

МАРИАНА БАЧЕВА

СТАНИСЛАВА СТОЯНОВА



# САМООЦЕНКА НА КЛИНИЧНА КОМПЕТЕНТНОСТ



УНИВЕРСИТЕТСКО ИЗДАТЕЛСТВО  
„НЕОФИТ РИЛСКИ“

**Мариана Бачева**  
**Станислава Стоянова**

# **САМООЦЕНКА НА КЛИНИЧНА КОМПЕТЕНТНОСТ**

(Психометрични характеристики и адаптиране за български условия на инструмент за самооценка на клинична компетентност при студенти от направление здравни грижи)

Благоевград, 2023

**© Автор:**

Мариана Бачева  
Станислава Стоянова

**Рецензенти:**

Албена Андонова  
Росица Дойновска

**ISBN 978-954-00-0340-5**

Университетско издателство „Неофит Рилски”

Благоевград, 2023

## Резюме:

Сложността на сестринската практика изисква прилагането на комбинация от знания, представяне, умения, ценности и нагласи, поради което съществуват дебати относно дефиницията и измерването на компетентността по отношение на сестринската практика. Интересът към изследвания, фокусирани върху оценката на компетентността на завършващите своето образование медицински сестри, напоследък се увеличиха. Редица въпросници и скали се използват рутинно в световен мащаб за измерване на компетентността, но в български контекст не съществуват подобни инструменти, измерващи компетентността на студентите - медицински сестри. Целта на това проучване е да се преведе и да бъде адаптиран към българската популация на студентите - медицински сестри и акушерки, „Въпросник за клинична компетентност“ (QCC) на Liou & Ching-Yu (2014). Това е инструмент за самооценка, който измерва възприятията за клинична компетентност сред завършващите своето обучение медицински сестри и акушерки.

**Методи.** Проучването е проведено с 543 студенти медицински сестри и акушерки на последен (4 курс) и предпоследен етап (3 курс) от своето обучение. Инструментът се счита за лесен за разбиране и завършване, изразяващ необходимата сестринска компетентност. В българската версия са направени семантични спецификации за някои от елементите в оригиналната версия на въпросника. Няма елиминирани айтеми от скалата (т.е. компетенции), въз основа на извършения факторен анализ и препоръките на експертите, съответстващи на дейностите на медицински сестри и акушерки по Наредба №1/8.02.2011г.

**Резултати.** Скалата се състои от 47 айтема, извлечени са 3 фактора на клиничната компетентност в България - Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра, Професионално-технически умения на медицинската сестра, Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи. Установено е, че въпросникът за клинична компетентност на студентите - медицински сестри и акушерки, е валиден и надежден инструментариум - въпросникът има висока степен на вътрешна консистентност, стабилност на резултатите в рамките на няколко седмици от курса на обучение, установени конструктивна, съдържателна и репрезентационна валидност.

**Заклучение:** Резултатите подкрепят предишни научни потвърждения за използването на инструмента като подходящ измерител на клиничната компетентност на обучаващи се медицински сестри и показват, че той може да бъде полезен при оценка на клиничната компетентност и на българските студенти, обучаващи се за медицински сестри и акушерки.

**Ключови думи:** клинична компетентност, инструмент за оценка, психометрични свойства, студенти медицински сестри/ акушерки

## СЪДЪРЖАНИЕ

Резюме:.....	3
Въведение.....	7
Компетентност и компетенции – дефиниции и разграничаване.....	9
Компетентностни модели за успешно справяне – политическа рамка и образователни програми за обучение в компетентности .....	18
Видове компетентности на медицински сестри .....	30
Морална и етична компетентност на медицинските сестри .....	31
Компетентност на медицинските сестри за сигурност на пациентите... ..	37
Компетентност за медикаментозна сигурност .....	39
Компетентност за респираторна протекция.....	39
Компетентност на медицинските сестри за грижа в общността.....	40
Политическа компетентност .....	42
Управленска компетентност на медицинските сестри .....	43
Компетентност за работа с документи и с информационни технологии.....	45
Клинична компетентност на медицинските сестри .....	46
Комуникативна компетентност.....	49
Компетентност за палиативни грижи .....	50
Компетентност за духовна грижа .....	51
Културна компетентност на медицинските сестри .....	56
Инструменти за изследване на сестринската клинична компетентност ....	67
Скала за цялостна/холистична компетентност на медицинските сестри (Holistic Nursing Competence Scale) .....	70
Скала за сестринска компетентност (Nurse Competence Scale).....	71
Скала за професионална сестринска компетентност (Nurse Professional Competence Scale) .....	74
Други скали за сестринска компетентност .....	76
Изследователски дизайн .....	79

Процедура на изследването.....	80
Изследвани лица.....	81
Методи за обработка на данните .....	83
Методически Инструментариум.....	84
Въпросник за клинична компетентност (Clinical Competence Questionnaire- CCQ) на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014).....	84
Въпросник за защитни стилове (Defense Style Questionnaire – DSQ 88) на М. Бонд.....	136
Обсъждане.....	156
Заключение .....	157
Литература .....	158
Приложение .....	189

## Въведение

Съвременните медицински сестри, поставени в условия на реформи и кризи, са изправени пред необходимостта да прилагат висок си професионализъм. Разглеждайки новия облик на съвременните медицински специалисти, се акцентира върху самочувствието им, базирано на качествена професионална подготовка, в резултат на което те придобиват определен обем от теоретични знания и практически умения, т.е. професионални компетенции и личностни качества, необходими за упражняване на професията (Милчева, Х., 2019; Vacheva, 2020a). Професията на медицинската сестра поставя високи изисквания към тези, които са я избрали (Дойновска, Р., 2016). Обучението има за цел не само предоставянето на определен обем от знания, но също и изграждане на професионални компетенции и умения, стоящи в основата при формирането на професионално поведение (Андонова, А., 2022).

