

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Цветанка Николова Джиганска

Дисертационен труд за присъждане на образователна и
научна степен „Доктор”
на тема

***Холистичен подход в здравните
грижи при жени с рак на маточната
шийка***

Област на висше образование: *7. Здравеопазване и спорт*
Професионално направление: *7.4. Обществено здраве*
Научна специалност: *Социална медицина и организация
на здравеопазването и фармацията*

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

Проф. Пенка Маринова, дм

Проф. Иванка Стамболова, дм

София 2017

Съдържание	стр
Използвани съкращения	4
Въведение	5
Глава I. Литературен обзор	
1. Холистичният подход в здравните грижи	8
1.1. Развитие на холистичната идея	8
1.2. Холистичният подход в медицината	11
1.3. Холистичният подход в здравните грижи	14
1.3.1. Обучение на акушерките в прилагане на холистична грижа	18
1.3.2. Прилагане на холистичен подход в практическата дейност на акушерките	23
1.4 Актуалност на проблема – рак на маточната шийка	28
1.5. Психо-социални проблеми при жени с рак на маточната шийка	34
1.5.1. Психологически аспекти	36
1.5.2. Социални аспекти	40
1.5.3. Значимост на психо-социалната насоченост на обучението за формиране на холистичен подход	48
1.6. Изводи от литературния обзор	52
Глава II. Методологични и методически основи на изследването	
2.1. Цел и задачи на изследването	54
2.1.1. Цел на изследването	54
2.1.2. Задачи на изследването	54
2.2. Работна хипотеза	55
2.3. Методика на изследването	56
2.3.1. Обект на изследването	56
2.3.2. Предмет на изследването	57
2.3.3. Логически единици на изследването	57
2.3.4. Технически единици на изследването	59
2.3.5. Характер и обем на изследването	59
2.3.6. Генерална съвкупност и единица на наблюдението	65
2.4. Социологически методи	66
2.5. Статистически методи	67
2.6. Етапи на научното изследване	68
2.6.1. Проучвателен етап	68
2.6.2. Изследователски етап	68
2.7. Ограничения на изследването	68
Глава III. Резултати. Анализ на резултатите	
3.1. Информираност на пациентки с рак на маточната шийка относно причините, същността и последиците от заболяването	69
3.2. Удовлетвореност на жените с РМШ от прилаганите здравни грижи в болнични условия	75
3.3. Приложимост на холистичния подход от здравните	79

професионалисти в болничните заведения	
3.4. Психологични и социални проблеми при жени с РМШ. Професионални умения за решаване на проблемите	95
3.5. Професионална компетентност за приложимост на холистични грижи при пациентки с РМШ	108
3.6. Обучение и квалификация за прилагане на холистичен подход	113
Глава IV. Заключение. Изводи. Препоръки. Приноси	
4.1. Заключение	127
4.2. Изводи	129
4.3. Препоръки	132
4.4. Приноси	135
Библиография	136
Приложение №1 Анкетна карта А /пациенти/	151
Приложение №2 Анкетна карта В /акушерки/	156
Приложение №3 Анкетна карта С /студенти/	160
Приложение №4 Анкетна карта D /експерти/	167
Приложение №5 Карта за оценка нануждите на пациента	172
Приложение №6 Програма за следдипломно обучение	173
Списък на публикациите свързани с темата на дисертационния труд	181

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

РМШ – Рак на маточната шийка

БНРР – Български Национален раков регистър

КОЦ – Комплексен онкологичен център

МЗ - Министерство на здравеопазването

МУ - Медицински университет

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

ФОЗ - Факултет по обществено здраве

РЗИ – Регионална здравна инспекция

БАПЗГ - Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

СЗО - Световна здравна организация

СБАЛО – Специализирана болница за активно лечение по онкология

ЕС -Европейски съюз

АННА – Американска Асоциация на холистичното сестринство

HPV – human papiloma virus

САГБАЛ – Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение

ОКС – образователно-квалификационна степен

Въведение

Едно от предизвикателствата на XXI век пред здравните системи в Европа и по света е непрекъснатото нарастване на онкологичните заболявания. Това налага прилагането на комплексна здравна грижа, осигуряваща на пациентите с онкологични заболявания адаптация към болестта и качество на живот въпреки нея. За решаване на здравните проблеми на онкологично болните лица, в частност на жените с рак на маточната шийка се налага прилагане на био-психо-социален /холистичен/ подход. Доброто познаване и разбиране на специфичните потребности на пациентките, психологията на боледуващите, установяване на проблемите, които болестта поражда и съобразяване с промените в начина на живот, са част от аспектите на холистичния подход.

Здравните грижи за болния, независимо какъв здравен проблем има той, трябва да са цялостни, а не насочени само към отделни оплаквания на различни органи и системи, каквато е най-честата практика на стандартния медицински подход. Необходимо е усилията за лечение и възстановяване да се насочат към пациента като цяло, а не само към конкретна болест. В човешкото тяло нито един орган не може и не съществува сам за себе си.

Холистичният подход е важен за успешното лечение. Когато се определя лечебния план, трябва да се обръща внимание на различията между хората, на уникалния начин на живот и нужди на всеки, както и на спецификата в изявата на болестта при съответния индивид.

Въпреки претенциите за прилагане на холистично отношение, съвременната медицина все още обръща сериозно внимание на човека като биологично същество и много по-малко на психологическите и социалните аспекти.

Здравето не е статично състояние, а динамично равновесие между всички органи и системи и окръжаващия ги свят. За да се постигне и поддържа, се изискват постоянни осъзнати усилия. Да си здрав, не значи само да нямаш никакви оплаквания и да живееш охолно. То не се измерва само с липсата на видима болест, но и чрез начина на мислене и начин на живот.

Това се потвърждава и от определението на понятието „здраве” на СЗО, а именно, че то „не е само отсъствие на болест или недъг, но пълно физическо, психическо и социално благополучие”.

Социалните и психологическите аспекти в работата на акушерката са все по-актуални, имайки предвид трудностите, които срещат всекидневно при работата си в екип и онези изключително тънки психологически моменти, които присъстват винаги в отношенията с хората.

Особено значение придобиват грижите за онкологично болните. Ракът на маточната шийка е едно от най-честите злокачествени заболявания у жената. Според данни на СЗО годишно в света заболяват около 500 000 жени. Засягат се предимно млади възрастови групи между 20 и 60 години, което поставя множество медицински, етични и социални проблеми пред болните, които се борят с болестта съвместно със семейството, близките и специалистите.

В същото време практиката в последните години показва понижена култура на обслужването, което не удовлетворява потребностите на обществото. В днешната социално-икономическа обстановка с особена сила се издигат на преден план проблемите за развитието на образованието, хуманизацията и възпитанието на младото поколение медицински специалисти.

Тези проблеми изискват особено внимание, поради честата неудовлетвореност на пациентите/клиентите и формирането в страната

на непрофесионални течения, които извършват специфични медицински дейности, без да имат образование за това и без да са запознати в детайли с проблемите и усложненията, до които биха довели техните действия. Явно съществуват причини за появата на некомпетентни хора, които изместват от тази дейност професионалистите обучени да я предоставят.

Повишените потребности на населението от адекватни и съвременни грижи налага да се извършват непрекъснато промени в здравеопазването. Повишаване нивото на здравното обслужване е в пряка зависимост от по-доброто образование. За осъществяването на качествени здравни грижи е необходимо акушерките да притежават съответната подготовка и компетентност. Въведените нови планове и програми съобразени с изискванията на европейското акушерско образование, водят до натрупване на нови съвременни знания и формиране на професионални умения, за предоставяне на холистични грижи.

Медицината е не само наука, но и отношение. Тя включва в себе си физически, психически и социални аспекти към лица и семейства. Този цялостен подход към човека стои в основата на здравните грижи, като ги определя като „холистични грижи” осигуряващи удовлетвореност на пациентите от предоставената здравна услуга.

ГЛАВА I

Литературен обзор

1. Холистичният подход в здравните грижи

„Само цялото има смисъл”

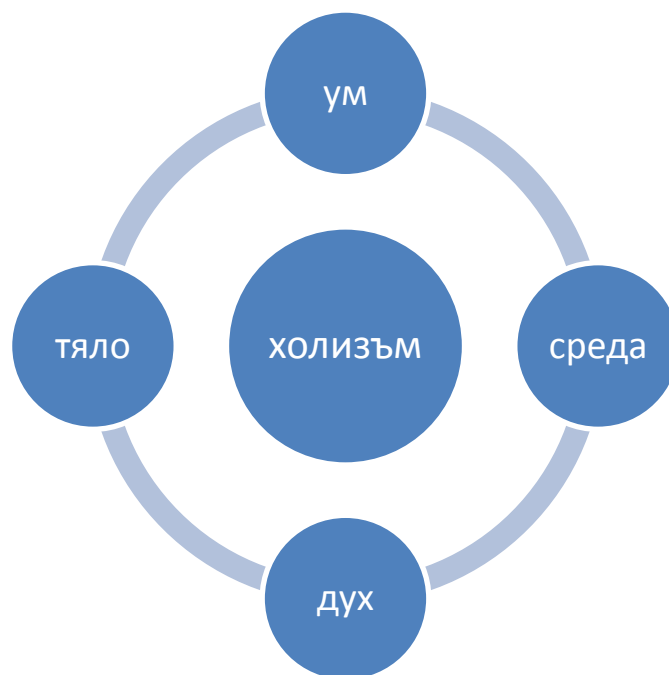
Хегел

1.1. Развитие на холистичната идея

Холизмът съществува още от древността и отдавна присъства в много области на човешката дейност – философия, медицинска психология, социални науки, екология и др.

Независимо в коя област на науката е, стои идеята, че всички свойства на дадена система не могат да бъдат обяснени с неговите самостоятелни части.

Холизъм, произтича от гръцката дума „holos”, която означава „цяло”. За поддръжниците на холистичната идея никоя част не е по-основна от другите. (фиг.1)



Фиг.1. Структура на холизма

В сърцевината са старите философски въпроси за общото и отделното в живота , за цялото и неговите части. Корените на холизма се откриват още в античната философия и християнството.

За първи път холистични правила за поведение спрямо пациентите са формулирани един век преди Хипократ от един от най-авторитетните древнотракийски лечители по българските земи - Салмоксис. Той формулира следните две правила, с които на практика поставя началото на холистичния подход: 1/ „Ако е болен даден орган – ръката, лекувай цялото тяло”;

2/ „Ако е болно цялото тяло, лекувай тялото, но и душата” (Апостолов, М., П. Иванова, 1978)

Хипократовият холизъм се основава на двете основни правила на Салмоксис, които той обединява в свой основен принцип: «Да се лекува пациента в неговата цялост като единство на телесни и духовни функции». Хипократ твърди, че да си здрав означава да си постигнал хармония, както със самия себе си, така и с околния свят. Според него здравето е динамично равновесие, постигнато чрез живот в съответствие с природните закони. Той е вярвал, че това, което става в ума, засяга и тялото, и че човек трябва да се лекува във всичките му измерения, като се има предвид и средата, в която той живее и работи. Негова е мисълта, че „по-важно е да знаем какъв е човекът, който е болен, отколкото от каква болест е болен”. (Апостолов, М., 1998)

Аристотел е смятал, че цялото е повече от сбора на неговите части.

В средновековието и възраждането Гален и Парацелз следвали пътя на холистичната медицина. Гален е един от първите, който предполага връзката между психическото състояние на човека и развитието на раковите заболявания.

Немският философ Георг Вилхелм Фридрих Хегел описва по един цялостен и еволюционен начин отношението между ум и природа. В

частност той развива концепцията за ума или духа, който се манифестира в поредица от противоречия и опозиции, които в крайна сметка се интегрират и обединяват. Концепцията за холизма играе ключова роля във философията му. Той смята, че обектът трябва да се третира като онтологично, първично цяло. (Гегел, 2000)

По-късно, когато главно място в науката заел експеримента, холизмът не могъл да докаже експериментално връзката между биопсихо-социалното и няколко столетия загубил връзка с науката.

Едва в началото на XX век холизмът се възражда. Основоположник става южноафриканският учен Ян Христиан Смутс, който въвежда термина „холизм“ в своята книга „Холизм и еволюция“ през 1926 година. Според него цялата еволюция на живата природа е основана на неотменната неразделност на многообразието на видове и форми, които ни обкръжават. Той възстановява правото на холизма като научно направление. Без да изключва материята Смутс успява да примири вечното противоборство между физическото и духовното.

Френският социолог, социален психолог и философ Емил Дюркем разработва концепцията за холизм, която той определя като противоположна на идеята, че едно общество не е нищо повече от прост сбор на индивиди. (Louis Dumont, 1986).

Много широко влияние е оказала философията на цялото в областта на медицината.

За холист може да се смята и френският философ Едгар Морен въз основа на интердисциплинарното естество на трудовете му.

Примери за холизм могат да бъдат открити в цялата човешка история. Френският протестантски мисионер Maurice Leenhardt въвежда термина „cosmorphism“, за да покаже състоянието на перфектна хармония с околната среда. (Anne Bihan, 2008)

Холистичният подход може да бъде открит и при един от основателите на хуманистичната психология - Ейбрахам Маслоу, който описва своята теория на потребностите като единство на физическото, психологическото, културното и социалното в човека. (Maslow A.,1966).

Богословската антропология описва холизъмът с обединяването на душа и тяло. (Библия, 1982)

Един цялостен подход към грижите за пациентите предложен от Пърсивал (Thomas Percival, 1803) в неговата книга, считана за първия учебник по медицинска етика публикувана през 1803г, в която той заявява, че: „усещането и емоциите на пациентите е нужно да се знаят и да се обслужват, не по-малко от симптомите на болестта.

1.2 Холистичният подход в медицината

Холизъмът е една от основополагащите концепции в медицината.

Холистичният подход в медицината не представлява просто механичен сбор от различни терапии – хирургия, синтетични медикаменти, хомеопатия, акупунктура, фитотерапия, гладолечение и т. н. Той има своя философия и включва хилядолетната мъдрост и опит, натрупани по отношение на целия човек и лечебната практика, включително достиженията на съвременната медицинска наука и техника.

В Параграф 6 на Хартата на СЗО за семейна медицина в Европа “холистичен” означава физическа, психологическа и социална гледна точка за лица, семейства и общности. (WHO, 1994)

Според носителят на Награда Пулицър, бактериологът Рене Дюбо „Западната медицина ще стане научна само тогава, когато лекарите и техните пациенти овладеят силите на тялото и ума, които действат според лечебните закони на природата”. Негова е и мисълта, че: „Да разрешиш проблемите свързани с болестта не е еднозначно с това да направиш някого здрав и щастлив последното изисква мъдрост и проникновение,

които са отвъд медикаментите и терапията.” (От речта при връчването на Наградата)

Холистичният подход в медицината възприема един по-широк възглед за човека, здравето, причините за болестта и индивидуалните ѝ прояви и процеса на лечение. Човешкият индивид се разглежда като съставен от три основни, взаимосвързани и влияещи се части – физическо, умствено-емоционално и духовно, всяко от тях със своя организация и енергийна структура, влияещи върху здравето.(фиг.2)



Фиг.2.Холистичен възглед за здравето

В началото на миналия век Фройд развива теорията, че неизразените емоции или действия водят до някакво заболяване.

Задача на холистичната медицина е да координира научните и ненаучните методи и терапии в различни форми. Това не е лесна задача и изисква висок професионализъм и опит. От друга страна ние сме свидетели на наплив от псевдо-практики.

Днес холистичната медицина е по-скоро подход към живота и здравето, която обединява физическите, умствените, духовните и

социалните аспекти на човека с цел да се създаде общо чувство за благосъстояние.

Холизмът е една от основополагащите концепции в китайската медицина.

Здравните специалисти осъзнават, че здравето зависи от баланса на всички тези компоненти. Все по-често екипът в здравеопазването се състои от разнообразна група специалисти. За формирането на цялостна лечебна практика огромно значение има между дисциплинарния диалог.

Според многобройни проучвания в целия свят (Lazarus R, Levi L) непрекъснато нараства броят на психосоматичните заболявания – т.е. тези, които се развиват под въздействие в различна степен от страна на психо-емоционалното състояние на човека.

Разцветът на психосоматичната медицина продължил кратко време , но тя показва необходимостта от цялостно /холистично/ възприемане на пациента. (Ачкова, М., 2001)

Още на римския лекар Гален преди около 2000 г. е било известно, че депресията може да допринесе за появата на раково заболяване.

Проучване, направено през 2007г. в Швеция (Strandberg, 2007) показва, че концепцията за холистичен подход е жива за общата медицина. В резултат на това проучване неговите автори твърдят, че отношението към пациента включва признаване на цялата личност, а не само фрагменти от едно лице със заболяване. Според тях думата „холистичен” трябва да се изписва „холистично”, за да се избегне объркване с алтернативната медицина.

Има автори (Гълъбов, А., 2001), според които съвременният медицински подход не е холистичен, а се основава на превърнатия в догма ограничен механистично- материалистичен възглед или т. нар. редуccionистичен подход. Такъв е френския философ от XVII в. Рене Декарт, който твърдял, че хората имат два ясно разграничени компонента

– ум и конкретно осезаемо физическо тяло, и че изучаването на всеки от тях според него изисква отделна методика. Много от източниците отъждествяват холистичната медицина с алтернативната медицина.

При направено мащабно проучване от Джон Астин на 1035 произволно избрани лица на територията на САЩ за причините, поради които избират алтернативната медицина, става ясно, че я използват не, защото са недоволни от конвенционалната медицина, а защото е по-близка до тяхната философия. Мнението на изследователите е, че хората са склонни да плащат от джоба си за такъв вид услуги, докато медицинските специалисти биха могли да ги предоставят при използването на цялостен подход в лечението. (John A. Astin, 1998)

В света се приемат и прилагат някои методи и похвати с доказан положителен ефект върху здравето на човека в медицинската практика в частност в акушерската практика. Методи като масаж, акупунктура, хомеопатия, ароматотерапия, се прилагат от акушерките в САЩ (АННА), както и в някои страни от ЕС като Великобритания и Италия. Не бива да пренебрегваме и факта, че в американската здравеопазна система, акушерките имат малко по-независима роля.

1.3. Холистичният подход в здравните грижи

Холистичният подход е концепция в медицинската практика, когато всички аспекти на нуждите на едно лице, психологическо, физическо и социално са взети под внимание. Той разглежда цялото, а не фрагменти.

В грижите холистичният подход е това, което се фокусира върху изцелението на човека като цяло.

Според АННА /Американска Асоциация по холистично сестринство/ холистичното сестринство е инструмент на оздравяване и катализатор за оздравителните процеси.

Холистичният подход в здравните грижи присъства в много от теориите и моделите на научното сестринство.

Д. Джонсън /1968/ смята, че пациентът е „индивид, който притежава набор от взаимосвързани системи на поведение, при това всяка от тях се стреми към баланс и вътрешно равновесие.” Тезата за взаимосвързаните системи намираме и в модела-адаптиране на К. Рой /1976/. Тя смята, че пациентът е индивид, който има набор от взаимосвързани биологическа, психологическа и социални системи, които влияят върху поведението му. (Мухина, 2006). Калиста Рой разглежда обекта на грижи като поредица от взаимозависими системи, които се стремят към относително физиологично и психосоциално равновесие, т.е. нейната представа за човека е холистична. Подобно на други теоретици, които посочват различни подсистеми в рамките на отделната личност, тя приема съществуването на четири основни системи на адаптиране, а именно:

- Физиологичен способ, който се отнася за структурата на човешкото тяло и начина по който функционира;
- Способ - самопредстава, който се отнася за чувството, мнението и идеите, които дадено лице има за себе си;
- Способ - роля, който произтича от социалното положение, което някой заема;
- Способ - взаимозависимост, който указва на връзките, които някой поддържа с други лица и/или групи.

Нейният модел използва постиженията в областта на социологията и физиологията.

Визията на Орем е, че човек е здрав, когато се намира в структурно и функционално ненарушено цялостно състояние, т.е. когато разполага с пълна енергия и сили и не проявява белези на болест. Според нея човек е болен, когато вече не е в състояние да удовлетворява сам собствените си нужди. (Българо-Холандски проект “Палиативни грижи”, 2000). В модела

на Орем се отделя голямо внимание на отговорността на самия човек за собственото му здраве. Съгласно нейния модел, **пациентът е единна**, функционална система, която има мотивация за грижи за себе си. (Мухина, 2006)

През 1989г. Марта Роджърс – дългогодишен преподавател в сестринското училище към Нюйоркския университет и сътрудник на Американската Академия на медицинските сестри предлага модел – единно човешко същество. Тя счита пациентите за „неделими човешки същества”. Според нейният модел хората се разглеждат като едно цяло с вселената. Ролята на медицинската сестра е да служи на хората. Тя предлага прилагането на неинвазивни начини на терапия от медицинските сестри – терапевтично докосване, хумор, музика, цвят и др. (Martha Rogers, 1990)

Цялостна е и представата за човека на Бети Нюман, преподавател в Университета в Калифорния - Лос Анжелис и почетен доктор на науките в държавния университет в Мичиган. Тя включва физиологическите, психологическите и социологическите аспекти в своя модел на сестринството. (Neuman B., 1982)

Мнението на П. Бенър, професор по сестрински грижи в Университета в Калифорния и Джудит Рубел, медицински изследовател е, че сестринската практика е „грижовно изкуство”, основано на етиката. Грижата в този контекст означава, да се помага на пациента да се справя с всички стресове на заболяването, не само да се следва клиничната процедура. Те споделят, че тялото на човека е част от социален и психологически свят, които също имат отношение към здравето, както и анатомията. За тях сестрата е един холистичен лечител, който не се занимава само с анатомията и клинични процедури, но взема под внимание целия социален и емоционален свят на пациента. (Patricia E. Benner, 1989)

Професорът в катедра „Семейни здравни грижи” към Университета Калифорния /Сан Франциско/ Рамона Мерсер счита пациентите за „неделими човешки същества”. Според нейния модел хората се разглеждат като едно цяло с вселената. Ролята на медицинската сестра е да служи на хората. Тя предлага неинвазивни методи на терапия – терапевтично докосване, хумор, музика, цвят, медитация. (Merсер R.1984)

Според Карла Марино президент на Американската холистична асоциация и притежател на Наградата „Холистична сестра на годината” за 2003г. холистичната грижа е термин, използван за да обхване всички аспекти на грижите за пациента. (Marino, 2003)

За да могат да прилагат холистичният подход, медицинските специалисти трябва да са постигнали определена степен на формиране на професионални умения, защото това, което човек не е изградил и не носи у себе си, не може да го предаде на другите. Холистичният възглед е важен при избора на лечебен план във всеки отделен случай и всеки лечебен метод трябва да бъде прилаган по начин, който е най-подходящ за пациентката – самостоятелно или в комбинация с други, имайки предвид тежестта и състоянието на жената и индивидуалните особености на всеки. Здравните грижи трябва да включват знания и опит, натрупани по отношение на целия човек и лечебната практика, включително достиженията на съвременната медицинска наука и техника.

Потребностите на пациентката с рак на маточната шийка не се свеждат само до органически такива – у нея възниква цяла йерархия от различни социални и психологически потребности. Въпреки претенциите за прилагане на холистично отношение, конвенционалната медицина не обръща сериозно внимание на връзката *ум–емоции–тяло*. Тази свързаност на биологичното, психичното и социалното е философската система, на която не се гради съвременното медицинското

образование у нас. Все още основно внимание се отделя на биологичното / физическото/ тяло.

В зависимост от специфичното съдържание на потребностите при конкретните хора, един и същ обект, едно и също действие или постъпка може да придобие различно и даже противоположно – както положително, така и отрицателно емоционално значение. (Тодорков, К. 2002)

Според Б. Гьошев и М.Велева холистичният подход осигурява изучаване на обекти и явления като част от цялото, опитвайки се да ги разберем в богатството от взаимоотношения с други обекти и явления. Резултатите получени при този подход, са валидни и полезни за проблемите, свързани с личността, с групата и нейното поведение в процеса на обучение, с образованието в най-широк смисъл на това понятие. (Гьошев, Б. 2002)

Болният е уникален индивид в своето био-психо-социално функциониране. Той е не само носител на болестно проявление, а преди всичко страдащ човек, който очаква да възстанови психичното си равновесие и социалното си функциониране. За това от медицинското лице се очаква, да умее да работи не само с информацията по същество, а с елементите на психологическата информация.

Съществено значение в медицината има психологията на средата като фактор, влияещ върху психиката на индивида и неговото поведение. Нейното изучаване е предмет на различни учебни дисциплини /социална психология, политика, архитектура, антропология/, т.е. дисциплини, свързани с предмети и явления, влияещи върху здравето и поведението на човека и човешките групи.

1.3.1. Обучение на акушерките в прилагане на холистична грижа

Л. Хънтър твърди, че холистичната грижа в акушерската дейност осигурява психологични и физиологични ползи за жените,

удовлетвореност на клиента, както и потенциални икономии на разходите.(Lauren P. 2002)

Нито един метод обаче сам по себе си не обхваща напълно всички аспекти на здравето и болестта, затова, за да има успех лечението, са необходими добри познания за възможностите на различните терапии и техните ограничения. Медицинското образование трябва да формира компетентност и личностни качества в полза на здравето. Акушерката трябва да се учи непрекъснато и ежедневно да се обогатява и придобива нови познания от контакта си с хората. Тя трябва да бъде отворена за посланията, които носи времето.

Поради тази причина от съществено значение е изучаването от студентите по здравни грижи на социалните и психологическите потребности на онкоболните в медицинските университети, за да се формира професионален, холистичен подход.

Hilda Neglia Декан на училището за акушерки в Университет Сан Мартин в Перу споделя, че социалните промени и нуждите от здраве на жените оказват влияние върху акушерската дейност. (Neglia, В. Н. 2003)

По време на своето обучение акушерката изучава заболяванията, разпространението, рисковите фактори, лечение и прилагането на холистична грижа. Формират се професионални умения и поведение за справяне със социалните и психологически проблеми на пациентите.

Новата ѝ визия е не просто технически изпълнител на манипулации, а медицински специалист, имащ уникалната възможност за насърчаване на здравето и възстановяването му и промяна в начина на живот чрез грижа.

Съвременното обучение на акушерките се стреми да обхване всички здравни потребности на пациентите и да бъдат приложени цялостни грижи за запазване и възстановяване на неговото здраве.

Според СЗО (2014) грижите за онкологично болни включват следните елементи:

1. Психологическа подкрепа
2. Социална подкрепа
3. Духовна грижа
4. Самопомощ
5. Участие на пациента
6. Даване на информация
7. Допълващи терапии
8. Рехабилитация
9. Контрол на симптомите
10. Грижи при край на живота и тежка загуба

Тази концепция за цялостни грижи е представена схематично на фиг.3



Фиг.3 Концепция за цялостни грижи

През 1995г. се приема Европейската стратегия на СЗО за обучение на медицински сестри и акушерки. В стратегията са описани, изработените от медицински сестри и акушерки, „Основни насоки” в обучението, които периодично се преразглеждат и преработват. В документа се засягат например:

- Разработване на учебни програми, ориентирани към придобиване на практически умения;
- Образование и обучение ориентирани към компетентност;
- Съдържание на учебната програма, ориентирана към целите на стратегията на СЗО „Здраве за всички” и др. (СЗО, Копенхаген,1996)

В декларацията относно медицинското образование /Малта 1991г/ е дадено следното определение „Медицинското образование е резултат на непрекъснат процес на учене, който започва с постъпването в медицинския институт и завършва с оттеглянето от активна практика”.

Дефинирани са основни принципи през настоящия век от Международната комисия на ЮНЕСКО за образование, ръководена от Жак Делор, а именно: да се научим да знаем, да се научим да правим, да се научим да живеем заедно с другите и накрая, да се научим да бъдем. Тези принципи се отнасят до компетенциите, които трябва да започнат да се изграждат във всеки ВУЗ и специалност.(Делор, Ж.,1997)

По мнение на канадския педагог Джон Милър във фокуса на холистичното образование е уникалната цялостна личност, която се стреми към усъвършенстване, умее да прави избор в различни ситуации и носи отговорност за тях. Авторът предлага да се фокусираме върху уменията на студентите за общуване и развитие и насърчаването да използват тези умения в общуването. (Miller J., 2001)

В днешния разширяващ се глобален пазар, търсенето на все по-голямо разнообразие от умения бързо превишава наличното предлагане. Това предполага промяна в целия спектър от дейности, включително обучението и развитието.

Според ЮНЕСКО съществуват четири най-съществени типа учене, които са ключови. Те са наречени „стълбове” (или основополагащи камъни) на образованието. Всеки един от тях е важен при изграждането на цялостен подход за грижа.

1) Да се научиш да знаеш – да получаваш определени знания относно редица различни неща, докато учиш за много по-малко неща. Това означава също да се научиш да откриваш различни неща, да се научиш да анализираш, да използваш вече получените знания и да ги приспособяваш към дадена нова ситуация, да създаваш нещо ново или да решаваш нови проблеми.

2) Да се научиш да правиш – да получиш много и различни лични умения, които са необходими в живота, като например способността да комуникираш с другите или да работиш с тях в екип, както и да придобиеш практически умения.

3) Да се научиш да живееш с другите – да се научиш на разбирателство с другите хора, да признаеш, че всички имат своите собствени права и задължения, да се отнасяш с другите така, както искаш те да се отнасят с теб и да работиш заедно с тях, както и да разрешаваш споровете по един конструктивен начин.

4) Да се научиш да бъдеш – да развиеш своите вътрешни качества, да придобиеш способността да живееш живота си в хармония с твоите разбирания за правилното и вярното. (УНИЦЕФ, 2002)

Независимо от това, че образованието непрекъснато се усъвършенства в съответствие с обективните потребности, като система е сложно, многокомпонентно и трудно подвижно.

Само преди няколко години в учебния план и програми за акушерки не се изучаваха специални грижи при онкологично болни жени, а днес след въвеждането на Наредба за единните държавни изисквания на МЗ (ДВ 95/2005) влязоха в сила нови промени в образованието на тези медицински специалисти, съобразени с последните директиви на Съвета на Европейските общности.

Измененията в социалната среда се отразяват върху образователната система, налагайки адекватни реформи.

1.3.2. Прилагане на холистичен подход в практическата дейност на акушерките

Здравните грижи са фокусирани в подпомагането на човека, семейството и общността за достигане на оптимално здраве и живот.

Ролята на специалистите би могла да се определи като ключова от редица документи: Програма на европейския регион „Здраве за всички”, Програма на СЗО „Здраве 21”, Стратегия на СЗО „Медицински сестри и акушерки за здраве”.

Практическото обучение на акушерките цели да подготви качествени медицински специалисти за здравеопазването. Професионализмът се изгражда чрез обучение, възпитание и мотивация за успешна професионална реализация.

„Създаването” на съвременните професионалисти по здравни грижи е сериозно предизвикателство пред висшите медицински училища. Те трябва да формират в студентите професионални знания, практически умения и устойчиви мотиви за учене през целия професионален път.

През последните години станахме свидетели на промени в икономическия, социалния и политическия живот. Това естествено води до промени в образователната система. Необходими са иновативни решения и програми, за да отговарят на променените изисквания на обществото.

Нуждите на пациента се увеличават, а с това и техните очаквания от качествени здравни грижи.

Възможността на пациента да избира къде, при кого и как да се лекува поставят на нова основа здравните грижи, което неминуемо води до промяна в обучението на медицинските специалисти

Способността за учене и развитие на медицинските специалисти по здравни грижи става отличителна характеристика за

конкурентоспособността. Според „ Стратегическите насоки за икономическото, социалното и териториално сближаване / кохезия/ за периода 2007-2013г.”, един от приоритетите на кохезионната политика е „ стимулиране на иновациите, предприемачеството и растежа на икономиката основана на знания, чрез развитие на научния и иновационен капацитет, включително на информационни и комуникационни технологии”. (Community Strategic Guidelines on Economic) Ключът към успеха е да се изгради учебна среда, която стимулира индивидуалните умения и колективни знания.

С. Тончева и С. Борисова смятат, че наред с придобития професионализъм, индивидуалните психични особености в личностен, дейностен и интелектуален план, бакалавърът и магистърът по здравни грижи ще представлява специфичен социален механизъм, посредством, който ще се създадат подходящи условия, отговарящи на обществените и личностни потребности на индивида.(Тончева, С., 2006)

В медицинската педагогика М. Митова въвежда модел на тристранно взаимодействие “ преподавател – болен – студент”. Способността за адекватно общуване се превръща в задължителна професионална характеристика, която включва и строго спазване на етично поведение, принципи и правила за автономност, конфиденциалност и безвредност, както и получаването на информирано съгласие. (Митова, М., Ц. Воденичаров, 1998)

Процесът на формиране на социални умения в акушерките представлява съвкупност от последователни, целенасочени взаимодействия между педагога, студента и болния.

Позицията на П. Маринова е, че изключително силно влияние върху адаптацията към болничната среда, труда и колектива оказва практическото обучение, за което са отделени половината от общия брой часове при медицинските сестри.(Маринова, П.,2001)

Програмата за обучение по здравни грижи е гъвкава и динамично променяща се, което предлага голямо разнообразие от методи и средства в процеса най-вече на практическото обучение.

Учебно-практическата дейност претърпя през годините своето развитие според настъпилите промени в здравеопазната система и хармонизирането на обучението на акушерките с това в страните от Европейския съюз.

Програмата по практически основи на сестринските и акушерски грижи съдържа отделни предмети, свързани с грижите за здравия и болен човек, напр. „Специални грижи при болни със соматични заболявания”, „Акушерски и сестрински грижи за онкологично болни” и др., което спомага за формиране на холистичен подход.

Направените промени, гарантират не само постигането на определени образователни цели, а и удовлетворение от учебния процес, на студентите от специалността „акушерка”.

Практическото обучение се осъществява в близка до действителната среда или в реална обстановка. Това аргументира изборът на интерактивния педагогически подход в обучението.

Интеракцията е психологически термин, който означава вид взаимодействие или по-конкретно – взаимодействие и взаимовлияние между хора в процес на общуването им. (Гюрова, В., 2006)

В нейната основа стои способността за отчитане на психологическата информация. Очаква се създаване на психологична атмосфера на добронамереност и състрадание, на толерантност и готовност за съпровождане в емоционално трудните моменти, каквито съществуват при работата с онкологично болни.

Отчитането и най-вече включването и разработването на психологическите и социалните аспекти в обучението и дейностите при

онкологичните заболявания например ще гарантира по-ефективна грижа и така желаният цялостен подход.

Светът се променя. Променени са изискванията от здравни грижи . Обучението трябва да е гъвкаво и отговарящо на нуждите на световните пазари, за да могат професионалистите да са конкурентноспособни.

В тези условия нерядко възниква опасност от нарушаване на многообразните вътрешни и външни връзки на единната здравеопазна система, водещо след себе си до тясно ограничен локалистичен подход към здравето на личността и обществото. Създава се ситуация, при която нерядко медицинският специалист загубва от погледа си цялостната личност на пациента, вниманието му е съсредоточено върху отделни органи и системи на човешкия организъм. (Воденичаров, Ц, М.Митова, 1995)

Многократното увеличение на общия брой часове доведе до повишаване на професионалните компетенции на медицинските специалисти , но дали това е достатъчно за изграждане на морални личности готови на състрадание и хуманност, които са задължителни при грижите за жени с онкологично заболяване. Мотивите за избора на тези професии е възможно да са чисто икономически. Все още пациенти се оплакват от лошото отношение на медицинския персонал. Поставяме си въпроси дали е възможно в рамките на практическото обучение да се изгради правилно отношение и да се формират адекватни социални умения за комуникация и работа в екип.

Симбиозата между професионалните и личностните качества в някои случаи е трудна. Всички ние познаваме хора отлични професионалисти, но трудно вписващи се в екипната акушерска дейност, поради липса на умения за работа в екип, като нежелание за комуникация, неспособност за адаптация към колективен труд, несправяне с емоциите, невъзможност за работа с конфиденциална информация и др.

Според Д. Фрейзър и екип личните качества играят особено важна роля при определянето на компетентност за акушерската практика. (Fraser, D.,1997)

В ерата на пазарна икономика и среда на конкуренция знанията и уменията се оказват основен фактор на пазара на труда.

Анализирайки учебният план, по който се обучават акушерките от ОКС „бакалавър”, установяваме голям брой учебни дисциплини, които формират нагласа за холистичен подход:

- Промоция на здравето
- Философия и въведение в теоретичните и практически основи на сестринските и акушерски грижи
- Социална медицина
- Социално и здравно законодателство
- Медицинска психология
- Медицинска етика
- Практически основи на сестринските и акушерските грижи

От анализа на учебната програма по учебно-практическата дейност става ясно, че е отделено по-малко внимание от триединната същност на човека, по-конкретно на психо-социалните аспекти. В тематичните единици включени в програмата на учебно-практическата дейност няма включена нито една тема свързана с изграждане на социални умения и оказване на психологическа подкрепа на жените. Темите включват предимно оказване на здравни грижи при определени заболявания и изграждане на манипулативни техники при акушерките.

Ето защо е важно формирането на положителна нагласа към био-психо-социалния подход в практическото обучение.

Специалистите по здравни грижи са длъжни да притежават търпимост към всеки пациент, независимо от индивидуалните му особености, за да привлече или за да не ги отблъсне /пациентите,

клиентите/ и да формира у тях чувството на удовлетвореност от качеството на грижа.

Професионалистите по здравни грижи е необходимо да бъдат информирани за цялостните грижи за другите, да излязат извън рамките на привичното, какъвто е холистичният подход, който отстоява, че всички аспекти на потребностите на хората, трябва да бъдат взети под внимание. По време обучението тя изучава заболяването РМШ, разпространението, рисковите фактори, лечението. Много по-трудно се формира поведение за справяне със социалните и психологически проблеми на пациентите с това заболяване.

