



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ**  
**„Проф. Д-р Параскев Стоянов” – Варна**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО**  
**ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ”**  
**Катедра „Здравни грижи”**

**Веселина Златкова Василева**

**ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ТРАНСПЛАНТАЦИОННИЯ**  
**ПРОЦЕС ПРИ ПАЦИЕНТИ С БЪБРЕЧНИ**  
**ЗАБОЛЯВАНИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“ по професионално направление 7.4. Обществено здраве и научна специалност „Управление на здравните грижи“

**Научен ръководител:**  
Доц. д-р Наталия Ушева, д.м.

Варна, 2021

Дисертационният труд съдържа 255 страници и е структуриран в пет основни глави. Включва 28 фигури, 22 таблици, и 5 приложения. Библиографският списък включва 185 литературни източника, от които 52 на кирилица и 133 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравни грижи“ към Медицински университет „Проф. Д-р П. Стоянов“ – гр. Варна на 12.04.2021 г. Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 27 юли 2021 г. от 11:00 часа в зала 302 РЗИ, на открито заседание на Научно жури.

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

СЪДЪРЖАНИЕ .....	3
ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИ .....	4
ВЪВЕДЕНИЕ .....	5
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО .....	6
III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ, ПРОВЕДЕНО СРЕД ПАЦИЕНТИ .....	10
IV. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ, ПРОВЕДЕНО СРЕД МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ .....	27
V. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ КАЧЕСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ТРАНСПЛАНТАЦИОННИЯ ПРОЦЕС ПРИ БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ .....	49
VI. МОДЕЛ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ В ПРЕД- И ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОНЕН ПЕРИОД .....	69
VII. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ПРИНОСИ .....	80
НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	84

## Използвани съкращения:

<b>БТ</b>	-	Бъбречна трансплантация
<b>БАПЗГ</b>	-	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
<b>НЗОК</b>	-	Национална здравноосигурителна каса
<b>НСИ</b>	-	Националният статистически институт
<b>ОБН</b>	-	Остра бъбречна недостатъчност
<b>РЗИ</b>	-	Районна здравна инспекция
<b>РЗОК</b>	-	Районна здравноосигурителна каса
<b>ХБЗ</b>	-	Хронично бъбречно заболяване
<b>ХБН</b>	-	Хроничната бъбречна недостатъчност
<b>ANP</b>	-	Advanced Nurse Practitioner
<b>GBD</b>	-	Global Burden of Disease
<b>KDIGO</b>	-	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
<b>RA</b>	-	Renal Association
<b>RCN</b>	-	Royal College of Nursing
<b>WKD</b>	-	World Kidney Day

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) според Проучването за глобалния болестен товар (GBD Study), Организацията за подобряване на глобалните резултати при бъбречни заболявания (KDIGO), инициативите за Световния ден на бъбречните заболявания (WKD) ежегодно отчита бързи темпове на разпространение, като се очаква до 2040 г. да заеме пета позиция сред причините за смъртност по света. Независимо от нарастващия брой на извършените бъбречни трансплантации (БТ), все още има огромен недостиг на бъбречни донори в глобален мащаб, като се покриват едва 10 % от нуждите. Това поставя въпроса за необходимостта от адекватна грижа, чрез която да се запази за по-дълго време здравословното състояние, позволяващо извършването на трансплантация. Научните постижения и заключения на професионалните и научни организации стават основа за Препоръки за добра практика относно пред- и посттрансплантационната грижа на EDTNA/ERCA, RA, KDIGO, върху които се разработват стандарти за високо качество на интердисциплинарни здравни грижи за тази специфична група пациенти. Единните стандарти са условие за успешен сестрински процес, тъй като осигуряват равнопоставеност и еднаквото отношение към всеки пациент, очакващ или претърпял БТ.

България е сред европейските страни без възприети единни критерии за пред- и посттрансплантационна грижа, което е довело до непоследователност в организацията ѝ, без ефективен контрол и оценка на резултатите.

Слабостите на съществуващата практика в България за подпомагане грижата за пациенти с бъбречни заболявания, причините за тях и възможностите за преодоляването на неблагоприятния им ефект са сред основните причини за написването на настоящата работа.

## **II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **2.1.Цел и задачи на проучването:**

**Цел:** Да се проучи организацията на здравните грижи в трансплантационния процес при пациенти с бъбречни заболявания в пред- и посттрансплантационните периоди при БТ и да се определят възможностите за оптимизирането им.

За постигане на тази цел се планира изпълнение на следните **задачи:**

1. Да се представят същностните характеристики на здравните грижи в хода на трансплантационния процес при пациенти с бъбречни заболявания.

2. Да се проучат иновативни модели и добри практики на сестрински грижи в пред- и посттрансплантационните периоди.

3. Да се изследва мнението на медицински сестри и пациенти с бъбречни заболявания относно качеството и ефективността на здравните грижи в пред- и посттрансплантационен период.

4. Да се анализира готовността на медицинските сестри и пациентите за включване в специализирана сестринска практика за подпомагане на трансплантационния процес при пациенти с бъбречни заболявания.

5. Да се разработи иновативен сестрински модел за подобряване на организацията и ефективността на здравните грижи в пред- и посттрансплантационните периоди, с цел подобряване качеството на живот на пациентите с бъбречни заболявания.

### **2.2. Изследователски хипотези:**

1. Организацията на здравните грижи през трансплантационния процес при пациенти с бъбречни заболявания не отговаря на потребностите и очакванията на пациентите.

2. Здравното обучение на пациентите с бъбречни заболявания и техните близки при настоящата организация на

пред- и посттрансплантационните периоди при БТ е на незадоволително ниво.

3. Специализирана сестринска практика за подпомагане на трансплантационния процес при пациенти с бъбречни заболявания е инструмент за подобряване на здравните грижи и качеството на живот на тези пациенти.

### **2.3. Организация на проучването**

#### ***Обем на проучването***

Обхванати са 210 лица, разпределени както следва:

- Практикуващи медицински сестри в хемодиализни центрове - 85
- Пациенти на хемодиализно лечение, очакващи БТ – 105
- Пациенти след извършена БТ-20
- ***Критерии за включване:***
  - Лица над 18 г.;
  - Лица, нуждаещи се от лечение чрез БТ и включени в листа на чакащите;
  - Лица след претърпяна БТ;
- ***Критерии за изключване:***
  - Лица под 18 г.;
  - Лица с контраиндикации за БТ;

#### **2.3.1. Време и място на проучването**

Проучването се проведе в следните лечебни заведения: УМБАЛ „Света Марина“ ЕАД, гр. Варна; МБАЛ ”Света Анна-Варна” АД, гр. Варна; УМБАЛ “Канев” АД, гр. Русе; УМБАЛ - Бургас АД, гр. Бургас; „МБАЛ-Търговище” АД, гр. Търговище; “МБАЛ-Шумен” АД, гр. Шумен; „МБАЛ Добрич “АД, гр. Добрич; "Дъчмед Диализа България-Диализен Център Шумен " ООД, гр. Шумен; Частен диализен център „Диалхелп“ ЕООД, гр. Добрич; Диализен център „Ел Масри“ ООД, гр. Бургас. (м. юни-м. септември 2019г.)

Основната част от проучването се извърши самостоятелно от автора. При проучване мнението на медицинските сестри и

пациенти се използва и сътрудничество на главни и старши медицински сестри. Всички подобрени сътрудници бяха предварително запознати с целта и методиката на проучването и са обучени за работа с въпросниците.

## **2.4. Методи на проучването**

**2.4.1. Документален метод** – за анализ на литературни източници, документи и нормативни актове, които описват изследваната проблематика.

### **2.4.2. Социологически метод**

✓ Пряка анонимна индивидуална анкета за проучване на мнението на пациенти, очакващи БТ и медицински сестри;

✓ Интервю с бъбречно трансплантирани пациенти с цел установяване на проблеми при предоставянето на здравни грижи в трансплантационния процес.

**2.4.3. Статистически методи**- за анализ, систематизиране, обобщаване и интерпретация на статистическите данни с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им. За статистическото представяне на резултатите са приложени:

- *Дескриптивен анализ;*
- *Параметрични методи*
- *Непараметрични методи;*
- *Корелационен анализ;*
- *Табличен и графичен метод за онагледяване на данните.*

Статистическият анализ на данните е извършен със SPSS v. 20.0 с възприета значимост на резултатите при  $p < 0,05$ .

## **2.5. Инструментарий на проучването**

Изработен е собствен инструментариум за провеждане на проучването сред трите групи респонденти.

При проучване на информираността, качеството, ефективността и възможностите за оптимизиране на здравните грижи в предтрансплантационния период се използва анкетен метод чрез пряка анонимна анкета.



• **Анкетна карта №1**– проучва мнението на пациенти, провеждащи хемодиализно лечение и включени в листа на чакащи БТ относно качеството и ефективността на здравните грижи в предтрансплантационния период. Приложена е анкетна карта, която включва 22 въпроса, структурирани в 4 групи: *Социално – демографски характеристики; Информiranост; Качество и ефективност на грижи; Предложения.*

• **Анкетна карта №2**– проучва мнението на медицински сестри, работещи в хемодиализни центрове относно качеството, ефективността и възможностите за оптимизиране на здравните грижи в предтрансплантационния период. Включва 31 въпроса в следните тематични единици: *Социално-демографски характеристики; Предтрансплантационни грижи; Удовлетвореност; Предложения.*

• **Качественото проучване** е проведено за изследване проблемите, свързани с предоставяне на здравни грижи в трансплантационния процес при БТ с 20 пациенти след претърпяна БТ. **Въпросникът за полуструктурирано интервю** включват 29 отворени въпроса, разпределени в 5 секции: *Социално – демографски характеристики; Преддиализен период; Диализен период; Бъбречна трансплантация; Посттрансплантационен период.*

Средната продължителност на едно интервю е около 50 минути, транскрибирани в рамките на ден след провеждането им. При анализа на информацията се използва индукционен подход и по-конкретно методът на тематичен контент-анализ.

Проучванията са получили одобрение на Комисията за етика на научните изследвания (КЕНИ) на Медицински университет – Варна (Протокол № 84/ 27.06.19г.)

### **III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ, ПРОВЕДЕНО СРЕД ПАЦИЕНТИ**

Информираността и нагласите на пациентите може да се явяват бариера или предпоставка за адекватна предтрансплантационна подготовка, както и да се повлияват от социално-демографски характеристики на населението.

#### **3.1. Социално-демографски характеристики на изследваните пациенти, провеждащи хемодиализно лечение и включени в Листата на чакащите за БТ**

В проучването са поканени 129 лица, като съгласие за участие изразиха 105 пациенти на хемодиализно лечение, очакващи БТ (около 10% от пациентите, включени в Листата на чакащите БТ в България към момента на формиране на извадката). Участниците са издирвани от списъци на диализната структура за наблюдение на пациенти, включени в Листата на чакащите БТ и е постигнат 81,4% дял на включване.

В Таблица 1 са представени изследваните социално-демографски характеристики на пациентите, провеждащи хемодиализно лечение и включени в Листата на чакащите БТ.

Преобладаващата част от респондентите са жени (53,3%; n=56). Участниците са със средна възраст от 47,5±11,6 години (от 18 до 75 години). Разпределението по етническа принадлежност доближава структурата на населението в страната по този признак, като мнозинството са се самоопределили като българи: 87,6% (n=92).

Сред респондентите преобладават жителите на градовете - 72,4% (n=76), пациентите със средно образование - 68,6% (n=72) и висше образование - 18,1% (n=19).

Повече от половината от респондентите не са трудоустроени: 51,4% (n=54) пенсионери и 11,4% (n=12) безработни, което е предпоставка за влошено качество на живот предвид намалените доходи и по-високата средна възраст на участниците в тези групи.

*Таблица 1: Социално-демографски характеристики на пациентите*

<b>Характеристика</b>	<b>Брой</b>	<b>%</b>
<b>Пол</b>		
Мъж	49	46,7
Жена	56	53,3
<b>Възраст</b>		
до 29г.	6	5,7
30-39г.	16	15,2
40-49г.	36	34,3
50-59г.	24	22,8
Над 60 г.	18	17,1
Не отговорили	5	4,9
<b>Средна възраст</b>	47,5 ( $\pm 11,6$ ) години	
<b>Етническа принадлежност</b>		
Българска	92	87,6
Турска	9	8,5
Ромска	3	2,8
Не отговорили	1	1,1
<b>Местожителство</b>		
Град	76	72,4
Село	14	13,3
Не отговорили	15	14,3
<b>Степен на образование</b>		
Висше	19	18,1
Средно	72	68,6
Основно	10	9,5
Друго	4	3,8
<b>Заетост</b>		
Работят	37	35,2
Безработни	12	11,4
Пенсионер	54	51,4
Не отговорили	2	2

Научното изследване е проведено сред участници в хемодиализни центрове в областни градове, в които се предоставят високо ниво специализирани здравни грижи. Проучените клиники, респ. отделения и центрове са разположени в следните градове: Бургас; Варна; Добрич; Русе; Търговище и Шумен (Таблица 2).

*Таблица 2: Разпределение на респондентите по градове*

Град	Държавен диализен център Брой (%)	Частен диализен център Брой (%)	Общо
Бургас	УМБАЛ - Бургас АД 8 (7,6)	ДЦ„Ел Масри“ 10 (9,5)	18 (17,1)
Варна	УМБАЛ "СВЕТА МАРИНА" ЕАД-Варна 17 (16,2)		32 (30,5)
	МБАЛ "Св. Анна - Варна" АД 15 (14,3)		
Добрич	МБАЛ - „Добрич“ АД 10 (9,5)	Диалхелп - диализен център 9 (8,6)	19 (18,1)
Русе	УМБАЛ "Канев" АД-Русе 14 (13,3)		14 (13,3)
Търговище	МБАЛ- „Търговище“ АД 9 (8,6)		9 (8,6)
Шумен	МБАЛ – „Шумен“ АД 6 (5,7)	"Дъчмед Диализа България-ДЦ Шумен" ООД 7 (6,7)	13 (12,4)
<b>Общо</b>	<b>79 (75,2)</b>	<b>26 (24,8)</b>	<b>105</b>

Мнозинството сред респондентите посещават общински диализни структури (75,2%; n=79), като преобладаващата част от пациентите (51,4%; n=54) провеждат лечение в хемодиализни центрове към университетски болници, разположени в областните градове: Бургас; Варна и Русе. Всичко това предполага, че в проучените структури се предоставят високо ниво на здравни грижи съобразно новостите в областта.

Пациентите, посещаващи частни диализни центрове, са около ¼ (24,8%; n=26) и са включени в проучването, за да се направи сравнение на грижите в лечебни заведения с различен източник на финансиране.

Интерес за научното изследване, представлява етапът от лечението в което са предприели действия по кандидатстване в листата, тъй като продължителността на живот на транспланта е по-висока при превантивна БТ и се влошава с нарастващото време на диализа (Фигура 1).



**Фигура 1:** Продължителност на хемодиализно лечение и престой в Листата на чакащите БТ

Продължителността на хемодиализно лечение сред анкетираните пациенти е средно 4 години (от 2 месеца до 25 години), а периодът на очакване на БТ е средно 3 години (от 1 месец до 20 години). Изведените данни ясно сочат, че включването в Листата на чакащите за БТ се осъществява след започване на хемодиализа, като мнозинството кандидати влизат веднага след началото или около 1 год. след провеждане на диализните процедури. Едва 3,1% са включени в Листата на чакащите преди началото на диализното лечение, а 25,8% очакват БТ в период между 6-25 години.

Коморбидността е свързана с повишено използване на здравни услуги и по-високи разходи за здравеопазване. Индивидите с множество заболявания се предполага, че имат по-големи здравни нужди, по-голям риск от усложнения и повече затруднения при справянето със схемите на лечение (Фигура 2).

При болшинството от потенциалните реципиенти се наблюдава полиморбидност (57,2%; n=60), като 44,8% (n=47) имат едно съпътстващо заболяване, а 12,4% (n=13) две придружаващи заболявания.



**Фигура 2:** *Разпределение на респондентите според броя съпътстващи заболявания*

Основните дялове и от двете групи пациенти с допълнителни заболявания провеждат хронична диализа между 1-5 години ( $n=39$ ): 29 с едно съпътстващо заболяване; 10 с две съпътстващи заболявания и притежават средно образование (73,7%;  $n=42$ ). Хипертонията се очертава като най-често срещано съпътстващо заболяване сред анкетираните с едно придружаващо заболяване - 66,7% ( $n=40$ ), ( $p>0,05$ ).

Няма събрана информация относно хронологията на поява на съпътстващите заболявания, поради което не може да се потвърди връзка между продължителния период на диализно лечение и тяхното наличие.

Мнозинството от участниците са полиморбидни пациенти в активна възраст, но с нисък коефициент на заетост, късно включени в Листата на чакащите бъбрек и съответно очакващи БТ продължително време под влияние на хронична диализа.

### **3.2. Качество и ефективност на предтрансплантационната грижа в периода на очакване на БТ**

В Правилника за устройството и дейността на диализните центрове липсва конкретно описание на предтрансплантационната подготовка, което предполага, че съществуват различия при организацията на дейността в различните диализни центрове.

Според препоръките на световните организации подпомагащи пациентите с бъбречни заболявания и БТ (EDTNA/ERCA, KDIGO, RA), предтрансплантационната подготовка трябва да включва интердисциплинарна грижа, която да обхваща широк спектър от дейности. Проучванията установяват силна връзка между грижите при ХБЗ, диализното лечение и БТ. Пациентите с ХБЗ, чието състояние е по-добре управлявано, както преди, така и след започване на диализата, са по-добри кандидати за трансплантация (Фигура 3).



