

**СБОРНИК ДОКЛАДИ  
ОТ  
СЕДМА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ  
„ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНО  
СЪТРУДНИЧЕСТВО В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“**

23 ноември 2023 г.

Организатор на събитието:  
Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца

**РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:**

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм

Проф. Павлинка Добрилова, дм

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Доц. Галя Янкова, дм



**СБОРНИК ДОКЛАДИ  
ОТ  
СЕДМА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ**

**„ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНО  
СЪТРУДНИЧЕСТВО В ЗДРАВНИТЕ  
ГРИЖИ“**

**23 ноември 2023 г.**

**РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:**

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм  
Проф. Павлинка Добрилова, дм  
Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм  
Доц. Галя Янкова, дм

---

---

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ СЕДМА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ  
„ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“  
ВРАЦА, 2023 Г.

ISBN 978-619-7491-83-8

**Под редакцията на:** Проф. д-р Тихомира Златанова, дм  
Проф. Павлинка Добрилова, дм  
Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм  
Доц. Галя Янкова, дм

Стилова редакция и корекции *Д. Танчева*  
Редакция на англ. резюмета *В. Колев*  
Страниране *О. Маркова*

Печатни коли , формат 60 x 90/8

Медицински университет – София  
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

## СЪДЪРЖАНИЕ

<i>Ц. Христова, Й. Луканова, Д. Лютакова.</i> Обучение с клинични случаи за организиране на акушерските здравни грижи.....	5
<i>Цв. Джиганска.</i> Първична профилактика на рака на маточната шийка – състояние и перспективи .....	11
<i>Т. Славкова.</i> Медицинска сестра – професия с бъдеще.....	16
<i>Р. Ереданска.</i> Спешната медицинска помощ – предизвикателство пред професионалната реализация на студентите лекарски асистенти.....	21
<i>П. Аспарухова.</i> Предизвикателство пред съвременното сестринство при предоставянето на здравни грижи.....	24
<i>М. Лозанова.</i> Мултидисциплинарен подход при лечение на пациенти с онкологични заболявания .....	26
<i>М. Лаловска.</i> Проблеми на качеството на здравните грижи при пациенти с инфаркт на миокарда .....	33
<i>М. Борисова.</i> Обучение на пациенти с диабетна полиневропатия .....	37
<i>Л. Маринов.</i> Предизвикателства при дигитализацията на учебния процес при обучението на студенти от медицинските специалности .....	40
<i>Л. Маринов.</i> Проучване нивото на дигитална компетентност на студентите от филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София.....	44
<i>К. Цекова.</i> Деца с диабет на училище – какво трябва да знае училищният персонал.....	51
<i>И. Каменова.</i> Интердисциплинарно сътрудничество в здравните грижи. Екипната работа като условие за ефективност и успешност в здравната практика .....	55
<i>Г. Янкова.</i> Процес на сестрински грижи при пациент с шизофрено разстройство: клиничен случай .....	60
<i>Г. Георгиева, П. Добрилова.</i> Съдовият достъп в хемодиализното лечение – AV фистула.....	65
<i>А. Илиева.</i> Интердисциплинарно сътрудничество в здравните грижи. Роля на екипите в здравните грижи като инструмент за ефективна работа .....	70
<i>Д. Петкова, Т. Златанова, С. Пантелеев.</i> Разходи за хоспитализация и контрол на хронични заболявания .....	75
<i>Д. Петкова.</i> Качество на здравните услуги, предоставяни от лекарите офталмолози .....	78
<i>Пл. Георгиев, П. Добрилова.</i> Работата с агресивни пациенти – предизвикателство за студентите от специалност „Медицинска сестра“ .....	82
<i>Т. Златанова, Н. Попов.</i> Електронните рецепти – проблеми, предизвикателства и решения .....	87
<i>Д. Пенчев, Т. Златанова, С. Пантелеев.</i> Анализ на разходите на пациентите за контрола на хроничните неинфекциозни болести .....	89
<i>К. Стефанова.</i> Детско-юношеското обществено здравеопазване – приоритети за промяна и развитие.....	94

---

Издателят не носи отговорност за изложените в публикациите авторски мнения и становища,  
както и за достоверността на представените от авторите данни.  
Авторите запазват всички некомуерсиални права върху публикуваните си текстове.

---

**CONTENTS**

<i>T. Hristova, Y. Lukanova, D. Lyutakova.</i> Clinical case-based education for organizing midwifery care .....	5
<i>Tsv. Dzhiganska.</i> Primary prevention of cervical cancer: current state and prospects .....	11
<i>T. Slavkova.</i> Nurse – a profession with a future .....	16
<i>R. Eredanska.</i> Emergency medical care – a challenge to the professional realization of the students „Medical assistants“ .....	21
<i>P. Asparuhova.</i> A challenge to modern nursing in health care delivery .....	24
<i>M. Lozanova.</i> A multidisciplinary approach in the treatment of patients with oncological diseases .....	26
<i>M. Lalovska.</i> Problems of the quality of health care in patients with myocardial infarction .....	33
<i>M. Borisova.</i> Education of patients with diabetic polyneuropathy.....	37
<i>L. Marinov.</i> Challenges in the digitalization of the learning process in the training of medical students .....	40
<i>L. Marinov.</i> Study of the level of digital competence of students from Prof. Dr. Ivan Mitev Affiliate – Vratsa, Medical University – Sofia .....	44
<i>K. Tsekova.</i> Children with diabetes at school – what does the school staff need to know?.....	51
<i>I. Kamenova.</i> Interdisciplinary collaboration in healthcare. Teamwork as a condition for efficiency and success in health practice .....	55
<i>G. Yankova.</i> Nursing process in a patient with schizophrenic disorder: clinical case report.....	60
<i>G. Georgieva, P. Dobrilova.</i> Vascular access in hemodialysis treatment – AV fistula .....	65
<i>A. Ilieva.</i> Interdisciplinary collaboration in healthcare. Role of teams in healthcare as a tool for effective work .....	70
<i>D. Petkova, T. Zlatanova, S. Pantelev.</i> Costs of hospitalization and control of chronic diseases .....	75
<i>D. Petkova.</i> Quality of health services provided by ophthalmologists .....	78
<i>Pl. Georgiev, P. Dobrilova.</i> Servicing aggressive patients – a challenge for nursing students .....	82
<i>T. Zlatanova, N. Popov.</i> Electronic prescriptions – problems, challenges and solutions .....	87
<i>D. Penchev, T. Zlatanova, S. Pantelev.</i> Analysis of patient costs for the control of chronic non-communicable diseases .....	89
<i>K. Stefanova.</i> Child and adolescent public health – priorities for change and development.....	94

---

The publisher is not legally responsible for the author's opinions and statements expressed in their publications as well as for the accuracy and the sources of data to which the authors refer in their publications.

Authors retain all rights on his/her intellectual property rights on their respective publications, except the rights of publication and commercial use.

ОБУЧЕНИЕ С КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ ЗА ОРГАНИЗИРАНЕ НА АКУШЕРСКИТЕ  
ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Ц. Христова, Й. Луканова, Д. Лютакова

Русенски университет "Ангел Кънчев"

CLINICAL CASE-BASED EDUCATION FOR ORGANIZING MIDWIFERY CARE

T. Hristova, Y. Lukanova, D. Lyutakova

Russe University "Angel Kanchev"

**Abstract.** The report examines use of clinical cases in education of student midwives with the aim of forming competencies necessary to organize and implement the health care required. A survey among 66 student midwives and their lecturers was conducted. The authors' conclusions drawn from three years of observation and research on the issue under consideration within the specialty of Midwifery, EQD Bachelor in Ruse University "Angel Kanchev" are presented. The use of clinical cases supports interdisciplinary learning to build clinical thinking, teamwork, creativity, decision-making and organization of midwifery care. A change in the trajectory of the medical educational process and motivation for learning among students who have chosen this profession was achieved.

**Key words:** clinical cases, student midwives, education, health care organization

**Адрес за кореспонденция:** Доц. Цвета Христова, дп, e-mail: [tshristova@uni-ruse.bg](mailto:tshristova@uni-ruse.bg)

**Address for correspondence:** Assoc. Prof. Tzveta Hristova, PhD, e-mail: [tshristova@uni-ruse.bg](mailto:tshristova@uni-ruse.bg)

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Промените в глобалния свят – в икономиката, политиката, социокултурата и медицината, оказват влияние и върху изискванията на обществото към образователната система. В обучението на медицинските и здравните специалисти се налага използването на иновативни методи, за които е доказано, че развиват творческия потенциал, индивидуалното клинично мислене, стимулират търсенето на нови знания и иновативни решения. Акцентът се пренася не само към придобиването на знания и формирането на практически умения, но и към развитието на ценностна система при студентите, професионални позиции, нагласи, професионално отношение.

През последните три десетилетия все повече преподаватели на медицински сестри и акушерки

внедряват използването на професионални клинични случаи в обучението. Примери за този вид на обучение има в Австралия, Нова Зеландия, в американски и европейски университети.

През 2019 г. в „Canadian Fundamentals of Nursing“ обучават с професионални клинични случаи с цел формиране на правилни клинични разсъждения при бъдещата професионална реализация (Potter P et al., 2019). Авторите на учебниците изтъкват, че за подобряване на качеството на здравните грижи важно значение има усвояването на компетенциите: организиране на нужната грижа с клинично мислене и индивидуален подход към всеки отделен пациент. Използването на индивидуални клинични случаи в практическото обучение на студентите акушерки, заедно с други педагогически методи, изгражда необходимите компетенции за професията акушерка.

Използвайки международния опит, през последните осем години обучението на студентите акушерки в развитите страни включва и разнообразни клинични случаи. Те намират място в лекции, практически упражнения и клинична практика в различни клинични бази.

Клиничните случаи в обучението на студентите акушерки могат да отразяват:

- комуникацията на акушерката с пациентите, техните близки, с медицинския екип;
- моралните, етичните принципи в професионалната дейност на акушерката;
- дейностите на акушерката в ЖК;
- задачите на акушерката в стационар;
- приемането, превеждането и изписването на пациент;
- снемането на анамнеза – акушерска, гинекологична;
- подготовката на пациент за манипулация и оперативна интервенция;
- акушерските дейности в специализирани структури – анестезиология, операционна, репродуктивна медицина;
- акушерските грижи за рискова бременност;
- мястото на акушерката при вземане на видове изследвания;
- психопрофилактиката на женското здраве;
- подготовката и воденето на раждане;
- обучението на майката за процеса на кърмене и хранене на новороденото;
- профилактиката на значими заболявания при жената;
- обучението за първи грижи за новороденото;
- акушерското поведение и грижа при жени с онкогинекологични заболявания;
- палиативните здравни грижи и други (Христова Цв., 2018).

Клиничните случаи заслужено имат място сред останалите използвани интерактивни методи на обучение, които в рамките на дидактиката водят до конструктивно взаимодействие и активно сътрудничество между субектите на учебния процес – преподавател, студенти и пациент. Клиничните случаи осигуряват благоприятна учебна среда, стимулират познавателната активност на обучаваните, улесняват и затвърждават усвояването на знания. Създават условия за провокиране на мисленето на студентите, за свободно изказване на мнения и защита на собствени позиции.

Формират творческото мислене в резултат на спор и дискусии по предлагани проблеми, чрез решаване на различни проблемни ситуации. Използването на клинични случаи изгражда клинично мислене.

Изследователи в сферата на мисленето го характеризират като „мислене в образи“ и „мислене в думи“ (Кръстева А., 2010). В медицинските ситуации проблемът трябва да се визуализира, а не да се вербализира.

С предлаганите клинични случаи се разбира и осмисля теоретичната информация, стимулира се когнитивната активност на студентите при решаване на проблемни професионални случаи. Има се предвид намирането на оригинални решения, откриването и създаването на възможности за трансформация на знанието, за неговото реконструиране и пренос в практиката чрез организиране на необходимите акушерски здравни грижи. В професионалната практика на акушерката се налага да извърши много дейности с голяма точност и бързина, осигуряващи навременността на грижата в лечебно-диагностичния процес. Подходите за организиране на здравните грижи най-често са чрез алгоритми или чрез използване на дедуктивни разсъждения и съставяне на хипотези (Христова Цв., 2021).

Манипулативните умения и навици, организирани в алгоритми на необходимите здравни грижи за определен клиничен случай, формират компетенциите на бъдещата акушерка, свеждат се до минимум грешките.

С използването на клинични случаи в обучението на студентите акушерки се формират компетенциите за бъдещата професия и се свеждат до минимум грешките в организирането и прилагането на необходимите грижи към отделния пациент.

Алгоритмите за организиране на необходимите акушерски здравни грижи могат да се разглеждат като диагностични, терапевтични, поведенчески:

- Диагностични: на базата на синдромно-диференциалнодиагностичен подход. Студентите при анализа търсят причинно-следствени връзки и зависимости за уточняване на определено състояние, поведение, заболяване, въз основа на придобитите теоретични и практически знания.
- Терапевтични: представляват набор от лекарски предписания, които акушерката трябва да

извърши в определен порядък, или изработване на акушерски план на грижа според компетенциите ѝ.

- **Поведенчески:** задължителна последователност от действия на акушерката, обезпечаващи правилното извършване на манипулации (подготовка и асистиране при пробна пункция на дългасовото пространство, сепарирано пробно абразио, серклаг и др.), изследвания, техники и действия при спешни и неотложни състояния (еклампися, шок, отлепване на предлежача плацента, други) (Христова Цв., 2021, Христова Цв., И. Сербезова, 2022).

Медицинските алгоритми изискват официално въведени стандарти по здравни грижи.

Друг начин за организиране на грижите е използването на дедуктивни разсъждения и съставянето на хипотези. Практическа ситуация – разсъждения след проведена хистеросалпингография при пациентка. При установяване на непроходимост на маточните тръби с рентгеновото изследване се визуализира състоянието на маточните тръби и тяхната проходимост. При организиране на правилен алгоритъм за последващи грижи в условия на бързи последващи действия, студентите акушерки трябва да решат каква процедура ще последва при жената – интраутеринна инсеминация или *in vitro* оплождане. Техните изводи ще дадат решения.

Хипотезата възниква при наличие на проблемна ситуация и е резултат от предварителна когнитивна дейност (клинично мислене). Същевременно играе роля на регулатор на следващата мисловна дейност на студента във връзка с представения ИКС. Хипотезата се поражда преди анализа на случая. Анализът потвърждава или отхвърля издигнатата хипотеза. Ако хипотезата е погрешна, тя може да бъде неблагоприятна за правилно решение на проблема, за организиране на необходимите акушерски здравни грижи.

**Например:** При предстояща хистеросалпингография (цветна снимка – HSG) при пациентка, трябва да се анализират данните от анамнезата и клинично-лабораторните изследвания. Издига се хипотезата за наличие на сериозно бъбречно заболяване. Анализът потвърждава или отхвърля хипотезата. Тук освен наличните теоретични знания на студентите са необходими клинични разсъждения, свързани с клинично мислене. Рентгеновото изследване не се извършва при съмнения за бременност, при менструация, тазово възпа-

ление или заболяване, сериозни бъбречни или сърдечни проблеми, чувствителност към контрастното вещество, след кюртаж или неизяснено вагинално кървене; бременност. Ако се приеме грешната хипотеза, ще се планират неправилни акушерски грижи, които не са в помощ на пациента, а напротив (Христова Цв., 2021, Христова Цв., И. Сербезова, 2022).

За да се достигне до даденото знание, е необходимо осъществяването на индуктивно-дедуктивен подход (изработването на понятието се осъществява чрез всички умствени операции – анализ, синтез, сравнение, абстрахиране, обобщение и др.), при което на основата на абстракцията се стига до ново обобщено познание – понятие. С използването на клинични случаи се постига съвместна дейност на двата основни субекта, изграждащи процеса на обучение, чрез които се овладяват знания, умения и педагогически адаптираният социален опит. Акушерката трябва да притежава знания, умения и компетенции за прилагане на утвърдени, научнообосновани теории и модели в областта на здравните грижи.

Често специалистите по здравни грижи са отговорни за по-голям брой пациенти и трябва да направят преценка за изпълнение на приоритетни грижи и нужди. Те трябва да управляват процеси, свързани с конфликти, конфиденциалност на информацията, колаборативност с близки. Неизпълнението на утвърдени стандарти и правила от студентите може да е причина за грешки при полагането на необходимите грижи за зависими от грижи пациенти. С прилагане на клиничен случай в обучението се осигурява безопасна клинична среда при организиране на здравните грижи.

С използването на клинични случаи се улесняват педагогическите умения на преподавателя и въвеждането на студента в реална болнична обстановка, формирането на правилен подход към болния и комфорт при организиране на здравните грижи. Пред бъдещите акушерки са поставени нови алтернативи и отговорности, свързани с планиране, организация и оценка на грижите за бременната, родилката, болната жена. Необходимо е да се познава концепцията за човека, здравето, болестта. С използването на клинични случаи се формира и биопсихосоциален подход към жената в процеса на обучение, който е заложен стандарт на европейските страни.



Фиг. 1. Организиране на здравните грижи в безопасна среда чрез използване на клинични случаи

Предоставянето на безопасна среда е от изключителна помощ за изграждането на уверени специалисти по здравни грижи. С прилагането на клинични случаи се постига комфорт в дидактическия процес.



Фиг. 2. Комфортна среда за обучение с използване на клинични случаи

Акушерската професия е базирана и на общуване и комуникативно взаимодействие с пациента, с неговите близки, с други медицински специалисти. Пациентите очакват не само качество на предоставените грижи, но и различен стил на общуване, съчетан с подкрепа, с хуманно отношение към страданието и преживяванията им, с емпатия.

Има възможност качеството емпатия да се формира и с подходящи клинични случаи, не е задължително студентът да попадне в действителна клинична обстановка. Дори е удачно първо обучаваните да се подготвят със случаи, отразяващи професионална дейност с необходимост от емпатия. Уменията за невербално и вербално окуражаващо поведение са значими при организирането и оказването на здравни грижи.

## ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО

Обучението с клинични случаи формира професионални компетентности за организиране на необходимите здравни грижи.

## МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

Приложени са социологически методи: анкетна карта със структурирани въпроси към студенти акушерки и преподаватели.

## ОБХВАТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Изследването обхваща 66 студенти акушерки от образователна степен бакалавър на РУ "Ангел Кънчев", III курс, и 10 преподаватели от Катедра „Здравни грижи“ в специалност „Акушерка“.

## АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Резултатите от анкетата при преподавателите показват в кои обучителни форми те предпочитат да прилагат клинични случаи (фиг. 3).



Фиг. 3. Използване на клинични случаи в различни форми на обучение, данни от анкетирани преподаватели

Данните показват, че преподавателите използват клинични случаи в практическото обучение на студентите – в учебно-практическото занятие и по време на клиничната практика (90%). Прилагат метода и за оценка на усвоените знания при текущ и заключителен контрол (60%). Част от тях внедряват професионални клинични ситуации по време на лекции (45%). Те смятат, че за по-добро усвояване на знания и умения прилагат индивидуални клинични случаи, съчетани с други обучителни методи: описание, демонстрация (снимков материал, ехографски образ и др.), работа с документация (ИЗ, болнично досие, изследвания и др.).

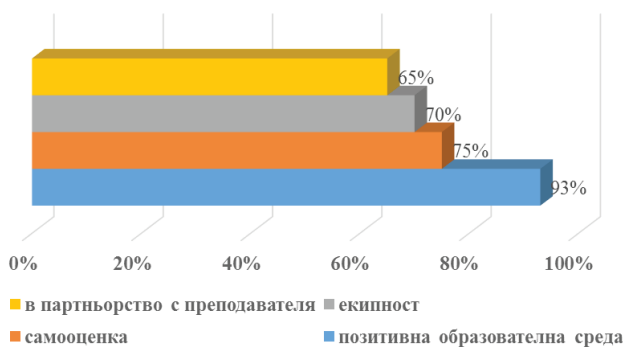
Важен компонент от изследване нагласите на студентите за използване на клинични случаи е тяхното индивидуално предпочитание – отразено нагледно на фиг. 4.



Фиг. 4. Предпочитания на студентите за използване на клинични случаи

Данните от наблюдението показват, че студентите работят с клинични случаи успешно. Нивото е с над 70% успеваемост. Обучаващите се демонстрират много добри умения за откриване на проблемите и предлагат нужните акушерски грижи. Това свидетелства за интерес и удовлетвореност от работата. Студентите актуализират теоретичните си знания, развиват клинично мислене при идентифициране на конкретни симптоми, диагнози, действия на акушерката. Споделят, че изграждат характеристики, които повишават мотивираността за работа в избраната професия.

В анкетната карта отворен се остави въпросът, при който студентите споделят защо харесват или „не“ използването на клинични случаи в обучението. Някои от отговорите, които заслужават внимание:



Фиг. 5. Мнение на анкетиранияте студенти за обучение с клинични случаи

- „Благодарение на клиничните случаи, когато имаме прием на пациент, ние можем да се ориентираме какво ще правим и как трябва да действваме“.
- „Сблъскване с реални ситуации и показване на възможността ни да мислим“.
- „Допада ми, защото по този начин ми позволява да мисля и да преценя какво трябва да се направи и какви акушерски грижи трябва да се положат“.
- „Защото това е много добър начин да се оценят знанията ни и подходът ни в дадена ситуация“.
- „За мен е по-лесно, когато теорията се подкрепя с практика“.
- „Защото ни подготвя за подобна реална ситуация“.
- „Защото виждам по този начин своите знания и умения в тази професия“.
- „Чрез клиничните случаи може да свържем наученото с практиката“.

Използването на клинични случаи в обучението осигурява на студента статут на пълноправно действащо лице в учебния процес. Той не получава готови знания – неговият опит служи за основен източник на учебно познание и функционира като стимул за самостоятелно търсене на отговори и решения на проблеми и задачи от спектъра на теорията и практиката на конкретното професионално направление.

## Изводи

Резултатите от обучение с прилагането на клинични случаи могат да се обобщят по следния начин:

- стимулират равнището на познавателната активност и мотивацията за учене на обучаващите се, които имат възможност да изпробват и да разгърнат своите когнитивни и интелектуални сили в дидактическия процес;

- улесняват положителната промяна в нагласите, възприятията и емоционалното отношение на обучаващите се;

- насърчават формирането на личен стил на мислене и действие, като водят и до значително обогатяване на учебния и житейския опит;

- развиват потребността от търсене и усвояване на нова информация, което помага правилно да се идентифицират и решават проблеми;

- при интерактивното обучение преподавателят не е само носител на системното знание, но и активен посредник в познавателната и учебната дейност, която обикновено протича много динамично в съответната образователна среда;

- при това обучение могат да се реализират личните стремежи на участниците да усвоят нова информация и практически да я прилагат в хода на съвместната работа и интензивното междуличностно общуване.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Разглежданият въпрос за използването на клинични случаи в обучението на студентите акушерки отразява съвременните научни търсения

за достигане на качество на предлаганата здравна грижа в професионалната реализация. Постига се промяна в траекторията на медицинския образователен процес и мотивация за обучение сред студентите, избрали тази професия. Използването на клинични случаи подпомага интердисциплинарното обучение за изграждане на клинично мислене, екипна работа, творчество, вземане на решения. Осигурява професионални ситуации, свързани с целите на обучение, които затвърждават наличните знания и умения.

## **Библиография**

1. Potter PA, Perry AG, Hall A et al. Fundamentals of nursing. Ninth edition. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier, 2019.
2. Станева Д. Критерии за оценка на критическо мислене. Научни трудове на Русенския университет „Ангел Кънчев“, 2012, 51, 6.2.
3. Кръстева А. Критическо мислене и рефлексивна практика, Педагогически алманах (2). Университетско издателство „Св. св. Кирил и Методий“, 2010, 99.
4. Христова Цв. Индивидуални клинични случаи Case Study, учебно пособие за студенти акушерки и медицински сестри. Плевен, МЕДИАТЕХ, 2018.
5. Христова Цв. Обучение с индивидуални клинични случаи за оптимизиране на акушерските здравни грижи, монография. РУ – Ангел Кънчев, 2021.
6. Христова Цв, Сербезова И. Индивидуални клинични случаи в практическото обучение на студентите акушерки. Управление и образование, 2022, 18(3).

## ПЪРВИЧНА ПРОФИЛАКТИКА НА РАКА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – СЪСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВИ

Цв. Джиганска

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

### PRIMARY PREVENTION OF CERVICAL CANCER: CURRENT STATE AND PROSPECTS

Tsv. Dzhiganska

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Cervical cancer (CC) is a significant medicosocial issue. In the European Union a trend towards reduction of mortality rate in the West and Central European countries is noted; however, an increase of the mortality rate in East European countries, among which Bulgaria is ranked first, is seen. Incidence increases with age reaching its peak levels in women at the age of 50-54 years. All sexually active women are exposed to risk. The main risk factor for CC is HPV infection. Prognoses of the disease course and outcome are defined mainly by the stage, at which diagnosis is made. Given the great number of factors such as the social, psychological and medical ethical aspects, CC is found increasingly often at clinical stages hampering its further treatment. Prevention is considered the main method for improvement of prognosis of this cruel oncological disease. Indeed, it is the only cancer type, against which a successful vaccine was developed. A unique opportunity for primary prevention through vaccination is available, which, however, is not utilized properly in Bulgaria.

**Key words:** primary prevention, cervical cancer

**Адрес за кореспонденция:** Цветанка Джиганска, дм, e-mail: tsvetij@abv.bg

**Address for correspondence:** Tsvetanka Dzhiganska, PhD, e-mail: tsvetij@abv.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът на маточната шийка (РМШ) засяга жени в разцвета на силите им. По данни на СЗО в света 15% от рака при жените се пада на него, или годишно заболяват около 500 000 жени, а на всеки две минути умира по една жена.

Най-голяма е тежестта на проблема в Източна Европа, където смъртността от цервикален карцином е два пъти по-висока, отколкото в останалите части на региона.

В България е налице устойчива тенденция към повишаване на заболяемостта и смъртността от рак на маточната шийка. Данните на Нацио-

налния раков регистър показват, че честотата на новооткритите случаи се е увеличила почти трикратно. Показателно е, че само в две страни в света, България и Тайланд, се отчита нарастване на смъртността. Годишно в нашата страна се регистрират около 1200 новозабоделени жени, като се отчита по-висок дял на напредналите форми на рака (Златков, 2006).

При това онкологично заболяване се наблюдава тенденция на подмладяване. Тя се свързва с по-ранната възраст, на която момичетата започват полов живот.

Ракът на маточната шийка е заболяване, което дава отражение върху семейството, професията,

изцяло се променя начинът на живот на заболелите. Нарушават се част от вече изградените навици и традиции, обществените и трудовите взаимоотношения. РМШ е една от неоплазмите, която със съвременните познания и технически средства може да бъде ограничена до минимум при добра организация на здравеопазването и здравноосигурителната система (Карагъзов, 2005).

Профилактиката в онкологичната практика има за цел да предотврати заболяванията и умирањията от различните форми на злокачествени новообразувания. Условие за нейното осъществяване е познаването на причината и механизма за възникване и развитие на даденото заболяване. Рисковите фактори включват:

- Ранна сексуална активност и омъжване в ранна възраст;
- Промискуитет – честа смяна на сексуалните партньори;
- Ниско социално-икономическо положение (жени с по-ниско образование и доходи);
- Голям брой раждания и аборти;
- Половотрансмисивни заболявания – хламидии, HSV-2, от които на първо място HPV инфекции.

Ракът на маточната шийка е лечим. Съществуват сигурни и ефективни методи за предпазване, които могат да се справят с това заболяване. Като основен метод за подобряване на прогнозата на това тежко онкологично заболяване се счита профилактиката.

**Първичната профилактика** включва мерки за въздействие върху външната и вътрешната среда на човека, с цел изключване или намаляване влиянието на канцерогенните или предразполагащите фактори. Чрез мероприятията на първичната профилактика не само се намалява въздействието на тези агенти, но се ограничава контактът на отделните индивиди с тях. Повишаването на здравната култура на населението и усвояването на знания и умения също спомагат за предпазване от рак. Основната задача на първичната профилактика е да не допусне заболяване.

При рака на маточната шийка е добре известна ролята на човешкия папиломавирус (HPV), както и на различните фактори, свързани с половата активност, отговорни за възникването на заболяването. За съжаление, поради липсата на реални възможности за регулиране на сексуалното поведение доскоро се препоръчваше за

първична профилактика само по-късно начало на полов живот, ограничаване броя на партньорите и използване на бариерна контрацепция. HPV инфекцията се предава лесно, почти веднага след началото на половия живот. До 80% от сексуално активните жени се инфектират в даден момент от живота си. Някои автори установяват данни за HPV инфекция в 99% от случаите с цервикален карцином. Това стана възможно след доказване на вирусната етиология на заболяването през 80-те години на миналия век от немския учен професор Цурхаузен – откритие, отбелязано с Нобелова награда и последвано от разработване и въвеждане в практиката на безопасни и високоефективни ваксини.

В момента на ниво първична профилактика се включват:

➤ **HPV тест на Дайджийн за носителство на HPV вирус.** Съвременната технология на изследването позволява откриването на генетичния (ДНК) код на вируса. Изследването е препоръчително заедно с цитонамазката за жени на и над 30 години и пожелателно за тези под 30. Същевременно се посочва, че скъпото оборудване, липсата на натрупан опит и по-голямата трудоемкост са пречка при прилагането на HPV тестването за първичен масов скрининг (Dillner J, Sparen P, Arbyn M, 2003).

➤ **Ваксина срещу рак на маточната шийка.** Ваксината срещу рака на маточната шийка съдържа неинфекциозни, вирусopodobни частици. След прилагането ѝ в организма се развива имунна защита срещу тези агенти. Ваксината е предназначена за възрастовата група между 9 и 25 години. Това е възрастта, в която започват първите полови контакти и съответно рискът от заразяване с вируса тогава е най-висок. Според Наредба 15 за имунизациите в България ваксинацията срещу HPV е препоръчителна за момичета и жени между 12 и 25 години (Национален имунизационен календар, 2005).

Ваксинирането дава възможност за създаване на траен и устойчив имунитет срещу HPV типове 6, 11, 16 и 18. То не е показано за лечение на карцином на маточната шийка и не замества стандартната профилактика – гинекологичен преглед с цитонамазка.

Към март 2023 година, 125 страни в света са внедрили ваксината срещу HPV в националните си имунизационни програми за имунизация на

момичета, а 47 страни и на момчета. Ваксинационните програми са част от цялостната политика и е всеобщо мнението, че са рентабилни за обществото. Тяхната рентабилност се разглежда от гледна точка на това какво спестява обществото, както и какви ще са загубите, ако гражданите не се ваксинират. Въз основа на данните от анализа на рентабилността се установява, че цената на един спасен живот на ваксинирана жена в България е 62 573 лв. От преждевременна смърт на 42-годишна жена страната ни би загубила най-малко 288 000 лв. (при 18 години оставащ живот по 16 000 БНП на година) (Петрова Г., 2010).

В България са лицензирани две ваксини за употреба: бивалентна (HPV 16, 18) и квадрилигентна (HPV 16, 18, 6, 11). И двете ваксини са разрешени за употреба в над 80 страни. Те са доказали висока ефективност, дълготрайност и безопасност – изисквания, на които трябва да отговарят според Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (ECDC, 2008).

Двете ваксини демонстрират над 95% ефикасност срещу РМШ, причиняван от HPV 16 и 18, което означава способност на ваксината реално да предпази от заболяването, към което е насочена. Все още обаче съществуват недоверие и неодобрение към нея от страна на българското население. Съгласно Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2021-2024 г., приета с Решение № 183 от 5 март 2021 г. на Министерския съвет на Република България, общопрактикуващият лекар прилага ваксината на лицата, попадащи в целевата група за имунизации, посочена в програмата – момичета на 10- до 13-годишна възраст. Програмата дава възможност на родителя да вземе информирано решение дали да защити детето си срещу човешкия папиломавирус и да се възползва от това, че ваксината ще бъде осигурена безплатно. Заложената цел, която се очаква от Програмата, е в края на петата година поне 75% от подлежащите момичета да бъдат имунизирани, за да има някакъв популационен ефект, който да може да се отчете след 10-15 години. По данни на Министерството на здравеопазването за 2022 г. обаче са ваксинирани точно 1% от момичетата, подлежащи на ваксинация.

През 2020 г. Световната здравна организация (СЗО) публикува стратегия за елиминаране на рака на шийката на матката, която предлага до

2030 г. 90% от момичетата да са изпълнили ваксинационната схема, 70% от жените до 35 г. да се скринират и скринингът да се повтори, когато навършат 45 г., и 90% от жените, диагностицирани с цервикален рак, да започнат лечение.

Дълго време се смяташе, че основна причина за неизползването на възможността за ваксинация е високата цена. След осигуряването на средства за ваксинацията в страната на 12-годишните момичета резултатите също не са обнадеждаващи. Това означава, че съществува недоверие сред населението, свързано с ваксината, или има други причини, които би трябвало да бъдат потърсени от специалистите.

В Европа са регистрирани три ваксини срещу HPV: Gardasil и Gardasil 9 с производител Merck Sharp & Dohme и Cervarix® с производител GlaxoSmithKline Biologicals. Gardasil съдържа вирусоподобни частици от ЧПВ 6, 11, 16 и 18, Gardasil 9 от ЧПВ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 и 58, а Cervarix от HPV 16 и 18.

Според Консенсусната декларация на Българската асоциация по онкогинекология (БАОГ) превенцията чрез анти-HPV ваксинация би дала отражение върху заболяемостта и смъртността от рак на маточната шийка в национален мащаб единствено ако ваксинирането се извършва на популационен принцип, т.е. ако прилагането на ваксина стане част от имунизационния календар на страната.

В същата декларация е описано, че анти-HPV ваксините не осигуряват превенция на цялото застрашено население. Ракът на маточната шийка, в чиято патогенеза участват онкогенни типове HPV, срещу които ваксините не изграждат имунитет, запазва потенциала си за развитие независимо от ваксинацията. Във връзка с това жените подлежат и на цитологичен цервикален скрининг по възприетите правила и норми (БАОГ, 2010).

Добре организираната скринингова програма може съществено да намали смъртността и заболяемостта от редица злокачествени заболявания. В страните, въвели национални програми, заболяемите и починалите са намалели до 60% (Antilla A et al., 2004).

В България Програмата за ранно откриване на рак на маточната шийка включва:

1. Образователна програма

- 1.1. Повишаване на информираността на обществото относно рисковете, които крие ракът на

маточната шийка, и важноста на ранната диагностика за изхода от лечението и качеството на живот на пациента;

1.2. Обучаване на медицинските специалисти относно нововъведените методи за скрининг и тяхното правилно прилагане;

1.3. Обучение на медицинските специалисти за важноста на скрининговите програми и тяхната роля в процеса на информиране на целевата популация;

1.4. Изграждане на мрежа от информационни материали, използвайки различни формати и канали с цел достигане до всички участници.

## 2. Скринингова програма

2.1. Изграждане на механизъм на скрининговата програма спрямо европейските и световните насоки;

2.2. Въвеждане на високопрецизен клинично валидиран ДНК HPV PCR тест в скрининговата програма с цел улесняване на процеса и постигане на по-голямо покритие на програмата;

2.3. Създаване на адекватен диагностично-клиничен алгоритъм на базата на последните препоръки в ЕС, включително ефективна стратегия за оценка на риска и адекватно проследяване при идентифицирани високорискови HPV генотипи;

2.4. Осигуряване на организация, логистика и механизъм за включване на ОПЛ в процеса;

2.5. Дефиниране на целевата популация за включване в скрининговата програма;

2.6. Информирание на популацията за наличието на скрининговата програма и за стъпките за включване в нея, както и за очакваните резултати и ползи;

2.7. Осигуряване на справедлив достъп и на стабилност на програмата във времето;

2.8. Усъвършенстване на протоколите за действие и осигуряване на последващ достъп до лечение;

2.9. Осигуряване на надлежно документиране на програмата с цел проследяване и последващ анализ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ракът на шийката на матката е вторият по честота сред жените между 15 и 44 години в Европа. Ежегодно близо 325.3 милиона жени, навършили 15-годишна възраст, са в риск от развитие на рак на шийката на матката. Всяка година приблизи-

телно 61 072 жени се диагностицират с цервикален карцином и 25 829 умират от това заболяване. В рамките на Европейския съюз се наблюдава тенденция към намаляване на смъртността в държавите от Западна и Централна Европа и нарастване на смъртността в държавите от Източна Европа, сред които България е на първо място. Висока е здравната, социалната и икономическата цена, която обществото заплаща поради заболяване от рак на маточната шийка. Профилактиката срещу РМШ е с доказан диагностичен и икономически ефект. Чрез методите и средствата, които се използват в профилактичната дейност, се осъществяват предотвратяване, понижаване на заболяемостта и смъртността от това онкологично заболяване. Първичната профилактика има за цел да не се допусне заболяване, като изисква мерки за изключване на влиянието на канцерогенните и предразполагащите фактори. Налице е уникална възможност за първична профилактика чрез ваксинация, която в България не се използва достатъчно. Причините за това състояние се дължат на множество социално-икономически, организационни и др. фактори, решими с изграждането на съвременна здравна реформа. Необходимо е по-голяма информираност на обществото за ползите от имунизацията. Добрата информираност на хората е гаранция за своевременно и адекватно поведение при провеждане на промоционални програми. Почти всички случаи на рак на шийката на матката са вследствие на инфекция, предизвикана от човешки папиломен вирус, която може да бъде предотвратена с помощта на ваксинация. Въвеждането на HPV ваксините не отменя стандартната практика за предпазване от полово предавани инфекции, както и необходимостта от редовни гинекологични прегледи с цитонамазка при жените в полово активна възраст. Според глобалната стратегия на СЗО за борба с рака на маточната шийка до 2030 г. 90% от момичетата следва да бъдат ваксинирани до 15-годишната си възраст, 70% от жените да бъдат подложени на скрининг с подходящ високопрецизен HPV тест на 35- и 45-годишна възраст и 90% от жените с цервикално заболяване да получат навременно лечение и грижи.

Изпълнението на проектите и програмите, свързани с профилактиката на рака на маточната шийка, е голямо предизвикателство за страната. Те дават възможност с годините да се намали

тежестта, която обществото понася от онкологичните заболявания. За да функционират ефективно обаче е нужна активност от всички заинтересовани.

