



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна**

Факултет „Обществено здравеопазване“

Мария Николова Добрева

**УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛКАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С
ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ –
РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за придобиване на образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност:

„Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:

Проф. д-р Соня Колева Тончева, д.оз.н.

Официални рецензенти:

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, д.м.н.

Проф. д-р Стоянка Желева-Попова, д.м.

Варна, 2020

**Медицински университет
„Проф.д-р Параскев Стоянов“ – Варна
Факултет „Обществено здравеопазване“**

Мария Николова Добрева

**УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛКАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С
ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ –
РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за придобиване на образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност:

„Управление на здравните грижи“

Научен ръководител:

Проф. д-р Соня Колева Тончева, д.оз.н.

Официални рецензенти:

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, д.м.н.

Проф. д-р Стоянка Желева-Попова, д.м.

Варна, 2020

Дисертационният труд съдържа 169 страници и е структуриран в пет основни глави. Включва 52 фигури, 17 таблици и 3 приложения.

Библиографският списък включва 170 литературни източника, от които 97 са на кирилица, 44 на латиница и 29 интернет източника.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ към Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ - гр. Варна на 11.12.2019г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 21.02.2020г. от 14.00ч., зала 112 в Медицински колеж на Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ - гр. Варна, на открито заседание на Научно жури.

Материалите по защитата са на разположение в научния отдел на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ – Варна (www.mu-varna.bg)

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
1. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ	6
1.1. Цел, задачи и хипотези.....	6
1.2. Организация на проучването.....	7
1.3. Етапи и място на проучването.....	9
1.4. Инструментариум на изследването.....	11
1.5. Методи.....	13
2. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И ОБСЪЖДАНЕ	14
2.1. Социодемографска характеристика на изследваните групи.....	14
2.2. Оценка на общото състояние на пациентите и причини за изпитваната болка..	17
2.3. Компетентност и необходими познания на медицинските сестри при наличие на болка.....	23
2.4. Основни затруднения на медицинските сестри при определяне степента на болката.....	26
2.5. Необходими професионални качества на медицинските сестри при оценка на болката.....	29
2.6. Образователни аспекти за повишаване приносната роля на медицинската сестра в управлението на болката при пациенти със злокачествени заболявания.....	33
3. ИНСТРУМЕНТАРИУМ ЗА ПОДДЪРЖАНЕ НА КАЧЕСТВО НА ОНКОЛОГИЧНАТА БОЛКА	40
3.1. Алгоритъм за оценка на болката при пациенти с онкологично заболяване.....	40
3.2. Модел на Фиш за управление на болката при пациенти с онкологични заболявания.....	43
3.3. Оценка на предложеният инструментариум за поддържане на качеството на онкологичната болка.....	46
3.4. Стандарт за качество на здравните грижи.....	49
4. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ	70
4.1. Изводи.....	70
4.2. Препоръки и предложения.....	71
4.3. Приноси.....	72
НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	73

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

СЗО	Световна здравна организация
НСПВЛ	Нестероидни противовъзпалителни лекарства
BPS	Поведенческа скала за оценка на болката (Behavioral Pain Scale)
ESMO	Европейско дружество по медицинска онкология
PAINAID	Скала за оценка на болката на страдащи от напреднала деменция
VRS	Вербална скала за оценка
NRS	Цифрова скала за оценка
VAS	Аналогова скала за оценка
БАПЗГ	Българска асоциация на специалистите по здравни грижи
ТАБ	Тънкоиглена аспирационна биопсия
ПВКУ	Порцио вагиналис коли утери
ЯМР	Ядрено - магнитен резонанс
КТ	Компютърна томография
ВБИ	Вътреболнична инфекция
КОЦ	Комплексен онкологичен център
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение
СБАЛОЗ	Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания
ЗГ	Здравни грижи
УЗГ	Управление на здравните грижи
МУ	Медицински университет
КАИЛ	Клиника по анестезиология и интензивно лечение
ЕООД	Еднолично дружество с ограничена отговорност
ЕАД	Еднолично акционерно дружеств
РЗИ	Регионални здравни инспекции
СДО	Следдипломно обучение

ВЪВЕДЕНИЕ

Всяка година в света се диагностицират около 12 милиона пациенти със злокачествени тумори, а всеки ден около 20 000 души умират от рак.

През 2018г. са установени 18 милиона нови случаи, и около 9,6 милиона умирания в целия свят. Един от всеки петима мъже и една от всеки шест жени развиват тумори в течение на живота си. Един от всеки осем мъже и една от всеки единайсет жени умират от злокачествени образувания.

Очаква се през 2050 година новозаболените да са около 27 милиона, а починалите 17,5 милиона, ако не се предприемат драстични мерки за ограничаване разпространението на злокачествените заболявания. Основните направления за ограничаване на засягането от рак на населението в света са свързани с профилактиката, своевременната диагностика и комплексното лечение, както и проследяването на болните с онкологични заболявания.

Нито едно заболяване не предизвиква такъв ужас и отчаяние у хората, както ракът. Въпреки, че съвременната онкология разполага със средства за ранна диагностика в доклиническия период и за пълно изцеление на заболяването, у човека, получил такава диагноза и при неговите близки предизвиква паника и чувство за обреченост.

Новите случаи на онкологични заболявания у нас са нараснали с 9% за последните пет години. В България липсва ефективна профилактика на рака, той продължава да се открива късно, което ни поставя сред европейските страни с най-високи показатели на заболяемост и смъртност на онкологични болести.

Един от най-важните проблеми за пациентите със злокачествени заболявания е борбата с болката. Те имат разнообразна симптоматика, смущения във физическите и психологическите си функции и други проблеми, които влошават значително качеството им на живот.

Медицинската сестра е защитник на здравето, благополучието, комфорта и безопасността на пациентите. Тя играе жизненоважна роля в координирането на множество знания и умения, които се използват при управление на болката. Тази координация обхваща пряката грижа за пациентите, регистриране в сестринската документация, участие в терапията, обучение на пациентите и семействата им.

Грижите, които медицинските сестри предоставят на пациентите, влияят силно върху качеството на живот.

I. МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА НАУЧНОТО ПРОУЧВАНЕ

1.1. Цел, задачи и хипотези

Цел: Да се проучи мнението на медицински специалисти, работещи с онкологично болни, за да се изясни ролята на медицинската сестра при управление на болката и необходимост от непрекъснато обучение с оглед подобряване качеството на живот, гарантирани от Стандарт по здравни грижи.

За постигане на целта си поставихме следните **задачи:**

1. Да се проучи литература по проблема, засягащ пациенти с онкологично заболяване и специалните им нужди.
2. Да се проучи мнението на медицинските специалисти, относно познанията и нуждата от оценка на болката за нейното управление.
3. Да се анализира ролята на медицинската сестра при оценка на болката, относно необходимост от допълнителна непрекъсната квалификация.
4. Да се проучи мнението на анкетирания пациенти, относно нуждата от допълнителна информация за обезболяващата им терапия.
5. Да се разработи и предложи **Алгоритъм за оценка на болката и Фиш за управление на болката.**
6. Да се проучи мнението на анкетирания групи за ползите и ефективността от предлагания Фиш за управление на болката.
7. Да се разработи проект на **Стандарт за качество на здравни грижи при онкологично болни**, който да се прилага в сестринската практика.
8. Да се предложи въвеждане на учебна **Програма за специализация** на медицинските сестри, **свързана с управление на болката.**

Работни хипотези

- Управлението на раковата болка, изпитвана от пациентите с онкологично заболяване, представлява нерешен медико-социален проблем, в решаването на който може да се включи активно медицинската сестра, прилагайки Стандарт по здравни грижи.

- Пациентите със злокачествено заболяване и наличие на болка имат необходимост от допълнително обучение за постигане на оптимално качество на живот, което може да бъде предоставено от медицинска сестра, в рамките на придобитата компетентност.

- Приложеният Фиш за управление на болката, като специфична сестринска документация, ще доведе до по – голяма удовлетвореност на пациентите и ще повиши професионалния имидж на сестринското съсловие.

1.2. Организация на проучването

Обект на проучването са медицинските сестри, които прилагат здравни грижи за пациенти с онкологични заболявания.

За обект на изследването определихме:

- **Медицински сестри**, работещи в онкологични отделения в Шумен, Варна и Русе.
- **Пациенти с онкологично заболяване**, хоспитализирани в онкологични отделения Шумен, Варна и Русе.
- **Експерти** – лекари със специалност „Анестезиология и интензивно лечение”, работещи в онкологични отделения в Шумен, Варна и Русе.

Предмет на проучването е въвеждане на Фиш за управление на болката и Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни.

Обхват на проучването

Обхванати са 450 души, разпределени в три групи:

Първа група – Медицински сестри, работещи в онкологични отделения на КОЦ-Шумен, КОЦ - Русе, СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” – Варна, УМБАЛ „Св.Марина” Варна (n=180).

Шумен	Варна		Русе
	УМБАЛ „Св. Марина”	СБАЛОЗ „Д-р М. Марков”	
52	42	38	48

Втора група – Пациенти, хоспитализирани в онкологични отделения на КОЦ-Шумен, КОЦ - Русе, СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” – Варна, УМБАЛ „Св.Марина” - Варна, Клиника по медицинска онкология (n=250).

Шумен	Варна		Русе
	УМБАЛ „Св. Марина”	СБАЛОЗ „Д-р М. Марков”	
102	46	48	54

Трета група – Експерти (n=20), лекари със специалност „Анестезиология и интензивно лечение”, работещи в онкологични центрове и клиники Шумен, Русе и Варна.

Шумен	Варна		Русе
	УМБАЛ „Св. Марина”	СБАЛОЗ „Д-р М. Марков”	
4	6	5	5

Логически единици на проучването

- **Всяка медицинска сестра**, работеща в КОЦ – Шумен ЕООД; СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” Варна, КОЦ – Русе; УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД – Варна - Клиника по медицинска онкология
- **Всеки пациент**, стационарно лекуван в КОЦ – Шумен; СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” Варна, КОЦ – Русе; УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД – Варна-Клиника по медицинска онкология
- **Всеки експерт** – лекар анестезиолог, работещ в КОЦ – Шумен“ ЕООД, СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” Варна; КОЦ – Русе; УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД – Варна-Клиника по медицинска онкология; Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, Катедра по „Анестезиология, спешна и интензивна медицина”.

Технически единици

- Комплексни онкологични центрове Шумен и Русе (за медицински сестри, пациенти и експерти)
- Университетски, специализирани болници от гр.Варна (за медицински сестри, пациенти и експерти)

Критерии за включване на лицата в проучването

За Първа група:

- ✓ Обхванати са медицински сестри, които са работили най-малко 1 година в онкологично отделение и попълнили доброволно съгласие за участие.

За Втора група:

- ✓ Обхванати са пациенти над 18 годишна възраст, хоспитализирани с диагностицирано онкологично заболяване и изпитващи болка, които са изявиали съгласието си за участие.

За Трета група:

- ✓ Обхванати са лекари със специалност по „Анестезиология и интензивно лечение” с не по-малко от 3 години стаж, които са дали доброволно съгласието си за участие.

1.3. Етапи и място на проучването

Табл. 1. Организация на проучването

Етап	Дейност	Място на провеждане	Инструментарий	Период
Подготвителен етап	Формулиране на проблема, определени бяха целта, задачите и дизайна на проучването, разработени бяха хипотезите, инструментариумът и организационният план.	Филиал Шумен към МУ Варна		Януари – март 2017г.
1 Етап	Пилотно проучване проведено сред работещи медицински сестри и хоспитализирани пациенти. След анализа на резултатите някои от въпросите се преформулираха, за да отговарят на замисъла на проучването. Разработване на идеен проект на Фиш за управление на болката и Стандарт за качество на здравни грижи при онкологично болни	„КОЦ – Шумен” ЕООД	<ul style="list-style-type: none"> • Анкетна карта №1 (приложение 1) • Анкетна карта №2 (приложение №2) • Анкетна карта №3 (приложение №3) Схематичен модел на индивидуален Фиш за управление на болката	м. април 2017г. от м.май 2017 до м.декември и 2018г
2 Етап	Същинско проучване – изследване мнението на пациенти, медицински сестри, лекари със специалност	Онкологични отделения: „КОЦ- Шумен” ЕООД	За медицински сестри <ul style="list-style-type: none"> • Приложение №1 За експерти	от м. декември 2018г. до м. януари

	„Анестезиология и интензивно лечение”	„КОЦ-Русе” ЕООД СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” – Варна УМБАЛ „Св.Марина” Варна	<ul style="list-style-type: none"> • Приложение №2 <i>За пациенти</i> <ul style="list-style-type: none"> • Приложение №3 	2019г.
3 Етап	Обработка и анализ на данни Статистическа обработка и анализ на резултатите		Пакет за статистическа обработка на данни SPSS for Windows	от м. февруари до м. април 2019г.
4 Етап	Окончателно оформяне на резултати и Стандарт за качество на здравни грижи при онкологично болни и структура на дисертационния труд. Формулиране на учебна Програма за специализация, свързана с управление на болката.	Филиал Шумен към МУ Варна		м. април 2019г.
5 Етап	Окончателно оформяне на Програма за специализация „Управление на болката”. Обобщени изводи и приноси, изведени от дисертационния труд	Филиал Шумен към МУ-Варна		м.май – м. ноември 2019г.

Органи на проучването

В своята основна част проучването е извършено самостоятелно, с оглед постигане на по-голяма точност. Използвано е и сътрудничество на главните и старшите медицински сестри от „КОЦ – Шумен“ ЕООД, „КОЦ – Русе” ЕООД, СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” Варна, УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД – Варна - Клиника по медицинска онкология, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, Катедра по „Анестезиология, спешна и интензивна медицина”.

Всички сътрудници, които подбрахме са предварително запознати с целта и методиката на изследването и са обучени за работа с инструментариума (анкетните карти).

Източници за набиране на информация

- Мнение на медицински специалисти работещи в „КОЦ – Шумен, КОЦ – Русе, СБАЛОЗ Варна „Д-р Марко Марков”, УМБАЛ „Света Марина” Клиника по онкология гр. Варна;
- Мнение на пациенти хоспитализирани в „КОЦ – Шумен, КОЦ – Русе, СБАЛОЗ Варна „Д-р Марко Марков”, УМБАЛ „Света Марина” Клиника по онкология гр. Варна;
- Мнение на лекари анестезиолози, работещи в „КОЦ – Шумен, КОЦ – Русе, СБАЛОЗ Варна „Д-р Марко Марков”, УМБАЛ „Света Марина” Клиника по онкология гр. Варна;
- Налична медицинска документация в „КОЦ – Шумен, КОЦ – Русе, СБАЛОЗ Варна „Д-р Марко Марков”, УМБАЛ „Света Марина” Клиника по онкология гр. Варна;
- Наредба №1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.
- Наредба № 30 от 15.07.2010 г. за утвърждаване на медицинския стандарт „Медицинска онкология”.
- Наредба № 6 от 7 юни 2018г. За утвърждаване на медицински Стандарт „Медицинска онкология”.

1.4. Инструментариум на изследването

За провеждане на изследването при трите групи респонденти е разработен собствен инструментариум (Табл. 2).

Табл. 2. Инструментариум на изследването

Инструментариум на изследването	Въпроси		
	Общ брой	Закрити	Открити
Анкетна карта №1, за медицински сестри	25	22	3
Въпросите в анкетата са обединени в пет групи:			
<ul style="list-style-type: none"> • Първа група – касаещи социално – демографска характеристика. 			

- **Втора група** – проучват информираността, участието и затрудненията при оценка на болката, както и познанията на медицинската сестра при нейното управление.
- **Трета група** – проучва мнението на медицинските сестри за готовност на включване в допълнително обучение и специализация.
- **Четвърта група** - въпросите показват компетентността на медицинските специалисти при оценка на болката.
- **Пета група** представят мнението на медицинските сестри за въвеждане на Фиш за управление на болката при пациенти с онкологично заболяване, в каква посока би променил дейността им.

Анкетна карта №2, за пациенти	22	20 При въпрос № 22 са предложени две скали за оценка на болката	2
----------------------------------	----	--	---

Въпросите в анкетата са обединени в пет групи:

- **Първа група** въпроси, даващи социално – демографска информация.
- **Втора група** въпроси, установяват наличие на оперативна интервенция, прием на обезболяваща терапия и нейните странични ефекти.
- **Трета група** – въпросите показват наличие на болка в определени моменти на пациентите, времето в което изпитват болка и какви обезболяващи са приемали при наличие на болка.
- **Четвърта група** – посочва необходимостта от информираност на пациентите от обезболяващата терапия и желанието за съдействие при оценка на болката.
- **Пета група** – Оценка на болката по посочените скали в анкетната карта по време на проучването.

Анкетна карта №3, за експерти	15	12	3
----------------------------------	----	----	---

Въпросите в анкетата са обединени в четири групи:

- **Първа група** въпроси представят социално – демографска характеристика.
- **Втора група** представят възприеманите бариери за управление на болката и използване на метод за оценка в ежедневната практика за определяне степента на болката.
- **Трета група** въпроси проучват мнението на експертите за доверието на направената оценка на болката от медицинските сестри. Какъв срок на допълнително обучение е необходим и затрудненията на медицинската сестра при определяне степента на болката.
- **Четвърта група** – запознаване с предложеният Фиш за управление на болката, оценка и мнение на експертите за приложимостта в сестринската практика.

1.5. Методи:

Целта на научното проучване налага използването на комплекс от социологически и статистически методи:

Социологически методи:

- ✓ **Исторически метод** – проучване на литературни източници, проследяване развитието на оценка и контрол на онкологичната болка;
- ✓ **Документален метод** – проучване на медицинска документация и нормативни документи: Наредби, Стандарти, указания свързани с управление на болката;
- ✓ **Анкетен метод** – анкетно проучване за събиране, обобщаване и анализиране на информацията относно мнения и оценки чрез предоставена пряка, анонимна, индивидуална анкета.
- ✓ **Стандартизирано интервю** с експертите по предварително подготвен инструмент – въпросник, който включва 16 въпроса.

Статистически методи – за анализ и интерпретация на данни с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления, обект на настоящата дисертационна работа.

- **Вариационен анализ** – за измерване на определящите причини и на неопределящите причини чрез показателите средноаритметична стойност (\bar{x}) и средно квадратичното отклонение.
- **Сравнителни анализи** - χ^2 - критерият на Пирсън е за съответствието между теоретичното разпределение на изследваните групи.
- **Параметрични и непараметрични тестове** за оценка на хипотези – статистическо сравнение на резултатите при $p < 0,05$
- **Графично представяне** на резултатите – за онагледяване на изследваните променливи и техните взаимовръзки.

Данните са обработени статистически чрез статистически пакет SPSS for Windows версия 19.0.0. За изработване на графиките е използван Microsoft Office Excel 2010.

2. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И ОБСЪЖДАНЕ

2.1. Социодемографска характеристика на изследваните групи

Характеристика на изследваните медицински сестри

В научното проучване са включени 180 медицински сестри, работещи в отделения с онкологична насоченост в КОЦ - Шумен, КОЦ - Русе, СБАЛОЗ гр. Варна и УМБАЛ „Св. Марина“ гр. Варна. Значителен е делът на медицинските сестри с образователно-квалификационна степен „Специалист“ (47,8%). Приблизително половината от анкетираните медицински специалисти са провели обучение „Управление на здравните грижи“ в бакалавърска (24,4%) и магистърска програма (19,4%). Данните показват, че медицинските сестри непрекъснато повишават компетенциите си чрез допълнително обучение и специализираща подготовка.

За целите на изследването беше необходимо да установим какъв професионален стаж и образование са придобили респондентите. Най-голям е процентът на медицинските сестри с професионален стаж над 30 години (23,9%), следвани от тези със стаж 16-20 години (18,3%) (Табл. 3).

Табл. 3. Характеристика на медицинските сестри, според образование и професионален стаж

Характеристика	n	%
Образование		
Специалист по ЗГ	86	47,8
Бакалавър по УЗГ	44	24,4
Бакалавър по ЗГ	8	4,4
Магистър по УЗГ	35	19,4
Друго (средно специално)	7	3,9
Професионален стаж		
До 5г	15	8,3
6 - 10г	26	14,4
11 - 15г	19	10,6
16 - 20г	33	18,3
21 - 25г	28	15,6
26 – 30г	16	8,9
Над 30г	43	23,9

Характеристика на изследваните пациенти

Проучено е мнението общо на 250 пациенти от КОЦ - Шумен, КОЦ - Русе, СБАЛОЗ гр. Варна и УМБАЛ „Св. Марина“ гр. Варна, хоспитализирани в онкологични отделения.

Най-рискова е възрастовата група между 45 и 80 години, където делът на починалите от рак е най-голям. Това ни дава основание да проучим и анализираме пациентите според техния пол, възраст, населено място, в което живеят, образование и семейно положение.

Резултатите показват, че пациентите на възраст над 60 години са значителен брой (n=144), следвани от пациентите на възраст 51-60 години (n=50). В зависимост от населеното място, преобладават пациентите от областните градове (45,8%). Една трета от пациентите живеят в малките градове (32,95%). Разпределението по пол показва привес на жените (61%) (Табл. 4).

