



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА
ФАКУЛТЕТ „ФАРМАЦИЯ“**

КАТЕДРА ПО ФАРМАКОЛОГИЯ, ТОКСИКОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Д-р Мариета Иванова Йовчева-Станчева

**НЯКОИ ДЕОНТОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С ОСОБЕНОСТИТЕ НА
КОМУНИКАЦИЯТА С ПАЦИЕНТИ С ОСТРИ ОТРАВЯНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“

**Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт. Професионално
направление: 7.3. Фармация.**

Научна специалност: Токсикология

Научен ръководител: проф. д-р Снежана Златева, д.м.

Варна 2021

СЪДЪРЖАНИЕ

I.	Въведение.....	1
II.	Цел и задачи на изследването.....	2
III.	Материали и методи на изследването.....	3
IV.	Резултати.....	5
V.	Обсъждане и изводи.....	30
	1. По задача 1.....	30
	2. По задача 2.....	32
	3. По задача 3.....	33
	4. По задача 4.....	34
	5. По задача 5.....	36
	6. По задача 6.....	38
	7. По задача 7.....	39
VI.	Заклучение и общи изводи.....	40
VII.	Предложения.....	41
VIII.	Приложения.....	42
IX.	Приноси.....	48
X.	Списък на авторски публикации, свързани с темата на дисертационния труд.....	48

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ОИ – остра (екзогенна) интоксикация

ИС – информирано съгласие

ИО – информиран отказ

РФ – рисков фактор

ЦТС – церебротоксичен синдром

ЗЗ – закон за здравето

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

БЛС – Български лекарски съюз

ЕС – Европейски съюз

БДКТ – Българско дружество по клинична токсикология

ДОС – динамична оценка на съзнанието

ПОС – психоорганичен синдром

БМП – Бърза медицинска помощ

КИЛООТ – Клиника за интензивно лечение на остри отравяния и токсикоалергии

ВМА – Военномедицинска академия

ЕГ – етиленгликол

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Като наука за медицинския дълг деонтологията изразява същността на медицинската дейност, за която са необходими не само знания и умения за диагностика, лечение и грижи за болния, но и характерен медицински стил на мислене и поведение, основан върху етични принципи. Основните исторически обособили се принципи и изисквания за добра медицинска практика, насочена към максимално добър ефект от лечението и избягване на възможна вреда за пациентите, както и за правна защита на медиците, важат и днес. С развитието на медицината и на обществото като цяло се появяват нови медико-етични проблеми, които изискват ново деонтологично разглеждане, преоценка на някои от старите концепции и актуализиране на подходите за разрешаване. В съвременното информационно общество все по-голямо внимание се отделя на правата на пациента и особено – на автономността на волята и правото на информация и вземане на информирани решения. Спазването на правата на пациента е в основата на съвременните общи и тясно-професионални етични кодекси на лекарите и другите медици и в правилата за добра медицинска практика, включително и на клиничните токсиколози.

Ефективната комуникация медик-пациент има ключово значение за осигуряване на валидно информирано съгласие (ИС), защита на правата на пациента и е една от основните предпоставки за качество в съвременната медицина.

В сравнение с други клинични специалности клиничната токсикология има редица специфични особености в комуникацията с пациентите, често свързани с промените в съзнанието вследствие на интоксикацията. Комуникационните бариери при някои остри интоксикации създават специфични етични и правни проблеми. Проблемът е актуален и социално значим поради големия брой случаи на остра интоксикация в България и по света, засягащи всички възрасти и социални слоеве, огромното етиологично и клинично разнообразие, високата степен на спешност при диагностиката и лечението, трудната приложимост на общоприетите етични правила за взаимоотношения лекар-пациент в част от случаите. Медиците, лекуващи токсикологични пациенти, особено в началния, най-важен за острите отравяния етап, често се срещат със сериозни предизвикателства във връзка с валидността на информираните решения на пациента относно приемането в болница, диагностиката, вида и продължителността на лечението, контактите с близките му и др.

Независимо от организацията на токсикологичната помощ в отделните държави, медиците, които участват в диагностиката и лечението на пациенти с остри интоксикации значително надвишават по брой тесните специалисти в тази област. Това предполага добра теоретична и практическа подготовка, включително и добри комуникационни умения за работа с токсикологични пациенти, на всички изучаващи и практикуващи медицина.

В сегашните правни документи в България общите правно-деонтологични проблеми са разгледани добре в Закона за здравето от 2005 година и последвалите осъвременявания, както и в подзаконовите разпоредби, но не винаги са достатъчно ясни по отношение на някои специфични особености в клиничната токсикология. Няма много публикации по специфичните деонтологични проблеми в клиничната токсикология, особено в България.

Целта на тази работа е да се проучат основните деонтологични проблеми, възникващи във връзка с комуникацията с пациент с остро отравяне.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

II. ЦЕЛ

Идентифициране на най-важните деонтологични проблеми, произтичащи от специфичните особености в комуникацията между лекар и пациент с остра интоксикация и предлагане на подходи за подобряване на качеството на процеса на информирано съгласие за лечение при токсикологични пациенти.

III. ЗАДАЧИ

1. Да се характеризират токсикологичните пациенти от гледна точка на възможностите за ефективна комуникация лекар – пациент.
2. Да се идентифицират рисковите фактори при остра интоксикация, създаващи бариери пред комуникацията.
3. Да се изследва динамиката на комуникационния процес между лекар и пациент с остър токсичен церебрален синдром.
4. Да се проучи отражението на токсичния церебрален синдром върху процеса на информирано съгласие за лечение. Да се проучи отношението на пациентите с остри отравяния към ИС за лечение.
5. Да се проучат отказите от лечение при пациентите с остри отравяния. Да се обобщи опита от използване на собственоръчно написан текст за отказ от лечение при токсикологични пациенти като допълнение към официалния формуляр.

6. Да се обсъдят някои проблеми, свързани с лекарската тайна при контакта с близките на пациенти с остри отравяния.

7. Да се обсъдят възможностите и подходите за превенция и разрешаване на част от деонтологичните проблеми чрез подобряване на ефективността на комуникацията с пациенти с остри отравяния.

IV. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Бази за реализация на проучванията:

- Клиника по интензивно лечение на остри отравяния и токсикоалергии (КИЛООТ) – МБАЛ – Варна към ВМА;
- Спешно отделение – МБАЛ – Варна към ВМА;
- Консултативен кабинет към КИЛООТ – МБАЛ – Варна към ВМА;
- Архив на МБАЛ – Варна към ВМА

Критерии за включване на пациенти в проучването:

- По документи:

1. Всички пациенти с остри интоксикации – 2010-2013 г.
2. Всички пациенти с остри отравяния с потенциална церебротоксичност – 2013-2017 г.
3. Контролна група – пациенти с алергии - 2013-2014 г.
4. Всички амбулаторни или хоспитализирани пациенти, отказали лечение – 1998-2017 г.

- С устно интервю:

1. Възраст над 18 г.

Критерии за изключване на пациенти от проучването:

1. Тежък психоорганичен синдром, напр. деменция, предхождащ отравянето.
2. Хронични интоксикации, без насложена остра интоксикация.
3. Психотични пациенти в момента на провеждане на интервюто.

Методи

1. Ретроспективно и проспективно проучване на пациенти лекувани в Клиниката по токсикология, МБАЛ – Варна към ВМА, в периода 2010-2020 г.

Анализ на следните документи:

- Истории на заболяването, вкл. формуляри за ИС;
- Амбулаторни листи или талони;
- Болнични журнали;
- Амбулаторни журнали;
- Лекарски рапорти за дежурства;
- Протоколи от лекарски колегиуми;
- Амбулаторни листи от БМП или лични лекари.

Достъпът до медицинската документация беше осигурен с _____ разрешение от Комисията по етика към ВМА – МБАЛ – Варна и началника на МБАЛ – Варна към ВМА.

Във връзка с различни аспекти на проблема се направиха следните проучвания:

- 2010-2013 г. – 2088 пациенти – проучване на всички остри интоксикации.
- 2013-2017 г. – 1443 пациенти с клинично изявен церебротоксичен синдром (ЦТС), от общо 1981 ОИ с потенциална церебротоксичност – проучване, насочено само към остри интоксикации с потенциална церебротоксичност;

- Устно интервю с 490 пациенти с остри отравяния при дехоспитализацията им по отношение на информираното им съгласие за лечение – 2013-2014 г.

Проучване на отношението към процеса на информирано съгласие с устно интервю – започнало 2020 г., продължава до края на 2021 г.

3. Проучване на 2272 отказа от лечение на пациенти с остри интоксикации за 20-годишен период (1998-2017 г.), от които 1895 отказа от хоспитализация при първи преглед и 377 отказа – след хоспитализирането. Обобщение на опита от използване на собственооръчно написан текст за отказ в цяло изречение като допълнение към официалната форма – за същия период.

4. Проучване с устно интервю – 60 пациенти и техни близки – на някои проблеми, свързани с лекарската тайна и контактите с близки на пациенти с ОИ през 2017 г. Критерий за включване: пациенти с ОИ, чиито близки първоначално не са уведомени за постъпването им за лечение на отравяне.

Критерий за изключване: тежка психоза, кома, сопор или придружаващ тежък психоорганичен синдром.

5. Оценката на съзнанието на пациентите е по клинични данни, по скалата на Рийд – Божинов (Reed Coma Scale) и по Glasgow Coma Scale (GCS).

6. Статистически анализ:

Статистическият анализ, реализиран чрез статистическия пакет за персонален компютър SPSS (23) за Windows, математически формули и графики в средата на Excel 2016, обхваща следните методи:

1. Описателна статистика (диаграми и таблици) за представяне на експерименталните данни във вид на дискретни бройки (цели числа) и техните честоти. Там, където е допустимо, са определени сигнификантните отличия на тези честоти спрямо предполагаемото априорно разпределение в съответствие с нулевата хипотеза. За повишаване надеждността на направените изводи е предприет статистически анализ с използване на подходящо избрана контролна група. Силата на взаимовръзката между показателите от различни групи се определя с помощта на корелационен анализ.

2. Непараметричен метод за номинални данни Хи-квадрат - тест на Пиърсън за сравняване вътрешно-груповото честотно разпределение с предполагаемото равномерно разпределение съгласно нулевата хипотеза (тест за хомогенност). Същият тест се използва и за сравняване на две честоти от различни групи, както и за две независими динамично-изменящи се променливи (тест за съгласуваност). Условието за прилагане на този тест - бройките в подгрупите да са най-малко 5 и всеки пациент да участва само в една подгрупа са изпълнени. В малкото случаи, когато първото условие е било нарушено, тестът се е провеждал с използване на биномното разпределение при малки бройки. Тъй като входните данни са предварително определени честоти, то беше използвана опцията в SPSS за задаване на променливите под формата на теглови клетки (weight cases).

3. Непараметричен корелационен анализ с тест на Пиърсън, чрез който се проверява до каква степен наблюдаваните изменения в честотите при влошена комуникация с пациента, предизвикана от степента на увреждане, са свързани помежду си. Статистическа достоверност на корелационния коефициент се определя по критерия на Спирмен (Spearman) за монотонна асоциация между два показателя. При наличие на необходимото основание (предварително известна по знак корелация) тестът се е прилагал като едностранен. Приети са следните определения за корелационния коефициент R: при $0 \leq R < 0,3$ – слаба зависимост; при $0,3 \leq R < 0,5$ – умерена; при $0,5 \leq R < 0,7$ – значителна; при $0,7 \leq R < 0,9$ – силна; при $0,9 \leq R \leq 1,0$ – много силна зависимост.

При всички проведени статистически анализи се приема допустимо ниво на доверителна вероятност $P < 0,05$, разделено на три възходящи класа: $P < 0,05$, $P < 0,01$ (висока сигнификантност) и $P < 0,001$ (много висока сигнификантност).

V. РЕЗУЛТАТИ

1. Резултати по задача 1: Характеристика на токсикологичните пациенти от гледна точка на възможностите за ефективна комуникация.

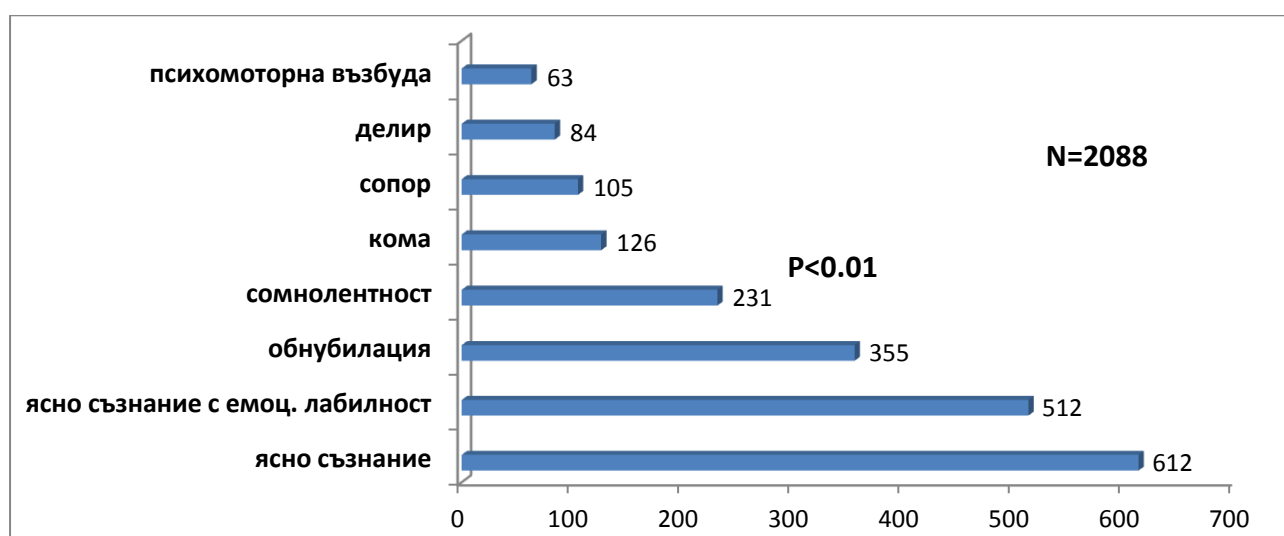
2. Резултати по задача 2: Идентифициране на рискови фактори, създаващи бариери пред комуникацията.

Първият етап от проучването, за задача 1 и 2, обхваща 2088 пациенти с всички остри отравяния през периода 2010-2013 г. През разгледания период пациентите с церебротоксичен синдром са 966, 46% от общо 2088 души.

Началната оценка на съзнанието им е представена на табл. 1 и фиг. 1.

Табл. 1. Разпределение на токсичните церебрални симптоми

съзнание при постъпването	брой пациенти	процент
ясно съзнание	612	29,3
ясно съзнание с емоц. лабилност	512	24,5
обнубилация	355	17,0
сомнолентност	231	11,1
кома	126	6,0
сопор	105	5,0
делир	84	4,0
психомоторна възбуда	63	3,0

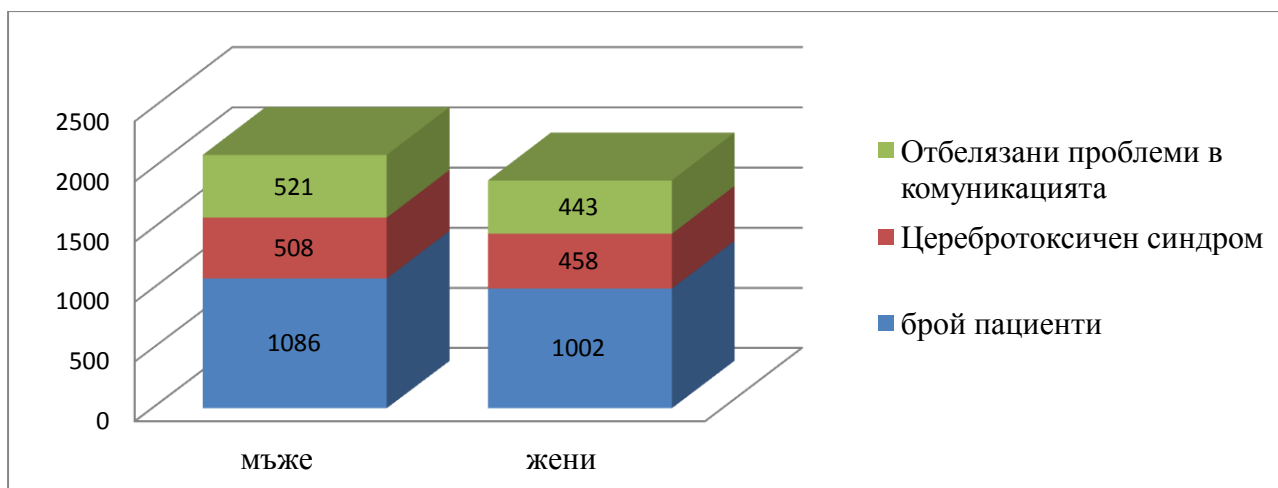


Фиг. 1. Съзнание при постъпването при ОИ 2010-2013 година, по скалата на Reed.