**Фигура 3:** Предтрансплантационни грижи, прилагани в диализния сектор за пациентите, очакващи бъбречна трансплантация

Резултатите надвишават 100%, т. к. анкетираните са посочили повече от един отговор

Според мнозинството от потенциалните реципиенти (52,4%; n=55) *грижата за тях не се различава от тази за останалите болни на хемодиализно лечение*. Значителна част от пациентите (37,1%; n=39) считат, че по-специалните грижи за тях включват *провеждане на повече клинични и инструментални изследвания* в периода на очакване, а 34,3% (n=36) допълват че се осъществява *по-стриктен контрол на здравословното им състояние* в периода на очакване. Пациентите отреждат последно място при специализираните грижи за потенциалните реципиенти на *здравните обучения* (9,5%; n=10). Приблизително 30% (28,6%; n=30) от участниците са посочили повече от един отговор.

**Таблица 3: Предтрансплантационни грижи, прилагани в диализния сектор според социално-демографската характеристика на пациентите**

	Провеждат Ви се често клинични и инструментални изследвания	Провеждат Ви се често здравни обучения	Провежда се по-стриктен контрол на здравословното Ви състояние	Грижата за Вас не се различава от тази за останалите пациенти	Други поспециални грижи
	Брой %	Брой %	Брой %	Брой %	Брой %
<b>Пол</b>					
Жени	21 (53,8)	3 (30,0)	21 (58,3)	25 (45,5)	1 (25,0)
Мъже	18 (46,2)	7 (70,0)	15 (41,7)	30 (54,5)	3 (75,0)
<b>Общо</b>	<b>39 (100)</b>	<b>10 (100)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	<b>4 (100)</b>
<b>Образование</b>					
основно	3 (7,7)	0	1 (2,8)	6 (10,9)	1 (25,0)
средно	26 (66,7)	6 (60,0)	22 (61,1)	40 (72,7)	1 (25,0)
висше	8 (20,5)	4 (40,0)	12 (33,3)	9 (16,4)	2 (50,0)
друго	2 (5,1)	0	1 (2,8)	0	0
<b>Общо</b>	<b>39 (100)</b>	<b>10 (100)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	<b>4 (100)</b>
<b>Възраст</b>					
≤30 год.	5 (13,5)	0	2 (5,6)	3 (5,7)	0
31-45 год.	17 (45,9)	8 (80)	16 (44,4)	19 (35,8)	1 (25,0)
46-59 год.	11 (29,7)	2 (20)	13 (36,1)	22 (41,5)	1 (25,0)
≥60 год.	4 (10,8)	0	5 (13,9)	9 (17,0)	2 (50,0)
<b>Общо</b>	<b>37 (100)</b>	<b>10 (10)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>53 (100)</b>	<b>4 (100)</b>
<b>Период на хемодиализно лечение</b>					
≤1 год.	0	0	1 (2,8)	0	0
1-2 год.	12 (31,6)	2 (20,0)	8 (22,2)	12 (23,5)	0
3-5 год.	16 (42,1)	8 (80,0)	21 (58,3)	18 (35,3)	3 (75,0)
6-10 год.	7 (18,4)	0	4 (11,1)	13 (25,5)	0
≥11 год.	3 (7,9)	0	2 (5,6)	8 (15,7)	1 (25,0)
<b>Общо</b>	<b>38 (100)</b>	<b>10 (100)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>51 (100)</b>	<b>4 (100)</b>
<b>Период на включване в Листата на чакащите</b>					
≤1 год.	1 (2,8)	1 (10,0)	1 (3,1)	1 (2,3)	0
1-2 год.	20 (55,6)	8 (80,0)	18 (56,3)	16 (36,4)	1 (33,3)
3-5 год.	9 (25,0)	1 (10,0)	11 (34,4)	10 (22,7)	1 (33,3)
6-10 год.	5 (13,9)	0	2 (6,3)	12 (27,3)	0
≥11 год.	1 (2,8)	0	0	5 (11,4)	1 (33,3)
<b>Общо</b>	<b>36 (100)</b>	<b>10 (100)</b>	<b>32 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>3 (100)</b>
<b>Вид лечебно заведение</b>					
Общинска собственост	26 (66,7)	2 (20,0)	21 (58,3)	39 (70,9)	2 (50,0)
Частна собственост	13 (33,3)	8 (80,0)	15 (41,7)	16 (29,1)	2 (50,0)
<b>Общо</b>	<b>39 (100)</b>	<b>10 (100)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	<b>4 (100)</b>

\* $\chi^2$  тест



Разнопосочните мнения провокираха разглеждане на въпросите, свързани със специализираните грижи за потенциалните реципиенти при отделните групи по характеристики на пациентите с цел разкриване на различия в прилаганата предтрансплантационна подготовка (Таблица 3).

Характеристиката на лицата показва, че мнозинството със средно и висше образование, във възрастови групи  $\leq 30-59$  год. с продължителност на очакване на БТ 1-5 год., отчитат значително повече дейности, свързани с поддържането на добро състояние в периода на очакване, спрямо пациентите с по-висока възраст ( $\geq 60$  год.), очакващи БТ в период над 6 г. Данните сочат, че с нарастване на продължителността на диализното лечение, специализираните грижи за потенциалните реципиенти намаляват и не се различават от тези за останалите болни на хемодиализно лечение.

В разпределението на пациентите според вида лечебно заведение, в което биват настанени също се наблюдават разлики. Значително повече лица, посещаващи частни диализни центрове подчертават, че за тях се провеждат в периода на очакване на БТ: *по-стриктен контрол на здравословното им състояние* ( $n=15$ ); *повече клинични и инструментални изследвания* ( $n=13$ ) и *почести здравни обучения* ( $n=8$ ), което формира мнение, че в частните диализни центрове се провеждат повече дейности, свързани с поддържането и съхранението на здравословно състояние, позволяващо БТ.

Обобщените резултати потвърждават изложената по-рано теза, че липсата на конкретно описание на предтрансплантационната подготовка в нормативната уредба, позволява тази дейност да следва различен ход в различните диализни центрове. Също така, че в изследваните диализни структури не се използва определен план за предтрансплантационна подготовка и обучение на пациентите.

Образованието в периода на очакване е толкова важно, колкото и провеждането на физическата и психологическата подготовка, но получените от нас данни отново потвърждават, че то не е заложено като самостоятелен компонент в предтрансплантационната подготовка на мнозинството от кандидатите за БТ, тъй като 58,1% от анкетираните посочват, че обучителни форми не се провеждат в периода на очакване.

Предвид влиянието на здравната култура върху поддържането на оптимално състояние, позволяващо БТ беше проучено нивото на информираност относно трансплантационния процес сред потенциалните реципиенти.

Най-голямо влияние от изследваните показатели върху нивото на осведоменост оказва периодът на очакване на БТ.

Установи се зависимост и между продължителността на очакване за БТ, и нивото на осведоменост относно: *видовете БТ* ( $\chi^2=21,51$ ;  $p=0,04$ ); *новости в областта на БТ* ( $\chi^2=22,37$ ;  $p=0,03$ ); *рискове и предизвикателства след БТ* ( $\chi^2=28,87$ ;  $p=0,004$ ); *психическа подготовка преди и след БТ* ( $\chi^2=21,84$ ;  $p=0,04$ ); *кандидатстването за чакане за БТ* ( $\chi^2=21,88$ ;  $p=0,04$ ); *организации занимаващи се с проблемите на пациенти с БТ* ( $\chi^2=22,07$ ;  $p=0,03$ ), като отново пациентите, очакващи БТ в период 1-5 год. се самоопределят с по-високи нива информираност спрямо лицата между 6-10 год. и  $\geq 11$  год.

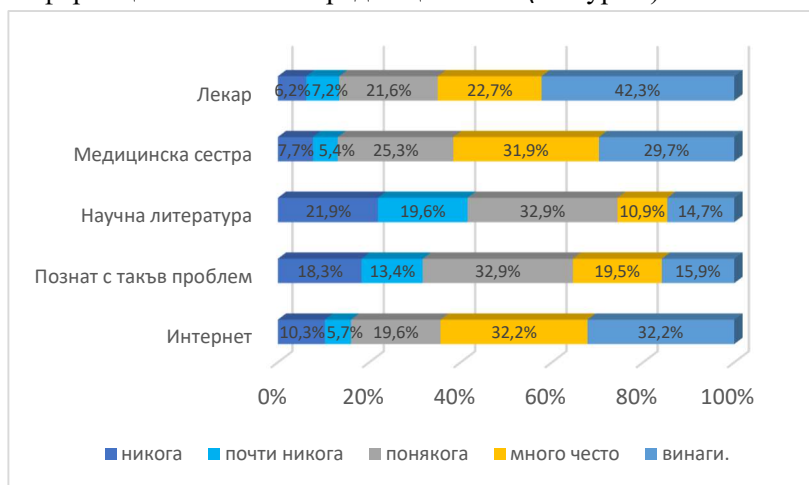
Корелацията е отрицателна статистически значима по отношение на: *видовете БТ* (Spearman's  $\rho=-0,37$ ;  $p=0,001$ ); *новости в областта на БТ* (Spearman's  $\rho=-0,32$ ;  $p=0,003$ ); *рискове и предизвикателства след БТ* (Spearman's  $\rho=-0,37$ ;  $p=0,001$ ); *кандидатстването за чакане за БТ* (Spearman's  $\rho=-0,31$ ;  $p=0,005$ ); *психическа подготовка преди и след БТ* (Spearman's  $\rho=-0,27$ ;  $p=0,01$ ); *организации занимаващи се с проблемите на пациенти с БТ* (Spearman's  $\rho=-0,24$ ;  $p=0,02$ ).

Независимо от факта, че групата на кандидатите за БТ е съставена от пациенти с висока продължителност на диализно

лечение, живеещи в градове с добър достъп до медицински грижи, резултатите сочат, че при нарастване на диализния период и времето на очакване, познанията относно БТ не се повишават, а *намаляват*, което вероятно се дължи на отсъствието на регулярни здравни обучения сред потенциалните реципиенти.

### 3.2.1. Източници на информираност сред пациенти

Честота на приложение на изследваните източници е индикатор освен за нивото на здравна култура, но и за степента на доверие, с което се ползва всеки от изброените информационни канали сред пациентите (Фигура 4).



**Фигура 4:** Честота на приложение на изброените източници на здравна информация сред пациенти

Особено голямо е значението на медицинския екип и глобалната мрежа като източник на здравна информация. Значителна част от анкетираните се информират *винаги* от лекар (42,3%; n=42) по въпроси относно трансплантационния процес, а още 32,2% (n=28) – от Интернет. До мнението на медицинска сестра *винаги* се допитват 29,7% (n=27), а 31,9% (n=29) - *много често*. На познат с такъв проблем *понякога* се доверяват 32,9% (n=27), от анкетираните. Само 14,7% (n=14) са посочили че

използват *винаги* специализирана литература, докато 32,9% (n=27) понякога.

Предвид фокуса на научното изследване, по-детайлно е разгледано мнението на респондентите за медицинската сестра като информационен източник.

Характеристиката на лицата, които се допитват до мнението на медицинска сестра *винаги* (29,7%; n=27) са със следния профил: мъже (n=17), със средно образование (n=18), на възраст 31-45г.(n=11), в период на ХД 3-5г. (n=10), от общински диализни центрове (n=17), а 31,9% (n=29) - *много често*: жени (n=18); със средно образование (n=22), на възраст 46-59г. (n=15), в период на ХД 3-5г. (n=15), посещаващи общински диализни центрове (n=20). Високата честота на допитване до медицинските сестри сред различните групи по представените фактори, подчертават мястото на медицинските сестри в диализния екип и предполагат наличие на автономна дейност в този етап от лечението. Установява се статистически значима зависимост между вида на ЛЗ и честота на допитване до медицинска сестра за информация ( $\chi^2=11,03$ ;  $p=0,03$ ). Пациентите от частните диализни центрове (79,2%; n=19) черпят повече информация *винаги* и *много често* от медицинска сестра, спрямо тези посещаващи общински заведения (55,3%; n=37).

Честотата на приложение на различните информационни канали разкрива, че здравната култура на респондентите в периода на очакване се поддържа от информация, предоставена основно от медицинския екип (медицинските сестри се ползват с висока степен на доверие) в диализната структура и Интернет. Пациентите с по-малък период на очакване (5год.) показват по-изявен интерес към различни информационни канали в сравнение с останалите. Честотата на употреба на изследваните източници потвърждава необходимостта от повишаване степента на осведоменост и популяризиране на допълнителни специализирани източници на информация сред очакващите БТ.

### 3.2.2. Нива на затруднения при среща с предизвикателства в периода на очакване

Незадоволителното ниво на здравна култура и липсата на обучителни форми са предпоставка за поява на предизвикателства в периода на очакване. Видовете предизвикателства и степента на затруднения, пред които са изправени потенциалните реципиенти дават оценка за нивото на подготовката им за грижа в домашна среда и допълнителна информация за най-проблемните области (Фигура 5).



**Фигура 5:** Нива на затрудненост при среща с предизвикателства в периода на очакване

Макар че групата, към която е отправен въпроса се самоопределя с недобра подготовка за грижа в домашна среда, при разглеждането на основните предизвикателства, болшинството от респондентите са отбелязали, че *не срещат затруднения* с извършването на повечето от посочените дейности. Установеното противоречие в мненията на анкетираните изисква по-задълбочена проверка за изясняване на

причините, за която към момента няма събрана информация. Това провокира да се постави фокус върху групите, посочили високи нива на трудност в изследваните показатели.

Степента на образование, възрастта, периодът на хемодиализно лечение, периодът на очакване на БТ, видът на лечебното заведение са фактори с пряко отношение върху честотата и характера на проблемите, което провокира разглеждането на тези показатели в изследваните групи предизвикателства (при пациентите с по-високо образование в активна възраст (31-45год.) с нарастване на периода на хроничната диализа се очаква да намалява степента и обема на трудностите, с които се сблъскват).

Мнението на респондентите по отношение на нивата на затруднения в периода на очакване значимо се повлиява от степента на образование при: *прием на лекарствена терапия преди БТ* ( $\chi^2=28,04$ ;  $p=0,005$ ); *хранителен режим преди БТ* ( $\chi^2=29,92$ ;  $p=0,003$ ); *поддържане на кръвното налягане в норма* ( $\chi^2=22,00$ ;  $p=0,04$ ); *спазването на дисциплина относно препоръките преди БТ* ( $\chi^2=29,35$ ;  $p=0,003$ ); *други затруднения* ( $\chi^2=16,27$ ;  $p=0,04$ ). Очаквано, респондентите с по-висока степен на образование срещат по-рядко затруднения, като пациентите с висше образование посочват, че не изпитват трудности или те са минимални при посочените дейности. Корелацията е отрицателна умерена статистически значима при затруднения в *приема на лекарствена терапия преди БТ* (Spearman's  $\rho=-0,50$ ;  $p=0,02$ ).

Отчетените нива на трудност и продължителното съществуване на подобни предизвикателства в период 1-5год. от началото на диализните процедури сред диализно болните, допълнително потвърждава тезата, че не се прилагат механизми за оценка и контрол на проблемните дейности в сестринския процес при подготовката за грижа в домашна среда. Липсата на подобни способности освен, че затруднява обратната връзка с

пациента, прави невъзможно проследяването и отчитането на постигнатите резултати от провежданите предтрансплантационни грижи.

### **3.2.3. Нагласа сред пациенти към провеждане на обученията от специално подготвени медицински сестри**

Провеждането на обученията от медицински сестри предоставя потенциално решение на част от горепосочените проблеми в предтрансплантационната подготовка.

Значителна подкрепа от страна на пациентите получава идеята за провеждане на обученията сред кандидатите за БТ от специално подготвени за целта медицински сестри (77,5%; n=79), както между различните възрастови групи, така и сред тези по продължителност на хемодиализно лечение.

Значима е връзката между възрастта на пациентите и нагласата им към провеждането на обученията от специално обучени медицински сестри ( $\chi^2=16,54$ ;  $p=0,01$ ).

Изведените резултати подчертават доверието към медицинските сестри и са показателни за ефективността от приложението на подобна практика в предтрансплантационната подготовка на потенциалните реципиенти.

### **3.2.4. Участие на семейство или близки в предтрансплантационната подготовка**

В периода на очакване на БТ, поддържането на доброто здравословно състояние изправя пациента и членовете на семейството му пред различни предизвикателства, които изискват психологическа, физическа и образователна подготовка. Мнозинството от лицата посочили, че близките „не присъстват на здравни обучения“ (49,1%; n=26) предимно: жени (n=14), български етнос (n=25), градско местоживееие (n=19), пенсионери (n=14), средно образование (n=14), са на възраст между 46-59 год. (n=10), провеждащи диализно лечение между 3-5 год. (n=10), в очакване на БТ 1-5год. (n=10), от общински центрове (n=19).



**Фигура 6:** Присъствие на семейство или близки по време на здравни обученията сред пациентите, очакващи бъбречна трансплантация  
 Резултатите надвишават 100%, т. к. анкетираните са посочили повече от един отговор

Резултатите сочат, че близките на потенциалните реципиенти практически не са включени в обученията, свързани с БТ, като не се наблюдават съществени различия по изследваните фактори ( $p > 0,05$ ). Липсата на здравно образование сред семействата затруднява поддържането на оптимално здравословно състояние в периода на очакване, а при потенциална поява на донорска ситуация, вероятно ще бъдат обременени в кратки срокове с голям обем информация.

Респондентите оценяват положително предложението за включване на членове на семейства в обучителните сесии, като (74,0%;  $n=74$ ) считат, че би било полезно за тях. Близко половината от анкетираните пациенти (51,4%;  $n=51$ ) категорично заявяват, че най-близките им хора задължително трябва да присъстват при провеждането на обучителни форми относно БТ. Основната характеристика на подкрепящите обучението и на близките лица включва: женски пол ( $n=33$ ;  $p=0,20$ ), български етнос ( $n=47$ ;  $p=0,09$ ), градско местоживеење ( $n=42$ ;  $p=0,72$ ), работещи ( $n=23$ ;  $p=0,05$ ), с висше образование ( $n=15$ ;  $p=0,08$ ), на



възраст между 31-46год. ( $n=21$ ;  $p=0,15$ ), с продължителност на диализно лечение 3-5 год. ( $n=18$ ;  $p=0,60$ ), в очакване на БТ 1-2год. ( $n=25$ ;  $p=0,43$ ), посещаващи общински центрове ( $n=37$ ;  $p=0,26$ ).