Американската Асоциация по холистично сестринство е описала холистичната практика в сестринството, като сбор от знания, теория, опит и интуиция превръщайки го в терапевтично партньорство с хората за тяхната грижа. Тази практика разпознава абсолютната свързаност на тялото с емоциите, духа, ума, връзките и околната среда. (АННА)

1.4. Актуалност на проблема - рак на маточната шийка

Ракът на маточната шийка /РМШ/ е едно от най-разпространените злокачествени новообразувания сред жените. По данни на СЗО, се нарежда на 5-то място с относителен дял от 7.3% сред всички локализации на рак при двата пола. Около 15% от рака при жените се пада на карцином на маточната шийка. Годишно в света заболяват около 500 000 жени, а на всеки 2 минути умира жена болна от това заболяване. С други думи 250 000 жени са обречени. Приблизително 20% от тези случаи се установяват в развитите страни и 80% в развиващите се. По-новите прогнозни данни показват, че тази тревожна тенденция предстои да бъде утежнена, като за 2050г. ново заболялите от карцином на маточната шийка се очаква да достигнат около 1.9 млн. жени, по-голямата част, от които-около 1 милион в развиващите се страни.

Ракът на маточната шийка засяга жени в разцвета на силите им. Заболяването е на четвърто място по честота при жените и представлява 7,2% от всички злокачествени заболявания при тях. То е *втората причина за смърт при младите жени* след рака на гърдата у нас. Това заболяване е значим социално-медицински проблем тъй като половината от болните жени са на възраст между 20 и 50 години. Резултатите от лечението на този злокачествен тумор са незадоволителни. Дори и при радикално оперираните болни с начален стадий на заболяването се наблюдават рецидив или далечни метастази в около 40% от случаите.

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 заболеваемостта и смъртността от рак на маточната шийка. Данните на Националния раков регистър показват, че честотата на новооткритите случаи се е увеличила почти трикратно от 1993 – 2013 година. Показателно е, че само в две страни в света /България и Тайланд/ се отчита нарастване на смъртността при РМШ. Смъртността е показател, който е отражение на ефективността на скрининга, ранната диагностика, адекватното лечение и проследяване на лекуваните болни. (Мушмов, М, Р. Райчев, 1996)

Годишно в нашата страна се регистрират около 1200 ново заболяли жени, като се отчита по-висок дял на напредналите форми на рака. (Златков, В, П. Костова, 2006)

Ракът на маточната шийка е едно от злокачествените образувания, което със съвременните познания и технически средства може да бъде ограничен до минимум при една добра организация на здравеопазването и здравноосигурителната система. (Карагъзов, И.,Н. Доганов,2005)

Установяват се големи различия в разпространението на заболяването, както между отделните страни по света, така и в рамките на

една страна, като честотата е в зависимост от социално-икономическите фактори, етническата и расовата принадлежност, качеството на осъществявания скрининг, както и от влиянието на рисковите фактори на заболяването.

В Африка, Централна и Южна Америка, Южна и Югоизточна Азия РМШ е най-често срещания карцином и съставлява 20-30% от злокачествените новообразувания при жените. Най-ниските нива на заболяемост са в Северна Америка, Австралия, Близкия Изток и Западна Европа, където тя е само 4-6%, докато в Източна Европа, карцинома на маточната шийка заема междинна позиция.

Данните за България (1993-2013г.) показват нарастване на заболяемостта и смъртността, както и запазване на неблагоприятно стадийно разпределение, с висок дял на авансиралите форми. Запазва се и ниска честота на случаите с CIN(1% от скринираните жени), като се влошава съотношението с инвазивните форми.

РМШ е един от малкото видове рак, който би могъл да бъде предотвратен чрез скринингови мероприятия. Това е и единственият рак, за който съществува ваксина. Заболелите в България обаче се увеличават.

Според официални данни на Националния център за здравна информация броят на регистрираните заболявания от злокачествени новообразувания на шийката на матката нараства. За България данните на Националния раков регистър (БНРР,2015) показват, че честотата на новооткритите случаи се е увеличила. През 2013 година са регистрирани 1090 нови случаи. Фактическата заболяемост е 29.2 на 100 000 жени. През същата година от рак на маточната шийка са починали 352 жени. Заболеваемостта и смъртността от РМШ се увеличават с 2,6% и с 1,7% средногодишно. От графиката се вижда как се развива изучаваното явление ретроспективно във времето. Въз основа на тези данни можем да

направим заключението, че съществува тенденция на нарастване на новозаболените от РМШ (фиг.4.)



Фиг.4. Развитие на РМШ през годините

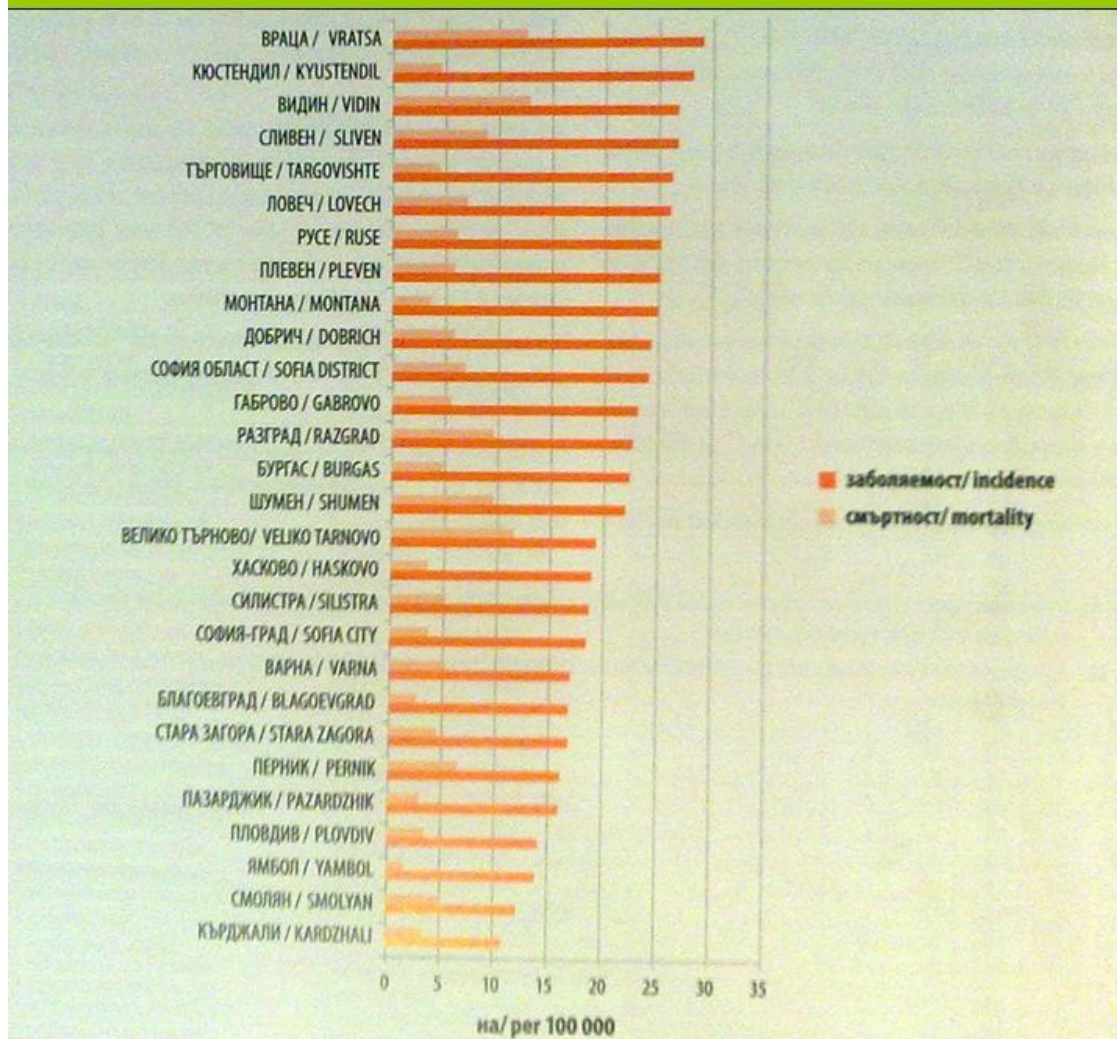
Заболеваемостта от РМШ е най-висока в областите Враца, Кюстендил, Видин, Сливен и Търговище /над 26 на 100 000/. Смъртността от РМШ е най-висока в областите Видин, Враца и Велико Търново /над 11 на 100 000/. Няма точни изследвания за причините, поради които в тези райони смъртността е по-висока. (БНРР, 2015) Вероятно причините са тежкото социално-икономическо състояние на население в региона, недостигът на средства забавя търсенето на специализирана медицинска помощ, както и по-големият брой здравно-неосигурени лица, липсата на профилактични мерки, недостиг на информация за първите симптоми на заболяването. (фиг.5 и 6.)

Смъртност (стандартизирана по световен стандарт на 100 000) от злокачествени заболявания по области в България, 2013г.



Фиг.5. Мястото на Северозападна България по смъртност от злокачествени заболявания

Заболяемост и смъртност (стандартизирани по световен стандарт на 100 000) от рак на маточната шийка по области в България, 2013г.



Фиг.6. Заболеваемост и смъртност от РМШ в България

Сравнителният анализ на проучените основни епидемиологични показатели за карцинома на маточната шийка показва, че България се нарежда сред високо засегнатите страни в Европа и заема междинно място в световен мащаб. Заболяемостта от РМШ в България е по-висока от средната за Европа. Прогнозните данни за 2012 г. показват заболяемост за България 28.5 на 100 000 жени, при средна за Европа – 13,4 на 100 000 жени. Смъртността също е по-висока от средната за Европа 8,8 на 4,9 на 100 000 жени съответно. (<http://eco.iarc.fr/EUCAN/>)

Тези данни са особено тревожни на фона на очерталите се в последните години неблагоприятни социално-демографски промени, намаляване броят на женското население, вследствие намалената раждаемост и увеличената емиграция.

Всяка жена независимо от възрастта си е изложена на риск от развитие на заболяването. Най-застрашени са жените между 20-50 години, а пикът на развитие е между 45-49 годишна възраст, което поставя с особена острота въпроса за социалните и психологическите проблеми.

РМШ е заболяване, което дава отражение върху семейството, професията, изцяло се променя начина на живот на болелите. Нарушават се част от вече изградените навици и традиции, обществените и трудови взаимоотношения.

1.5. Психосоциални проблеми при жени с рак на маточната шийка.

През последните години жените активно участват в лечението и вземането на решения и дадоха да се разбере, че те имат нужда от внимание не само за решаването на физическите им проблеми, но и психологическите и социалните.

Ракът на маточната шийка е болест причинена от много фактори. Генетични, възрастови, могат да се включат и фактори на околната среда, стил на живот и психосоциалните. Някои видове рак имат силно генетичен компонент. Други видове рак се провокират от излагане на вещества като цигарен дим или азбест. При други пациенти, очевидно преобладава психосоциалния фактор. Важно е да се има предвид, че дори при рак причинен от специфичен агент, има и други фактори, действащи при началото и развитието на болестта. Не всички пушачи развиват карцином; не при всички носители на гена на рака той се проявява.

Преди повече от две хиляди години Гален е забелязал, че меланхоличните жени са предразположени да развият рак на гърдата. Гендрон /1901/ изтъква ролята на депресията и безпокойството за развитието на рак.

Преди повече от три десетилетия американският лекар Мартин Абелоф признава интимната връзка между психическото и социалното въздействие на рака. В речта си при връчването на Наградата Джон Хопкинс той казва, че: „Вие просто не можете да лекувате рак, без да обръщате внимание на психологическите и социалните аспекти на заболяването.”

Тези два аспекта са взаимно свързани – множеството социални проблеми могат да допринесат за повишаване нивата на психологически стрес и обратното, психологическият стрес може да доведе до социални трудности.

Психологическите и социалните аспекти на грижите за пациентите са в основата на здравните услуги. Това подкрепя необходимостта от оценка на качеството на живот заедно с оценката на психологическия стрес и социалните проблеми.

При направено проучване сред 188 жени с рак за качеството на живот в четири аспекта : физически, психически, социални и духовни, пациентите споделят, че са решили много от физическите си проблеми и по-малка част от останалите изброени. Авторите препоръчват многофункционална грижа за подкрепа.(Wyatt, G., Friedman, L., 1996)

Оценката на социалните и психологическите проблеми не е рутинна практика на онкологичните клиники и диспансери у нас, тяхното интегриране е предизвикателство пред здравеопазването.

1.5.1. Психологически аспекти

„Всички щастливи хора си приличат, всеки нещастен човек е нещастен по своему.“

Л.Толстой

„Психиката е функция на мозъка, която позволява на човека да опознава и отразява света, който го заобикаля, да регулира на тази основа своето поведение и дейност”.(Балканска, 2005)

Отчитането и най-вече включването и разработването на психологическите аспекти в грижите за жените с РМШ ще допринесе за повишаване качеството на живот на пациентките.

Няма заболяване, което да не е повлияно от психични фактори и да не поражда психични проблеми у болния като чувство за вина, страх, нежелание за общуване. Понякога психологичните проблеми са трудни за овладяване, отколкото болката, температурата и останалите симптоми на болестта. Развитието на медицината дава шанс на много жени с карцином да оздравеят, но те са изправени пред живот в несигурност, ограничения и физически дискомфорт, причинени от болестта. (Levi L,1985)

Наличието на промени на някои органи и системи, ограничава физическите и интелектуалните възможности на пациента, понякога води до неспособност за самообслужване. Променените функции пораждат усещания за дискомфорт, болка с различен интензитет и страдание. Те от своя страна пораждат понижено настроение, тревожност, депресия, отчаяние, понякога агресия и гняв към околните. (Балашкова, М., 2005)

При онкологичните заболявания една от най-важните и трудни за медицинските специалисти задачи е да помогнат на болния да приеме болестта и да се примири с това, че ще се наложи да се приспособи към нея и въпреки нея. Често това е продължителен процес, свързан с тежки

психични преживявания. Познаването на тези процеси дава възможност за контрол върху тях.

Според П. Балканска последните десетилетия показват нарастваща увереност, че много аспекти на психологията са добре интегрирани в здравните дейности. Чрез идентифицирането на рисковите фактори и чрез изграждането на програми за подкрепа на хората да постигнат здравословен стил на живот, психологията има сериозен принос в усилията на обществото за опазване на здравето. В клиничната практика психологията все повече идентифицира ползите и отговорностите на различните групи за самопомощ, на консултациите, на програмите за самоуправление. (Балканска, П.,2010)

През 1987 г. професор Марко де Врийс, патолог, обучаван в няколко психотерапевтични школи, залага опит, за проучване дали психотерапията би могла да влияе на протичането на онкологичните заболявания при хора с такива заболявания, получавали индивидуална психотерапия веднъж седмично и групова терапия веднъж на две седмици. Предварително е определено, че ако ефект се наблюдава в поне един от десет пациенти, подлежащи на оценка, резултатът ще се счита за положителен. Интервенцията се е основавала на емпирически и екзистенциални психотерапевтични школи. При емпирическият подход централно място заема съсредоточаването върху чувствата, нуждите, целите и потенциалните възможности на личността. При екзистенциалния подход централно място заема изграждането на честно, реалистично и лично отношение към собствената ситуация. Накрая са оценени 35 пациента. При пет от тях нарастването на тумора е спряло за три до девет месеца и у един пациент за две години. (Де Врийс, 1997)

Човекът е социално същество: манифестираното поведение на конкретния индивид зависи и от другите участници във взаимодействието – социалните механизми на харесване или отхвърляне,

на симпатия и антипатия, на привързаност и отчужденост, на познанство или непознатост, и други съотносими към дадена ситуация явления, оказват безспорно влияние върху човешкото поведение.(Балканска, П. 2009)

Работата в група е друг начин на предлагане на помощ. По този начин човек помага на себе си, споделяйки своя опит и преживявания с другите. При провеждане на групова терапия с жени с онкологично заболяване през 1977год. Ялом и Грийвз установили, че пациентките особено силно желяели да повлияят на медицинските специалисти, защото почти всички без изключение изпитвали сложни и противоречиви чувства към тях. Отначало те проявявали силен гняв, който произлизал от неуспеха на лекарите да отговорят на техните очаквания. Пациентите от груповата терапия чувствали, че техните лекари подхождат към тях твърде безлично и авторитарно. Те били недоволни, че не им давали пълната информация и ги изключвали от вземането на важни решения. Те се чувствали изоставени, точно когато имали най-голяма нужда от подкрепа. (Ялом и Грийвз, 1977)

Успешните програми за самоуправление осигуряват подходящи знания и умения, отношения и вярвания, които детерминират степента, в която всеки човек изгражда и поддържа подходящ режим на самоуправление. Затова обучението трябва да бъде непрекъснат процес в продължителното обгрижване на пациентите в клинични условия.

Здравните екипи трябва да дадат на пациентките с рак на маточната шийка и на техните семейства достатъчна психологична подкрепа, за да ги улеснят да преживеят настъпилата криза, при тази сериозна диагноза и да успеят да изградят ново виждане за живота.

Психологическият комфорт на жените е част от холистичната грижа прилагана от акушерката.

Овладяването на емоциите при тази много често неизлечима болест е един от важните елементи при общуването с пациента.

Емоциите са конкретният начин, по който различните животински мозъци отговарят на присъствието в ежедневиия живот на определени обекти и събития.(Damasio, A.,2009)

Правилната идентификация на емоциите дава представа на професионалиста за нуждите на обекта на грижите.

П. Балканска счита, че от условията на обществения живот зависят, както формите на проявление на емоциите у човека, така и начините за постигане на целите и удовлетворяването на онези потребности, с които е свързана появата на една или друга емоция. Емоциите са психично явление и са свързани с инстинктите, с потребностите и мотивите на човек. Представяват своеобразен фон, на който протичат всички психични процеси – усещане, възприятие, мислене, памет, въображение и др. (Балканска, П, 2005)

Чувствата са специфични човешки преживявания, които възникват на основата на удовлетворяването или неудовлетворяването на потребностите на човека като личност /например, потребност от общуване, познание, изпълнение на някаква дейност, култура и др./

Според П. Маринова и М. Есинк приемането и уважението на чувствата не означава само, че професионалистът показва разбиране на емоциите на нуждаещия се от грижи, но и че изразяването на тези емоции не трябва да бъде потискано и насочвано. Специалистите показват, че вземат чувствата на пациентите на сериозно, колкото и неразумни да изглеждат. Помощта всъщност е предложение за помощ, която другият може да използва според собствените си нужди, а не нещо което непременно трябва да се окаже. (Маринова, П., М. Есинк, 2007)

Една от особеностите на болни с карцином е фактът, че те преживяват своето отчаяние от болестта вътре в себе си. Те рядко са

способни да изразяват отрицателните си чувства. Психичните нарушения, които се срещат при пациентки с рак на маточната шийка включват в себе си цялата гама от емоционални преживявания. Към тези прояви спадат **депресивните състояния**. Болестта „рак” е голям трус, който размества из основи пластове на живота.

Онкологично болните преживяват заболяването травматично и развиват целия спектър от психиатрични разстройства. (Jacobsen P.V. et all, 2002)

Тревожните мисли са чести при тези болни. Добре е те да бъдат споделени с компетентно медицинско лице. Протичането и лечението на злокачествените заболявания в частност на болни с рак на маточната шийка в немалка степен зависят от емпатията на медицинските специалисти към пациентките. Те се нуждаят не само от оперативно и медикаментозно лечение, но и от програми, съчетаващи психотерапевтични методи и социотерапевтични подходи. Биомедицинското отношение не е достатъчно. Здравният специалист е човекът, който трябва да разкрива и укрепва позитивните, личностни качества на пациента. (Джоргова, Р., Г. Къшева, 2005)

Обучението на медицинските специалисти трябва да развива не само интелекта, но и чувствата, нагласите и ценностната система за формиране на цялостен подход в здравните грижи. Трябва да се изградят умения за разрешаване на психологически проблеми на жените с РМШ

1.5.2. Социални аспекти

Различни автори изследват и разкриват важната роля на социалните фактори за здравето и дълголетие на хората в днешното общество. (Krant M., 1981, Lazarus, R.,1991) Те са многообразни и сложни. Настоящият труд няма за цел да изброи факторите, които обуславят доброто физическо, психическо и социално здраве на човека. От значение

е да се осмисли това единство и да се направи живота по-пълноценен на хората със злокачествено заболяване.

За социалният психолог Е. Годорова „социалното, междуличностно влияние” е от съществено значение. Под „социално влияние” те разбират процеса, в който нещо се извършва поради наличието /имагинерно или реално/ на други хора. Хората са социални същества и непрекъснато влияят или се влияят от другите хора. (Годорова, Е, 1995)

Характерът на взаимоотношенията между здравния специалист и пациента играе важна роля в терапията на жените с онкологично заболяване. Тези пациенти се нуждаят особено от загриженост, разбиране и помощ за разрешаването на социалните им проблеми.

Откриването и характеризирането на социалните проблеми може да доведе до подобряване на грижите за пациентите, което да засили тяхното социално благополучие, респективно тяхното здраве.

При проучване на 96 болни от рак в Университетската болница Сейнт Джеймс в Обединеното Кралство от Е. Р. Wright и колектив са идентифицирани общо 32 социални проблема, категоризирани в осем позиции:

- ✓ Проблеми с домашните задължения;
- ✓ Мобилност;
- ✓ Финанси и обезщетения;
- ✓ Заетост;
- ✓ Правни въпроси /ипотеки, пенсии, застраховки/;
- ✓ Отношения / Социални и развлекателни дейности/;
- ✓ Сексуалност;
- ✓ Връзки и комуникация.(Wright, E. et al, 2002)

Идентифицирането на социалните проблеми на пациенти със заболяване РМШ може да допринесе за развитие на социалните умения

на медицинските специалисти. Те могат да бъдат включени в оценката на пациента като част от здравните грижи.

Социалните умения са тези, които използваме, за да общуваме и взаимодействаме един на друг, както вербално, така и невербално. Според В. Миленкова (2010) добре развитите социални умения имат своите предимства – повече и по-добри отношения, по-добра комуникация, по-голяма ефективност, подобряват самочувствието, изграждат доверие.

Английски изследователи смятат, че ако се поеме отговорност за социалните отношения при болни с карцином това ще подобри качеството на живот, а понякога това довежда до ремисия. (Vantegodt, S. et all, 2007)

Често гледаме на нашите социални умения като на даденост, без да осъзнаваме всички сложни умения, които ние използваме, когато си взаимодействаме помежду си. Някои от тези умения са много прости, като например: да се усмихнем и погледнем някого, когото виждаме и познаваме. Други са по-сложни, като например уменията, които използваме, за да водим преговори в ситуации на конфликт. Развитието на социалните умения е процес, който протича през целия живот и изисква целенасочено управление и грижа. Някои хора се учат на социални умения, лесно и бързо, докато при други социалните взаимодействия са голямо предизвикателство и може да се наложи да работят върху развитието им продължително време. Хората с добри социални умения са естествено по-популярни и комуникативни, в сравнение с хората, при които социалните умения са формирани в ниска степен. Тези умения ни дават възможност да знаем какво да кажем, как да правим добри избори, и как да се държим в различни ситуации. Степента, в която професионалистите по здравни грижи имат добри социални умения може да повлияе на техните резултати, поведение,

социални и семейни връзки. С усвояването на социални умения, те имат възможност да направят избори, които усъвършенстват техните междуличностни отношения и улесняват успеха в професионалната дейност. Някои ползи от формирани добри социални умения включват: позитивна и безопасна професионална среда; устойчивост на акушерката при възникване на стресови ситуации; намиране на ефективни пътища на общуване; формиране на лична отговорност.

Социалните умения могат да бъдат овладени в процеса на базовото и следдипломното обучение. Особено полезно е, ако професионалистите използват тези умения и обучават хората как да комуникират по-ефективно. Жените с РМШ трябва да се научат да бъдат по-открити и да споделят своите собствени чувства, към другите, така че когато са уязвими, тази уязвимост да бъде третирана с грижовност и уважение. Болестта въздейства върху комуникацията, като в някои случаи тя дори престава да съществува.

Ракът на маточната шийка оказва негативен ефект върху способността на пациентката да функционира пълноценно като член на обществото. Не случайно заболяването се нарежда сред социално-значимите заболявания. Понякога ракът води до пълна загуба на социалните позиции. Не е рядкост загубата на работа, приятелства, болната жена се намира в мъчителна социална изолация. Тя не може да изпълнява обичайните си задължения в семейството. Цялото семейство се ангажира с дейности по обгрижването на болния, за които не е подготвено. Общуването с жените с рак на маточната шийка е много деликатна тема, което изисква подготвеност на акушерката за тази специализирана дейност.

Комуникацията е сложен процес, независимо от обстоятелствата при които протича. Когато се замислим, че дори и при най-простата комуникация значенията на информацията може да бъде изкривена се

питаме как изобщо комуникираме. Тя изисква усилия и от двете страни. Още по-трудна е комуникацията, при която едното от лицата е с проблем /психически, физически, социален/. Тези трудности трябва да се познават и преодоляват. Тук е мястото на преподавателя да представи модели на общуване въз основа на своите знания, опит, ценности. Винаги има личен момент при общуването и намеса понякога на много външни и вътрешни фактори.

При направено проучване от преподаватели по социология в Западния Мичигански Университет авторите са установили, че пропуските в комуникацията влияят отрицателно върху предварително планираните палиативни и хоспис грижи при тежко болни и терминално болни. Объркване се получава и при различните доставчици на услуги. След проучването изследователите са стигнали до заключението, че трябва да има интердисциплинарен подход, който да включва освен лекари и медицински сестри, социални работници, свещеници и др., което значително ще подобри грижите за пациента. (Nedjat-Haiem FR et all, 2016)

Формирането на професионалните умения за общуване става в процеса на обучението в университета. При направено проучване през 1996г. М.Митова доказва наличието на недостатъчна подготовка на ново завършилите медицински сестри за рационално общуване с болните и техните близки, липса на емпатична нагласа у по-голямата част от тях, както и че не владеят в достатъчна степен умения за работа в екип – да търсят мнението и съвета на други членове от екипа; да поемат лична отговорност. Според нея е наложителна промяна във формирането на необходимите за професията на медицинската сестра личностни качества.(Митова,М., 1996)

През 2000г. Н. Кръстева очертава като недостатък на обучението на професионалистите по здравни грижи слабата психо-социална и етико-

деонтологична подготовка за работа, както с болния, така и със здравия човек. (Кръстева, 2001)

Няколко години по-късно /2006/ е извършено проучване от Е. Димитрова за формиране на професионални качества у студентите – медицински сестри в процеса на клинично обучение. Изследването е направено сред 140 студента, както и преподаватели от Медицински колежи в Плевен, Велико Търново и Русе, и наставници от учебните бази в гр. Плевен. Изследователят заключава, че формирането на професионални качества у студентите медицински сестри е претърпяло незначително развитие. (Димитрова, 2006)

В подобно проучване направено от Н. Тодорова и А. Велкова през 2007г. се търси самооценката на 106 медицински сестри за комуникативните им умения. След анализа на данните авторите са стигнали до извода, че „може би комуникативните способности на тези медицински сестри не са на нужното ниво”. Отбелязали са и фактът, че липсват алгоритми за комуникация в отделните моменти от грижите за болния, което налага използването на интуитивни алгоритми. (Тодорова, Велкова, 2007)

Една от дейностите в работата на акушерката е комуникативната. Именно общувайки тя изпълнява своята роля.

Д. Хаджиделева при самостоятелно проучване сред пациенти установява, че според анкетираните основен проблем на комуникацията в медицинската практика на акушерките е липсата на желание /над петдесет процента от анкетираните/. (Хаджиделева, 2014)

Анализът на тези резултати очертава необходимостта от оптимизиране на обучението и подобряване качеството на акушерските грижи.

Ефективната комуникация предполага вникване в мотивите на другия, разбиране на неговата индивидуалност. Това предполага

емпатия. Понятието е въведено за първи път от Карл Роджърс. Емпатията е ключово умение за ефективната комуникация. В днешно време емпатията се дефинира като сложен, конструктивен, обединяващ, когнитивен и емоционален компонент. (Hojat Gonela, Nasca et al, 2002)

Тя включва способността да се разберат чувствата и преживяванията на жените с РМШ, да се погледне на заболяването от тяхната гледна точка. Водеща е тенденцията на хуманизиране на общуването между акушерката и пациента и скъсяване на дистанцията между тях. Целта е да се изгради доверие и да се обединят усилията на всички за съвместното решаване на проблемите свързани със заболяването.

За някои проблеми на пациентките се говори малко и понякога дори се игнорират напълно от специалистите по здравни грижи, какъвто е въпросът за **сексуалността при жени с рак на маточната шийка.** Трябва предварително да се направи разграничение между секс и сексуалност /във втория случай става въпрос за близост/. Възрастовата граница на заболелите от рак на маточната шийка е в рамките на тяхната сексуална активност.

При направено проучване от колектив към Университета Калгари пациентите единодушно са посочили, че един цялостен подход за грижи ще включва обсъждане на последиците от тяхното заболяване , в частност тяхната сексуалност. (Laurie L. et al, 2004)

Според медицинският сексолог в Университета в Сидни , Маргарет Раделман здравните специалисти признават значението на близостта и интимността, но имат затруднения, когато се повдигне този въпрос. Според нея грижата за сексуалните проблеми в палиативната фаза трябва да бъде включена в холистичната грижа.(Margaret R., 2008)

Сред основните компоненти, които повлияват комуникацията в медицинската практика е концепцията за мотивацията. Интересът към

дадена дейност и положителното отношение към нея в голяма степен определя резултатите.(Попов, Т.,2007)

Мотивацията за избора на професията „ акушерка” е в основата на добрите здравни грижи. Н. Силами твърди, че „успехът в една професия зависи от интереса към нея толкова, колкото и от способностите, необходими за нейното упражняване”.

Л. Десев пояснява, че мотивите „образуват вътрешната психологическа основа на човешките действия и постъпки”.

Личността взета като цяло, има три структури, които взаимно се допълват – биологична, психологическа и социална.

Социалната подструктура на личността се определя от нейните социални роли , от опита придобит в дейността и определената социална среда: знания, умения, навици, привички, влечения, желания, интереси, склонност, идеали, убеждения.

Всеки човек, живеейки в общество, се включва в много различни социални групи: семейство, учебна група, професионална група, политическа среда и др. Във всяка една от тези групи той заема определено положение, притежава някакъв статут, към него се предявяват определени изисквания. По такъв начин един и същ човек изпълнява различни роли, в една ситуация е студент, в друга пациент в трета родител и т.н. Усвояването на социалните роли е част от процеса на социализация на личността, задължително условие за „врастване” на човека сред себеподобните му. Възприемайки социални роли, човек възприема социални стандарти на поведение, учи се да се оценява от страни и да се самоконтролира.

Социалната роля е съвкупността от действия, които трябва да изпълнява личността, заемаща определен статус в социалната система.

При онкологичните заболявания ролите се променят. Заболяването налага преразпределение на задълженията и отговорностите на здравите

членове в семейството и създаване на нови роли, което често е съпроводено със стрес.

За да играе определена роля, човек трябва да притежава релевантни на нея умения, които придобива в процеса на жизнения си опит или в професионалното обучение.

Промяна на социалния статус в обществото на пациентките води и до **финансови проблеми**, които неминуемо се отразяват на цялото семейство.

Мнението на W.Shannon и колектив от Университетите в Тексас и Кентъки е, че финансовият проблем е един от най-важните да се забави навременното поставяне на диагноза. В САЩ ежегодно се изразходват приблизително 2 билиона долара за превенция на РМШ. За лечението на една пациентка с РМШ се използват 500 000 долара за прегледи, посещения, химио- и лъчетерапия. Безработицата води до липса на здравна осигуровка, което коства финансови загуби на държавата. Авторите смятат, че финансовият проблем е основен и би трябвало да се променят нещата в политиката на държавата и да се осъществява социална реабилитация на жените с РМШ. (Shannon, W., D. Bustillos, J. Gano end all, 2008)

1.5.3. Значимост на психо-социалната насоченост на обучението за формиране на холистичен подход при здравните грижи за жени с рак на маточната шийка

За да се осъществи адекватна грижа и лечение е необходимо добро познаване, търсене и подпомагане в решаването на социалните и психологичните проблеми породени от заболяването. Идентифицирането на чувствата и емоциите вълнуващи пациентката, на начина по който тя приема болестта, на влиянието което оказва върху социалния и живот,

позволява по-адекватна, ефективна и цялостна грижа от страна на професионалистите по здравни грижи.

Стартиралата през 2000 година реформа в здравеопазването у нас все още продължава. Тази промяна среща много трудности. Много са предизвикателствата и пред обучението на професионалистите по здравни грижи. В конкурентната среда на пазарната икономика се налага те да бъдат с висока квалификация, като най-подготвените от тях съвсем естествено са сред най-търсените от здравните мениджъри. Чисто манипулативните умения, които се изграждат по време на обучението се оказват недостатъчни. При подбора на кадри се вземат под внимание комуникативните умения, умения за работа в екип, емпатия, опит, възпитание и т.н. Оказва се, че при усвояването на тези умения все още има пропуски.

Някъде по пътя на индустриализацията се загуби една от основните функции на медицинската професия милосърдието. То означава чувство, проява на състрадание и готовност да се окаже помощ на нуждаещите се. (Тълковен речник) Тази основна характеристика на грижата за човека се загуби в съвременната високо-технологична медицина, но когато се нуждаем от медицински грижи всеки от нас настойчиво я търси.

„Медицината е не само безпристрастна наука, но и вълнуващо изкуство, наситено с емоции и естетични изживявания. Нима здравето не е най-голямата красота, а болестта – некрасота! Медицината е не само сбор от знания и умения за лечение на болести, тя е човековедска професия.”(Борисов, В., 2002)

Чувството на състрадание би трябвало да бъде развивано и възпитавано в медицинските университети. Ролята на преподавателя е не само в даване на информация по определена дисциплина, а обучение в отношение към човека здрав или болен.

Срещата с човешкото страдание допълнително натоварва обучаваните и изисква строго спазване на етични норми на поведение от преподавателя.

Позицията на П. Балканска е, че медицинската помощ, освен професионална компетентност, включва и личната грижа към човека, изразена в отношение на внимание, съчувствие, емоционална топлина, зачитане и подкрепа. (Балканска, П. 2010).

Социалните и психологическите аспекти в работата на акушерката са все по-актуални. Идентифицирането на дългосрочните последици за здравето от социалните и психологичните проблеми може да доведе до прилагане на подходящи грижи за пациентите. Това ще способства за развитието на интервенции, необходими за облекчаване на негативните последици от болестта.

Една от най-трудните и деликатни задачи е формирането в студентите на социални умения при работата с онкологично болни като: комуникативност; способност за работа в екип; емпатия; толерантност; умения за организиране; способност за предаване на опит и др. За осъществяването на тези цел е наложително преподавателите по здравни грижи да притежават широк кръг от компетентности придобити при интердисциплинарната си подготовка.

Напоследък все повече се говори за не добро отношение към пациента, избягване на комуникация, грижата за пациента се свежда до чисто манипулативни техники. Трябва да признаем, че обществените промени са факт, в резултат на които възникват нови образователни потребности. Обучението на съвременната акушерка е сериозно предизвикателство пред висшите училища. Подобряването на социално-психологическата компетентност на акушерката е предпоставка за осъществяването на подходящи комуникативни подходи за емпатично

общуване със здрави и болни, работа в екип и провеждане на био-психо-социален подход към здравето, болестта и боледувашия.

В учебния план са предвидени достатъчно предмети за формиране на холистичен подход, но в процеса на обучение се губи междупредметната връзка и изученото в Медицинската психология, Етика, Социално и здравно законодателство, Промоция на здравето не намира приложимост в практическите основи на сестринските и акушерски грижи и учебно-практическата дейност.

В програмата „Акушерски грижи за жени с онкологични заболявания” са включени само четири часа за комуникация, които са недостатъчни за изграждане на умения и навици в общуването с болни и здрави хора нуждаещи се от грижа. (Програма П. Маринова)

При проведено проучване през 2006г. в МБАЛ „Д-р Тота Венкова” Габрово на 106 медицински сестри е получен резултат, че най-важните качества, с които медицинската сестра печели в междуличностните си контакти с пациента, е тя да е спретната, приветлива и усмихната. Усмихнатото лице на сестрата предразполага към доверие, са отговорили 54,6% от специалистите. (Тодорова, Н.,А. Велкова, 2007)

Позицията на Б. Торньова е, че медико-етичното обучение трябва да пронизва цялостното професионално изграждане на медицинските специалисти. Като това изисква интегриране на знанията по медицинска етика и медицинска психология в теоретико-практическото обучение на студентите по клиничните и специалните дисциплини. (Торньова, Б., 2006)

Общуването с болните и техните близки изисква адекватно етично поведение, спазване принципите за автономност, безвредност, конфиденциалност, добронамереност, полезност, равнопоставеност, както и изискването за информирано съгласие. (Митова М, Ц. Воденичаров, 1998).

Промените, които настъпват в жените вследствие на заболяването са многобройни. Жените тежко понасят последиците от диагнозата, операциите, химиотерапията и лъчетерапията. Целият им живот се променя, а не само тялото. Това показва колко сложен е проблемът и, че жените с РМШ би било важно да получат подкрепа, която да бъде адекватна за стадия на заболяването и състоянието им и техните потребности. Освен грижите за физическото им състояние, необходимо е проследяване и на психическите и социалните проблеми, които преживява всяка жена с РМШ.

1.6. Изводи от литературния обзор:

От прегледа на литературата у нас и в чужбина можем да формулираме следните изводи:

1. Холистичният подход в медицината и здравните грижи е добре познат и прилаган в световен мащаб и бегло застъпен у нас.

2. Известни автори работещи в областта на здравните грижи като Калиста Рой, Доротея Оррем, Марта Роджърс, Д. Джонсън, Мухина и др. прилагат холистичния подход при изследванията на болния като обект на здравната грижа.