Не се установи сигнификантна разлика по пол и възраст в церебротоксичния синдром и възможностите за комуникация в проучената група от 2088 пациенти (табл. 1 и 2, фиг. 1, 2 и 2А)

Табл. 2. Разпределение по пол на токсичния церебрален синдром и отбелязаните проблеми в комуникацията при пациенти с ОИ през 2010-2013 г.

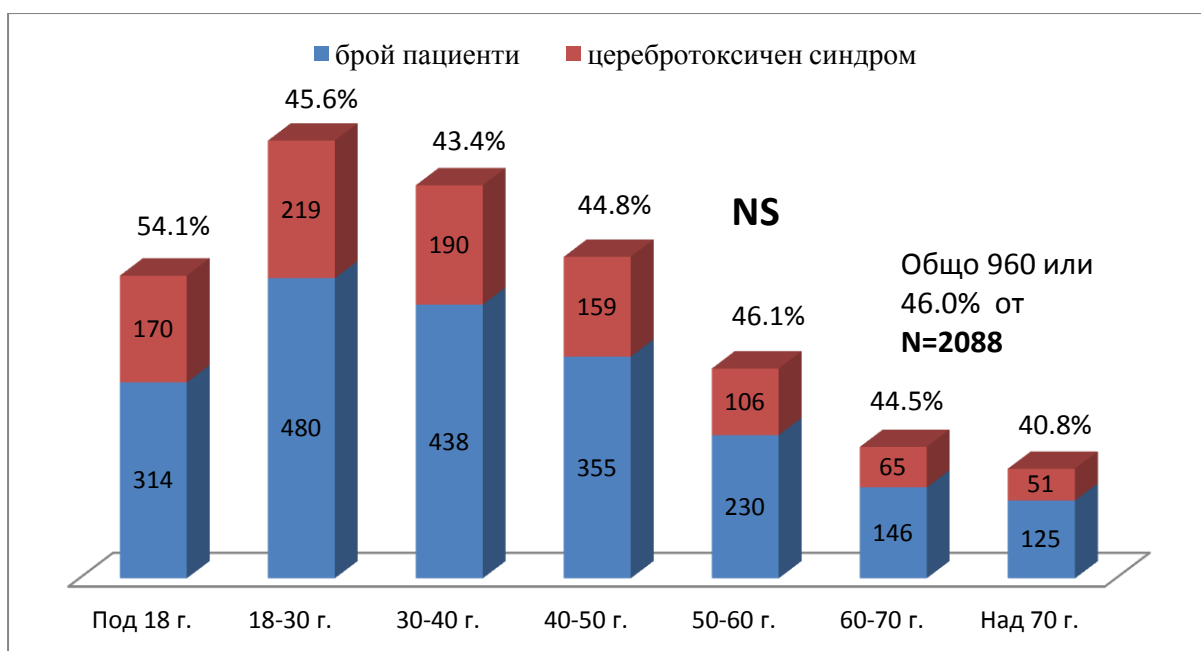
Пол	Церебротоксичен синдром	Процент ЦТС	Отбелязани проблеми в комуникацията	Процент
Мъже:1086	508	46,78	521	47,97
Жени: 1002	458	45,7	443	44,21



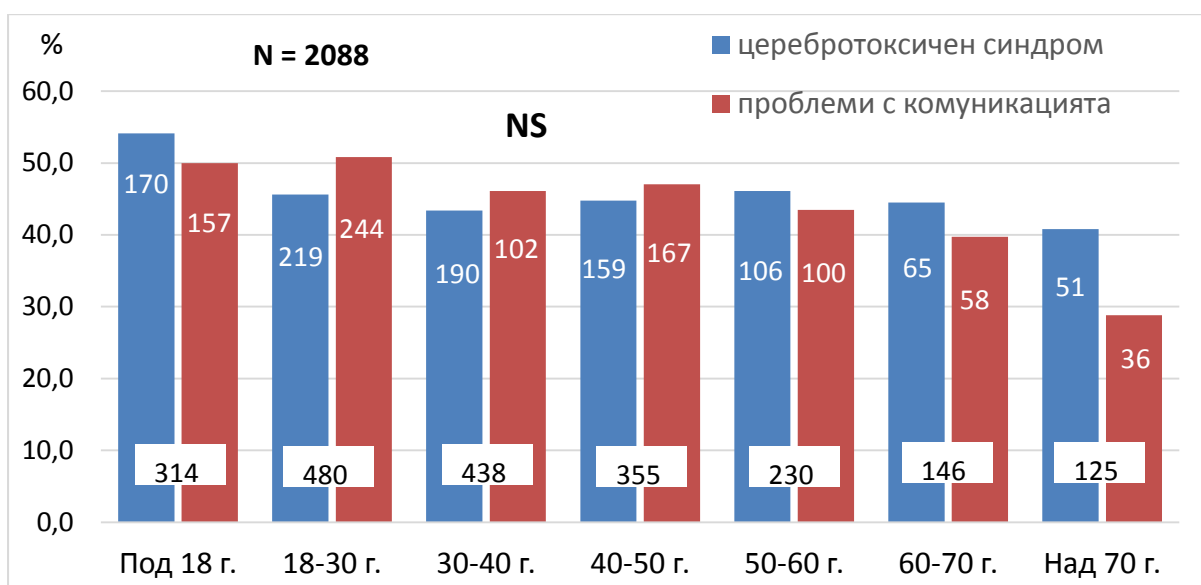
Фиг. 2. Разпределение по пол на церебротоксичния синдром и отбелязаните проблеми в комуникацията при ОИ 2010-2013 година. Няма сигнификантна разлика между мъже и жени по двата показателя ($p > 0,5$, NS).

Табл. 3. Разпределение по възраст на токсичния церебрален синдром и отбелязаните проблеми в комуникацията при приемането при пациенти с ОИ през 2010-2013 г.

Възраст	Брой пациенти	Церебротоксичен синдром	%	Отбелязани проблеми в комуникацията	%
Под 18 г.	314	170	54,1	157	50,0
18-30 г.	480	219	45,6	244	50,8
30-40 г.	438	190	43,4	202	46,1
40-50 г.	355	159	44,8	167	47,0
50-60 г.	230	106	46,1	100	43,5
60-70 г.	146	65	44,5	58	39,7
Над 70 г.	125	51	40,8	36	28,8
общо	2088	960	46,0	964	46,2



Фиг. 3. Разпределение на церебротоксичния синдром по възраст при пациенти с ОИ през 2010-2013 г. Няма сигнификантна разлика между възрастовите групи по двата показателя ($p > 0,5$, NS).



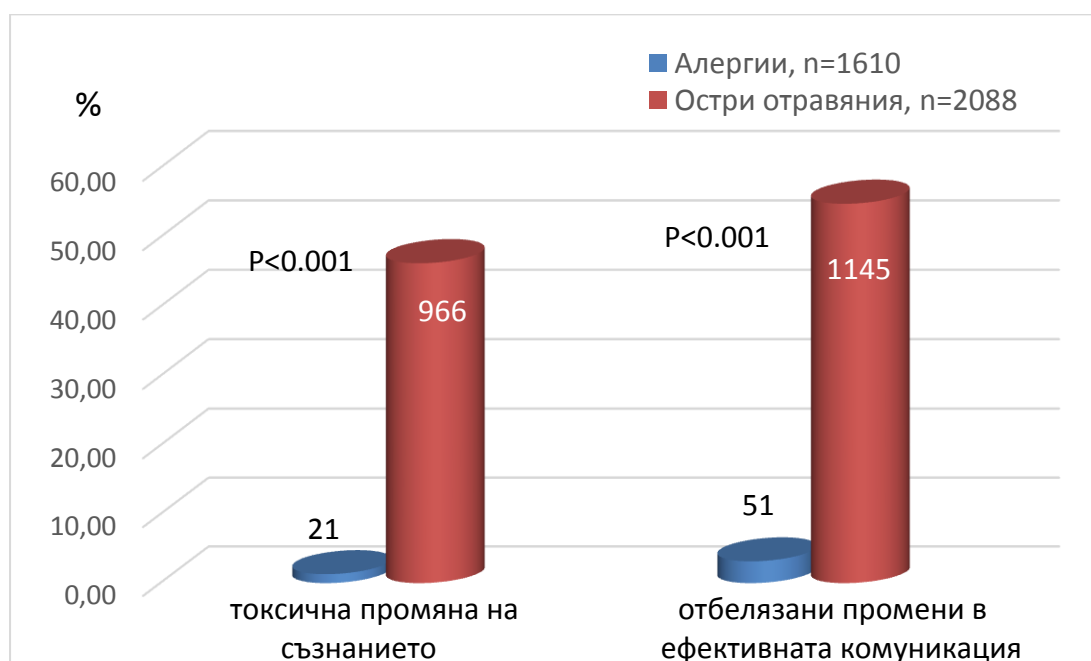
Фиг. 3А. Разпределение по възраст на церебротоксичния синдром и отбелязаните проблеми в комуникацията при ОИ 2010-2013 година. Няма сигнификантна разлика между възрастовите групи и по двата показателя. Определи се значителна корелационна зависимост между двата показателя, корелационен коефициент 0,524 и $P < 0,05$ по критерия на Спирман при едностранно сравняване.

Сравнението на пациентите с остри интоксикации с контролна група от пациенти, лекувани за алергии в КИЛООТ, показва ясна зависимост на комуникационните проблеми от наличието на церебротоксичен синдром. Идентифицира се токсичната

промяна на съзнанието като основен фактор за затруднения и проблеми в комуникацията (табл. 4, фиг.4).

Табл. 4. Сравнение на пациенти с остри отравяния и с алергии по отношение на церебротоксичен синдром и отбелязани проблеми в комуникацията по време на болничното лечение.

диагностична група	общ брой пациенти	пациенти с токсична промяна на съзнанието	%	отбелязани проблеми в ефективната комуникация	%
Алергии	1610	21	1,30	51	3,17
Остри отравяния	2088	966	46,3	1145	54,8
		P<0,001		P<0,001	



Фиг. 4 Сравнение между пациенти с алергии и пациенти с остри отравяния по отношение на токсична промяна в съзнанието и на отбелязани проблеми в комуникацията. В групата на алергиите се установиха 21 случая на съпътстващ церебротоксичен синдром от етанолова интоксикация, всички влизат към описаните общо 51 затруднения в комуникацията, $R_{\text{cont}}=0,788$, $p<0,05$.

Причините за острата интоксикация, посочени от пациентите, са представени в табл. 5. Суицидните опити са 609, 29,2% от всички остри отравяния, показано е вътрегруповото разпределение според порядност на суицидния опит.

Табл. 5. Причини за острата интоксикация.

Причини за отравянето	Брой пациенти	Процент
Случайно	788	37,7 %
Злоупотреба	440	21,1 %
Зависимост	251	12,0 %
Суициден опит-Т. S. I	463	22,2 %
-Т. S.	97	4,6 %
II		
-Т. S.	49	2,4 %
N		
Общ брой	2088	100,0 %

$P < 0,001$ at Chi-Square test of Pearson

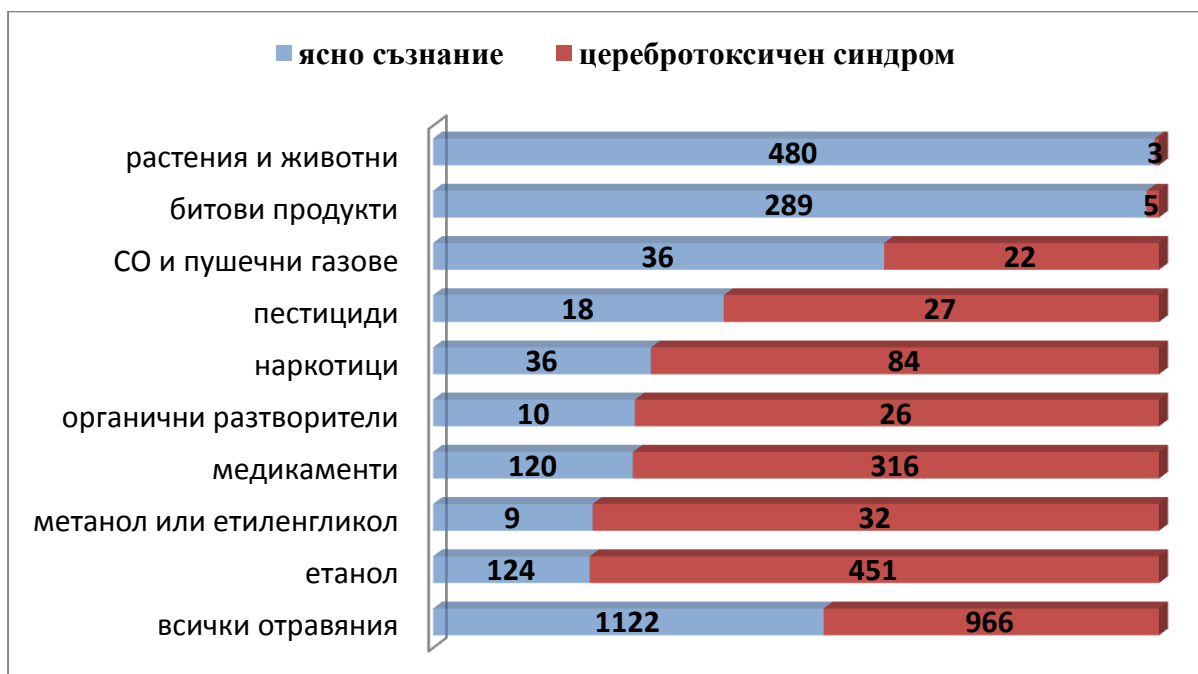
Разпределението на церебротоксичния синдром по етиологични групи показва статистически значими разлики между отделните групи (табл. 6, фиг. 5 и 5А). Приема се, че при над 50% наличие на токсично променено съзнание от острото отравяне възможностите за комуникация между медиците и пациентите в тази група са значително увредени.

Табл. 6. Церебротоксичен синдром в етиологичните групи и заключение за възможността за комуникация лекар-пациент.

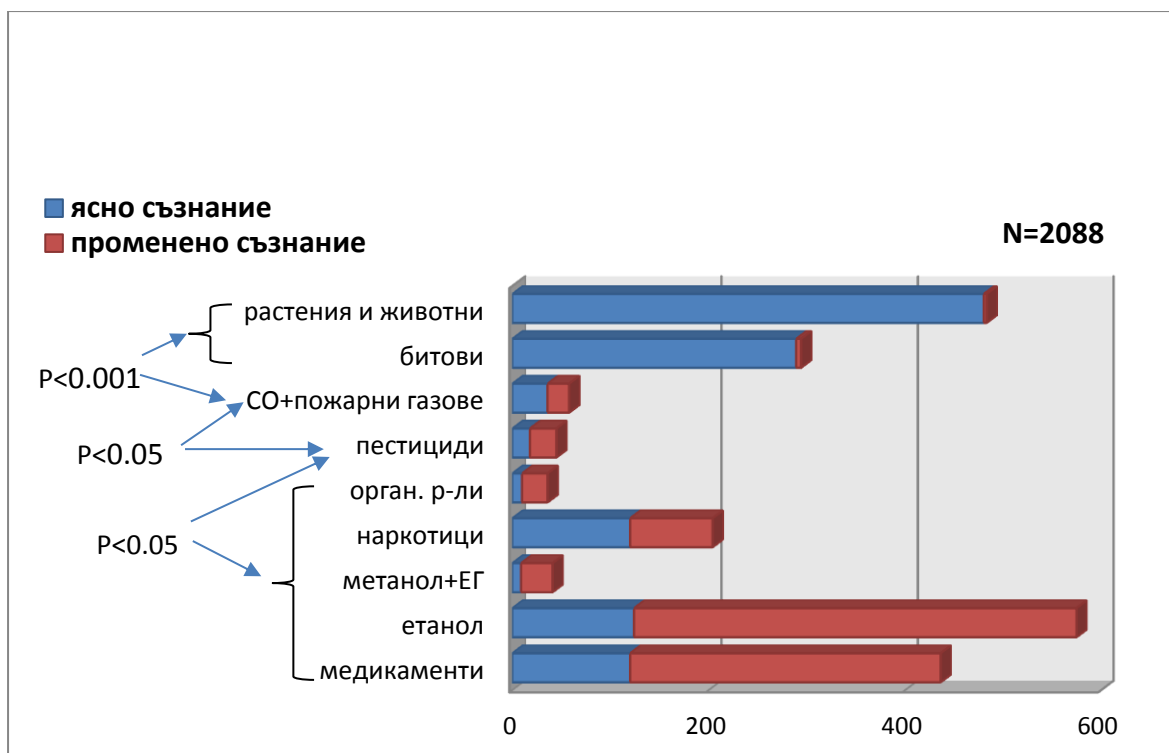
Етиология	Общ брой в групата	Церебротоксичен синдром (ЦТС)	Процент на ЦТС в групата	Процент на ЦТС от общия брой ОИ	Заключение относно възможността за комуникация
Всички отравяния	2088	966	46,0%	46,0%	Силно увредена
Етанол	575	451	78,4%	21,5%	Силно увредена
Метанол или етиленгликол	41	32	78,0%	1,5%	Силно увредена
Медикаменти	436	316	72,5%	15,0%	Силно увредена
Органични разтворители	36	26	72,2%	1,2%	Силно увредена

Наркотици	120	84	70,0%	4,0%	Силно увредена
Пестициди	45	27	60,0% *	1,3%	Силно увредена
СО и пожарни газове	58	22	37,9% **	1,0%	Възможна, с проблеми
Битови продукти	294	5	1,7% ***	0,2%	Възможна, с редки проблеми
Растения и животни	483	3	0,6%	0,1%	възможна

* - $p < 0,01$ спрямо наркотици; ** - $p < 0,05$ спрямо пестициди; *** - $p < 0,001$ спрямо СО и пожарни газове. Степента (процентът) на силно увреждане е статистически еднаква при първите 5 причини: Ethanol, Methanol or EG, Medicaments, Organic solvents, Narcotics. Практически тези причини може да се разглеждат като една обща група, т.е. да се обединят по признака увредена комуникация.



