66%) участници имат между 11 и 15 случая с психиатрична генеза и само 2 (1,89%) от участващите в проучването имат между 16 и 20 случая (Фиг. 20).



Фиг. 20 *Разпределение по брой психиатрични случаи месечно*

5.2.4. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ДАННИ ЗА РАЗПОЗНАВАНЕ НА СПЕШНИТЕ ПСИХИАТРИЧНИ СЛУЧАИ

Правилното разпознаване на спешните психиатрични състояния или грешно класифициране на неспешни като спешни е с огромно значение за ежедневната практика. Участниците в нашето проучване имаха изброени 11 състояния, от които трябваше да обележат спешните психиатрични. Отчетоха се както верните, така и грешните резултати, т.е. правилно разпознатите спешни психиатрични състояния и грешно отдиференцираните състояния, причислени като верни.

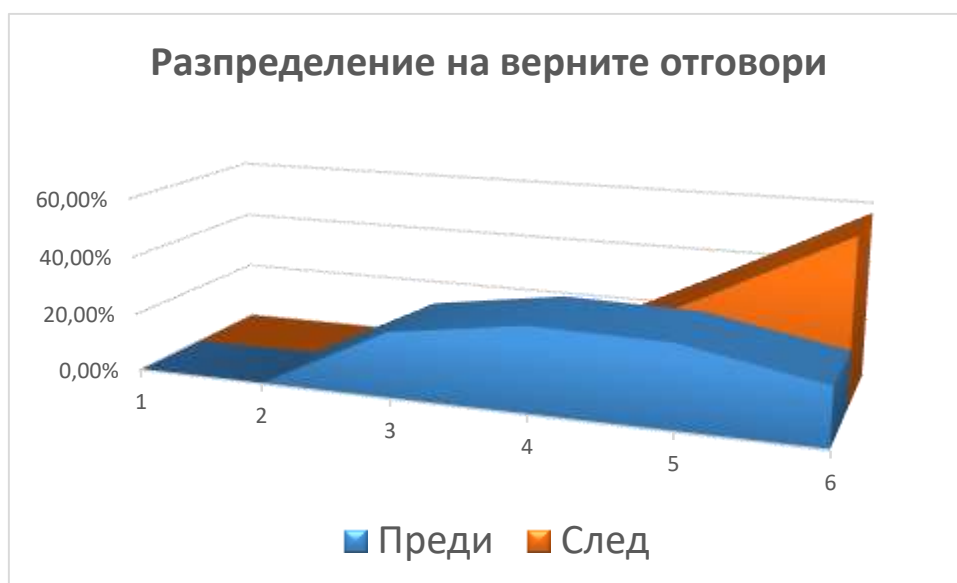
На табл. 9, фиг. 21 и 22 демонстрираме промяната след проведеното обучение. Резултатите от Анкета „А“ показват една плавно и доста сходно разпределение на честотите на правилно разпознатите спешни психиатрични състояния – 22,63% (n=24) от участниците разпознават само 2 от тях, 29,25% (n=31) – 3 от спешните състояния в психиатрията, 28,30% (n=30) разпознават 4 състояния и едва 19,81% (n=21) посочват всичките 5 от 5 възможни. Позитивен е резултатът по отношение на грешно причислените като психиатрични други спешни състояния – 30,19% (n=32) участници не посочват грешно нито едно състояние като психиатрично, 9,43% (n=10) причисляват 1, а 38,68% (n=41) грешно класифицират 2 състояние като спешни психиатрични, 14,15% (n=15) правят 3 грешки, а над 1/5 – 21,62% (n=8) са с 4 състояния, грешно класифицирани като психиатрични. След проведеното обучение и Анкета „Б“ резултатите са значително по-различни. По отношение на вярно разпознатите спешни състояния като психиатрични – над половината вече разпознават всичките 5 състояния – 56,60% (n=60), 33,02% (n=35) разпознават 4 и само 10,38% (n=11) определят само 3 състояние като спешни психиатрични. По отношение на грешно определените спешни състояния като психиатрични след обучението 48,11% (n=51) не посочват грешни, 31,13% (n=33) допускат грешно едно състояние като спешни психиатрично, 19,81% (n=21) правят по 2 грешки и само 0,94% (n=1) допуска 3 грешки.

Статистическият анализ с Коефициент на Стюдънт доказва статистически значима разлика в резултатите ($p < 0.05$), както по отношение на правилно познатите, така и по отношение на грешно разпознатите, преди и след провеждането на обучителния семинар, което е показателно за ползите от провеждане на обучението.

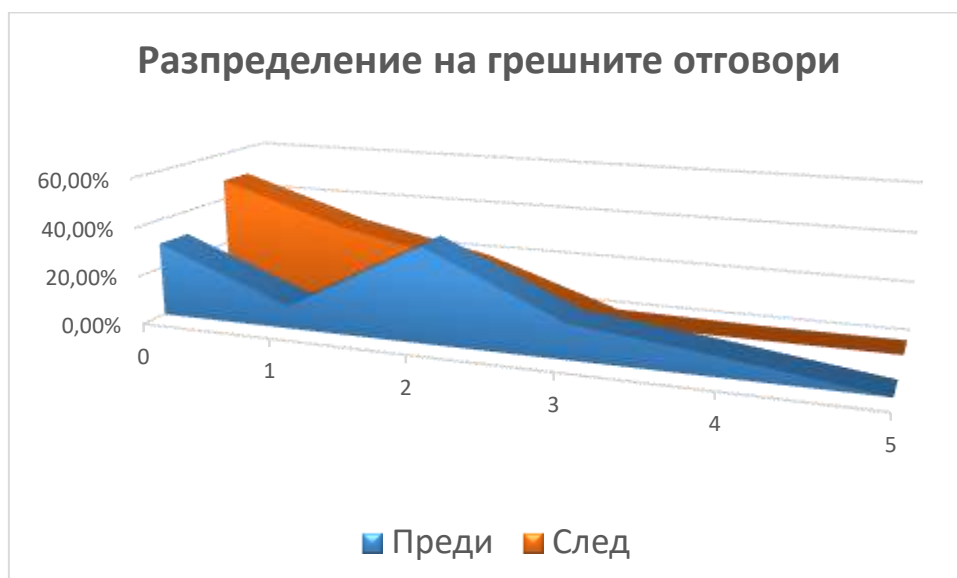
Табл. 9 Верни и грешни отговори при разпознаване на спешните психиатрични състояния

ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ

брой отг.	Верни				Грешни			
	Преди		След		Преди		След	
0	0	0,00%	0	0,00%	32	30,19%	51	48,11%
1	0	0,00%	0	0,00%	10	9,43%	33	31,13%
2	24	22,64%	0	0,00%	41	38,68%	21	19,81%
3	31	29,25%	11	10,38%	15	14,15%	1	0,94%
4	30	28,30%	35	33,02%	8	21,62%	0	0,00%
5	21	19,81%	60	56,60%	0	0,00%	0	0,00%
t	3,775				2,12			
p	0.009				0.04			



Фиг. 21 Разпределение по вярно разпознатите спешни психиатрични състояния



Фиг. 22 Разпределение на грешно припознатите спешни състояния

5.2.5. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ И АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ЗА ОВЛАДЯВАНЕ НА СПЕШНИТЕ ПСИХИАТРИЧНИ СЛУЧАИ

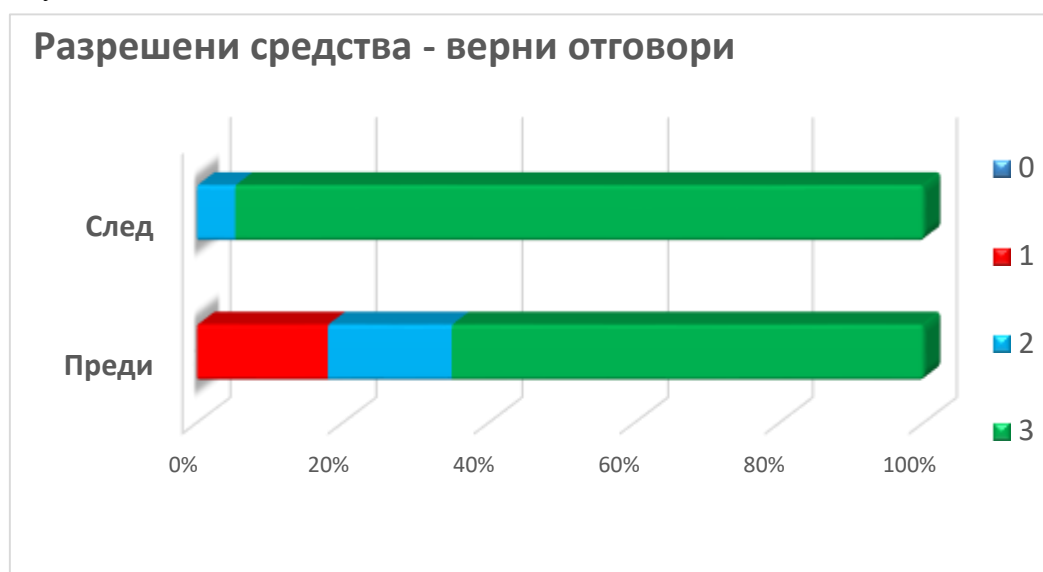
Менажирането на спешните психиатрични състояния е една енигма за работещите в спешните звена. Често пъти липсата на подготовка води до излишни страхове и ненужно избягване на медикация. На въпроса да бъдат посочени разрешените средства за овладяване на психомоторна възбуда или друго психиатрично състояние, в близо една пета от случаите участниците в проучването посочват медикацията като единствен метод – 17,92% (n=19). Значителен е процентът на тези, които причисляват изолацията и имобилизацията като крайни, но разрешени методи за превенция проявите на агресия и автоагресия – 65,09% (n=69). На табл. 10 показваме разпределението на посочените верни и грешни отговори за възможните фармакологични и други средства при овладяването на състоянията на агресия.

