

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ЮЛИЯ КАМЕНОВА ПАНАЙОТОВА

ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНАТА УСЛУГА
ПРИ ОНКОЛОГИЧЕН СКРИНИНГ

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН

“ДОКТОР“

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

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ДОЦ. Д-Р ЛИДИЯ МЛАДЕНОВА ГЕОРГИЕВА, МРНИЛ., РНД, ДМ

РЕЦЕНЗЕНТИ

ПРОФ. Д-Р АНЖЕЛИКА СПАСОВА ВЕЛКОВА–МОНОВА, ДМН

ДОЦ. Д-Р НИКОЛА БОЖИЛОВ ВАСИЛЕВ, Д.М

София 2019 г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Социална медицина“ на Факултет по обществено здраве при Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 171 страници, и е онагледен с 28 таблици, 13 фигури, 1 схема и 3 приложения

Библиографската справка включва 163 заглавия, от които 25 са на кирилица и 138 на латиница.

Научно жури:

Доц. д-р Лидия Младенова Георгиева, MPhil., PhD, дм

Проф. д-р Анжелика Спасова Велкова–Монова, дмн

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Доц. д-р Никола Божилов Василев, дм

Проф. д-р Здравка Гърдева Василева-Валерианова, дм

Резервни членове:

Доц. д-р Пешка Ангелова Пешева, дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Публичната защита ще се състои на 20.06.2019 г. от 13 часа в зала № 7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София и на интернет страницата на МУ-София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ:

1.Въведение.....	4
2.Цел, задачи и методика на проучването	9
3. Резултати от проучването.....	16
4. Дискусия.....	52
5.Изводи	63
6. Модел	65
7. Препоръки.....	68
8. Приноси	70
9. Свързани публикации	71
10. Използвани съкращения	73

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Злокачествените заболявания са сред най-честите социално значими заболявания, както в света, така и в България. Годишно в света от злокачествени заболявания умират над 8 милиона души, като за 2018 г. очакваният брой е 9.6 млн., а в Европа – над един милион (GLOBOCAN 2018, Bray et al. 2018). И в България тенденциите са за все по-голям ръст на новозаболените и починалите, като за 2018 г. се очаква те да са съответно 33 778 и 18 999 души (<https://ecis.jrc.ec.europa.eu>).

Голяма част от злокачествените заболявания могат да бъдат предотвратени чрез профилактика и превенция. Възприемането на по-здравословен начин на живот и въвеждането на организиран популационен скрининг с широк обхват могат да доведат до значително понижение на броя на заболелите, намаляване на разходите за лечение и палиативни грижи. Първите програми за организиран скрининг за рак на маточната шийка стартират през 60-те години на 20 век, за рак на гърдата в края на 80-те години, а за колоректален рак – след 2000 г.

Усилията в страните от ЕС за по-добър контрол на раковите заболявания водят до разработването и приемането на политики за превенция, диагностика и лечение, основани на доказателства. В резултат от тези усилия, през последните 30 години са разработени три европейски плана за действие „Europe against Cancer“, Европейски насоки за гарантиране на качеството при скрининг за рак за три локализации и Препоръки на Съвета на министрите на здравеопазването на ЕС (2003/878/ЕС) – основният документ, описващ елементите, които националните скринингови програми следва да предвидят. За проследяване на резултатите от изпълнението на Препоръките от 2003 г. и Съобщението от 2008 г., са разработени два доклада на Европейската Комисия, показващи степента на въвеждане на скрининговите програми в ЕС (2008 и 2017 г.). Докладът от 2017 г., представя данни както за степента на въвеждане на скринингови програми в страните от ЕС, така и **оценка на качеството на съществуващите програми** на базата на обективни критерии и индикатори, като покритие на населението, приемане на скрининговите тестове, допълнителна диагностика и лечение, степен на разкриване (detection rate), прогнозна стойност на тестовете (predictive values of the tests) и др.

Съгласно втория доклад на Комисията, 24 от 28-те държави членки са въвели национални популационни скринингови програми.

Организираният популационен скрининг е насочен към цялото здраво население от определена възрастова група, провежда се по разписани и одобрени правила и предлага равни условия на всички подлежащи на скрининг граждани. Организираният скрининг причинява по-малко вреди от опортюнистичния, тъй като ефективно предотвратява свръх-изследването и свръх-лечението.

За да има най-голяма полза от скрининга и най-малко вреди за изследваните лица, предоставяните услуги трябва да бъдат с високо качество при спазване на основните етични принципи. Придържането към Европейските насоки за осигуряване на качеството и ясно разписани подробни алгоритми могат да спомогнат за постигане на ефективност на програмите.

Едно от основните предизвикателствата при въвеждане на национални скринингови програми е, че се изискват координирани усилия на много нива в здравната система, за да се гарантира качеството на услугите и ефективността на програмата. Невъзможността за осигуряване на устойчивост за дълъг период от време е сред най-големите рискове.

При въвеждане на цялостна скринингова програма, делът на *разходите, предназначени за осигуряване на качеството, трябва да бъде не по-малък от 10-20%*, в зависимост от мащаба на програмата (von Karsa et al. 2013). През първите години този дял може да бъде и значително по-висок, заради необходимостта от активни дейности за повишаване на обхвата. Когато ограничените финансови ресурси представляват особено силна бариера за изпълнението на програмата, както е в някои страни от Централна и Източна Европа, вкл. България, планирането и управлението трябва да се съсредоточат върху съществуващите устойчиви практики. С цел използване на наличните ресурси по икономически най-ефективен начин е необходима постоянна оценка на дейностите.

За осъществяването на ефективна скринингова програма, е задължително да се разработи информационна система - *скринингов регистър*. Чрез нея се определят подлежащите на скрининг лица, генерират се поименни покани,

регистрират се извършените тестове и резултатите от тях и се следят индикаторите на скрининговия процес. Информационната система е ключов инструмент за управление на програмата. Успехът на скрининговите програми зависи още и от броя на персонала, ангажиран в програмата, броя и разпределението на центровете в които се извършват изследванията, лечението и проследяването.

Провеждането на скринингови прегледи обикновено е част от дейността на общопрактикуващите лекари, специалистите от извънболничната помощ и частните практики. Независимо дали скрининговите изследвания се извършват в публичния или частния сектор, регистрацията им в скрининговия регистър е важна за ефективността на програмата. Поканата за явяване на скринингов преглед, заедно с информацията, получена от лекарите имат най-важна роля за взимането на информирано решение.

Оценката на качеството представлява система за контрол и предотвратяване на грешки, възникнали в различни етапи от скрининговия процес - от вземането на решение до интерпретацията на резултата. Ефектът от дадена скринингова програма се оценява посредством кратко-, средно- и дълго-срочни епидемиологични показатели, изчислени на популационно ниво. Към краткосрочните могат да бъдат отнесени честотата на преканцерозите и подобряването на стадийното разпределение, докато намаляването на заболяемостта се приема за средносрочен, а на смъртността като дългосрочен показател за ефективност.

Данните за оценка на програмите се разделят на две части – общи и агрегирани. Общата информация включва организационни и процедурни аспекти на скрининговата програма. Агрегираните данни са съвкупност от изчислени показатели за покритието, и участието, оценката, резултатите от последвалото лечение и характеристиката на откритите чрез скрининг злокачествени заболявания. Всички данни трябва да се отнасят за определена година и да бъдат стратифицирани по възрастови групи.

Докато ефективността на скрининговата програма може да се осигури с добра организация и да се оцени на базата на обективни критерии, то субективното усещане на гражданите за качеството на предложените им по

време на скрининг услуги не е постоянно следва да се изследва регулярно. Един от най-важните фактори за успеха на програмата е нагласата за участие в бъдеще, която е в пряка зависимост от преживяванията при предишни (скринингови) прегледи и изследвания.

Сред факторите, определящи нагласите за редовно явяване на скринингови прегледи са удовлетвореността на преминалите през изследване лица от предоставените услуги и усещането им за лична ефективност. Елементите, определящи чувството за удовлетвореност са: достъпността на услугата, информацията, получена преди прегледа, изпитаният физически дискомфорт и/или болка, усещането за психическо безпокойство, комуникационните умения на персонала, физическите условия (среда, апаратура, достъп), начинът на съобщаване на резултатите и др. Разбирането на общите и специфичните детерминанти на удовлетвореността позволява идентифициране и решаване на проблеми, което от своя страна може да доведе и подобряване на услугата. Това е особено важно в националните организирани програми, където високото качество трябва да се запази за дълъг период от време във всички звена, предлагащи изследвания и за всички слоеве от населението.

Задължението за участие в програма за скрининг може да бъде институционално или личностно. Данните показват, че някои хора участват в скринингови програми, независимо от тяхното ниво на познание, и не чрез активен избор, а чрез възприемане на задължението към здравните специалисти и здравната система. Санкциите за неявяване при покана не са доказали по-голяма ефикасност от мотивиращите участие дейности.

В България досега не е провеждан организиран популационен онкологичен скрининг, отговарящ на съвременните стандарти за качество. Първата скринингова програма в България е въведена през 1970 г. и е за рак на маточната шийка. В годините след 1990, екипи от експерти разработват предложения за въвеждане на популационна скринингова програма за различни локализации, но те не са реализирани на практика.

През 2009 г. Министерство на здравеопазването започва изпълнение на проект „СПРИ и се прегледай – Национална кампания за ранна диагностика

на онкологични заболявания”. Основната цел на проекта е създаването на устойчив модел за провеждане на организиран популационен скрининг за онкологични заболявания, съгласуван със съществуващите европейски указания и добри практики. Проектът приключва през 2014 г., отчитайки изпълнение на всички предвидени дейности, но със значително по-малък от очаквания брой проведени прегледи и изследвания.

Понастоящем, скринингът у нас следва да е част от Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. (НППХНБ) на МЗ. Според отчетените по програмата дейности, обхватът на скрининговите прегледи е минимален. Така, в страната скринингът продължава да е опортюнистичен, зависещ от информираността и собствената инициатива на гражданите. Ежегодно у нас се организират различни кампании за превенция главно на рака на гърдата и на маточната шийка, финансирани на местно ниво или от различни неправителствени организации. Обхватът и резултатите от тях са непроследими и не се отразява върху общите тенденции за заболяемост и смъртност.

2. МЕТОДОЛОГИЯ

2.1 ЦЕЛ:

Целта на настоящото научно изследване е да се анализира мнението на подлежащите на скрининг лица и на медицинските специалисти относно организацията и качеството на скрининговите услуги за рак на маточната шийка, рак на гърдата и колоректален рак в България, през периода 2004 – 2018 г. и да се предложи модел за популационен скрининг, основан на националните специфики, съобразен с Европейските правила за организация на скринингова програма.

2.2. ЗАДАЧИ:

1. Да се анализира научната литература, действащите нормативни документи и указанията за качеството на онкологичния скрининг в България, Европейския съюз и в други страни с приложими за нашите условия практики.
2. Да се проучат знанията, опита и нагласите на потребителите на скринингови услуги в България за трите локализации – РМШ, РМЖ и КРР.
3. Да се изследва удовлетвореността на гражданите от качеството на получените превантивни/скринингови услуги.
4. Да се направи сравнителен анализ на резултатите от проучването през 2018 г. с тези от предишни изследвания.
5. Да се проучи мнението на медицинските специалисти относно организацията и ефективността на онкологичния скрининг в периода 2004-2018.
6. Да се разработят препоръки и модел за въвеждането на организиран популационен скрининг в България.

2.3. МЕТОДИКА:

Научното изследване обобщава резултати от проучвания, проведени в периода 2004 – 2018 г. с активното участие на докторантката във всички етапи – разработване на въпросници и анкетни карти, обработка и анализ на резултати, описание на резултати и заключения.

Проучването, проведено през 2018 г. е самостоятелно. Всички елементи в него – анализ на документация, разработване на въпросници, анализ и описание на данни, изработване на препоръки и модел за популационен скрининг, са самостоятелен принос.

2.3.1. Онкологичен скрининг на маточната шийка в България: психосоциални аспекти и състояние на здравната система¹ (2004).

Изследването включва разнообразие от методи:

- *Полу-структурирани интервюта* с 50 лекари и медицински специалисти, от София, Плевен, Кърджали и Варна, работещи в различни условия и на различни нива в системата на здравеопазване;
- *Шест фокус групи* с общопрактикуващи лекари, гинеколози и онколози в градовете София, Варна, Плевен и Сливен;
- *Полу-структурирани интервюта с експерти*, – представители на Министерство на здравеопазването, специалисти по обществено здраве, цитолози, онколози, представители на неправителствени организации, на НЗОК, членове на Парламентарната комисия по здравеопазване и др.
- *Полу-структурирани интервюта с жени (N=35)* за изследване на знанията, бариерите и преживяванията от проведени профилактични или скринингови изследвания с цитонамазки.
- *Национално представително изследване сред 1099 жени* – разработеният структуриран въпросник включва широк обхват от

¹ Проектът е финансиран от фондациите “Бил и Мелинда Гейтс” и EngenderHealth, САЩ и е реализиран едновременно в България и Румъния. В България проектът е изпълнен от Научен Център „Психология и здраве“

психосоциални показатели с цел установяване на връзката между когнитивни, социални и структурни фактори.

2.3.2. Готовност за провеждане на организиран масов скрининг за рак на маточната шийка в България - мнението на медицинските специалисти ² (2006).

Целта на това изследване е да се разшири съществуващата информация за ситуацията с вторичната профилактика за рак на маточната шийка в България, като се добави мнението на водещи здравни специалисти и представители на основните институции, ангажирани с проблема, както и да се дадат препоръки за разработването на ефективна програма за профилактика и контрол за рака на маточната шийка в България.

Извадката (convenience sample) включва 46 специалисти от Министерство на здравеоазването, НЗОК, Националния център по опазване на общественото здраве и анализи (НЦОЗА), Българското дружество по онкогинекология, специалисти от медицинските университети в София, Пловдив и Варна, представители на неправителствени организации, ангажирани с проблемите на онкологичната помощ.

Въпросникът включва петнадесет (15) въпроса относно разпространението на болестта, здравните политики, съществуващите инициативи и програми, предпочитаната форма на организация на превенцията, бариерите (организационни и персонални) и др.

² Това изследване е финансирано от Европейската комисия (Directorate C, Public Health and Risk Assessment Health & Consumer Protection Directorate general) по проект EUROCHIP (European Cancer Health Indicator Project) фокусиран върху борбата с неравенствата по отношение на онкологичните заболявания в европейските страни. Партньор за България – СБАЛ по онкология ЕАД, София.

2.3.3. Оценка на ресурсите и контрола на качеството в цитологичните лаборатории в страната (2011г.)

Целта на изследването е да се разберат практиките в патолого-анатомичните лаборатории в България и да се прецени до каква степен те отговарят на Европейските критерии за управление на качеството.

Въпросникът включва 92 въпроса, като за разработването му са използвани интервюта със специалисти патоанатоми, ангажирани с цитодиагностика и Европейските насоки за осигуряване на качество при скрининг за рак на маточната шийка: "Глава 4 - Лабораторни насоки и практики за осигуряване на качеството на цитологията" (Arbyn et al. 2008 г.)

2.3.4. Фактори, влияещи на късната диагноза при жени, диагностицирани с рак на маточната шийка или предракови състояния (2011 -2012 г.)

Проучването цели да изясни (1) причините за късното диагностициране на рака на маточната шийка в страната; (2) съществуващите разлики между скрининговите истории на жени с рак на шийката на матката и тези с по-малко напреднали аномалии; (3) нагласите за участие в скрининговите програми сред жените с цервикални аномалии. Изследването е проведено в периода юни 2011 – януари 2012 г. и в него са взели участие 98 жени, анкетирани в 6 болници в страната. Средната възраст е 43,9 г. (S.D.-13,3). В извадката 47% са жени с висше образование; 45% със средно образование и 8% с начално образование.

2.3.5. Проучване сред медицински специалисти участвали в проект „СПРИ и се прегледай“, (2013г.)

Извадката от медицински специалисти включва 68 души от 17 области в страната. Анкетната карта е разработена от докторантката и е представена чрез регионалните координатори на скрининга до над 400 медицински специалисти, регистрирани в Националния скринингов регистър като изпълнители на прегледи, с молба за попълване и при спазване на принципите на доброволност и анонимност.

Анкетата включва въпроси относно:

- Създадената по време на изпълнението на проекта организация

- Полезността от включването на лечебните заведения в проекта
- Субективна оценка за ефективността на проекта
- Работата с информационната система Национален скринингов регистър и система за известяване (НСР СИ)
- Съвместната работа с регионалния координатор
- Нагласите за участие в Националната програма за превенция на хроничните и незаразни заболявания (НППХНБ)
- Препоръките им за оптимизиране на скрининговия процес в България.