3. Редица автори като Бети Нюман, П. Белър, К. Марино и др. прилагат и изследват холистични модели на грижи, като в интерпретациите използват термина „холизъм”, когато разглеждат всички аспекти на грижата за пациента.

4. СЗО, Международната комисия на ЮНЕСКО, УНИЦЕФ, Европейската комисия разглеждат обучението на медицинските сестри и акушерките като важен фактор за прилагането на холистичен подход в здравните грижи.

5. Ракът на маточната шийка нарушава емоциите, чувствата, причинява психологически дискомфорт, при който акушерките могат да

окажат подкрепа и могат да приложат холистична грижа само ако са обучени в нейното прилагане.

6. Социалните аспекти на грижата са също толкова важни, колкото и физическите, психологически и духовни аспекти. Здравните специалисти трябва да са добре обучени, за да идентифицират вида на проблемите и да предложат и приложат холистична грижа.

7. От анализите на учебните планове и програми се установи, че съществуват голям брой учебни дисциплини, които формират холистичен подход към болните, но е нарушена връзката между предметите и практическото приложение в болничните заведения.

8. Анализите на сега действащите учебни планове и програми и тези преди 10 – 15 години показват, че акушерките обучавани по тях не са изучавали психо-социалните проблеми на болните, не са формирани социални умения и холистичен подход.

9. Данните от специализираната литература свидетелстват за това, че съществуват множество изследвания свързани със заболяването рак на маточната шийка, но те са свързани предимно с диагностика и лечение и не разглеждат психо-социалните проблеми при това заболяване.

ГЛАВА II

Методологични и методически основи на изследването

2.1. Цел и задачи на изследването

2.1.1. Цел на изследването:

Да се проучи приложимостта на холистичния подход при пациентки с рак на маточната шийка и неговото формиране в процеса на обучение на студенти от специалността „акушерка“, за да се обосноват и приложат здравно-образователни методи и решения в практиката.

2.1.2. Задачи на изследването

За постигане на целта на научното изследване е необходимо да се решат следните задачи:

1. Да се изследва мнението на пациентки с рак на маточната шийка относно информираността за заболяването и приложения подход при болничното лечение, като се проучат наличните критерии и показатели за оценка на грижата.

2. Да се установи удовлетвореността на пациентките от отношението на акушерките и техния психологичен подход прилаган в лечебните заведения.

3. Да се проучи информираността и обучеността на работещи акушерки и студенти от същата специалност за холистичния подход и неговото приложение при жени с рак на маточната шийка.

4. Да се направи оценка на психологичните и социалните проблеми на жени с РМШ и се оценят уменията на акушерките за тяхното решаване.

5. Да се оцени обучеността и необходимостта от квалификация при специалността „акушерка“ за прилагането на холистична грижа при пациентки с рак на маточната шийка.

6. Да се обосноват нови подходи и програми за теоретична и практическа подготовка за прилагане на холистичен подход от студенти и работещи акушерки.

2.2. Работна хипотеза

Холистичните здравни грижи са приоритет на здравеопазните системи в много европейски страни и САЩ.

В България не се предлагат холистични здравни грижи и това поражда у пациентите неудовлетвореност от здравната услуга и здравеопазването, като създава възможност за появата на непрофесионални течения.

Неприлагането на холистична здравна грижа се дължи на пропуски, както в обучението, така и в практиката. Липса на ясни критерии и показатели за оценка на здравната услуга, липса на оценка на социалните умения и прилагането на психологически подход в дейността на здравните специалисти полагащи грижи за жени с рак на маточната шийка.

Подготвеността на акушерките за прилагането на холистичен подход в здравните грижи остава подценяван проблем, затова и нашите предложения са:

- Съществува необходимост в подготвителният етап на обучение на акушерките да се приложат актуални методи и прийоми в учебните дисциплини и учебно-практическата дейност, осигуряващи академична подготовка във всички аспекти на холистичните грижи на студентите, за да са подготвени за прилагането на холистичния подход в професионалната практика;
- В отговор на завишените изисквания за качество на здравните грижи, в етапа на професионална реализация да се приложат следдипломни обучителни програми, липсващи в досегашните

учебни програми с психо-социална насоченост, при което ще се създадат условия грижите в здравните заведения да придобият холистичен характер.

- Съществува остра необходимост да се създават мултидисциплинарни екипи, предлагащи здравни грижи, което да осигури холистичния характер на грижа;
- Дипломираните професионалисти по здравни грижи в т.ч. акушерки преди 2007 година не са обучавани в социални-здравни умения за прилагане на холистични грижи и това може да намали качеството и да наруши холистичният характер на здравната грижа.
- В настоящата нормативна уредба в страната и възприетите стандарти за качество в областта на акушерството и гинекологията няма заложен критерий и показатели за оценка и гарантиране на качеството и холизма в здравните грижи.
- Психо-социалната подготовка е необходимо да е във взаимовръзка с холистичната грижа. Нейната липса се отразява върху качеството на услугите в здравеопазването.
- При обгрижване на пациентките с рак на маточната шийка от акушерката, при които не се използва холистичен подход за грижи има основание за поява на чувство на неудовлетвореност от страна на пациентките от липсата на адекватно професионално отношение.

2.3. Методология на изследването

2.3.1. Обект на изследването са 598 лица, от които 272 жени с рак на маточната шийка, 126 акушерки, 163 студенти от специалност „акушерка” и 37 експерти.

2.3.2.Предмет на изследването

Предмет на изследването е приложимостта на холистичните здравни грижи при жени с рак на маточната шийка в лечебните заведения.

2.3.3.Логически единици на изследването

Логическите единици на наблюдението са пациентки с рак на маточната шийка, попаднали в репрезентативната извадка, действащи акушерки, студенти трети и четвърти курс от специалността „акушерка”, както и лекари, главни и старши работещи в областта на онкологията.

От пациентките ще бъдат обхванати отговорилите на въпросите в предложената от нас анкета в Специализирана болница за активно лечение и онкология - гр. София, Комплексен онкологичен център – гр. Враца и Многопрофилните болници за активно лечение в градовете София Враца, Монтана, Видин и Мездра . Ще бъдат именувани като I група респонденти.

Действащите акушерки в онкологичните центрове и гинекологичните отделения ще бъдат обхванати чрез отговорилите от представителната група в градовете София, Враца, Монтана ,Видин и Мездра именувани като II група респонденти.

Студентите III и IV курс от специалността „акушерка” ще бъдат подбрани чрез стохастичен подбор от Медицински Университет – София – Факултет Обществено Здравеопазване, Филиал „Проф. д-р И. Митев” гр. Враца и Медицински Университет гр. Плевен . Същите ще бъдат именувани в дисертацията като III група респонденти.

Експерти - Лекари, главни и старши акушерки и медицински сестри работещи в областта на онкологията в Специализирана болница за активно лечение по онкология гр. София, I АГ „Света София” гр. София, Комплексен онкологичен център гр. Враца, Многопрофилните болници за активно лечение в градовете: Враца, Монтана, Видин и Мездра ще

обхванат отговорили на въпросите в предложена от нас анкета, ще бъдат именувани като IV група респонденти

Логическите единици на наблюдение са подбрани по определени признаци:

Признаци на логическите единици

Признаците на логическите единици на наблюдение са предимно категориини:

а/ признаци свързани с информираността на първа, втора, трета и четвърта група респонденти

б/ признаци отразяващи социалният статус на медицинските специалисти отнасящи се до втора, трета и четвърта група респонденти.

в/ признаци свързани с оценката и мета оценката на обучението по здравни грижи , отнасящо се за втора и трета група респонденти.

г/ признаци свързани с отделните елементи на холистичния подход при подготовката на специалистите за работа в здравеопазването – учебни планове и програми по ОКС, отнасящи се за втора и трета група респонденти

д/ признаци свързани с професионални психо-социални умения , отнасящи се за втора и трета група респонденти.

е/ признаци, определящи уменията за работа в екип и екипна работа, характерни за втора, трета и четвърта група респонденти.

ж/ признаци свързани с прилаганите методи и прийоми за обучение, отнасящи се за втора и трета група.

з/ признаци характеризиращи удовлетвореността на пациентките от получаваните здравни грижи, отнасящи първа група респонденти.

и/ признаци свързани с отношението на специалистите по здравни грижи към пациентките отнасящи се до първа, втора ,трета и четвърта група респонденти.

2.3.4. Технически единици на изследването:

- **Лечебни заведения** на територията на Северозападна България

В изследването са включени следните лечебни заведения намиращи се в Северозападна България: Специализирана болница за активно лечение по онкология /СБАЛО/ гр. София; I АГ “Света София” гр. София; Комплексен онкологичен център /КОЦ/ гр. Враца; МБАЛ «Христо Ботев», гр. Враца – Гинекологично отделение; МБАЛ «Д-р Стамен Илиев», гр. Монтана – Гинекологично отделение; МБАЛ «Св. Петка», гр. Видин - Гинекологично отделение, МБАЛ гр. Мездра – Гинекологично отделение.

Признаци на техническите единици:

- ✓ Болници за активно лечение – многопрофилни и специализирани с преобладаваща хирургична, терапевтична, клинично-диагностична или друга насоченост, анестезиология и интензивно лечение;
- ✓ Утвърдена акредитационна система за управление, с изградени взаимоотношения между отделните екипи;
- ✓ Регламентирано 3 – сменно работно време;
- ✓ Единен правилник за вътрешния ред.

- **Медицински университети** – Медицински университет гр.София-Факултет по обществено здраве; Филиал „Проф. д-р Иван Митев”, гр.Враца и Медицински университет гр.Плевен – Факултет по обществено здраве.

2.3.5. Характер и обем на изследването.

В изследването са обхванати 598 лица, от които 272 жени с рак на маточната шийка, 126 акушерки, 163 студенти от специалност „акушерка” и 37 експерти.

Пациентки с рак на маточната шийка, настанени за лечение в седем здравни заведения на територията на Северозападна България - Специализирана болница за активно лечение по онкология гр. София; I АГ “Света София” гр. София; Комплексен онкологичен център гр. Враца;

МБАЛ «Христо Ботев», гр. Враца – Гинекологично отделение; МБАЛ «Д-р Стамен Илиев», гр. Монтана – Гинекологично отделение; МБАЛ «Св. Петка», гр. Видин - Гинекологично отделение, МБАЛ гр. Мездра – Гинекологично отделение.

Възрастовата характеристика на болните жени с рак на маточната шийка е представена на табл.1:

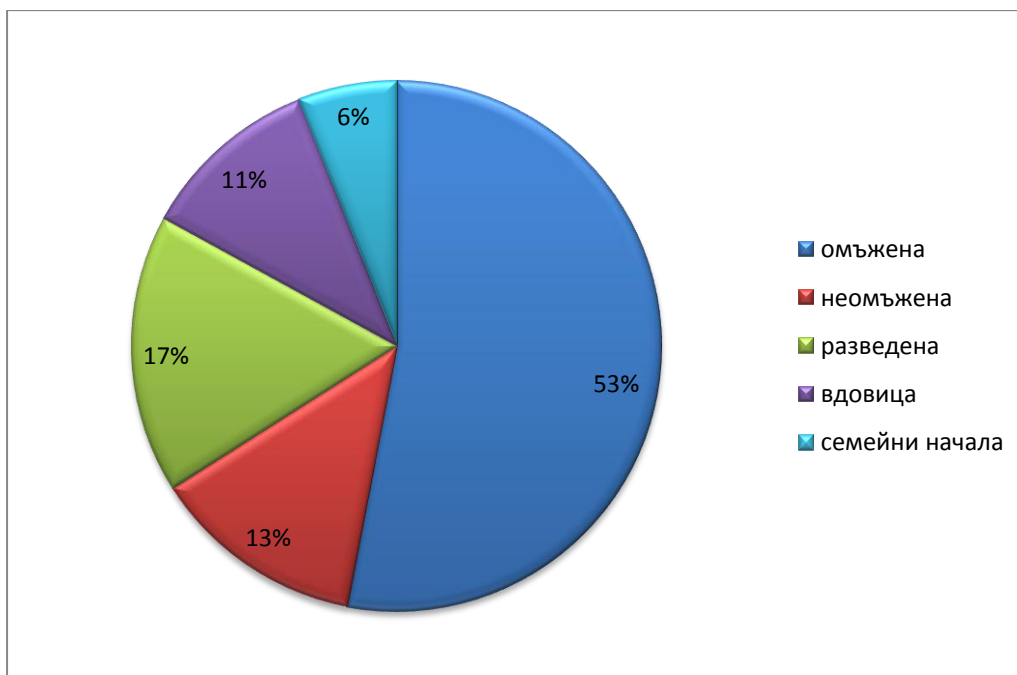
Табл.1. *Разпределение на анкетираните лица по възраст.*

Възрастови групи	Абсолютна честота	Относителен дял %
От 25 -35години	37	13,6
От 36 – 45години	73	26,8
От 46 – 55години	76	27,9
От 56 – 65години	65	23,9
Над 65 години	21	7,7
Общо	272	100.0

Видно е, че най-голям е относителният дял (27,9%) на пациентки с рак на маточната шийка във възрастта от 46 до 55 години, следвани от възрастовата група 36г.-45 г. (26,8%). Това е период от живота, в който жената изгражда професионална кариера и отглежда децата си. Не малък е относителният дял на жените в млада възраст, когато създават семейство и осъществяват репродуктивната си функция (13,6%).

Анализът на данните показва, че най-засегнатата възрастова група е тази от 36г. до 65 г., т.е. това са лица в трудоспособна възраст, а броят на пациентките с тази диагноза намалява над 65 годишна възраст (7,7%).

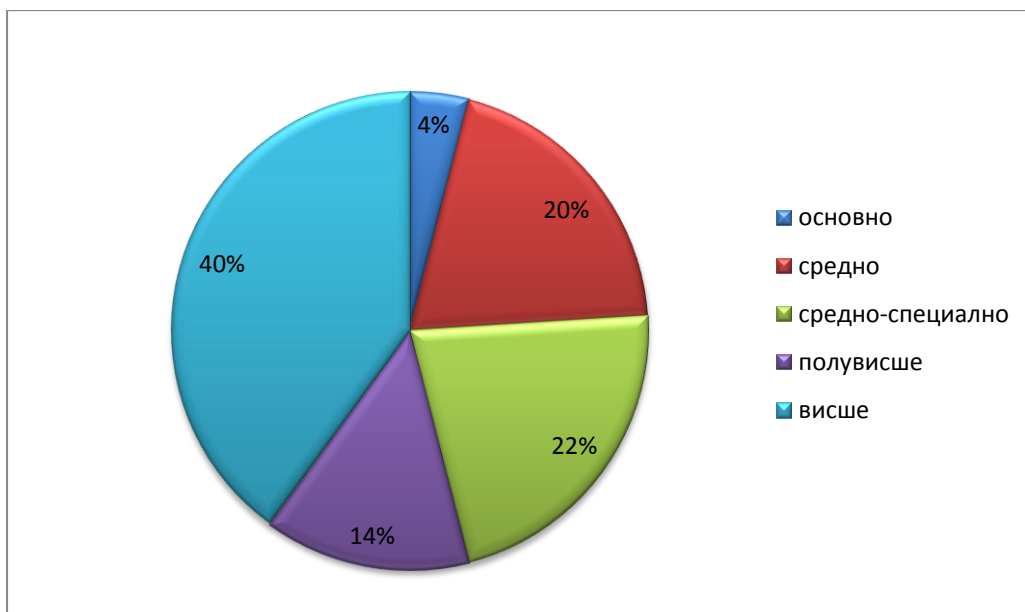
Семейното положение на анкетираните лица е представено на фиг.7.



Фиг.7. Разпределение на анкетираните пациентки според семейно положение

Данните показват, че 58,8% от анкетираните жени са семейни, като от тях 52,9% съобщават, че са омъжени, а 5,9% живеят на семейни начала. Относителният дял на несемейните е 40,8, като от тях 12,5 % са неомъжени, 16,9% - разведени жени и 11,4% са вдовици. Без отговор са 0,4% от анкетираните, но техния дял е несъществен.

Образованието на анкетираните пациентки е представено на фиг.8, откъдето е видно, че най-голям е относителният дял на жените с висше образование – 39,9%, следвани от тези със средно-специално (21,8 %) и средно образование (20,3%).

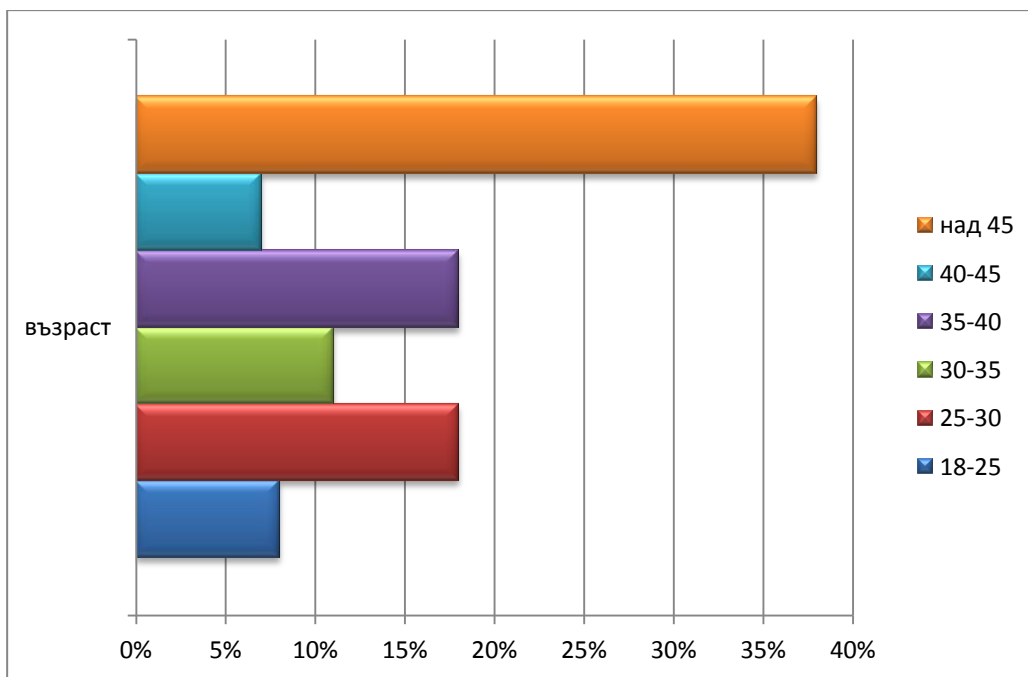


Фиг.8. Образователна степен на пациентките

Професионалистите по здравни грижи са подбрани на случаен принцип и са изразили желание за доброволно участие в анкетното проучване. Най-голям е относителният дял на акушерките - 94,4%, а останалите 5,6% се разпределят между медицински сестри, рентгенови лаборанти, фелдшери работещи в отделенията по палиативни грижи, в онкологичните центрове и отделенията по лъчетерапия.

Анкетираните акушерки са работещи в СБАЛО гр. София, I АГ "Света София" гр. София, КОЦ гр. Враца, МБАЛ гр. Враца - ГО, МБАЛ гр. Монтана, ГО, МБАЛ гр. Видин, ГО и МБАЛ гр. Мездра, ГО.

Относителният дял на лицата от възрастовата група над 45 години (37,1%). Относителният дял на лицата в двете възрастови групи – 25-30 години и 35-40 години е равен, съответно по 18,5%, следвани от възрастовата група 30-35 г. – 10,5%, а най-малък е този на лицата от групата 18-25 години – 8,1% и 7,3% във възрастта от 40 до 45 години, видно от фиг.9:



Фиг.9. Разпределение на акушерките по възраст

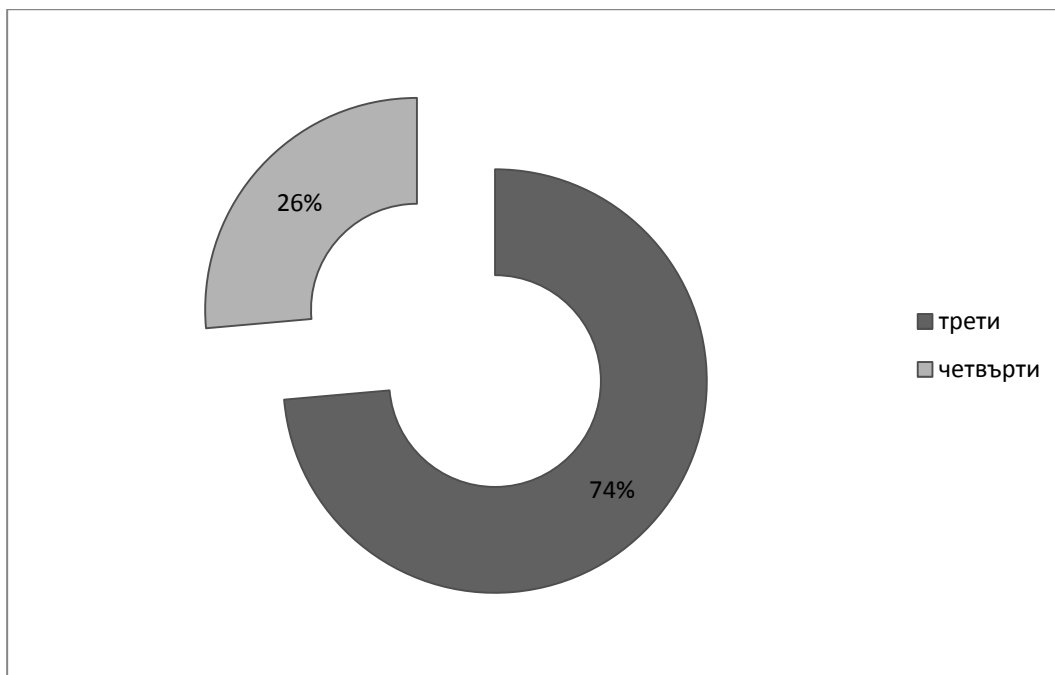
Образователният профил на акушерките показва, че 87.0% от тях са с висше образование, като 61,1% (N=77) са с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ и 17,5% (N=22) притежават образователно-квалификационна степен „магистър”. От анкетираните лица 11,1% (N=14) съобщават, че са с полувисше образование и най-малък е относителният дял на акушерките с образователно-квалификационна степен „специалист” – 10,3 %.

Студентите са от III и IV курс на специалността „акушерка” в МУ – София - ФОЗ; Филиал „Проф. Д-р И. Митев” гр. Враца и МУ гр. Плевен

Сред изследваните преобладават лицата от възрастовата група под 25 години (55,8%), следвани от студенти на възраст между 30-35 години (16,6%), Относителният дял на анкетираните във възрастта между 25-30 години е 12,9%. По-малък е броят на възрастовите групи от 35-40

години(8,0%) и 40-45години (4,9%), най-малък е дялът на студентите над 45годишна възраст(1,8%).

Най-голям е относителният дял на студентите от трети курс на специалността 73.6%, а 26.4% от анкетираните са стажанти от специалност „акушерка” (Фиг.10)

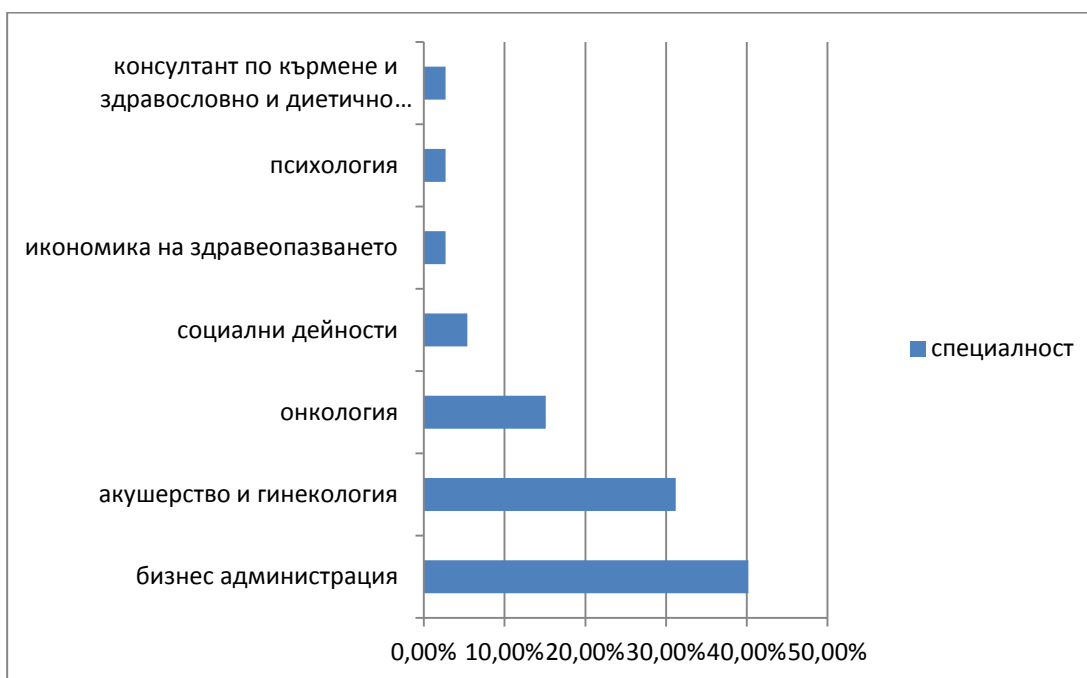


Фиг.10. *Разпределение на студентите според курса на обучение*

Експерти, работещи в областта на онкологията – в КОЦ гр. Враца, СБАЛО гр. София, I АГ “Света София” гр. София, МБАЛ “Хр. Ботев” гр. Враца, МБАЛ «С. Илиев» гр. Монтана, МБАЛ гр. Видин и МБАЛ гр. Мездра.

Най-много от анкетираните експерти са на възраст между 50-60 години. (40,5%). Равен е относителният дял на изследваните експерти на възраст над 60 години и между 20-30 годишна възраст (2,7%).

Всички изследвани медицински специалисти, работещи в областта на онкологията са със специалност. Най-голям относителен дял от изследваните са със специалности „бизнес администрация” (40,2%), „акушерство и гинекология” (31,2%). и „онкология” (15,1%). (фиг. 11)



Фиг.11. *Разпределение на анкетираните експерти според специалността им*

Средната стойност на трудовия стаж на респондентите е 24 години ($\chi = 24,08$; min 6, max 41).

Най-голям относителен дял от изследваните специалисти се пада на лекарите (81.1%). Главните сестри и главни акушерки от анкетираните са (5.4%; N=2) , а анкетираните страши акушерки са 2.0% (N=5).

2.3.6. Генерална съвкупност и единица на наблюдението

Генералната съвкупност включва действащи професионалисти и студенти обучаващи се по здравни грижи. Тя има един общ признак учебен план и програми за обучение, които са диференцирани като:

- Учебен план и програми за средно-специално образование
- Учебен план и програми за висше образование на образователно-квалификационна степен „специалист”
- Учебен план и програми за висше образование на образователно-квалификационна степен „бакалавър”

Генералната съвкупност има обемен обхват от няколко хиляди случаи, поради което е целесъобразно наблюдението да се проведе репрезентативно по следните причини:

- Наблюдението не може да бъде проведено изчерпателно поради големият брой на генералната съвкупност.
- Репрезентативното проучване ще даде по-точни резултати, поради многократното намаляване на грешката на регистрацията, независимо от стохастичната грешка.
- При наблюдението ще се приложи непреднамерен подбор с гнездово наблюдение и райониран метод на подбор.

2.4. Социологически методи

- Анкетен метод

Анкетна карта А за пациенти съдържаща 39 въпроса. Изработена е за пациентки с диагноза РМШ. Въпросите са групирани по признаците на логическите единици за изясняване на социално-демографската характеристика са използвани 4 въпроса. За изясняване на информираността за заболяването са използвани 7 въпроса. За оценка на психическото състояние – 5 въпроса. За социалният статус и социалните проблеми пациентките са оценени с 14 въпроса. Оценката на отношението на акушерките към пациентките е измерено чрез 5 въпроса и удовлетвореността на жените с РМШ от предоставените грижи с 4 въпроса. (приложение № 1)

Анкетна карта В за акушерки съдържаща 42 въпроса. За оценка на социалния и демографски статус са използвани 6 въпроса. Информираниостта и знанията за холистичната грижа са измерени с 5 въпроса, като чрез един въпрос от тях изработен под формата на Ликертова скала с 24 твърдения е измерена достоверността на отговорите и най-честите дейности, които се извършват от акушерките при жените с

PMШ. Елементите на холистичния подход и психосоциалните умения са измерени чрез 10 затворени въпроси в пет или шест степенна честотна скала. Уменията за работа в екип са оценени с осем затворени и отворени въпроса. Личните и професионалните качества и нуждите от обучение са оценени с 9 въпроса. (приложение №2)

Анкетна карта С за студенти включваща 45 въпроса за измерване на признаците на логическите единици. Социално-демографската характеристика е оценена чрез 4 въпроса. Удовлетвореността от избора на специалността чрез 5 затворени и отворени въпроса. Информираността и обучеността са установени с 14 въпроса. Въпросите са степенувани, затворени и отворени, с препоръки за корекции в теоретичната и практическа подготовка. Елементите на холистичната грижа – психосоциалните умения са оценени чрез 15 въпроса, личните качества и необходимостта от допълнително обучение чрез 7 въпроса. (приложение №3)

Анкетна карта D с 37 въпроса разглеждаща мнението на експерти за прилагането на холистичен подход при жени с РМШ. Социално-демографската характеристика е проучена чрез 8 въпроса. Експертната оценка относно информираността за холистичната грижа е извършена чрез 3 въпроса, а чрез 13 е направено оценяването на психо-социалните аспекти в обучението и отношението на акушерките към пациентите. Самооценката на експертите за екипа и екипната работа е направена с 5 открити и закрити въпроси. Етичните проблеми, комуникацията и конфликтните ситуации в екипите са оценени с 5 въпроса, а необходимостта от допълнително обучение с 3 въпроса. (приложение №4)

2.5. Статистически методи за обработка на информацията

За оценка на статистическата значимост на наблюдаваните количествени разлики в отговорите на различните групи анкетираните са използвани:

Параметрични анализи

- Еднофазен дисперсионен анализ за сравнение на средно аритметични при повече от две групи

Вариационен анализ – при описание на количествени показатели (признаци). Резултатите са представени като средна аритметична \pm стандартно отклонение и стандартна грешка.

- Различията са интерпретирани като значими (при $p \leq 0,05$), значими при високо ниво на достоверност при ($p \leq 0,01$) и значими при много високо ниво на достоверност при ($p \leq 0,001$).

Графичен анализ – за визуализация на получените резултати е използвана програмата Microsoft Excel 2010.

Софтуерни продукти – статистическата обработка на данните е извършена с помощта на програмния пакет SPSS V 19.

2.6. Етапи на научното изследване

2.6.1. Проучвателен етап

В периода 2013 – 2014 година беше извършено пилотно проучване сред 106 жени с РМШ с цел да се установи необходимостта от прилагане на холистичен подход в здравните грижи

2.6.2. Изследователски етап

Проучванията включени в дисертационния труд обхващат двугодишен период като започват през месец ноември на 2014 година и завършват през месец май на 2016 година

2.7. Ограничения на изследването

Проектът на дисертационния труд няма претенциите, че обхваща цялото многообразие от съществуващи проблеми свързани с прилагането на цялостни здравни грижи при жени с РМШ.

ГЛАВА III

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Информираност на пациентки с рак на маточната шийка относно причините, същността и последиците от заболяването

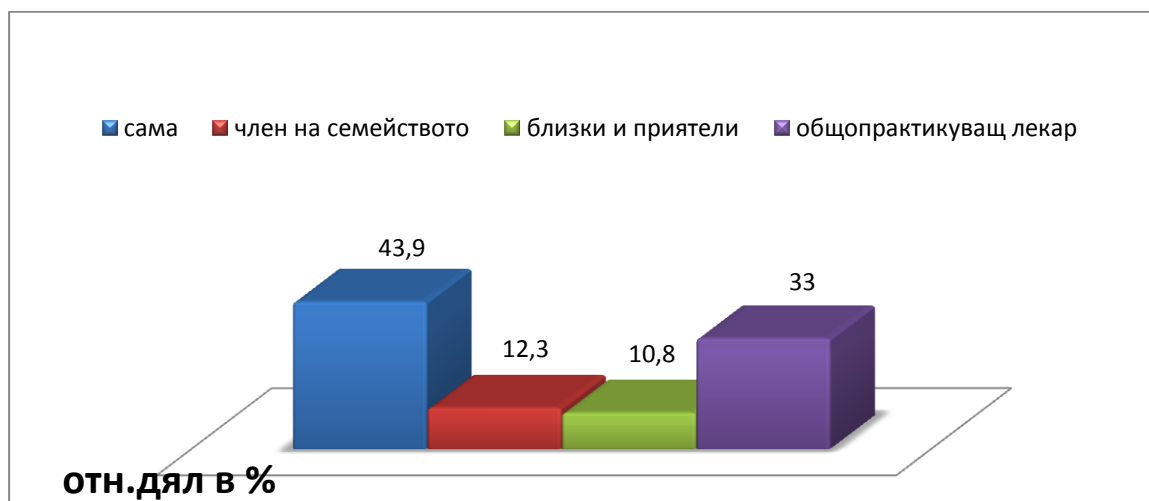
Ракът на маточната шийка е заболяване, което нарушава изцяло качеството на живот. Поради тази причина жените трябва да бъдат добре информирани за причините, същността и последиците от заболяването, да се насърчават да участват активно в скринингови методи за ранното му откриване, както и в лечението и рехабилитационните програми за вече болелите.

Като причини за възникване на заболяването се смятат ранното започване на полов живот, промискуитетът, многото раждания и аборти, тютюнопушенето, оралните контрацептивни средства, полово предаваните инфекции, от които на първо място е човешкия папилома вирус (HPV). Независимо, че тези причини са известни, анализът на резултатите показва, че едва $\frac{1}{4}$ (25,0%, N=68) от анкетираните пациентки страдащи от рак на маточната шийка са имали информация за заболяването преди да се разболеят, недостатъчно информираните са 46,3% (N=126) , а останалите 28,7% (N=78) съобщават, че не са имали никаква информация за заболяването преди неговото установяване (Табл.2).

Табл.2. Информираност на пациентките за заболяването рак на маточната шийка преди неговото откриване

Информираност за заболяването	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да, имах достатъчно информация	68	25,0
Нямах достатъчно информация	126	46,3
Нямах никаква информация	78	28,7
общо	272	100,0

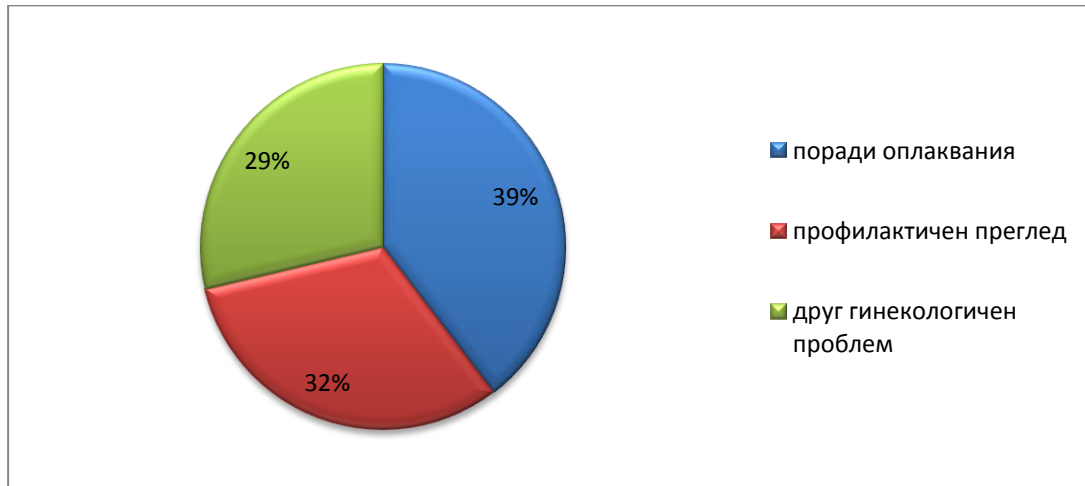
Въпреки ниската информираност на пациентките за заболяването преди да се разболеят, повече от половината от тях (67,0%) са отишли на гинекологичен преглед без лекарско предписание, като най-голям е дялът на тези решили сами да потърсят специализирана помощ – 43,9% ,12,3% съобщават, че са насочени от член на семейството, 10,8% – от приятели. След преглед при общопрактикуващия лекар към гинекологичен преглед са насочени едва 1/3 от жените – 33,0%, видно от фиг.12:



Фиг.12. Разпределение на анкетираните пациентки според лицата, насочили ги към гинекологичен преглед

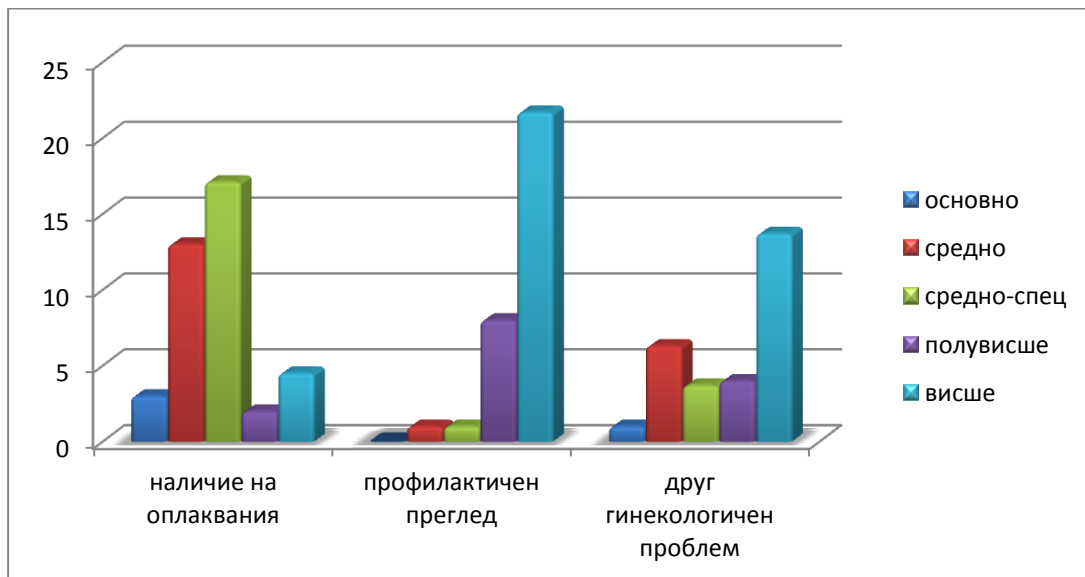
Значителен дял от анкетираните пациентки са потърсили лекарска помощ, защото са имали оплаквания – 38.9% (N=106), при 28,7% (N=78)

заболяването е открито поради възникнал друг гинекологичен проблем ,а при 32,4% (N=88) от анкетираниите заболяването е открито при профилактичен преглед (фиг.13).



