

ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА ГРИЖИТЕ ЗА ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ

П. ГЕРГОВА

Катедра „Сестрински хирургични грижи“, Факултет „Здравни грижи“, Медицински университет – Плевен

HISTORICAL OVERVIEW OF THE CARE OF ONCOLOGICAL PATIENTS

P. GERGOVA

Department of Nursing Surgical Care, Faculty of Health Care, Medical University – Pleven

Резюме. Грижите за пациентите с онкологични заболявания са интегрална част от лечебния процес, в който лекарските дейности и сестринските грижи са в тясно взаимодействие. Практикувайки в различни структурни звена – стационари по онкологична хирургия, химиотерапия и лъчетерапия, онкологични консултативни кабинети, хосписи, онкологичните сестри трябва да успеят да обхванат сложността на лечението и грижите, изисквания за работа в интердисциплинарен екип и психо-социалните нужди на пациентите и техните семейства. **Целта** на проучването е да се направи ретроспективен анализ и да се проследи еволюцията на лечение и здравни грижи за пациенти с онкологични заболявания, на фона на научните открития от зората на медицината до наши дни. Използван е документален метод: направен е преглед на документи в достъпната литература и уебсайтове на ключови организации за развитието на лечението и грижите за онкологично болни. Теорията и практиката на клиничната онкология датират от хиляди години. Паралелно с иновативните подходи и открития във времето, изследванията и изучаването на характеристиките на злокачествените заболявания еволюират и здравните грижи за пациентите, засегнати от тях. Грижите за онкологично болни се превръщат от грижи за хигиената на болния в специфични, високоспециализирани и холистични. В онкологичните структури медицинските сестри оказват грижи според нуждите на болния, интерпретират данни и защитават безопасността на пациента чрез спазване на стандарти за добра сестринска практика, обучават пациента как да живее с хроничното заболяване и участват в програми за следдипломно обучение и профилактика на онкологичните заболявания, което изисква актуализиране и поддържане на високо ниво на знания и опит. Въпреки постиженията в медицината и еволюцията на здравните грижи онкологичните заболявания продължават да бъдат сред водещите причини за смърт в целия свят. Онкологично болните се нуждаят от постоянни, непрекъснати и комплексни грижи през целия континуум на болестта.

Ключови думи: история на онкологичните грижи, онкологични заболявания, онкохирургия, пациенти

Abstract. Caring for patients with oncological diseases is an integral part of the treatment process, in which medical activities and nursing care are in close interaction. Practicing in various structural units – oncological surgery, chemotherapy and radiotherapy inpatient units, oncological consulting rooms, hospices, oncological nurses must be able to grasp the complexity of treatment and care, requirements for working in an interdisciplinary team and the psychosocial needs of patients and their families. **The aim** of this study is to follow, through retrospective analysis, the evolution of treatment and healthcare for patients with cancer, against the background of scientific discoveries from the dawn of medicine to the present day. A documentary method was used: review of available literature and websites of key organizations for the development of oncology care. The theory and practice of clinical oncology dates back thousands of years. In parallel with the innovative approaches and discoveries over time, research and study of the characteristics of malignant diseases, health care for patients has also evolved affected by them. Care for oncological patients has transformed from care for the patient's hygiene to specific, highly specialized and holistic. In oncological units, nurses provide care according to the needs of the patient, interpret data and protect patient safety by adhering to standards of good nursing practice, teach the patients how to live healthy with their chronic disease and participate in postgraduate training and cancer prevention programs, which requires updating and maintaining a high level of knowledge and experience. **Conclusion:** Despite advances in medicine and the evolution of healthcare, cancer remains among the leading causes of death worldwide. Cancer patients require constant, continuous, and comprehensive care throughout the disease continuum.