2.3.6.1. Оценка на качеството на предоставяните услуги при скрининг за рак на маточната шийка, на гърдата и на дебелото черво сред потребителите на услугата (2018)

Извадката от граждани, подлежащи на скрининг, включва 300 души – 44 мъже и 256 жени, на възраст над 25 години. Участниците са разпределени в три групи, като за всяка локализация е избран възрастов диапазон, съобразен със съответните европейски и национални препоръки за възраст при скрининг. За рак на маточната шийка са анкетирани жени на възраст 25-59 г., за рак на гърдата – жени на възраст 45-69 г., а за рак на дебелото и правото черво – 44 мъже и 56 жени на възраст над 50 години. Извадката включва жители на София, на областни градове (Бургас, Плевен, Перник и Стара Загора) и на села от областите Перник и Плевен.

Анкетната карта за граждани съдържа 40 въпроса, разпределени в следните раздели:

- Информираност и знания за болестта, превенцията ѝ и скрининговото изследване
- Проведени в миналото изследвания
- Комуникация с медицинските специалисти, резултати и документация
- Нагласи за явяване в бъдеще
- Удовлетвореност
- Ангажираност/ Отговорност за явяване
- Демографски характеристики.

За разработването на въпросника за граждани са използвани избрани скали от въпросник, приложен в национално представително изследване през 2004 г. за рак на маточната шийка (Аврамова и кол. 2005), адаптиран към целите на настоящото проучване. За оценка на удовлетвореността и отговорността е използван адаптиран вариант на въпросник, разработен в Дания и приложен сред жени, преминали през скрининг за рак на гърдата (Gabel et. Al, 2017). Датският инструмент е преработена и разширена версия на стандартен въпросник за качество на здравни услуги в страната.

Методи за събиране на първична информация:

Източници на информация:

Нормативни актове:

- Закон за здравето (превенция и профилактика – общо)
- Национална здравна стратегия 2020
- Национална програма за хронични незаразни болести
- НАРЕДБА № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, която отменя Наредба № 39 от 2004
- Препоръката на ЕС 2003
- Европейски указания за контрол на качеството
- Ръководства за добра медицинска практика при скрининг, разработени по проект „СПРИ и се прегледай“ и публикувани на електронната страница на МЗ.

Социологически методи:

- Документален метод
- Анкетен метод – проведени са пряка анонимна анкета с граждани (потребители на скринингови услуги).

Статистически методи

Данните са въведени и обработени със статистическия пакет IBM SPSS Statistics 23.0. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза е прието $p < 0.05$.

Приложени са следните методи:

1. *Дескриптивен анализ* – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. *Вариационен анализ* – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. *Алтернативен анализ* – за сравняване на относителни дялове.
4. *Точен тест на Фишер и тест χ^2* - за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.
5. *Непараметричен тест на Колмогоров-Смирнов и Шапиро-Уилк* – за проверка на разпределението за нормалност.
6. *Непараметричен тест на Ман-Уитни* – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.
7. *Графично представяне на резултатите* - стълбовидни и секторни диаграми за представяне на обобщаващите статистически характеристики и относителните честоти.

За графична обработка, онагледяване и презентация са използвани продуктите на Microsoft Office.

3. РЕЗУЛТАТИ

3.1. Резултати от проучването „Онкологичен скрининг на маточната шийка в България: психосоциални аспекти и състояние на здравната система“ (2004 г.)

В проучването участват медицински специалисти работещи в различни условия и на различни нива в системата на здравеопазване, експерти и жени, подлежащи на скрининг.

Извадката от националното представително изследване включва 1099 жени на възраст от 20 до 65 години (ср. възраст 43.7 г.). Според семейния статус, 75% са омъжени, 13.7% – неомъжени, 4.9% разведени и 6.4% вдовици. По етническа принадлежност – 80.4% са българки, 10.3% туркини и 8.3% ромки. По религия 74.6% – източно-православни, 12.7% мюсюлманки и 10.8% не изповядват никаква религия.

Повечето *медицински специалисти* в проучването от 2004 г. знаят, че скринингът е значим, бърз и икономически изгоден диагностичен метод за профилактика на рака на шийката на матката и подкрепят идеята за по-масовото му прилагане. Изказват също и мнението, че здравната ни система все още е ориентирана главно към лечение, а профилактиката изостава. Почти всички интервюирани са единни, че предишната система за масов скрининг, организирана по месторабота, е заменена с опортюнистичен скрининг с недостатъчно управление от страна на институциите, на национално или на местно ниво. Много лекари свързват хаотичният скрининг с увеличаването на заболяемостта и смъртността от рак на шийката на матката.

Като цяло, моделът от миналото се оценява като добър, но специалистите работили и в предишната система са по-критични и споделят негативни практики като взимане на повече проби от една и съща жена с цел отчитане на по-голям обхват, значителен брой неадекватни проби и др. Въпреки, че тези данни поставят под съмнение *ефективността и качеството* на цервикалния скрининг в миналото, експертите отчитат период от няколко години, в който ръстът на заболяването е бил ограничен.

Специалистите, участвали в изследването, не са били единни относно скринговия контингент и скрининговия интервал, приет в страната. Най-често срещаното мнение е, че скринингът трябва да бъде масов, при който всички жени преминават веднъж годишно на профилактичен преглед, включващ цитонамазка. Смята се, че този вариант е по-удобен за контрол и е еднакво предпочитан и от лекари, и от пациенти.

Изследването от 2004 г. поставя въпроса за комуникацията между подлежащите на скрининг и медицинския персонал. Повечето лекари в проучването смятат, че предоставят достатъчно информация на пациентите за резултатите от цитонамазките, тяхното лечение и последващите действия, а по-слаб акцент поставят върху обсъждането на ползите от скрининга. Те виждат своята роля като чисто техническа, фокусирана върху извършването на цитонамазката според правилата за добра медицинска практика и стандарта по акушерство и гинекология, а осигуряването на подробна информация относно скрининга - като периферна дейност, която трябва да се извършва от институции за здравна просвета и граждански организации извън здравната система. Имайки предвид ограничените ресурси за здравеопазване в годините след 1989, много експерти на ръководни постове и лекари, възприемат **ангажирането с профилактика като нереалистично, поглъщащо много време и ,отживелица‘ от миналото.**

Контролът на качеството в това изследване е отчетен само по отношение на цитопатологичните лаборатории. Данните са от интервюта с четирима патологоанатоми от Кърджали, Плевен и София (2). Според респондентите, качеството на взиманите цитонамазки в миналото не е било добро, заради по-активното участие на необучени акушерки и медицински сестри с цел увеличаване на обхвата на скрининга, а процента на „фалшиви“ цитонамазки и преди е бил значителен. Като съществен проблем се отчита липсата на стандартизирана процедура за изискване на повторна цитонамазка при неадекватно качество или съмнения. Липсата на национална референтна лаборатория не се смята за съществен недостатък на здравната система. Контролът от страна на външни институции нерядко лекарите възприемат като “санкция”, а не като критерий за оценка на качеството на дейността им.

От друга страна, резултатите показват, че акушер-гинеколозите имат доверие на цитолозите и са спокойни за качеството на получените резултати. Малка част от интервюираните гинеколози приемат идеята, че личните лекари биха могли да взимат цитонамазки, ако съществува система за сътрудничество с по-специализирани кадри и *контрол на качеството*.

Резултати от представителното изследването сред жени, подлежащи на скрининг

Това изследване показва, че повече от половината жени в България не посещават редовни гинекологични прегледи, не знаят какво е онкоцитонаמצка и такава не им е правена в последните пет години.

Жените, участвали в изследването, по-често са били с позитивна нагласа към профилактиката, която обаче трудно превръщат в съответни действия. Приблизително половината от участничките са заявявали *намерение* да се изследват в следващите 3 месеца, около една трета не са възнамерявали да отидат за цитонаמצка, а други 20% все още не са взели решение. Важно е да се отбележи, че 65% от жените, които през 2004 г. не възнамеряват да отидат за скрининг, никога не са си правили цитонаמצка. Намерението да се направи цитонаמצка в близко бъдеще значително варира според големината на населеното място, като то е най-силно в малките и средните населени места. Семейното положение също е свързано с намеренията на жените, като омъжените (52%) и разведените жени (65%) имат по-силни намерения в сравнение с вдовиците (31%) и неомъжените (41%).

Етническата и религиозната принадлежност, както и степента на религиозност не са свързани с намерението на жените да отидат за цитонаמצка в бъдеще. Образованието е важен определящ фактор, като жените с ниска образователна степен заявяват най-слаби намерения (23%), в сравнение с 63% и 60% от жените съответно с полувисше и висше образование. От гледна точка самооцененото финансово състояние, 75% от жените, които оценяват финансовото си положение като „много добро” и 62% от жените, оценяващи го като “добро” възнамеряват да отидат за цитонаמצка, докато само 37% от оценяващите финансовото си положение като “много лошо” имат подобни намерения. Възрастта също играе роля като определящ фактор на намеренията

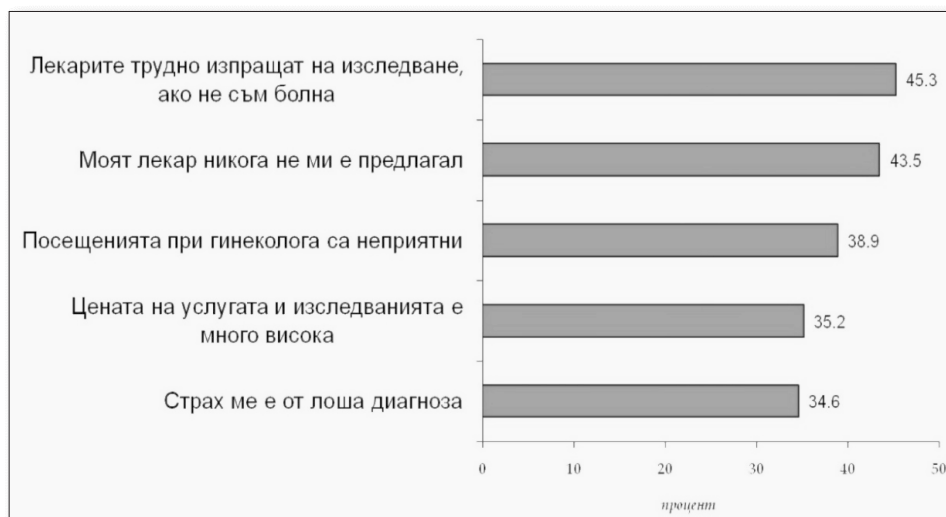
за скрининг в бъдещето. От жените, които имат намерение да отидат за цитонамазка, най-нисък е процента на жени от възрастовата група 60-65 г. (7.4%), а най-големият – във възрастовата група 50-59 г. (26.4%). Намеренията за участие в скрининг не предсказват напълно поведението в бъдещето, но са най-непосредственият определящ фактор на поведението и се използват широко в изследванията в областта на психология на здравето.

Като цяло, жените, анкетирани през 2004 г. са изказали недоволство от функционирането на здравната система и собено силно това се наблюдава по отношение на наскоро въведения модел на личният лекар, който се възприема като „портиер” на здравната система. “Медицината ни е станала една търговия”, са думи на участничка в изследването. Това създава ситуация, в която жените избягват контакт със здравната система докато това не стане абсолютно неизбежно, и не са мотивирани да ходят на лекар при липсата на конкретни оплаквания. В проведените интервютата някои жени споделят, че личните им лекари ги обезкуражават да си правят профилактични прегледи с аргумента, че са твърде млади и/или здрави, за да имат оплаквания и не е нужно да отнемат от ограничените ресурси за пациенти, които са действително болни.

Бариерите, които жените оценяват като най-съществени са представени на фиг. 1.³ Най-съществените организационни бариери, отчетени през 2004 г. са свързани с липсата на предложение от страна на лекарите за превантивен преглед с цитонамазка. Субективните бариери са свързан с неприятните усещания по време на прегледа, страхът от лоша диагноза и високата „цена“⁴ на услугата.

³ Сумата от процентите надвишава 100, тъй като анкетирани са давали повече от един отговор.

⁴ “Цената” включва и аспекти на скрининга, които се оценяват като негативни - страх, неудобство, липса на време и др.



Фигура 1.

Баристри пред ефективния скрининг, оценени от жените, 2004 г.

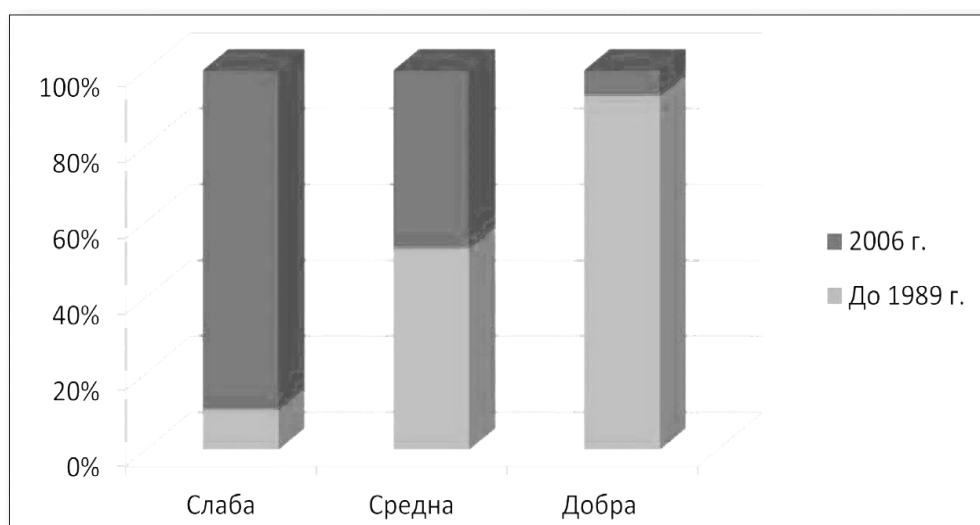
3.2. Резултати от проучването “Готовност за провеждане на организиран скрининг за рак на маточната шийка в България – мнение на медицинските специалисти“ (2006 г.)

Резултатите от това проучване показват, че значителна част от медицинските специалисти са наясно с тревожната статистика за заболяемостта и смъртността от рак на маточната шийка в страната. Сред по-оптимистично настроените са главно представителите на МЗ и НЗОК, а най-добре информирани за реалната ситуация са лекарите и представителите на неправителствените организации, ангажирани с проблемите в онкологичната помощ.

Повечето участници не са сигурни до каква степен рака на маточната шийка е здравен приоритет, нито какви програми за профилактика са действали към момента. Приблизително по равно (около 1/3) са разпределени мненията, че превенцията на рака на маточната шийка е (1) реален приоритет, (2) не е приоритет и (3) трябва да бъде приоритет, но това не е отразено в действащите регламенти.

Аналогично на изследването от 2004 г, резултатите показват, че експертите не са сигурни какви програми за превенция на рака на маточната шийка съществуват в България.

Сравнението в оценките на лекарите за скрининга преди 1989 г. и през 2006 г. ясно показва одобрение на съществуващата преди промените програма и слаба оценка на ситуацията от 2006 г. (Фиг.2.). Като добър оценяват скрининга в миналото 61%, а 74% оценяват моментната ситуация като лоша. Още потрвожен е факта, че болшинството от участниците (61%) не вярват, че здравната система е в състояние да се справи със съществуващата ситуация и да въведе ефективна скринингова програма в съответствие с Европейските указания.



Фигура 2. Оценка на лекарите за скрининга преди 1989 г. и през 2006 г.

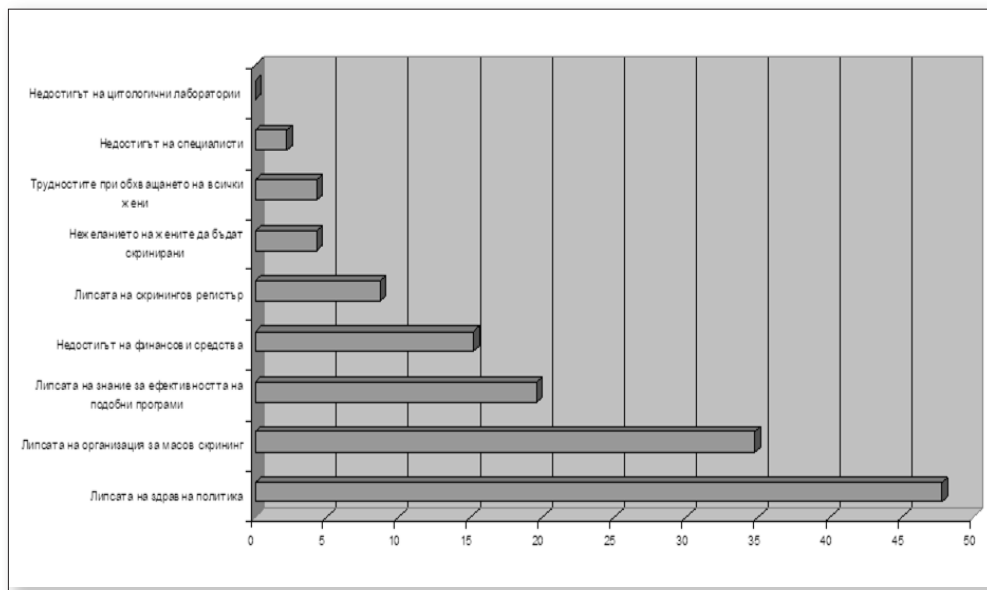
Изследването от 2006 г. потвърждава мнението на специалистите от 2004 г., че взимането на цитонамазките трябва да се извършва от акушер-гинеколози и участието на ОПЛ и акушерки на този етап е неуместно.