Фиг.13. Причини за откриване на заболяването

При съпоставяне на причините за откриване на заболяването и образованието се установи, че колкото е по-високо образователното ниво на респондентите, толкова по-голям е дялът на профилактичните прегледи, видно от фиг.14:

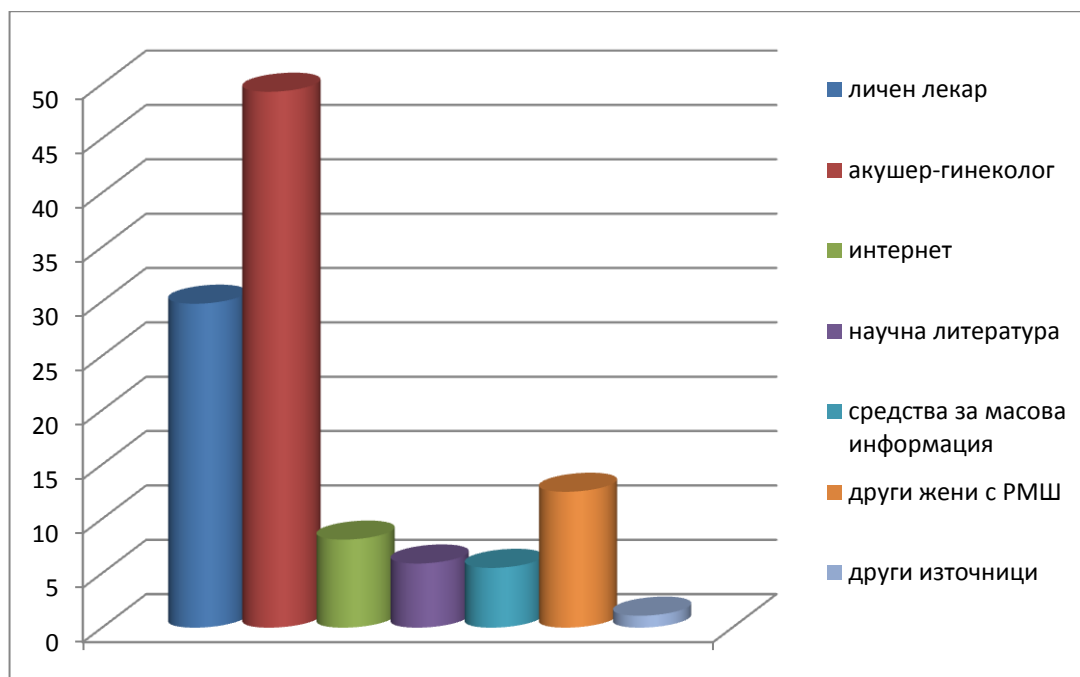


Фиг.14. Връзка между образованието на пациентите и причините за откриване на заболяването

Анализът на данните показва, че пациентките при които заболяването е открито при профилактичен преглед са предимно с висше (21,7%) и полувисше образование (8,0%). Потърсилите специализирана медицинска помощ поради наличие на оплаквания са с по-ниска образователна степен, като 17,1% са със средно-специално образование, 13,0% са със средно и 3,0% - основно образование. От пациентите, които са отишли на преглед поради възникнал друг гинекологичен проблем най-голям е относителния дял на лицата с висше (13,7%) и средно образование – 6,3%. Това показва, че с повишаване на образователната степен се увеличава отговорността за здравето. Жените с по-ниска образователна степен не извършват редовно профилактични прегледи, като по този начин подценяват сериозността на заболяването и неговите фатални последици. Създадената здравеопазна система има своите недостатъци, но предоставя на болните избор от различни възможности за вземане на решения по отношение на собственото им здраве. Отговорността за своевременната диагностика зависи не само от медицинските специалисти, но и от личната активност на пациента и желанието му за запазване на собственото здраве.

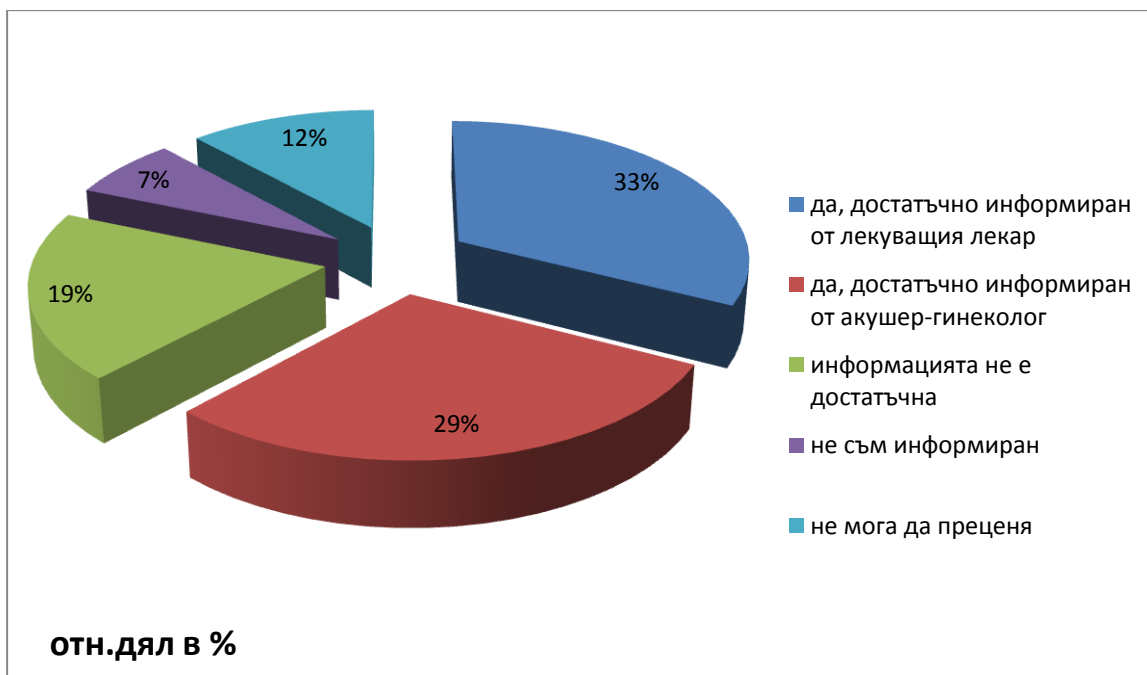
Освен информираността за заболяването РМШ като такова, много важно е пациентката да бъде информирана за неговата същност, протичане и лечение, ако то вече е диагностицирано. Лечението на болните с рак на маточната шийка се свежда до хирургично лечение, лъчелечение, химиотерапия, хормонотерапия, консервативно лечение, палиативно лечение и симптоматична терапия. Това са лечебни процеси за осъществяването на които болните трябва да са добре информирани от медицинските специалисти. Знанието на болните за протичането на лечебния процес при вече диагностициран онкологичен проблем е гаранция за ефективното справяне с него. Данните от изследването показват, че най-голям дял от диагностицираните жени с РМШ са получили информация за лечението на заболяването от акушер-

гинеколога - 49,3% и от лекуващия лекар - 29,8%. Източниците на информация за лечението на заболяването са разнообразни, като 12,5% съобщават, че са потърсили информация от други жени с това заболяване, 8,1% от интернет, 5,9% от научна литература, 5,5% от средствата за масова информация и 1,1 % посочват други източници (фиг.15):



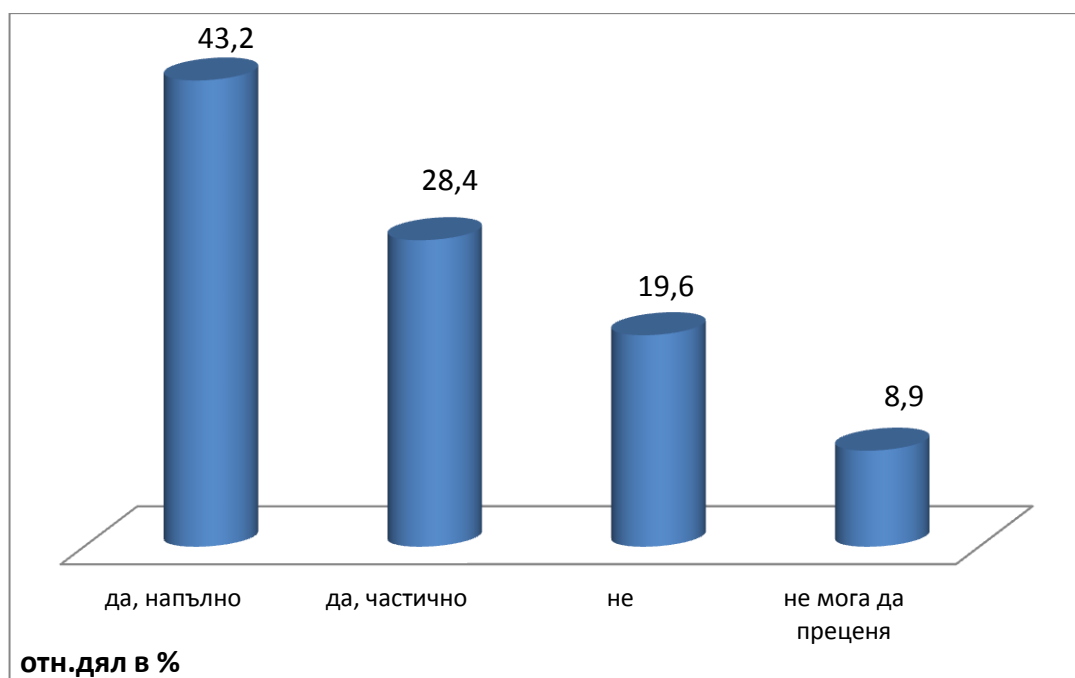
Фиг.15 Източници на информация за лечение на заболяването рак на маточната шийка

Въпреки различните източници на информация за лечението на заболяването пациентите трябва бъдат информирани от медицинските специалисти. Значителен дял (65,9%; N=179) от пациентките съобщават, че са получили достатъчно информация от медицинските специалисти, като от тях 34,6% са получили тази информация от лекуващия лекар, а 31,3% от акушер-гинеколог. Според 20,6% получената информация е недостатъчна, 12,5% не могат да преценят, а 7,4% съобщават, че не са информирани от медицинските специалисти (фиг.16).



Фиг.16. Получена информация от медицинските специалисти за лечение на заболяването рак на маточната шийка

Значителен дял от пациентите - 71,6% (N=195) смятат, че е необходимо техните близки също да бъдат запознати със същността на заболяването от което страдат, като от тях 43,2% смятат, че близките трябва да бъдат информирани напълно, а 28,4 % са на мнение, че трябва да знаят каква информация ще получат техните близки. Останалите 19,6% не могат да преценят дали близките трябва да бъдат информирани за заболяването от което страдат, а 8,9% не желаят техните близки да бъдат информирани, видно от фиг.17:



Фиг.17. Желание на пациентките с рак на маточната шийка за информираността на техните близки относно заболяването

В основата на информирането и съветването на пациентите и техните близки, насочени към удовлетворяване на техните потребности лежат принципите на холистичния подход – цялостния подход към личността на пациента с отчитане не само на физическите, но и психологическите, емоционалните, интелектуалните, социалните и духовните потребности. Качеството на предоставената информация определя и успеха на лечението. Информираниостта на съвременния пациент изисква не само добро качество и ефективност на медицинската услуга, но и професионално отношение и взаимодействие, които са гаранция за повишаване на удовлетвореността му.

3.2. Удовлетвореност на жените с РМШ от прилаганите здравни грижи в болнични условия

Проблемът за качеството на здравните грижи в болничните заведения е изключително актуален поради непрекъснатото повишаване на потребностите на пациентите. Съществуват многобройни проучвания за

удовлетвореността на пациентите от прилаганите здравни грижи. Редица от тях доказват, че качеството на здравните грижи е свързано с удовлетвореността на пациентите

Оценката на пациентите за общото ниво на оказаните здравни грижи е много добра: като много добро го определят почти половината анкетирани пациенти (41,2%; N=112); като отлично - 18,4% (N=50) и за едва 9,6% от респондентите то е задоволително. Тези данни сочат, че акушерките, работещи с жени с РМШ са много добре подготвени медицински специалисти, които успешно се справят с изискванията и спецификата в работата си с тези болни. (табл.3)

Табл.3. Ниво на оказаните здравни грижи

Какво е нивото на оказаните грижи от акушерките в отделениято, в което се лекуват	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Задоволително	26	9,6
Добро	84	30,8
Много добро	112	41,2
Отлично	50	18,4
Общо	272	100%

Подготвени от акушерката за предстоящите манипулации и процедури са 67,6 % от заболялите. Относителният дял на анкетираните пациентки, които смятат, че не са достатъчно подготвени от акушерката са 11,4%. Само около три процента (3,3%) са на мнение, че изобщо не са подготвени, а 17,0% от тях не могат да преценят. (табл.4)

Табл.4. Мнение на анкетираните за участието на акушерката при тяхната подготовка за предстоящите манипулации и процедури

Участие на акушерката в подготовката за предстоящото лечение	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Бях достатъчно подготвена	184	67,6
Не се чувствам достатъчно подготвена	31	11,4
Не ми помогна	9	3,3
Не мога да преценя	46	17,0
Без отговор	2	0,7
Общо	272	100

Данните показват, че лекарите и акушерките подхождат с достатъчна сериозност към болните жени с РМШ преди предстоящото лечение.

Това се потвърждава от отговорите на участвалите в проучването болни за това каква конкретна информация свързана с тяхното заболяване са получили от акушерките. Значителен дял от анкетираните (40,8%) посочват, че са получили информация как да се справят с физическите последствия от заболяването в ежедневието, 11,4% - как да изживеят по-пълноценно живота си, незначителен е делът на жените (4,4%), които отговарят, че са получили информация как да се справят с емоциите си, видно от табл.5:

Табл.5. Вид на получената информация от акушерката за справяне с последиците от заболяването

Твърдения на пациентките	Абсолютна честота	Относителен дял в %
За самото заболяване	101	37,1
Как да се справяте с ежедневните проблеми	111	40,8
Как да изразявате емоциите	12	4,4
Как да изживеете пълноценно живота си	31	11,4
Къде да потърсите помощ	45	16,5
Общо	272	100,0

Отзивчивостта и настроението, като социално-психологически понятия трудно могат да бъдат измерени, но в известна степен това може да стане чрез мнението на пациентите по време на обслужване. В този смисъл отзивчивостта и положителната настройка са резултат на професионалната мотивация на медицинския специалист и готовността да прояви своите знания и умения в контакта си с пациента. Анкетирани пациентки с РМШ споделят, че биха споделили проблемите си свързани със заболяването на първо място със семейството - 45,0% , а на второ място с медицински специалист - 38,0%. Този дял показва, че пациентките имат доверие повече на семейството си и разчитат повече на хората от близкото си обкръжение, отколкото на медицинските специалисти в борбата с това заболяване. (табл.6)

Табл.6. Предпочитания на пациентките за споделяне на проблемите свързани със заболяването

С кого предпочитате да споделяте за проблемите свързани със заболяването?	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Семейството	122	45,0
Медицински специалист	103	38,0
Приятел	45	16,6
Други	2	0,4
Общо	272	100,0

В условията на продължаващата здравна реформа проблемът за адекватно удовлетворяване здравните потребности от грижи ще остане като неоспорим приоритет в дейността на болничната помощ. През последните десетилетия в международен план акушерската професия се развива на базата на теоретичните постановки за потребностите на човека и професионалните здравни грижи се развиват в насока към индивидуален

подход за пациента и към осъществяване на грижи, отговарящи на неговите потребности.

В основата на здравните грижи, насочени към удовлетворяване на потребностите на пациентите лежат принципите на холистичния подход – цялостния подход към личността с отчитане не само на физическите, но и психологическите, емоционалните, интелектуалните, социалните и духовните потребности. Това налага акушерката да оцени съвместно с болната жена потребността от здравни грижи, съобразявайки се с възраст, заболяване, образование, социален статус и др., за да се постигне удовлетворение от оказаните грижи.

3.3. Приложимост на холистичния подход от здравните професионалисти в болничните заведения

Акушерката в Република България е лице, притежаващо не само висока професионална квалификация и обща култура, но и така необходимите морално-етични качества за практикуване на професията. Значима дейност на здравния професионалист е техническото изпълнение на манипулациите. Професионалното поведение на акушерката освен с отличната манипулативна техника се свързва и с изразяването на съпричастност и разбиране към преживяванията и страданията на болните жени. Акушерките демонстрират увереност при изпълнение на дейности като хранене, хигиена, инжекционно приложение на лекарства и др. Високият относителен дял 78,4% (min: 64,7% max: 87,5%) на респондентите, „винаги“ изпълняващи базовите грижи потвърждава факта, че професията все още се възприема като техническа. Налице е тенденция за намаляване на дейностите по планиране на грижите, обучение на пациента, подкрепящо поведение и др., за сметка на удовлетворяване на физическите им потребности. Относителният дял на

акушерките дали отговор „винаги” за извършване на тези дейности е едва 23,7%(min: 6,4% max: 34,7%). Тези резултати говорят за отчужденост на акушерката, дехуманизация в отношенията „акушерка” – „пациент”, липса на индивидуален подход в грижите.

При съпоставянето на отговорилите „винаги“- акушерки и студенти, се установява статистически значима разлика ($p < 0,05$). Студентите проявяват по-голяма съпричастност към пациентите (42,7%) и извършват малка част от манипулациите (33,3%), което може да се обясни с ниска степен на емоционално прегаряне и неувереност при изпълнение на част от манипулациите. (Табл. 7)

Табл.7. Извършвани дейности от акушерки и студенти

Дейност	акушерки					студенти				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Мн. рядко %	Понякога %	Често %	Мн. често %	Винаги %	Мн. рядко %	Понякога %	Често %	Мн. често %	Винаги %
Хигиенни грижи	0,1	0,2	2,5	10,8	86,4	20,9	20,9	15,5	18,2	24,5
Хранене на болен	12,0	5,9	5,9	11,0	65,1	43,4	24,5	10,4	9,4	12,3
Организирам храненето	12,1	6,8	8,6	7,8	64,7	51,9	17,9	6,6	4,7	18,9
Измерване жизнени показатели	1,8	1,5	2,8	8,5	85,4	4,5	6,3	9,9	18,9	60,4
Прилагане на инжекционна техника	0,7	0,7	0,7	10,4	87,5	9,0	16,2	24,3	14,4	36,0
Раздаване на лекарства	1,5	0,0	3,4	14,3	79,9	12,7	18,2	17,3	18,2	33,6
Подготовка и участие във визитация	2,5	0,0	4,2	8,6	84,7	10,4	14,2	9,4	11,3	54,7
Вземане и изпращане на материали за изследвания	3,9	4,3	5,1	17,7	69,0	43,3	14,4	10,6	7,7	24,0
Превръзки, асистирам при гинекологичен преглед	2,4	3,0	3,1	8,5	83,0	21,4	15,7	8,3	19,4	35,2
Помощ за справяне с болката	31,5	9,9	14,0	18,2	26,4	15,1	16,0	18,9	16,0	34,0
Придружавам пациентките	36,1	13,4	8,4	13,4	28,7	13,0	14,8	13,0	24,1	35,2
Общуване с пациента	31,3	5,7	12,3	19,7	31,0	5,5	8,3	5,5	11,9	68,8
Внимателно изслушвам	15,7	12,4	12,4	24,8	34,7	6,4	5,5	4,6	16,5	67,0
Давам информация	40,8	20,0	15,8	15,0	8,3	17,8	12,1	15,0	17,8	37,4
Обучение на пациента и близките	35,9	23,3	16,4	18,1	6,4	13,6	11,7	14,6	16,5	43,7
Имам емпатично отношение	20,9	14,5	8,2	21,8	34,5	28,4	13,7	9,8	10,8	37,3
Давам и възможност да изрази чувствата си	17,5	20,8	14,2	20,8	26,7	6,5	7,4	12,0	23,1	50,9
Оказвам и подкрепа	17,8	16,9	17,8	20,3	27,1	12,4	5,7	8,6	16,2	57,1
Обсъждаме грижите	23,5	28,6	11,8	18,5	17,6	12,1	8,4	10,3	22,4	46,7
Планираме заедно грижите	35,1	27,9	8,1	15,3	13,5	24,8	18,1	14,3	12,4	30,5
Подпомагам я да вземе решение	31,7	33,3	7,5	15,8	11,7	23,5	17,6	16,7	14,7	27,5
Подкрепям я в разговорите със семейството	39,3	30,8	9,4	9,4	11,1	21,2	15,4	14,4	18,3	30,8
Проявявам разбиране към загубата на здравето	18,5	16,0	25,2	13,4	26,9	7,4	3,7	13,0	14,8	61,1
Подкрепям я в процеса на скърбене	33,3	16,2	10,3	20,5	19,7	10,3	10,3	10,3	15,0	54,2

От всички разглеждани аспекти, свързани с функциите на акушерките при жени с рак на маточната шийка става ясно, че все по-необходим и реален става холистичният подход. Той е в основата на здравните грижи за подкрепа и стимулиране активността на пациента за справяне със заболяването. Според холистичния подход активното сътрудничество на болния в процеса на лечение е от съществено значение за благоприятния краен резултат. Медицинският специалист и пациентът трябва да работят като един екип, всеки със своите отговорности, със зачитане мнението на лекувания се и запознаването му с прилаганите терапии. Умението на акушерките да прилагат този подход е и в умението да създават атмосфера на доверие и да дават възможност на пациента, в обмена на информация да изрази себе си (етнос, религия, представи, емоции и др.). От направения анализ се вижда, че все още има акушерки, които не приемат различията в етническата принадлежност (19,9%). Част от изследваните не приемат различията в културата на пациентките (12,8%) и имат собствени предразсъдци (27,7%). Не малък е делът на акушерките, които не приемат социално-икономическите различия между хората (22,6%). При студентите тези проценти са почти аналогични като 17,1% не приемат различията в етническата принадлежност, 10,0% не приемат различията в културата на пациентките, 21,1% не приемат социално-икономическите различия между хората, а 23,8% имат собствени предразсъдци, с които не се съобразяват. (Табл. 8)

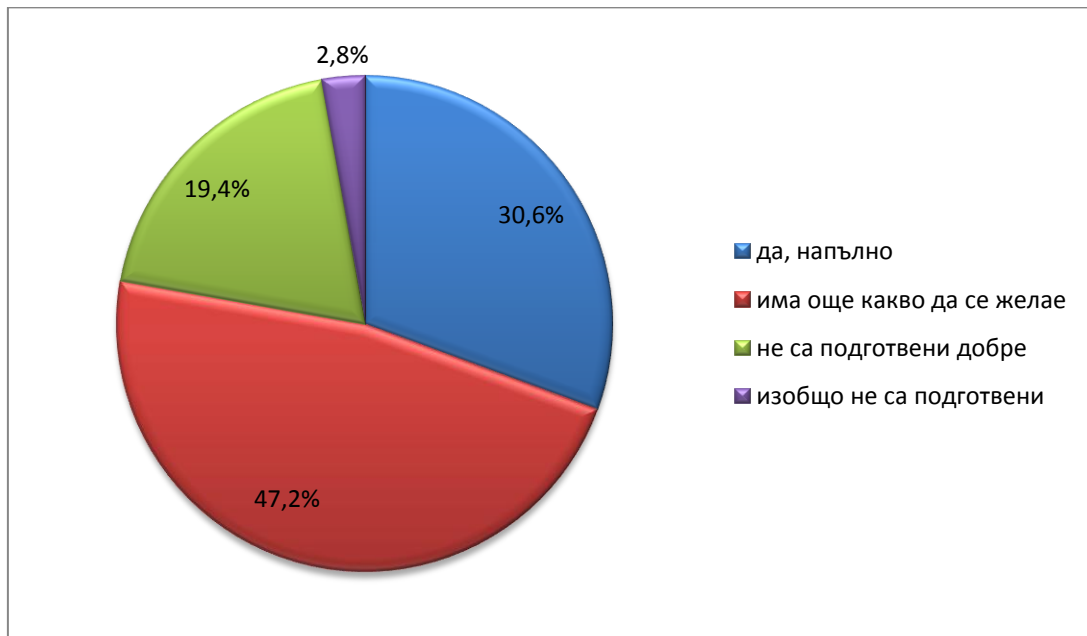
Табл.8. Приемане на различията между хората от акушерки и студенти

Групи	Показатели	Собствени предра-съдъци	Различия в культу-рата	Етни-ческа прина-длежност	Социалн оиконом и-чески различи я
студенти	Винаги	17,0%	60,0%	58,6%	62,2%
	Много често	32,7%	11,3%	8,6%	7,4%
	Често	26,5%	18,7%	15,8%	8,8%
	Понякога	23,8%	4,7%	9,2%	8,8%
	Никога	0,0%	5,3%	7,9%	4,1%
	Общо - 163	100%	100%	100%	100%
акушерки	Винаги	20,3%	37,6%	43,7%	41,9%
	Много често	41,5%	34,4%	25,4%	25,8%
	Често	10,6%	15,2%	11,1%	9,7%
	Понякога	22,0%	10,4%	16,7%	11,3%
	Никога	5,7%	2,4%	3,2%	11,3%
	Общо - 126	100%	100%	100%	100%

Професионалистът по здравни грижи, освен уменията да се справя с ежедневните си задължения и уменията да общува пълноценно с болния е необходимо да умеє да работи в екип. Екипната работа е динамичен и подкрепящ процес, който при добра групова динамика в екипа е от полза както на медицинските специалисти, така и на болните. За да се приложи холистичния подход при жени диагностицирани с рак на маточната шийка е повече от необходимо сформирането и ефективното функциониране на екип от различни специалисти, които чрез своето сътрудничество, етични взаимоотношения и единна подкрепа спрямо болния да му вдъхнат онази сигурност и спокойствие, от които се нуждає.

Според отговорите на експертите в проведеното изследване най-висок е делът на тези, които смятат, че при работата на акушерките в екип има още какво да се желає (47,2%). Не смятат, че са подготвени добре 19,4% от анкетираните, за 2,8% от експертите акушерките изобщо не са

подготвени. Тези резултати доказват нуждата от допълнително обучение на акушерките и по-задълбочени познания за екипната работа. (Фиг.18)



Фиг.18. Подготовка на акушерките за работа в екип според експертите

Експертите (73,0%) и акушерките (82,9%) отбелязват в отговорите си на анкетата, че към момента на изследването са удовлетворени от сътрудничеството между членовете на екипа, но също така определят, че не липсват и конфликтни ситуации. Според 72,2% от експертите и 60,3% от акушерките, конфликти възникват, но рядко. Наличието на етични проблеми в екипа се определя като рядкост от експертите (54,1%). Мнението на акушерките се различава от това на експертите. Относителният дял на акушерките, които смятат, че конфликтните ситуации в екипа са рядкост е по-малък от този на експертите 29,8%.

Резултатите определят едно добро ниво на разбирателство в екипа, наличие на професионализъм, сътрудничество и доверие, които са солидна основа за прилагане на холистичната грижа и по-пълното разгръщане на

холистичния подход в медицинската практика и в частност при работата с жени диагностицирани с РМШ.

Взаимодействието на акушерката с пациента разширява контекста на здравните грижи и се разглежда като съществена част от тях. Пътят към добрите взаимоотношения с пациента започва с формиране на положително отношение, което се постига чрез уменията за професионално общуване и взаимодействие. Чрез междуличностно взаимодействие акушерката успява най-пълно да отговори на нуждите на пациентките и да изпълни професионалните си задължения.

Сравнителен анализ на данните получени от изследването при студентите и акушерките показва, че и при двете групи най-голям е дялът на тези, които винаги или в повечето случаи се стремят да изслушат внимателно пациентката и да осъществят невербален контакт с нея. Посочилите отговор „винаги“ от акушерките са 41,7%, а от студентите дали същия отговор са 74,8%. По-големият дял, който заемат студентите би могъл да се обясни с желанието им да получат повече знания чрез общуването си с пациентките и да вникнат по-цялостно в проблема. Въпреки по-ниските стойности, които се отчитат при акушерките в сравнение със студентите бихме могли да кажем, че те полагат усилия въпреки всичките си останали задължения да поддържат добро ниво на общуване с пациентките. (табл.9)

Табл.9. При разговор с пациент стараете ли се да чуete всичко

Изследвани	Показатели	Когато разговаряте с пациент поддържате ли визуален контакт и стараете ли се да чуete всичко?
акушерки	винаги	41,7
	в повечето случаи	40,9
	понякога	14,8
	рядко	2,6
	Общо 100%	
студенти	винаги	74,8
	в повечето случаи	23,8
	понякога	1,4
	рядко	0,0
	Общо 100%	

Общуването при хората освен вербално е и невербално, като при внимателно наблюдение на пациента и разчитане на невербалните му сигнали би могло да се извлече повече информация за състоянието му. Ето защо е необходимо тези медицински специалисти да бъдат добре обучени не само в сферата на медицината и техниката на акушерски манипулации, но и да бъдат изградени умения за общуване с пациенти. При сравнителния анализ на получените данни е видно, че 71,1% от анкетираните акушерки и 72,4% от анкетираните студенти винаги или много често обръщат внимание на невербалните сигнали подадени от пациентките, което в голяма степен улеснява тяхната работа и я прави по-пълноценна. (табл.10)

Табл.10. Обръщате ли внимание на невербалните сигнали

Изследвани	Показатели	Обръщате ли внимание на невербалните сигнали, когато разговаряте с пациент?
акушерки	Винаги	25,8
	Много често	46,0
	Често	12,9
	Понякога	15,3
	никога	0,0
	общо	100%
студенти	Винаги	40,7
	Много често	31,7
	Често	17,9
	Понякога	9,7
	никога	0,0
	общо	100%

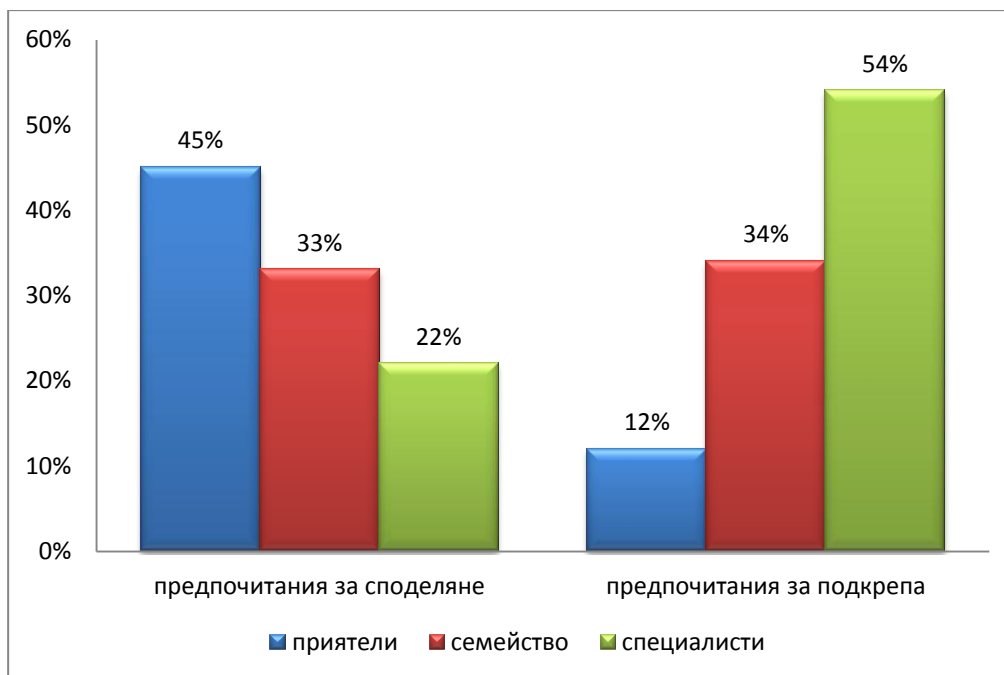
В акушерската практика съществуват множество ситуации на междуличностно общуване. За осъществяване на ефективна комуникация, акушерката трябва да притежава умения, ясно и точно да формулира въпросите си към пациентите, да може да предоставя достъпна и вярна информация. Също така е необходимо тя да търси и получава обратна информация от пациентите. Всичко това подобрява общуването и изгражда доверие между нея и пациентите. Ето защо комуникативните знания и умения на акушерката са от особено значение при провеждане на здравни грижи. За уменията на акушерките да общуват с пациентки с РМШ експертите дават много добра оценка и това са 48,7% от анкетираниите. Отлична оценка са дали едва 5,4%, което показва сериозни пропуски още при обучението на студентите и необходимостта от изучаване на психосоциални дисциплини. (табл.11)

Табл.11. Оценка на експертите за комуникативните умения на акушерките при работа с пациентки с РМШ

Оценка на комуникативните умения на акушерките	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Отлична	2	5,4
Много добра	18	48,7
Добра	12	32,4
Задоволителна	4	10,8
Лоша	1	2,7
Общо	37	100,0

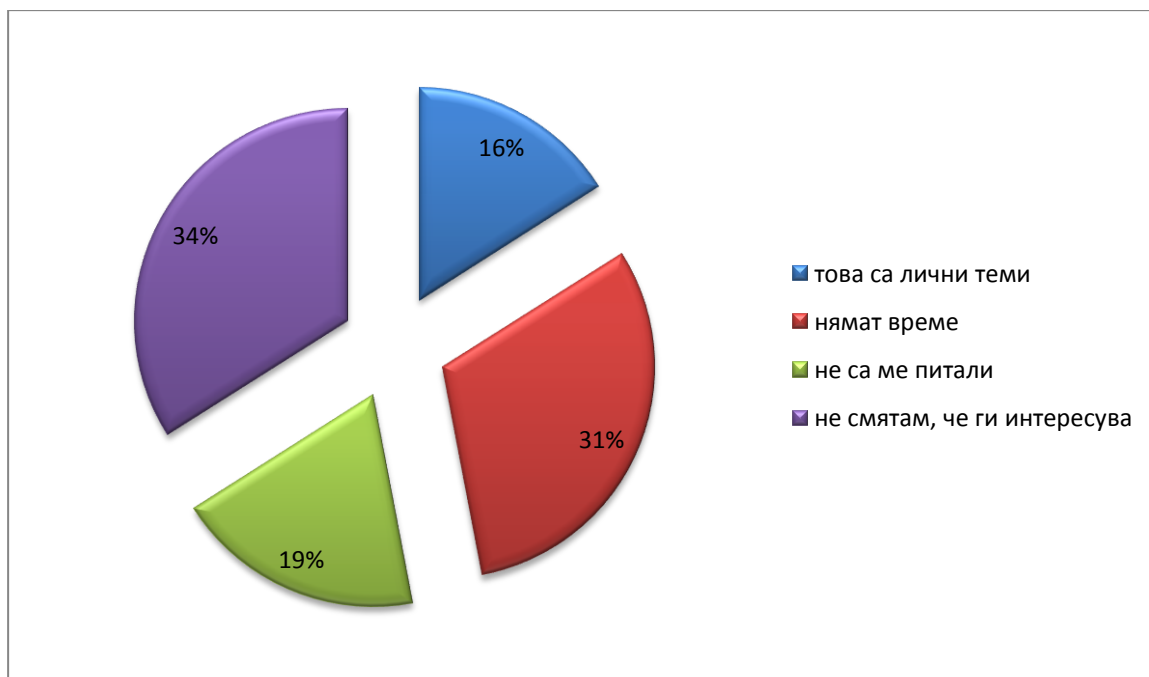
Повечето анкетирани жени посочват, че споделят проблемите си относно заболяването не само с медицинските специалисти, но и с хората, които са най-близо до тях. Най-висок е относителният дял на анкетираните, които споделят проблемите свързани с тяхното заболяване с приятелите си 45,0%. На второ място остава семейството (32,6%) и след тях са медицинските специалисти (22,4%).

При съпоставяне на предпочитанията на пациентите с кого желаят да споделят проблемите свързани със заболяването и от кого очакват подкрепа се установи изразена статистическа зависимост ($p < 0,01$). Прави впечатление, че половината от пациентите (54,2%; $N=147$) очакват най-голяма подкрепа от медицинските специалисти, но биха споделили проблемите си с тях едва $\frac{1}{4}$ от заболялите. Желанието за подкрепа от приятелите е с доста по-малък относителен дял (11,9%; $N=33$), а 33,9% ($N=92$) имат желание да търсят подкрепа от семейството си. (фиг.19)



Фиг.19. *Предпочитания на анкетираните пациентки за споделяне на проблем и оказване на подкрепа*

Според изследваните жени основна причина да не споделят за възникналите във връзка със заболяването им проблеми с медицинските специалисти е това, че смятат че лекуващите ги не ги интересува (33,5%; N=92). Друга причина, която болните посочват е недостигът на време от страна на медицинския персонал (30,5%; N=84) видно от фиг.20.