### Библиография

1. Добрилова П. Сестрински грижи за пациенти с онкологични заболявания. ЦМБ, МУ – София, 2020.
2. Златков В, Златкова П. Профилактика, скрининг и ваксини при предрака и рака на маточната шийка. Българска издателска къща, 2006.
3. Карагъзов И, Доганов Н. Гинекология. София, Медицина и физкултура, 2005.
4. Консенсусна декларация за значението, ефективността, безопасността и приложението на ваксините срещу вируси на човешкия папилом. 15 национална конференция по онкогинекология, 2010.
5. Национален имунизационен календар на РБ. Наредба 15, ДВ, бр. 45, 2005.
6. Национален раков регистър на РБ.
7. Петрова Г, Стоименова А, Ценова А. Рентабилност на ваксинацията HPV – Световна практика и приложение. Мединфо, 2010, (8).
8. Стефанова К. Съвременен модел за промотивни и профилактични функции на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. ЦМБ, МУ – София, 2018.
9. Antilla A, Ronco G, Clifford G et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer*, 2004, (91), 935-41.
10. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A et al. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. *Viruses*, 2018;10(12):729. doi: 10.3390/v10120729.
11. De Martel C, Plummer M, Vignat J et al. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *International J Cancer*, 2017;141:664-670.
12. Dillner J, Sparen P, Arbyn M. HPV DNA detection. In: European guidelines for quality assurance in cervical screening, European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, Luxembourg. 2003.
13. ECDC. 2008, Guidance for Introduction of HPV Vaccines in EU countries.
14. WHO Draft: Global Strategy Towards the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/cervical-cancere-elimination-draft-strategy>. 2019.
15. <https://www.mh.government.bg/>

## МЕДИЦИНСКА СЕСТРА – ПРОФЕСИЯ С БЪДЕЩЕ

Т. Славкова

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

## NURSE – A PROFESSION WITH A FUTURE

T. Slavkova

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** In the past, instead of „medical“, nurses were called „merciful“, because of the need to help people in trouble, because of the empathy with the sick, because of the inevitable emotions and the desire to help, because of the „heart“ they put in every day, fulfilling their duties. This is one of the most important characteristics of the profession even today – empathy and care for the sick. The shortage of nurses in Bulgaria is getting bigger. According to data from the Bulgarian Association of Health Care Professionals, 25,714 nurses with an average age of 53 years work in the country, while only in 1990 they were 56,000. Low pay, sleepless nights and stress are part of everyday life for those practicing this profession. „Life in the hospital“ also includes the gratitude in the eyes of patients and the satisfaction of having helped one more person return to the „world of the healthy“. Therefore, the profession is to a large extent also a vocation, which explains the preferences for it. In recent years, the migration of these specialists has become a normal practice, since the pay for their work abroad is many times higher and diplomas from Bulgaria are recognized. Apart from these Bulgaria-specific features related to the profession in a number of international rankings, it is often indicated as one of the professions with a future. The fact is that no matter how much technology develops in the future, care, and at that the specialized as well as the human, individual attitude, cannot be replaced by robots. Nurses will also be increasingly in demand amid the global trend of population aging. They play a key role in the health care system, providing care and support to patients, coordinating medical processes, and working with other members of health care teams. Their knowledge and skills are essential to providing quality and safe patient care. The education of nurses in Bulgaria is a fundamental part of the health system and plays an important role in maintaining the health and well-being of the population. The field of nursing care is constantly evolving, and nurses are encouraged to continue their education and maintain current knowledge and skills in the medical field.

**Key words:** nursing, future, education, health care

**Адрес за кореспонденция:** Ас. Татяна Славкова, дм, e-mail: t.slavkova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Tatyana Slavkova, e-mail: t.slavkova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Българското дружество „Червен кръст“ е инициатор за създаване на сестринското образование в България. То започва в края на XIX и началото на XX век, като разпространява идеята за подготовка на милосърдни сестри за граж-

данското здравеопазване и за осигуряването на войската в мирно и военно време. Първият курс за медицински сестри се организира през 1894 година отново по инициатива на същото дружество, с продължителност десет месеца. Учебната практика се осъществява в Александровска болница,

а лекциите се изнасят в „Славянска беседа“. През 30-те години на XX век в страната започват да се подготвят „самарянки“ или „полусестри“ с тримесечен курс на обучение, включващ теоретична и практическа подготовка на болногледачи. Първите училища за милосърдни сестри се откриват последователно в различни градове през 40-те години на XX век. Те се ръководят от възпитаници на училището в София. През 1952 г. се полагат основите на социалистическото здравеопазване, като наименованието „милосърдна сестра“ се заменя с „медицинска сестра“. В разкритите по-късно училища за обучение на медицински сестри подготовката се отдалечава значително от европейските стандарти и практики. Това налага необходимост от промени в сестринското образование, което става възможно след 1989 година. Броят на медицинските сестри по това време е над 50 000 [3].

Основно изискване за обучение за медицинска сестра е дипломата за средно образование. Няма минимална възраст за това обучение. Стажовите в тази област не са абсолютно необходими. Придобитите теоретични знания съответно се прилагат активно в болницата в практическата част на обучението. Практическата част от обучението трае общо 2500 часа и се провежда в областта на вътрешните болести, педиатрията, гинекологията, хирургията, гериатрията и неврологията. Целта е да се опознаят всички области като част от обучението и да се полагат грижи за хора от всички възрастови групи [2]. В Националния класификатор на областите на висше образование и професионалните направления обучението по специалност „Медицинска сестра“ е в област на висшето образование 7. Здравеопазване и спорт, професионално направление 7.5. Здравни грижи. Единните държавни изисквания за специалност „Медицинска сестра“ са приети през 2005 г. и са актуализирани през 2010 г. Конкретната дидактическа рамка, в която се провежда образователният процес във висшите училища, е съобразена с цитираните по-горе нормативни документи. Обучението по специалност „Медицинска сестра“ се осъществява след получена положителна акредитационна оценка от Националната агенция по обучение и акредитация. Учебният план е основан на единните държавни изисквания и на наредбата, регламентираща съвременни дидактически професионални дейности, които сестрите

могат да изпълняват самостоятелно или по назначение на лекар. Учебните планове са съобразени с европейските и националните изисквания. Заложената логическа последователност от учебни дисциплини е предпоставка за формиране на ключови компетентности и на професионално значимите качества за медицинската сестра. На медицинските сестри се отрежда нова роля в една непрекъснато променяща се среда, а в образователните програми трябва да се акцентира върху постигането на професионалната компетентност, а не само върху запомнянето и възпроизвеждането на информация [1, 2, 3].

**Целта** на настоящото проучване е да се повиши осведомеността сред учениците и да се предизвика заинтересованост сред младите хора за обучение в специалност „Медицинска сестра“.

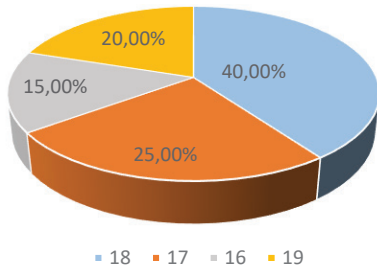
## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е анкетно проучване сред ученици от 11 и 12 клас от ГПЧЕ „Петър Богдан“ и ПГСАН „Проф. арх. Стефан Стефанов“ в град Монтана, през месеците март, април и май 2023 година. За целта е разработена и използвана анонимна анкетна карта, съдържаща открити и закрити въпроси. Резултатите са обработени статистически, а графиките са изготвени посредством Microsoft Excel.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

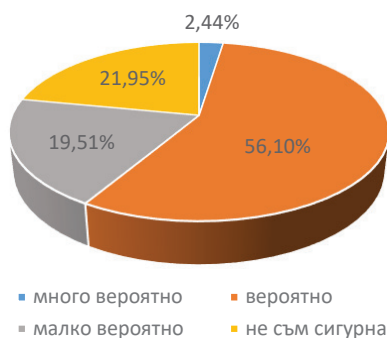
Анализът от анкетата показва, че обучението за медицинска сестра е много популярно, особено сред жените (делът на жените е над 95%). Тази професия обаче не е за всеки. Натоваването, както физическо, така и психично, е голямо. Постоянният контакт с предимно болни хора може да бъде значително предимство, но може и да бъде труден тест. Обучението се провежда като комбинация от теоретични лекции, упражнения и практическа част в болницата. Обучението продължава 4 редовни години. След теоретичния период студентите преминават към практически упражнения в клиника, болници или други здравни заведения. Този период от обучението им позволява да приложат получените знания в реална клинична среда. Те провеждат преддипломните си стажове под наблюдението на опитни медицински сестри и други здравни професионалисти. В клиничните бази/отделения им се предоставя

възможността да работят с пациенти и да усвоят необходимите умения за професионалната им кариера. След успешно завършване на обучението и изпитите, студентите получават диплом да упражняват професията медицинска сестра.



**Фиг. 1. Моля, посочете Вашата възраст в навършени години?**

От анкетираните ученици 40% са навършили 18 години, 20% имат навършени 19 години, 25% – 17 години, и 15% – 16 години. Повече от половината от респондентите са навършили своето пълнолетие и имат реална представа за избора на професията си.



**Фиг. 2. Колко вероятно би било да изберете обучение за медицинска сестра като част от Вашето бъдещо образование?**

Отговорите на участниците в анкетата представят разнообразни гледни точки относно вероятността да изберат обучение за медицинска сестра като част от бъдещото си образование. Отговор „много вероятно“ дават 2% от анкетираните. Този малък процент може да означава, че някои ученици имат конкретен и силен интерес към обучението за медицинска сестра и се виждат в тази роля в бъдеще. Голямата част от участниците считат за вероятно да изберат това обучение (отговор „вероятно“ – 56%). Този резултат показва, че значителен брой млади хора смятат, че това обучение може да бъде интересно и полезно за

тях. "Не съм сигурен/а" (21%) – този процент показва недостиг на яснота или колебание от страна на някои участници. Те може да се нуждаят от повече информация или време, за да вземат решение. 19% (отговор „малко вероятно“) е процентът на хората, които не виждат обучението за медицинска сестра като подходяща опция за тях, може би поради липса на интерес или други предпочитания. Можем да обобщим, че голяма част от участниците в анкетата са склонни да разгледат възможността да се обучават за медицински сестри в бъдеще.



**Фиг. 3. Какво Ви привлича в идеята да станете медицинска сестра?**

Възможността да се помага на други хора е много важен и привличащ аспект на професията медицинска сестра. Затова тя се посочва от най-висок процент (65%) от анкетираните ученици. Това подчертава силната мотивация на младите хора да предоставят помощ и грижа за другите. Медицинската сестра често се среща с разнообразни медицински случаи, които ѝ помагат да се учи и да се развива в медицинската област. Способността да виждаме конкретни резултати от нашия труд за подобряване на здравето и живота на пациентите може да бъде изключително задоволителна. Този аспект на "помагането на други хора" може да бъде силен двигател и вдъхновение за тези, които избират професията на медицинската сестра. Въпреки това, важно е да се отбележи, че има и други мотивационни фактори, които също са от значение за учениците. Интерес към медицинската наука и здравните грижи (12,50%). Този аспект може да обхваща любопитство и желание за разбиране на медицинските процеси и технологии, както и за предоставяне на висококачествени здравни грижи. Добри възможности за кариерно развитие (17,50%) – този мотивационен

фактор подчертава възможностите за растеж в професията и за придобиването на допълнителни умения и компетенции. Възнаграждението (5%) – въпреки че този аспект е представен с по-малък процент, за някои ученици възнаграждението може да бъде важен фактор при избора на професия. Този разнороден набор от мотивационни фактори отразява богатството и разнообразието на интересите и целите на потенциалните бъдещи медицински сестри.



**Фиг. 4. Каква е Вашата представа за професията медицинска сестра?**

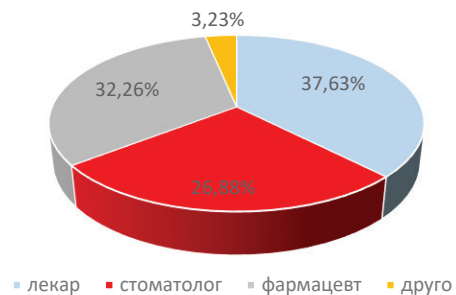
Повечето участници в анкетата (41,10%) виждат професията медицинска сестра като професия с перспективи за бъдещето. Значителен процент от анкетираните (23,97%) изразяват положително мнение за професията медицинска сестра. Малък процент (4,11%) нямат достатъчно информация, за да дадат мнение. Тези резултати предоставят важна информация за разбирането и оценката на общественото мнение относно професията на медицинската сестра. Значителният брой на участниците, които виждат тази професия като професия с бъдеще, е индикатор за насочване на образователните програми и инициативи в подкрепа и промотиране на професията. Информацията за това дали младите хора харесват, или не харесват професията медицинска сестра, може да се използва за подобряване на стратегиите и усилията, за привличане и задържане на персонала в областта на здравните грижи. Участниците, които не са били достатъчно информирани, могат да дадат старт на образователни и информационни кампании, за да се увеличи осведомеността за професията на медицинските сестри. Познаването на причините за негативното отношение към професията може да помогне в идентифицирането на областите, в кои-

то може да се извършат подобренията, например в областта на трудовите условия, възможностите за професионално развитие и др. Резултатите от анкетата могат да вдъхновят бъдещи изследвания и анализи относно мнението за професията медицинска сестра, които могат да бъдат от полза за планиране на бъдещи инициативи и реформи в сектора на здравеопазването.



**Фиг. 5. Как си представяте работните условия, свързани с професията?**

Малък процент (12,50%) от участниците не могат да си представят работните условия на професията медицинска сестра. Половината от анкетираните (50,00%) считат, че работата е интензивна. Значителен брой участници (25,00%) предполагат, че работата се свързва с голям стрес. За 12,50% са необходими бързина и точност.



**Фиг. 6. Имате ли определени планове или интерес към други медицински специалности?**

Значителна част от анкетираните изразяват интерес към лекарската професия. Професията на фармацевтите също привлича съществен брой заинтересовани от анкетираните. Интересът към стоматологията също е доста силен, макар и с по-малък процент от общия брой участници. Важно е да подчертаем, че в отговора „друго“ са посочени конкретни специалности, като акушерка, рентгенов лаборант и лекарски асистент.

## Изводи

Повечето участници в анкетното проучване (56%) са склонни да изберат обучение за медицинска сестра, което подчертава интереса и потенциалната привлекателност на професията. Въпросът за привличането в професията показва, че възможността да се помага на други хора е ключов мотивационен фактор за голям процент от анкетиранияте (79%), но има и други важни мотивационни фактори, като интерес към възможностите на медицинската наука и здравните грижи, добри условия за кариерно развитие и добро възнаграждение. Фактът, че има участници (21%), които не са сигурни в избора си, подчертава необходимостта от организиране на информационни кампании за популяризиране на професията медицинска сестра. Необходимо е те да са ориентирани програми и да са полезни за учениците, които се колебаят относно избора си. Резултатите показват, че професията на медицинската сестра остава актуална и привлекателна за много хора. Интересът към здравните грижи и желанието да

се помага на другите са ключови фактори, които формират тази професия с бъдеще. Медицинската сестра не само остава важна професия в областта на здравеопазването, но и привлича вниманието на хората, които се стремят към смислен и благотворен принос в обществото.

## Библиография

1. Наредба № 1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. ДВ, бр. 15 от 18.02.2011.
2. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите «Медицинска сестра» и «Акушерка» за образователно-квалификационна степен «бакалавър». ДВ, бр. 95 от 29.11.2005.
3. Стамболова И. Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и преспективи. ЦМБ, МУ – София, 2015.
4. Чакърва-Гатева Л. Съвременни дидактически технологии за подготовка на висши медицински кадри. Филвест, 2002.
5. [www.nursing](http://www.nursing)

## СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛНАТА РЕАЛИЗАЦИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТИ

Р. Ереданска

Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

## EMERGENCY MEDICAL CARE – A CHALLENGE TO THE PROFESSIONAL REALIZATION OF THE STUDENTS „MEDICAL ASSISTANTS“

R. Eredanska

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Efforts to save life have been made since the beginning of the human race. The main driving forces for the development of emergency medicine in ancient times were wars, due to the need for rapid intervention in the accumulation of life-threatening. Epidemics and high-casualty incidents are also a driving force. The emergency medical care system in the Republic of Bulgaria is part of the national health care system and guarantees the provision of timely medical care in life-threatening conditions, with the aim of preventing death and injuries leading to disability. Emergency medical care is provided in accordance with the world’s achievements in medicine, equal in volume and quality to all those in need, regardless of their nationality, ethnicity, gender, age, social or health insurance status. It is a type of medical assistance that is given to persons at the moment of its necessity at the scene of the accident. The present study presents the results of a survey conducted on the attitudes of students from the “Medical Assistant” specialty at the Sofia Medical University, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, for professional realization in the emergency medical care system. It was held in the period November 2022–May 2023. The object of the study are 47 students who completed the second and third year of study in the specialty. The obtained results show that more than half of the surveyed students would test their acquired knowledge and skills in the emergency teams.

**Key words:** physician assistant, emergency care, training

Адрес за кореспонденция: Ралица Ереданска, e-mail: r.eredanska@filialvrasa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Ralitsa Eredanska, e-mail: r.eredanska@filialvrasa.mu-sofia.bg

### ВЪВЕДЕНИЕ

Проследявайки историческите сведения, усилия за спасяване на човешки живот се полагат от възникването на човешкия род. Основен фактор за развитието на спешната медицина са войните поради необходимостта от бърза намеса при натрупване на животозастрашаващи случаи за кратко време и в екстремни условия. Фактори са и епидемиите и инцидентите с голям брой пострадали. С времето технологичният напредък оптимизира организацията на спешната помощ. Спешността включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения и поддържане на

виталните функции на организма. Системата на спешната медицинска помощ е изградена от двадесет и осем самостоятелни центъра, подчинени на министъра на здравеопазването и финансирани от държавния бюджет [1].

През последните години в България се наблюдават съществен дефицит и неравномерно разпределение на трудовия ресурс в здравеопазването. Част от стратегията за справяне с кадровия проблем е въвеждането на нов вид здравна професия – лекарски асистент. В България интересът към професията произтича от сходството ѝ с клиничната насоченост и практическите умения, характерни за подготовката в професията медицински фелдшер, която е съществена част от фундамента и

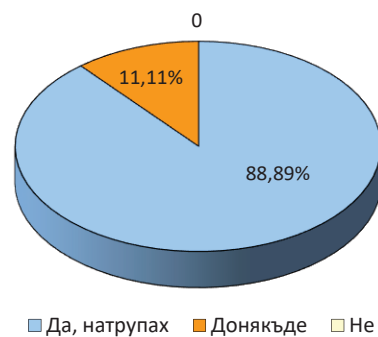
спецификата на българското здравеопазване и е добре приета и доказала се във времето. Спешната медицинска помощ е и мястото, където тези специалисти имат значителна численост [2]. Професията лекарски асистент се практикува в рискова и предизвикателна работна среда. Успешната комуникация е в основата на ефективната терапия на спешните състояния, както и за изграждане и поддържане на добри взаимоотношения, преодолявайки бариери като стрес, предубеждения и емоции. При спешната помощ професионалното поведение не трябва да се влияе от работните условия и разнообразието от пациенти. Необходимо е да се запазват конфиденциалността на спешно болния и лекарската тайна, особено в случаи на комуникация с близки, полиция, диспечерски служби, при разговори и медийни изяви. Също така трябва да се спазва правото на спешния пациент да откаже клинични процедури или лечение след обстойно запознаване с ползата и риска от тяхното прилагане или неприлагане. Същевременно трябва да се прецени до каква степен спешно болният е компетентен да взема информирани решения, касещи неговата терапия или здравно състояние [3]. Повишените здравни потребности и скъпите медицински услуги изискват по-високо ниво на компетентност, поради което професията лекарски асистент представлява рационално решение. Тази специалност е подходяща да покрива цялостната грижа за пациента – диагностична, лечебна, профилактична и промотивна. Лекарският асистент допълва и подпомага лекарската практика със своите компетенции, изискващи лекарски надзор, но и делегирана автономност съгласно Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно [4, 5].

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е анкетно проучване за предизвикателствата пред студентите лекарски асистенти за професионална реализация в спешната медицинска помощ. Проучването е осъществено в периода ноември 2022 – юни 2023 сред студентите от II и III курс, обучаващи се в специалност „Лекарски асистент“ във филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца, МУ – София. Основният метод на изследване е социологически, основаващ се на пряка анонимна индивидуална анкета.

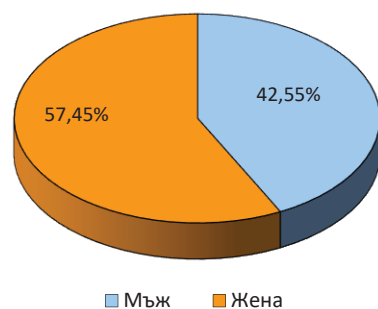
## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Въпреки малкия брой на анкетираните бъдещи лекарски асистенти резултатите дават реална представа за предизвикателствата, пред които са изправени, ако изберат спешната медицинска помощ за своя професионална реализация. Въпреки динамичната и разнообразна работа те я приемат като удовлетворение и призвание. Преобладаващата част от анкетираните студенти осъзнават значимостта на проведеното обучение по време на клиничната практика – 88,89% посочват, че са затвърдили и надградили натрупаните знания и практически умения.



Фиг. 1

Студентите имат реална представа за работата в спешната помощ и заявяват открито желание и готовност за бъдеща професионална реализация (фиг. 1).

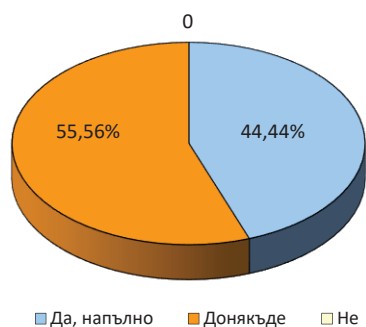


Фиг. 2. Разпределение по пол

Според получените данни от анкетното проучване относителният дял на жените студенти в специалността „Лекарски асистент“ има лек превес над мъжете. Възрастовата структура е разнообразна и варира от 20 до 45 години.

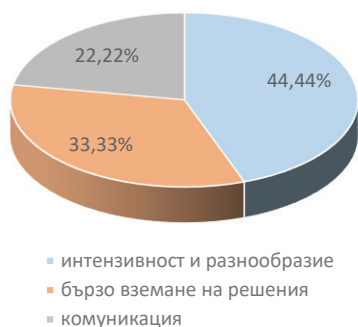
Зададен е въпросът: „Смятате ли се подготвени и със самочувствие за бъдеща професионална реализация?“. С „да, напълно“ отговарят

55,56% от респондентите, което е индикатор за целенасочената и последователна работа на преподавателския екип. Това не би станало реалност без активното участие на самите студенти. Няма участници, които да не се чувстват подготвени. Студентите, които имат известни колебания, са 44,44% и дават отговор „донякъде“ (фиг. 3).



Фиг. 3. Подготовка за реализация

"Какви предизвикателства поставя пред Вас работата в спешната помощ?" Според 44,44% от анкетираните студенти работата в спешната помощ е изключително динамична и разнообразна. Лекарските асистенти се сблъскват с различни случаи – от травми и инфекции до сърдечни проблеми и други спешни състояния. Това им дава възможност да приложат широка гама от знания и умения. 33,33% от анкетираните считат, че спешната помощ предоставя възможност за изпитване на лични и професионални предизвикателства. Това включва бързо вземане на решения, управление на стреса и способност да се справят с неочаквани обстоятелства и ситуации. 22,22% смятат, че се предоставят възможности за постоянно обучение и професионално развитие. Лекарските асистенти трябва да бъдат информирани за последните медицински практики и процедури.



Фиг. 4. Какви предизвикателства поставя работата в спешната помощ?

## Изводи

Да станеш лекарски асистент, е дълъг процес и често поставя много предизвикателства. Преодоляването им води до израстване като професионалист и до намирането на нови начини за справяне с трудни ситуации. Основната работа в спешната помощ е спасяването на човешки живот и подобряването на здравето на пациентите. Състоянието на спешната помощ в нашата страна се характеризира с редица дисбаланси, свързани както с географски причини, затрудняващи достъпа до центрове, така и с липсата на специалисти. Необходимо е лекарските асистенти да бъдат мотивирани да изберат спешната помощ за свое работно място. Студентите лекарски асистенти смятат, че имат добра подготовка и висока мотивация за бъдеща професионална реализация. Работата е изключително динамична и разнообразна. Студентите се сблъскват с различни случаи – от травми и инфекции до сърдечни проблеми и други спешни състояния. Това им предоставя възможност да приложат широка гама от знания и умения. Те включват бързо вземане на решения, управление на стреса и способност да се справят с неочаквани обстоятелства и ситуации. Лекарските асистенти трябва да се обучават непрекъснато и да прилагат в практиката си придобитите знания и умения. Важно е да подчертаем, че работата в спешната медицинска помощ може да бъде изключително стресираща, но и изключително значима и удовлетворяваща.

## Библиография

1. Врачева П. Професиите медицински фелдшер и лекарски асистент в България. Историческо развитие, съвременно обучение и реализация. Автореферат на дисертационен труд. Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора, 2017.
2. Врачева П. Професията медицински фелдшер в България. Съюз на учените – Стара Загора, 2020.
3. Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020.
4. Маринов Л. Проучване нагласите на студентите от специалност „Лекарски асистент“ за професионалната им реализация. Сборник доклади от Шеста научна конференция с международно участие „Добри практики в здравните грижи“, Враца, 2023. ЦМБ, МУ – София.
5. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Загл. доп. ДВ, бр. 61 от 2022 г.
6. Институт за пазарна икономика. Спешната помощ и планът за възстановяване. 2022.

## ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД СЪВРЕМЕННОТО СЕСТРИНСТВО ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ

П. Аспарухова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## A CHALLENGE TO MODERN NURSING IN HEALTH CARE DELIVERY

P. Asparuhova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Modern nursing is based on ethical and moral principles and advances – nursing as a science and art to meet human needs. The medical profession has a moral responsibility to respect and honor the cultural and individual specificity of each patient.

**Key words:** health care, patients, nurses

**Адрес за кореспонденция:** Доц. Петя Аспарухова, дм, e-mail: p.asparuhova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Assoc. Prof. Petya Asparuhova, PhD, e-mail: p.asparuhova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

В началото на 90-те години на двадесети век е утвърдена философията на съвременното сестринство. Тя се базира на етични и морални принципи и усъвършенства сестринството като наука и изкуство за удовлетворяване на човешките потребности, за защита на здравето и на околната среда. Самите принципи се основават на философията на сестринството и определят целите, към които медицинската сестра се стреми. Те включват:

- професионализъм;
- независимост;
- човешко достойнство;
- здраве.

Етиката изисква от медицинските сестри при предоставянето на грижите за болните да идентифицират всички потребности – физически, емоционални, духовни, религиозни, социални и др. Това се определя от факта, че хората и потребностите им са многоизмерни. Етичният кодекс на медицинските сестри гласи, че професията им се основава на:

- хуманност, честност, човечност, милосърдие;
- добросъвестност и добронамереност; тактичност в отношенията с пациентите, колегите, личността и обществото;

- вежливост към пациента и неговите близки;
- толерантност към религиозните убеждения, етническите традиции и политическата принадлежност на личността (чл. 2).

Със своята специфична роля и професионална отговорност, компетентност и умения професионалистът по здравни грижи допринася за изпълнение на основните задачи на здравеопазването:

- укрепване и подобряване здравето на пациента и обществото (чл. 3);
- лечение на болелите и възможно най-пълно възстановяване на физическото и душевното състояние на болния по време на и след заболяването;
- увеличаване продължителността на активния и творчески живот на човека;
- осигуряване на качествен живот без болка и на достойна смърт.

Осигуряването на здравни грижи изисква уважение към човешкия живот при всякакви обстоятелства, както и към достойнството и свободния избор на пациента. В случаите на нелечими болести в последен стадий професионалистите по здравни грижи могат да се ограничат до облекча-

ване на физическата и душевната болка на пациента, като осигурят подходяща подкрепа за него и неговите близки (чл. 15).

Добрата здравна грижа включва способността да се обективизира това, което пациентът чувства в символна форма – неговата реч, език на тялото и потребност. Предизвикателство пред здравните работници е да осъзнават ценности и значения, които имат смисъл за болестта при пациента.

Медицинската професия има моралната отговорност да зачита и уважава културната и индивидуалната специфика на всеки пациент. Хората имат право да бъдат обгрижвани в рамките на собствената им култура и религия. Основните потребности за въздух, течности, храна, сигурност и обич са универсални за всички, затова има и общи аспекти на здравните грижи. Поради различията в културните характеристики обаче е необходимо конкретна грижа за всеки пациент. Това означава, че при планирането на здравните грижи медицинският специалист трябва да се съобразява с нивото на културата на всеки пациент.

Клиничните отношения се фокусират върху уязвимия, тревожен, често страдащ човек. През последните десетилетия проблемът за културната компетентност в медицината става модерен за клиницисти и изследователи. Културните фактори оформят свързаните със здравето вярвания, поведение и ценности. Научните изследвания представят доказателства за чувствително подобряване качеството на медицинското обслужване, когато клиницистите са чувствителни към културните различия на своите пациенти и предоставят грижи, включващи културните проблеми от антропологична перспектива.

Задачите на медицинските професионалисти са свързани предимно с мениджмънта на хроничната болест, а не толкова и само с хроничната болест. В този случай мениджмънт означава социална и психологична подкрепа на болния в неговата опитност в болестта и съграждането на нова идентичност. Най-ефективна е медицинската помощ, която се основава на **биопсихосоциалния (холистичния) модел**.

Пациентите не са предмети или интересен клиничен случай. Те са личности, притежаващи идентичност, ценности – култура, история и взаимоотношения. Kleiman и други автори твърдят, че културните фактори трябва да се разглеждат

в клиничната практика, тъй като те се явяват като "етно-медицински убеждения". Всяка култура на отделния пациент е изправена пред болестта и смъртта според своя мироглед. Географската мобилност в съвременното общество води до това, че на лекарите, сестрите и другите здравни специалисти се налага често да се грижат за пациенти с различни културни ценности и вярвания, които трябва да се признават и уважават, макар и да се различават съществено от техните собствени ценности и вярвания.

Потребността от здраве е един от най-ярките примери за една интегративна потребност, в която биологичното, духовното и социалното са неразривно свързани. Тази триединна същност на здравето като потребност и ценност е залегнала и в определението на СЗО. Някои болести пораждаат специфични потребности – терапевтични, психологични и др., които трудно се удовлетворяват от здравните служби. Всеки болен е и личност с темперамент, характер, физически и психични способности, потребности, интереси, идеали, убеждения и мироглед, които определят реакциите му.

В контекста на етиката и здравната грижа може да се констатира, че тези елементи са конструктивни, при условие че медицинските сестри ги посрещат адекватно на съвременните изисквания.

### Библиография

1. Александрова М, Трендафилова П. Обучението на медицинските сестри на работното място в контекста на непрекъснатото образование. *Trakia J Sci*, 2008, 6(2).
2. Александрова С. Биоетика. МУ – Плевен, 2010.
3. Борисов В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. Филвест, 2003.
4. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина. София.
5. Етичен кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р България – [www.nursing-bg.com](http://www.nursing-bg.com).
6. Митова М, Воденичаров Ц. Педагогически проблеми на медицинското образование. София, 1998.
7. Стамболова И. Философия на сестринството и добродетели на медицинската сестра. *Сестринско дело*, 2008, 40(1).
8. Торньова Б. Нравствената култура на специалиста по здравни грижи. *Експрес*, 2006.
9. Rieg LS, Mason CH, Preston K. *Spiritual Care: Practical Guidelines for Rehabilitation Nurses*. [www.rehabnurse.org/pdf/RNC\\_264.pdf](http://www.rehabnurse.org/pdf/RNC_264.pdf).

## МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

М. Лозанова

Филиал „ Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## A MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

M. Lozanova

Affiliate „ Prof. Dr. Ivan Mitev – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Management of cancer patients is becoming a challenge worldwide due to rapidly changing evidence, new drug approvals, and updates on scientific advances. The introduction of the multidisciplinary approach has helped clinicians respond to the increasing needs of cancer patients. One common way is through multidisciplinary tumor boards (MTB). The report evaluates the benefits and drawbacks of a multidisciplinary approach in the treatment of patients with oncological diseases, paying particular attention to the role of MTB. Despite the benefits of a multidisciplinary approach, for example through multidisciplinary teams, the effects of this approach on patient survival are still unclear. It has been suggested that the availability of multidisciplinary care, particularly in cancers requiring multimodal treatment, is critical to optimizing treatment choices and improving patient outcomes. It is concluded that a multidisciplinary approach certainly provides benefits in the management of oncology patients, mostly as a result of shared decision-making processes in diagnostic and therapeutic settings. However, various aspects of the multidisciplinary approach may affect the applicability of MTB in clinical practice, especially in suboptimal settings. These potential limitations are still the subject of controversy and ongoing debate.

**Key words:** multidisciplinary care, cancer patients, multidisciplinary tumor councils, clinical practice

**Адрес за кореспонденция:** Мариана Лозанова, e-mail: m.lazarova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Mariana Lozanova, e-mail: m.lazarova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Лечението на пациентите с онкологични заболявания се превръща в предизвикателство в световен мащаб поради бързо променящите се доказателства, одобрението на нови лекарства и актуализациите на научните постижения. Въвеждането на мултидисциплинарния подход помогна на клиницистите да отговорят на нарастващите нужди на пациентите с рак. Това може да се постигне чрез мултидисциплинарни клиники, като отделения за лечение на рак на гърдата, или мул-

тидисциплинарни туморни съвети (MTB), известни също като мултидисциплинарни срещи. Отделенията за лечение на рак на гърдата са работещи единици, организирани да осигурят клиничен преглед на пациентите, диагностични процедури, включително изображения и биопсии, и терапевтично планиране – и всичко да се постига в едно посещение. Всички тези процедури се изпълняват чрез комбинирани усилия на различни специалисти, като клинични онколози, рентгенолози и хирурзи.

Целта на настоящия доклад е да се направи оценка на ползите и недостатъците на мултидис-

циплинарния подход при лечение на пациенти с онкологични заболявания, като се обръща специално внимание на ролята на МТВ.

## Същност НА МУЛТИДИСЦИПЛИРНОСТТА

В речника на Националния онкологичен институт на САЩ туморният съвет (или преглед) се определя като: „подход за планиране на лечение, при който няколко лекари, които са експерти в различни специалности (дисциплини), прегледат и обсъждат медицинското състояние и възможностите за лечение на пациент“ (National Cancer Institute, 2019).

В онкологични условия това означава, че мултидисциплинарни екипи обсъждат редовно управлението на пациенти с онкологични заболявания, за да им осигурят най-добрите грижи, в съответствие с техния опит и най-новите насоки. Последният подход е често срещан в САЩ, както и е приет в други страни.

Мултидисциплинарността започва да се прилага отпреди повече от 50 години. Например Milligan et al. (1922) илюстрират различни случаи на пациенти – не само пациенти с рак, обсъждани в ларингологични мултидисциплинарни среди през 1920 г.: представят се анамнеза на пациента, клинична история, мнения на всички специалисти, дадени по време на дискусията, и след това заключителен доклад, уточняващ как пациентът е бил лекуван и неговото/нейното състояние няколко месеца по-късно. O'Brien (2006) описва своя опит по време на престоя си в болница Baylor от края на 60-те до началото на 70-те години. Веднъж седмично медицински онколози, заедно с радиационни онколози и хирурзи, са обсъждали всички различни видове случаи на рак. След това, през 90-те години, мултидисциплинарният подход се налага в европейската клинична практика – в Обединеното кралство и Германия. Други страни успяват да въведат мултидисциплинарния подход по-късно (Horlait et al., 2019).

Обикновено се смята, че мултидисциплинарни подходи се осъществяват на срещи, при които различни специалисти се събират физически заедно, за да обсъдят няколко клинични случая. Същност в днешно време често се използват и виртуални срещи, които позволяват на лекарите по дистанционен път да се консултират помежду си и

да решат кой е правилният диагностичен и терапевтичен път. Понякога резидентният болничен персонал няма достъп до всички необходими данни, за да вземе правилното решение за всеки пациент, и по този начин се появяват минитуморни табла с намерението да се позволи само на няколко специалисти да участват в дискусията (El Saghir et al., 2015).

Нова разновидност на МТВ е така наречената молекулярна туморна дъска. Поради въздействието на молекулярната биология като инструмент за подпомагане на различни терапевтични решения, съществува нужда тя да се добави към „стандартния“ МТВ набор от специалисти, фокусирани върху молекулярната биология, като патолози, онколози, хематолози, учени и генетични съветници. По-специално, поради възможността за използване на генетично профилиране на ракови клетки за прогнозиране на чувствителността и резистентността към лекарствата, молекулярните туморни табла предоставят на клиницистите правилното решение за всеки пациент поради отчитането на клиничните фактори и целевите генетични промени и тяхната относителна тежест за повлияване на резултатите на пациентите.

В МТВ „основният екип“ обикновено се състои от онколози, хирурзи от различни подспециалности, патолози, лъчетерапевти и други специалисти, според вида на онкологичното заболяване. Те са отворени и за други членове („неосновен екип“), като лекари по палиативни грижи, студенти по медицина, психолози, лекари в стадий на обучение или медицински сестри и координатори. В някои страни ролята на медицинския персонал се счита за решаваща за оказване на влияние върху решенията за лечение и е решено медицинските сестри да се включат в основния екип, а не в допълнителния (Lumenta et al., 2019).

Малко проучвания разглеждат въпроса за участието на пациентите в МТВ. Chou et al. (2007) провеждат пилотно проучване, за да оценят полезността от включването на пациенти с рак на гърдата в мултидисциплинарни срещи, участвайки в планирането на тяхното собствено лечение: 22 от 30 избрани пациенти са се съгласили да участват, 7 са отказали, а 1 се е съгласил, но не е присъствал по време на срещата. Съобщава се, че участието на пациентите не е довело до увеличено безпокойство и е било полезно за подобряване на разбирането им за избора на лечение. Дори здравните специалисти са били доволни от това участие, въпреки че някои признават, че участието

на пациентите в МТВ ги е принудило да бъдат по-бдителни и да коригират своя изказ, така че да се позволи на пациентите да разбират за какво се говори. В друго проучване Butow et al. (2007) установяват, че лекарите имат известни резерви относно пациентите, участващи в МТВ, защото е трябвало да коригират езика си за всички участници, ограничавайки дискусията и забавяйки срещите. И накрая, участието на пациентите може да допринесе за диагностичния процес и терапевтичния избор, особено когато решенията за лечение имат дълбоко въздействие върху качеството на живот. При ранен рак на простатата например пациентите са в състояние да изразят предпочитанията си между лечения с подобна стойност.

Лекарите от първичната медицинска помощ не се считат за неразделна част от МТВ. Въпреки това те могат да имат значима роля в ранното идентифициране на онкологично заболяване, да запознаят пациентите с екипа и да извършват проследяване след изписване от болницата. В допълнение, те участват предимно в управлението на поредица от несвързани съпътстващи заболявания и симптоми (като болка), когато пациентът е вкъщи, и тяхното участие може да помогне за бързото идентифициране на свързаните с лечението странични ефекти, когато пациентът бъде изписан от болница (Siddique et al., 2017).