Основните бариери за ефективен скрининг, според медицинските специалисти, се подреждат по следния начин:

- Липса на здравна политика – 47.8%
- Липса на организация за провеждане на скрининг – 34.8%
- Недостатъчно знание за ефективността на скрининга – 19.6%
- Недостатъчно финансиране – 15.2%

Според участниците в това изследване, най-съществени бариери са липсата на адекватни политики и на организация, а бариери като „нежелание на жените да бъдат изследвани”, „липсата на скринингов регистър”,

„недостатъчен брой цитологични лаборатории” и др. се смятат за незначителни.



Фигура 3. Барииери за ефективен скрининг според медицинските специалисти (в %).

3.3. Резултати от проучване сред цитологичните лаборатории в страната – ресурси и контрол на качеството (2011 г.)

Основното заключение от това проучване е, че в цитопатологичните лаборатории в България не се спазват стриктно Европейските насоки за осигуряване на качеството при скрининг. Въпреки, че има отделни лаборатории, работещи съгласно критериите за качество и при добър контрол, на много места придържането към изискванията на Насоките е незадоволително. Липсват ясни указания за управление и контрол на качеството в патологичните лаборатории, анализиращи онкоцитонамазки. Практиките за вътрешен и външен контрол на качеството са недостатъчни. Лабораториите, включени в изследването, се различават значително помежду си по отношение на личното и лабораторно натоварване.

Друга констатация от проучването се отнася до спешната необходимост от разработване на политики за образование и обучение на цитопатолозите в страната, както и за продължаващо обучение на работещите специалисти. От проведените в рамките на проекта интервюта става ясно, че почти всички патолози в страната комбинират задължения в обществени и

частни лаборатории по финансови причини. Поради недостатъчния брой специалисти по патология, в страната има лаборатории с един патолог, а в някои региони един патолог работи в две или повече лаборатории, нерядко разположени в различни градове. Това са практики, които Европейските насоки не препоръчват тъй като може да бъде пречка за вътрешния контрол на качеството. Включването на биолози и разработването на повече програми за обучение по цитопатология би могло да бъде решение за преодоляване на наблюдавания недостиг на човешки ресурси, главно при първичен скрининг. От друга страна, цитопатолозите смятат, че без конкретни политики, обучените млади специалисти няма да останат в страната и ресурсите по обучението им ще се окажат излишни. Лекции и курсове, фокусирани върху критериите за осигуряване на качеството, могат да помогнат на работещите патолози да следват по-стриктно Европейските препоръки и да поддържат експертните си познания актуални. Иницирането на ресертификация и тестване на квалификацията съгласно евро-стандартите може да бъде решение за подобряване на качеството на комуникацията между различните специалисти.

В несъответствие с правилата за добра организация и практика, лабораториите в страната не са свързани нито помежду си, нито с референтна лаборатория. Цитонамазките, взети и анализирани в частния сектор, остават „анонимни“ за здравната система, като патолозите съобщават резултатите директно на гинеколозите, изискали изследването. Патолозите не комуникират пряко нито с общопрактикуващите лекари, нито със самите жени. Само някои лаборатории докладват случаи на рак на Националния раков регистър, и то нередовно.

Изследването открива позитивна нагласа у патолозите за участие в бъдеща програма за скрининг. Въпреки положителното отношение, някои лаборатории съобщават, че нямат капацитет да увеличат работното си натоварване при настоящите условия. Тези, които биха могли да участват в бъдеща програма, съобщават за капацитет от 30 до 100 допълнителни гинекологични намазки на ден, което не би било достатъчно за осигуряване на скрининг с висок обхват и добро качество.

Информацията, събрана в това изследване, представя сериозните проблеми, с които се сблъскват специалистите, ангажирани с цито-патология в България. Съществува необходимост от допълнителна информация и оценка на броя на лабораториите, които отговарят поне на минималните европейски препоръки за контрол на качеството в бъдеща програма за скрининг.

3.4. Резултати от проучване сред жените, диагностицирани с рак на шийката на матката или предракови лезии (2011 г.)

Проучването цели изясни причините за късното диагностициране на рака на маточната шийка в страната;

Честотата на PAP-тестове в миналото е представена в Таблица 1. Честотата на изследване в миналото е допълнително прекодирана в две категории – адекватно и нередовно тестване. Жените, които редовно са се преглеждали (до три години между две цитонамазки), се считат за адекватно изследвани. Жените, изследвани рядко, никога и които не помнят времето на последния си тест, се считат за недостатъчно изследвани⁵. Така, от участвалите в проучването жени, 53,1% са имали адекватен скрининг и 45,9% са имали недостатъчен скрининг в миналото.

	Честота N	Процент %
Два пъти годишно	14	14.3
Всяка година	29	29.6
На три години	9	9.2
На пет години	3	3.1
По-рядко от веднъж на пет години	31	31.6
Не знам	4	4.1
Не помня	1	1.0
Никога	5	5.1
Веднъж (в живота)	1	1.0
Липсват данни	1	1.0
Общо	98	100.0

Табл 1. Честота на изследване с цитонамазка при жени с абнормени резултати

⁵ Въпреки че има страни, където се практикува петгодишен интервал на скрининг, в България той не се препоръчва.

Един от основните въпроси на изследването е дали жените, диагностицирани с инвазивен рак, са имали различна история на скрининг, в сравнение с тези с по-малко напреднали форми на заболяването. Данните показват, че 80,0% от всички жени, диагностицирани с рак на маточната шийка, са били изследвани нередовно в миналото. Ситуацията в групата жени с преканцерозни лезии е напълно различна. Повечето от тях съобщават за адекватен скрининг и само 9,5% са били недостъжно изследвани в миналото. (Табл 2). В същото време, във възрастовия диапазон от 30 до 59 години (възрастта, препоръчана за организирани скринингови програми), равен брой жени (N = 34) са имали адекватна и неадекватна история на скрининг. Тревожни са данните за по-младите жени, при които значително повече са тези, които са се изследвали редовно, а са достигнали сериозни състояния.

			<i>Адекватен</i>	<i>Нередовен</i>	<i>Общо</i>
Резултат/ Диагноза	Cervical cancer	N %	8 19,5%	33 80,5%	41 100,0%
	РАРІІІ & РАРІV	N %	38 90,5%	4 9,5%	42 100,0%
	Общо	N	46	37	83
Възраст	Под 30 г.	N %	15 83.3%	3 16.7%	18 100.0%
	30 -59 г.	N %	34 50.0%	34 50.0%	68 100.0%
	60+ г.	N %	2 20.0%	8 80.0%	10 100.0%
	Общо	N	51	45	96
Образование	Висше	N %	34 73,9%	12 26,1%	46 100,0%
	Средно и по-ниско	N %	18 35,3%	33 64,7%	51 100,0%
	Общо	N	52	45	97

Таблица 2. Резултати според етапа на заболяване, възрастта и образованието

Данните показват още, че 74% от жените с висше образование са имали адекватна скринингова история, докато при жените със средно или по-ниско образование, те са 35,3%.

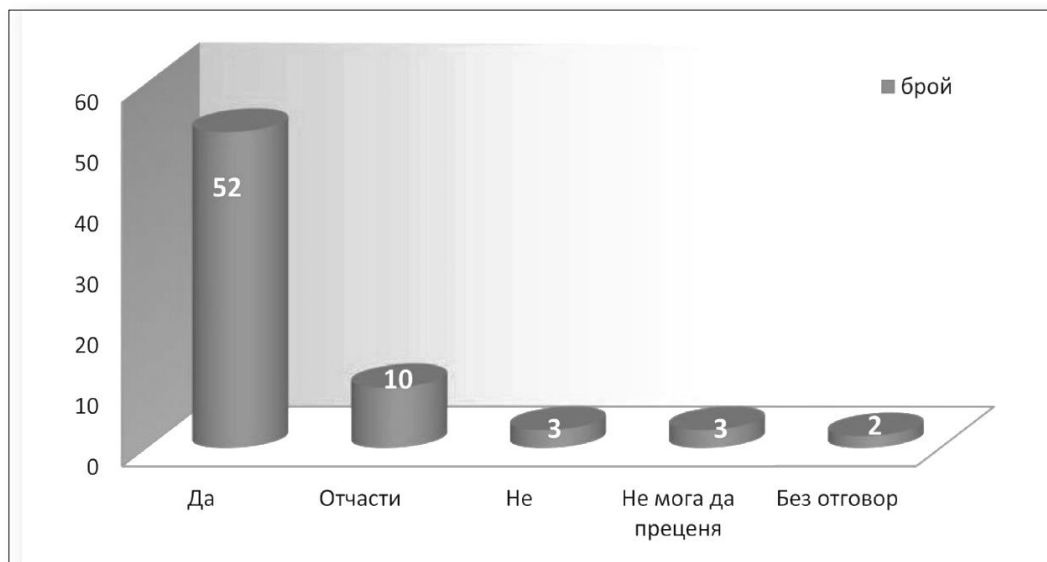
Отговорите на жените за препоръките, дадени от лекарите за лечение и проследяване, отново показват, липсата на унифициран подход. Половината от жените с група РАР III са били насочени към колпоскопия, а другата – не. Този резултат не е в съгласие нито с националните указания на АГ стандарта, нито с Европейските насоки, според които всяка жена с резултати извън нормата, следва да бъде насочена към колпоскопия.

Повечето от жените (63%) съобщават, че имат информация за съществуването на скринингови програми, а 84% от тях оценяват тези програми като ефективни. Жените, диагностицирани с рак са по-добре информирани за съществуването на скринингови програми (68,3%), от тези с РАР III и РАР IV. Повече от 90% от жените, независимо от степента на развитие на заболяването, съобщават, че ако бъдат поканени, биха участвали в скринингова програма, както и че биха препоръчали скрининг на близки или приятели.

3.5. Резултати от проучване сред медицински специалисти, участвали в проект „СПРИ и се прегледай“ (2013 г.)

От поканените за участие около 400 медицински специалисти, отзовалите се на поканата са 69. Почти всички от попълнените анкетата са преценили участието си като полезно или отчасти полезно. Само един участник е отговорил негативно.

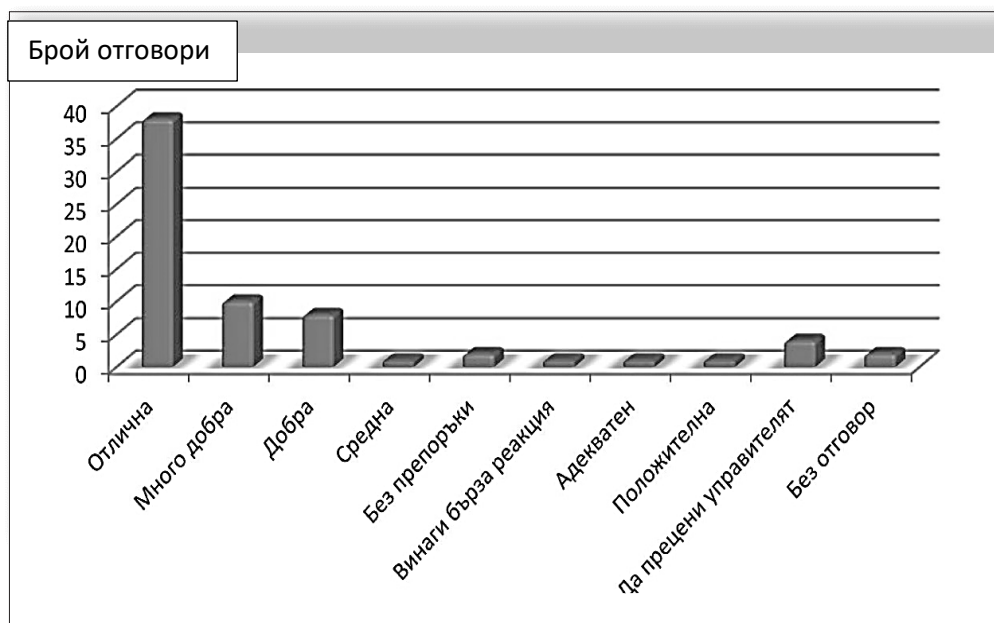
Отношението към създадената по време на изпълнението на проекта организация може да се определи като силно положително (фиг.4). По-голямата част от участниците го определят като ефективен или по-скоро ефективен (N= 62).



Фигура 4: *Одобрение на организацията по време на проект „СПРИ и се прегледай“*

Оценката за работата с информационната система Национален скринингов регистър и система за известяване (НСР ИС) е противоречива. Около половината участници в това изследване са се въздържали от отговор. От отговорилите, повече от половината са с позитивна оценка, но не липсват и критични мнения относно работата с различни функционалности на регистъра. Работата в реално време е затруднила някои от участниците, други не са успявали да приключат досиетата на изследваните лица, трети я определят като „трмава“, „объркана“ и „бавна“. Медицинските специалисти оценяват работата с регионалните координатори на скрининга позитивно. Около 90 % от отговорилите дават добра, много добра или отлична оценка на регионалният координатор, с когото са работили, като най-много са отличните оценки (фиг.5).

Понастоящем задачите по осигуряване на устойчивост и провеждане на скринингови прегледи са включени в рамките Националната програма за превенция на хроничните и незаразни заболявания (НППХНБ) на МЗ. По тази причина е изследвана нагласата на медицинските специалисти относно участието им в тази програма в бъдеще. Позитивна нагласа за продължаване на скрининговата дейност в рамките на национална програма за превенция (или друга), е изказана от повече от две трети от анкетираните участници. Тези отговори показват осъзната отговорност от страна на медицинските специалисти за важността на онкологичния скрининг и за собствената им роля в скрининговия процес.



Фигура 5. Оценка на медицинските специалисти за работата с регионалните координатори.

Една от най-ценните части на анкетата с медицински специалисти са препоръките им за оптимизиране на скрининговия процес в България. Те могат да бъдат обобщени в няколко направления:

- **Подобряване на процеса на известяване** – контрол на процеса на известяване; включване на допълнителни методи на известяване – чрез телефонно обаждане (от ОПЛ или машинно), текстово съобщение (SMS) и др; оптимизиране на срока на поканите и изпращане на напомнящи писма; подобряване на известяването, чрез по-добри пощенски услуги; подобряване на комуникацията между пациентите и лечебните заведения, възможност за предварително уговорени часове за изследване и др.
- **Усъвършенстване на информационните кампании, с цел достигане до всички подлежащи на скрининг лица**
- **Улесняване на достъпа и обхващане на по-големи групи от хора**
- Преодоляване на трудностите при работа с **Национален скринингов регистър (НСР СИ)** – улесняване на процедурата по регистрация на лечебните заведения; опростяване на отчетността; по-голяма гъвкавост при възникване на технически проблеми; оптимизиране на достъпа до регистъра и на работата с него; обучение, вкл. индивидуално, на всички регистрирани потребители; облекчаване

на комуникацията с лицата за техническа поддръжка; предвиждане на отделна позиция за администриране на скрининговите дейности към лечебните заведения;

- ***Включване на личните лекари в скрининговия процес***
- ***Осигуряване на устойчивост***
- ***Промяна в медицинските критерии*** - обхващане на рискови групи и фамилии с колоректален рак; възможност за ендоскопски скрининг
- ***Засилване на ролята на гражданите*** - повишаване мотивацията на хората за участие в програмата; повече информация за пациентите за ползата от скрининговите изследвания; да се търси отговорност на невъзползвалите се от скрининга чрез административни или финансови санкции за неявилите се; осигуряване на стимули за лица, преминали през скринингов преглед;
- ***Обхващане на здравно неосигурените лица***
- ***Общи препоръки към политиките в системата на здравеопазване.***
- ***Препоръки към организацията:***
 - Скринингът да се извършва от екипи, включващи IT-специалисти, администратори и др., като се предвидят възнаграждения за всеки от екипа.
 - По-добра информираност за личния статус на пациентите - предварително изключване от таргентната група на болни с доказано онкологично заболяване и включени в Раковия регистър като диспансеризирани; информация за високо рискови пациенти
 - Разширяване на обхвата
 - Постоянен, а не кампаниен подход; удължаване на срока на поканите
 - Изясняване на причините, за неявяване.
 - Унифициране на изискванията и модела на провеждане на скрининговите прегледи чрез персонално обучение на преките изпълнители
 - Формиране на скринингови центрове за комплексно обслужване по трите направления на скрининга.