Фиг.20. Причини за несподеляне на проблеми с медицинските специалисти

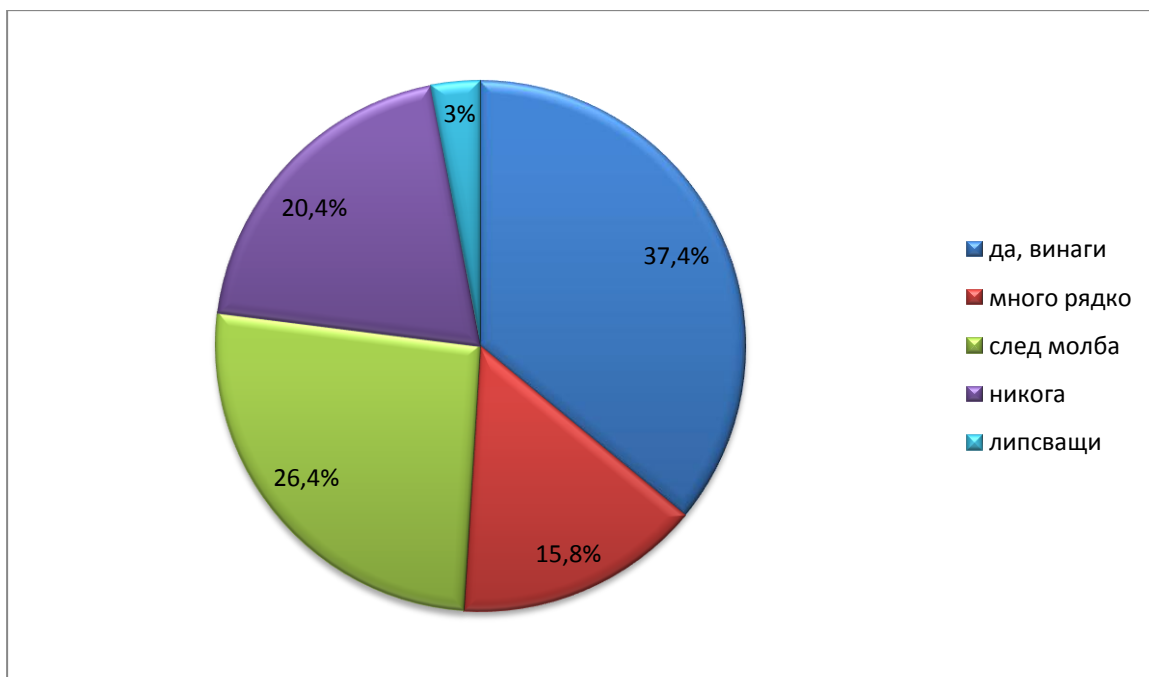
Данните доказват необходимостта от включването и на допълнителни специалисти като клинични психолози, онколози, социални работници и др. в лечебния процес на болните с рак на маточната шийка. Акушерките също трябва да имат допълнителна професионална квалификация и компетенции за работа с онкологично болни. Активното включване на болните в лечебния процес и стимулирането на тяхната мотивация е труден и сложен момент, който може да бъде осъществен от добре подготвен екип от различни специалисти.

За необходимостта от включването на допълнителни специалисти в лечението на жени с РМШ са показател получените данни, при които 35,7% от анкетираните пациентки посочват, че изпитват потребност да разговарят с психолог, за да се справят с мислите и чувствата, които възникват по отношение на заболяването им. Не малък (33,5%) е дялът и на тези, които биха искали да споделят и да получат повече информация от друг специалист. Едва 22,4% биха искали да разговарят с акушер-гинеколог, а само 10,3% с акушерка. (табл.12)

Табл.12. Предпочитания на пациентките при общуване със специалист по отношение справяне с мислите и чувствата, свързани с болестта

Изпитвате ли необходимост от общуване със специалист, който да ви помогне да се справите с мислите и чувствата, които възникват по отношение на заболяването Ви?	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Желая да разговарям с психолог	97	35,7
Желая да разговарям с акушер-гинеколог	61	22,4
Желая да разговарям с акушерка	28	10,2
Желая да разговарям с друг специалист	91	33,5
Общо	277	101,8

Освен участието на различни професионалисти и специалисти в процеса на адаптация на болните към поставената диагноза, лечебните процедури и рехабилитацията важно е участието и на техните близки. Съществуват различни мнения относно това, дали да се информират близките на болните с онкологични заболявания и какво да е тяхното участие в лечебния процес. Според изследваните пациентки медицинските специалисти понякога не допускат техните близки да присъстват по време на прегледите и изследванията, които им са извършват (15,8%; N=43) или се съобразяват с това само при изрична молба от страна на пациента (26,4%; N=72). По-малко от половината от изследваните са посочили, че техните близки са присъствали винаги по време на прегледи или при извършване на манипулации от медицинските специалисти (37,4%; N=102). (Фиг.21)



Фиг.21. Присъствие на близките по време на прегледи или медицински изследвания

Аналогично е и процентното разпределение в отговорите на изследваните по отношение на допускането от медицинските специалисти на техни приятели по време на медицинските прегледи, изследвания и лечение. Винаги са допускани 30,7%, а след молба на пациента 34,7%. Много рядко или никога не се разрешава да присъстват приятелите им посочват 34,6% от болните жени. (табл.13)

Табл.13. Присъстват ли приятели по време на прегледи и лечение

Групи допускани лица	Показатели	Допускат ли специалистите да присъстват вашите приятели по време на медицинските прегледи, изследвания и лечение?
приятели	Да, винаги	30,7
	Много рядко	17,1
	Само след моя молба	34,7
	Не, никога	17,5
	Общо	100%

При възстановяването е много важно болните да могат да вземат самостоятелни решения за своето състояние и лечение. Често пъти

това не е така и в такива случаи на помощ идват близките, приятелите и медицинските специалисти. Когато болната няма възможност да взема самостоятелно правилни решения за своето състояние, тези решения трябва да се вземат от нейните близки с помощта на компетентни специалисти.

Едва 25,5% (N=69) от болните участвали в проучването смятат, че са способни да вземат самостоятелни решения, Почти половината от пациентите (46,9%; N=128) предпочитат това да стане с помощта на семейството. Изключително малък е относителният дял от анкетираните (1,1%; N=3), които биха се обърнали към акушерката, а 3,3% (N=9) от пациентките разчитат на личния си лекар. На акушер-гинеколога се доверяват 19,1%(N=52) от жените. (табл.14)

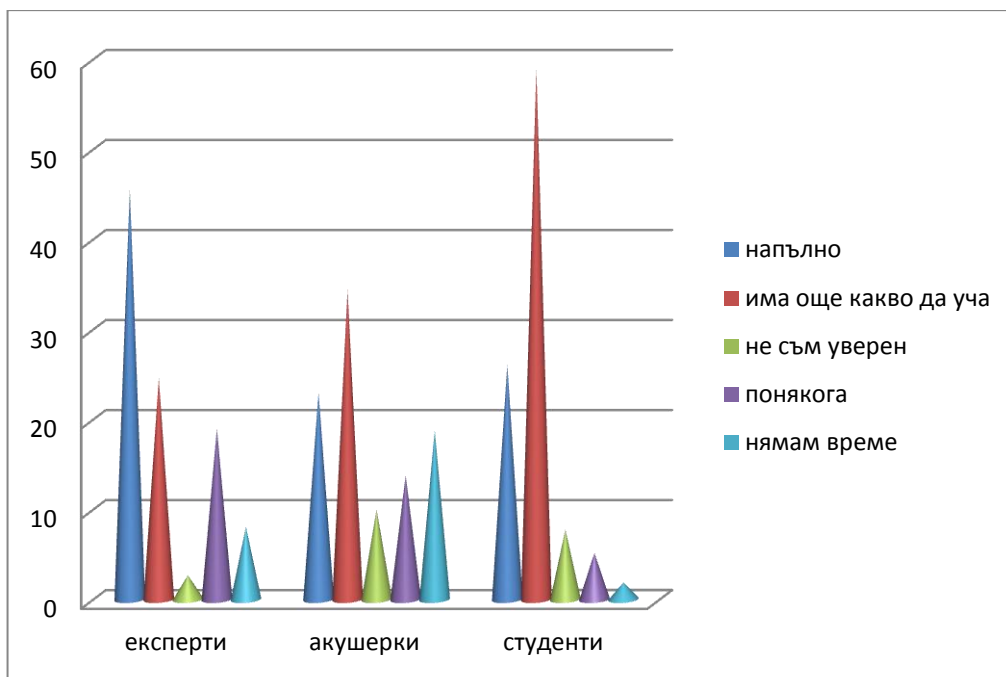
Табл.14. *Начин на вземане на здравни решения от жените с РМШ*

Вземане на решения	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Сама	69	25,5
С помощта на близките си	128	46,9
С помощта на личния лекар	9	3,3
С помощта на акушер-гинеколога	52	19,1
С помощта на акушерката	3	1,1
Не мога да преценя	11	4,1
общо	272	100,0

Това показва, че болните се затрудняват при вземането на решения и това е действително сложен етичен проблем.

Резултатите също така, поставят още веднъж въпроса за необходимостта от по-пълноценно общуване и доверително отношение на пациента и неговите близки с медицинските специалисти, както и включването на по-широк кръг от специалисти в лечението на жени болни от РМШ.

Оказването на емоционална подкрепа е важен елемент за създаване на доверие и в следствие спазване на дадените съвети свързани с лечението и рехабилитацията на жените с РМШ. Ако по време на беседа с пациента се оказва психологическа подкрепа психологичните проблеми ще бъдат сведени до минимум. (Fallowfield L., Francis A. 2016) Данните показват, че само 23,0% от акушерките са напълно уверени, че оказват достатъчна емоционална подкрепа на пациентките. Аналогични са резултатите от проведената анкета със студентите, като едва 26,1% от тях посочват, че са напълно уверени в оказаната от тях емоционална подкрепа на пациентките. Прави впечатление високият относителен дял на акушерките, според които нямат време за да подкрепят болните при проблеми в тяхното емоционално състояние (18,8%). Според изследването експертите по-често оказват емоционална подкрепа на пациентките. Почти половината от тях (45,6%) отбелязват, че оказват пълна подкрепа. И трите изследвани групи смятат, че има още какво да учат: акушерките (34,4%), експерти (24,6%), най-голям относителен дял за необходимост от още знания се пада на студентите (59,0%). (Фиг.22)



Фиг.22. *Оказване на емоционална подкрепа от медицинските специалисти на пациентките*

И трите изследвани групи смятат, че има още какво да учат: акушерките (23,0%), експерти (28,6%), а най-голям относителен дял за необходимост от още знания се пада на студентите (60,8%).

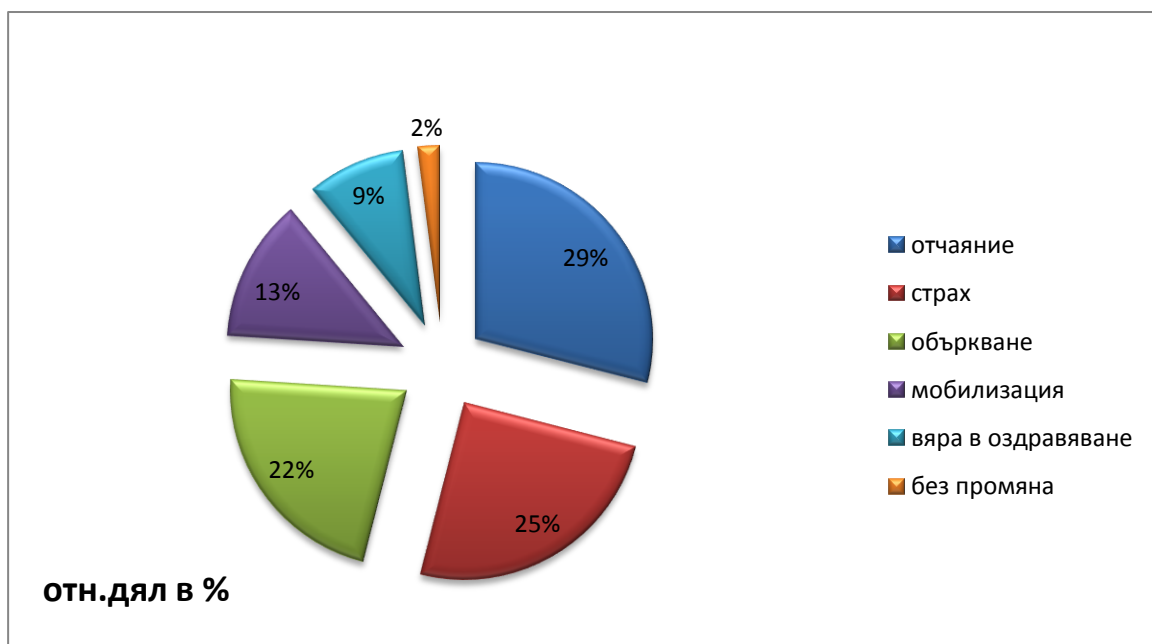
Идентифицирането на чувствата и емоциите вълнуващи пациентката, на начина по който тя приема болестта, на влиянието което оказва върху социалния и живот ще допринесе да се осъществи адекватна грижа и лечение. За целта е необходимо добро познаване, търсене и подпомагане в решаването на социалните и психологичните проблеми породени от заболяването.

3.4. Психологични и социални проблеми при жени с РМШ. Професионални умения за решаване на проблемите

За да може жената активно да участва в лечебния и възстановителния процес и да бъде привлечена за сътрудничество е необходимо да се познава начина, по който тя възприема своето заболяване и как се адаптира

към това ново състояние. Соматичните заболявания се съпровождат от психична реакция на индивида. Психологическите фактори влияят върху здравето. (Mc Gregor,VA et all, 2015)

За необходимостта от психологична подкрепа говорят данните получени от запитването как се е отразило заболяването на психичното състояние на изследваните жени. От направеното изследване става ясно, че най-голям брой от анкетираните жени (N=77;28,3%) посочват, че са изпаднали в отчаяние. Не е изненадващо, че е висок броя на тези пациентки, които са изпитали чувство на страх (N=69; 25,4%). Тези данни са напълно обясними с оглед диагнозата и несигурността от изхода на заболяването. Само 23 (8,5%) от анкетираните жени вярват в добрия изход от заболяването , а само 5 (1,8%) от изследваните са продължили живота си, както преди откриване на заболяването. (фиг.23)



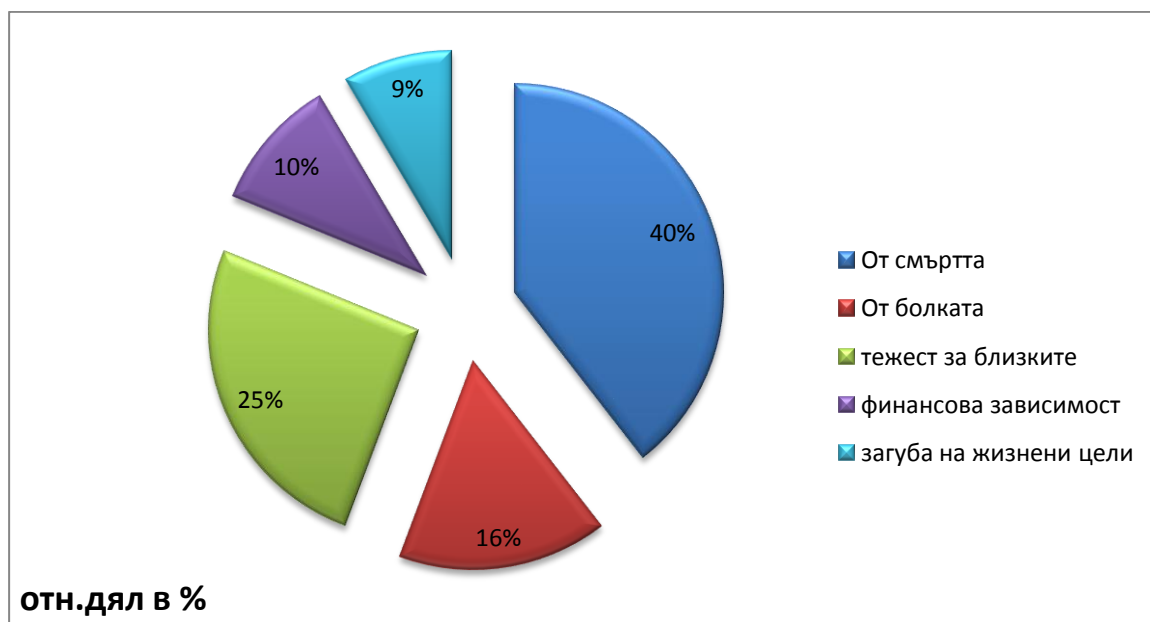
фиг. 23. Реакция на болните с рак на маточната шийка към поставената диагноза

Ракът на маточната шийка поставя заболялата жена пред тежки изпитания. Не е само стреса от поставената диагноза, но и тежкото и

продължително лечение, рехабилитацията и неясната прогноза на болестта.

Почти няма пациенти, които да не изпитват страх, като причините за това са от различно естество от болката, от невъзможността за контрол на ситуацията, от промяна в качеството на живот. (Стамболова, И. 2015).

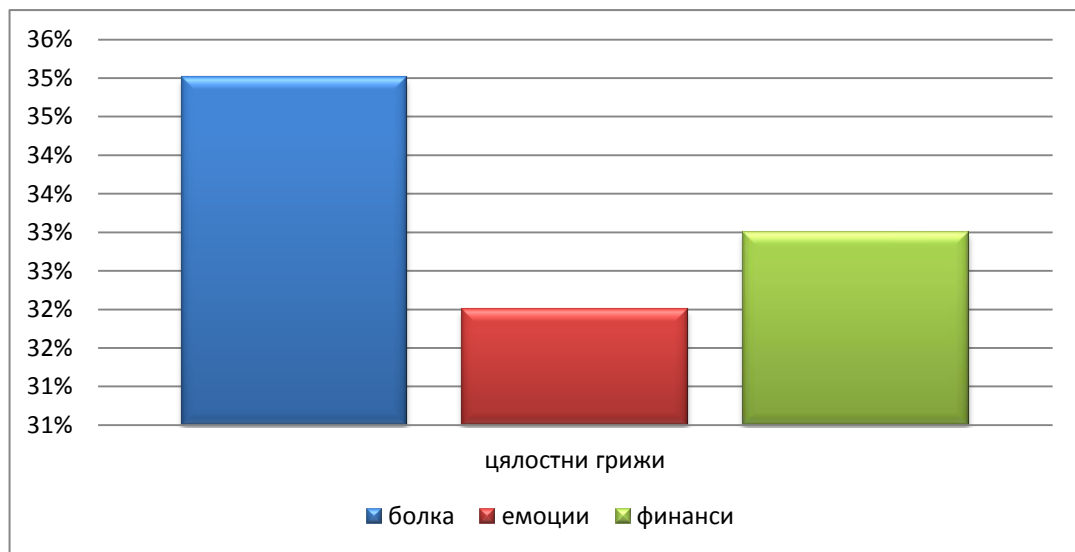
Дескриптивният анализ потвърждава нарушено социално функциониране в отговорите на въпроса: „От какво се страхувате най-много?“. Неясното бъдеще е дадено като отговор от 39,9% от анкетираните, от болката се притесняват 15,5% от жените. Наред със страха от смъртта и болката, при почти половината анкетирани изпъква аспекта на социалното функциониране на личността. Да не са в тежест на близките си се страхуват 25,2%, да не загубят социална стойност и финансова независимост 10,1%, както и да не загубят възможност да реализират жизнените си цели 9,3%. (фиг.24)



Фиг.24. Причини за страх при жени с РМШ

Това води до извода, че тези жени имат нужда не само от медицински грижи за тяхното физическо състояние, но и от помощ и съдействие за решаването на някои психологически и социални проблеми.

Почти равен е броя на изследваните лица, които имат нужда от подкрепа, както за справяне с физическите (35,0%), така и с психологически (32,0%) и социални проблеми (33,0%). (фиг.25)



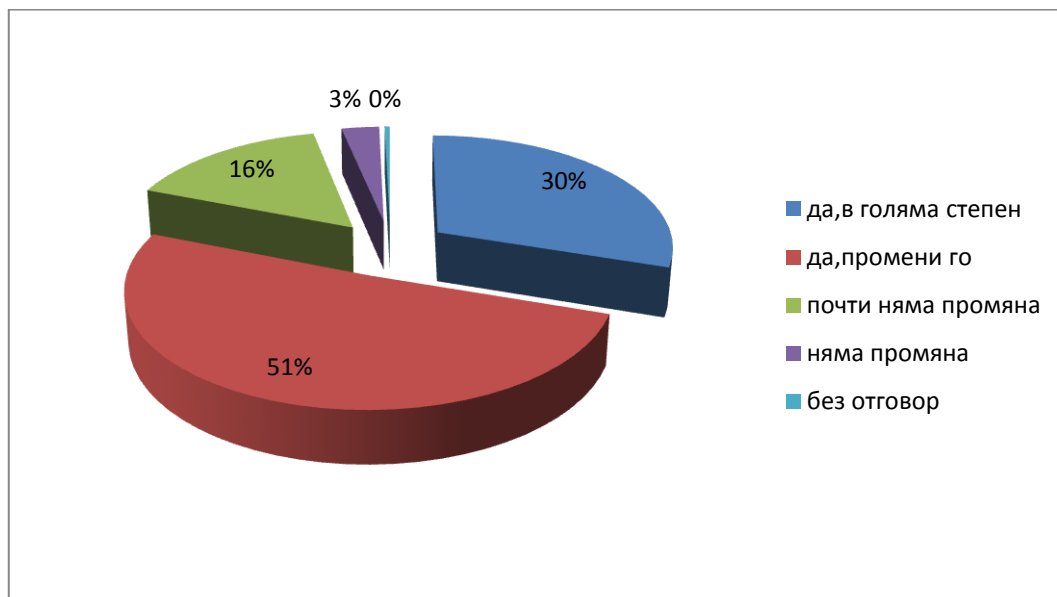
Фиг.25. Потребност на болните с карцином на маточната шийка от цялостни грижи

Данните потвърждават необходимостта от оказване на цялостна подкрепа на болните с рак на маточната шийка, защото поставената диагноза променя живота им. На тях трябва да се предлага съдействие от мултидисциплинарен екип, който да проучи потребностите на всяка жена и според индивидуалните ѝ особености да осъществи грижи за нейната адаптация към промените вследствие на заболяването.

Ракът на маточната шийка е заболяване, което води след себе си редица тежки последици. Пациентите трябва да се справят с дългия и нелек процес на лечението и рехабилитацията, усложненията, емоционалната криза, финансовите затруднения и не на последно място

възможността от неблагоприятен изход на заболяването. Всичко това неминуемо дава отражение върху начина на живот.

На въпрос от анкетата „Промени ли заболяването начина Ви на живот” повече от половината анкетирани посочват, че са преживели промяна (81,2%) /51,4% - „да промени се”, 29,8% „да, в много голяма степен”/ след поставяне на диагнозата. Относителният дял на болните, които смятат, че заболяването не е повлияло начина им на живот са само 2,9% от анкетираниите. (фиг. 26)



Фиг.26. Промяна в начина на живот на пациентките след откриване на заболяването

Според изследваните лица, заболяването нарушава част от вече изградените навици и традиции в семейството и обществените, и трудови взаимоотношения. Нарушените социални контакти водят до емоционална и социална изолация.

Като промяна в начина на живот диагностицираните с РМШ определят загубата на приятели (16,9%), загубата на работа (15,8%), както и раздялата със съпруга(11,7%). Тези данни по недвусмислен начин доказват, че болните нерядко изпадат в социална, трудова и семейна

изолация и подхода при тяхното лечение трябва да бъде лично центриран и индивидуален. (табл. 15)

Табл.15. Преживени събития след откриване на болестта

Промяна в начина на живот	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Загубих работата си	43	15,8
Разведох се	7	2,6
Съпругът ми не живее с мен	25	9,1
Загубих приятели	46	16,9
Няма промяна	106	39,0
Друго	37	13,6
Без отговор	12	4,4
Общо	272	100,0

Пациентката с РМШ има нужда не само от подкрепата на своите близки, но и от медицинските специалисти, които са в непосредствена близост до болните в процеса на тяхното лечение и възстановяване. Тяхната професионална помощ е от съществено значение за нея.

Социалното благополучие се свързва с такива компоненти на здравето, които дават възможност на индивида да учи, да работи и да участва в обществения живот, да има дом и семейство. Притеснителен факт е, че 34,6% от респондентите споделят, че заболяването е причина да загубят работата си, а 23,0% от тях са оставени сами да се справят с болестта и нейните последствия. Всичко това влияе на усещането за социално благополучие, т.е. социалният аспект като фактор определящ здравето е нарушен.

Според всички наблюдавани групи респонденти (пациенти, акушерки, студенти и експерти), усещането за социално благополучие оказва влияние върху оздравителния процес ($\chi^2 = 4,972$, $p = 0,013 < 0,05$). (табл.16)

Табл. 16. Влияние на социалното благополучие върху здравето според наблюдаваните групи

		Група анкетирувани лица			Общо	
		пациенти	акушерки	студенти		
Смятате ли, че социалното благополучие влияе на оздравителния процес?	да, винаги	Брой % в групата	78 29,3%	38 30,6%	38 25,9%	154 28,7%
	да, много често	Брой % в групата	63 23,7%	49 39,5%	45 30,6%	157 29,2%
	да, често	Брой % в групата	66 24,8%	18 14,5%	26 17,7%	110 20,5%
	да, понякога	Брой % в групата	49 18,4%	15 12,1%	32 21,8%	96 17,9%
	не, не влияе	Брой % в групата	10 3,8%	3 2,4%	5 3,4%	18 3,4%
	никога не влияе	Брой % в групата	0 0,0%	1 0,8%	1 0,7%	2 0,4%
	Общо	Брой % в групата	266 100,0%	124 100,0%	147 100,0%	537 100,0%

Kruskal-Wallis Test

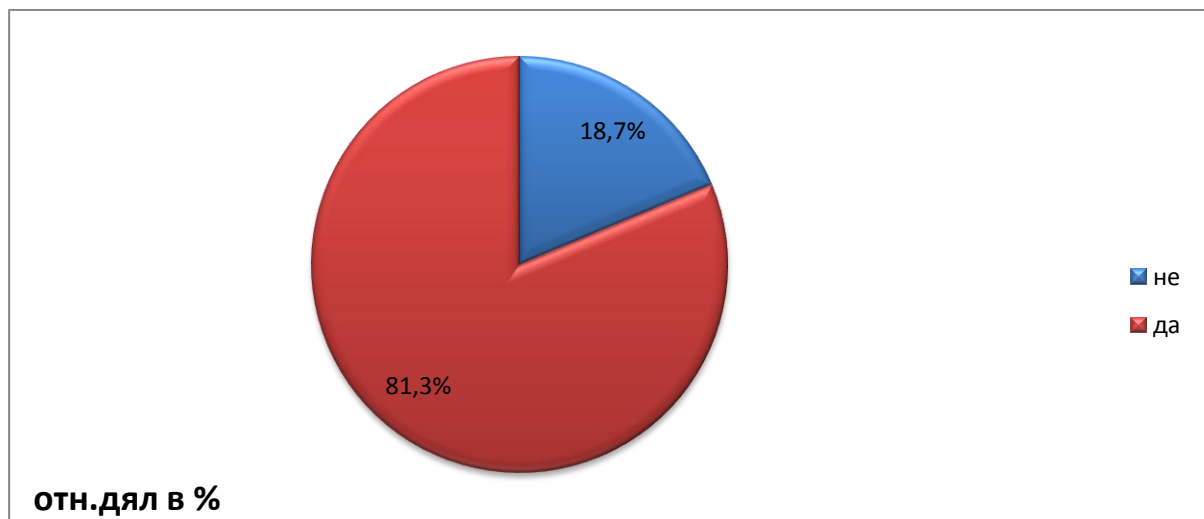
	Група анкетирани лица	Брой	Среден ранг
Смятате ли, че социалното благополучие влияе на оздравителния процес?	пациенти	266	275,13
	акушерки	124	242,88
	студенти	147	279,95
	Общо	537	
	Смятате ли, че социалното благополучие влияе на оздравителния процес?		
Chi-Square			4,972
df			2
Asymp. Sig.			,013

Същото е мнението на всички изследвани групи и за влиянието на емоционалния комфорт и положителното отношение на медицинските специалисти за оздравяването на пациентите.(табл.17)

Табл.17. Мнение на различните групи респонденти за влиянието на емоционалния комфорт и положителното отношение на медицинските специалисти за оздравяването

Изследвани групи	Показатели	Влияние на емоционалния комфорт в %	Влияние на положително отношение на медицинските специалисти в %
пациенти	Да, винаги	43,1	42,6
	Да, често	37,5	35,2
	Да, понякога	16,5	17,8
	Не, не влияе	3,0	4,4
акушерки	Да, винаги	33,6	29,4
	Да, често	50,4	55,6
	Да, понякога	15,1	13,5
	Не, не влияе	0,8	1,6
студенти	Да, винаги	63,6	73,1
	Да, често	29,8	21,2
	Да, понякога	6,5	5,8
	Не, не влияе	0,0	0,0
експерти	Да, винаги	67,6	67,6
	Да, често	27,0	32,4
	Да, понякога	2,7	0,0
	Не, не влияе	2,7	0,0

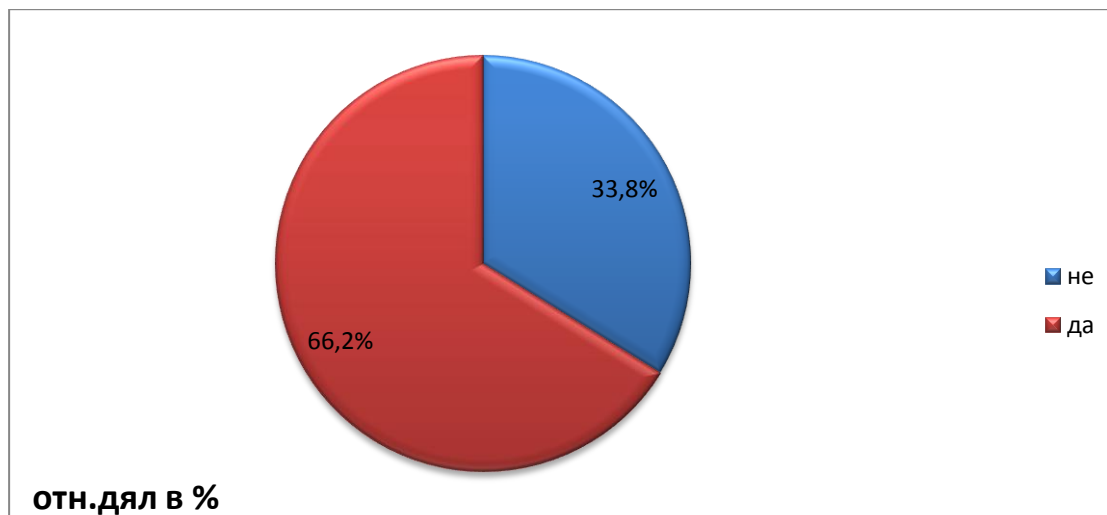
Социалната изолация на жените, диагностицирани с РМШ се доказва от получените данни в отговорите на анкетираните, където едва 18,7% (N=51) посочват, че изобщо не са ограничили социалните си контакти, докато при 81,3% (N=221) те са ограничени напълно, в малка степен или отчасти. Това е един висок и тревожен резултат, който показва, че социалните дейности с тези пациентки са слабо застъпени, а нуждата от работа на специалисти в областта на социалните дейности нараства. (фиг.27)



Фиг.27. Ограничаване на контактите извън семейството

Заболяването РМШ се открива във възраст, в която всеки индивид се стреми да изгради успешна кариера и загубата на работното място се отразява неблагоприятно. Липсата на работа води до липса на здравна осигуровка. През последните години се говори за структурни промени съпроводени с пренасочване на персонала към друго работно място, но във време на пазарна икономика това е трудно изпълнимо. Това показва необходимостта от реструктуриране на социалната политика в държавата.

Данните от изследването показват, че при повече от половината респонденти (66,2%; N=180) заболяването се е отразило на професионалните им ангажменти. (фиг. 28)



Фиг.28. Отражение на заболяването на професионалните ангажменти на пациентките

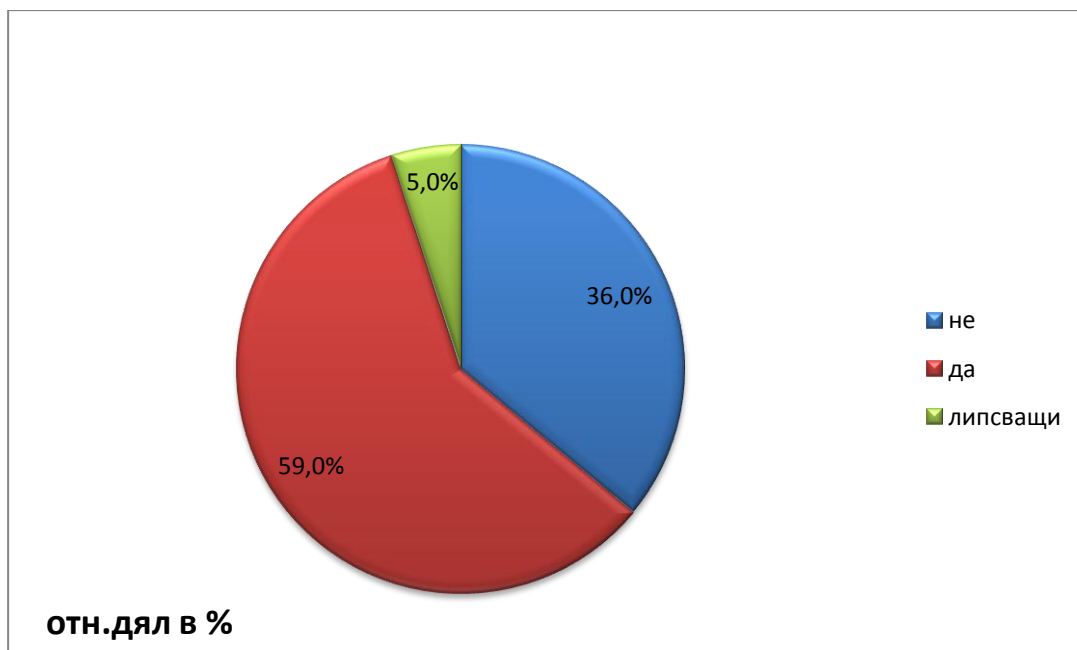
На въпрос от анкетата „Как се отрази заболяването на професионалните Ви ангажменти?“ повече от половината респонденти (59,1%, N=161) споделят, че заболяването не е довело до прекратяване на трудовите им взаимоотношения с работодателя. Не е малък дялът на изследваните, на които са прекратени трудовите правоотношения след откриване на заболяването (15,8%, N=43). Почти толкова от болелите са били прехвърлени на по-ниско платена работа (14,4% N=39) или са били пенсионирани по болест (10,0% N=27). (Табл.18)

Табл.18. *Отражение на заболяването на професионалните ангажименти на пациентките*

Как се отрази заболяването на професионалните Ви ангажименти?	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Бях прехвърлена на по-ниско платено работно място	39	14,4
Бяха прекратени трудовите ми взаимоотношения	43	15,8
Бях пенсионирана по болест	27	10,0
Друго	2	0,7
Без промяна	161	59,1
общо	272	100,0

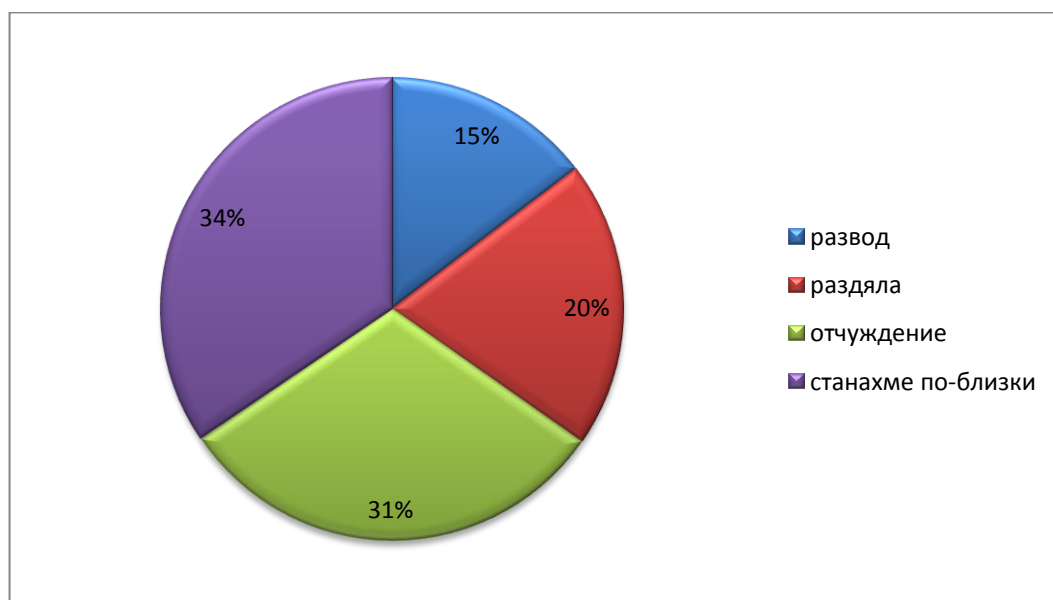
Семейството е важен фактор за формиране поведението и миогледа на личността. То влияе върху здравето на своите членове директно или индиректно. От своя страна всеки член на дадено семейство също влияе върху него. Всяко заболяване, което засяга член от семейството оказва влияние върху семейните отношения. В тази връзка заболяване като РМШ има особено значение за семейния живот. Нарушава се интимният живот на партньорите, често води до загуба на репродуктивните функции на жената и до загуба на възможността за създаване на поколение, което от своя страна може да доведе до разпадане на семейството.