Въпреки че технологията е в състояние да предостави ценна помощ при взаимодействията на лекарите, тя насърчава различен начин на комуникация, който може да повлияе на ефективността на МТВ. Mascia et al. (2019) се съсредоточават върху този проблем, сравнявайки комуникация лице в лице с електронно базирана комуникация между членове на италиански МТВ в италианска изследователска болница, лекуваща пациенти с хепатоцелуларен карцином от 2007 г. Те показват, че лекарите все още предпочитат комуникацията лице в лице за обмен на информация, свързана с работата, особено ако принадлежат към едно и също клинично звено и са в една и съща болнична сграда, подчертавайки, че физическата близост помага за по-добър обмен на знания.

## **ЕФЕКТИ ОТ МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИЯ ПОДХОД**

Мултидисциплинарните екипи все повече осигуряват лечение на онкологични заболявания, но ефектите от този подход върху оцеляването са неясни. Ползата за оцеляването от МТВ срещи-

те е наблюдавана в серия от силно хетерогенни проучвания, обикновено с малък брой включени пациенти. Има предположение, че наличието на мултидисциплинарни и експертни грижи, особено при видове рак, при които се изисква мултимодално лечение, е от решаващо значение за оптимизиране избора на лечение и подобряване на резултатите за пациентите.

Serper et al. (2017) извършват ретроспективно кохортно проучване на всички пациенти, диагностицирани с хепатоцелуларен карцином (НСС), лекувани от 128 медицински центъра, демонстрирайки, че участието на МТВ е свързано с общата преживяемост (HR 0,83, 95% CI 0,77-0,90).

Няколко проучвания потвърждават, че обсъждането на МТВ води до промяна в диагностичния или лечебния план в значителна част от случаите. Фокусирайки се върху рака на гърдата, Newman et al. (2006) описват ретроспективно промяна в предварително дефинираните хирургични планове след МТВ ревизия на патологични слайдове от специализирани патолози на гърдата при 13 пациенти (9%), отнасящи се до техния център от външна институция. Освен това повторното изследване на получени преди това изображения на гърдата може да доведе до операция в 11% от случаите, когато операцията не се счита за първа преди представянето на МТВ. Напротив, независимо от патологичната и радиологичната преоценка, МТВ дискусията предлага различни хирургични подходи при забележителна част от пациентите (32%). В тази насока проучване, проведено от Memorial Sloan Kettering Cancer Center, показва, че споделянето на индивидуални хирургични наклонности в междусекторна среда може да намали ненужните инвазивни процедури, като приемането на дисекция на аксиларни лимфни възли при ранни случаи на рак на гърдата (El Saghir et al., 2015).

По отношение на други злокачествени заболявания, Lee et al. (2017) отбелязват, че модификации в по-рано показаните диагностични изследвания и стратегии за лечение при оценка на данните са настъпили при почти половината от гинекологичните тумори, обсъдени на тяхната МТВ среща. Интересното е, че авторите откриват, че процентът на препоръчителни промени е по-висок от предишните констатации от проспективно проучване на тумор на глава-шия. В това отношение Wheless et al. описват вариация от приблизи-

телно 27% в терапията, диагнозата или диагностичните процедури. По-важното е, че голяма част от пациентите (65%) са имали мултимодална интензификация на стратегията си за лечение след представяне на МТВ (Wheless et al., 2010).

Според проучване върху пациенти с коло ректален рак със заболяване в стадий IV, препоръките за предоперативна химиотерапия са се увеличили значително в случаите на олигометастатично заболяване (ограничено до едно място) поради информация от дискусиата за МТВ. Lowes et al. (2017) посочват, че след среща с МТВ, лекарите са значително по-склонни да насочват възрастни пациенти (> 70 години) за лечение. Ретроспективно проучване на Pawlik et al. (2008) изследва ролята на мултидисциплинарния подход по отношение на рака на панкреаса. Проучването показва, че някои случаи на декларирано неоперабилно заболяване са се облагодетелствали от МТВ, поради богатия хирургичен опит. Трябва да се отбележи, че радиологичната преоценка е била причина да се установи развитие на метастатично заболяване в почти 70% от случаите, което изисква корекция на плана за грижа на пациента. В опит с един център, докладван от Jury et al. (2010), стойността на прилагането на МТВ подход се изразява в нарастващ брой пациенти, за които е показана мултимодална терапия след достъп до тяхната клиника. Както се докладва от Ioannidis et al. (2018), събирането на здравни специалисти от различни отделения е много полезно при рак на ректума. Мултимодалното лечение представлява стандарт за грижа за тези пациенти и е частично отговорно за подобренията на резултатите, постигнати в тази среда.

В обсега на тази МТВ рамка възможността за получаване на нова и широкообхватна информация е друг централен аспект, който трябва да се вземе под внимание. По този въпрос Deressa et al. (2019) посочват, че пациентите, обсъждани в МТВ, се характеризират с изчерпателно стадиране, което води до по-точни планове за лечение. За разлика от тях, тези, които са претърпели операция преди обсъждането на МТВ, са имали неадекватна и лоша информация за стадирането. Качеството на споделената информация (история на заболяването, радиологична информация) е свързано с висококачествено вземане на решения по отношение на дадените препоръки (Solomon et al., 2019), като от членовете на екипа се очаква

да си сътрудничат като постоянни супервайзъри за нивото на грижа за пациентите, предоставяно от групата. Освен това, когато липсват формални консолидирани насоки, мултисекторният подход може да ръководи здравните специалисти в процеса на вземане на решения, както се препоръчва от Wotman et al. (2019).

Мултимодален и интердисциплинарно ориентиран подход може по подобен начин да компенсира, както е подчертано от Herlemann et al. (2019), липсата на консолидирани препоръки относно времето и най-добрата последователност на лечение при метастатичен хормонално чувствителен рак на простатата. В потвърждение на това, Fazio et al. (2017) предполагат, че интегрирана мултиспециализирана стратегия може да бъде полезна и за оптимизиране управлението на белодробни невроендокринни тумори, тъй като по-широкият арсенал е наличен за тази подгрупа в сравнение със слабо диференцирания аналог. Освен това някои доказателства подкрепят прилагането на МТВ в наблюдението. От името на Американската колегия на торакалните лекари, Rubins et al. (2007) подчертават значението на мултидисциплинарното управление за ранно откриване на усложнения от лечението, рецидиви или метакронни тумори при проследяване на пациенти с рак на белия дроб след лечение. Взета като цяло, работата на Gambazzi et al. (2019) приема мултидисциплинарното радиологично наблюдение при недребноклетъчен рак на белия дроб след лечение. И накрая, има също свидетелства за увеличен скрининг на клинични изпитвания и набиране на пациенти в клинични условия, където препоръките за пациентите се обсъждат от МТВ, за разлика от изпитвания, които се отчитат изключително от специален изследователски екип (Kuroki et al., 2010). Що се отнася до стандартизирането на мултидисциплинарното управление при пациенти с онкологични заболявания в Европа, изпълнението на съществуващите препоръки е чрез създаване на консенсусни документи, базирани на метода Делфи.

## Плюсове и минуси

Brauer et al. (2017) са провели преглед на 470 случая на пациенти с доброкачествени и злокачествени заболявания на панкреаса и стомашно-чревния тракт, които са обсъдени на МТВ и са записани в база данни. Въпреки силното при-

държане към насоките, мултидисциплинарната дискуссия е довела до промяна в лечението на пациентите при малцинството (около една четвърт) от случаите. Независимо от това, времето на преживяемост не се различава между тези случаи и случаите без вариации в плана, което предполага, че дискусията за МТВ може да няма значително въздействие върху резултата. В същия документ авторите са се фокусирали и върху използването на институционалните ресурси за МТВ, като оценяват общ разход на време от 16,5 часа и разходи от 2035 щатски долара на седмица. Въз основа на тези непренебрежимо малки разходи, МТВ трябва да са налични само в онези среди, където това е оправдано от голям брой случаи, изискващи адекватни решения, и трябва да се извършва редовна оценка на тяхната ефективност.

Друго потенциално ограничение на мултидисциплинарния подход се отнася до качеството на информацията, представена на МТВ, която може да играе решаваща роля при вземането на екипни решения. В проучване в Университетския онкологичен център Хамбург – болница, хостваща 16 МТВ, Nahlweg et al. (2017) са оценили качеството на информацията за единичен случай, използвайки точкова система с шест основни променливи. Въпреки голямата променливост сред 16-те изследвани МТВs данните относно съпътстващите заболявания и психосоциалния контекст почти винаги са липсвали или са били представени повърхностно, което е засягало крайните решения и препоръките на екипите. Освен това представената информация с ниско качество може да попречи на МТВ да вземе решение. При анализ на 68 случая, представени на МТВ по белодробна онкология на Peter MacCallum Cancer Center (Мелбърн, Австралия) между март и май 2011 г., при 3-ма от 68 пациенти неадекватността на административната подкрепа за бързо намиране на липсваща информация значително е намалила ефективността на мултидисциплинарния подход (Ung et al., 2016). Lamb et al. (2017) стигат до подобни резултати в тяхното проучване, оценяващо качеството на процесите на вземане на решения при 1421 пациенти с рак на простатата, представени на МТВ на Whipps Cross University Hospital (Лондон, Обединеното кралство) в продължение на 2 години (от 2009 до 2011 г.). Въпреки значителното нарастване на качеството и ефективността на работата в екип поради интервенции за подо-

бряване, липсата на анамнестична, радиологична или патологична информация все още е пречка за постигане на клинични решения. От друга страна, прекомерното количество, а не строго клиничната информация може да доведе до това членовете на екипа да изразят противоположни мнения и МТВ да изготви повече от една препоръка.

Друго потенциално ограничение на мултидисциплинарния подход е свързано с правни въпроси. МТВ представляват инструмент за партньорска проверка за пациенти с онкологично заболяване. Поради поверителния характер на връзката между пациента и неговия лекар може да не е толкова лесно да се поддържа същата поверителност в рамките на МТВ. Още през 1987 г. Gross et al. са анализирали проблема за правните въпроси, свързани с туморните съвети, като са се фокусирали върху отговорностите на членовете на екипа за поверителност и анонимност на всеки пациент, представен на МТВ.

Освен това географските бариери могат да представляват конкретни пречки за постигането на ефективен мултидисциплинарен подход в онкологията. Що се отнася до извъневропейските региони, МТВ все още не са обща реалност в Африка или в Близкия изток.

Географският произход и социално-икономическите условия могат да ограничат достъпа до национални мрежи и МТВ, дори в европейските страни, със значителни неравенства между градовете и селата, особено в областта на редките видове онкологични заболявания. Както се съобщава в неотдавнашен доклад на Lowes et al. (2017), МТВ все още не са широко разпространени въпреки националните насоки, препоръчващи мултидисциплинарен подход при повечето неоплазми, представляващи истински крайъгълен камък в съвременната онкология. Fayet et al. (2018) оценяват усилията на френските мрежи за сарком за намаляване на географските различия, които все още засягат пациенти с рак. Въпреки централизацията, представляваща съществено изискване при управлението на редки ракови заболявания, със значителна корелация с прогнозата, Sandrucci et al. (2019) са се съсредоточили върху нейните недостатъци за пациентите, тъй като задължението да се преместят в референтни центрове е довело до значителен дискомфорт.

И накрая, мултидисциплинарният подход може да бъде свързан със забавяне на лечението

поради графици за срещи на МТВ и често по-дълги списъци на чакащи в референтните центрове. Basse et al. (2017) анализират 274 пациенти с епителни тумори на тимуса, обсъдени в националния RYTHMIC МТВ, фокусирайки се върху следоперативната лъчетерапия. Въпреки препоръките за МТВ, няколко пациенти не са получили лечение, най-вече поради прекомерни закъснения след операцията, което предполага, че решенията за МТВ трябва да бъдат по-бързи, като се избягва всякаква загуба на време.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мултидисциплинарният подход със сигурност предоставя ползи при управлението на пациенти с онкологични заболявания, най-вече в резултат на споделянето на процесите на вземане на решения в диагностични и терапевтични условия. Въпреки това различни аспекти на мултидисциплинарния подход могат да повлияят на приложимостта на МТВ в клиничната практика, особено в неоптимални условия. Тези потенциални ограничения все още са обект на противоречия и текущи дебати.

## Библиография

1. Basse C, Thureau S, Bota S et al. Multidisciplinary tumor board decision making for postoperative radiotherapy in thymic epithelial tumors: insights from the RYTHMIC prospective cohort. *J Thorac Oncol*, 2017;12(11):1715-1722. doi: 10.1016/j.jtho.2017.07.023
2. Brauer DG, Strand MS, Sanford DE et al. Utility of a multidisciplinary tumor board in the management of pancreatic and upper gastrointestinal diseases: an observational study. *HPB*, 2017;19(2):133-139. doi: 10.1016/j.hpb.2016.11.002
3. Butow P, Harrison J, Choy E et al. Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer*, 2007;110:1937-1944. doi: 10.1002/cncr.23007
4. Choy E, Chiu A, Butow P et al. A pilot study to evaluate the impact of involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Breast*, 2007;16:178-189. doi: 10.1016/j.breast.2006.10.002
5. Deressa BT, Cihoric N, Tefesse E et al. Multidisciplinary Cancer Management of Colorectal Cancer in Tikur Anbesa Specialized Hospital, Ethiopia. *J Glob Oncol*, 2019;5:1-7. doi: 10.1200/JGO.19.00014
6. El Saghir NS, Keating NL, Carlson RW et al. Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2014;e461-6. doi: 10.14694/EdBook\_AM.2014.34.e461
7. El Saghir NS, Charara RN, Kreidieh FY et al. Global practice and efficiency of multidisciplinary tumor boards: results of an American Society of Clinical Oncology International Survey. *J Glob Oncol*, 2015;1(2):57-64. doi: 10.1200/JGO.2015.000158
8. Fayet Y, Coindre JM, Dalban C et al. Geographical accessibility of the referral networks in France. Intermediate results from the IGéAS research program. *Int J Environ Res Public Health*, 2018;15(10):2204. doi: 10.3390/ijerph15102204
9. Fazio N, Ungaro A, Spada F et al. The role of multimodal treatment in patients with advanced lung neuroendocrine tumors. *J Thorac Dis*, 2017;9(Suppl 15):S1501-S1510. doi: 10.21037/jtd.2017.06.14
10. Gambazzi F, Frey LD, Bruehlmeier M et al. Image analysis in posttreatment non-small cell lung cancer surveillance: specialists' interpretations reviewed by the thoracic multidisciplinary tumor board. *Multidiscip Respir Med*, 2019;14:34. doi: 10.1186/s40248-019-0198-z
11. Gross GE. The role of the tumor board in a community hospital. *CA Cancer J Clin*, 1987;37(2):88-92. doi: 10.3322/canjclin.37.2.88
12. Hahlweg P, Didi S, Kriston L et al. Process quality of decision-making in multidisciplinary cancer team meetings: a structured observational study. *BMC Cancer*, 2017;17(1):772. doi: 10.1186/s12885-017-3768-5
13. Horlait M, Baes S, Dhaene S et al. How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium. *J Multidiscip Healthc*, 2019;12:159-167. doi: 10.2147/JMDH.S196660
14. Herlemann A, Washington SL, Cooperberg MR. Health care delivery for metastatic hormone-sensitive prostate cancer across the globe. *Eur Urol Focus*, 2019;5(2):155-158. doi: 10.1016/j.euf.2018.12.003
15. Ioannidis A, Konstantinidis M, Apostolakis S et al. Impact of multidisciplinary tumor boards on patients with rectal cancer. *Mol Clin Oncol*, 2018;9(2):135-137. doi: 10.3892/mco.2018.1658
16. Johnston MJ, King D, Arora S et al. Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams. *Am J Surg*, 2015;209(1):45-51. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.08.030
17. Kuroki L, Stuckey A, Hirway P et al. Addressing clinical trials: can the multidisciplinary tumor board improve participation? A study from an academic women's cancer program. *Gynecol Oncol*, 2010;116(3):295-300. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.12.005
18. Lamb BW, Green JS, Benn J et al. Improving decision making in multidisciplinary tumor boards: prospective longitudinal evaluation of a multicomponent intervention for 1,421 patients. *J Am Coll Surg*, 2013;217(3):412-420. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2013.04.035

19. Lee B, Kim K, Choi JY et al. Efficacy of the multidisciplinary tumor board conference in gynecologic oncology: a prospective study. *Medicine*, 2017;96(48):e8089. doi: 10.1097/MD.0000000000008089
20. Lowes M, Kleiss M, Lueck R et al. The utilization of multidisciplinary tumor boards (MDT) in clinical routine: results of a health care research study focusing on patients with metastasized colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis*, 2017;32(10):1463-1469. doi: 10.1007/s00384-017-2871-z
21. Jury RP, Nadeau L, Wasvary H et al. Implementing a multidisciplinary open-access clinic at a private practice-based community hospital. *J Oncol Pract*, 2010;6(6):e38-41. doi: 10.1200/JOP.2010.000029
22. Lumenta DB, Sendhofer G, Pregartner G et al. Quality of teamwork in multidisciplinary cancer team meetings: a feasibility study. *PLoS One*, 2019;14(2):e0212556. doi: 10.1371/journal.pone.0212556
23. Mascia D, Rinninella E, Pennacchio NW et al. It's how we communicate! Exploring face-to-face versus electronic communication networks in multidisciplinary teams. *Health Care Manage Rev*, 2019. doi: 10.1097/HMR.0000000000000246
24. Milligan Vlasto. Further reports on cases exhibited before the section at previous meetings, session 1921–1922. *Proc R Soc Med*, 1922;15:i.1-vii.1.
25. National Cancer Institute. Definition of tumor board review. Available from: <http://www.cancer.gov/dictionary?cdrid=322893>.
26. Newman EA, Guest AB, Helvie MA et al. Changes in surgical management resulting from case review at a breast cancer multidisciplinary tumor board. *Cancer*, 2006;107(10):2346-2351. doi: 10.1002/cncr.22266
27. O'Brien JC. History of tumor site conferences at Baylor University Medical Center. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, 2006;19(2):130-131. doi: 10.1080/08998280.2006.11928145
28. Pawlik TM, Laheru D, Hruban RH et al. Johns Hopkins Multidisciplinary Pancreas Clinic Team. Evaluating the impact of a single-day multidisciplinary clinic on the management of pancreatic cancer. *Ann Surg Oncol*, 2008;15(8):2081-2088. doi: 10.1245/s10434-008-9929-7.
29. Rubins J, Unger M, Colice GL; American College of Chest Physicians. Follow-up and surveillance of the lung cancer patient following curative intent therapy: ACCP evidence-based clinical practice guideline (2nd edition). *Chest*, 2007;132(3):355S-367S. doi: 10.1378/chest.07-1390
30. Sandrucci S, Naredi P, Bonvalot S. Centers of excellence or excellence networks: the surgical challenge and quality issues in rare cancers. *Eur J Surg Oncol*, 2019;45(1):19-21. doi: 10.1016/j.ejso.2017.12.012
31. Siddique O, Yoo ER, Perumpail RB et al. The importance of a multidisciplinary approach to hepatocellular carcinoma. *J Multidiscip Healthc*, 2017;10(10):95-100. doi: 10.2147/JMDH.S128629
32. Serper M, Taddei TH, Mehta R et al.; VOCAL Study Group. Association of provider specialty and multidisciplinary care with hepatocellular carcinoma treatment and mortality. *Gastroenterology*, 2017;152(8):1954-1964. doi: 10.1053/j.gastro.2017.02.040.
33. Solomon D, DeNicola N, Feferman Y et al. Assessing the Implementation of American College of Surgeons Quality Indicators for Pancreatic Cancer Across an Integrated Health System. *J Oncol Pract*, 2019;15(8):e739-e745. doi: 10.1200/JOP.18.00587
34. Wheless SA, McKinney KA, Zanation AM. A prospective study of the clinical impact of a multidisciplinary head and neck tumor board. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2010;143:650-654. doi: 10.1016/j.otohns.2010.07.020
35. Wotman M, Ghaly M, Massaro L et al. Management of the neck after definitive chemoradiation in patients with HPV-associated oropharyngeal cancer: an institutional experience. *Am J Otolaryngol*, 2019;40(5):684-690. doi: 10.1016/j.amjoto.2019.06.003
36. Ung KA, Campbell BA, Duplan D et al. Impact of the lung oncology multidisciplinary team meetings on the management of patients with cancer. *Asia Pac J Clin Oncol*, 2016;12(2):e298-304. doi: 10.1111/ajco.12192

## ПРОБЛЕМИ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИНФАРКТ НА МИОКАРДА

М. Лаловска

Катедра “Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## PROBLEMS OF THE QUALITY OF HEALTH CARE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

M. Lalovska

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** The problems of the quality of health care is a prerequisite for improving patient care. In order to meet the modern requirements for providing quality health care to patients with myocardial infarction, it is necessary to introduce a package of nursing care and services, satisfying the health needs of patients and nursing care planning. The knowledge and skills, training and competencies of nurses are decisive for the implementation of quality health care standards.

**Key words:** nursing, health care, quality

Адрес за кореспонденция: Маргарита Лаловска, e-mail: mdm61@abv.bg

Address for correspondence: Margarita Lalovska, e-mail: mdm61@abv.bg

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Модерното здравеопазване изисква иновативно поведение от страна на медицинските сестри при лечението на пациенти с инфаркт на миокарда. Но през последните години ролята на медицинските сестри се подценява и те като човешки ресурс не намират достатъчна приложимост. Подобряването на качеството на дейността на съвременната болница изисква да се следи непрекъснато удовлетвореността на пациентите с инфаркт на миокарда от предлаганите медицински услуги, удовлетворяващи здравните потребности на пациентите, и планиране на здравните грижи. Тяхното качество определя до голяма степен икономическата стабилност и устойчивото развитие на лечебните заведения. Като основен метод за оценка на качеството на здравните грижи служат стандартите за качество. Чрез тях се установява сравнимост на резултатите, както и

унифициране на критериите и подходите за предотвратяване на усложнения. Правилното разбиране на стандартите е гаранция за по-високо качество при осъществяване на здравните грижи, водещо до по-висока ефективност. Затова е необходимо анализиране на потребностите на пациентите с инфаркт на миокарда, въвеждане на нов подход за организация на дейностите, извършвани от специалистите по здравни грижи в съвременната болница, непрекъснато повишаване на квалификацията и задоволяване на потребностите от здравни грижи при пациентите с инфаркт на миокарда.

### Цел

Проучване и анализиране организацията на предлаганите здравни грижи при пациенти с инфаркт на миокарда и възможностите за въвеждане на професионални стандарти.

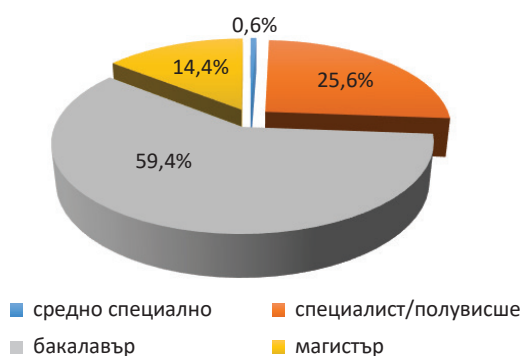
## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В изследването са включени медицински сестри, работещи в кардиологичните отделения на многопрофилни болници за активно лечение в три области на Северозападна България: МБАЛ – град Враца, МБАЛ – град Монтана, и МБАЛ – град Видин. Анкетирани са 150 медицински сестри, чрез пряка анонимна анкета. Получените данни са обработени с математико-статистически методи. Таблиците и графиките са изработени чрез програмите Word и Excel.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

За осъществяването на качествени здравни грижи медицинските сестри трябва да притежават съответната подготовка и компетентност за работа с пациенти с инфаркт на миокарда. Съвременната медицинска сестра трябва да бъде лице, което чрез своите знания и компетенции да съдейства и да подпомага индивида както да промени своите нездравословни навици, така и да поддържа здравословен начин на живот.

От анкетираните, с образователно-квалификационна степен „магистър“ са 14,4%, най-голям е броят (59,4%) на медицинските сестри с образователно-квалификационна степен „бакалавър“, 0,6% съобщават, че са със средно специално образование, и относителният дял на медицинските сестри с образователно-квалификационна степен „специалист/полувисше“ е 25,6% (фиг. 1).



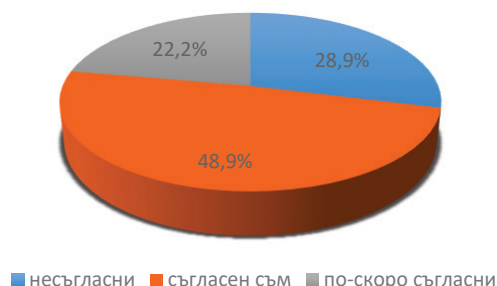
Фиг. 1. Разпределение на анкетираните медицински сестри по образователна степен

Независимо че половината от анкетираните медицински сестри са завършили образованието си преди промените в образователната система, те са със средно ниво на общия трудов стаж 28 години, като средното ниво на трудовия им стаж в кардиологичните отделения е 10 г. Това показва

опит в областта на здравните грижи при пациенти с инфаркт на миокарда.

Професионалната квалификация винаги се свързва с процесите на обучение и развитие на персонала. Резултатите от анкетата показват, че 65,7% от медицинските сестри са обучавани по темата за качеството, 33,0% не са обучавани. Не са отговорили 1,3%. Съветът по здравни грижи към всяка болница трябва да изгради ясна политика по отношение на качеството на грижите и професионалната квалификация на професионалистите по здравни грижи. Защото професионалното развитие на медицинските сестри, работещи с пациенти с инфаркт на миокарда, изисква придобиване на специфични качества и умения, като отговорност, всеотдайност и висок професионализъм. Именно структурата, дейностите и взаимоотношенията в екипа и с близките на пациентите са един от основните фактори за успешна професионална адаптация.

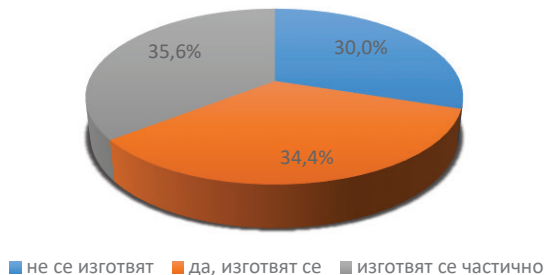
Пациентите с инфаркт на миокарда са от различни възрастови, социални, етнически, образователни групи, имат различни по степен увреждания, но всички те се нуждаят от грижи, обучение и индивидуални подходи за удовлетворяване на техните здравни потребности. Не всички медицински сестри имат достатъчната подготовка за осъществяване на качествени здравни грижи. 48,9% от анкетираните са на мнение, че подготовката, която имат, е напълно достатъчна за извършване на качествени здравни грижи, 22,2% са по-скоро съгласни с това твърдение, а делът на несъгласните е 28,9%. Самооценката на медицинските сестри съответства на резултатите по отношение на обучението, което имат, за качеството на здравните грижи (фиг. 2).



Фиг. 2. Подготовка на медицинските сестри за осъществяване на качествени здравни грижи

Съществен елемент в съвременните здравни грижи е необходимостта от изготвянето от медицинската сестра на план за грижи за всеки паци-

ент, който е индивидуализиран и съобразен с потребностите. От анкетираните медицински сестри 30,0% съобщават, че „не се изготвят планове за сестрински грижи“, 34,4% отговарят с „да, изготвят се такива планове“, а 35,6% – с „изготвят се частично“ (фиг. 3).



**Фиг. 3. Обучение на медицинските сестри относно изготвянето на план за грижи**

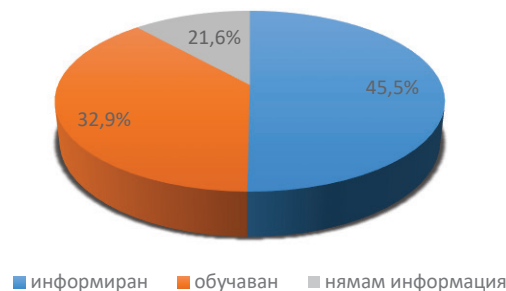
Основната причина за неинформираността на медицинските сестри относно осъществяването на план за грижи е, че у нас все още не е утвърдена практиката за поставяне на сестринска диагноза и за вземане на самостоятелни решения, отнасящи се до режима на пациента. Не съществуват нормативни документи, които да регламентират необходимите компетенции на медицинските сестри и изработването на плана за грижи, който е основен елемент на сестринската практика. От друга страна, медицинските сестри в лечебните заведения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация. С документиране на грижите ще се предостави възможност за регламентиране на отговорностите, пълномощията и дейностите, необходими за установяване на адекватен контрол, осигуряващ постигане на изискваното качество на грижите при пациентите с инфаркт на миокарда.

През последните години в системата на здравеопазването се разработиха медицински стандарти по съответната специалност, като някои от тях съдържат описание на дейностите на медицинските сестри, броя на персонала и някои отговорности. В някои от тях не се съдържа информация както за сестринските грижи, така и за броя медицински сестри. Потвърждение на това са и отговорите на анкетираните медицински сестри. От тях 54,6% „познават стандартите“ за добра практика, 34,1% отговарят, че „донякъде“ са информирани, и „не познават стандартите“ 11,3% от анкетираните (фиг. 4).



**Фиг. 4. Информираност на медицинските сестри относно стандартите за добра сестринска практика**

Според получените резултати значителен е дялът на медицинските сестри (45,5%), които имат само информация относно досието за здравни грижи, 32,9% посочват, че са обучавани за работа с досие, а 21,6% не са обучавани и нямат интерес по темата. Тези резултати доказват необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри от кардиологичните отделения, а впоследствие и от въвеждането на досието за сестрински грижи (фиг. 5).

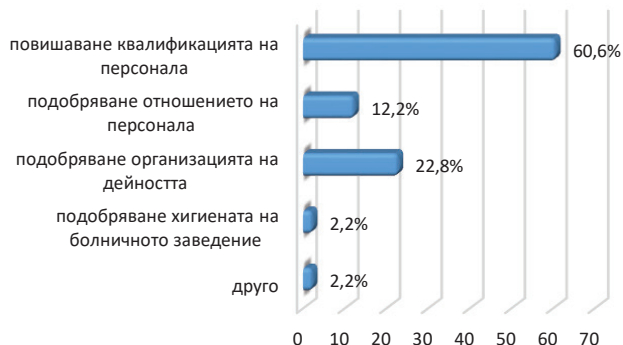


**Фиг. 5. Подготовка на медицинските сестри за работа с досие по здравни грижи**

Развитието на професията на медицинската сестра е свързано с развитието на основната ѝ дейност – здравната грижа, за удовлетворяване потребностите на пациентите и подобряване качеството на живот.

Затова потърсихме начините според анкетираните медицински сестри за подобряване качеството на здравните грижи при пациенти с инфаркт на миокарда. Повече от половината от анкетираните (60,6%) са посочили „повишаване на квалификацията на персонала“, за 22,8% с „подобряване организацията на работа“ ще се подобри и качеството на предоставените грижи. Еднакъв е броят на анкетираните – 2,2%, които посочват „подобряване на хигиената в болнично-то заведение и „друго“ като метод за качествени

здравни грижи. Само 12,2% от респондентите смятат, че “подобряване отношението на персонала” към пациентите ще повиши качеството на здравните грижи (фиг. 6).



Фиг. 6. Мнение на медицинските сестри за повишаване качеството на здравните грижи

За подобряване качеството на здравните грижи в лечебните заведения медицинските сестри се нуждаят не само от съответната подготовка, адекватна на потребностите на обществото, но и от промяна в тяхната професионална кариера. Основно средство за успешна професионална кариера е следдипломното обучение и специализация. Успешната професионална реализация и по-високият авторитет ще доведат до удовлетвореност, която ще мотивира медицинските сестри за бъдещи професионални успехи, за високо качество на полаганите грижи и за поемането на автономни задължения и отговорности при сестринските дейности за пациенти с инфаркт на миокарда.

Това засилва необходимостта от повишаване професионалната квалификация на медицинските сестри и качеството на здравните грижи, за удовлетворяване здравните потребности и подобряване качеството на живот на пациентите.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценката на качеството изисква сравняване на здравните услуги с предварително определени и възприети стандарти. Всяка оценка е насочена към установяване степента на постигане на целите на системата. Проведените значителни промени в законодателно и структурно отношение поставят нови изисквания пред медицинските сестри. Липсват съвременните аспекти на здравните грижи, компетенции на медицинските сестри и произтичащите от тях отговорности. Необходи-

мостта от иновации в областта на сестринските грижи никога не е била по-голяма.

За да отговорят адекватно на динамично променящите се здравни потребности на населението, медицинските сестри трябва да предоставят нов качествен вид здравни грижи в лечебните заведения. Необходимо е разширяване на сестринските функции, обучение на медицинските сестри в иновациите в професията, както и намирането на нови подходи за осигуряване на качествени здравни грижи при пациентите с инфаркт на миокарда.

---

Това изследване е подкрепено от Министерството на образованието и науката по Национална програма „Млади учени и постдокторанти – 2“.

---

## Библиография

1. Александрова М. Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. Под ред. на К. Юркова. Горекс Прес, 2001, 97-100.
2. Александрова М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. София, 2007.
3. Димова Р, Димитрова Д, Иванова Н. Място и роля на специалистите по здравни грижи в осигуряване на качеството на общата медицинска помощ. Здравни грижи, 2005, 3(1).
4. Добрилова П. Анализ на потребностите на пациентите с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014, 46(1), 10-15.
5. Добрилова П. Здравните грижи – основен фактор за повишаване качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дис., д.м., 2014.
6. Златанова Т, Великова Р. Първична извънболнична помощ – проблеми и перспективи. София, Дидакта консулт, 190.
7. Иванов Л. Подходи и методи за оценка на качеството на медицинското обслужване. ЦНИМЗ, 1986.
8. Кръстева Н. Сестрински процес – същност, функции, етапи. Социална медицина, 2001, (1), 34.
9. Смит Т. Инсулт и инфаркт. София, Книгоиздателска къща, 2004.
10. Чанева Г, Стамболова И. Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. София, Филвест, 2003, 94-100.
11. Чанева Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2008, 2(1), 61-64.
12. Черкезов Т. Ключови механизми за подобряване на качеството в здравеопазването. Медицински меридиани и здравна политика, 2013, 44(2), 48-60.

## ОБУЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ

М. Борисова

Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца, МУ – София

## EDUCATION OF PATIENTS WITH DIABETIC POLYNEUROPATHY

M. Borisova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Diabetes is one of the most serious health problems of our time. It is an ancient disease and as old as the human race, and it affects both the sufferers and their relatives. In the world, nearly 371 million people are diabetic, and by 2030 their number is expected to be 552 million. The aim of the present study was to determine the priorities in the education of patients with diabetic polyneuropathy. Research methods: An anonymous survey was conducted among 126 patients with a diagnosis of diabetic polyneuropathy, hospitalized in the Neurological Department. It can be said that the creation of the education system in relation to nutrition, hygiene, motor regimen and life system in patients with diabetic polyneuropathy is absolutely necessary to improve the quality of life.

**Key words:** diabetes, diabetic neuropathy, patients

**Адрес за кореспонденция:** Мариела Борисова, дм, e-mail: marielaborisova@abv.bg

**Address for correspondence:** Mariela Borisova, PhD, e-mail: marielaborisova@abv.bg

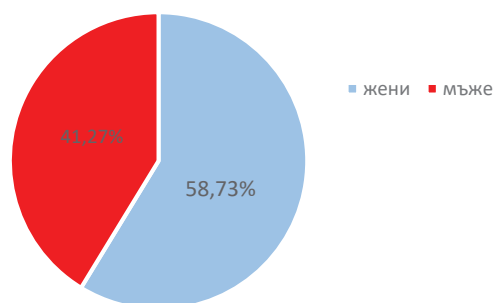
Захарният диабет е един от най-сериозните здравни проблеми на нашето време. Той е древно заболяване, толкова старо, колкото човешкият род, и представлява бреме както за болелите, така и за техните близки. Всеки един от нас има поне по един близък, страдащ от това заболяване. В света близо 371 милиона души са диабетици, като до 2030 година броят им се очаква да бъде 552 милиона. В България болните са близо 450 000. В повечето случаи поставянето на диагнозата диабет тип 2 става много късно, средно след 5 години, когато вече са налице съдовите усложнения от високата кръвна захар, а именно засягане на очите, бъбреците, нервната система, сърцето и др.

**Целта** на настоящото проучване е да се определят приоритетите при обучение на пациенти с диабетна полиневропатия.

## МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

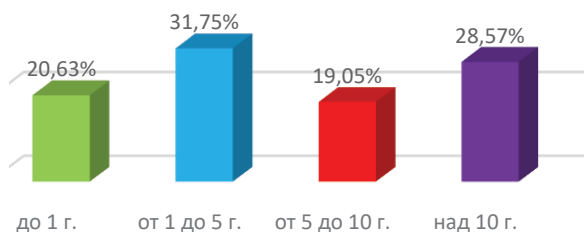
Проведена е анонимна анкета сред 126 пациенти с диагноза диабетна полиневропатия, хоспитализирани в Неврологично отделение на МБАЛ „Хр. Ботев“ и Неврологично отделение на Първа частна МБАЛ – Враца, в периода февруари-юни 2023 г.

## АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ



Фиг. 1. Разпределение по пол

Жените, потърсили помощ, са по-голям процент – 58,73%, спрямо мъжете – 41,27%.



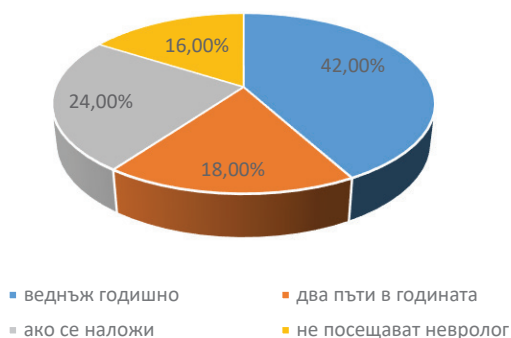
Фиг. 2. Давност на диабета

Резултатите показват, че най-голям процент от пациентите – 31,75%, са с давност на диабета от 1 до 5 години, 28,57% са с това заболяване над 10 години, 20,63% – до 1 г., и 19,05% – от 5 до 10 години.

Захарният диабет (наричан още захарна болест или само диабет) е хронично заболяване, което предизвиква увреждане на кръвоносните съдове и нервната система след по-продължително време.

Терапията включва контрол върху кръвната захар, профилактика на усложненията и лечение на настъпилите усложнения.

Диабетната полиневропатия е типично усложнение на диабета. То се изразява в увреждане на множество нерви, които контролират движението, сетивността и други телесни функции. Обикновено това са периферните нерви, които се разклоняват от гръбначния мозък към ръцете и дланите, краката и ходилата. Първите поразени нерви, които страдат най-често и сериозно, са най-дългите в тялото – простиращите се от гръбнака до стъпалата.