Табл. 10 Резултати от верни и грешни разрешени средства

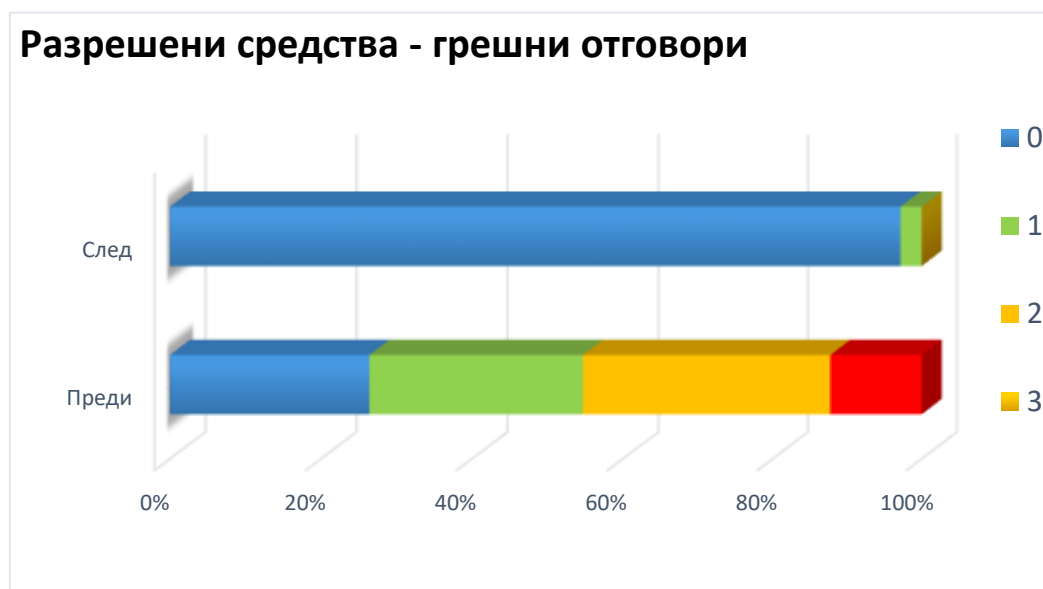
брой отг.	Верни				Грешни			
	Преди		След		Преди		След	
0	0	0,00%	0	0,00%	28	26,42%	103	97,17%
1	19	17,92%	0	0,00%	30	28,30%	3	2,83%
2	18	16,98%	2	5,41%	35	33,02%	0	0,00%
3	69	65,09%	104	98,11%	13	12,26%	0	0,00%
4					0	0,00%	0	0,00%
5					0	0,00%	0	0,00%
6					0	0,00%	0	0,00%
t			3,11				1,99	
p			0,04				0,04	

Отчита се позитивна тенденция към разширяване арсенала от възможни средства. От друга страна, категорично не се отчитат значимо грешно разпознати възможни средства – и преди и след обучението грешно посочените мерки и действия са с ниска относителна честота. Преди обучението грешните посочените средства са разпределени както следва: нито един грешен метод – 26,42% (n=28), един грешен метод – 28,03% (n=30), две грешни средства – 33,02% (n=35) и 3 грешни средства 12,26% (n=13). След обучението грешно определяните средства са сведени до минимум – 103 (97,17%) от изследваните не посочват нито едно грешно средство и само 3 (2,83%) посочват едно средство. Всичко това, съотнесено към опита в спешната медицина, показва емпирично

натрупани правилни принципи и модели на поведение – лицата с по-продължителен трудов стаж в спешните звена са натрупали от опита си добри практики при овладяването на спешния психиатричен пациент. На фиг. 23 и 24 илюстрираме промяната в разпознаването на верните и грешните средства за овладяване на спешните психиатрични състояния преди и след обучението. Статистическият анализ с Коефициент на Стьюдент доказва статистически значима разлика в резултатите ($p < 0.05$) преди и след провеждането на обучителния семинар, което е показателно за ползите от провеждане на обучението.



Фиг. 23 Разрешени средства – верни отговори при овладяване на спешни психиатрични средства



Фиг. 24 Разрешени средства – грешни отговори при овладяване на спешни психиатрични средства

Психофармакологичният арсенал, който се прилага за овладяването на спешния психиатричен пациент, е често пъти източник на сериозни страхове и бариери пред спешните медици, което води до понижаване използваемостта му. На въпроса кои медикаменти биха използвали при овладяването на спешни психиатрични състояния, участниците в проучването значително са рестриктирали избора си, като приоритет дават на бензодиазепини, бромни соли и доста по-малко посочват антипсихотиците – Хлорпромазин и Халоперидол – 43,24% (n=16) посочват само по 1 медикамент, най-много – 54,72% (n=58) посочват 2 медикамента. Около 1/3 от участниците посочват 3 – 13,21% (n=14) или 4 – 16,88% (n=18) медикамента на избор – посочените по-горе. Около 10% посочват като медикамент на избор Налоксон, който всъщност има по-активно приложение в спешната токсикология, отколкото за овладяване на спешни психиатрични състояния. В табл. 11 представяме резултатите на отговора кои психофармакологични средства са показани .

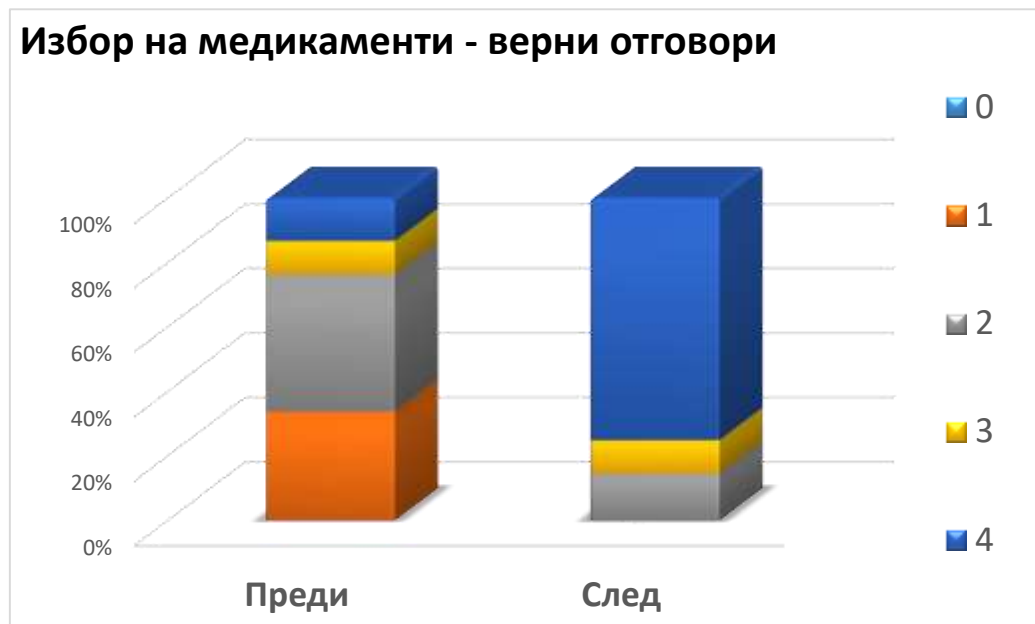
Табл. 11 Вярно и грешно определени средства за овладяване на спешен психиатричен пациент

брой отг.	Верни				Грешни			
	Преди		След		Преди		След	
0	0	0,00%	0	0,00%	32	30,19%	90	84,91%
1	16	43,24%	0	0,00%	38	35,85%	14	13,21%
2	58	54,72%	6	16,22%	26	24,53%	2	1,89%
3	14	13,21%	12	11,32%	10	9,43%	0	0,00%
4	18	16,98%	88	83,02%				
t	2,09				1,99			
p	0,04				0,04			

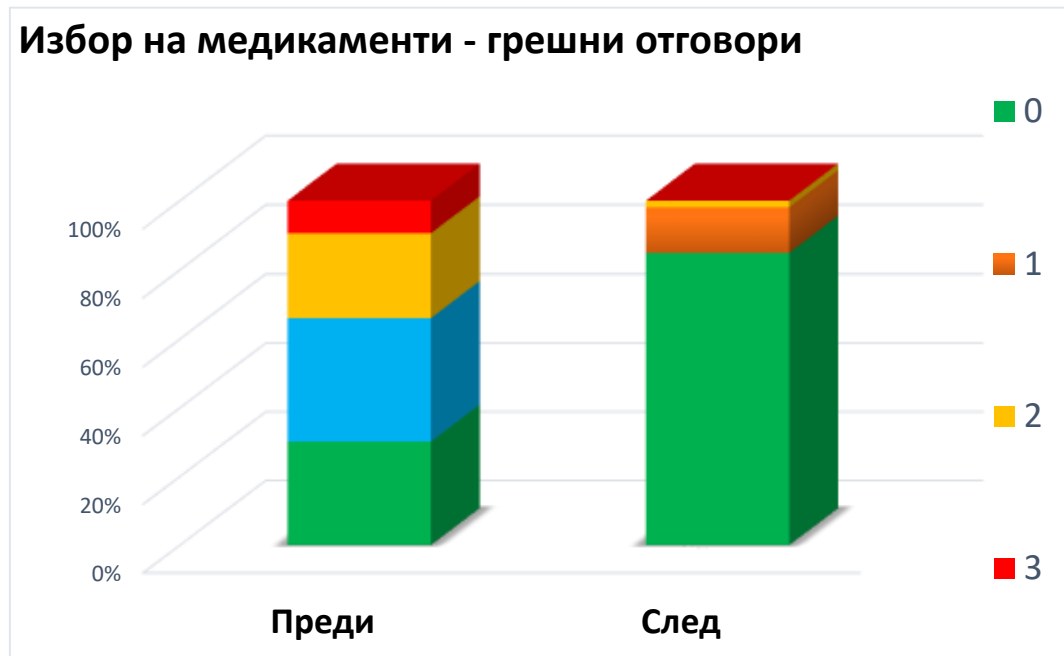
По отношение грешно определените медикаменти за използване в спешни психиатрични случаи в предварителната анкета почти по равно около 1/3 посочват 1 – 35,85% (n=38) и 2 – 30,19% (n=32) медикамента. Значително по-малко посочват 3 – 24,53% (n=26) или 4 – 9,43% (n=10) грешно причислени медикамента. След обучението отчитаме значителна промяна – само двама от участниците (1,89%) посочват грешно 2 медикамента, 14 (13,21%) посочват 1 медикамент грешно и 90 (84,19%) от участниците не посочват грешни медикамента (фиг. 25, фиг. 26).

ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ

Статистическият анализ с Коефициент на Стьюдент доказва статистически значима разлика в резултатите ($p < 0.05$) преди и след провеждането на обучителния семинар, което е показателно за ползите от провеждане на обучението.