Данните от изследването дават потвърждение на казаното до тук. Заболяването е оказало влияние върху семейния живот на 59,0% от анкетираните лица. (фиг.29)



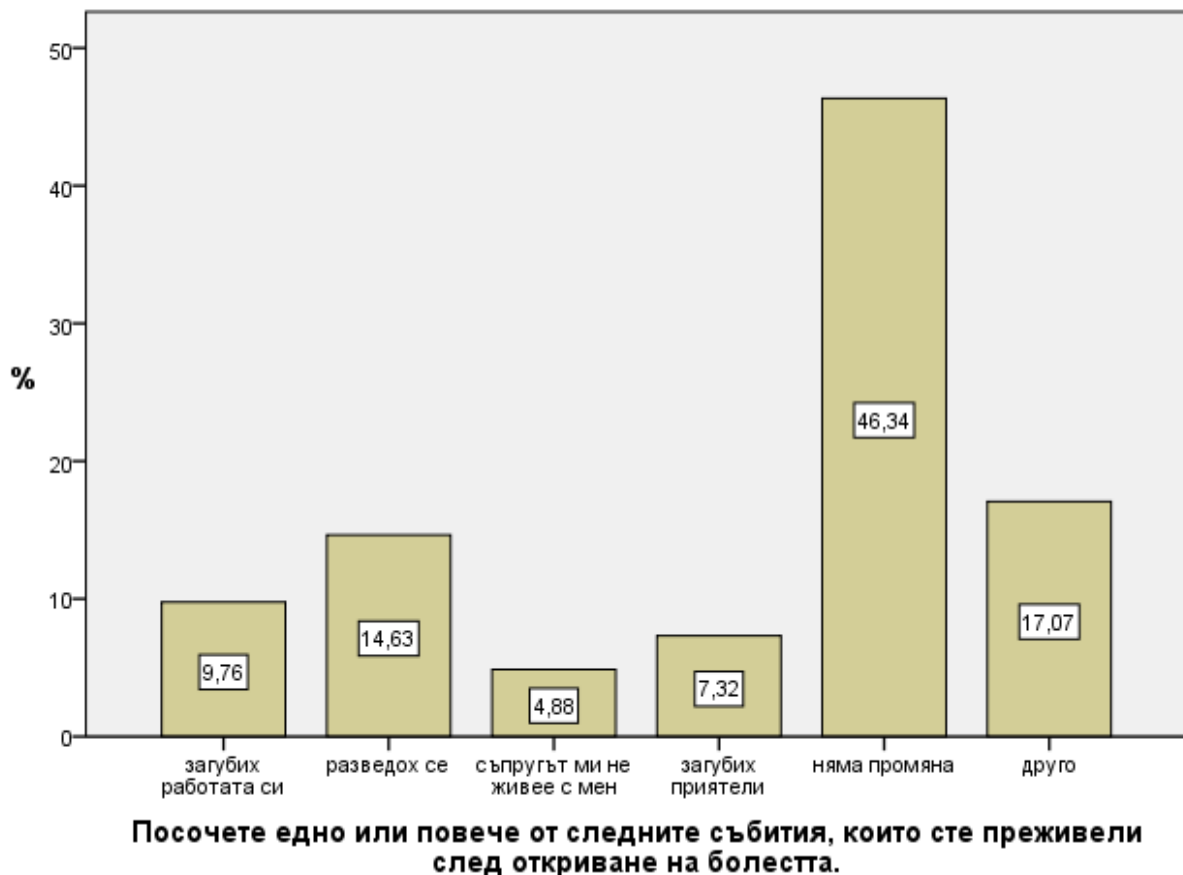
Фиг.29. Влияние на заболяването върху семейния живот

Според отговорите на анкетираните жени почти еднакъв е относителния дял на тези, които смятат, че са станали по-близки и привързани един към друг в семействата си- 34,5% и на тези, които са се отчуждили – 30,8% след откриването на заболяването. (фиг.30)



Фиг.30. Влияние на заболяването и промени в семейния живот

От изследваните жени 46 са посочили, че са разведени. От проучването се установи, че 14,6% от тях са се разделили с партньора си след откриване на заболяването, а 9,8% от същите жени са загубили и работата си (фиг.31)



Фиг.31. *Промяна в живота на разведените пациентки*

Поставянето на диагнозата рак на маточната шийка само по себе си е изпитание за всяка пациентка. Именно затова лекуващият екип трябва да я подготви достатъчно добре за продължителността и всички трудности съпътстващи предстоящото лечение, както и за проблемите при нейното психично и социално функциониране. Резултатите показват, че при жените диагностицирани с РМШ естествено се засилва необходимостта от холистични грижи.

3.5. Професионална компетентност за приложимост на холистични грижи при пациентки с РМШ

През последните години в икономическия, социалния и политически живот са настъпили значителни промени. Това естествено води до необходимостта от иновативни решения и програми в медицинската практика, които да отговарят на променените изисквания и очаквания на обществото. Нуждите на пациента се увеличават, а с това и техните очаквания от качествени здравни грижи.

Целта на холистичната идея е да служи за формиране на социални качества на личността и умения за екипни дейности. На това знание се дължи равновесието между умственото, емоционалното, физическото и духовното.

Информираността на медицинските специалисти за холистичната грижа включва в себе си балансиран модел, адресиран към всички аспекти на личността.

В знанията на акушерките, студентите и експертите за прилагането на холистичният подход се установяват различия: Най – добре са запознати експертите 80,3%, следвани от работещите акушерки 74,6% и 70,1% от студентите имат изчерпателна информация за този подход.(Табл.19)

Табл.19. Степен на информираност за холистичната грижа

Изследвани	Показатели	Знаете ли какво е холистична грижа?
акушерки	Да, много добре зная	34,1%
	Да, добре зная	40,5%
	Зная, но не достатъчно	16,7%
	Не, не зная	7,9%
студенти	Да, много добре зная	27,1%
	Да, добре зная	42,9%
	Зная, но недостатъчно	21,3%
	Не, не зная	8,7%
експерти	Да, много добре зная	56,8%
	Да, добре зная	23,5%
	Зная, но недостатъчно	17,0%
	Не, не зная	2,7%

Според 51,9% от анкетираните студенти, 56,2% от акушерките и 83,3% от експертите холистичните грижи са „цялостни био-психосоциални грижи, над 40,0% от акушерките (43,8%) и студентите(48,1%) не знаят какво включва понятието „холистична грижа”, което насочва вниманието ни към необходимостта от съвременно и своевременно обучение на медицинските специалисти по темата. (табл.20)

Табл.20. Същност на холистичната грижа

Изследвани	Показатели	Какво включва понятието холистична грижа?
акушерки	Любов към болните хора	15,8%
	Професионално поведение	7,1%
	Цялостни био-психо-социални грижи	56,2%
	Етично поведение	10,9%
	Духовни грижи	6,6%
	Ежедневни грижи	2,4%
студенти	Любов към болните хора	17,3%
	Професионално поведение	6,1%
	Цялостни био- психо-социални грижи	51,9%
	Етично поведение	13,1%
	Духовни грижи	7,9%
	Ежедневни грижи	3,7%
експерти	Любов към болните хора	8,1%
	Професионално поведение	0,4%
	Цялостни био-психо- социални грижи	83,3%
	Етично поведение	5,4%
	Духовни грижи	2,8%
	Ежедневни грижи	0%

Информация за понятието „холистичната грижа”, повече от половината анкетирани акушерки (59,4%) са получили предимно по време на обучението във висшето училище, 29,0% - при повишаване на квалификацията си. Малък е процента на работещите акушерки, които споделят, че информация за холистичния подход са получили при участия в научни форуми (5,6%) и от научна литература(5,2%). При студентите се забелязва, че най- висок относителен дял е на тези, които са получили информацията за понятието „холизъм” от учебното заведение (70,8%). От резултатите се вижда, че малко информация получават студентите от колегиуми в болничното заведение и отделенията – 1,8%. Данните от изследването на групата на експертите показва , че мястото, от което са получили информация за холистичната грижа в голяма част е от от участия в научни форуми – 38,7%, което при акушерките е 5,6%, а при студентите е 0,7%. (табл.21)./Процентите са повече от сто, тъй като респондентите са посочили повече от един отговор/

Табл.21. Места за получаване на информация за холистичната грижа на медицинските специалисти

Изследвани	Показатели	От къде получихте информация за холистичната грижа?
акушерки	От учебното заведение, което завърших	59,4%
	При повишаване на квалификацията чрез курсове	29,0%
	От болнични колегиуми	6,1%
	От колегиуми в отделението	7,0%
	От интернет	16,5%
	От колеги	13,0%
	От участие в научни форуми-конгреси, конференции, симпозиуми	5,6%
	От научна литература	5,2%
студенти	От учебното заведение, което завърших	70,8%
	При повишаване на квалификацията чрез курсове	1,2%
	От болнични колегиуми	0,1%
	От колегиуми в отделението	1,7%
	От интернет	19,0%
	От колеги	24,1%
	От участие в научни форуми-конгреси, конференции, симпозиуми	0,7%
	От научна литература	28,6%
експерти	От учебното заведение, което завърших	56,8%
	При повишаване на квалификацията чрез курсове	29,7%
	От болнични колегиуми	13,5%
	От колегиуми в отделението	10,8%
	От интернет	20,0%
	От колеги	10,8%
	От участие в научни форуми-конгреси, конференции, симпозиуми	38,7%
	От научна литература	30,4%

Получените резултати идентифицират, ниска ангажираност и negliжиране на холистичния подход в работата, както в отделенията за жени с РМШ, така и в болничните заведения като цяло. Изпъква необходимостта от цялостно и пълноценно обучение на работещите акушерки и студентите.

3.6. Обучение и квалификация за прилагане на холистичен подход

Обучението на акушерките цели да подготви качествени специалисти за здравеопазването. Професионализмът се изгражда чрез обучение, възпитание и мотивация за успешна професионална реализация. „Създаването“ на съвременните професионалисти по здравни грижи е сериозно предизвикателство пред висшите медицински училища. Те трябва да формират в студентите професионални знания, практически умения и устойчиви мотиви за учене през целия професионален път.

Значителен дял от анкетираните студенти (76,1%) съобщават, че са удовлетворени от обучението по специалността „акушерка“ и то отговаря на техните очаквания. Едва 1,2 % от обучаващите се смятат, че има разминаване между техните очаквания и реалното обучение, видно от Табл.22:

Табл.22. Удовлетвореност на анкетираните студенти от обучението

Удовлетвореност от обучението по специалността	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да, много	41	25,2
Да, удовлетворена съм	83	50,9
Отчасти	37	22,7
Не съм удовлетворена	1	0,6
Изобщо не съм удовлетворена	1	0,6
общо	163	100,0

Висок е относителният дял на студентите (88,4%), които смятат, че специалността, в която се обучават е подходяща за тях. Относителният дял

на анкетираните, които все още не могат да преценят е 9,2%. Прави впечатление факта, че няма нито един студент, според който избраната специалност не е подходяща за него. (табл.23)

Табл.23. Мнение на студентите относно избора на специалността „акушерка“

Подходяща ли е специалността за Вас?	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да, много е подходяща	50	30,7
Да, подходяща е	94	57,7
Все още не мога да преценя	15	9,2
Донякъде е подходяща	4	2,5
Не е подходяща	0	0,0
Изобщо не е подходяща	0	0,0
общо	163	100,0

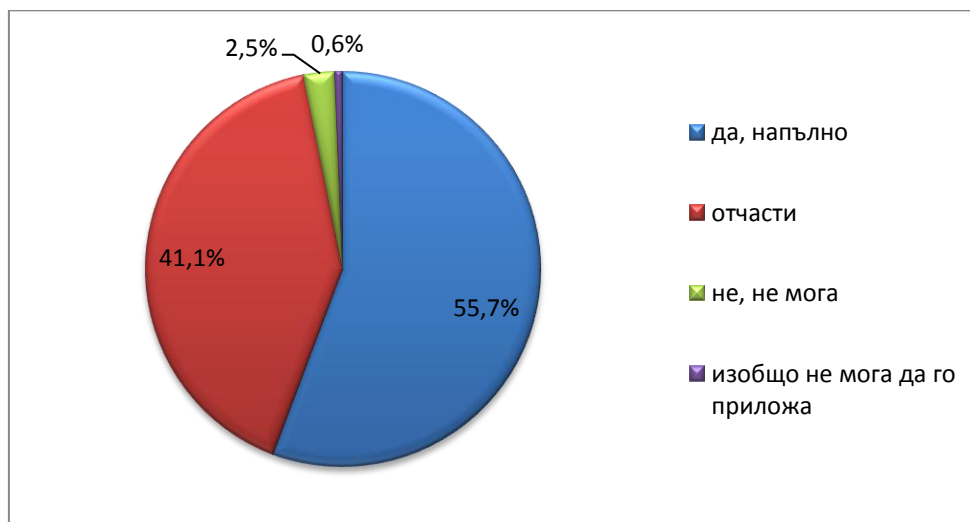
След анализа на резултатите повече от половината от анкетираните студенти (66,0%) изпитват необходимост от допълнителни знания при работата си с жени с рак на маточната шийка. Притеснителен е факта, че 11,3% от студентите съобщават, че изобщо не са придобили подобни знания по време на обучението си.(табл.24).

Табл.24. Придобити знания от студентите относно потребностите на жени с рак на маточната шийка

По време на обучението, придобихте ли знания за потребностите на жени с РМШ	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да, достатъчно, за да мога да работя	26	16,4
Да, но са ми необходими още знания	105	66,0
Не мога да преценя	10	6,3
Не, не съм придобила такива знания	15	9,4
Изобщо не съм придобила знания за потребностите на жените с РМШ	3	1,9
общо	159	100,0

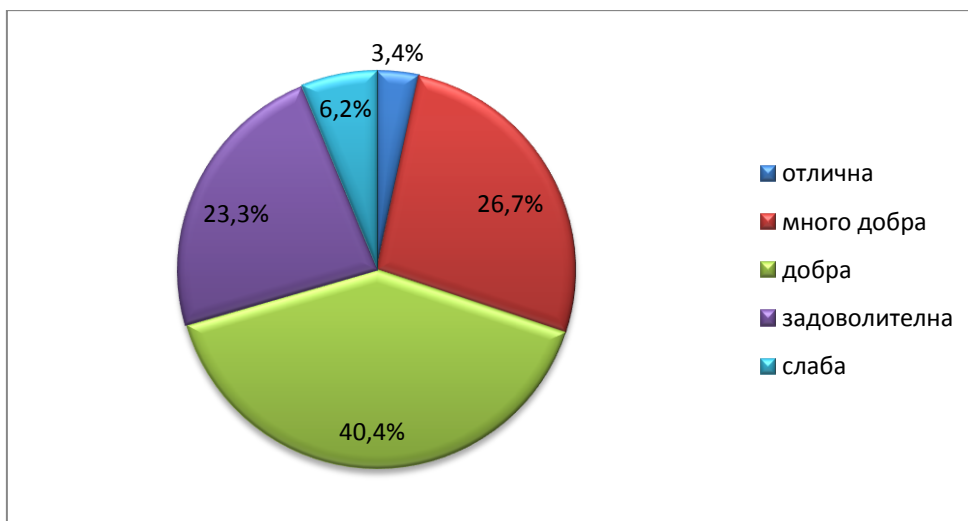
Данните показват, че значителен дял (96,8%;N=158) от анкетираните студенти смятат, че могат да приложат своите теоретични знания в

практиката, като 55,7% от тях отговарят „да, напълно“, а 44,1% „отчасти“, което е един добър показател за нивото на преподаване и учене в изследваните висши медицински училища (фиг.32).



Фиг.32. Самооценка на студентите относно готовността им за приложимост на теоретичните знания в практически условия

Видно е, че не-малък дял от студентите съобщават, че се чувстват подготвени да приложат теоретичните си знания на практика, но почти 1/3 от тях (29,5%) не смятат, че са подготвени за прилагане на цялостни грижи при онкологично болни жени. Според 23,3 % подготовката им за прилагане на холистични грижи е задоволителна, а други 6,2% я определят като слаба. Добре подготвени за прилагане на цялостни грижи се чувстват 40,4%, а 26,7% са много добре подготвени. Отлична подготовка смятат че имат едва 3,4% от анкетираните лица (Фиг.33).



Фиг.33. Мнение на студентите за подготовката им за прилагане на цялостни грижи при онкологично болни жени

За да се подобри подготовката им, най-висок процент(33,7%; N=55) от анкетираните бъдещи професионалисти по здравни грижи отбелязват, че е необходимо да се увеличи практиката в онкологичните диспансери и болничните отделения. За 21,4%(N=35) от изследваните трябва да се направят промени в програмите по практически основи на акушерските грижи, а 20,2%(N=33) са дали предложение това да стане чрез допълнителна квалификация след завършване на базовото обучение. (табл.25)

Табл.25. Предложения за подобряване на работата с жени с РМШ според студентите

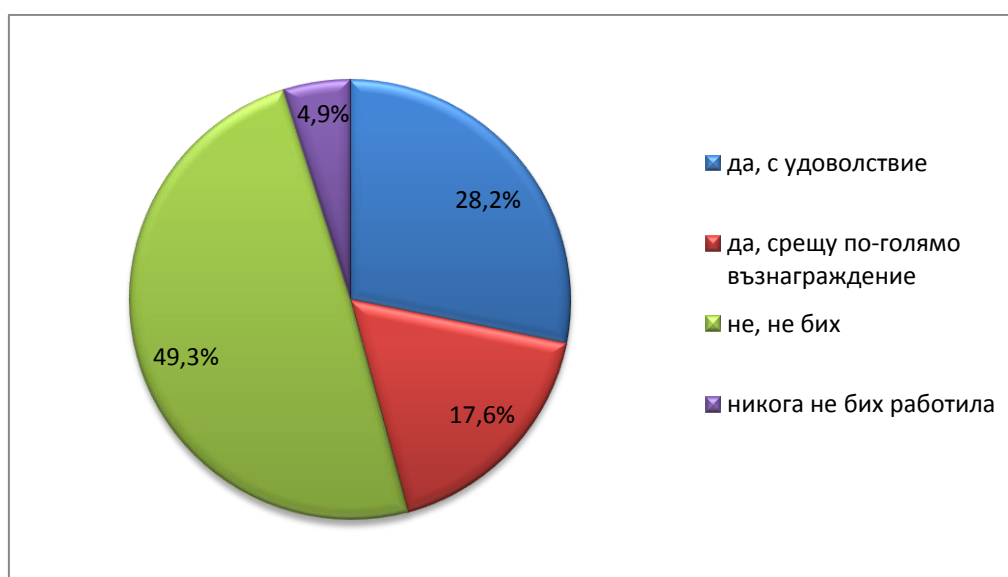
Предложения на студентите	Абсолютна честота	Относителен дял в %
В теоретичните дисциплини	11	6,7
Да се добавят нови избираеми дисциплини	20	12,3
В учебното съдържание да се направят корекции	8	4,9
В учебните програми по практически основи на акушерските грижи	35	21,4
Допълнителна квалификация след завършване на образованието	33	20,2
Да се увеличи практиката в онкологичните диспансери и отделения	55	33,7
общо	163	100,0

На въпрос от анкетата „От позицията на досегашния Ви опит какво смятате, че трябва да се подобри в обучението на акушерките за работата им с жени с рак на маточната шийка?“ най-голям е относителният дял на работещите акушерки, които смятат, че трябва да се повиши квалификацията(58,9%). За 18,3% е важно да се подобри обучението за ефективна комуникация с пациентките, делът на респондентите, които са на мнение, че времето е малко за работа с всяка пациентка са 11,1%. Част от изследваните са отговорили , че трябва да се провеждат допълнителни курсове е 10,2%. Незначителен е делът на работещите, които предлагат да се разширят учебните планове (0,8%) и да се увеличи клиничната практика (1,6%). (Табл.26)

Табл.26. Предложения за подобряване на работата с жени с РМШ според акушерките

Предложения на акушерките	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да се повиши квалификацията	74	58,9
Обучение в общуване с пациентките	23	18,3
Повече време за работа с една пациентка	14	11,1
Разширяване на учебните планове в базовото обучение	1	0,8
Провеждане на курсове	12	10,2
Повече клинична практика	2	1,6
общо	126	100,0

Работата с жени болни от рак на маточната шийка изисква много добра теоретична и практическа подготовка, допълнителна квалификация, определени личностни качества, умения за работа в екип, както и психосоциални такива, за да може да се приложи холистичната грижа в нейната пълнота и цялост. Това вероятно е причина почти половината от студентите (54,2%; N=88) да смятат, че не биха работили в отделение с онкологично болни. (Фиг.34)



Фиг. 34. Мнение на анкетираните за желанието им за работа в отделение с онкологично болни

Според изследваните експерти образователно-квалификационна степен оказва влияние върху подготовката за оказване на холистични грижи при онкологично болни. Мнозинството от експертите (53,3%) са на мнение, че най-подготвени за работа с жени с РМШ са специалистите с образователно-квалификационна степен „магистър”. За 19,7% от експертите образователните степени не оказват влияние. (табл.27)

Табл.27. Мнение на експертите за нивото на подготовка според образователно-квалификационната степен

Коя от образователно-квалификационните степени е най-подготвена за работа с жени с РМШ?	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Полувисше	3	8,1
Специалист	1	2,7
Бакалавър	7	19,2
Магистър	20	53,3
Няма разлика	6	16,7
общо	37	100,0

Изхождайки от по-високата образователно-квалификационна степен на професионалистите по здравни грижи имат отговорната задача да прилагат холистичния подход, да възприемат пациента като цялостна личност и да го стимулират за сътрудничество в лечебно-оздравителния процес.

От анкетираните експерти 83,2% дават отлична и много добра оценка за обучението на акушерките за прилагането на грижи за физическото здраве на пациента. (табл.28)

Табл.28. Оценка на експертите за прилагане на грижи за физическото здраве на пациентките от акушерките

Обучение на акушерките за прилагане на грижи за физическото здраве на пациентките	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Отлично	12	31,7
Много добро	19	51,5
Добро	5	14,0
Задоволително	1	2,7
Общо	37	100,0

Освен на грижата за физическото здраве на пациента по-голяма част експертите (67,6%) смятат, че правилният психологически подход към пациента е задължителен елемент в обучението по здравни грижи. Нито един от анкетираните не е посочил, че не е необходимо изучаването на правилния психологически подход към пациента. (табл.29)

Табл.29. Прилагане на правилен психологически подход към пациентите

Правилен психологически подход към пациентите	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да, задължително е	25	67,6
Би било от полза	12	32,4
Не смятам, че е задължително	0	0,0
Не, изобщо не е задължително	0	0,0
Общо	37	100,0

Относно мнението на експертите за подготовката на акушерките в социален аспект 63,6% заемат тези медицински специалисти, които смятат, че акушерките не винаги се опитват да вникнат в социалните проблеми на пациентите. Отлична и много добра оценка за обучението в изследвания аспект са дали 36,4% от анкетираните експерти. (табл.30)

Табл.30. Мнение на експертите за прилагане на грижи в социален аспект от акушерките

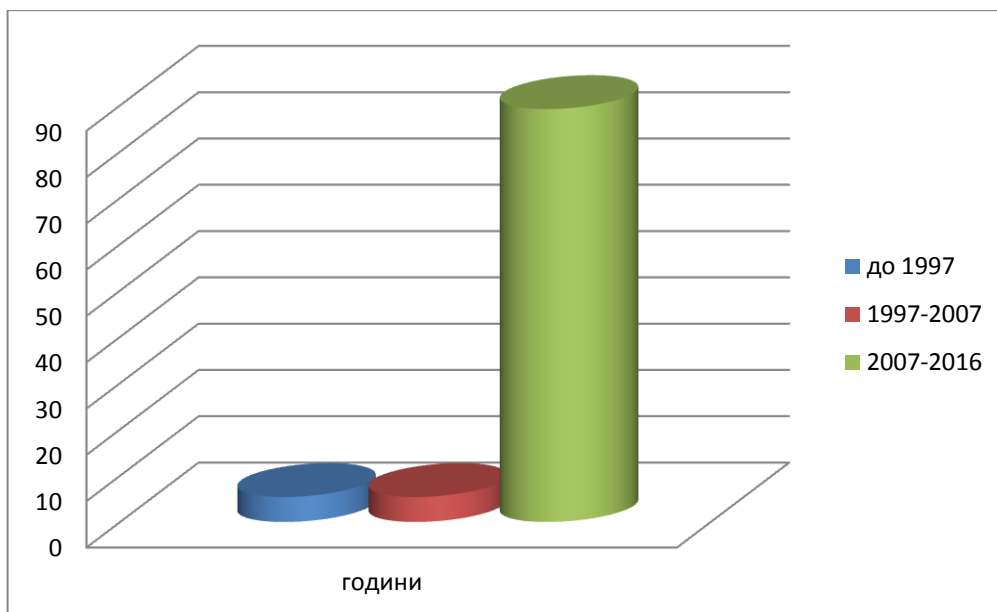
Обучение на акушерките в социален аспект	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Отлично	1	4,0
Много добро	12	32,4
Добро	7	18,9
Задоволително	17	44,7
Общо	37	100,0

Получените резултати позволяват да се предположи, че голям относителен дял от изследваната група експерти (43,2%) смята, че през последните 5 години акушерките са станали по-внимателни, но приблизително толкова (45,9%/) смятат, че това все още не е достатъчно. (табл.31)

Табл.31. Промяна в отношението на акушерките спрямо пациентите според експертите

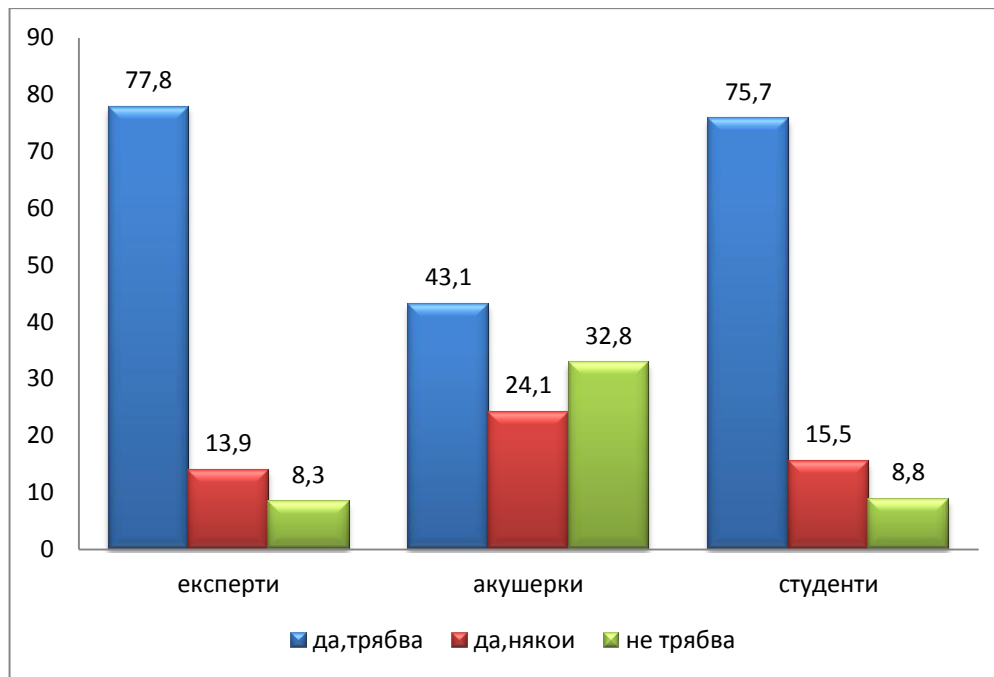
Промени ли се отношението на акушерките към пациентите в последните 5 години	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Станали са по-внимателни	16	43,2
Да, но все още не са достатъчно внимателни	17	45,9
Не са внимателни	2	5,4
Изобщо не са внимателни	2	5,4
Общо	37	100,0

Висок е относителният дял на експертите(89,2%), които посочват в своите отговори, че поставените оценки на зададените им въпроси се отнасят за периода от 2007-2016 година, което в сравнение с годините от 1997-2007 и до 1997 година бележи доста висок напредък в развитието на здравните грижи и прилагането на холистичния подход. (фиг.35)



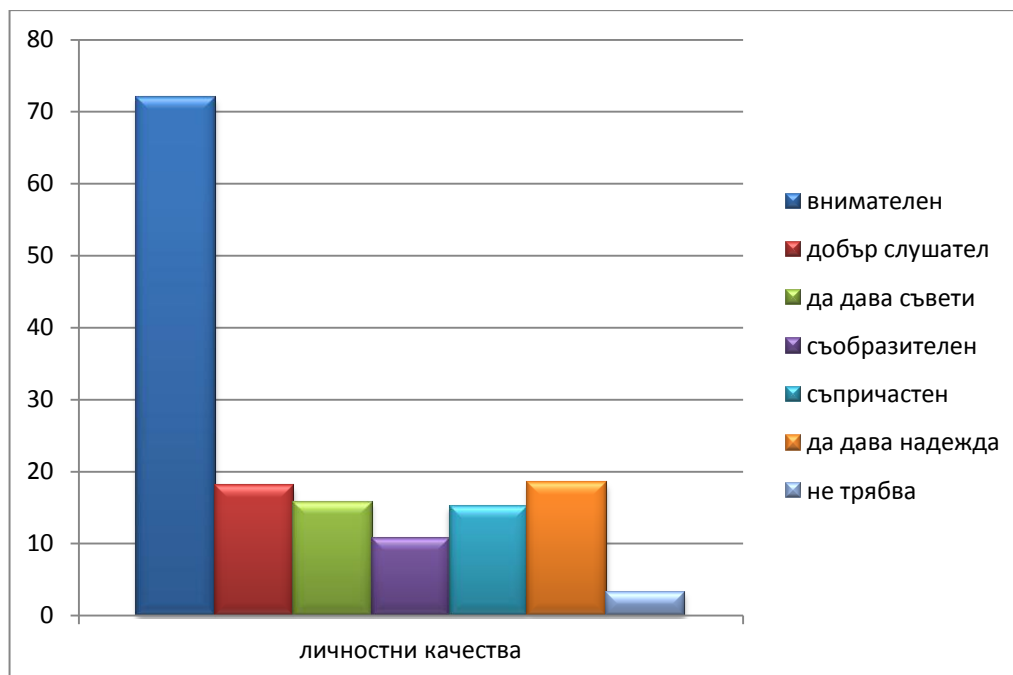
Фиг.35. Оценка на прилаганите здравни грижи от акушерките по години

Прилагането на холистичния подход от специалистите по здравни грижи включва в себе си балансиран модел адресиран към всички аспекти на личността, което води след себе си цялостната грижа за пациента. За да се прилага качествена холистична грижа според 77,8% от експертите, 75,7% от студентите и 43,1% от акушерките трябва да притежават определени личностови качества. (фиг.36)



Фиг.36. *Необходимост от личностни качества за работа с жени с РМШ според медицинските специалисти*

Видно е, че професионалистите по здравни грижи трябва да притежават определени личностни качества за прилагане на холистични грижи, затова решихме да разберем според жените с рак на маточната шийка, кои са най-значимите личностни качества, които трябва да притежава акушерката. Най-голям е относителният дял на пациентите (72,0%), които смятат че акушерката трябва да бъде внимателна и да уважава личността на пациента. Според 18,4% от пациентите акушерката трябва да умее да подкрепя пациента за справяне с проблема, а за 18% е важно да умее да изслушва. За 15,8% значимо личностно качество на акушерката е умението да съветва, а за 15,1% да бъде съпричастна към тях. Пациентите, които посочват като важно личностно качество „съобразителност” са 10,7%. Най-малък е относителният дял (3,3%) на анкетираните, които не посочват определени личностни качества, но техният брой е незначителен (фиг.37).

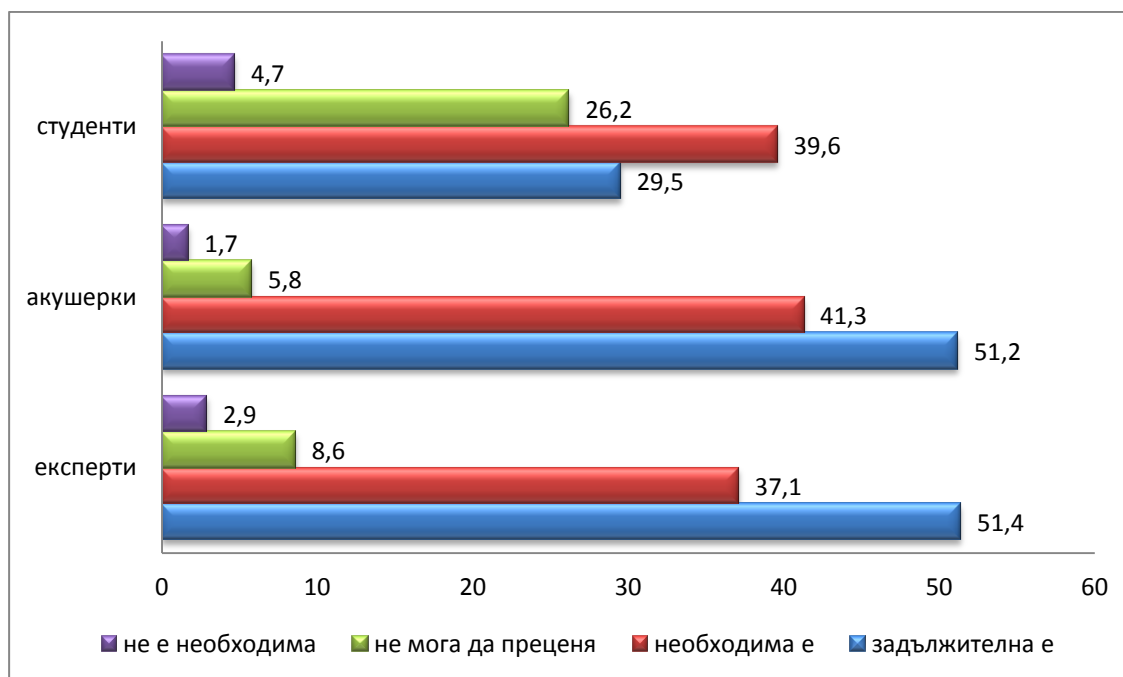


Фиг.37. Мнение на пациентките за желаните лични качества на медицинския специалист, работещ с онкологично болни

Обучението по здравни грижи се осъществява в близка до действителната среда. Това аргументира изборът на цялостният подход. Необходима е комплексна здравна грижа, осигуряваща на болните добро приспособяване към болестта и гарантиране на пълноценен живот въпреки нея. Ето защо е необходимо прилагане на био-психо-социален /холистичен/ подход от специалистите по здравни грижи при решаване на здравните проблеми на хората. Трябва да има добро познаване и разбиране на специфичните особености на болните, психологията на боледуване на пациента, намирането на проблемите, които болестта поражда и съобразяване с промените в начина му на живот, които тя налага.

Спецификата на болестта рак на маточната шийка определя нуждата от допълнителна квалификация на медицинските специалисти. Почти всички анкетиранни акушерки (92,5%) отбелязват в отговорите си, че е необходимо повишаване на квалификацията им за работа с онкологично

болни жени. В това тяхно мнение ги следват експертите с (88,5%) и студентите (69,1%).(фиг.38)



Фиг.38. *Необходимост от допълнителна квалификация според медицинските специалисти за работа с пациенти с РМШ*

Холистичният подход в обучението е мост, който свързва подготовката на професионалистите по здравни грижи за справяне с реални ситуации и е важен за успешното лечение. Когато се определя лечебния план, трябва да се обръща внимание на различията между хората, на уникалния начин на живот и нужди на всеки, както и на спецификата на болестта. Това наложи да се създаде „Карта за оценка на приложените цялостни грижи“. В картата са включени показатели за оценка на извършваните дейности от акушерката по скала:

– „отлично – много добро – добро – задоволително – лошо“, които дават възможност за получаване на информация за удовлетвореността на пациентите и в психо-социален аспект. Посочени са 10 критерия за оценка, които пациента трябва да оцени по петте показателя. Попълването на

картата е възможно да се извършва освен на хартиен носител и на електронен, което ще спести разхода на консумативи, а обработката на получените данни може да бъде обобщена. С цел обективност на информацията картата ще се попълва от пациентите при тяхното изписване от болничното заведение. (Приложение №5).

Данните от проучването доказаха, че студентите от специалност „акушерка” и работещите от същата специалност не притежават достатъчно знания за приложимост на холистични грижи при пациентки с РМШ, които биха повишили тяхната удовлетвореност и качество на живот. В резултат на това бе разработена Програма за следдипломно обучение на акушерки „Холистичен подход при жени с рак на маточната шийка”. Обучението ще се проведе в рамките на 40 учебни часа. (Приложение №6).

Програмата е напълно приложима и адекватна за настоящите изисквания на пациентките с това онкологично заболяване. Обхваща теми, които са пропуснати в базовото обучение на специалността „акушерка”, и които ще допълнят и доусъвършенстват дейностите на акушерките при работата с жени с рак на маточната шийка. Поставени са акценти върху психо-социалните аспекти в здравните грижи.

Чрез учебната програма акушерките ще придобият знания и умения за холистичен подход при болни жени с рака на маточната шийка /РМШ/. В програмата са заложили теоретични и практически часове, които ще формират умения на специалистите по здравни грижи за работа с жени с това онкологично заболяване

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ИЗВОДИ. ПРЕПОРЪКИ. ПРИНОСИ

4.1. Заключение

Ракът на маточната шийка заема второ място по разпространение сред онкологичните заболявания в света и първо място по причина за женската смъртност в млада възраст от рак в развиващите се страни. Данни на Националния Раков Регистър на Република България показват, че честотата на новооткритите случаи се е увеличила почти трикратно за двадесет годишен период от време (1993г. – 2013г.).

Здравните грижи за болния, независимо какъв проблем има, трябва да са цялостни /холистични/, а не на отделни органи и системи, каквато е в по-голяма степен практиката на стандартния медицински подход. Трябва да се лекува човекът, а не само конкретна болест. В човешкото тяло нито един орган не може да съществува сам за себе си.

