



Медицински университет
„Проф. Д-р Параскев Стоянов” – Варна

Факултет „Обществено здравеопазване”
Катедра “Здравни грижи”

Катя Генова Егурузе

**ПРИНОСНА РОЛЯ НА
МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА
В ПРЕВЕНЦИЯТА НА КАРЦИНОМА
НА ГЪРДАТА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за придобиване на образователна и научна степен „Доктор”

Научен ръководител:

Проф. д-р Стоянка Попова, д.м.

Научен консултант:

Доц. д-р Димитър Калев, д.м.

Официални рецензенти:

Проф. д-р Кънчо Чамов, д.м.

Проф. Соня Тончева, д.м.

Варна, 2016

Дисертационният труд съдържа 198 страници, включващи 9 таблици и 121 фигури. Приложения - 3. Цитирани са 207 литературни източници, от които 80 на кирилица, 92 на латиница и 35 интернет източника.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на Катедрата по здравни грижи при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна на 15.02.2016 г.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 19.05.2016 г. от 14,00 часа в 106 зала на МК – Варна, на открито заседание на Научното жури.

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ – Варна.

Съдържание

Използвани съкращения	5
1. ВЪВЕДЕНИЕ	7
2. Цел, задачи, методика и организация на проучването	8
2.1. Цел и задачи на проучването	8
2.2. Работни хипотези	8
2.3. Организация на проучването	9
2.3.1. Обект и обем на проучването	9
2.3.2. Логически единици на проучването	10
2.3.3. Територия на проучването	11
2.3.4. Време за провеждане на проучването	11
2.3.5. Органи на наблюдението	11
2.4. Методи на проучването	12
2.4.1. Социологически методи	12
2.4.2. Статистически методи	14
2.5. Инструменти на изследването	14
3. Състояние на провежданата профилактика на карцином на гърдата, скрининг, здравни знания и поведение на жените	16
3.1. Социално-демографска характеристика на изследваните групи	16
3.2. Разпространение на карцинома на гърдата сред анкетираните жени на възраст 20 - 65 г. от областите Варна, Шумен, Добрич и Силистра	19
3.3. Анализ на проведената профилактика и скрининг в изследваните региони	22
3.4. Анализ на здравните знания относно превенцията на карцинома на гърдата, рискови фактори и поведение на жените – основа за очертаване ролята на медицинската сестра в тази област	35
3.5. Основни проблеми при превенцията на карцином на гърдата – база за разработване на „Модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на карцином на гърдата“	51
3.5.1. Примерен модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на карцином на гърдата (приложение към личната амбулаторна карта за жени на възраст от 20 до 69 години)	52

4. Образователни аспекти за повишаване на приносната роля на медицинската сестра в превенцията на карцинома на гърдата	57
4.1. Оценка на подготовката на медицинските сестри за активното им включване в профилактичните програми за карцином на гърдата	57
4.2. Повишаване подготовката на медицинските сестри в образователно-квалификационните степени „бакалавър“ и „магистър“ чрез въвеждане на избираема учебна дисциплина и/ или факултативна учебна дисциплина	65
4.3. Предложение за разкриване на магистърска програма, свързана с грижи за злокачествените заболявания.	68
5. Изводи, приноси и препоръки	71
6. Научни публикации и участия във връзка с дисертационния труд	75

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АПОЗ	Асоциация на пациентите с онкологични заболявания и приятели
БЧК	Български червен кръст
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЕИЗ	Европейска икономическа зона
ЕПДСР	Европейско партньорство за действия срещу рака
ЗУД	Задължителна учебна дисциплина
ИУД	Избираема учебна дисциплина
КГ	Карцином на гърдата
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
МТСГ	Министерство на труда и социалните грижи
МУ	Медицински университет
МФ	Министерство на финансите
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса
НРР	Национален раков регистър
НРД за МД	Национален рамков договор за медицински дейности
НСБАЛО	Национална специализирана болница за активно лечение по онкология
НСИ	Национален статистически институт
ОПЛ	Общопрактикуващи лекари
ОКС	Образователно – квалификационна степен
РЗИ	Районна здравна инспекция
САЩ	Съединени американски щати
СБАЛОЗ	Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания
СЗО	Световна здравна организация
ТАБ	Тънкоиглена аспирационна биопсия
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение
ФУД	Факултативна учебна дисциплина
ХЗТ	Хормоно-заместителна терапия
ACS	American Cancer Society

BRCA1, BRCA2, BRCA3 и CHEK2	Видове мутирани антионкогени
BCNs / BCN	Медицинска сестра за грижа за гърдата
CCEE	Страните от Централна и Източна Европа
CNS	Специалист клинична медицинска сестра
EBCN	Европейска мрежа за карцином на гърдата
IACR	Международна асоциация на раковите регистри
IARC	Международна агенция за изследване на рака
IBSN	Международна мрежа за рак на млечната жлеза
JRC	Съвместен изследователски център на Европейската комисия
NCI	Национален институт за рака в САЩ
NCRP	Национална програма за регистрация на рака
NHSBSP	Национална програма за скрининг за РМЖ във Великобритания
NIS	Нови независими държави от бившия СССР
PHC	Първични здравни грижи
SBC	Вторичен рак на гърдата
MBC	Метастазирал рак на гърдата
SEER	Програма за наблюдение, епидемиология и крайни резултати
SPECT	Еднофотонна емисионна компютърна томография
UICC	Международен съюз срещу рака
WHO	Световна здравна организация

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Думата „рак“ звучи толкова стряскащо и необратимо за всеки един от нас. Ужасът, който изпитва всяка една жена, която чуе тази диагноза, е безграничен. Той парализира разума, сетивата, а дори и волята.

Диагнозата „карцином на гърдата“ се възприема често пъти като карма, наказание. Първата реакция на шок и страх при съобщаване на диагнозата в повечето случаи стига до чувство на безпомощност. Десетки въпроси напират и търсят своите отговори. Такива, свързани с това, какво и защо се е случило, а не би ли могло да бъде избегнато и ако е могло, как. Гняв, болка, депресия, отчаяние, страдание, много лишения съпътстват пациентката и нейното семейство през целия ѝ път. Следват дълги периоди на изследвания; тежко, продължително, а понякога дори безперспективно лечение и накрая прогнозата. За едни жени тя ще е по-дълга, за други по-кратка. Ще ги съпътстват нови въпроси, ще получат някои отговори, но главният въпрос ще остане – би ли могло всичко това да бъде променено, и то в голяма степен. Превенцията, информираността, навременната намеса, непрекъснатата подкрепа ще позволят да се възвърне самообладанието и вярата на жената.

В редица страни от Европа и света са утвърдени традиции за навременна превенция на карцинома на гърдата (КГ). На всички нива медицинските специалисти непрекъснато си поставят нови задачи за повишаване качеството на провежданата профилактика.

Усилията на нашата здравна система също са насочени към намаляване и навременно откриване на това заболяване. Влиянието на множество рискови фактори би могло да доведе до появата на КГ и това налага повишаване познанията на жените в тази насока. Провеждането на профилактични кампании за КГ увеличава шанса за диагностициране на заболяването в начален стадий. Познаването на методите за профилактика на рака на гърдата, както и участието в тях също повишават шанса на всяка жена за живот без рак.

Разработването на проблема с превенцията на КГ и ролята на медицинската сестра в нея се породи от факта, че ракът на гърдата се е превърнал в социалнозначимо заболяване, чиято тежест нараства през годините. Включването на висококвалифицирани професионалисти по здравни грижи в различните нива на профилактика може да доведе до намаляване броя на ежегодно диагностицираните случаи на карцином на гърдата, и до откриването му в един по-ранен стадий.

2. Цел, задачи, методика и организация на проучването

2.1. Цел и задачи на проучването

Цел: На фона на съвременните епидемиологични характеристики и действащите положителни практики, прилагани за профилактика на карцином на гърдата в света и главно в Европа, да се анализират здравните знания и поведение на жените и да се изследва приносната роля на медицинската сестра в превенцията на карцинома на гърдата.

Основна изследователска теза: Провеждащата се до момента превенция срещу карцинома на гърдата в нашата страна има някои неразрешени проблеми, изискващи професионализация на медицинската сестра за борба със злокачествените заболявания.

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

1. Да се изследва разпространението на карцинома на гърдата сред анкетираните жени на възраст 20 - 65 г. от областите Варна, Шумен, Добрич и Силистра.
2. Да се проучи чуждият опит в скрининга и превенцията на карцином на гърдата и да се анализира ситуацията в изследваните региони.
3. Да се изследват здравните знания и поведение на жените в провеждане на превенцията на карцинома на гърдата и да се очертае ролята на медицинската сестра в тази област.
4. Да се анализира готовността на медицинските сестри за активно включване в профилактиката за карцином на гърдата.
5. Да се формулират основните проблеми при превенцията на карцином на гърдата, въз основа на които да се предложи „Модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на карцинома на гърдата“.
6. Да се предложи въвеждане на избираема учебна дисциплина и/или факултативна учебна дисциплина в обучението на медицинските сестри в ОКС „бакалавър“ и „магистър“, свързани с превенцията на карцином на гърдата или разкриване на магистърска програма.

2.2. Работни хипотези

- Сравнително ниското ниво на здравни знания, а оттам и на здравно поведение сред жените оказва влияние върху резултатите в превенцията на карцинома на гърдата.

- Популяризирането и осигуряването на достъп до профилактика на карцином на гърдата в трудно достъпни за жените райони би подобрило значително нейната ефективност.
- Поради различни причини въвличането на медицински сестри в профилактиката на карцином на гърдата е недостатъчно.

Работните хипотези бяха разработени съобразно европейските изисквания и опит, насочени към подобряване превенцията на карцинома на гърдата.

2.3. Организация на проучването

2.3.1. Обект и обем на проучването

Във връзка с разкриване на проблемите, обект на проучване са провеждащите се профилактични кампании и програми в изследваните региони на фона на международните практики и документи.

За определяне нивото на здравни знания, здравно поведение и участие в провеждащата се у нас профилактика срещу карцинома на гърдата са анкетираны 1102 жени, живеещи в областите Варна, Добрич, Силистра и Шумен, като около 1/3 от анкетираните живеят на село. Извадката за изследването е формулирана въз основа на данни за броя на населението по градове и пол, получени от НСИ въз основа на последното преброяване в България (2011 г.) (табл. 1).

Табл. 1. Брой женско население и брой изследвани жени по региони

Област	Брой женско население	Брой изследвани	
		град	село
Варна	203 180	216	65
Добрич	66 163	206	103
Шумен	58 136	237	69
Силистра	27 094	105	101
Всичко	354 573	764	338

Относно проучване готовността на медицинските сестри за участие в организиране и провеждане на профилактични мероприятия са изследвани 260 медицински сестри.

Извадката за изследването е определена въз основа на данни на НСИ за броя на медицинските сестри от всички профили в лечебните заведения по статистически райони и области към 2012 г. в България (табл. 2).

Табл. 2. Брой практикуващи медицински сестри и брой изследвани по региони

Област	Брой практикуващи медицински сестри	Брой изследвани медицински сестри	
		град	село
Варна	1858	102	10
Добрич	623	41	10
Шумен	422	47	10
Силистра	696	34	6
Всичко	3599	224	36

За определяне необходимостта от повишаване на професионалната подготовка на медицинските сестри за активното им включване в профилактиката е изследвано мнението на общо 111 експерти от разглежданите области, практикуващи в системата за здравеопазване (табл. 3).

Табл. 3. Разпределение на изследваните експерти по региони

Варна	Добрич	Шумен	Силистра
61	9	25	16

2.3.2. Логически единици на проучването:

а) Жени във възраст 20 – 65 г.

- Използван е гнездови метод за формиране на извадката. Като гнезда са използвани разкритите в посочените региони лечебни заведения – УМБАЛ, МБАЛ; СБАЛОЗ – гр. Варна и Комплексен онкологичен център - Шумен; амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ. Проучването е проведено като репрезентативно (анкетната карта е представена за попълване на всяка трета преминаваща жена на възраст от 20 до 65 години, независимо от заболяването и повода на посещението).
- Жените са разпределени в четири възрастови групи съобразно различните профилактични мероприятия, които се провеждат при всяка група.
- Жените са разпределени в четири групи според степента на образование.
- По-отношение на местоживееене са съпоставени жителки „град“ и „село“.

б) Медицински сестри

- Изследваните медицински сестри работят в УМБАЛ, МБАЛ, СБАЛОЗ, Комплексен онкологичен център, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ и другаде (училищен здравен кабинет, БЧК) в областите Варна, Добрич, Силистра и Шумен. От тях 36 сестри работят в амбулатории за първична медицинска помощ в селските райони на изследваните области.

в) Експерти от сферата на здравеопазването

- Лекарите – (началници на отделения/клиники към УМБАЛ и МБАЛ, СБАЛОЗ-Варна, Комплексен онкологичен център-Шумен; управители на ДКЦ/МЦ; специалисти - онколози, онкохирурзи, лекари в училищен здравен кабинет и общопрактикуващи лекари).
- Главни и старши медицински сестри в посочените лечебни заведения.
- Ръководител и преподаватели в Катедра „Здравни грижи“ към МУ - Варна.

2.3.3. Територия на проучването

Подбрани са 4 области – Варна, Добрич, Силистра и Шумен.

Области Варна, Добрич и Шумен са разположени в Североизточен район, а Силистра – в Северен централен район на България.

2.3.4. Време за провеждане на проучването

Изследването при жените започва от м. януари 2013 г. до м. март 2015 г.

При медицинските сестри е проведено пилотно проучване през периода януари – април 2013 г. Същинското проучване се проведе от м. май 2013 г. до м. март 2015 г.

Изследването на експертната група е проведено за периода м. Юли 2014 г. – м. март 2015 г.

2.3.5. Органи на наблюдението

С оглед постигане на по-голяма точност в своята основна част проучването е извършено самостоятелно от автора. В посочените звена е използвано и сътрудничеството на работещите медицинските специалисти. Подбраните сътрудници бяха предварително запознати с целта, методиката за провеждане на изследването и обучени за работа с инструментариума (анкетните карти).

2.4. Методи на проучването

2.4.1. Социологически методи

Документален метод

А) Международни документи и програми за скрининг и превенция на карцином на гърдата:

- Доклад на Комисията на Европейските общности до Съвета, Европейския парламент, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите. Прилагане на Препоръката на Съвета от 2 декември 2003 г. относно онкологичния скрининг, Брюксел, 22.12.2008, COM(2008) 882 окончателен.
- Резолюция на Европейския парламент от 2010 г. относно съобщението на Комисията, свързано с действия срещу рака: европейско партньорство.
- Европейски кодекс за борба срещу рака (2003 г.) и др.

Б) Действащи към момента законови и нормативни уредби, регламентиращи профилактиката, диагностиката, лечението и грижите на болните със злокачествени заболявания, в т.ч. КГ в Р. България:

- Закон за здравето в сила от 01.01.2005 г., изм. ДВ, бр.102 от 21 декември 2012 г., изм. ДВ, бр.9 от 3 февруари 2015 г., доп. ДВ, бр.72 от 18 септември 2015 г., доп. ДВ, бр.80 от 16 октомври 2015 г.
- Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията в Р. България.
- Наредба № 28 на МЗ от 12 ноември 1999 г. за определяне на минималния пакет медицинска помощ по чл. 45, ал.1 от Закона за здравното осигуряване.
- Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка” за образователно-квалификационна степен „бакалавър”. Приета с ПМС № 248 от 22.11.2005 г., обн., ДВ, бр. 95 от 29.11.2005 г., в сила от 1.09.2006 г., изм. и доп., бр. 82 от 10.10.2006 г., бр. 88 от 9.11.2010 г., в сила от 9.11.2010 г.
- Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността “Управление на здравните грижи” за образователно-квалификационните степени “магистър” и “бакалавър” от професионално направление “Обществено здраве”. Приета с

ПМС № 215 от 18.08.2006 г., обн., ДВ, бр. 70 от 29.08.2006 г., в сила от учебната 2006 - 2007 г., изм., бр. 87 от 7.10.2008 г.

- Решение № 267 от 23.04.2001 г. на МС на Р.България за приемане на Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България” за периода 2001–2010 г. и утвърждаване на План за действие към Националната здравна стратегия за периода 2001–2006 г.
- Приложение № 15 към НРД за 2002 г.
- Приложение № 13 към НРД за МД за 2014 г.
- Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.
- Предложение на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи към Националната здравна стратегия 2007 – 2012 г. за Национална здравна стратегия на сестринството в България.

В) Кампании за превенция на карцинома на гърдата:

- Организиран от водещи фармацевтични и козметични компании в България.
- Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания „СПРИ и се прегледай”, реализирана с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси 2007–2013”, съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз.
- Проведени локални програми за превенция на КГ в България.

Анкетен метод:

Чрез приложена пряка анонимна анкета е проучено:

- Мнение на жени, преминали през болнични и извънболнични лечебни заведения в областите Варна, Добрич, Шумен и Силистра;
- Мнение на медицинските сестри, работещи в болнични и извънболнични лечебни заведения в областите Варна, Добрич, Шумен и Силистра;
- Мнение на експертите – лекари, главни и старши медицински сестри в болнични и извънболнични лечебни заведения в областите Варна, Добрич, Шумен и Силистра и преподаватели в Катедрата по здравни грижи към МУ – Варна.

2.4.2. Статистически методи:

- Дисперсионен анализ (ANOVA, MANOVA) за проверка на хипотези за сравняване между повече от две средни.
- Вариационен анализ за представяне на централна тенденция и статистическото разсейване в изследваната съвкупност по количествено изразими признаци.
- Корелационен анализ за изучаване на зависимости между променливи.
- Параметрични и непараметрични тестове за оценка на хипотези – статистическо сравнение на резултатите при $p < 0,05$.

Данните са обработени статистически чрез SPSS v. 20.0 и са представени в табличен и графичен вид.