Key words: history of oncology, oncology nursing, oncology diseases, oncosurgery, patients

ВЪВЕДЕНИЕ

Търсене в Google на фразата „история на онкологията“ води до приблизително 1 700 000 посещения, включително информация за хиляди регистрирани онколози и подобен брой промоционални

реклами за местни, регионални и национални центрове за най-съвременни грижи за онкологични пациенти. С акцента на текущия болничен маркетинг върху авангардните технологии, може да се добие впечатление, че онкологията възниква през

последните десетилетия от рецензирани медицински доказателства, извлечени от съвременните биомолекулярни науки и цифрови технологии. Както обаче историята на медицината е установила, откривайки доказателства за рудиментарни опити за хирургично лечение на някои очевидно злокачествени костни тумори, датиращи от неолитната епоха, областта на онкологията е един от старите клонове на медицината. Египетски текстове описват обгаряне на туморни отлагания в гърдите, последвано от прилагане на адювантни следоперативни билкови терапии, което недвусмислено посочва, че практиката и теорията на клиничната онкология датират от хиляди години [26, 27]. Паралелно с иновативните подходи в онкологията и открития, изследванията и изучаването на характеристиките на злокачествените заболявания еволюират и здравните грижи за пациентите, засегнати от тях [7, 16].

Целта на проучването е да се направи ретроспективен анализ и да се проследи еволюцията на лечението и здравни грижи за пациентите с онкологични заболявания, на фона на научните открития от зората на медицината до наши дни.

Използван е документален метод: преглед на достъпната научна литература и уеб-сайтове на ключови организации за развитие на грижи за онкологични пациенти.

Най-ранните известни описания на рака се появяват в седем папируса, открити и дешифрирани в края на XIX век. Те предоставят първото пряко познание за египетската медицинска практика. Два от тях, известни като папирусите "Едуин Смит" и "Джордж Еберс", съдържат описания на рак, написани около 1600 г. пр.н.е. и се смята, че датират от източници още от 2500 г. пр.н.е. Египтяните са диференцирали добре доброкачествените от злокачествените тумори и са прилагали различни видове лечения. Папирусът на Смит представя хирургични практики, прилагани в древността, докато папирусът на Еберс описва фармакологични, механични и магически лечения [18].

Следващите глави от медицинската научна история са написани в Гърция и Рим. Великите лекари Хипократ и Гален издигат медицината извън сферата на магията, суеверията и религията. На Хипократ се приписва назоваването на „рака“ като „каркином“ (карцином), тъй като туморът изглежда като „рак“ (καρκίνωμα – гр. „рак“) [28]. Образованието най-често има централно тяло и разширението на тумора се оприличава на краката (пипалата) на рак. По времето на Хипократ онкологичните заболявания са били откривани едва когато туморите са се разраснали толкова, че са нарушавали целостта на кожата. Правени са опити за операции, но преди откриването на анестезията в средата на XIX век и преди разбирането на нуждата от стерилизация за предотвратяване на инфекциите, операциите са били

прекалено варварски и рискован метод. Според някои древни медицински документи, открити в Гърция, след извършване на операция на пациенти, преживели изрязване на тумора, се препоръчвало да променят начина си на хранене и да правят специални физически упражнения, за да се възстановят по-бързо. Това е първото доказателство, че начинът на живот влияе положително върху изхода от заболяването. След въвеждане на анестезията през втората половина на XIX век оперативното отстраняване на туморите става основен метод на лечение през следващите 100 години. Операциите са били радикални, като целта е била да се отстрани възможно най-голяма част от засегнатата тъкан и тази в съседство, без оглед на последиците за качество на живот и здравето на пациента.

Изучаването на характеристиките и възможностите за лечение на тези заболявания преминава през различни етапи. В края на XIX век разработването на микроскопи с голямо увеличение помага не само за откриване и описване на болестотворни организми, но също и за изследване на клетките и клетъчната активност. Изследването на ракови тъкани и тумори разкрива, че раковите клетки са значително различни на външен вид от нормалните клетки на околната тъкан или клетките, от които произхождат. Изследователите се фокусират върху въпроси като произхода на клетките и връзката на болестта с поведението на клетката.

В началото на XX век се наблюдава голям напредък в лечението и изследванията на рака. Проверява се достоверността на различни теории за произхода му чрез систематично експериментиране, публикуват се научни резултати, създават се структури и се приемат законодателни норми за разработване на нови методи за диагностика и лечение [17]. Използвайки инструментите на молекулярната биология и молекулярната генетика, учените правят голям скок в откриването и картографирането на връзките между хромозомите, гените в тях и рака [20]. Понастоящем, въпреки напредъка в разбирането за биологията на рака, най-съвременният метод за лечение на повечето видове рак си остават конвенционалните методи – операция, лъчелечение, химиотерапия. През последните 10 г. се наблюдава възход на новоразработените прицелни терапии и на имунотерапията, от неинвазивните методи на лечение на онкологичните заболявания, като нова ера в лечението и надежда за милиони болни по света. Днес акцентът се поставя все повече не само върху удължаване живота на онкологично болните, но и върху запазване и подобряване на неговото качество, което се постига при комбиниране на конвенционални и неинвазивни методи на лечение.