Сред проучените фактори и мнението за задължително присъствие на близки при провеждането на обучение относно БТ, значима връзка се установява единствено с трудовата заетост ( $\chi^2=9,32$ ;  $p=0,05$ ). За задължително присъствие на членове на семейства при провеждането на обучителни форми относно БТ са по-категорични работещите (62,2%) и безработните пациенти (75,0%), спрямо групата на пенсионерите (37,0%).

Високата подкрепа към предложенията за включване на близките при провеждане на обучителни форми, потвърждава необходимостта от подготовка и активно участие в трансплантационния процес сред тясното им обкръжение.

### **3.2.5. Нагласа към разкриване на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижата при пациенти очакващи трансплантация**

Предложението за разкриване на специализирана сестринска практика, свързана с грижата при пациенти, очакващи трансплантация е изготвено въз основа на проучената и представената в настоящия труд литература (Таблица 4).

Впечатляващо висока е подкрепата на участниците (87,5%  $n=91$ ) към идеята за организиране на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижите за пациенти, очакващи БТ. Положителното мнение сред анкетираните най-категорично се установява в групите с основно и друго образование (100%), възрастта 31-45 год. и  $\geq 60$ год.

Мнението на респондентите по отношение на предложението за организиране на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на пациентите, очакващи БТ, значимо се повлиява от възрастта на участниците ( $\chi^2=22,61$ ;  $p=0,001$ ).

**Таблица 4: Нагласа към разкриване на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижата сред пациенти**

<b>Нагласа към провеждане на обученията от специално обучени медицински сестри сред пациенти</b>				
	<b>Не</b>	<b>Да</b>	<b>Не мога да преценя</b>	<b>Р*</b>
	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	<b>Общо</b>
<b>Пол</b>				
Жени	3 (5,5)	49 (89,1)	3 (5,5)	55 (52,9)
Мъже	1 (2,0)	42 (85,7)	6 (12,2)	49 (47,1)
<b>Общо</b>	4 (3,8)	91 (87,5)	9 (8,7)	104 (100)
<b>Образование</b>				
основно	0	9 (100)	0	9 (8,7)
средно	3 (4,2)	60 (83,3)	9 (12,5)	72 (69,2)
висше	1 (5,3)	18 (94,7)	0	19 (18,3)
друго	0	4 (100)	0	4 (3,8)
<b>Общо</b>	4 (3,8)	91 (87,5)	9 (8,7)	104 (100)
<b>Възраст</b>				
≤30 год.	0	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (7,0)
31-45 год.	0	33 (100)	0	33 (33,0)
46-59 год.	4 (9,5)	32 (76,2)	6 (14,3)	42 (42,0)
≥60 год.	0	18 (100)	0	18 (18,0)
<b>Общо</b>	4 (4,0)	87 (87,0)	9 (9,0)	100 (100)
<b>Период на хемодиализно лечение</b>				
≤1 год.	0	1 (100)	0	1 (1,0)
1-2 год.	0	21 (80,8)	5 (19,2)	26 (26,0)
3-5 год.	1 (2,7)	33 (89,2)	3 (8,1)	37 (37,0)
6-10 год.	2 (9,1)	20 (90,9)	0	22 (22,0)
≥11 год.	1 (7,1)	12 (85,7)	1 (7,1)	14 (14,0)
<b>Общо</b>	4 (4,0)	87 (87,0)	9 (9,0)	100 (100)
<b>Период на включване в Листата на чакащите</b>				
≤1 год.	0	1 (100)	0	1 (1,1)
1-2 год.	0	29 (82,9)	6 (17,1)	35 (40,3)
3-5 год.	2 (7,7)	23 (84,6)	2 (7,7)	27 (29,9)
6-10 год.	1 (6,3)	15 (93,8)	0	16 (18,4)
≥11 год.	1 (12,5)	6 (75,0)	1 (12,5)	8 (9,3)
<b>Общо</b>	4 (4,6)	74 (85,1)	9 (10,3)	87 (100)
<b>Вид ЛЗ</b>				
Общинска собственост	4 (5,1)	67 (85,9)	7 (9,0)	78 (75,0)
Частна собственост	0	24 (92,3)	2 (7,7)	26 (25,0)
<b>Общо</b>	4 (3,8)	91 (87,5)	9 (8,7)	104 (100)

\* $\chi^2$  тест

Пациентите от по-млада (31-46год.) и висока възрастова група (≥60год.) изразяват по-категорична позиция с абсолютна

подкрепа към предложението, спрямо тези в средна възраст (46-59год. - 76,2%).

Участниците в проучването споделят изключително сериозна нагласа за посещение на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижите за пациенти очакващи БТ – 87,8% от респондентите декларират своята готовност за това, като характеристиката на лицата е аналогична с предходния въпрос ( $p>0,05$ ).

Декларираните положителни нагласи за посещение на специализирана сестринска практика, независимо от възрастта и продължителността на диализно лечение извежда на преден план значението на сестринския процес в предтрансплантационната подготовка и са показателни за потенциалния ресурс и използването на подобна услуга.

#### **IV. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ, ПРОВЕДЕНО СРЕД МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ**

В Глава четвърта е проучено мнението на медицински сестри относно различни аспекти на предтрансплантационния етап и възможностите за оптимизиране на участието на медицинската сестра в него.

##### **4.1. Социално-демографски характеристики на изследваните медицински сестри практикуващи в хемодиализни центрове**

В проучването са поканени 102 лица, като съгласие за участие изразиха 85 практикуващи медицински сестри в хемодиализни центрове (около 80% от медицинските сестри, работещи в проучените гнезда към момента на формиране на извадката) (Таблица 5).

*Таблица 5: Социално-демографски характеристики на медицинските сестри*

Характеристика	Брой	%
----------------	------	---

<b>Пол</b>		
Мъж	0	0
Жена	84	98,8
Не отговорили	1	1,2
<b>Възраст</b>		
до 29г.	11	12,9
30-39г.	9	10,5
40-49г.	24	28,2
50-59г.	14	16,4
Над 60 г.	15	17,6
Не отговорили	12	14,4
<b>Средна възраст</b>	47 ( $\pm 12,2$ ) години	
<b>Степен на образование</b>		
Средно специално	4	4,7
Полувисше	26	30,5
Специалист ЗГ	12	14,1
Бакалавър ЗГ	17	20,0
Бакалавър УЗГ	4	4,7
Магистър	13	15,2
Не отговорили	9	10,8
<b>Длъжност</b>		
Медицинска сестра	79	92,9
Акушерка	1	1,2
Медицински фелдшер	1	1,2
Старша медицинска сестра	3	3,5
Медицински координатор	1	1,2

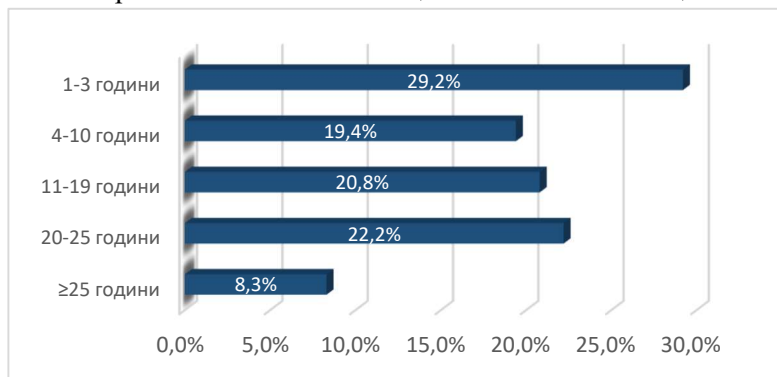
Всички анкетирани здравни професионалисти са жени, със средната възраст на  $47 \pm 12,2$  години, като преобладаващата част от тях са във възрастова група 40-49 години (28,2%;  $n=24$ ).

При разпределението по степен на образование най-голям е дялът на медицинските сестри с полувисше образование 30,5% ( $n=26$ ). Висшистите са със средна възраст  $43,5 \pm 3$  години (от 23 до 65 години). Мнозинството са на възраст до 45 год. ( $n=18$ , от които 13 са под 35 год.), което е показателно за интереса към хемодиализните центрове на по-млади и високообразовани специалисти, с потенциал за развитие в сферата на здравните грижи. Сред участниците липсват данни за здравни специалисти със специалност „Апаратно поддържане на извънтелесно

кръвообращение“ или „Специфични грижи за трансплантирани пациенти“.

Почти всички здравни специалисти (92,9%;n=79) изпълняват длъжността медицинска сестра в съответния хемодиализен център, респ. отделение към момента на провеждане на проучването.

Медицинските сестри, участващи в научното изследване имат значителен професионален опит в съответния хемодиализен център средно от  $11 \pm 9,4$  години (от 5 месеца до 40 години). Най-голям е дялът на практикуващите диализни сестри между 1г. и 3г. (29,2%; n=21), следван от 22,2% (n=16) работещи между 20г. и 25г., и 20,8% между 11г. и 19г., (n=15), (Фигура 7). Значителният професионален опит сред болшинството от респондентите предполага, високо ниво на информираност и добра подготовка за работа с пациенти очакващи БТ.



**Фигура 7:** Продължителност на месторабота в хемодиализен център

В подкрепа на гореописаната теза е и наличието на предишен опит в хемодиализно отделение, респ. клиника, сред немалка част от медицинските сестри (24,7%; n=21) средно от 12 години ( $\pm 11,6$ г.); (от 1 до 51 години).

Медицинските сестри, участващи в научното изследване практикуват в хемодиализни центрове в областни градове

разположени в: Бургас; Варна; Добрич; Русе; Търговище и Шумен (Таблица 6).

**Таблица 6: Разпределение на респондентите по месторабота**

Град	Държавен диализен център Брой (%)	Частен диализен център Брой (%)	Общо
Бургас	УМБАЛ - Бургас АД 10 (11,7)	ДЦ„Ел Масри“ 5 (5,9)	15 (17,6)
Варна	УМБАЛ "Св. Марина" ЕАД-Варна 16 (18,8)		28 (32,9)
	МБАЛ "Св. Анна - Варна" АД 12 (14,1)		
Добрич	МБАЛ – „Добрич“ АД 6 (7,0)	Диалхелп - диализен център 4 (4,7)	10 (11,7)
Русе	УМБАЛ "Канев" АД- Русе 13 (15,4)		13 (15,4)
Търговище	МБАЛ- „Търговище“ АД 7 (8,3)		7 (8,3)
Шумен	МБАЛ – „Шумен“ АД 9 (10,6)	"Дъчмед Диализа България-ДЦ Шумен " ООД 3 (3,5)	12 (14,1)
<b>Общо</b>	<b>73 (85,9)</b>	<b>12 (14,1)</b>	<b>85 (100)</b>

Мнозинството сред респондентите (85,9%;n=73) работят в държавни диализни структури, а останалите 14,1% (n=12) в частни диализни центрове. Преобладаващата част от медицинските сестри (45,9%;n=39) работят в хемодиализни центрове към университетски болници, разположени в областните градове: Бургас, Варна и Русе. Всичко това предполага, че в проучените структури се предоставя високо ниво на здравни грижи съобразно новостите в областта.

#### **4.2. Качество и ефективност на предтрансплантационната грижа в периода на очакване на БТ**

Сестринският процес има особено значение за успеха и ефективността на интердисциплинарния модел, тъй като специалистите по здравни грижи осъществяват освен образователна, физическа, психологична подкрепа и цялостната координация на дейността и услугите за пациента и неговите близки. Добрата комуникация и сътрудничеството между отделните членове в мултидисциплинарния екип са част от механизмите за повишаване на дългосрочните резултати. От друга страна, близките взаимоотношения с пациента и неговото семейство са основа за изграждане на доверие, което предполага високо ефективна продължителна грижа в последствие.

#### **4.2.1. Предтрансплантационни грижи, прилагани в клиниката/отделението за пациентите, очакващи БТ**

Проучените дейности са част от препоръките за добра практика на световните организации по изследвания проблем и съответно показател за нивото на прилаганата предтрансплантационната подготовка (Фигура 8).



**Фигура 8:** Предтрансплантационни грижи, прилагани в диализния сектор за пациентите, очакващи бъбречна трансплантация

Изведените данни показват, че преобладаващата част от здравните специалисти (45,8%; n=39) осъществяват *по-стриктен*

контрол на здравословното състояние сред потенциалните реципиенти в периода на очакване, а 44,7% (n=38) допълват, че по-специалните грижи за кандидатите за БТ включват и провеждане на повече клинични и инструментални изследвания. Значителен дял от медицинските сестри (38,8%; n=33), обаче споделят, че *грижата не се различава от тази за останалите болни на хемодиализно лечение* в периода на очакване. Здравните професионалисти определят последно място на *здравните обучения* (16,4%; n=14) при специализираните грижи за потенциалните реципиенти. Само една от медицинските сестри е отбелязала други грижи, различни от посочените, като по-специални в период на очакване, но не е посочила по-конкретно какви. Приблизително 40% (38,8%; n=33) от участниците са посочили повече от един отговор.

Близките стойности между относителните дялове по изследваните показатели, провокираха разглеждане на отговорите на въпроси, свързани със специализираните грижи за потенциалните реципиенти, при отделните групи с цел разкриване на различия в прилаганата предтрансплантационна подготовка (Таблица 7).

Разпределението на извадката по отделните характеристика показва, че респондентите с висше образование (бакалавър ЗГ, бакалавър УЗГ и магистър), от възрастовата група  $\leq 30-40$  год. с продължителност на месторабота 1-3год., и отчитат значително повече дейности, свързани с поддържането на добро състояние в периода на очакване, спрямо колегите си с по-ниски образователни нива и по-висока възраст ( $\geq 50$  год.), с период на месторабота над  $>20$ г., от частни центрове.

*Таблица 7: Предтрансплантационни грижи, прилагани в диализния сектор за пациентите, очакващи бъбречна трансплантация*



**Предтрансплантационни грижи, прилагани в диализния сектор за пациентите,  
очакващи бъбречна трансплантация**

	по-често клинични и инструментални изследвания Брой (%)	по-често здравни обучения Брой (%)	по- стриктен контрол на състояние Брой (%)	Няма разлика с др. пациенти Брой (%)	по- специални грижи Брой (%)
<b>Образование</b>					
средно	2 (5,4)	1 (7,1)	2 (5,6)	3 (10,3)	0
специално					
полувисше	10 (27,0)	1 (7,1)	9 (25,0)	11 (37,9)	0
специалист ЗГ	9 (24,3)	3 (21,4)	8 (22,2)	4 (13,8)	0
бакалавър ЗГ	10 (27,0)	5 (35,7)	10 (27,8)	3 (10,3)	0
бакалавър УЗГ	2 (5,4)	0	2 (5,6)	0	0
магистър	4 (10,8)	4 (28,6)	5 (13,9)	8 (27,6)	1 (100)
<b>Общо</b>	<b>37 (100)</b>	<b>14 (100)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>29 (100)</b>	<b>1 (100)</b>
<b>P*</b>	<b>0,31</b>	<b>0,16</b>	<b>0,48</b>	<b>0,05</b>	<b>0,41</b>
<b>Възраст</b>					
<30 години	7 (21,9)	5 (38,5)	8 (25,0)	1 (3,6)	0
30-40 години	6 (18,8)	2 (15,4)	4 (12,5)	6 (21,4)	0
41-50 години	9 (28,1)	4 (30,8)	8 (25,0)	13 (46,4)	1 (100)
51-60 години	7 (21,9)	1 (7,7)	7 (21,9)	5 (17,9)	0
>60 години	3 (9,4)	1 (7,7)	5 (15,6)	3 (10,7)	0
<b>Общо</b>	<b>32 (100)</b>	<b>13 (100)</b>	<b>32 (100)</b>	<b>28 (100)</b>	<b>1 (100)</b>
<b>P*</b>	<b>0,18</b>	<b>0,06</b>	<b>0,08</b>	<b>0,16</b>	<b>0,80</b>
<b>Период на месторабота</b>					
1-3 години	11 (37,9)	7 (58,3)	12 (36,4)	8 (26,7)	0
4-10 години	6 (20,7)	1 (8,3)	6 (18,2)	5 (16,7)	0
11-19 години	6 (20,7)	2 (16,7)	5 (15,2)	9 (30,0)	1 (100)
20-25 години	3 (10,3)	1 (8,3)	7 (21,2)	6 (20,0)	0
>25 години	3 (10,3)	1 (8,3)	3 (9,1)	2 (6,7)	0
<b>Общо</b>	<b>29 (100)</b>	<b>12 (100)</b>	<b>33 (100)</b>	<b>30 (100)</b>	<b>1 (100)</b>
<b>P*</b>	<b>0,32</b>	<b>0,16</b>	<b>0,71</b>	<b>0,61</b>	<b>0,43</b>
<b>Предишен опит в диализен сектор</b>					
1-3 години	1 (10,0)	1 (25,0)	1 (11,1)	1 (11,1)	0
4-10 години	4 (40,0)	1 (25,0)	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (100)
11-19 години	0	0	0	2 (22,2)	0
20-25 години	3 (30,0)	1 (25,0)	3 (33,3)	1 (11,1)	0
>25 години	2 (20,0)	1 (25,0)	1 (11,1)	1 (11,1)	0
<b>Общо</b>	<b>10 (100)</b>	<b>4 (100)</b>	<b>9 (100)</b>	<b>9 (100)</b>	<b>1 (100)</b>
<b>P*</b>	<b>0,68</b>	<b>0,67</b>	<b>0,75</b>	<b>0,32</b>	<b>0,79</b>
<b>Вид лечебно</b>					
Държавно	33 (86,8)	9 (64,3)	34 (87,2)	26 (78,8)	1 (100)
Частно	5 (13,2)	5 (35,7)	5 (12,8)	7 (21,2)	0

Общо	38 (100)	14 (100)	39 (100)	33 (100)	1 (100)
P*	0,81	<b>0,01</b>	0,75	0,14	0,68

\* $\chi^2$  тест

Резултатите потвърждават по-висока честота на приложение на здравно обучение при 1/3 (n=5) от медицинските сестри от частни центрове спрямо 12,3% (n=9) от общинските ( $\chi^2=6,44$ ;  $p=0,01$ ), като корелацията е отрицателна слаба статистически значима ( $r=-0,27$ ;  $p=0,01$ ).