Фиг. 25 Вярно определени медикаменти на избор преди и след проведеното обучение



Фиг. 26 Грешно, определени медикаменти на избор преди и след проведеното обучение

Несигурността и наличието на значими потенциални сериозни странични лекарствени реакции са основните фактори, които определят предпазливото поведение и ниската честота на използване на психофармакологични средства. В съвременните

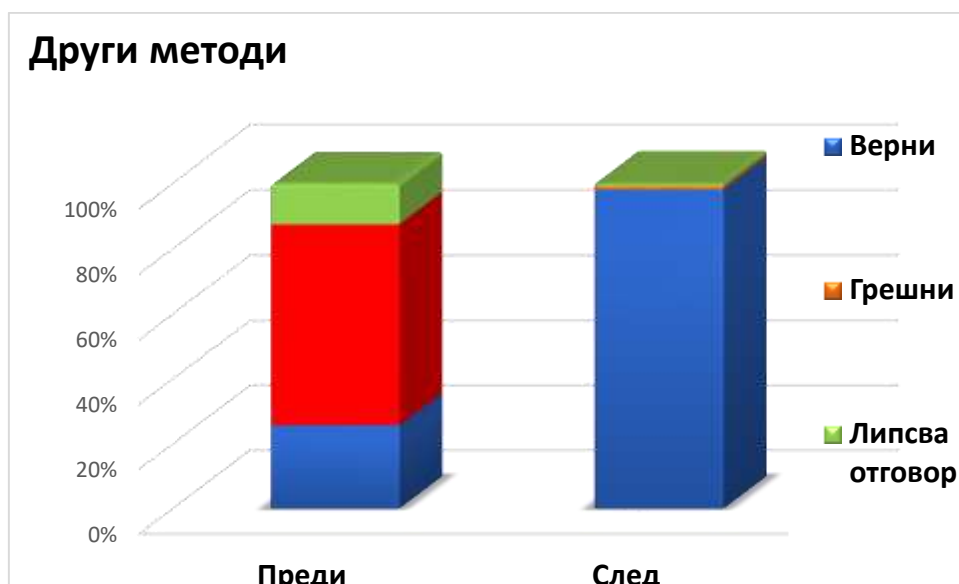
международно признати ръководни принципи са включени повече медикаменти, което е основа за разширяване терапевтичните възможности в условията на психиатрична спешност.

Нефармакологичните средства за овладяване на спешни психиатрични състояния са с голяма значимост, но за съжаление с ниска репрезентативност. Работещите в спешните звена показват ниска степен на информираност и познаване на възможните немедикаментозни прийоми – едва около $1/3$ – 33,02% (n=35) имат познания и посочват правилно използването на психотерапевтични методики. На другата крайност – 79,25% (n=84) посочват грешните отговори, а 16,04 % (n=17) не посочват отговор, допълвайки, че не знаят или не се сигурни. След проведеното обучение се отчита повишаване на информираността – 98,11% (n=104) вече правилно разпознават психотерапевтичните методи, и само по 1 отговорил – 0,94% отговарят грешно или не посочват отговор. Вероятно всичко това е резултат от специфичността и необходимостта от задълбочени и специализирани обучения за придобиване на такива умения.

По отношение знанията и уменията за имобилизация и фиксация на спешни психиатрични пациенти се отчита добра осведоменост – преди обучение над $\frac{3}{4}$ – 80,19% (n=85) са запознати с условията и начините за фиксация и изолация, едва 11,32% (n=12) посочват грешните твърдения, а 8,49% (n=9) не посочват отговор от незнание или несигурност. На табл. 12 и фиг. 27 и 28 онагледяваме горепосочените резултати.

Табл. 12 Резултати от въпросите за други методи в спешната психиатрия и знанията за имобилизация и фиксация на спешните психиатрични пациенти

брой отг.	Други методи					
	Преди		р	След		р
Верни	35	33,02%	<0,001	104	98,11%	0,142
Грешни	84	79,25%	<0,001	1	0,94%	<0,001
Липсва отговор	17	16,04%	<0,001	1	0,94%	<0,001
брой отг.	Имобилизация и фиксация					
	Преди		р	След		р
Верни	85	80,19%	<0,001	104	98,11%	14,20%
Грешни	12	11,32%	<0,001	0	0,00%	
Липсва отговор	9	8,49%	<0,001	2	1,89%	<0,001



Фиг. 27 Отговор на въпроса за други методи за овладяване на спешно психиатрично състояние



Фиг. 28 Резултатите от въпроса за познания и умения за имобилизация и фиксация

Овладяването на спешните психиатрични състояния е следващото огромно предизвикателство, което застава пред работещите в условията на спешност. Наличието на опит води до известна, макар и незначителна, рутина при необходимост от прилагане на психофармакологични средства. Въпреки това, продължава да се отчита голям процент на несигурност и предпазливост при прилагането им. Нефармакологичните средства със своята специфика трудно могат да бъдат демонстрирани, а още повече прилагани при спешни психиатрични пациенти. Необходимо е по-задълбочена подготовка за придобиване на практически умения при овладяване спешните психиатрични състояния.

5.2.6. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ И АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ЗА СЪДЕБНО-МЕДИИНСКИТЕ АСПЕКТИ НА СПЕШНИТЕ ПСИХИАТРИЧНИ СЪСТОЯНИЯ

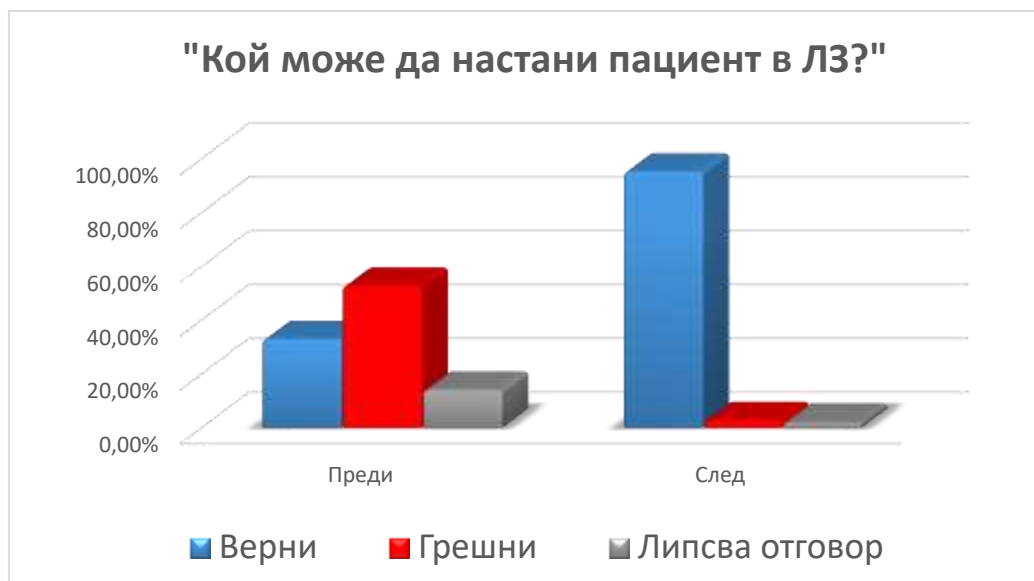
Съдебнопсихиатричните аспекти при менажирането на спешния психиатричен пациент будят сериозни съмнения и проблеми в ежедневната практика. Често пъти спешните медици са сериозно объркани, когато попадат в ситуация с лице с поставена психиатрична диагноза, което към момента на контакта с него е без потенциално повишен риск за агресивни и автоагресивни прояви. От друга страна, близките/роднините настояват лицето да бъде настанено в психиатрична структура, използвайки довода, че лицето трябва да бъде хоспитализирано с решение на някои от органите на съдебната система. В табл. 13 представяме резултатите от участниците в проучването на двата съдебнопсихиатрични въпроса – „Кой може да постанови задължително настаняване в ЛЗ?“ и „За колко време може да се хоспитализира лице в ЛЗ без негово съгласие?“

Табл. 13 Данни за отговорите на участниците на съдебнопсихиатричните въпроси

брой отг. Верни Грешни Липсва отговор	Кой може да настани пациент в ЛЗ?				
	Преди	р	След	р	
Верни	35	33,02%	<0,001	101	95,28%
Грешни	56	52,83%	<0,001	3	2,83%
Липсва отговор	15	14,15%	<0,001	2	1,89%
					<0,001
брой отг. Верни Грешни Липсва отговор	За колко време може да се хоспитализира лице в ЛЗ без негово съгласие?				
	Преди	р	След	р	
Верни	32	30,19%	<0.0001	100	94,34%
Грешни	54	50,94%	<0.0001	4	3,77%
Липсва отговор	20	18,87%	<0,0001	2	1,89%
					<0.0001

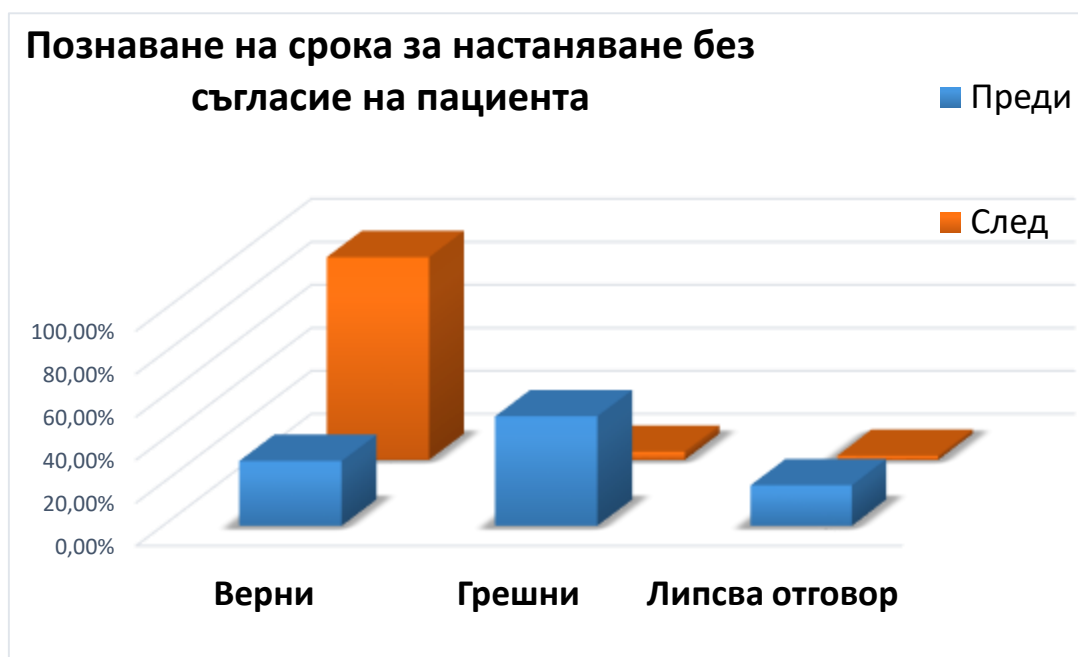
На въпроса „Кой може да постанови задължително настаняване в психиатрично заведение?“ преди проведеното обучение 33,02% (n=35) посочват съда. Над половината – 52,83% (n=56) грешно посочват друга длъжност/структура, а 14,15% (n=15) не посочват отговор. Значително се променя разпределението на отговорите след проведеното обучение – 95,28% (n=101) посочват верния отговор, само 2,83% (n=3) посочват грешен

отговор и 1.89% (n=2) не посочват отговор. На фиг. 29 илюстрираме графично тези данни.