В началото на XX век, с откриването на радиацията, става приложимо и лъчелечението като метод за въздействие върху раковите клетки. Макар

и успешно, понякога то водело и до допълнителни вреди поради засягане и на околните здрави тъкани. Пациентите получавали тежки изгаряния – вътрешни и външни, които ставали причина за вторични заболявания и усложнения от страна на други органи и системи.

След Втората световна война, с откриването на иприта (газ, използван за производство на химични оръжия), започва ерата на химиотерапията, целяща удължаване на ремисията и предотвратяване на метастази.

Въпреки впечатляващите пробиви в медицината неизменен факт е, че онкологичните заболявания продължават да бъдат сред водещите причини за смърт в целия свят.

През 1971 г. в САЩ за първи път ракът е обявен и признат за криза от значение за общественото здраве за цялата държава. Приет е Закон за рака, който предвижда 1,5 млрд. щатски долара и три години за изследвания върху това заболяване. В резултат са направени дългосрочни проучвания и бази с данни на пациенти, необходими за изработване на стратегия и инструментариум за борба с раковите заболявания. Целта на лечебните подходи през последните петдесет години е да се сведат до минимум неприятните странични ефекти от лечението или развитието на вторични заболявания [19]. Стандарт за терапия на онкологичните заболявания през последните четиридесет години са трите основни метода – хирургичен, лъчелечение и химиотерапия, често пъти използвани заедно. Този многостранен подход в лечението и грижите води до нарастване преживяемостта на онкологично болните, което налага промени в грижите за тези пациенти през целия континуум на болестта, т.нар. “cancer survivorship care” (грижи за пациентите, преживели рак) [12, 15, 21, 24, 25].

Преди повече от две хилядолетия в Древна Елада раково болните са били подготвяни за болезнена и жестока смърт и това е бил основният, в редица случаи единствен вид лечение и грижи. Днес се развиват палиативни грижи – състрадателното лечение на болката и съпътстващите симптоми и осигуряване на „добра смърт“.

При преглед на историята по темата, неминуемо трябва да се отбележат имената на пет медицински сестри по онкология, които през 2002 г. са наградени от президента на Oncology Nursing Society Лаура Фенимор за техния изключителен принос към грижите за пациентите с онкологични заболявания, образование и научни изследвания.

Роуз Хоторн Латроп, родена през 1851 г., е лидер в ранното лечение на пациенти в терминален стадий на онкологични заболявания. През 1896 г., на 45-годишна възраст, тя започва обучение за медицинска сестра в болницата за онкологични заболявания в Ню Йорк и посвещава втората половина от живота си на подпомагане на пациенти от по-ниските социални прослойки. В началото на XIX

век раковото заболяване често е стигматизирано и неразбрано. За да докаже, че ракът не е заразен, тя кани пациентки да живеят в дома ѝ. През 1899 г., след успешно откриване на болница с 20 легла за онкологично болни, Латроп приема името сестра Мери Алфонса и живее остатъка от дните си като монахиня. Тя умира през 1926 г., но нейното наследство продължава да живее в седем заведения за медицински сестри около Хоторн, Ню Йорк и пет други в Съединените щати.

Катрин Нелсън е родена през 1907 г. и става лидер в обучението на медицински сестри, обслужващи пациенти със злокачествени заболявания. След Голямата депресия тя учи в училището за медицински сестри на болница „Джонс Хопкинс“, а по-късно завършва Колумбийския университет със степен по клинично преподаване и супервизия. През цялата си кариера тя разработва първата в света усъвършенствана клинична програма за сестрински грижи при онкологични заболявания в болница „Мемориал“. Организира първия курс в Съединените щати по сестрински грижи при онкологични заболявания на университетско ниво в Колумбия, изпълнява функцията на консултант в училища за медицински сестри в Югоизточна Азия, а за своите подобрения в лечението на рак печели медала на известния португалски онколог Франсиско Джентил Мартисд.