Фиг. 5. Съотношение на ясно съзнание към церебротоксичен синдром в отделните етиологични групи. В червено е показан дялът на пациенти с церебротоксичен синдром. Резултатите са сигнификантно значими (виж табл.6).



Фиг. 5А. Съотношение на токсично променено към ясно съзнание в етиологичните групи на ОИ 2010-2013 г. Очертават се 2 основни групи: 1) медикаменти + етанол + метанол + ЕГ + наркотици + орган.разтворители и 4) растения, животни и битови отравяния и две междинни групи : 2) пестициди; 3) СО + пожарни газове.

След идентифициране на церебротоксичния синдром (ЦТС) като основен фактор за смутена комуникация беше проследено във времето възстановяването на ясно съзнание при пациентите с ОИ с начално променено съзнание. Резултатите показват, че ЦТС има преходен характер и различна динамика във времето.

Табл. 7. Възстановяване на ясно съзнание при 966 пациенти с ОИ, приети с церебротоксичен синдром, през периода 2010-2013 г. $\chi^2=1.48$ at d.f. = 7; $p<0.05$

Възстановяване на ясно съзнание	Брой пациенти	Процент	Exponent
0-1 часа	212	21,9 %	20,5
2-3 час	193	20,0 %	18,5
4-6 час	165	17,1 %	16,4
7-9 час	125	12,9 %	14,1
10-12 час	87	9,0 %	12,1
13-24 час	88	9,1 %	8,3
25-48 час	39	4,0 %	3,4
49-72 час	21	2,2 %	1,7
over 72 час	19	2,0 %	-
ПОС	17	1,8 %	-

Въз основа на резултатите от проучването бе оформено групиране на пациентите с остри интоксикации според възможността за комуникация между тях и лекуващия лекар и други медици (табл.8).

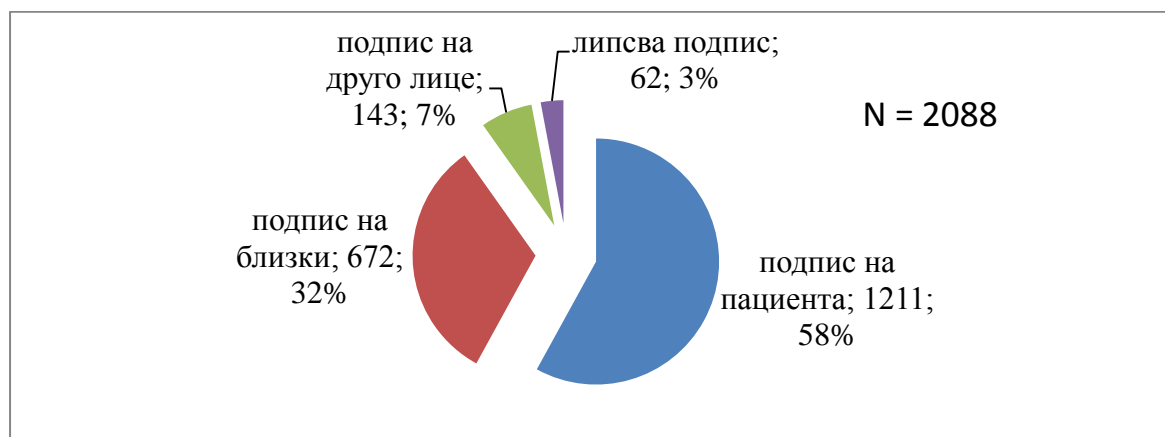
Таблица 8. Капацитет за ефективна комуникация при пациенти с ОИ според началната оценка на съзнанието (N=2088).

Капацитет за ефективна комуникация	Брой пациенти	Процент
<p>Възможна ефективна комуникация при добри комуникационни умения:</p> <p><i>GCS 13-15</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ясно съзнание • Ясно съзнание, но с емоционална лабилност 	1124	53,8% p<0,01
<p>Трудна комуникация, неясна ефективност, дори и при добри комуникационни умения: <i>GCS 9 – 12</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Обнубилация • Сомнолентност • Част от по-леките случаи с психомоторна възбуда 	649	31,1% p<0,01
<p>Невъзможна комуникация: лекува се в условия на спешност по закона за здравето</p> <p><i>GCS 8 или по-малко</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Кома • Сопор • Делир • Част от случаите с ПМВ 	315	15,1% p<0,01

P<0,001 according Chi-Square test of homogeneity.

В първата група са включени пациенти, при които не са описани сериозни комуникационни затруднения. Всички са били в ясно съзнание, но при някои е отбелязана емоционална лабилност. Втората група е на пациенти, при които има описани сериозни трудности в комуникацията с различна продължителност във времето. Като клинична изява това е разнообразна група – пациенти с обнубиляция, сомнолентност и част от по-леките случаи на психомоторна възбуда. Общото е, че при клинични данни за церебротоксичен синдром, контактът с пациентите е бил възможен, но затруднен в различна степен, а обмяната на информация – често непълна и с неясна ефективност. Третата група включва най-тежките количествени и качествени увреждания на съзнанието – кома, сопор, делир, тежка психомоторна възбуда, при които ефективна комуникация е напълно невъзможна. Те се приемат и се започва лечение в условията на спешност и непосредствена заплаха за живота, според предвидената от закона възможност (ЗЗ от 2005 г., Раздел II, Чл.89 (2)).

Комуникационните проблеми като следствие от токсичния церебрален синдром дават отражение върху важни процеси, свързани с вземането на информирани решения от пациентите, например, информираното съгласие за лечение (Фиг. 6).

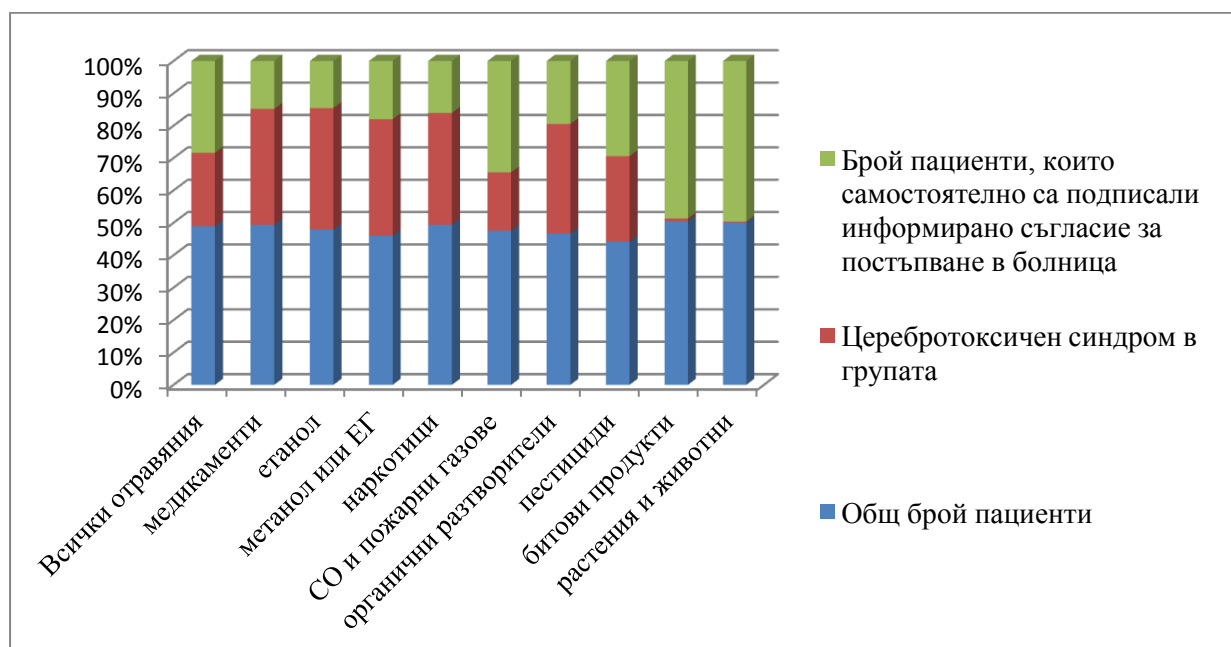


Фиг. 6. Оформяне на официалния формуляр за информирано съгласие за лечение при постъпване в болница при 2088 души с ОИ през 2010-2013 г. $p < 0,001$

На табл. 9 и фиг. 7 е представено сравнението между групите на пациенти с церебротоксичен синдром при постъпването и тези, които са подписали самостоятелно формуляра за ИС за лечение при постъпването в болница. Установява се сигнификантно силна отрицателна зависимост между наличието на церебротоксичен синдром и способността да се даде информирано решение, в случая - информирано съгласие.

Табл. 9. Сравнение между наличието на церебротоксичен синдром в етиологичните групи и самостоятелно подписаните ИС пациенти при постъпването. Използван е метод на параметричен корелационен анализ. Получен е изключително висок отрицателен корелационен коефициент $K = -0,959$ между процентния израз на двата показателя.

Етиология	Общ брой пациенти	Церебротоксичен синдром в групата	%	Брой пациенти, които самостоятелно са подписали информирано съгласие за постъпване в болница	%
всички отравяния	2088	966	46,3	1211	58,0
медикаменти	436	316	72,5	131	30,0
етанол	575	451	78,4	175	30,4
метанол или ЕГ	41	32	78,0	16	39,0
наркотици	120	84	70,0	39	32,5
СО и пожарни газове	58	22	37,9	42	72,4
битови продукти	294	5	1,7	284	96,6
органични разтворители	36	26	72,2	15	41,7
пестициди	45	27	60,0	30	66,7
растения и животни	483	3	0,6	479	99,2



Фиг.7. Отношение на пациенти с церебротоксичен синдром и способност за подписване на документ за информирано съгласие за лечение при постъпването в болница.

В проучването се установиха и **фактори, влияещи върху комуникацията лекар-пациент, които не са свързани пряко с отравянето:**

А. Свързани с пациентите:

- Коморбидност, особено психиатрична. 594 пациенти, 28,4% от всички, са имали установени психиатрични заболявания към момента на интоксикация или в миналото.
- Некритична оценка на състоянието, поради особености затрудняващи обработката на информация: интелектуални, характерологични, културни, езикови, религиозни. Отчита се нарастване на ролята на здравната информация/дезинформация от медиите и интернет, формиращи понякога неправилната оценка на пациента.
- Социални причини (споделени от пациента или близките): семейни и професионални ангажименти, съдебни дела, страх от загуба на работа или социален престиж.
- Психо-емоционални причини (споделени от пациента): страх, недоверие, предубеждения.

Б. Свързани с медиците и околната среда (обсъждания с пациенти, отразени в ИЗ; обсъждания на лекарски и сестрински рапорти и колегиуми в клиниката).

- Индивидуални знания и умения за вербална и невербална комуникация със спешни токсикологични болни;
- Екипен стил на работа, комуникационни умения на всички в екипа;
- Спешност на случаите, липса на време за общуване и информация;
- Натовареност, прием на много болни едновременно;
- Шум, липса на спокойно помещение за разговор, присъствие на трети лица, намеса на близките и други придружители в разговора, недобри битови условия и др.

3. Резултати по задача 3: Динамика на комуникационния процес във връзка с динамиката на церебротоксичния синдром (ЦТС) при остри отравяния

След идентифициране на церебротоксичния синдром като основен фактор за създаване на комуникационни бариери при случаите на остри интоксикации, се направи целево проучване на пациенти с ОИ с потенциална церебрална токсичност, лекувани в периода 2013-2017 г. От общо 1981 пациенти с отравяния с потенциална церебротоксичност, 1443, 72,8% имат клинично изявен церебротоксичен синдром, а при останалите 538 (27,2%), не са установени промени в съзнанието при първия преглед ($p < 0,001$).

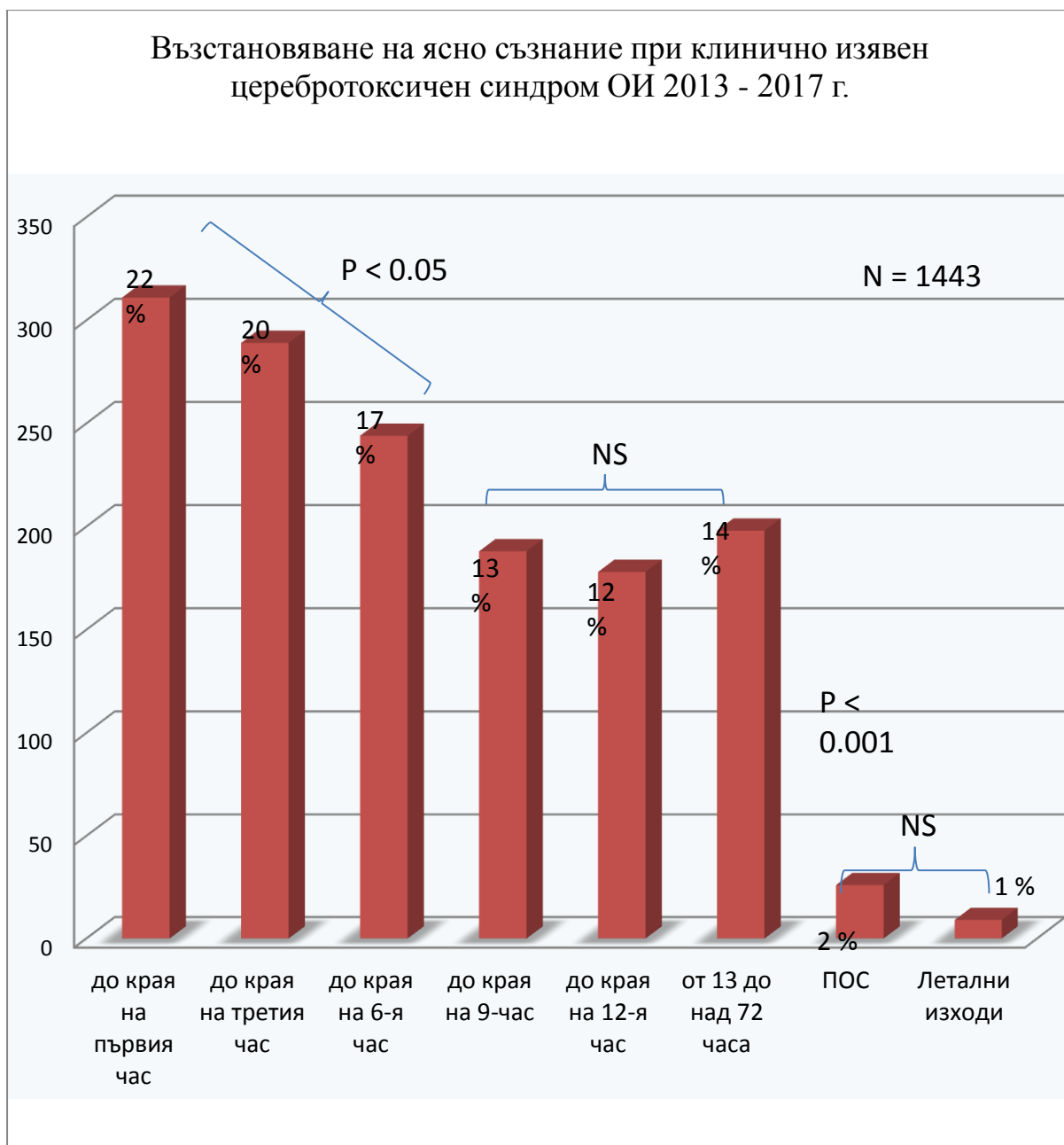


Фиг. 8. Групи според капацитета за комуникация при отравяния с клинично изявена церебрална токсичност през 2013-2017 г.