2.5. Инструменти на изследването

Изработен е собствен инструментариум за провеждане на изследването при трите групи респонденти:

- **Анкетна карта за жени от 20- до 65-годишна възраст**

Във връзка с определяне нивото на здравни знания, здравно поведение и мотивите за участие в провеждащата се у нас профилактика срещу карцинома на гърдата сред жените от 20- до 65-годишна възраст, е разработена анкетна карта. Анкетната карта съдържа 31 въпроса. Въпросите в анкетата са обединени в четири групи.

Първа група – касаещи социално-демографска информация.

Втора група – проучват информираността, участието, нагласите за участие и затрудненията, които жените имат относно профилактичните прегледи за КГ от ОПЛ, както и познанията, които анкетираните имат за рисковите фактори за рака на гърдата и неговата профилактика.

Трета група – представят мнението на жените за по-активното включване на медицинска сестра в профилактиката на КГ.

Четвърта група – проучва заболяемостта от КГ сред анкетираните.

- **Анкетна карта за професионалисти по здравни грижи (медицински сестри)**

Състои се от 23 въпроса, от които четири отворени, даващи възможност за свободно излагане на личното мнение по разглеждания въпрос. Въпросите се групират в следните сектори:

Първи сектор въпроси установяват участието и затрудненията, които анкетираните са срещали при провеждане на профилактични мероприятия.

Втори сектор въпроси имат за цел да разкрият заболяемостта сред жените от карцином на гърдата, в звеното или практиката, в която медицинската сестра работи.

Трети сектор – въпросите показват нивото на подготовка на медицинските сестри относно профилактиката на карцином на гърдата и необходимостта от допълнително обучение по темата.

Четвърти сектор – проучва мнението на сестрите за създаването на мобилни групи, особено в селските райони с цел осигуряване на по-достъпна профилактика.

Пети сектор – дава възможност на медицинските сестри свободно да представят мотивите си за активното им включване в профилактиката срещу карцинома на гърдата.

Шести сектор – проучва мнението на медицинските сестри за възможни форми за повишаване квалификацията и ангажираността на сестрите в превенцията на онкологичните заболявания.

Седми сектор въпроси, даващи социално-демографска информация.

- **Анкетна карта за изследване мнението на експертите**

Анкетната карта съдържа 14 закрити въпроса, разпределени в три групи:

Първа група въпроси предоставят социално-демографска информация.

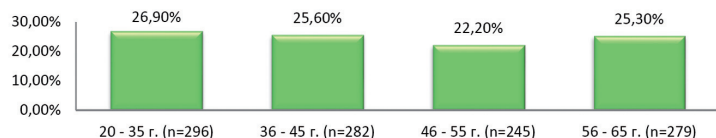
Втора група въпроси представят оценка за подготовката и участието на медицинските сестри до момента, възможностите за по-голямата им ангажираност в профилактиката на карцинома на гърдата, както и необходимостта от специална подготовка, утвърждаваща тяхната роля в мултидисциплинарния екип.

Трета група въпроси проучват мнението на експертите относно формиите за повишаване квалификацията на сестрите и подобряване качеството на онкологичната практика у нас.

3. Състояние на провежданата профилактика на карцином на гърдата, скрининг, здравни знания и поведение на жените

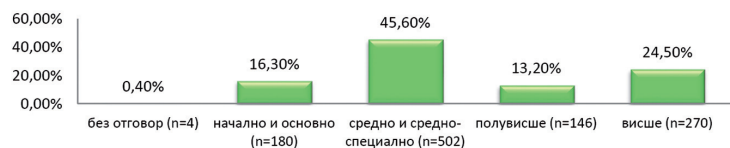
3.1. Социално-демографска характеристика на изследваните групи

В нашето проучване взеха участие 1102 жени на възраст от 20 до 65 г. (фиг. 1). Разпределението на жените по възраст показва приблизителна равномерност, което ще ни позволи да направим по-точни анализи. Възрастта се явява важен рисков фактор за появата на КГ и е дискутирана от редица автори като един от основните показатели, с който е необходимо да се съобразяват профилактиката и скринингът.



Фиг. 1. Разпределение на жените по възраст

Приблизително половината (45,60%) от анкетираните са посочили, че имат средно и средно – специално образование, което е характерно за съществуващата ситуация, относно образоваността на населението като цяло в България.

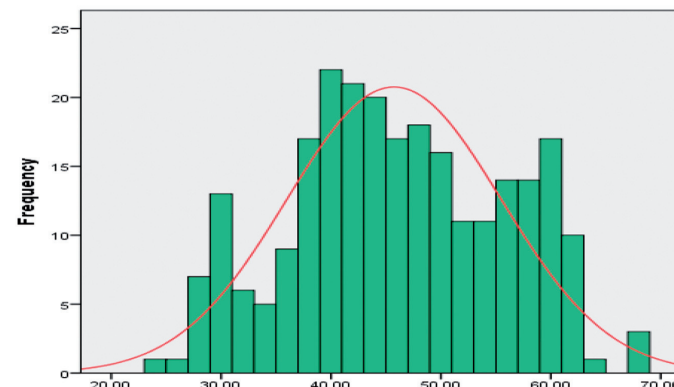


Фиг. 2. Образователна степен на жените

Общо 37,70% са жените с полувисше и висше образование. Около 1/5 са с начално и основно образование, има и 4 жени, които не са дали отговор (фиг. 2).

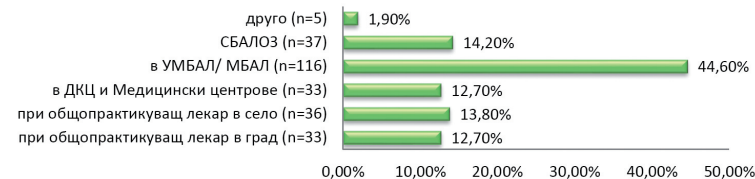
Около 1/3 от анкетираните (30,70%) живеят в селските райони, а 69,30% са посочили, че живеят в градовете.

Изследвани са 260 медицински сестри на средна възраст 45,7 г. \pm 9,7 г., минимална възраст 24 г., а максимална 68 г. (3 медицински сестри с максимална възраст работят в амбулатории за извънболнична помощ) (фиг. 3).



Фиг. 3. Разпределение по възраст на медицинските сестри

Важно беше да се установи мястото на практикуване на сестрите, за да се анализира както ангажираността им в провеждащата се профилактика за КГ, така и нивото на тяхната професионална компетентност. Подбрахме медицински сестри, работещи в различни звена от системата на здравеопазване, в които наред с диагностиката, лечението и грижите се осъществява промоция и превенция на заболяванията. Най-голям процент (44,60%) от сестрите работят в УМБАЛ и МБАЛ на разглежданите градове. Медицинските сестри, работещи в различни отделения на СБАЛОЗ-Варна, са 14,20%. Общо 26,50% от анкетираните работят при общопрактикуващ лекар в град или село, а 12,70% практикуват в ДКЦ или МЦ. Няколко сестри работят в училищен здравен кабинет (УЗК) и бяха включени в изследването, за да се добие представа за ролята им в промоцията на злокачествените заболявания (n = 5) (фиг. 4).

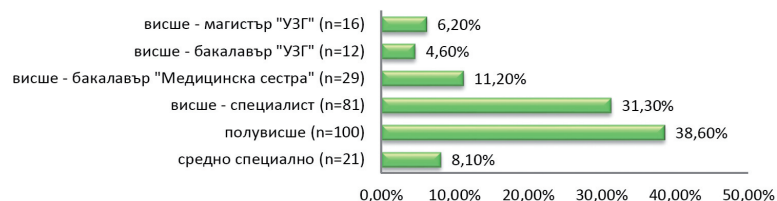


Фиг. 4. Място на практикуване на медицинската сестра

Разглеждайки достъпната литература и всички нормативни документи, свързани с организиране и провеждане на превенция в България, стана ясно, че най-силно е застъпена профилактиката в извънболничната медицинска помощ (в град и село).

От 1944 г. до 1997 г. образователните степени за „медицински сестри“ претърпяват няколко промени. В този период сестрите завършват със средно специално, а по-късно с полувисше медицинско образование. От 1997 г. Медицинският колеж е част и основно звено в структурата на Медицински университет – Варна и в него се обучават медицински сестри, с висше образование, образователно–квалификационна степен (ОКС) „специалист“. От 2005 г. в съответствие с Наредба за ЕДИ/ПМС 248/22.11.2005 г. [41], Постановление №257/01.11.2010 г., Наредба №1/08.02.2011 г. и Директива 2005/36/ЕО на Европейския съюз, медицинската сестра е лице с висше образование, на ОКС „бакалавър“ и професионална квалификация „Медицинска сестра“. Висшето си образование медицинската сестра придобива след успешно завършване във факултети и/или филиали на висши училища, получили акредитация по реда на Закона за висшето образование.

За целите на изследването беше необходимо да установим какви ОКС са придобили сестрите в процеса на своето професионално развитие.



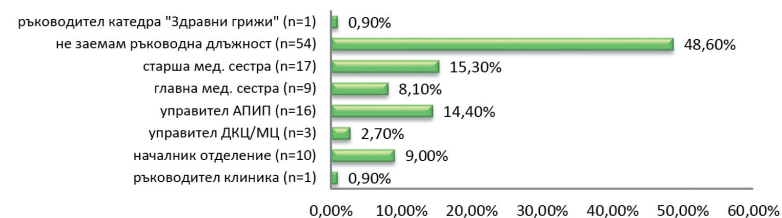
Фиг. 5. Образователна степен на медицинските сестри

Това, което прави впечатление от извадката, е, че най-голям е процентът на медицинските сестри с полувисше образование (38,60%), следвани от тези с висше образование, ОКС „специалист“ 31,30%, а със средно специално образование са 8,10%. Сестрите с висше образование, ОКС „бакалавър“, са 11,20%, а общо 10,80% от анкетираните сестри са придобили висше образование, ОКС „бакалавър или магистър“ по „Управление на здравните грижи“ (фиг. 5).

Образователните степени на сестрите отговарят на тяхната възраст и периодите на промяна в ОКС. Получените резултати съответстват на данните на БАПЗГ за средната за страната възраст на практикуващите сестри – 48 г., и за периодите на промяна в образованието им.

Изследвано е мнението на 111 експерти относно компетентността на медицинските сестри за КГ, нуждата от продължаващо обучение и готовността за включването им в провеждащата се профилактика.

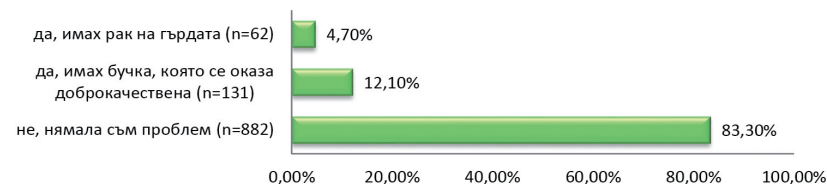
От групата на експертите 51,40% заемат ръководна длъжност – ръководители на клиники и отделения (9,90%), управители на амбулатории за извънболнична медицинска помощ (14,40%), управители на ДКЦ и МЦ (2,70%), главни медицински сестри (8,10%) и старши медицински сестри (15,30%) (фиг. 6).



Фиг. 6. Ръководна длъжност, заемана от експертите

3.2. Разпространение на карцинома на гърдата сред анкетираните жени на възраст 20 - 65 г., от областите Варна, Шумен, Добрич и Силистра

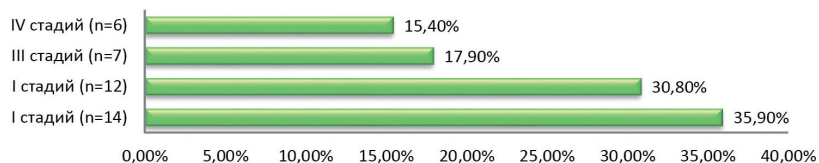
От всички участнички в нашето изследване 83,30% не са имали здравословни проблеми, свързани с гърдите си, 12,10% са имали доброкачествено образование, а при 4,70% е диагностициран КГ (фиг. 7).



Фиг. 7. Наличие на здравословен проблем с гърдите

При 35,90% от диагностицираните случаи откритото образование е било в начален стадий, а при 30,80% ракът е открит в II-ри клиничен стадий. Това са добри резултати, защото открит навреме, карциномът е лечим. В I-ви и II-ри клиничен стадий с наличните средства и съвременните възможности на медицината би могло да се повлияе положително върху туморния

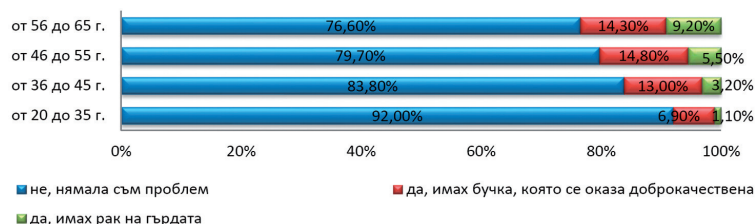
процес и той да бъде елиминиран напълно. Голям е процентът на жените, при които карциномът е диагностициран в напреднал и последен стадий – общо 33,30% (фиг. 8).



Фиг. 8. Стадий, в който е открит карцином на гърдата

Забелязва се тенденция към повишаване на процента на жените, които са имали доброкачествено образование или КГ с нарастване на възрастта ($\chi^2 = 22,44$; $p < 0,001$). Вижда се, че при най-младата възрастова група с доброкачествено образование са 6,90%, а с карцином са 1,10% и след 35-годишна възраст се покачват във всяка следваща група. При последната възрастова група заболялите от КГ са 9,20%. Това потвърждава правилото, че превенцията на КГ трябва да е със завишено внимание при жените над 35 години (фиг. 9).

Според мнението на медицинските сестри 57,40% (147) от тях са срещали в практиката си жени с КГ (фиг. 10).

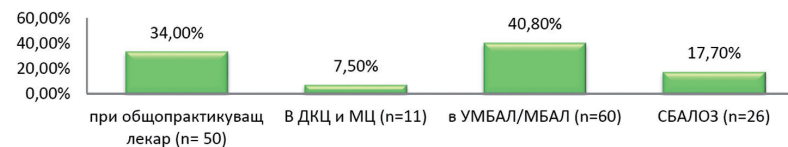


Фиг. 9. Наличието на здравословен проблем с гърдите според възрастовата група



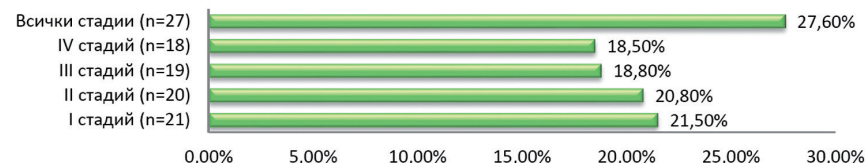
Фиг. 10. Наличие на случаи с карцином на гърдата в практиката на медицинската сестра

Най-често с този проблем се сблъскват сестрите, работещи в УМБАЛ /МБАЛ – 40,80%, следвани от тези, работещи при общопрактикуващ лекар – 34,00%. Значително по-малко случаи на КГ са регистрирали медицинските сестри от ДКЦ/ МЦ – 7,50%. Прави впечатление, че едва 17,70% от медицинските сестри от специализираното заведение за онкологични заболявания срещат жени с КГ (фиг. 11).



Фиг. 11. Разпределение на медицинските сестри по месторабота, които са имали пациентки с карцином на гърдата

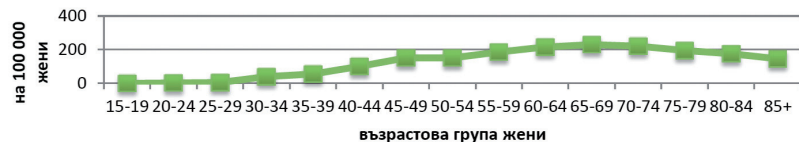
С най-висока честота на КГ, общо 42,30%, са I и II клиничен стадий, като 27,60% от анкетираните медицински сестри посочват, че в практиката си са срещали жени във всички стадии на заболяването (фиг. 12).



Фиг. 12. Стадий, в който е открит карцином на гърдата по данни от медицинските сестри

Последните налични данни на Българския национален раков регистър в изданието „Заболеваемост от рак в България, 2013” сочат, че са регистрирани 3997 нови случаи с КГ. Фактическата заболеваемост е 107,2 на 100 000 жени, а фактическата смъртност е 34.2 на 100 000. От разглежданите области най-висока е заболеваемостта от КГ в област Варна [над 65 на 100 000], а в областите Добрич, Шумен и Силистра е над 50 на 100 000. Смъртността от КГ също е най-висока в областите Варна и Добрич [над 18 на 100 000] [45, 186].

Заболеваемостта от рак на млечната жлеза се увеличава с напредване на възрастта след 35 години и достига своя пик при 65-69-годишните (230,2 на 100 000 жени) (фиг. 13).



Източник: Национален раков регистър. „Заболяемост от рак в България, 2013”

Фиг. 13. Възрастова-специфична заболяемост от рак на млечната жлеза при жените в България, 2013 г.

В начален (първи и втори стадий) на заболяването са диагностицирани 70,3% от пациентите. При 25,4% то е в трети и четвърти стадий, при останалите стадий е неуточен.

Петгодишната релативна преживяемост от рак на млечната жлеза в България е 72,8%. Тя е по-ниска от средната за Европа – 83,8%.

Прогнозните данни за 2016 г. сочат 4 159 (95% доверителен интервал: от 3 963 до 4 355) новодиагностицирани случаи с рак на млечна жлеза и 1 341 починали (95% доверителен интервал: от 1090 до 1592) [45, 186].

Високата заболяемост и смъртност от КГ в света и у нас обуславя нуждата от навременна и качествена превенция. В нашето проучване също се установява наличие на случаи с КГ, диагностицирани в напреднал стадий. Това налага необходимостта от обучение на жените още в млада възраст.