3.6. Резултати от изследване сред граждани, подлежащи на скрининг (2018 г.)

Социално-демографските характеристики на участниците са представени на табл. 6.

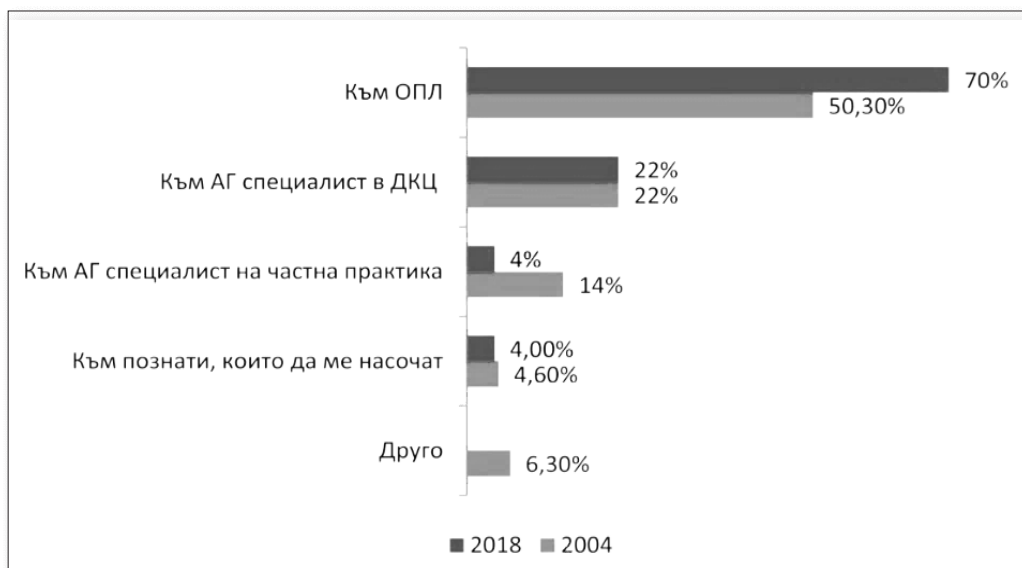
	PMШ,	PMЖ N	KPP N	Общо N	%
Възраст					
25-29	14	-	-	14	4.7
30-39	33	-		33	11.0
40-49	31	20	2	53	17.7
50-59	20	43	41	104	34.7
60-69	2	37	33	72	24.0
70+	-	-	24	24	8.0
Населено място					
гр. София	55	35	35	175	58.3
Областен град	25	40	35	100	33.3
Село	20	25	30	75	25.0
Семейно положение					
Омъжена/Женен	70	74	62	206	68.7
Неомъжена	7	4	5	16	5.3
Разведен/а	7	9	15	31	10.3
Вдовец/ица	1	8	15	24	8.0
Съвместно съжит.	15	5	3	33	11.0
Етническа принадлежност					
Българска	89	90	95	274	91.3
Гурска	2	3	2	7	2.3
Ромска	9	7	3	19	6.3
Образование					
Без образование	1	1	4	6	2.0
Начално	1	3	7	11	3.67
Основно	4	12	15	31	10.3
Средно	46	57	49	152	50.6
Колеж	1	1	3	5	1.67
Висше	47	26	22	95	31.7
Основно занятие					
Безработен	13	12	11	36	12.0
Студент	3	0	1	4	1.3
Служител	84	65	43	192	64.2
Пенсионер	-	21	41	62	20.7
Друго	-	2	3	5	1.7

Таблица 5: Социално-демографски характеристики на участниците в проучването

Според местоживеенето си, над половината от участниците са от столицата (58.33%), около една трета от областни градове (33%) и една четвърт живеят в села (25%). Над две трети от участниците живеят в брак или

съвместно съжителство, а около една четвърт са неженени, разведени или вдов(и)ци. Заявената етническа принадлежност на анкетираните е предимно българска, като около осем процента са се самоопределили като лица от турски или ромски етнос. Според образователната си степен, около половината от участниците са със средно образование, а една трета – с висше. Останалите са със степен по-ниска от средно образование или без никакво образование. Над десет процента от анкетираните са били безработни в периода на изследването, около две трети – служители и над двадесет процента – пенсионери.

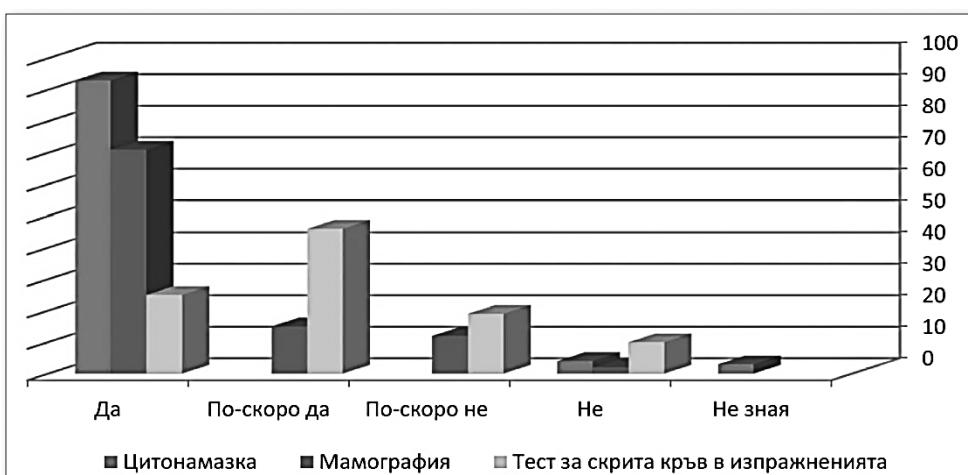
Данните за честотата на гинекологичния преглед показват, че почти всички участници са преминали по някакъв повод през ЛЗ в последната година и биха могли да бъдат насочени към скрининг, ако лекарите имат достъп до информация за проведените в миналото изследвания. Жените в по-млада възраст най-рядко търсят медицинска помощ и могат да бъдат „пропуснати“ от здравната система, особено в условия на опортюнистичен скрининг. Сравнение между отговорите на този въпрос в изследванията от 2004 и 2018г. показва, че най-висок е процентът на жените, посещаващи лекар поне веднъж годишно (59.2% през 2004г. и 54% през 2018г.). Запазва се относително високият процент на жени, които посещават гинеколог по-рядко от веднъж годишно. (23.8% и 25% през 2004 и 2018 респективно). Разпределението по възраст показва, че 38% от анкетираните жени на възраст до 39 г., както и 56% от тези на възраст между 40 и 59 г. ходят на гинекологичен преглед поне веднъж на пет години. В сравнение с 2004 г., сега повече жени се обръщат първо към своя личен лекар при гинекологични проблеми. Ако през 2004 г. те са били около половината от анкетираните (50.3%), то през 2018 те са над две-трети (70%). Сравнението на данните с изследването от 2004 г. показва, че се запазва броя на жените, които се обръщат към АГ специалист в ДКЦ (22%), както и че намаляват жените, които директно се обръщат към частните практики (от 14% на 4 %). Сравнението на данните е представено на фигура 7.



Фигура 7. Търсене на АГ медицинска помощ през 2004 и 2018 г.

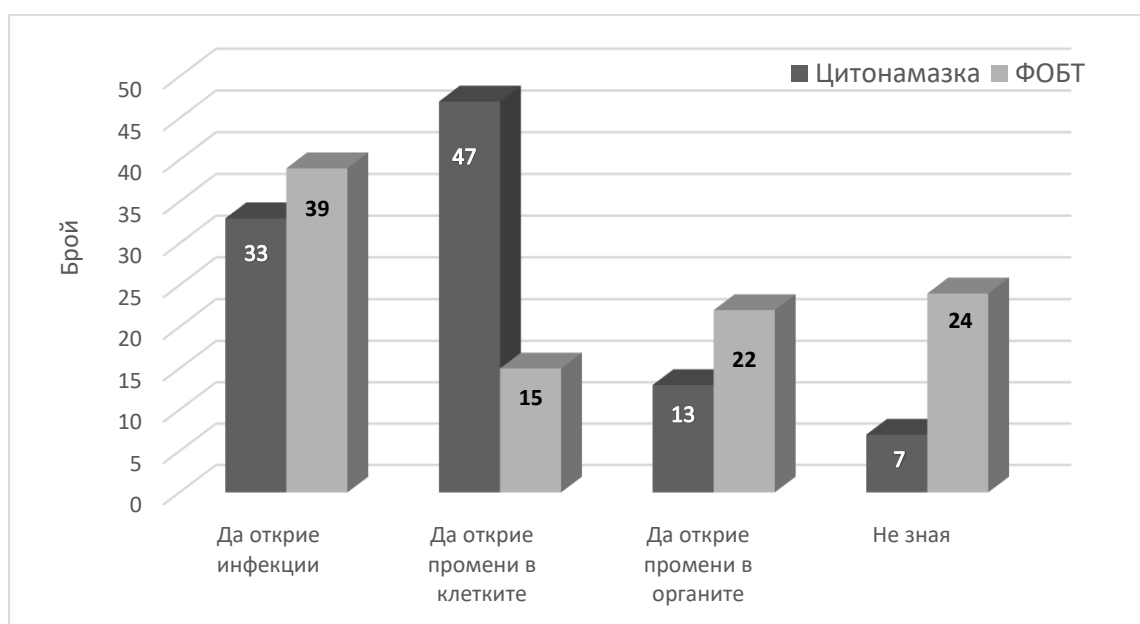
3.6.1. Знания

Обобщените данни за знанията при трите изследвания показват, че около две трети от анкетираните знаят за съответното скринингово изследване, за което са били питани, като най-голям процент са отговорили, че са чували за цитонамазка, следвано от тези, които са чували за мамография и най-малко - за теста за скрита кръв в изпражненията. Най-много са несигурните отговори по отношение на фекалния тест – общо около 65% не са чували или не са сигурни дали са чували за изследването (Фиг. 8).



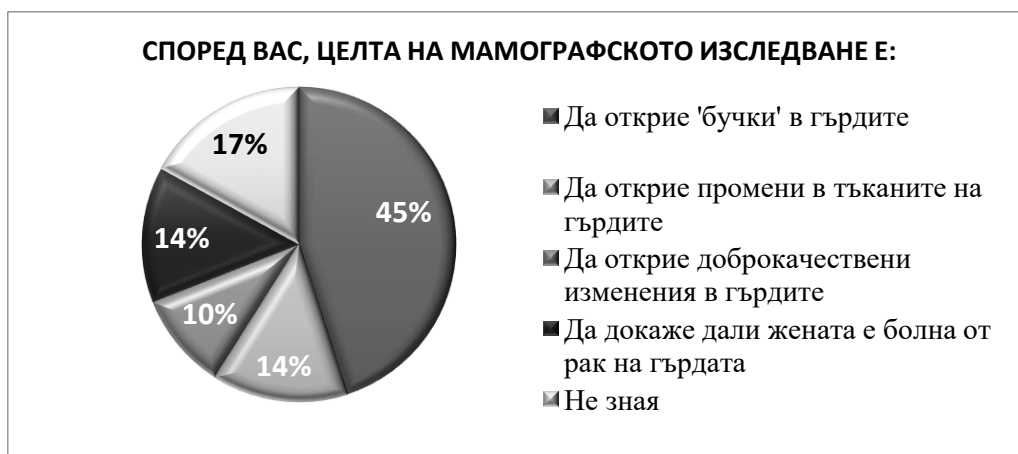
Фигура 8. Информираност относно скрининговите изследвания за трите локализации – процентно разпределение на отговорите дали са чували за съответното изследване.

Въпреки относително високия дял участници, които имат някакво знание за трите скринингови изследвания, малка част от анкетираните имат конкретно знание за целта им. Преобладава мнението, че тези изследвания се прилагат при наличие на симптоми, а не като превенция. Също така, малка част от анкетираните знаят каква е същността на самото изследване. На фигура 9 са съпоставени отговорите дадени на въпроса за целта на цитонамазката и теста за скрита кръв във фекалиите. Видно е, че около половината от запитаните жени са знаели каква е целта на цитонамазката. Около една трета от анкетираните смятат, че тестовите регистрират инфекции.



Фигура 9. Знания за целта на цитонамазките и FOBT.

Отговорите за целта на мамографията са разпределени, както е показано на фигура 10, като следва да се отбележи, че посочените отговори могат да се възприемат като верни по отношение на мамографското изследване по принцип, но не и като цел на скрининговата мамография. Следователно, можем да приемем, че голяма част от анкетираните все пак имат представа за същността на мамографското изследване.



Фигура 10. Знания за целта на мамографското изследване.

Знанията за препоръчителната честота на изследванията с цел превенция могат да се определят като относително адекватни. Разпределението спрямо отделните изследвания е показано на табл. 7.

Честота на изследване	Цитонамазка	Мамография	ФОБТ	Общо	%
На 6 месеца	13	-	3	16	5.3
На 1-2 години	56	33	19	108	36.0
На 3-5 години	15	37	24	76	25.3
Веднъж в живота	1	7	13	21	9.0
Не зная	14	21	30	65	21.7
При оплакване	-	1	11	12	4
Без отговор	1	1	-	2	0.7
Общо	100	100	100	300	

Таблица 7. Знания за препоръчителната честота на скрининговите изследвания

Мненията за възможността съответните тестове да предпазят от рак показват, че според половината от анкетираните те са надеждни и могат да ги предпазят. Към тях могат да се прибавят и онези, които са информирани, че с посочените изследвания заболяването може да се открие в ранен стадий (15%). Много по-малко са отговорите, че тестовете не са достатъчно сигурен източник на информация и че не могат да предпазят от рак, тъй като той се развива бързо. Около една пета нямат мнение. Данните са представени на таблица 8.

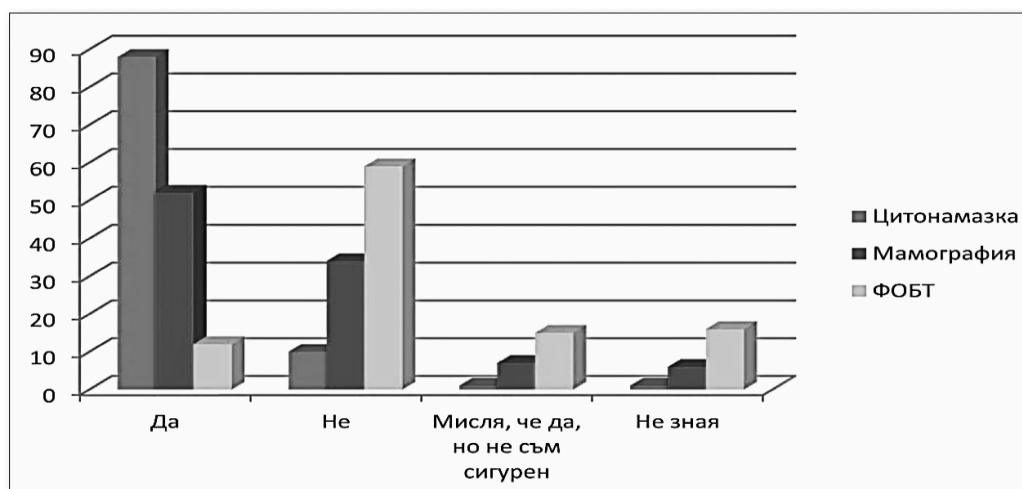
Смятате ли, че можете да се предпазите от рак чрез ...	Вид на изследването				Общо, %
	Цитонамазка	Мамография	ФОБТ	Общо	
Да, защото ако се открие навреме, ракът се лекува	71	44	32	147	49%
Не, но може да се открие в ранен стадий	-	25	20	45	15%
Не	8	6	20	34	11%
Ракът се развива твърде бързо и изследването не помага	3	11	6	20	7%
Не зная	18	14	21	53	18%
Общо	100	100	99	299	100%

Табл. 8. Разпределение на мнението на анкетираните лица по локализации дали съответното изследване може да ги предпази от рак.

3.5.2. Скринингова история

Скрининговата история на участниците е изследвана с въпроси дали са правили съответното изследване, по чия инициатива, каква информация са получили преди изследването, дали са подписали документ за същността и рисковете от изследването, как са получили резултатите си и дали те са им били разяснени от медицинско лице. В допълнение, група въпроси касаят резултатите с отклонение от нормата – дали са получавани и какви процедури са ги последвали.

Сравнението на данните спрямо трите изследвания показва водещ брой изследвани с цитонамазка лица, следвани от мамографиите и ФОБТ:



Фигура 12. Самооценка за опита със скринингово изследване, разпределение по локализации.