Преходният характер и различна динамика във възстановяване на способността за комуникация след възстановяване на ясно съзнание, установен при предишната група, се потвърждава при проследяването през няколко часа и в тази група (Табл. 10, фиг. 9).

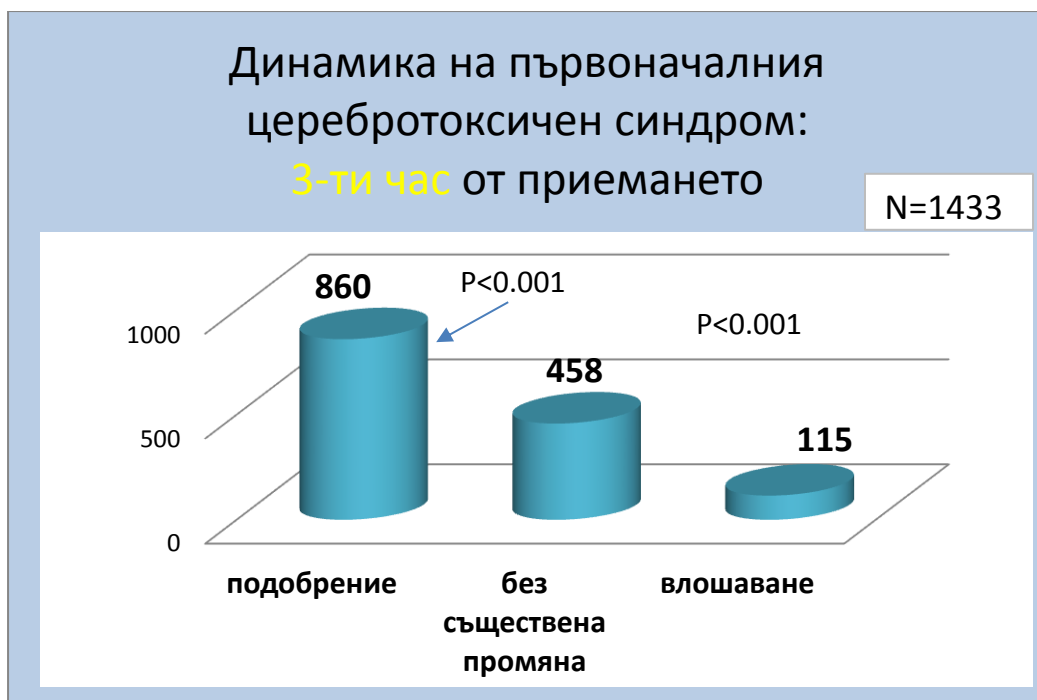
Табл. 10. Възстановяване на ясно съзнание при клинично изявен церебротоксичен синдром при 1433 пациенти, 2013-2017 г. 10 случая са завършили летално.

срок на възстановяване на ясно съзнание	брой пациенти	процент
до края на първия час	311	21,6%
до края на третия час	289	20,0%
до края на 6-я час	244	17,0%
до края на 9-час	188	13,0%
до края на 12-я час	178	12,3%
от 13 до над 72 часа	198	13,7%
ПОС	25	1,7%
Летални изходи	10	0,7%



Фиг. 9 Динамика на възстановяване на ясно съзнание при пациенти с ЦТС.

Промяната в съзнанието при ОИ на определен етап от лечението може да бъде в посока на подобрение, на влошаване или да няма съществена промяна. На фиг.8 е показана динамиката на първоначалния церебротоксичен синдром на 3-я час от лечението.

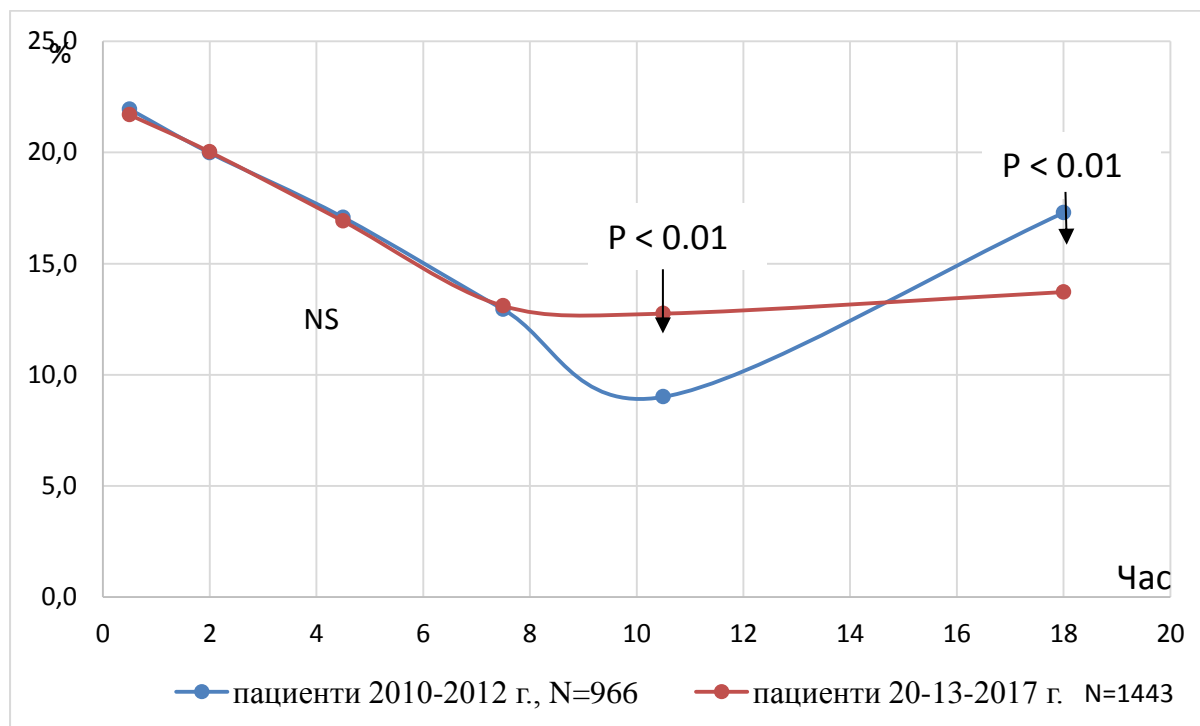


Фиг. 10. Оценка на съзнанието на 3-я час от приемането, спрямо изходното съзнание.

Също на третия час от приемането е направена оценка на съзнанието на пациентите от групата с ОИ с потенциална токсична промяна на съзнанието, приети в ясно съзнание и спокойни. От 548 души в ясно съзнание при първия преглед, 499 пациенти (91%), остават в ясно съзнание на 3-я час, докато при 49, 9%, е установена промяна към клинично изявен церебротоксичен синдром ($p < 0,01$).

В същата група, 548 първоначално спокойни пациенти, на някакъв етап след приемането, е регистрирана „късна“ психомоторна възбуда при 88 души (16%).

Сравниха се резултатите от проучването на възстановяване на съзнание и способност за ефективна комуникация при пациенти с начално променено съзнание от остро отравяне. Резултатите са представени на фиг. 11.



Фиг. 11. Сравнение на динамиката на възстановяване на ясно съзнание при пациенти с начален церебротоксичен синдром през два близки периода: януари 2010-декември 2012г. и януари 2013-декември 2017 г. До 8-я - 9-я час разликите са несигнификантни. Това показва, че като цяло, динамиката на отравянията с клинично проявена церебротоксичност е сходна през първите часове през отделните години. Във всеки отделен случай, обаче, е нужно индивидуално проследяване.

4. Резултати по задача 4: Проучване на отражението на токсичния церебрален синдром върху процеса на информирано съгласие за лечение. Проучване на отношението на пациенти с ОИ към информираното съгласие.

4А. Проучване на отражението на токсичния церебрален синдром върху процеса на информирано съгласие за лечение (табл. 9).

Табл. 9. Сравнение между наличието на церебротоксичен синдром в етиологичните групи и самостоятелно подписаните ИС пациенти при постъпването. Използван е метод на параметричен корелационен анализ. Получен е изключително висок отрицателен корелационен коефициент $K = -0,959$ между процентния израз на двата показателя

Етиология	Общ брой пациенти	Церебротоксичен синдром в групата	%	Брой пациенти, които самостоятелно са подписали информирано съгласие за постъпване в болница	%
всички отравяния	2088	966	46,3	1211	58,0
медикаменти	436	316	72,5	131	30,0
етанол	575	451	78,4	175	30,4
метанол или ЕГ	41	32	78,0	16	39,0
наркотици	120	84	70,0	39	32,5
СО и пожарни газове	58	22	37,9	42	72,4
битови продукти	294	5	1,7	284	96,6
органични разтворители	36	26	72,2	15	41,7
пестициди	45	27	60,0	30	66,7
растения и животни	483	3	0,6	479	99,2

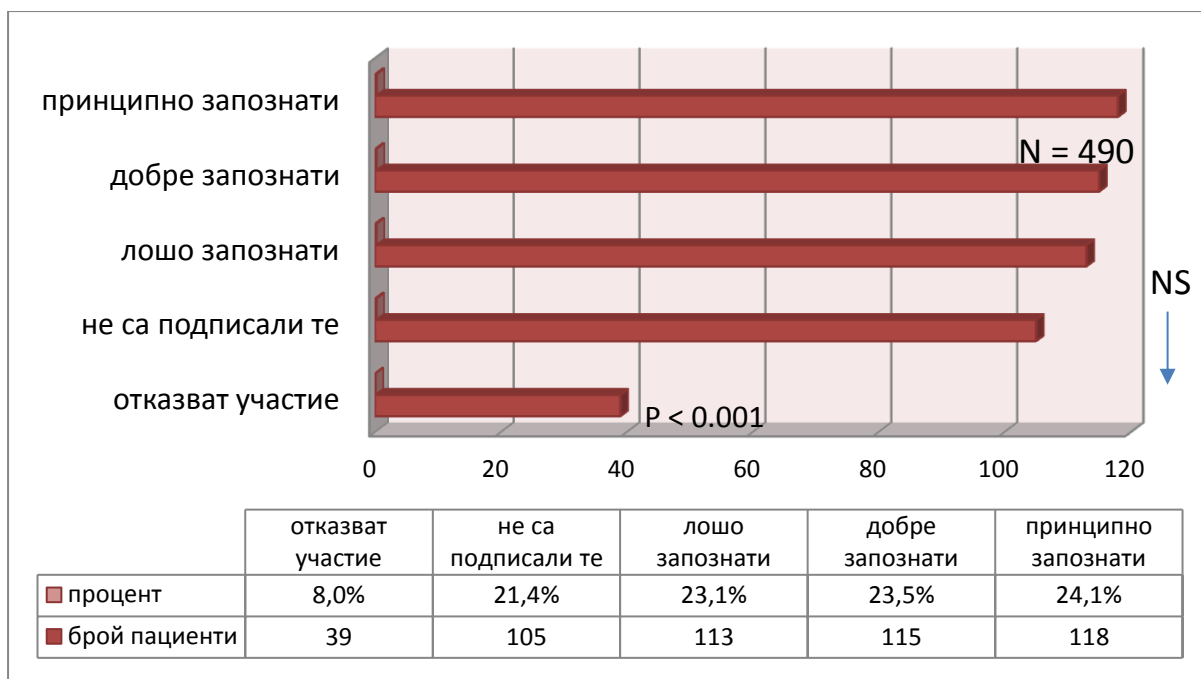
4Б. Проучване на отношението на пациенти с ОИ към информираното съгласие. При изписването на 490 пациента с ОИ след проведено лечение е проведено устно интервю с 4 полуотворени въпроса:

Въпрос 1: Спомняте ли си какво включва съдържанието на документа за информирано съгласие за лечение при постъпване в тази клиника (Фиг. 12 и 12А)?

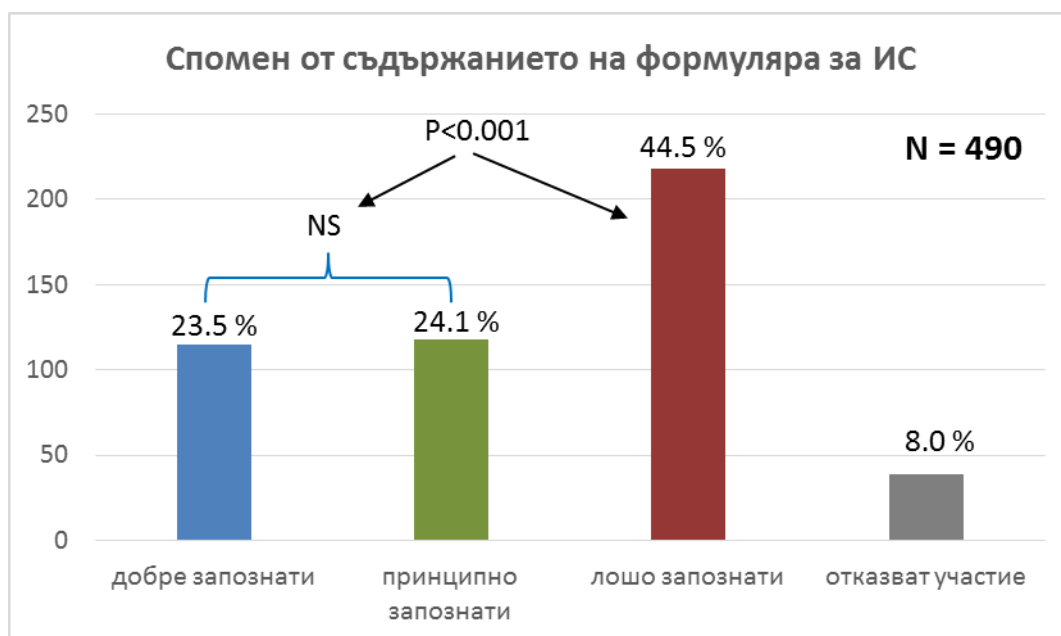
Въпрос 2: Спомняте ли си дали приемащият Ви лекар Ви е обяснил защо трябва да влезете в болница (Фиг. 13)?

Въпрос 3: Вие самият/самата искахте ли да влезете в клиниката за лечение (Фиг. 14)?

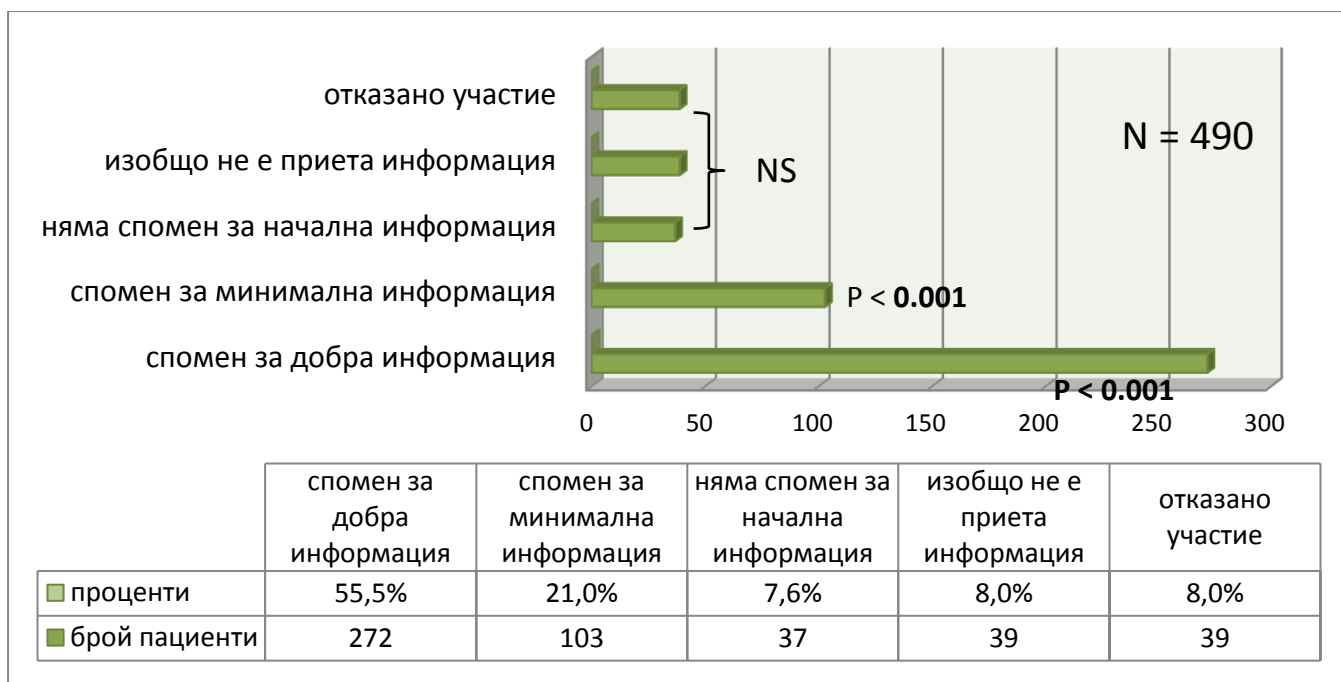
Въпрос 4: Смятате ли, че по време на престоя си в клиниката сте били добре информирани за състоянието си от дежурните лекари и медицински сестри (Фиг. 15)?