Табл. 4. Характеристика на изследваните пациенти

Характеристика	n	%
Възраст		
18-30г	0	0
31-40г	12	4,8
41-50г	43	17,3
51-60г	50	20,1
Над 60г	144	57,8
Населено място		
Областен град	144	45,8
Малък град	82	32,9
Село	53	21,3
Образование		
Висше	62	24,9
Полувисше	27	10,8
Средно	129	51,8
Начално	31	12,5
Семейно положение		
Омъжена/женен	133	53,4
Неомъжена/неженен	21	8,4

Разведен/а	48	19,3
Вдовец/вдовица	47	18,9
Пол		
Мъж	98	39
Жена	152	61

Установи се, че пациентите попаднали в нашето проучване в зависимост от вида на онкологичните отделения в които са хоспитализирани, са с различен социодемографски профил, което според нас влияе на изразеното мнение.

С цел по-задълбочено проучване на разглеждания проблем е анализирано мнението на експерти (лекари със специалност „Анестезиология и интензивно лечение”) (n=20), работещи в комплексни онкологични центрове и специализирани клиники с онкологични заболявания, в които е проведено проучването. От анкетираните експерти 45% са повече от 10 години общ професионален стаж, 35% от 6-10 години и най-нисък дял е на експертите с професионален трудов стаж от 1 до 5 години (20%) (Табл. 5).

Табл. 5. Характеристика на изследваните експерти

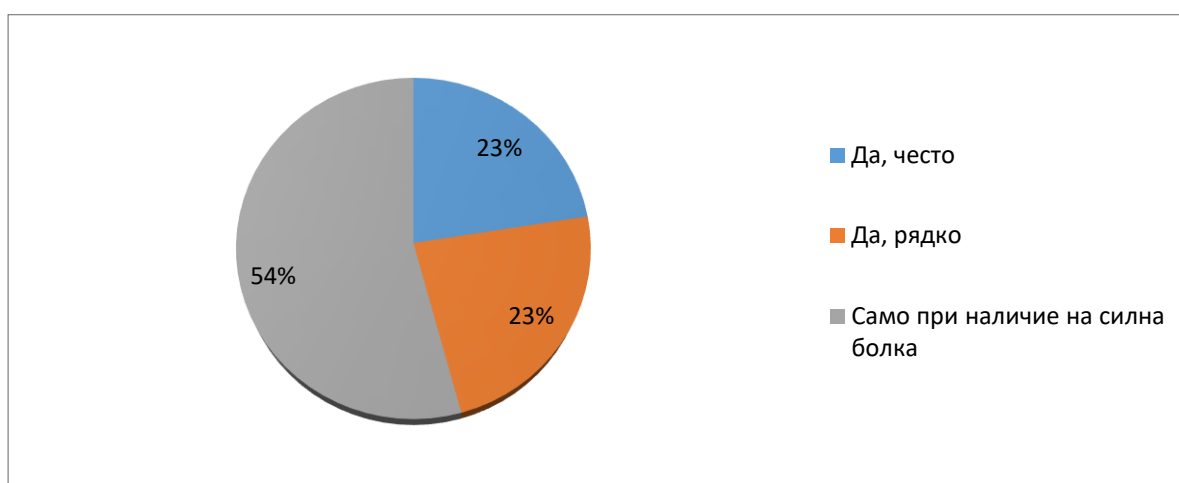
<i>Характеристика</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Общ професионален трудов стаж		
От 1-5 години	4	20
От 6-10 години	7	35
Повече от 10 години	9	45
Месторабота		
КАИЛ	7	35
ОАИЛ	13	65
Трудов стаж в отделението		
3 - 5г	3	15
6 - 8г	8	40
9 - 12г	6	30
13 - 16г	2	10
17 и над 20г	1	5

Интерес представлява мнението не само на експертите с дългогодишен опит, но и на тези, които са придобили от скоро специалност.

2.2. Оценка на общото състояние на пациентите и причини за изпитваната болка.

Характеристика на болката и нейното влияние върху пациента

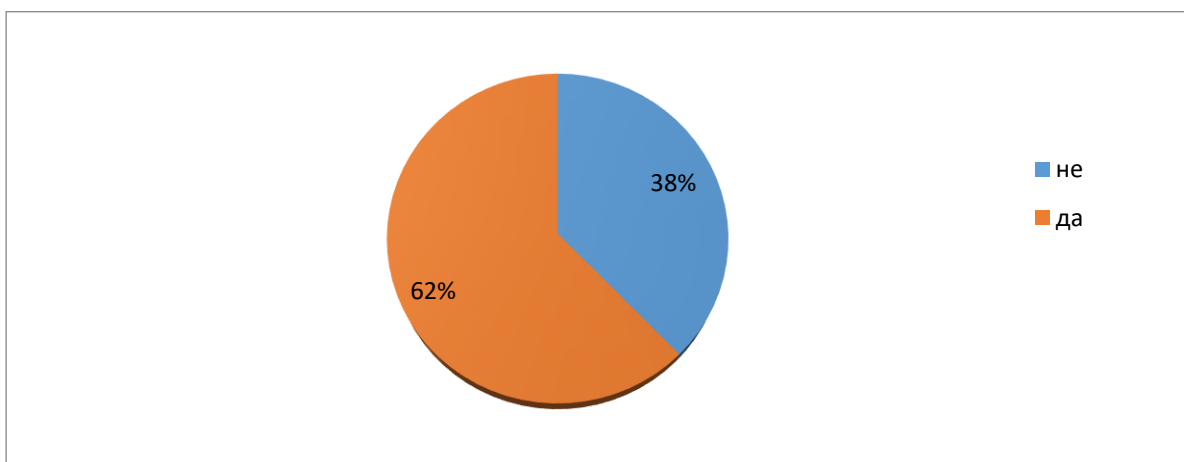
Редовният прием на лекарства е от изключителна важност, като по този начин се поддържа медикаментозното лечение и постоянните нива на определени медикаменти. При пациенти с онкологични заболявания, силната болка може да се контролира добре чрез комбинации от лекарствени средства, които да се приемат през устата, като се спазват определени часове. Контролът на болката неминуемо подобрява качеството на живот (Фиг. 1).



Фиг. 1. Прием на перорални обезболяващи медикаменти

Аналгетичните лекарства, прилагани перорално при 54% от пациентите е само при наличие на силна болка, като най-вероятно са приемали опиоиди необходими за достатъчно намаляване на болката. Равен е дялът на анкетираните пациенти, които са приемали перорални обезболяващи медикаменти по-често и по-рядко (23%).

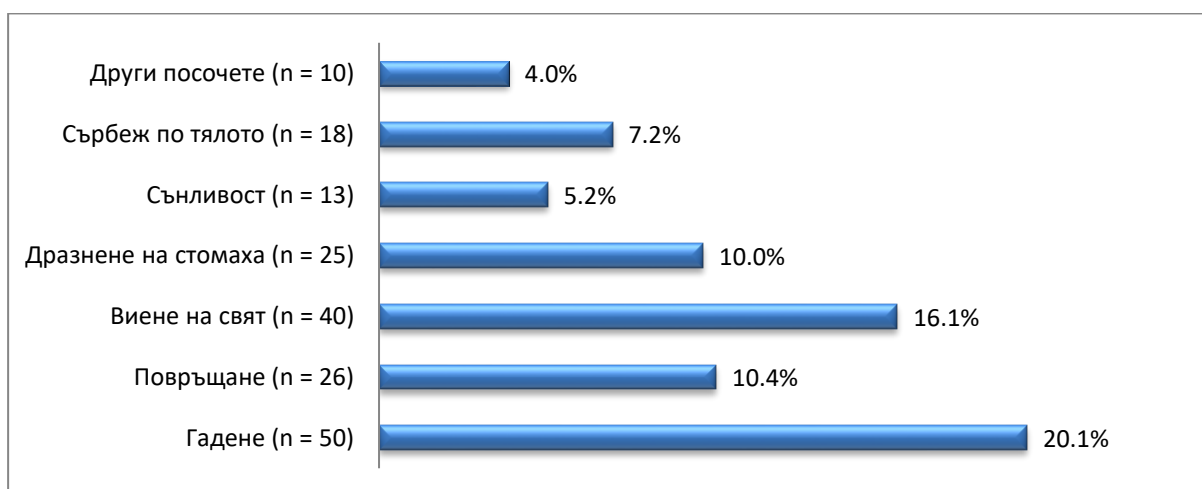
Проучено е и мнението на анкетираните пациенти за наличие на странични ефекти от прилаганата обезболяваща терапия (Фиг. 2).



Фиг. 2. Наличие на странични ефекти от прилаганата обезболяваща терапия

Получените данни свидетелстват за наличие на странични ефекти от обезболяващата терапия при повече от половината анкетирани пациенти (62%), повече от една трета изразяват мнение, че нямат странични прояви (38%). Лечението на рака може да предизвика много други странични ефекти, включително умора, проблеми с храненето и депресия.

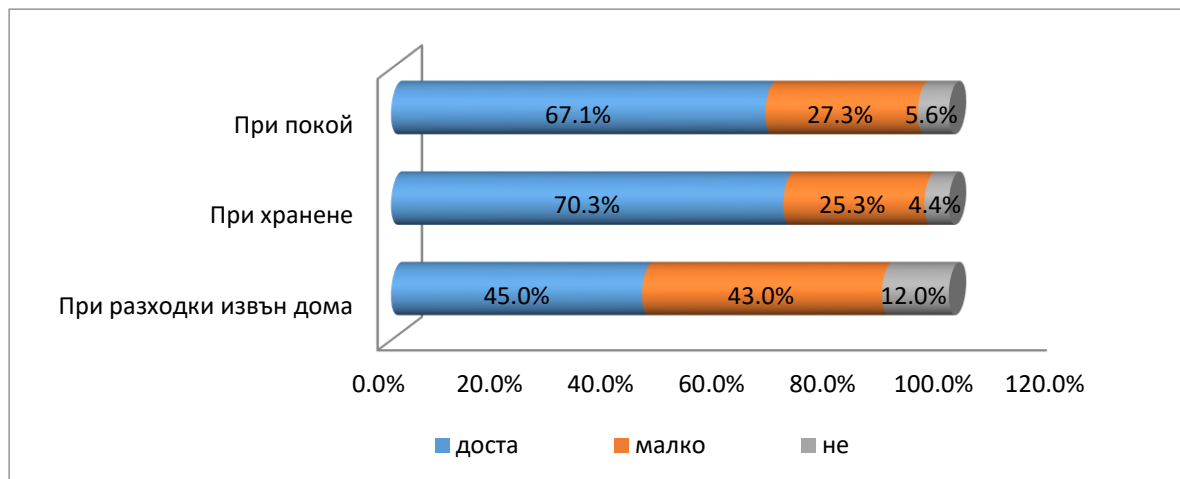
Изясняването на характеристиките на болката, помага да се определи етиологията и правилното управление. Всеки опит за увеличаване дозата на лекарственото вещество за предотвратяване поява на болката, често се свързва с нежелани ефекти (Фиг. 3).



Фиг. 3. Прояви на странични оплаквания от прилаганата обезболяваща терапия (според пациентите)

Като странични оплаквания от прилаганата обезболяваща терапия пациентите посочват гадене (20,1%), виене на свят (16,1%) и повръщане (10,4%).

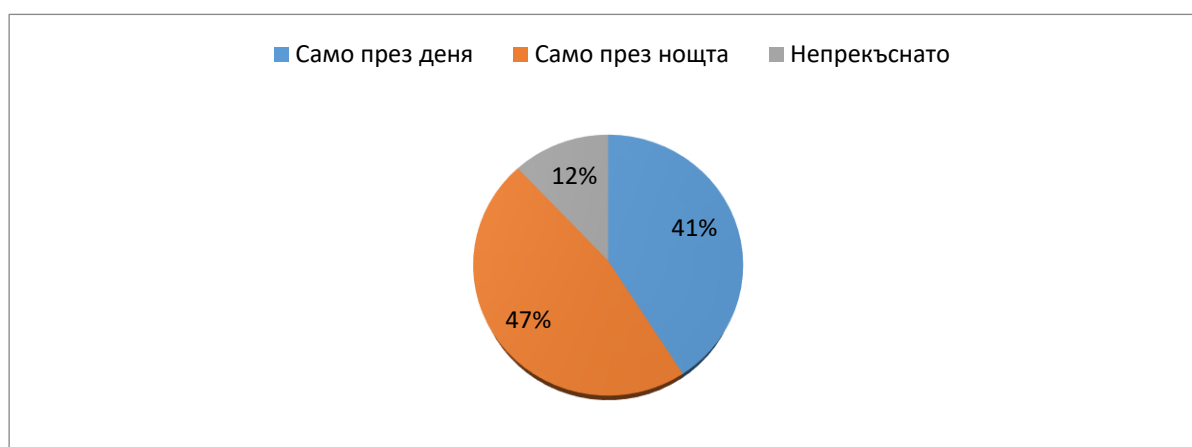
Болката оказва дълбоко негативно влияние върху качеството на живот на болния. Лошо контролирана тя води до намалена мобилност на болния и последващо безсилие, нарушава имунната му защита, в значителна степен пречи да се храни, да се концентрира и работи, влияе негативно върху съня и почивката на пациента (Фиг. 4).



Фиг. 4. Оценка на изпитваната от пациентите болка в определени моменти

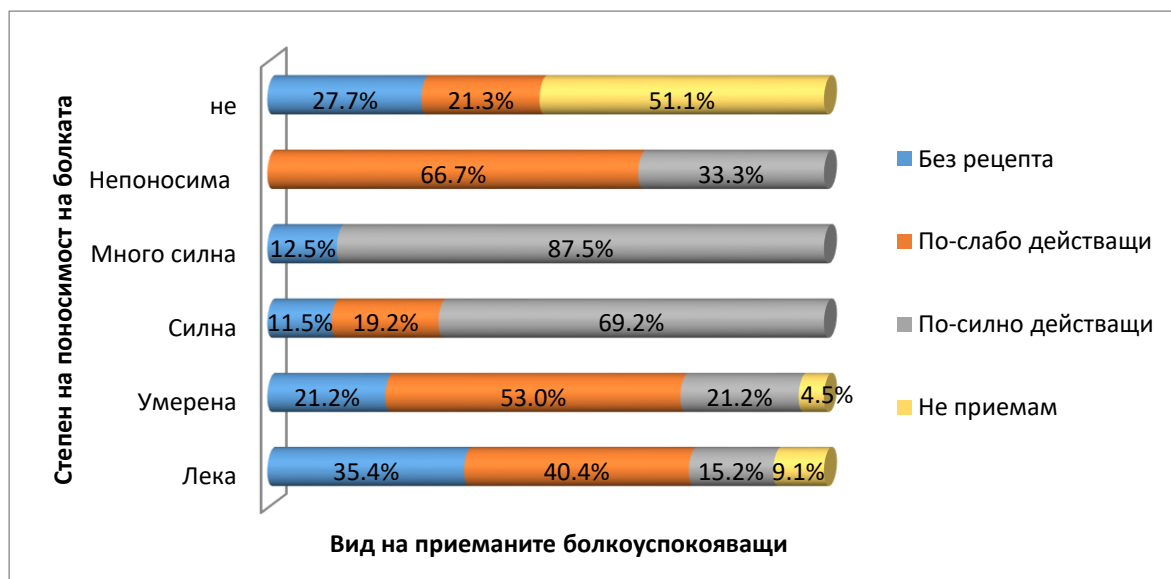
Проучвайки изпитваната от пациентите болка установихме изпитваната болезненост при хранене (70,3%), втора по значимост при покой (67,1%) и значителна част са посочили при разходки извън дома (45,0%). Приблизително половината са изпитвали болка при разходки извън дома (43%), при покой (27,3%) и не малка част при хранене (25,3%).

Болката оказва разрушително влияние върху всички аспекти от живота на болния. Наличието ѝ въздейства върху ежедневните дейности и взаимоотношенията на болните с околните (Фиг. 5).



Фиг. 5. Наличие на болка по време на денонощието (според пациентите)

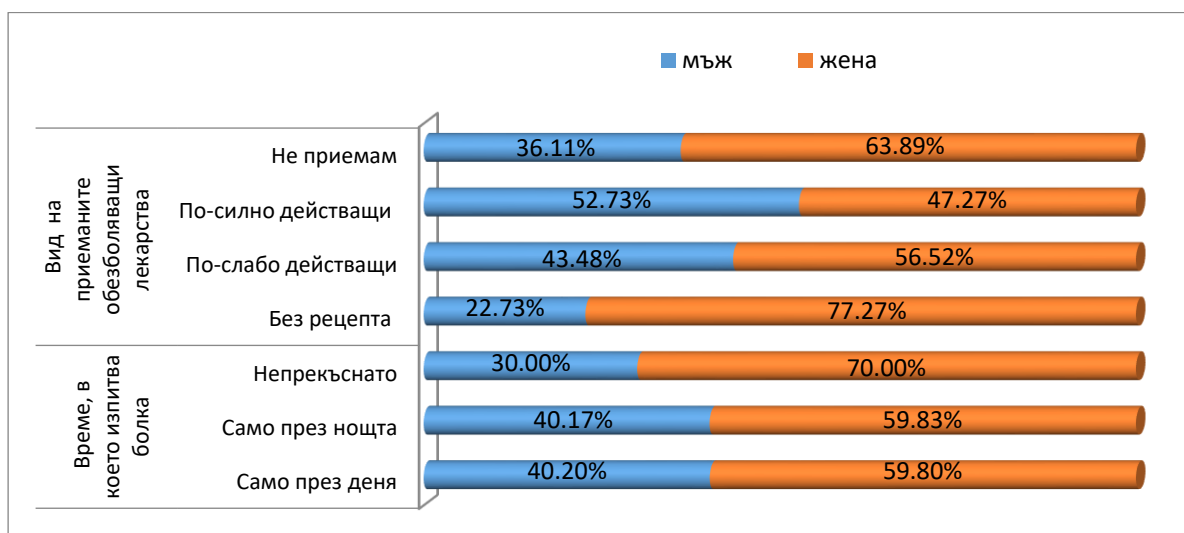
Изследваното мнение, относно вида на приеманите обезболяващи медикаменти според силата на болката, е от значение за адекватно управление на болката, за правилно прилагане на медикаментозно лечение и за ускоряване лечебния процес на възстановяване (Фиг. 6).



Фиг. 6. Вид на приеманите обезболяващи медикаменти според сила на поносимост на болката (седмица преди хоспитализацията)

Повече от половината пациенти са приемали по-слабо действащи обезболяващи при наличие на непоносима болка (66,7%), само една трета от анкетираните са получавали аналгетици според описаната от тях болка (33,3%). Значителна част от респондентите са прилагали по-силно действащи медикаменти при много силна болка (87,5%).

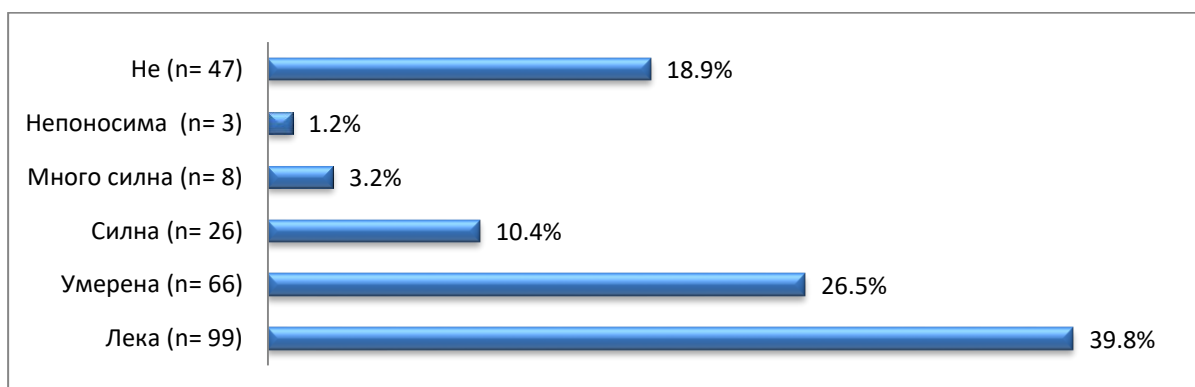
Данните показват, че жените изпитват болка по-силно и по-дълго време от мъжете. Жените проявяват по-голяма чувствителност към повечето форми на болката. Значителна част от тях изпитват болка непрекъснато (70,0%), докато при мъжете непрекъснатата болка е около една трета от анкетираните (30,00%). По-голяма част от жените приемат обезболяващи медикаменти без рецепта (77,27%). Около половината от анкетираните мъже, приемат по-силно действащи обезболяващи медикаменти (52,73%), повече от половината при жените медикаментите са по-слабо действащи (56,52%) (Фиг. 7).



Фиг. 7. Вид на обезболяващите медикаменти и време на изпитваната болка спрямо пола

Установена е силно изразена правопрпорционална корелационна зависимост между стойностите за времето на изпитвана болка на мъже спрямо жени ($\chi^2 = 1,15$; $p=0,05$; $r = 0,9$). Получените разлики в отговорите на двата пола, относно времето на изпитване на болка е статистически незначима при ниво на значимост $p = 0,05$. Според вида на приеманите медикаменти съществува умерена положителна корелационна зависимост между отговорите на пациентите от двата пола ($\chi^2 = 12,61$; $p= 0,05$; $r = -0,133$). Има статистически значима разлика за вида на приеманите медикаменти спрямо пола на пациента. Слаба обратна зависимост, относно приема на медикаменти с по-силно действие от пола.