Фиг. 29 *Разпределение на отговорите на въпроса „Кой може да настани пациент в ЛЗ?“*

Сходно разпределение на резултатите се наблюдава по отношение максималния срок за настаняване на лице в лечебно заведение без неговото съгласие. Едва 1/3 от участниците – 30,19% (n=32) посочват правилно 24 часа като максимален срок за хоспитализация без подписана декларация за Информирано съгласие. Малко над половината – 50,94% (n=54) посочват грешен отговор, а 18,87% (n=20) не посочват отговор. След проведеното обучение се отчита значима динамика в резултатите – 94,34% (n=100) от участниците в проучването правилно определят максималния срок за хоспитализация без съгласието на пациента. Само 4 – 3,77% посочват грешен отговор, а 2 – 1,89% не посочват отговор. На фиг. 30 показваме посочените резултати.



Фиг. 30 *Разпределение на отговорите на въпроса „За колко време може да се хоспитализира лице в ЛЗ без негово съгласие?“*

От направения статистически анализ се отчита статистически значима разлика в подкрепа на алтернативната хипотеза при сравняване на кохортата с изследваните лица преди и след провеждане на обучението, което доказва неговата висока резултатност.

Разгледаните проблеми в ежедневната практика на спешните медици имат важно значение за оптимизацията на предоставената медицинска помощ, както и за степента на натовареност на психиатричната здравна служба. Познаването на условията и реда за хоспитализация в ситуация на спешност, както и правилното и диференциране на спешно психиатрично състояние, биха редуцирали ненужното настаняване в психиатрични стационари на лица, които нямат показания за това. В условията на тежък кадрови дефицит по отношение психиатри и специалисти по здравни грижи в психиатричните стационари, това е едно потенциално стратегическо решение за намаляване натиска върху психиатричната служба. От друга страна, юридическата грамотност на работещите в спешните звена ще осигури атмосфера на увереност, спокойствие и по-висока успеваемост при среща с подобни ситуации.

5.2.7. РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ И АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ОТ РАЗПОЗНАВАНЕ НА КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

Разпознаването на спешните психиатрични състояния и отдиференцирането им от други застрашаващи живота синдроми и заболявания има ключово значение в триажирането на спешните пациенти. Често пъти в ежедневната практика на всеки лекар, клиницист, без значение от неговата специалност, могат да бъдат открити абнормности в поведението и цялостната психична дейност на пациента, които да са резултат от множество и различни фактори, но не са прояви на психично заболяване. От друга страна, не са единични случаите, в които стигмата на психиатрията повишава значително риска за живота и здравето на пациента, насочвайки волево или подсъзнателно мисленето в насока търсене на обяснение през призмата на психичното разстройство в случаи, когато се касае за изцяло соматично заболяване и последващо страдание.

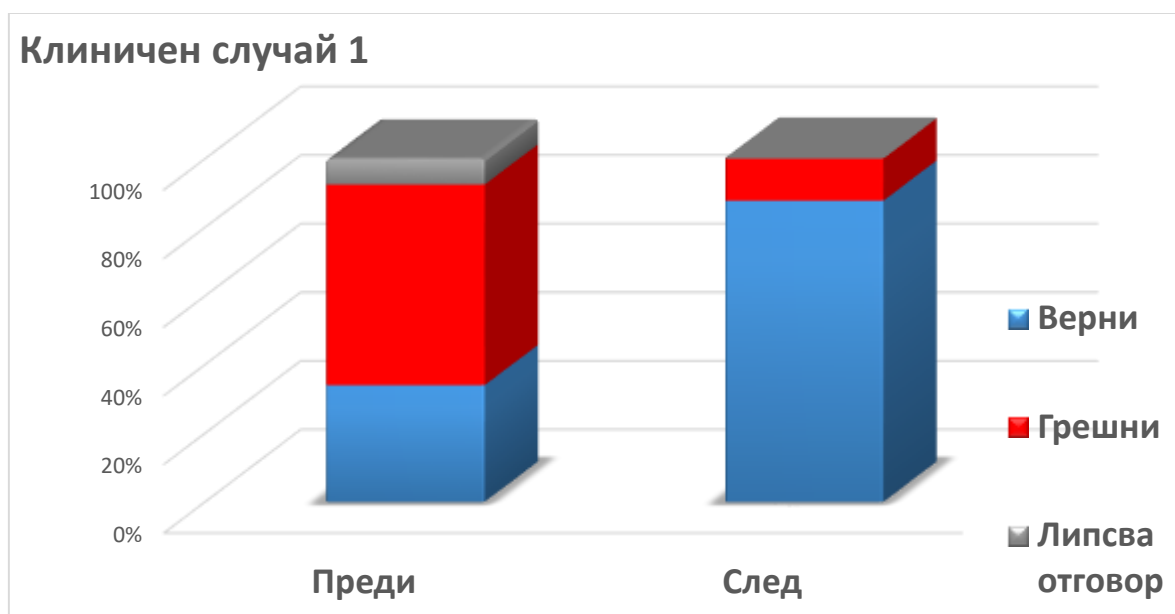
На участниците в научното изследване бяха предоставени 3 клинични случая, които да разпознаят и определят като стратегия за поведение. На табл. 14 се представени резултатите.

Табл. 14 Резултати от отговорите на клиничните случаи в двете анкети

брой отг.	КС 1 "Настояване на близки"					
	Преди		р	След		р
Верни	36	33,96%	<0,001	93	87,74%	0,0006
Грешни	62	58,49%	<0,001	13	12,26%	<0,001
Липсва отговор	8	7,55%	<0,001	0	0,00%	<0,001
брой отг.	КС 2 "Суицид с медикаменти"					
	Преди		р	След		р
Верни	68	64,15%	<0,001	104	98,11%	<0,0001
Грешни	28	26,42%	<0,001	0	0,00%	<0,0001
Липсва отговор	10	9,43%	<0,001	2	1,89%	<0,0001
брой отг.	КС 3 "Употреба на ПАВ"					
	Преди		р	След		р
Верни	8	7,55%	<0,001	94	88,68%	0,0028
Грешни	85	80,19%	<0,001	10	9,43%	<0,0001
Липсва отговор	13	12,26%	<0,001	2	1,89%	<0,0001

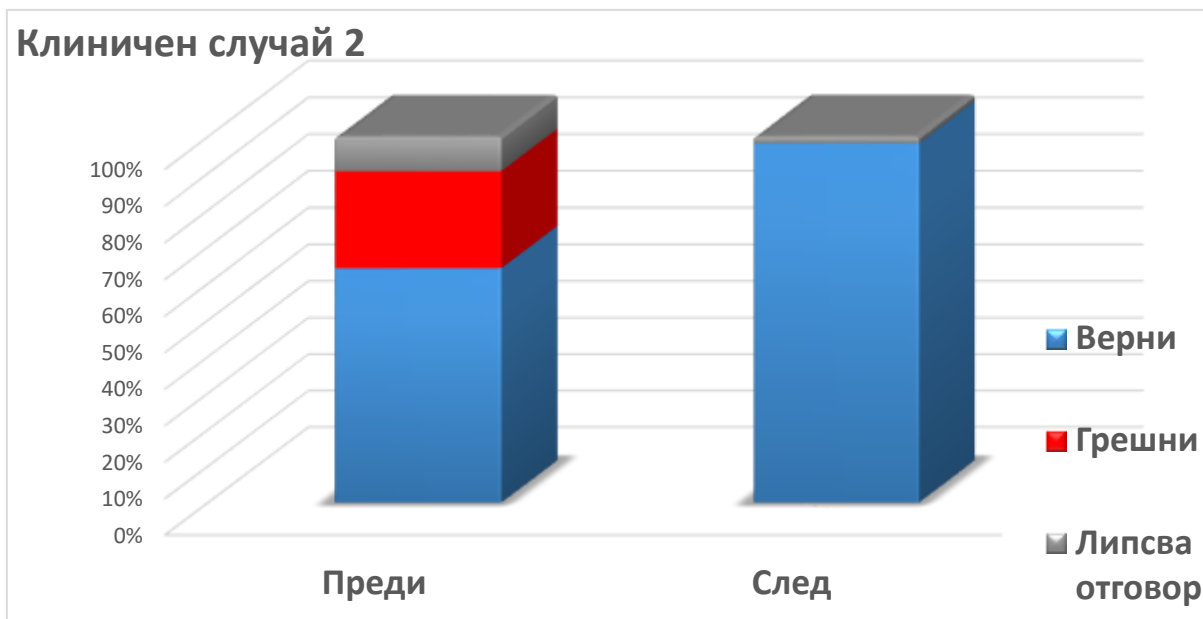
Клиничен случай №1 е свързан с пациент с психично разстройство, който към момента на обаждане на близките на спешен телефон не проявява поведение,

застрашаващо живота и здравето на себе си и околните. Въпреки това, близките настояват за настаняване в психитрично заведение, твърдейки че има „прокурорска заповед“. Резултатите от проведената анкета преди обучението показват известно доминиране на грешните отговори – 51,89% (n=55) дават грешен отговор, 40,57% (n=43) дават верен отговор и останалите 7, n=55% (8) не дават отговор. След проведеното обучение резултатите търпят значима позитивна динамика – 87,74% (n=93) дават верен отговор, а останалите 12,26% (n=13) дават грешен. На фиг. 31 показваме графично това разпределение.