С нарастване на възрастта и продължителността на стажа, здравните кадри отчитат, че специализираните грижи за потенциалните реципиенти намаляват и не се различават от тези за останалите болни на хемодиализно лечение ( $\chi^2=11,27$ ;  $p=0,05$ ).

Разнопосочните мнения и установените различия при отделните дялове по образование, възраст, трудов стаж, заемана длъжност и месторабота, потвърждават изложената по-рано теза, че липсата на конкретно описание на предтрансплантационната подготовка в нормативната уредба, позволява тази дейност да следва различен ход в различните диализни центрове.

#### **4.2.2. Честота на здравни обучения сред пациентите, очакващи бъбречна трансплантация**

Здравното обучение следва да има регулярен характер в предтрансплантационната фаза, поради неясната продължителност на очакване, и за да не се концентрира в кратък срок предоставянето на голям обем информация, което да причини информационно претоварване за пациента.



**Фигура 9:** Честота на здравни обучения сред пациентите, очакващи бъбречна трансплантация

Резултатите надвишават 100%, т.к. анкетираните са посочили повече от един отговор

Мнението на преобладаващата част от респондентите е, че обучения сред потенциалните кандидати за БТ се провеждат еднократно, при кандидатстване в Листата на чакащите за БТ (36,5%; n=31).

Интерес за научното изследване представлява и споделеното мнение, че обучения сред потенциалните реципиенти не се провеждат (28,2%; n=24), посочено от лица с полувисше образование (n=12; p=0,07), на възраст 41-50год. (n=14; p=0,02), изпълняващи длъжностите медицинска сестра (n=14), медицински фелдшер (n=1), медицинска сестра ръководна позиция (n=1); (p=0,17), с период на месторабота над 20год. (n=10; p=0,37), и предишен опит 4-10год. (n=3; p=0,34) от общински центрове (n=20; p=0,67) с месторабота към УМБАЛ (n=15; p=0,003). Възрастта ( $\chi^2=11,37$ ; p=0,02) и местоработата ( $\chi^2=23,32$ ; p=0,003) се оказват значими фактори за липсата на обучения сред потенциални реципиенти. Делът на непровеждащите обучения е по-висок при медицинските сестри

на възраст над 41год. (n=21), практикуващи в УМБАЛ центрове (n=15) спрямо останалите групи.

Установените различия при изследваните фактори показват, че лицата във активна възрастова група (41-50год.) подчертават липса на обучителна дейност в УМБАЛ структури, а обратно на очакванията тези на възраст между 51-60год., практикуващи в МБАЛ центрове, споделят за наличие на регулярни обучителни форми (веднъж или два пъти годишно). Особено тревожни са тези факти на фона на по-младата средна възраст и по-високите образователни нива на медицинските сестри от диализните центрове към университетски болници.

#### **4.2.3. Участие на медицински сестри в обучения сред пациенти, относно бъбречна трансплантация**

С цел изясняване ролята на медицинските сестри в здравното обучение е разглеждано и участието им в подобни форми сред потенциалните реципиенти (Таблица 8).

Преобладаващата част от анкетираните медицински сестри (56,5%; n=48) са посочили, че не участват в обучения, свързани с БТ сред пациенти, като характеристиката им разкрива, че това са предимно здравни професионалисти с полувисше образование (n=21), но с високо представителство на висшисти (n=18), във възрастова група 41-50год. (n=21), с трудов опит 20-25год. (n=12) и предишен такъв между 4-10год. (n=7) от общински диализни центрове (n=41).

Участието на медицинските сестри в провеждането на обучения сред пациентите зависи от тяхната възраст ( $\chi^2=15,34$ ;  $p=0,004$ ). С най-ниска активност е делът във възрастова групи 41-50год., а с най-висока между 30-40год. и над 60год., което подчертава интерес към образователна дейност в началото или края на кариерата на здравните професионалисти.

**Таблица 8: Участие на медицински сестри в обучения сред пациенти, относно бъбречна трансплантация**

<b>Участие на медицински сестри в обучения сред пациенти, относно БТ</b>			
	<b>Не</b>	<b>Да</b>	<b>P*</b>
	<b>Брой (%)</b>	<b>Брой (%)</b>	<b>Общо</b>
<b>Образование</b>			
средно	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (5,1)
специално			
полувисше	21 (77,8)	6 (22,2)	27 (34,6)
специалист ЗГ	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (16,7)
бакалавър ЗГ	6 (35,3)	11 (64,7)	17 (21,8)
бакалавър УЗГ	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (5,1)
магистър	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (16,7)
<b>Общо</b>	<b>47 (60,3)</b>	<b>31 (39,7)</b>	<b>78 (100)</b>
<b>Възраст</b>			
<30 години	5 (50,0)	5 (50,0)	10 (13,7)
30-40 години	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (13,7)
41-50 години	21 (75,0)	7 (25,0)	28 (38,4)
51-60 години	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (20,5)
>60 години	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (13,7)
<b>Общо</b>	<b>40 (54,8)</b>	<b>33 (45,2)</b>	<b>73 (100)</b>
<b>Период на месторабота</b>			
1-3 години	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (29,2)
4-10 години	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (19,4)
11-19 години	6 (40,0)	9 (60,0)	15 (20,8)
20-25 години	12 (75,0)	4 (25,0)	16 (22,2)
>25 години	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (8,3)
<b>Общо</b>	<b>41(56,9)</b>	<b>31 (43,1)</b>	<b>72 (100)</b>
<b>Преишен опит в диализен сектор</b>			
1-3 години	2 (100)	0	2 (9,5)
4-10 години	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (38,1)
11-19 години	2 (100)	0	2 (9,5)
20-25 години	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (28,6)
>25 години	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (14,30)
<b>Общо</b>	<b>17 (81,0)</b>	<b>4 (19,0)</b>	<b>21 (100)</b>
<b>Вид лечебно заведение</b>			
Държавно	41 (56,2)	32 (43,8)	73 (85,9)
Частно	7 (58,3)	5 (41,7)	12 (14,1)
<b>Общо</b>	<b>48 (56,5)</b>	<b>37 (43,5)</b>	<b>85 (100)</b>

\* $\chi^2$  тест

Участието на медицинските сестри в провеждането на обученията сред пациентите зависи от тяхната възраст ( $\chi^2=15,34$ ;  $p=0,004$ ). С най-ниска активност е делът във възрастова група 41-50год., а с най-висока между 30-40год. и над 60год., което подчертава интерес към образователна дейност в началото или края на кариерата на здравните професионалисти.

Освен представените в Таблица 8, бяха установени статистически значими различия по отношение на заеманата длъжност ( $\chi^2=17,26$ ;  $p=0,004$ ) и продължителността на стажа на настоящата месторабота ( $\chi^2=28,34$ ;  $p=0,0001$ ). Наблюдава се висок дял на неучастващи в обученията медицински сестри от университетски ( $n=29$ ) и частни центрове ( $n=7$ ) спрямо колегите им от многопрофилни болници ( $n=12$ ), като всички респонденти, заемащи ръководни длъжности споделят, че не са включени в подобна дейност.

Изведените данни показват че значителна част от високо образованите здравни специалисти (включително и ръководните кадри) в активна възрастова група 41-50год., и с богат професионален опит от университетски структури, не участват в провеждането на обученията на потенциалните реципиенти.

Проучени бяха някои от възможните причини за установената активност сред професионалистите по здравни грижи по отношение на здравното образование в периода на очакване.

*Недостатъчното ниво на подготовка* (48,9%;  $n=22$ ) е водеща причина за липса на участие в обученията сред кандидатите за БТ от болшинството анкетираните сестри, като техните основни характеристики са: полувисше образование ( $n=8$ ) и магистърска степен ( $n=7$ ); ( $p=0,30$ ); изпълняващи освен длъжност медицинска сестра ( $n=15$ ) и старша медицинска сестра ( $n=3$ ); ( $p=0,24$ ), на възраст между 41-50год. ( $n=9$ ;  $p=0,20$ ), с период на месторабота 1-3год. ( $n=6$ ) и 20-25год. ( $n=6$ ); ( $p=0,12$ ) и предишен опит 4-10год.

(n=4; p=0,58) от общински диализни центрове (n=18; p=0,29) към УМБАЛ (n=13; p=0,10).

#### **4.2.4. Нагласа към задължително участие на медицинските сестри при провеждане на здравни обучения сред пациенти, относно БТ**

Изследването на честотата и организацията на здравните обучения сред пациенти, очакващи БТ предполага и формулиране на потенциални предложения за решаване на очертаните проблеми.

Преобладаващата част (62,4%; n=53) от анкетираните подкрепят задължителното участие на медицинските сестри, като характеристиката им показва че това са предимно с висше образование (n=26), на възраст между 41-50год. (n=18), с период на месторабота 1-3 год. (n=15) с лек превес на работещите в частните структури.

Сред проучените фактори (образование, възраст, период на месторабота, предишен опит в диализен сектор и вид лечебно заведение) се установява значима връзка между образователните нива на медицинските сестри и нагласата им към задължително участие на здравните професионалисти при провеждането на обучения сред потенциални реципиенти ( $\chi^2=21,22$ ; p=0,01). С повишаване на образователната степен на участниците се наблюдава нарастване на подкрепата към отправеното предложение.

#### **4.2.5. Подготовката за грижа в домашна среда**

Друг компонент от предтрансплантационната грижа е подготовката за грижа в домашна среда. Оценката на медицинските сестри относно подготовката за поддържане на добро здравословно състояние в домашна среда сред пациентите е положителна, като 50,6% (n=42) считат че предоставят подходящо ниво на услугата.

**Таблица 9: Подготовката за грижа в домашна среда**

<b>Подготовката за грижа в домашна среда</b>				
	<b>Не</b>	<b>Да</b>	<b>Не мога да преценя</b>	<b>Р*</b>
	<b>Брой (%)</b>	<b>Брой (%)</b>	<b>Брой (%)</b>	<b>Общо</b>
<b>Образование</b>				
средно	4 (100)	0	0	4 (5,3)
специално				
полувисше	3 (12,0)	12 (48,0)	10 (40,0)	25 (32,9)
специалист ЗГ	3 (23,1)	7 (53,8)	3 (23,1)	13 (17,1)
бакалавър ЗГ	0	12 (70,6)	5 (29,4)	17 (22,4)
бакалавър УЗГ	0	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (5,3)
магистър	4 (30,8)	6 (46,2)	3 (23,1)	13 (17,1)
<b>Общо</b>	<b>14 (18,4)</b>	<b>39 (51,3)</b>	<b>23 (30,3)</b>	<b>76 (100)</b>
<b>Възраст</b>				
<30 години	1 (10,0)	7 (70,0)	2 (20,0)	10 (14,1)
30-40 години	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	10 (14,1)
41-50 години	5 (19,2)	13 (50,0)	8 (30,8)	26 (36,6)
51-60 години	4 (26,7)	5 (33,3)	6 (40,0)	15 (21,1)
>60 години	1 (10,0)	6 (60,0)	3 (30,0)	10 (14,1)
<b>Общо</b>	<b>14 (19,7)</b>	<b>36 (50,7)</b>	<b>21 (29,6)</b>	<b>71 (100)</b>
<b>Период на месторабота</b>				
1-3 години	1 (4,8)	13 (61,9)	7 (33,3)	21 (29,6)
4-10 години	2 (14,3)	10 (71,4)	2 (14,3)	14 (19,7)
11-19 години	4 (26,7)	8 (53,3)	3 (20,0)	15 (21,1)
20-25 години	2 (13,3)	6 (40,0)	7 (46,7)	15 (21,1)
>25 години	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	6 (8,5)
<b>Общо</b>	<b>11 (15,5)</b>	<b>38 (53,5)</b>	<b>22 (31,0)</b>	<b>71 (100)</b>
<b>Прецишен опит в диализен сектор</b>				
1-3 години	1 (50,0)	0	1 (50,0)	2 (9,5)
4-10 години	2 (25,0)	3 (37,5)	3 (37,5)	8 (38,1)
11-19 години	0	0	2 (100)	2 (9,5)
20-25 години	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	6 (28,6)
>25 години	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (14,3)
<b>Общо</b>	<b>5 (23,8)</b>	<b>7 (33,3)</b>	<b>9 (42,9)</b>	<b>21 (100)</b>
<b>Вид лечебно заведение</b>				
Държавно	14 (19,7)	34 (47,9)	23 (32,4)	71 (85,5)
Частно	0	8 (66,7)	4 (33,3)	12 (14,5)
<b>Общо</b>	<b>14 (16,9)</b>	<b>42 (50,6)</b>	<b>27 (32,5)</b>	<b>83 (100)</b>

\* $\chi^2$  Тест



Мнението на респондентите по отношение на подготовката за грижа в домашна среда сред кандидатите за БТ значимо се повлиява от степента на образованието ( $\chi^2=26,48$ ;  $p=0,003$ ). Здравните кадри с по-ниски образовани нива, смятат че пациентите не притежават подходящо ниво на подготовка.

Описаната по-рано проблематика по отношение на организацията, честотата на включване на медицинските сестри при провеждане на обучителни форми сред кандидатите за БТ, противоречи на положителната им оценка на провежданата подготовка за грижа в домашна среда. Негативното мнение на по-опитните медицински сестри (с период на месторабота >11 год.,  $n=8$ ) допълнително подчертава описания проблем. Коментар изисква и фактът, че въпреки установения продължителен стаж в диализна структура сред медицинските сестри, значителна част (32,5%;  $n=27$ ) от групата не могат да преценят дали нивото на подготовка, което предоставят на лицата очакващи БТ е достатъчно. Това се обяснява от една страна с факта, че според проучената нормативна рамка в България липсват конкретно заложиени критерии, които трябва да покриват предтрансплантационната подготовка, а от друга, че в сестринския процес вероятно не се прилагат механизми за оценка и проследяване на постигнатите резултати.

#### **4.2.6. Психическа подготовка**

Медицински сестри могат да подкрепят пациентите, като им помогнат да приемат заболяването и избраната бъбречно-заместителна терапия чрез формиране на подходящо отношение у тях към новото им състояние и неговото значение за тях. Самооценката на медицинските сестри по отношение на предоставената от тях психическа подкрепа е положителна, като преобладаващата част от анкетираните (68,3%;  $n=56$ ) считат, че отделят достатъчно време на посочената дейност в осъществявания от тях сестрински процес (Таблица 10).

**Таблица 10: Оценка на проведената от медицински сестри психическата подготовка сред пациентите очакващи БТ**

<b>Оценка на проведената от медицински сестри психическата подготовка сред кандидатите за БТ</b>				
	<b>Не</b>	<b>Да</b>	<b>Не мога да преценя</b>	<b>P*</b>
	<b>Брой (%)</b>	<b>Брой (%)</b>	<b>Брой (%)</b>	<b>Общо</b>
<b>Образование</b>				
средно специално	0	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (5,3)
полувисше	8 (33,3)	13 (54,2)	3 (12,5)	24 (32,0)
специалист ЗГ	2 (15,4)	10 (76,9)	1 (7,7)	13 (17,3)
бакалавър ЗГ	0	16 (94,1)	1 (5,9)	17 (22,7)
бакалавър УЗГ	2 (50,0)	2 (50,0)	0	4 (5,3)
магистър	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	13 (17,3)
<b>Общо</b>	14 (18,7)	50 (66,7)	11 (14,7)	75 (100)
<b>Възраст</b>				
<30 години	0	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (14,1)
30-40 години	1 (10,0)	8 (80,0)	1 (10,0)	10 (14,1)
41-50 години	7 (26,9)	12 (46,2)	7 (26,9)	26 (36,6)
51-60 години	6 (40,0)	7 (46,7)	2 (13,3)	15 (21,1)
>60 години	0	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (14,1)
<b>Общо</b>	14 (19,7)	45 (63,4)	12 (16,9)	71 (100)
<b>Период на месторабота</b>				
1-3 години	1 (4,8)	16 (76,2)	4 (19,0)	21 (30,0)
4-10 години	3 (23,1)	10 (76,9)	0	13 (18,6)
11-19 години	1 (6,7)	11 (73,3)	3 (20,0)	15 (21,4)
20-25 години	6 (40,0)	5 (33,3)	4 (26,7)	15 (21,4)
>25 години	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	6 (8,6)
<b>Общо</b>	12 (17,1)	46 (65,7)	12 (17,1)	70 (100)
<b>Прецишен опит в диализен сектор</b>				
1-3 години	0	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (10,0)
4-10 години	0	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (35,0)
11-19 години	1 (50,0)	1 (50,0)	0	2 (10,0)
20-25 години	2 (33,3)	4 (66,7)	0	6 (30,0)
>25 години	1 (33,3)	2 (66,7)	0	3 (15,0)
<b>Общо</b>	4 (20,0)	11 (55,0)	5 (25,0)	20 (100)
<b>Вид лечебно заведение</b>				
Държавно	13 (18,6)	47 (67,1)	10 (14,3)	70 (85,4)
Частно	1 (8,3)	9 (75,0)	2 (16,7)	12 (14,6)
<b>Общо</b>	14 (17,1)	56 (68,3)	12 (14,6)	82 (100)

\* $\chi^2$  тест

Статистически значими разлики в самооценката на медицинските сестри относно провежданата психологическа подкрепа в периода на очаквана на БТ се установяват при медицинските сестри с различни образователни нива ( $\chi^2=19,97$ ;  $p=0,03$ ) и възрастови групи ( $\chi^2=15,29$ ;  $p=0,05$ ). Критично оценяват дейността респондентите с по-ниска образователна степен, на възраст 41-60год.