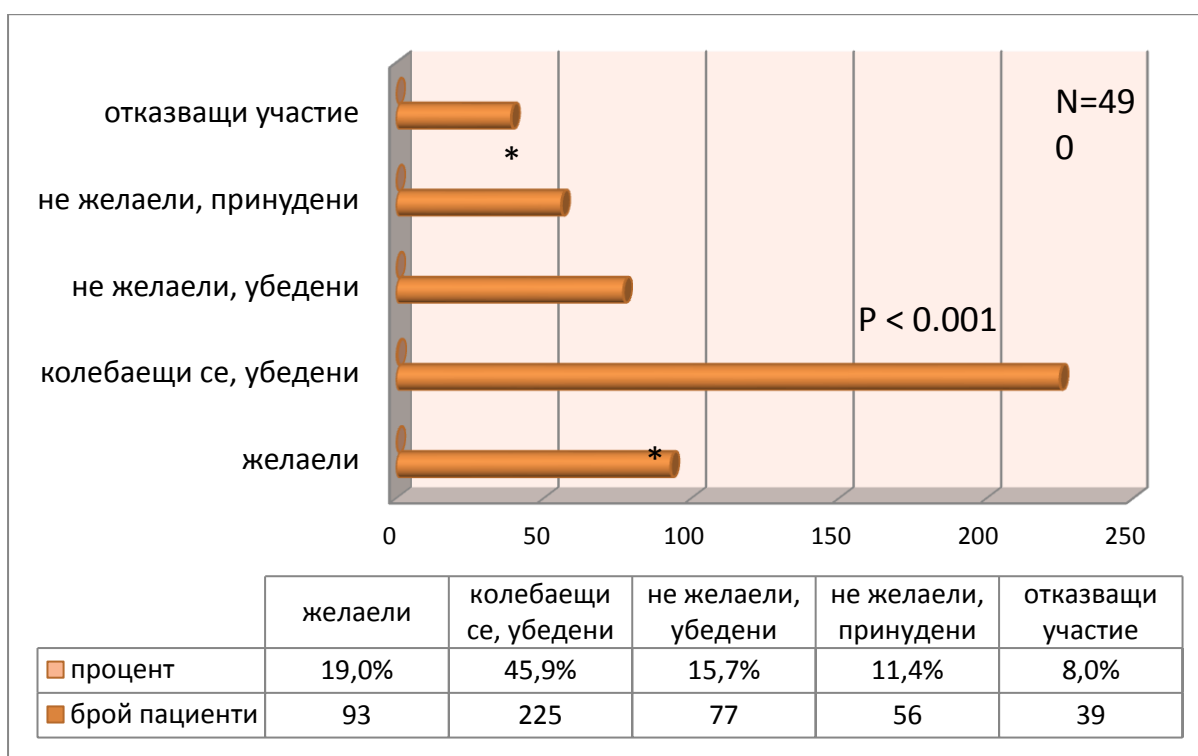
Фиг. 12. Наличие на спомен за запознаване с подписания формуляр за ИС разликите между групите не са сигнификантно значими. Само 23,5% са добре запознати.



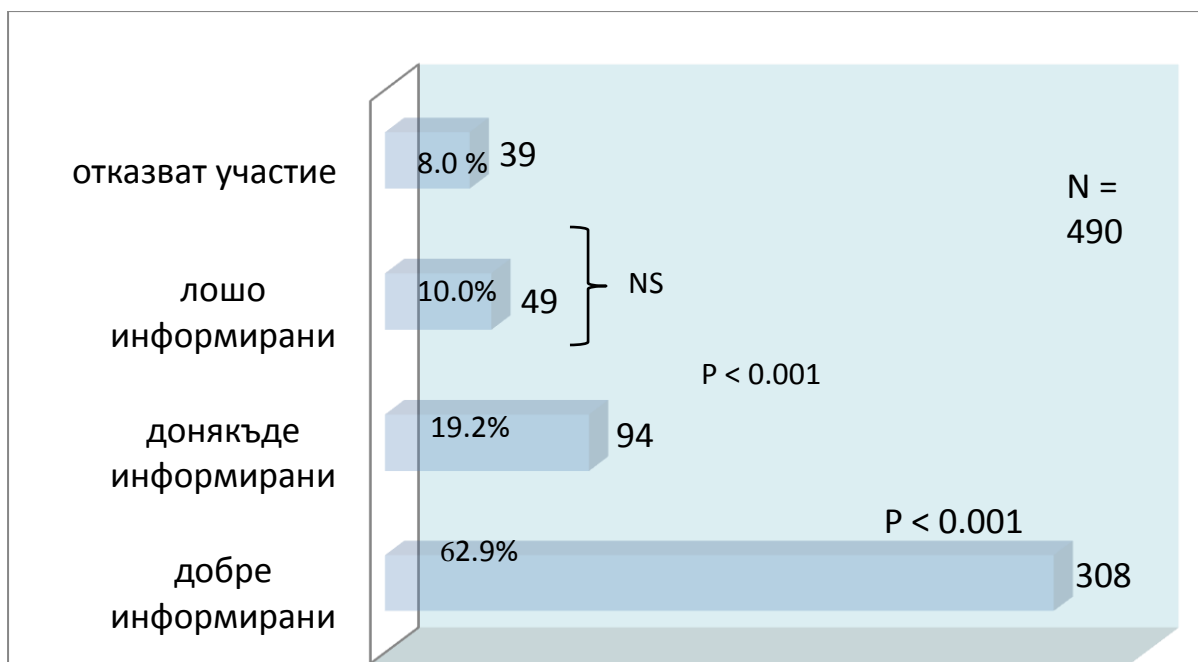
Фиг. 12А. Обединяването на пациенти, които не са подписали ИС с тези, отговорили „Лошо запознати“, показва, че броят на лошо запознатите спрямо останалите е сигнификантно много по-голям.



Фиг. 13. Спомен за началната (устна) информация от лекуващия лекар. Спомен за добра устна информация от медиците имат 55,5% от постъпилите с ОИ, $P < 0,001$, останалите имат минимален или никакъв спомен за информация.



Фиг. 14. Желание за лечение при постъпването. Има силно сигнификантно увеличение на убедените да постъпят в болница, първоначално колебаещи се спрямо останалите. От общо 133 (27,1%) първоначално нежелаещи, над половината - 77 (15,7%) са били убедени за постъпят в болница за лечение.



Фиг. 15. Общо впечатление от предоставената информация по време на целия престой. Групите, отговорили, че са напълно или частично добре информирани, са сигнификантно по-големи от останалите.

5. Резултати по задача 5: Проучване на отказите от лечение при пациентите с остри отравяния. Обобщаване на опита от използване на собственоръчно написан текст за отказ от лечение при токсикологични пациенти като допълнение към официалния формуляр.

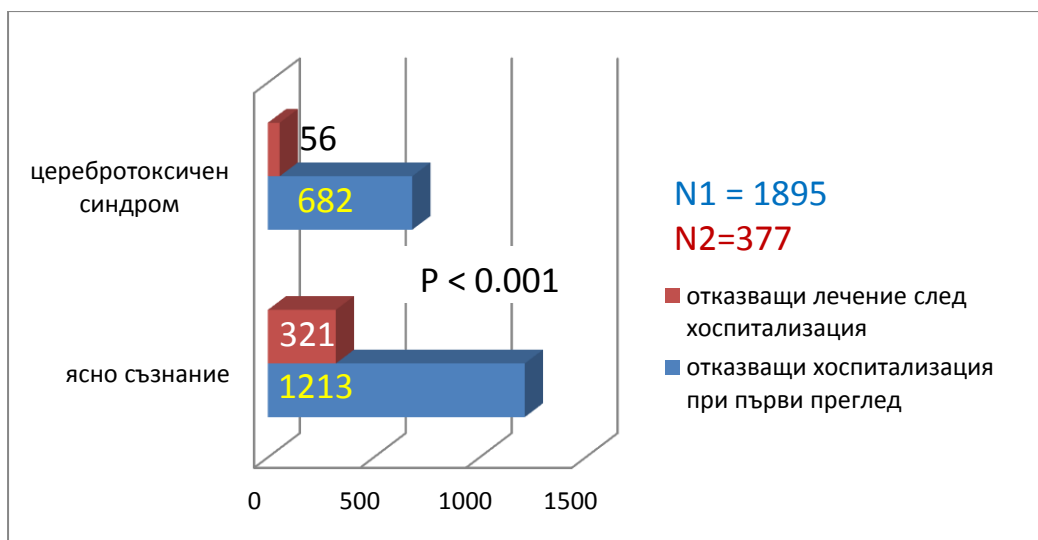
5А. Проучване на отказите от лечение при пациенти с остри отравяния за 20-годишен период.

През периода 1998-2017 година отказите от лечение в болница при първия преглед са 1895 (13%) от общо 14466 пациенти с ОИ, показани за хоспитализация ($p < 0,001$). Други 377 (3%) от 12571 хоспитализирани, пациенти са отказали лечение след като са били приети в клиниката.

Оценката на съзнанието на отказващите болнично лечение пациенти и на тези, отказали след като вече са били приети, е представена в табл. 11 и на фиг. 16.

Табл. 11. Оценка на съзнанието на пациенти, отказали лечение (по скалата на Reed и GCS).

съзнание при отказващи лечение	отказващи хоспитализация при първи преглед	отказващи лечение след хоспитализация
ясно съзнание	1213	321
церебротоксичен синдром (ЦТС)	682	56
всички	1895	377
процент на ЦТС в групата	35,9%	14,8%



Фиг. 16. Церебротоксичен синдром при отказващи лечение пациенти: над 5 пъти редуциране на общия брой отказващи лечение след хоспитализация; намаляване на церебротоксичния синдром и увеличаване на отказващите пациенти с ясно съзнание в групата на хоспитализираните. Резултатите са с висока статистическа значимост.

Освен наличието на церебротоксичен синдром, източник на деонтологични проблеми при отказите от болнично лечение могат да бъдат случаите на самоувреждане, особено със суицидна цел. На фиг. 17 е представено разпределението по причина за отравянето на отказалите лечение с ОИ.

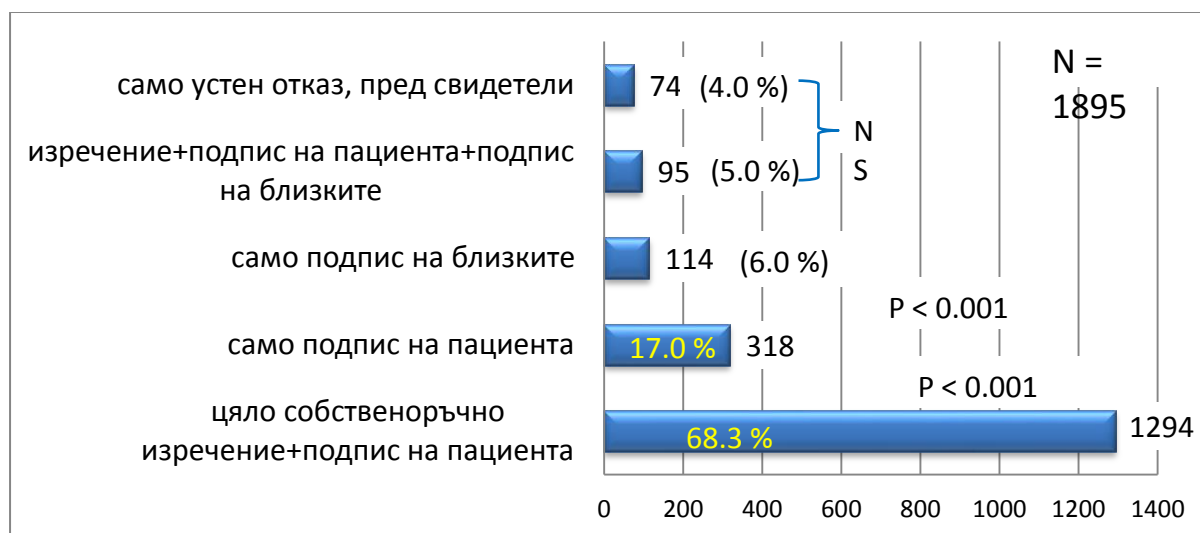


Фиг. 17. Причини за отравянето при отказали хоспитализация пациенти. В групата на не-суицидните причини влизат случайни отравяния, злоупотреби и ОИ при зависими. Част от малката група, отричащи наличие на отравяне, могат да са също суицидни опити.

5. Б. Обобщение на 20-годишен опит от използване на собственоръчно написан текст за отказ с цяло изречение като допълнение към официалния формуляр (Табл. 12, Фиг. 18).

Табл. 12. Начини за документално оформяне на отказа от лечение – обзор 1998-2017 г.

оформяне на отказа	брой пациенти	процент
цяло собственоръчно изречение+подпис на пациента	1294	68,3%
само подпис на пациента	318	17,0%
само подпис на близките	114	6,0%
изречение+подпис на пациента+подпис на близките	95	5,0%
само устен отказ, пред свидетели	74	4,0%



Фиг. 18 Начини за оформяне и документирание на отказ от болнично лечение 1998-2017 г.

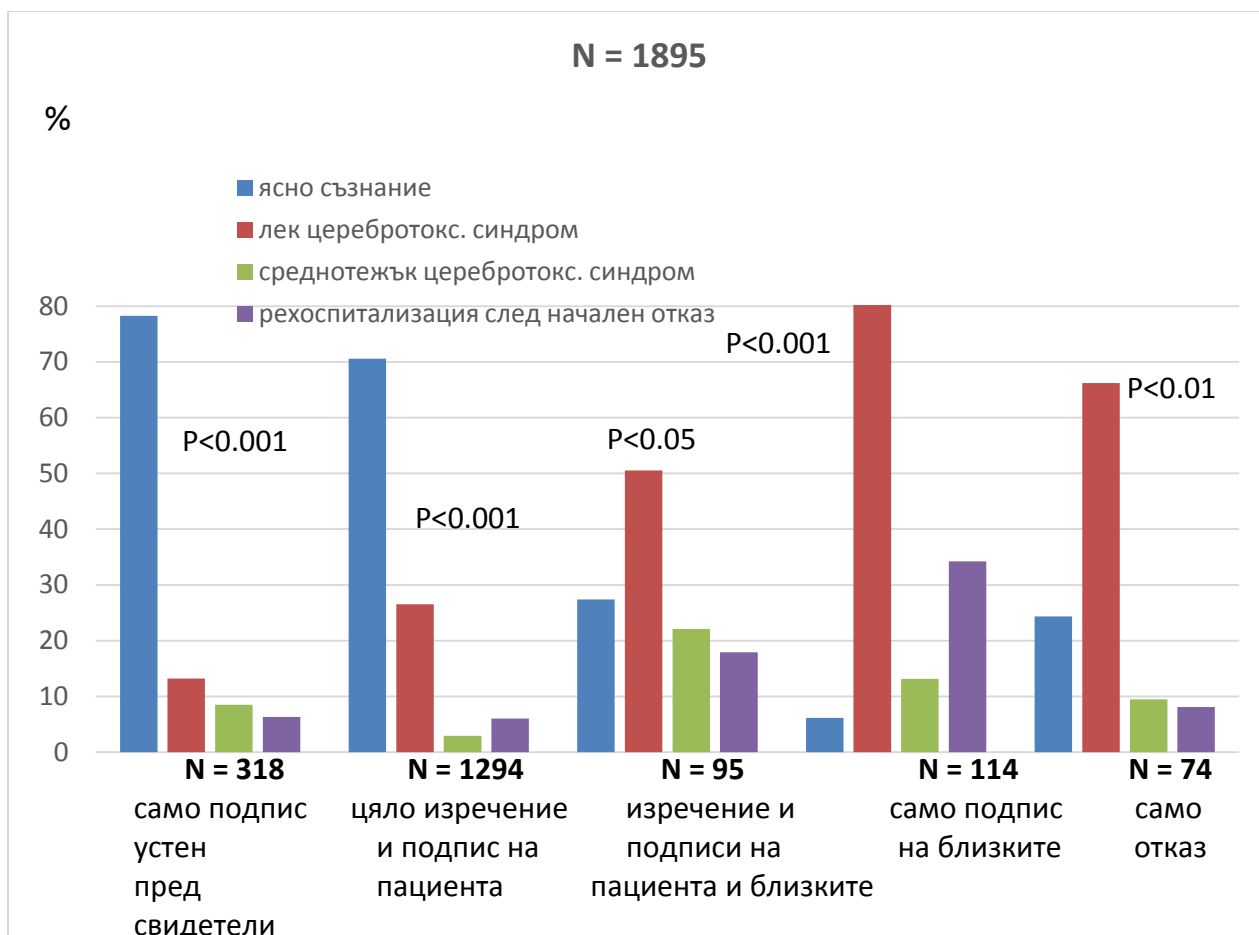
На табл. 13, табл. 14 и фиг. 19 е представено разделението по клинична тежест на церебралния синдром при постъпването във всяка от подгрупите на оформяне на информирания отказ, съпоставено със случаите на по-късна хоспитализация след начален отказ. Разликите са статистически сигнификантни.