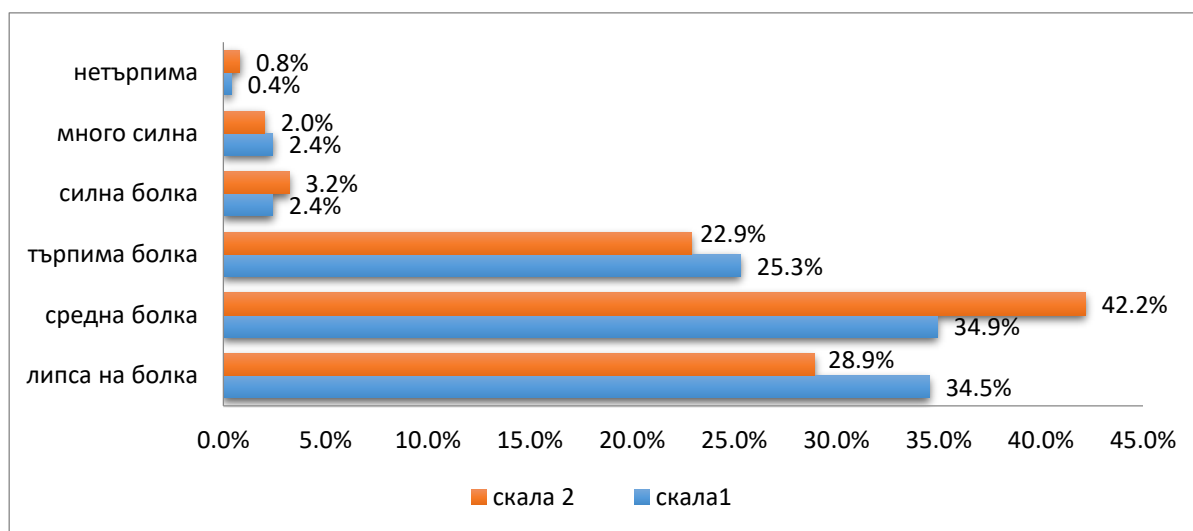
Анализирана е силата на изпитваната болка при пациентите седмица преди хоспитализацията. Болката трябва да бъде уточнявана, лекувана и овладявана. Тя е предупредителен сигнал на организма за настъпили промени, които нарушават неговата цялост, функции и адаптационни възможности (Фиг. 8).



Фиг. 8. Сила на изпитаната болка (седмица преди проучването)

Данните сочат, че болните изпитват болка независимо от прилагането на обезболяващи медикаменти. Установи се, че около една трета от пациентите изпитват лека болка (39,8%), на второ място са пациентите изпитвали умерена болка (26,5%). На трето място е посочен отрицателен отговор (18,9%). С най-нисък процент са пациентите със силна (10,4%), много силна (3,2%) и непоносима (1,2%) болка. Склоността на болните да се придържат към назначеното лечение е от голямо значение за постигане на добър контрол над болката.

Важно беше да се установи изпитаната болка на пациентите в момента на анкетирането по посочените в анкетната карта скали за оценка на болката, които бяха обозначени като №1(описателна скала за определяне интензивността на болката) и №2 (Поведенческа скала за оценка на болката ((BPS) Behavioral Pain Scale) скала на Уонг – Бейкър (Фиг. 9).



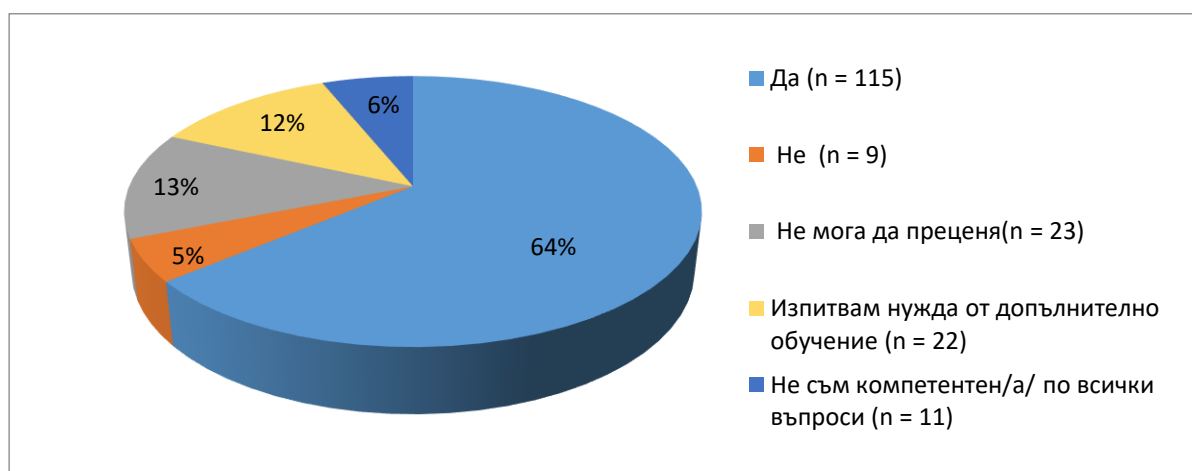
Фиг. 9. Оценка на изпитаната болка по посочените скали в анкетната карта (според пациентите в момента на анкетирането)

Приблизително половината и около една трета от анкетираните пациенти в момента на анкетирането са посочили в скалите за оценка средна болка по скала №1 (34,9%) и скала №2 (42,2%), следвани от пациентите при които липсва болка скала №1 (34,5%) и скала №2 (28,9%). Около една четвърт от пациентите в момента на проучването са били с търпима болка, скала №1 (25,3%), скала №2 (22,9%).

Анализът на данните сочи, че по време на хоспитализация болката до известна степен е неовладяна, което според нас може да се дължи на недостатъчна оценка, която изисква щателна анамнеза и целенасочен преглед.

2.3. Компетентност и необходими познания на медицинските сестри при наличие на болка

Нивото на професионалната квалификация отговаря на съвременните постижения на медицинската наука и практика. Професията на медицинската сестра изисква динамичност, сигурност и възможности за работа на емоционално натоварване и интелектуално напрежение. Здравните грижи целят подпомагането на човека, семейството или общността в достигането или поддържането на оптимално здраве и живот. Фокус на сестринството е холистичната грижа за човека, включваща здравна промоция, поддържане, лечение и възстановяване, подкрепа и терминални грижи за личности от различни възрастови групи (Фиг. 10).



Фиг. 10. Самооценка на медицинските сестри за оказване на професионални грижи при пациент с наличие на болка

Готовност за оказване на грижи при пациент с наличие на болка имат повече от половината анкетирувани медицински сестри (64%), не могат да преценят и имат известни колебания 13%, почти същият процент изпитват нужда от допълнително обучение (12%) и незначителна част не са компетентни по всички въпроси (6%), следвани от респондентите посочили категоричен отрицателен отговор (5%).

За да осигурят качествена грижа на пациентите, медицинските сестри трябва да идентифицират техните нужди, като използват холистичен подход. Философията на сестринството е приемането на сестринска грижа, която интегрира всички измерения на живота. Грижата за пациентите е динамичен процес за справяне с техните нужди, като всеки път се адаптира към нуждите породени от болестта и нейното лечение.

Проучихме мнението на медицинските сестри каква е необходимостта от професионални грижи при пациентите (Фиг. 11).



Фиг. 11. Мнение на медицинските сестри за нуждата от професионални грижи при пациенти с болки

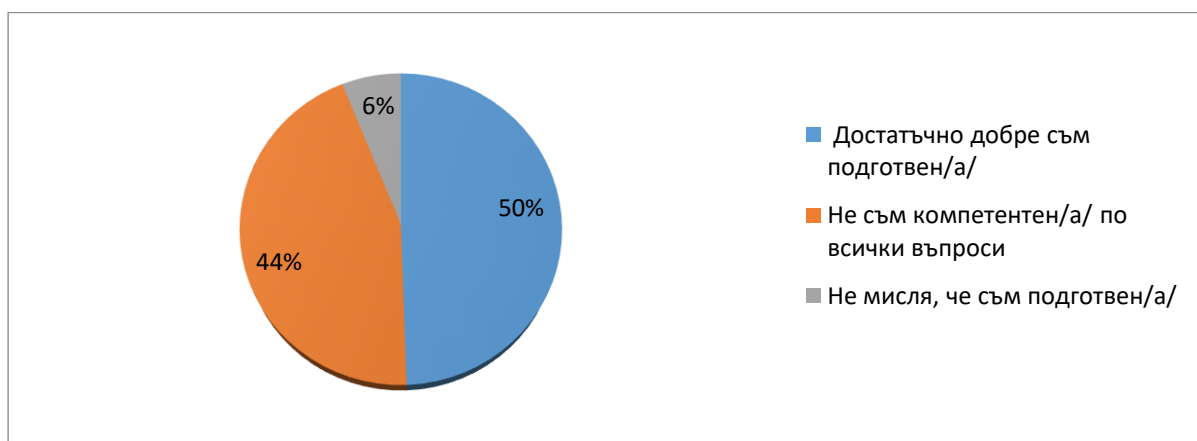
Заб. % надхвърля сто поради посочени повече от един отговор*

Повече от половината анкетиранни медицински сестри посочват необходимост от подкрепа на пациенти, приемащи опиоидните лекарства (57,2%). Според значителна част от медицинските сестри, следваща нужда от професионални грижи е прием на перорални обезболяващи лекарства в точно определено време (52,2%), по-малка част от пациентите са запознати, че приемът на обезболяващите медикаменти се приемат „по часовник“. Приблизително половината анкетиранни медицински сестри са на мнение, че пациентите се нуждаят от подпомагане при хранене и прием на течности (41,1%).

В някои случаи неопиоидните медикаменти са всичко, от което се нуждаят пациентите, за да бъде контролирана болката, особено ако те се приемат регулярно, веднага след появата ѝ.

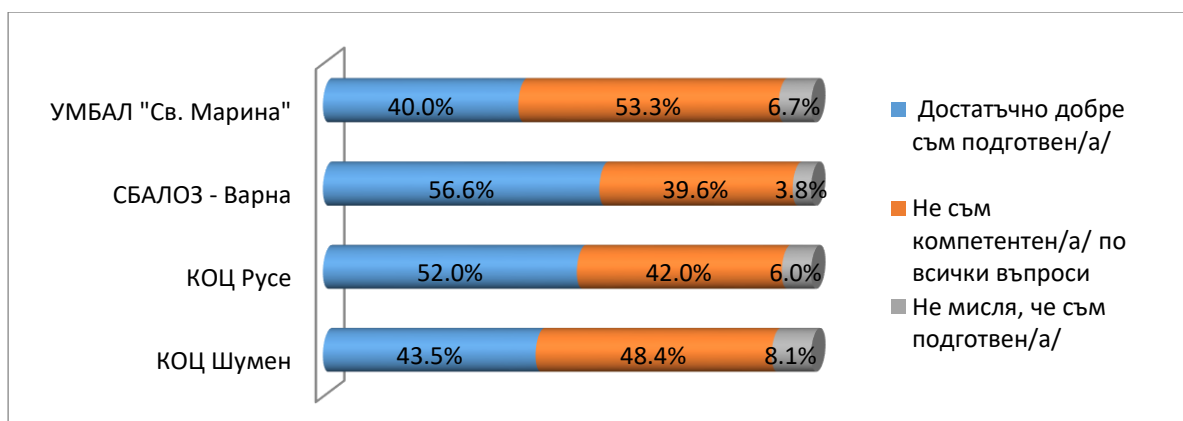
Важно беше да установим, нивото на компетентност на медицинските сестри при оценяване на болката на пациенти с онкологични заболявания.

Половината от анкетираните са достатъчно добре подготвени да прилагат оценъчна скала за болка (50%), като почти половината изпитват известни колебания като не са компетентни по всички въпроси (44%), незначителна част считат, че не са подготвени да приложат скала за оценка на болката при пациент с онкологично заболяване (6%), което според нас е липсата на допълнително професионално обучение или ограничения, които налагат лекарите (Фиг. 12).



Фиг. 12. Ниво на познание за прилагане на скала при оценка на болката (според медицинските сестри)

Интерес представлява разпределението на изказаното мнение на медицинските сестри за компетентност при управление на болката, според лечебното заведение в което работят (Фиг. 13).



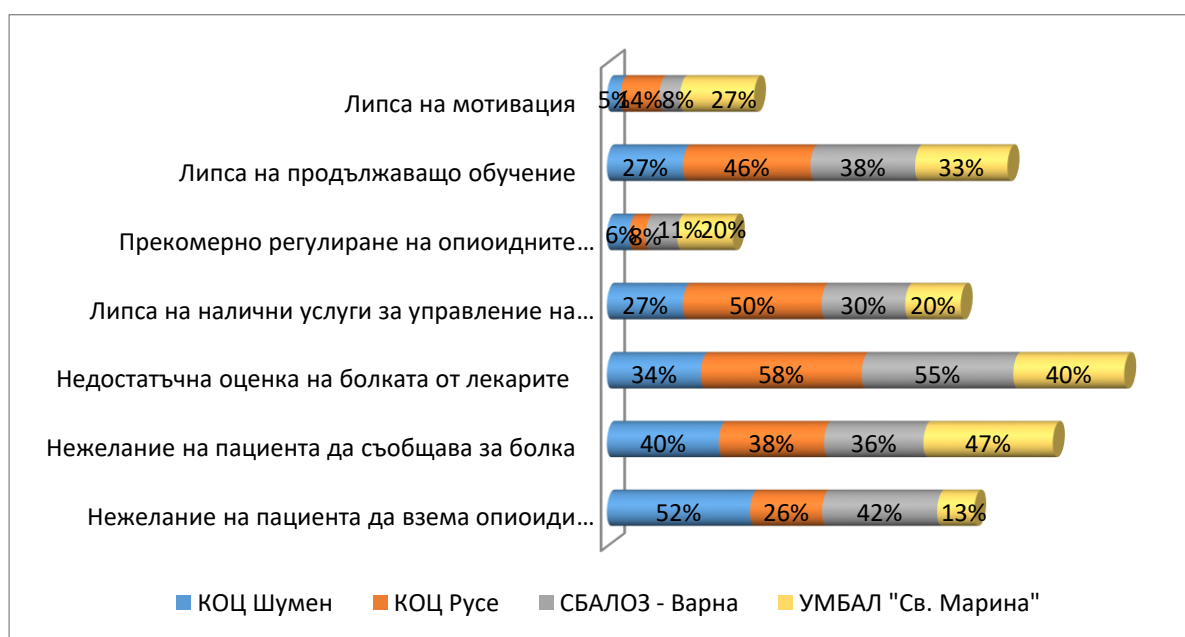
Фиг. 13. Самооценка на медицинските сестри, относно компетентност при управление на болката

Незначителна разлика беше установена по отношение подготовката на работещите медицински сестри $\chi^2(6, 180) = 3,020$ $p < 0,1$. Най-голям е дялът на компетентността по всички въпроси, относно оценка на болката от СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков” гр. Варна (56,6%), следвани от КОЦ – Русе (52,0%). По-малко ниво на компетентност притежават специалистите по здравни грижи от КОЦ – Шумен (43,5%) и Клиника по онкология в УМБАЛ „Св. Марина” гр. Варна (40,0%).

2.4. Основни затруднения на медицинската сестра при определяне степента на болката

Неадекватното управление на болката може да се дължи на затруднения, свързани с медицинските сестри, пациентите и здравната система. Общите професионални трудности включват лоша оценка на болката, липса на допълнително обучение.

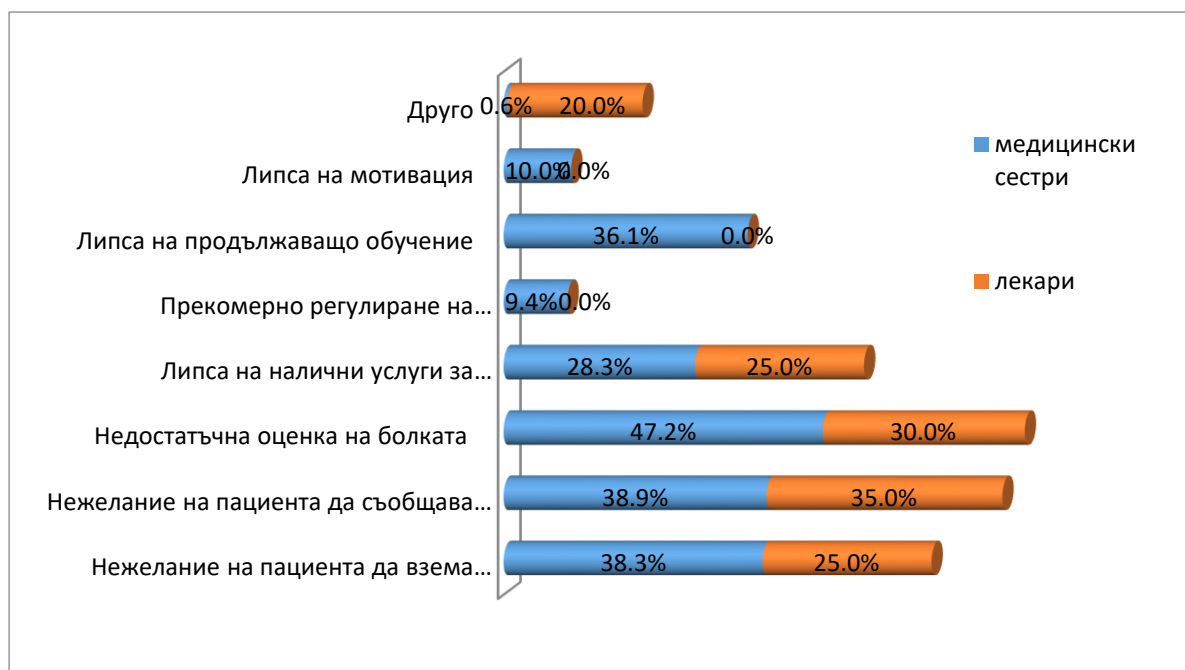
Медицинските сестри изразяват мнение за основните затруднения при управление на болката (Фиг. 14).



Фиг. 14. Затруднения на медицинските сестри, възникнали при управление на болката (според лечебните заведения)

Водещите затруднения при управление на болката независимо от лечебните заведения са недостатъчната оценка на болката от страна на лекарите (58%) КОЦ – Русе, повече от половината са на същото мнение СБАЛОЗ – Варна (55%). Видът и дозата на обезболяващите медикаменти се влияят от оценка на болката и трябва да бъдат коригирани, за да се постигне баланс между оптимално облекчаване на болката и наличие на минимални странични ефекти. Половината медицински сестри от КОЦ – Русе посочват липсата на услуги за управление на болката или палиативни грижи (50%), значителен е дялът на професионалистите по здравни грижи от КОЦ – Русе, които са на мнение, че липсата на продължаващо обучение е от основните причини за управление на болката (46%). Според медицинските сестри от Клиника по онкология „Св. Марина” гр. Варна нежеланието на пациента да съобщава за болка също е водеща причина (47%).

Интерес представлява разпределението на изказаното мнение на експерти и медицински сестри, относно затрудненията свързани с управление на болката (Фиг. 15).



Фиг. 15. Затруднения на медицинските сестри, свързани с управление на болката

Данните от сравнителния анализ констатират, че според медицинските сестри затрудненията за управление на болката е недостатъчна оценка от страна на лекарите (47,2%). Този факт предполага, че пациентите не желаят да съобщават за болка (35,0%), което са посочили лекарите и потвърдено от медицинските сестри (38,9%). Повече от една трета като затруднения са посочили нежелание пациентите да вземат опиоиди поради страх от пристрастяване и по този начин да се намали болката (38,3%). Следващата причина е липсата на продължаващо обучение, което специалистите по здравни грижи посочват (36,1%). Основание да считаме, че изпитват нужда от допълнителна квалификация, която ще доведе до повишаване качеството на живот на пациенти със злокачествени заболявания. Може да има недостатъчна документация за оценка на болката, която затруднява лечението.

Пациентите са изразили свободно мнението си по въпросит за грижите, получили по време на болничния престой и с какви проблеми се сблъскват, свързани с обезболяващата терапия. Отговорите са групирани и представени в Табл. 16.