Положителната самооценка на медицинските сестри относно провежданата психическа подготовка без описание на обсъдените въпроси, не може да бъде отчетена като пълноценна и следва да бъде обект на по-задълбочено проучване, предвид по-рано описаните психологични проблеми в периода на очакване.

#### **4.2.6. Оценка на поведението на кандидатите за БТ относно отправените препоръки от страна на медицинските сестри в периода на очакване**

Мненията на медицинските сестри относно поведението на кандидатите за БТ спрямо отправените препоръки от тяхна страна в периода на очакване са разнопосочни с близки стойности на дяловете между положителната (47,6%;  $n=40$ ) и отрицателната (40,5%;  $n=34$ ) оценка.

Установява се статистически значима зависимост между оценката на поведението на кандидатите за БТ в периода на очакване и продължителността на стажа на здравните професионалисти ( $\chi^2=17,61$ ;  $p=0,02$ ).

Корелацията е отрицателна, умерена статистически значима (Spearman's  $\rho=-0,40$ ;  $p=0,000$ ): респондентите с по-дълъг период на дадена месторабота смятат, че пациентите не спазват препоръките, вероятно поради по-високите изисквания към своите пациенти. Негативна оценка посочват и всичките от респонденти на ръководни позиции.

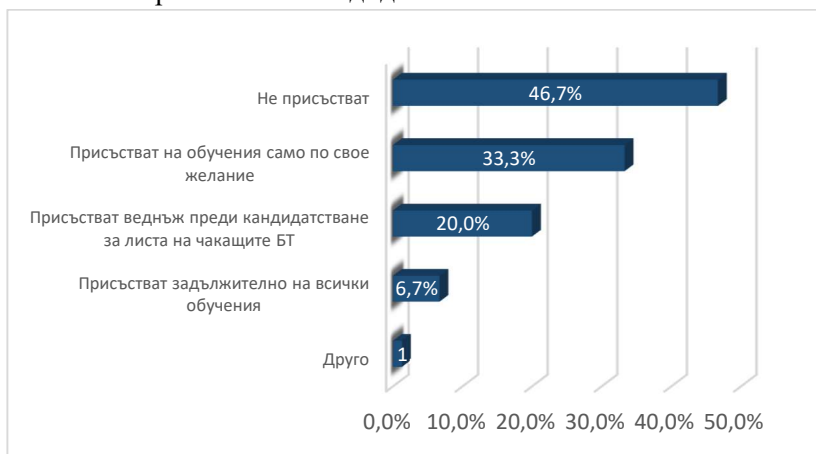
**Таблица 11: Оценка на поведението на кандидатите за БТ относно препоръки на медицинските сестри в периода на очакване**

<b>„Считате ли, че пациентите очакващи БТ проявяват достатъчно отговорност и дисциплина по отношение на получените от Вас препоръки?“</b>					
	<b>Не</b>	<b>Да</b>	<b>Не знам</b>	<b>Р*</b>	
	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	<b>Общо</b>	
<b>Образование</b>					
средно специално	4 (100)	0	0	4 (5,2)	0,17
полувисше	14 (51,9)	12 (44,4)	1 (3,7)	27 (35,1)	
специалист ЗГ	4 (30,8)	6 (46,2)	3 (23,1)	13 (16,9)	
бакалавър ЗГ	4 (23,5)	11 (64,7)	2 (11,8)	17 (22,1)	
бакалавър УЗГ	2 (50,0)	1 (25,0)	1 (25,0)	4 (5,2)	
магистър	4 (33,3)	7 (58,3)	1 (8,3)	12 (15,6)	
<b>Общо</b>	32 (41,6)	37 (48,1)	8 (10,4)	77 (100)	
<b>Възраст</b>					
<30 години	2 (20,0)	6 (60,0)	2 (20,0)	10 (13,9)	0,45
30-40 години	2 (22,2)	5 (55,6)	2 (22,2)	9 (12,5)	
41-50 години	16 (57,1)	9 (32,1)	3 (10,7)	28 (38,9)	
51-60 години	6 (40,0)	7 (46,7)	2 (13,3)	15 (20,8)	
>60 години	5 (50,0)	5 (50,0)	0	10 (13,9)	
<b>Общо</b>	31 (43,1)	32 (44,4)	9 (12,5)	72 (100)	
<b>Период на месторабота</b>					
1-3 години	5 (23,8)	11 (52,4)	5 (23,8)	21 (29,2)	0,02
4-10 години	2 (14,3)	11 (78,6)	1 (7,1)	14 (19,4)	
11-19 години	7 (46,7)	6 (40,0)	2 (13,3)	15 (20,8)	
20-25 години	10 (62,5)	5 (31,3)	1 (6,3)	16 (22,2)	
>25 години	5 (83,3)	1 (16,7)	0	6 (8,3)	
<b>Общо</b>	29 (40,3)	34 (47,2)	9 (12,5)	72 (100)	
<b>Предишен опит в диализен сектор</b>					
1-3 години	1 (50,0)	0	1 (50,0)	2 (9,5)	0,35
4-10 години	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	8 (38,1)	
11-19 години	1 (50,0)	0	1 (50,0)	2 (9,5)	
20-25 години	5 (83,3)	1 (16,7)	0	6 (28,6)	
>25 години	2 (66,7)	1 (33,3)	0	3 (14,3)	
<b>Общо</b>	12 (57,1)	6 (28,6)	3 (14,3)	21 (100)	
<b>Вид лечебно заведение</b>					
Държавно	31 (42,5)	35 (47,9)	7 (9,6)	73 (86,9)	0,22
Частно	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)	11 (13,1)	
<b>Общо</b>	34 (40,5)	40 (47,6)	10 (11,9)	84 (100)	

\* $\chi^2$  тест

#### 4.2.7. Участие на семейство или близки в предтрансплантационната подготовка

Членовете на семействата на пациентите са активен участник с важна роля в предтрансплантационната подготовка, тъй като тяхната подкрепа и поведение в периода на очаква оказва влияние върху постигнатите резултати от кандидатите за БТ. Това поставя въпроса за необходимостта от проучване мнението на медицинските сестри относно подготовката сред тясното обкръжение на кандидатите за БТ.



**Фигура 10:** Присъствие на семейство или близки по време на здравни обучения сред пациентите, очакващи бъбречна трансплантация  
Резултатите надвишават 100%, т. к. анкетираните са посочили повече от един отговор

Едва 6,7% (n=5) от респондентите посочват задължително участие на близките при провеждане на обучителни форми и това са предимно лица с висше образование, на възраст под 30год., с продължителност на стажа 1-3год.; практикуващи в общински центрове; а 20,0% (n=15) - еднократно посещение на близките по време на обучения преди кандидатстване в Листата на чакащите БТ, а ( $p>0,05$ ). Задължително присъстват членовете на семейства по време на обучения в частни центрове (2) и диализни структури към МБАЛ (n=3), докато няма нито един такъв случай в УМБАЛ ( $\chi^2=19,98$ ;  $p=0,01$ ).

Установената честота на присъствие на близки по време на обучения сред пациентите, очакващи БТ показва, че на практика диализните центрове не включват семействата на потенциалните реципиенти в провежданата предтрансплантационната подготовка. Това провокира проучването на нагласите към изготвените предложения с потенциална възможност за решение на изложения проблем като: участие на близкото обкръжение на пациенти при провеждане на здравни обучения и задължителна форма на присъствие в обучителни форми.

Медицинските сестри изразяват положително мнение към предложението за включване на членове на семейства в обучителните сесии, като (92,9%; n=79) считат, че това би било полезно за потенциалните реципиенти. А малко над 2/3 от анкетираните здравни специалисти (71,4%; n=60) категорично заявяват, че близкото обкръжение трябва задължително да присъства при провеждането на обучителни форми относно БТ. Предложението получава абсолютна подкрепа и от ръководните кадри (n=4; p=0,41) включени в извадката.

Сред проучените фактори (образование, заемана длъжност възраст, период на месторабота, предишен опит в диализен сектор, вид лечебно заведение, текуща месторабота), значима връзка между мнението за задължително присъствие на близки при провеждането на обучителни форми относно БТ се установява със заемана длъжност ( $\chi^2=21,28$ ; p=0,02); продължителността на стажа на настоящата месторабота ( $\chi^2=35,78$ ; p=0,003), като делът на медицинските сестри (в това число и старшите медицински сестри (50,0%; n=2), практикуващи в УМБАЛ (n=33) и частните центрове (n=7) изразяват по-висока подкрепа към предложението спрямо представителите от работещите в МБАЛ (n=20).

#### **4.2.8. Нагласа към разкриване на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижата при пациенти очакващи трансплантация**

Идеята за разкриване на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижата при пациенти, очакващи трансплантация е относително нова за България, но е изключително високо подкрепена от участниците (82,4%; n=70), със значително представителство сред различните групи по възраст, образование и трудов стаж, което подчертава готовността на медицинските сестри към участие в подобна услуга. Положително мнение изразяват и всички респонденти, заемащи ръководна позиция ( $p=0,26$ ) (Табл. 11). Степента на образованието на медицинските сестри в проучването се оказва значим фактор за нагласата към разкриване на автономна сестринска практика. Респондентите със средно специално образование, обаче изобщо не подкрепят това предложение, в сравнение с по-високите образователни нива ( $\chi^2=56,27$ ;  $p=0,0001$ ).

Значимо влияние върху изследвания показател оказва още и продължителността на стажа на настоящата месторабота ( $\chi^2=44,85$ ;  $p=0,0001$ ), където се наблюдава пълна подкрепа към предложението за разкриване на самостоятелна практика при: Диализен център Диалхелп - гр. Добрич (n=4); УМБАЛ - Бургас АД гр. Бургас (n=10) и УМБАЛ "Св. Марина" ЕАД- гр. Варна (n=16).

Анкетираните споделят сериозна позитивна нагласа за участие в специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижите за пациенти очакващи БТ – 82,7% (n=62) от респондентите декларират своята готовност за това, като характеристиката на лицата е сходна с предходния въпрос.

*Таблица 11: Нагласа към разкриване на специализирана сестринска практика, свързана с подпомагане на грижата сред медицински сестри*

	Не	Да	Не мога да преценя	Р*
	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Общо
<b>Образование</b>				
средно специално	4 (100)	0	0	4 (5,1)
полувише	0	22 (81,5)	5 (18,5)	27 (34,6)
специалист ЗГ	0	12 (92,3)	1 (7,7)	13 (16,7)
бакалавър ЗГ	1 (5,9)	15 (88,2)	1 (5,9)	17 (21,8)
бакалавър УЗГ	0	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (5,1)
магистър	1 (7,7)	12 (92,3)	0	13 (16,7)
<b>Общо</b>	<b>6 (7,7)</b>	<b>64 (82,1)</b>	<b>8 (10,3)</b>	<b>78 (100)</b>
<b>Възраст</b>				
<30 години	0	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (13,7)
30-40 години	3 (30,0)	6 (60,0)	1 (10,0)	10 (13,7)
41-50 години	1 (3,6)	23 (82,1)	4 (14,3)	28 (38,4)
51-60 години	1 (6,7)	12 (80,0)	2 (13,3)	15 (20,5)
>60 години	1 (10,0)	9 (90,0)	0	10 (13,7)
<b>Общо</b>	<b>6 (8,2)</b>	<b>59 (80,8)</b>	<b>8 (11,0)</b>	<b>73 (100)</b>
<b>Период на месторабота</b>				
1-3 години	0	18 (85,7)	3 (14,3)	21 (29,2)
4-10 години	0	14 (100)	0	14 (19,4)
11-19 години	3 (20,0)	10 (66,7)	2 (13,3)	15 (20,8)
20-25 години	1 (6,3)	11 (68,8)	4 (25,0)	16 (22,2)
>25 години	1 (16,7)	5 (83,3)	0	6 (8,3)
<b>Общо</b>	<b>5 (6,9)</b>	<b>58 (80,6)</b>	<b>9 (12,5)</b>	<b>72 (100)</b>
<b>Преишен опит в диализен сектор</b>				
1-3 години	0	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (9,5)
4-10 години	0	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (38,1)
11-19 години	0	1(50,0)	1 (50,0)	2 (9,5)
20-25 години	0	6 (100)	0	6 (28,6)
>25 години	0	3 (100)	0	3 (14,3)
<b>Общо</b>	<b>0</b>	<b>18 (85,7)</b>	<b>3 (14,3)</b>	<b>21 (100)</b>
<b>Вид лечебно заведение</b>				
Държавно	5 (6,8)	61 (83,6)	7 (9,6)	73 (85,9)
Частно	1 (8,3)	9 (75,0)	2 (16,7)	12 (14,1)
<b>Общо</b>	<b>6 (7,1)</b>	<b>70 (82,4)</b>	<b>9 (10,6)</b>	<b>85 (100)</b>

\* $\chi^2$  тест

Готовността за участие в подобна услуга е на 100%при лицата с предишен опит ( $\chi^2=12,55$ ;  $p=0,01$ ), местоработата на медицинските сестри ( $\chi^2=34,76$ ;  $p=0,004$ ), практикуващи в



диализни структури към УМБАЛ (n=31). От останалите проучвани фактори не се установяват значими такива ( $p>0,05$ ).

## **V. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ ОТ КАЧЕСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ТРАНСПЛАНТАЦИОННИЯ ПРОЦЕС ПРИ БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

### **5.1. Описателна характеристика на изследваните лица**

Проведено е качествено проучване по отношение на предоставяните здравни грижи в трансплантационния процес при 20 пациенти с бъбречни заболявания, претърпели БТ (около 50% от пациентите включени в Листата на чакащите БТ в Клиниката по нефрология към момента на формиране на извадката). Преобладаващата част от интервюираните пациенти са жени (60,0%; n=12); средната възраст е  $46,5 \pm 12,5$  години, като най-голям е дялът на респондентите между 40-49г., (30,0%; n=6). Мнозинството сред участниците са в активна възраст и поддържането на оптимално здравословно състояние следва да бъде приоритет във всеки етап от лечението им.

Според етническия състав, групата се отличава с българско представителство, 15 лица (75,0%) са се самоопределили като българи, а останалата една четвърт от реципиентите (25,0%; 5) като турци. Липсват представители на други етноси. Преобладават жителите на градове с 85,0% (n=17), а 15,0% (n=3) населяват села. Мнозинството сред участниците пребивават в областни градове и съответно имат достъп до високо специализирана медицинска помощ.

*Таблица 12: Социално-демографски характеристики на реципиенти*

Характеристика	Брой	%
----------------	------	---

<b>Пол</b>		
Мъж	8	40,0
Жена	12	60,0
<b>Възраст</b>		
до 29г.	1	5,0
30-39г.	5	25,0
40-49г.	6	30,0
50-59г.	5	25,0
Над 60 г.	3	15,0
<b>Средна възраст</b>	<b>46,5г. (±12,5) години</b>	
<b>Етническа принадлежност</b>		
Българска	15	75,0
Турска	5	25,0
Ромска	0	0
Друга	0	0
<b>Местожителство</b>		
Град	17	85,0
Село	3	15,0
<b>Степен на образование</b>		
Висше	10	50,0
Средно	5	25,0
Основно	3	15,0
Друго	2	10,0
<b>Заетост</b>		
Работят	11	55,0
Безработни	2	10,0
Пенсионер	6	30,0
Не е посочил	1	5,0

По отношение на нивото на образование, половината (50%; n=10) от респондентите са посочили, че са с висока степен на образование „*висше*“, 25,0% (n=5) са със „*средно*“, 15,0% (n=3) имат „*основно*“, останалите 10,0% (n=2) „*средно специално*“. Установеното ниво на образование предполага висока степен на осведоменост сред участниците относно бъбречното заболяване и трансплантационния процес. Разпределението по заетост е

следното: 11- работят; 2-ма не работят; 6-ма са пенсионери, а единият от респондентите не е посочил каква е трудовата заетост.

Всички респонденти, участвали в качественото проучване за оценка на трансплантационния процес, са хора, претърпели БТ, като двама към момента подготвят втора трансплантация, поради отхвърляне на първия трансплант. Пациентите са с дългогодишна медицинска история - средно 12,5 години.; 4÷40 години; като за 14 от тях продължителността е между 10год. и 40год. Почти всички (n=18) са преминали през всички етапи на трансплантационния процес, с изключение на двама (рес.14;16), които са предприели превантивна БТ, за да пропуснат диализно лечение. Преките им наблюдения и впечатления позволяват да се оцени адекватността на полаганите здравни грижи от пациентска гледна точка.

Мнозинството от респондентите са трансплантирани в чужбина и по-конкретно в страните Турция и Пакистан, което им позволява да споделят преки впечатления относно качеството на полаганите здравни грижи за тях там. Предизвикателствата и предложенията, очертани в отговорите по поставените въпроси, под формата на обширни дълбочинни интервюта, са обособени тематично в няколко секции: Преддиализен период; Диализен период; Бъбречна трансплантация; Посттрансплантационен период.

## **5.2. Оценка трансплантационен процес**

Трансплантационният процес обхваща продължителен интервал от време сред преобладаващата част от интервюираните. В описанията на респондентите се проследява хода на заболяването при всеки и предизвикателствата, с които се сблъсква по пътя към БТ, както и посттрансплантационното наблюдение. Дългогодишната медицинска история на участниците изисква детайлно разглеждане на провежданите здравни грижи и изготвяне на оценки на всеки от етапите.