Табл. 13. Оценка на съзнанието в различните групи отказали според оформянето на ИО.

Оформяне на отказ от болнично лечение	Пациенти	%	Ясно съзнание	% - ясно съзнание	ЦТС -лек	%- ЦТС лек	ЦТС – средно тежък	% - ср. т.
само подпис на пациента	318	16,78	249	78,30	42	13,21	27	8,49
собственоръчно изречение+подпис на пациента	1294	68,28	913	70,56	343	26,51	38	2,94
изречение+подпис пациент+ подпис близки	95	5,01	26	27,37	48	50,53	21	22,11
само подпис на близките	114	6,02	7	6,14	92	80,70	15	13,16
само устен отказ, пред свидетели	74	3,91	18	24,32	49	66,22	7	9,46
общо	1895	100	1213	64,01	574	30,29	108	5,70
		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,01

Табл. 14. По-късни хоспитализации при първоначално отказали – съпоставка с началния церебротоксичен синдром. Церебротоксичният синдром е представен като обща група.

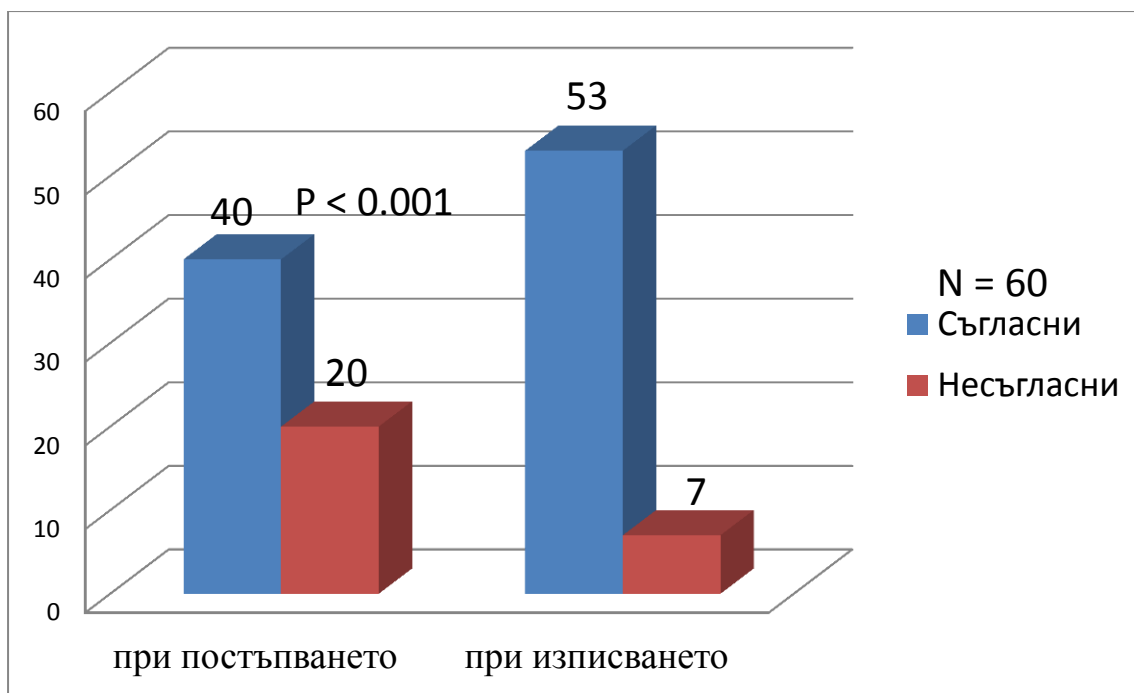
оформяне на отказа на пациенти с ОИ отказали хоспитализация	брой формуляри за ИС	пациенти с ТЦС	процент на ТЦС	по-късна хоспитализация след начален отказ	процент
само подпис на пациента	318	69	21,7	20	6,29
цяло собственоръчно изречение+подпис на пациента	1294	381	29,4	78	6,03
изречение+подпис на пациента+подпис на близките	95	69	72,63	17	17,89
само подпис на близките	114	107	93,8	39	34,21
само устен отказ, пред свидетели	74	56	75,7	6	8,11
общо	1895	682	35,99`	160	8,44
			p<0,001		p<0,05



Фиг.19. Оценка на съзнанието в различните групи според оформянето на информирания отказ от болнично лечение при пациенти с ОИ. Последното стълбче във виолетово показва по-късните, „вторични“ хоспитализации след първоначален отказ.

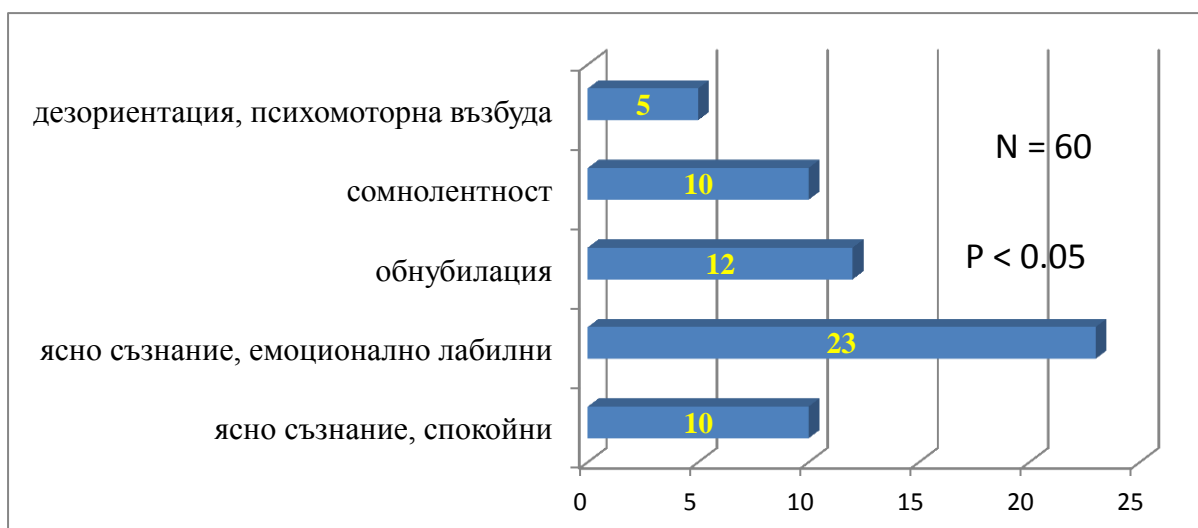
6. Резултати по задача 6: Обсъждане на някои проблеми, свързани с лекарската тайна, при контакта с близките на пациенти с остри отравяния

Резултатите от проучване чрез устно интервю с 60 пациенти при приемането и след това - при изписването им, за отношението им към уведомяването на техните близки са представени на фиг. 20. При постъпването бе зададен въпросът: „Съгласни ли сте Вашите близки да бъдат уведомени за Вашата интоксикация и постъпване в болница?“, а при изписването: „Съгласни ли сте с това, че Вашите близки бяха уведомени за Вашето постъпване в болница за лечение на остра интоксикация?“



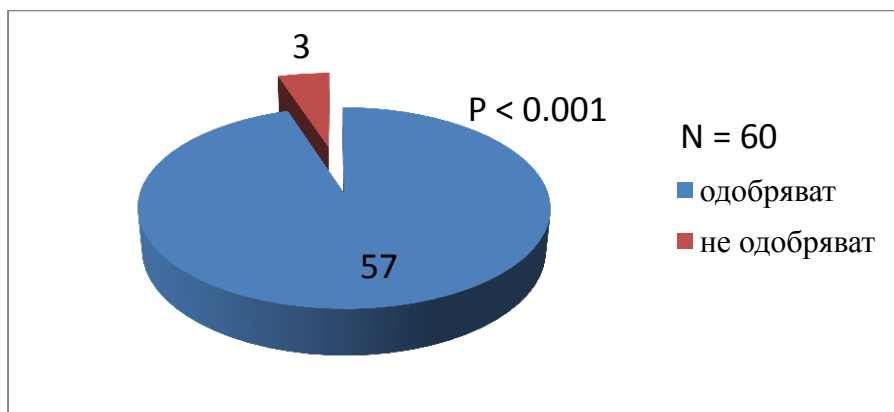
Фиг.20 Отношение на пациенти с остри интоксикации към уведомяването на близките им при постъпването и при изписването им. При изписването несъгласните с уведомяването на близките са много по-малък дял, отколкото при постъпването, разликата е с висока сигнификантност $p < 0,001$.

Оценката на съзнанието на пациентите от проучваната група при постъпването им е представена на фиг. 21.



Фиг.21 Оценка на съзнанието на пациентите, интервюирани за отношението им към уведомяването на близките им, при постъпването. Над половината от пациентите са били в ясно съзнание, но 23,38% от тях са имали изразена емоционална лабилност. $P < 0,05$.

При изписването на пациентите от интервюираната група са били интервюирани и техните близки (по 1 близък на пациент) по същия проблем. Резултатите са представени на фиг. 22.



Фиг.22 Отношение на близките на пациенти с остри отравяния относно уведомяването им. Въпреки очевидността на голямата разлика между двете групи тестът Хи-квадрат не е възможен поради малката бройка (3) неодобряващи. При тест за биномиално разпределение – $p < 0,001$.

VI. ОБСЪЖДАНЕ И ИЗВОДИ

1. Обсъждане и изводи от резултатите от задача 1

/Характеризиране на токсикологичните пациенти от гледна точка на възможностите за ефективна комуникация лекар – пациент/

1.1. Обсъждане

1.1.1. Общият процент на начално променено съзнание в проучваната група е висок - 46%. Това като цяло определя пациентите с остри интоксикации като проблематична група по отношение на ефективната комуникация и капацитета за информирани решения, предпоставка за правно-деонтологични проблеми.

1.1.2. Сравнението по отношение на описани проблеми в комуникацията между проучваната група пациенти с остри отравяния, с контролна група пациенти с алергии показва ясна разлика, с много висока сигнификантност в полза на първата група.

1.1.3. Не са установени сигнификантни разлики по пол и възрастови групи по отношение на церебротоксичния синдром и комуникацията.

1.1.4. Очаквано, сигнификантни разлики по отношение на начално променено съзнание има в групите по етиологично разпределение на острите интоксикации, с много висок процент на токсичен церебрален синдром при отравянията с етанол и други алкохоли, медикаменти, наркотици и органични разтворители. Високият процент в групата на ОИ с медикаменти, с голямо вътрегрупово видово разнообразие по отношение на церебралната токсичност, вероятно отразява както директни, така и индиректни

церебрални въздействия. В описания период е много нисък процентът на церебротоксичен синдром в групата на отравянията с растения и животни.

1.1.5. Проследяването във времето на възстановяването на ясно съзнание при начален церебротоксичен синдром (ЦТС) показва, че ЦТС има преходен характер и различна динамика.

1.2.Изводи

1.2.1. Основният рисков фактор за проблеми в комуникацията медик-пациент в проучваната група е токсично промененото съзнание на пациента вследствие на остра директна или индиректна токсичност. Комуникационните затруднения са най-сериозни при приемането, но могат да възникнат на всеки етап от лечението.

1.2.2. Има висока сигнификантна зависимост от етиологията на острата интоксикация. Особено висок процент на комуникационни бариери при остри интоксикации са намерени при отравяния с алкохоли, медикаменти и наркотици.

1.2.3. Не всички болни с остри интоксикации, включително с потенциална церебрална токсичност, имат пълна или частична загуба на способност за комуникация и решения.

1.2.4. Не всички описани комуникационни затруднения са от токсичен произход.

1.2.5. От гледна точка на ефективната комуникация с пациентите се оформят 3 основни групи: 1. Способни да комуникират ефективно и да вземат информирани решения – болни в ясно съзнание, със или без емоционална лабилност (54% от всички). 2. Способни да комуникират, но трудно, с неясна ефективност – болни с обнубиляция, сомнолентност, част от тези с психомоторна възбуда (31% от всички). 3. Неспособни да комуникират пациенти, поради токсична кома, сопор или делир (15%).

1.2.6. При добри комуникационни умения на лекаря се осъществява ефективна комуникация с пациентите от първата група – в ясно съзнание, но с емоционална лабилност. При пациентите от втората група комуникацията е възможна, но трудна, с неясна ефективност, и потенциални проблеми, дори и за опитни медици. Пациентите от третата група се лекуват по *ЗЗ, глава 3-та, член 89(2)*.

Установените комуникационни и деонтологични затруднения при остри интоксикации до голяма степен са сходни с тези, описани при пациенти на спешната медицина (Downes et al., 2009; Eckerline and Shopp, 2017; Gerstein, 2011; Graham, 2006; Kaisdotter Andersson et al., 2015; Marco et al., 2017; Ross, Schullek, and Homan, 2013; Rossi, Swan, and Isaacs, 2010; Siff, 2016). Това, което ги отличава, е основно преходната токсична промяна на съзнанието (Gilbert and Eaton, 2009; Murray et al., 2011; Wyatt et al., 2020; Маринов, 2018; Михов и Шмилев, 2003; Монов, 1981), дължаща се на сложните процеси на невротоксичност на клетъчно и субклетъчно ниво (Brust, 2016; Zammit, 2016). Важно изискване при оценката на съзнанието е посочване на използваната скала. Оценката на съзнанието в клиничната токсикология в България се прави по

скалата на Reed и по GCS. Макар и не създадени специфично за токсикологични болни, полезни могат да бъдат и други скали за спешна оценка на съзнанието, широко използвани в други страни: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), the Confusion Assessment Method (CAM), the Alert, Verbal, Pain, Unresponsive scale (AVPU), the Alertness, Confusion, Drowsiness, and Unresponsiveness (ACDU), the Mini-Mental State Examination (MMSE) и др. (Grover, 2012; Kelly, Upex, and Bateman, 2004; Martel et al., 2017; Nassif, 2019; Romanelli and Farrell, 2020; Waszynski, 2004; Wei et al., 2008).

2. Обсъждане и изводи по резултатите от задача 2 /Идентифициране рисковите фактори при остра интоксикация, създаващи бариери пред комуникацията/

Идентифицират се две основни групи фактори, влияещи върху процеса на комуникация с пациенти с остри отравяния:

А. Фактори, свързани пряко с острата интоксикация - най-важни:

1. Етиология: отравянията с етанол и други алкохоли, медикаменти, наркотици и органични разтворители са особено рискови за създаване на бариери пред ефективната комуникация поради високата честота на церебротоксичен синдром в тези групи - над 70%.
2. Клинична тежест: при пациентите с клинично изявен церебротоксичен синдром при ОИ, най-голям потенциал за създаване на деонтологични проблеми имат групата със средна клинична тежест (649 болни, 31,1%) , където комуникацията е трудна и с неясна ефективност.

Случаите на тежки количествени и качествени церебротоксични прояви спадат към предвидените в закона, *33, член 89(2)*, случаи на лечение без ИС (Закон за здравето, 2005; Вълканова, 2014; Зиновиева, 2016; Лисаев, 2014).

При случаите на ясно съзнание на пациента, дори и при съпътстваща емоционална лабилност, осъществяването на ефективна комуникация, остава важна задача на лекуващите медици и зависи от техните комуникационни умения.

3. Установява се сигнификантно силна отрицателна зависимост между наличието на ЦТС и способността на пациента да взема и оформя информирано съгласие за лечение.

Б. Фактори, несвързани пряко с интоксикацията:

I. От страна на пациента:

1. Коморбидност, особено психиатрична. 594 (28,4%) от пациентите са имали установени психиатрични заболявания към момента на интоксикация или в миналото.