Инициативата за провеждане на съответните изследвания най-често е от лекар – ОПЛ или специалист. Над 60% от анкетираните за цитонамазките са били насочени от медицински специалист да проведат изследването. За другите две изследвания данните сочат За лична инициатива са съобщили жените, анкетирани за РМШ и РМЖ, най-често тя е проявена при жените относно цитонамазките - 25% и по-рядко относно мамографиите – 14%. (Таблица 9). При анкетираните за теста за скрита кръв около 80% не са отговорили, което прави данните изключително несигурни.

	Цитонамазка	Мамография	ФОБТ	Общо	Общо %
Лична	25	14	1	40	13.3
На ОПЛ	43	35	9	87	29.0
На лекар-специалист	18	7	7	32	10.7
На медицинска сестра/ акушерката	2	1	-	3	1.0
Не зная	2	1	4	7	2.3
Друго	-	1	-	1	0.3
Липсват данни	10	41	79	130	43.3
Общо	100	100	100	300	

Таблица 9. Инициатива за провеждане на скринингово изследване

Сравнението на данните показва съществено нарастване на процента на жените, съобщаващи, че поне веднъж в живота им е взимана цитонамазка. Докато през 2004 г. приблизително половината от жените съобщават, че никога не им е правена цитонамазка., то през 2018 г. негативно отговарят само 10%.

Интерес представлява сравнението на отговорите за честотата на взимане на цитонамазка с честотата на посещенията на гинекологични прегледи. В изследването от 2018 г. 94% от жените са посетили гинеколог през последните пет години и на 88% е правена цитонамазка През 2004 г. делът на жените посетили гинеколог в последните 5 години е бил значително по-малък (61%), като само на около половината от тях е правена цитонамазка (57%)

Анализът показва, че при съществува статистически достоверна зависимост между почти всички въпроси, свързани със знанията и участието в такива изследвания в миналото и за трите локализации. Имащите познания за същността, целите и превантивната сила на скрининговите изследвания са със значимо по-висок относителен дял на участие спрямо незнаещите. При анализите за цитонамазките най-висок е относителния дял при знанието за цитонамазката като вид изследване и на кого трябва да се правят редовни цитонамазки. Най-нисък (40,9) е процентът при знаещите кога да се прави цитонамазка.

При анкетираните за мамографски скрининг не се открива статистически достоверна зависимост между знанието на кого трябва да се правят редовни мамографии и относителния дял на участие в изследването в миналото. Най-висок относителен дял се отчита при знанието за мамографията като вид изследване и възможността за превенция от рак на гърдата чрез редовни мамографски изследвания (94,2%). Най-нисък (30,8%) е процентът при знаещите кога следва да се прави мамография, като при този въпрос и въпроса за целта на мамографското изследване зависимостта е с гранично сигнификантен характер.

При анкетираните за колоректалния скрининг се отчита статистически достоверна зависимост само между два от въпросите, свързани със знанията за теста за скрита кръв в изпражненията и участието в такива изследвания. Лицата, отговорили позитивно на въпросите, свързани с целта на изследването и възможността то да ги предпази от рак на дебелото и правото черво, са със значимо по-висок относителен дял на участие спрямо незнаещите. Този относителен дял е по-висок (100%) при знанието за възможната превенция, докато при знанието за целта е 75%.

3.5.3. Информация, предоставена от медицинските специалисти и съобщаване на резултати

Запитани дали са получили от медицинските специалисти информация за същността и рисковете на съответната процедура, по-малко от половината участници отговарят утвърдително. От тях, най-голям дял заемат позитивните отговори относно цитонамазките, а само един от десет от запитаните за ФОБТ е бил информиран преди процедурата. Прави впечатление големият брой лица, дали отговор „не зная“ и не далите никакъв отговор. Общо тези два отговора надвишават броя за получените информация.

	Цитонамазка, N	Мамография, N	ФОБТ, N	Общо, N	Общо, %
Да	70	48	10	128	42.6
Не	7	6	11	24	8.0
Не зная	10	18	35	61	20.3
Брошура/	1	-	2	3	1.0
Друго	1	2	1	4	1.3
Липсват данни	11	26	41	78	26.0
Общо	100	100	100	300	100

Таблица 11. Информация, получена от медицински специалисти за същността и рисковете на скрининговото изследване

В допълнение и потвърждение на данните относно предоставяната от медицинските специалисти информация са и тези за подписването на информирано съгласие или други документи, съпътстващи процедурите. Около половината от анкетираните не са подписвали документ, информиращ ги за целите и рисковете на съответните изследвания. И ако по отношение на ФОБТ, заради малкия брой преминали през изследването, е трудно да се интерпретират данните, то за останалите две изследвания тези резултати могат да се определят, като силно тревожни. Показателен е и незначителният брой позитивни отговори (под 10 %).

Отговор	Цитонамазка N	Мамография N	ФОБТ N	ОбщоN	Общо %
Да	17	2	3	22	7.3
Не	49	45	15	109	36.3
Не зная/	22	8	30	60	20.0
Липсват данни	12	55	52	109	36.3
Общо	100	100	100	300	100

Таблица 12. Разпределение по брой и локализации на отговорите относно подписване на информирано съгласие

Получаването и обсъждането на резултатите е съществен елемент, определящ нагласите на изследваните лица относно явяването им на следващо скринингово изследване в бъдеще. Отговорите за начина по който гражданите получават резултатите от изследванията си също буди тревога. Само около половината анкетираните имат ясен отговор за това как са получили резултатите си. Останалите или не са ги получили, или не са отговорили на въпроса (Табл. 13).

Независимо че по-новите указания за оценка на качеството при скрининг препоръчват изпращането на резултатите от изследването по пощата, съобщаването по телефон или получаване на място също са възможни решения. Добър показател е сравнително високия дял на анкетираните, които отговарят, че са обсъдили резултатите си с медицинско лице – сестра или лекар (N=149).

	Цитонамазка	Мамография	ФОБТ	Общо	Общо, %
Потърсих ги от личния лекар	16	5	5	26	8.7 %
Потърсих ги от специалиста	60	42	13	115	38.3 %
По телефон	10	1	-	11	3.7 %
Не разбрах какви са резултатите	2	1	6	9	3.0 %
Друго	-	9	5	14	4.7 %
Без отговор	12	42	71	125	41.6 %
Общо	100	100	100	300	100%

Таблица 13: Разпределение по брой и локализации на отговорите относно получаване на резултати от изследване

Проследяване на случаите с позитивен резултат (follow-up)

Особено важна част от скрининговия процес са дейностите по проследяване на случаите, показващи позитивни резултати от първичните тестове. По тази причина, пет въпроса от анкетата се отнасят за практиките при резултати с отклонения от нормата. От анкетираните 300 лица, общо 23ма отговарят, че са имали резултати от изследванията, показващи отклонения от нормата (7.67%). От тях най-много са сред изследваните за рак на маточната шийка (14). Отговорите за последвалите действия показват, че в почти всички

случаи са предприети действия по допълнителна диагностика и проследяване (Табл.14).

	Цитонамазка	Мамография	ФОБТ	Общо
Брой лица с + резултат	14	5	4	23
Допълнително изследване	8	1	3	12
Повторно изследване след 3-6 месеца	5	3	1	9
Не	1			1
Не зная	-	1	-	1

Таблица 14: Брой лица, съобщили за позивни тестове в миналото и последвалите действия

Последните два въпроса от секцията за скрининговата история в анкетата се отнасят до вероятността и причините за отказ от страна на лекарите да назначат или проведат някое от трите изследвания, при поискване от страна на гражданите. Данните показват, че подобни откази са по-скоро изключение, отколкото правило.

При отговорите на въпроса за инициативата, 40 лица съобщават за проявена лична инициатива, като 25 от тях са за цитонамазка, 14 за мамография и само един за ФОБТ. Отговорите за получен отказ са общо 22, от които 16 са за мамография и 8 за цитонамазка, а за ФОБТ липсват данни за отказ. Броят на отказаните мамографии е значително по-голям при жителите на областен град (N=11), в сравнение с тези в София (N=5). Причините да се търсят в спецификата на самото изследване, ограниченията в достъпа и по-високата цена на изследването.

Познаването на факторите, пречатващи гражданите от решението за явяване на преглед, може да спомогне за разработване на дейности и материали, които да улеснят избора им да помогнат за по-доброто отзоваване при покана. С тази мотивация, анкетираните бяха питани за личните им причини за отлагане на изследването. Резултатите са представени на табл. 15.

И тук отговорите показват, че липсата на симптоми, т.е. самооценката „Здрав съм“ е най-честата причина за отлагане и неявяване на изследване, следвано от липсата на предложение от страна на лекар. Като по-съществени бариери могат да се определят неприятните усещания от прегледа, страха от лоша диагноза,

очакването че лекаря няма да обърне внимание на желанието за изследване, липсата на време и други.

Отговор	Цитонамазка	Мамография	ФОБТ	Общо	%
Липсата на време	7	11	13	31	7.4
Лекарят не ми е предлагал	20	9	35	64	15.2
Не зная към кого трябва да се обърна	1	21	15	37	8.89
Посещенията при лекаря са неприятни	24	2	25	51	12.1
Страх от лоша диагноза	11	12	12	35	8.3
Цената на изследването е много висока	3	9	6	18	4.3
Не мисля, че ще ми обърнат внимание, ако отида само за това изследване	3	14	25	32	7.6
Здрав/а съм и нямам нужда от това изследване	34	14	33	81	19.0
Не съм отлагал/а	16	6	5	27	6.0
Нямам причини	1	8		9	2.1
Друго	1	19	1	21	5.0
Без отговор	2	1	2	5	1.2
ОБЩО	123	126	172	421	97.6

Таблица 15: Разпределение на причините за отлагане на явяване на преглед по локализации. Сумата от отговорите надвишава броя на участниците, поради възможността за повече от един отговор

Сравнението по локализации показва различна „тежест“ на изследваните бариери. При фактори като „Липса на време“, и „страх от лоша диагноза“ данните са относително равномерно разпределение. За разлика от тях, фактори като липса на предложение от страна на лекаря, усещането на прегледа като „неприятен“, очакването, че няма да им обърнат внимание, както и субективното усещане за добро здраве, което не изисква подобни изследвания, показват разпределения, изискващи по-задълбочен анализ.

Като най-съществени бариери, анкетираните за КРР посочват факта, че изследването не им е било предлагано от лекар (20%), усещането за здраве, неприятните прегледи и очакването, че искането им ще бъде отхвърлено. Важно е да се отбележи, че най-много отговори „Не знам към кого да се обърна“ са дали анкетираните за рак на гърдата, следвани от тези за КРР, докато само една жена е дала този отговор за цитонамазките.

Усещането, че прегледът е неприятен е съществена бариера при анкетираните за РМШ и КРР, но не и за РМЖ. От анкетираните за РМЖ, само две жени са определили дискомфорта по време на изследването, като значителен или „в известна степен“. Аналогично, само по две жени са определили болката при прегледа като съществена и са изпитали усещане за нарушени лични граници.

На същите въпроси, отнесени към цитонамазката, една четвърт от анкетираните отговарят, че изпитват дискомфорт, за 10 са нарушени личните граници, а над 50 са изпитали някаква болка.

Тези отговори, сравнени с отговорите, дадени за цитонамазките през 2004 показват, че важни системни бариери остават ограниченията на ОПЛ за насочване към превантивни изследвания, цената на изследванията и др. Персоналните бариери се отнасят главно до неприятните усещания от прегледите, цената и страхът от лоша диагноза.

Сравнението показва още, че ако през 2004 г. най-много от анкетираните жени отчитат като главни бариери липсата на предложение от страна на лекаря, страхът от лоша диагноза и очакването, че искането за профилактично изследване няма да бъде удовлетворено, то през 2018 г. най-голям процент от отговорите засягат самооценката за добро здраве и усещането, че прегледите са неприятни.

Анализите за зависимостта между образованието, възрастта, населеното място и бариерите, водещи до отлагане на превантивните изследвания показват някои различия. При цитонамазките не се открива зависимост между **образователния статус** и отлагането на изследването. Относно **възрастта** - относителните дялове на включените в анализа причини за отлагане на разглежданото изследване се различават статистически достоверно единствено във възрастовата група 40-49 години. Със статистически значимо по-висок процент е

барьерата „Посещенията при гинеколога са неприятни“ спрямо „Здрава съм и нямам нужда от това изследване“, но не и от „Лекарят не ми е предлагал“, която не се различава по относителен дял от останалите две. Установена е зависимост между вида на **населеното място** и барьерите водещи до отлагане на цитонамазката, като живеещите в столицата дефинитивно поставят на първо място барьерата „Посещенията при гинеколога са неприятни“ пред останалите, които не се различават статистически по своя относителен дял. При анкетираните от селата статистически значима на първо място е причината „Здрава съм и нямам нужда от това изследване“ спрямо „Посещенията при гинеколога са неприятни“, но не и спрямо „Лекарят не ми е предлагал“, която не се различава статистически по относителен дял от останалите две.

При резултатите за мамографското изследване се наблюдават статистически значими разлики за четири бариери. Съществува статистически значима зависимост между **образователния ценз** и барьерите водещи до отлагане на мамографията при жените с основно и висше образование. Анкетираните с основно образование значимо по-често посочват „Здрава съм и нямам нужда от това изследване“ спрямо барьерите „Липсата на време“ и „Не мисля, че ще ми обърнат внимание, ако отида само за това изследване“. При жените с висше образование нито една от анкетираните не е посочила отговор „Здрава съм и нямам нужда от това изследване“, а значително по-често са посочвали „Не мисля, че ще ми обърнат внимание, ако отида само за това изследване“ и „Не зная към кого трябва да се обърна и каква е процедурата“. Барьерата „Липсата на време“ заема междинно положение, като относителният ѝ дял не се различава значимо от този на останалите три. При фактора **възраст** статистически значими различия се отчитат във възрастта 50-59 години, където по-често е посочвана барьерата „Здрава съм и нямам нужда от това изследване“ спрямо „Липсата на време“. Видът на **населеното място** и в този случай се отразява на барьерите водещи до отлагане на цитонамазката. Нито една от живеещите в София жени, не е посочила барьерата „Здрава съм и нямам нужда от това изследване“, а останалите три бариери са посочвани статистически значимо по-често, без особена разлика помежду им. Точно обратна е позицията на анкетираните от селата. За тях статистически значимо на първо място с много висок процент (83,3%) е причината „Здрава съм и нямам нужда от това

изследване“ спрямо останалите три бариери, които не се различават статистически по относителен дял.

При теста за скрита кръв статистически значима зависимост между **образователния ценз** и отлагането на теста е установена само при лицата със средно или средно специално образование (техникум). Те по-често са посочвали липсата на време или предложение от лекар, както и неприятните усещания от прегледите, спрямо „Здрав/а съм и нямам нужда от това изследване“, но не и спрямо бариерата „Не зная към кого трябва да се обърна и каква е процедурата“, която не се различава статистически по относителен дял от останалите четири. Относителните дялове на включените в анализа пет причини за отлагане на разглежданото изследване се различават статистически достоверно във **всички възрастови групи**. При анкетираните на възраст 50-64 години със сигнификантно най-висок процент е бариерата „Посещенията при лекар са неприятни“ спрямо „Здрав/а съм и нямам нужда от това изследване“ и „Лекарят не ми е предлагал“ (които не се различават статистически помежду си по относителни дялове). Участниците на възраст 65-79 години статистически достоверно най-често са посочвали бариерата „Здрав/а съм и нямам нужда от това изследване“ спрямо „Посещенията при лекар са неприятни“ и „Липсата на време“. Същевременно бариерата „Лекарят не ми е предлагал“ е посочвана значимо по-често от „Посещенията при лекар са неприятни“. Анкетираните на възраст над 80 години са малко, но все пак при тях бариерата „Лекарят не ми е предлагал“ е със сигнификантно по-висок процент от „Липсата на време“ и „Посещенията при лекар са неприятни“, докато останалите две бариери не се различават статистически по относителен дял от останалите три. Статистически значима зависимост между вида на **населеното място** и бариерите водещи до отлагане на теста за скрита кръв в изпражненията се установява при анкетираните и от трите вида населени места. Живеещите в София статистически значимо по-често са посочвали бариерата „Липсата на време“, спрямо останалите четири бариери. Анкетираните от областни градове статистически достоверно са посочвали по-често бариерите „Здрав/а съм и нямам нужда от това изследване“, „Лекарят не ми е предлагал“ и „Не зная към кого трябва да се обърна и каква е процедурата“, спрямо останалите две (които не се различават статистически помежду си по относителни дялове). Участниците от селата сигнификантно по-често са посочвали бариерата „Посещенията при лекар са

неприятни“, спрямо „Здрав/а съм и нямам нужда от това изследване“, но не и спрямо останалите три бариери, които не се различават статистически помежду си и от останалите две бариери по относителни дялове

Удовлетвореност

Сред важните показатели за качеството на услугите е субективната оценка на потребителите. Елементите, определящи чувството за удовлетвореност са: достъпността на услугата, информацията, получена преди прегледа, изпитаният физически дискомфорт и/или болка, усещането за психическо безпокойство, комуникационните умения на персонала, физическите условия (среда, апаратура, достъп), начинът на съобщаване на резултатите и др. Разбирането на общите и специфичните детерминанти на удовлетвореността позволява идентифициране и решаване на проблеми, което от своя страна може да доведе и подобряване на услугата.