## ❖ **Преддиализен период**

Началото на бъбречната патология сред изследваната група се установява на средна възраст 32 години (от 15 до 50 години). Мнозинството сред респондентите (респ.1;3;4;5;8;10;11;14;16) споделят, че появата на бъбречното им заболяване е около 30-те им години. Описаните събития се развиват в периода между 1985 и 2014 години. Споделените наблюдения и впечатления през този етап от лечението проследяват развитието на здравните грижи за пациенти с ХБЗ.

Лечебният процес при диагноза ХБЗ включва пожизнено наблюдение и приложение на продължителна грижа. Част от мониторинга на пациентите с ХБЗ изисква хоспитализиране поради спецификата на лечебния план, прилаган при бъбречна патология, по време на което пациентите следва да бъдат обстойно запознати с текущото си здравословно състояние; видовете бъбречно-заместителна терапия и да се адаптират физически и психически към настъпилите промени.

Поставянето на точна диагноза е от особено значение за започване на своевременното лечение. При някои от участниците **установяването на бъбречната патология отнема продължително време** като например: *„От 32 годишна, по време на бременността ми, до 52 годишна никой лекар не ми пусна креатинин“*(респ.11).

След установяване на нарушена бъбречна функция, всички респондентите са насочени за хоспитализация. Провеждат лечение в градовете: София; Варна; Добрич; Русе; Велико Търново и Бургас. За мнозинството от пациентите (респ.1;2;3;5;6;7;9;12;16;17;19;20) това е и първа хоспитализация изобщо.

Независимо от това, че са провеждали лечение в различни градове от страната общото мнение на респондентите (респ.3;5;7;9;14;16) е свързано с неудовлетворение от полагащите грижи за тях в този период. Водеща причина за проблема считат

**липсата на достатъчно информация** относно заболяването и извършените дейности по време на болничния престой: „...абсолютно нито обучения, нищо, нищо, разбирате ли все едно аз си бях един обикновен пациент. Три или четири пъти аз пролежавах в болницата за по 10 дни по спомени.“(респ.5), като допълнително се посочва че **техните роднини са запознати от тях самите с необходимата информация** относно заболяването им: „Не, аз им казвах каквото трябва.“(респ.14). Друг фактор, който ги афектира е **нивото на комуникация** между медицинския екип и пациента: „...единствено със санитарките може да се говори, сестрите са вечно нервни, вярно много работа имат, но пациентите не сме виновни за това... Това много ме афектира и най-вече, че няма информация, няма кой да ти каже като започнеш и диета и заболяване и изследвания и медикаменти, резултатите с пациентите по легло си ги коментираме.“(респ.14);

Изразява се мнение, че **по време на първоначалната хоспитализация, медицинският екип не е притежавал нужната подготовка относно въпроси свързани с БТ**: „не мога да кажа не компетентни, но определено са хора, които не знам коя е правилната дума, не разбират, не знаят, не искам да обиждам никого, но благодарение на тази докторка, всъщност тя ми даде набора от изследвания които трябва да направя за листата. Значи всъщност ако не беше контакта с нея нон-стоп, нали много трудно.“(респ.16).

Висока удовлетвореност от проведения лечебен процес изразяват само 3-ма (респ.3;14;20) от интервюираните, като за 2-ма (респ.3;14) това е втора хоспитализация. При първата си хоспитализация също подкрепят общото мнение по въпроса.

По отношение на преките си впечатления от медицинския екип по време на първоначалния си болничен престой, по-голямата част от респондентите споделят ,че са получили най-голямо внимание от лекуващия си лекар или друг лекар от отделението. Това се потвърждава от факта, че повечето участници (респ.1;2;4;5;16;17;19;20) го посочват по име, но **не си спомнят конкретна медицинска сестра от този престой**: „...от

*Нефрология не, не ги помня.*“(респ.17), която да им е направила по-силно впечатление.

Преддиализното състояние сред изследваната група е с различна продължителност – медиана 4 години (от 3 месеца до 31 години).

Пациентите, при които заболяването е в ремисия (респ.1;2;3;4;7;11;12;13;14;15;16;18) са провеждали проследяване на състоянието си, чрез регулярни посещения при наблюдаващ ги специалист и периодични хоспитализации. Изразяват мнение, че в този период са удовлетворени от полагащите грижи, благодарение на което са водели пълноценен живот. В разказите на участниците **не се споменава за сестрински процес или участие на медицински сестри по време на регулярните наблюдения при специалист.**

Някои от участниците (респ.2;3;12;14) споделят и за **проблеми, свързани не само с физическото, но и с психичното си състояние**, като в описанията им липсват данни са провеждана психична подготовка относно предстоящото лечение: *„Аз бях много отчаян от късмета си и не виждах изход това е голям проблем, защото си млад човек и бъдещето ти... в един момент не се знае какво ще стане и всичко се обръща с краката на горе. И да се опитват да те успокояват не става, защото то ти е постоянно в главата...“* (респ.3).

Мнозинството сред участниците (респ.1;3;4;5;6;7;9;10;13;15;16;17;18;19;20) посочват, че са били **включени в листата**. Регистрацията на по-голямата част (респ.3;5;7;9;10;13;15;20) се осъществява в същата година на **започване на диализно лечение**. Четирима (респ.1;4;6;19) са се включили между 2 и 6 години след началото на диализното лечение. Едва двама (респ.16;17) са регистрирани в преддиализния период. Продължителността на престой в Листата на чакащите БТ е средно 3 години (от 1 до 14 години;).

Респондентите споделят разнопосочни мнения относно качеството на здравните грижи в преддиализния период.

Пациентите, които са били в продължителна ремисия изразяват **удовлетворение от наблюдението от проследяващия ги нефролог, като не се споменава за участие на медицински сестри в него.** Оценката на респондентите относно качеството на предлаганите здравни грижи **по време на хоспитализация в преддиализен период е негативна** с недоволство от първоначалния си болничен престой и посочване на организационни проблеми в преддиализен период.

#### ❖ Диализен период

Периодът на диализно лечение сред изследваната група е средно 3 години ( 6 месеца до 16 години). Сред по-голямата част от участниците диализния период е с продължителност между 1 година и 5 години. Една четвърт от респондентите (респ.1;4;6;17;19) провеждат диализно лечение в периода между 6 и 16 години. Само при двама от пациентите (респ.2;12) диализният период продължава едва 6 месец. Описаните събития се развиват в периода 1999г.и 2018г.

Мнозинството от респондентите (респ.2;4;5;8;9;10;11;12; 13;15;17;19) споделят, че **не са им провеждани по-специални грижи като пациенти, очакващи БТ** и съответно грижата за тях не се е различавала от тази за останалите пациенти: „... *някакви специални грижи не е имало, те си бяха грижите към всички еднакви.*“ (респ.4). По-голямата част от интервюираните (респ.1;2;4;5;17;19;20) споделят, че в периода на очакване на БТ **не са им провеждани специални обучения** по темата: „*Не, в този аспект не или поне не си спомням.*“ (респ.1).

Трима от интервюираните (респ.5;12;19) считат, че към момента на своята трансплантация, средния медицински персонал в диализния център не е притежавал необходимата подготовка, за да ги подпомага в периода на очакване на БТ: „... *преди трансплантация в диализа никой нищо не ти казва, или никой нищо не знае. Още повече те сестрите от къде да знаят при положение, че са диализни сестри, те не се занимават с трансплантирани пациенти, те се занимават с диализно болни. И*

никой нищо не ти обяснява като цяло за тези работи. И до момента е така.“(респ.19).

Друга част от респондентите (респ.10;11;13;15;17;19) допълват, че въпреки обясненията и препоръките на персонала, имат наблюдения, свързани с **липса на дисциплина и отговорно поведение към диализното лечение от страна и на пациентите**: „...казвах ми, защото все отивах с повече килограми там и все ме предупреждаваха да не правя много килограми там, че ще увредя черния дроб там, ама то пие ти се вода не може.“(респ.15).

Психическата подготовка при началото на диализата е от изключително значение относно хода на лечението впоследствие. Някои респонденти (респ.2;3;6;9;12) открито споделят за предизвикателствата си, свързани с адаптацията към диализното лечение: „...аз много тежко го понесох даже в началото мислех да скачам от моста. ...Не знам тежко е, има нужда от психолог да Ви кажа определено. Мой познат, който отскоро е на диализа, също казва, че много зле се е чувствал...“ (респ.9). Участниците с продължителен диализен период имат наблюдения през годините че: „Някои от хората или го приемат или се озлобяват, но повечето се озлобяват и стават не приятни за общуване.“(респ.6). В описанията на интервюираните **не се споменава за дейности свързани с психическа нагласа или подкрепа относно предстоящото**. Само един респондент от Варна, споделя за провеждане на психическа подготовка по време на диализния период, като тези терапии са провеждани от медицинска сестра със съответното образование: „Ами от гледна точка на пациент, нали всеки го е страх какво ще се случи с него и търси най-малката помощ, най-малкото внимание означава много... Получавах и, не знам дали още практикува, казва се сестра (цитира име), тя ми провеждаше такива терапии да ме успокоява, как да го кажа психически да се подготвя.“(респ.7).

По време на диализния си период голяма част от изследваната група се сблъсква с проблеми, засягащи физическото им здраве (респ.2;3;5;6;7;8;12;15;17;18;19;20), като с най-висока честота се очертава хипертонията (респ.2;3;5;20).



Макар че преобладаващата част от участниците (респ.2;4;5;8;9;10;11;13;15;17) констатира, че няма по специална грижата за тях в периода на очакване, общото им мнение е положително относно качеството на предоставяните здравните грижи по време на диализното им лечение: *„Чисто персонала от моя гледна точка си вършеше работата съвестно, предвид консуматива и обстоятелствата в които бяха поставени.“* (респ.5). Респондентите, провеждали продължително хемодиализно лечение (между 6 и 16 години.), (респ.1;6;19) подчертават важната ролята на медицинските сестри в този труден етап от живота им: *„Сестрата може да има много важна роля, защото в диализните центрове се изработват едни отношения между пациент и медицински персонал и по-специално медицински сестри, поради регулярните посещения в отделението. Лекар пристига при някаква извънредна ситуация, защото може би така е зададено, но сестрите са тези, които винаги виждат ръката на пациента, винаги преценяват в какво състояние е тя, дават съвети за компреси, дори и за лекарствени средства, ако се налага да се взимат.“* (респ.1).

**Оценката на диализния период е положителна** – Тук следва да се уточни, че **положителната оценка** на интервюираните е относно качеството на предоставените здравни услуги свързани със самото **диализно лечение**, тъй като сред мнозинството от интервюираните, **не са осигурявани по-специални грижи или обучения в периода на очакване на БТ.**

#### ❖ Трансплантационен период

БТ сред почти всички участници е извършена посредством живо донорство (респ. 2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;14;16;17;18), при двама е използван метода на кръстосаното донорство (респ.1;15). Само двама от респондентите са трансплантирани чрез трупен донор (респ.19;20). Трансплантациите на респондентите са извършени в периода между 2006 и 2019г. Половината от БТ са проведени между 2016 и 2019г., а 20%(n=4) са осъществени между 2011г. и 2015г. Останалите операции за извършени преди 2010г.(30%; n=6).

Преобладаващият дял (60%;n=12) от респондентите са трансплантирани в чужбина, като една част са предпочели да извършат операцията си в Турция (n=9), а друга в Пакистан (n=3).

Останалите участници (40%;n=8) от изследваната група се доверяват на български специалисти в областта. Повечето от БТ, извършени в България са проведени в УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД гр. Варна (n=6), а последните двама (n=2) са оперирани в гр. София, съответно в УД „Лозенец“ и УМБАЛ „Александровска“ ЕАД.

Проведените трансплантации в чужбина са се случили със съдействието на фирма-посредник или координатори на конкретно лечебно заведение.

Подготовката за операция включва и провеждане на срещи с екипа оператори участващи в трансплантацията. По време на тези разговори пациентите получават информацията относно самата операция и по всякакви въпроси, които ги вълнуват: *„Ами по принцип още преди БТ имах право да задам каквито въпроси имах към нефролога и към професора...“* (респ.14).

В описанията на трансплантираните пациенти в Турция (респ.2;9;14;16) се подчертава ролята на координаторът по трансплантацията по време на престоя им там: *„Чака те координатор там, който говори български, задължително говори езика не зависимо от къде идваш. Поема те този координатор, ти не се чудии по какви опашки да висии, по какви каси да плащаш или някакви бележки да пазиш, ...идват взимат те водят те директно влизаш в кабинета, ... и всичко това го минаваш за един ден, няма такива елате утре за снимка, елате в други ден за нещо друго... Постъпих на 01ви ,а ме изписаха на 18ти , но всичко беше много добре координирано, също самата операция, след операцията...“* (респ.2).

Част от пациентите (респ.1;2;6) споделят за срещи и с психолог преди трансплантацията: *„Преди операцията психолози минаваха, много разговори имаше, дали сме съгласни, дали сме го обмислили добре, знаем ли последствията, знаем ли какво ще бъде*

*лечението, трябваше да помислиш добре дали да го направиш. Да ще те спаси, но трябва да знаеш какви грижи да полагаш, за да продължаваш да си после добре. И с майка ми психолог разговаря за да прецени знае ли на какво се подлага, готова ли е.“ (респ.2).*

Някои от участниците споделят, че **до този момент не са били запознати с рисковете и потенциалните усложнения**, които могат да настъпят след една трансплантация: *„...при срещата с професора, който ме трансплантира той ме попита имаш ли някакви въпроси, моите въпроси бяха за след това какво ми предстои, защото реално никой не ти дава обяснения какъв филм е, и какво се случва след това.“ (респ.16).*

Участниците, трансплантирани в Турция (респ.1;2;9;13;14;17) имат наблюдения, свързани с извършването на чисто медицинските им задължения, като подчертават добрата им организация на работа в сектора. Всички споделят, че поради езиковата бариера не са получавали съвети или препоръки от тях, но отношението и вниманието им към пациента е било много добро.

Пациентите трансплантирани в Турция споделят различни практики, чрез които са получили необходимата подготовка. При една част (респ.1;14;15) обученията по всяко направление като: хранителен режим; двигателен режим; медикаментозна терапия и др., са провеждани от лекар специалист в съответната област. Други (респ.16;17) отбелязват, че са имали едно, но много обстойно и подробно обучение, което е извършено от главната медицинска сестра или друга медицинска сестра. Участниците споделят, че подобни обучителни сесии са провеждани на близките им, тъй като са били донори: *„Всеки от нас аз като реципиент, а съпругът ми като донор получи списък с правила на поведение в следтрансплантационния период, които правила включваха диетичен режим, двигателен режим, медикаментозен режим и много подробна схема за приемането им. ...Бяхме посетени от диетолог с преводач, които ни разясни всичко отнасящо се до диетата и от*

*наблюдаващия нефролог който разясни останалите неща, основно за терапията и за двигателния режим също. ...Всичките тези посещения и получаването на този списък, стана в последния ден преди изписването.“(респ.1).*

Оценката на всички пациенти извършили своята БТ в България относно организацията на самата операция е положителна и подобно на останалите участници изразяват висока удовлетвореност от полаганите грижи и внимание след това. Пациентите отбелязват, че също преди трансплантацията, екип оператори се среща с тях и много обстойно ги запознава с хода на операцията и с допълнителна информация по темата: *„Всъщност самата подготовка за БТ се състоеше в два етапа. В началото на годината (април м.-май м.) бяхме за предварителни изследвания за съвместимост и всички други изследвания съпътстващи подготовката за трансплантация, след което ни изписаха... Самата БТ се насрочи за ноември 2012г. и седмица по-рано ни приеха отново в отделението и отново ни правиха изследвания, тогава бяха и по-голямата част от обученията какво ни предстои след това...“ (респ.5).*

**В описанията на пациентите трансплантирани в България, липсва информация за проведена психическата подготовка преди операцията.** Само един респондент споменава следното: *„Аз мисля, но сега го осъзнавам, направих грешка да откажа психолог, а сега вече осъзнавам че е нужно да има, ако щете и преди БТ да се провежда и с донора и реципиента, разговор с психолог и след също задължително и от двете страни трябва да се случи това нещо.“(респ.12).*

Всички участници (респ.3;5;7;10;12;19;20) изразяват **висока удовлетвореност от качеството на предоставяните здравни грижи** и в двата сектора след БТ (Реанимация; Нефрология): *„Чувствахме се много обгрижени, непрекъснато имаше медицинско лице при нас в реанимация, тъй като ние тримата бяхме в една зала обща.“(респ.5)*

В описанията си част от пациентите (респ.3;5;7;12) споделят, че по време на подготовката им за БТ е **участвал и координатор**

**по бъбречна трансплантация,** който е организирано провеждането на различните изследвания. Към момента на събитията този координатор е бил медицинска сестра, която е провеждала и съответната психическа подготовка за предстоящата процедура. Участниците оценяват положително тази практика, като правят сравнение с периода, когато е липсвал в трансплантационния екип: *„Като влязох тогава и започнах с изследвания ... тогава имаше такъв профил в болницата, сега вече го няма, тя тя идваше постоянно в стаята и да обяснява това трябва да направиш, там трябва да отидеш... Медицинска сестра, но с профил координатор по БТ, със собствен кабинет на етаж... и с така да кажа повече власт, думата ѝ се чуваше навсякъде. Ако те прати обикновена сестра нищо не ставаше, но ако те изпрати координатора вече е друго, имаше тежест просто.“* (респ.7).

В описанията по въпроса на двама от респондентите (респ.3;5) и по конкретно трансплантирани във Варна, **особено се подчертава ролята на трансплантационната сестра в периода след БТ,** която е била ангажирана с тяхната подготовка за живота след това. Благодарение на изграденото доверие към нея, се отбелязва че тя е била и лицето им за контакт при първоначални притеснения:

*„...за самите обучения сестра (цитира име), как да се поддържа, всъщност за живота след това ни подготви тя. Тя се водеше трансплантационна сестра и предимно с нея контактувахме. ...Тя ни следеше имуносупресията, тя ни обясняваше как да я пием, колко е важно по час да се пие, за всички тези неща предимно от сестрата получавахме информация, разбира се и от лекарите, но предимно с нея контактувахме по тези въпроси.“* (респ.5).