3.3. Анализ на проведената профилактика и скрининг в изследваните региони

Разглеждайки по социално-икономически характеристики включените в изследването области Варна, Шумен, Добрич и Силистра, с най-добри показатели е Варна, докато за областите Шумен, Добрич и Силистра ситуацията е приблизително еднаква (голяма безработица, ниски доходи на глава от населението, влошен здравен статус).

В областите Шумен и Силистра не малка част от населението се определя като турска етническа група [206]. Това в известен смисъл влияе върху бита и стила му на живот, а по-възрастното население среща известни затруднения при използване на българския език, което пречи на неговата осведоменост.

Към момента на изследването в МБАЛ - Силистра няма разкрито онкологично отделение, което затруднява ранната диагностика и лечение на злокачествените заболявания. Най-близката специализирана онкологична помощ населението от този регион може да получи на около 120 км в Ком-

плексен онкологичен център - Русе. Някои от селата в Силистренска област са още по-отдалечени. Разбира се, това в никакъв случай не означава, че в този регион не се провежда профилактика на КГ.

За Добрич и областта ситуацията е по-добра. В МБАЛ-Добрич АД има разкрито онкологично отделение, което заедно с други звена осъществява и част от профилактиката. В близост, на около 53 км се намира Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания - Варна.

В Шуменска област населението също е обезпечено във висока степен със специализирана онкологична помощ.

У нас Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) заплаща един профилактичен преглед годишно на всяка здравноосигурена жена, съгласно Приложение №13 към НРД за МД.

Отчитайки факта, че ежегодната профилактика на КГ се поема главно от ОПЛ, беше задължително да се установи колко от участниците в анкетата имат направен избор за личен лекар. Данните сочат, че 3,10% от жените не са направили такъв избор.

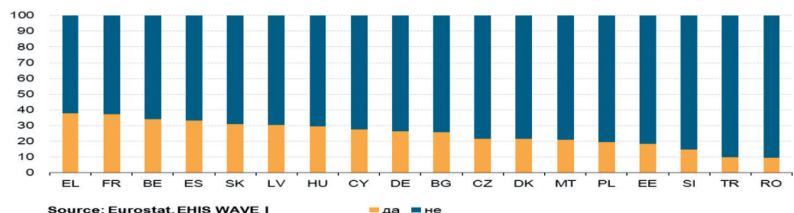
Причините за това са, че лицето не е здравноосигурено или не се е възползвало от правото си на избор. Според нашето законодателство здравно неосигурените лица са лишени от ползване на здравни услуги и медицински дейности, покривани от НЗОК до момента на изплащане на дължимите здравноосигурителни вноски. Те обаче биха могли да посещават профилактичните кампании и безплатните прегледи, които периодично се организират за КГ у нас, както и да бъдат обучени да провеждат самоизследване на своите млечни жлези.

По проекта „Спри и се прегледай“ са поканени 400 000 българи да се изследват безплатно за карцином (рак на маточната шийка и млечната жлеза при жените и колоректален карцином при двата пола), независимо дали са здравноосигурени по кампанията „Спри и се прегледай“ [184].

При КГ за стандартни методи на скринингово изследване се приемат самоизследването, клиничният преглед и мамографията [4].

С цел качествена профилактика е задължително тези методи да се комбинират. Например: Жени над 30 години освен провеждания ежегоден клиничен преглед всеки месец да изследват сами своите гърди, защото интервалът от цяла година е достатъчно дълъг, за да се изпусне появата на проблем в млечните жлези. При жени над 50-годишна възраст освен задължителното мамографско изследване на две години е необходимо всеки месец да провеждат самоконтрол на гърдите си и ежегодно да бъдат прегледани от личния лекар.

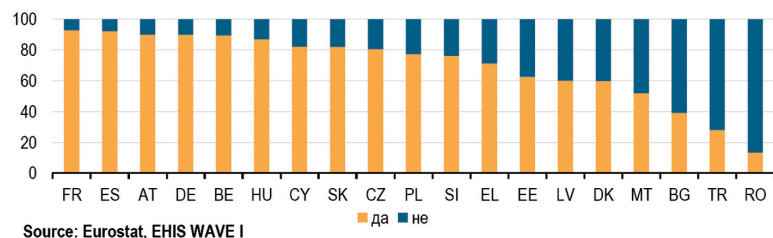
През 2006 г. Европейската комисия публикува 4-то издание на Европейските насоки за осигуряване на качество на организация и скрининг на КГ. Целта е да се въведат стандарти и процедури за прилагане на скринингови програми за гърдата в Европейския съюз, както и за гарантиране на качеството на услуги за КГ извън тези програми. Насоките включват списък от показатели за изпълнение, както и насърчаване на дела на жените, покани да присъстват в скрининга, който трябва да бъде между 70–75% от приемливите жени в европейските страни [199]. През 2012 г. Съвместният изследователски център (JRC) на Европейската комисия проведе проучване на услугите за КГ в европейските държави. Според резултатите от това проучване 22 държави имат скринингови програми за рак на гърдата. През 2013 г. бяха публикувани приложенията към четвъртото издание на Европейските насоки за гарантиране на качеството при скрининг и диагностика на КГ [199, 207].



Фиг. 14. Провеждане на скрининг за карцином на гърдата (жени под 50 г.)

На фиг. 14 са представени данни за жени под 50 години, на които е проведена мамография [199].

Видно е, че България заема средна позиция с около 25% обхванати жени от мамографско изследване.

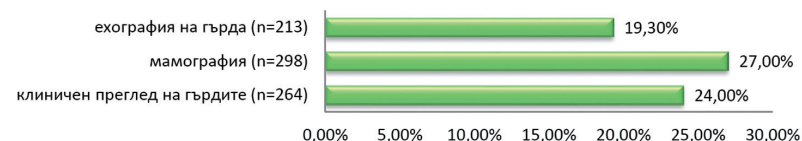


Фиг. 15. Провеждане на скрининг за карцином на гърдата (50 – 69 г.)

Според данните на Eurostat, EHIS, WAVE I за провеждане на скрининг за КГ в България обхватът е 40%, което е значително по-ниско от западно-европейските страни (фиг. 15) [199].

Ехографията на млечните жлези е в основния пакет за доболнична помощ на НЗОК, но от 2013 година е определена като високоспециализирана дейност [58, 79].

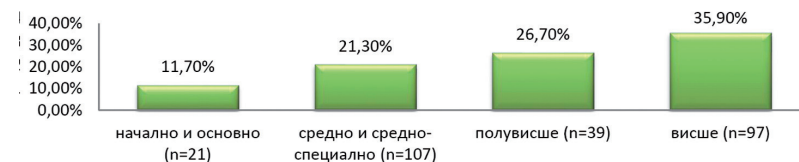
Резултатите от нашето проучване показват, че най-висок е процентът на проведените мамографии (27,00%), клиничен преглед на гърдите е извършен едва при 24,00% от респондентите, а при 19,30% е направена ехография на млечните жлези (фиг. 16). Необходимо е да се отбележи, че при някои от анкетираните са провеждани двата и/или трите вида прегледи.



Фиг. 16. Вид профилактика, провеждана на жените

Провеждането на клинични прегледи на гърдите показва наличието на съществена разлика от гледна точка на образованието и местоживеенето на жените.

Представените резултати на фиг. 17 показват, че има разлика в относителния дял на анкетираните, на които е провеждан клиничен преглед и образователната им степен ($\chi^2 = 39,95$; $p < 0,001$), като тенденцията показва нарастване на относителния дял на прегледите с повишаване на образованието. По-образованите жени показват по-висока здравна култура и поведение. Те са по-мотивирани за участие в провеждащата се ежегодна превенция за КГ.



Фиг. 17. Относителен дял на клиничните прегледи за карцином на гърдата според образователната степен

При по-голямата част от респондентите профилактични прегледи на гърдите са били провеждани от специалист-онколог – 36,80%, следвани от лич-

ния лекар – 27,60% и от специалист-хирург – 24,00%, а общо 11,60% посочват, че са били прегледани от повече от едно медицинско лице (фиг. 18).

Недоумение предизвикват отговорите на 1,80% от жените, които съобщават, че са прегледани от медицинска сестра, защото според нашето законодателство профилактичен преглед на гърдите се провежда от ОПЛ или лекар - специалист.

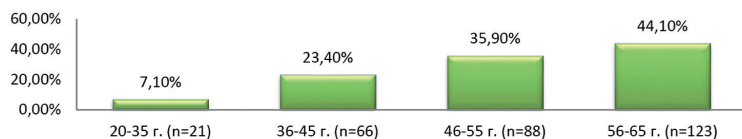


Фиг. 18. Специалисти, осъществили профилактични прегледи на гърдите

Този резултат би могъл да се обоснове с това, че анкетираните са споделили с медицинска сестра за притеснение, свързано с гърдите им, и са потърсили помощ от нея, по-скоро като съвет. В някои случаи (особено в селата) жените са по-склонни първо да провеждат разговор със семейната сестра относно свои здравословни проблеми и след това да потърсят лекаря. Това им поведение често е продиктувано от респекта, който имат към лекаря, и близостта, която изпитват към медицинската сестра.

В изследването съществена разлика се наблюдава по отношение на възрастта и проведените мамографии ($\chi^2 = 112,45$; $p < 0,001$), като нарастването на възрастта показва и нарастване на относителния дял на извършените мамографски изследвания.

Най-висок относителен дял (44,10%) имат мамографиите след 56 г., което се дължи основно на профилактичните програми и утвърдените стандарти в Европа и у нас (фиг. 19). Беше намерена и правопрпорционална умерена зависимост ($r = 0,317$; $p < 0,001$) между възрастта на жените и проведените мамографски изследвания.



Фиг. 19. Мамография и възраст

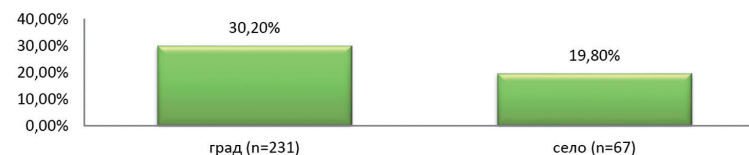
Разлика беше установена също по отношение на образователната степен и провеждането на мамографски изследвания ($\chi^2 = 13,88$; $p < 0,01$), като жените с полувисше и висше образование по-често провеждат подобни изследвания (съответно 37,00% и 29,60%) (фиг. 20).



Фиг. 20. Мамография според образователната степен

Според получените резултати образованието в известна степен повлиява здравното поведение. Налага непрекъснато търсене на информация за задоволяване на здравните потребности на жените. Разбирането и ползването на получената информация по темата е предпоставка за натрупване на здравни знания, които биха формирали здравни навици и поведение, особено при образованите жени. Не бива да се подценява отговорността и на жените с по-ниско образование. Данните от изследването показват сравнително по-слабо участие в провеждащия се мамографски скрининг на анкетираните с начално и основно образование – едва 21,10% (фиг. 20).

В зависимост от вида на населеното място жените от градовете провеждат по-често мамографско изследване (30,20%) в сравнение с жените от селата 19,80% ($\chi^2 = 12,88$; $p < 0,001$) (фиг. 21).



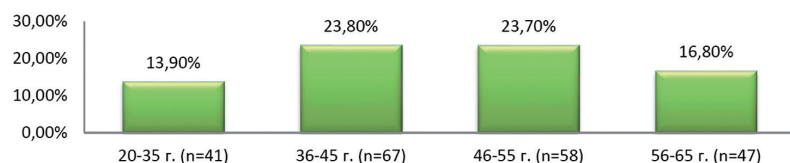
Фиг. 21. Мамографии според местоживеенето

Слабата осведоменост, отдалечеността от градовете, липсата на средства и редица други причини в голяма степен затрудняват жените от малките населени места и водят до влошаване на тяхната профилактика. Посочените причини потвърждават нуждата от мобилни групи в селата, които да подпомогнат жените в превенцията.

Ехографско изследване на млечните жлези основно се провежда за диагностичиране на възникнало съмнение в гърдите при жените от всички възрастови групи, при които гърдите са с висока мамографска рентгенова плътност и мамографията е недостатъчна.

То е водещ образен метод при жени с паренхимни гърди и младите жени до 40 години [13].

При ехографията на гърда резултатите показват, че най-активно е провеждана при жените във възрастовия диапазон 36 – 55 г. (23,80% за 36-45 г. и 23,70% за 46-55 г.). При жените в по-млада възраст и тези в последната група не е провеждано такова изследване активно ($\chi^2 = 13,31$; $p < 0,01$) (фиг. 22).



Фиг. 22. Ехография на гърда и възраст

Наблюдава се правопрпорционална слаба зависимост ($r = 0,238$; $p < 0,001$) и съществена разлика ($\chi^2 = 66,51$; $p < 0,001$) в относителния дял на проведените ехографски изследвания на гърдите и образованието, като жените с висше образование по-често участват в подобен род изследване – 34,40%, в сравнение с тези с начално и основно образование – 5,60 % (фиг. 23).



Фиг. 23. Ехография на гърда според образователната степен

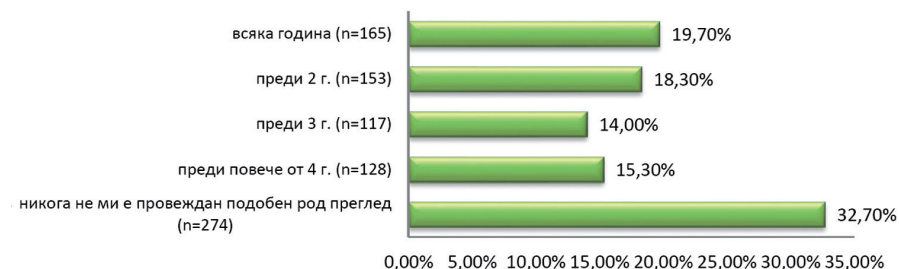
Резултатите, представени на фиг. 24, показват, че респондентите от градовете в по-висока степен провеждат ехография на гърда (24,20%) в сравнение с тези от селата – 8,30% ($\chi^2 = 38,41$; $p < 0,001$).



Фиг. 24. Ехография на гърда според местожиенето

Живеещите в градовете имат по-широк достъп до редица медицински дейности, в случая до ехограф, което обосновава и по-високия процент на проведено изследване.

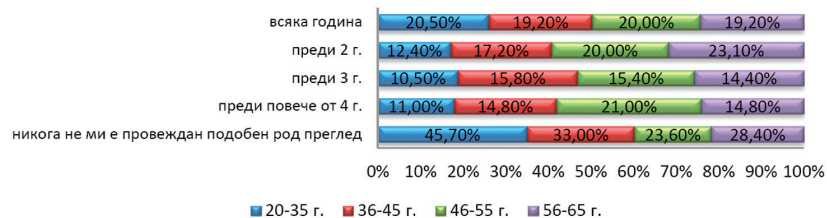
Относно честотата на провежданата профилактика на КГ притеснителен е фактът, че на 32,70% от анкетираните жени никога не им е провеждан профилактичен преглед, а на общо 29,30% от тези, на които все пак е извършена профилактика на гърдите, това се случва на период от 3 и повече години. Едва 19,70% от проучените се преглеждат ежегодно (фиг. 25).



Фиг. 25. Честота на провежданите профилактични прегледи

На базата на утвърдените у нас стандарти за провеждане на профилактика на КГ от получените резултати бихме могли да заключим, че за сравнително голям процент от жените превенцията е некачествена. Периодът от 3 и повече години, през които на жените не е извършен профилактичен преглед, е дълъг и вероятността да се пропусне начеващ здравословен проблем е равна на тези, които никога не са преглеждани.

Резултатите от анализа на честотата на провежданите профилактични прегледи показва, че има съществена разлика от гледна точка на възрастта ($\chi^2 = 34,09$; $p = 0,001$), като жените от последните две възрастови групи се преглеждат значително по-често в сравнение с по-младите възрастови групи (фиг. 26).

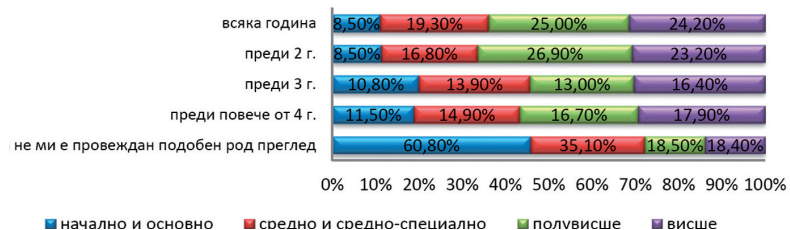


Фиг. 26. Честота на провежданите профилактични прегледи и възраст

Това би могло да се обясни с факта, че младите жени са по-здрави и обръщат по-малко внимание на профилактиката на гърдите си. Тъй като рискът от КГ в по-зряла възраст е по-голям, активността при жените от последните две възрастови групи се повишава.

Образованието също оказва влияние върху честотата на провеждане на профилактичните прегледи, като жените с по-ниска образователна степен се преглеждат много по-рядко в сравнение с тези, които имат по-висше и висше образование ($\chi^2 = 85,79$; $p < 0,001$). Получените резултати биха могли да се дължат на по-слабата информираност и по-ниската здравна култура за превенцията на КГ при жените с по-ниска образователна степен. От анкетираните с начално и основно образование при 60,80% никога не е провеждан профилактичен преглед, както и при жените със средно и средно специално образование – 35,10% (фиг. 27).

Беше намерена и правопрпорционална слаба зависимост между образователната степен на анкетираните жени и честотата на провеждане на профилактичните прегледи ($r = 0,259$; $p < 0,001$).