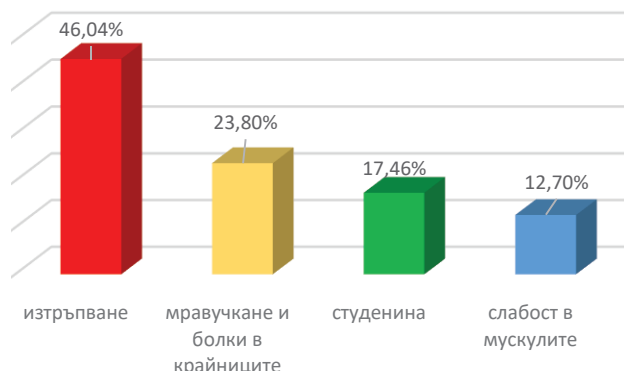


Фиг. 3. Посещение при невролог

С най-голям относителен дял са болните, които веднъж годишно посещават специалист невролог – 42%, което показва лична отговорност към превенция на усложненията от захарния диабет.

24% посещават невролог „само ако се наложи“, 18% – два пъти годишно, и 16% – не търсят помощта на невролог.

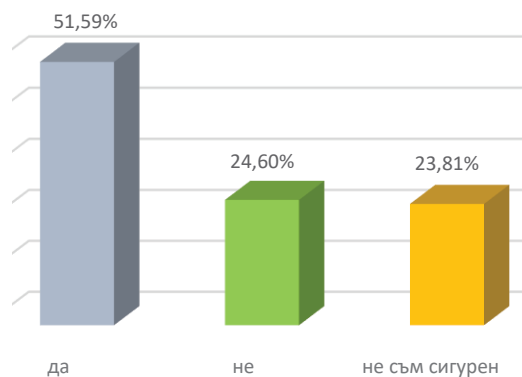
Понякога невропатията е един от първите или дори първият осезаем симптом на диабета и рискът от развитието ѝ се увеличава пропорционално на годините живот, прекарани със захарната болест. Установено е, че около половината от пациентите с диабет имат някакво увреждане на нервите.



Фиг. 4. Симптоми при диабетна невропатия

При диабетната невропатия на преден план са оплакванията от изтръпване – 46,04%, мравучкане в крайниците и болки – 23,80%, чувство на студенина – 17,46%, и постепенно засилваща се слабост на засегнатите мускули – 12,70%.

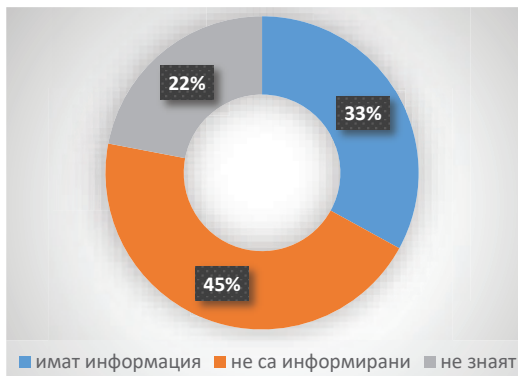
Често пъти диабетната полиневропатия може да бъде предотвратена или забавена чрез стриктен контрол на кръвната захар и здравословен начин на живот.



Фиг. 5. Информираност на пациентите

Чрез анкетата установихме, че по-голяма част от пациентите знаят, че трябва да контролират нивото на захарта, да спазват диета, да поддържат оптимално тегло и повече да се движат.

Човек не забелязва мазолите, раничките, напукванията, драскотините. Малките ранички често се превръщат в язва, а нелекуваните язви в гангрена. А гангрената означава ампутация. Тук голяма роля има медицинската сестра, която трябва да обучи пациента да оглежда непрекъснато краката си.



Фиг. 6. Двигателна активност

Резултатите от анкетата относно двигателната активност са обнадеждаващи, защото по-голяма част от пациентите са запознати, че може да изпълняват всякакви упражнения, които подобряват функциите на краката и ръцете. 33% от пациентите са информирани, че не трябва да ходят продължително и да бягат, 45% отговарят, че не знаят, и 22% не са сигурни какво да правят.

Своевременното откриване на тези състояния е изключително важно за предотвратяване или забавяне развитието на захарния диабет.

## Изводи

Необходими са обучение на по-високо ниво с цел оптимална грижа за здравето по отношение на диабетната полиневропатия, двигателна

активност, редовна проверка на кръвната захар. Отговорно отношение при профилактика.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Създаването на система за обучение във връзка с храненето, хигиената, двигателния режим и начина на живот при пациенти с диабетна полиневропатия е абсолютно необходимо за подобряване на качеството на живот.

Медицинските специалисти трябва да се стремят да направят живота на пациентите с диабетна полиневропатия колкото се може по-свободен. Да им вдъхнат увереност в собствените сили, за да може да посрещнат предизвикателствата на болестта и да ги преодолеят.

За постигане на добър контрол на диабетната полиневропатия пациентите имат нужда от разбирането и подкрепата не само на медицинските специалисти, но и на своите семейства, приятели и на цялото общество.

## Библиография

1. Петкова М, Раянова Г, Русев Т. Ръководство по ендокринология. 2010.
2. Старкова НТ. Клиническая эндокринология. Руководство. Санкт-Петербург, Питер, 2002, 576.
3. Уоткинс ПДж. Сахарный диабет = ABC of Diabetes. Москва, Бином, 2006, 134.
4. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care, 2017;40(Suppl 1):S11-24.
5. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. Diabetes Res Clin Pract, 2018;138:271-81.

## ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРИ ДИГИТАЛИЗАЦИЯТА НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛНОСТИ

Л. Маринов

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

## CHALLENGES IN THE DIGITALIZATION OF THE LEARNING PROCESS IN THE TRAINING OF MEDICAL STUDENTS

L. Marinov

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** This article attempts to briefly analyze the nature of digitalization in education and specifically in higher education. The paper examines the possibilities of digitalization of the educational process in higher education institutions, focusing on its concrete application in the education of medical students. Factors influencing the construction of the digital educational process are considered. Positive and negative aspects in the digitalization of the educational process are analyzed starting from the specifics in the training of medical students. Searching for and finding the right solutions in this direction requires not only specific skills and competences, but also enough accumulated experience, information and knowledge in this direction.

**Key words:** digitalization, higher education, learning process, medicine

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, дм, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov, PhD, e-mail: lyubo60@abv.bg

---

---

Дигитализацията на образованието е процес на интегриране на информационни и комуникационни технологии (ИКТ) в учебния процес и образователната среда. Дигитализацията на образователния процес е взаимна трансформация на образователния процес, формиран под въздействието на съвременните условия и съвременните технически средства, които се въвеждат в образованието. Целта на тази трансформация е да се използват възможностите на дигиталните технологии с максимална ефективност. Това включва употребата на компютри, интернет, софтуери, електронни учебни материали и други технологични решения с цел подобряване на образователния процес и оптимизиране на учебните резултати.

Дигиталните технологии позволяват на учащите се и на преподавателите да получават лесен и

бърз достъп до голямо количество информация и образователни ресурси в интернет. Това дава възможност за разнообразие и актуалност в учебния материал. От друга страна, дигиталните платформи и софтуер създават условия за персонализиране на обучението и адаптиране на учебните материали и методи към индивидуалните нужди и темпове на всички участници в учебния процес, а интерактивните учебни материали и приложения могат да увеличат ангажираността им. Дигиталните технологии позволяват на учащите се и на преподавателите да учат и да преподават от разстояние, което разширява възможностите за образование и предоставя достъп до образование на хора със затруднен достъп до учебните институции.

Дигиталните инструменти могат да подпомогнат процеса на оценка и предоставяне на обратна

връзка, също така и да оптимизират управление-то на учебния процес.

Съчетаването на тези аспекти на дигитализацията може да подобри качеството на образованието, да увеличи достъпа до него и да подкрепи постигането на образователни цели. Важно е обаче да се отделя внимание на сигурността на данните, на равенството в достъпа и на интегрирането на технологиите в образователния процес, за да се постигнат най-добрите резултати от дигитализацията на образованието.

Процесът на дигитализацията във висшето образование може да включва множество аспекти: електронни учебни материали, учебни платформи, виртуални класни стаи, масови отворени онлайн курсове, адаптивно обучение, мобилни приложения, изследователски проекти и иновации и др.

Дигитализирането на преподаването при студенти по медицина е значителен напредък в образованието и може да подобри процеса на обучение и обучителната среда. Ето някои от възможностите за дигитализиране на преподаването при студенти по медицина:

– *Електронни учебни материали:* Създаването на електронни учебници, лекции и ресурси позволява лесен достъп до информация за студентите. Този материал може да бъде актуализиран и коригиран по-лесно.

– *Уеббазирани учебни платформи:* Учебни платформи и системи за управление на обучението (LMS) могат да се използват за качване на материали, задачи, тестове и дискусии. Те също така позволяват виртуални учебни сесии и комуникация между студенти и преподаватели.

– *Виртуални симулации и сценарии:* Използването на виртуални симулации и сценарии позволява на студентите да практикуват своите умения и да изучават клинични случаи в сигурна и контролирана среда, преди да ги приложат при живи пациенти.

– *Телемедицина и дистанционно консултиране:* С помощта на телемедицински технологии студентите могат да наблюдават реални случаи и да се консултират с лекари и пациенти на разстояние, което ги подготвя за бъдещата практика.

– *Медицински симулационни лаборатории:* Използването на високотехнологични симулационни лаборатории позволява на студентите да

тренират процедури и манипулации, преди да ги прилагат при пациенти.

– *Мобилни приложения и онлайн ресурси:* Мобилните приложения и онлайн ресурси предоставят на студентите удобен начин за изучаване на информация и за упражнения дори извън университетската среда.

– *Използване на данни и анализ:* Дигиталните данни могат да бъдат използвани за анализ на успеваемостта на студентите и за подобрене на образователните програми.

– *Аугментирана и виртуална реалност:* Технологии като аугментирана реалност и виртуална реалност могат да предоставят иновативни начини за обучение и разбиране на анатомията, биологията и други медицински концепции.

– *Системи за следене и оценка на студентите:* Дигиталните инструменти могат да бъдат използвани за оценка на учебния напредък на студентите и за предоставяне на обратна връзка.

– *Обучение чрез видеоконференции и вебинари:* Виртуалните класни стаи могат да обогатят комуникацията между студентите и преподавателите, особено при дистанционното обучение.

Дигитализирането на образованието в медицинската област може да подобри качеството на обучението и да подготви студентите по-добре за бъдещата им професионална практика. Важно е обаче да се осигури сигурност на данните и да се гарантира, че обучението остава висококачествено и релевантно.

Дигитализацията на учебния процес във висшето образование и по-специално при обучението по медицински специалности има своите плюсове и минуси. Тези аспекти варират в зависимост от конкретните технологии и начините, по които се въвеждат в образователните практики. Като положителни могат да се посочат:

– *Достъп до информация:* Студентите могат лесно да получават достъп до голям обем от актуална медицинска информация онлайн, което може да ги подготви по-ефективно за учебния процес.

– *Интерактивност на учебната среда:* Дигиталните платформи предоставят възможности за интерактивно обучение чрез визуализации, симулации и други образователни ресурси, които улесняват усвояването на материала и подпомагат разбирането на сложни концепции.

– *Електронни учебни материали:* Електронните учебници и материали предоставят удобен начин за достъп до учебни съдържания, които могат бързо да се актуализират и приспособят към последните медицински научни открития.

– *Онлайн обучение:* Дигиталните платформи предоставят възможност за реализирането на онлайн учебни програми, както и за провеждането на виртуални лекции, особено подходящи при специализирани курсове или гост-лектори.

– *Сътрудничество и комуникация:* Дигиталните платформи могат да облекчат сътрудничеството и комуникацията между студентите, а също така и между студенти и преподаватели, като предоставят възможност за по-лесно споделяне и обсъждане на информация, казуси и проекти.

– *Персонализирано обучение:* Някои дигитални платформи използват алгоритми, които адаптират учебния материал според индивидуалните нужди на студентите, което може да подобри учебния процес.

– *По-ефективно управление на учебния процес:* Дигиталните системи могат да помогнат за по-добро управление на учебния процес и администрирането му, в това число студентско положение, оценки и прогрес.

Дигитализацията във висшето образование може да подобри достъпа до образование, да увеличи ефективността на учебния процес и да предостави нови възможности за учене и развитие. В този процес обаче могат да се посочат и някои негативни аспекти и предизвикателства.

– *Липса на интеракция:* Виртуалното обучение може да доведе до липса на лична интеракция между студентите и преподавателите, което е особено важно в медицинското образование, където практическото обучение и комуникацията с пациенти са от съществено значение.

– *Ниво на дигитална компетентност:* Не всички студенти притежават необходимата дигитална компетентност и технологична грамотност, което може да създаде неравенства в достъпа до образователните възможности.

– *Невъзможност за практическо обучение:* Някои аспекти на медицинското образование изискват практическо обучение и работа в реална клинична среда, което може да бъде трудно за изпълнение във виртуална среда. Въпреки че си-

мулациите и виртуалните уроци са полезни, реалният практически опит е от съществено значение в медицинското образование.

– *Зависимост от технологията:* Технически проблеми като лоша интернет връзка или съпътстващи проблеми с хардуера могат да създадат прекъсвания в обучението.

– *Проблеми със защитата на данните:* Използването на дигитални платформи може да повдигне въпроси относно сигурността и защитата на личните данни на студентите.

– *Липса на мотивация:* Някои студенти могат да загубят мотивацията си поради отдалеченото обучение или заради недостатъчно интересни или ангажиращи дигитални материали.

Всички тези аспекти подчертават важността на баланса между традиционните методи на обучение и интеграцията на дигиталните технологии в медицинското образование.

В заключение, дигитализирането на преподаването при студенти по медицина може да бъде ценен инструмент, но трябва да се вземат предвид и да се решават внимателно предизвикателствата и рисковете, свързани с него, за да се осигури най-доброто обучение и подготовка на бъдещите медицински специалисти.

Важно е да се подчертае, че успешната интеграция на дигиталните технологии в медицинското образование изисква балансиране между технологичните инструменти и традиционните методи на обучение.

Дигитализацията във висшето образование може да подобри достъпа до образование, да увеличи ефективността на учебния процес и да предостави нови възможности за учене и развитие. Този процес обаче може да постави и различни предизвикателства, като сигурност на данните, необходимост от обучение на преподаватели и студенти и др. При правилно балансиране и интегриране, дигитализацията може да подобри медицинското обучение, но е важно да се внимава за да не се пренебрегнат традиционните методи и важните аспекти при обучението по медицина.

---

---

Това изследване е подкрепено от МОН по Национална програма „Млади учени и постдокторанти – 2“.

---

---

**Библиография**

1. Върбанова Т, Вуцова А, Нетов Н. Дигитализация на образованието в България: състояние и общи тенденции. *Strategies for Policy in Science & Education/Strategii na Obrazovatelnata i Nauchnata Politika*, 2022, 30.6.
2. Георгиева А. Дигитална трансформация в образованието – дигитализиране на научното познание и отделен достъп до образователни ресурси. *Knowledge: Int J*, 2022, 50.1.
3. Димитрова В. Aspects of the digital transformation of higher education. 110 години традиция, качество, прес-тиж, 2022, 12: 235.
4. МОН. Компетентности и образование. <https://web.mon.bg/bg/100770>
5. Николова В. Придобиване на дигитална компетентност като начин за намаляване на структурната безработица и успешна реализация на пазара на труда. *Проблеми на постмодернизма*, 2014, 4(3), 194-199. <https://pmpjournal.org/index.php/pmp/article/view/94>
6. Панчева С. Насоки за развитие на висшето образование в Република България. *Knowledge: Int J*, 2023, 57.2.
7. Akour M, Alenezi M. Higher education future in the era of digital transformation. *Educat Sci*, 2022, 12.11: 784.
8. Alenezi M. Digital learning and digital institution in higher education. *Educat Sci*, 2023, 13.1: 88.
9. Bygstad B et al. From dual digitalization to digital learning space: Exploring the digital transformation of higher education. *Computers Education*, 2022, 182: 104463.
10. Carretero S, Vuorikari R, Punie Y. *DigComp 2.1: The digital competence framework for citizens*. 2017.
11. Dhar P et al. Augmented reality in medical education: students' experiences and learning outcomes. *Med Educat online*, 2021, 26.1: 1953953.
12. Pryakhina AV et al. Information and communication technologies in the educational process within the digitalization. *Eur Proceed Social Behavioural Sci*, 2020, 98.

## ПРОУЧВАНЕ НИВОТО НА ДИГИТАЛНА КОМПЕТЕНТНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ ФИЛИАЛ „ПРОФ. Д-Р ИВАН МИТЕВ“ – ВРАЦА, МУ – СОФИЯ

Л. Маринов

Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

## STUDY OF THE LEVEL OF DIGITAL COMPETENCE OF STUDENTS FROM PROF. DR. IVAN MITEV AFFILIATE – VRATSA, MEDICAL UNIVERSITY – SOFIA

L. Marinov

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” –Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Digital competence is defined by the European institutions as one of the key competences for lifelong learning. The digital society, dealing with new mechanisms and tools, gives rise to the need for innovative models of action. Digitalization in the health sector is a process affecting all aspects of population health, including, but not limited to, diagnosis and treatment and follow-up. This puts the good digital competence of the medical professions on the agenda. Without a doubt, it will play a key role in the practice of the physician assistant profession. Objective: To study the level of digital competence of the students from Prof. Dr. Ivan Mitev Affiliate – Vratsa, Medical University of Sofia. Materials and Methods: The study was conducted in the period May–June 2023. Documentary and sociological methods were used in the research process. A questionnaire was developed to survey the opinion of the respondents. Mathematical-statistical methods and graphical analysis were used to process the results. Conclusions: The results of the current study indicate a level of competence above basic proficiency in most areas of digital competence. At the same time, skill deficits are identified in some areas, which need to be overcome in the training process. Good digital competence plays a key role in modern medical practice and is essential for the professional development and successful realization of medical professionals.

**Key words:** digital competence, professional realization, digitalization, digital healthcare

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, дм, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov, PhD, e-mail: lyubo60@abv.bg

---

---

Дигиталната компетентност е призната като ключова от Европейската комисия. Тя се определя като умение и способност да се използват информационни и комуникационни технологии за работа, учене и общуване и включва умения за използване на информационни технологии, разбиране на цифрова информация, умения за комуникация в онлайн среда, критично мислене при използване на интернет и социалните мрежи,

както и способност за решаване на проблеми в цифрова среда.

Европейската рамка за дигитална компетентност (DigComp) е инструмент, който определя ключовите елементи на дигиталната компетентност и предоставя обща рамка за оценка на тези умения. DigComp се използва за насърчаване на дигиталната компетентност в образованието и обучението през целия живот, както и в работната среда.

Съвременното общество е дигитално общество и се характеризира с бързото и непрестанно развитие на информационно-комуникационните технологии и с все по-широкия достъп до интернет, което неизбежно води до промени във всички аспекти на човешкия живот – икономика, образование, здравни услуги, екология, култура и изкуство, практики на всекидневно ниво. Дигиталното общество, боравещо с нови механизми и инструменти, поражда нуждата от иновативни модели на действие.

В проекта за Национална здравна стратегия 2030 електронното здравеопазване е в основата на изпълнението на стратегическите ѝ цели и приоритети. Иновативните решения в областта на електронното здравеопазване могат да подпомагат профилактиката и превенцията на болестите и насърчаването на здравословен начин на живот, да водят до подобрения в качеството на живот на гражданите и да дадат възможност за по-ефективни начини за организиране и предоставяне на здравни услуги и грижи.

Дигиталната компетентност става все по-важна във всички сфери на обществото, включително и в медицинската област. Технологичните иновации променят начина, по който се предоставят и управляват здравни грижи, като същевременно подобряват точността на диагностиката, лечението и мониторинга на пациентите. За медицинските специалисти е важно да развият дигитални умения и компетентности, за да бъдат успешни в съвременната здравна система. Обучението им трябва да отразява тези аспекти на дигиталната

компетентност, за да им позволи успешно да се адаптират към бързите промени в областта на здравеопазването и технологиите.

## Цел

Да се проучи нивото на дигитална компетентност на студентите от Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца, Медицински университет – София.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено в периода март–юни 2023 г. Всички изследвани лица са подбрани на доброволен принцип.

В процеса на изследването са приложени документален и социологически методи. За обработка на резултатите са използвани математико-статистически методи и графичен анализ. За проучване мнението на респондентите е разработена анкетна карта, базирана на матрицата за самооценка за дигиталната компетентност на Европейската рамка за дигитална компетентност DigiComp 2.1. Тя е разработена от Съвместния изследователски център към Европейската комисия, която цели да идентифицира и утвърди ключовите компоненти на дигиталната компетентност на европейско ниво. В рамката са включени 5 основни области, като всяка една съдържа в себе си по няколко конкретни компетентности (табл. 1).

За всяка област са формулирани твърдения, оформени в три групи, съответстващи на нивото на дигитална компетентност. Респондентите

Таблица 1. Компоненти на дигиталната компетентност

Област	Умения
1. Информация и данни	1.1. Преглеждане, търсене и филтриране на информация 1.2. Оценяване на информация 1.3. Съхраняване и извличане на информация
2. Комуникация и сътрудничество	2.1. Взаимодействие чрез технологии 2.2. Споделяне на информация и съдържание 2.3. Участие в онлайн гражданско общество 2.4. Сътрудничество чрез дигитални канали 2.5. Етични правила 2.6. Управление на дигиталната идентичност
3. Създаване на съдържание	3.1. Разработване на съдържание 3.2. Авторски права и лицензи 3.3. Интегриране и преработване на информация 3.4. Изготвяне на мултимедийни и творчески продукти. Програмиране
4. Безопасност	4.1. Защита на устройствата 4.2. Защита на данните и дигиталната идентичност 4.3. Защита на здравето 4.4. Защита на околната среда
5. Решаване на проблеми	5.1. Решаване на технически проблеми 5.2. Решаване на практически и теоретични проблеми чрез технологии 5.3. Предлагане на технологични решения на даден проблем 5.4. Определяне на потребността от надграждане на дигиталната компетентност

трябва да определят коя група твърдения описва най-добре техните умения.

Анкетирани са 246 студенти. Разпределение-то на изследваните студенти по специалност, пол и курс на обучение е показано на табл. 2.

## Резултати и обсъждане

### Област *Информация и данни*

Търсените умения при студентите са свързани с боравенето с информация и данни, а именно: да могат да формулират нуждите от информация, да намират и извличат цифрови данни, информация и съдържание. Да преценяват значимостта на източника и неговото съдържание. Да съхраняват, управляват и организират цифрови данни, информация и съдържание. Резултатите от анкетиранията са илюстрирани на фиг. 1.

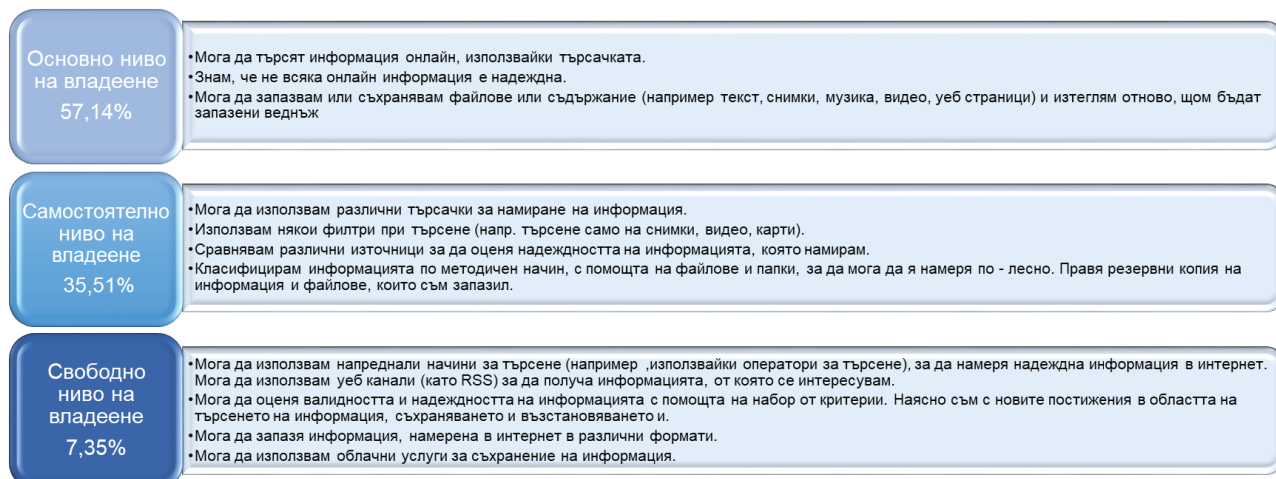
От отговорите на респондентите е видно, че повече от половината, 57,14%, не използват различни канали за откриване на информация, 35,51% ползват повече от една търсачка, а само 7,35% използват специализирани търсачки. 35,51% могат да направят резервни копия на откритата информация, но само 7,35% използват облачни услуги за тази цел. 42,86% от участниците в проучването се справят с отсяването на вярна и невярна информация в интернет, но едва 7,35% могат да оценят валидността и надеждността на информацията с помощта на набор от критерии.

### Област *Комуникация и сътрудничество*

В тази област се изискват умения, посредством които студентите да могат да взаимодействат, да комуникират и да сътрудничат чрез цифрови технологии, като същевременно имат предвид

Таблица 2. Разпределение на изследваните студенти

	мъже	жени	общо
Медицински сестри I курс	4	30	34
Медицински сестри II курс	2	34	36
Медицински сестри III курс	1	28	29
Медицински сестри IV курс	2	32	34
Акушерки I курс	-	8	8
Акушерки II курс	-	4	4
Акушерки III курс	-	7	7
Акушерки IV курс	-	6	6
Лекарски асистенти I курс	11	10	21
Лекарски асистенти II курс	4	16	20
Лекарски асистенти III курс	8	15	23
Лекарски асистенти IV курс	8	16	24
<b>общо</b>	<b>40</b>	<b>206</b>	<b>246</b>



Фиг. 1. Информация и данни

културното и поколенческото разнообразие. Да могат да участват в обществения живот, като използват публични и частни цифрови услуги. Да управляват собствената си цифрова идентичност и репутация.

Самооценката в тази област е значително по-висока от предходната. Висока е самооценката при комуникация чрез имейли, мобилен телефон и социални мрежи.

Всички респонденти ползват приложения за онлайн съобщения. От фиг. 2 е видно, че само 39,19% използват единствено мобилен телефон при осъществяването на комуникации, а по-голямата част ползват няколко средства за тази цел. Може да се предположи, че голяма част от използваните приложения за съобщения са толкова широко разпространени, тъй като се ползват предимно на мобилен телефон. По-голямата част (60,81%) предават или споделят знания с други онлайн потребители посредством инструментите на социални мрежи или онлайн общностите. Повече от половината (53,06%) могат да използват

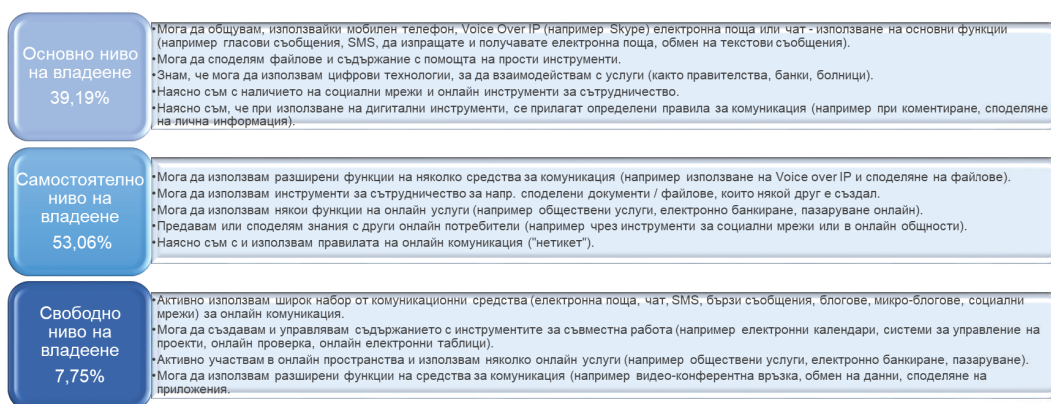
някои функции на онлайн услуги, но само 7,75% се възползват напълно от тази възможност.

В областта на етичното поведение в интернет и „нетикета“ всички участници в проучването са наясно, че при използване на дигитални инструменти се прилагат определени правила за комуникация, но 60,81% познават етичните практики в онлайн среда.

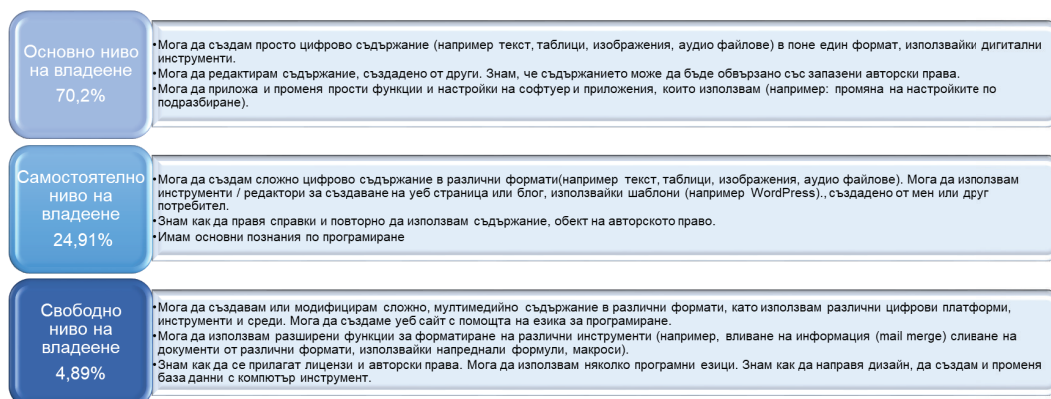
### Област Създаване на съдържание

Уменията в тази област са насочени най-вече към създаването на дигитално съдържание като: да могат да създават и редактират цифрово съдържание, да подобряват и интегрират информацията и съдържанието в съществуващи системи за управление на знания, като същевременно разбират как се прилагат авторските права и лицензи. Да знаят как се дават разбираеми инструкции на компютърна система.

Самооценката в тази област е с едно от най-ниските нива. Всички респонденти заявяват, че могат да създават просто цифрово съдържание,



Фиг. 2. Комуникация и сътрудничество



Фиг. 3. Създаване на съдържание

като текст или таблица, в поне един формат, използвайки дигитални инструменти, но само 24,91% могат да създават по-сложно цифрово съдържание, използвайки различни формати. Едва 4,89% могат да създават или модифицират сложно мултимедийно съдържание чрез използване на различни цифрови инструменти и среди. 29,8% могат да направят основно форматиране, като въвеждане на бележки под линия, графики, таблици и др., на съдържание, съставено от тях или от други, а едва 4,89% използват разширени функции за форматиране на различни инструменти (например вливане на информация (mail merge), сливане на документи от различни формати, използвайки напреднали формули, макроси).

Относително нисък е делът на проучените, които имат умение за самостоятелно и свободно ниво на владение в областта на авторското право, познаване на нелегалното съдържание в интернет и използването на лицензи. Само 29,8% знаят как да правят справки и повторно да използват съдържание, обект на авторското право, а едва 4,89% знаят как се прилагат лицензите и авторските права.

Очаквано най-ниски са уменията в програмирането и създаването на уебстраници. 24,91% могат да използват инструменти/редактори за създаване на уебстраница или блог, използвайки шаблони, и едва 4,89% от анкетираните са заявили, че имат познания в областта на програмирането на самостоятелно ниво.

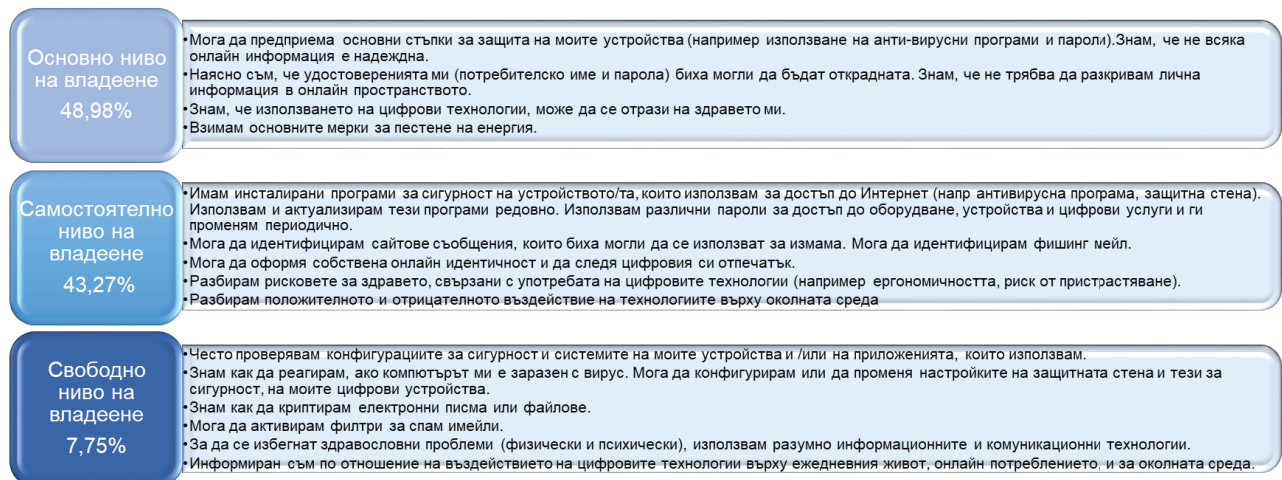
### Област Безопасност

Уменията, които се търсят тук, са: да могат да защитават цифровите устройства, съдържанието, личните данни и поверителността в дигитална среда. Да знаят как да защитават физическото и психичното здраве и да познават възможностите на цифровите технологии за повишаване на социалното благополучие и социалното включване. Да осъзнават въздействието на цифровите технологии върху околната среда.

Всички респонденти са запознати с рисковете за техните дигитални устройства, но почти половината, 48,98%, не актуализират паролите на устройствата си периодично, 43,27% имат инсталирани програми за сигурност на устройствата, които използват при сърфиране в интернет, като антивирусна програма или защитна стена. Освен това използват различни пароли за достъп до оборудване, устройства и цифрови услуги, като ги променят периодично. Едва 7,75% знаят как да реагират, ако компютърът е заразен с вирус.

Всички анкетираните са наясно, че удостоверенията им, като потребителско име и пароли, както и личните им данни могат да бъдат обект на посегателство, и 53,4% от тях предприемат сериозни мерки в тази насока. 43,27% могат да идентифицират фишинг мейли, а 7,75% могат да активират и филтри за спам и да криптират електронни писма и файлове.

Относно рисковете, които създава дигиталната среда за здравето и околната среда, всички ан-



Фиг. 4. Безопасност

кетираны заявяват, че са запознати с тези рискове, като повече от половината предприемат мерки в тази насока, като ергономичност и разумно използване на дигиталните устройства като време.

### Област *Решаване на проблеми*

Уменията, които са необходими в тази област, са: да могат да идентифицират потребности и проблеми и да решават концептуални проблеми в цифрова среда. Да могат да използват дигитални средства за създаване на иновативни процеси и продукти. Да поддържат актуални знания за дигиталната еволюция.

От резултатите е видно, че над половината от респондентите, 62,04%, изпитват затруднения относно намирането на алтернативен начин за справяне с даден технологичен проблем или търсенето на отговор в интернет пространството. 31,25% могат да разрешат повечето често срещани проблеми, които възникват при използване на цифрови технологии, и едва 5,71% безпроблемно се справят с всеки възникнал проблем.

Всички анкетираны осъзнават, че трябва да актуализират своите цифрови умения. Само 36,96% обаче са наясно с възможностите си и се опитват да подобряват познанията си, като редовно се стремят да актуализират своите цифрови умения, а 5,71% го правят редовно и систематично.

## Изводи и заключение

Анализът на получените резултати води до следните изводи:

1. Повече от половината от респондентите (57,14%) не използват различни канали за откриване на информация, но почти същият процент се справят с отсяването на вярна от невярна информация в интернет.

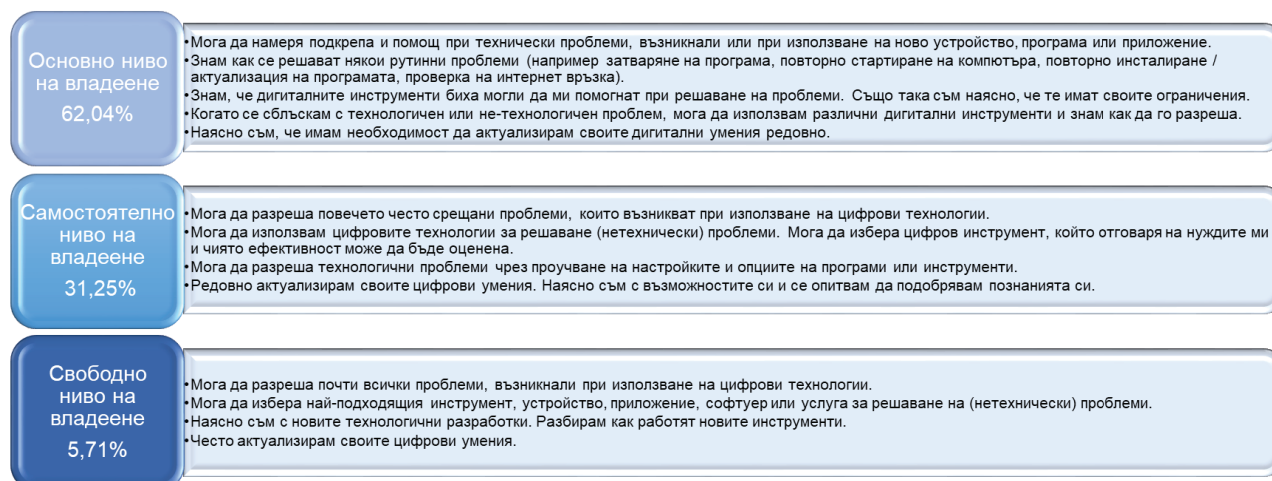
2. Висока е самооценката при комуникация чрез имейли, мобилен телефон и социални мрежи. Всички респонденти ползват приложения за онлайн съобщения, като само една трета използват само мобилен телефон при осъществяването на комуникации, а по-голямата част ползват няколко средства за тази цел.

3. Почти две трети (60,81%) предават или споделят знания с други онлайн потребители посредством инструментите на социални мрежи или онлайн общностите.

4. Самооценката в област *Създаване на съдържание* е с едно от най-ниските нива. Всички респонденти заявяват, че могат да създават просто цифрово съдържание, като текст или таблица, в поне един формат, използвайки дигитални инструменти, но само една трета могат да създават по-сложно цифрово съдържание, използвайки различни формати.

5. Всички респонденти са запознати с рисковете за техните дигитални устройства. Почти половината (43,27%) имат инсталирани програми за сигурност на устройствата, които използват при сърфиране в интернет, като антивирусна програма или защитна стена, но почти същият дял (48,98%) не актуализират паролите на устройствата си периодично.

6. Над половината от респондентите (62,04%) изпитват затруднения относно намирането на алтернативен начин за справяне с даден технологичен проблем или търсенето на отговор в интернет пространството.