При провеждане на подготовката им споделят, **че близките им не са били включени:** *„С моите близки не е провеждано такова обучение или консултация.“* (респ.5).

**Оценката на трансплантационния период е положителна** - Респондентите изразяват най-висока удовлетвореност относно качеството на предоставените здравни грижи в този етап от

лечението си. Единствено в този етап, някои от интервюираните изразяват впечатления от автономна дейност на специалистите по здравни грижи по отношение на БТ, като ясно очертават ролята на трансплантационната сестра и координатора по БТ в трансплантационния екип. При сравнение на организацията на здравните грижи между трансплантираните в Турция и България се установява липса на срещи с психолог и подготовка на близките за грижа в домашна среда.

#### ❖ **Посттрансплантационен период** –

Продължителността на посттрансплантационния период сред изследваната група към юни м. 2019 г. е средно 4,5 години (от 3 месеца до 13 години;). Половината от участниците (респ.3;4;5;7;8;10;11;12;18;19) провеждат регулярно наблюдение между 5 години и 13 години, осем (респ.1;2;6;9;15;16;17;20) между 1 година и 4 години, а последните двама (респ.13;14), които са най-скоро трансплантирани от 3 и 6 месеца.

Според описанията на респондентите, регулярните посещения протичат по сходен начин в двата центъра в България, липсват данни относно начина на провеждане на визитите в чужбина. Участниците отбелязват, че наблюдението включва провеждане на определен набор от изследвания и преглед от нефролог. Респондентите споделят, че по време на прегледа от специалист, пациентът измерва телесното си тегло и ръста, дава информация за промените през периода от предишния преглед в общото състояние, диетата, кръвното налягане, температурни състояния, проведени консултации и назначени лечения от други лекари-специалисти, за проведени изследвания и резултати.

Мненията на респондентите относно качеството на здравните грижи в посттрансплантационния период са разнопосочни.

Една част от участниците (респ.1;2;3;4;6;8;10;13;15) изразяват удовлетворение от цялостната организация на дейността в диспансера в гр. Варна: „*Организацията е добра, не се*

чака много, няма така да си губим времето и тяхното и нашето. ...Докторите са много внимателни и сестрата също.“(респ.4) и се допълва: „Много съм доволен от тука, от наблюдението.“(респ.15). Подчертава се, че има лично отношение и внимание към всеки, което прави добро впечатление на пациентите: „...във Варна специално аз съм много доволна, защото има лично отношение. Помнят те кой си, знаят историята ти...“(респ.2). Друг допълва: „Много споделена информация има, защото те са университетска болница ...и трябва да държат високо ниво. И като цяло много съм доволен от всички, от сестрите... Но като цяло много сърдечни хора.“(респ.6).

Друга част от респондентите (респ.7;9;11;12;14;16) са на мнение, че посттрансплантационната грижа не е на достатъчно добро ниво към момента, като причините за това са именно в организацията и дейността в диспансера. Някои от респондентите наблюдавани в гр. Варна констатираат, че **визитите не са достатъчно обстойни**: „След обяд се прави повърхностна визита, тук си добре, тук не си добре...“(респ.7) и че продължително време при прегледа от лекар не са се извършвали ехографии на транспланта: „Имаше един период, където не ни бяха гледали много дълго, но сега ни гледат макар и стажанти гледат ни...“(респ.11). В следствие на това споделят за поява на усложнения: „...може би щях да предотвратя това стеснение на уретера, ...ако може би това нещо беше видяно по навреме.“(респ.16). Участниците отбелязват, че по-време на визитите **не се провеждат обучения**: „...но иначе като обучения и такива споделяния честно казано, не.“(респ.12), както и психическа подготовка относно предстоящото: „...когато съм пролежавала в болницата и съм видяла и другото отношение, че има човек който да ти каже какво ще се случи днес, какво точно ще ти се прави, и ти дава пълната информация. Малко или много да се настроиш, защото аз пък искам да знам точно какво ще ми се прави и до ден днешен процедирам по този начин.“(респ.12).

В описанията си по темата още изразяват мнение, че към момента **медицинският екип**, който извършва наблюденията на

бъбречно трансплантираните пациенти **не е достатъчно добре подготвен**: „Младички докторчета, а от старите не виждам никой, които са практики, за мен специално са практики. ...нали нищо те може да са много добри практики и лекари, но те нямат теорията, нямат практиката да го правят това нещо.“(респ.7). Причината, която посочват относно негативното си мнение е липсата на достатъчно опит: „Виждам че някои лекари нямат увереността, което е ясно, когато не си се занимавал не си се сблъсквал, нямаш опит.“(респ.16); „Защото това са хора, които не са правили трансплантации и може да са обучени, да ходели са в Лозенец, не знам какъв период от време, при проф. (цитира име), но не мога да им се доверя. Поради тази причина направих БТ в Турция, нали два живота моя и на майка ми нямаше как да ги рискувам.“(респ.14).

Интервюираните констатират проблеми и в организацията на Клиниката по нефрология, като отбелязват, че се получава **смесване на бъбречно трансплантираните с останалия поток пациенти**. Към момента визитите на реципиентите се провеждат в приемния кабинет на Клиниката по нефрология: „Това което ми е проблем е че няма тоалетна. Има една на първия етаж, която е супер мръсна и вече на самия етаж няма тоалетна, т.е. когато се налага да даваме урина ние ходим по стаята на болните, а те може да лежат за бактерии...“ (респ.9).

Информацията относно качеството на предлаганите здравни грижи в диспансера в гр. София липсва, но в отговора на един от участниците наблюдавани там се споделя за подобна практика: „Диспансера там пак е объркана работа. Става едно смесване на пациенти трансплантирани и други болни. Това също не е добре.“(респ.19).

Посттрансплантационната грижа за бъбречно трансплантираните пациенти се осъществява от медицински екип в състав нефролог и медицинска сестра. Темата на проучването изисква по-задълбочен анализ на нейната дейност в диспансера.

Пациентите, наблюдавани в гр. Варна отбелязват, че в момента **медицинската сестра**, която е част от екипа ангажиран



с наблюденията на БТ пациенти, **изпълнява и функции на приемаща нови болни в клиниката:** „...през другото време, докато аз чакам от вън, тя приема в повечето случаи, да.“ (респ.12). Пациентите още споделят, че: „Диспансерната ни сестра е изключително заета.“(респ.1). Въпреки високата натовареност отбелязват, че срещат активно съдействие и добро отношение от нейна страна, като посочват че тя е и основното им лице за контакт: „... тя е отзивчива и с нея имам постоянен контакт.“(респ.3), и се допълва: „Сега е една млада сестричка и тя е също много готина, дава всичко от себе си.“(респ.6); „Просто най-вече разчитам на нея.“(респ.13). Независимо от факта, че участниците споделят добри впечатления от дейността на медицинската сестра в диспансера, се изразява негативно мнение относно тази организация на работа като се отбелязва: „...просто един човек, както е в момента за всичко е прекалено малко. Тя приема и болните в отделението, води и нас междуременно.“(респ.7).

В описанията на респондентите проследявани по-продължително време (средно 5,5 год.; 2 ÷ 12 години), (респ.3;5;6;7;9;11;12;16), се споменава за участието на трансплантационна сестра в определен период от посттрансплантационното им наблюдение. Тази медицинска сестра е имала ангажимент единствено с посттрансплантационна грижа за бъбречно трансплантираните: „...тази сестра (цитира име), тя се грижеше само за трансплантираните...“(респ.3).

Интервюираните констатираат, че тя е имала високо ниво на подготовка относно посттрансплантационната грижа: „... уникален човек, просто такава сестра рядко срещана и знаеше много, толкова много съвети ни даваше на всички, които са безценни, защото няма къде да ги научиш...“(респ.6), поради което я посочват като основно лице за контакт при първоначални оплаквания: „Понеже постоянно съм поддържал контакт с нея и ако имам някакви притеснения или съмнение съм отивал и въщи и на работа, звъня...“(респ.3). Всичко това, съчетано с изключително внимание и лично отношение към всеки, е предпоставка за изграждането на

доверие и силна връзка с пациента: „...тя ми беше като сестра. Тя беше запозната с всяко едно нещо и знаеше всеки един проблем, както личен така и здравословен явно има значение от гледна точка на психологията.“(респ.3).

Настоящата организация на работа в диспансера в гр. Варна не включва отделна медицинска сестра, която да е ангажирана единствено с наблюдението на бъбречно трансплантирани.

В описанията на участниците, наблюдавани в гр. София липсва подробно описание на дейността на медицинската сестра в диспансера, като отбелязват единствено че: „тя е като асистент на лекаря, но е винаги там.“(респ.20), а друг допълва: „... само лекари ме преглеждат. Те ми дават парола и аз си виждам там резултатите...“(респ.19).

Преобладаващата част от респондентите, наблюдавани и в двата центъра (респ.1;2;5;8;9;11;13;16;19) посочват, че **не се контактува със семействата им по никакъв начин**: „Не, не с близките ми по никакъв начин не се е контактувало. Близките ми нямат касателство с диспансера.“(респ.5) и се изразява следното мнение: „Не са ги виждали даже. Никой не го интересува оправяш се, спасяваш се сам, работиш върху себе си.“(респ.11).

**При оценката на респондентите относно качеството на здравните грижи в посттрансплантационния период има дисонанс.** Една част от участниците изразяват удовлетворение от цялостната организация на дейността в диспансера в гр. Варна. Подчертава се, че има лично отношение и внимание към всеки и се поддържа високо ниво на обслужване от всички включително и от медицинските сестри. Друга част от интервюираните са на мнение, че посттрансплантационната грижа не е на достатъчно добро ниво към момента, като причините за това са именно в организацията на дейността в диспансера, посочени в отговорите.

Разнопосочните мнения, затрудняват поставянето на еднозначна оценка на целия трансплантационен процес. Макар че описаните събития се развиват в различните времеви интервали, част от изведените проблеми са идентични във всеки етап.

Очертават се няколко важни пречки за провеждане на качествени здравни грижи в трансплантационния процес:

- Липсата на информация относно хода на заболяването, възможности за лечение и БТ
- Липса на специални грижи за пациентите очакващи БТ
- Липса на активно участие и автономна роля на медицинската сестра
- Липса на достатъчно подготовка на персонала по темата БТ
- Липса на активно участие на близките на пациенти
- Липса на психическа подготовка

В резултат продължителното съществуване на изведената проблематика се развиват и допълнителни пречки понижаващи качеството на здравните грижи в трансплантационния процес като:

- Късно насочване към БТ
- Липса на дисциплина и отговорно поведение относно лечебния процес от страна на пациентите
- Липса на контрол върху рисковите фактори
- Поява на допълнителни усложнения
- Смесване на бъбречно трансплантираните с останалия поток пациенти:

Респондентите споделиха своите препоръки за подобряване организацията на здравните грижи в трансплантационния процес:

- Повишаване на информираността сред потенциалните кандидати за БТ
- Подобряване на комуникацията между медицинския екип и пациентите
- По-стриктен контрол върху здравословния статус и хигиенно-диетичния режим сред кандидатите за БТ
- Провеждане на психическа подготовка относно предстоящото

- Подготовка на близките за участие в трансплантационния процес

В множество отговори ясно се дефинира нуждата от:

- Повишаване информираността сред потенциалните кандидати за БТ
- Подобряване на комуникацията между медицинския екип и пациентите
- По-стриктен контрол върху здравословния статус и хигиенно-диетичния режим сред кандидатите за БТ
- Провеждане на психическа подготовка относно предстоящото
- Подготовка на близките за участие в трансплантационния процес
- Популяризиране на кампанията за насърчаване на донорството сред населението
- Подобряване на материално техническата база в диализните центрове
- Добра комуникация между наблюдаващия екип в България и трансплантационния екип в чужбина
- Включване на допълнителен член в екипа за наблюдение
- Измерване нивата на такролимус в кръвта в лабораторията към диспансера в гр. Варна
- Разкриване на допълнителни кабинети към диспансерите в страната
- Регулярно проучване мнението на бъбречно трансплантираните пациенти относно качеството на предлаганите здравни грижи
- Разработване на мобилно приложение, свързано с хигиенно-диетичния режим за подпомагане на пациенти провеждащи диализно лечение
- Повишаването на социалните контакти сред пациентите провеждащи диализно лечение

## VI. МОДЕЛ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ В ПРЕД- И ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОНЕН ПЕРИОД

### 6.1. Модел на здравни грижи за пациенти в пред- и посттрансплантационен период

Съгласно указанията на KDIGO „*Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation*“, за интердисциплинарна нефрологична грижа и изведените потребности при проведеното проучване са разработени два модела за здравни грижи в пред- и посттрансплантационния период (Схема 1 и 2).



*Схема 1. Интердисциплинарен модел на грижа в предтрансплантационен период*



**Схема 2.** *Интердисциплинарен модел на грижа в посттрансплантационен период*

Основната цел на подхода за грижа в предтрансплантационния период е изграждането на подходяща основа за приложение на продължителна грижа за пациентите с ХБЗ и след извършване на БТ. Интердисциплинарният модел за грижа в посттрансплантационен период адаптира услугите от предходния подход към новото състояние. Двата подхода на пръв поглед изглеждат със сходна конфигурация, тъй като в резултат от направеното проучване се установи, че голяма част от изведените проблеми сред очакващите БТ се препокриват с тези на трансплантираните лица. Съществената разлика между двата модела е в характера на грижа, която се прилага за различните типове пациенти.

## **6.2. Практическо приложение на интердисциплинарния модел на грижа в специализирани сестрински клиники за наблюдение на лица с бъбречна патология**

Специализираните сестрински клиники за наблюдение на лица с бъбречна патология (*Renal Nurse-led Clinic*), основават дейността си върху интердисциплинарния модел на грижа. Автономната сестринска практика успешно прилага подхода чрез консултации с нефролози и други специалисти по здравни грижи от различни дисциплини съобразно индивидуалните потребности на пациента.

Медицинските сестри в България получават високо ниво на образование и възможности за допълнителна специализация, осигуряваща им задълбочени познания в определена област, чрез които покриват голяма част от критериите на ръководители на специализирана сестринска практика, заложили от RCN.

## **6.3. Модел на цялостна организация на специализирана сестринска практика за наблюдение на пациенти в пред- и посттрансплантационните периоди в България**

Идеята, свързана с разкриване на специализирана сестринска практика за наблюдение на пациенти в пред- и посттрансплантационните периоди в България, изисква подробно представяне на цялостната дейност, като следва подробно описание на мястото на центъра в системата на здравеопазването и организацията на специализираните здравни грижи за тези лица.

### **Място на специализираната сестринска практика за наблюдение на пациенти в пред- и посттрансплантационен период в системата на здравеопазването**

Сестринските клиники са широко разпространени в първичното здравеопазване, като обикновено са ситуирани в амбулаторната зона на болница или друго здравно заведение за

доболнична помощ в общността. Тази практика беше сметена като най-целесъобразно предложение, тъй като подобна среда би позволила успешно приложение на интердисциплинарния модел на грижа, заложен в концепцията на дейността на сестринските клиники.

### **Потребители на подходящи за наблюдение в специализирани сестрински клиники**

Предвид темата на научното изследване следва специализираната дейност на сестринската клиника да бъде насочена към пациенти в пред- и посттрансплантационните периоди. В отговор, обаче, на част от изведените проблеми при проведения качествен анализ, свързани с късното насочване към БТ, продължителния период на очакване и настъпилите в следствие увреждания в общо състояние на реципиентите, се предлага разширяване на предвидения контингента чрез включване и на потенциалните кандидати за трансплантация.

Автономната сестринска практика не е задължителна част от лечебния процес и съответно посещението в центъра е по желание на потребителите. С цел осигуряване на по-голяма безопасност на предлаганите услуги, следва преди постъпване в центъра желаещите да получат оценка на здравния си статус от нефролог, чрез която да се уточни дали текущото им състояние позволява мониторинг в специализирана сестринска клиника. Едва след получена положителна оценка от специалист, желаещите могат да посещават центъра.

### **Организацията на дейността в специализираните направления за наблюдение на пациенти в пред- и посттрансплантационен период**

Предоставянето и поддържането на еднакво ниво на качество на предлаганите здравни грижи в различните специализирани направления е част от цялостната концепция на центъра. Като предложение за постигане на това е работния процес във всеки сектор да следва обща структура.



Първоначална визита  
Специализирана медицинска сестра – Пациент оценен от нефролог като подходящ за подобна услуга

Разпределение на желаещите за наблюдение в сестринската клиника към подходящия сектор

Пациенти с прогресивно ХБЗ

Пациенти, провеждащи диализно лечение

Бъбречно трансплантирани пациенти

Специализирани направления в сестринската клиника

Преддиализен сектор

Диализен сектор

Посттрансплантационен сектор

Задължителни компоненти в специализираните направления клиника

**Приложение на интердисциплинарен подход съобразно индивидуалните потребности:**

- Активно участие на пациента в сестринския процес;
- Включване на близките на пациента в сестринския процес
- Работа в тясно сътрудничество с мултидисциплинарен екип, обществени агенции и организации.