Нелсън е първият асистент и доцент по образование в Учителския колеж за медицински сестри, където преподава изследователски курсове. През 1980 г. тя е първата медицинска сестра, носител на наградата за изключителна служба на Американското общество за борба с рака (American Cancer Society – ACS). Присъства на първата национална конференция на ACS в Чикаго през 1973 г. и е представена на конгреса на Oncology Nursing Society (ONS) през 1976 г. като член на дружеството и участник в консултативния съвет на ранния борд на директорите. Тя е ментор на Лиза Бег, един от основателите на ONS.

Вирджиния Баркли, родена през 1911 г., става медицинска сестра през 1943 г. и работи като доброволец, прекарвайки кариерата си като медицинска сестра – консултант към Министерството на здравеопазването в щата Пенсилвания. Разработва иновативна програма за обучение на медицински сестри за подобряване на знанията им в сферата на онкологията. През 1973 г. тя е съорганизатор на първата Национална конференция по онкологично сестринство, която привлича повече от 2500 участници. Събитието е катализатор, който води до основаването на ONS. Тя е член на консултативния съвет към ранния борд на директорите на ONS. Баркли организира първата конференция за ракови заболявания в Перу и е автор на наръчник за сестринство при онкологични заболявания, който е разпространен в развиващите се страни.

Ренилда Хилкемайер полага основите на ONS и е лидер в администрирането и клиничната практика по сестрински грижи за онкологично болни. Родена през 1915 г., тя участва в организирането на първата Национална конференция за сестрински грижи за онкологични заболявания и в Консултативния съвет към Борда на директорите на ONS. Тя е член на ONS и на Съвета на попечителите на организацията от 1986 до 1987 г. Кариерата ѝ обхваща период от повече от 45 години, през които реализира многобройни приноси. Работила като консултант по ракови заболявания за отдела на Мисури на Бюрото за контрол на рака, тя разработва програми за обучение на професионалисти в лечението на ракови заболявания. От 1955 г. до пенсионирането си е директор на медицинските сестри в болница M. D. Anderson и Туморния институт в Тексас, където увеличава медицинския персонал от по-малко от 200 до повече от 1000 души. През 1991 г. тя печели почетно членство към ONS – израз на признание за онези, които имат значителен принос в сестринските грижи в онкологията, демонстрират постоянен интерес и подкрепа на ONS на национално ниво и показват поведение, съответстващо на организационните ценности.

Жана Квинт Бенолиел е родена през 1919 г. Тя е лидер в изследванията при онкологични заболявания и образованието на медицински сестри, с 35-годишна кариера. През 1962 г. тя работи като социолог изследовател в Калифорнийския университет в Сан Франциско, където е единствената жена и медицинска сестра в екипа. През 1969 г. става първата медицинска сестра, получила степен Doctor of Nursing Sciences (DNSc). За нейния принос към научните изследвания и образованието, през 1996 г. тя печели наградата за изявен изследовател на ONS, а през 2000 г. Американската академия за медицински сестри я определя като „жива легенда“ – едно от най-високите признания за медицински сестри.

През 1973 г. се провежда Първата национална конференция на онкологичните сестри, на която се обсъжда необходимостта от създаване на национална организация, с цел подкрепа на развитието на тяхната професия. Днес Онкологичното общество на сестрите наброява повече от 35 000 членове и е носител на стандарти за експертна грижа при онкологично болни пациенти.

КРАТКА ХРОНОЛОГИЯ НА РАЗВИТИЕТО НА ОНКОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

До 50-те години на миналия век онкологичната помощ не е била оценявана като особено важен проблем пред здравеопазването. През 1928 г. се учредява комитет за борба с рака. Десет години по-късно се открива противораков център към Александровска болница в град София, с 20 легла. Той се е занимавал с лечението на малък

брой болни от рак. За онкологична помощ в истинския смисъл на думата може да се говори от 1950 г., когато в София се разкрива Научноизследователски институт за лечение на ракови заболявания, а през 1951 г. се откриват 13 окръжни онкологични диспансера.