Фиг. 5. Решаване на проблеми

7. Всички анкетирани осъзнават, че трябва да актуализират своите цифрови умения, но едва една трета от тях (36,96%) са наясно с възможностите си и се опитват да подобряват познанията си, като редовно се стремят да актуализират своите цифрови умения.

Дигиталната компетентност е една от осемте ключови компетенции за учене през целия живот, която поради своята универсалност позволява да се придобият други ключови умения и осигурява активно участие в обществото и икономиката. Професионалистите по здравни грижи, като важна част от здравната система, не правят изключение. Добрата дигитална компетентност играе ключова роля в съвременната медицинска практика и е от съществено значение за професионалното развитие и успешното реализиране на медицинските специалисти. Във времето, когато технологиите продължават да се развиват и променят начина, по който работим и оказваме грижи, медицинските професионалисти трябва да притежават необходимите умения и знания за ефективно използване на цифровите инструменти и технологии.

Резултатите от настоящото проучване показват ниво на компетентност над основното владение в повечето области на дигиталната компетентност. В същото време в някои области се установяват дефицити на умения, които в процеса на обучение е необходимо да бъдат преодолені.

---

Това изследване е подкрепено от МОН по Национална програма „Млади учени и постдокторанти – 2“.

---

#### Библиография

1. Георгиева И, Рангелова Ж, Мерджанов И. Дигитална компетентност на университетските преподаватели при работа с електронни платформи. Здравна икономика и мениджмънт, 2021, 21(2) (78).
2. МОН. Компетентности и образование. <https://web.mon.bg/bg/100770>
3. Национална здравна стратегия 2021-2030. [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2022/07/26/proekt\\_nzs\\_2030\\_.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/07/26/proekt_nzs_2030_.pdf)
4. Рашева-Йорданова К. Еволюция на дигиталната компетентност. 2013. [https://www.researchgate.net/publication/299484806\\_evolutia\\_na\\_digitalnata\\_kompetentnost](https://www.researchgate.net/publication/299484806_evolutia_na_digitalnata_kompetentnost).
5. Шопова Т. Развитие на дигиталната компетентност у студентите. NotaBene, 2014, (26).
6. Чавдарова-Костова С. Наръчник за прилагане на компетентностния подход в обучението на бъдещи учители. МОН, 2022.
7. Carretero Gomez S, Vuorikari R, Punie Y. DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens with eight proficiency levels and examples of use. EUR 28558 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2017.
8. Carretero Gomez S, Vuorikari R, Punie Y. DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens. Publications Office of the European Union, 2017. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC106281>
9. Vuorikari R, Kluzer S, Punie Y. DigComp 2.2: The Digital Competence Framework for Citizens - With new examples of knowledge, skills and attitudes, EUR 31006 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2022. doi:10.2760/115376, JRC128415.

## ДЕЦА С ДИАБЕТ НА УЧИЛИЩЕ – КАКВО ТРЯБВА ДА ЗНАЕ УЧИЛИЩНИЯТ ПЕРСОНАЛ

К. Цекова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

### CHILDREN WITH DIABETES AT SCHOOL – WHAT DOES THE SCHOOL STAFF NEED TO KNOW?

К. Tsekova

Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** In Bulgaria, the number of children with diabetes mellitus is about 2000. After the age of 18, children with diabetes move to the adult group. In recent years, the age, at which diabetes is triggered, has been falling more and more. There are also babies with diabetes, which is very worrying. Therefore, it is very likely that at some point a child with such a disease will be observed/trained. Therefore, minimal knowledge of diabetes mellitus is needed to cope in a given situation. The fear of diabetes is most often caused by not knowing it, and its „domestication“ is sometimes a difficult task. Diabetes mellitus „lasts“ 24 hours a day and joint efforts are needed on the part of people who communicate with patients with diabetes – the patient families, medical team and school staff, as a very important part of the child’s environment. This causes the need for the school staff – teachers, educators and, of course, medical professionals – to be aware of the nature of the disease and the principles of its treatment.

**Key words:** children, diabetes mellitus, insulin, school staff, treatment

**Адрес за кореспонденция:** Камелия Цветанова Цекова, e-mail: kamelia1970@abv.bg

**Address for correspondence:** Kamelia Tsvetanova Tsekova, e-mail: kamelia1970@abv.bg

Захарният диабет е най-честото ендокринно-обменно заболяване във всички възрастови периоди. Честотата на заболяването е различна, по-голяма е в северните, а по-малка в южните райони на света. У нас честотата е 7-9 на 100 000 детско население, като нараства с възрастта и достига своя връх през пубертета. Засягат се двата пола почти еднакво.

Причината за заболяването е деструкция на В-клетките в лангерхансовите островчета на панкреаса, които нормално продуцират хормона инсулин, контролиращ използването на глюкоза като енергиен източник и превръщането ѝ в гликоген. Тяхното разрушаване е резултат от генетично обусловено предразположение в съчетание с някои външни фактори, най-важни от които са вирусните инфекции (коксаки вируси, грип, вари-

цела, паротит, морбили и други). Значение имат ранното въвеждане на кравето мляко след раждането (до 3 месец), нитратите в хранителните продукти и други. Напоследък обаче все повече деца се диагностицират с това заболяване в резултат на наднормено тегло – някои даже на 7-годишна възраст.

Инсулинът е жизненоважен за организма. Без достатъчно количество инсулин в организма се наблюдава парадоксът клетките да плуват в глюкоза, но тъй като не могат да я поемат – гладуват. Това обяснява появата на симптомите на нелекувания диабет – умора и отслабване въпреки повишения прием на храна поради силния глад. Циркулирайки в целия организъм, глюкозата от кръвта достига до бъбреците, откъдето се отделя в повишени количества, разтворена в голям обем урина – ето защо

при нелекувания диабет пациентите имат често и обилно уриниране и изпитват силна жажда в резултат на обезводняването на организма. Повишеното отделяне на урина продължава и през нощта (може да се появи и нощно напикаване, нетипично за детето дотогава), което нарушава съня му и засилва умората през деня. От друга страна, сладката урина е добра хранителна среда за микроорганизми, поради което се наблюдават възпалителни промени по кожата около половите органи и по лигавицата на самите полови органи. Появява се сърбеж в тази област. Тоест налице е класическата триада – полиурия, полидипсия и загуба на телесна маса. Ако тези признаци не се разпознаят своевременно и не се започне лечение, състоянието на пациентите постепенно се влошава, настъпва „катастрофа“ в обмяната на организма, която се изяснява с т.нар. диабетна кетоацидоза. Пациентите са сънливи, като постепенно могат за изпаднат в кома (безсъзнание), силно отпаднали са, дишат учестено и дълбоко, дъхът им мирише на ацетон, повръщат, оплакват се от болки в корема. Хората от училищния персонал могат първи да забележат признаците на диабет при едно дете и да обърнат внимание на родителите, за да се проведат спешни изследвания.

При откриване на заболяването лечението е винаги болнично. Прилагат се инсулинотерапия, диетотерапия и подходящ режим на физическа активност.

Въз основа на няколко критерия захарният диабет се класифицира в следните форми:

– Инсулинозависим захарен диабет тип 1 – дължи се на абсолютен инсулинов дефицит, когато се разрушат 90% от В-клетките на панкреаса. Има аутоимунна генеза и началото му е в детска възраст;

– Инсулинозависим захарен диабет тип 2 – при него няма дефицит на инсулин и рядко засяга деца;

– Вторичен диабет – като изява на друго основно заболяване.

Основната цел на лечението на диабета е да се постигнат нива на кръвната захар, кръвното налягане и холестерола, възможно най-близки до нормалните. Това заедно със здравословния начин на живот ще подобри общото здравно състояние на пациента и ще предотврати късните усложнения на диабета, в чиято основа стои ранното настъпване на атеросклероза на кръвоносните съдове в целия организъм – увреждат се очите,

бъбреците, нервите, сърцето и реално всички останали органи. Това е от ключово значение за децата и подрастващите с диабет.

Прогнозата за живота при диабет се определя от доброто лечение и контрол, зависещи от достъпа до различните по действие инсулинови препарати, възможностите за анализ на глюкозните нива (чрез тест-ленти или най-добре чрез глюкозен сензор) и съвременните инжектиращи устройства – инсулинови писалки и инсулинови помпи.

У нас са достъпни почти всички инсулинови препарати, използвани в световната практика. Инсулинът трябва да се инжектира – той е белтъчен хормон, който би се разградил от стомашните сокове, ако се приеме през устата, като не само видът на инсулина, но и начинът на неговото приложение водят до предпазване от късните усложнения на диабета.

Предимствата на новите технологии са безспорни. Те подобряват качеството на лечението и живота с диабет, като същевременно минимизират риска от усложнения. Сензорите за проследяване на кръвната захар например показват ясно ефекта от инсулина, храната, спорта и др., което е основа за самообучението и самоконтрола на пациентите, а също така правят живота им предвидим и контролиран. Те са модерна преносима технология, която следи и предава нивото на кръвната захар на всеки 5 минути. Устройството се поставя на подходящо място на тялото на пациента и чрез специална технология може да се свърже с няколко мобилни устройства – телефон, таблет или компютър. При някои от най-съвременните устройства тази информация може да бъде споделена с мобилните устройства на най-близките членове на семейството. При рязка промяна (покачване или спад) на кръвната захар технологията алармира пациента по-рано, за да има време да предприеме необходимите мерки и да се намали опасността от значими инциденти. По този начин родителите на децата с диабет могат непрекъснато да следят нивото на кръвната захар на своето дете, като сензорът е подходящ дори за новородени.

Съвременното лечение на диабет тип 1 изисква няколко инжекции дневно – бързодействащ инсулин, покриващ съответното хранене, а преди сън – една инжекция от бавнодействащ инсулин, покриващ нуждите на тялото извън храненията.

Такъв е режимът на повечето пациенти, но са налице индивидуални различия, които се опреде-

лят от лекуващия екип. Важно е да се знае, че на пациентите с диабет в училищна възраст се налага да се поставят инсулинови инжекции и в училище. Училищните власти трябва да осигурят подходящо място за поставяне на инжекциите. Това, естествено, е най-добре да става в кабинета на медицинския специалист, но при всеки отделен случай може да се приеме конкретно решение.

В повечето случаи необходимото оборудване е инсулинова „писалка“. Родителите на детето би следвало да се срещнат с медицинския специалист (класния ръководител) и да покажат как се използва инсулиновата писалка и условията за нейното съхранение.

Все още малък брой деца в България използват инсулинови помпи. Инсулиновата помпа представлява устройство с големина на мобилен телефон, което непрекъснато доставя инсулин. Помпата дава възможност да се прилага инсулин дори в час или на гости у приятел. Инсулинът навлиза в тялото през много тънка пластмасова тръбичка, прикрепена подкожно на корема. Инсулиновите помпи осигуряват най-физиологичното дозиране на инсулина, като използват препарати с минимална вариабилност в действието им. Също така помпата изисква само една доза инсулин на 72 часа (докато настъпи смяна на инфузионния комплект). Тя е по-точна и прецизна от стандартното прилагане на инсулин, което води до подобрен контрол, намален риск от тежка хипогликемия и нужда от спешна медицинска грижа. Всички тези предимства на инсулиновите помпи подобряват качеството на живот на пациентите и удовлетворението от лечението.

Необходимо е също да се разясни на останалите ученици в класа, че инсулиновите инжекции/помпи са важни за живота на всеки пациент. По-добре би било да се покаже на целия клас инжектиращото устройство, за да се задоволи характерното за възрастта любопитство на съучениците.

Хранителният режим на децата с диабет се базира на разнообразното хранене, каквото се препоръчва за всяко дете – това е нормална, здравословна храна, която е бедна на мазнини, сол и захар и включва много плодове и зеленчуци. Редовният прием на нишестени храни (въглехидрати) е важен за поддържане нивото на кръвната захар на детето в границите на нормата. Основните хранения и закуските между тях трябва да са на редовни интервали, като се спазва планът, изра-

ботен в семейството съвместно с медицинския екип. Едно пропуснато/забавено хранене може да предизвика рязко спадане на кръвната глюкоза – т.нар. хипогликемия.

Хипогликемията е най-разпространеното остро усложнение на диабета, което настъпва, когато нивото на кръвната захар спадне под 3,9 mmol/l. Хипогликемията настъпва обикновено около времето за хранене, по време на или след повишена физическа активност или ако основното хранене (закуска) е пропуснато.

Хипогликемията настъпва бързо, но повечето деца имат предупредителни симптоми, които ще им подскажат – на тях или на хората около тях. Тези предупредителни симптоми могат да включват – чувство на глад/бледост, треперене, изпотяване, отпадналост, тревожност, липса на концентрация, изтръпване на устните, втрещен поглед.

Много е важно хипогликемията да се преодолее бързо. Ако се остави нелекувана, нивото на кръвната захар ще продължи да се понижава и детето да изпадне в безсъзнание. Децата не трябва да се оставят сами при хипогликемия, нито да се изпращат сами за закуска. Незабавно се дава нещо сладко – бързодействащ въглехидрат (чаша плодов сок, 3-5 желирани бонбона (според възрастта), чаша кока-кола, 10-15 g захар. Ако състоянието на детето не се възстанови до 15 min, отново се изследва кръвната захар. След възстановяване на състоянието може да се даде бавен въглехидрат – хляб, бисквита, плод.

Ако детето загуби съзнание, което, за щастие, е рядко при правилно спазване схемата на лечение, не му се дава нищо през устата. Поставя се в странично положение с главата назад, вика се линейка. Ако е възможно в училището да се съхранява в хладилник глюкагон, медицинският специалист трябва да го инжектира мускулно веднага. Глюкагонът трябва да подейства до 15 минути. При тежка хипогликемия може да има конвулсии, които засягат един или повече крайници, т.е. да прилича на епилептичен припадък.

Диабетът не трябва да спира децата с това заболяване от каквато и да е форма на физическа активност или от избирането им да представят училището и други екипи, при условие че са провели подготовка. Подготовката е необходима, защото всички форми на физическа активност, като плуване, футбол, гимнастика, изразходват глюкоза. Колкото по-напрегната и продължителна

е тази активност, толкова повече храна ще трябва да се приеме преди това, а може би и по време на активността и след нея. Препоръчителното ниво на физическа активност е най-малко 60 min дневно. Децата с диабет не трябва да използват заболяването си като извинение да не участват в никаква физическа активност. Ако това се случва редовно, трябва да се поговори с родителите, за да се разбере индивидуалната ситуация.

Отиването на едномеденна екскурзия не би трябвало да предизвиква никакви проблеми, защото денят преминава като този в училище, както и екскурзия с преспиване. Детето с диабет трябва да носи със себе си – инсулин и всичко необходимо за инжекцията, глюкомера за проверка на кръвната захар при необходимост, глюкагон за случай на хипогликемия, допълнителна храна.

Към детето с диабет могат да се отправят следните думи.

Да си дете и да имаш диабет, може да е доста трудно понякога, а има и немалко неща, които трябва да помниш.

Трябва да знаеш, че можеш да правиш всичко, което правят и децата без диабет, само че с някои различия в ежедневието ти.

Трябва да се научиш да мериш кръвната си захар и да си прилагаш инсулин сам.

Да бъдеш активен, защото физическите упражнения са много важни за здравето, независимо дали имаш диабет, или не.

Отношението към деца с диабет понякога е лошо, те са малтретирани от приятелите си, но

такова поведение е недопустимо. Ако някой се държи лошо с теб заради твоето заболяване, говори с твоите родители/учители.

Понякога е доста трудно да разкажеш на приятели, но твоят диабет е специална част от твоя живот и от теб самия и ти не трябва да се срамуваш от него.

Ти не си единствен. Може би не познаваш друго дете с диабет в твоето училище, но трябва да знаеш, че по света има много деца с диабет тип 1 като теб.

По-широкото приложение на новите технологии изисква да се опознаят възможностите им и да се обучат медицинските екипи и пациентите, за да се оползотворяват максимално техните предимства и да се постигне оптимален контрол. По този начин ще се спестят излишните и скъпоструващи за НЗОК хоспитализации и неудобства за пациентите, защото диабетът може и навсякъде се контролира амбулаторно, а интердисциплинарният подход е неразделна част от качеството, безопасността и успеха.

#### Библиография

1. Добрилова П, Янкова Г. Педиатрични сестрински грижи. 2020.
2. Константинова М. Обучение – СБЛДБ – Клиника по ендокринология, диабет и генетика, 2016.
3. Константинова М, Савова Р. Лекционен курс, 2022.
4. Михов Хр. Детски болести, 1991.
5. Мумджиев Н. Детски болести, 2000.
6. Ново Нордиск Фарма, презентация.

## ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ. ЕКИПНАТА РАБОТА КАТО УСЛОВИЕ ЗА ЕФЕКТИВНОСТ И УСПЕШНОСТ В ЗДРАВНАТА ПРАКТИКА

И. Каменова

Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

### INTERDISCIPLINARY COLLABORATION IN HEALTHCARE. TEAMWORK AS A CONDITION FOR EFFICIENCY AND SUCCESS IN HEALTH PRACTICE

I. Kamenova

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** In our country, approximately 85% of the population has at least 1 health care encounter per year, and at least a quarter of these people experience 4 to 9 encounters per year. A visit requires collaboration between a multidisciplinary group of clinicians, administrative staff, patients and their relatives. Multiple visits to different clinicians working in different organizations often occur. Ineffective care coordination and underlying suboptimal teamwork processes are a public health problem. Health care delivery systems are an example of complex organizations operating at high stakes in a dynamic political and regulatory environment. The coordination and delivery of safe, high-quality care requires reliable teamwork and collaboration across organizational, disciplinary, technical and cultural boundaries. In this review, we synthesize evidence-based research teams and teamwork in health care delivery settings to characterize the current state of the science and highlight gaps where research can further illuminate our evidence-based understanding of teamwork and cooperation. Specifically, we highlight evidence regarding the relationship between teamwork and multilevel outcomes, effective teamwork behaviors, competencies (i.e., knowledge, skills, and attitudes) that underpin effective teamwork in the health professions, work in team interventions, strategies for measuring team effectiveness, and the critical role that context plays in shaping teamwork and collaboration in practice.

**Key words:** teamwork, health care, collaboration, health systems

**Адрес за кореспонденция:** Изабела Каменова, e-mail: i.kamenova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Izabela Kamenova, e-mail: i.kamenova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Работата в екип представлява сътрудничество, сработване, вършене на работа заедно. Приемането, споделянето на една и съща цел превръщат група хора в екип. Без разбиране, приемане и ангажиране с общата цел хората не просто не работят ефективно, те не са екип. Успехът на работата в екипа е свързан с етиката при тази работа.

Работата в екип дава постоянно конкурентно предимство, което остава в голяма степен неизползвано докрай. На основата на световния опит можем убедено да кажем, че работата в екип почти винаги липсва в западащите организации – и винаги е налице в проспериращите.

Ефективността на бизнес процесите (както в България, така и на Запад) във всички степени започва да определя използването на ефективни еки-

пи. Това е свързано, първо, с рязко изменение на външната среда, в която протича работата на търговските организации, второ – със съществено повишаване ролята на творческия труд на сътрудниците в самите организации. Необходимостта бързо да се реагира на външните изменения, принуждава да се формират екипи от високоспециализирани специалисти за ефективното управление на всяка фирма или здравна организация [5].

При предоставянето на здравни грижи ефективната екипна работа може незабавно и положително да повлияе на безопасността и резултата за пациента. Нуждата от ефективни екипи се увеличава поради нарастващите съпътстващи заболявания и нарастващата сложност на специализацията на грижите. Отмина времето, когато лекар, зъболекар или който и да е друг практикуващ здравен специалист в каквато и да е здравна организация би могъл да предостави само качествена грижа, която удовлетворява неговите или нейните пациенти.

Еволюцията в здравеопазването и глобалното търсене на качествени грижи за пациентите налагат паралелно професионално развитие в здравеопазването с голям акцент върху подхода за работа в екип, ориентиран към пациента. Това може да се постигне само чрез поставяне на пациента в центъра на грижата и чрез споделяне на широко базирана култура на ценности и принципи. Това ще спомогне за формирането и развитието на ефективен екип, способен да предоставя изключителни грижи на пациентите. Стремейки се към тази цел, мотивацията на членовете на екипа трябва да бъде подкрепена от стратегии и практически умения за постигане на целите и преодоляване на предизвикателствата.

Екипите са неделима част от съвременния мениджмънт. В продължителен период от развитието на управлението фокусът е върху установяването на устойчива среда, традиционни роли и рутинни операции. Интензивното пазарно проникване във всички сектори на икономиката, глобализацията и развитието на средствата за информационно общуване изправят организацията пред предизвикателството на промяната, свързана с нарастващите изисквания на потребителите, по-късия жизнен цикъл на продуктите, технологичните новости, политическата и икономическата нестабилност [1].

Движещата сила на тези промени са комуникационните и информационните технологии. Новите възможности за генериране и предоставяне на информация променят начина на живот, на

работа и мислене. Изискванията се увеличават на всяко ниво, от индивидуалното през екипното до глобалното. Това налага преоценка на редица смятани за безспорни досега схеми на управление и генериране на нови отправни точки и организационни решения.

Естеството на екипа е разнообразно и сложно. Въпреки че много пациенти може да смятат, че най-ефективният екип е мултидисциплинарният, екипите могат да бъдат съставени от хора от една професионална група.

## ДЕФИНИЦИЯ

Екипът може да се дефинира като разграничим набор от двама или повече души, които си взаимодействат динамично, взаимозависимо и адаптивно в името на обща и ценна цел/мисия, на които са възложени специфични роли или функции за изпълнение и които имат ограничен срок на членство.

Екипно базирано здравеопазване е предоставянето на здравни услуги на индивиди, семейства и/или на техните общности от най-малко двама доставчици на здравни услуги, които работят в сътрудничество с пациентите и техните болногледачи – до степента, предпочитана от всеки пациент – за постигане на споделени цели в рамките на и при различни настройки, за да се постигне координирана, висококачествена грижа [5]. Включването на споделяне на отговорности с отчетност между членовете на екипа в системите на здравеопазването предлага голяма полза. На практика обаче споделяната отговорност без висококачествена екипна работа може да доведе до непосредствени рискове за пациентите.

Например лошата комуникация между здравните специалисти, пациентите и лицата, които се грижат за тях, се очертава като често срещана причина пациентите да предприемат правни действия срещу доставчици на здравни услуги [2]. Медицински грешки, „почти пропуски“ и други неблагоприятни събития също могат да възникнат поради неадекватна комуникация между членовете на екипа дори в добре сплотен екип [6].

Освен това липсата на целенасочена екипна грижа също може да доведе до ненужни ефекти [1]. Следователно идентифицирането на най-добрите практики може да помогне за избягване на някои от тези опасности, както и за контролиране на разходите [8].

Ефективният екип е екипът, чиито членове, включително пациентите, комуникират помежду си, както и обединяват своите наблюдения, опит и отговорности за вземане на решения, за да оптимизират грижите за пациента [2]. Разбирането на културата на работното място и на нейното въздействие върху динамиката и функционирането на екипа ще направи всеки член на екипа добър „екипен играч“.

Екипите – истинските екипи, а не просто групите, които ръководството нарича „екип“ – са основа за постигане на организационна ефективност, независимо от големината им. Във всяка ситуация, изискваща комбинирането в реално време на множество умения, опит и проникателност, екипът винаги реализира по-високи резултати от сбора индивиди, функциониращи в условията на ограничени работни роли и отговорности, т.нар. синергетичен ефект. Екипите са по-гъвкави в сравнение с организационните групи, по-производителни и адекватни на динамичните бизнес промени.

Много често се цитира определението на Курт Левин, според когото екипът е „общност от взаимодействия си хора, обединени от обща социална дейност, които общуват непосредствено помежду си на базата на съответните емоционални отношения, групови норми и групови процеси“ [1].

Работата на екипа носи определени ползи, които могат да бъдат дефинирани по следния начин:

- подобряват се духът и мотивацията;
- намалява се текучеството на персонала;
- увеличават се ефективността на работата и производителността;
- подобрява се удовлетвореността от работата;
- подобрява се възможността за разрешаване на проблемите.

Същевременно въпреки доказаните потребности от съществуването на екипи могат да бъдат наблюдавани най-малко три противодействащи фактора срещу тях, заключаващи се във:

- липса на убеденост в тяхната ефективност;
- предчувствие за индивидуален дискомфорт и риск;
- слаби организационни етики за съвършенство.

През 1999 г. Институтът по медицина издава доклад, който променя начина, по който здравните системи, доставчиците и изследователите

разбират появата на медицински грешки [5]. След публикуването на доклада индустрията на здравеопазването в САЩ продължава да претърпява широкомащабна трансформация, за да подобри стойността на грижите [5]. Обстоятелство, идентифицирано като често срещан фактор за медицинските грешки, е фрагментираният характер на начина, по който се предоставят здравните грижи. Интервенциите и реформите варират, но често включват усилия за подобряване на координацията на предоставянето на грижи [3].

Следователно психологичното изследване на това как членовете на екипа формират сплотени социални единици, взаимозависимо функционират и се адаптират с течение на времето, за да постигнат споделени цели и да управляват сложна работа, допринася за образователни, технологични и работни интервенции за редизайн за подобряване на предоставянето на грижи, резултатите за пациентите и в крайна сметка, на общественото здраве [7]. Изследването на екипите и на процесите на работа в екип в рамките на здравеопазването е важно поради две основни причини.

Първо, качеството на екипната работа е свързано с качеството и безопасността на системите за предоставяне на грижи. Това е възможност за екипните изследователи да допринесат за решаването на големи обществени предизвикателства.

Второ, индустрията на здравеопазването предоставя средства за разработване и тестване на теории в голям мащаб, в широк спектър от типове екипи – чрез екипа се осигурява специфично социално измерение.

Колективното съвършенство, изразено с показателите – доверие и сигурност, съществено подобрява икономическите и административните аспекти на дейността; с екипа се преодолява един разрушителен синдром, който се нарича синдром на груповото мислене, тъй като в екипа ролите и функциите на членовете му са предварително установени [5].

Подобно на иновативната и основополагаща работа върху военни екипи или авиационни екипажи през последните десетилетия, здравеопазването предоставя уникална среда за екипните изследователи да разработват и тестват теории за ефективността на екипа.

В индустрията на здравеопазването има голямо разнообразие от типове и конфигурации на екипи. Екипната работа в здравеопазването об-

хваща широк спектър: от тясно свързани съвместно разположени хирургични или травматологични екипи, виртуални екипи от консултанти, които допринасят за диагнозата, до слабо свързани екипи, работещи за управление на хронични грижи, и дори транслационни научни екипи, работещи за интегриране на изследователи в областта на фундаменталната наука и членове на общността. Предоставянето на грижи включва множество професионални роли, конфигурирани в различни структури и свързани с изпълнението на разнообразни задачи.

Размерите на екипите варират от двойни (напр. доставчици на грижи и пациенти, участващи в споделено вземане на решения) до екстензивни многоекипни системи (MTS; напр. качество и безопасност в екипи за подобряване в рамките на здравна система) [3]. Екипите за грижа се различават по повечето характеристики, свързани с представянето на екипа, включително диференциация на авторитета и уменията, времева стабилност и физическо и временно разпределение.

Екипите за грижа изпълняват задачи, вариращи от решаване на сложни проблеми и планиране (напр. диагностика и планиране на лечение по време на мултидисциплинарни кръгове) до интензивна психомоторна работа, изискваща координация (напр. хирургични процедури). Накратко, екипите в здравеопазването обхващат пълния спектър от екипни таксономии. По-голямата част от екипните изследвания в здравеопазването се фокусират върху настройките за спешна помощ и тясно свързани екипи за действие (напр. хирургични екипи, екипи за травми и спешна медицина).

Откритията са основно в проучвания на тези видове екипи за здравни грижи и усилията за превеждане на принципите за екипна ефективност, установени в подобни екипи, ориентирани към действие (напр. авиация), екипи, работещи в заведения за спешна помощ като болници и доболнична спешна медицинска помощ.

Въпреки че много от откритията могат да се обобщят за типове екипи без действие в здравеопазването (напр. първична медицинска помощ, екипи за мултидисциплинарни грижи, които включват непрофесионални навигатори на пациенти), емпиричната наука за екипната работа, на която да се основава това твърдение, е сравнително ограничена.

Все по-силният акцент върху здравето на населението, включително върху превантивни и хронични грижи, означава, че има възможности изследователите по психология да дадат по-широк принос. По-конкретно, чрез засилване на разбирането ни за екипи и процеси на екипна работа в по-сложни организационни системи (напр. MTS), които трябва да работят взаимозависимо за по-дълги времеви хоризонти, ние ще можем по-добре да управляваме грижите. Това се отнася например до разбирането как да се изградят екипи за управление на прехода към палиативни грижи за терминални пациенти или до по-доброто интегриране на услугите за психично здраве в първичната медицинска помощ в селските райони, където членовете на клиничния екип може да не са физически близо до пациентите или един спрямо друг [8].

Екипните изследвания могат да помогнат за информиране по важни въпроси чрез партньорство и учене от други изследователски общности, включително в общественото здравеопазване, здравните услуги и предоставянето на здравни грижи, науката за внедряване и други, които се интересуват от подобряване на работата в екип и на координацията в целия континуум на здравеопазването [5].

Уникалните и сложни екипни конфигурации, както и текущите трансформации в системите за предоставяне на здравни грижи дават широки възможности за екипните изследователи, които могат да работят за генериране на нови знания.

## Изводи

1. Работата в екип може да помогне за подобряване на резултатите за пациентите, за намаляване на грешките и за създаване на по-ефективна здравна система. Когато здравните специалисти работят заедно, те осигуряват по-добри грижи за пациентите си и това повишава цялостното качество на здравеопазването.

2. Синергията при работата в екип също така позволява по-ефективна комуникация между здравните специалисти. Тя дава възможност за по-добро разбиране на нуждите на пациента и може да доведе до по-навременни интервенции. Това позволява на здравните специалисти бързо да идентифицират области за подобрене и да

могат да гарантират, че пациентът получава възможно най-добрите грижи.

3. Ефективната и сплотена работа в екип може също да предостави възможност на членовете на екипа да се учат един от друг. Това позволява на здравните специалисти да подобрят своите умения и опит, което води до по-добри резултати за пациентите.

4. Работата в екип е от съществено значение в областта на медицината за намаляване на медицинските грешки. Сериозната работа в екип помага да се гарантира, че пациентите получават висококачествени грижи и че медицинските грешки са сведени до минимум.

5. Ефективната координация и сътрудничество между медицински сестри, лекари и други здравни специалисти може да помогне за намаляване на медицинските грешки. Споделяйки богатия опит, който носи всеки, екипът може да използва уменията и знанията на членовете си, за да осигури възможно най-добрата грижа за пациента.

6. Работата в екип също спомога за подобряване на комуникацията при предоставяне на грижи за пациентите. Ефективната комуникация и сътрудничеството между членовете на екипа са от ключово значение за гарантиране, че пациентите получават възможно най-добрите грижи. Работата в екип може да помогне за създаване на среда на комуникация и сътрудничество, която насърчава открития диалог и позволява конструктивна обратна връзка.

7. Силната работа в екип също подобрява комуникацията, като гарантира, че всички имат една и съща цел, когато става въпрос за планове за лечение и грижи за пациентите. Той позволява открит диалог между здравни специалисти, пациенти, семейства и други заинтересовани страни.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работните екипи са неделима част от съвременния мениджмънт и са основна градивна единица на организацията на бъдещето. В продължителен период от развитието на управлението ударението е върху установяването на устойчива среда, йерархия, традиционни роли и рутинни операции.

Интензивното пазарно проникване във всички сектори на икономиката, глобализацията и разви-

тието на средствата за информационно общуване изправят организацията пред предизвикателството на промяната, свързана с нарастващите изисквания на потребителите, по-късия жизнен цикъл на продуктите, технологичните новости, политическата и икономическата нестабилност.

Движещата сила на тези трансформационни промени са комуникационните и информационните технологии. Новите възможности за генериране и предоставяне на информация променят начина на живот, на работа и мислене. Изискванията се увеличават на всяко ниво, от индивидуалното през екипното до глобалното. Безпрецедентният брой фирмени фалити и корпоративни сливания през последните няколко години илюстрира негативна тенденция в съвременния бизнес.

Тя се характеризира с неспособността на редица организации, в различни сектори на световната икономика, да се адаптират към динамичните промени във външната среда. Това налага преоценка на смятани за безспорни схеми на управление и генериране на нови отправни точки и организационни решения.

## Библиография

1. Хаджиев Кр. Самоуправляващи се работни екипи (теория и методология). Свищов, Стопански свят, 2010.
2. Mitchell P, Wynia M, Golden R et al. Core Principles and Values of Effective Team-Based Health Care Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine, 2012.
3. World Health Organization. Being an effective team player. Available from: URL: [http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who\\_mc\\_topic-4.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-4.pdf)
4. Compassion in practice – nursing, midwifery and care staff – our vision and strategy, The Chief Nursing Officer for England's Conference. 4 December 2012. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>
5. Frampton S, Guastello S, Brady C et al. Patient centered care improvement guide. VII.A. Communicating effectively with patients and families. Boston: Planetree, Inc. and Picker institute, 2008, 77-199. Available from: 1. URL: <http://www.patient-centeredcare.org/chapters/chapter7a.pdf>
6. Naylor MD, Coburn KD, Kurtzman ET et al. Inter-professional team-based primary care for chronically ill adults: State of the science. Unpublished white paper presented at the ABIM Foundation meeting to Advance Team-Based Care for the Chronically Ill in Ambulatory Settings. Philadelphia, PA, March 24-25, 2010.
7. Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC et al. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med*, 1994; 121:866-872.
8. Horwitz LI, Moin T, Krumholz HM et al. Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Arch Intern Med*, 2008; 168:1755-1760.

## ПРОЦЕС НА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТ С ШИЗОФРЕННО РАЗСТРОЙСТВО: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Г. Янкова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

## NURSING PROCESS IN A PATIENT WITH SCHIZOPHRENIC DISORDER: CLINICAL CASE REPORT

G. Yankova

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Schizophrenia is a chronic mental disorder that affects approximately 1% of the population. It is the most disabling mental disorder that has a profound impact on the physical, psychological and social well-being of individuals, affecting not only patients but also their families. Personalized nursing care planning for patients with schizophrenia is essential and will help them have a satisfactory quality of life. Objective: To present a nursing care plan for patients with schizophrenic disorder. Material and methods: For the purposes of the scientific report, a documentary method was used – a theoretical justification of the process of nursing care and purposeful observation. A case of a patient with schizophrenic disorder is presented. Results: The nursing care plan based on the patient identified problems and nursing interventions together with pharmacotherapy positively influenced the symptoms of schizophrenia in the presented case. Conclusion. In addition to specific drug treatment, the nursing care plan and effective nursing intervention prioritize person-centered care with a focus on the therapeutic relationship and providing coping support and promoting social abilities, ultimately improving patient's quality of life.

**Key words:** schizophrenic disorder, clinical case, nursing care plan

**Адрес за кореспонденция:** Галя Янкова, e-mail: g.iankova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Galya Yankova, e-mail: g.iankova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Шизофренията е хронично психиатрично разстройство, което засяга приблизително 1% от населението. Въпреки че точната патогенеза остава неизвестна, изследванията показват, че етиологията на разстройствата от шизофрениния спектър е многофакторна и може да включва генетични, екологични и невронни компоненти [8].

Шизофренията е сериозен проблем за здравеопазването в световен мащаб и се нарежда сред десетте най-тежки заболявания в света [5]. Тя е най-инвалидизиращото психично разстройство, което

засяга когнитивните способности, емоциите, възприятието, самочувствието и различни аспекти на поведението [1, 2, 7].

Това състояние оказва дълбоко влияние върху физическото, психологичното и социалното благополучие на индивидите, като засяга не само пациентите, но и техните семейства [9]. Изисква продължително лечение с антипсихотични лекарства в комбинация с психосоциална терапия, за да се намали рискът от рецидив.

Един от най-важните проблеми при пациентите с шизофрения е високият риск от излагане на стигматизация, изолация и социална дискримина-

ция. Според изследване на Световната здравна организация (СЗО) 9 от 10 пациенти са преживели негативно отношение от страна на другите в резултат на диагностицирането на заболяването [6].

Налице са някои основни характерни симптоми (позитивни и негативни), които водят до значимо влошаване на функционирането за относително продължителен период. Някои персистиращи характерни симптоми често остават до края на живота.

Докато позитивните симптоми са често забележими, явни, привличащи вниманието към болестта на пациента, негативните влошават годността на личността да функционира във всекидневието. Тези симптоми пречат на пациента с шизофрения да изгради нормални отношения, да посещава училище, да се задържа на работа, да създаде приятелски и интимни връзки, да функционира нормално в социума [10].

Лечението и сестринските грижи са жизненоважна възможност за пациентите да подобрят признаците и симптомите на заболяването си [3, 4]. Планирането на индивидуални сестрински грижи за пациентите с шизофрения е от съществено значение и ще им помогне да имат задоволително качество на живот. Текущите сестрински грижи трябва да бъдат осигурени според нуждите на пациента и конкретните съпътстващи проблеми.

## Цел

Да се представи план за сестрински грижи при пациенти с шизофренно разстройство.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За целите на научното съобщение са използвани документален метод – теоретична обосновка на процеса на сестрински грижи, и целенасочено наблюдение. Представен е случай на пациент с шизофренно разстройство.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### Сестрински процес при пациенти с шизофрения

Сестринският процес е метод, основан на доказателства и практикуван от медицинската сестра при грижите за пациентите. При болни с шизофрения (както и при други психични заболявания) включва пет компонента:

- 1) сестринска оценка на състоянието на пациента (субективни и обективни данни);
- 2) идентифициране на проблеми;
- 3) планиране на сестринските интервенции;
- 4) изпълнение;
- 5) оценка на ефективността на интервенциите.

Целта на **сестринската оценка** е събиране и анализ на обективни и субективни данни за здравното състояние на пациента и определяне на конкретните потребности на човека или семейството от сестрински грижи, а така също и на възможностите за автогрижа.

При провеждането на разговор с болния, медицинската сестра трябва да има предвид, че пациентите, страдащи от шизофрения, често са потопени в своите преживявания, изолирани от външния свят и опитите за събиране на информация и още повече за проникване във вътрешния им свят могат да предизвикат у тях съпротива и дори агресия, особено при пациенти с параноидна шизофрения.

Това изисква продължителността на разговорите с пациентите да бъде кратка. Препоръчват се няколко кратки разговора през деня, разделени на интервали. В разговорите с пациентите по всякакъв начин трябва да се избягват общи изрази и абстрактни конструкции: фактите и преценките, съобщавани на пациента, трябва да бъдат изключително конкретни. В противен случай, поради нарушения на мисленето и налудни конструкции, смисълът на разговора в съзнанието на пациента може да бъде изкривен.

Аутистичността на пациентите, страдащи от шизофрения, недостъпността и съпротивлението при общуване предполагат събиране на информация не само от пациентите, но и от техните близки и приятели.