Всички пациенти с такава анамнеза и/или суицидни опити са консултирани с психиатър след приемането им.

2. Некритична оценка на състоянието поради интелектуални, характерологични, културни, езикови и др. особености на пациента, затрудняващи приемането и обработката на информация.

3. Социални причини: семейни и професионални ангажименти, съдебни дела, страх от загуба на работа или социален престиж.

4. Психо-емоционални: страх, недоверие, предубеждения.

II. Свързани с медиците и околната среда:

1. Индивидуални знания и умения за вербална и невербална комуникация със спешни токсикологични болни;

2. Екипен стил на работа, комуникационни умения на всички в екипа; междуекипна комуникация;

3. Спешност на случаите, липса на достатъчно време за общуване и обмен на информация, прием на много болни едновременно;

4. Натовареност, стрес, организационни фактори;

5. От страна на околната среда: шум, липса на спокойно помещение за разговор, присъствие на трети лица, намеса на близките и други придружители в разговора, недобри битови условия и др.

Резултатите за факторите, непряко свързани с интоксикацията, съответстват на факторите, обсъдени от други автори. (Воденичаров и Попова, 2010; Грънчарова, Александрова и Велков, 2001; Живкова, 2002), с изключение на сигнификантно високия процент на психиатрична коморбидност.

3. Обсъждане и изводи по резултатите от задача 3

/Изследване динамиката на комуникационния процес между лекар и пациент с остър токсичен церебрален синдром/

1. Възможностите за комуникация между лекаря и токсикологичния пациент са динамични, като отражение на динамиката на токсичната промяна на съзнанието.

Въпреки, че не се прилага рутинно, идеята за динамична оценка на съзнанието и на капацитета за информирани решения не е нова в спешната медицина. Много автори разглеждат оценката на способността за решения (decisional capacity) като динамичен процес, съставен от 4 компонента: а) разбиране - способност да се приеме информация; б) преценяване - способност да се обработи информацията и да се свърже с

конкретните обстоятелства; в) разсъждаване - способност да се обмисля решението и г) изказване на избор- способност да се оформи решение и да се артикулира устно или писмено. Способността за решения не е обща, а за точно определена задача, напр., решение за влизане в болница или съгласие за отделна лечебна манипулация (Evans, 2006; Magauran, 2009; Marco et al., 2017).

2. Церебротоксичните прояви при остра интоксикация обикновено са преходни, но с различна продължителност и динамика - може да има подобрение или влошаване спрямо началното състояние, вкл. при първоначално ясно съзнание. Отделните групи отравяния имат специфични особености в тази динамика.

3. Не всички отравяния с потенциална церебрална токсичност имат клинично изявен ЦТС. В проучената група 2013-2017 година от общо 1991 отравяния с потенциална церебротоксичност, 1443 (72%) са имали клинично изявен церебротоксичен синдром при постъпването. От приетите в ясно съзнание и спокойни 548 пациенти, в 16% е наблюдаван ЦТС и/или психомоторна възбуда на някакъв етап от лечението.

4. Срокът на възстановяване на ясно съзнание е различен. 42% от пациентите възстановяват ясно съзнание до края на 3-я час, около 59% - до края на 6-я час. Резултатите от проследяването до 6-8 час са сходни, без сигнификантни разлики, при 2 проучвания (2010-2012 и 2013-2017 г.). Между 14 и 17 % възстановяването е от 13 часа до над 72 часа, като в някои случаи на ОИ е описано вариращо съзнание за повече от 3 дни.

Като цяло, при клинично изявен ЦТС още по време на първия преглед, възможностите за комуникация са значително по-затруднени в сравнение с общата група отравяния. Отделните групи отравяния имат специфични особености на динамика на промените в съзнанието. Нашите изводи съвпадат с тези на Appelbaum и Grisso, 1988 (цитат С. Marco).

5. Първоначалното или по-късно възстановено ясно съзнание не е равнозначно на желание на пациента за комуникация.

6. Необходима е форма за текущо проследяване на съзнанието на пациент с остра интоксикация за цел избор на подходящ момент за възстановяването за ефективната комуникация лекар-пациент и регистриране на взетите информирани решения.

4. Обсъждане и изводи по резултатите от задача 4

/Проучване отражението на токсичния церебрален синдром върху процеса на информирано съгласие за лечение и проучване отношението на пациентите с остри отравяния към ИС за лечение/

Информираното съгласие е основата на ползотворните и коректни взаимоотношения между лекар и пациент (Evans, 2006; Masic, 2010; Spike, 2017; Sugarman et al., 2005; Вълканова, 2014; Димитрова и съавт., 2003; Дончев, 1992; Зиновиева и Салчев, 1998; Зиновиева, 2004, 2016; Лисаев, 1996, 2008, 2014; Раданов, 2004; Ставру, 2008). Някои от пречките са преодолими по пътя на ефективна комуникация и зависят от комуникативните умения и опит на лекаря, но други са пряк резултат от болестното състояние и се отстраняват значително по-трудно. Особено важен на този етап е факторът време - така наречената „времева преса” при спешните и неотложни случаи, която пречи на доброто предаване на информацията и оттам - на възможността за разбиране, обмисляне и вземане на решение, особено в случаи, когато отказът от ИС е поради погрешно схващане на собственото си здравно състояние (Downes et al., 2009; Graham, 2006; Laes et al., 2019; Martel et al., 2017; Siff, 2016; Vibha and Sahoo, 2010; Воденичаров и Попова, 2010; Дончев, 1992).

4А. Капацитетът на пациентите с остри отравяния да участват в процеса на информирано съгласие за лечение (като цяло и за отделни части от лечението) е силно намален при изявен ЦТС. Има сигнификантна обратно пропорционална зависимост между процента на ЦТС и самостоятелното подписване на формуляра за ИС в отделните етиологични групи ОИ.

4Б. Информиранието съгласие е продължителен информационен и образователен процес между лекаря и пациента, който изисква варираща по количество информация и различно дълго време за дискусия. Ефективната комуникация с пациента е в основата на концепцията за информирано съгласие. Документът е доказателство с правна стойност, че такъв процес е имало, но не може да изчерпи всички варианти на комуникацията и информационния обмен (Воденичаров и Попова, 2003; Зиновиева, 2016; Раданов, 2004). Редица автори обсъждат качеството на информираното съгласие за лечение или изследване (Assumpção et al., 2016; Barstow, Shahan, and Roberts, 2018; Evans, 2006; Goldfrank and Wittman, 2017; Grady, 2015).

Анализът на резултатите от устното интервю с 490 пациенти при изписването им установява някои сериозни деонтологични проблеми, свързани с процеса на информирано съгласие, които са:

1. Голяма част от пациентите с остри отравяния не са запознати по същество със съдържанието на формуляра за писмено информирано съгласие. По-малко от една четвърт, 23,5% от интервюираните имат спомен за добро запознаване с формуляра за ИС. 288 болни (44,5%) отговарят, че са лошо запознати със съдържанието, от тях при 105 (21%) формулярът за ИС е подписан от близки при постъпването, но не е прочетен от пациентите след възстановяването на ясното им съзнание.
2. Значително повече (55,5%) пациенти са разбрали и запомнили по-добре устните обяснения на медицинския екип, отколкото съдържанието на писмения документ.
3. Голяма част от интервюираните пациенти с ОИ първоначално не са желали или са се колебаели относно постъпване в клиниката - общо 358 пациенти (73%) от

показаните за болнично лечение. Първоначално несъгласните да бъдат приети в болница са 133 (27,1%), а колебаещите се – 225 (45,9%). Този резултат показва наличие на сигнификантно висок процент проблемни от етична и деонтологична гледна точка случаи на ОИ във връзка с постъпването за болнично лечение.

4. Изпъква важноста на специфичните комуникационни умения при контакта с токсикологично болни. Обобщеният резултат показва, че 61,6% от интервюираните хоспитализирани за лечение на остра интоксикация са се колебаели или първоначално не са желали да постъпят, но са били убедени от приемащите лекари и други медици. От общо 133 (27,1%) първоначално нежелатели, над половината - 77 (15,7%) са били убедени за постъпят в болница за лечение. От 27,1% първоначално нежелатели болнично лечение пациенти, 15,7% са убедени от дежурния екип да постъпят в болница. Процентът на колебаещи се относно постъпването в Токсикологична клиника пациенти, но убедени да влязат – 45,9%, е сигнификантно най-висок спрямо останалите отговори и още веднъж подчертава значимостта на комуникационните умения.

Трудните от деонтологична гледна точка случаи в проучването са 56 пациенти (11,4%), които при възстановено ясно съзнание продължаваха да считат, че хоспитализацията е била направена против волята им. Този резултат показва важноста на уточняването освен от токсиколог и от психиатър и психолог на проблемните случаи, за избягване на правно-деонтологични проблеми за медиците.

5. Сигнификантно високият процент (62,9%) на доволни от цялостната информация по време на лечението в клиниката, спрямо началното впечатление от информацията при постъпването, показва важноста на подхода към информираното съгласие за лечение като към продължаващ във времето процес. Опитните медицински екипи постигат добри резултати в комуникацията, дори и при непълно възстановяване на яснотата на съзнание на пациента.

6. В интервюираната група лекувани за остра интоксикация има трудни комуникационни случаи, това са 8% от анкетираните, които и при (възстановено) ясно съзнание отказват да участват в анкетата, без да обяснят защо.

5. Обсъждане и изводи по резултатите от задача 5

/Проучване отказите от лечение при пациентите с остри отравяния и обобщение на опита от използване на собственоръчно написан текст за отказ от лечение при токсикологични пациенти като допълнение към официалния формуляр/

5.А. Общи проблеми свързани с ИО.

(1). Общи проблеми, свързани с отказите от лечение, според резултатите от проучване на 20-годишен период:

Отказите от лечение и хоспитализация носят висок риск за здравето и живота на пациента, тъй като своевременното уточняване, лечение и проследяване хода на ОИ са ключови за благоприятния изход, което се споделя и от други автори (Marco et al., 2017; Vibha and Sahoo, 2010). Лекарят, провеждащ първия преглед и предлагащ болнично лечение, разполага с много кратък времеви прозорец да оцени яснотата на съзнание и капацитета на болния да взема информирани решения. Често пациентите отказват не само лечение, но и диагностика, вкл. най-кратките методи за оценка на съзнанието. Удостоверяването на отказа само с подпис при несигурна яснота на съзнанието създава в много случаи правно-деонтологични затруднения, изискващи спешно разрешаване, което се подкрепя от редица други изследователи (Henderson et al., 2017; Magauran, 2009; Marco et al., 2017).

(2). Проучване на отражението на токсичния церебрален синдром върху процеса на информиран отказ от лечение: 1. Отказалите болнично лечение, въпреки информацията за риска, са немалка част от всички показани ОИ за хоспитализация (13%). В тази група не са включени пациентите с тежки и животозастрашаващи промени в съзнанието, които са приети по *член 89(2) от ЗЗ*. Установен е значително по-висок дял при ОИ в сравнение с останалите спешни пациенти. За сравнение, според С.А. Marco (2017), отказващите хоспитализация в спешните звена са между 1% и 3%.

(3). Отказите след хоспитализиране и проведено лечение (377 пациенти, 3% от всички хоспитализирани) са над 5 пъти по-малко от тези при първия преглед, което подчертава значението на убеждаването за хоспитализация и необходимостта медицинските екипи да имат висока професионална комуникативна подготовка.

(4). В 35,9 % от отказалите хоспитализация е имало симптоми на лека или средно-тежка токсична промяна на съзнанието. Делът на церебротоксичния синдром в отказалите след приемане е над 2 пъти по-нисък – 14,8%. Сигнификантното редуциране, както на общия брой пациенти, така и на дела на тези с церебротоксичен синдром в групата отказали след хоспитализация, показва значението на болничното лечение като важен фактор за овладяване на токсичните церебрални прояви и оттам – възстановяване на капацитета на пациента за информирани решения.

(5). Наличието на 18% суицидни опити при отказващите пациенти с ОИ създава сигнификантно висок риск от правно-деонтологични проблеми, дори и при липса на токсични церебрални прояви. Особено трудни са случаите на суицидни пациенти, които едновременно отказват преглед и лечение и отричат суицидно действие.

5.Б. Анализ на 20-годишния опит от собственоръчно написан с цяло изречение отказ от лечение на токсикологични пациенти като допълнение към оценката на капацитета на пациента за информирани решения и към документирането на ИО с подпис в официалния формуляр показва:

(1). Множеството правно-деонтологични проблеми при случаите на пациенти, отказващи лечение, свързани с риска от неефективна комуникация, поради токсична

промяна на съзнанието им и/или суицидни намерения, налага търсене на допълнителна форма за верифициране на информирания отказ към официалния формуляр с подпис.

От 20 години в Клиниката по токсикология такава форма е собственоръчно написаното изречение със свободен текст – така са оформени 68% от отказите на пациентите, а в други 5% те са допълнени и с писмена декларация на приемащия близък. Ние отчитаме както предимства, така и недостатъци на този подход.

Предимствата са: 1. Опростен начин за отсяване на тежките степени на промяна на съзнанието, като допълнение към избрания метод за спешна оценка на съзнанието и на капацитета за вземане на решения на пациента. 2. Отразява поне частична ефективност на комуникационния процес – писмената декларация е свидетелство за предоставена и поне частично ефективно преработена информация. 3. Технически дава на болния кратко време за дообмисляне и повод за последен размисъл върху решението. 4. Свидетелства за основанията на лекаря да приеме информирания отказ, а не да приложи лечение по член 89(2) от ЗЗ.

Недостатъците са: 1. Трудно приложим при илитерация. 2. Макар и често прилаган, официално не е одобрен като помощен метод към официалния формуляр за ИО.

Преобладават отказите, направени от пациенти в ясно съзнание (1213, 64%), но в останалите 36% са установени леки или средно тежки прояви на церебротоксичен синдром. Пациентите, оформили отказа си с цяло изречение и подпис, са най-често в ясно съзнание.

Пациентите с оформен отказ чрез подпис на близки или без подпис, само със свидетелство на дежурния екип, са предимно с лек церебротоксичен синдром. Резултатът в тази група подсказва потенциални правно-деонтологични проблеми: в случай на влошаване или смърт в дома след отказ, удостоверен само с подпис на близки, може да се постави под въпрос дали комуникацията с тях е била ефективна или формална. Желателно е в такива случаи да се настоява за оформяне на отказа с изречение и от отказващия близък или законен представител.

Всички отказващи хоспитализация получават указания за необходимия режим и лечение в дома, поведение при усложнения, дават се телефони за обратна връзка. През проучвания период 160 болни, 8,4% от първоначално отказалите хоспитализация по-късно са приети в клиниката. Най-голямата част от тях са от пациентите, при които отказът е оформен чрез подпис само на близките или чрез изречение и подпис на самия пациент и на близките. Вероятно в тези случаи роля има добре поднесената информация от лекуващия лекар към близките и към самия пациент относно необходимото поведение в дома.

6. Обсъждане и изводи по резултатите от задача 6

/Обсъждане някои проблеми, свързани с лекарската тайна при контакта с близките на пациенти с остри отравяния/

1. От проучването с устно интервю на мнението на пациенти с ОИ дали да бъдат уведомени техните близки се установи следният деонтологичен проблем: почти 1/3 от тях (31%) при постъпването не желаят това.
2. По-късно над половината от същите пациенти променят мнението си: при изписването само 12% не са съгласни с уведомяване на близките им.
3. Огромното болшинство от близките на пациенти с отравяния (95%) са на мнение, че е правилно да бъдат уведомени своевременно.
4. Считаме, че въпреки това, медиците не бива да разширяват кръга на лицата, с които имат право да обменят информация, освен в изключителни случаи и само в интерес на пациента.
5. Проблемът е разгледан, но недостатъчно ясно и детайлно в сегашните правни документи в България: (Зиновиева, 2016; Митков и Вълканова, 2005; Закон за здравето, 2005; Закон за защита на личните данни, 2002 и последвали изменения).
6. Според нас, устният или писмен отказ на пациент в ясно съзнание да бъдат уведомени близките му трябва да бъде уважен, ако няма правни основания за противното, но това да се отбелязва в медицинската документация.
7. Всяко медицинско звено, което работи с токсикологични пациенти би трябвало да включи във вътрешните си разпоредби регламент за контактите с близките.
8. Удачно е близки, приятели, съседни и др., придружаващи пациент с отравяне при приемането, да се предупреждават да пазят личната му тайна.
9. Според нас, при спорове и сложни случаи трябва да се включват спешни консултации и официални решения на комисиите по етика.
10. Утвърдената традиция за ползотворни контакти с близките на пациенти в клиничната токсикология би трябвало да се запази, но да се адаптира към актуалните закони и концепции в медицината, които са актуализирани в Правила за добра медицинска практика на Българско дружество по клинична токсикология, 2019.