Окръжният онкологичен диспансер – град Плевен, е разкрит през декември 1951 г. Изграждането на противораковата стратегия и организация започва през 1952 г., когато за нуждите на диспансера в сградата на старата стоматология се заделят две помещения, а ръководител на диспансера по съвместителство става д-р Асен Попов. През същата година съставът е попълнен с д-р София Пенева – ординатор, една медицинска сестра и медицински регистратор.

През ноември 1952 г. в бившата сграда на Окръжна болница се заделят 10 легла – 5 хирургични и 5 гинекологични, за приемане и лечение на болни със злокачествени заболявания. Главен лекар и завеждащ Хирургично отделение е д-р Драгомир Петев, завеждащ Гинекологично отделение – д-р Борис Врабевски, и Ценка Петрова – домакин. Д-р Петев остава на длъжността до 1973 г., когато тя се поема от д-р Георги Микински, ръководил диспансера до 1992 г.

През 1954 г. в Кожно-венерологичния диспансер се заделят 3 помещения на първия етаж за поликлинични нужди на онкодиспансера.

През 1956 г. се разкрива самостоятелен стационар с 40 легла в сегашната сграда на Онкологичния център. През 1963 г. функцията на завеждащ Хирургично онкологично отделение е поета от д-р Милан Колев.

Увеличаването на онкологично болните и трудностите при тяхното лечение налагат изграждането на по-голяма база. То започва през ноември 1969 г. с доброволното участие и на персонала. Надстройката на сградата е завършена през 1971 г. и легловият фонд нараства на 200 легла, от които 50 хирургични, 50 химиотерапевтични, 40 гинекологични, 10 реанимационни, 20 дерматологични, 30 лъчетерапевтични и 3 допълнителни легла за интракавитарна кюритепия. Доставка се лъчетерапевтичен апарат „Сименс“. Със сградовото преустройство се увеличава и персоналят. Диспансерът става най-голямото в страната онкологично заведение след Националният институт по онкология – София. При норматив 3 легла на 10 000 души, диспансерът достига 3,6, като обслужва бившите Плевенски и Ловешки окръг [9]. В развитието си Онкологичният диспансер в Плевен от създаването си до днес е претърпял редица административни трансформации: от 1951 г. до 1976 г. е „Окръжен онкологичен диспансер“; от 1976 г. до 1979 г. е „Окръжен онкологичен клиничен диспансер“ – база на ВМИ; от 1979 г. до 1992 г. отделенията на диспансера са транслоцирани към катедрите

на ВМИ според профила. От 1995 г. структурата се нарича „Институтски онкологичен център“ с ръководител и началник на Клиника по онкологична и обща хирургия доц. д-р Ташко Делийски, понастоящем професор. През този период се внедряват най-съвременните постижения при третирането на заболявания на млечната жлеза, стомаха, червата, правото черво и ануса; лапароскопска хирургия на жлъчния мехур и стомашно-чревния тракт, съвременна диагностика и лечение на заболяванията на млечната жлеза, включително и сентинелните лимфни възли, и онкопластичният подход при рак на млечната жлеза и кожата, заболявания на щитовидната жлеза, лапароскопска хирургия, роботизирана хирургия на коремните органи. Към настоящия момент началник на Клиниката по онкологична хирургия е проф. д-р Добромир Димитров, дм, и ст. мс. Изабела Георгиева – магистър по „Управление на здравните грижи“ и преподавател по клинична практика към МУ – Плевен. През 2017 г. тя придобива специалност по Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания; с принос за развитието на сестринските грижи като цяло и повишаване на квалификацията на специалистите по здравни грижи в областта на онкологичната и общата хирургия.

СПЕЦИФИКА НА ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ОНКОЛОГИЧНО БОЛНИ