Фиг. 27. Честота на провежданите профилактични прегледи и образование

Местоживеенето е съществен фактор за посещение на профилактични прегледи. Във всички разглеждани райони, особено в тези, които са най-отдалечени от областните градове, съществуват редица проблеми: влошена ин-

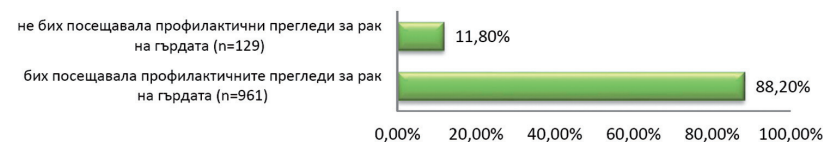
фраструктура (лоши пътища, липса на транспорт); липса на здравна служба; неблагоприятен социално-икономически статус на населението (безработица, липса на средства); слаба мотивацията за опазване на собственото здраве. Това са част от причините, които затрудняват анкетираните при осъществяване на някои от профилактиките за КГ. Поради тези причини вероятно жените от село имат желание, но нямат възможност да участват в провеждащата се превенция.

В проучването съществена разлика в честотата на профилактичните прегледи се установи по отношение на местоживеенето на жените ($\chi^2 = 43,76$; $p < 0,001$), като приблизително половината от анкетираните в селските райони не са провеждали подобен род прегледи (49,10%) (фиг. 28).



Фиг. 28. Честота на провежданите профилактични прегледи и местоживеене

Над 1/10 от всички проучени сочат, че не биха посещавали профилактичните прегледи за КГ, а останалите 88,20% са категорични, че желаят да участват в тях (фиг. 29).



Фиг. 29. Посещаемост на профилактичните прегледи за карцином на гърдата

Може да се каже, че има съществена разлика в нежеланието за посещение на профилактичните прегледи при 8,00% от жените в градовете и при 20,50% от тези в селата ($\chi^2 = 35,24$; $p < 0,001$).

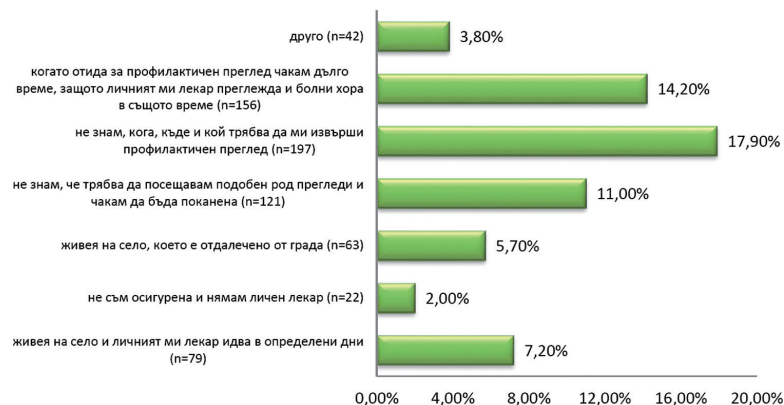
Над половината (56,30%) от тези, които подкрепят провеждащата се превенция, са на мнение, че посещението на профилактични прегледи е полезно за тях, а за 52,80% ракът на гърдата е лечим, когато е уловен навреме (фиг. 30). Анкетираните имаха възможност да предложат повече от една причина или да изложат свободно своето мнение.



Фиг. 30. Причини за посещаемост на профилактичните прегледи за КГ

Близо половината (49,60%) от анкетираните посочват, че срещат затруднения при провеждането на профилактични прегледи за КГ.

Основният проблем е липсата на информация при 17,90% от анкетираните жени, следван от загубеното време в чакане за 14,20%. Общо 12,90% от жените са посочили, че живеят в село, отдалечено от града, и че личният им лекар идва в определени дни, което затруднява участието им в превенцията на КГ (фиг. 31).



Фиг. 31. Затруднения, които срещат жените при провеждане на профилактичен преглед

Според НРД семейният лекар трябва да посочи в работния си график часове за всички медицински дейности (амбулаторни и домашни прегледи, **промотивна и профилактична дейност**, дейност по „Детско здравеопазване“, дейност по „Майчино здравеопазване“).

Преодоляването на някои от посочените затруднения би могло да се постигне чрез реално записване на часове за профилактични прегледи, отдел-

но от тези за преглед на остро заболяване и изпращане на покани за профилактика на населението. Голяма част от личните лекари работят по този начин (съгласно изисквания, предписани към ОПЛ), но поради неотзоваване на жените те използват посещенията им в здравната служба или кабинета по какъвто и да е повод, за да извършат и профилактичния преглед.

За подобряването на превенцията на КГ в селските райони 84,60% от анкетираните медицински сестри са на мнение, че е необходимо да се създадат мобилни групи, които да провеждат профилактичните прегледи и да обучават жените в малките населени места (фиг. 32).

Отдалечеността от градове на голяма част от селските райони и затрудненията, които живеещите в тях срещат при необходимост от първична и специализирана медицинска помощ, поставя акцент при търсене на решения за справяне с проблемите. Би могло да се каже, че това затруднява достъпа им до информация и косвено рефлектира върху активното участие на жените в провеждащите се кампании за профилактика на КГ. Организирането на мобилни групи от мултидисциплинарни екипи би довело до положителни резултати в тази насока.

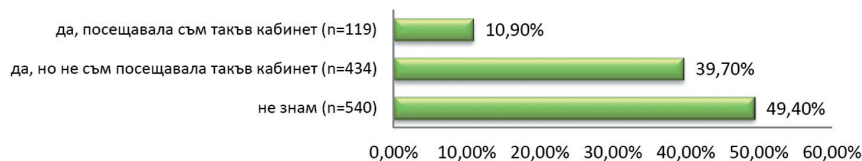


Фиг. 32. Мнение на медицинските сестри относно създаването на мобилни групи за провеждане на профилактика и обучение срещу карцинома на гърдата на жени в селските райони

През последното десетилетие у нас са проведени няколко национални и локални кампании срещу КГ („Походът срещу рака на гърдата“, „От любов към живота“ и др.) [180].

В рамките на редица локални програми за скрининг на КГ периодично на територията на лечебните заведения се разкриват кабинети, в които всяка жена на възраст над 30 години може да проведе безплатен преглед на гърдите си и да получи съответна консултация от специалист.

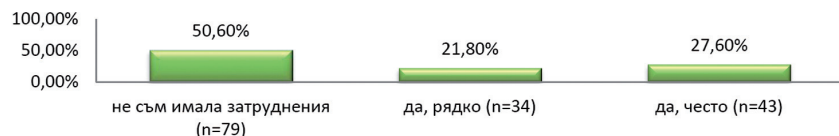
Около половината от жените (49,40%) посочват, че нямат информация за разкрити кабинети във връзка с тези кампании, в които би могъл да им бъде извършен безплатен клиничен преглед на гърдите, а 39,70% знаят за тези възможности, но не са се възползвали. Едва 10,90% от респондентите са провели профилактичен преглед в такъв кабинет (фиг. 33).



Фиг. 33. Информираност за разкриването на безплатни кабинети за профилактични прегледи срещу КГ

При провеждането на профилактичните прегледи за КГ са участвали малко над 1/3 (37,30%) от изследваните медицински сестри (260).

Общо 49,40% от тях са посочили, че са срещнали затруднения при организирането на профилактичните прегледи (фиг. 34). Това поставя въпроса за информираността и организацията на провежданите кампании.



Фиг. 34. Затруднения при организиране на профилактичните прегледи от медицинска сестра

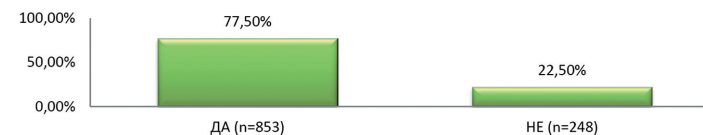
В обобщение от проведените профилактични мероприятия с най-голям дял са мамографиите и клиничните прегледи на гърди. Участието на жените в провеждащата се превенция на гърдите е незадоволително (едва 47,50%), като участието особено на младите жени (до 46 г.) е слабо. Образованите жени и живеещите в градовете по-често са посещавали провеждащите се профилактики за КГ, което се дължи на по-добра информираност и убеденост в ползите им.

За преодоляване на някои от проблемите при организиране на провеждащата се превенция в селските райони е нужно създаване на мобилни групи. Резултатите показват, че медицинските сестри са слабо ангажирани в профилактиката на КГ, което също налага нов подход. Независимо от затрудненията, които срещат жените, подлежащи на превенция, 88,20% от тях заявяват готовност за участие в профилактиката.

3.4. Анализ на здравните знания относно превенцията на карцинома на гърдата, рискови фактори и поведение на жените – основа за очертаване ролята на медицинската сестра в тази област

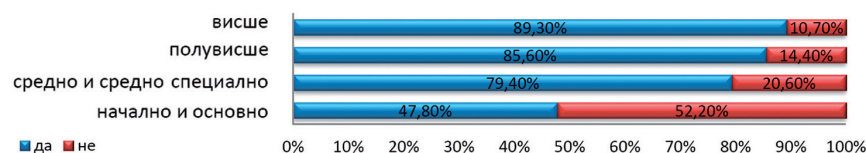
Информацията е сила, която дава възможност на всеки да направи своя избор. Това е достатъчно силен мотив да се работи с онази част от населението, която има крещяща нужда от повишаване на здравните знания и от формиране на здравни навици.

Положителен е фактът, че над ¾ от анкетираните жени посочват, че знаят за провеждането на ежегодни профилактични прегледи за КГ (фиг. 35).



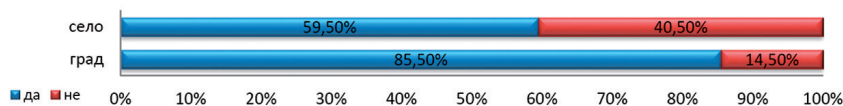
Фиг. 35. Информираност относно ежегодното провеждане на профилактични прегледи за КГ

Съществена разлика в информираността за ежегодните профилактични прегледи за КГ беше намерена от гледна точка на образованието ($\chi^2 = 119,12$; $p < 0,001$), като осведомеността корелира правопрпорционално с образователната степен ($r = 0,284$; $p < 0,001$), въпреки че над 10% от жените с висше образование също посочват, че не знаят за подобен род профилактика (фиг. 36).



Фиг. 36. Информираност относно ежегодните профилактични прегледи и образователна степен

Резултатите, представени на фиг. 37, показват, че има съществена разлика в информираността на жените относно ежегодните профилактични прегледи и според местоживеенето ($\chi^2 = 90,62$; $p < 0,001$), като жените от градовете са по-информирани (85,50%) в сравнение с жените от селата (59,50%).



Фиг. 37. Информираност относно ежегодните профилактични прегледи и местоживее

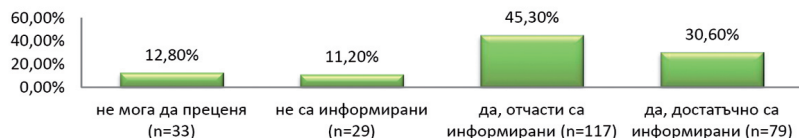
Важно условие за успеха на превенцията е тя да бъде осъществена навреме, съобразно утвърдени и възприети стандарти:

- Обучение и ежемесечно самоизследване на гърдите след 20-годишна възраст.
- Ежегоден клиничен преглед от общопрактикуващия лекар след 30 години, а при нужда и от специалист – онколог, хирург и т.н. Като при жените от рисковите групи се препоръчва и по-често.
- Мамографско изследване всяка втора година в интервала между 50–69 години. При високорисковите пациентки мамографията се извършва ежегодно, а възрастта за провеждане се намалява на 40 години [16, 27, 40].

През 2004 г. проведохме собствено изследване сред 80 жени от област Добрич, което имаше за цел да проучи нагласите и информираността на жените за участие в провеждащата се профилактика за КГ. Получените резултатите от него се потвърждават и в това наше проучване [20].

Формирането на знания относно опазване и укрепване здравето на нацията е приоритет на всяко общество. Нужно е жените да придобият правилно здравно поведение, за да могат да бъдат постигнати положителни резултати в превенцията на КГ.

Медицинските сестри са на мнение, че общо 75,90% от пациентките имат информация относно профилактиката за КГ, а определят едва 11,20% от жените като неинформирани (фиг. 38).



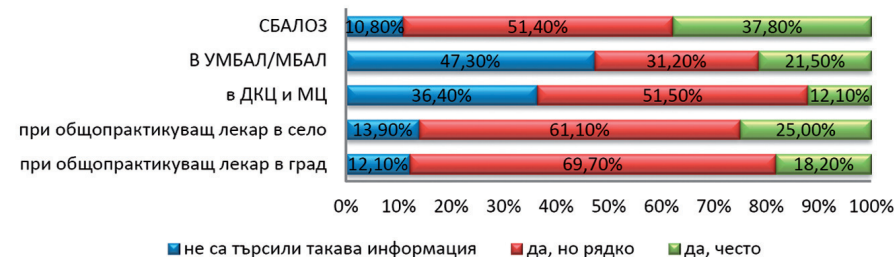
Фиг. 38. Мнението на медицинските сестри относно информираността на жените за провеждането на профилактични прегледи

Според 31,60% от медицинските сестри жените не са търсили информация за КГ. Общо 68,40% от сестрите заявяват, че са предоставяли информация, свързана с КГ, на заинтересовани жени (фиг. 39).



Фиг. 39. Мнение на медицинските сестри относно потърсена информация за карцинома на гърдата

Търсенето на информация за КГ е в зависимост от лечебното заведение, в което работят медицинските сестри. В най-голям процент (над 85%) жените се информират от сестрите в първичната медицинска помощ, следвани от работещите в СБАЛОЗ и ДКЦ/МЦ. Най-малък е процентът на сестрите от УМБАЛ/МБАЛ, от които е потърсена подобна информация (фиг. 40).



Фиг. 40. Мнение на медицинските сестри относно потърсена информация за карцинома на гърдата според местоработата ($\chi^2 = 41,06$; $p < 0,001$)

Причините, които оказват влияние върху получените резултати, биха могли да са различни, от липса на потребност у жените поради това, че знаят достатъчно, до притеснение и срам да попитат. Това налага да се стимулира и подобри комуникацията между медицинското лице и пациента.

Необходимо е да се насърчават жените сами да търсят информация относно превенцията предвид на нуждите, които изпитват. Често пъти пациентките споделят, че чувстват медицинската сестра близо до своите здравни проблеми и това ги предразполага за по-чести разговори с нея. Семейните сестри в своята ежедневна работа опознават обслужвания контингент,

научават техните проблеми, запознати са с потребностите им. Вследствие на всичко това резултатите биха могли да бъдат променени в положителна посока, ако се засили ролята и участието на медицинската сестра в промоцията и превенцията за КГ. Към момента специалистите по здравни грижи извършват промотивна дейност в по-голяма част от звената, в които практикуват, но би могло да се работи още по-интензивно в тази насока.

Проведените изследвания в световен мащаб, разгледани в литературния обзор, разкриват причинно-следствената връзка между рисковите фактори и КГ. Доказани са редица вредни влияния, за които непрекъснато се предлагат възможности за намаляване. Имайки предвид, че с напредване на възрастта нараства и рискът от карцином, както и че непрекъснато сме изложени на вредното въздействие на множество фактори, е необходимо да насочим усилията си към популяризиране на вредите и към обучение на жените за справяне с тях.

Приносът на различните рискови фактори, с изключение на репродуктивни фактори, към общата тежест на КГ е изчислена от Danaei и др. (2005). Те заключават, че 21% от всички смъртни случаи на КГ в света се дължат на употреба на алкохол, наднормено тегло и затлъстяване, както и липсата на физическа активност. Този процент е по-висок в страните с високи доходи (27%), като най-важен фактор е наднорменото тегло и затлъстяването. В страните с ниски и средни доходи делът на рак на гърдата, свързан с тези рискови фактори, е 18%, като липсата на физическа активност е най-важният определящ фактор (10%) [101, 198].

В нашето изследване малко над половината анкетиранни жени (57,50%) са посочили, че познават рисковите фактори, които имат връзка с КГ (фиг. 41).



Фиг. 41. Информираност относно рисковите фактори за появата на карцином на гърдата

Възрастта е сигурен и неконтролируем рисков фактор. Рискът за развитие на КГ нараства значително с напредване на възрастта. Най-засегната е възрастта над 50 години, а след 70-годишна възраст рискът се понижава [12].

Познанието, че с напредване на възрастта рисковете за заболяване се увеличават, не помага за предпазване от рак, но би трябвало да изостря вниманието към симптомите. Твърде малко жени над 65-годишна възраст се подлагат на профилактичен преглед [29].

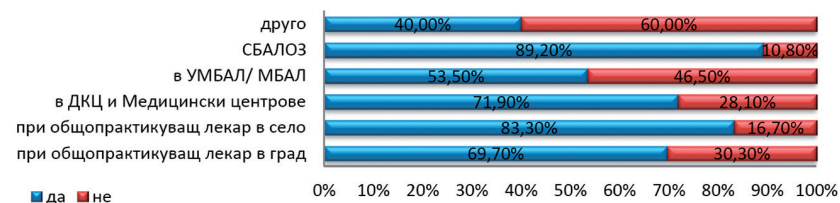
Резултатите показват, че има съществена разлика в информираността на жените, относно рисковите фактори, водещи до КГ ($\chi^2 = 9,28$; $p < 0,05$), като по-младите жени са по-информирани в сравнение с по-възрастните.

Образователната степен корелира правопрпорционално с информираността относно рисковите фактори, причиняващи КГ ($r = 0,307$; $p < 0,001$), образованата жена е по-добре информирана.

Сравнително висок процент (66,90%) от медицинските сестри са информирали жените за рисковите фактори и влиянието им върху организма.

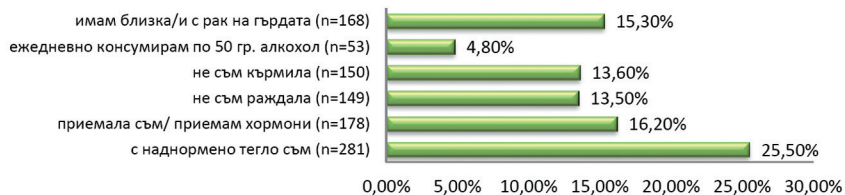
С тази си дейност специалистите по здравни грижи биха постигнали повишена осведоменост сред жените, с което да стимулират водене на здравословен начин на живот за намаляване на риска от появата на КГ.