Табл. 16. Мнение на пациентите за грижите по време на хоспитализация и проблемите, свързани с обезболяващата терапия

С какви други проблеми се сблъсквате, свързани с обезболяващата Ви терапия?		
Отговори	Брой	%
„Не мога да намеря точната доза в аптеките”	82	32,80%
„Нямам проблеми”	56	22,40%
„Предписаните опиоидни лекарства не мога да намеря в аптеките”	98	39,20%
„Не мога да уточня в момента”	14	5,60%
Бихте ли разказали с три изречения за грижите, които сте получили от медицинските сестри по време на Вашия болничен престой?		
„Бих се доверил/а отново на грижите”	36	14,40%
„Получавам огромно внимание”	98	39,20%
„Необходимо е повече любезност”	8	3,20%
„Медицинските сестри са на професионално ниво”	28	11,20%
„Медицинските сестри притежават висока компетентност”	47	18,80%
„Добри”	11	4,40%
„Много добри”	22	8,80%

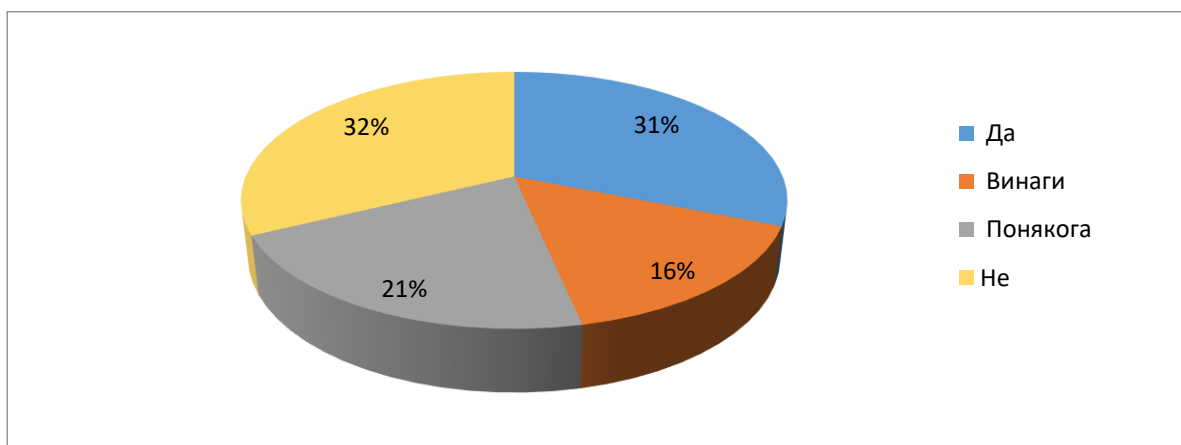
Повече от една трета при пациентите са посочили като водещ проблем свързан с обезболяващата терапия липсата на предписаните опиоидни медикаменти (39,20%). Не малка част не могат да намерят точната доза в аптечната мрежа (32,80%). Пациентите изразяват свободно мнението си за получените грижи от медицинските сестри по време на хоспитализация. Значителна част получават „огромно внимание” (39,20%), не малка част от медицинските сестри притежават висока компетентност (18,80%) и отново биха са доверили на грижите им (14,40%). Отговорите доказват, че медицинските сестри са любезни и проявяват чувство на емпатия.

2.5. Необходими професионални качества на медицинската сестра при оценка на болката

Липсата на адекватна оценка на болката е една от предизвикателните бариери за постигане на контрол. Оценката на болката е критична стъпка за осигуряване на доброто ѝ управление.

Разработени и утвърдени са многобройни мерки за интензивност на болката. Няколко инструмента осигуряват числова оценка на интензитета на болката, например визуална аналогова скала (VAS). Използват се и по-прости скали като вербална, която класифицира болката като лека, умерена или тежка. Изборът на инструмент за оценка на болката трябва да бъде съвместно решение между пациента и медицинската сестра.

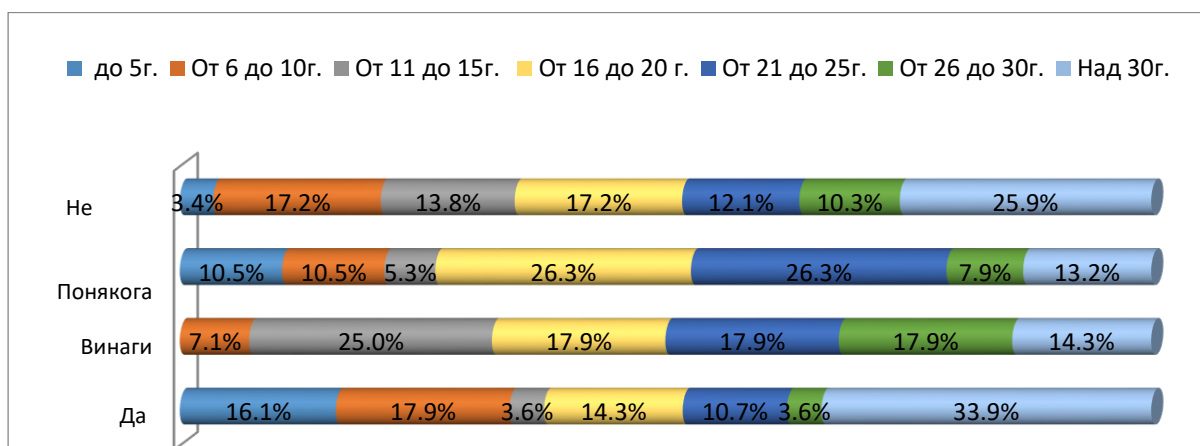
Анализирайки мнението на медицинските сестри относно приложението на скала за оценка на болката, установихме, че около една трета не са прилагали в своята практика скала за оценка (32%), категоричен положителен отговор са посочили приблизително една трета от анкетираниите (31%), „понякога” 21% и едва 16% „винаги” (Фиг. 16).



Фиг. 16. Разпределение на медицинските сестри относно приложение на скали за оценка болката

Медицинските сестри прекарват значителна част от времето си с пациенти. По този начин те имат жизненоважна роля в процеса на вземане на решения относно управление на болката. Те трябва да са добре подготвени и да познават техниките за оценка на болката. Ефективната оценка на болката е от решаващо значение за грижата на пациента. Не само контролираната болка подобрява комфорта на пациента, но и подобрява тяхната психологическа и физическа функция.

Проучихме прилагането на скала за оценка на болката от медицинските сестри, спрямо професионалният стаж (Фиг. 17).



Фиг. 17. Прилагане на скала за оценка на болката от медицинските сестри, спрямо професионалния стаж

Установихме различия в отговорите, които са статистически значими ($\chi^2 = 36,096$; $p < 0,01$; $r = 0,026$). Годишните професионален опит се отразяват на резултата. Разпределението по професионален стаж показва, че преобладаващата група с професионален стаж над 30 години, прилагат скала за оценка на болката (33,9%), равен е дялът на медицинските сестри с професионален стаж 16 до 20 години и 21 до 25 години, които понякога прилагат скала за оценка на болаката (26,3%).

Интерес представлява разпределението на изказаното мнение от медицинските сестри относно причините поради, които не са прилагали скали за оценка на болката (Фиг. 18).



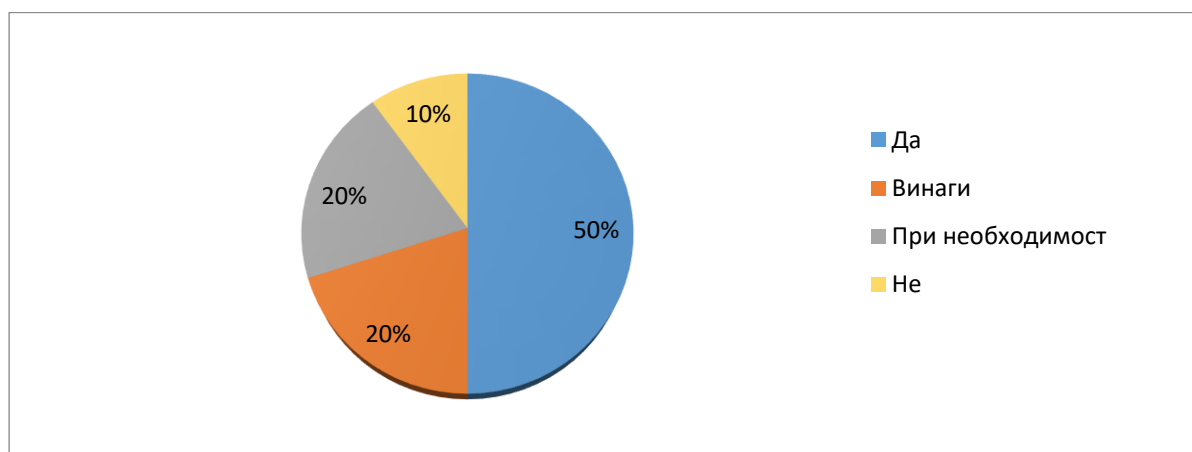
Фиг. 18. Причини поради, които не са прилагали скали за оценка на болката (според медицинските сестри)

Резултатите показват, че различни причини могат да повлияят върху прилагането на скали за оценка на болката при пациенти с онкологични заболявания. Повече от една четвърт са на мнение, че според лекарите само те имат компетенции (27,1%). Следваща

ведеща причина е липсата на време от много документация и манипулации (26%), а не малка част считат, че не е тяхно задължение (22,9%). Малка част изпитват страх да прилагат скала за оценка на болката, поради риск от грешки (12,5%).

Пациентите се различават по своята способност да водят или участват в дискусии относно своята болка и е важно медицинските сестри да обмислят това, преди да изберат най-подходящата стратегия за оценка. Самоотчитането на болката с помощта на насочен въпрос е най-добрият начин за оценка на болката. Когато пациентите не могат устно да съобщят за болка, има редица други възможности, включително скалата за оценка на болката, към която пациентът може да посочи, ако успее да го направи. Скалата за болка на FACES на Wong-Baker е ефективно средство за употреба при пациенти с леко до умерено когнитивно увреждане, въпреки че е по-известно като средство използвано при деца.

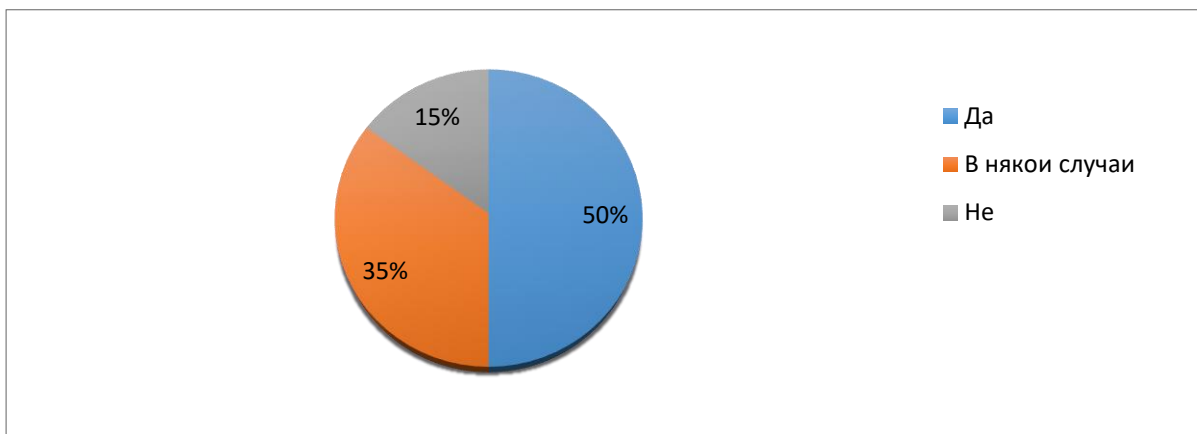
Попитахме експертите използват ли редовно в ежедневната си практика метод за определяне степента на болката (Фиг. 19).



Фиг. 19. Използване в ежедневната практика на метод за определяне степента на болката (експерти)

Според половината от анкетираните експерти използват скали за определяне степента на болката (50%), равен е дялът на лекарите използвали метод за оценка на болката винаги и при необходимост (20%). Малка част споделят, че не използват скали за оценка (10%), което най-вероятно се дължи на индивидуалният подход към всеки пациент.

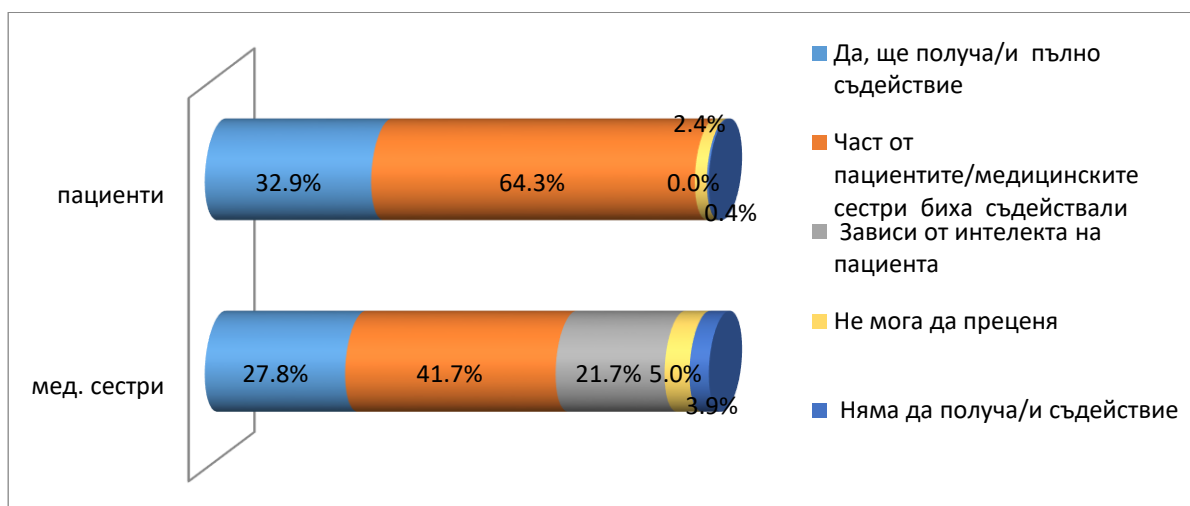
Потърсихме мнението на експертите за доверието на оценка за болката, направена от медицинската сестра, тъй като е значимо за нас (Фиг. 20).



Фиг. 20. Мнение на експертите за доверие на оценка за болката, направена от медицинските сестри

Половината от експертите заявяват категорично, че медицинските сестри ще получат пълно доверие от тях за направената оценка на болката (50%), около една трета доверието на експертите към медицинските сестри е в някои случаи и малка част са категорични в отрицателния си отговор (15%). Според нас това са експерти, които считат че медицинските сестри нямат достатъчно стаж и липса на специализация.

Попитахме медицинските сестри и пациентите за очакваното взаимно съдействие при управление на болката (Фиг. 21).



Фиг. 21. Очаквано взаимно съдействие при управление на болката (според медицинските сестри и пациентите)

Установихме, че приблизително половината от медицинските сестри имат очаквания за част от пациентите да съдействат при управление на болката (41,7%). Основните причини могат да се дължат на това, че някои пациенти отказват да

съобщават за болка или изпитват затруднения в комуникацията. Приблизително една трета категорично заявяват, че ще получат съдействие (27,8%) и зависи от интелекта на пациентите (21,7%).

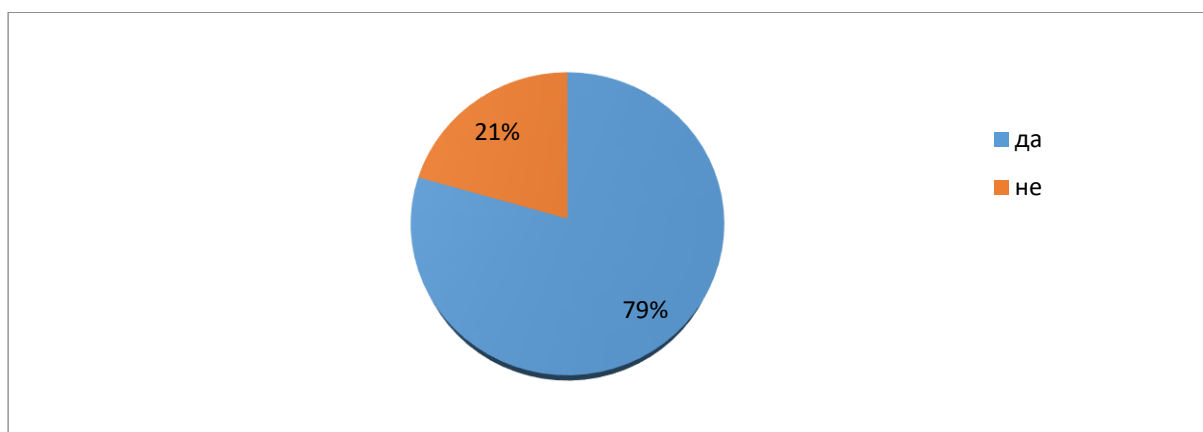
Според повече от половината пациенти част от медицинските сестри биха им съдействали при управление на болката (64,3%), една трета посочват категоричен положителен отговор (32,9%). Интересен е фактът, че според пациентите съдействието, което може да бъде оказано не зависи от интелекта и не са посочили такъв отговор.

2.6. Образователни аспекти за повишаване приносната роля на медицинската сестра в управлението на болката при пациенти със злокачествени заболявания.

Липсата на знания като основна бариера за ефективното управление на болката е отчетена в множество световни проучвания.

Въпреки че управлението на болката е област на изследване в продължение на много десетилетия, очевидно е, че липсата на знания е основна пречка в добрите практики за управление на болката. Следователно може да се предположи, че подобро обучение на медицински сестри е стъпка в правилната посока към оптимални практики за управление на болката.

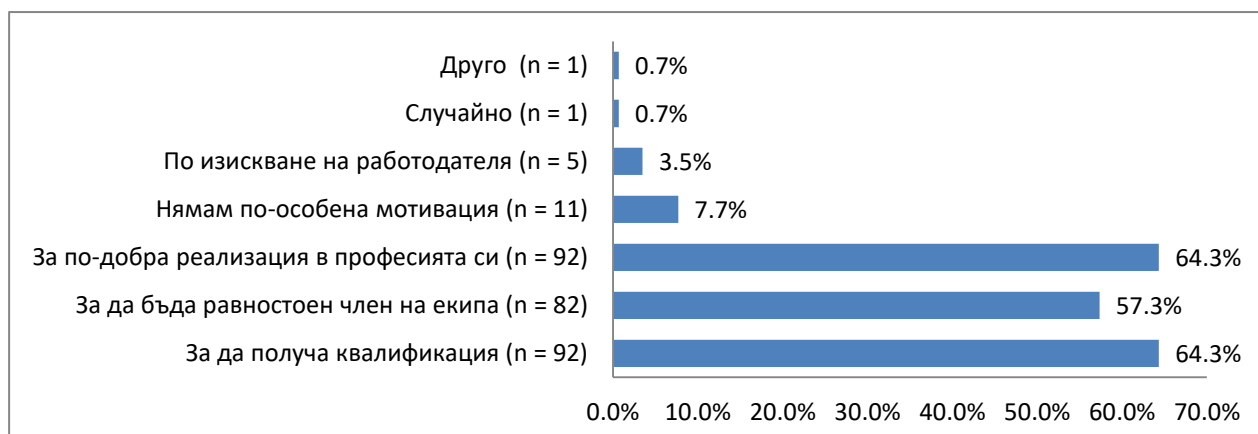
Проучихме мнението на медицинските сестри за включване в специализация, свързана с управление на болката (Фиг. 22).



Фиг. 22. Готовност на медицинските сестри за включване в специализация, свързана с управление на болката

Проучването доказва необходимостта от специализация за управление на болката и готовност на медицинските сестри. Значителна част категорично изразяват своето съгласие за професионално надграждане (79%), малка част не изпитват готовност (21%).

След като медицинските сестри изразиха готовност за включване в специализация, проучихме причините за избор на допълнително обучение (Фиг. 23).



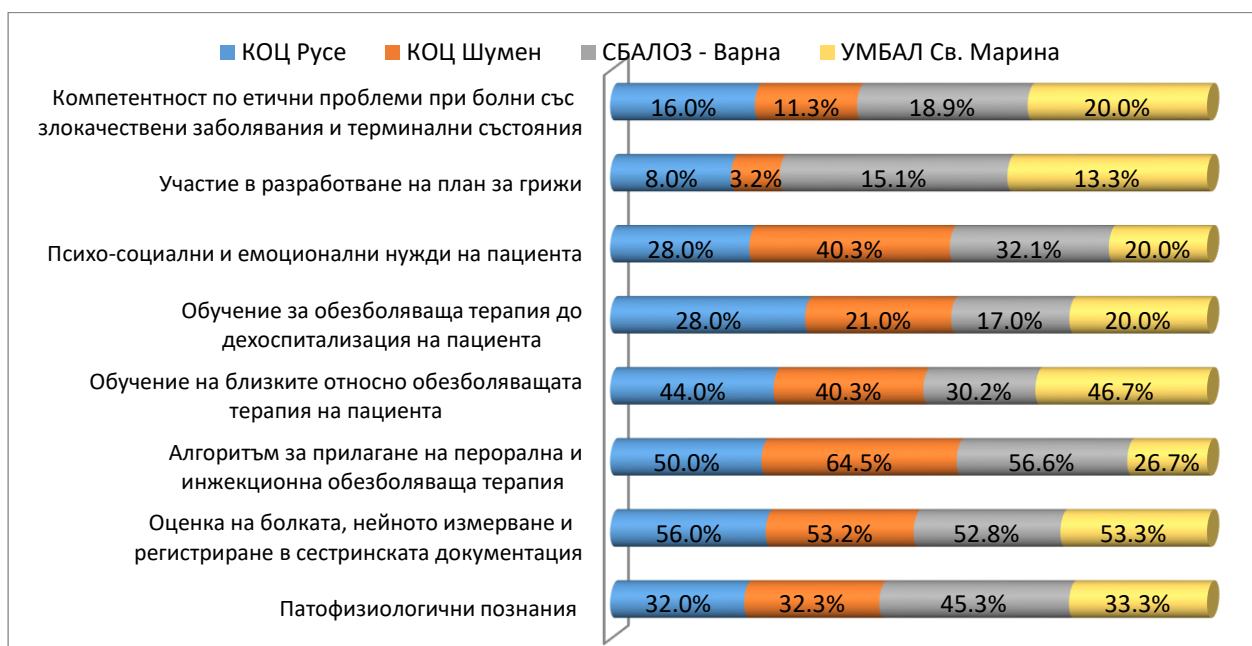
**Фиг. 23. Причини за избор на допълнително обучение
(според медицинските сестри)**

Заб. % надхвърля сто поради посочени повече от един отговор*

Причините, повлияващи избор на специализация са предпоставка за професионална удовлетвореност. Равен е дялът на медицинските сестри, които предпочитат да специализират за по-добра реализация в професията и да получат квалификация (64,3%), следвани от значителна част, които изявяват желание да бъдат равностоеен член на екипа (57,3%).