**Непрекъсната комплексна оценка от специализирана медицинска сестра, включваща:**

- Оценка на здравословното състояние на пациента
- Оценка на нивото на информираност относно индивидуалните му потребности
- Оценка на постигнатите резултати от индивидуалния план

**Регулярно измерване на нивото на качество и ефективност на предлаганите услуги:**

- Самооценка на пациента относно здравословното му състояние;
- Проследяване на постигнатите резултати от индивидуалния план;
- Регулярно изследване на удовлетвореността на пациента и неговите близки от услугата

#### Потенциални резултати:

- Подобряване на качеството на живот на пациента
- Повишаване качеството на здравни грижи за пациентите очакващи БТ
- Редуциране появата на признаци на усложнения или съпътстващи заболявания
- Популяризиране на БТ сред пациентите в преддиализно състояние
- Намалване на броя хоспитализациите и спестяване на разходите, свързани с тях
- Изграждане на отговорно поведение и дисциплина относно предписанията и лечението

### *Схема 3. Организация на специализираните здравни грижи в сестринската клиника за наблюдение на пациенти в пред- и посттрансплантационен период*

Планира се това да се постигне чрез залагане на задължителни критерии в работния процес на всяко от специализираните направления. Освен предоставяне на еднакво ниво на качество на здравните грижи в центъра, приложението на подобна организация на работа осигурява и плавна адаптация на пациента при пренасочване към друг сектор за наблюдение, подходящ за текущото му състояние. Анализът на събраните данни от задължителните критерии впоследствие позволява лесно определяне качеството и ефективността на сестринските клиники и може да послужат като механизъм за осъществяване на контрол и проследяване на резултатите от предлаганите услуги. Изготвените предложения са свързани с: *Приложение на интердисциплинарен подход съобразно индивидуалните потребности; Непрекъсната комплексна оценка от специализирана медицинска сестра; Регулярно измерване на нивото на качество и ефективност на предлаганите услуги.*

Практиката се ръководи от медицинска сестра, която притежава ОКС „Магистър“ по специалността „Управление на здравните грижи“, специалност „Специфични грижи за трансплантирани пациенти“ и сертификат за професионална компетентност от Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ). Специализираната медицинска сестра

трябва да притежава минимум 5 години професионален опит в здравеопазването, като 3 години е упражняван в клиника по нефрология, диализен център или нефрологичен диспансер, а останалите 2 години е по конкретната специалност. Специализираната медицинската сестра ръководител на практиката е отговорна за планиране на ресурсите – материални и човешки, организация на работата, осигуряване на стандарти за качество и контрол, изготвяне на график за дейността на практиката, документация и пр.

В автономната сестринска практика работят три или повече медицински сестри с опит подходящ за работа в съответното специализирано направление (минимум 3 години по специалността), упражняван в клиника по нефрология, диализен център или нефрологичен диспансер)

Специализираната сестринска практика е обезпечена с помещения, оборудване, апаратура, инструментариум и консумативи за извършване на дейността. В практиката се води документация, в която се регистрират дейността и наблюденията – досие за наблюдение на пациента.

#### **Допълнителни организационни аспекти:**

- **Финансиране на дейността:** финансирането на дейността на специализираната сестринска практика се осъществява на базата на преминали пациенти, като за всеки пациент е предвиден минимален пакет здравни грижи (брой посещения, дейности, изследвания, насочване към лекар и др.) след договор с районна здравноосигурителна каса (РЗОК).

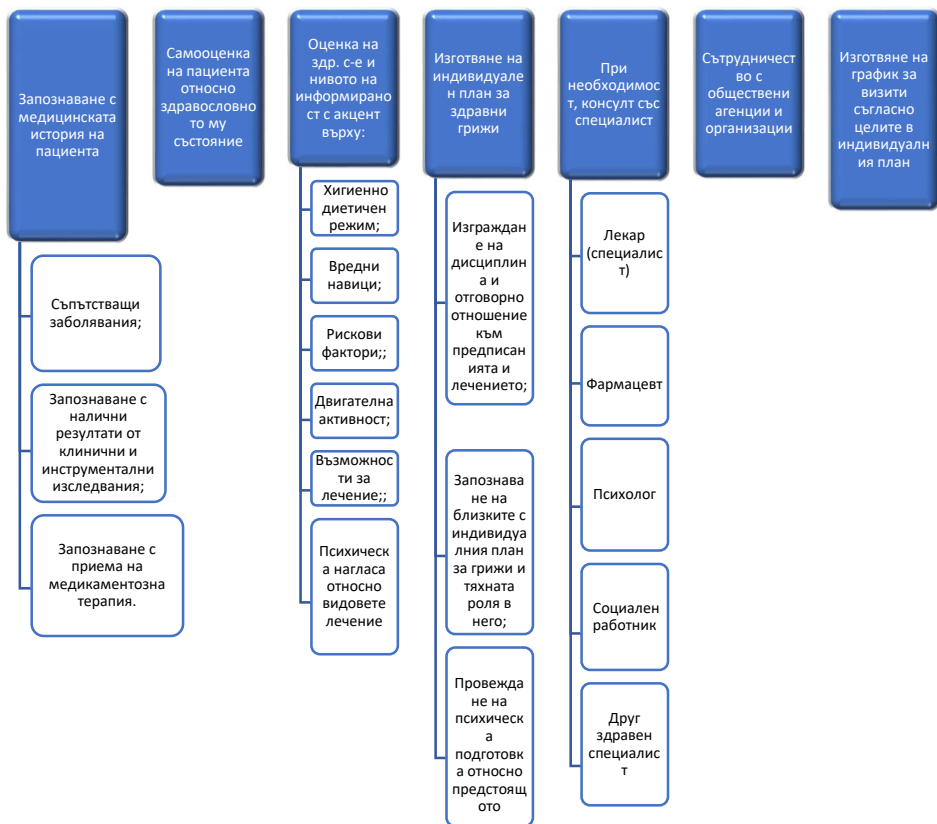
- **Мониторинг на дейността:**

Контрол върху дейността на автономната сестринска практика се осъществява от лечебното заведение на територията, на която се помещава центъра, съсловната организация, РЗИ, РЗОК на базата на предварително определени критерии за оценка.

#### **6.4. Организация на сестринско наблюдение**

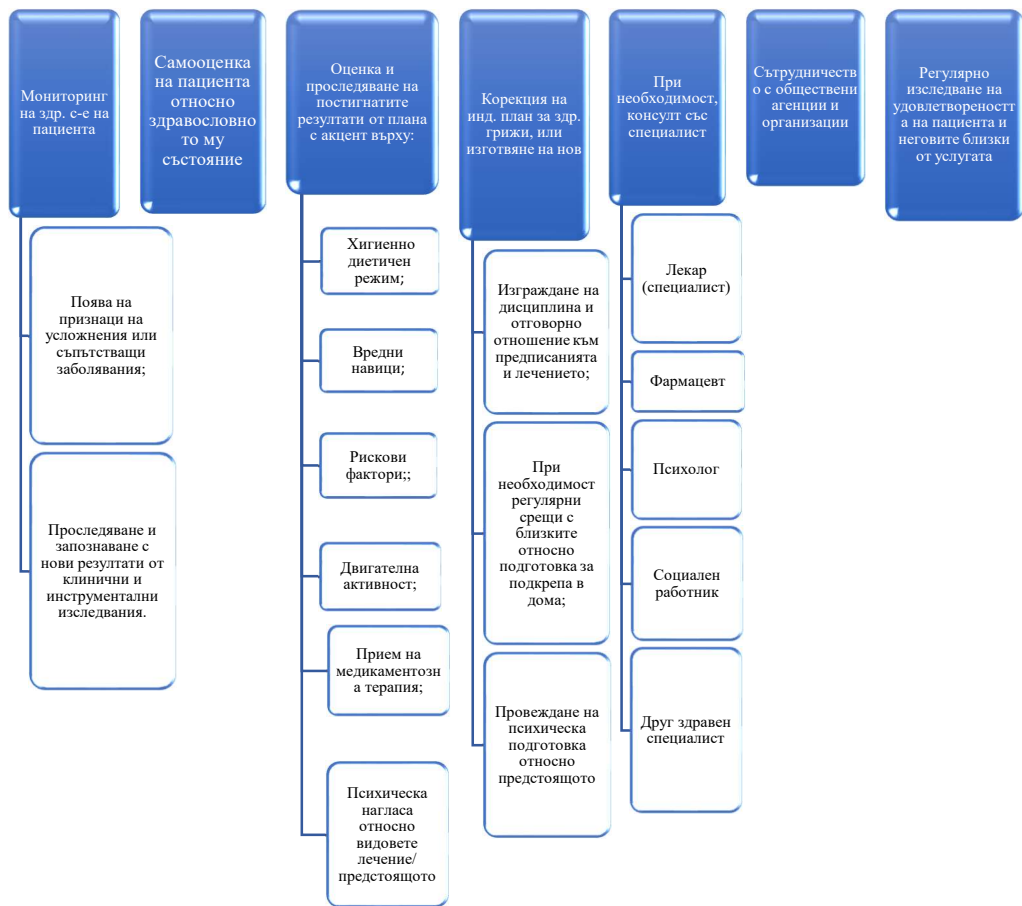
Практическото приложение на гореописаната организация на работа в специализираната дейност на отделните сектори, се планира да се постигне чрез изпълнение на общ план, по който да протича работния процес в сестринската клиника. Предложението ще допринесе за по-лесното внедряване на задължителните компоненти в работния процес на всяко направление в центъра и също така ще спомогне за осигуряване на еднакво ниво на качество на здравните грижи в различните сектори за наблюдение. И не на последно място, планирането на дейността ще подпомогне доброто управление на времето през работния процес. Предвид на това, че най-съществена част от работния процес във всеки от секторите за наблюдение е провеждането на визитите с пациентите, са изготвени планове за организацията им чрез схематични планове (Схема 4 и 5). Разработени са два плана за сестринско наблюдение, тъй като организацията на първоначалната визита се различава съществено от хода на протичане на регулярните посещения.

Въпреки различията в хода на протичане трябва да се отбележат и някои общи характеристики. Всяка визита е с продължителност приблизително 30–45 минути в зависимост от персоналните нужди на пациента. При оптимални условия всеки пациент провежда визитите си с една и съща медицинска сестра, а когато това е невъзможно, електронното досие на пациента ще предоставя цялата информация, необходима за преценка на извършените до тук изследвания и манипулации. По време на всяка визита, специализираната медицинска сестра се фокусира върху преглед на резултати от лабораторни и инструментални изследвания, индикации за усложненията в текущото здравословно състояние, консултиране относно влиянието на вредни навици и рисков фактори върху трансплантационния процес, подкрепа за спазване на схемите на лечение, обучение съобразно потребностите.



***\*Пациентите имат право да се откажат от услугата след изпълнение на индивидуалния план за здравни грижи, или по всяко време след уведомяване на ръководителя на сестринската клиника.***

**Схема 4. План за сестринско наблюдение-първоначална визита**



*\*Пациентите имат право да се откажат от услугата след изпълнение на индивидуалния план за здравни грижи, или по всяко време след уведомяване на ръководителя на сестринската клиника.*

*Схема 5. План за сестринско наблюдение- регулярна визита*

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Променящите се условия на живот и динамиката на нашето съвремие изискват непрестанно развитие на здравните грижи, за да бъдат адаптирани към възникналите потребности на пациентите. Традиционната нефрологична практика е подложена на натоваарване поради нарастващата честота на ХБЗ сред населението, нуждата от подобряване на здравните грижи и текучеството на специализирани кадри в областта. Всички това е индикация за необходимост от подобряване и повишаване качеството на предлагани здравни услуги за пациенти в пред- и посттрансплантационните периоди. С напредъка на медицината и усилията на специалистите за идентифициране на ХБЗ на по-ранни етапи, много аспекти на бъбречните заболявания се поддават на управление чрез интердисциплинарния модел на грижа, успешно внедрен в специализираната сестринска практика за наблюдение на пациенти в пред- и посттрансплантационните периоди. Самостоятелното предоставяне на здравни грижи е съществен елемент от реализацията на автономността на професията медицинска сестра. Това ще даде по-голяма възможност за избор в професионалното развитие на специалистите по здравни грижи. Автономната практика на специализирани медицински сестри ще предостави допълнителна възможност на пациентите за мониторинг на състоянието им, което е предпоставка за повишаване на качеството на предлаганите услуги в сектора. Всичко това от своя страна води до повишаване ефективността и качеството на живот на пациентите с хронични заболявания.

## **VII. ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

### **7.1 Изводи**

• Пред- и посттрансплантационната подготовка на пациентите с бъбречни заболявания не отговаря на съвременните тенденции и практики, като показателите за оценка на дейността и при трите групи респонденти показват:

- Липса на регулярни здравни обучения в трансплантационния процес
- Различия в обема на предоставените специализирани здравни грижи за пациентите, очакващи БТ
- Липса на приложение на механизми за контрол, проследяване и обратна връзка в сестринския процес за оценка на ефективността от прилаганата пред- и посттрансплантационна грижа
- Липса на подготовка на близкото обкръжение за подкрепа в домашна среда в пред- и посттрансплантационния период
- Недобро ниво на психическа подготовка в пред- и посттрансплантационен период

• Персистирането на изведените проблеми оказва неблагоприятно влияние върху здравните познания на пациентите; късно насочване към БТ; неправилно поведение в домашна среда; липса на комуникация с близките на пациенти, а от страна на медицинските сестри - невъзможност за оценяване и проследяване на дейността от прилаганата пред- и посттрансплантационна грижа;

• Наличието на идентични проблеми в различните етапи на трансплантационния процес са индикация за пропуски в предоставяните здравни грижи и потвърждават нуждата от въвеждането на единни стандарти относно пред- и



посттрансплантационната подготовка, което да осигури еднакво качество на грижа за всички пациенти;

- Високата подкрепа на респондентите за провеждане на дейности по оптимизиране на предтрансплантационната грижа, свързани с провеждани от медицинските сестри здравни обучения (пациенти 77,5%; медицински сестри 62,4%); задължително участие на членове на семейства в подобно учебителни форми (пациенти 51,4%; медицински сестри 71,4%); въвеждане на виртуални консултации с медицински специалисти (пациенти 82,7%; медицински сестри 77,6%); разкриване (пациенти 87,5%; медицински сестри 82,4%) и заявена готовност (пациенти 87,8%; медицински сестри 82,7%) за посещаване на специализирана сестринска практика за грижа за потенциални реципиенти потвърждава необходимостта от промени в съществуващата организация на грижите за пациентите, очакващи БТ.

## **7.2. Препоръки**

На базата на проучената литература, резултатите от собствените проучвания отпраща следните препоръки:

### **Към Министерството на здравеопазването**

- Утвърждаване на стандарт за пред- и посттрансплантационни грижи в практиката на медицинската сестра;

- Създаване и утвърждаване на Национален регистър на очакващите БТ и подлежащите на посттрансплантационното наблюдение;

- Промяна в нормативната уредба в Република България, отнасяща се до участието на медицинската сестра в пред- и посттрансплантационната подготовка при БТ.

### **Към БАПЗГ и медицинските университети**

- Разработване на стандарти за пред- и посттрансплантационни грижи в практиката на медицинската сестра, включена в осигуряването на интердисциплинарна грижа за пациенти в трансплантационен период;

- Провеждане на обучение на медицинските сестри за прилагане концепцията на интердисциплинарна грижа;

- Включване на експертно ниво при планиране, организиране, мониториране и контрол на дейността на специализираната сестринска практика.

#### **Към Национална здравноосигурителна каса:**

- Включване на дейностите на специализираните сестрински практики в Националния рамков договор и финансиране от НЗОК.

#### **Към ръководството на лечебните заведения**

- Разкриване на специализирана сестринска практика за пациенти с бъбречни заболявания към Диагностично консултативни центрове.

#### **Към Българска асоциация по нефрология**

- Разработване на Национална програма за проследяване продължителността на очакване на БТ сред кандидат-реципиентите и периода на посттрансплантационно наблюдение сред трансплантираните;

- Канализиране на комуникацията и обмен на информация с чуждестранни трансплантационни екипи, извършили БТ на наблюдавани в България реципиенти.

### **7.3. Приноси:**

Въз основа на резултатите и изводите от собствените проучвания са формулирани приноси с теоретичен и практико-приложен характер.

#### **С теоретичен характер:**

1. Направен е исторически преглед на възникването и развитието на БТ.

2. Направен е анализ на нормативните документи и тяхното приложение, касаещи организацията на трансплантационния процес при БТ и ролята на медицинската сестра при провеждането му.

3. Извършен е анализ на международен опит за мястото, ролята и участието на медицинската сестра в наблюдението на пациенти с ХБЗ и лечение чрез БТ, включително създаването на специализирани сестрински клиники за грижа при пациенти с бъбречни заболявания.

4. Създаден е теоретичен модел на организация и място в здравеопазната система на автономна сестринска практика за наблюдение и лечение на пациенти с бъбречни заболявания.

#### **С практико-приложен характер:**

1. Изведени са основните проблеми в информираността и наблюдението на пациентите в хода на трансплантационния процес;

2. Предложен и разработен авторски модел за интердисциплинарен подход на грижа в пред- и посттрансплантационните периоди;

2. Развиване на автономната дейност на медицинската сестра при мониторинг и контрол на хроничното бъбречно заболяване.

3. Предложени са планове за провеждане на сестрински визити при наблюдение на пациенти с бъбречни заболявания;

4. Формулирани са предложения и препоръки към отговорните институции за подобряване на здравните грижи при пациенти в пред- и посттрансплантационните периоди.

### **Научни публикации и участия във връзка с дисертационния труд**

1. **Vasileva V**, Dimitrova M. Hemodialysis patient awareness about kidney transplantation. Scripta Scientifica Salutis Publicae. 2016; 2 (1): 197 – 201.
2. **Vasileva V**. Pre- transplantation care - quality and effectiveness of the nursing process for patients on hemodialysis. Scripta Scientifica Salutis Publicae 2016; 2 (1): 192-195.
3. **Василева В**, Димитрова М, Георгиева А. Нагласи за кандидатстване в листа на чакащите бъбрек сред пациенти на хемодиализно лечение. Доклад, Първа национална конференция „Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката” 9-10 юни 2017 г., гр. Варна; Сб. резюмета, 301-306.
4. **Василева В**, Ушева Н. Посттрансплантационни здравни грижи – оценка и предложения на бъбречно трансплантирани пациенти. Здравни грижи. 2021; 2, под печат