7. Обсъждане на задача 7

/Обсъждане възможностите и подходите за превенция и разрешаване на част от деонтологичните проблеми чрез подобряване на ефективността на комуникацията с пациенти с остри отравяния/

1. Предлагаме разработени от нас подходящи документални форми като допълнение към официалните формуляри за ИС и ИО, които да бъдат в помощ на лекарите, работещи с пациенти с остри интоксикации, като:
 - Формуляр за динамична оценка на способността за комуникация и вземане на информирани решения;

- Собственоръчното оформяне на информиран отказ от лечение с цяло изречение + подпис, свободен текст.

2. Разработили сме стратегия за бърза вътреболнична и междуведомствена етична и правно-деонтологична консултация при сложни случаи на деонтологични проблеми, например, връзка на Клиниката по токсикология с Етичната комисия в МБАЛ-Варна към ВМА, с катедри към МУ „Проф. д-р П. Стоянов“ Варна и Етична комисия на БЛС-Варна.

3. Разработили сме актуална правно-медицинска и деонтологична информация на хартиен и дигитален носител, с която са запознати на колегиуми медиците от клиниката, болницата и БМП, работещи с пациенти с остри интоксикации.

4. Включили сме най-важните акценти по проблематиката в обучителните програми по токсикология на студентите по медицина и здравни грижи и лекари в следдипломно обучение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОБЩИ ИЗВОДИ:

1. Най-важните деонтологични проблеми при пациентите с остри интоксикации са свързани с процеса на вземане на валидни информирани решения от пациента – при първия преглед и във всеки следващ етап от лечението.

Формалното абсолютизиране на автономията на пациент с остър церебротоксичен синдром граничи с negliжиране на друго негово базисно право - на живот. Прилагането на принуда при пациент с възстановено ясно съзнание нарушава правата му по закон. Преценката на всеки случай трябва да бъде индивидуална, а комуникационния подход – персонализиран.

2. Най-важните деонтологични проблеми, които които възникват, са в областта на: информираното съгласие за лечение, информираният отказ от лечение и съгласието за разкриване на лекарска тайна пред близките.

3. Основната причина за деонтологичните проблеми е смутената и частично или напълно неефективна комуникация лекар-пациент, като следствие от отравянето.

4. Най-висок риск от комуникационни бариери има при ОИ с алкохоли, медикаменти, наркотици и разтворители, а много нисък – при ОИ с битови препарати, растения и животни.

5. Идентифицират се 3 основни рискови фактора (РФ) за деонтологични проблеми:

1. Рискови фактори, свързани с острото отравяне, които са най-важни: висока честота на директно или индиректно токсично променено съзнание; преходност и подчертана динамика на церебротоксичния синдром със значителни индивидуални вариации в клиничния ход; трудно, до невъзможно получаване на валидно информирано съгласие в част от случаите, в «златните» първи минути и часове, когато се вземат най-важните терапевтични решения; сравнително честа необходимост от различни форми и степен на вербална и/или физическа принуда в първия етап.

II. Рискови фактори, свързани с пациентите, без пряка връзка с ОИ: коморбидност, особено психиатрични заболявания, недекларирани суицидни намерения. Психоемоционални, характерологични, интелектуални, просветно-познавателни, социални, професионални, семейни, културни и религиозни, езикови и др. фактори.

III. Рискови фактори, свързани с медицинския персонал, организацията на работа и актуалните закони и разпоредби: някои специфични правни и деонтологични проблеми свързани с практичната работа на токсиколога, не са разгледани достатъчно ясно в сегашния Закон за здравето; наличието на спешен тип на медицинската помощ, екипен стил на работа, голяма натовареност; недостатъчна специфична подготовка на някои медици в областта на клиничната токсикология, включително недостатъчни специфични комуникационни умения за работа с токсикологични пациенти (спешни медици, лични лекари, интензивни терапевти, реаниматори и др.)

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

1. За избягване на проблеми, свързани с някои неясноти в закона предлагаме въвеждане на:

1.А. Разработен от нас **формуляр за динамична оценка на способността за комуникация и информирани решения** с цел:

(1). Удостоверяване на възстановения капацитет на болен с церебротоксичен синдром за вземане на информирано съгласие или отказ; (2). Отразяване на динамиката в съзнанието по избраната скала за оценка на съзнанието и определяне на подходящия момент за ефективна комуникация; (3). Стъпка към персонализиран подход към оценката на способността на пациента за ефективна комуникация; (4). Полезно допълнение към официалните документи при възможни правно- деонтологични проблеми във връзка с валидността на информираното съгласие или отказ; (5). Отразяване на консулта с психиатър; (6). Защита на правото на пациента да взема информирани решения при възстановен капацитет; (7). Свидетелство за правото на лекаря да прилага лечение без ИС по силата на закона.

1.Б. Разработена и изпитана в продължение на 20 години от нас форма на **удостоверяване на информиран отказ от лечение с цяло, собственоръчно написано изречение, като допълнение към официалния формуляр с подпис** с който: (1). За разлика от подписването на официалния формуляр, не е задължително, а желателно действие; (2). Представлява част от утвърдения алгоритъм за поведение при отказ на пациент от хоспитализация, с което се утвърждава добра медицинска практика; (3). При присъствие на близки е желателен и техния подпис и/или отказ с цяло изречение, особено когато се касае за непълнолетни пациенти с остра интоксикация.

2. Разработените от нас теми да послужат за разширяване и актуализиране **обучението** по клинична токсикология и в частност, по комуникация с токсикологично болни, на студентите по медицина, като и на следдипломната квалификация на медици, които се срещат със случаи на остри отравяния.

VIII. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Примерна таблица – формуляр за оценка на капацитета на пациента за информирани решения в динамика.

Приложение 2. Отказ с цяло изречение, написано собственоръчно от пациента и/или негов близък или законен представител.

Приложение 3. Алгоритъм за поведение при отказ на пациент с остра интоксикация от лечение.

Приложение 4. Теми за обучение на медици.

Приложение 5. Примерни текстове за актуализация на стандарта по клинична токсикология и правилата за добра медицинска практика за избягване на специфични деонтологични затруднения.

Приложение 1

Формуляр за динамична оценка на съзнанието и компетентността за информирано съгласие или отказ от лечение

Име на пациента:.....

ИЗ , дата на постъпване.....

МКБ.....

Време на прегледа	Първи преглед	3-ти час	6-ти час	12-ти час	24 час
Количествени промени в съзнанието (GCS, Reed, RASS, MMSE, друга скала)					
Качествени промени в съзнанието					
Консулт с психиатър					
Лекуващ/ дежурен лекар Подпис:					
Заклучение: към момента на прегледа пациентът е/не е в състояние да даде информирано съгласие или отказ от лечение					

Приложение 2. Образци на откази от лечение в свободен текст като допълнение към подписа в официалния формуляр. Всички пациенти са имали показания за болнично лечение. Всички са получили амбулаторно лечение във възможния оптимален обем, преди да напуснат болницата.

Отказвам болнично лечение
въпреки показанията за
лечение.

отказвам болнично
лечение. Баща:

Отказвам се
от лечението за болнично
лечение.

Отказвам се
да се лекувам в болницата

Подписи:
Лекуващ/дежурен лекар
Декларатор
Дата: 06/01/21
16.02.2021
Прегледах смен, се има списък
за живота ми. Напускам по собствено желание

Приложение 3.

АЛГОРИТЪМ ЗА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОТКАЗ ОТ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ НА ПАЦИЕНТ С ОСТРА ИНТОКСИКАЦИЯ

Направи оценка на общото състояние и съзнанието.

Оцени капацитета за вземане на информирани решения (разбиране, преценяване, разсъждение, решение, изказване на решение).

При деклариране на отказ от лечение, предай **устно** накратко още веднъж в достъпен за пациента вид информацията за очакваните увреждания от отравянето и необходимите лечебни мерки, за да се избегнат усложнения. Акцентирай върху нуждата от спешна токсикологична помощ и рисковете от неприлагането ѝ навреме! Използвай и подходяща невербална комуникация. Ако разполагаш с писмени или визуални материали, ги предложи на пациента след устните обяснения.

При съгласие –
оформи прием с
информирано
съгласие и
започни лечение.

При тежко увредено от
отравянето съзнание и липса на
капацитет за вземане на решения
и/или критично за живота
състояние, приложи лечение без
ИС по предвидените от закона
изключения.

При оценка за частично или напълно запазен капацитет за решения и нов отказ след разясненията:

1. Още веднъж обсъди разбрал ли е пациентът обяснените рискове и доброволно ли е решението му за отказ.
2. Покани го да **прочете и подпише официалния формуляр за ИО, след което да напише в свободен текст собственоръчно в цяло изречение отказа си.**
3. Ако присъстват близки, покани и тях да преподпишат отказа.
4. Обясни на пациента, че по всяко време може да оттегли отказа си, но отложеното начало на лечението може да има последствия.
5. Предложи амбулаторно лечение, ако това е възможно. При отказ, опиши в амбулаторния лист.
5. Обясни на пациента и близките какво наблюдение е нужно в дома. Дай подробни указания за режима в дома, вкл. нуждата от придружител, диетата, рецепта за медикаменти, съвети за допълнителни консултации с други специалисти, напр. психиатър.
6. **Дай 24-часов телефон за връзка!** Обясни, че при спешна промяна в състоянието е наложително да се извика БМП.

Приложение 4. Допълнителни теми за обучение на медици.

I. Разширяване на обучението по клинична токсикология на студентите по медицина и здравни грижи с допълнително упражнение на тема: „Особености на комуникацията с токсикологични пациенти“, с обсъждане на:

1. Особености на комуникацията с пациенти с остри интоксикации –рискови фактори и динамика.
2. Индивидуален комуникационен подход в зависимост от вида и степента на церебротоксичния синдром. Роля на невербалната комуникация при токсикологични пациенти.
3. Оценка на способността за вземане на информирано решение - клинични и деонтологични проблеми. Скали за оценка на яснотата на съзнание и скали за оценка на способността за вземане на решения (decisional capacity).
4. Обсъждане на клинични казуси от практиката на Клиниката по токсикология, на деонтологични проблеми, породени от трудна комуникация с интоксигиран пациент и тяхното разрешаване.

II. Практическа работа.

Разиграване на типични трудни комуникационни ситуации при острите отравяния. Студентите се разделят на двойки, като посменно изаят ролята на лекаря и на пациента с променено от интоксикация съзнание.

III. Разширяване на следдипломното обучение по клинична токсикология в рамките на специализации или индивидуални курсове с:

- лекции на същата тема;
- практически упражнения по комуникация с токсикологично болни (уъркшоп);
- семинари с медици от спешните нетоксикологични звена за споделяне на опит и обсъждане на актуални проблеми по тази тема.

Приложение 5. Примерни текстове за актуализация на стандарта по клинична токсикология и правилата за добра медицинска практика за избягване на специфични деонтологични затруднения.

I. Примерен текст за актуализиране на Стандарта по клинична токсикология:

Лекарите от звената, оказващи първо, второ или трето ниво на токсикологична помощ, трябва да имат теоретична и практическа подготовка за ефективна комуникация и оценка капацитета на болни с ОИ да вземат информирани решения.

Медиците от звената, оказващи първо, второ или трето ниво на токсикологична помощ, трябва да имат възможност за периодични следипломни квалификационни курсове по клинична токсикология, включително по комуникация с токсикологични пациенти.

Всички звена, участващи в диагностиката и лечението на токсикологични пациенти, трябва да имат изградена действаща система за бърза консултация с Правно-етичните комисии, при нужда.

II. Примерен текст за актуализиране на Правилата за добра медицинска практика на клиничния токсиколог в България, съдържащи и Етичен кодекс на българския клиничен токсиколог:

С цел запазване правата на пациента, лекарите, лекуващи пациенти с остри отравяния, преценяват точния момент на възможност за възстановяване на ефективната комуникация с пациента и оценяват неговия/нейния капацитет да взема информирани решения.

Прилагането на вербална и физическа принуда при възстановено съзнание трябва да се избягва, освен в случаите, предвидени от закона.

Случаите на отказ на пациент с остра интоксикация, особено в ясно съзнание, да бъдат уведомявани близките му (нарушаване на правото на конфиденциалност по отношение на близките), се обсъждат индивидуално с ръководителя на лечебното заведение и с Правно-етичната комисия.

IX. ПРИНОСИ

1. За първи път в България се разглеждат в дисертационен труд най-важните деонтологични проблеми в клиничната токсикология, възникващи от проблемите в ефективната комуникация с пациенти с остри отравяния.
2. За първи път са идентифицирани основните фактори, създаващи деонтологични проблеми поради комуникационни бариери при острите отравяния – свързани със самата интоксикация, с медиците и с околната среда.
3. Разработеният формуляр за динамична оценка на способността на пациента за вземане на информирани решения допринася както за защита правата на пациента така и на лекуващия лекар.
4. Идентифицирането на преходната токсична промяна на съзнанието като главен фактор за нарушение в капацитета на пациента за вземане на валидни информирани решения налага извода за необходимост от специална теоретична и практическа подготовка на действащите и бъдещи медици за комуникация с токсикологично болни.
5. Материалът може да бъде в помощ на всички медици, срещащи се със случаи на остра интоксикация на някакъв етап.

X. СПИСЪК НА АВТОРСКИ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Yovcheva M, Zlateva S. Chapter 27, Problems of Effective Clinical Communication in Cases of Acute Intoxication. In: Dishovsky C, Radenkova-Saeva J, editors. Toxicological Problems. Sofia: Military Publishing House; 2014. p. 208–15.
2. Yovcheva M. Deontological Problems of Clinical Toxicology in Bulgaria, Connected to Communication Difficulties, during the Decade 2000-2010. J of IMAB [Internet]. 2012 Oct 31 [cited 2021 Feb 5];18(3):308–11. Available from: <https://www.journal-imab-bg.org/issue-2012/book3/vol18book3p308-311.htm>
3. Yovcheva M, Zlateva S, Marinov P. Deontological Problems of Clinical Toxicology in Bulgaria during the Decade 2000-2010. Bulgarian medicine. 2012 Feb;II:16–20.
4. Йовчева М, Аспарухова М, Маркова С. Терапевтичната принуда при остри самоотравяния- някои съвременни деонтологични проблеми. В: Годишен борник ИМАВ. 1999. с. 224–5.
5. Yovcheva M, Zlateva S, Kerezova J, Borissova E, Sabeva Y. Possible Problems Connected to Alcohol Abstinence in Case of Mass Disasters. In: Tonev S, Kanev K,

Dishovsky C, editors. Medical Management of Chemical and Biological Casualties. Sofia: IRITA; 2009. p. 232–8.

6. Yovcheva M, Zlateva S, Marinov P, Ivanov D, Georgiev K, Sabeva Y, et al. Acute Poisoning With Benzodiazepines and Other Hypnotics: Etiologic Cause, Sex/age Distribution and Clinical Outcome. J of IMAB [Internet]. 2016 Nov 10 [cited 2021 Mar 1];22(4):1371–4. Available from: <https://www.journal-imab-bg.org/issues-2016/issue4/vol22issue4p1371-1374.html>

7. Marinov P, Zlateva S, Bonchev G, Ivanov D, Georgiev K, Yovcheva M, et al. Acute Narcotic Drug Intoxications: Etiology, Sex/age Distribution and Clinical Outcome. J of IMAB [Internet]. 2017 Jan 25 [cited 2021 Mar 1];23(1):1444–6. Available from: <https://www.journal-imab-bg.org/issues-2017/issue1/vol23issue1p1444-1446.html>

8. Marinov P, Iovcheva M, Zlateva S, Petrova S, Sabeva Y. Acute Medicamentous Intoxications in Varna Region for a 15 Years Period. Journal of IMAB. 2008;14(1):76–8.

9. Yovcheva M, Zlateva S. A study with oral interview of the informed consent of patients with intoxication. Folia Medica [Internet]. 2019 Jun;61(Suppl.1/2019):90. Available from: https://archive.foliamedica.bg/images/myscripts/dox/Folia_Medica_Suppl%20_1%202019.pdf

10. Yovcheva M, Zlateva S, Marinov P. Hand-written form of informed refusal of treatment with a whole sentence – survey of 20 – years experience. Folia Medica [Internet]. 2019 Jun;61(Suppl.1/2019):90–1. Available from: https://archive.foliamedica.bg/images/myscripts/dox/Folia_Medica_Suppl%20_1%202019.pdf

11. Yovcheva M, Zlateva S, Borissova E. Characteristics of Acute Intoxications with Regard to Capacity for Effective Doctor-patient Communication and Competent Informed Decisions. Scripta Scientifica Pharmaceutica. In editing.