Не трябва да остава без внимание изказаното мнение на медицинските сестри по месторабота, какво трябва да се изучава в допълнителното обучение за управление на болката (Фиг. 24).

От получените резултати се установи, че повече от половината анкетирани медицински сестри от КОЦ – Русе (56,0%), с незначителна разлика УМБАЛ „Св. Марина” Варна (53,3%), КОЦ – Шумен (53,2%) и СБАЛОЗ Варна „Д-р Марко Марков” (52,8%), изказват мнение за необходимостта от допълнително обучение за оценка на болката, нейното измерване и регистриране в сестринската документация. Изучаването на алгоритъм за прилагане на перорална и инжекционна обезболяваща терапия посочват повече от половината медицински сестри от КОЦ – Шумен (64,5%) и СБАЛОЗ Варна (56,6%).

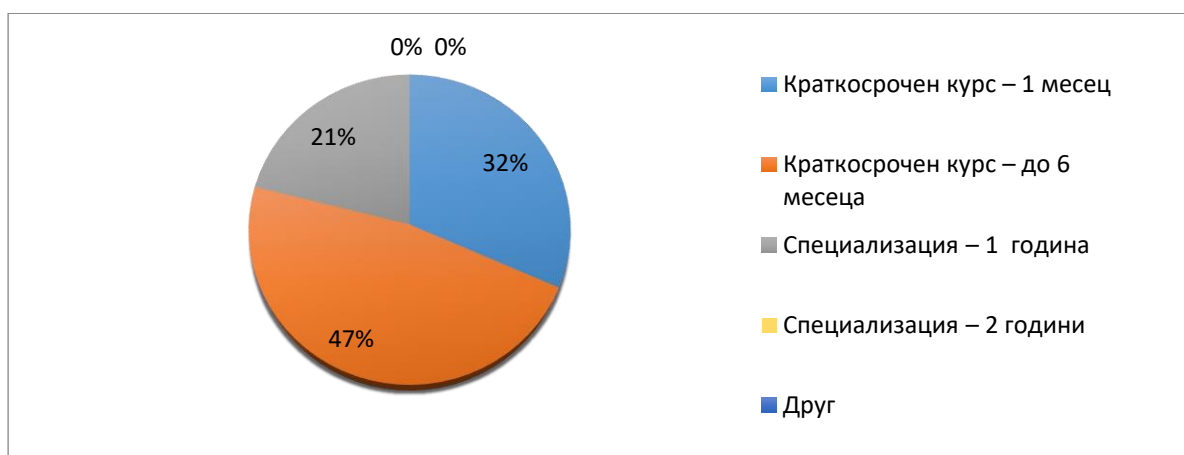


Фиг. 24. Мнение на медицинските сестри за допълнително обучение на онкоболката по месторабота

Заб. % надхвърля сто поради посочени повече от един отговор*

Значителна част от респондентите посочват и обучението на близикте, относно обезболяващата терапия на пациента от УМБАЛ „Св. Марина” Варна (46,7%), КОЦ – Русе (44,0%), КОЦ – Шумен (40,3%) и СБАЛОЗ Варна (30,2%).

Експертите споделят мнение за срок на включване на медицинските сестри в допълнително обучение (Фиг. 25).

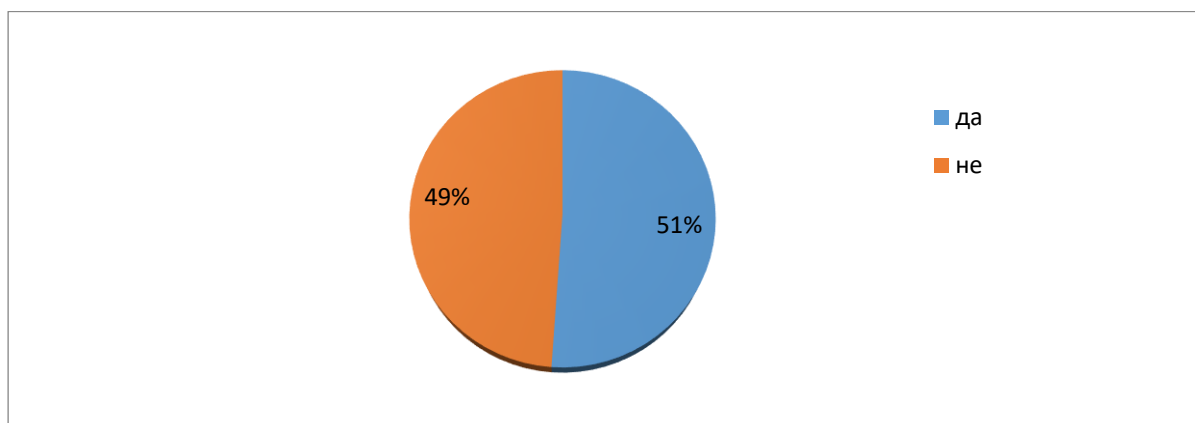


Фиг. 25. Мнение на експертите за срок на включване на медицинските сестри в допълнително обучение

Според приблизително половината от експертите, периодът в който трябва да се обучават медицинските сестри за управление на болката е курс в рамките на шест месеца (47%), на второ място са посочили краткосрочен курс – един месец (32%) и малка част специализация - една година (21%).

Във връзка с повишаване подготовката на медицинската сестра за полагане на грижи при пациенти с онкологични заболявания, за нас беше от значение да проучим информираността за Консенсус на качествена онкологична помощ. Европейското дружество по медицинска онкология (ESMO) е водеща професионална организация обезпечаваща клинични препоръки за поведение за медицински онколози и здравни професионалисти стремящи се да осигурят оптимални грижи за пациентите страдащи от онкологични заболявания. Качествената онкологична помощ изисква справяне с болката, включително и употреба на опиоидни обезболяващи, както и други поддържащи грижи за усложненията, предизвикани от противотуморното лечение и от самото заболяване.

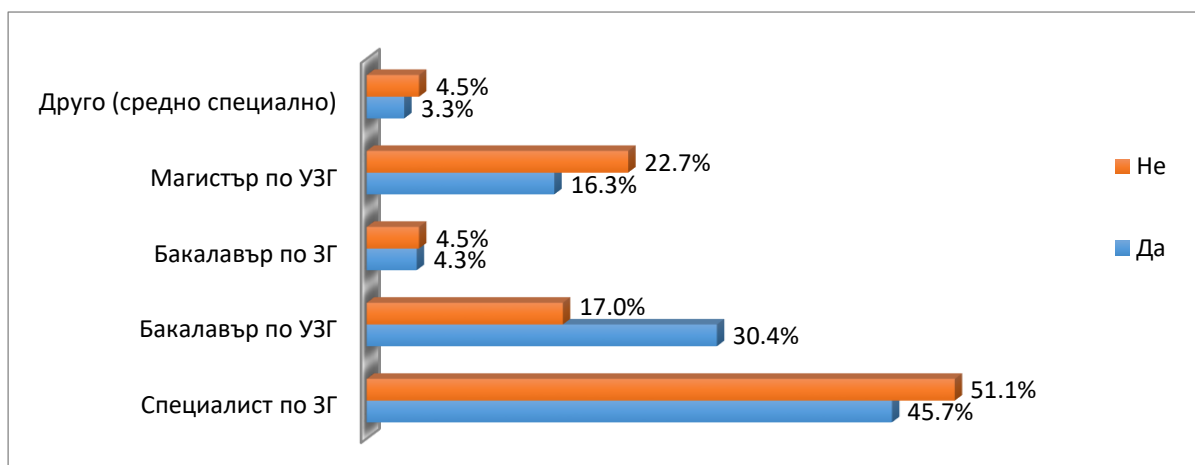
Около половината от медицинските сестри изразяват мнение, че са запознати с Консенсус за качествена онкологична помощ (51%), неинформираност се изразява в значителна част (49%), което според нас се дължи на факта, че именно множеството задължения и полагането на качествени здравни грижи за един пациент, които една медицинска сестра трябва да осигури. Това създава огромно чувство на натовареност и не се отразява добре на работоспособността на медицинските сестри (Фиг. 26).



Фиг. 26. Информираниост на медицинските сестри за Консенсус за качествена онкологична помощ

Резултатите от сравнителният анализ според образователната степен ясно посочва, че най-голяма яснота за наличие на Консенсус за качествена онкологична

помощ имат медицинските сестри със ОКС „специалист” (45,7%), тъй като считаме, че притежават най-продължителен професионален стаж (фиг. 27).



Фиг. 27. Информираност на медицинските сестри за наличие на Консенсус за качествена онкологична помощ (според образователна степен)

Около една трета от бакалаврите по УЗГ (30,4%), показват положително отношение относно информираността, осведомени са и магистрите по УЗГ (16,3%), най-нисък процент са бакалаврите по ЗГ (4,3%) и медицинските сестри със средно специално образование (3,3%), като считаме, че са анкетирани и професионалисти по здравни грижи в пенсионна възраст. Изненадващи са отговорите на медицинските сестри с ОКС „Бакалавър“, тъй като в университетското образование се изучава дисциплината „Социално и здравно законодателство“, както и е включен държавен изпит.

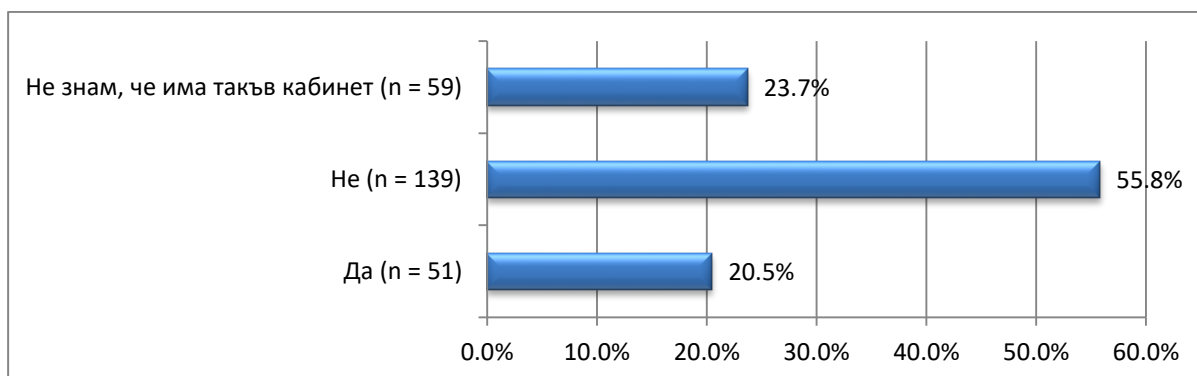
Провокирани бяхме да проучим мнението на пациентите за необходимостта от допълнителна информация, относно приема на обезболяващата терапия (Фиг. 28).



Фиг. 28. Необходимост от допълнителна информация относно обезболяващата терапия (според пациентите)

Голяма част от пациентите, категорично изпитват необходимост от допълнителна информация за обезболяващата терапия, повече от една трета се нуждаят от информация при всяко прилагане на нов вид лекарствено вещество (38%), малка част не изпитват нужда (18%).

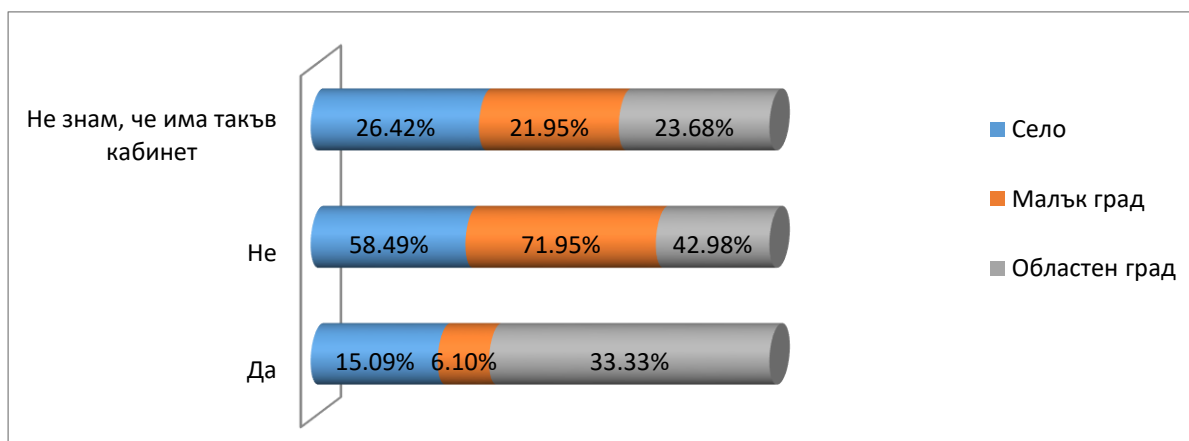
Потърсихме мнението на пациенти, дали са посещавали специализиран кабинет за „Борба с болката” (Фиг. 29).



Фиг. 29. Посещаемост на пациентите в специализиран кабинет за „Борба с болката“

Повече от половината анкетирани пациенти не са посещавали кабинет за „Борба с болката” (55,8%), приблизително една четвърт нямат информация, че има такъв кабинет (23,7%), категорични в отговора за посещаемост са малка част от респондентите (20,5%).

Резултатите ни дават основание да считаме, че съществува ниска степен на информираност сред пациентите, което отдаваме на факта, че живеят в по-отдалечени райони. Това предположение ни провокира да проучим посещаемостта на пациентите в кабинет за „Борба с болката” според местоживеене (Фиг. 30).



Фиг. 30. Посещаемост на пациентите в специализиран кабинет за „Борба с болката” (според местоживеене)

Налице е и статистически значима разлика в резултатите за броя на посещения на специализиран кабинет по местоживеене $\chi^2 = 25,754$; $p=0,05$ $r = -0,147$. Тревожно голям е според нас факта, че голям процент от пациентите независимо от местоживеенето си не посещават (средно повече от половината анкетирани -57,81%) или не знаят за съществуването на такъв кабинет (средно около четвърт от пациентите -24,02%).

Анализирайки данните, бихме могли да направим следните **изводи**:

1. Повече от половината анкетирани пациенти са приемали по-слабо действащи обезболяващи медикаменти при непоносима болка (66,7%).
2. Голяма част от медицинските сестри имат готовност да окажат професионални грижи на пациент с наличие на болка (64%).
3. Проучването доказва, необходимостта от допълнително професионално обучение на приблизително половината от медицинските сестри (44%).
4. Водещите причини при управление на болката, независимо от лечебните заведения са недостатъчната оценка на болката от страна на лекарите (58%) и нежелание на пациентите да съобщават за болка (47%).
5. Проучването доказва, че преобладаващата група медицински сестри с професионален стаж над 30 години прилагат скала за оценка на болката (33,9%).
6. Значителна част от медицинските сестри изразяват готовност за включване в специализация, свързана с управление на болката (79%).
7. Повече от половината анкетирани медицински сестри независимо от лечебното заведение изказват мнение за необходимост от допълнително обучение за оценка на болката, нейното измерване и регистриране в сестринската документация.

3. ИНСТРУМЕНТАРИУМ ЗА ПОДДЪРЖАНЕ НА КАЧЕСТВО НА ОНКОЛОГИЧНАТА БОЛКА

Медицинската сестра е най-дълго време с пациентите, отколкото всеки друг член на здравния екип. Тя играе активна и много важна роля при контролирането на болката при болните от рак и облекчаването на страданията. При контролиране на болката медицинската сестра трябва да разбере психологическото състояние на пациента, вредни последици от нелекувана ракова болка и социално-културен произход на пациента. Тя трябва да разбере, че съществуват два вида болка, ноцицептивни и невропатични болки и че голяма част от пациентите с онкологично заболяване с болка могат да имат две или повече от четири различни болки едновременно.

Ролята на медицинската сестра при управление на болка при онкологично заболяване включва и сестрински интервенции, като предоставяне на грижи, предотвратяване на болка, обучение, застъпничество, общуване, утешаване, подкрепа и консултиране на пациента.

3.1. Алгоритъм за оценка на болката при пациенти с онкологично заболяване

Най-добрият начин да се получи най-много информация за болката е колкото е възможно по-внимателно да се изслушват оплакванията на пациента. Всички национални и международни стандарти и препоръки за овладяване на болката подчертават, че най-важната част от информацията е тази, получена при комплексното изследване на пациента с болка – това е всичко онова, което разказва за естеството на болката и обстоятелствата, при които тя намалява.

Алгоритъмът за оценка на болката е ценен инструмент за точно описание, оценка и регистриране в сестринската документация. Алгоритъмът улеснява подбора на подходящ медикамент за болка. Медицинските сестри могат да съдействат на пациентите, като използват последователност на въпросите за оценка на болката. Освен, че улеснява точната оценка на болката, документирането показва, че предприеманите правилни стъпки гарантират, че пациентите ще получат качествено управление на болката.

Теоретична обосновка

Структурираният подход може да помогне за събирането на по-подробна и подходяща информация:

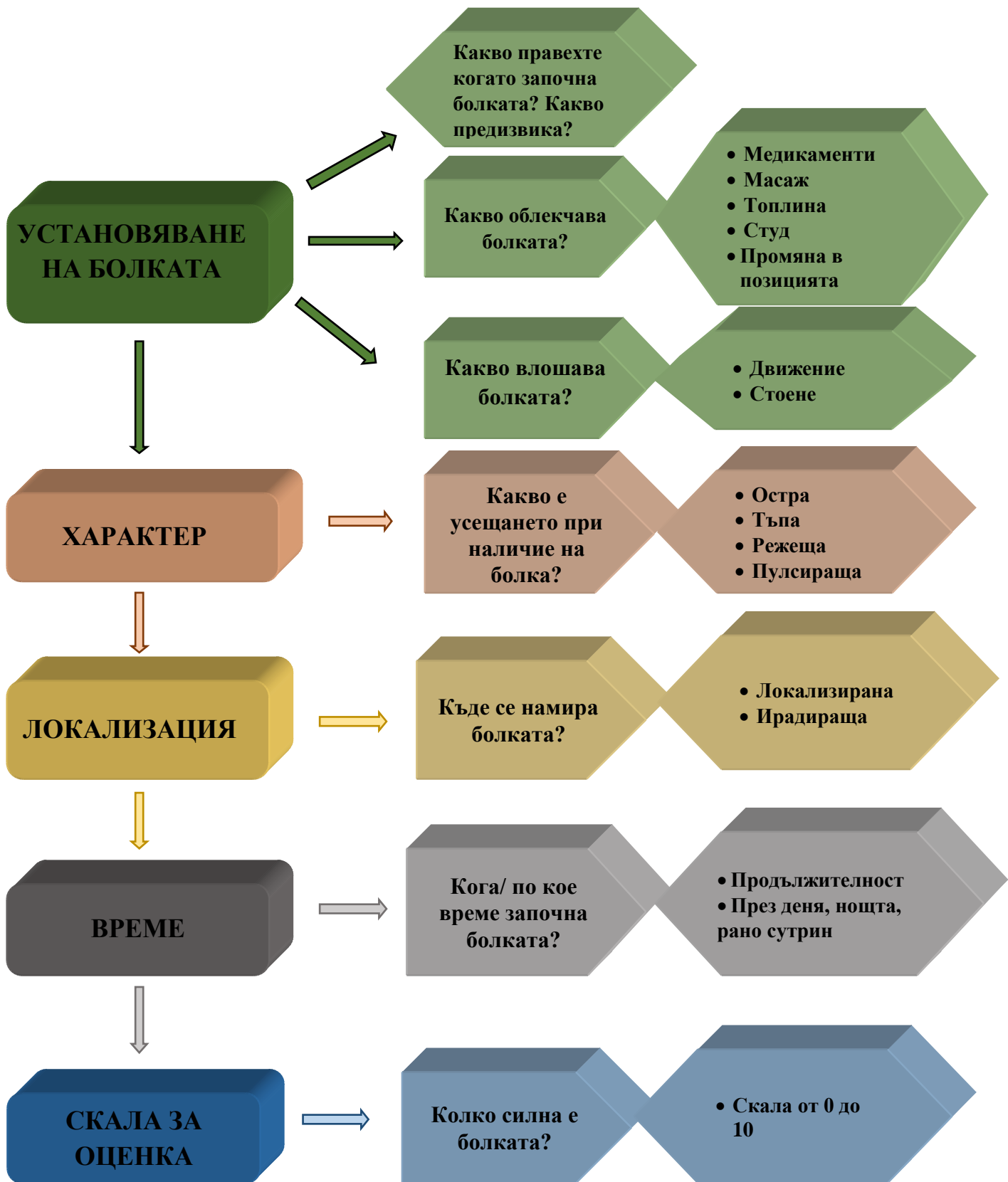
- ❖ **Установяване на болката** – понякога причината може да бъде очевидна, понякога може да няма очевидна причина. Ако могат да се разберат

механизмите, които влошават болката, източникът ще бъде по-точно определен.