При събирането на данни за пациента, трябва да се получи следната информация:

- Промени в сетивното възприятие (халюцинации, илюзии, сенестопатии и др.).
- Промени в когнитивните процеси (заблуди, аутистични модели на мислене и други прояви).
- Промени в комуникацията – формалност на комуникацията, нежелание за комуникация, пълна липса на комуникация и др.
- Промени в двигателната сфера – жестове и пози, маниери, възбуда, ступор.
- Промени в афекта – необичайно понижено или приповдигнато настроение, злоба, апатия.
- Повишен риск от самоубийство.

- Повишен риск от насилствени действия.
- Промяна в семейните отношения: разединение със семейството, разпадане на семейството, семейно неразбиране на състоянието на пациента, отхвърляне на пациента.
- Проблеми с работоспособността, спад и загуба на ефективност, неразбиране от колеги, заплахата от загуба на работа.
- Липса на автогрижи (небрежност, неподреденост, нежелание за самообслужване и др.).
- Наличие на нежелани (странични) реакции към предписани психотропни лекарства – тремор, забавяне на движенията, реакции към външни стимули и др.
- Състояние на съня (частично, пълно безсъние).

Въз основа на събраната информация се определят проблемите при пациентите, а оттам и необходимите сестрински интервенции.

**Проблемите при пациентите** (сестринските диагнози) произтичат от описаните по-горе клинични характеристики на шизофренното разстройство.

Актуални проблеми при пациентите с шизофрения могат да бъдат:

- физически: недостатъчно или прекомерно хранене; намаляване на защитните функции; нарушена цялост на кожата; недостатъчна самохигиена; намалена физическа активност; обща слабост; сетивни промени;
- психологични: тревожност; безсмислен отказ от прием на лекарства; намалена индивидуална способност за адаптиране и преодоляване на стресова ситуация; стрес от семейни конфликти; депресия; самота; сексуални разстройства; нарушено самочувствие;
- социални: променени семейни роли; социална изолация; конфликт с родителите или нарушение на родителските функции; неефективна съпротива в обществото; нарушена адаптация;
- културни: липса на желание за автогрижа.

#### **Планиране на сестрински интервенции**

Сестринските интервенции трябва да бъдат планирани в зависимост от формулираните проблеми. Необходимо е да се определят спешните и те се ранжират по приоритет. Трябва да се идентифицират членовете на лечебния екип, участващи в решаването на проблемите, на базата на които интервенциите се разделят на независими (решени само от медицинската сестра), взаимозависими (решени в сътрудничество с лекар, социален

работник, психолог и др.) и зависими (изпълнение на лекарските предписания).

Интервенциите трябва да са индивидуални за всеки пациент и да засягат не само него, но и близки и приятели. Те трябва да се отнасят както за физическите, така и за емоционалните, духовните и социалните проблеми на пациента.

**Сестрински интервенции** за пациенти с шизофрения:

- Стриктно изпълнение на медицинските предписания, отбелязване на ефективността, страничните ефекти на лекарствата и насочване на вниманието на лекаря към това.

- Идентифициране на стресовите фактори, които засилват халюцинаторните и други преживявания на пациента. Осигуряване на спокойна обстановка, за да се намалят импулсивността, тревожността и други прояви.

- Когато халюцинаторно-налудните и други преживявания отшумят, първо трябва да се отвлече вниманието на пациента от тях, правейки ги по-малко уместни; да се посочват последиците за пациента вместо да се обсъждат налудни и други преживявания.

- Подпомагане на пациента за личната хигиена: обличане, измиване и т.н., докато той (тя) се научи да го прави сам/а. Да се обозначи за пациента точното време за самообслужване.

- Привличане и насърчаване на пациентите към групова дейност (комуникация с други пациенти; участие в психотерапевтични групи, трудотерапия и др.).

- Да се насърчава всеки пациент, който се връща към нормална преценка, нормално поведение и повишена активност. Оценка и повишаване на степента на самочувствие на пациента; предотвратяване на постшизофренна депресия.

- Провеждане на разговори с пациента относно правилното му поведение у дома и начините за предотвратяване на рецидив на заболяването.

- Внимателно документиране на всичко, получено при взаимодействието с пациента.

- Активна работа със семейството на пациента. Насочване към разбиране на болезнените му симптоми и проблеми, особено след изписването му от болницата.

Всички сестрински интервенции при пациенти, страдащи от шизофрения, се извършват при спазване на основните правила за общуване с тях: кратък разговор, особено в началото на комуникацията, конкретност и сигурност на изявленията.

**Оценката на ефективността на интервенциите** се извършва по различно време и зависи изцяло от тяхното съдържание – например:

- при определяне на ефективността на лечението или на страничните ефекти на лекарствата – ежедневно;
- в помощ при самообслужване или привличане на пациента към активност – седмично.

## Клиничен случай

Пациентка с шизофрения е настанена за лечение в Център за психично здраве по повод промяна в поведението, данни за слухови халюцинации и налудности за въздействие.

### Анамнестични данни

Касае се за пациентка на 35 години, със средно образование, не работи, живее с родителите си. Началото на заболяването датира от 16-годишна възраст, когато е хоспитализирана поради нелепи изказвания и необичайно поведение. Майката на пациентката страда от болестта на Алцхаймер, бащата – не смята дъщеря си за болна.

В гимназията пациентката започва да се оплаква на родителите си, че класният ръководител я „заглежда“, отказва да ходи на училище, защото там „не научават нищо добро“. Родителите забелязват, че дъщеря им си говори сама, не може да се сприятелява, не общува с никого, не се интересува от нищо. Била прегледана от психиатър, на когото разказала, че напоследък усеща чужди влияния. Пациентката смята, че влиянието идва от съседите, които живеят два етажа по-долу и имат неомъжена дъщеря на 32 години. Счита, че с помощта на „устройства“ предизвикват сексуална възбуда у нея, показват ѝ снимки на голи жени, за да я принудят да се омъжи за „старата им мома“. Опитва се мислено да отговори на преследвачите си и да ги убеди, че не може да направи това. Многократно е лекувана в психиатрични болници, като, докато приема лекарства, става по-спокойна, но налудните идеи никога не изчезват напълно.

От няколко дни има промяна в поведението, пациентката не излиза никъде, не общува. Споделя с майка си, че с течение на времето разбрала, че съседът е служител на ДАНС и иска да я въвлече в тази организация. Чрез „комуникация“ тя научила от съседа, че е повлияна от „регистратор и излъчвател“, като с помощта на тези устройства уж се опитвали да разработят план за залавянето на „държавен престъпник“.

В отделението пациентката непрекъснато мислено разговаря с „Иван Иванов и Ваня Пенчева“. „Никога не съм ги виждала тези хора, но съм сигурна, че са разузнавачи“. Напрегната, не се задържа на място, опитва се да избяга. При разговора с лекаря описва преживяванията си „цветисто“, използвайки различни термини, погрешно тълкувайки значението им. Безкритична. През последните години станала пасивна. Не излиза от къщи със седмици, не общува с никого, не работи никъде. Хигиенните навици са загубени. Пациентката смята, че не ѝ остава време за хигиена, тъй като е заета с важни държавни дела.

### Проблеми, които трябва да бъдат решени в процеса на грижи

След диагностициране състоянието на пациентката от медицинския персонал е започната фармакотерапия, изготвен е терапевтичен план и са идентифицирани проблемите, върху които ще се работи по време на престоя ѝ в отделението.

### Проблем

**Сензорно-перцептивна промяна:** слухово/визуална, свързана с безпокойство, затваряне в себе си, доказана от неподходящи реакции, нарушени мисловни процеси, лоша концентрация и дезориентация.

### Цел/очаквани резултати:

- Пациентката ще идентифицира и модифицира външните фактори, които допринасят за промени във възприятието;
- Пациентката ще поддържа безопасност, докато психотичният епизод отшуми;
- Пациентката ще изрази устно разбирането, че халюцинациите не са базирани на реалността, и ще демонстрира как да ги прекъсне.

### Планиране. Сестрински интервенции:

- 1) Осигуряване на безопасност
  - Лечебно-охранителен режим (режим на надзор).
  - Наблюдение на пациента за признаци на халюцинации (поза за слушане, смях или говорене на себе си, спиране по средата на изречението).
  - Проверка на личните вещи на пациента, спалното бельо, нощното шкафче (за да се избегне съхранение на остри предмети).
- 2) Помощ за отвлечане на вниманието
  - Разговор с цел отвлечане вниманието на пациента от халюцинациите и включване в междуличностни занимания и реални ситуации.

- В периода на затихване на психозата да се привлече пациентът към ежедневна активност/трудотерапия, без да се насилва (по желание).

3) Помощ на пациента в разпознаване на отключващите механизми.

- Проява на отношение на приемане и насърчаване на пациента да сподели съдържанието на халюцинацията си.

*Оценка на резултатите:* Към момента на изписването пациентката може да обозначава халюцинациите си като „нереални“ и като симптом на своето заболяване.

### **Проблем**

**Дефицит на самообслужване**, перцептивни или когнитивни увреждания, доказани от затруднения при изпълнение на задачи, свързани с хигиена, обличане, поддържане на външния вид, хранене и тоалетна.

### *Цел/очаквани резултати:*

- Пациентката ще прави сутрешен и вечерен тоалет ежедневно;

- Пациентката ще взема душ поне 2 пъти седмично;

- Ще носи чисти и подходящи дрехи.

### *Планиране. Сестрински интервенции:*

- Подпомагане при самообслужване.

- Насърчаване използването на четка за зъби, кърпа, сапун за миене и други тоалетни принадлежности.

- Насърчаване на правилния избор на облекло.

- Осигуряване на напомнания „стъпка по стъпка“ за хигиена и обличане, като например „Измийте дясната страна на лицето си и сега лявата“.

*Оценка на резултатите:* Наблюдава се подобрение в грижите за личната хигиена. Пациентката сама подбира облеклото си.

Планът за сестрински грижи, базиран на идентифицираните проблеми на пациента и сестринските интервенции, заедно с фармакотерапията повлияха положително върху на симптомите на шизофрения в представения случай. Към момента на изписването пациентката може да обозначава халюцинациите си като „нереални“ и като симптом на своето заболяване. Наблюдава се подобрение в грижите за личната хигиена, сама подбира облеклото си.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Разстройствата от шизофрениния спектър засягат дълбоко живота на човека и цялостните сес-

трински грижи са от първостепенно значение за насърчаване на възстановяването и социалното функциониране на пациента. Ролята на медицинските сестри и на сестринските практики в грижите за пациентите е изключително важна.

В допълнение към специфичното лекарствено лечение, планът за сестрински грижи и ефективната сестринска намеса дават приоритет на грижата, ориентирана към човека, с фокус върху терапевтичните взаимоотношения, осигуряването на подкрепа за справяне и насърчаването на социалните способности, подобрявайки качеството на живот на хората.

### **Библиография**

1. Антохин ЕЮ, Ерзин АИ, Епанчинцева ГА и др. Роль когнитивных нарушений в формировании особенностей проактивности и социального функционирования у больных шизофренией. Неврологический вестник. Журнал им. ВМ Бехтерева, 2017; 49(2):5-12.
2. Велева И, Стоименова М, Чумпалова П и др. Влияние на когнитивните нарушения върху инвалидността при болни с параноидна шизофрения. Сб. доклади, Юбилейна научна конференция с международно участие «Нови подходи в общественото здраве и здравната политика», 2020, 384-389.
3. Драганова Д. Значение на участието на медицинската сестра в психосоциалната рехабилитация в услуги в общността за повишаване качеството на живот на психично болни. Здравни грижи, 2014, (1).
4. Недева Т, Шербанов О. Роля на медицинската сестра в управление на пациент с делир. НТ на РУ, 2015, 54, 207-211.
5. Ayano G. Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. J Schizophren Res, 2016, 3(2), 2-7.
6. Bażydło M, Giezek M, Zabielska P et al. Osamotnienie pacjenta psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Psychiatr. Pol. Online First, 2018; 101: 1-14.
7. Green MF, Horan WP, Lee J. Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. World Psychiatry: Official J World Psychiatr Assoc (Wpa), 2019, 18: 146-161.
8. Haller CS, Padmanabhan JL, Lizano P et al. Recent advances in understanding schizophrenia. F1000Prime Reports, 2014;6:57.
9. Tasijawa FA, Suryani S, Sutini T et al. Recovery from 'schizophrenia': Perspectives of mental health nurses in the Eastern island of Indonesia. Belitung Nurs J, 2021, 7(4), 336-345.
10. Vrbova K et al. Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits – a cross-sectional study. Neuro Endocrinol Letters, 2018; 39(1): 9-18.

## СЪДОВИЯТ ДОСТЪП В ХЕМОДИАЛИЗНОТО ЛЕЧЕНИЕ – AV ФИСТУЛА

Г. Георгиева, П. Добрилова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. Д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## VASCULAR ACCESS IN HEMODIALYSIS TREATMENT – AV FISTULA

G. Georgieva, P. Dobrilova

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** One of the most significant discoveries in medicine in the 20th century are extracorporeal methods for the treatment of chronic kidney diseases in their terminal stage. The options for renal replacement therapy are hemodialysis, peritoneal dialysis, or kidney transplantation. It is not possible to cover the needs of the high number of people needing transplants, so introduced in the 1960s programmed hemodialysis remains the mainstay of renal replacement therapy. The duration and frequency of the procedure for Europe, Japan and the USA is three times a week for several hours. Having a well-functioning access, with adequate blood flow, allows for the most effective dialysis treatment. Natural blood vessels cannot provide sufficient blood flow, which is why it is necessary to construct a permanent vascular access – AV (arteriovenous) fistula or AV (arteriovenous) prosthesis or CVC – central venous catheter. The most physiological way and „gold standard“ in patients on periodic hemodialysis is AV fistula. The construction and maintenance of adequate vascular access, reducing the risks of complications related to it, are of key importance for long-term survival, the adequacy of the treatment and a factor for a better quality of life. Successful management of vascular access requires the efforts of a multidisciplinary team of nephrologists, vascular surgeons, nurses. Cooperation, commitment of the patients and increasing their health literacy are decisive factors in the long-term use of vascular access. The aim of the review is to trace some aspects of the provision and management of vascular access Arteriovenous fistula (AVF). Materials and methods: To achieve the goal of the research, a historical and documentary method was used, and normative documents and the available literature on the subject were studied. Results: In patients with end-stage chronic kidney disease (ESRD) undergoing periodic hemodialysis, vascular access is a key factor in obtaining an adequate dialysis dose and a high quality of dialysis treatment. Findings and conclusion: The provision, management and care of AVF requires a coordinated multidisciplinary team approach, in which the patient is an active partner. AVF is recognized as the „Gold Standard“ worldwide.

**Key words:** quality of life, vascular access, arteriovenous fistula dialysis, health literacy

**Адрес за кореспонденция:** Галя Георгиева, тел.: 0876833153, e-mail: g.georgieva@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Galya Georgieva, tel.: 0876833153, e-mail: g.georgieva@filialvratsa.mu-sofia.bg

## ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничните бъбречни заболявания са глобален проблем за общественото здраве, като засягат милиони хора по света. По данни на годишния доклад на European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) в края на 2020 г. общият брой на лицата с хронично бъбречно заболяване (ESRD) на заместителна терапия в Европа е 654 932 души, като очаквани-

ята са броят им да се увеличи двукратно до 2030 г. Според съвременната класификация терминалният стадий на хроничното бъбречно заболяване (ESRD) се характеризира с намаляване на гломерулната филтрация под 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, налагащо прилагането на бъбречнозаместителна терапия. Възможностите са хемодиализа, перитонеална диализа или бъбречна трансплантация. Към момента програмната хемодиализа е водеща като бъбречнозаместителна терапия. Според све-

товната статистика между 65 и 80% от пациентите са на хемодиализно лечение [15, 17, 19, 23].

Хемодиализата (HD) е метод за екстраренално пречистване на кръвта при остра и хронична бъбречна недостатъчност. Международните препоръки за хемодиализно лечение са то да се провежда най-малко 3 пъти седмично, а общото ефективно време на диализа трябва да бъде най-малко 12 часа седмично. По време на диализната процедура е необходимо да се обработи (да премине през диализатора) значително количество кръв, което естествените кръвоносни съдове не могат да осигурят, и това налага необходимостта от конструирането на специален съдов достъп.

Възможностите за осигуряване на съдов достъп са артериовенозна фистула (AVF), артериовенозна протеза (AVG) и централни венозни катетри (CVC) (временни и тунелизирани) [3, 5, 7, 9, 16].

Големият технологичен и медицински напредък в областта на диализното лечение води до увеличената продължителност на живота на пациентите на хемодиализно лечение. Основна роля има съдовият достъп, необходим за осъществяване на периодичната хемодиализна процедура. Той трябва да осигурява адекватен кръвен дебит, да функционира правилно, да има възможност да се използва дългосрочно и рискът от усложнения и инфекции да е минимален. Артериовенозната фистула е най-близо до тези изисквания в сравнение с другите възможности за съдов достъп. Призната е в световен мащаб за „златен стандарт“ при болни на периодична хемодиализа.

Според критериите за добра медицинска практика най-малко 50% от пациентите трябва да започват хемодиализно лечение с функциониращ траен съдов достъп и минимум 80% от пациентите на хемодиализно лечение над 3 месеца трябва да провеждат хемодиализа с траен съдов достъп, преимуществено с артериовенозна фистула [4, 5, 6, 8, 16, 18].

### **КРАТКИ ИСТОРИЧЕСКИ ДАННИ ЗА ОСИГУРЯВАНЕТО НА ПОСТОЯНЕН СЪДОВ ДОСТЪП**

Екстракорпоралните методи за лечение са едни от най-съществените открития на медицината през XX век. В ранните години от историята на хемодиализното лечение основен проблем е осигуряването на постоянен съдов достъп. След изобретяването на първия изкуствен бъбрек през 1943 г. от д-р Kolff става възможно провеждането на диализна процедура, но броят на диализ-

ните сесии е ограничен до броя на местата за пункция на съдове. През 1949 г. Allwall се опитва да използва гумена тръба и стъклена канюла за свързване на артерия и вена, като по-късно неговата идея дава възможност да се разработи от Quinton, Dillard и Scribner (Сиатъл, САЩ) артериовенозен (AV) тefлонов шънт [3, 6, 7].

60-те години на XX в. отбелязват големия напредък в лечението на пациентите с хронично бъбречно заболяване в терминален стадий. Началото на поддържащата хемодиализна терапия е на 9 март 1960 г., когато Scribner създава външен AV шънт и поставя началото на дългосрочното лечение на пациенти с хронична бъбречна недостатъчност. На 19 февруари 1965 г. Cimino, Brescia и Appell извършват първата операция за образуване на артериовенозна фистула със собствените съдове на пациента, между a. radialis и v. cephalica на недоминиращата ръка. Brescia, Cimino, Appell и Hurwich през 1966 г. публикуват историческата статия „Хронична хемодиализа с използване на венепункция и хирургично създадена артериовенозна фистула“ [8, 10, 11, 13].

С възможността да се осигури постоянен съдов достъп се прави огромна крачка напред в лечението на терминалната бъбречна недостатъчност при пациентите, провеждащи хемодиализно лечение.

### **АРТЕРИОВЕНОЗНА ФИСТУЛА**

AVF е хирургично създадена артериовенозна анастомоза между артерия и близка вена със собствените съдове на пациента [3, 4, 6, 18, 21].

В сравнение с другите възможности артериовенозната фистула има своите **предимства** поради използването на собствените съдове на пациента, най-физиологичен метод е, локализацията я прави лесна за достъп, рискът от инфекции е минимален и при правилна грижа може да функционира десетилетия.

Адекватният съдов достъп е необходимо да отговаря на някои **изисквания**:

- да се осигури достатъчен кръвен поток с две игли, най-малко 350 ml/min;
- да е върхностно разположен и достъпен за канюлиране, с достатъчна повърхност за пунктиране, което да осигури достатъчно разстояние между иглите и да не се допусне рециркулация; минимален риск от усложнения;
- да е подходящ за чести пунктирания (три пъти седмично).

От значение е и осигуряването на комфорта на пациента поради продължителността на диализната процедура от 4-6 ч [8, 13, 18, 21, 22].

Основен **недостатък** е необходимият период на „узряване“ преди използването ѝ, както и пунктирането с две игли трикратно седмично.

**Планирането** на съдовия достъп има решаващо място при лечението на пациенти с напреднало бъбречно заболяване. За създаването на съдов достъп от съществено значение са наличието на съпътстващи, метаболитни заболявания, възрастта, полът, както и индивидуалните особености на пациента. Болните с прогресиращо хронично бъбречно заболяване и креатининов клирънс под 25 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> в преддиализния период, и очаквания да се започне диализно лечение до една година трябва да се подготвят за бъбречнозаместващо лечение [5, 6, 15, 16, 23]. Ключов момент за гарантиране успеха на съдовия достъп е изборът на подходящото време и насочването на пациента към съдов хирург за създаване на артериовенозна фистула. Ранното насочване води до по-добре функционираща AVF, докато късното насочване намалява възможността за съзряване на AVF и е свързано с необходимост от централен венозен катетър. Насоките за добра клинична практика препоръчват създаването на артериовенозна фистула да е от 3 до 6 месеца преди началото на хронично диализната терапия. От съществено значение е да се запазят вените на предмишницата при пациента. Едната ръка на пациента се пази за бъдещо конструиране на траен съдов достъп. Необходимо е да се избягват интравенозни манипулации, пациентите се съветват за подходящи упражнения за ръце и адекватна хидратация [3, 9, 11, 16].

**Предоперативната** подробна анамнеза, физикалният преглед, оценката на венозната, артериалната и кардиопулмоналната система играят важна роля при избора на венозния достъп. Данни за диабет, атеросклероза, оперативни интервенции, катетеризации, травми, вродени или придобити аномалии биха компрометирали предстоящия съдов достъп.

Физикалното изследване е незаменимо средство за оценка на венозната и артериалната система при пациенти, очакващи конструиране на съдов достъп, и включва измерване и сравняване на артериалното налягане между двата горни крайника, наличие на оток на крайника, колатерални вени, пулсации, тест на Allen и др. Прилагането на образни методи – дуплекс доплерово

изследване, флебография, артериография, ЯМР и др., дава възможност за измерване на артериалните диаметри, потока и дълбочината на съдовете [3, 4, 11, 16, 21].

**Приоритетните места** за създаване на артериовенозна фистула (AVF) при пациенти, нуждаещи се от дългосрочно провеждане на диализно лечение, могат да се определят като първични и вторични или третични.

Според насоките на NKF-K/DOQI редът на мястото за хирургичната интервенция за първична AVF за хемодиализа е следният:

- Радиоцефалична AVF (в дисталната трета на предмишницата);
- Брахицефалична AVF (в кубиталната област).

Препоръчително е мястото на първоначалното конструиране на съдовия достъп при възможност да е на недоминиращата ръка. При невъзможност се предприемат други локализации, вторични или третични методи.

Възможни са различни видове артериовенозни анастомози:

- Латеро-латерална;
- Латеро-терминална;
- Термино-терминална.

Днес са известни много модификации на артериовенозната фистула. Предпочитан метод остава формирането на нативна AVF във варианта Brescia-Cimino между a. radialis и v. cephalica [3, 8, 9, 11, 16, 19, 21].

След хирургичното конструиране при успешно направена анастомоза вената се изпълва и дилатира от притока на артериална кръв, стената се удебелява (процес на „артериализиране“), установяват се характерен трил и пулсация. Използването ѝ не е възможно да се осъществи веднага, необходим е период на „узряване“. Времето на узряване е индивидуално.

„**Зряла**“ е фистулата, която има адекватен венозен диаметър, непрекъснат трил и пулсация, подходяща дължина, достатъчно повърхностна е, за да се пунктира с две игли, и се очаква да осигури достатъчен кръвен поток. Препоръчва се минималният период на зреене да бъде най-малко 4 седмици.

„**Функционална**“ артериовенозна фистула е, когато е канюлирана успешно с две игли, за период от най-малко 6 диализни сесии през период от 30 дни и доставя предписания кръвен поток по време на процедурата (обикновено най-малко 300 ml/min) [3, 4, 9, 10].

ERBP препоръчва минималният период на зреене в идеалния случай да бъде най-малко 4 седмици, AVF поток > 600 mL/min и диаметър > 5 mm, като ултразвуковото изследване може да потвърди съзряването на AVF.

Съгласно насоките NKF-K/DOQI от 2006 г. тя може да се определи като функционална, за успешно канюлиране, по правилото 6 x 6 x 6 – когато потокът е > 600 mL/min, вената има минимален диаметър от 0,6 cm, не надвишава дълбочината от 0,6 cm и границите са ясно разпознаваеми, не по-рано от 30 дни, за предпочитане след 3-4 месеца.

Фистулата се смята за неадекватна, ако:

- тромбозира, преди да бъде използвана;
- не е възможно използването ѝ шест месеца след нейното конструиране;
- не осигурява достатъчен поток за осъществяване на адекватна диализа;
- преди разработването ѝ се използват други методи за съдов достъп – AVG или постоянен тунелизиран катетър CVC [10, 14, 18, 22, 24].

Артериовенозната анастомоза доказано е с най-нисък риск от **усложнения** в сравнение с алтернативните методи за съдов достъп. Рисковете и усложненията, които я съпътстват, са основната причина за хоспитализация на пациентите, понякога водещи до трайната загуба на достъпа. Недостатъчно съзряване на AVF, стеноза, тромбоза – ранна и късна, инфекции, аневризми, „синдром на кражбата“, исхемия на крайника, кръвотечения, усложнения, свързани с пунктирането на съдовия достъп, и др. Проходимостта и функцията са от огромно значение при управлението на съдовия достъп за дългосрочното лечение на пациентите, понижаване на заболяемостта и смъртността. **Оценката** на AVF скоро след създаването ѝ и след това периодично по време на нейния живот е необходима чрез физически преглед за откриване на признаци, предполагащи наличие на дисфункция, или чрез периодична оценка. Наблюдението, физическият преглед (палпация, аускултация, измерване на кръвния поток) и използването на различни директни и индиректни методи (ултразвук, ангиография, ЯМР и др.) дават възможност да се мониторира артериовенозната фистула. За ефективното функциониране на съдовия достъп може да се съди и чрез измерването на адекватността на диализното лечение чрез – urea reducing ratio (URR) и уреинокинетично моделиране – Kt/V, и постигането на стойности URR > 65% и Kt/V > 1,2 [5, 9, 10, 17, 23].

## КАНЮЛИРАНЕ НА АРТЕРИО-ВЕНОЗНАТА ФИСТУЛА

Инициативата от 2003 г. Fistula First Initiative (предимно фистула) на KDOQI подчертава основен момент от функционирането на AVF: нейното канюлиране.

Успешното канюлиране на AVF с помощта на безопасна и ефективна техника, която минимизира увреждането за пациента, е решаващ момент за хемодиализното лечение. Отговорностите относно канюлирането на трайния съдов достъп са предимно на медицинската сестра. Тя трябва да е достатъчно умела и квалифицирана за успешната манипулация. Изборът на правилното място и правилната техника са основни фактори за оптимално проведена диализна сесия. Първото канюлиране трябва да се извърши само от медицинска сестра с необходимия опит и квалификация [18].

Преди всяка диализна процедура и преди всяко пунктиране е необходима оценка на функцията на AVF за постигане на оптимален кръвен поток, осигуряващ адекватна диализа.

Канюлирането на AVF е възможно да се извърши с една от следните техники:

- тип “въжена стълба” (rope – ladder technique);
- тип “илик” (buttonhole technique);
- тип ограничен участък (area technique).

От особено значение е правилният избор на пункционна игла (пациентът получава около 312 убождания в годината).

Обработката на пункционните места е необходимо условие за превенцията на инфекциите. Въведените в съдовия достъп диализни игли трябва да са добре фиксирани и да не се позволява тяхното изместване. С края на диализната сесия внимателното отстраняване без промяна на посоката изключва травма на интимата и разкъсване на съда. Немаловажна е дозираната компресия на пункционните места. Използването на правилната техника на канюлиране и управлението на съдовия достъп са от решаващо значение за дългосрочното използване на AVF, предотвратяват образуването на аневризми, псевдоаневризми, стенози, хематоми и инфекции [3, 9, 16, 18].

## Пациентът и грижата за артериовенозната фистула

Според насоките за съдов достъп на KDOQI, 2019 г., се препоръчва индивидуалният подход,

включващ личните и субективни предпочитания на пациента. Фокусът трябва да бъде върху индивидуализирането на грижите за пациентите, като пациентът да бъде поставен на първо място. Грижата за артериовенозната анастомоза е необходимо да започне още след конструирането и продължава през целият период на използването.

Включването на болните в подготовката за хемодиализа, грижата за съдовия достъп и неговото запазване изисква активното участие на пациента. Болните трябва да бъдат обучени и да получат практически умения в грижата за съдовия достъп. Прилагането на обучителни методи може да подпомогне пациентите да овладеят и поддържат компетенции за доброто управление на съдовия достъп [1, 2, 4, 10, 12].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериовенозната фистула е призната като „златен стандарт“ в световен мащаб. При пациенти в краен стадий на хронично бъбречно заболяване, провеждащи периодична хемодиализа, съдовият достъп е ключов фактор за получаването на адекватна диализна доза и за високо качество на диализното лечение. Осигуряването, управлението и грижата за AVF са предизвикателство и изискват координиран подход на мултидисциплинарен екип от нефролози, съдови хирурзи, рентгенолози, медицински сестри и др. Привличането на пациентите като партньори, чрез непрекъснатото обучение и информираност за тяхната артериовенозна фистула, позволява на болния да живее със своето заболяване дългогодишно, да забави възможно най-дълго появата на усложнения и да запази своята автономност.

Настоящото изследване се провежда в изпълнение на научноизследователски проект, финансиран от МУ – София, Договор №: Д-156/03.08.2023 г., от конкурса „Млад изследовател – 2023“.

## Библиография

1. Богданова К. Квалификацията на медицинската сестра като условие за качествено управление на здравните грижи. Академично списание „Управление и образование“, 2019, 15(5), 144-149.
2. Добрилова П, Златанова Т. Обучението на медицинските сестри като гаранция за качество на тяхната дейност. Девета

- международна конференция, 2012, Предизвикателства пред съвременната икономика, Бояна, 1309-1318.
3. Краев З. Съдов достъп. Перитонеална диализа. София, Парадигма, 2008.
  4. Монтройл Б, Стайкова Св, Денчев Б. Съдов и перитонеален достъп за диализа – TASK критерии. Варна, Стено, 2006, 9-63.
  5. НАРЕДБА № 41 от 24.09.2009 г. за утвърждаване на медицински стандарт «Диализно лечение». Издадена от министъра на здравеопазването. Обн., ДВ, бр. 83 от 20.10.2009 г., изм. и доп., бр. 64 от 17.08.10 г., бр. 92 от 23.11.10 г., бр. 37 от 17.05.16 г.
  6. Ненов Д. Справочник по нефрология. Варна, Стено, 2018.
  7. Паскалев Е и др. Нефрология. София, Булгарресурс, 2015.
  8. Стайкова Св. Съвременен алгоритъм при съдов и перитонеален достъп за диализа. Варна, Стено, 2013.
  9. Стайкова Св. Съвременни аспекти на съдовия достъп и влиянието му върху адекватността на хемодиализното лечение. Нефрология, диализа и трансплантация, 2020, 26(1), 54-58.
  10. Стоянов А. Някои аспекти на адекватността на диализата и пътища за оптимизирането ѝ. Дисертационен труд, Варна, 2002, 90-111.
  11. Тодоров В, Досев Д. Съдов достъп в хемодиализата. Плевен, ЕА, 1999.
  12. Чанева Г. Професионалните компетенции на медицинските сестри – гаранция за утвърждаване на професията в съвременното здравеопазване. Здравни грижи, 2015, (1).
  13. Лашутин СВ. Мировая история гемодиализа. История медицины. Нефрология, 2004, 8(3).
  14. Chan TC. Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney International, 2019, 96, 37-47.
  15. ERA Registry Annual Report, 2020.
  16. ERA-EDTA. Обобщени препоръки на Европейската комисия за добра клинична практика в нефрологията (ЕКДКПН).
  17. ERBP: Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR < 45ml/min). Nephrol Dialys Transplant, 2016.
  18. European Dialysis and Transplant Nurses Association /European Renal Care Association (EDTNA/ERCA).
  19. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Official J Int Soc Nephrol, 2013, 3(1).
  20. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl, 2013; 3: 1-150.
  21. Lok CE, Huber TS, Lee T et al. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. Am J Kidney Dis, 2020, 75(4), S1-S164.
  22. National Kidney Foundation. 2006 Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations, ISBN 1-931472-22-X.
  23. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. 2002, National Kidney Foundation, Inc.
  24. Schmidli M, Widmer K, Basile C et al. Vascular access: 2018 clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery (ESVS). Eur J Vascul Endovasc Surg, 2018, 55(6), 757-818.

## ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ. РОЛЯ НА ЕКИПИТЕ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ КАТО ИНСТРУМЕНТ ЗА ЕФЕКТИВНА РАБОТА

А. Илиева

Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

### INTERDISCIPLINARY COLLABORATION IN HEALTHCARE. ROLE OF TEAMS IN HEALTHCARE AS A TOOL FOR EFFECTIVE WORK

A. Ilieva

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Healthcare is delivered in an extremely complex environment. Despite highly skilled, dedicated clinicians, there are currently unacceptably high rates of communication failures and adverse events. Effective teamwork, combined with reliable care processes, is essential to the consistent delivery of high-quality care. Practical concepts and tools are offered that address team behavior such as structured communication, effective affirmation/critical language, psychological safety, situational awareness, and effective leadership. Examples of growing clinical evidence of improved patient outcomes and reduced harm as a result of effective teamwork training are cited. Teamwork is extremely important to work efficiency not only in the healthcare system and practice, but also in business and organizations in general.

**Key words:** teamwork, healthcare, collaboration, health systems

Адрес за кореспонденция: Анелия Илиева, e-mail: a.dimitrova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Aneliya Ilieva, e-mail: a.dimitrova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Екипът и екипната работа се отнасят до група от хора, които работят заедно по постигането на обща цел или изпълнението на конкретна задача. Екипната работа включва сътрудничество, координация и взаимодействие между различни индивиди, всеки от които допринася със своите умения, знания и опит в полза на общия резултат.

Един екип обикновено е съставен от различни специалисти или членове, които се допълват един друг, като внасят различни перспективи и умения. Ключовите характеристики на ефективния екип са доверие, открито общуване, взаимно уважение, способност за решаване на конфликти и способност да се работи заедно към общата цел.

Екипната работа важи за различни области, включително бизнеса, здравеопазването, образованието и други, като представлява основа за постигане на успешни резултати и по-ефективно изпълнение на задачи чрез съвместни усилия [6].

Ефективната работа в екип и ефективната комуникация са от съществено значение за предоставянето на безопасно и надеждно здравеопазване. Понастоящем около 25-33% процента от хоспитализираните пациенти изпитват нежелано събитие, за което се счита, че в голям процент може да бъде избегнато. Успешният подход към по-ефективна грижа и намален клиничен риск изисква комбинация от по-надеждни процеси на грижа, като симулиране и тренировки за спешни случаи, както и ефективна работа в екип.

Културна промяна, която се фокусира върху това как квалифицираните индивиди работят съвместно в сложни системи, е необходима за обучението и прилагането на ефективна работа в екип. Исторически погледнато, здравните специалисти и клиницистите са обучавани да бъдат експерти с очакването, че могат да се обединят без съгласувани норми на екипно поведение и да предоставят висококачествена грижа без грешки [1].

Екипът е група от хора, които имат общи цели и функции, които са обединени от общ лидер и работят в една сфера. Екипът е много повече от група хора. Ян Флеминг защитава мнението, че разликите между екип и група са труднодоловими, но много съществени. Хората прекарват по-голяма част от времето си в групи – на работа, къщи, на различни места, но повечето от тези групи не могат да се нарекат екипи в истинския смисъл на думата [2].

Хората в групата работят заедно, чувствата им не са свързани с работата, докато откритостта и доверието са само привидни, конфликтите се разгарят или потушават, целите и задачите или са

неясни, или са лични. Всичко това е характерно за така наречената работна група.

Към създаването на екип се пристъпва, когато е налице потребност от екипна работа, а именно [3]:

- Когато трябва да се разреши сложен проблем;
- При бързи промени, които са свързани с нововъведения;
- При доказана необходимост от сътрудничество по конкретна задача;
- Когато е налице несигурност относно изпълнението на задачата.

Ефективният екип се характеризира с доверие между хората, винаги се обсъждат и разрешават конфликтите, открито е изразяването на чувствата, споделянето на информацията е свободно, всички хора се поддържат взаимно, а екипните цели имат превес над индивидуалните.

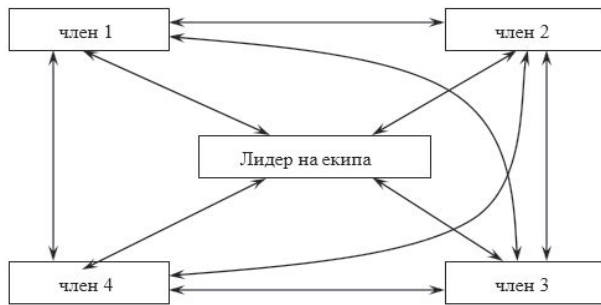
Ефективната работа в екип се характеризира с различни поведения, които допринасят за съвместна, продуктивна и хармонична работна среда. Някои ключови поведения, които насърчават ефективната работа в екип, са посочени в табл. 1 [5].

Таблица 1. Ключови поведения за ефективност на работния екип

Комуникация	Откритата, честна и честа комуникация е фундаментална. Членовете на екипа трябва да могат да изразяват идеи, да слушат активно и да предоставят обратна връзка по уважителен начин. Чрез ясната и прозрачна комуникация се избягват недоразуменията и се гарантира, че всички са на една и съща страна.
Сътрудничество	Съвместната работа за постигане на общи цели е от решаващо значение. Членовете на екипа трябва да имат желание да споделят отговорности, да се подкрепят взаимно и да използват силните си страни за изпълнение на задачите.
Уважение	Оценяването и зачитането на мненията, гледните точки и приноса на всички членове на екипа са от съществено значение. Уважаването на многообразието и различните гледни точки обогатява възможностите на екипа за вземане на решения и разрешаване на проблеми.
Отговорност	Всеки член на екипа трябва да поеме отговорност за своите задачи и ангажименти. Отговорността гарантира надеждност и помага за поддържане на доверието в екипа.
Адаптивност	Да бъдеш гъвкав и отворен за промяна, е важно. Екипите, които могат да се адаптират към нови ситуации, предизвикателства и развиващи се нужди, са по-склонни да успеят.
Разрешаване на конфликти	Конфликтът е естествен, но как се управлява може да определи ефективността на екипа. Здравите екипи решават конфликтите конструктивно, като намират решения чрез преговори и компромис, вместо да позволяват на разногласията да попречат на напредъка.
Подкрепа	Подкрепата и подпомагането на членовете на екипа, особено по време на предизвикателства, насърчават положителна и насърчаваща екипна култура.
Емпатия	Разбирането и съпричастността към предизвикателствата, емоциите и перспективите на другите в екипа допринасят за подкрепяща и сплотена работна среда.
Лидерство и последователност	Ефективните екипи признават важността на лидерството, но също и значението на споделяното лидерство и последователност. Членовете трябва да знаят кога да поемат инициативата и кога да подкрепят другите във водещи инициативи.
Празнуване на успеха	Признаването и празнуването на постиженията, големи и малки, помагат за повишаване на морала, укрепване на екипната работа и мотивиране на членовете на екипа.