Удовлетвореността от качеството е индикатор и за вероятността за явяване при покана в бъдеще. Данните сочат, че около половината от анкетираните не са изразили мнението си и не са дали оценка. От тези, които са отговорили, най-голяма част оценяват услугата като добра и много добра, и много малка част – като лоша или със средно качество.

Около една четвърт от анкетираните за РМШ оценяват получената от тях услуга като незадоволителна (т.е. дават лоша и средна оценка). От позитивните оценки, над 2/3 от действителните отговори са ‚добра‘, ‚много добра‘ или ‚отлична‘ услуга (70.0%), но от тях само 6 отговора са ‚отлична‘.

Почти всички отговорили на въпроса за мамографиите, оценяват услугата позитивно – като „добра“ или „много добра“ (53 от 58 отговора – 91.4%). Тази оценка е важна, заради спецификата на мамографското изследване и по-големите рискове от провеждането му (лъчение, дискомфорт, стрес).

Оценката на предложените скринингови услуги според етническата принадлежност показва, че лицата, определили себе си като представители на турския етнос, които са отговорили на този въпрос дават **средна** оценка.

Отговор	Маточна шийка	Гърда	Дебело черво	Общо	Общо %
Лоша	1	-	-	1	0.3%
Средна	23	4	1	28	9.3%
Добра	35	29	7	71	23.7%
Много добра	22	24	3	49	16.3%
Отлична	6	1	-	7	2.3%
Не мога да преценя	3		1	4	1.3%
Без отговор	10	42	88	140	46.7%
Общо	100	100	100	300	100%

Таблица 16. Оценка на качеството на скрининговата услуга от потребителите ѝ

Аналогично, представителите на ромската общност, също не дават висока оценка на получената услуга. И при двата етноса, отговорите са разпределени главно между лоша и средна оценка. В същото време, лицата с българска етническа принадлежност, оценяват получените услуги най-често като добри (N= 70) или много добри (N= 49). Отличните оценки също са само от лица от български етнос.

Степента на образование също оказва влияние върху дадените оценки. Лицата с по-ниска степен на образование (начално и основно) дават по-ниска оценка на получената услуга. При лицата със средно и висше образование най-голям брой са добрите оценки, съставляващи около половината от всички отговори. Следва оценката „много добре“, дадена от около една трета от анкетираните със средно или висше образование. Отличните оценки също са дадени от лица със средно или висше образование.

Данните за оценката на получените услуги при теста за скрита кръв в изпражненията са много несигурни поради големия брой липсващи отговори, отразяващи и броя на преминалите през изследването. Все пак, анализите на дадените отговори показват предимно добра или много добра оценка на получените услуги. Отговорите са дадени основно от омъжени жени на възраст над 65 години със средна или по-висока образователна степен.

Удовлетвореността от извършената услуга може косвено да бъде измерена по желанието/готовността/ на лицата, преминали през съответното

изследване да го направят отново на същото място. Резултатите са по-скоро позитивни, като над две трети (80%) от далите отговор за цитонамазка и мамография биха се върнали при същия лекар.

Нагласи за явяване при покана

В условия на опортюнистичен скрининг, един от най-съществените показатели при въвеждане на организиран модел е ***нагласата*** на подлежащите на скрининг лица за явяване при покана. Данните за ***нагласите*** на анкетираните спрямо трите изследвания показват по-голям дял на позитивните намерения спрямо негативните.

На въпроса дали биха провели профилактично съответното изследване при препоръка от лекар, с „Определено да“ отговарят над половината от питаните за цитонамазка и мамография и 30% от тези, питани за ФОБТ. При обединяване на отговори “Вероятно да“ и „Определено да“ резултатите показват над 65% позитивни намерения. Сравнението по изследвания показва близки стойности относно мамографиите и ФОБТ (66-67%) и значително по-високи позитивни нагласи спрямо цитонамазките (88%). Над две трети от жените на които е правена цитонамазка в миналото, биха се явили отново за изследването като профилактично, ако им бъде препоръчано от лекар. Около една пета от анкетираните обаче, не са сигурни в решението си.

Нагласите за явяване на скрининг в бъдеще са оценени чрез отговорите за готовността на анкетираните да се явят на изследване при (1) препоръка от лекар и (2) при получаване на писмена покана (Табл. 17). И в двата случая позитивните нагласи са водещи, следвани от колебаещите се и минимален брой негативно настроени със значителни разлики спрямо трите различни изследвания. На въпроса дали биха провели профилактично съответното изследване ***при препоръка от лекар***, с „определено да“ отговарят над половината от питаните за цитонамазка и мамография и 30% от тези, питани за ФОБТ. При обединяване на отговори “вероятно да“ и „определено да“ резултатите показват над 65% позитивни намерения. Сравнението по изследвания показва близки стойности относно мамографиите и ФОБТ (66-67%) и значително по-високи позитивни нагласи спрямо цитонамазките (88%).

Отговорите относно готовността за явяване при получаване на *писмена покана* показват по-ниски стойности за лицата с позитивна нагласа в сравнение с тези при покана от лекар и значително по-голям брой колебаещи се. Негативните отговори са приблизително равни и в двата случая. Разпределението на отговорите „Не зная“ също показва важната роля на лекаря. Само 25 души съобщават, че не знаят дали ще отидат за изследване при препоръка от лекар, докато при получаване на покана – около 1/3 (N=87).

Вид покана	Цитонамазка		Мамография		ФОБТ		ОБЩО	
	Лекар	Писмо	Лекар	Писмо	Лекар	Писмо	Лекар	Писмо
Да	88	70	69	61	67	48	224	179
Не	2	4	8	8	5	4	15	16
Не зная	9	26	16	23	26	40	51	89
Общо	99	100	93	92	98	92	290	284

Табл. 17. Нагласи за явяване при покана от лекар и при писмена покана по локализации и брой отговори

Получените данни са анализирани и по отношение на зависимостта между знанията за изследванията и нагласата за явяване в бъдеще.

Знания за	Ако получите покана за безплатна скринингова цитонамазка, бихте ли се явили?				P
	Не, не зная, друго		Да		
	n	%	n	%	
Цитонамазката като вид изследване					<0,001
Не	7	23,3	0	0,0	
Да	23	76,7	70	100,0	
Целта на цитонамазката					0,196
Не	19	63,3	34	48,6	
Да	11	36,7	36	51,4	
Кога да се прави цитонамазката					0,658
Не	20	66,7	43	61,4	
Да	10	33,3	27	38,6	
Колко често да се прави цитонамазката					0,096
Не	12	40,0	16	23,2	
Да	18	60,0	53	76,8	
Предпазване от рак на маточната шийка чрез цитонамазка					0,054
Не	13	43,3	16	22,9	
Да	17	56,7	54	77,1	

На кого трябва да се правят редовни цитонамазки				0,027
Не	4	13,3	1	1,4
Да	26	86,7	69	98,6

Таблица 18: Анализ на зависимостта между знанията за цитонамазките и нагласата за явяване в бъдеще

При анкетираните за рак на маточната шийка и при шестте въпроса, свързани със знанията за цитонамазките, по-висок процент на положителна нагласа за явяване в бъдеще имат знаещите (Табл. 18). Не е отчетена статистически достоверна зависимост между знанията, участието в скринингови прегледи, нагласите за явяване в бъдеще и **общата удовлетвореност**. Все пак следва да отбележи, че имащите познания за цитонамазките, участия в минали изследвания и положителна нагласа за явяване в бъдеще са с по-високи средни стойности на оценката на общата удовлетвореност.

По отношение на мамографския скрининг, статистически достоверна зависимост между нагласата за явяване в бъдеще и знанията е доказана за пет от шестте въпроса (Табл. 19), като по-висок процент на положителна нагласа за явяване в бъдеще имат знаещите (само при целта на мамографското изследване разликата с незнаещите е с гранично сигнификантен характер ($p < 0,1$)).

И при мамографския скрининг не се открива достоверна зависимост между наличните знания, участието в скринингови прегледи, нагласите за явяване в бъдеще и **общата удовлетвореност**.

Знания за	Ако получите покана за безплатно мамографско изследване, бихте ли се явили?				P
	Не, не зная, друго		Да		
	n	%	n	%	
Мамографията като вид изследване					<0,001
Не	12	38,7	1	1,6	
Да	19	61,3	60	98,4	
Целта на мамографското изследване					0,099
Не	13	41,9	15	24,6	
Да	18	58,1	46	75,4	
Кога да се прави мамографското изследване					0,015
Не	29	93,5	43	70,5	

Да	2	6,5	18	29,5	
Колко често да се прави маммографското изследване					<0,001
Не	30	100,0	29	47,5	
Да	0	0,0	32	52,5	
Предпазване от рак на гърдата чрез маммографското изследване					<0,001
Не	23	74,2	5	8,2	
Да	8	25,8	56	91,8	
На кого трябва да се правят редовни маммографии					0,498
Не	16	53,3	38	62,3	
Да	14	46,7	23	37,7	

Таблица 19: Анализ на зависимостта между знанията за маммографското изследване и нагласата за явяване в бъдеще

При анкетираните за колоректален скрининг е доказана статистически значима зависимост между нагласата за явяване в бъдеще и повечето от знанията за теста за скрита кръв в изпражненията, с изключение на „Кои хора трябва да се изследват редовно за рак на дебелото и правото черво“ (Табл. 20). При петте въпроса, свързани със знанията за разглежданото изследване, значимо по-висок процент на положителна нагласа за явяване в бъдеще имат знаещите.

Знания за	Ако получите покана за безплатно изследване за скрита кръв в изпражненията, бихте ли се явили?				P
	Не, не зная, друго		Да		
	n	%	n	%	
Тестове за скрита кръв в изпражненията като вид изследване					0,002
Не	21	44,7	7	14,6	
Да	26	55,3	41	85,4	
Целта на теста за скрита кръв в изпражненията					0,005
Не	37	78,7	24	50,0	
Да	10	21,3	24	50,0	
Кога трябва да се прави тест за скрита кръв в изпражненията					0,017
Не	43	91,5	34	70,8	
Да	4	8,5	14	29,2	
Колко често трябва да се прави тест за скрита кръв в изпражненията					0,006

Не	44	93,6	34	70,8
Да	3	6,4	14	29,2
Предпазване от рак на дебелото и правото чрез тест за скрита кръв в изпражненията				
Не	35	74,5	10	21,3
Да	12	25,5	37	78,7
Кои хора трябва да се изследват редовно за рак на дебелото и правото черво				
Не	15	32,6	18	37,5
Да	31	67,4	30	62,5

Таблица 20: Анализ на зависимостта между знанията за тест за скрита кръв в изпражненията и нагласата за явяване в бъдеще

Причините, които биха накарали участниците да се явят на преглед са най-често знанието, че прегледът може да спаси живота им (58.6%), възможността за безплатен преглед (24.3%) и отговорността към семейството (14.7%). Впечатление прави, че най-голям брой отговори „Семейството ми би искало да се явя“ има за мамографското изследване (N=22), следвани от тези за теста за скрита кръв (N=17) и цитонамазките (N=6).

	Вид на изследването			Общо	%
	Цитонамазка	Мамография	ФОБТ		
<i>Кои от следните причини ви карат да се чувствате задължен(а) да се явите на преглед:</i>					
<i>Зная, че ранното откриване на заболяването може да спаси живота ми</i>	74	54	43	171	58.6%
<i>Семейството ми би искало да се явя</i>	6	22	15	43	14.7%
<i>Поканата ми дава възможност за безплатен преглед</i>	17	19	35	71	24.3%
<i>Друго</i>	2	2	3	7	2.4%
<i>Total</i>	99	97	96	292	100%

Таблица 23: Причини за провеждане на скринингово изследване по локализации

4. ДИСКУСИЯ

В резултатите от представените проучвания се разглеждат различни аспекти от организацията и провеждането на скрининг в България през последните петнадесет години (2004-2018). Проследяват се оценки и препоръки на медицински специалисти и граждани за съществуващите в страната политики и практики. Изследват се параметри като знания, опит, нагласи и удовлетвореност сред лица, подлежащи на скрининг с различни демографски характеристики.

4.1. Политики – стратегии, организация, финансиране

Политиките, засягащи скрининговите програми, кампании и дейности са оценени главно през перспективата на медицинските специалисти. От 2004 г. до днес, знанието им за съществуващите политики и стратегии за онкологичен скрининг е несигурно и объркано. Медицинските специалисти „на терен“ в страната не познават добре действащите политики и регламенти, не са сигурни дали има действаща стратегия за скрининг на раковите заболявания, как са организирани скрининговите дейности, кои лица подлежат на изследване и т.н. Допълнително объркване идва и от постоянно сменящите се указания по наредбата за профилактичните прегледи и диспансеризацията (№8 /до 2017 г. №39). Съвсем обяснимо, лекарите смесват указанията по тази наредба със скрининг. Обхватът и предвидените средства за дейности по Наредба №8 е недостатъчен и кара ОПЛ да избират между пациентите си. В допълнение, през целия изследван период, поради невъзможността за разделяне на профилактичните от диагностичните изследвания, личните лекари са принудени да вписват в направленията за специалист несъществуващи симптоми, за да насочат своите „пациенти“ към профилактични изследвания.

Липсата на публично достъпни данни за броя профилактични цитонамазки, мамографии и тестове за скрита кръв в изпражненията, заплатени от НЗОК, прави невъзможна оценката на действащите политики и правила за изследвания период.

В резултат от провеждането на проект „СПРИ и се прегледай“, са направени нормативни промени, въвеждащи основни параметри на скрининга

в Наредба № 39 (сега №8). Въпреки широката медийна кампания, този пилотен проект, е грешно възприет от много специалисти и експерти като начало на национална скринингова *програма*. Много често той е определян именно като „програма“ и критиките към него са основани на това разбиране.

Действащата в момента Национална програма за хронични и незаразни заболявания, обявена като продължаваща политиките на проект „СПРИ и се прегледай“ включва дейности, съобразени с основните правила за скрининг (известяване, прегледи, отчитане). Предвиденият годишен брой изследвания, обаче не осигурява дори 1% обхват на подлежащите на скрининг лица. В този смисъл, тези дейности представляват излишен разход на публични средства и не могат да доведат до никаква промяна в епидемиологичните показатели.

4.2. Обхват

За да са ефективни, организираните скринингови програми предвиждат обхващане на значителна част от подлежащото здраво население. За лицата с повишен риск следва да се прилагат допълнителни алгоритми. Европейските насоки за добра практика и осигуряване на качеството описват *препоръчителни* начална и крайна възраст за скрининг, уточнявайки, че конкретните решения трябва да се взимат на национално ниво и да са основани на епидемиологичните данни и капацитета на здравната система (финансов, кадрови, материален) на всяка страна.

Ръководствата за добра медицинска практика при организиран скрининг, разработени от водещи експерти в България по проект „СПРИ и се прегледай“, дават ясни указания за контингентите, подлежащи на скрининг. Дефинирани са групи със стандартен и с повишен риск. Към момента, в условията на опортюнистичен скрининг, липсва база данни за лицата с повишен риск и скрининговите процедури, през които те са преминали. Скрининговият регистър също не предвижда такава функционалност.

Медицинските специалисти, участвали в цитираните проучвания споделят различни мнения за възрастовите интервали, отчитайки собствения си опит и наблюдения. Общо е мнението, че при въвеждане на скрининг обхватът следва да се разширява постепенно. Запознатите с Европейските насоки обикновено ги приемат и цитират, докато други предпочитат на

скрининг да подлежат първо групи в по-голям риск – живеещите в по-малки населени места или в региони с по-голяма заболяемост и смъртност, жени от възрастови групи, които по-рядко посещават лечебни заведения и специализирани кабинети.

Отчитайки Европейските указания, съгласно които при недостиг на финансов ресурс, първите усилия трябва да са насочени към лица, които никога не са били изследвани и постепенно разширяване на обхвата до достигане на желаните нива, както и мнението на анкетиранияте специалисти, би могло да се предвиди начален модел, насочен към първоначално обхващане на лицата с най-голям риск. Това обаче е различно, от познатия подход за изследване предимно на високорискови групи. Лицата в по-висок риск следва да бъдат определени на базата на епидемиологични и демографски показатели. Така например, според оценката за заболяемостта етническият състав, социалният статус и др., е възможно скринингът да започне в райони (области) с по-висока заболяемост, в по-тесен възрастов диапазон, с по-голямо внимание към групите в неравностойно положение, с изключване на лица, за които има данни, че са преминали през съответното изследване и постепенно да се разшири до всички подлежащи на регулярно известяване и изследване.