- ❖ **Характер** – болката е широк термин, пациентите ще могат да опишат болката: остра, тъпа, режеща, пулсираща, изтръпваща. Невралгичната болка може да бъде остра и фокусирана, като ноцицептивната болка от нараняване може да бъде дифузна, в зависимост от механизма на нараняване, вида на нараняването и количеството и вида на засегнатата тъкан.
- ❖ **Локализация** – болката се усеща в различно местоположение на тялото до източника на проблема.
- ❖ **Време** – получените отговори ще позволят да се вземе информирано решение.
- ❖ **Скала за оценка** – болката се оценява по скала от 0 до 10.

Цялостната оценка на болката включва проучване на характеристиките на болката - местоположението, появата, позицията, интензивността, характерът и тежестта могат да осигурят качествено управление на болката.

Схематично е представен **Алгоритъм за оценка на болката** при пациенти с онкологични заболявания (Фиг. 31).



Фиг. 31. Алгоритъм за оценка на болката при пациенти с онкологични заболявания

Алгоритъмът включва последователност от въпроси, които осигуряват професионална ефективност и сигурност на медицинската сестра при оценка на болката.

Предложеният Алгоритъм е приложим в сестринската практика и ще спомогне за:

- ✓ *Изпълнение на ежедневните задължения;*
- ✓ *Може да се въведе във всяка клинична практика за оценка на болката;*
- ✓ *Лесен за използване;*
- ✓ *Медицинските сестри ще могат да усъвършенстват уменията си;*
- ✓ *Медицинските сестри ще имат увереност във вземането на правилни решения;*
- ✓ *Минимизиране на риска от грешки;*
- ✓ *Алгоритъмът ще допринесе за индивидуален подход;*
- ✓ *Гарантира качество;*
- ✓ *Персонализиране на грижите;*

3.2. Модел на Фиш за управление на болката при пациенти с онкологични заболявания

Въз основа на резултатите от проучването разработихме **Фиш за управление на болката**, който считаме, че е от съществено значение за дейността на медицинската сестра и ще сведе до минимум риска от грешки.

Оценката на болката е от решаващо значение за нейното овладяване. Тя е многоизмерна, следователно трябва да включва интензивността, местоположението, продължителността и описанието, въздействието върху факторите, които могат да повлияят на възприятието за болка.

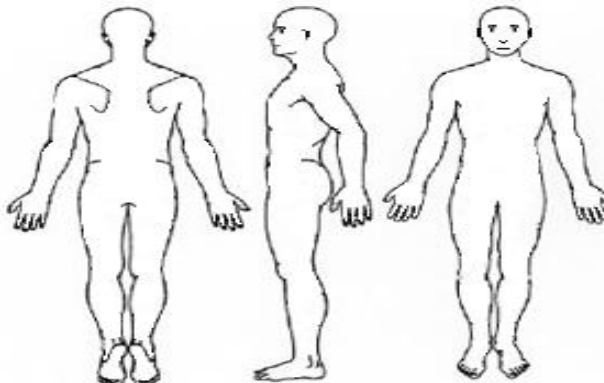






Ефективното лечение на болката зависи от тази оценка, която се извършва на редовни интервали, включително повторна оценка след интервенции за облекчаване на болката. Оценката на болката помага да се определи дали е адекватна, дали са необходими обезболяващи или аналгетични промени в дозата, дали са необходими промени в плана на грижите или допълнителни интервенции.

Измерването на болката количествено определя нейната интензивност и дава възможност на медицинската сестра да определи ефикасността на интервенциите, насочени към намаляване на болката.

При документиране на болка от медицинската сестра освен, че улеснява точната оценка, показва, че са предприети всички правилни стъпки, за да се гарантира висококачественото управление на болката.

Собствено разработеният **Фиш за управление на болката** е структуриран и лесен за попълване от медицинската сестра. Въвеждането като сестринска документация ще бъде от голяма значимост в практиката на медицинската сестра. Съдържа части, които дават достатъчно информация, относно:

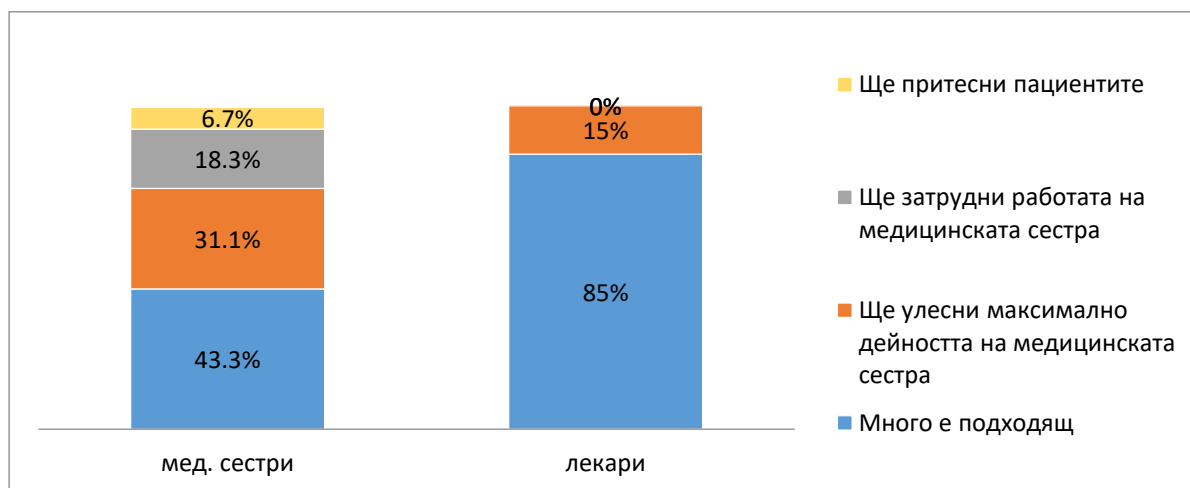
- *Лични данни (паспортна част);*
- *Изяснява вида и локализацията на болката, които могат да бъдат отбелязани на фигури;*
- *Представени са две скали на „Уонг Бейкър” и описателна скала за определяне интензивността на болката;*
- *Регистриране на симптомите – потенциални въздействия върху функцията, активността, настроението и съня;*
- *Дата, име и фамилия на медицинската сестра извършила оценка на болката (Фиг. 32).*

ФИШ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛКАТА (сестринска документация)					
Име, презиме, фамилия					
Адрес.....				Телефон.....	
Гр./с.....		Лечебно заведение.....			
Вид и локализация на болката					
<input type="checkbox"/> Пулсираща <input type="checkbox"/> Пробождаща <input type="checkbox"/> Пронизваща <input type="checkbox"/> Стрелкаща <input type="checkbox"/> Изгаряща <input type="checkbox"/> Тръпнеща <input type="checkbox"/> Остра <input type="checkbox"/> Трудна за описание <input type="checkbox"/> Друга.....					
Оценка на болката					
 0		 2		 4	
 6		 8		 10	
Липса на болка	Средна болка	Търпима болка	Силна болка	Много силна болка	Нетърпима болка
Регистриране на симптомите					
<input type="checkbox"/> Дихателни <i>(затруднено дишане, задух, болки в гърдите)</i> Други.....			<input type="checkbox"/> Кожни <i>(сърбеж, обриви)</i> Други.....		
<input type="checkbox"/> Стомашно-чревни <i>(гадене, повръщане, промени в дефекацията)</i> Други.....			<input type="checkbox"/> Неврологичен дефицит <i>(понижена чувствителност в дадена зона, намаляване на двигателната способност)</i> Други.....		
<input type="checkbox"/> Урологични <i>(ретенция, полакиурия инконтиненция на урината, , дизурия)</i> Други.....			<input type="checkbox"/> Рани в устната кухина Други.....		
<input type="checkbox"/> Психическо състояние <i>(депресия, неспособност за концентрация, повишена тревожност, суицидни мисли, нарушения в съня)</i> Други.....				
Дата:.....			М.С.....		

Фиг. 32. Модел на Фиш за управление на болката при пациенти с онкологично заболяване

3.3. Оценка на предложеният инструментариум за поддържане на качеството на онкологичната болка

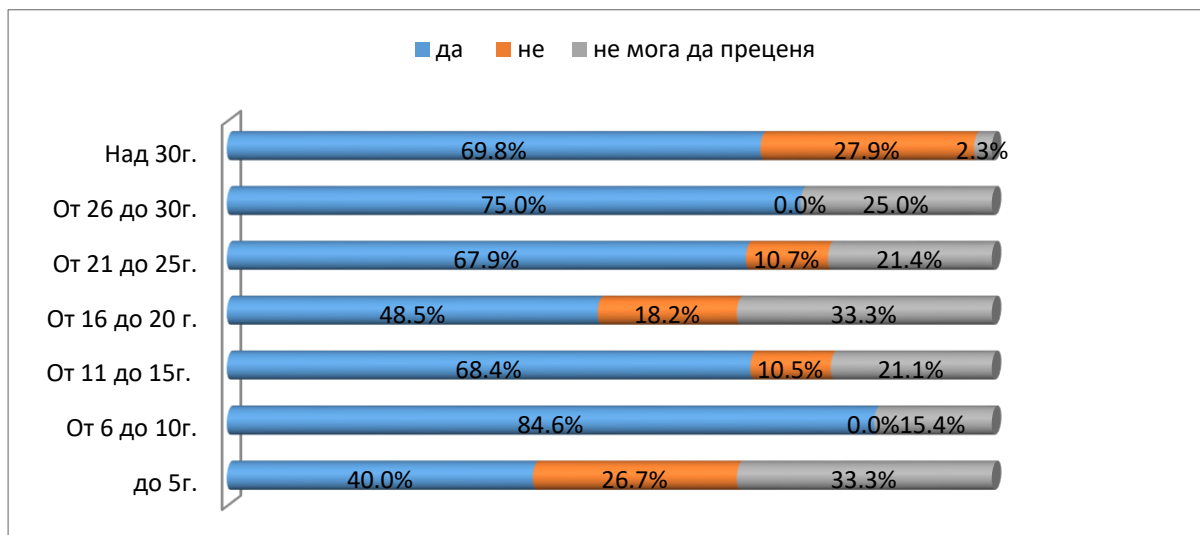
На експертите и медицинските сестри предоставихме разработен **Фиш за управление на болката**, за да получим оценка на възможностите за създаването му и ползата от въвеждане в сестринската практика (Фиг. 33).



Фиг. 33. Оценка на предложения фиш за управление на болката

След като се запознах със съдържанието на Фиш за управление на болката, голяма част от медицинските сестри изразиха мнение, че е много подходящ (43,3%) и ще улесни максимално дейността им (31,1%). Потвърждение за положителна оценка получихме от почти всички анкетирани експерти, като нито един от тях не е посочил негативен отговор (95%). Според тях предложеният Фиш би подпомогнал медицинската сестра при оценка на болката, като не ѝ отнема много работно време. На противоположно мнение са медицинските сестри, като приблизително една четвърт считат, че Фишът за управление на болката ще затрудни работата им (18,3%) и ще притесни пациентите (6,7%). Според нас притеснението от страна на медицинските сестри се дължи на голямата заетост на работното място и наличието на комуникативни бариери при пациентите за определяне интензитета на болката.

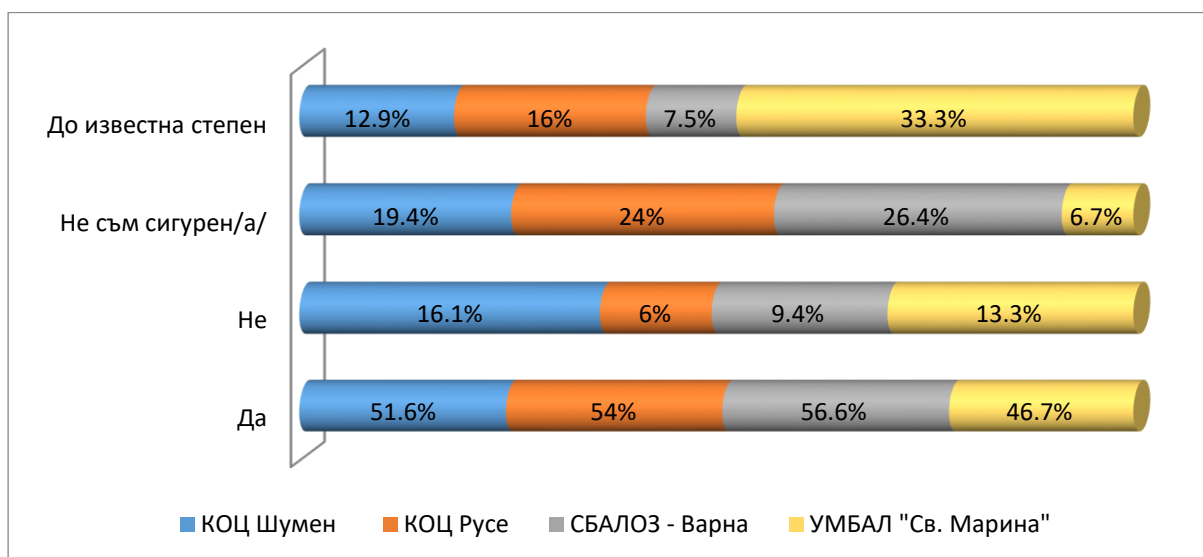
За нас беше важно да разберем мнението на медицинските сестри за ползата от въвеждане на Фиш за управление на болката, според професионалният им стаж (Фиг. 34).



Фиг. 34. Мнение за ползата от въвеждането на фиш спрямо професионален стаж

Резултатите показват, че има статистически значима разлика в мненията за въвеждане на фиша в зависимост от професионалния стаж $\chi^2 (12, n = 180) = 29,837$ $p < 0,002$ $r = 0,12$. Установява се слабо изразена обратно пропорционална корелационна зависимост между годините трудов стаж и мнението за въвеждането на фиша. Независимо от различията обаче се забелязва, че утвърдителния отговор варира в границите от 40% до 85%, което потвърждава ползата от въвеждането на фиша. Установява се обаче, че специалистите с малък (до 10г.) и тези с най-голям (над 30г.) трудов стаж имат приблизително еднакви мнения по въпроса относно ползата от фиша.

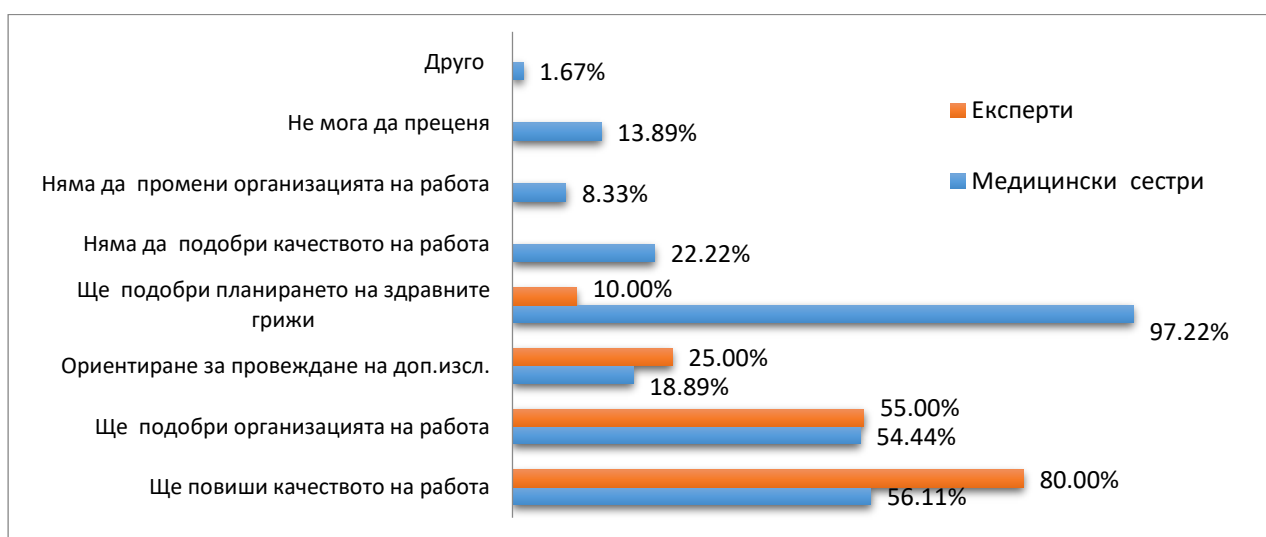
Независимо от лечебното заведение, в което осъществяват своята практика медицинските сестри изразяват положителна нагласа за въвеждане на предложения Фиш за управление на болката (Фиг. 35).



Фиг. 35. Въвеждане на Фиш за управление на болката в сестринската практика (според лечебните заведения)

Данните от проучването доказват, че при ниво на значимост $p < 0,05$ различията в отговорите на медицинските сестри не зависи от работното им място, т.е. резултата е статистически достоверен $\chi^2(9, 180) = 11,261$. Установява се, че около половината от отговорите във всички лечебни заведения е „да“ (50%). Отрицателните отговори са по-малко от четвърт от анкетираните, има и сравнително голям процент на медицинските сестри, които нямат мнение или имат съмнение по въпроса.

Интерес представлява изказаното мнение на медицински сестри и експерти, каква промяна ще настъпи в дейността на сестринската практика при въвеждане на Фиш за управление на болката (Фиг. 36).

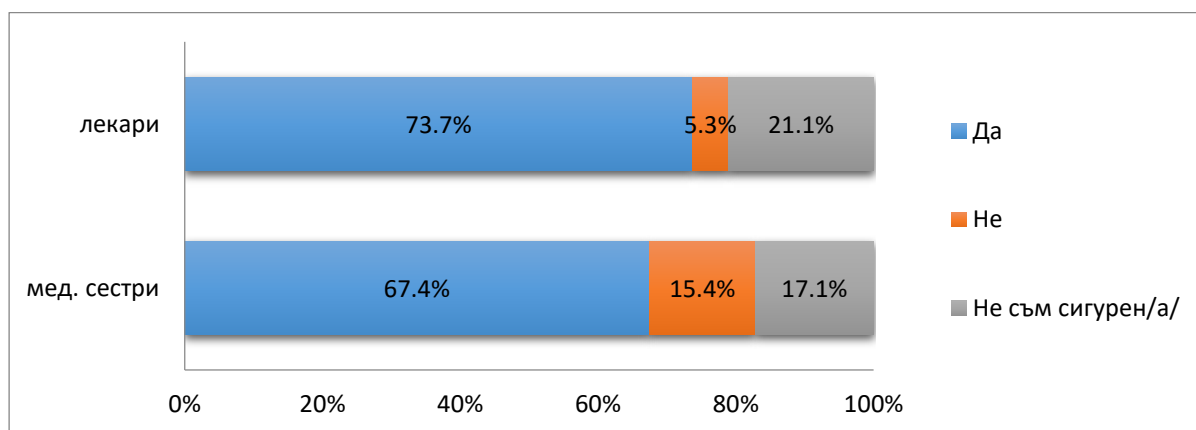


Фиг. 36. Промяна на дейността при въвеждане на Фиш за управление на болката в сестринската практика

Заб. % надхвърля сто поради посочени повече от един отговор*

Почти всички медицински сестри изразяват мнение за подобряване планиране на здравните грижи по отношение въвеждане на Фиш за управление на болката в сестринската практика (97,22%). Според голяма част от експертите ще повиши качеството на работа (80,00%). Мнението на медицинските сестри (54,44%) за подобряване организацията на работа съвпада с това на експертите (55,00%).

Управлението на болката може да бъде усложнено от наличие на странични ефекти при прилагане на обезболяващ медикамент. Употребата на опиоиди може да доведе до злоупотреба и физическа зависимост, което означава, че може да не са подходящи за всички пациенти (фиг. 37).



Фиг. 37. Значимост на Фиш за управление на болката в предписването на обезболяващ медикамент

Еднозначен и категоричен е отговорът на двете групи респонденти медицински сестри (67,4%) и лекари (73,7%), че въвеждането на Фиш за управление на болката в сестринската практика ще подпомогне предписването на обезболяващ медикамент.

3.4. Стандарт за качество на здравните грижи

Професионалните стандарти гарантират, че се насърчава най-високото ниво на качествени сестрински грижи. Медицинската сестра трябва да може да мисли критично, да решава проблеми и да намери най-доброто решение за нуждите на пациента, за да помогне да поддържат, възстановят или подобрят здравето си. Критичното мислене изисква използването обосновани и основани на практиката критерии за вземане на клинични преценки. Тези критерии могат да бъдат основани на базата на стандарти за подобряване на качеството.

Стандартът е очаквано и постижимо ниво на изпълнение, спрямо което може да се сравни действителното изпълнение и описва компетентно ниво на грижа във всяка фаза от сестринския процес.







Като саморегулиращи се професионалисти, медицинските сестри са отговорни за професионалното поведение и собствената си практика.

Основната цел на стандартите в здравеопазването е да се постигне подобряване на качеството на грижите и да се гарантира безопасността на пациентите.