Когато тези поведения се практикуват последователно в екип, те допринасят за положителна и продуктивна работна атмосфера, позволявайки на екипа да постигне целите си ефективно и успешно.

Връзките между членовете на екипа са представени на фиг. 1 [3].



Фиг. 1. Взаимовръзки в екипа

Обмяната на всякакъв вид информация е многопосочна между всички членове на екипа. Екипът изпълнява следните основни функции [4]:

#### Анализ и целеполагане

Всички имат пълна и еднаква информация и разбиране за ситуацията, в която е екипът, и я анализират ефективно. Екипът определя своите дългосрочни цели в съответствие с общите цели на организацията и своите краткосрочни цели. Целите на екипа са ясни, еднакво разбрани и приемани от всички. Съществена особеност е, че за всички е ясно какво е успехът, към който се стремят, и кои са критериите за качество.

#### Планиране

При екипното планиране екипът проявява творчество в обсъжданията си, анализират се различни алтернативи и се избира най-добрата, като решенията се вземат с консенсус и са ясни и еднакво разбрани от всички. Съвместното планиране води до това, че плановете са ясно разбрани от всички и са преценени съгласно възможностите на екипа, съвместно се договарят и следващите стъпки и действия на всеки от членовете и на екипа като цяло.

#### Организиране и изпълнение

Екипът сам определя кои са принципите на неговата работа, разпределя задачите между членовете си и се грижи за синхронизирането на дейностите. Особеностите на тези функции при екипите са:

1) Членовете на екипа могат да са достатъчно гъвкави и да сменят ролите и функциите си в процеса на изпълнението на работата, ако това се изисква от ситуацията;

2) Съществува процес на непрекъснато подобрене на начина на извършване на работата;

3) Екипът следи за качеството на работата си и може успешно да се справи с допусканите грешки.

#### Подбор и оценка на персонала

Екипът разработва критериите за подбор на нови членове въз основа на необходимите му ресурси, нови дейности, нови компетенции, съществуващите норми и критерии за качество. Самият процес на подбор също се осъществява от екипа. Оценката на работата и резултатите на екипа и на всеки негов член също се извършва на база общоустановени критерии и показатели.

#### Контрол

При общия екипен контрол на работата контролът е непрекъснат и на малки интервали, за да се осигурява качество по всяко време. Екипът сравнява постигнатите резултати с приетите от него цели и критериите за успех и качество, въз основа на което може да направи адекватни изводи и да предприеме правилните последващи или коригиращи действия.

#### Управление на финансите

В рамките на своя бюджет, екипът управлява своята финансова ефективност.

Като основни функции в екипа могат да бъдат посочени следните:

- Ръководство на екипа, което се изразява както в неговото формиране, така и в определянето на положителните и отрицателните страни на екипа и параметрите на желаните резултати;
- Генериране на нови идеи и начини за изпълнение на задачите;
- Експертна оценка на начина, по който могат да бъдат изпълнени задачите, и постигнатите при това резултати;
- Осигуряване на баланс в екипа;
- Изработване на ефективни управленски решения;
- Осигуряване на взаимодействието между отделните членове на екипа.

Въз основа на така очертаните функции в екипа се оформят и следните екипни роли [1]:

- Лидерът – основната роля на лидера на екипа е да сформира екипа, да определи негови-

те силни и слаби страни, както и параметрите на желаните резултати.

- Стратегът – това е човекът в екипа, който използва в пълна степен въображението си, като предлага нови идеи и начини за реализиране на задачите.

- Иноваторът – това е човекът с нестандартен подход в екипа. Иноваторът предлага неочаквани идеи, които в определени ситуации са единственото решение.

- Експертът – извън своята сфера на специализация той няма особен принос към работата на екипа.

- Анализаторът – не взема страна в споровете, но се ангажира идеите да бъдат оценявани правилно и адекватно, осигурява баланс в екипа.

- Дипломатът – има огромно влияние в екипа, умения да убеждава и на практика играе ключова роля в изработването на стойностни решения.

- Координаторът – този участник в екипа осигурява ново равнище на взаимодействие между членовете, а именно издигане на екзистенциалните проблеми.

Изводът, който можем да направим, е, че екипите в здравеопазването играят ключова роля в осигуряването на комплексни и висококачествени грижи за пациентите, като същевременно подпомагат работното благополучие и ефективност на здравните професионалисти.

Благодарение на екипите и екипната работа ефективността в здравните грижи е по-висока, защото в екипите обикновено са организирани хора, които са на едно ниво, или хора, които се допълват, а това е особено важно за ефективността на всяка грижа към пациента.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Екипите играят решаваща роля в здравеопазването, като служат като основен инструмент за ефективна работа и оптимални резултати за пациентите. Това става благодарение на и чрез [2, 3]:

- Съвместна грижа: В здравеопазването екипният подход гарантира, че различни професионалисти – като лекари, медицински сестри, специалисти, терапевти и административен персонал – си сътрудничат ефективно, за да предоставят цялостна грижа на пациентите. Това интердисциплинарно сътрудничество позволява холистичен подход към

грижата за пациентите, като се вземат предвид различни гледни точки и опит.

- Подобрени резултати за пациентите: Ефективната екипна работа в здравеопазването води до по-добри резултати за пациентите. Когато различни специалисти работят заедно, те могат да обединят знанията и уменията си, за да диагностицират, лекуват и управляват пациентите по-ефективно. Този подход на сътрудничество често води до по-добри здравни резултати и удовлетворение на пациентите.

- Ефикасност и рационализирани процеси: Екипно базираната грижа може да рационализира здравните процеси. Всеки член на екипа играе специфична роля, като гарантира, че задачите се обработват ефективно и без ненужни забавяния. Това води до по-гладко функциониране в рамките на здравните заведения.

- Подобрена комуникация: Ефективната работа в екип разчита на силна комуникация между членовете на екипа. Ясната комуникация гарантира, че всички са наясно относно плановете за грижа за пациентите, промените в лечението и друга критична информация. Това минимизира грешките и недоразуменията.

- Иновации и решаване на проблеми: Екипите в здравеопазването често насърчават иновациите и решаването на проблеми. Различните гледни точки и опит могат да доведат до нови идеи и подходи към предизвикателни медицински случаи, което в крайна сметка е от полза за грижата за пациентите.

- Подкрепа и споделено обучение: Работата в екип позволява подкрепа сред колегите. Създава учебна среда, в която членовете на екипа могат да споделят своите знания, умения и опит, насърчвайки професионалното развитие и непрекъснатото учене.

- Адаптивност и гъвкавост: Здравните екипи трябва да бъдат адаптивни и гъвкави, особено когато се занимават със сложни случаи или неочаквани ситуации. Един сплотен екип може бързо да се адаптира към промените, като гарантира, че грижите за пациентите остават непрекъснати.

- Грижа, ориентирана към пациента: Грижата, базирана на екип, може да даде приоритет на подходи, ориентирани към пациента. Когато здравните специалисти работят заедно, те могат да съгласуват усилията си, за да отговорят на уникалните нужди и предпочитания на отделните пациенти.

- Намален риск от бърнаут: Екипите за сътрудничество могат да помогнат за намаляване на прегарянето сред здравните специалисти. Когато работното натоварване е споделено и има благоприятна екипна среда, тежестта върху отделните членове се намалява, което допринася за цялостното удовлетворение от работата и благосъстоянието.

Ролята на екипите в здравеопазването е ключова. Екипната работа гарантира, че пациентите получават цялостна, висококачествена грижа, като същевременно поддържа благосъстоянието и ефективността на участващите здравни специалисти.

#### **Библиография**

1. Гюрова В, Божилова В. Магията на екипната работа. С., 2006.
2. Каменов К, Хаджиев Кр, Маринова Н. Управленският процес и екипната дейност. София, НБУ, 2005.
3. Катценбах Д, Смит ДК. Мъдростта на екипите: създаване на организацията с отлично изпълнение. С., 1993.
4. Карабельова С. Управление и развитие на човешкия потенциал. С., Класика и стил, 2004.
5. Флеминг Я. Работа в екип: джобен наръчник. С., 1996.
6. Хаджиев К, Каменов К. Човешкият фактор и екипната дейност в управлението. С., 2000.

## РАЗХОДИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И КОНТРОЛ НА ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Д. Петкова, Т. Златанова, С. Пантелеев

Факултет по обществено здраве “Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

## COSTS OF HOSPITALIZATION AND CONTROL OF CHRONIC DISEASES

D. Petkova, T. Zlatanova, S. Panteleev

Faculty of Public Health „Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc“, Medical University – Sofia

**Abstract.** Chronic non-communicable diseases (NCDs) are a major cause of death and disability worldwide. 70 to 80% of annual healthcare costs are spent on chronic diseases, totaling over € 700 billion in the European Union. In this regard, the aim of this article is to analyze the costs of chronic non-communicable disease control. A survey was conducted on 417 people from all over the country. The results show that in case of hospitalization due to worsening of the chronic disease, ¼ of those hospitalized made an additional expenditure on consumables, and 21.4% of the additional expenditure was related to the purchase of medicines. Only 4.4% of respondents indicated that they had borrowed money from other people to meet health needs (for medicines, consultations, tests) related to chronic diseases in the last year and 3.7% had taken out consumer credit from a bank or other financial institution for the same purpose.

**Key words:** costs, control, chronic non-communicable diseases, hospitalization, loan, credit

Адрес за кореспонденция: Даря Петкова, e-mail: daryapet04@gmail.com

Address for correspondence: Daria Petkova, e-mail: daryapet04@gmail.com

Хроничните неинфекциозни болести (ХНБ) са главна причина за умирањията и инвалидността в света. Животът с хронично заболяване не само се отразява на качеството на живот, но също така води до отсъствие от училище или от работа, до намаляване на производителността, до по-голямо текучество на служители и до хоспитализации при влошаване на състоянието. В допълнение към напрежението, което хроничните заболявания налагат върху живота на индивида, те са голяма икономическа тежест за обществото. 70 до 80% от годишните разходи за здравеопазване са за хронични заболявания с общо над 700 милиарда евро в Европейския съюз.

В годишните отчети на НЗОК липсват данни за броя на хоспитализираните пациенти във връзка с влошаване на хроничното им заболяване. Такива данни биха дали по-ясна представа за ефек-

тивността на диспансерното наблюдение на нивото на първичната извънболнична медицинска помощ от ОПЛ с наличните средства и за необходимостта от промяна в пакета от дейности и в регулативните стандарти във връзка с контрола на тези заболявания.

В тази връзка целта на настоящото проучване е анализ на разходите за контрол на хроничните неинфекциозни болести.

За решаване на тази цел си поставихме следните задачи:

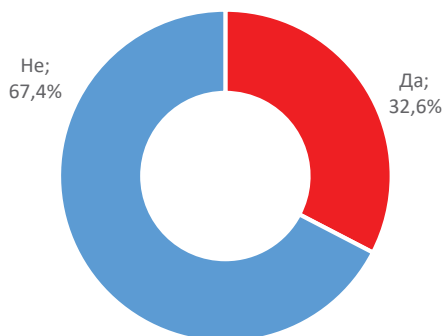
1. Анализ на относителния дял на хоспитализираните пациенти с ХНБ сред всички анкетираните.
2. Анализ на допълнителните разходи на хоспитализираните извън клиничните пътеки.
3. Анализ на необходимостта от заем или потребителски кредит за задоволяване на здравните потребности (за лекарства, консултации, из-

следвания), свързани с хроничното/ите заболяване/ия през последната година.

Проведена е пряка анонимна анкета чрез онлайн платформата Google Forms сред 417 пълнолетни граждани в България (здравноосигурени лица (ЗОЛ) над 18 години), за период от два месеца, декември 2022 г. – януари 2023 г. Използвани са описателни и аналитични статистически методи.

От участниците в проучването 65,5% (273) са жени, а 34,5% (144) са мъже. Средната възраст на анкетираните е 46 години, като преобладават работещите хора – 76%.

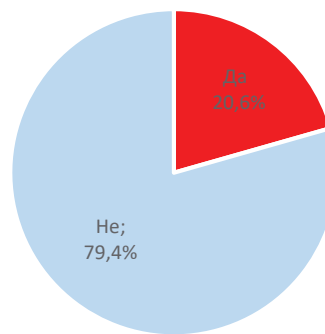
Попитахме анкетираните имат ли хронични заболявания (фиг. 1). Над 1/3 от респондентите, 32,6% (136), посочват, че имат хронично заболяване.



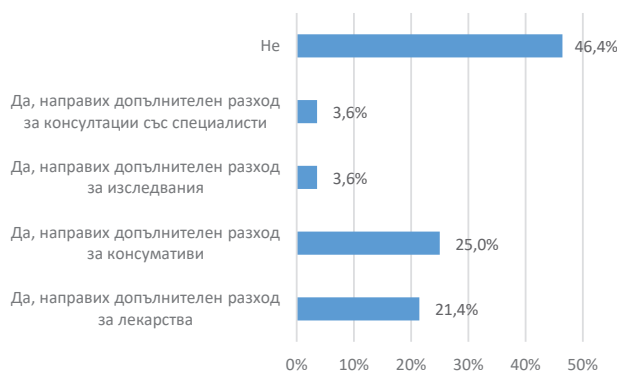
Фиг. 1. Наличие на хронично заболяване при анкетираните

От анкетираните респонденти с ХНБ 20,6% са хоспитализирани през последната година във връзка с обостряне на хроничното заболяване (фиг. 2), докато при 79,4% не се е наложил прием в болнично лечебно заведение. Интерес представлява фактът дали пролежаването в болница е свързано с допълнителни разходи за пациентите (извън потребителската такса) (фиг. 3). 46,4% от анкетираните, които са постъпили в болница във връзка с влошаване на хроничното заболяване, не са извършили допълнителни разходи (извън потребителската такса). Допълнителен разход за консумативи са направили ¼ от хоспитализираните, а при 21,4% допълнителният разход е свързан със закупуване на лекарства. По 3,6% е делът на респондентите, при които допълнителният разход при пролежаване в болницата е свързан с консултация със специалисти и с изследвания.

Много малък е относителният дял на респондентите, посочили, че са вземали пари назаем от други хора за задоволяване на здравните потребности (за лекарства, консултации, изследвания), свързани с хроничното/ите заболяване/ия през последната година – 4,4% (фиг. 4), и на тези, които са теглили потребителски кредит от банка или друга финансова институция за същата цел – 3,7% (фиг. 5).



Фиг. 2. Приеман ли сте в болница през последната година във връзка с обостряне на хроничното/ите Ви заболяване/ия?



Фиг. 3. Пролежаването в болница свързано ли е с допълнителни разходи за респондентите (извън потребителската такса)?



Фиг. 4. Вземали ли сте пари назаем от други хора за задоволяване на здравните потребности (за лекарства, консултации, изследвания), свързани с хроничното/ите заболяване/ия през последната година?



**Фиг. 5.** Теглили ли сте потребителски кредит от банка или друга финансова институция за задоволяване на здравните Ви потребности (за лекарства, консултации, изследвания), свързани с хроничното/ите заболяване/ия през последната година?

## Изводи

1. При хоспитализация по повод влошаване на хроничното заболяване допълнителен разход за консумативи са направили  $\frac{1}{4}$  от хоспитализираните, а за 21.4% допълнителният разход е свързан със закупуване на лекарства.

2. Много малък е относителният дял на респондентите, посочили, че са вземали пари назаем от други хора за задоволяване на здравните потребности (за лекарства, консултации, изслед-

вания), свързани с хроничното/ите заболяване/ия през последната година – 4.4%, и на тези, които са теглили потребителски кредит от банка или друга финансова институция за същата цел – 3.7%.

Тези резултати показват, че липсва склонност или няма наложена традиция за ползване на потребителски кредит във връзка със здравен проблем.

## Библиография

1. Пантелеев С. Икономическа ефективност на профилактиката при хронични незаразни болести. Дисертация, 2023, с. 146.
2. Янева Р, Борисова Б. Мястото на пациента в триъгълника медицина-етика-икономика. Мед меридиани, 2012, (1-2), 33-38.
3. Янева Р, Петрова-Готова Ц. Сравнителен анализ на дейността на болниците в България. Управление и образование, 2020, 16(1), 46-55.
4. Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2017-2021 г. [https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual\\_report](https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report).
5. [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenciq-hnb-2021-2025\\_htc24ZU.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenciq-hnb-2021-2025_htc24ZU.pdf)
6. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30752-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30752-2.pdf)
7. <https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes>

## КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЯНИ ОТ ЛЕКАРИТЕ ОФТАЛМОЛОЗИ

Д. Петкова

Университетска първа МБАЛ "Св. Йоан Кръстител" – София

## QUALITY OF HEALTH SERVICES PROVIDED BY OPHTHALMOLOGISTS

D. Petkova

University First MHAT „Sv. Yoan Krastitel“ – Sofia

**Abstract.** Any government health policy that strives for effective health care needs to provide quality health services to patients. The article presents and analyzes the opinion of ophthalmologists working in specialized outpatient medical care regarding some aspects of the quality of the health services provided by them. The opinions of doctors regarding the knowledge of the requirements laid down in the medical standard „Eye Diseases“, the time required for an examination and the availability of directions for research and consultations with other specialists were studied. The interaction between the primary outpatient medical care provided by the general practitioners and the specialized outpatient medical care and between the specialized outpatient medical care and the hospital care, as well as the importance of the relationship between the patient and the ophthalmologist, were analyzed.

**Key words:** quality, health services, ophthalmologists

**Адрес за кореспонденция:** Даря Петкова, e-mail: daryapet04@gmail.com

**Address for correspondence:** Daria Petkova, e-mail: daryapet04@gmail.com

---

---

Качеството на здравните услуги е фактор, към който е насочено вниманието на всяка държавна политика, целяща ефективно здравеопазване. Здравето е резултат на взаимодействието на различни фактори, като индивидуални особености, наследственост, начин на живот и поведение, влияние на социално-икономически и културни фактори, околна среда и не на последно място, здравна система. Качествените здравни услуги водят до подобряване здравния статус на нацията, чрез интегрирана здравна профилактика, ефективна здравна система, доверие на населението към нея и ангажиране на всички участващи в предоставянето и получаването на здравни грижи [1, 2, 3]. Ефективно здравеопазване означава максимална грижа за здравето на населението, като се следят и прилагат новостите в медицин-

ската наука, като се отчитат и средствата за постигане на желания резултат.

**Целта** на настоящото изследване е да се проучи и анализира мнението на офталмологизите, работещи в специализираната извънболнична медицинска помощ, относно някои аспекти на качеството на предоставените от тях здравни услуги.

За постигане на целта са изпълнени следните задачи:

1. Проучване мнението на лекарите по очни болести относно познаването на изискванията, заложи в медицинския стандарт „Очни болести“.
2. Изследване на необходимото време за първичен и вторичен преглед според респондентите.
3. Проучване и анализ на наличието на направления за провеждането на медико-диагностични изследвания (МДД) и за други специалисти.

4. Анализ на взаимодействието между първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП), осигурявана от ОПЛ, и специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП), както и между СИМП и болничната помощ.

5. Изследване значението на взаимоотношението между пациента и лекаря по очни болести.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За обективизиране на наблюдаваните резултати е използван анкетен метод.

С цел да проучим и анализираме мнението на специалистите по офталмология, работещи в специализираната извънболнична медицинска помощ, относно някои аспекти на качеството на предоставените от тях здравни услуги, проведохме анкетно проучване, в което са обхванати 53-ма лекари, в периода от 01.10.2020 г. до 31.03.2021 г., в град София.

Количествените анализи са извършени със статистически пакет приложни програми – SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на Microsoft Office.

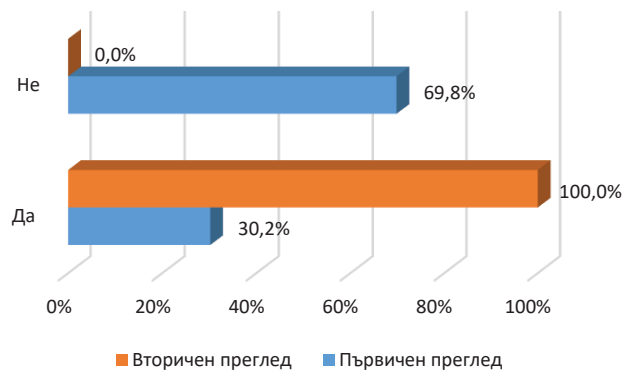
## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Съгласно медицинския стандарт „Очни болести“, утвърден в Наредба № 36 от 6.08.2010 г., специализираната извънболничната медицинска помощ по очни болести се осъществява в очен кабинет в рамките на индивидуална или групова практика, МЦ, МДЦ или ДКЦ. Организацията на дейността се ръководи изцяло от лекаря с призната специалност „Очни болести“, което налага познаването в детайли на тази наредба от лекарите офталмолози, работещи в СИМП. Във връзка с това зададохме въпрос, с който да установим познават ли респондентите действащата в страната наредба, регламентираща медицинския стандарт „Очни болести“. Резултатите показват, че 90,6% от анкетиранияте познават медицинския стандарт, като не е малък делът на лекарите (9,4%), които не го познават.

Попитани одобряват ли въведените стандарти, 48 от лекарите (90,6%) ги одобряват, докато 9,4% не могат да преценят. Нито един от анкетиранияте офталмолози не е дал отрицателен отговор, което е в потвърждение на необходимостта от този стандарт и изискванията, заложиени в него.

Едно от задължителните изисквания за оказване на качествени здравни услуги на пациентите, посетили специалиста офталмолог, е необходимото оборудване на кабинета, съгласно дейността, която извършват лекарите. Всички анкетирани отговарят, че разполагат с необходимото оборудване за кабинета по очни болести, което е предпоставка за извършване на качествено обслужване на пациентите.

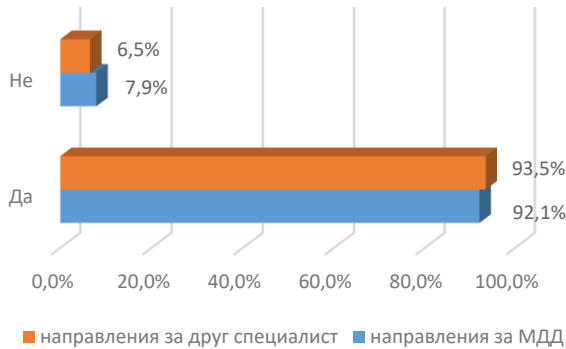
Друг важен аспект за оказването на качествена здравна помощ на пациентите е времето за преглед при специалиста. В тази връзка попитахме респондентите: „Считате ли за достатъчно времето, определено за първичен и вторичен преглед?“. Резултатите показват, че според 69,8% от анкетиранияте лекари времето за първичен преглед е недостатъчно, докато 100% са на мнение, че времето за вторичен преглед е достатъчно за качествено обслужване на пациентите (фиг. 1). Тези данни налагат необходимостта от преоценка на времето, регламентирано за първичен преглед при офталмолог, с оглед на неговото увеличаване, с цел лекарят да може спокойно да прегледа пациента, за да не се получат неволни пропуски при извършения преглед.



Фиг. 1. Считате ли за достатъчно времето, определено за първичен и вторичен преглед?

Важен аспект за поставянето на точна диагноза и за удовлетвореност на пациентите от здравните услуги е наличието на достатъчно направления за провеждането на медико-диагностични изследвания (МДД) и направления за други специалисти, тъй като при повечето пациенти се налага препращането им към друг специалист поради коморбидност при тях. Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че повечето от респондентите считат, че предоставените им направления за МДД (92,1%) и за друг специа-

лист (93,5%) са достатъчни за осъществяването на качествено здравно обслужване на посетилите ги пациенти (фиг. 2).

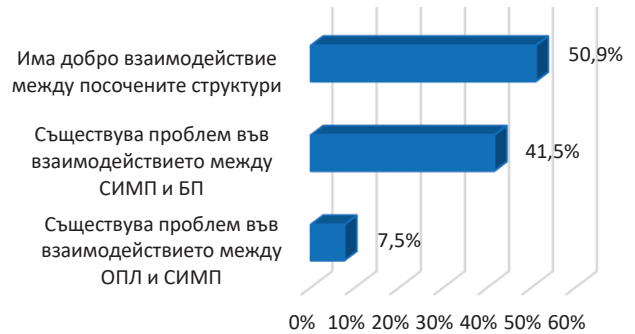


**Фиг. 2.** Считате ли за достатъчни направленията, с които разполагате, за МДД и за насочване към други специалисти?

Не е малък и делът на респондентите, според които направленията за МДД (7,9%) и за специалист (6,5%) не са достатъчни, което налага промяна в начина на формиране на регулативните стандарти, отпускани на лекарите офталмолози, с оглед осигуряване на необходимите изследвания и консултации с други специалисти на нуждаещите се пациенти.

Важна роля за оказване на качествено здравно обслужване на пациентите има и доброто взаимодействие между ПИМП, осигурявана от ОПЛ, и СИМП, както и между СИМП и болничната помощ (БП). В тази връзка зададохме въпрос на специалистите по очни болести: „Какво е мнението Ви за взаимодействието между ПИМП, в лицето на

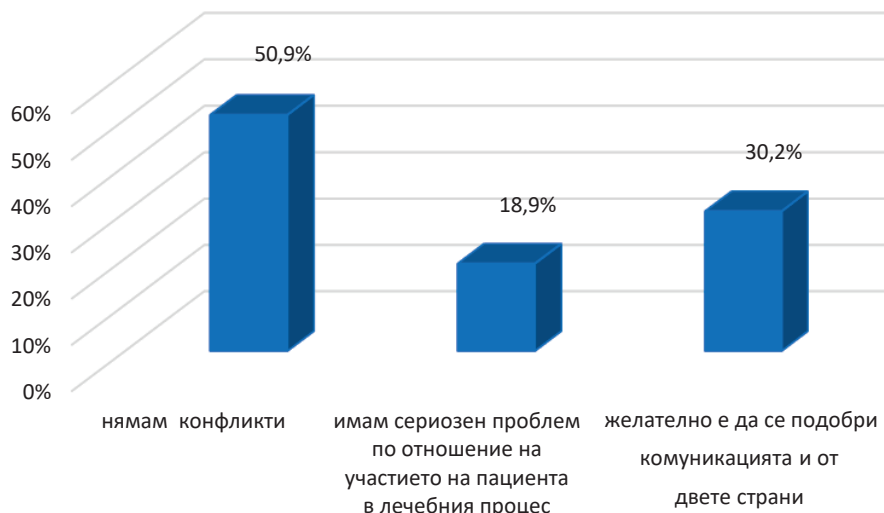
ОПЛ, СИМП и БП?“. Резултатите са представени на фиг. 3.



**Фиг. 3.** Мнение на респондентите за взаимодействието между ПИМП, в лицето на ОПЛ, СИМП и БП

Повече от половината от респондентите, 50,9%, считат, че има добро взаимодействие между посочените структури. Много голям е относителният дял (41,5%) на тези, според които съществува проблем във взаимодействието между СИМП и болничната помощ, а само 7,5% са на мнение, че има проблем във взаимодействието между ОПЛ и СИМП. Тези резултати налагат необходимостта от откриване на проблемите във взаимодействието между посочените структури с цел тяхното отстраняване и постигане на добра колаборация между структурите.

Много голямо значение за оказване на качествено здравно обслужване и за удовлетворяване очакванията на пациентите има и взаимоотношението между пациента и лекаря по очни болести (фиг. 4).



**Фиг. 4.** Мнение на лекарите офталмолози за взаимоотношението лекар-пациент в практиката им

Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че нямат конфликти с пациентите си 50,9% от респондентите. Почти една пета от специалистите (18,9%) имат сериозен проблем по отношение на участието на пациента в лечебния процес, което се отразява на качеството на оказаната помощ. Необходимо е да се работи с пациентите относно повишаване на здравната им култура и акцентирание върху необходимостта от стриктно спазване на назначеното лечение и предложенията от лекаря хигиенно-диетичен режим.

30,2% от анкетираните лекари са на мнение, че е желателно да се подобри комуникацията и от двете страни (лекар-пациент). Този резултат доказва необходимостта и от подобряване на комуникативните умения на лекарите.

Удовлетворени от заплащането, което получават, са едва трима (5,7%) от лекарите по очни болести, докато останалите 50 респонденти (94,3%) не са доволни от заплащането.

Относно препоръките, които имат лекарите, за подобряване качеството на офталмологичните услуги в СИМП, са получени следните резултати – 86,6% от респондентите препоръчват подобряване на медицинския персонал с цел повишаване на качеството на услугите в СИМП, а 13,2% предлагат подобряване на заплащането на медицинския персонал и дофинансиране на дейности в СИМП, за да не се налага заплащане от страна на пациента.

Въз основа на направения анализ на мнението на лекарите по очни болести относно някои аспекти на качеството на предоставените от тях здравни услуги, могат да бъдат направени следните изводи:

1. Много голям е относителният дял на лекарите (90,6%), които познават медицинския стандарт „Очни болести“, като толкова е делът на

тези, които одобряват въведените изисквания в стандарта.

2. Според 69,8% от анкетираните лекари времето за първичен преглед е недостатъчно, докато 100% са на мнение, че времето за вторичен преглед е достатъчно за качествено обслужване на пациентите.

3. Направленията за МДД (7,9%) и за друг специалист (6,5%) не са достатъчни, което налага промяна в начина на формиране на регулативните стандарти, отпускани на лекарите офталмолози, с оглед осигуряване на необходимите изследвания и консултации с други специалисти на нуждаещите се пациенти.

4. Много голям е относителният дял (41,5%) на тези, които считат, че съществува проблем във взаимодействието между СИМП и болничната помощ, а само 7,5% са на мнение, че има проблем във взаимодействието между ОПЛ и СИМП.

#### Библиография

1. Пантелеев С, Златанова Т, Пенчев Д. Оценка на ефективността на здравната система в България. Четиридесет и осма научно-технологична сесия КОНТАКТ 2022, 24 юни 2022, Гражданска идея в действие. ТЕМТО, 25-29.
2. Седова Б, Василева Д, Златанова-Великова Р, Кехайов А. Качество на здравните услуги в извънболничната медицинска помощ в България, регламентирано в Националния рамков договор. Сборник доклади от Четвърта научна конференция с международно участие: „Мултидисциплинарен подход в здравните грижи“, Враца, 2020, 31-35.
3. Penchev D, Petkova D, Zlatanova-Velikova R. Public attitudes, awareness and fears related to the spread of COVID-19 in Bulgaria. *Acta Medica Bulgarica*, 2023, 50(2):60-65.
4. Penchev D, Petkova D, Zlatanova-Velikova R. Public opinion on COVID-19 vaccines and vaccination in Bulgaria. *Sci Eur*, 2023, (109), 28-31.

## РАБОТАТА С АГРЕСИВНИ ПАЦИЕНТИ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ЗА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“

Пл. Георгиев, П. Добрилова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

## SERVICING AGGRESSIVE PATIENTS – A CHALLENGE FOR NURSING STUDENTS

Pl. Georgiev, P. Dobrilova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Aggression is a common problem in everyday medical practice, as medical professionals encounter it more often than other occupations. The reasons for aggressive behavior are different but most often it is provoked from the patient’s opinion for an inadequate quality of received care or dissatisfaction with the attitude of medical personnel, which is associated with an inappropriate approach and communication with patients. Regardless of their aggressive behavior, patients have the right of health care, although their acts put additional burden on the personnel responsibilities. Nurses are the part of health professionals that is most often obliged to communicate with people with anxiety. The lack of sufficient knowledge and skills for work with aggressive patients complicates fulfilment of all prophylactic and therapeutic activities targeted at this type of patients, no matter if care concerns the patient physical or mental health. This gave us a reason to study the nursing student awareness of the features of aggression, their knowledge and skills to work with this type of patients and the need of introduction of additional class work or self-education on servicing aggressive patients.

**Key words:** aggression, aggressive patients, nurse, education

**Адрес за кореспонденция:** Павлинка Добрилова, e-mail: p.dobrilova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Pavlinka Dobrilova, e-mail: p.dobrilova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Еволюцията на съвременното общество, свързана с глобализацията и техническата революция, доведе до динамични промени в неговото развитие, които са позитивни, но в същото време се създадоха и предпоставки за възникване на редица проблеми. През последните години агресивното поведение е един от най-често срещаните проблеми в ежедневната медицинска практика, свързан със засилване на изначално съществуващи агресивни черти в характера като реакция спрямо стресовата ситуация на боледуване.

Агресивното поведение се анализира чрез проявата на различни видове агресия:

1. **Пряка агресия** – изразява се чрез непосредствени физически или невербални действия. Пряката агресия е демонстрация на открито изразяване на негативното отношение на човека към нещо или към някого.

2. **Косвена агресия** – действията се поощряват от агресора, но тяхното изпълнение е чрез непосредствените действия на други хора. Непряката агресия се проявява и в индиректна форма, която не включва непосредствени силови взаимодействия, а заплахи по телефона, чрез други хора

или постоянна демонстрация на негативно отношение чрез опозиционно поведение. Установено е, че непряката агресия се проявява от несигурни в себе си хора, от хора с ниско самоуважение и ниска самооценка. За да реализират агресивно поведение, на тях им е нужна допълнителна помощ. Те се страхуват да останат очи в очи с обекта на своята омраза или с човека, който не удовлетворява техните потребности.

3. **Вербална агресия** – агресивното неудовлетворение се изразява чрез открито използване на думи.

4. **Невербална агресия** – разглежда се и като непряка агресия. Тя е свързана с когнитивната сфера на личността и много често е плод на вътрешноличностни конфликти, на системите от ценностна ориентация, на стремежите, желанията, целите на хората.

5. **Инструментална агресия** – този вид агресия най-често се среща при лицата с отклоняващо се поведение. Тя не се свързва с използването на инструмент или оръдие за постигане на личните цели, за удовлетворяване на потребности, за доказване на ценности, за отстраняване на конкуренция и др. При инструменталната агресия агресорът предварително знае какво иска да постигне и поради този факт използва различни личностни похвати. Например ако един човек винаги желае да постигне своето и е установил, че това се получава чрез провокиране на конфликт или използване на насилие, прилага тези модели към различните хора и ситуации, те стават негови инструменти. Установено е, че инструменталната агресия се използва най-често от хора, които преживяват комплекс за малоценност. При тях вариантността на поведението е ограничена, което ги прави безадаптивни.

Медицинските сестри, които работят с агресивен пациент, попадат в ситуации на физическа и вербална агресия. Това води до негативни последици за физическото и психичното състояние на специалистите по здравни грижи, но може да има и отрицателно въздействие върху мотивацията им за работа. По последни данни медицинският персонал е изложен в пъти повече на агресия спрямо другите професии. За преодоляване на проблема при подготовката на здравни специалисти трябва да се включи обучение за поведение при рискова ситуация и да се осъз-

нае от обществото важноста на уважението към тези специалисти.

## Цел

Да се проучат информираността на студентите от специалност Медицинска сестра за агресията и уменията им за работа с агресивни пациенти, с цел установяване на необходимостта от допълнително обучение за работа с такива пациенти.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследвано е мнението на 107 студенти, обучаващи се в специалност „Медицинска сестра“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“ във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца, към МУ – София. В проучването са включени студенти от трети и четвърти курс, тъй като смятаме, че студентите от първи и втори курс все още нямат достатъчно натрупани познания за работа с агресивни пациенти. Изследването е проведено в периода от септември 2023 до октомври 2023 г.

За постигане целта на проучването са използвани следните методи:

– **Анкетен метод** – проведена е пряка индивидуална анкета, състояща се от 15 отворени, затворени и полузатворени въпроса.

– **Документален метод** – проучени са различни нормативни документи и литература, имащи отношение към проблема.

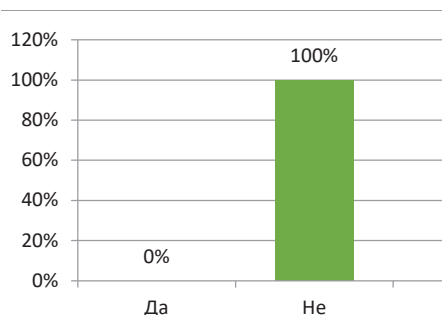
– **Статистически метод** – данните са обработени с помощта на статистическата компютърна програма SPSSv19 и компютърната програма Excel.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Сред анкетиранияте 107 студенти преобладава относителният дял на жените – 98,1% (105), а мъжете са 1,9% (2-ма). Средната възраст е 24,38 ± 5,65 (от 21 год. до 50 год.).

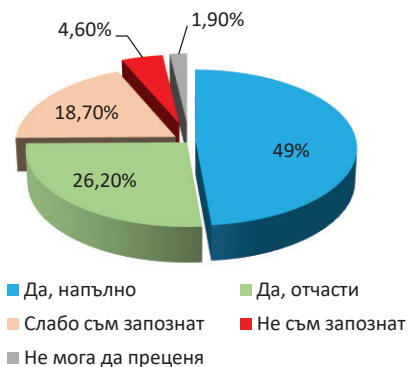
Въпросите, свързани с агресията като личностна характеристика и с агресивното поведение като елемент от цялостното поведение на личността, се разглеждат от всички научни области в психологията, затова решихме да проучим дали студентите имат такава подготовка. Установи се, че всички студенти, участващи в проучването

(100%), заявяват, че нямат завършено никакво самостоятелно обучение по психология (фиг. 1).



Фиг. 1. Самостоятелно обучение по психология

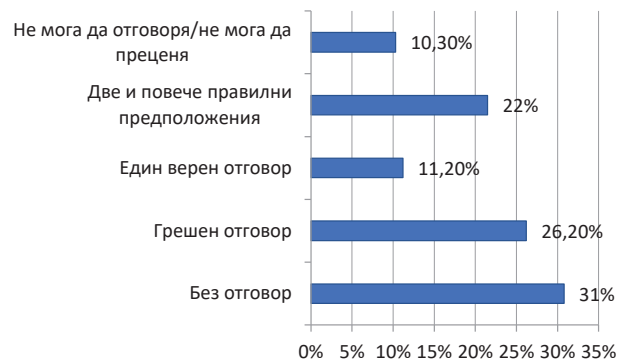
За изясняване същността на агресивното поведение се разкриват съдържателните страни на агресивните действия. Въпреки че студентите са в трети и четвърти курс на обучение, почти половината от тях заявяват, че са запознати съвсем слабо с особеностите на агресията – 48,6%. С „да, отчасти съм запознат“ отговарят 26,2% от анкетираните, а с „да, напълно“ – 18,7%. Като неспособни да преценят дали са запознати с особеностите на агресията се определят 4,6% от респондентите и 1% посочват отговор „не съм запознат“ (фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение на студентите от специалност „Медицинска сестра“ според информираността им за особеностите на агресията

Анализът на данните показва, че студентите не са запознати с рисковете, които могат да възникнат, при пациенти с агресивно поведение, като развитие на друго психично разстройство, суицид, депресия и др. Едва 1/3 от респондентите (32,7%) са запознати с рисковете при хора с агресивно поведение. От тях 11,2% дават само един верен отговор, а 21,5% отговарят с два и повече правилни отговора за възможните рискове при хора с агресивно поведение. Грешен отговор по-

сочват 26,2% от анкетираните, а 10,3% са записали като отговор „не мога да отговоря“ или „не мога да преценя“. Останалите 30,8% не са отговорили на въпроса (фиг. 3).