Данните за честотата на посещенията при лекар показват, че с нарастване на възрастта, се увеличава броя посещения на лекар и лечебно заведение годишно. От друга страна, резултатите от изследването сред жени с абнормни резултати показват, че жени в по-напреднала възраст и с по-нисък образователен статус са недостатъчно изследвани и заболяват по-често.

Имайки предвид, че честотата на злокачествените заболявания нараства с напредване на възрастта, както и че за две от локализациите за скрининг, началната възраст е 50 години, може да се очаква, че при създадена добра организация и мотивирани участници, е възможен значителен обхват на населението. Отчитането на факта, че в по-млада възраст жените по-рядко търсят медицинска помощ и могат да бъдат „пропуснати“ от здравната система, е основателна причина за разработване на специфични информационни и активни дейности с цел обхващане на по-младите жени със скрининг за рак на маточната шийка.

4.3 Лечебни заведения и медицински специалисти

От сравнението на данните, получени в цитираните изследвания, се вижда, че съществуват статистически значими разлики в избора на лечебно заведение и медицински специалисти при различните етнически групи. При жените с българска етническа общност, включването на личния лекар в скрининговия процес е оправдано и той може да следи за преминалите през скрининг негови пациенти, докато за обхващането на лицата от ромската общност трябва да се търсят различни подходи (напр. мобилни екипи и кабинети) и да се участие на представители на местните общности (здравни медиатори, „важни“ за общността личности и др.).

Видът на населеното място оказва влияние върху профилактичното поведение на всички възрастови и етнически групи. Отдалечеността на населеното място от столицата и големите областни градове, и недостигът на медицински специалисти, влияят върху това, голяма част от жените, независимо от етническия си произход, живеещи в по-малки населени места (общински центрове и села), да посещават лекар в краен случай - при бременност, раждане или аборт.

Въпреки по-малката извадка на изследването от 2018 г., може да се направи предположение, че жените от по-малки населени места предпочитат да отидат за изследване в по-близък до местоживеенето им център (ЛЗ). Има и група жени, които смятат, че София и големите градове са по-подходящи и ще им осигурят по-качествена медицинска грижа. Решението какъв модел на скрининг за по-малките населени места следва да бъде избран, трябва да е съобразено както с предпочитанията на потребителите на услугата, така и с капацитета на лечебните заведения (материален и човешки ресурси) да провеждат скрининг.

Ролята на **мобилните екипи** и мобилните кабинети за обхващане на лица в трудно достъпни региони и места с концентрация на неизследвани в миналото лица е доказана в различни инициативи.

Европейските насоки за осигуряване на качеството подчертават значението на **лабораториите** и тяхната ключова роля за успеха на скрининговите програми. Двете представени проучвания, разглеждащи

цитологичните лаборатории по отношение на оборудването, човешките ресурси, стандартите и контрола на качеството при тестването на цитонамазки отчитат, че степента на спазване на Европейските насоки за осигуряване на качеството не е задоволителна в България. (Златков & Костова-Златкова 2006, Валерианова & Панайотова 2012). Изводът на Златков и Костова-Златкова е, че в страната има необходимия минимален капацитет за осигуряване на скрининг за рак на маточната шийка, докато според авторите на другото изследване, в страната има сериозен недостиг на човешки ресурси, липсват ясни указания за работата, вътрешният и външният контрол на качеството са недостатъчни, не са установени стандарти за лично и лабораторно натоварване и т.н. Освен това, лабораториите се различават съществено една от друга както по съществуващи практики, така и по желание и готовност за участие в скрининг. Лабораториите не са свързани нито помежду си, нито със скрининговия регистър, което би затруднило скрининга в бъдеще.

4.4. Знания, нагласи, поведения

В страните, в които скринингът е държавна политика, едни от основните индикатори за успех, са голям обхват и готовност на преминалите през скрининг за явяване в бъдеще. За постигането на високи нива и на двата индикатора, е необходима ***балансирана информация*** за ползите и потенциалните опасности и вреди, както и постоянна оценка на мотивиращите фактори и бариерите, повлияни от получената информация. Описанието предимно на ползите от скрининга, може да доведе до висок обхват при първа покана, а ‚премълчаната‘ информация за рисковете – до негативни изживявания по време на прегледа и разколебаване на готовността за участие в бъдеще.

Качеството на предлаганата информация зависи от достоверността на източника, образователното ниво на потребителите ѝ и усещането за нейната ценност.

Според изследването от 2004 г., за повечето жени основен и най-предпочитан източник на информация за рака на маточната шийка са лекарите, а медиите практически липсват. Малко повече от 10 години по-късно, според изследването на Н. Джафер от 2016 г., ситуацията е силно

променена – медиите са се превърнали в основен източник, а лекарите – въпреки че са високо ценени и предоставящи достоверна информация, отстъпват по значимост. Според проучването от 2004 г., жените с по-нисък социален статус, живеещи в по-малките градове в България, обикновено нямат достатъчно информация за наличието на превантивни програми и възможности .

4.5. Знание за болестта, превенцията и изследванията

Изследването от 2018 г. сред подлежащи на скрининг лица показва, че за нито една локализация, не преобладава знанието, че посочените скринингови изследвания следва да се прилагат като ***профилактична мярка*** в конкретни възрастови диапазони. Все пак, анкетираните имат най-обща информация при кои възрасти те се прилагат. Тези смущаващи данни се допълват и от знанието за това ***кога*** трябва да се правят трите изследвания. Над половината анкетираните жени (и мъже), смятат, че те трябва да се правят ***при наличие на симптоми*** (болки, течение, кървене) и само около една четвърт - че изследването следва да е част от профилактичния преглед. Има съществени различия при различните изследвания, но тенденцията се запазва.

Най-често информацията относно предстоящите изследвания се дава за цитонамазките (в над 2/3 от случаите), следвани от мамографиите (около половината от случаите) и най-рядко – за теста за скрита кръв.

От получените от анкетирането данни може да се каже, че информацията за скрининговите тестове и възможността им да спомогнат за превенция сред групите, подлежащи на скрининг, не е достатъчна и следва да се подобри по всички възможни информационни канали.

4.6. Информация предоставена от медицинските специалисти преди изследване, информирано съгласие и съобщаване на резултати

За качеството на скрининговата услуга по-голямо значение има предоставената в рамките на програмата информация и придържането към добри практики за достоверност, информиран избор и адекватно за потребителите съобщаване на резултатите. Резултатите в това отношение са

повод за тревога, тъй като показват, че предоставяната от смятания за най-надежден източник на информация – лекарите, не е достатъчна. Особено притеснително е, че около половината от жените, подложени на мамографско изследване отговарят, че не са били информирани за изследването. Имайки предвид неговата специфика, фактът, че е свързано с облъчване и нерядко с изпитван дискомфорт, правилата за добра медицинска практика при скрининг ясно указват, че изследваните лица трябва да бъдат информирани относно ползите и възможните рискове на изследването, включително и за качеството на използваната апаратура, нивата на облъчване и т.н.

В допълнение и потвърждение на данните относно предоставяната от медицинските специалисти информация за скрининговите изследвания, са и тези за подписването на информирано съгласие или други документи, съпътстващи процедурите. Около половината от анкетираните не са подписвали документ, информиращ ги за целите и рисковете на съответните изследвания. Следователно, можем да заключим, че на гражданите или не се предоставят за подпис информирани съгласия при тези изследвания, или им се предоставят документи с неясно за тях съдържание, което прави отговорите им несигурни.

Получените отговори показват, че жените, на които в миналото е правена цитонамазка, знаят за нея повече и са по-склонни да се изследват в бъдеще.

Притеснение буди факта, че все още в страната има лекари, които не назначават конкретните изследвания на лица (главно на жени без симптоми). Аргументът, че жената е здрава и не се нуждае от подобно изследване показва непознаване на принципите на превенцията за онко-заболявания, и по-конкретно тези на скрининга. Разбираеми са аргументите с недостига на направления за специалист, което за пореден път доказва необходимостта от въвеждането на специфична документация за превантивни изследвания, отделна от тази за диагностика на лица със симптоми.

Данните от изследването сред жени с абнормени резултати (2011-2012 г.) насочват, че диагнозата би могла да е причина за търсене на информация за съществуването на скринингови програми. Освен, че ги оценяват като ефективни, тези жени показват позитивна *нагласа* за участие в скринингова

програма, ако бъдат поканени, и готовност да препоръчат скрининг на близки или приятели. Както и при другите локализации, преминалите през „лоша“ диагноза и лечение са важен ресурс в информационните кампании за повишаване на знанията сред подлежащите на скрининг. Споделеният опит и „научените уроци“ могат да спомогнат за подобряване на обхвата сред отделни по-уязвими групи от населението.

Нагласите за явяване на преглед и изследване при препоръка или покана, традиционно са високи. Готовността за явяване, отчетена в различните изследвания варира в известни граници. Според изследването от 2004, „... *българските жени имат позитивни нагласи към профилактиката като цяло, но трудно превръщат тези нагласи в съответни действия*“. Доказани са корелации (връзки) между убежденията, нагласите и намеренията за явяване в бъдеще. Колкото по-позитивни са нагласите, толкова по-силни са намеренията. Най-силна е връзката между намеренията и усещането за лична ефикасност по отношение на цитонамазките. Субективните норми са свързани с намеренията така, че ако според повече хора от обкръжението трябва да се ходи на скрининг, и повечето познати жени, посещават скрининг, вероятността за явяване расте.

Позитивните нагласи за участие в скринингови програми са високи и за трите основни етнически групи, като декларираната готовност за участие в скринингови прегледи на туркини и ромски жени от селски райони се потвърждава и от високия обхват в скрининга за РМШ, проведен в малки и отдалечени места.

Нагласите могат да се оценят и чрез отговорите за готовност за явяване за изследване при препоръка от лекар и при покана от изследването от 2018 г. И в двата случая повече са позитивните нагласи, със значителни разлики спрямо трите различни изследвания. Разпределението на отговорите „Не зная“, обаче, отново показва важната роля на лекаря.

4.7. Скринингова история

Запазва се тенденцията лицата, които са преминали през скринингови изследвания да изразяват готовност за явяване при покана в бъдеще. Това показва, че е необходима по-голяма активност от страна на ОПЛ и

специалистите, да предлагат изследвания на подлежащи на скрининг лица, които ги посещават по други причини.

4.8. Дисбаланси и неравенства

Резултатите от почти всички проведени изследвания показват, че жените с по-висока възраст, по-нисък образователен статус и нередовна скринингова история, са изложени на по-висок риск за развитие на рак на шийката на матката. Липсата на организирана програма за цервикален скрининг и ясни политики за превенция води до диагностициране на по-късни етапи, които изискват трудно и скъпо лечение.

Отчетените възрастови и образователни различия показват, че социално-икономическото неравенство сред жените в България има силно диференциращ ефект върху риска от рак.

4.9. Комуникация

Интегрираният подход към превенцията и контрола на раковите заболявания неотменно включва и ефективен диалог между лекар и пациент. Поставянето на пациента в центъра на диагностичния и лечебния процес го превръща в активен участник при взимането на решения.

Въпросът за комуникацията между подлежащите на скрининг и медицинския персонал, както и по-общо, между лекари и пациенти, е силно подценяван в нашата здравна система. Комуникационните умения се считат за второстепенни. Данните от представените изследвания показват, че у нас няма ясни указания каква информация се очаква от лекарите и медицинските специалисти, предоставящи скринингови услуги. Обикновено лекарите предоставят ‚техническа‘ информация за процедурата, резултатите от цитонамазките, необходимите последващи действия, пренебрегвайки обсъждането на същността, ползите и рисковете от изследването.

Значителен брой медицински специалисти считат, че не е тяхна отговорност да предоставят на пациентите подробна информация за рака и неговата профилактика и виждат това като периферна дейност, която трябва да се извършва от институции за здравна просвета и граждански организации извън здравната система.

В допълнение, най-активна и най-предпочитана е комуникацията на лекарите с най-достъпната група жени – образовани и информирани, които сами посещават лекарските кабинети.

Сравнението на данните за *отказ от назначаване на изследване*, показва повишен брой откази през 2018 г. спрямо 2004 г. В изследването от 2004, под 2 % са дали положителен отговор на въпроса дали някога им е било отказвана цитонамазка, докато през 2018 те са около 8%, като за цитонамазките се запазва около 2 %, а около 6% са за отказ от мамография. На тези данни трябва да се погледне с внимание и да се извърши допълнително проучване дали и при какви обстоятелства лекарите отказват да назначат или проведат съответните изследвания.

4.10. Качество, удовлетвореност и контрол

Удовлетвореност

От факторите, определящи чувството за удовлетвореност са изследвани достъпността на услугата, информацията, получена преди прегледа, степента на изпитан физически дискомфорт и/или болка, усещането за психическо безпокойство и други притеснения, начинът на съобщаване на резултатите и др. Включена е и оценка на усещането за задължение за явяване на преглед, при покана.

Сравнението на резултатите за удовлетвореността от услугите в настоящото изследване и това в Дания, чиято методика е използвана при разработването на част от въпросника, показват, че и в двете страни преобладават позитивните оценки. Основната разлика е че в датското изследване много по-голям процент жени са оценили услугата като „отлична“ (над 70%), докато у нас само една от 58 отговорили жени е дала отлична оценка за получената услуга, а почти всички оценки са добри и много добри.

В условия на опртюнистичен неорганизиран скрининг не е възможно осигуряване на качествена и контролирана услуга на територията на страната. Не е възможно и изчисляване на основните показатели. Препоръките на

медицинските специалисти, участвали в проект „СПРИ и се прегледай“ са особено ценни за бъдещото оптимизиране на организацията при разработване на програма. На практика, препоръки има по всички компоненти на програмата, което показва чувствителност и ангажираност на участниците и готовност за участие в бъдеще.

Най-много са препоръките към системата за известяване. Това е очаквано, предвид че това е първи опит за въвеждане на система за известяване в национален мащаб. За първи път лицата получават лична покана по местоживееене, което предизвиква и съответни неудобства, стрес, неуредици. Очевидно, доставянето на писма по пощата не е било добре осигурено, а конфиденциалността негарантирана.

Организацията на процесите е следващата тема с много мнения – в съответствие със съвременните указания за скрининг, медицинските специалисти препоръчват разширяване на обхвата, изключване на заболелите, непрекъснатост на скрининговия процес, оценка на подлежащите на скрининг спрямо фамилен и други видове повишен риск и т.н.

Особен фокус има върху работата с Националния скринингов регистър и очевидната необходимост от оптимизация на работата с него. От друга страна, анализа на исканията за конкретна помощ и решаване на специфични казуси показва доста добра организация за нова и неизползвана до момента система.

Медицинските специалисти акцентират върху необходимостта от включване на личните лекари в скрининговия процес, както за информиране на подлежащите лица, така и за проследяването на сигнализираните случаи.

Необходимостта от въвеждане на система за контрол на качеството на всички нива и етапи не се обсъжда от анкетираните специалисти.

5. ИЗВОДИ

1. В страната постепенно се натрупват знания и разбиране за ролята на вторичната профилактика при ограничаване на онкологичните заболявания. Има изразена политическа воля за въвеждане на скринингови програми, но все още не е въведена нито една национална програма;
2. В резултат от повишеното знание и чувствителност на много експерти по темата, в последните години са проведени разнообразни проучвания и анализи, целящи описание на съвременната ситуация, нейните предимства и недостатъци, както и възможностите за прилагане на различни подходи с цел обхващане на целевите групи;
3. Резултатите от проведените проучвания сочат, че знанията на гражданите за ролята на скрининга и скрининговите тестове все още не са достатъчни и следва да се подобряват по всички възможни информационни канали. Разпространяваната информация трябва да акцентира, че скринингът е метод за *профилактика*, предлаганите изследвания са за здрави хора, а не са диагностични, за лица със симптоматика.
4. Въпреки че съществуват значителни различия в честотата на „среща със здравната система“ (по възраст, етнос и населено място) основните целеви групи могат да бъдат обхванати със скрининг при адекватна организация и по-гъвкави подходи. По-специално внимание следва да се насочи към ромската етническа група, при която превантивното поведение е най-малко застъпено.
5. Запазват се неравенствата между отделните етнически групи при достъпа до скринингови изследвания. Ниският образователен и социално-икономически статус са основни бариери за получаване на качествени скринингови услуги.
6. Важни системни бариери остават ограниченията на ОПЛ за насочване към превантивни изследвания, цената на изследванията и др. Персоналните бариери се отнасят главно до самооценката за добро здраве, неприятните усещания от прегледите, „цената“ и страхът от лоша диагноза.
7. Запазва се тенденцията жените (и мъжете) да очакват от лекарите си да им предложат да се подложат на дадено профилактично изследване. Личната инициатива е по-рядко срещана и невинаги уважавана от личните лекари. Известяването чрез писмена покана е нов подход, който засега не се приема

еднозначно от населението.