Тези стандарти са важни за сестринската професия, защото те насърчават и ръководят клиничната практика. Използват се, за да осигурят рамка за разработване на контрол за клинична компетентност.

Стандартите за здравни грижи описват компетентно ниво на сестринските грижи. Медицинският процес е в основата на клинично вземане на решения и включва всички значими действия, предприети от медицинските сестри при предоставяне на грижи. В тях са отговорностите по сестрински грижи за безопасността, образованието, промоцията на здравето, лечението, самообслужването и планирането за непрекъснатост на грижите. Стандартите за полагане на здравни грижи са важни, ако възникне правен спор относно дали медицинската сестра практикува по подходящ начин в даден случай.

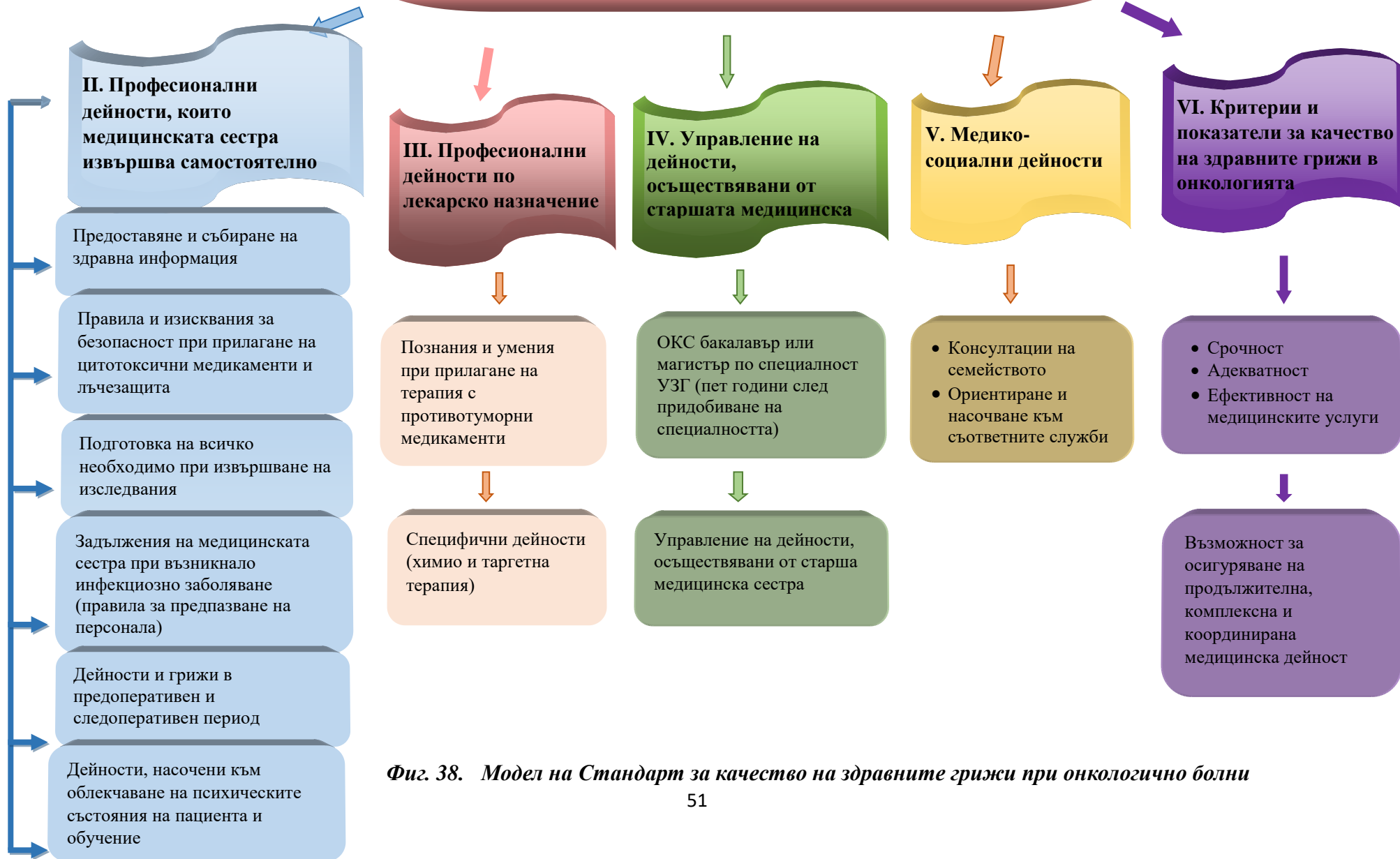
Считаме, че прилагането на **Стандарт за качество на здравните грижи** при онкологично болни **ще допринесе за:**

-  *Повишаване качеството на живот при пациентите;*
-  *Подобряване на клиничната практика и организационната работа при полагане на сестринските грижи;*
-  *Предоставяне на медицинските сестри рамка за развиване на компетенции;*
-  *Ще прибави високо ниво на качество на медицинската помощ;*
-  *Намаляване на разходите при полагане на здравни грижи;*
-  *Автономност на медицинските сестри;*

Моделът на **Стандарт за качество на здравните грижи** при онкологично болни е представен на фигура 38.

Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни

I. Основна цел



Фиг. 38. Модел на Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни

СТАНДАРТ ЗА КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ

Световният и европейският опит доказва постигане на качество в сестринските грижи чрез прилагане на стандарти за добра сестринска практика.

Медицинската сестра в България е лице с висше образование, получило диплом от висше училище, признато от държавата и обучението в него съответства на държавните изисквания за обучение на образователната степен „бакалавър” по здравни грижи с професионална квалификация „Медицинска сестра”.

Дейността на медицинската сестра се основава на правила и норми за добра практика основани на цялостна концепция в прилагането на стандарти по здравни грижи. За изпълнение на отговорни задачи медицинската сестра притежава знания относно профилактиката, промоцията, диагностиката, лечението и рехабилитацията при различните онкологични заболявания.

Голяма част от работата на онкологичната медицинска сестра е обучението на пациентите с ракови заболявания относно възможностите за лечение, процедурите и особеностите на болестта, което изисква непрекъснато обучение и поддържане на нови методи на лечение. Онкологичните медицински сестри трябва да бъдат подготвени да работят с пациенти, които са били диагностицирани с живото застрашаващи състояния. Професията изисква емоционална стабилност, за да помогне на пациентите и техните семейства да работят в процеса на лечение и да се справят със смъртта, ако лечението не успее.

I. ОСНОВНА ЦЕЛ

Основната цел на онкологичната практика е да се подобри качеството на живот на пациентите при прилагане на сестрински грижи, за да се определят стандарти за компетентност на практикуване, както и насърчаване на придобиването за нови знания на професионалистите по здравни грижи с цел професионално усъвършенстване през целия си живот на практика.

Медицинските сестри изпълняват редица важни дейности, свързани с медицинското обслужване на пациенти с рак. Те често работят директно с пациентите, за

да администрират лечението и служат като образователен ресурс за пациентите и членовете на семейството по отношение на възможностите за предоставяне на здравни грижи и лечение при злокачествени заболявания.

Една от най-важните роли на медицинска сестра е да действа като координатор на плана за лечение, което означава, да се помогне на семействата да се грижат и да следят всички медицински досиета. Дейностите на медицинската сестра са насочени към предпазване, поддържане, възстановяване и подобряване здравето на лицата и независимостта на виталните им, физически и психически функции, като се съобразяват с личността на всеки един от тях и с техните психологически, икономически и културни особености.

Ракът е тежко заболяване за много хора. В резултат на това е важно за медицинските сестри да демонстрират разнообразие от умения, като слушане и комуникация.

II. Професионални дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно в клиника/отделение по медицинска онкология

2. Предоставяне и събиране на здравна информация, включваща:

2.1 Запознаване пациента със структурата, организацията и работния график на лечебното заведение;

2.2 Запознаване и извършване на дейности по промоция, профилактика, превенция, лечение или рехабилитация;

2.3 Познава общите и специални сестрински грижи за болния, сестринската медицинска техника в провеждането на лечебно-диагностичния процес;

2.3 Познава особеностите на нервните и психични заболявания;

2.4 Участва в клиничното наблюдение на пациенти, в прилагането на терапията, в подготовката на различни видове изследвания;

2.5 Извършва превантивна дейност относно социално значимите заболявания;

2.6 Познава социалното и здравно законодателство;

2.7 Притежава умения да преценява и предотвратява страданието на лицата и спомага за тяхното облекчаване;

2.8 Полага грижи за пациентите в терминален стадий за достоен завършек на живота им;

2.9 Опазва медицинската тайна и сведения за болните, като не превишава нейната компетентност;

2.10 Запознаване на пациента със структурата, организацията и работния график на лечебното заведение;

2.11 Запознаване на пациента с дейностите по промоция, профилактика, превенция, диагностика, лечение или рехабилитация, които се осъществяват от лечебното заведение;

2.12 Запознаване на пациента с неговите права и задължения;

2.13 Информирание на пациента с цел получаване на информирано съгласие при извършване на изследвания и манипулации.

2.14 Водене на медицинска документация;

2.15 Изготвяне на необходимите доклади, свързани с дейността;

2.16 Даване на указания на пациента при необходимост от вземане на материал за медико-биологични анализи;

2.17 Проследяване и регистриране на лабораторни изследвания, манипулации и здравни грижи;

2.18 Медицинската сестра може да изработва краткосрочен и дългосрочен план за грижи в две насоки:

2.18.1 Формулиране на очаквания резултат от сестрински грижи чрез съставяне на план по грижи, който да бъде част от досието на нуждаещия се от грижи и чрез оценяване на условията, срока и пътя, по който ще се осъществи грижата;

2.18.2 Медицинската сестра може да търси съгласуваност по очакваните резултати в сътрудничество с други дисциплини;

2.19 Може аргументирано да прави избор на определени сестрински интервенции при изготвянето на плана;

2.20 Да разяснява значението на заложените в плана интервенции на нуждаещия се от грижи пациент;

2.21 Може да създава пълна картина за ситуацията и рисковите фактори влияещи върху състоянието на нуждаещия се от грижи;

2.22 Прилагане на животоспасяващи действия до намеса на лекаря /изкуствено дишане, сърдечен масаж/;

3. При провеждане на изследвания на онкологично болен, медицинската сестра подготвя:

3.1 Всичко необходимо за извършване на пълен клинично-биохимичен профил;

3.2 Всичко необходимо за извършване на имунологични изследвания / туморни маркери/;

3.3 Всичко необходимо за извършване на специализирани рентгенови изследвания /мамографии, компютърна томография/;

3.4 Всичко необходимо за извършване на неспециализирани нуклеарно-медицински изследвания /ИНГ, целотелесна костна сцинтиграфия, сцинтиграфия на тиреоидеята/;

3.5 Всичко необходимо за извършване на специализирани ултразвукови диагностики /УЗД/ на щитовидна жлеза, мамоехография, трансректална ехография;

3.6 Всичко необходимо за извършване на ТАБ /тънкоиглена аспирационна биопсия/, цитонамазки;

3.7 Всичко необходимо за извършване на ендоскопия с цитологично изследване и/или биопсия /гастроинтестинална – горна и долна, цистоскопия/, колпоскопия с биопсия, хистероскопия с биопсия;

3.8 Всичко необходимо за извършване на малки оперативни интервенции за уточняване на диагнозата /биопсия на гърда, кожа и подкожие, биопсия на аксиларни и ингвинални лимфни възли, конизация на порцио вагиналис коли утери /ПВКУ/, биопсия на ПВКУ, полипектомия, конизация на ПВКУ и ЛУП-конизация, лазер, абразиво пробатория сепарата, хистероскопия/.

3.9 Всичко необходимо за извършване на рутинно хистопатологично изследване на серийни срези /включително с геффрир/;

3.10 Всичко необходимо за определяне на прогностични фактори, с цел изясняване еволюцията на заболяванията и селектиране на болните с висок риск за рецидив и метастази и индивидуализиране на лечението;

3.11 Подготовка на необходимите принадлежности/пособия и асистиране при пункции на серозни кухини, костно-мозъчна пункция и др.;

3.12 Подготовка на материали за специализирани изследвания, съобразно инструкциите за съхранение и транспорт;

3.13 Всичко необходимо за извършване на специализирани образни методи – ангиография, ЯМР, КТ, ПЕТ-КТ;

3.14 Всичко необходимо за извършване на специализирани патоморфологични изследвания, т. е. имунохистохимични, флоуцитохимични и флоуцитометрични електронно – микроскопски и други;

4. Медицинската сестра, работеща в клиника/отделение по медицинска онкология е необходимо да има познания за терапевтично лечение с:

- 4.1 Цитотоксични лекарствени средства;
- 4.2 Хормонални лекарствени средства;
- 4.3 Биологични /таргетни/ лекарствени средства;
- 4.4 Цитокини, Ваксини и други имуномодулатори;
- 4.5 Растежни фактори;
- 4.6 Антибактериални, антивирусни, антимикотични препарати;
- 4.7 Глюкокортикостероиди;
- 4.8 Кръв и кръвни продукти;
- 4.9. Обезболяващи, антиеметични средства;

5. Правила и изисквания за безопасност при прилагане на цитотоксични медикаменти:

- 5.1 Информирано съгласие на пациента /документирано/;
- 5.2 Инфузията да се извършва бавно, да не се прекъсва;
- 5.3 Химиотерапията да се провежда само в специализирани места;
- 5.4 Да се познават състоянията, които изискват спешност;
- 5.5 Да има оборудвана реанимация в специализираните места, където се провежда химиотерапията;
- 5.6 Самостоятелна манипулационна за разтваряне и дозиране;
- 5.7 Камина с аспирация с вертикален приток на въздух;
- 5.8 Херметични контейнери за съхранение на отпадъците;
- 5.9 Предпазни манти, ръкавици, очила и маски;
- 5.10 Всички необходими материали за парентерално приложение/венозна инфузия на цитостатиците /;
- 5.11 Подготвяне на еднократни пособия за разтваряне и дозиране на цитостатици;
- 5.12 Използване на абсорбиращи материали за покриване на работния плот;
- 5.13 Обличане на предпазно облекло;
- 5.14 Поставяне на защитни очила, ако не се работи в камина;
- 5.15 Покриване на работния плот в камината с хигроскопична марля;
- 5.16 Подготвяне на необходимите пособия / **само през абокат**/;
- 5.17 Вземане информирано съгласие от болния;

5.18 Съхранение на всички използвани пособия в херметически съд;

5.19 Познава дозата, действието и начина на приложение на лекарствените медикаменти при провеждане на химио и таргетна терапия, като прилага утвърдени алгоритми за поведение при свръхчувствителност;

5.20 Прилага съответния хранителен режим на болни, провеждащи цитотоксична терапия и наблюдава пациента за усложнения при парантерално хранене

6. Правила и изисквания за лъчезащита, гарантиращи високо качество за сестринските грижи на онкологично болни:

6.1 Носене на индивидуални дозиметри;

6.2 Бременни и кърмещи да не работят в лъчева среда;

6.3 Радиоактивните отпадъци да се изхвърлят, съобразно правилата за работа с радиоактивни вещества;

6.4 Болен след брахиална терапия, се проследява йонизиращата камера за остатъчна радиоактивност и при достигане на допустимите норми се изписва от отделението;

6.5 При възникване на местни и общи реакции се информира лъчетерапевта;

6.6 При необходимост организира провеждането на консултация с други специалисти (хирург, анестезиолог, невролог, кардиолози др.);

6.7 Лицата, извършващи работа с радиофармацевтици и (или) обслужващи болни, лекувани с радиофармацевтици, трябва да носят специално работно облекло – престилка (от непромокаем материал), шапка, ръкавици и обувки;

6.8 При извършване на дейности, свързани с повишен риск за разпръскване на открити радиоактивни вещества с висока активност, се поставя и цяла пластмасова престилка;

6.9 В помещението за аплициране на радиофармацевтичните вещества задължително трябва да има кушетка и мивка;

6.10 Работните помещения, в които са разположени апаратите за изследване, трябва да се позволява свободен достъп от всички страни на апаратите и изследвания пациент;

6.11 Ежедневно в края на работния ден специалистът по дозиметричния и радиационния контрол трябва да извършва текущ радиационен контрол за наличие на радиоактивно замърсяване по работните плотове, пода, мивките, работното облекло и ръцете на персонала, резултатите от който се документират;

6.12 Индивидуалният дозиметър се носи върху работното облекло, така че да не се допуска засенчването му от други предмети;

6.13 Когато се използва защитна оловно-гумена престилка, дозиметърът се носи под нея;

6.14 При измерване на облъчването на очите персоналният дозиметър се носи на гърдите при гама лъчения или над защитната престилка при рентгенови лъчения;

6.15 След приключване на работа персоналният дозиметър се съхранява на място, което е защитено от йонизиращи лъчения;

6.16 Данните от индивидуалните дозиметри трябва да се отчитат периодично в съответствие с нормативните изисквания;

6.17 Здравното състояние на работещите в структурите подлежи на ежегодно проследяване в специализирани за целта лечебни и здравни заведения;

7. Дейности и грижи на медицинската сестра за онкологично болен, включени в предоперативен и следоперативен период.

7.1 Предоперативен период:

7.1.1 Подготовка на пациента за предоперативните изследвания;

7.1.2 Придружаване на пациента до съответните лаборатории за изследване и консултации;

7.1.3 Получаване на готовите резултати от изследвания;

7.1.4 Ранна и непосредствена премедикация;

7.1.5 Провеждане на психопрофилактика;

7.2 Следоперативен период:

7.2.1 Поддържане на благоприятен микроклимат;

7.2.2 Правилно подреждане на хирургическо легло;

7.2.3 Организиране и прилагане на диетичен режим в ранния следоперативен и следанестезиологичен период;

7.2.4 Поддържане на добра лична хигиена, чисто и удобно болнично облекло;

7.2.5 Наблюдение, проследяване и регистриране на жизненоважните функции в първите часове след оперативната интервенция;

7.2.6 Стриктно и точно прилагане на назначената медикаментозна терапия;

7.2.7 Наблюдение и проследяване на наличните дренажи, сонди, катетри и аспирационни системи;

7.2.8 Провеждане на правилна дихателна рехабилитация и кинезотерапия;

7.2.9 Провеждане на правилна профилактика за предотвратяване на следоперативните усложнения;

7.2.10 Проследяване на жизнено - важните функции/ соматични показатели/ и регистрирането им в медицинската документация;

7.2.11 Наблюдение на общото състояние и израза на лицето на болния;

7.2.12 Провеждане назначената парентерална терапия;

7.2.13 Проследяване състоянието на оперативната рана / кървене/;

7.2.14 Надвръзка при кървяща оперативна рана;

7.2.15 Наблюдаване състоянието на дренажите, сондите и аспирационните системи;

7.2.16 Измерване, регистриране и определяне цвета на отделеното количество секрети;

7.2.17 Поддържане на инфузионна терапия;

7.2.18 Въвеждане, поддържане проходимостта и смяна на уретрален катетър при жена;

7.2.19 Поддържане проходимостта на уретрален катетър при мъже;

7.2.20 Наблюдение за метеоризъм /отделяне на газове/;

7.2.21 Правилно и своевременно хранване на пациента;

7.2.22 Грижи за дефекацията;

7.2.23 Осигуряване условия за спокоен сън;

7.2.24 Полагане на ежедневни грижи за оперативната рана;

7.2.25 Провеждане на правилна профилактика на следоперативните усложнения;

8. Задължения на медицинската сестра при възникнало инфекциозно заболяване на онкологично болен:

8.1 Потребности според модела на В. Хендерсон

8.1.1 Дишане - наблюдава, изследва и регистрира в съответната документация. Извършва аспирация на секрети, в условия на спешност изкуствен дишане и непряк сърдечен масаж. Извършва профилактика на застойните дихателни инфекции чрез дихателна гимнастика и аерация;

8.1.2 Поемане на течности и храни - контролира хигиената на хранене. Регистрира хранителния и водния баланс на пациентите, намиращи се на ентерално и

парантерално хранене и поддръжка средствата, осигуряващи това хранене. Участва в избора и приготвянето на храната. Полага специализирани грижи за тежко болните: храни болните, които не могат сами да се хранят;

8.1.3 Отделяне по чревен и уринарен път - наблюдава отделителните функции на организма. Регистрира вида и количеството на екскрециите и секретиите;

8.1.4 Движение и правилна стойка - планира и контролира двигателния режим според естеството на заболяването, поставя пациентите в подходящо положение, съобразено с патологията.

8.1.5 Сън и умора – свеждане на всички дразнителни до минимум (осигуряване на покой, тишина, затъмнена стая) осигурява спокоен сън и почивка;

8.1.6 Обличане и събличане – подпомага пациента при обличане и събличане според своята индивидуалност и здравословно състояние;

8.1.7 Поддържане на нормална телесна температура –проследяване и регистриране на телесната температура в съответната документация;

8.1.8 Поддържане на лична хигиена и добър външен вид – подпомагане и при необходимост извършване на специален тоалет на устна кухина, уши, очи и нос. Провеждане профилактика против декубитус;

8.1.9 Избягване на психически и физически рискове - разпознаване индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременни действия. Контролира рисковете на околната среда, свързани с опасност за здравето на пациента и намалява до минимум вероятността от физическо увреждане. Прилага програми за профилактика на инциденти в болнична обстановка. Работи в съответствие с изискванията и стандартите за предпазване и предотвратяване на разпространение на ВБИ.