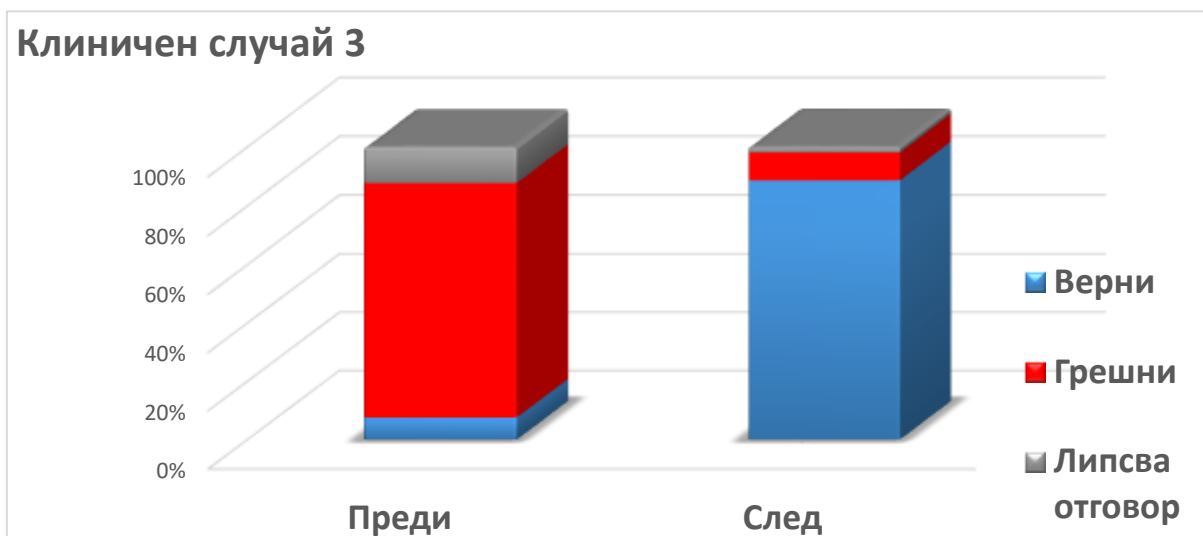
Фиг. 31 Динамика в резултатите от отговорите по Клиничен сличай 1

Клиничен случай №2 е свързан с пациент, реализирал суициден опит чрез прием на медикаменти. В анкета „А“ 64,15% (n=68) от участниците правилно посочват, че ще транспортират лицето до МСО с цел насочване към клиника по Клинична токсикология. 26,42% (n=28) грешно ще предложат пациента за хоспитализация в Психиатрична клиника или ще му дадат насоки за амбулаторно проследяване, 9,43% (n=10) не са сигурни или не посочват отговор. След проведеното обучение резултатите придобиват категоричен вид – 98,11% (n=104) правилно определят поведението си и само 1,89% (n=2) не могат да посочат правилен отговор или не желаят. На фиг. 32 показваме графично това разпределение.



Фиг. 32 Динамика в резултатите от отговорите по Клиничен сличай 2

Клиничен случай №3 е свързан с пациент с изключително сериозни по степен на протичане агресивни прояви вследствие употреба на ПАВ. От предварителната анкета резултатите показват категоричен превес и грешно насочване на лицето към психиатрична структура – 80,19% (n=85). Едва 7,55% (n=8) правилно посочват, че пациента трябва да бъде насочен към структура по токсикология, докато 12,26% (n=13) не могат да посочат отговор или не желаят. След проведеното обучение резултатите придобиват диаметрално разположен вид – 88,68% (n=94) от участниците дават правилен отговор, 9,43% (n=10) дават грешен отговор и едва 1,89% (n=2) не желаят или не могат да дадат отговор. На фиг. 33 показваме графично това разпределение.



Фиг. 33 Динамика в резултатите от отговорите по Клиничен сличай 2

**ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СПЕШНИТЕ СТРУКТУРИ
НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА МЕНИДЖМЪНТ НА
СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ**

Всички участници в обучението заявяват, че са повишили нивото на знания и умения за менажиране на спешния психиатричен пациент.

Средната оценка, която дават участниците в проучването е 9.5 по десетобалната система.

Всички участници категорично заявяват желанието си за участие в такъв тип обучения, които да повишат тяхната квалификация не само в областта на психиатричните, но и по други медицински специалности.

**5.3. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ПОСТАВЕНИТЕ ЦЕЛ
И ЗАДАЧИ****5.3.1. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНАЛИЗ НА СПЕШНИЯ
ПСИХИАТРИЧЕН ПРИЕМ В ОБЛАСТ ПЛЕВЕН ЗА ПЕРИОДА 01.01.2021-
31.12.2023**

Спешният психиатричен прием в област Плевен е фокусиран в 95 – 99% в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ за разгледания период. Хоспитализирани са общо 793 лица. Отчита се динамика с увеличени на броя хоспитализирани по спешност от 200 за 2021 г., през 275 за 2022 г. (увеличение с 37,50%) до 318 за 2023 г. (увеличение с 59,00% спрямо 2021 г.). Тази негативна динамика е резултат от комплексно влияние на много и разностранни фактори. Неминуемо един от тях е КОВИД-19 пандемията. На 11.03.2020 г., СЗО обяви началото на пандемията, а нейният край беше обявен на 05.05.2023 г., макар в България извънредното положение да беше отменено на 22.03.2022 г. От една страна, лицата с психични разстройства, водени от страха от заразяване често не търсеха навременна лекарска помощ, от друга рестрикциите за прием в лечебни заведения, свързани със задължителна карантина и негативни тестове доведоха до известна редукция на хоспитализациите в психиатричните отделения. За съжаление, това имаше своите негативни последици – симптомите на психиатричните заболявания се влошаваха и пациентите достигаха до психиатричния стационар със значително влошено психиатрично състояние, спрямо предходни екзацербации. Кохортата на лицата с позитивен Ковид-19 тест и психиатрично разстройство беше често пъти подлагана на ненужни рестрикции – водени от стигмата за психично разстройство в Ковид-отделенията отказваха да ги лекуват и това доведе до допълнителните усложнения в психиатричните стационари – обособяваха се Ковид-сектори. Категоричната констатация от наблюдението ни е, че пациентите с психични разстройства по-леко преболеждаха КОВИД-19, което е в корелция с публикации за протективното действие на психофармакотерапията (Rodrigo Macardo-Viera, 2025).

Разпределението по пол показва динамика в насока увеличаване дела на жените спрямо мъжете – от 34,00% за 2021 г. през 39,30% за 2022 г. до 40,30% за 2023 г., за сметка на редукция на относителния дял на мъжете – 66,00% за 2021 г., 60,70% за 2022 г. и 59,70% за 2023 г. Разпределението по пол показва по-чести хоспитализации на мъже, в сравнение с жените. Това е изводимо от особеностите на мъжкия пол и протичането на

психиатричните разстройства, разгледани и оценени като цяло, което се потвърждава и от различни проучвания (Dyer CB, 1995 и Keller Sh, 2023).

По отношение на средната възраст на спешните психиатрични пациенти за изследвания тригодишен период се отчита значимо неравномерно разпределение с ляво отместване към доминиране на по-младата възраст, което е изводимо от характера и обичайното протичане на психичните разстройства. Тези данни се потвърждават и от

з По отношение на нозологията, значимо повече са пациентите хоспитализирани по спешност с диагноза Шизофрения – 52 %. На второ място се нареждат пациентите с Биполарно афективно разстройство – 9 %, следвани от пациенти с поведенчески разстройства в следствие употребата на акохол и/или ПАВ – 8 %, органичните увреди и умствена изостаналост заемат около 5 %. Не се наблюдава съществена динамика в относителното разпределение – първенец остава далеч на върха шизофренията, а с честота между 5 – 10% остават БАР, ППРДУА и органичните разстройства. Впечатление прави фактът, че депресивното разстройство, като първи епизод или в хода на рекурентно такова, с най-ниска честота – до 2,5% от всички хоспитализирани годишно. Това е така, поради факта, че често пъти лицата с депресивни разстройства и/или превожни са с свръхкритичност и лесно може да се разчита на тях за редовно следвана амбулаторна терапия. Същевременно, самите те, не желаят да бъдат хоспитализирани. Нашите данни се потвърждават от различни автори в световен мащаб. Трябва да се направи уточнение, че ние оценяваме нозологичната принадлежност на пациентите хоспитализирани по спешност в психиатричните клиника на университетската многопрофилна болница. По отношение на проведените консултации в спешните отделения, определено водеща причина за посещения в СО са тревожните разстройства, като някои автори ги определят до 93 % от случаите (Стойчев К. и кол., 2012, Marzola E. et al). Психиатрични консултации в спешно отделение са суицидните опити (28,9%) и първи психотичен пристъп (16,1%)

в

Продължителността на хоспитализациите, реализирани в условията на спешност е важен показател, както за оценка дейността на стационара, така и в частност за оценка значимостта на спешността. През тригодишния изследван период се отчита тенденция към намаляване на средния престой и увеличаване дела на пациентите с престой между 6 – 10 и 1 – 5 дни за сметка на тези с престой 16 – 20 дни. Въпреки тази тенденция най-нисок процент са хоспитализациите с продължителност 31 – 60 дни, което корелира със

о

зависимостта, че щом пациентът е приет по спешност – то и тежестта на симптомите е по-голяма, а терапевтичното стабилизиране изисква по-дълго време.

При анализ на тези данни трябва да бъдем много внимателни, т.к. факторът „Ковид-19“ може да бъде серозен разсейващ фактор. По време на пандемията бяха редуцирани хоспитализациите, пациентите, водени от страх и несигурност често прикриваха тяхното актуално състояние, което доведе до комлициране и утежняване, а това от своя страна изисква по-дълъг престой за хоспитализации.

На база на посочените резултати е възможно да се опише профилът на най-честия пациент, хоспитализиран по спешност в психиатричните структури на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен. В условията на теоретичен модел това би бил мъж на възраст 42 – 45 години с поредно влошаване на параноина шизофрения и хоспитализация по спешност, която не е първа за него по повод обостряне на състоянието и продължителност на престоя около 40 дни.

На база на тези данни със способите на математическото моделиране може активно да се съставят такива модели, които макар и теоретични да бъдат предиктивни при планиране работата на стационара, както и изграждане на персонализиран лечебен план с цел оптимизиране на лечение и по-активна ресоциализация и адаптация.

5.3.2. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ НАУЧНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ С РАБОТЕЩИ В СПЕШНИТЕ ЗВЕНА В ОБЛАСТ ПЛЕВЕН

На база на данните от проведеното научно изследване става ясно, че работещите в спешните структури – ЦСМП, МСО и неотложна помощ притежават базова медицинска подготовка, която в условията на спешни психиатрични състояния се оказва недостатъчна.