Онкологичните заболявания се отнасят към групата на хроничните неинфекциозни заболявания [26]. Терапевтичният подход към хронично болните хора се различава от модела на лечение и грижи при пациентите с остри заболявания, при които водещи за лечението и здравните грижи са медицинските потребности на пациента в даден момент. Пациентите с онкологични заболявания се нуждаят от постоянни, непрекъснати и комплексни грижи, насочени към личността на болния, т.е. към него трябва да се прилага биопсихосоциален подход, тъй като хроничното заболяване повлиява всички аспекти на живота на пациентите и неговите близки [10]. Хронично болният пациент трябва да се адаптира към променения си здравен статус, да се научи да приема своето заболяване и да живее въпреки хроничното страдание и перспективите за живот [15]. Пациентът трябва да се справя с различни последици като резултат от хроничното заболяване: справяне с физическите последици на болестта, справяне с емоционалното си състояние, със социалните проблеми и икономическите последици [22, 11]. В онкологичните структури пациентите и семействата разчитат на медицинските сестри по много начини, които са уникални за лечението на онкологични заболявания. Действията като обучаваща, интерпретираща данни, доставчик на

грижи и застъпник на пациента изискват онкологичната медицинска сестра да поддържа високо ниво на знания и опит [3, 4, 23]. Чрез прилагане на медицинските компетенции онкологичните сестри ще отговарят на препоръчителните нива на безопасност в сестринската практика [8]. Това включва изучаване на сложността на грижата за пациентите, координиране на интердисциплинарната екипна работа и интегриране на стандартите за безопасност на практика, сред множество други отговорности, необходими за предоставяне на онкологична сестринска помощ, основана на доказателства [5, 6]. В редица научни публикации са описани и инструменти за точна оценка и планиране на грижи при хронично болни пациенти с нарушена двигателна активност, множествена патология и различна степен на зависимост от грижи. Протоколирането на стандартните грижи с последващо индивидуализиране дава все повече положителни резултати и повишава удовлетвореността на пациентите и на здравните професионалисти [1, 2, 13, 14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Днес грижите за онкологично болните хора са насочени основно към контрол на болестта и симптоматичен контрол, преодоляване на безпокойството, страха от смъртта и неизвестността, повлияване на загубата на самочувствие поради нарушена визия на тялото и загуба на роля в семейството, загуба на социална роля. Необходима е подкрепа във всички аспекти, което и промени в програмите за здравно обслужване за подобряване преживяемостта и качеството на живот на онкологично болните. Тези промени трябва да повлияят възможностите на хората да се справят успешно с хроничното си състояние, да повишат своята самооценка и способността си да се самоуправляват и да контролират симптомите. Това би довело до по-пълноценно функциониране, преодоляване на социалната изолация, постигане на независимост и промяна в отношението на обществото към онкологично болните. В това отношение промоцията на здравето предлага конкретни ефективни подходи:

– Концепцията за самоуправление и активно участие на индивидуално и обществено ниво, отразена в принципите за подкрепа, предоставяне на възможности и посредничество;

– Екологичната концепция за здравето, която включва здравословна социална политика, изграждане на укрепваща здравето жизнена среда, засилване на общественото участие и развитие на личните умения за укрепване на здравето.

Независимо от клиничното онкологично звено и характер на патологичния процес, грижите за пациенти с онкологични заболявания са важен елемент от цялостния диагностично-лечебен процес и изискват притежаването на специфични

компетенции от медицинските сестри. Безспорен факт е, че сестринският дял е особено значим и е от особена важност както в стационарни, така и в амбулаторни условия, при провеждане на превенция и профилактика, по време на боледуване и след приключване на активното лечение, както и при грижите за пациентите, преживели онкологично заболяване.

Това изследване е финансирано и подкрепено от Министерството на образованието и науката на Република България по Националната програма „Млади учени и постдокторанти – 2“.