Съществена разлика се наблюдава в информирането на жените за рисковите фактори за КГ по месторабота на медицинските сестри ($\chi^2 = 24,04$; $p < 0,001$), като в най-висок процент (89,20%) информират жените за риска от КГ сестрите, които работят в СБАЛОЗ, и тези, които практикуват при личните лекари в селските райони (83,30%) (фиг. 42).



Фиг. 42. Информиране на жените за рисковите фактори за карцинома на гърдата от медицинските сестри според местоработата им

Необходимо беше да се открият рискови фактори, на които анкетираните са изложени. Установи се, че 25,50% от отговорилите жени са с наднормено тегло, 15,30% имат близка с КГ, 16,20% са приемали или приемат хормони, приблизително еднакви са процентите при жените, които не са раждали и не са кърмили, а 4,80% посочват, че ежедневно са консумирали по 50 гр. алкохол (фиг. 43).



Фиг. 43. Видове рискови фактори

От получените резултати се вижда, че жените са изложени на влиянието на редица рискови фактори, отговорни за появата на КГ. Най-сериозен е проблемът с наднорменото тегло. Върху този фактор може да се въздейства, като препоръките трябва да са насочени към намаляване на телесното тегло чрез приема на храни с ниско калорийно съдържание, употреба на повече плодове и зеленчуци, както и активно спортуване.

Повече от половината (57,70%) анкетираните жени са отговорили, че задължително биха променили начина си на живот, ако знаят, че това ще ги предпази от КГ (фиг. 44).



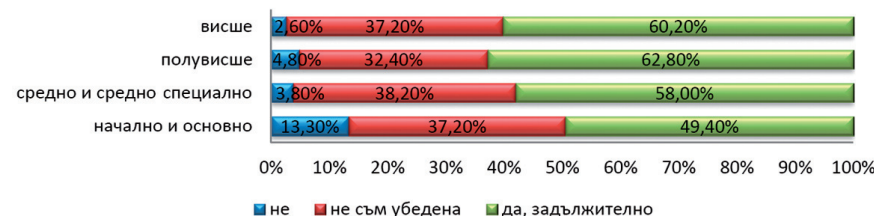
Фиг. 44. Готовност на жените за промяна на начина си на живот с цел предпазване от карцином на гърдата

При провеждане на непрекъснато обучение сред населението по темата полученият процент би могъл да се повиши, като се спомогне да се освободят поне част от онези 37,00% от жените, които все още не са убедени в положителните резултати от воденето на здравословен начин на живот.

Обсъждайки готовността за промяна в начина на живот, физическа активност и диетичния режим в проспективно норвежко проучване при 25 000 жени се отбелязва, че четири или повече часа седмична физическа активност се свързват с по-нисък риск за рак на млечната жлеза. Тази зависимост е по-изразена при пременопаузални жени и такива с нормално или под нормалното тегло [61, 84].

Резултатите, представени на фиг. 45, показват наличието на сигнификантна разлика между желанието за промяна на начина на живот и образо-

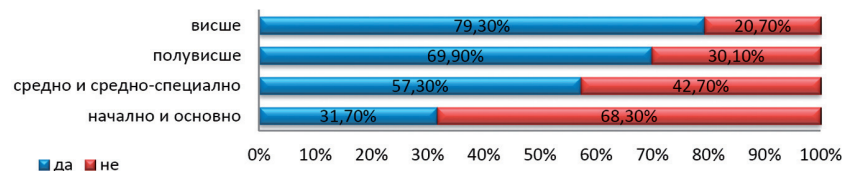
вателната степен ($\chi^2 = 35,73$; $p < 0,001$), като жените с по-висока образователна степен посочват, че биха променили начина си на живот в зависимост от риска за заболяване от КГ. Над 60 % от жените с полувисше и висше образование изразяват абсолютна готовност за промяна на начина си на живот с цел опазване на своето здраве.



Фиг. 45. Готовност на жените за промяна на начина на живот с цел предпазване от карцином на гърдата и образователна степен

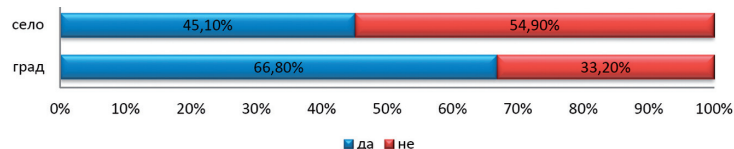
Сравнително висок процент от анкетираните (60,10%) заявяват, че са получавали информация за КГ, но също така тревожно висок е и дялът на жените, които нямат такава информация (39,90%).

Наблюдава се съществена разлика в относителния дял на получената информация относно КГ и неговата профилактика при жените с различна образователна степен ($\chi^2 = 109,65$; $p < 0,001$), като жените с по-високо образование получават повече информация в сравнение с тези, които са с ниско образование ($r = 0,308$; $p < 0,001$) (фиг. 46).



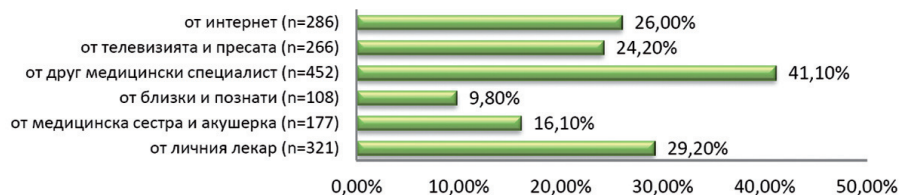
Фиг. 46. Получили информация за карцинома на гърдата и неговата профилактика и образователна степен

Сигнификантна разлика в получаването на информация се наблюдава и по отношение на местоживеенето ($\chi^2 = 45,87$; $p < 0,001$), като жените в градовете получават повече информация в сравнение с жените в селата (фиг. 47).



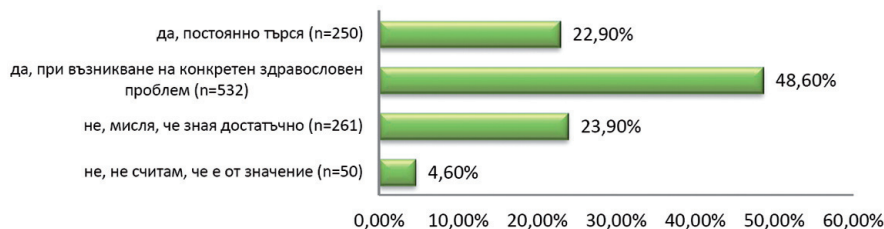
Фиг. 47. Получили информация за карцинома на гърдата и неговата профилактика по местоживее на изследваните

От фиг. 48 се вижда, че най-голям е процентът на жените (41,10%), получили указание за профилактиката на КГ от медицински специалист, следва от личния лекар – 29,20%, от интернет – 26,00%, а 24,20% от анкетираните са получили информация от най-достъпните за всички средства телевизия и преса. Сравнително слабо е участието на специалистите по здравни грижи при предоставяне на информация – едва 16,10%.



Фиг. 48. Източници на информация относно карцинома на гърдата и неговата профилактика

Резултатите не бяха изненада поради факта, че в последните няколко години телевизията, пресата и интернет сериозно участват в разпространението на информация, свързана с профилактика на КГ. Следва да се отбележи, че на този въпрос жените имаха възможност да посочат повече от един отговор. По младите жени казват, че са получили информация от два, три, а някои дори от всички източници, и това е предимство, защото различните източници предоставят различна по обем и съдържание информация.



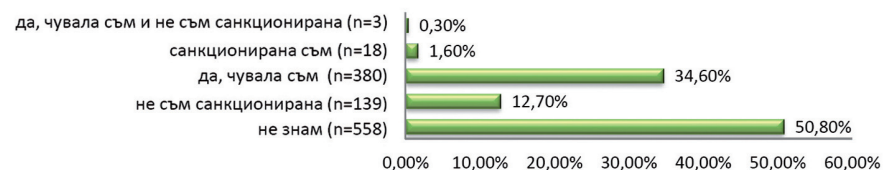
Фиг. 49. Нужда от допълнителна информация относно карцинома на гърдата и неговата профилактика

Респондентите в 48,60% търсят информация за КГ при възникване на конкретен здравословен проблем в гърдите си, а едва 22,90% имат нужда от непрекъснато осведомяване по темата (фиг. 49).

В Закона за здравето в чл.209, (1) се определя, че „който не се яви на задължителен профилактичен медицински преглед, изследване или имунизация, се наказва с глоба от 50 до 100 лв., а при повторно неявяване – от 100 до 200 лв.“ [22, 182].

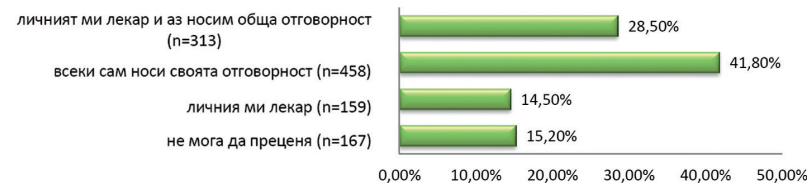
Справка на НЗОК показва, че близо половината от здравноосигурените българи пропускат задължителния годишен профилактичен преглед. Тази тревожна тенденция се запазва и през 2015 г. Профилактика при ОПЛ през 2013 г. са провели 3,523 млн. българи, за 2014 г. – 3,527 млн., а до май 2015 г. са 1,563 млн. души. Предвидената санкция за неявяването от 50 лв. не се налага и този механизъм не действа [205].

В нашето изследване също се доказват коментиранията в медицинските среди проблеми в профилактиката. Тревожно висок е процентът (50,80%) на жените, които не знаят, че според нашето законодателство отговорността за непроведен профилактичен преглед при ОПЛ е споделена. Предвидени са парични санкции както за лекаря, така и за всеки подлежащ на такъв преглед, който не се е отзовал (фиг. 50).



Фиг. 50. Информираност относно санкция на Здравната каса за непосетен планиран профилактичен преглед

Жените в 41,80% заявяват, че всеки сам носи отговорност за непроведения задължителния профилактичен преглед, 28,50% считат, че отговорността трябва да е споделена, но за 14,50% тя е само и единствено на личния лекар (фиг. 51).



Фиг. 51. Лице, което носи отговорност за провеждането на профилактика срещу карцинома на гърдата

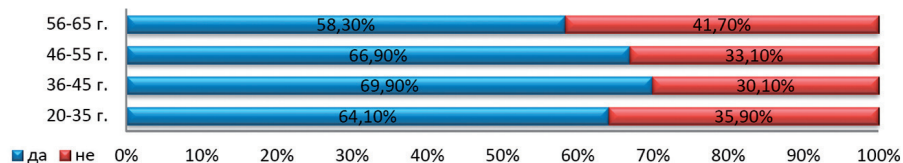
Самоизследването е един от трите важни метода за качествена профилактика при КГ. За успешното му провеждане е важно всяка жена над 20 години да е запозната с него, за да може да го прилага правилно и методично. В редица литературни източници този метод е посочен като най-удобен и лесно приложим в домашни условия от жените, независимо от възрастта.

По-голямата част от анкетираните (64,70%) знаят как да изследват гърдите си (фиг. 52).



Фиг. 52. Получили информация за самоизследване на гърдите

Има съществена разлика в знанията на жените в различните възрастови групи ($\chi^2 = 8,90$; $p < 0,05$), като жените във възрастовия диапазон 36–55 г. са по-информирани в сравнение с по-младите и по-възрастните жени (фиг. 53). Усилията на всяко медицинско лице, занимаващо се с превенция на КГ, трябва да бъдат насочени към обучение на младите хора за самоизследване на гърдите от 20-годишна възраст. Методът е предвиден да започне да се практикува след тази възраст, което налага да подготвим навреме жените за това.

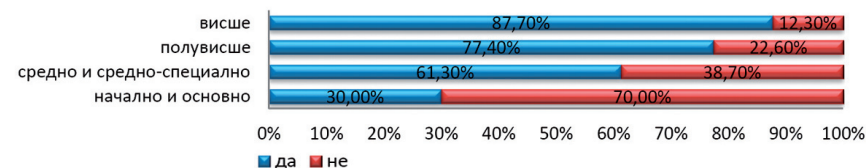


Фиг. 53. Знания за самоизследване на гърдите и възраст

Повишаването на знанията за самоизследване на гърдите нараства значително с промяната на образователната степен ($r = 0,385$; $p < 0,001$) (фиг. 54).

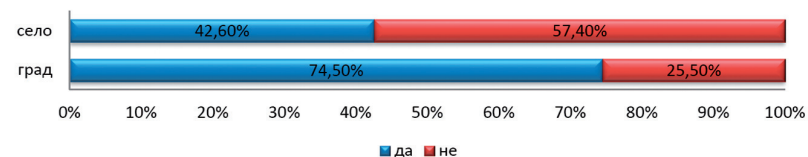
Данните на фиг. 56 сочат, че жени с висше образование в 87,70% знаят как да изследват сами гърдите си, докато жените с начално и основно образование едва в 30,00% познават този метод на профилактика. Следователно

обучение за самоконтрол на гърдите трябва да се провежда както при младите жени, така и при тези с по-ниска образователна степен.



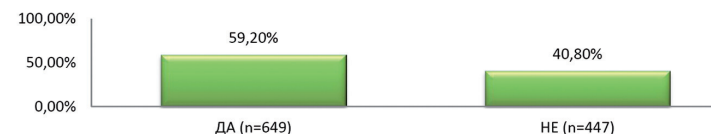
Фиг. 54. Знания за самоизследване на гърдите и образователна степен

Значителна разлика се наблюдава в наличието на знания за самоизследване при жените от градовете и селата ($\chi^2 = 104,60$; $p < 0,001$), като жените от градовете са по-запознати с начините за самоизследване в сравнение с жените от селата. Резултатите сочат, че жените от малките населени места в 57,40% не познават самоконтрола на гърдите (фиг. 55).



Фиг. 55. Знания за самоизследване на гърдите и местоживеене

Малко над половината жени (59,20%) преглеждат сами гърдите си, което е сравнително нисък показател (фиг. 56). Полученият резултат се дължи на слабото познаване на метода от някои от анкетираните групи.



Фиг. 56. Провеждали самоизследване на гърдите си

Върху популяризирането на самоизследването на гърдата е необходимо да се работи по-сериозно с всички възрастови групи, независимо от местоживеенето и образованието им. Един лесен и удобен начин за изследване на гърдите, който изисква единствено да се познава, за да се прилага правилно, е необосновано да се ползва от толкова малко жени.

Жените във възрастните групи 36–45 г. и 46–55 г. се самоизследват по-често в сравнение с по-младите и по-възрастни жени ($\chi^2 = 10,36$; $p < 0,01$).

Забелязва се съответствие между резултатите, от които жените във възрастовия диапазон 36–55 г., които познават самоизследването на гърдите, използват метода по-често от останалите.

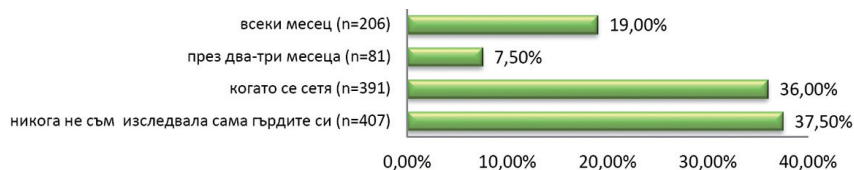
Самоизследването на гърдите корелира правопрпорционално с образованието на жените ($r = 0,326$; $p < 0,001$). Жените с висше образование в 78,50% самоизследват гърдите си, тези с начално и основно образование едва в 25,70% ползват метода.

Същата правопрпорционална умерена зависимост се наблюдава и между образователната степен и знанията на жените за самоизследване на гърдите ($r = 0,385$; $p < 0,001$), както беше представено на фиг. 54, което отново доказва, че тези с придобити здравни знания, формират умения, които им помагат в превенцията за КГ.

Наблюдава се съществена разлика в относителния дял на жените, които самоизследват гърдите си от градовете и селата ($\chi^2 = 85,84$; $p < 0,001$). Отново тези, които живеят в градовете, в по-голям процент (68,40%) изследват сами гърдите си в сравнение с жените, живеещи в селата – 38,60%.

Местоживеенето не би следвало да повлияе на ниския процент при анкетираните от малките населени места, защото самоизследването на гърдите е най-удобният и прост метод за ранно откриване на КГ, който всяка жена трябва и може да извършва сама в домашни условия. Влияние върху получения резултат биха могли да окажат установената сравнително слаба информираност на анкетираните за метода, липсата на здравни знания и влошената профилактика в разглежданите райони.

Относно честотата на провеждане на самоизследването едва 19,00% от анкетираните провеждат самоконтрол на своите гърди всеки месец, в по-голям процент (36,00%) са жените, които използват метода, когато се сетят, а 37,50% никога не са преглеждали сами гърдите си (фиг. 57). За успеха на самоизследването е важно да се спазват всички утвърдени правила в неговото провеждане, като периодичност и последователност.

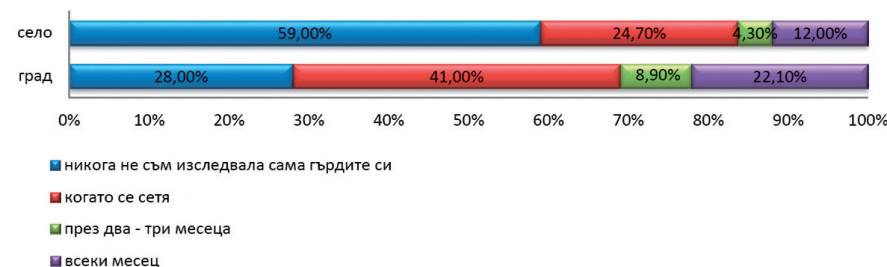


Фиг. 57. Честота на самоизследването на гърдите

От получените до момента данни не е възможно да се очакват положителни резултати в превенцията на КГ. Ако методът на самоконтрол на гърдите не се прилага ежесечно, няма да бъде успешен и вероятността да се пропусне здравен проблем е твърде голяма.