В изследването се включиха 106 лица, неравномерно разпределени по пол – 35 (33,01%) мъже и 81 (66,99%) жени. Обяснение на този резултат може да бъде дадено с характерното за женския пол по-активно търсене на нови знания и умения. От друга страна не бива да се пропуска фактът, че спешните психиатрични състояния са едни от най-опасните за самите медици и респективно като по-ранима и уязвима група жените търсят сигурност и защита, чрез повишаване на квалификацията си за прогнозиране и планиране на хода на психиатричното състояние.

Възрастовото разпределение също е неравномерно с дясно изместване на нормалното разпределение към застаряване на участниците. Средната възраст на

участниците е 53,19 години. Това потвърждава негативните тенденции във възрастовата структура на работещите в здравеопазването. Още повече това важи за спешните структури, в които липсата на мотивация, високия интензитет и сериозния психоемоционален стрес са водещи фактори при нежеланието да работят там. Като замъгляващ фактор може да бъде посочен факта, че в МСО на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ работят лекари, които са завършили непосредствено висшето си образование и тяхната възраст е под 30 години.

Разпределението на участниците в проучването по отношение на работното им място показва доминация на работещите в ЦСМП – Плевен – 89,62% (n=95), а останалите 10,38% (n=11) работят в МСО. Спецификата на организация на работата в област Плевен има голямо значение, т.к. пациентите, оценени като показани за спешна хоспитализация в психиатрична клиника се насочват от екипите на ЦСМП – Плевен директно към психиатричните клиники, а не към МСО. Това облекчава значително, работещите в МСО от контакт със спешни психиатрични състояния. Поради тази причина лекарите и специалистите по здравни грижи от Спешните отделения проявяват занижен интерес към възможността за повишаване на квалификацията си за менажиране на спешните психиатрични състояния.

В разпределение по работни позиции доминират лекарите – почти 2/3 от участниците – 60,38% (n=64), следвани от ЛА/Фелдшери – 20,75% (n=22) и мед. сестри/акушерки – 18,87% (n=20). От данните на анализа на Министерството на здравеопазването в ЦСМП работят 1134 (40,23%) лекари, 1476 (52,04%) фелдшери/лекарски асистенти, 110 (3,90%) медицински сестри и 108 (3,83%) акушерки. Тези разлики са изводими от факта, че към момента в ЦСМП се формират екипи с лекари – реанимационни и лекарски и долекарски – с фелдшер/лекарски асистент. Това може да обясни по-високия интерес именно на тази кохорта от медицински специалисти.

Срезовият анализ показва, че над половината от лекарите взели участие в проучването са без специалност – 56,25% (n=36), малко над 1/3 са с друга специалност – 37,50% (n=24), едва 4,69% (n=3) са с призната специалност по спешна медицина и само един участник – 1,56% (n=1) е с признати специалности по спешна медицина и клинична токсикология.. По данни на Министерство на здравеопазването лекарите без специалност са 44,62% (n=506), със специалност – 55,38% (n=628), 5,73% (n=65) са с призната специалност по спешна медицина Това съотношение категорично не бива да бъде асоциирано с репрезентативност. От една страна в ЦСМП повечето работещи са без

специалност, тъй като няма такова нормативно изискване. От друга страна голяма част (около 75%) работещите в МСО са без специалност и сега са започнали специализацията си. Спешната медицина е сред най-всеобхватните специалности и макар нормативно да се изисква от спешните медици да са с призната такава специалност, рядко и трудно се намират желаещи. Интересен е факта, че в ЦСМП има работещи лекари със специалност – психиатрия – 3,13% (n=2). Макар и двамата да са квалифицирани в овладяването на спешните психиатрични състояния и двамата са взели участие в обучението.

Професионалният опит показва доминация на участниците с трудов опит между 5 и 30 години – заедно заемат над 80% от участниците. Трябва да се има предвид, че голяма част от работещите с опит до 5 години са работещи в МСО, които след приключване на една година стаж в отделението ще прекратят договора си. Това се случва поради факта, че политиката на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен изисква една година работа в МСО като задължително условие за зачисляване за специализация. Освен това много от специализантите през първите си години от трудовия стаж, най-често до получаване на специалност работят допълнително в МСО или ЦСМП по различни мотиви – повече доходи, натрупване на повече опит.

Продължителността на работа в секторите на спешната медицина е значително изместен в ляво – 30 % имат опит с спешната медицина до 5 години, следвани от 43 % с опит в спешната медицина между 6 и 15. Спешната медицина е една от най-трудните, интензивни и напрегнати специалности. Тя изисква отдаденост и висока жертвоготовност. Работата е изморяваща, често в изключително тежки условия и неблагоприятна. Броят на работещите в спешната медицина намалява с увеличаване на натрупания опит, защото пропорционално се увеличава системната умора, неудовлетворение и угнетеност. Това е едно от „слабите места“ на здравната ни система – сериозна липса на лекари в спешната помощ и застаряваща структура на наличния кадрови състав. Паралелно се отчита настъпващата кадрова криза и за лекарки асистенти/фелдшери, които са „гръбнака“ на спешната помощ – ежегодно завършват малко и недостатъчен брой лекарски асистенти, а фелдшерите от последните випуски на тази специалност са в пенсионна възраст и все повече от тях отпадат от системата. От друга страна новата долекарска специалност „парамедик“ още не е в необходимите регламенти и държавни изказвания, защото прекалено много и разнообразни структури обучават лица в тази професионална квалификация – от акредитирани университетски структури (ВМА – София, МУ – Пловдив, БДУ „Проф. Д-р Асен Златаров“ – Бургас) до центрове за квалификация със съмнителни акредитация. Специалността „парамедик“ е

изключително специфична с много сериозен набор от теоретични знания и практически умения, които трябва да се придобиват в академична среда за достатъчно дълъг период. Всичко това е сериозна причина за незабавно реализиране на стратегия за реформа в спешната помощ, в която да се заложат конкретни дейности по запазване, развиване и адаптиране на спешната медицина към съвременните условия и изисквания.

Всички участници заявяват единодушно, че случаите на спешни психиатрични състояния се увеличават, според 72% са се утежнили, 23% са на мнение, че са станали по-леки, а 5% не могат да преценят. Лицата с трудов стаж над 25 години споделят, че в миналото преди премахването на диспансерната дейност и районните диспансери рядко се е търсило съдействието на спешна помощ за лица с психиатрични проблеми, което говори за по-ефективната организация на психиатричната помощ. От друга страна повечето анкетирани лица заявяват, че все по-често попадат на случаи на лица с тежки психиатрични диагнози, които не следват лечение, живеят в изключително лоши социално-битови условия и нямат подкрепа от семейство и/или близки.

От участниците в проучването 64,15% (n=68) посочват, че не се чувстват подготвени за мениджмънт на спешен психиатричен пациент, 15,09% (n=16) от участниците са на мнение, че ще се справят без притеснение със спешните психиатрични състояния, а 20,75% (n=22) не могат да преценят дали ще се справят със спешен психиатричен пациент. Резултатите са еднозначни, но все пак трябва да се уточни, че този въпрос е важен и отговорите за по-репрезентативни за работещите в ЦСМП и не чак толкова за тези от МСО. Спецификата на прием в психиатричните структури на областната болница – УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен редуцират значително срещите на работещите в МСО със спешни психиатрични пациенти. Спешните психиатрични случаи без данни за съпътстваща соматична патология, се насочват директно за хоспитализация в Психиатричните клиники, без да се ангажира МСО.

От работещите в ЦСМП – Плевен и МСО към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, 73,58% (n=78) посочват, че месечно се срещат с между 1 и 5 спешни психиатрични пациенти. Това е особено трудно за прогнозиране, т.к. има много фактори, които определят този показател. Особено значим е и факторът сезонност – известно е, че през пролетта и есента се обострят афективните разстройства, а през лятото – психозите. Не бива да се пропуска и социалната страна – често пъти лица със социално-битови проблеми попадат в психиатричния стационар като единствена алтернатива.

Една от ежедневните дейности в спешните звена е правилното разпознаване на едно състояние като спешно и неговото отнасяне към съответната област на медицината.

Понякога това е изключително труден процес, особено що се касае до спешните психиатрични състояния. Липсата на добра подготовка, усложнеността със соматични проблеми, натиска от страна на близките могат да комплицират разпознаването на един спешен психиатричен пациент.

Участниците в нашето проучване имаха изброени 11 състояния, от които трябваше да обележат спешните психиатрични. Отчетоха се както верните, така и грешните резултати, т.е. правилно разпознатите спешни психиатрични състояния и грешно отдиференцираните състояния, причислени като верни. Резултатите от Анкета „А“ показват една плавно и доста сходно разпределение на честотите на правилно разпознатите спешни психиатрични състояния. По отношение на грешно причислените като психиатрични други спешни състояния най-висок е процентът на участниците грешно класифицирали 2 случая като спешни психиатрични – 38,68%. След проведеното обучение и Анкета „Б“ резултатите са значително по-различни. По отношение на вярно разпознатите спешни състояния като психиатрични – над половината вече разпознават всичките 5 състояния – 56,60%, а 48,11% не посочват грешни. Статистическият анализ с Коефициент на Стьюдент доказва статистически значима разлика в резултатите ($p < 0.05$), както по отношение на правилно познатите, така и по отношение на грешно разпознатите, преди и след провеждането на обучителния семинар, което е показателно за ползите от провеждане на обучението.

Тези данни практически демонстрират основната цел на тази работа – демонстриране на липсата на подготовка и значението след повишаване нивото на квалификация чрез обучителни семинари.

Друг сериозен проблем след разпознаването на едно спешно психиатрично състояние е неговото овладяване. Този процес може да бъде своеобразна енигма за здравните специалисти без достатъчна и качествена подготовка. На въпроса да бъдат посочени разрешените средства за овладяване на психомоторна възбуда или друго психиатрично състояние, в 17,92% ($n=19$) от случаите, участниците в проучването посочват медикацията като единствен метод. Значителен е процента на тези, които причисляват изолацията и имобилизацията като крайни, но разрешени методи за превенция на проявите на агресия и автоагресия – 65,09% ($n=69$). Отчита се позитивна тенденция към разширяване арсенала от възможни средства. От друга страна, категорично не се отчитат значимо грешно разпознати възможни средства – и преди и след обучението грешно посочените мерки и действия са с ниска относителна честота. След обучението грешно определяните средства са сведени до минимум – 103 (97,17%)

от изслеваните не посочват нито едно грешно средство. Всичко това, съотнесено към опита в спешната медицина, показва емпирично натрупани правилни принципи и модели на поведение – лицата с по-продължителен трудов стаж в спешните звена са натрупали от опита си добри практики при овладяването на спешния психиатричен пациент.