Въпреки претенциите за прилагане на холистично отношение, съвременната медицина все още обръща по-голямо внимание на човека като биологично същество и много по-малко на психологическите и социалните аспекти. *Холистичният подход е* важен за успешното лечение. Когато се определя лечебния план, трябва да се обръща внимание на различията между хората, на уникалния начин на живот и нужди на всеки, както и на спецификата в изявата на болестта при съответния индивид.

Дефинирането на социалните и психологическите аспекти е трудно и обхвата на потенциалните проблеми е огромен. Идентифицирането на социалните и психологични последици за здравето от рака на маточната шийка ще доведе до подходящи цялостни грижи за пациентите. Това ще способства за интервенции необходими за облекчаване на тези последици, както и прилагане на психосоциална рехабилитация, ориентирани към подобряване качеството на живот.

Пътят на изследването и изведените резултати потвърждават основната хипотеза, че промяната в теоретичното и практическо обучение

по здравни грижи дава възможност за оптимизирането им. Резултатите потвърждават идеята, че за много хора използването на холистичните здравни грижи обхваща цялостната ориентация към живота. Нарастващият интерес към холистичния подход може да промени парадигмата относно здравните практики.

4.2. Изводи

След проведения анализ относно усвоените знания и умения в обучителния и реализационния етап от страна на професионалистите по здравни грижи за значението на прилагането на холистичния подход при жени с РМШ се установява, че:

1. Половината от жените (54,7%) с рак на маточната шийка са във възрастовата група от 36 години до 55 години, като от тях 27,9% са между 46 и 55 години и 26,8% са във възрастта между 36 и 45 години. Това са жени в репродуктивна и социално активна възраст.

2. Значителен дял от пациентките (68,3%) търсят информация едва когато те или техните близки се сблъскат със заболяването.

3. Нисък е дялът на жените (31,7%), при които заболяването е открито при профилактичен преглед, което налага въвеждане на образователни профилактични програми относно злокачествените новообразувания още в училищна възраст.

4. Заболяването оказва влияние върху личния и интимния живот на 69,4% от пациентките.

5. Все още съществуват проблеми при изграждането на ефективна профилактична система, затова прилагането на цялостни здравни грижи е елемент, който съществува и трябва да се развива.

6. Анкетираните пациентки споделят проблемите свързани със заболяването с близките и семейството (45,0%), въпреки, че 54,0% предпочитат да получат подкрепа от медицинските специалисти. Като основни причини за несподелянето на проблемите си с медицинските специалисти заболелите жени посочват заетостта на персонала и недостиг на време за общуване.

7. Всички пациентки с рак на маточната шийка имат нужда от подкрепа, както за справяне с физическите, така и с психологични и

социални проблеми, като за 35,4% е важна помощ за справяне с физическите симптоми, 31,7% се нуждаят от психологическа помощ, а за 32,9% са важни социалните последици.

8. Заболяването води до промяна в начина на живот при 81,2%, което показва необходимостта от оказване на цялостна подкрепа на болните с рак на маточната шийка. Това изисква работа на мултидисциплинарен екип, който да проучи потребностите на всяка жена и според индивидуалните и особености да осъществи грижи за нейната адаптация към промените вследствие на заболяването.

9. Активното включване на болните в лечебния процес и стимулирането на тяхната мотивация е труден и сложен момент, който може да бъде осъществен от добре подготвен екип от различни специалисти.

10. Проблемите на пациентките с рак на маточната шийка изискват от работещите с тях медицински специалисти умения за вербална и невербална комуникация, екипна работа, емпатийно отношение към болния, пренебрегване на собствените предрасъдъци, както и приемане на различията в културата, етническата принадлежност и социално-икономическия им статус.

11. Всички изследвани групи са на мнение, че положителното отношение на персонала (89,3%), емоционалното състояние (88,2%) и социалният статус (81,3%) оказват положително влияние върху оздравителния процес.

12. Изследването доказва пропуски в прилагането на цялостни грижи, според 48,1% от студентите и 43,8% от акушерките съобщават, че не са запознати със същността на холистичната грижа.

13. Значителен дял от експертите – 88,5% са на мнение, че акушерките и студентите от специалността „акушерка” се нуждаят от

допълнителна професионална квалификация и компетенции за прилагане на холистични здравни грижи при жени с рак на маточната шийка.

4.3. Препоръки

Въз основа на проведеното проучване си позволяваме да направим следните препоръки с основна цел да се оптимизират здравните грижи при болни жени с рак на маточната шийка.

Към Министерство на здравеопазването и Националната здравно осигурителна каса

- Съдействие и търсене на нови източници и механизми за финансиране на дейности за ефективни здравни грижи на онкологично болни с РМШ;

- Подкрепа на инициативи, свързани с обосновано финансово стимулиране на медицинските специалисти работещи с жени с онкологично заболяване, особено в такива отделения с неблагоприятни професионално-трудови и обществено-битови условия /онкогинекология, радиология, палиативни грижи и др./

Към Медицински Университет, филиалите на Медицински Университет и Факултет по обществено здравеопазване

- Оптимизиране на програмите за обучение на акушерки, въвеждане на допълнителни обучителни мултимодални пакети по изграждане на социални и психологически умения за работа с онкологично болни;

- Разработване на форми за следдипломна квалификация на акушерки, с цел повишаване на техните компетенции и умения в областта на холистичните грижи;

- Изграждане в учебния процес на адекватни социално-психологични умения на бъдещите професионалисти по здравни грижи.

- Използване на методи и средства на обучение съответстващи за изграждане на холистичен подход на бъдещите акушерки.

- Специална подготовка на преподавателите за формиране на тези умения в студентите.

- Обсъждане на възможността за въвеждане на свободно избираеми предмети като "култура на общуване", "маркетинг", "поведенческа медицина".

- Повече учебно-практическа дейност на студентите от специалността „акушерка“ в отделенията на болниците за лечение на онкологично болни.

- Да се актуализират периодично учебните програми по „Практически основи на сестринските и акушерските грижи“ и други учебни дисциплини имащи отношение към изграждане на компетентност за прилагане на холистичен подход в здравните грижи при жени с РМШ.

Към Националната Здравна Инспекция и регионалните подразделения

- Работа по проекти и извършване на скринингови програми сред женското население за рак на маточната шийка

- Насърчаване и повишаване информираността с по-широко отразяване на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите в средствата за масово осведомяване.

Към обществото

- По-активно участие на женското население в профилактичните мероприятия на Република България.

Към онкологичните центрове

- Обучение в холистична грижа на работещите с рак на маточната шийка чрез:

Квалификационни курсове организирани от Медицинските университети и Професионалните организации

Практическо обучение в холистична грижа в отделенията по палиативни грижи, гинекологични и онкологични отделения

- Създаване на критерий и показатели за оценка на холистичната грижа

- Да се използва разработената „Карта за оценка на приложените цялостни грижи“ за получаване на обратна връзка от обслужването на пациентите и промяна в модела на работа.

4.4. Приноси

Приноси с оригинален характер

1. За първи път у нас е извършено задълбочено проучване на прилагането на цялостни грижи при жени с РМШ.

2. Използван е системен подход и структурно-функционален анализ за оценка на био-психо-социален модел на грижи.

Принос с потвърдителен характер.

Актуализират се първите холистични правила на древнотракийския лечител Салмоксис, което потвърждава приемствеността на холистичната идея възникнала по българските земи един век преди Хипократ и взаимствана от него в оригиналния им вид /виж стр. 9 от настоящия дисертационен труд/

Приноси с предимно научно-познавателен характер

1. Изяснява се съвременната концепция, свързана с прилагането на холистичен подход в здравните грижи.

2. Проучването разширява разбирането за здравни грижи при онкологично болни жени.

Приноси с предимно научно-приложен характер

1. Разработени са конкретни препоръки към съответни институции за адекватни и ефективни холистични грижи.

2. Създаден е методичен подход за оценка на нуждите на пациенти с рак на маточната шийка от цялостни грижи. Изработена е Карта за оценка на прилаганите цялостни грижи на пациента.

3. Описани са насоките за провеждане на обучението на студентите от специалност “акушерка” и практикуващите акушерки относно философията, спецификата и приложението на холистичния подход при жени с рак на маточната шийка. Разработена е програма за следдипломно обучение на акушерките в рамките на 40 учебни часа.

Библиография:

1. Александрова, М.(2012), Бърнаут актуален проблем на управлението на човешките ресурси в здравеопазването, иновации в общественото здравеопазване, Наука и общество, С.
2. Александрова, М.(2007), Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, Симелпринт, С.
3. Александрова, С.(2007), Медицинска етика, ИЦ на МУ Плевен.
4. Амоншвили, Ш. (1989), Здравейте деца! Как сте деца?, „Народна просвета”, С.
5. Андреев, М.(1987), Дидактика, Народна просвета, С.
6. Андреева, Г.М.,(1996), Социальная психология, М., Аспект Пресс
7. Апостолов, М.(2004), Исторически, социални и етични измерения на медицината, С., „Горекс прес”.
8. Апостолов, М., П. Иванова,(1998) История на медицината и сестринството, С.”ГорексПрес”.
9. Апостолов, М., П. Иванова,(1978) „Хипократовите идеи по българските земи”, Световен конгрес по история на медицината, о-в Кос
10. Арънсън, Е. (1996), Човекът-социално животно,” Наука и изкуство”, С.
11. Атанасова, З. (2009), Роля на преподавателя по здравни грижи за формирането на комуникативни умения при подготовката на студентите, International Science conference, 4th-5th June, Stara Zagora Volume 2, 52-56
12. Ачкова, М. (2001)., Приложна психология в медицината и здравните грижи, „КОТИ ЕООД”, С.
13. Балашкова, М. (2005), Необходимост от холистичен подход при решаване здравните проблеми на хронично болния, Обща медицина,7, №3
14. Балканска, П.(2010) Приложна психология в медицинската практика, С., „Булвест 2000”.
15. Балканска, П.(2005), Въведение в психологията, “Булвест 2000”С.

16. Балканска, П. (2009), Психологични подходи в здравния мениджмънт, С. "Булвест2000".
17. Библия (1982), Изд. на Светия Синод, С.
18. БНРР, Заболяемост от рак в България, 2010 – 2013, Том XXI, София.
19. БНРР, Заболяемост от рак в България 2013, (2015), Том XXIV, София
20. Бобчев, Т., М. Янков, (2010) Гинекология, ТАФПРИНТ.
21. Бондаревская Е.В. (2000) Теория и практика личностно-ориентираного образования, Ростов на Дон: 352
22. Борисов, В., (2002) Джазът, С., „Филвест“: 45
23. Борисов, В., (2004) Здравен мениджмънт, С., „Филвест“.
24. Борисова, С. (2013) Прилагане на стринския процес в практиката на медицинската сестра, В., СТЕНО
25. Бохман, Я.В., Лютра У.К. (1991), Рак шейки матки. Кишинев
26. Валерианова, З., (2001) Превенция на злокачествените заболявания. Основни принципи на вторичната профилактика и скрининга, Медицинска практика, 11.
27. Василев, Б., (1982) Онкогинекология, „Медицина и физкултура“, С.
28. Воденичаров, Ц., (1992) Път в медицината, С.,
29. Воденичаров, Ц., М. Митова, (1995) Медицинска педагогика. С.
30. Воденичаров, Ц., С. Попова, (2003) Медицинска етика, С. „ДАК“.
31. Ганева, З., (2013) Още нещо за рака на гърдата, Елестра ООД
32. Гатева, Л., (2003) Многопрофесионално медицинско образование, Здравен мениджмънт том 3; 1: 24
33. Гатева, Л., Г. Петрова, (2005) Насоки за развитие на висшето образование по здравни грижи в България, Здр. Мениджмънт том 5; 5: 14

34. Гегель, Г. В. Ф.,(2000) „Феноменология духа”, М., 2-е изд
35. Георгиев, Л.,(2011) Психология на възрастните. Университетско издателство „Неофит Рилски”, Благоевград.
36. Гнездилов, А.В.,(2002) Психология и психотерапия потерь, Издателство „Речь”
37. Грънчарова, Г., (2005) Управление на здравните грижи, Плевен.
38. Гълъбов, А.,(2001) „Световната конспирация срещу здравето”, С.
39. Гюрова, В.,(1998) Андрогогия, Изкуството да обучаваме възрастни,С., „Универсал Друмев”: 383
40. Гюрова, В., и колектив,(2006) Интерактивността в учебния процес, С.
41. Герджиков, К.,(1999) Дидактическа същност на преподаването, С.,Фактум: 136
42. Гьошев, Б., М. Велева, (2007) Стратегии на образователна и научна политика, бр.1: 66-74
43. ДВ, бр.112, 1995.
44. ДВ, бр.95, 2005.
45. Делор, Ж., (1997) Образованието – скритото съкровище, С., МОН.
46. Десев, Л. (2009) Педагогическа психология, АСКОНИ
47. Десев, Л., С. Брик, Н. Десев, (2011) Психология на творчеството, Парадигма.
48. Джоргова, Р., Г. Къшева, (2005)Ролята на акушерката в решаването на морално-етичните проблеми на онкологично болните, Здравни грижи, бр.3:40-45
49. Димова, Д., Б. Георгиева, Н. Янева,(2000) Социална политика, С., „Тракия-М”.

50. Димитрова, В., С. Борисова, (2015) Перспективи за професията акушерка, Варненски медицински форум, Издателство МУ- Варна
51. Димитрова, Е., (2006) Формиране на професионални качества у студентите – медицински сестри, в процеса на клинично обучение, Здравни грижи, бр.4: 24-27.
52. Димитрова, Е., М. Митова, П. Балканска,(2009) Обучението на медицински сестри в България и европейското образователно пространство.
53. Дюркем, Е. (2006). Да мислим възпитанието, „Сонм”, София, 211
54. Желева, Е., (2011) Общи и специални сестрински грижи: Практико-приложни аспекти, 2-ро издание, Габрово, „Експрес”.
55. Златков, В., П. Костова-Златкова,(2006) Профилактика, скрининг и ваксини при предрака и рака на маточната шийка, „Българска издателска къща”, С.
56. Иванов, С., (2009) За методите на социалнопсихологическия тренинг., Психологията пред предизвикателствата на новото време. Психологията и съвременният човек, Том 6, Варна
57. Карагъзов, И., Н. Доганов, (1994) Гинекология, „Медицина и физкултура”, С.
58. Карагъзов, И., Н. Доганов, (2005) Гинекология, Мед. и физ., С.
59. Костова, П., В. Златков. (2004) Тенденции в развитието на цитологичния цервикален скрининг. Акушерство и гинекология, 3.
60. Кречмер, Е.,(1996) Медицинска психология, „Евразия”.
61. Кръстева, Н.,(2001) Ролята на медицинските колежи за професионалното формиране на медицинската сестра, Сестринско дело, 33, 2,13.
62. Кръстева, С., (2007) Влияние на общественото развитие върху необходимостта от образователни иновации. Стратегии на образователната и научната политика, бр. 3: 218-231.
63. Кълвачев, З., (2006)Човешки папиломни вируси, Diagnosis press.

64. Мамедова, Л. ., (2002), Автореферат за сприсяждане на степен „кандидат на медицинските науки” : Рак шейки матки у женщин пожилого и старческого возраста (клиника, лечение, прогноз)
65. Маринова, П.,(2001) Съвременната медицинска сестра, Нов ден.
66. Маринова, П., М. Есинк,(2007) Палиативни грижи, „Български писател”,С.
67. Маринова, П, Ц. Джиганска(2007) Авторска програма по „Акушерски грижи при жени с онкологични заболявания”, Враца
- 68.Маринова, П.,(2013) Организационни и структурни аспекти на домашните грижи, Изд.” Горекс Прес”, С.
69. Миленкова, В, (2010) Социални измерения на образованието, ИЮЗУ “Неофит Рилски”.
70. Милчева, Х., (2000), Потребност от непрекъснато обучение на медицинските специалисти Сестринско дело, 3, 10-14
71. Милчева, Х., (2006) Взаимоотношенията при обучението в медицински колеж от етико-деонтологичен аспект, Здравни грижи, бр.1: 20-26
72. . Милчева, Х.,З. Атанасова, К. Митева, Н. Иванова (2007), Ръководство за провеждане на клиничното обучение при специалност „акушерка”, КОТА, Стара Загора
73. Милчева, Х.,И. Стамболова, Г. Чанева и авт. Колектив, (2009) Основи на сестринските и акушерските грижи, КОТА, Стара Загора
74. Митова, М. (1996) Отношението на студентите от Полувисшите Медицински Институты към основните етични принципи. Сестринско дело, XXIX, 3.
75. Митова, М., (1998)Методика на обучението по практика в медицинските колежи, „График консулт”, С.
- 76.Митова, М., Ц. Воденичаров, (1998) Педагогически проблеми на медицинското образование, „График консулт”, С.

77. Митова, М., С. Младенова, (2008) Методика на практическото обучение на специалистите по здравни грижи, „Артик 2001”, С.
78. Младенова, С.(2009) Здравно образование, Артик 2001, С.
79. Мушмов, М., Р. Райчев, (1996) Ръководство по онкология, „Мед. и физкултура”, С.
80. Мухина, С., И. Тарновская,(2006) Теоретични основи на сестринските грижи, ИЦ на МУ Плевен.
81. Найденов, Т.,(2007) Онкологичните болести в България, “Наука и образование”.
82. Налбански, Б., А. Налбански, (2003) Акушерство и гинекология, «Знание», С.
83. Наредба №1 на МЗ, ДВ. Бр.15/2011.
84. Наредба за ЕДИ за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра” и „акушерка” за образователно-квалификационна степен „бакалавър”, ДВ, бр.95/2005.
85. Национален имунизационен календар на РБ , (2005) Наредба 15, ДВ бр.45
86. Национална Програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2012 – 2016.
87. Национален раков регистър на РБ.
88. Паунов, М.,(1998) Организационно поведение, „Сиела”, С.
89. Пенева, Е., (2015) Нуждата от психологическа подкрепа на онкологично болни пациенти, Здравни грижи, 1.
90. Петков, Г. (2010) Стратегическо ръководство и лидерство. Психологически аспекти. „Софтрейд”
91. Петрова, Г., Рентабилност на ваксинацията HPV – Световна практика и приложение.
92. Попов, Т., (2004) Терапия и профилактика чрез изкуство, С.

93. Попов, Т., (2006) Студентът като субект на обучението, С.
94. Попов, Т., (2007) Студентът първокурсник, Здравен мениджмънт,, том7,№5, с.26.
95. Попов, Т.,(2007) Педагогика I част, Теория на възпитанието, ИИК „Везни”, С.
96. Попов, Т. (2008), Принципи и методика на обучението, Стара Загора.
97. Попов, Т., Ж. Христов, П. Балканска et al.,(2010) Медицинска педагогика „Експрес”, Габрово
98. Попова, С., Н. Кръстева, К. Юркова,(2001) Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив.
99. Пейчева, Р.,(2002) Дизайн на университетски курс, Унив. Изд. „Св. Климент Охридски”, С.
100. Петрова, Г.,(2003) Педагогическо общуване в обучението по здравни грижи,Сестринско дело, бр.2:11.
101. Савова, З.,(2008) Медицинска психология, С.
- 102.СЗО, (1996)Европейска стратегия за обучението на медицински сестри и акушерки, Копенхаген.
103. Силами, Н.,(1996) Речник по психология, Плевен, „Е-А”: 360
104. Симеонова, К., (2007) Холистичен подход към оценяването: приоритети в технологичното обучение. Научна конференция „Оценяването в средното училище”, Велико Търново.
105. Сирютак, А.,(2005) Природосообразность обучения: Дифференцированный или холистический подходы? Народное образование, №1
106. Стамболова, И., (2008) Мениджмънт на етика в общата медицинска практика, С.
107. Стамболова, И.,(2008) Философия на сестринството и добродетели на медицинската сестра, Сестринско дело, бр.1.

108. Стамболова, И.,(2015) Сестринството в България: възникване, развитие, състояниие и перспективи, МУ-София, Централна медицинска библиотека
109. Стамболова, И., Г. Чанева (2007), Управление на здравните грижи, „Филвест”, С.
110. Стамболова, И., Г. Чанева, (2012) Сестринските и акушерски грижи-етични аспекти и комуникация, Сестрински грижи при соматични заболявания
111. Стефанова, М., (2005)Педагогическата иновация, с., „Петекстон.
112. Стойков, И., (2011) Педагогическа и възрастова психология, „Faber”, В. Търново.
113. Стойчева, М. (2011), Сравнителен анализ на международните практики относно правото на пациента за информация и информирано съгласие, Управление и образование, кн.1, том7
114. Терзиева, С., М. Илиева,(2007) Мнението на студентите – от оценяване на преподаването към оценяване на качеството на обучението, Стратегии на образователната и научната политика бр. 3: 257.
115. Тодорков, К.,(2002) Когнитивна психология, В. Търново, „ Faber”.
116. Тодорова, Е.,(1995) Социална психология, С.
117. Тодорова, Н., А. Велкова,(2007) Самооценка комуникативните умения на медицинските сестри, Здравни грижи, бр.3: 18-22.
118. Тончева, С., С. Борисова,(2006) Образователни възможности за повишаване компетенциите на медицинската сестра, „Здравни грижи”, бр.4.
119. Торньова, Б.,(2006) Необходимост от промяна в отношенията „преподавател-студент-пациент” в медицинския колеж, Здравни грижи, бр.4; 28-32
120. Трайчева Б., И. Стамболова (2011), Мнение на здрави жени за профилактиката на рака на маточната шийка, Здравни грижи бр.1;16-21

121. Трайчева, Б. (2015) Автореферат на дисертационен труд за присъждане на научно-образователна степен „доктор”: Социални и здравни аспекти на превенцията на рака на маточната шийка
122. Троянова, П., Л. Първанова (2001) Удовлетвореност на пациентите от предлаганите медицински услуги в болницата за активно лечение по онкология – ЕАД, София, Социална медицина, 4: 9-17
123. УНИЦЕФ,(2002) Младите хора в обществата в преход.
124. Уорд, Б., Р. Дюбо,(1975) Земля только одна, М.
125. Фром, Е., (2004),„Душевно здравото общество”, С.
126. ФОЗ, Габрово, (2010) Медицинска педагогика.
127. Хаджиделева, Д., (2014) Комуникации в акушерската дейност, Дисертационен труд за присъждане на образователно-научна степен „доктор” към МУ - София
128. Чакърва, Л., (2011) Професионална етика на специалисти по здравни грижи, Габрово, „Експрес”:179.
129. Чакърва, Л., (2010) С. Младенова, Г. Петрова, Медицинска педагогика, „ЕКСПРЕС ” :110-119.
130. Чанева, Г.(2008), Качество на сестринските грижи като приоритет, Артик 2001, С.
131. Чанева, Г.,И. Стамболова, (2003) Качеството на здравните грижи. Протокол за здравни грижи в : Управление на здравните грижи под ред. На С. Попова, Филвест, София,
- 132.Чанева, Г., И. Стамболова (2004), Управление на здравните грижи, Филвест, С.
133. Черноземски, И., Т. Шипков, (2001) Онкология, София, Сиела.
- 134.Черноземски, И., С. Каранов, З. Валерианова, (2003) Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания, „ТерАРТ”, С.
135. Шиплет, М.,(2005) Съвременно управление на човешките ресурси, С.

136. Шулман, Л.(1997) Изкуството да се помага, Фондация невронауки и поведение.
137. Янкова, Г.,(2016) Здравната грижи и Burn Out синдром в контекста на професионалната дейност, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор”, МУ София.
138. Abeloff M. (April 2000), Adjuvant Systemic Management of Early Stage Carcinoma of the Breast, Journal Surgical Oncology.
139. Antilla A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, Weiderpass E. (2004) Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br Journal Cancer (91): 935-41.
140. Atkinson E.N. (1992) Youth is a prognostic factor in carcinoma of the cervix: a matched analysis, Gynecol. Oncol. – vol.44, 2:123-130
141. Barry, H., J. Fitzpatrick, P. Hoyt (2012) – in: Problem solving for better health: A global perspective, New York: Springer, 298p, 27cm.
142. Bihan Anne,(2008) Entre corps in time et corps social, Oessant.
143. Bradley CJ, Given CW, Roberts C. (2004) Health care disparities cervical cancer. Am J Public Health, 94: 2098-103
144. Canavan, T.P., N.R. Doshi. (2000) Cervical cancer. Am. Fam. Physician, 61, 1369 – 1376
145. Cancer Research UK, England
146. Charls Montgomery
147. Community Strategic Guidelines on Economic, Social and Territorial Cohesion, 2007–2013, ,(2006) Council Decision, Official Journal of the European Union, L 291/11,21.10.
148. Cramer, D. W. (1994) Epidemiology and biostatistics. In Practical Gynecologic Oncology (Eds): Berek, J.S., N. F. Hacker, 2nd Ed., Williams & Wilkins.
149. Damasio, A.,(2001) Fundamental feelings, Nature, 413, №6858.

150. Derogatis , R., Abeloff , D., Melisaratos, N.(1979), Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. JAMA 242: 1504-1508
151. De Vries, (1997) Psihooncologiya, Jonh Wiley and Sons
152. Dillner J., P. Sparen, M. Arbyn. (2003) HPV DNA detection. In: European guidelines for quality assurance in cervical screening, European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, Luxembourg.
153. Dossy, B. Keegan, L. Guzzeta, (2005) An overview of Holistic Nursing’’, Holistic nursing a handbook for practice, Boston: Jones and Bartlett Publishers.
154. Dooley D., Fielding J., Levi L., Health and unemployment, Annu Rev Public Health 17: 449-65
155. Dumont L. (1986), Essays on individualism , The University of Chiago Pres.
156. Durkheim E. (1893), De La Division Du travail social, Presses Universitatres De France
157. Eggleston KS, Coker AL, Williams M, Tortolero-Luna G, Martin JB, Tortolero SR.(2006) Cervical Canser survival by socioeconomic status, rase/ethnicity and plase of residense in Texas, 1995-2001. J Womens Health 15:941-51
- 158 ECDC ,(2008) Guidance for Introduction of HPV Vaccines in EU countries. 2008
159. Ericson H. Philosophy and theory of holism,(2007) Nurse Clin North American, Jun; 42(2), 139-63
160. Forsyth Laura, (2011) Who Provides psychological follow up care for Post – Treatment Canser Survivors, Journal of Clinical Oncology
161. Guex Patrice (1989), An introduction to psycho-oncology, Routledge, NY
162. Hojat Gonnela, Nacka et al (2002) Physician Empathy: Definition, Components, Measurement
163. Fallowfield L., Francis A. (2016), Overtreatment of Low-Grade Ductal Carcinoma in Situ. JAMA Oncology; 2(3):382-383

164. Fraser, Diane; Myrhy, Roger; Worth-Butler, (1997) Michelle, "an outcome Evaluation of the Effectiveness of Pre-Registration Midwifery Programs of Education", English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London.
165. Jane E. Mayers, Thomas J., J. Melvin Witmer, (2000) " The Wheel of Wellness Counseling for wellness: A Holistic Model for Treatment Planning, Journal of Counseling & Development, Volume 78, Issue 3, Summer.
166. Jacobsen P.B., Sadler I.J., Booth-Jons M., Soety E.q Weitzner M.A., Fields K.K.,(2002) Preditors of Posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70, №1: 235-240
167. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. (2007) Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin; 57: 43-66
168. John A. Astin, (1998) "Why Patients use Alternative Medicine Results of a National study", AMA'S Journal of Ethics, Volume 279, №19.
169. Issels Jossef, (1999), Canser: A Second Opinion, The Classic Book On Integrative Cancer Treatment
170. Karan Singh, (2007) Holistic Approach to Education, Education in India, vol.4
171. Krant M. J. (1981) Psychosocial impact of gynecologic cancer/ Cancer V.48, 2-Suppl.: 608-612
172. Lanski S.B., List M.A., Ritter S. C. (1986) Psychosocial consequences of cure, Cancer 58: 529-33
173. Lauren P. Hunter,(2002) " Being with woman: A Guiding Concept for the Care of Laboring Women", JOGNN.
174. Laurie L., J. Pereira, L. Leadows, S. Kaoriser, (2004)"Sexuality in palliative care: patient perspectives", Palliative medicine, October, vol. 18: 7630-637.
175. Lazarus R. (1991), Emotion and adaptation, New York, Oxford University Press.

176. Levi L,(1985), Stress: definitions, concepts, and significance. *Cardiovasc. Inf.*, 1, 10.
177. Margaret J. R.,(2008) “Is There a Place for Sexuality in the Holistic Care of Patients in Palliative Care Phase of life?” *American journal of Hospice & Palliative medicine*, vol. 25, October/November.
178. Marriner Ann, Martha Raile, (2006) “Nursing Theorists and Their Work”.
179. Marino, C., (2005)”An overview of Holistic Nursing”, “Features”, February /March: 48-51.
180. Martha Rojers,(1989) “Theoretical Basis of Nursing.
181. Martha Rogers, (1990) *Vision of Space Based Nursing*,
182. Maslow Abraham, (1966), *The psychology of science*, New York, Harper&Row
183. McGregor, BA., Dolan ED, Murphy KM, Cannes TS, Highland KB, Albano DL, Ward AA, Charbonneau AM, Redman MW, Ceballos RM, (2015) *Cognitive Behavioral stress Management for Healthy Women at Risk for Breast Cancer: a Novel application of Proven intervention*, *Am Behav Med*, December 49 (6): 873-84
184. Merser R. (1984), *Nursing Research: The Bridge to Excellence In Practice*, *Journal of Nursing Scholarship*, Vol.16, Issue2, March: 47-51
185. Miller, JP, (1990) *Holistic learning: A Teacher’s Guide to Integrated Studies*, ERIC.
186. Miller, JP,(2001) *Holistic education*, Toronto.
187. Montgomery Charls, (1999), *Psycho-oncology: a coming of age?* *Psychiatric Bulletin* 23: 431-435
188. Morrison R.L., A.S. Bellack, (1987) *Medical Factors and Psychological Disorders*, Plenum Press NY
189. Nedjat-Haiem FR, Carrion IV, Gonzales K, Thompson B, Mishra SI,(2016) *Exploring Health Care Providers Views About initiating end of life Care Communication*, *Am J Hosp Palliat Care*, Feb (Epub ahead of Print)

190. Neglia, Hilda B(2003)., The future of midwifery education, *Midwifery*, Vol. 19, Issue 1, March
191. Nayar R. (2015)*The Bethesda System for Reporting cervical Cytology*, Springer.
192. Neuman Betty, (1972), A model for teaching total person to patient problems, *Nursing research* may/June
193. Neuman Betty, (1982) *The Neuman System Model*
194. O'Donohue, W., Krasner, L.,(1995) *Psychological skills training*. Boston: Allyn and Bacon.
195. Scott Forbes, Putman Pit,(1996) *Jump up to, Holistic Education*.
196. Shannon, W., D. Bustillos, J. Gano end all, (2008) *Social factors Affecting Treatment of Cervical Cancer: Ethical Issues and Policy Implications*, UK knowledge.
197. Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK. (2004) Persistent area socioeconomic disparities in US incidence of cervical cancer, mortality, stage, and survival, 1975-2000. *Cancer*; 101: 1051-7
198. Smith, R.A. et al. (2000) American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. *Cancer J. Clin.*, 50: 34 – 49.
199. Stranberg E., Ovhed I., Borgquist L., Wilhelms S., (2007)“The perceived meaning of a holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: A qualitative study”. *BMC Family Practice*.
200. Smuts, J., 1926 (2006) *Holism and Evolution*.
201. Patricia E. Benner and Judith Wrubel, (1989) “The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness”.
202. Percival, Thomas, *Medical Ethics or a Code of institutes and Precepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*
203. Potter P., Frisch N.,(2007) *Holistic assessment and care: presence in the process*, *Nurse Clin North Am*, Jun; 42(2): 213-28.

204. Vantegodt, S., Kandel I, Merrick J., (2007) A short history of clinical holistic medicine, *Scientific Word Journal*, October 5: 1622-30.
205. Vantegodt, S., Solheim E., Saunte M., Kandel I., Merrick J.,(2007) Clinical holistic medicine: metastatic cancer, *Scientific Word Journal*, October 5.
206. WHO Cytological screening in the control of cervical cancer: (1998) technical guidelines. World Health Organization, Geneva, 1-52.
207. WHO, (1994) General Practice/ Family Medicine, Europe, Geneva.
208. WHO, (2014), Global Atlas of Palliative Care at End of life. Worldwide Palliative Care Alliance, London, UK.
209. Wyatt, Gwen R.N., Ph.D., Friedman, Laurie L. M. A., (1996) “Long-term female cancer survivors: quality of life issues and clinical implications, Vol.19, issue 1.
210. Wright E., M. A. Kiely, P. Lynch, A. Cull and P.J. Selby,(2002) Social problems in oncology, *British Journal of Cancer*, 87: 1099-1104
211. Yalom, Greaves (1977) Group therapy with the terminally ill, *American Journal Psychiatry*,134: 396-400.
212. Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. &Piantadosi, S. (2001). The prevalense of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology*, 10:19-28
213. [www. ahna.org](http://www.ahna.org)
214. [www. cancerburden-gcc.com](http://www.cancerburden-gcc.com)

Анкетна карта А

Уважаеми дами,

С настоящето проучване си поставяме за цел да установим Вашето мнение, относно предоставянето на цялостни грижи от акушерките.

Моля оградете с кръгче избрания от Вас отговор и напишете Вашето мнение в предвиденото свободно поле.

Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви за участието!

Посочете Вашата възраст?

а/ от 25 до 35 години

б/ от 36 до 45 години

в/ от 46 до 55 години

г/ от 56 до 65 години

д/ над 65 години

2. Вашето семейно положение е:

а/ Омъжена

б/ Неомъжена

в/ Разведена

г/ Вдовица

д/ Живея на семейни начала

3. Какво е Вашето образование?

а/ основно

б/ средно

в/ средно-специално

г/ полувисше

д/ висше

4. Имахте ли информация за заболяването преди да отидете на лекар?

а/ да имах достатъчно информация

б/ нямах достатъчно информация

в/ нямах никаква информация

5. Кой Ви насочи към гинекологичен преглед?

а/ сама

б/ общо-практикуващ лекар

в/ член от семейството ми

г/ приятели и познати

6. Как бе открито заболяването Ви?

а/ поради оплаквания

б/ при профилактичен преглед

в/ при преглед поради възникнал друг гинекологичен проблем

7. Получихте ли достатъчно информация по отношение на лечението на заболяването Ви от медицинските специалисти?

а/ да, лекуващия лекар ми предостави достатъчно информация

б/ да, достатъчна информация получих от акушер-гинеколога

в/ предоставената ми информация не е достатъчна

г/ не съм информирана

г/ не мога да преценя

8. От къде желаете да получите повече информация?

- а/ от личния лекар
 б/ от акушер-гинеколог
 в/ от интернет
 г/ от научна литература
 д/ от средства за масова информация
 е/ от други с това заболяване
 ж/ друго.....
9. Как се отрази заболяването на психичното Ви състояние?
 а/ изпаднах в отчаяние
 б/ изпитах страх
 в/ бях объркана
 г/ мобилизирах се
 д/ вярвах в добрия изход
 е/ продължих да живея все едно, че нищо не се е случило
10. От какво се страхувате най-много?
 а/ от смъртта
 б/ от болката
 в/ да не съм в тежест на близките си
 г/ от загуба на социална стойност и финансова независимост
 д/ загуба на възможност на реализиране на определени жизнени цели
11. Изпитвате ли потребност от общуване със специалист, който да Ви помогне да се справите с мислите и чувствата, които възникват по отношение на заболяването Ви?
 а/ желая да разговарям с психолог
 б/ желая да разговарям с акушер-гинеколог
 в/ желая да разговарям с акушерка
 г/ понякога ми е необходимо да споделям с някого и да получавам повече информация
 в/ считам, че мога да се справя с проблемите си сама
12. С кого предпочитате да споделяте за проблемите свързани със заболяването?
 а/ семейството
 б/ медицински специалисти
 в/ приятели
 г/ други.....
13. Считате ли, че близките Ви трябва да са информирани относно заболяването и състоянието Ви?
 а/ да на всяка цена
 б/ да, но трябва да знам каква информация ще им се подаде
 в/ не мога да преценя
 г/ не желая да бъдат информирани
14. Допускат ли специалистите да присъстват вашите близки и приятели по време на медицинските прегледи, изследвания и лечение?
 а/ да, винаги
 б/ много рядко
 в/ само след моя молба
 г/ не, никога
15. Смятате ли, че акушерката Ви подготви достатъчно добре за предстоящите манипулации и процедури?
 а/ да, подготви ме добре
 б/ не се чувствах достатъчно подготвена
 в/ не ми помогна

- г/ не мога да преценя*
16. Какво е нивото на оказаните грижи от акушерките в отделението, в което се лекувате?
- а/ задоволително*
 - б/ добро*
 - в/ много добро*
 - г/ отлично*
17. Акушерките Ви дадоха информация за:
- а/ заболяването*
 - б/ как да се справяте с ежедневните проблеми от заболяването*
 - в/ как да изразявате емоциите си*
 - г/ как да изживеете по пълноценно живота си*
 - д/ къде да потърсите помощ и опора*
 - е/друго*
-
18. Промени ли заболяването начина Ви на живот?
- а/ да, в много голяма степен*
 - б/ да, промени го*
 - в/ почти няма промяна*
 - г/ няма промяна*
19. Посочете едно или повече от следните събития, които сте преживели след откриване на болестта.
- а/ загубих работата си*
 - б/ разведох се*
 - в/ съпругът ми не живее с мен*
 - г/ загубих приятели*
 - д/ няма промяна*
 - е/ друго*
20. Отрази ли се заболяването на семейния Ви живот?
- а/ да*
 - б/ не*
21. Ако отговорът Ви е „да” каква е промяната?
- а/ привързаност*
 - б/ станахме по-близки*
 - в/ отчуждение*
 - г/ раздяла*
 - д/ развод*
 - е/друго.....*
22. Ограничихте ли контактите си извън семейството?
- а/ да, напълно*
 - б/ в малка степен*
 - в/ отчасти*
 - г/ не съвсем*
 - д/ изобщо не съм ги ограничила*
23. Отрази ли се заболяването на професионалните Ви ангажименти?
- а/ да*
 - б/ не съвсем*
 - в/ изобщо не ми се отрази*
24. Ако отговорът на предишния въпрос е „да” бихте ли посочили как?
- а/ бях прехвърлена на по-ниско платено работно място*

- б/ бяха прекратени трудовите ми взаимоотношения*
в/ бях пенсионирана по болест
г/ друго
25. Някои оказа ли ви съдействие за справяне с тази промяна?
а/ семейството
б/ близки и приятели
в/ личния лекар
г/ акушер-гинеколога
д/ акушерката
е/ социален работник
ж/ психолог
26. Получавате ли материална подкрепа?
а/ да, напълно
б/ в малка степен
в/ отчасти
г/ не съвсем
д/ изобщо не получавам
27. Ако отговорът на предишния въпрос е „да” бихте ли споделили от кого?
а/ от съпруг
б/ от родители
в/ от роднини и приятели
г/ от държавата
д/ други.....
28. Каква подкрепа бихте искали да получите. Моля посочете един от изброените отговори?
а/ за справяне с физическите последици
б/ за справяне с емоционалното състояние
в/ за справяне със социалните проблеми
29. Как предпочитате да вземате решенията относно Вашето лечение?
а/ сама
б/ с помощта на близките си
в/ с помощта на личния лекар
г/ с помощта на акушер-гинеколога
д/ с помощта на акушерката
г/ не мога да преценя
30. Смятате ли, че социалното благополучие влияе на оздравителния процес?
а/ да, винаги
б/ да, много често
в/ да, често
г/ да, понякога
д/ не, не влияе
е/ никога не влияе
31. Смятате ли, че емоционалният Ви комфорт оказва влияние върху процеса на оздравяване?
а/ да, винаги
б/ да, много често
в/ да, често
г/ да, понякога
д/ не, не влияе
е/ никога не влияе

32. Смятате ли, че положителното отношение на медицинския персонал влияе на Вашето възстановяване?