Библиография

1. Балабурова М. Необходимостта от грижи за пациенти с мозъчен инсулт в България и връзката им с управление на научната информация, представена от преподавателите. Сестринско дело. 2023;55(1):3-11.
2. Балабурова М, Цветанова К. Основни насоки в специализираните и интензивни сестрински грижи при пациенти с исхемичен мозъчен инсулт – обзор на световния опит по проблема. Сестринско дело. 2024;56(3):56-64.
3. Делийски Т. Оперативна, обща и специална хирургия. Хирургични грижи. Плевен: ИЦ МУ – Плевен, 229-259.
4. Димитров И и съавт. Комуникационни умения при обучение на медицински сестри. Здравна политика и мениджмънт. 2016;(2):33-34.
5. Димитрова М. Професионалната удовлетвореност – фактор, провокиращ нагласи за промяна на работното място при здравните професионалисти. Здравни грижи. 2016;(1):23-29.
6. Добрилова П. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт. Science & Technologies. 2014;4(1):322-326.
7. Дойновска Р. Еволюция на сестринството. Здравни грижи. 2012;(4):37-41.
8. Донкина В, Дойновска Р. Емоционална интелигентност и психологична грамотност в медицинските грижи. Сестринско дело. 2012;44(3):24-28.
9. Клиника по онкологична хирургия към УМБАЛ „Г. Странски“ – Плевен, 12 ноември, 2025. <https://oncosurgery.bg/>
10. Afyanti Y, Besral B, Haryani H, et al. The relationships of unmet needs with quality of life and characteristics of Indonesian gynecologic cancer survivors. Can Oncol Nurs J. 2021;31(3):298-305. doi:10.5737/23688076313298305.
11. Al-Shamsi HO. The state of cancer care in the United Arab Emirates in 2022. Clin Pract. 2022;12(6):955-985. doi:10.3390/clinpract12060101.
12. American Cancer Society. Moving forward after cancer. 2023 [cited 2025 Nov 12]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/survivorship.html>
13. Balaburova M, Kamburova M, Mineva-Dimitrova E, et al. Care needs assessment toolkit: cases of two critically ill patients with urological diseases. J of IMAB. 2025;31(3):6452-6457. doi:10.5272/jimab.2025313.6452.
14. Balaburova M. Ischaemic stroke patients and perspectives for healthcare providing. J of IMAB. 2023;29(2):4898-4903.
15. Bateman J, Egan R, MacIennan K. 'Survivorship care is one big gap': a qualitative study of post-treatment supportive care in Aotearoa New Zealand. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):594. doi:10.1186/s12913-023-09580-8.
16. Crane PC, Selanders L. Surgical oncology nursing: looking back, looking forward. Semin Oncol Nurs. 2017;33(1):2-8. doi:10.1016/j.soncn.2016.11.001.
17. Cummings GG, Lee SD, Tate KC. The evolution of oncology nursing: leading the path to change. Can Oncol Nurs J. 2018;28(4):314-317.
18. National Cancer Institute. Cancer: a historic perspective. Available from: <https://training.seer.cancer.gov/disease/history/>
19. National Cancer Institute. National Cancer Act of 1971. Available from: <https://www.cancer.gov/about-nci/overview/history/national-cancer-act-1971>
20. National Human Genome Research Institute. All about the Human Genome Project (HGP). Available from: <https://www.genome.gov/10001772/all-about-the-human-genome-project-hgp>
21. Nekhlyudov L, O'Malley DM, Hudson SV. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities. Lancet Oncol. 2017;18(1):e30-e38. doi:10.1016/S1470-2045(16)30570-8.
22. O'Malley D, Hudson SV, Nekhlyudov L, et al. Learning the landscape: implementation challenges of primary care innovators around cancer survivorship care. J Cancer Surviv. 2017;11(1):13-23. doi:10.1007/s11764-016-0555-2.
23. O'Rourke J, Abraham J, Riesenberger LA, et al. A Delphi study to identify the core components of nurse to nurse handoff. J Adv Nurs. 2018;74(7):1659-1671. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.13565>
24. Peñalosa M, Sánchez O, García MA, Murillo R. Survivorship care in middle-income countries: a guideline development for Colombia using breast cancer as a model. JCO Glob Oncol. 2023;9:e2300018. doi:10.1200/GO.23.00018.
25. Phothikul J, Seven M. Knowledge, perception, and skills, and practices of oncology nurses in cancer survivorship care: a scoping review. J Cancer Educ. 2023;38(4):1119-1133. doi:10.1007/s13187-023-02311-x.
26. Pituskin E. Cancer as a new chronic disease: oncology nursing in the 21st century. Can Oncol Nurs J. 2022;32(1):87-92.
27. Macklis RM. The history of oncology [book review]. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009;75(5):1622. doi:10.1016/j.ijrobp.2009.07.1745.
28. National Public Radio. Science diction: the origin of the word "cancer". 2010 Oct 22. Available from: <https://www.npr.org/2010/10/22/130754101/science-diction-the-origin-of-the-word-cancer>.

✉ Адрес за кореспонденция:

Поля Гергова, д.узг

e-mail: poliakomitska@abv.bg