Психофармакологичният арсенал, който се прилага за овладяването на спешния психиатричен пациент, е често пъти източник на сериозни страхове и бариери пред спешните медици, което води до понижаване използваемостта му. На въпроса кои медикаменти биха използвали при овладяването на спешни психиатрични състояния, участниците в проучването значително са рестриктирали избора си, като приоритет дават на бензодиазепини, бромни соли и доста по-малко посочват антипсихотиците – Хлорпромазин и Халоперидол, 43,24% посочват само по 1 медикамент, а 54,72% посочват 2 медикамента. Около 10% посочват като медикамент на избор Налоксон, който всъщност има по-активно приложение в спешната токсикология, отколкото за овладяване на спешни психиатрични състояния.

По отношение грешно определените медикаменти за използване в спешни психиатрични случаи, статистическият анализ с Коефициент на Стюдънт доказва статистически значима разлика в резултатите ($p < 0.05$) преди и след провеждането на обучителния семинар, което е показателно за ползите от провеждане на обучението.

Предпазливото поведение при избора дали да се използва медикамен и кой да е той, са в резултат на несигурността и наличието на значими потенциални сериозни странични лекарствени реакции. Понастоящем можем да открием много практически и конкретни насоки за правилно и цялостно терапевтично поведение, което би било от полза на работещите в спешните звена.

Нефармакологичните средства за овладяване на спешни психиатрични състояния са с голяма значимост, но за съжаление с ниска представителност – изначално те са непознати и от там рядко приложими. Работещите в спешните звена не познават възможните немедикаментозни прийоми – едва 33,02% имат познания и посочват правилно използването на психотерапевтични методики. На другата крайност – 79,25% посочват грешните отговори, а 16,04 % не посочват отговор, допълвайки, че не знаят или не се сигурни. След проведеното обучение се отчита повишаване информираността – 98,11% правилно разпознават психотерапевтичните методи. Липсата на теоретична подготовка и практически опит са в основата на тези резултати, което е сериозна причина да бъдат насочени усилия към това.

По отношение знанията и уменията за имобилизация и фиксация на спешни психиатрични пациенти се демонстрира по-висока степен на познаване – преди обучението 80,19% са запознати с условията и начините за фиксация и изолация. След проведеното обучение процента се повишава на 98,11%.

Овладеяването на спешните психиатрични състояния е следващото огромно предизвикателство, което застава пред работещите в условията на спешност. Наличието на опит води до известна, макар и незначителна, рутина при необходимост от прилагане на психофармакологични средства. Въпреки това, продължава да се отчита голям процент на несигурност и предпазливост при прилагането им. Нефармакологичните средства със своята специфика трудно могат да бъдат демонстрирани, а още повече прилагани при спешни психиатрични пациенти. Необходимо е по-задълбочена подготовка за придобиване на практически умения при овладяване спешните психиатрични състояния.

Съдебнопсихиатричните въпроси, които най-често вълнуват спешните медици са по отношение на това кой може да постанови задължително хоспитализация и колко време е максималният престой в лечебно заведение на пациент, който отказва да подпише информирано съгласие. Често пъти спешните медици са сериозно объркани, когато попадат в ситуация с лице, което е диагностицирано с психиатрична диагноза, но към момента на прегледа е без потенциално повишен риск за агресивни и автоагресивни прояви. От друга страна, съществува сериозен натиск от страна на близките. Понякога близките преувеличават симптомите или казват, че съдебната система е разпоредила лицето с психиатрично заболяване да бъде настанено на лечение.

На въпроса „Кой може да постанови задължително настаняване в психиатрично заведение?“ преди проведеното обучение, 52,83% грешно посочват друга длъжност/структура различна от съда, след проведеното обучение – 95,28% посочват верния отговор.

Сходно разпределение на резултатите се наблюдава по отношение максималния срок за настаняване на лице в лечебно заведение, без неговото съгласие. От всички участници 50,94% посочват грешен отговор, след проведеното обучение 94,34% от участниците в проучването правилно определят максималния срок за хоспитализация без съгласието на пациента.

Непознаването на нормативната уредба, както и други разсейващи фактори – семейство и/или близки са сред причините да имаме известна част от хоспитализации в психиатричния стационар, които да са фиктивно спешни.

На участниците в научното изследване бяха предоставени 3 клинични случая, които да разпознаят и да определят стратегия за поведение.

Първият случай е насочен към практическа липса на спешност, но близките настояват пациентът да бъде транспортиран до лечебно заведение. Резултатите преди обучението показват, че 40,57% от участниците дават верен отговор. След провеждане на обучението 87,74% дават верен отговор. Този случай е показателен за честите и ненужни опити за хоспитализация на лица, белязани от стигмата на психиатрията – веднъж с диагноза – винаги с диагноза. Това не са изолирани случаи, а често практика, когато лекарите на първа линия биват притискани и те в стремежа си да не проявят некомпетентност или липса на познания се съгласяват безпрекословно с близките/роднините на пациента и всичко с реална или формала грижа за лицето го насочват към психиатричен стационар. Нещо повече – тези лица с психични разстройства поради ежедневния психологически натиск срещу тях от близките/роднините в насока, че живота им е без смисъл и все едно паразитират върху собственото и чуждо ежедневие, в един момент поради финансова и социална немощ стават зависими от псевдообгрижващите ги и покорно се съгласяват с всички (вкл. и ненужно пролежаване в психиатричен стационар) в името на това да им остане някой, който да им помага, защото се чувстват слаби и неспособни. Значителната подтикова сниженост в резултат на хроничния ход на психиатричното разстройство е водещо при намаляването на практически логически изводимото съпротивляване срещу произвола срещу тях и те стават „послушни“.

Във втория клиничен случай е представен пациент след неуспешен суициден опит чрез прием на медикаменти. В анкета „А“ 64,15% от участниците правилно посочват, че ще транспортират лицето до МСО с цел насочване към клиника по Клинична токсикология. Само 26,42% грешно биха предложили пациента за хоспитализация в Психиатрична клиника или ще му дадат насоки за амбулаторно проследяване и 9,43% не са сигурни или не посочват отговор. След проведеното обучение резултатите придобиват значителни по-различен вид – 98,11% правилно определят поведението си. Този случай е илюстративен за ежедневната работа на спешните медици. За съжаление стигмата на психиатрията и тук в ¼ от случаите ще определи неправилен подход. Спешността на състоянието е свързана с поведението на пациента, но самият механизъм предполага, че непосредствената опасност и медицинската грижа трябва да бъде насочени към конкретното действие, което е далеч от полето на психиатрията – в случая изцяло токсикологично. По индентичен случай изглеждат и останалите способности за самоубийство

– определящ поведението фактор трябва да е не етиологията, а патогенезата на конкретното действие. Съответно по този начин ще бъдат лекувани конкретните наранявания в адекватните за това департаменти – наличието на рани в хирургични клиники и/или специализирани в пластината хирургия/травматологията, прием на екзогенни вещества – в таксикологични звена, а при необходимост и в центрове по хемодиализа за интензивни депурационни методи, последици върху горни и/или долни дихателни пътища – в УНГ структури. Очертаващият се водещ принцип в тези ситуации – спешният медик да се абстрахира от психиатричната анамнеза, а да се фокусира върху механизма на състоянието, непосредствено застрашаващо живота и здравето на пациента.

Третият клиничен случай презентира пациент с изключително сериозни по степен на протичане агресивни прояви вследствие употреба на ПАВ. От първоначалната анкета резултатите показват грешно насочване на лицето към психиатрична структура – 80,19%. След проведеното обучение резултатите придобиват диаметрално разположен вид – 88,68% от участниците дават правилен отговор. Този случай отново е показателен за чести и системни практики, които категорично не са в полза за запазване живота и здравето на пациента. Неправилното поведение е свързано с тълкуването на агресивното и дезорганизирано поведение като единствено психиатрични състояния, а всъщност в голям процент те са свързани с някакъв телесно страдание, най-вече такова на ЦНС. Този тип случай при недостатъчно информация могат да доведат до редица деонтологични проблеми. Влизайки в хипотезата, че ако не бъде предоставена достатъчно информация за пациента преди отключване на агресивното поведение, неговото хоспитализиране с цел превенция на агресия и автоагресия в психиатрична структура без неговото съгласие може да бъде в последствие основание за юридически претенции за неправилност, та дори и за преднамерено увреждане. Именно поради това екипа в психиатричния стационар е пряко зависим от добрата първоначална оценка на спешния екип, задължително включваща внимателен оглед на мястото, където е намерен пациента.

Всички участници в обучението заявяват, че категорично са повишили нивото на знания и умения за менажиране на спешен психиатричен пациент. Дори споделят, че са научили неща, които никога не са знаели и могли.

Средната оценка, която дават участниците за проучването е 9,5 по десетобалната система, което е една изключително висока оценка. Повечето участници заявяват, че с този тип обучение не просто повишават своята квалификация, но и увереността си, което е важен компонент при цялостното поведение на всеки спешен медик. Особено

позитивно влияние според участниците има акцентирането на конкретни практически ситуации, които са от значение за ежедневната практика.

Всички участници категорично заявяват желанието си за участие в такъв тип обучения, които да повишат тяхната квалификация не само в областта на психиатричните, но и по други медицински специалности.

В настоящите условия в България доминира модела на психиатър-консултант, който при необходимост подпомага, направлява и определя стратегията за овладяването на спешни психиатрични състояния, както в спешните портали, така и в другите структури на лечебните заведения. От друга страна психиатър-консултант взема крайното решение за наличие или липсата на индикации за лечение в психиатрична структура. С оглед структурата на здравната карта в България дори този модел се оказва изключително труден за реализация в настоящите условия – в момента липсват достатъчно компетентни лица за осигуряване на всяко МСО в страната с консултант-психиатър, който да може логистично да достигне на време. От друга страна отново кадровия дефицит е в основата на невъзможността да се реализират някои от другите модели посочени от Стойчев К., 2012 – обособен психиатричен сектор в МСО или самостоятелен спешен психиатричен център. Като друг фактор, който има негативно значение за тези два модела е повишаващата се честота на спешните състояния, манифестиращи с промяна в поведението, които обаче не са с психиатрична генеза. В едни идеални условия е приложим хибриден модел, който обособява няколко спешни сектора към МСО в големите градове с равномерно разпределение в основните географски региони – София, Плевен, Русе, Варна, Бургас, Стара Загора, Пловдив и осигуряване на консултант-психиатър във всички МСО на областните болници.