а/ да, винаги

г/ да, понякога

б/ да, много често

д/ не, не влияе

в/ да, често

е/ никога не влияе

33. Какво Ви притеснява най-много?

а/ невъзможността за справяне с ежедневните ми задължения

б/ болката

б/ проблемите в семейството

в/ неясното бъдеще

г/ липсата на работа и постоянни доходи

д/ друго.....

34. Споделихте ли тези свои притеснения с акушерките в отделението, където се лекувате?

а/ да, споделих всички притеснения

б/ споделих само някои

б/ отчасти

в/ не, нищо не съм споделяла

35. Ако отговорът Ви е „не” бихте ли споделили защо?

а/ това са много лични теми

б/ няма време да говорим за тези неща

в/ никога не са ме питали за проблемите ми извън физическите

г/ не смятам, че ги интересува

д/ друго.....

36. Трябва ли медицинският специалист работещ с онкологично болни да притежава определени качества?

а/ да е добър професионалист

б/ да е внимателен и уважителен

в/ да умее да изслушва

г/ да може да ми дава съвети

д/ да е съобразителен

е/ да е съпричастен с мен

ж/ да може да ми вдъхва надежда, че ще се справя с проблема

б/не

37. Удовлетворени ли сте от предоставените здравни грижи?

а/ да, много съм удовлетворена

б/ да, удовлетворена съм

в/ отчасти съм удовлетворена

г/ не съм удовлетворена

д/ изобщо не съм удовлетворена

38. От какво точно сте удовлетворена?

.....
.....

39. От какво не сте удовлетворена?

.....
.....

11. Какво всъщност е холистичната грижа? / Моля посочете един отговор/

- а/ любов към болните хора*
- б/ професионално поведение*
- в/ цялостни био-психо, социални грижи*
- г/ етично поведение*
- д/ духовни грижи*
- е/ ежедневни грижи*

12. Ако не сте запознати с холистичната грижа, от какво се нуждаете? /Може да посочите повече от един отговор/

- а/ от квалификационни курсове*
- б/ от включване на темата в болнични колегиуми*
- в/ от по-широко дискутиране*
- г/ от разширяване на учебните планове и програми при обучението*
- д/ от допълнително обучение в умения за прилагане на холистична грижа*

13. Пациентките, за които се грижите в какво състояние са?

- а/ мн. добро*
- б/ добро*
- в/ задоволително*
- г/ тежко*

14. Според Вас в кой стадии на развитие най-често се открива ракът на маточната шийка в България?

стадии	При 10%	При 20%	При 30%	При 40%	При 50%	При 60%	При 70%	При 80%	При 90%	При 100%
0 стадии										
1 стадии										
1а										
1б										
2стадии										
2а										
2б										
3стадии										
3а										
3б										
4стадии										
4а										
4б										

15. Какво е средното ниво на тежест на грижата с пациентките, с които работите ежедневно? / Отбележете числото срещу нивото на тежест/

Ниво на тежест на грижата	оценка			
	1	2	3	4
Напълно самостоятелно обслужване				
Частично самостоятелно				
Подпомагане				
Цялостна грижа				
Двадесет и четири часова грижа				

16. Какви грижи за болните с рак на маточната шийка полагате най-често?

Отбележете твърдението, което в най-голяма степен се отнася до Вас чрез поставяне на число отговарящо на честотата на извършваната дейност

дейност	1	2	3	4	5
	Много рядко	понякога	често	Много често	винаги
Извършвам хигиенни грижи					
Хранене на болен					
Организирам храненето					
Измервам жизнените показатели					
Поставям инжекции					
Раздавам лекарства					
Подготовка и участие във визитация					
Вземане и изпращане на материали за изследвания					
Придружавам пациентките за изследвания					
Подпомагам пациентките за справяне с болката					
Извършвам превръзки, промивки и асистирам при гинекологичен преглед					
Общувам с пациентката					
Внимателно изслушвам пациентката					
Давам информация на пациентката					
Обучавам пациентката					
Имам емпатично отношение					
Давам и възможност да изрази чувствата си					
Оказвам и подкрепа					
Обсъждаме грижите с пациентката					
Планираме заедно грижите					
Подпомагам я да вземе решение					
Подкрепям я при разговорите със семейството					
Проявявам разбиране към загубата на здравето					
Подкрепям я в процеса на скърбене					

17. Смятате ли, че оказвате достатъчна емоционална подкрепа на пациентите и техните близки?

Анкетна карта С

Уважаеми колеги,

С настоящето проучване си поставяме за цел да установим Вашето мнение, относно Вашата готовност за предоставяне на цялостни грижи при жени с рак на маточната шийка.

Моля оградете с кръгче избрания от Вас отговор и напишете Вашето мнение в предвиденото свободно поле..

Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви за участието!

1. Вие сте студентка в кой курс?.....

3. Възрастта Ви е между?

- а/ 18-25г.* *б/ 25-30г.*
- в/ 30-35г.* *г / 35-40*
- д/ 40-45г.* *е/ над 45г.*

4. Вие сте?

- а/ семейна* *в/ живеея на семейни начала*
- б/ разведена* *г/ неомъжена*

5. Кои Ви насочи към избора на тази професия?

- а/ сама*
- б/ родителите ми*
- в/ съпруг, партньор*
- г/ приятели*
- д/ учители*
- е/ стана случайно*
- ж/ други.....*

6. Удовлетворени ли сте от обучението по специалността?

- а/ да, много*
- б/ да, удовлетворена съм*
- в/ отчасти*
- г/ не съм удовлетворена*
- д/ изобщо не съм удовлетворена*

7. Има ли разминаване между Вашите очаквания и избраната от Вас специалност?

- а/ да, има пълно разминаване*
- б/ да, но в не голяма степен*
- в/ разминаването е в малка степен*
- г/ няма разминаване*

8. Смятате ли, че специалността, по която се обучавате е подходяща за Вас?

- а/ да, много е подходяща*
- б/ да, подходяща е*
- в/ все още не мога да преценя*
- г/ донякъде е подходяща*
- д/ не е подходяща*
- е/ изобщо не е подходяща*

9. Ако е подходяща моля опишете кое Ви кара да мислите така?

.....
.....

10. Ако отговорът Ви е „не” моля опишете кое не е подходящо за Вас?

.....

.....

11. По време на обучението, придобихте ли знания, относно потребностите на жените с рак на маточната шийка?

- а/ да, достатъчно, за да мога да работя*
- б/ да, но са ми необходими още знания*
- в/ не мога да преценя*
- г/ не, не съм придобила такива знания*
- д/ изобщо не съм придобила знания за потребностите на жените с РМШ*

12. Знаете ли какво представлява холистичната грижа?

- а/ да, много добре зная*
- б/ да, добре зная*
- в/ зная, но не достатъчно*
- г/ не зная какво е холистична грижа*
- д/ не съм чувала за холистична грижа*

13. Ако сте отговорили с а, б или в, моля посочете от къде получихте информация за холистичната грижа?

/Можете да посочите повече от един отговор/

- а/ от учебното заведение, което завърших*
- б/ при повишаване на квалификацията чрез курсове*
- в/ от болнични колегиуми*
- г/ от колегиуми в отделението*
- д/ от интернет*
- е/ от колеги*
- ж/ от участие в научни форуми – конгреси, конференции, симпозиуми*
- з/ от научна литература*

14. Какво всъщност е холистичната грижа? / Моля посочете един отговор/

- а/ любов към болните хора*
- б/ професионално поведение*
- в/ цялостни био-психо, социални грижи*
- г/ етично поведение*
- д/ духовни грижи*
- е/ ежедневни грижи*

15. Какви грижи за болните с рак на маточната шийка полагате най-често?

Отбележете твърдението, което в най-голяма степен се отнася до Вас чрез поставяне на число отговарящо на честотата на извършваната дейност

<i>дейност</i>	1	2	3	4	5
	Много рядко	понякога	често	Много често	винаги
Извършвам хигиенни грижи					
Хранене на болен					
Организирам храненето					
Измервам жизнените показатели					
Поставям инжекции					

Раздавам лекарства					
Подготовка и участие във визитация					
Вземане и изпращане на материали за изследвания					
Придружавам пациентките за изследвания					
Подпомагам пациентките за справяне с болката					
Извършвам превръзки, промивки и асистирам при гинекологичен преглед					
Общувам с пациентката					
Внимателно изслушвам пациентката					
Давам информация на пациентката					
Обучавам пациентката					
Имам емпатично отношение					
Давам и възможност да изрази чувствата си					
Оказвам и подкрепа					
Обсъждаме грижите с пациентката					
Планираме заедно грижите					
Подпомагам я да вземе решение					
Подкрепям я при разговорите със семейството					
Проявявам разбиране към загубата на здравето					
Подкрепям я в процеса на скърбене					

16. Кое според Вас от учебното съдържание намира приложение за изграждане на цялостни грижи за жените с рак на маточната шийка?

.....

..

17. Смятате ли, че можете да приложите наученото в практиката?

а/ да, напълно

г/ не, не мога

б/ отчасти

д/ изобщо не мога да го приложа

18. Каква оценка бихте поставили на подготовката си за прилагане на цялостни грижи при онкологично болни жени?

а/ отлична

г/ задоволителна

б/ мн. добра

д/ слаба

в/ добра

19. Ако Вашата оценка е „задоволителна” или „слаба” какво смятате, че трябва да се подобри в подготовката Ви?

.....

.....
20. Къде според Вас би трябвало да се направи корекция?

- а/ в теоретичните дисциплини*
- б/ да се добавят нови СИП*
- в/ в учебното съдържание да се направят корекции*
- г/ в учебните програми за практическата основи на акушерските грижи*
- д/ допълнителна квалификация след завършване*
- е/ да се увеличи практиката в онкологичните диспансери и отделения*

21. Какви социални умения имате формирани на този етап от обучението Ви?/ Може да посочите повече от един отговор/

- а/ комуникативност*
- б/ толерантност*
- в/ емпатия*
- г/ способност за работа в екип*
- д/ умения за организиране*
- е/ способност за предаване на опит*
- ж/ други*

.....
22. Считате ли, че сте усвоили достатъчно знания и умения за разбиране и подкрепа към жените с онкологично заболяване?

- а/ да, напълно са достатъчни*
- б/ да, но все още не са достатъчни*
- в/ не съм сигурна, че са достатъчни*
- г/ изобщо не са достатъчни*

23. Какви методи на преподаване използват Вашите преподаватели по Здравни грижи за формиране на знания и умения за работа с жени с рак на маточната шийка? /Може да посочват повече от един отговор/

- а/ лекции*
- б/ беседа*
- в/ упражнения*
- г/ дискусия*
- д/ работа с учебник*
- е/ наблюдение*
- ж/ експеримент*
- з/ демонстрация*
- и/ ролеви игри*
- к/ решаване на проблемни ситуации*
- л/ разработване на извънаудиторна самостоятелна работа*
- м/ други*

.....
24. При Вашата подготовка за работа с жени с рак на маточната шийка какви източници използвате най-често?

- а/ лекциите на преподавателя*
- б/ учебници*
- в/ интернет*
- г/ други източници.....*

25. Кой според Вас е най-точен и добър източник на информация?

- а/ интернет*
- б/ учебници*
- в/ ТВ, радио, вестници*
- г/ приятели*
- д/ родители и семейство*
- е/ болницата*
- ж/ общността*

26. Бихте ли описали как оценяват социалните Ви умения по „Здравни грижи” ?

- а/ чрез писмен изпит*
- д/ чрез курсова работа*

- | | |
|-------------------------------|---|
| <i>б/ чрез тест</i> | <i>е/ чрез курсова работа, писмен и устен</i> |
| <i>в/ чрез устен изпит</i> | <i>ж/ чрез ролеви игри</i> |
| <i>з/ чрез писмен и устен</i> | <i>з/ чрез казуси</i> |
| | <i>и/ в реална обстановка</i> |

27. Колко % според Вас е полезна и приложима преподаваната информация по здравни грижи при онкологично болни жени?

- | | |
|---------------------|-------------------|
| <i>а/ 80 – 100%</i> | <i>в/ 40-60%</i> |
| <i>б/ 60 – 80%</i> | <i>з/ под 40%</i> |

28. Имате ли възможност по „Практическите основи на сестринските и акушерски грижи” да дискутирате, да задавате въпроси, да получавате обратна информация?

- | | |
|---------------------------------|---|
| <i>а/ да, винаги</i> | <i>з/ не, няма такава възможност</i> |
| <i>б/ да, често</i> | <i>д/ изобщо няма такава възможност</i> |
| <i>в/ да, но не много често</i> | |

29. Смятате ли, че емоционалният комфорт на пациента оказва влияние върху процеса на оздравяване?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <i>а/ да, винаги</i> | <i>з/ да, понякога</i> |
| <i>б/ да, много често</i> | <i>д/ не, не влияе</i> |
| <i>в/ да, често</i> | <i>е/ никога не влияе</i> |

30. Смятате ли, че положителното отношение на медицинския персонал към пациента влияе на неговото възстановяване?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <i>а/ да, винаги</i> | <i>з/ да, понякога</i> |
| <i>б/ да, много често</i> | <i>д/ не, не влияе</i> |
| <i>в/ да, често</i> | <i>е/ никога не влияе</i> |

31. Каква оценка бихте дали на обучението Ви за създаването на благоприятна психологическа среда при работа с жени с рака на маточната шийка?

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| <i>а/ отлична</i> | <i>з/ задоволителна</i> |
| <i>б/ мн. добра</i> | <i>д/ слаба</i> |
| <i>в/ добра</i> | |

32. Ако Вашият отговор е „задоволителна или „слаба” какво смятате, че трябва да се промени в подготовката

Ви?.....

33. Смятате ли, че сте готови да окажете емоционална подкрепа на пациентите и техните близки?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| <i>а/ да, напълно сам готова</i> | <i>в/ не съм уверена</i> |
| <i>б/ има още какво да уча</i> | <i>з/ не съм готова</i> |

34. Когато разговаряте с пациент гледате ли го и стараете ли се да чуете всичко?

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| <i>а/ винаги</i> | <i>в/ понякога</i> |
| <i>б/ в повечето случаи</i> | <i>з/ рядко</i> |

35. Обръщате ли внимание на невербалните сигнали, когато разговаряте?

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| <i>а/ винаги</i> | <i>в/ често</i> |
| <i>б/ много често</i> | <i>з/ понякога</i> |
| | <i>д/ никога</i> |

36. Принавяте ли собствените си предразсъдъци и съобразявате ли се с тях?

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| <i>а/ винаги</i> | <i>в/ често</i> |
| <i>б/ много често</i> | <i>з/ понякога</i> |

37. Приемате ли различията в културата на пациентите?

- | | |
|---------------------------|------------------|
| <i>а/ да, винаги</i> | <i>з/ рядко</i> |
| <i>б/ да, много често</i> | <i>д/ никога</i> |
| <i>в/ да, често</i> | |

38. Приемате ли различията в етническата принадлежност?

а/ да, винаги *г/ понякога*

б/ да, много често *д/ никога*

в/ да, често

39. Приемате ли социално-икономическите различия?

а/ да, винаги *г/ да, понякога*

б/ да, много често *д/ не, не влияе*

в/ да, често *е/ никога не влияе*

40. Смятате ли, че социалното благополучие влияе на оздравителния процес?

а/ да, винаги *г/ да, понякога*

б/ да, много често *д/ не, не влияе*

в/ да, често *е/ никога не влияе*

41. Търсите ли мнението и съдействието на други членове от екипа?

а/ да, винаги *г/ понякога*

б/ да, много често *д/ не търся*

в/ да, често *е/ никога не търся*

42. След завършването си бихте ли работили в отделение с онкологично болни?

а/ да, с удоволствие *в/ не, не бих работила*

б/ да, срещу по-голямо възнаграждение *г/ никога не бих работила*

43. Трябва ли акушерката работеща с онкологично болни да притежава определени личностни качества?

а/ да, трябва да притежава *в/ не, не трябва*

б/ да, някои

44. Ако отговорът Ви е „да” бихте ли описали какви?

.....
.....

45. Смятате ли, че за работата с болните жени с рак на маточната шийка е нужна допълнителна квалификация?

а/ да, задължителна е *в/ не мога да преценя*

б/ да, необходима е *г/ не, не е необходима*

Анкетна карта D

Уважаеми колега,

С настоящето проучване си поставяме за цел да установим Вашето мнение, относно прилагането на цялостни грижи при жени с рак на маточната шийка.

Моля оградете с кръгче избрания от Вас отговор и впишете Вашето мнение в предвиденото свободно поле.

Анкетата е анонимна.

Достъп до събраната информация ще имат само членовете на изследователския екип.

Благодарим Ви за участието!

1. Вие сте лекар, главна, старша в кое отделение?
.....

2. Вашият трудов стаж е?

3. От колко години сте в това отделение?
.....

4. Вие сте на възраст между:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| <i>а/ 20-30г.</i> | <i>б/ 30-40г.</i> |
| <i>б/ 40-50г.</i> | <i>г/ 50-60г.</i> |
| <i>в/ над 60г.</i> | |

5. Какво е вашето образование?
.....

6. Имате ли специалност?

- | | |
|--------------|--------------|
| <i>а/ да</i> | <i>б/ не</i> |
|--------------|--------------|

7. Ако отговорът Ви е „да” каква?
.....
.....

8. От колко години работите в това лечебно заведение?
.....

9. Знаете ли какво представлява холистичната грижа?

- | |
|---|
| <i>а/ да, много добре зная</i> |
| <i>б/ да, добре зная</i> |
| <i>в/ зная, но не достатъчно</i> |
| <i>г/ не зная какво е холистична грижа</i> |
| <i>д/ не съм чувала за холистична грижа</i> |

10. Ако сте отговорили с *а*, *б* или *в*, моля посочете от къде получихте информация за холистичната грижа? /*Можете да посочите повече от един отговор/*

- | |
|--|
| <i>а/ от учебното заведение, което завърших</i> |
| <i>б/ при повишаване на квалификацията чрез курсове</i> |
| <i>в/ от болнични колегиуми</i> |
| <i>г/ от колегиуми в отделението</i> |
| <i>д/ от интернет</i> |
| <i>е/ от колеги</i> |
| <i>ж/ от участие в научни форуми – конгреси, конференции, симпозиуми</i> |

- з/ от научна литература*
11. Какво всъщност е холистичната грижа? / Моля посочете един отговор/
а/ любов към болните хора
б/ професионално поведение
в/ цялостни био-психо, социални грижи
г/ етично поведение
д/ духовни грижи
е/ ежедневни грижи
12. Какво е Вашето мнение за обучението на професионалистите по здравни грижи /ПЗГ/ в социален аспект?
а/ отлично
б/ мн. добро
в/ добро
г/ задоволително
д/ лошо
13. Опитват ли се ПЗГ да вникнат в социалните проблеми на пациентите?
а/ да, винаги
б/ не винаги се опитват
в/ не се опитват
г/ изобщо не се опитват
14. Смятате ли, че социалното благополучие влияе на оздравителния процес?
а/ да, винаги
б/ да, много често
в/ да, често
г/ да, понякога
д/ не, не влияе
е/ никога не влияе
15. Промени ли се отношението на ПЗГ към пациентите в последните 5 години:
а/ станали са по-внимателни
б/ да, но все още не са достатъчно
внимателни
в/ не са внимателни
г/ изобщо не са внимателни
16. Какво е мнението Ви за обучението на ПЗГ в психологичен аспект?
а/ отлично
б/ мн. добро
в/ добро
г/ задоволително
д/ лошо
17. Смятате ли, че ПЗГ оказват достатъчна емоционална подкрепа на пациентите и техните близки?
а/ да, напълно
б/ има още какво да учат
г/ да, понякога
д/ нямат време за това
е/ не оказват никаква подкрепа
18. Смятате ли, че емоционалният комфорт на пациента оказва влияние върху процеса на оздравяване?
а/ да, винаги

- б/ да, много често*
- в/ да, често*
- г/ да, понякога*
- д/ не, не влияе*
- е/ никога не влияе*

19. Смятате ли, че положителното отношение на медицинския персонал към пациента влияе на неговото възстановяване?

- а/ да, винаги*
- б/ да, много често*
- в/ да, често*
- г/ да, понякога*
- д/ не, не влияе*
- е/ никога не влияе*

20. Какво е мнението Ви за обучението на ПЗГ за прилагането на грижи за физическото здраве на пациентките?

- а/ отлично*
- б/ мн. добро*
- в/ добро*
- г/ задоволително*
- д/ лошо*

21. Поставената от Вас оценка се отнася за периода:

- а/ до 1997год.*
- б/ от 1997 – 2007год.*
- в/ от 2007 – 2016год.*

22. Коя от образователно-квалификационните степени според Вас е най-подготвена?

- а/ полувисше*
- б/ специалист*
- в/ бакалавър*
- г/ магистър*
- д/ няма разлика*

23. Смятате ли, че правилният психологически подход към пациентите е задължителен елемент в обучението по здравни грижи?

- а/ да, задължително е*
- б/ би било от полза*
- в/ не смятам, че е задължително*
- г/ не, изобщо не е задължително*

24. Според Вас, времето, което ПЗГ отделят за персонални грижи за жените с рак на маточната шийка, достатъчно ли е за задоволяване на техните потребности?

- а/ да, напълно е достатъчно*
- б/ да, но не винаги е достатъчно*
- в/ никога не е достатъчно*
- г/ друго*

.....
.....
25. Подготвени ли са според Вас акушерките за работа в екип?

- а/ да, напълно са подготвени*
- б/ да, но има още какво да се желае*
- в/ не са подготвени добре*
- г/ изобщо не са подготвени*

26. Кои качества цените най-много в членовете на екипа, в който работите?

.....
.....
27. Удовлетворени ли сте от сътрудничеството между членовете на екипа

- а/ да, в много голяма степен*
- б/ да, в голяма степен*
- в/ да, но не чак толкова*
- г/ не съм удовлетворена*
- д/ никак не съм удовлетворена*
- е/ не мога да преценя*

28. Възникват ли конфликтни ситуации във Вашия екип?

- а/ да, в много често*
- б/ да, но не чак толкова често*
- в/ да, рядко*
- г/ не възникват*
- д/ никога не са възниквали*
- е/ не мога да преценя*

29. Има ли етични проблеми в екипа?

- а/ да, има такива*
- б/ да, има но много рядко*
- в/ да, но не се занимавам с тях*
- г/ не, няма такива*
- д/ изобщо няма проблеми*

30. Има ли етични проблеми при пациентките с които работите?

- а/ да, има такива*
- б/ да, има но много рядко*
- в/ да, но не се интересувам*
- г/ не, няма такива*
- д/ изобщо няма проблеми*

31. Ако отговора Ви е с а, б, в, моля опишете какви етични проблеми възникват в работата с жени болни от рак на маточната шийка?

.....
.....

32. Каква оценка бихте дали за комуникативните умения на ПЗГ при работа с пациентките с рак на маточната шийка?

- а/ отлична*
- б/ мн. добра*
- в/ добра*
- г/ задоволителна*
- д/ лоша*

33. Трябва ли ПЗГ работещ с онкологично болни да притежава определени личностни качества?

- а/ да, трябва да притежава*
- б/ да, някои*
- в/ не, не трябва*

34. Ако отговорът Ви е „да” бихте ли описали какви?

.....
.....
.....

35. Какво според Вас е необходимо за повишаване качеството на здравните грижи при онкологично болни жени в частност жени с рак на маточната шийка ?

.....
.....
.....

36. Смятате ли, че за работата с жени с рак на маточната шийка е нужна допълнителна квалификация?

а/ да, задължителна е

б/ да, необходима е

в/ не мога да преценя

г/ не, не е необходима

37. Бихте ли дали препоръка за ефективно прилагане на цялостен подход в здравните грижи при жени с рак на маточната шийка?

.....
.....

Карта за оценка на приложените цялостни грижи

Уважаема Госпожо,

С настоящето проучване си поставяме за цел да установим Вашето мнение, относно предоставянето на цялостни грижи от медицинските специалисти.

Моля поставете знак в изчисления от Вас отговор.

Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви!

критерии	Отлично	Много добро	Добро	Задоволително	Лошо
Хигиена	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Навременност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Компетентност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прецизност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отзивчивост	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подкрепа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Уважителност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Общителност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Зачитане на достойнството	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Съпричастност	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

Учебна програма за следдипломно обучение

Тема на курса на обучение:

„Холистичен подход при жени с рак на маточната шийка”

Времетраене на курса на обучение – 5 дни

Място на обучението - Филиал „Проф. д-р И. Митев” – Враца

Участници в обучението – акушерки работещи в системата на здравеопазването от цялата страна

Анотация на програмата

Холистичната медицина е подход към живота и здравето. Тя обединява физическите, умствените, духовните и социални аспекти в живота на човека.

В следдипломния курс на обучение на акушерките се прави опит да осъзнаят, че здравето на пациента зависи от всички тези аспекти и че „пациентът е единна функционална система”, която трябва да бъде мотивирана, за да се грижи за себе си.

Обучението изяснява не само същността на термините „холистична медицина”, „холистичен подход”, „холизъм” и „холистична грижа”, но и дава възможност да се разширят познанията на дипломираните акушерки в областта на онкологичното заболяване – рак на маточната шийка.

Холистичната грижа е термин, който се използва, за да обхване всички аспекти на грижите за пациента. В курса за обучение на акушерките чрез теоретичните знания и практическите умения ще се формира професионално поведение за приложение на холистичен подход в грижите за жени с рак на маточната шийка.

В учебната програма се разглеждат теоретичните модели на холистичната грижа, психологичните и социални аспекти при заболяването РМШ. Засегнати са всички елементи на грижата при онкологично болни жени, като психологична и социална подкрепа, духовна грижа, самопомощ, даване на информация и комуникация, допълващите терапии и рехабилитация.

Включено е учебно съдържание за овладяване на депресивния синдром, подобряване самочувствието и качеството на живот на пациентките.

В практическите часове ще се формират умения за консултиране, даване на съвети и обучение в автогрижа.

Цел на програмата

Професионалистите по здравни грижи да прилагат цялостни здравни грижи при жени с РМШ, с което да укрепнат здравето на болните, както и да повишат качеството им на живот

Задачи на програмата

Да се изучат теоретичните модели за приложението на холистичен подход

Да се трансформират теоретичните познания в практически умения

Усвояване на комуникативни техники свързани с обучение на пациентката и нейните близки

Създаване на правилен подход в планирането и извършването на здравните грижи

Усвояване на умения за работа в мултидисциплинарен екип

Методика на преподаване

Методиката на преподаване включва традиционни и нетрадиционни педагогически методи:

Лекции, беседа, ролеви игри, работа по казус

Използване на съвременни методи за онагледяване на учебния процес

Оценяване

Оценката включва решаване на казус, определяне на реалните и потенциални проблеми и съставяне на „План за холистична грижа” при пациентки с рак на маточната шийка.

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО ТЕМИ И ЧАСОВЕ

№	НАИМЕНОВАНИЕ НА ТЕМИТЕ	Всичко часове	От тях :	
			лекции	упражнения
1.	Същност на понятието холизъм	2	2	-
2.	Теоретични модели за холистична грижа	2	2	-
3.	Психологически аспекти на заболяването РМШ	2	2	-
4.	Социални аспекти на заболяването РМШ	2	2	-
5.	Медико-социални грижи и сътрудничество при рехабилитация на онкологично болни	2	2	-
6.	Ресоциализация на онкологично болни	2	2	-
7.	Комуникация с пациенти с онкологично заболяване	2	2	-
8.	Обучение на жена с РМШ в автогрижа	2	-	2
9.	Обучение на семейството	2	-	2
10.	Овладяване на депресивната симптоматика.Подобряване на самочувствието. Подобряване качеството на живот	4	2	2
11.	Емпатия и взаимопомощ	2	2	-
12.	Етични проблеми в онкологията	2	2	-
13.	Консултиране на пациенти в доболнични и болнични условия.	2	2	-
14.	Немедикаментозни методи за релаксация	4	-	4
15.	Даване на информация	2	2	
16.	Грижи при край на живота	3		3
17.	Работа със семейства при тежка загуба	3		3
	Общо	40	24	16

Разпределение на часовете по дни

ДЕН	Всичко часове	От тях :	
		лекции	упражнения
1-ви	8ч.	8	-
2-ри	8ч.	6	2
3-ти	8ч.	2	6
4-ти	8ч.	2	6
5-ти	8ч.	2	6

Конспект

1. Същност на понятието холизъм
2. Теоретични модели за холистична грижа
3. Психологически аспекти на заболяването РМШ
4. Социални аспекти на заболяването РМШ
5. Медико-социални грижи и сътрудничество при рехабилитация на онкологично болни - *Работа с мултидисциплинарен екип*
6. Ресоциализация на онкологично болни.
7. Комуникация с пациенти с онкологично заболяване.
 - *Водене на разговор при приемане.*
 - *Създаване на комфортна и предразполагаща атмосфера*
 - *Придружаване и настаняване на болния в стая*
8. Обучение на жена с РМШ в автогрижа.
9. Обучение на семейството
10. Овладяване на депресивната симптоматика. Подобряване на самочувствието. Подобряване качеството на живот. Работа по казус
11. Емпатия и взаимопомощ
12. Етични проблеми в онкологията
13. Консултиране на пациенти в доболнични и болнични условия
 - Провеждане на здравни беседи на теми:*
 - „Лична хигиена“*,
 - „Здравословно хранене“*
 - „Справяне със стреса“*
14. Немедикаментозни методи за релаксация -
 - *Разходка*
 - *Масажи*
 - *Гледане на филми*
 - *Йога*
15. Грижи при край на живота
16. Работа със семейства с тежка загуба

Препоръчителна литература

1. Александрова, С.(2007), Медицинска етика, ИЦ на МУ Плевен.
2. Апостолов, М.(2004), Исторически, социални и етични измерения на медицината, С., „Горекс прес”.
3. Апостолов, М., П. Иванова,(1998) История на медицината и сестринството, С.”ГорексПрес”.
4. 10. Арънсън, Е. (1996), Човекът-социално животно,” Наука и изкуство”, С.
5. Ачкова, М. (2001)., Приложна психология в медицината и здравните грижи, „КОТИ ЕООД”, С.
6. Балканска, П.(2010) Приложна психология в медицинската практика, С., „Булвест 2000”.
7. Борисова, С. (2013) Прилагане на стринския процес в практиката на медицинската сестра,В., СТЕНО
8. 30. Воденичаров, Ц., С. Попова,(2003) Медицинска етика, С. „ДАК”.
9. Георгиев, Л.,(2011) Психология на възрастните. Университетско издателство „Неофит Рилски”, Благоевград.
10. Гюрова, В.,(1998) Андрогогия, Изкуството да обучаваме възрастни,С., „Универсал Друмев”: 383
11. Желева, Е., (2011) Общи и специални сестрински грижи: Практико-приложни аспекти, 2-ро издание, Габрово, „Експрес”.
12. Иванов, С., (2009) За методите на социалнопсихологическия тренинг., Психологията пред предизвикателствата на новото време. Психологията и съвременният човек, Том 6, Варна
- 13.Кречмер, Е.,(1996) Медицинска психология, „Евразия”.
14. Маринова, П., М. Есинк,(2007) Палиативни грижи, „Български писател”,С.

15. Маринова, П.,(2013) Организационни и структурни аспекти на домашните грижи, Изд.” Горекс Прес”, С.
16. Мухина, С., И. Тарновская,(2006) Теоретични основи на сестринските грижи, ИЦ на МУ Плевен.
17. Пенева, Е., (2015) Нуждата от психологическа подкрепа на онкологично болни пациенти, Здравни грижи, 1.
18. Попов, Т., (2004) Терапия и профилактика чрез изкуство, С.
19. Попова, С., Н. Кръстева, К. Юрукова,(2001) Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив.
20. Савова, З.,(2008) Медицинска психология, С.
21. Стамболова, И.,(2008) Философия на сестринството и добродетели на медицинската сестра, Сестринско дело, бр.1.
- 22.110. Стамболова, И., Г. Чанева, (2012) Сестринските и акушерски грижи-етични аспекти и комуникация, Сестрински грижи при соматични заболявания.
23. Стойчева, М. (2011), Сравнителен анализ на международните практики относно правото на пациента за информация и информирано съгласие, Управление и образование, кн.1, том7
24. Тодорков, К.,(2002) Когнитивна психология, В. Търново, „Faber”.
25. Тодорова, Е.,(1995) Социална психология, С.
26. Чакърова, Л., (2011) Професионална етика на специалисти по здравни грижи, Габрово, „Експрес”:179.
27. Чанева, Г.,И. Стамболова, (2003) Качеството на здравните грижи. Протокол за здравни грижи в : Управление на здравните грижи под ред. На С. Попова, Филвест, София,
28. Шулман, Л. (1997), Изкуството да се помага, Фондация невронауки и поведение.
29. Bradley CJ, Given CW, Roberts C. (2004)Health care disparities cervical cancer. Am J Public Health, 94: 2098-103

30. De Vries, (1997) Psihooncologiya, Jonh Wiley and Sons
31. Dossy, B. Keegan, L. Guzzeta, (2005) An overview of Holistic Nursing”, Holistic nursing a handbook for practice, Boston: Jones and Bartlett Publishers.
32. Ericson H. Philosophy and theory of holism,(2007) Nurse Clin North American, Jun; 42(2), 139-63
33. Laurie L., J. Pereira, L. Leadows, S. Kaoriser, (2004)”Sexuality in palliative care: patient perspectives”, Palliative medicine, October, vol. 18: 7630-637.
34. Margaret J. R.,(2008) “Is There a Plase for Sexuality in the Holistic Care of Patients in Palliative Care Phase of life?” American journal of Hospice & Palliative medicine, vol. 25, October/November.
35. Marino, C., (2005)”An overview of Holistic Nursing”, “Features”, February /March: 48-51.
36. Morrison R.L., A.S. Bellack, (1987) Medical Factors and Psychological Disorders, Plenum Press NY
37. O’Donohue, W., Krasner, L.,(1995) Psychological skills training. Boston: Allyn and Bacon.
38. WHO, (2014), Global Atlas of Palliative Care at End of life. Wordwide Palliative Care Alliance, London, UK.
39. Wright E., M. A. Kiely, P. Lynch, A. Cull and P.J. Selby,(2002) Social problems in oncology, British Journal of Cancer, 87: 1099-1104
40. www. ahna.org

**Публикации
във връзка с дисертационния труд**

Tsvetanka Dzhiganska, Economic and diagnostic efficiency of cervical cancer prevention, Journal of International Scientific Publication: Economy & Business, Volume 8,2014, 516-523

Джиганска Ц., П. Добрилова, К. Стефанова. Холистичен подход в обучението на специалистите по здравни грижи Сестринско дело,47, бр.3, 2015, стр.11-16

Джиганска, Ц. П. Маринова, П. Добрилова, Холистичният подход в медицината, Сестринско дело, бр.3,2016, 23-26

Джиганска Ц., М. Борисова, Необходимост от холистични здравни грижи при жени с рак на маточната шийка,Science & Technologies Vol.6, 2016, Number1: Medical Biology Studies, Clinical Studies, Social Medicine and Health care, 6-12

Благодарности

На първо място благодаря на научните си ръководители Проф. П. Маринова и Проф. И. Стамболова, които повярваха в мен и ме заразиха с идеята за наука и за развитие в областта на здравните грижи! Те бяха до мен през дългия ми път на разработката на дисертационния ми труд. Благодарение на техните идеи и критика, настоящата дисертация е актуална и се вписва достойно в съвременната концепция за здравните грижи!

Благодаря на всички екипи от болничните отделения, в които беше проведено проучването и без тяхното съдействие то нямаше да бъде осъществено в кратки срокове!

Специална благодарност изказвам на екипа от Комплексен онкологичен център в гр. Враца, в който беше проведено и пилотното проучване, както и голяма част от проучването в изследователския етап!

Благодаря на Доц. П.Добрилова, дм и Ас. Г. Янкова, дм за оказаното съдействие и подкрепа за оформянето на дисертационния труд!