8. Готовността за въвеждане на популационен скрининг за всяка от трите локализации трябва да се оцени поотделно. Възможен е постепенен, поэтапен подход за въвеждане на отделните програми, съобразен с наличните научни доказателства, оценките на експертите, подготовката на медицинските специалисти и ресурсите (материални и човешки). Към момента, данните сочат най-голяма готовност за въвеждане на скрининг за рак на маточната шийка.
9. Информационните кампании, предшестващи или съпътстващи дейности по скрининг следва да отразяват демографските и етнически специфики в страната. Националната информационна кампания е скъп подход, чиято ефективност следва да бъде доказана. Използването на разнообразни информационни канали като регионални медии, образователни инициативи в специфични общности (етнически, религиозни и др.), здравни медиатори и др. могат значително да повишат знанието и обхвата на скрининга.
10. Нивото на придържане към Европейските насоки за осигуряване на качеството в различните звена е недостатъчно изследвано. Проучванията, засягащи цитопатологичните лаборатории показват множество проблеми, които биха затруднили осигуряването на добро качество и ефективното провеждане на скрининг. Няма ясни указания за личното и лабораторно натоварване, унифицирани правила за вътрешен и външен контрол на качеството и др. Лабораториите не са свързани с обща база данни и се различават съществено една от друга по много показатели.
11. Необходимо е повишаване на ролята и отговорността на гражданите – активното им включване в процеса, както и определяне на преференции за участвалите и санкции за неучаствалите.

6. МОДЕЛ

Въз основа на литературните данни, проведените проучвания в периода 2004-2018 г., получените резултати и направените изводи е разработен модел за скрининг. Моделът следва в значителна степен създадената от „СПРИ и се прегледай“ организация, отчитайки положителните ѝ страни. Същевременно, в опит да се преодолеят основните слабости в приложените по проекта организация и практики, моделът предлага и някои промени.

Предложеният модел е съобразен с правилата за организация на скринингова програма, включва някои национални специфики и отчита необходимостта от оценка на ефективността и контрола на качеството на всеки етап.

Моделът може да са приложи и в по-ограничен мащаб, ако се спазят условията за *равнопоставеност, известяване, регистрация, проследяване и отчетност към администратор*, съгласно утвърдените правила за добра медицинска практика.

Според предложения **модел**, организатор и финансираща институция е Министерство на здравеопазването. НЗОК не е включена, тъй като моделът е насочен към популационен скрининг, достъпен за всички подлежащи лица, включително здравно неосигурените.

Организацията, координацията и осигуряването на качествени скринингови услуги следва да бъде поверено на национално координационно звено . Съществена част от дейностите на националното координационно звено трябва да е управлението на Националния скринингов регистър със система на известяване (НСР СИ). НСР СИ е информационна система, задължително свързана с Националния раков регистър, служба ГРАО и НЗОК В скрининговия регистър се регистрират лечебните заведения и медицинските, специалисти, извършващи скрининг, получават се данните за подлежащите на скрининг, регулярно се определят (селектират) лицата, които да бъдат поканени, събират се и се обработват данните от проведените изследвания, генерират се отчети за извършена дейност и се предоставят данни за постигнатите количествени и качествени индикатори.

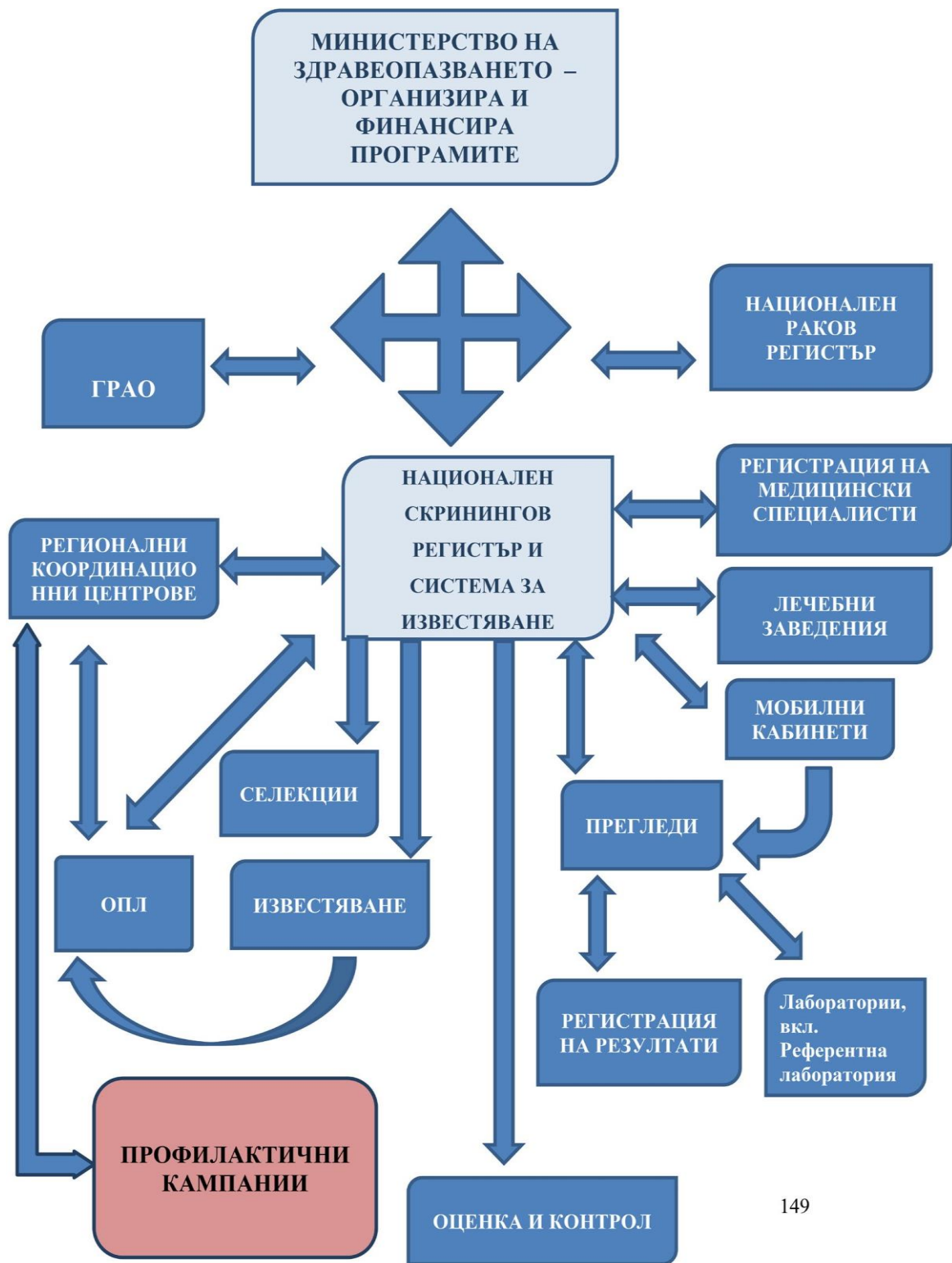
Моделът предвижда изграждане на регионални координационни центрове, изградени аналогично на националния център. Опитът от „СПРИ и се прегледай“ показва добра ефективност на регионалния модел. Оценката за работата на регионалните координатори е много добра, но при въвеждане на национална програма, би било целесъобразно регионалните центрове да са обезпечени с достатъчен човешки ресурс, включващ IT специалисти, епидемиолози и администратори.

Задължителна част от предложения модел е включването на ОПЛ в скрининговия процес. Личните лекари следва да са информирани за селектираните лица от техните листи и да следят за явяването им на изследване, да имат достъп до резултатите и да ги отразяват в личните досиета на съответните лица. На сигнализираните от скрининга лица трябва да бъде осигурена навременна последваща диагностика и проследяване на състоянието им до връщане в скрининговия цикъл.

Към функционалностите на НСР ИС трябва да се разработят и такива, за отчитане на критериите за качество и ефективност.

Освен предвидените от Ръководствата за добра практика лечебни заведения, предложеният модел предвижда и активна роля на мобилни екипи и кабинети, за достигане до по-трудно достъпни групи.

Моделът предлага да се създаде възможност за регистрация на прегледи и изследвания, извършвани на местно ниво по общински, благотворителни или други кампании. В страната ежегодно се провеждат профилактични прегледи за локализациите, предвидени за скрининг, финансирани по различни проекти и инициативи. Добра практика би била към тези инициативи да се прилагат основните изисквания за добра медицинска практика при скрининг. С адекватна информационна кампания, ясни правила и изисквания за регистрация към регионалните скринингови центрове, тези прегледи могат да станат част от скрининговия процес преди въвеждането на национална програма. За целта, скрининговият регистър трябва да предвиди възможност за регистрация и отчитане на прегледи по подобни кампании, ако отговарят на критериите за качество.



7. ПРЕПОРЪКИ

I. По отношение на здравната политика и практика

Адресати: МЗ, РЦЗ, НЗОК, националните професионални асоциации

1. Утвърждаване на Европейските критерии за разработване на национална стратегия и работна програма за скрининг, основана на съществуващи доказателства. Взаимодействие и координация между всички политики и сектори, свързани със здравето. За целта е необходимо:

- Разработване на осъвременени варианти на ръководствата за добра медицинска практика, включващи критерии за оценка, и въвеждането им като нормативен документ при стартиране на бъдеща/и програма/и.
- Разработване на медицински стандарт за организиран онкологичен скрининг в съответствие със съвременните национални и европейски насоки или включване на указанията за провеждането му в съществуващите стандарти.
- Средствата по организация и изпълнение на програмата да са целеви, по национална програма, и да НЕ включват финансиране от НЗОК. Съвременно остойносттаване на скрининга, с включени стойности на тестовете за изследванията, консумативи и труд на медицинския персонал. НЗОК да продължи да финансира диагностичните изследвания.

II. По отношение на нормативно-организационната практика

Адресати: МЗ, НЗОК, националните професионални асоциации

1. Актуализация на правната уредба относно:

- Разработване и приемане на законодателна рамка, включваща правила за добра медицинска практика, ясни алгоритми и критерии за оценка на качеството за всички елементи на програмата.

- Включване на ОПЛ в скрининговия процес чрез промени в нормативната уредба. Задаване на конкретни ангажменти по информиране на подлежащите на скрининг и проследяването им.
- Разработване на мерки за мотивация и санкциониране с цел постигане на по-голям обхват

III. По отношение на инвестициите в подготовката на кадри

Адресати: МУ, БЛС

- Подготовка на кадри (лекари, специалисти по здравни грижи и др.), които да са теоретично и практически подготвени за нуждите на скрининговия процес. Да се утвърдят минимални професионални критерии.

8. ПРИНОСИ

8.1.1. ПРИНОСИ С НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕН ХАРАКТЕР

1. За първи път у нас е проведено комплексно проучване на качество на скрининга за три локализации (РМШ, РМЖ и КРР).
2. За първи път е проследена динамиката в предоставянето на скринингови услуги в България за 15 годишен период.
3. Изготвен е сравнителен анализ на резултатите от проведени проучвания на различни аспекти на качеството и организацията на скрининга за периода 2004 – 2018 г.
4. Направен е обзор и анализ на добрите практики в чужбина и у нас за оценка на качеството на скрининга за РМШ, РМЖ и КРР.

8.1.2. ПРИНОСИ С ПРАКТИКО-ПРИЛОЖЕН ХАРАКТЕР

5. Разработен е модел за оценка на качеството на скрининга за РМШ, РМЖ и КРР.
6. Направени са препоръки към различни държавни институции за промяна на нормативната уредба с цел оптимизиране и повишаване качеството на скрининга за РМШ, РМЖ и КРР в България.
7. Направени са препоръки за провеждане на бъдещи проучвания

Разработката може да послужи за формулиране на научно базирани здравни политики.

9. СВЪРЗАНИ ПУБЛИКАЦИИ

9.1. Публикации, свързани с дисертационния труд:

1. Panayotova Y, L. Georgieva, Quality Assured Cancer Screening Services in the Absence of an Organized Program. European Policies, Criteria For Quality and Practices in Bulgaria, Papers from First International Conference on Public Health “From European to National Health Policy”, Sofia, 9-10 October, 2017
2. Panayotova Y, L. Georgieva, Knowledge, Screening History and Satisfaction among Eligible for Cancer Screening People in Bulgaria, International Journal of Advanced Research (IF value: 7.08), 2019
3. Панайотова Ю., Георгиева Л., Знания, комуникация с медицинските специалисти и нагласи за явяване на преглед сред граждани, подлежащи на онкологичен скрининг, Социална медицина, 3-4, 2018 (приета за печат)

19.2. Други свързани публикации:

1. Аврамова, Л., Александрова, А., Балабанова, Д., Брамли, Дж., Панайотова, Ю, Тодорова, И., 2005, Онкологичен скрининг за рак на маточната шийка в България: психосоциални аспекти и състояние на здравната система, Научен център „Психология и здраве” и EngenderHealth, София, 2005.
2. Todorova I., Baban A., Balabanova D., Panayotova Y. and Bradley J., 2006, Providers’ constructions of the role of women in cervical cancer screening in Bulgaria and Romania, Social Science & Medicine, 63(3), August 2006, 776-787
3. Maver, P. et al., Cervical Cancer Screening Practices in Central and Eastern Europe in 2012, Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat 2013; 22(1):7-19;
4. Todorova I. L. G., Alexandrova-Karamanova A., Panayotova Y., Dimitrova E, Kotzeva

- T., Managing uncertainty: healthcare professionals' meanings regarding the HPV vaccine, *Int J Behav Med* 2014 Feb;21(1):29-36;
5. Valerianova Z., Panayotova Y., Amati C., Baili P., Cervical cancer screening in Bulgaria- past and present experience, *Tumori* 2010 Jul-Aug;96(4):538-44;
 6. Dimitrova, E., Panayotova, Y., Todorova, I., Alexandrova-Karamanova A., Doctors' and parents' perspectives on communication regarding HPV vaccination in Bulgaria. in: *Health, Culture and the Human Body: Epidemiology, ethics and history of medicine, perspectives from Turkey and Central Europe*, 2014;
 7. Todorova I. L. G., Alexandrova-Karamanova A., Panayotova Y., Dimitrova E., Organizational hierarchies in Bulgarian hospitals and perceptions of justice, *Br J Health Psychol* 2014 Feb 7;19(1):204-18. Epub 2012 Dec 7;
 8. Todorova, I., Panayotova Y., Balabanova, D. & Bradley, J. (2005) Women's responsibility for cervical cancer screening in Bulgaria: Providers' perceptions. 19th Conference of the European Health Psychology Society, Galway, Ireland, September 2005, *Psychology and Health*, Vol. 20, Supplement 1, p. 265.
 9. Todorova, I., Panayotova, Y. & Alexandrova, A. (2004) Cervical cancer screening in Bulgaria: Cultural meanings and women's and experiences. Proceedings of the 18th Conference of the European Health Psychology Society, Helsinki, 2004, *Psychology and Health*, Vol 19, Supplement, p. 171.
 10. Панайотова Ю., Тодорова И., 2007, Асистирани репродуктивни технологии в България. Конструиране на равнопоставеността от позицията на лекари и специалисти, в: „Етиката в българското здравеопазване”, В. Проданов, Ц. Воденичаров, Изд. Къща „Зимел” София 2007.

10. СЪКРАЩЕНИЯ:

CIS	Карцином in situ
БЛС	Български лекарски съюз
ГРАО	Гражданска регистрация и административно обслужване
ДОЗ	Диспансер за онкологични заболявания
ЕС	Европейски съюз
ЕСГРАОН	Единна система за гражданска регистрация и административно обслужване на населението
ЗЗОЛ	Задължително здравно-осигурени лица
КРР	Колоректален рак
МЗ	Министерство на здравеопазването
МС	Министерски съвет
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса
НОМЦ	Национален онкологичен медицински център
НОЦ	Национален онкологичен център
НРД	Национален рамков договор
ООН	Организация на обединените нации
ОПЛ	Общо-практикуващи лекари
РМЖ	Рак на маточната шийка
РМШ	Рак на млечната жлеза
СБАЛО	Специализирана болница за активно лечение по онкология
СЗО	Световна Здравна Организация
ФИТ	Фекален имунохимичен тест за скрита кръв.
ФОБТ	Фекален тест за окултни кръвоизливи (гваяков)