6. ИЗВОДИ

1. Психиатричните клиника на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД – Плевен са единствените в Област Плевен, приемащи спешни психиатрични пациенти. За 3 годишен период (2021 г. – 2023 г.) са хоспитализирани общо 793 лица като се отчита увеличаване с всяка година на хоспитализираните по спешност.
2. Разпределението по пол показва увеличаване на относителния дял на жените спрямо мъжете от 34% на 40%.
3. Възрастовият диапазон е от 14 до 85 за мъжете и от 16 до 85 за жените. Средната възраст за разгледания период не се променя нито по пол, нито по години – около 42 години.
4. По отношение нозологията доминира еднозначно шизофренията (52%), следвана от биполарното афективно разстройство (9%), психични и поведенчески разстройства в следствие употребата на акохол и/или ПАВ (8%), органичните увреди (7%) и умствена изостаналост (4%).
5. Поредността на хоспитализацията през тригодишния период показва, че между 25% и 33% вариара относителния дял на първичните хоспитализации в условията на спешност.
6. Продължителността на хоспитализациите показва, че най-голям дял заемат хоспитализациите между 31 и 60 дни, което търпи редукция за сметка на увеличаване дела на хоспитализирани за период от 11-15 дни.
7. В условията на теоретичен модел, профилът на най-честия пациент, хоспитализиран по спешност, би бил мъж на възраст 42-45 години с давност на паранодина шизофрения и хоспитализация по спешност, която не е първа за него по повод обостряне на състоянието и продължителност на престоя около 40 дни.
8. На база на тези данни със способите на математическото моделиране може активно да се съставят такива модели, които макар и теоретични да бъдат предиктивни при планиране работата на стационара, както и изграждане на персонализиран лечебен план с цел оптимизиране на лечение и по-активна ресоциализация и адаптация.
9. На база на данните от проведеното научно изследване става ясно, че работещите в спешните структури – ЦСМП, МСО и неотложна помощ притежават базова медицинска подготовка, която в условията на спешни психиатрични състояние се оказва недостатъчна.

10. В научното проучване се включиха 106 лица, от които 67 % жени. Резултатите показват неравномерно възрастово разпределение с дясно изместване на нормалното разпределение към застаряване на участниците като средната възраст на участниците е 53,19 години.
11. Разпределението на участниците в проучването по отношение на работното им място показва преваляване на работещите в ЦСМП – Плевен (89,62%), а в разпределение по работни позиции доминират лекарите (60,38%).
12. Срезовият анализ показва, че над половината от лекарите са без специалност или с друга специалност и само 4,69% са с призната специалност по спешна медицина.
13. Професионалният опит показва доминация на участниците с трудов опит между 5 и 30 години – заедно заемат над 80% от участниците.
14. Всички участници заявяват единодушно, че случаите на спешни психиатрични състояния се увеличават и утежняват.
15. От изследваната група, 64,15% посочват, че не се чувстват подготвени за спешен психиатричен пациент.
16. Около 75% от работещите в ЦСМП-Плевен и МСО към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ посочват, че месечно се срещат с между 1 и 5 спешни психиатрични пациента.
17. Преди провеждане на обучителен семинар не се разпознават всички спешни психиатрични състояния. По отношение на грешно причислените спешни състояния често се причисляват грешни такива като психиатрични. След проведеното обучение над половината участници вече разпознават всичките 5 състояния
18. Преди обучението много от спешните лекари не познават целия наличен арсенал със средства и всички психофармакологични такива. След проведеното обучение работещите стават по-спокойни и уверени, включвайки по-голям избор от решения и медикаменти при менажиране на спешен психиатричен пациент.
19. Нефармакологичните средства за овладяване на спешни психиатрични състояния са с голяма значимост, но за съжаление с ниска представителност – изначално те са непознати и от там рядко приложими. След проведения обучителен семинар се отчита висок процент на информираност и готовност за прилагането им.
20. По отношение знанията и уменията за имобилизация и фиксация на спешни психиатрични пациенти се демонстрират по-високи степени на познаване, които се увеличават значително след обучението.

21. Съдебнопсихиатричните въпроси за това кой може да постанови задължително хоспитализация и колко време е максималния престой в лечебно заведение без желанието на пациент са неясни и грешно интерпретирани. След проведеното обучение стават доста разбираеми и правилно приложими.
22. Липсата на знания и умения води до честите и ненужни опити за хоспитализация на лица, белязани от стигмата на психиатрията – веднъж с диагноза – винаги с диагноза. С получаването на арсенал от практически прийоми това ще се промени значително.
23. Спешността на дадено състоянието може да се демонстрира с промени в поведението на пациента, но самият механизъм предполага, че непосредствената опасност и медицинската грижа трябва да бъдат насочени към конкретна причина, което често е далеч от полето на психиатрията и в немалко случаи е изцяло соматична.
24. Средната оценка, която дават участниците за обучението е 9.5 по десетобалната система, което е една изключително висока оценка за ползите от обучението.
25. Всички участници категорично заявяват желанието си за участие в такъв тип обучения, които да повишат тяхната квалификация не само в областта на психиатрията, но и в полето на други медицински специалности.

7. ПРЕПОРЪКИ

Препоръки към Министерство на здравеопазването

Целенасочени, последователни и своевременни действия от страна на тези институции за повишаване качеството на подготовката за спешните психиатрични състояния.

Привличане на млади лекари за зачисляване по специалност Спешна медицина чрез използване на различни стимули под формата на улеснена процедура за зачисляване на специализация в държавна поръчка, допълнителна финансова стимулация и др.

Разяснителни програми, насочени към обществото за подобряване здравната култура и здравното възпитание по отношение на пациентите с психични проблеми.

Препоръки към БЛС, БАЗГ и БСЛАФ и СПБ

Необходимо е да се актуализират програмите и обучителните курсове в основно и продължаващото обучение с акцент разпознаване и менажиране на спешните психиатрични състояния, както и на депресивните и тревожни разстройства с оглед социалната и икономическа тежест на тези заболявания.

Продължаващото обучение е добре да придобие задължителен характер или преминаването през курсовете да носи определени бонуси.

Препоръки към общопрактикуващите лекари за придобиване на компетенции за оценка на психиатричен пациент в условия на спешност.

Препоръки към Медицинските Университети

При възможност да се включат и/или да увеличат в учебните планове часове в раздел „Разпознаване и овладяване на спешни психиатрични състояния“ при обучението на студентите от всички магистърски и бакалавърски специалности с оглед ролята им за първичната оценка и менажиране на спешен психиатричен пациент.

8. ПРИНОСИ**Приноси с научен и оригинален характер**

Установена е честотата, демографските характеристики и профила на спешните случаи, хоспитализирани в клиниките по психиатрия на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД – Плевен за тригодишен период 2020 г. – 2023 г.

За първи път в Р. България се провежда проучване, оценяващо теоретичната и практическа подготовка на работещите в спешна помощ за работа със спешен психиатричен пациент.

Проведеното изследване е първото по рода си в родната практика, използващо обучителен модул за повишаване готовността на работещите в спешната помощ за среща със спешен психиатричен пациент.

Приноси с приложен характер

Въз основа на резултатите от анализа на спешния прием може да се изгради програма за превенция и профилактика на най-уязвимите групи пациенти с психични разстройства.

На база получените резултати може да се изработи програма за продължително повишаване квалификацията на работещите в спешната помощ по отношение менажирането на спешен психиатричен пациент.

Този модел на повишаване на квалификацията следва да бъде разширен и адаптиран за всички категории персонал и да бъде регулярно провеждан поради своите ползи и позитиви.

9. ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ПРОЯВИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ПЪЛНОТЕКСТОВИ ПУБЛИКАЦИИ

1. **Тодоров А.,** Цанкова В., Костов К., Димитрова-Илиева Е., Чумпалова-Тумбева П. ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО СПЕШНА ПСИХИАТРИЯ. *ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ "50 години Медицинско Образование и Наука в Плевен" 01 – 03 Ноември 2024 ПЛЕВЕН:* доклади /под ред. на ДОБРОМИР ДИМИТРОВ/ 2024; стр. 353-357; ISBN 978-954-756-346-9;
2. **Aleksandar Todorov.** ANALYSIS OF EMERGENCY PSYCHIATRIC ADMISSIONS IN PLEVEN DISTRICT FOR THE PERIOD 2021-2023. *International Journal of Science and Research (IJSR)* ISSN: 2319-7064 ;
3. **ТОДОРОВ А.А.,** ЦАНКОВА В. СВ., КОСТОВ К. Б., ЧУМПАЛОВА-ТУМБЕВА П. Г. ПОДГОТОВКА НА РАБОТЕЩИТЕ В СИСТЕМАТА НА СПЕШНА ПОМОЩ ЗА ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО „СПЕШЕН ПСИХИАТРИЧЕН ПАЦИЕНТ“. *БЪЛГАРСКО СПИСАНИЕ ЗА ПСИХИАТРИЯ.* 2025 (под печат);

УЧАСТИЯ ВЪВ ФОРУМИ

1. **Aleksandar Todorov,** Vesela Tzankova, Kamen Kostov, Emiliya Dimitrova-Ilieva, Petranka Chumpalova-Tumbeva THE CHALLENGE OF EMERGENCY PSYCHIATRY. *Юбилейна научна сесия 20 години Факултет „Обществено здраве“, посветена на 50 – годишнината на Медицински университет – Плевен в рамките на JUBILEE SCIENTIFIC CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION "50 Years of Medical Education and Science in Pleven" 01 – 03 November 2024.*
2. **A. Todorov,** E. Dimitrova-Ilieva, V. Tzankova, K. Kostov, G. Dogancali-Yancheva, S. Kapinchev, I. Veleva, P. Chumpalova-Tumbeva. Sociodemographic characteristics defining the profile of an emergency psychiatric patient *37th ECNP Congress 21-24 September 2024, Milano, Italy.*

3. **Todorov A. A.**, Chumpalova-Tumbeva P. G., Dimitrova-Ilieva E. M., Stoimenova-Popova M. I. The Significance of Using Scales and Questionnaires in the Evaluation of a Psychiatric Patient in Case of Emergency *6-та Национална конференция „Обществено здраве: предизвикателства пред здравната система“ – 26-27.05.2023, Плевен, България*