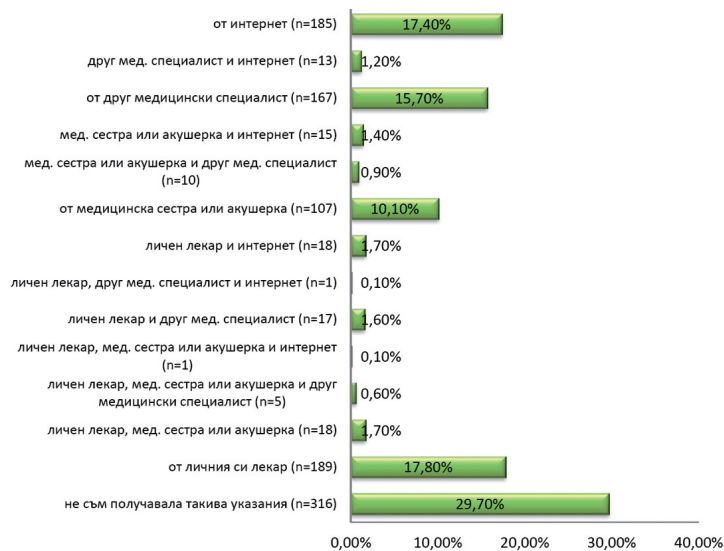
Налице е правопрпорционална умерена зависимост между честотата на самоизследването на гърдите и образованието на жените ($r = 0,308$; $p < 0,001$). Жените с по-висока образователна степен по-често изследват млечните си жлези всеки месец, за разлика от тези с ниска образователна степен.

Наблюдава се съществена разлика и в честотата на самоизследването на млечните жлези между жените в градовете и селата ($\chi^2 = 95,04$; $p < 0,001$). Твърде висок процент (59,00%) от анкетираните, живеещи на село, никога не са изследвали гърдите си (фиг. 58).



Фиг. 58. Честота на самоизследването на гърдите и местоживеене

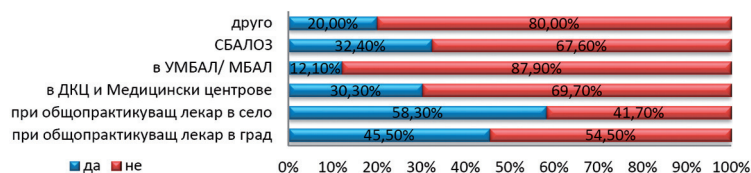
Сравнително голяма част от жените (29,70%) не са получавали указания за метода на самоизследване на гърдите. Общо 33,50% са били обучени от личния лекар и от друг медицински специалист. Медицинска сестра е участвала в обучението на 10,10% от анкетираните, а 17,40% са се информирали от интернет. Известна част от жените са получили информация от повече от един източник. Прави впечатление, че почти винаги в обучението присъства медицинско лице. Вижда се почеркът на екипната работа (личен лекар, лекар - специалист, медицинска сестра), но при много малък процент от анкетираните (фиг. 59).



Фиг. 59. Източници на указания за правилно самоизследване на гърдите

Слабо застъпеното участие на медицинската сестра в обучението на жените за самоизследване на гърдите се потвърждава и от техните отговори. Едва 28,10% от анкетираните медицински сестри са участвали в обучение на жените за самоконтрол на гърдите. Ангажирането на по-широк кръг от подготвени кадри, в т.ч. професионалисти по здравни грижи за провеждане на здравно-просветна дейност, би подобрило превенцията на КГ.

При провеждането на обучение на жени за самоконтрол на гърдите се наблюдава сигнификантна разлика по отношение на местоработата на медицинските сестри ($\chi^2 = 36,56$; $p < 0,001$), като в най-висок процент подобна дейност са изпълнявали медицинските сестри, практикуващи при личните лекари в селските райони (58,30%) (фиг. 60).



Фиг. 60. Проведено обучение на жени от медицинските сестри за самоконтрол на гърдите според местоработата

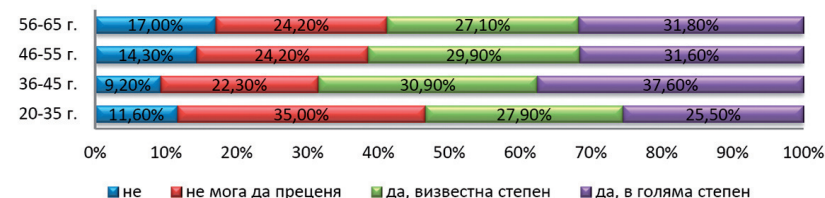
За 31,50% от жените участието на медицинска сестра в обучение за самоизследване на гърдите в голяма степен би подобрило превенцията на КГ. Само в известна степен това важи за 28,90% от анкетираните (фиг. 61).



Фиг. 61. Мнение на жените относно участие на медицинската сестра в обучение за самоизследване на гърдите

Наблюдава се разлика в мнението на жените относно подобряването на профилактиката за КГ чрез провеждане на обучение от медицинските сестри при различните възрастови групи ($\chi^2 = 25,75$; $p < 0,01$).

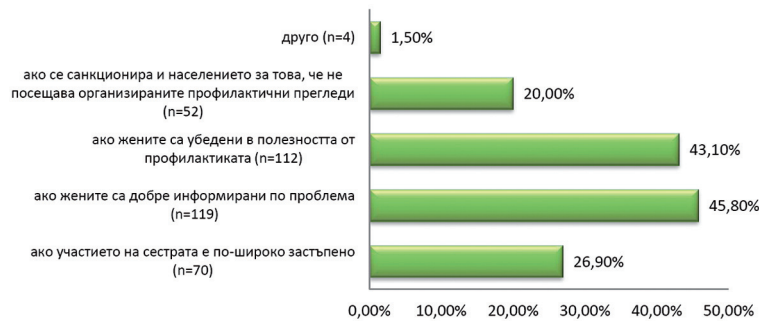
Жените след 35-годишна възраст в най-висока степен виждат ролята на медицинската сестра при обучение за самоконтрол на гърдите (фиг. 62).



Фиг. 62. Мнение на жени от различни възрастови групи относно участие на медицинската сестра в обучение за самоизследване на гърдите

Това в голяма степен се дължи на факта, че именно след тази възраст започват проблемите с гърдите, нуждата от информация се засилва и медицинската сестра като квалифицирано медицинско лице би могла да я предостави. У нас медицински сестри са предимно жени и това доближава пациентките до тях. Предразполага ги да споделят своите здравословни проблеми и да търсят информация. Обучение, провеждано от медицинска сестра, би имало по-голям успех, отколкото набиране на информация от източници като листовки, брошури и интернет.

Мерки относно подобряване превенцията на карцинома на гърдата медицинските сестри предлагат на фиг. 63.



Фиг. 63. Предложения на медицинските сестри за подобряване профилактика на карцинома на гърдата

Общо 88,90% от сестрите считат, че ако жените са добре информирани и бъдат убедени в полезността на профилактиката, това би оказало положителен ефект. Повече от ¼ от респондентите считат, че за успеха на профилактиката трябва по-широко да се застъпи участието на медицинската сестра, а 20,00% виждат санкцията за безотговорното отношение на жените към собственото им здраве като оздравителна мярка (фиг. 63).

Сравнително висок относителен дял от анкетираните жени, живеещи в градовете, и с по-висока степен на образование са информирани за провеждащата се превенция на КГ. Познават рисковите фактори, имащи отношение към това заболяване, и заявяват готовност за промяна в начина си на живот с цел предпазване. Притеснение буди фактът, че малко над 50% от анкетираните жени изследват сами гърдите си, независимо че по-голям е процентът (64,70%) на тези, които познават метода. Най-голяма потребност от обучение за методите за профилактика на КГ имат ниско образованите жени и живеещите в малките населени места. Необходимостта от обучение на жените, независимо от тяхната възраст, обуславя нуждата от по-широко застъпено участие на медицинската сестра. Съвременната медицинска сестра би могла да намери място в екипа, оказващ онкологична помощ, чрез редица промотивни дейности, което е подкрепено и от мнението на анкетираните жени.

3.5. Основни проблеми при превенцията на карцином на гърдата – база за разработване на „Модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на карцином на гърдата“

Търсейки нови пътища и средства за подобряване на влошената към момента превенция на КГ, за нас беше важно мнението на жените относно предлагане на модел за обучение. Едната от стъпките беше в установяването на това, доколко наличието на схема и график в лична амбулаторна карта (ЛАК) би улеснило превенцията на КГ.

За общо 76,20% от жените направеното предложение би ги улеснило и би повишило участието им в провеждащата се профилактика (фиг. 64). Личната амбулаторна карта е медицинска документация, която е задължителна за всеки гражданин на Р. България. Тя трябва да е заверена от ОПЛ и да се съхранява от лицето, на което е издадена (ЛАК на децата се съхраняват в практиката на ОПЛ до навършване на определена възраст на детето). Считаме, че наличието на информация за КГ в ЛАК, би улеснило жените при нужда от справка, свързана със самоизследването, или с периода, в който трябва да бъде проведен профилактичен преглед.



Фиг. 64. Мнение на жените относно наличие на схема и календар в ЛАК за профилактиката на карцинома на гърдата

Потърсихме мнението и на сестрите, като предложихме ново средство, а именно в ЛАК да се постави схема за самоизследването на гърдите и график, указващ времето за посещение на планирания профилактичен преглед.

Голям процент (44,60%) от анкетираните сестри подкрепят идеята и считат, че това би оказало положителен ефект върху профилактиката на КГ. Изразяват мнение относно използване на нагледни материали за обучение, организиране на беседи и практически занятия, които във висока степен популяризират превенцията на КГ. Независимо че методът на обучение по

обсъждане на конкретен случай е все още непопулярен у нас, 27,30% от респондентите залагат на него (фиг. 65).

Изразената подкрепа от изследваните жени и от медицинските сестри ни провокира да изготвим и да предложим „Модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на КГ“ в ЛАК.



Фиг. 65. Предложения на медицинските сестри относно обучение на жените за самоизследване на гърдите

3.5.1. Примерен модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на карцином на гърдата (приложение към личната амбулаторна карта за жени на възраст от 20 до 69 години)

Предложеният модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на карцином на гърдата включва: Схема и указания за самоизследване на гърдите; Календар на жената за провеждане на профилактика за КГ и Историята на проведените профилактики за карцином на гърдата.

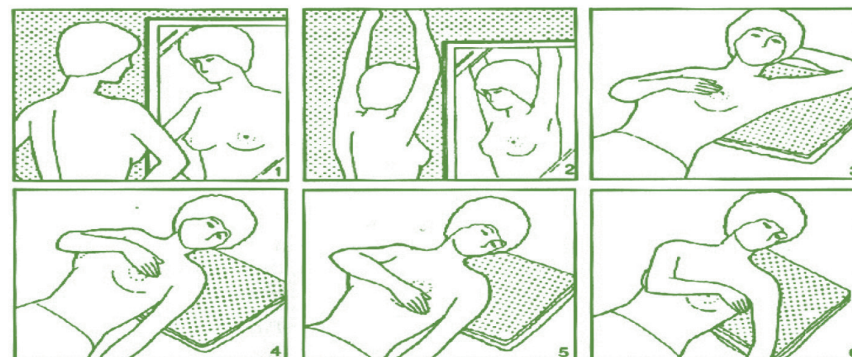
На базата на схемата за самоконтрол на гърдите, както и обяснителните бележки към нея, които са изведени от Приложение 15 на НРД от 2002 г., и Приложение 13 към НРД за 2015 г. [59, 60], са представени адаптирани към жените – потребителки „Схема и указания за самоизследване на гърдите“. За по-голяма яснота и по-лесно изпълнение от жените си позволихме да преформулираме някои от стъпките при самоизследването.

Календарът на жената за провеждане на профилактика за КГ и Историята на проведените профилактики за карцином на гърдата при жени са авторска разработка.

• Схема и указания за самоизследване на гърдите

Уважаеми дами,

Важно е да се знае, че самоизследването на гърдите трябва да се извършва **един път месечно**, след 20-годишна възраст, от 3-я до 5-я ден след края на менструацията, (ако сте в менопауза – се извършва в първите дни на **всеки календарен месец**). За успеха на това изследване е необходимо да се спазват строго определени правила и последователност на провеждането му (фиг. 66).



Източник: <http://www.nhif.bg/>

Фиг. 66. Схема за самоизследване на млечните жлези

Моля, спазвайте точно следните указания, посочени и на схемата:

Стъпка 1: Съблечете се гола до кръста. Застанете пред огледалото първо с отпуснати до тялото ръце, а след това с ръце, поставени на ханша, както е показано на (фиг. 66.1). Огледайте двете си гърди и следете за (промяна във външния вид на гърдите; промени в положението на зърната; набръчкване на кожата).

Стъпка 2: Вдигнете високо ръце и повторете същия оглед, както е показано на фиг. 66.2.

Стъпка 3: Легнете върху по твърдо легло, поставете сгъната хавлиена кърпа или възглавничка под лявото си рамо и сложете лявата си ръка под главата, както е показано на фиг. 66.3. Започнете да опипвате гърдата си по части, започнете от горната вътрешна част на гърдата. Пръстите Ви трябва да се движат отвън на гърдата към зърното. Следете за бучка, независимо от големината ѝ.

Стъпка 4: Същото действие повторете за горната външна част (фиг.66.4), долната външна част (фиг. 66.5) и долната вътрешна част на гърдата си.

Стъпка 5: Свалете лявата си ръка и с дясната си ръка опипайте лявата си подмишнична ямка, както е показано на фиг. 66.6.

Стъпка 6: С палеца и показалеца на дясната си ръка внимателно изцедете лявото гръдно зърно. Търсете появата на необичайна секреция или кървене (млечна секреция; зеленикава секреция; кървава секреция).

Стъпка 7: Преместете сгънатата хавлия или възглавничката под дясното си рамо и повторете всички стъпки и с дясната си гърда, подмишничната ямка и зърното [48, 59, 60].

Предложената схема и описанието са предназначени за жени на възраст от 20 до 69 години и се предвижда да бъде поставена в личната амбулаторна карта. Целта на този модел е да подпомогне всяка една жена в провеждането на самоизследване на гърдите си. Запознавайки я със стъпките, които трябва да се спазва обяснявайки и онагледявайки метода за самоконтрол на гърдите, се дава възможност на всяка жена да бъде обучена и непрекъснато да се самообучава. Това в голяма степен би гарантирало качеството на метода, както и формиране на навици за извършването му, които да се превърнат в автоматизъм.

• Календар на жената за провеждане на профилактика за карцином на гърдата

На основание Наредба № 39 на МЗ от 2004 г. относно организиране и провеждане на профилактични прегледи и диспансеризация в Р. България в чл. 4, ал. 8 (Ново - ДВ, бр. 102 от 2005 г., в сила от 1.01.2005 г., изм. бр. 4 от 2009 г., бр. 101 от 2010 г., доп., бр. 58 от 2011 г., изм. ДВ. бр.12 от 11 февруари 2014 г., доп. ДВ. бр.95 от 18 ноември 2014 г.), в приложение № 1а към чл. 4, ал. 8, както и в НРД за медицински дейности, приложение 13/2015 г., посочващи вида и честотата на профилактичните прегледи и изследвания при лица над 18 години [40], е изработен календар, предвиден да се постави също в ЛАК за възрастен. Така подготвен, календарът цели информирание и напомняне за планираните профилактични процедури съобразно възрастта на жената. От проведеното изследване при жените се доказва, че една от причините за непосещаване на планираната профилактика е слабата им информираност за времето, мястото и вида на прегледа (табл. 4).

Табл. 4. Календар на жената за провеждане на профилактика за карцином на гърдата

	Самоизследване на гърдите – всеки месец	Клиничен преглед на млечната жлеза от личния лекар – всяка година	Мамография на млечните жлези – веднъж на 2 години
Жени след 20 години	+		
Жени над 30 години	+	+	
Жени от 50-69 години включително	+	+	+

Легенда

Задължително:

- Самоизследване на гърдите трябва да се извършва след 20-годишна възраст, от 3. до 5. ден след края на менструацията, ако сте в менопауза – се извършва в първите дни на **всеки календарен месец**;
- Клиничен преглед на млечните жлези се извършва след 30-годишна възраст, **веднъж годишно от Вашия личен лекар по време на планирания профилактичен преглед**;
- Мамография на млечните жлези се провежда от 50- до 69-годишна възраст **веднъж на всеки 2 години или всяка година по преценка на Вашия лекар**. Над 69-годишна възраст се извършва по преценка на лекар.

• История на проведените профилактики за карцином на гърдата при жени

История на проведените профилактики за карцином на гърдата при жени представлява формуляр, който се предвижда да е поставен в ЛАК и да се попълва от общопрактикуващия лекар или лекар специалист при извършване на съответната профилактика. За целта срещу съответната година със знак +/- положителен или -/- отрицателен се отбелязва извършената профилактика на КГ, а в графа находка и резултат се отбелязват евентуални здравни проблеми и констатации. Така, от една страна, това би подпомогнало личния лекар при информирание на жената за последващо посещение и би подобрило статистическата информация за проведените профилактични прегледи на КГ. Като познава периодите за превенция на КГ, всяка жена би могла да следи за времето на следващата си профилактика. Историята ще даде възможност за навременна превенция, както и документиране на

всички констатации и последващите при нужда мероприятия, свързани с осъществяване на диагностика и лечение на КГ (табл. 5).

Табл. 5. История на проведените профилактики за карцином на гърдата при жени

Година	Клиничен преглед на млечните жлези	Находка	Мамография на млечните жлези	Резултат от мамографско изследване
20..... г.				
20.....г.				
20.....г.				
20.....г.				
20.....г.				