8.1.10 Нормално общуване – насърчава и мотивира правилната комуникация на пациента, за да помогне на емоционалния баланс. Осигурява социално взаимодействие с други хора, за да гарантира и психичното здраве. Оказва психологична помощ и поддръжка на пациента и неговите близки. Дава сведения на близките на пациента в рамките на своята компетентност. Отговаря за неразпространението на конфиденциална за пациента информация.

8.1.11 Действия според личната ценностна система и изповядване свободно на вярата си – спазване на конкретни ценности и вярвания на пациента;

8.1.12 Заетост с цел реализация на личността – популяризиране обхвата на целите и постиженията на пациента със собствените си усилия;

8.1.13 Разнообразяване и възпроизвеждане - организира и води дейности със социално-терапевтична цел;

8.1.14 Усвояване на всички необходими познания (желание за обучение) – поддържане на пациента да развива умения и знания благоприятни за здравето. Комуникативни и психологически умения, компетентност по етични проблеми при болни със злокачествени тумори и терминални състояния;

9. Правила за предпазване на медицинския персонал при работа с инфекциозно болни:

9.1 Носене на работно облекло за работа, включващо: предпазни ръкавици, шапка, маска, блуза, панталон, престилка обувки. При влизането в стаята се облича допълнително изолационна престилка, която се сваля при минаването в следващите стаи и се сменя с друга изолационна престилка;

9.2 След завършване на работната смяна и събличане на работното облекло в специално за целта шкафче следва задължително изкъпване и тогава обличане на собствените дрехи;

9.3 Всички работещи трябва да бъдат изследвани – фекални проби, гърлен секрет, за микробиологични посявки с оглед откриване на здрави заразители;

9.3 Организиране, провеждане и контрол на дейностите по дезинфекция и стерилизация;

9.4 Участие в организацията на профилактиката, контрола и епидемиологичния надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване;

9.2 Организиране и съблюдаване на правилното транспортиране, съхраняване и срок на годност на лекарствените продукти и материалите;

10. При обучение медицинската сестра:

10.1 Провежда обучение за ресоциализация и адаптация на пациенти след операции;

10.2 Повишава квалификацията си и специалната си подготовка, чрез участие в квалификационни курсове и следдипломни специализации;

10.3 Обучава пациента относно провеждане на медикаментозна терапия;

10.4 Обучава пациента и неговите близки за получаване на умения за справяне при остро настъпили (спешни) рискови състояния;

11. Дейности, насочени към облекчаване на психическите страдания на пациента:

- 11.1 Био-психо-социално разбиране за болестта на човек;
- 11.2 Психологическата подкрепа се включва в индивидуалния план за грижи. Подкрепата трябва да бъде адекватна на променящите се условия и фазата на заболяването;
- 11.3 Симптомен контрол при пациенти в последен стадий на болестта;
- 11.4 Морално-етични проблеми при полагане на палиативни грижи;
- 11.5 Прилагане на холистичен подход в медицинската практика;
- 11.6 Прилагане на индивидуален подход при пациенти с културни различия.
- 11.7 Наличие на обучение и опит за оказване на психологическа подкрепа на пациенти в терминален стадий и техните семейства и близки;
- 11.8 Информирание за възможностите за социално подпомагане и осигуряване на технически помощни средства при необходимост според уредените чрез нормативната база възможности;
- 11.9 Провеждане на изчерпателна оценка при контрол на болката и се определят факторите, които влияят върху „общата” болка на пациента;
- 11.10 Обучаване на пациенти и близките им за принципите на управление на болката;
 - 11.10.1 Провежда се изчерпателна оценка на болката и се определят факторите, които влияят върху „общата” болка на пациента;
 - 11.10.2 Предлагат се подходящи мерки за контрол на болката на базата на задълбочени познания за терапията с опиати, за страничните ефекти и начините за справянето със страничните ефекти;
 - 11.10.3 Осъществява се ефективно сътрудничество с пациента, семейството и екипа за изграждането на ефективен контрол на болката чрез фармакотерапия;
 - 11.10.4 Използват се предложените от СЗО три стъпки за стандартен модел за управление на болката;
 - 11.10.5 Обучават се пациента и семейството за принципите за управление на болката;
 - 11.10.6 Установяват се бариерите относно терапията с опиати (вкл. и привикването);

III. Професионални дейности, които медицинската сестра извършва по лекарско назначение

3.1 Специфични дейности, които извършва медицинската сестра в клиника/отделение по медицинска онкология:

- 3.1.1 Асистиране на лекар при извършване на манипулации и интервенции;
- 3.1.2 Подготвяне, извършване на преливане на кръв или други биологични продукти;
- 3.1.3 Провеждане на назначено от лекар лечение;
- 3.1.4 Извършване и назначение на проби за чувствителност;
- 3.1.5 Наблюдение на поставени от лекар централни венозни катетри и имплантирани системи за съдов достъп;
- 3.1.6 Осъществяване и наблюдение на специфични превръзки;
- 3.1.7 Подготовка за и сваляне на конци, дренаже и сонди;
- 3.1.8 Обработване и наблюдение на рани, фистули и стоми;
- 3.1.9 Поставяне на назо-гастрална сонда;
- 3.1.10 Осъществяване на грижи и наблюдение на интубиран или трахеостомиран пациент, като първата смяна на канюлата се извършва от лекар;
- 3.1.11 Наблюдение и обслужване на пациент, на който се провежда цитотоксична терапия в конвенционални режими;
- 3.1.12 Наблюдение и обслужване на пациент, на който се провежда лечение с биологични /таргетни/ средства;
- 3.1.13 Спешни действия при екстравазация на цитостатик;
- 3.1.14 Наблюдение и обслужване на пациент с неутропения;
- 3.1.15 Наблюдение и обслужване на пациент в терминален стадий на болестта, при който се провежда палиативна терапия;
- 3.1.16 Познаване дозата, действие и начина на приложение на лекарствените продукти при провеждане на химио и таргетна терапия;
- 3.1.17 Провеждане на адекватна кислородотерапия;
- 3.1.18 Провеждане на кислородотерапия по лекарско назначение;
- 3.1.19 Грижи за овладяване на болката чрез инжекционно приложение на аналгетични средства назначени от анестезиолог;

3.1.20 Провеждане на назначеното от хирурга и анестезиолога симптоматично лечение;

3.2 При системна терапия с противотуморни медикаменти, професионализмът по здравни грижи проявява:

3.2.1 Познания и разбиране на съвременните концепции за епидемиология, етиология, патофизиология и терапевтични подходи на злокачествените солидни тумори;

3.2.2 Познания и практически умения за прилагане на различни медикаментозни подходи за противотуморно лечение – химиотерапия, биофосфонати, имунотерапия и други;

3.2.3 Познания и практически умения за оценка в хода на лекарственото противотуморно лечение, както и познания на токсичните явления от нежеланите лекарствени реакции;

3.2.4 Осигуряване на обезболяващо лечение;

3.2.5 Предлагане на подходящи мерки за контрол на болката на базата на задълбочени познания за терапията с опиати, за страничните ефекти и начините за справянето със страничните ефекти;

3.2.5 Използване на предлаганите от СЗО три стъпки за стандартен модел за управление на болката;

IV. Управление на дейности, осъществявани от старша медицинска сестра

4.1 Старша медицинска сестра в Клиника/отделение по онкология може да бъде с образователно-квалификационна степен бакалавър или магистър по специалност „Управление на здравните грижи“ /пет години след придобиване на специалността/.

4.2 Дейности на старшата медицинска сестра:

4.2.1 Осъществява подбор и назначаване на персонал, съвместно с началника на клиниката/отделението;

4.2.2 Изработва и актуализира управленската документация – длъжностни характеристики, технически фишове и протоколи за здравни грижи;

4.2.3. Участва при разработването на управленски документи, свързани с основната дейност на клиниката/отделението;

4.2.4 Изписва, получава и контролира изразходването на всички материали и медикаменти за лечението на болните, изготвя ежедневни, седмични и месечни справки за изразходваните материали и медикаменти;

4.2.5 Изработва и следи за спазването на работния график на медицинските сестри и санитарите;

4.2.6 Съставя програма за дезинфекция, стерилизация и управление на болничните отпадъци и контролира изпълнението ѝ в клиниката/отделението;

4.2.7 Следи за добрите и етични взаимоотношения между персонала;

4.2.8 Следи за спазване на медицинската етика в отношенията между персонал и болни;

4.2.9 Планира, организира, координира, контролира и отговаря за качеството на здравните грижи за пациентите.

4.2.10 Организира, провежда и контролира профилактиката на персонала в отделението.

4.2.11 Организира правилното провеждане на противоепидемичния режим съгласно изискванията на РЗИ.

4.2.12 Старшата медицинска сестра съгласува работата си и е подчинена на главната медицинска сестра на лечебното заведение;

4.2.13 Активно участва в обсъждането на проблемите, свързани с работата на клиниката на всички нива;

4.2.14 Участва и в обсъждането на проблемите на лечебното заведение;

4.3.15 Старшата медицинска сестра има право да участва в мероприятията, организирани от Българската асоциация на медицинските сестри и асоциираните медицински специалисти /БАПЗГ/;

V. Медико-социални дейности

5.1 Консултации на семейството при пациенти с онкологични заболявания, както ориентиране и насочване към съответните социални служби за получаване на информация за възможностите за социално подпомагане.

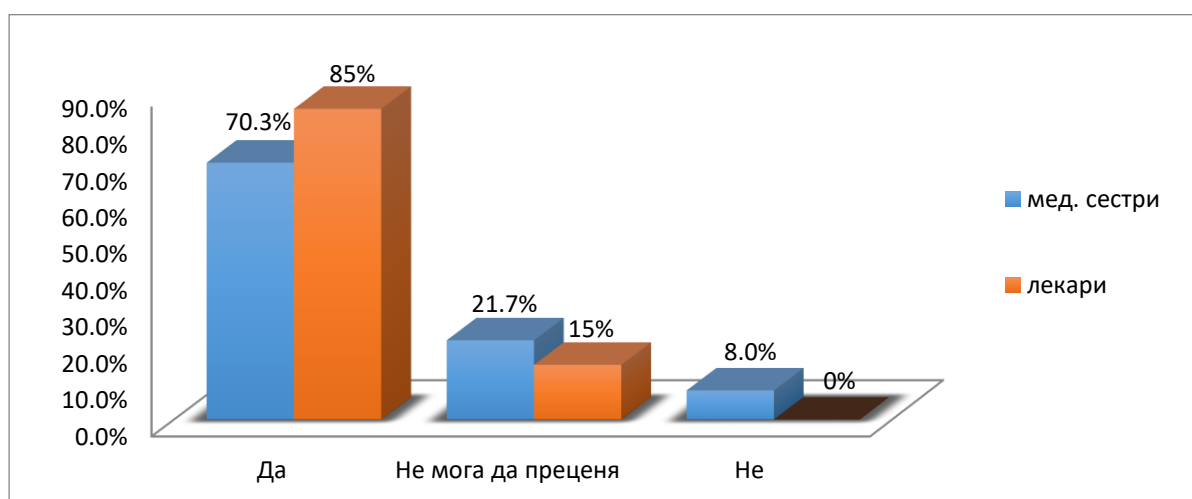
VI. Критерии и показатели за качество на здравни грижи в онкологията

6.1 Осигуряване на срочност, адекватност и ефективност на медицинските услуги;

6.2 Качество на лечебния процес в областта на онкологията Контролът на качеството е задължителен;

6.3 Под качество в областта на Онкологията се разбира възможност за осигуряване на продължителна, комплексна и координирана медицинска дейност за всички лица;

След като определихме значимостта на Фиш за управление на болката в сестринската практика, проучихме мнението на медицински сестри и експерти за необходимостта от въвеждане на Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни (Фиг. 39).



Фиг. 39. Необходимост от Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни

Резултатите от съпоставеното мнение на експерти (85%) и медицински сестри (70,3%), показват категоричната необходимост от въвеждане на Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни. Малка част респондентите изпитват известни колебания. Стандартите за полагане на грижи са важни по редица причини.

За да се осигури качествена грижа, сестринските грижи се нуждаят от стандарти. Ролята на медицинската сестра постоянно се променя, за да отговори на нарастващите нужди на здравните грижи.

Поради многофакторният характер на болката, различията в продължителност и произход предлагаме програма за специализация, която не дублира специализацията за онкологично болни. Независимо, че в тази специализация проблемът за болката е засегнат епизодично **Програмата за специализация „Управление на болката”**, изисква специфично поведение, индивидуален подход към пациентите, познаване на локализацията и вида на болката.

Завършилите медицински сестри с образователно квалификационна степен „бакалавър” и „магистър” ще могат да управляват, както онкологична така и невропатична, ревматологична и други видове болки. В резултат на обучението ще могат да оказват адекватни, висококачествени здравни грижи, отговарящи на спецификата при управление на болката, особено в условията на високотехнологична съвременна медицина и биотехнологични лекарствени средства.

УЧЕБНА ПРОГРАМА НА СПЕЦИАЛНОСТ „УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛКАТА”

1. Наименование на специалността – Управление на болката.

2. Продължителност на обучението – 1 (една) година.

3. Базово образование за допускане до обучение по специалността
Специалността „Управление на болката” може да се придобива от медицински сестри, лица с образователно-квалификационна степен „бакалавър” и „магистър”.

Управлението на болката се нуждае от добро съчетание на терапевтични подходи, като се прилагат дългосрочни стратегии.

4. Целта на обучението е да предостави всички основи и компетенции на медицинската сестра за ефективно управление на болката.

5. Обучение

Специализираното обучение се състои от 330 часа. Един час съдържа 45 минути. Обучението може да се реализира от 7 модула или в един непрекъснат курс. Проверките на посещенията трябва да се извършват най-малко веднъж на ден.

Лекторите трябва да имат медицинско образование, най-малко 5 години професионален стаж по „Медицинска онкология” (Табл. 6).

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНОТО СЪДЪРЖАНИЕ ПО МОДУЛИ И ТЕМИ

Табл. 6. Учебна програма на специалността „Управление на болката”

Модул	Лекция	Упражнение	Часове Л/У	Общо часове
1.	Въведение: <ul style="list-style-type: none"> • Физиология и патофизиология на болката; • Дефиниция на болката; • Видове болка; • Анамнеза и оценка на болката; 	Оценка на болката: <ul style="list-style-type: none"> • Скали за оценка на болката; • Определяне интензитета на болката по алгоритъм; • Дневници на болката; • Документиране на болката 	25/30	105
	Психични разстройства и психосоматични взаимодействия на хроничната болка: <ul style="list-style-type: none"> • Тревожност; • Депресия; 	<ul style="list-style-type: none"> • Умения за планиране и координация • Обучение и консултиране на пациенти и однини; 	20/35	
2.	Невропатична, следоперативна ревматологична болка: <ul style="list-style-type: none"> • Патофизиология 	Невропатична болка, следоперативна болка, ревматологична болка	20/15	35
3.	Болка произхождаща от: <ul style="list-style-type: none"> • Туморни образувания; • При възрастни; • При деца и юноши; 		35	35
4.	Остра болка: <ul style="list-style-type: none"> • Развитие на острата болка; • Аналгетична скала на СЗО; 	Оценка на болката и документация при пациент с остра болка;	20/30	50
5.	Хронична болка: <ul style="list-style-type: none"> • Развитие на хроничната болка; • Болки в гърба; • Болки в раменете и шията; 	Оценка на болката и документация при пациент с хронична болка;	20/30	50
	Фармакологично лечение			

6.	<p>на болката:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Опиоидни и неопиоидни аналгетици; <p>Нефармакологично лечение на болката:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Физиотерапия; • Психотерапия; • Противовъзпалителни процедури; 		30	30
7.	<p>Инвазивна терапия на болката:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Грижи при блокадни техники; • Грижи при спешно лечение; 		25	25
ОБЩО 330 часа				

Изводи:

1. Предложеният Алгоритъм в сестринската практика може да се използва във всяка клинична практика за оценка на болката, който ще помогне за изпълнение на ежедневните задължения и увереност във вземането на решения на медицинските сестри.
2. Според медицинските сестри (74,4%) и почти всички експерти (95%), въвеждането на Фиш за управление на болката в работния процес е много подходящ и ще улесни максимално сестринската дейност.
3. Съпоставеното мнение на медицинските сестри (70,3%) и експерти (85%) доказва категоричната необходимост от въвеждането на Стандарт по здравни грижи в онкологията.
4. Включването на медицинските сестри в специализация „Управление на болката” ще допълни техните знания и ще даде възможност да осигури надграждащо обучение.

4. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

4.1. Изводи

Анализирайки данните от собственото изследване, проучената литература по проблема, бихме могли да изведем следните изводи:

1. Адекватното управление на болката изисква интердисциплинарен подход, в осъществяването на който медицинската сестра задължително участва. За целта е необходимо въвеждане на сестринска документация за оценка на болката и ефекта от интервенциите като част от плана за грижи за пациента.
2. Предложеният **Алгоритъм за оценка на болката** може да се използва в сестринската практика за оценяване на различен по вид и характер болка (онкологична, неврологична, ревматологична, следоперативна).
3. Мнението на пациентите потвърждава необходимостта от допълнителна информация за обезболяващата им терапия (82%).
4. Повече от половината медицински сестри имат готовност за оказване на професионални грижи на пациенти с наличие на болка (64%).
5. Приблизително половината медицински сестри изпитват необходимост от допълнителна квалификация (44%).
6. Почти всички медицински сестри (97,22%) и голяма част от експертите (80%) потвърждават, че въвеждането на **Фиш за управление на болката** в сестринската практика ще подобри планирането на здравните грижи и ще повиши качеството на работа.
7. За да се осигурят качествени сестрински грижи е необходимо въвеждане на **Стандарт за Качество на здравните грижи при онкологично болни**. Голяма част от анкетираните групи експерти (85%) и медицински сестри (70,3%) потвърждават необходимостта от въвеждане в сестринската практика.
8. Въвеждането на **специализация „Управление на болката“** ще помогне на завършилите медицински сестри да управляват различен по характер и вид болка.

4.2. Препоръки и предложения

В резултат на проведеното проучване, разработеният Алгоритъм за оценка на болката, Фиш за управление на болката, разработеният Стандарт за качество на здравни грижи при онкологично болни и предложената програма за специализация „Управление на болката”, считаме за удачно да отправим следните препоръки към:

✚ ***Към Министерство на здравеопазването, Българска асоциация по медицинска онкология и Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ)***

- Утвърждаване на специализация „Управление на болката” с продължителност 330 часа и включване в наредбата за СДО на медицинските сестри.
- Въвеждане на „Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни”.

✚ ***Към Българска асоциация за изследване и лечение на болката***

- Да се препоръча Алгоритъм за оценка на болката, който да бъде прилаган в практиката от медицинската сестра.

✚ ***Към лечебни заведения за болнична помощ***

- Следдипломното обучение на медицинската сестра с цел повишаване професионалната квалификация да бъде стимулирано (финансово) от управлението.

4.3. Приноси

Приноси с теоретико - познавателен характер:

- Извършен е анализ на литературни източници в някои европейски страни за развитието на онкологичните заболявания.
- Проучено е мнение по отношение компетентността на медицинските сестри за управление на болката при пациенти с онкологични заболявания.
- Проучени са затрудненията, които най-често възпрепятстват управление на болката при пациенти с онкологични заболявания.
- Предложен е собствено разработен **Фиш за управление на болката (сестринска документация)**. Проучено е експертно и сестринско мнение, което потвърждава необходимост от въвеждането му в практиката.

Приноси с практико-приложен характер:

- Разработен е **Стандарт за качество на здравните грижи при онкологично болни**, насочен за очертаване на автономността на практиката на сестринската професия, който ще гарантира качеството на здравните грижи.
- Разработена е **Програма за специализация „Управление на болката“**. Освен онкологична, завършилите медицински сестри ще могат да управляват и друг вид болка.
- Разработен е **Алгоритъм за оценка на болката** включващ систематична последователност от действия на медицинската сестра, които ще осигурят сигурност в процеса на управление на болката.
- **Фишът за управление на болката** може да послужи за оценка на болката от медицинските сестри, да улесни дейността и да подобри планирането на сестринските грижи.

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Добрева М.**, Евтимова Т., Жечева Р., „Оценка на болката при пациенти с онкологични заболявания”. Сборник доклади на студентска научна сесия „70 години традиции и иновации”, 18-19 май 2017, Русе, с. 159-162, ISSN: 1311-3321
2. **Добрева М.**, Цветкова Т., Жечева Р., „Оценка на психо-социална информираност при пациенти с онкологични заболявания”. XIII Национален форум на специалистите по здравни грижи с международно участие „Здравните грижи – настояще и бъдеще”, 10-11 ноември 2017, Шумен, с. 106-112, ISBN: 978-619-978-619-221-168-4
3. **Добрева М.**, Тончева С., „Сестринска документация за оценка и контрол на болката при пациенти с онкологични заболявания”, сп. „Здравни грижи”, бр.2 2019, с. 5-9, ISSN1312-2592.
4. **Добрева М.**, Генчева Хр., Жечева Р., „Контрол на болката при пациенти с онкологични заболявания“, Национална конференция „Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката“, 9-10 юни, Варна, 2017, Научно електронно списание МУ-Варна, с. 361-365