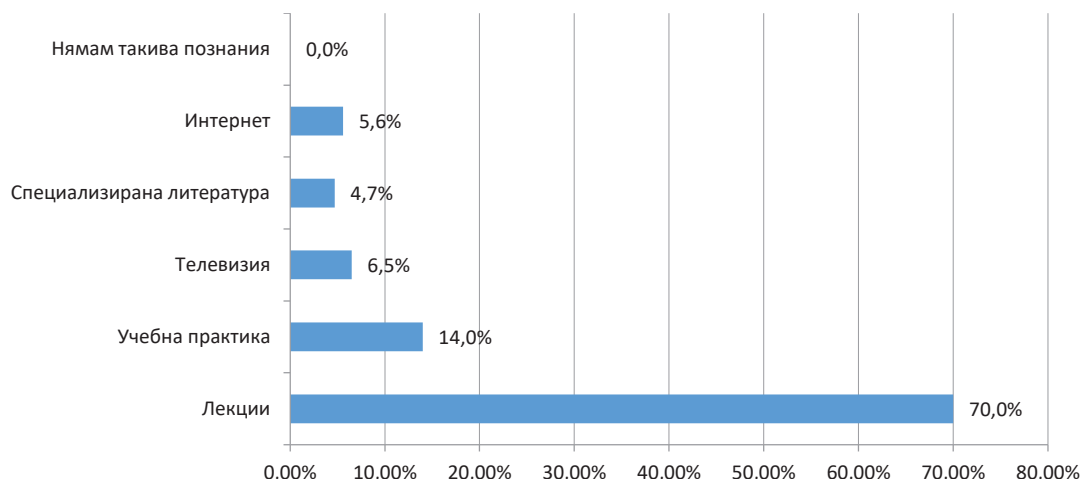


Фиг. 3. Информираност на студентите от специалност „Медицинска сестра“ относно рисковете при агресивни пациенти

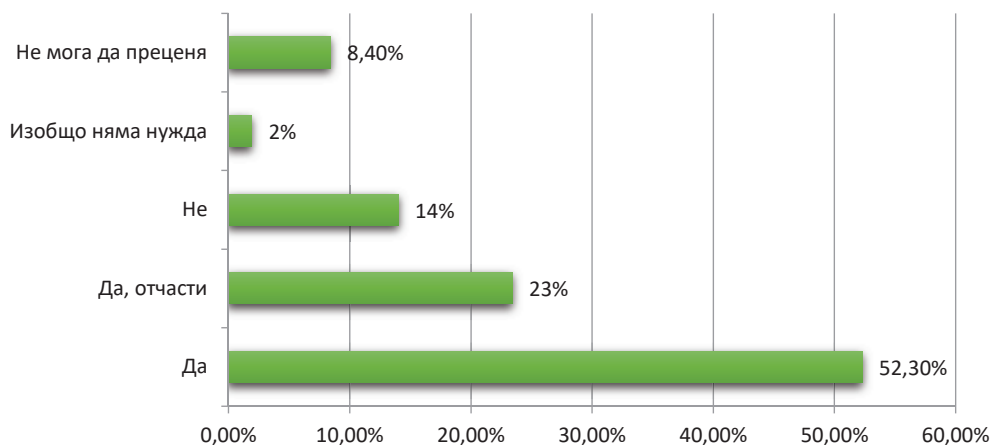
Данните показват, че значителна част от студентите (70%) са получили най-много познания относно същността на агресията и работата с агресивни пациенти в лекционните курсове „Сестрински грижи при психично болни“, „Сестрински грижи при деца и възрастни с увреждания“ и „Медицинска психология“. От респондентите 14% съобщават, че познания за работа с агресивен пациент са придобили по време на учебна практика, 6,5% – от телевизията, 5,6% – от интернет, и 4,7% – през специализирана литература. Прави впечатление, че липсват студенти, които нямат такива познания (фиг. 4).

Повечето от половината анкетираните студенти (52,3%) са на мнение, че в обучението за медицински сестри трябва да бъдат включени допълнителни часове за подготовка при работа с агресивни пациенти. Почти ¼ от тях (23,4%) също смятат, че е необходимо допълнително обучение, но не са толкова категорични и отговарят с „да, отчасти“. Според 15,9% от респондентите няма нужда от допълнително обучение, като отрицателен отговор дават 14% от тях, а според останалите 1,9% изобщо няма нужда от такова обучение. Не могат да преценят 8,4% от анкетираните студенти (фиг. 5).

Видно е, че почти ¼ от студентите са на мнение, че нямат нужда от обучение за работа с агресивни пациенти, като 14% нямат такава необходимост, 1,9% – изобщо нямат, а 8,4% се



Фиг. 4. Източник на познания за същността на агресията и работата с агресивен пациент в медицинската практика



Фиг. 5. Необходимост от допълнително обучение за работа с агресивни пациенти според мнението на студентите от специалност „Медицинска сестра“

колебаят в отговора си, като посочват, че не могат да преценят. Въпреки това всички анкетирани – 100%, заявяват, че при възможност за участие в допълнително специализирано обучение за работа с агресивни пациенти биха се включили, което показва, че студентите изпитват такава потребност. Анализираните резултати от нашето проучване ни дават основание да направим следните **изводи**:

1. Почти половината от анкетираните студенти (48,6%) нямат достатъчно познания или отчасти са запознати (26,2%) с особеностите на агресията, въпреки че са в III и IV курс на обучение и би трябвало вече да притежават достатъчно знания и умения по въпросите за работа с агресивни пациенти. Това е основание да смятаме, че в реални ситуации при работа с агресивни паци-

енти биха срещнали трудности при прилагането на професионално поведение и общуване.

2. Едва 1/3 (32,7%) от анкетираните студенти са запознати с рисковете при хора с агресивно поведение. Това показва, че значителен дял от тях не са достатъчно информирани относно рисковете при тези лица, което би затруднило работата им по отношение на превенцията срещу агресията и агресивното поведение.

3. Значителен дял от анкетираните студенти (75,7%) смятат, че е необходимо да се включат допълнителни часове за подготовка при работа с агресивни пациенти, като за 52,3% те са абсолютно необходими, а за останалите 23,4% са необходими, но отчасти, което изразява тяхното желание за получаване на знания и умения за работа с агресивни пациенти.

### Библиография

1. Ачкова М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. София, Коти ЕООД, 2001, 65-78.
2. Балканска П. Психологични подходи в здравния мениджмънт. София, Булвест 2000, 2009.
3. Етичен кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи в Р България.
4. Закон за висшето образование.
5. Иванова П. Готовност на студентите по здравни грижи за справяне с насилие на работното място. *Science & Technologies, Medicine*, 2015, 5(1), 216-219.
6. Медицинска психология. Учебник за специалисти по здравни грижи. Медицински университет – Варна, 2013.
7. Психиатрия, психология и психотерапия за общопрактикуващи лекари. Под ред. на Св. Николова и П. Маринов.
8. Русимова А, Вълкова С. Агресия. Грижи за лица с умствени увреждания. София, Филвест, 2002, 117-139.
9. Янкова Г. Сестрински грижи при психично болни. ЦМБ, МУ – София, 2023, 96-104.
10. Anxiety and depression association of America. [www.adaa.org](http://www.adaa.org)
11. Baldwin DS, Hirschfeld RMA. *Fast Facts: Depression*, 2nd edn. Health Press, Oxford, UK, 2005.
12. Beck A, Emery G. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. NY, Basic Books, 1985.

## ЕЛЕКТРОННИТЕ РЕЦЕПТИ – ПРОБЛЕМИ, ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И РЕШЕНИЯ

Т. Златанова, Н. Попов

Факултет по обществено здраве “Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

## ELECTRONIC PRESCRIPTIONS – PROBLEMS, CHALLENGES AND SOLUTIONS

T. Zlatanova, N. Popov

Faculty of Public Health „Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc“, Medical University – Sofia

**Abstract.** From October 16, 2023, all antibiotics and anti-diabetic drugs will be fully e-prescribed. Some of the problems are related to the introduction of electronic prescriptions with: pharmacies that do not have antibiotic prescriptions; patients who have their medicine but cannot find it; doctors from Emergency Care and hospitals who write white prescriptions and send patients to the GP to write electronic prescriptions; patients who ask their doctors to check the box that the medicine can be replaced with those available in the pharmacy; lack of synchronization of software systems, etc. The solutions are related to improvement of the software on the one hand and adequate preparation and opportunity to participate in the system of all rights holders on the other.

**Key words:** electronic prescriptions, antibiotics, problems, solutions, software, control

**Адрес за кореспонденция:** Проф. Тихомира Златанова, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Prof. Tihomira Zlatanova, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

Първата електронна рецепта в България е издадена през 2007 г. в рамките на пилотен проект, който свързва местните лични лекари и аптеки в град Сливница в локална система. Проектът не е развит и интегриран на национално ниво повече от петнадесет години. По време на пандемията от COVID-19 проблемът за достъпа до лекарства постави здравните власти в ситуация да търсят решения за справяне с него.

В края на 2020 г. електронната рецепта е създадена като възможност в Националната здравно-информационна система. През пролетта на 2022 г. Българският лекарски съюз проведе проучване сред членовете си, което показва, че 90% от тях предпочитат запазване на хибридният вариант, при който могат да се изписват и двата вида рецепти.

В средата на август 2023 г. Министерството на здравеопазването анонсира промени в наредба, според които от 1 октомври всички антибиотици за системна употреба и противодиабетни лекар-

ства ще се изписват единствено електронно. Поради острите възражения от работещите в системата срокът е удължен до 16 октомври. Промяна в изискванията за отпускането им няма, но замената на хартиения с проследим дигитален документ предизвика трес в системата и остави някои пациенти без лекарствата им за дни.

Защо е необходимо електронното изписване?

Скоростно проучване на Евробарометър показва, че България е една от държавите в Европейския съюз с най-високо потребление на антибиотици – 33% от респондентите отговарят, че през последната година са пили някакъв антибиотик, при 23% средно за ЕС и 15% в държавите с най-ниска употреба. Проучването на Евробарометър сочи, че 13% от антибиотиците са закупени без рецепта.

Хартиената документация прави невъзможно стриктното проследяване на отпускането на лекарства, а свръхупотребата на антибиотици е в основата на антибиотичната резистентност.

Идеята за използването на електронни рецепти е да се ограничи напълно безконтролната консумация на антибиотици (и други лекарства, като например модерните "за отслабване"), от една страна, а от друга – лекарите да бъдат сигурни, че пациентите им ще получават точно лекарството, което им е изписано, а не това, което преценят фармацевтите. България е една от европейските държави, в която се консумират най-много антибиотици на глава от населението – с почти 50% над средното за ЕС. Това е сериозен проблем, защото увеличава антибиотичната резистентност и съответно повече хора тук умират от лечими инфекции. Случващото се в процеса на получаване или неполучаване на необходимото лекарство демонстрира пробойните в процеса на лекарствоснабдяването, от които страдат всички по веригата – от лекуващия лекар до пациента. Оказва се, че въпреки че лекарите нямат право да връщат пациенти по никакъв повод, фармацевтите могат да си позволят това.

Според Илко Гетов, заместник-министър на здравеопазването, „проблеми има, но част от тях се преекспонират. Освен съвсем реалните проблеми, които въвеждането на една нова практика предизвиква, има също „неподготвеност на предписващите и отпускащите лекарства“ и „различни икономически интереси“.

Едно от обективните затруднения, с които лекарите и работещите в аптечната мрежа фармацевти се сблъскаха, е различната синхронизация между електронната рецепта в Националната здравноинформационна система и различните видове медицински софтуер.

Други реални затруднения възникват от обвързването на електронното изписване с кодовете на лекарствата, издавани от Националния съвет по цени и реимбурсиране. Проблемът се състои в това, че едно и също лекарство може да има повече от един код в системата, но да бъде изписано само с един от тези кодове в рецептата, от наличието на остарели или сгрешени кодове.

Голяма част от затрудненията се пораждат от факта, че до 16 октомври нито лекарите, нито фармацевтите са проучили добре съществуващите възможности за електронно изписване. Част от медиците изобщо нямат електронни подписи, в това число всички работещи в Спешна помощ. Включените в последния момент други медицински специалности, като дентални лекари и ветеринари, изобщо нямаха техническо време за подготовка.

Според Георги Миндов от цялото лекарско съсловие само общопрактикуващите лекари са подготвени софтуерно и хардуерно за електронно изписване на лекарства и целият поток от рецепти минава през тях.

Ескалира и темата за така нареченото генерично заместване, въпреки че на 16 октомври нищо в нормативната уредба по този въпрос не се променя. Въвеждането на електронната рецепта даде на лекарите контрол дали да разрешат на фармацевта да отпусне на пациентите им всяко лекарство с предписаното активно вещество и дозировка, независимо от различния му производител. Тази ситуация доведе до взаимни обвинения между лекарската и фармацевтичната съсловна организация, че се борят „за комисионни“. На теория това положение е същото и по време на хартиените рецепти. Липсваше обаче механизъм да се проследи какво на практика се случва в аптеката.

От 19 декември 2023 г. антибиотиците отново могат да се изписват и с хартиена рецепта, като това решение остава в сила до 1 април 2024 г. Счита се, че това е достатъчно време, за да бъдат изчистени всички неизправности в процеса по издаването на електронните рецепти.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целта на въвеждането на електронни рецепти е да се подобри достъпът на пациента до лечение и да се даде възможност за получаване на достоверни статистически данни за потреблението и наличието на лекарствата. Проблемите са породени от различно естество – недостатъчна подготовка на кадрите и несъвършенства в софтуерната система. Решенията са свързани с усъвършенстване на софтуера, от една страна, с адекватна подготовка и възможност за участие в системата на всички правоимащи – от друга.

## Библиография

1. [https://www.svobodnaevropa.bg/a/elktronna\\_receptafalstart/32651975.html](https://www.svobodnaevropa.bg/a/elktronna_receptafalstart/32651975.html)
2. [https://www.capital.bg/politika\\_i\\_ikonomika/zdraveopazvane/2023/10/18/4541014\\_haosut\\_s\\_poluchavaneto\\_na\\_antibiotici\\_v\\_aptekite\\_niama/](https://www.capital.bg/politika_i_ikonomika/zdraveopazvane/2023/10/18/4541014_haosut_s_poluchavaneto_na_antibiotici_v_aptekite_niama/)
3. <https://nova.bg/news/view/2023/10/25/430475>
4. <https://www.dw.com/bg/blgaria-i-elektronnite-recepti-napredk-ili-nenuzen-haos/a-67292588>
5. <https://btvnovinite.bg/bulgaria/otnovo-izpisvat-antibiotici-i-shartierna-recepta.html>
6. <https://www.investor.bg/a/521-zdraveopazvane/385128-zashto-elektronnite-retsepti-ne-prorabotiha-efektivno>

## АНАЛИЗ НА РАЗХОДИТЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ ЗА КОНТРОЛА НА ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ

Д. Пенчев, Т. Златанова, С. Пантелеев

Факултет по обществено здраве “Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

## ANALYSIS OF PATIENT COSTS FOR THE CONTROL OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

D. Penchev, T. Zlatanova, S. Panteleev

Faculty of Public Health „Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc“, Medical University – Sofia

**Abstract.** The global effort to control the epidemic of chronic noncommunicable diseases (NCDs) is enormous. The role of the GP is essential in the control of patients with NCDs. The aim of our study is an analysis of the patient opinions on the control of NCDs at the level of primary outpatient medical care. The results show that in 50.8% of respondents chronic disease was diagnosed by a specialist doctor in connection with a specific problem, and ¼ of the diagnosis was carried out by the general practitioner during examinations. The control of these diseases, in addition to clinical follow-up by GPs, is carried out by taking medication, consulting with specialists and carrying out rehabilitation. Patient costs related to chronic NCD control were analyzed.

**Key words:** chronic non-communicable diseases, diagnosis, costs, GP, control

**Адрес за кореспонденция:** Проф. Тихомира Златанова, e-mail: t.zlatanova@fz.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Prof. Tihomira Zlatanova, e-mail: t.zlatanova@fz.mu-sofia.bg

Усилията в световен мащаб за контрол на епидемията от хронични неинфекциозни болести (ХНБ) са огромни и вече има значими успехи в много страни. Редуцирането на основните фактори на риска (тютюнопушене, ниска физическа активност, нездравословно хранене, злоупотреба с алкохол и др.) може да намали смъртността и заболяемостта от тези болести и бремето им за обществото. Най-ефективният път за постигане на тази цел е профилактика, ранна диагностика, терапия и рехабилитация на болелите и осигуряване на здравословна среда за живот. Ролята на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) е особено важна в контрола на ХНБ.

Целта на представеното проучване е анализ на мнението на пациентите за контрола на ХНБ на нивото на първичната извънболнична медицинска помощ.

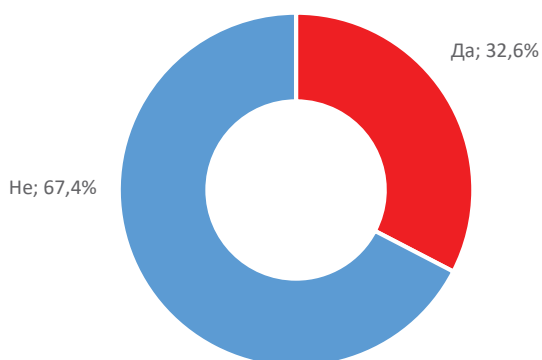
За реализацията на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Анализ на начина на диагностициране на ХНБ.
2. Оценка на начините за контрол на ХНБ в извънболничната помощ.
3. Анализ на разходите, свързани с контрола на ХНБ, в извънболничната медицинска помощ.

Проведена е пряка анонимна анкета чрез онлайн платформата Google Forms сред 417 пълнолетни граждани в България (здравноосигурени лица над 18 години), за период от два месеца, декември 2022 г. – януари 2023 г. Използвани са описателни и аналитични статистически методи.

От участниците в проучването 65,5% (273) са жени, а 34,5% (144) са мъже. Средната възраст на анкетираните е 46 години, като преобладават работещите хора – 76%.

При налична хронична неинфекциозна болест поведението при пациентите е различно и е нормативно регламентирано в Наредба № 8 от 2016 г. за заболяванията, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ (Приложение № 13 към чл. 22, ал. 1), и приложенията на НРД за диспансеризация на тези пациенти. Във връзка с това попитахме респондентите имат ли хронични заболявания (фиг. 1). Над 1/3 от анкетираните, 32.6% (136), посочват, че имат хронично заболяване.



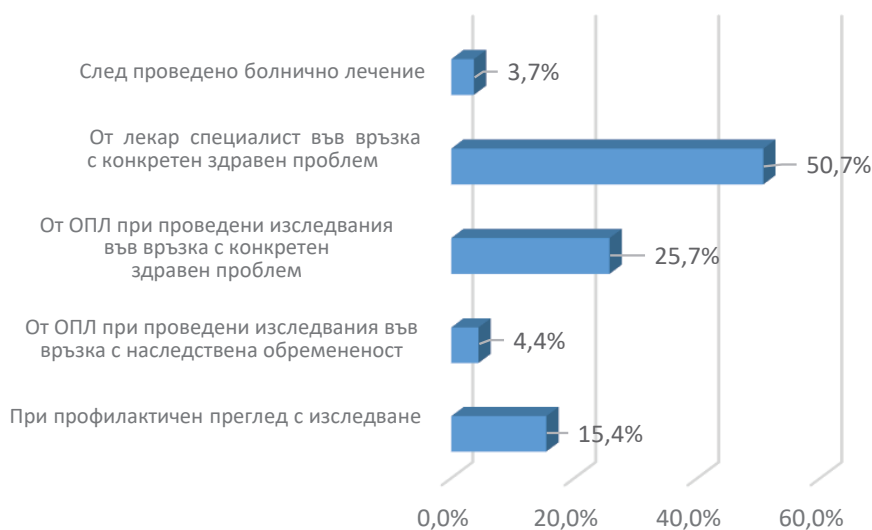
Фиг. 1. Наличие на хронично заболяване при анкетираните

Потърсихме отговор на въпроса по какъв начин е диагностицирано хроничното заболяване при пациентите, които са отговорили, че имат такава (фиг. 2). Половината от анкетираните с хронично/и заболяване/ия – 50.7% (69), са диагностицирани от лекар специалист във връзка с конкретен здравен проблем, при 1/4 диагностиката е осъществена от ОПЛ при проведени изследвания във връзка с кон-

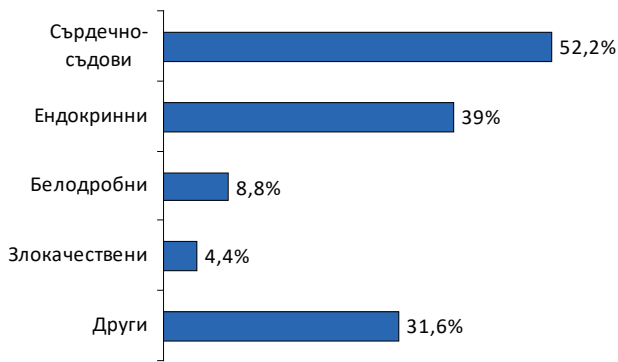
кретен здравен проблем, а при 15.4% – при профилактичен преглед с изследване. Тук е видна ролята на профилактичните прегледи за откриване на хронични заболявания и последващ контрол.

Резултатите от отговорите на въпроса какви са хроничните заболявания, са представени на фиг. 3. Над половината – 52.2%, съобщават, че имат сърдечно-съдови заболявания, което кореспондира и с официалните статистически данни в страната за заболяемостта от тези болести. Посочили ендокринни заболявания са 39% от респондентите, а 8.8% са с белодробни болести. Близо 1/3 (28.7%) от анкетираните посочват повече от едно хронично заболяване.

С цел контрол на тези болести пациентите приемат както медикаменти, които закупуват по линия на НЗОК (тези, които са включени в Позитивния лекарствен списък), така и лекарства, които се заплащат извън НЗОК. В тази връзка попитахме респондентите с налични хронични болести каква сума доплащат за лекарства по линия на НЗОК и извън НЗОК (фиг. 4 и 5). При 41.2% от тези пациенти сумата за месец, която доплащат за лекарства от Позитивния лекарствен списък, е до 50 лева. Малко над 1/5 (21.3%) доплащат между 51 и 100 лева и почти същият относителен дял – 22.1%, не доплащат за лекарства по линия на НЗОК. При половината от пациентите с хронични неинфекциозни болести стойността на заплатените лекарства за месец извън НЗОК за контрол на хроничните заболявания е до 50 лева, а при 27.9% между – 51 и 100 лева.

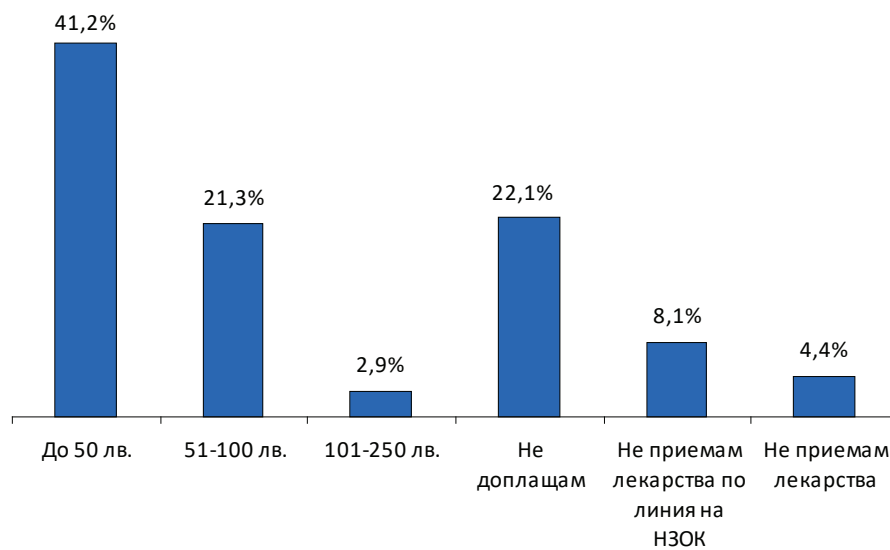


Фиг. 2. Начин на диагностициране на хроничното/ите заболяване/ия при респондентите

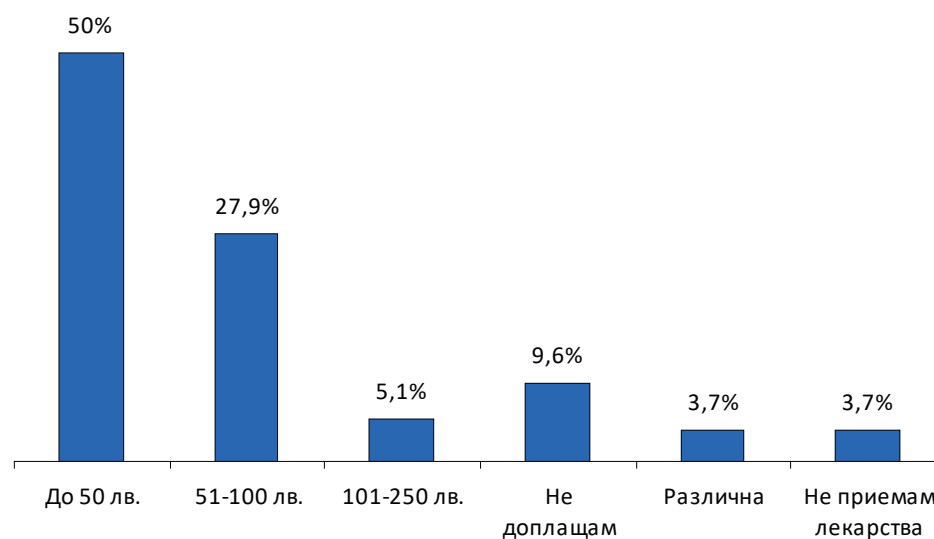


Фиг. 3. Хронични заболявания при анкетираните

Контролът на ХНБ освен с редовен прием на лекарства се осигурява и чрез провеждане на контролни прегледи при съответния специалист в периодите, определени в приложенията на рамковия договор за тази група пациенти. Това се осъществява чрез направления от ОПЛ за съответния специалист, но само при здравноосигурените лица и в определена последователност. Здравно неосигурените и пациентите, които искат по собствено желание да проведат контролен преглед при лекар



Фиг. 4. Стойност, заплатена за лекарства месечно по линия на НЗОК във връзка с хронично/и заболяване/ия от респондентите



Фиг. 5. Стойност на заплатените от респондентите лекарства месечно (извън НЗОК) във връзка с хронично/и заболяване/ия

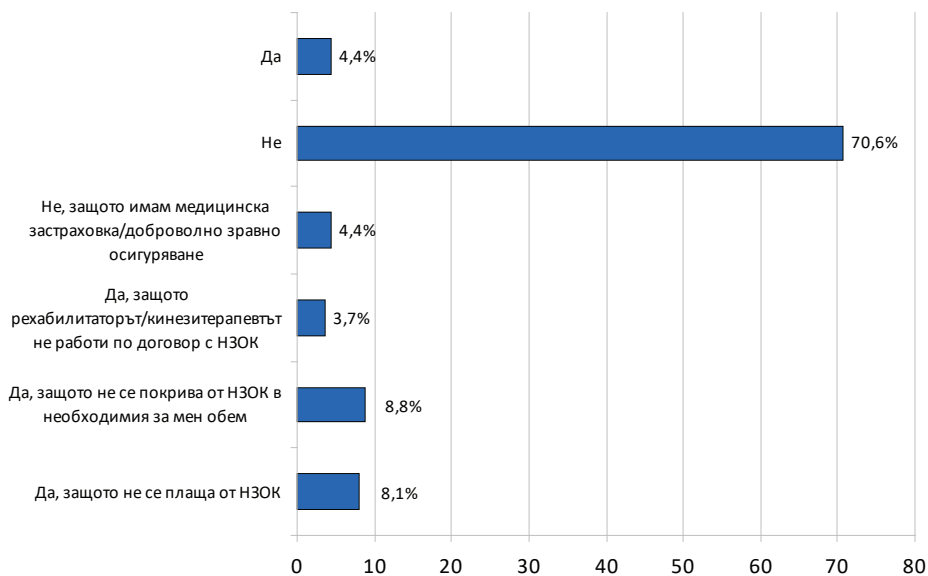
специалист във връзка с ХНБ, осъществяват това чрез заплащане за своя сметка. Попитаме пациентите заплащат ли за преглед от специалист във връзка с контрол на хроничното/ите заболяване/ия (фиг. 6). Близко 1/2 от респондентите с ХНБ (44.9%) не заплащат за преглед при специалист във връзка с контрол на тези заболявания поради факта, че получават направления от ОПЛ за тази цел. Диспансеризирани при съответния специалист са 7.4% от пациентите с ХНБ и затова не заплащат за преглед, а 4.4% имат медицинска застраховка (ДЗО), поради което и те не заплащат прегледа при специалист. При около 1/4 (24.3%) такова заплащане се налага, защото специалистите, които посещават, не работят по договор с НЗОК; 5.9% за-

плащат, защото не получават направление от ОПЛ. Резултатите показват, че голяма част от пациентите с ХНБ – 56.6%, познават и ползват начините за достъп до специалист, които са нормативно регламентирани за контрол на техните заболявания.

Контролът на ХНБ се осъществява и чрез провеждане на различни рехабилитационни процедури, за които здравноосигурените лица също имат възможност да ползват направление от ОПЛ. На въпроса „Заплащате ли за рехабилитация във връзка с хроничното Ви заболяване?“ (фиг. 7), 75% отговарят отрицателно и само 8.1% заплащат за рехабилитация, защото не се покрива от НЗОК, а 8.8% заплащат, защото рехабилитацията не се покрива от НЗОК в необходимия за тях обем.



Фиг. 6. Заплащате ли за преглед от специалист във връзка с контрол на хроничното/ите Ви заболяване/ия?



Фиг. 7. Заплащате ли за рехабилитация във връзка с хроничното Ви заболяване?

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условията на ограничени възможности и финансови ресурси за профилактика е необходимо да се очертаят приоритетите, целите и дейностите в рамките на интегриран подход за намаляване на хроничните незаразни болести и на последствията от тях чрез разработка и реализация на политики и програми за профилактиката им.

Проблемите следва да се обхванат комплексно и да включват мерки както за цялото население, така и за високорисковите групи, включително за по-качествено лечение и рехабилитация на болните, създаване на условия за здравословен избор и намаляване на неравенствата в здравето.

## Библиография

1. Пантелеев С. Икономическа ефективност на профилактиката при хронични незаразни болести. Дисертация, 2023, 146.
2. Попов Н, Николова М. Оценка на системата на здравно осигуряване в България. Сб. материали от 43-та научно-технологична сесия "Контакт 2019" на ИНГА. С., ТЕМТО, 2019, 121-125.
3. Янева Р, Борисова Б. Мястото на пациента в триъгълника медицина-етика-икономика. Медицински меридиани, 2012, (1-2), 33-38.
4. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г.
5. <https://www.mh.government.bg/bg/novini/ministerski-savetpravitelstvoto-odobri-godishniya-otchet-za30-07/>
6. [https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/Doklad\\_za\\_zdraveto-2020.pdf](https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/Doklad_za_zdraveto-2020.pdf)
7. [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenciq-hnb-2021-2025\\_htc24ZU.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenciq-hnb-2021-2025_htc24ZU.pdf)

## ДЕТСКО-ЮНОШЕСКОТО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ПРИОРИТЕТИ ЗА ПРОМЯНА И РАЗВИТИЕ

К. Стефанова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## CHILD AND ADOLESCENT PUBLIC HEALTH – PRIORITIES FOR CHANGE AND DEVELOPMENT

K. Stefanova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

*Историята не е наука за миналото, а наука за развитие.  
Гьоте*

**Abstract.** WHO defines health in childhood and adolescence as one of the main serious challenges to public health. During recent decades a fast increase of the relative shares of overweight, eye disorders and spine deformities in children is recorded which causes the need of administration of effective prevention measures, screening programs for early detection of disorders and referral to timely intervention in school age, as well as health promotion programs for improvement of student health.

**Key words:** children and adolescent health care, public health, health promotion

**Адрес за кореспонденция:** Доц. Калина Стефанова, дм, e-mail: k.stefanova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Assoc. Prof. Kalina Stefanova, e-mail: k.stefanova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

През последните години промените в детско-юношеското здравеопазване у нас се провеждат в условията на преход в обществения модел на развитие. Това е съпроводено с предизвикателства, които изискват усилия, необходими за тяхното преодоляване и решение. Особеният статут на децата и юношите в обществото, които са в рисков период от човешкия живот, определя и голямото предизвикателство сега, а именно: “кои приоритети и действия ще допринесат за намаляване на здравните проблеми, свързани с нездравословния начин на живот сред подрастващото поколение”. Това трябва да залегне в основата на ценностите на новия обществен модел за разви-

тие, в който от качеството на детско-юношеското обществено здравеопазване зависи здравното, интелектуалното и професионалното развитие на българската нация през XXI век.

За успешната реализация на посочената цел, обусловена от съвременния начин на живот, е необходима промяна във философията на детско-юношеското обществено здравеопазване. В нейната мисия се включват ключови здравни дейности като промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите, които изграждат рамката, формираща визията – здрави деца и ученици в здрави детски и училищни общности. Безусловно това е ключовият инструмент за осигуряване на качеството на детско-юношеското обществено здравеопазване.

гуряване на качествено медицинско обслужване на учениците в здравните кабинети в съвременните български училища. Неслучайно СЗО посочва, че 70% от случаите на по-ранна инвалидизация и смърт сред населението в зряла възраст се дължат в голяма степен на здравното състояние и на типа поведение, изградени в училищна възраст. Анализът на редица научни изследвания и данни у нас показва, че има достатъчно доказателства за негативни тенденции, включващи наднормено тегло, хипертонии, неврози, емоционални и поведенчески разстройства, зрителни аномалии, гръбначни изкривявания, алергични заболявания и др. Тяхното широко разпространение в сферата на училищното здравеопазване дава възможност да се идентифицират рисковите генетични фактори (като затлъстяване в семейството), както и епигенетични на средата, като калорийно прехранване, ниска физическа активност, екран-базирано поведение (време, прекарано пред екрани – телефон, компютър, телевизия).

На въпроса какво е необходимо повече за училищното здравеопазване, нашият отговор е „и повече здраве, и повече качествено здравно образование“. Основание за това ни дава фактът, че здравният статус на учениците е продукт както на условията на средата, в която живеят, така и на начина на живот, който те формират и утвърждават в обществената и семейната среда. Неминуемо това оказва съществено отражение и е от ключово значение за бъдещото здравно състояние и на българската нация.

Ситуационният анализ, отчитащ посочените обстоятелства, показва и се съсредоточава върху следните реалности:

- не трябва да се забравя фактът, че мястото, което държавата ни заема в европейската структура, се определя и от състоянието на здравното възпитание и образование на подрастващото поколение, а понастоящем за образователната дейност не се отделя достатъчно време и внимание.

- недостатъчна мотивация на ученика за лична отговорност и по-голяма активност, свързана с опазване и подобряване на собственото му здраве.

- неефективна подкрепяща околна среда (училище, семейство, общност и др.), насочена

към създаване на целенасочени информационни и организационни институционални взаимовръзки и взаимодействия за съхранение на нерисковото и ограничаване на рисковото поведение сред детско-юношеското население.

Това кореспондира с т.нар. „стюардшип“ – термин, който се дефинира като „внимателно и отговорно поведение“, отнасящо се и за детско-юношеското здравеопазване.

В този аспект логично е да се поставят следните приоритети:

- По-добри възможности за учениците относно предоставяне на здравни услуги и усъвършенстване качеството на медицинското обслужване в здравните кабинети в училищата;

- Здравното образование, насочено към подрастващите, да бъде адекватно и съобразено с техните възрастови особености, здравна култура, с доминиращите ценности на средата, в която живеят, да бъде ориентирано към формиране и утвърждаване на здраве, позволяващо на ученика да прави поведенчески здравословни избори и да взема съответни на тях решения;

- Подобряване на здравната превенция и ограничаване на здравните заплахи за учениците;

- Подобряване подготовката на специалистите по здравни грижи, работещи в здравните кабинети в училищата, по проблемите на промоцията и превенцията на детско-юношеското здраве, което да стане приоритетна част от тяхното следдипломно продължаващо обучение;

- Включване опазването и подобряването на детско-юношеското здраве като изискване и прилагането му във всички секторни политики на Министерството на здравеопазването, Министерството на образованието и науката, Министерството на труда и социалната политика, Министерството на вътрешните работи, Агенцията за закрила на детето и др.

Дефинираната структура за детско-юношеско обществено здравеопазване е в унисон с мисията на европейската здравна политика.

Според СЗО в световен мащаб основните здравни заплахи за подрастващите са свързани с редица поведенчески фактори, от които по-важните са:

– Рисково сексуално поведение с висока честота на полово предаваните инфекции, нежелана бременност и други, което води до влошаване на репродуктивното здраве.

– Увеличаваща се употреба на психоактивни вещества, токсикомании и др.

– Влошено психично здраве.

В заключение бихме желали да отбележим, че за успешната реализация на здравната реформа е необходимо насърчаване на отговорно, ефективно и оптимизирано училищно здравеопазване, което ще осигури условия за висок здравен потенциал на подрастващите. На практика това означава, че здравето на децата и учениците е предпоставка с важно стратегическо значение и гарант за здравна сигурност на нацията.

#### **Библиография**

1. Воденичаров Ц. и др. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2005, 2: 5-14.
2. Здравни услуги, подходящи за младите хора, Национална стратегическа рамка. София, УНИЦЕФ, 2010.
3. Добрилова П, Стефанова К. Специфични особености в работата на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, 2018, 50(1): 39-41.
4. Стефанова К, Добрилова П. Невротичност и сексуално развитие в тийнейджърска възраст. Сборник доклади от Четвърта научна конференция с международно участие: „Мултидисциплинарен подход в здравните грижи“ – Враца. София, ЦМБ, 2021, 118-119.
5. Yankova G, Dobrilova P. Role and place of video algorithms in the teaching of bandaging techniques. International Scientific Publications: Educational Alternatives, 2021;19:403-410. [www.scientific-publications.net](http://www.scientific-publications.net).