Легенда:

Знак /- отр. – не е проведен клиничен преглед и/или мамография.

Знак /+/- положителен – проведен е клиничен преглед и/или мамография.

В графа находка и резултат е необходимо да се посочат констатациите.

Към настоящия момент при провеждане на профилактичен преглед на здравноосигурени лица над 18-годишна възраст ОПЛ попълва амбулаторен лист и го прилага в здравното досие на лицето.

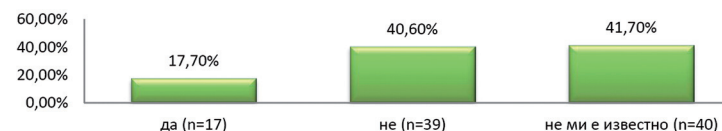
4. Образователни аспекти за повишаване на приносната роля на медицинската сестра в превенцията на карцинома на гърдата

4.1. Оценка на подготовката на медицинските сестри за активното им включване в профилактичните програми за карцином на гърдата

Съгласно Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването се предоставя възможност на медицинските сестри да придобиват клинични и неклинични специалности за лица с професионална квалификация по медицинска професия от професионално направление „Здравни грижи” [38].

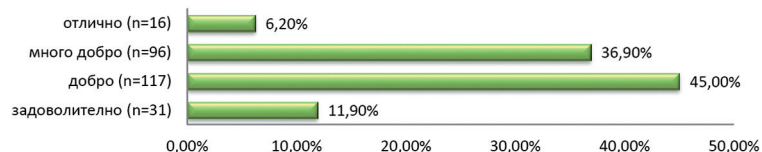
От анкетираниите сестри само 8 (3,10%) посочват, че имат придобитата специалност. За съжаление от придобилите специалност нито една медицинска сестра не е със „Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания“. Сестрите със специалност са: болнична хигиена, първични здравни грижи, обществено здраве. Ситуацията със следдипломното обучение на медицинските сестри е влошена. Малък е процентът на сестрите, които придобиват специалност, и причините за това са свързани главно с невъзможност за отсъствие от работа за по-продължителен период от време, с финансови затруднения и ниска мотивация.

По информация от експертите едва 17,70% от сестрите, с които работят, са придобили клинична или неклинична специалност (фиг. 67). Това потвърждава, че малка част от практикуващите в България професионалисти по здравни грижи са мотивирани да повишават своята професионална подготовка след дипломиране.



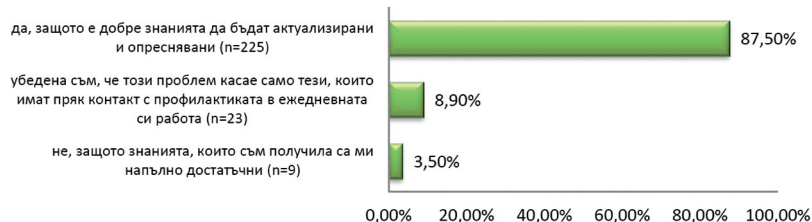
Фиг. 67. Наличие на медицинска сестра с придобитата специалност в екипа на експерта

По-малко от половината (45,00%) анкетирани сестри оценяват нивото на своите знания относно профилактиката за КГ като добро, за 36,90% то е много добро, а отлично е за 6,20% (фиг. 68).



Фиг. 68. Самооценка от медицинските сестри на знанията относно профилактиката срещу карцинома на гърдата

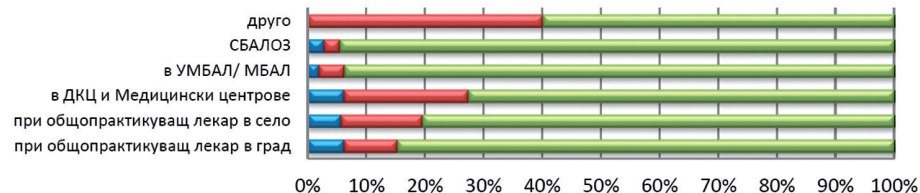
Представените резултати на фиг. 69 сочат, че независимо от добрата оценка, която дават медицинските сестри на своята подготовка относно КГ, те изпитват нужда от нови знания. Значителната част от сестри (87,50%) са на мнение, че е необходимо провеждане на допълнително обучение, защото е добре знанията им да бъдат актуализирани и опреснявани, 8,90% считат, че тези, които имат пряк контакт с профилактиката в своята ежедневна работа, трябва да обогатяват придобитите знания.



Фиг. 69. Мнение на медицинските сестрите за допълнително обучение

Наблюдава се съществена разлика в мнението на медицинските сестри относно необходимостта от допълнително обучение в зависимост от тяхната месторабота ($\chi^2 = 53,03$; $p < 0,05$).

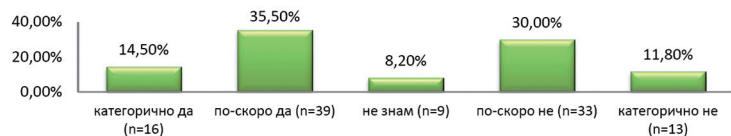
Сестрите, практикуващи в болничните звена, в над 90% са на мнение, че е необходимо провеждането на допълнителни обучителни курсове, както и тези от извънболничната помощ в над 80% изпитват нужда от продължаващо обучение. Очакван е резултатът от получените отговори на работещи извън сферата, в която се обгрижват болни със злокачествени заболявания. От тях 40% са убедени, че повишаването на професионалната подготовка касае единствено онези, които имат пряк контакт в работата си с проблеми, отнасящи се до КГ (фиг. 70).



	при общопрактикуващ лекар в град	при общопрактикуващ лекар в село	в ДКЦ и Медицински центрове	в УМБАЛ/ МБАЛ	СБАЛОЗ	друго
■ не, защото знанията, които съм получила, са ми напълно достатъчни	6,10%	5,60%	6,10%	1,80%	2,70%	
■ убедена съм, че този проблем касае само тези, които имат пряк контакт с профилактиката в ежедневната си работа	9,10%	13,90%	21,20%	4,40%	2,70%	40,00%
■ да, защото е добре знанията да бъдат актуализирани и опреснявани	84,80%	80,60%	72,70%	93,80%	94,60%	60,00%

Фиг. 70. Необходимост от допълнително обучение според местоработата на медицинската сестра

Експертите в общо 41,80% са на мнение, че знанията, получени от медицинските сестри относно профилактиката на КГ, в базовото им образование са недостатъчни. Едва 14,50% от тях са абсолютно убедени, че специалистите по здравни грижи още със завършването си са подготвени да бъдат включени в провеждащата се превенция. За 35,50% от респондентите има какво още да се желае в подготовката на новозавършилите сестри (фиг. 71).



Фиг. 71. Мнение на експертите относно знанията, придобити от медицинските сестри в базовото им образование за участие в профилактиката на злокачествените заболявания

За повишаване квалификацията на медицинската сестра експертите имаха няколко възможности, сред които да предложат най-подходящата. Поради това, че магистърска програма в сферата на онкологичната помощ за сестри към настоящия момент не е разкрита, си позволихме да формулираме примерно наименование „Онкологични здравни грижи“, с което да улесним респондентите при разпознаването ѝ.

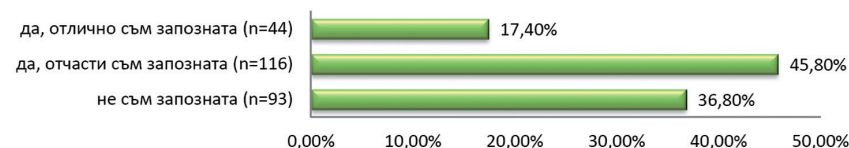


Фиг. 72. Предложения на експертите за повишаване квалификацията на медицинската сестра с цел активното ѝ включване в профилактиката на КГ

Най-голям е делът (43,80%) на експертите, които считат, че придобиването на специалност „Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания“ ще повиши нивото на компетентност на практикуващите медицински сестри, 37,10% залагат на магистърска степен, а 13,30% са на мнение, че специалността „Първични здравни грижи“ би осигурила на завършилите я сестри достатъчна подготовка по въпроси, свързани с онкологията (фиг. 72).

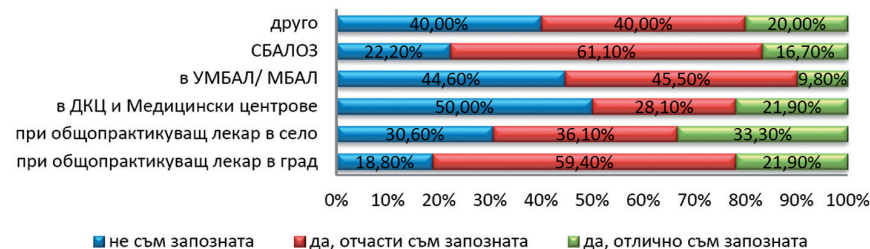
Нуждата от допълнително обучение е продиктувана и от факта, че практикуващите медицински сестри в сравнително малък процент са запознати с провеждащата се профилактика на КГ у нас и в Европа.

Едва 17,40% от сестрите са отлично запознати с превенцията, а 36,80% нямат информация за провеждащата се профилактика в България (фиг. 73). На фона на високата заболяемост у нас от злокачествени новообразувания и в частност на КГ, познаването на превантивните мероприятия от медицинските сестри е неудовлетворително. От една страна, това би могло да се дължи на слабо застъпеното им участие в провеждащата се профилактика, а от друга страна – от липсата на време и стимул.



Фиг. 73. Степен, в която медицинските сестри познават скрининга и профилактиката, които се провеждат в България

Резултатите на фиг. 74 показват съществена разлика в мнението на медицинските сестри относно информираността им за скрининга и превенцията за КГ, които се провеждат у нас, според тяхната месторабота ($\chi^2 = 24,51$; $p < 0,01$). Сестрите, които работят в СБАЛОЗ, и тези, които практикуват при лични лекари в градовете, са по-информирани в сравнение с техните колеги от другите лечебни заведения и практики.



Фиг. 74. Наличие на знания от медицинските сестри по месторабота за скрининга и профилактиката на карцинома на гърдата, провеждани в България

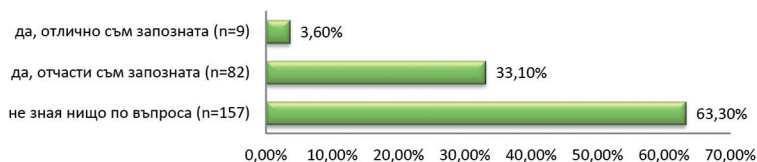
Прави впечатление, че 62,10% от сестрите с ОКС „бакалавър“ са запознати с провеждащата се профилактика и скрининг за КГ в България ($\chi^2 = 13,57$; $p > 0,05$). Медицинските сестри със специалност „Управление на здравните грижи“ познават превенцията на КГ в по-висок процент от

сестрите с по-ниска образователна степен (фиг. 75). Получените резултати биха могли да се дължат на знанията, които сестрите със степени „бакалавър“ и „магистър“ придобиват, изучавайки конкретни дисциплини, свързани с онкологичната помощ.



Фиг. 75. Наличие на знания от медицинските сестри за скрининга и профилактиката на карцинома на гърдата, провеждани в България, според образователната степен

Притеснителни са резултатите относно информираността на медицинските сестри за провеждащата се превенция на КГ в Европа, 3,60% от анкетираните сестри са отлично запознати с това, което се предприема за КГ в Европа, а 63,30% не знаят нищо по въпроса (фиг. 76).

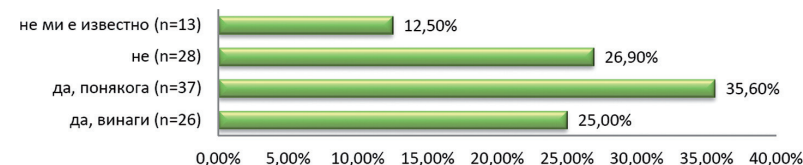


Фиг. 76. Наличие на знания от медицинските сестри за скрининга и профилактиката на карцинома на гърдата, провеждани в Европа

В България се работи по много европейски програми и се стремим да внедрим част от чуждия опит за подобряване качеството на провежданата превенция и скрининг на КГ. Това налага доброто познаване на тези практики от медицинските специалисти, в т.ч. и от медицинските сестри, което би гарантирало преодоляване на съществуващи проблеми в профилактиката на рака на гърдата.

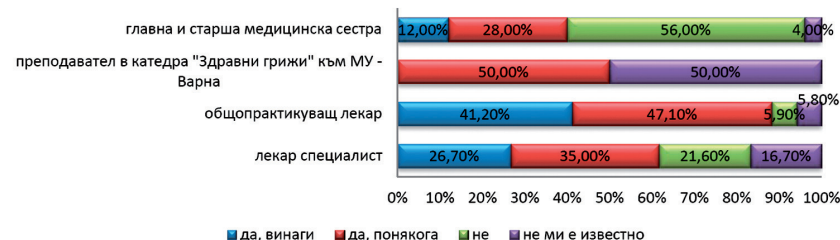
Изследвайки ангажираността на медицинските сестри в провеждащата се профилактика у нас, проучихме мнението на експертите.

Едва ¼ от експертите съобщават, че в екипите им за превенция на КГ винаги участва и медицинска сестра, а 26,90% никога не са включвали сестра в профилактиката (фиг. 77). Получените резултати потвърждават слабо застъпеното участие на медицинските сестри от разглежданите региони в провеждащата се превенция на КГ.



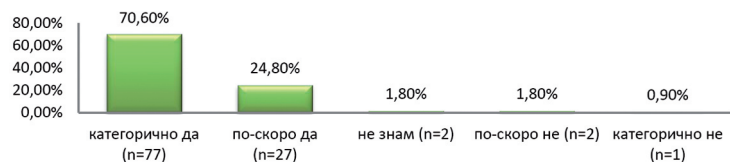
Фиг. 77. Участие на медицинските сестри в екипите, провеждащи превенция за карцинома на гърдата (мнение на експертите)

Наблюдава се разлика в мнението на експертите относно включването на медицинските сестри в мероприятията, свързани с профилактиката на КГ ($\chi^2 = 22,12$; $p < 0,01$), като общопрактикуващите лекари в най-висок процент общо (88,30%) ангажират медицинските сестри, следвани от екипите на специалистите (61,70%) (фиг. 78).



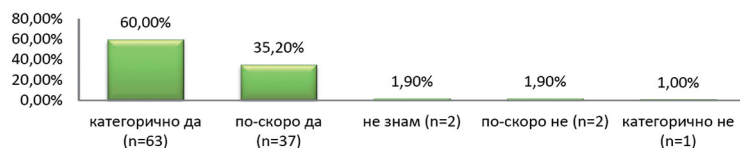
Фиг. 78. Мнение на експертите за включването на медицинските сестри в екипите, провеждащи превенция за карцинома на гърдата

Многокатегорично изразяват своето мнение 70,60% от експертите относно нуждата на съвременната онкологична практика от висококвалифицирани медицински сестри, 24,80% също изразяват подкрепа, макар и не напълно убедени (фиг. 79).



Фиг. 79. Мнение на експертите за нуждите на съвременната онкологична практика от висококвалифицирани медицински сестри

Общо 95,20% от експертите заявяват своята готовност за включване на медицинската сестра в екипите за превенция на карцинома на гърдата, като от тях 60,00% са убедени, а 35,20% все още се колебаят, но са положително настроени (фиг. 80).



Фиг. 80. Готовност на експертите за включване на медицинските сестри в екипите за профилактика на карцинома на гърдата

Разпределение на мнението на експертите по групи показва, че от тези, които категорично заявяват готовност за включване на медицинска сестра в екипите за профилактика на КГ, в най-голяма степен са главните и старшите медицински сестри – 72,00%, а преподавателите заявяват 100% готовност за включване на сестрата в екипа за КГ. Интересни са отговорите на лекарите специалисти и ОПЛ, които повече от 50% са убедени, че медицинските сестри трябва да участват в превенцията на КГ. Известен процент (47,10% – ОПЛ и 38,30% – лекари специалисти) също изразяват готовност в екипа им да участва и сестра, независимо че не са категорични. Следва да се отбележи, че малък процент от тях не подкрепят в борбата с КГ да бъде включена медицинска сестра.

Предложенията, които експертите дават относно ролята на медицинската сестра в борбата с КГ, са представяни на фиг. 81. Респондентите имаха възможност да посочат повече от една дейност, затова процентите са повече от 100. Преобладава мнението, че сестрите биха могли да бъдат включени в обучението на жените за всички методи на профилактиката (64,90%), в предоставяне на информация за провеждащата се профилактика и скрининг – 57,70%, активно участие във всички етапи на провеждащите се профилактични прегледи и кампании – 50,50%, обучение на жените за рисковите

фактори и самоизследването на гърдите, както и в оказване на консултативна помощ за здравословен начин на живот, диета и режим.



Фиг. 81. Предложения на експертите за участие на медицинската сестра в дейности, касаещи карцинома на гърдата

Независимо че медицинските сестри дават висока оценка на своите знания за КГ, значителна част от тях изпитват нужда от допълнително обучение. Експертите изразяват същото мнение. Това в известна степен обуславя слабото участие на сестрите в екипите, провеждащи превенция на КГ. Експертите са категорични, че съвременната онкологична практика се нуждае от подготвени медицински сестри за борба с КГ.

4.2. Повишаване подготовката на медицинските сестри в образователно – квалификационните степени „бакалавър“ и „магистър“ чрез въвеждане на избираема учебна дисциплина и/ или факултативна учебна дисциплина

Проучвайки подготовката на медицинските сестри в различните образователно-квалификационни степени, бяха разгледани учебните планове, изготвени съобразно наредбите за единните държавни изисквания [41, 42] и някои от учебните програми при МУ – Варна, на специалностите:

- Управление на здравните грижи, ОКС „магистър“ (след друго ОКС);
- Управление на здравните грижи, ОКС „магистър“ (след бакалавър по УЗГ);
- Управление на здравните грижи, ОКС „бакалавър“;
- Медицинска сестра, ОКС „бакалавър“ (Табл.6).

Табл. 6. Дисциплини, в които се разглеждат въпроси, касаещи онкологични грижи, по учебен план в различните ОКС на медицинските сестри

Специалности	Специалност: Управление на здравните грижи, ОКС „магистър“ (след др. ОКС)	Специалност: Управление на здравните грижи, ОКС „магистър“ (след бакалавър по УЗГ)	Специалност: Управление на здравните грижи, ОКС „бакалавър“	Специалност: Медицинска сестра, ОКС „бакалавър“
Задължителни и избираеми учебни дисциплини				
Здравни грижи в ПМП (ИУД)	Изучава се в 30 часа хорариум, от които 30/0 (лекции)			
Медицинската сестра в мултидисциплинарния екип (ИУД)	Изучава се в 30 часа хорариум, от които 20/10 (лекции/упр.)	Изучава се в 30 часа хорариум, от които 20/10 (лекции/упр.)		
Профилактика, скрининг, сестрински (акушерски) грижи за онкологични заболявания (ИУД)			Изучава се в 15 часа хорариум, от които 15/0 (лекции)	
Сестрински грижи при лица със социално значими заболявания (ИУД)			Изучава се в 15 часа хорариум, от които 7/8 (лекц./упр.)	
Стратегии за промоция на здравето (ЗУД)		Изучава се в 30 часа хорариум, от които 30/0 (лекции)		
Сестрински грижи при болни с онкологични заболявания (ЗУД)				Изучава се в 30 часа хорариум, от които 10/20 (лекц./упр.)

Това, което прави впечатление, е слабо застъпеното участие в обучението на медицинските сестри на дисциплина, повишаваща подготовката им по проблеми, свързани с КГ. Единствената дисциплина, в която е застъпен проблемът с превенцията на гърдата, е „Профилактика, скрининг, сестрински (акушерски) грижи за онкологични заболявания“. Във всички останали учебни планове предложените за свободно избираеми дисциплини засягат само в периферията си разглеждания проблем. Часовете, разпределени по тематики, имащи отношение към превенцията на злокачествени заболявания, са от 2 до 6 учебни часа от целия хорариум в зависимост от дисциплината,

което е крайно недостатъчно. Така подготовката, която получават медицинските сестри при всички образователни степени, през които преминават в своето образование, се оказва недостатъчна и по-скоро би формирала едно по-общо ниво на компетенция. Имено по тази причина мнението на експертите и самооценката на сестрите относно възможностите за работа на медицинските професионалисти в съвременната онкологична практика налага необходимост от повишаване на компетенциите им.

За целта една от възможностите е към специалностите: Управление на здравните грижи, ОКС „магистър“ (след друго ОКС); Управление на здравните грижи, ОКС „магистър“ (след бакалавър по УЗГ); Управление на здравните грижи, ОКС „бакалавър“, е да се добави избираема учебна дисциплина (ИУД) или факултативна учебна дисциплина (ФУД), разглеждащи конкретно превенцията на карцинома на гърдата.

В базовото образование на специалност „Медицинска сестра“, ОКС „бакалавър“, освен задължителната учебна дисциплина (ЗУД) „Сестрински грижи при болни с онкологични заболявания“, която е с малък хорариум (30 часа), би било уместно като ИУД или ФУД да се предложи изучаване на дисциплина, наречена „Сестринска грижа за гърдата“. Чрез усвояване на основните етапи главно в превенцията, след това в диагностиката, лечението и грижите за гърдата ще се акцентира върху формиране на специфични знания и умения по проблемите на КГ. С това ще се постави и началото на изпълнение на европейските препоръки за създаване на специалист „медицинска сестра в грижа за гърдата“.

Една голяма част от завършилите медицински сестри продължават образованието си в магистърската степен „Управление на здравните грижи“ (след друго ОКС). Тук отново като ИУД или ФУД би могло да се предложи новата дисциплина „Сестринска грижа за гърдата“, с което да се продължи и допълни получената вече подготовка в базовото обучение на сестрите. Акцентите в тази дисциплина трябва да са насочени към подготовка на сестрите при провеждане на обучение на жените за методите на превенцията на КГ; за влиянието на вредните фактори върху здравето на жената и главно върху повишаване на риска от карцинома; във формиране на умения и навици за организиране и участия на медицинската сестра в провеждащата се превенция.

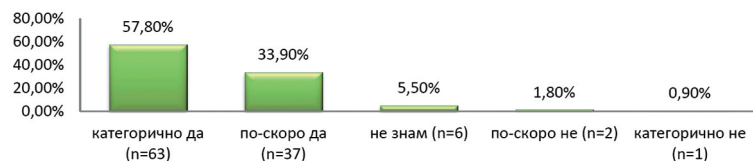
По въпроса за специализацията на медицинските сестри в тази област ситуацията е силно влошена. Например в СБАЛОЗ – гр. Варна няма сестра с придобита специалност „Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания“.

Слабата мотивация на медицинските сестри за придобиване на специалности е свързана главно с ниското заплащане, което получават, и затрудненията, които ще изпитат, заплащайки си специализацията. Също така едно такова обучение е свързано и с отсъствие от работа, което пък води до затруднения в организиране на работния процес от ръководителя, поради малкия брой сестри, практикуващи професията. Това налага търсенето и предлагането на нови варианти и подходи в обучението на медицинските професионалисти. Такива възможности ни дава задълбочаването на подготовката на професионалистите по здравни грижи във всички етапи на обучението им или повишаване на ОКС със създаване на магистърска програма.

4.3. Предложение за разкриване на магистърска програма, свързана с грижи за злокачествените заболявания

Във връзка с повишаване подготовката на медицинската сестра за нас беше важно да проучим мнението на експертите относно разкриването на магистърска програма. За целите на проучването условно назовахме магистратурата „Онкологични здравни грижи“. Желаяхме да насочим вниманието на експертите, както и на медицинските сестри за това, доколко необходима е предлаганата ОКС и да натрупаме информация за подкрепата, която биха засвидетелствали двете групи респонденти към програмата.

Общо 91,70% от групите на експертите потвърждават, че мултидисциплинарният екип, занимаващ се с проблеми, свързани с КГ, се нуждае от компетентни медицински сестри. От тях 57,80% са убедени, а 33,90% изразяват съгласие, независимо че имат колебания (фиг. 82).



Фиг. 82. Мнение на експертите за необходимостта от повишаване подготовката на медицинската сестра с цел включването ѝ в мултидисциплинарния екип

Разпределението на мнението на експертите по групи показва, че в 100% от преподавателите, над 50% от лекарите специалисти, главните и старши-

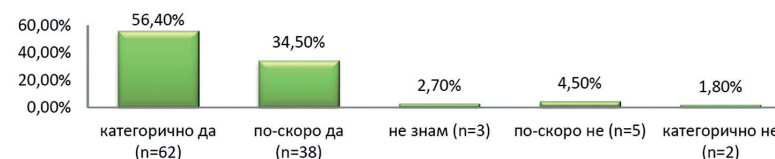
те медицински сестри са напълно убедени, че за нуждите на мултидисциплинарния екип, провеждащ превенция на КГ, са нужни високоподготвени медицински сестри.



Фиг. 83. Мнение на медицинските сестри относно придобиването на магистърска степен „Онкологични здравни грижи“

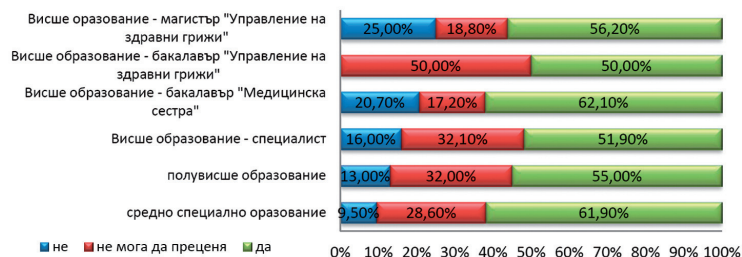
Повече от половината (55,00%) от медицинските сестри са твърдо убедени, че придобиването на магистърска степен „Онкологични здравни грижи“ би увеличило възможностите им за активно включване в превенцията, диагностиката и грижите на злокачествените заболявания (фиг. 83).

Повече от половината (56,40%) от експертите също са на мнение, че е необходимо разкриване на магистърска степен за медицински сестри „Онкологични здравни грижи“, 34,50% въпреки че все още се двоумят, също я одобряват (фиг. 84).



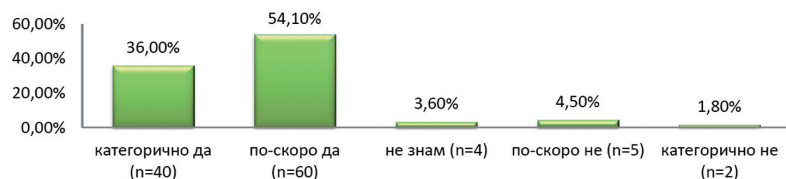
Фиг. 84. Мнение на експертите относно разкриване на магистърска степен „Онкологични здравни грижи“

Независимо от своята образователна степен в по-голям процент медицинските сестри над 50% биха придобили магистърска степен „Онкологични здравни грижи“ (фиг. 85).



Фиг. 85. Мнение на медицинските сестри относно придобиването на магистърска степен „Онкологични здравни грижи“ според образователната степен ($p > 0,05$)

От данните представени на фиг. 86 става ясно, че общо 90,10% от експертите заявяват готовност да подкрепят разкриването на магистърска програма за сестри „Онкологични здравни грижи“. От тях 36,00% са категорични, а 54,10% заявяват положително отношение, въпреки че все още не са убедени.



Фиг. 86. Готовност за подкрепа от експертите на магистърска степен „Онкологични здравни грижи“ за медицински сестри

Положителните резултати от изследваното мнение на експертите и медицинските сестри относно разкриване на нова ОКС „магистър“, „Онкологични здравни грижи“ ни дава възможност да очертаем нови граници в ангажираността на специалистите по здравни грижи в борбата със злокачествените заболявания. Придобиването на магистърска степен в сферата на онкологията би завършило облика на медицинските сестри като високо квалифицирани професионалисти, заслужаващи своето място в мултидисциплинарния екип за борба с онкологичните болести. Ще създаде възможност за търсене на нова законова рамка, регламентираща активното включване на сестрите във всички екипи на онкологичната помощ.

5. Изводи, приноси и препоръки

Главно средство в борбата със злокачествените заболявания е превенцията. Участието на медицинската сестра при организиране и провеждане на профилактични прегледи на КГ е слабо застъпено поради нужда от повишаване на нейната професионална подготовка. В съвременния етап на развитие на медицината е необходимо да се преосмислят ролята, функциите и задачите на медицинските сестри и в превенцията на злокачествените заболявания.

Според действащата Наредба №1/08.02.2011 на медицинските сестри се предоставят права за участие в промоцията, профилактиката и консултиране на лицата със социалнозначими заболявания. Например в чл.3 (1) т.2, (м) – конкретно е визирано правото на медицинската сестра да извършва обучение на жените за самоизследване на млечните жлези. Посочени са и редица други компетенции, които сестрата би могла да изпълнява самостоятелно или под контрол на лекаря.

Натрупалите се проблеми в профилактиката на КГ налагат търсене на нови пътища и включване на по-голям ресурс от медицински специалисти за тяхното разрешаване. Желанието на медицинските сестри за непрекъснато професионално усъвършенстване, както и готовността на експертите за активното им включване в провеждащата се превенция на КГ е от съществено значение в борбата с това заболяване. Предложеното допълнително обучение би осигурило достойно място на специалистите по здравни грижи в екипа, осъществяващ превенция, както и в целия лечебно-диагностичен процес на онкологичните болести.

• **Анализирайки данните от собственото изследване, бихме могли да изведем следните изводи:**

1. Участието на жените в провеждащата се превенция на гърдите е незадоволително (едва 47,50%). Слабото участие особено на младите жени (до 46 г.) налага необходимостта от формиране на здравни знания и навици за справяне с КГ от млада възраст. Образованите жени и живеещите в градовете по-често са посещавали провеждащите се профилактики за КГ, което се дължи на по-добра информираност и убеденост в ползите им.
2. Анкетиранияте медицински сестри са твърдо убедени (84,60%), че създаването на мобилни групи за осъществяване на превенция на КГ в селските райони ще преодолее някои от проблемите на профилактиката в малките населени места.

3. Затрудненията при участие в профилактиката на КГ, които срещат голяма част от жените (49,60%), главно се дължат на слабата им информираност и недобрата организация на профилактичните прегледи. Поради това предложеният „Модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на КГ“ в ЛАК би улеснил жените и повишил участието им в превенцията на КГ.
4. Едва 59,20% от жените самоизследват своите гърди, което е сигнал за необходимост от формиране на здравни знания и навици сред жените, предвид значението на този метод за ранното откриване на КГ. Предложеният от нас „Модел за обучение на жените и контрол на провежданата профилактика на КГ“ в ЛАК би стимулирал и повишил прилагането на самоизследването.
5. Малко над половината от анкетираните жени (57,50%) познават рисковите фактори, имащи връзка с КГ. Това налага популяризиране и обучение за вредното влияние на редица фактори върху здравето на жените.
6. Сравнително слабо е участието на медицинските сестри в провежданите профилактични прегледи и програми за КГ. Общо 88,90% от медицинските сестри считат, че ако жените са добре информирани и обучени, това би имало положителен ефект върху превенцията за КГ. Именно в този аспект анкетираните жени виждат мястото на медицинската сестра - провеждане на обучение, информиране, даване на указания и организиране на провеждащата се превенция за КГ.
7. Анализът на учебните планове и програми за специалността „Медицинска сестра“ и „Управление на здравните грижи“ показва недостатъчна подготовка по онкологични грижи във всички образователно-квалификационни степени, което налага допълнителна квалификация на работещите в тази област.
8. Повече от половината (55,00%) от медицинските сестри считат, че придобиването на магистърска степен „Онкологични здравни грижи“ би увеличило възможностите им за активно включване в превенцията, диагностиката и грижите на злокачествените заболявания.
9. Разкриването на магистърска програма „Онкологични здравни грижи“ за медицински сестри е подкрепено от общо 90,90% от експертите. Много категорично изразено е мнението на 70,60% от тях, които считат, че съвременната онкологична практика се нуждае от висококвалифицирани медицински сестри като пълноправни членове на мултидисциплинарния екип в борбата с КГ.

ПРИНОСИ

Теоретични:

1. Направен е анализ на нормативните документи и тяхното приложение, касаещи профилактиката на КГ в Европа и у нас.
2. Проучени са здравните знания, нагласи и поведение на жените по отношение на КГ.
3. Проучена е степента на компетентност на медицинските сестри за работа с жените и семействата им за профилактика на КГ.

Практико-приложни:

Резултатите от дисертационния труд могат да бъдат приложени при:

1. Повишаване на теоретичната и практическата подготовка на медицинските сестри по време и след завършване на базовото образование.
2. Организиране на мобилни групи и включването на медицинската сестра в тях за осигуряване навременна и висококвалифицирана медицинска помощ на всички нива в малки и трудно достъпни райони.
3. Организиране на участието на медицинската сестра в профилактиката чрез предоставяне на информация, провеждане на обучение и даване на съвети на жените, свързани с грижа за гърдите.
4. Предлага се модел за обучение на жените по въпроси, касаещи профилактиката на КГ чрез включване на информация в ЛАК относно превенцията на карцинома на гърдата (схема за самоизследване на гърдите, календар за посещение на профилактични прегледи съобразно възрастта на жената).
5. Предлага се включване на информация в ЛАК (История на проведените профилактики за КГ при жените, която се попълва от ОПЛ и специалист).

• ПРЕПОРЪКИ КЪМ ИНСТИТУЦИИТЕ

1. Необходимо е решително подобряване на информираността на жените относно превенцията на карцинома на гърдата, включително търсене на алтернативни възможности с ангажиране на здравни специалисти, медии, образователни институции.
2. Разширяване на възможностите за участие на медицинската сестра в провеждащата се превенция за КГ чрез създаване на кадри за грижа

за гърдата с цел включването им в мултидисциплинарните екипи и ясно формулиране на правомощията им.

3. В отговор на изискванията на Европейския съюз за подобряване на профилактиката на карцинома на гърдата е необходимо повишаване квалификацията на медицинската сестра чрез придобиване на магистърска степен „Онкологични здравни грижи” и засилване на интереса ѝ към специалността „Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания“, за да стане активен и пълноправен член на екипа за онкологична помощ.
4. Резултатите от дисертационния труд ще бъдат предоставени на:
 - Министерство на здравеопазването
 - Министерство на образованието
 - Медицински университети

6. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Егурузе, К.** Познаването на рисковите фактори за карцинома на гърдата – възможност за предпазване, сп. Здравни грижи, 2014, бр.1, с. 20-26. ISSN 1312-2595.
2. **Егурузе, К.** Местоживеенето, една от причините, затрудняваща участието на жените в профилактиката срещу карцином на гърдата. Сборник доклади от Юбилейна конференция 16-17 май 2014 г. Академично издателство на Тракийски университет – Стара Загора, 2014, с. 469-475. ISBN 978-954-338-077-0.
3. **Егурузе, К.** Отговорността на образованата жена към превенцията на карцином на гърдата, сп. Здравни грижи, 2015, бр.2, , с. 28-35. ISSN 1312-2595.
4. **Егурузе, К.** Роля на съвременната медицинска сестра при обучение на жени в грижа за гърдата. Варненски медицински форум, Варна. Издание на Медицински университет – Варна, т. 4, 2015, приложение 3, с. 59-64. ISSN 2367-5519.
5. **Генова, К., Д. Гроздева, Т. Цветкова.** Проблеми в профилактиката на рака на млечната жлеза – роля на медицинската сестра при тяхното разрешаване. Сборник резюмета от Национално-практическа конференция 28-29 април, 2007, Поморие, с. 50-51.