Проучване компетентностите на здравните специалисти е важно, за да се установи степента, до която могат да бъдат осигурени желаните за здравеопазването успешни резултати по отношение на здравето на пациентите и удовлетвореността от реализацията на здравните специалисти. Предоставянето на ясна теоретична дефиниция на компетентността в сестринството, следвана от нейната оценка, т.е., установяването на стандарти, които да се спазват в професионалната сестринска практика, а така също и при оценка на компетентността, ще осигури безопасни грижи, обществена защита и поддържане на доверието в медицинските сестри (Axley, 2008). Скала за самооценка на сестринска компетентност може да се използва за оценка



на резултатите от сестринските образователни програми, за оценка на професионалните сестрински компетенции и във връзка с нуждите на здравните организации при въвеждане на новоназначени медицински сестри (Nilsson et al., 2014). Самоотчетът за честотата на изпълнение на различни функции на медицинската сестра се препоръчва като най-точния и най-малко заплашващ начин за оценяване на компетенции (Cowan et al., 2008).

Самооценяването подпомага медицинските сестри да поддържат и да подобряват своята практика, като определят силните си страни и области, които трябва да бъдат доразвити (Meretoja et al., 2004). Самооценяването може също да повиши осъзнаването на индивидуалните образователни потребности на студентите – медицински сестри (Notarnicola et al., 2018). Оценяването на клиничната компетентност при студенти - медицински сестри и акушерки, е важно за разкриването на възможности за професионално развитие и усъвършенстване на онези умения/компетенции, за които самооценката на изследваните студенти не показва увереност в успешното им усвояване и прилагане. Адаптирането за български условия на въпросник за самооценка на клинична компетентност при студенти - медицински сестри и акушерки, би позволило да се установи ефективността на обучението за развитие на професионални компетенции, както и в какви сфери от тяхната дейност трябва да се наблегне за допълнително усъвършенстване на техните компетенции, според собствената им преценка, за да постигнат успешна професионална реализация.

## **Компетентност и компетенции – дефиниции и разграничаване**

При изследвания в областта на човешките ресурси, прилагайки различни методи за подбор на персонал за определяне на професионална пригодност, Дейвид МакКлиланд стига до извода, че измерването на коефициента на интелигентност не гарантира успешността в позицията и не може да разграничи отличните изпълнители и посредствените (McClelland, 1998). Той разработва компетентностни профили за всяка позиция на базата на поведенчески интервюта, които провежда с най-ефективните и успешни служители, като всяка компетенция е подкрепена с индикатори, измерващи поведението на служителя (McClelland, 1998). Характеристиките, които отличават отличните изпълнители, Д. Макклиланд нарича “компетенции”, които представляват определени клъстери от поведения/действия с определена честота и нива на успешност на проявите им, отразяващи не само придобити знания, умения и нагласи на служителите за постигане на резултати в дадена професионална роля и определена организация (McClelland, 1998, p.338), но и намерения, личностни характеристики, особености на професионална задача (Boyatzis, 2020, p.634). Компетенцията е поведенческа характеристика - оптимално поведение, което води до постижения, основаващо се на интереси и преживявания, повлияни от мотивация и нагласа (Fukada, 2018). Компетенциите представляват взаимосвързани умения (Dimitrov & Vazova, 2020). Умението е организирана, координирана активност по отношение на обект или ситуация, която включва взаимодействие между сензорни

механизми, моторика и централната нервна система (Rickheit et al., 2008).

Компетенциите биват разграничавани на общи за дадена организация необходими знания и умения от всичките ѝ служители, независимо от конкретната им длъжност, както и специфични компетенции за дадена позиция, отнасящи се до знания и умения, необходими за успешно представяне на дадена длъжност (Българска Стопанска Камара, 2010). Компетенциите са важна част от професионализма на медицинските сестри. Основните компетенции, които всички здравни професионалисти трябва да притежават, се отнасят до центрирана върху пациента грижа; работа в интердисциплинарни екипи; практика, базирана на доказателства; подобряване на качеството; умения за работа с информационни технологии (Kiljunen et al., 2018). Общите клинични компетенции на медицинските сестри включват споделяне на професионални ценности, умения за общуване, ръководни умения, способност за работа в екип, медицински познания, умения за оказване на първична медицинска помощ, приемане на основни културни особености (Zarei et al., 2022).

Специфичните компетенции на медицинските сестри включват експертиза в мониторинг на здраве и болест, оценяване на качеството на грижата, мониторинг на представянето, умения за осъществяване на специфични процедури като ендотрахеална интубация, осъществяване на дихателните пътища, грижи за пациента по време на кардиопулмонална ресусцитация и предотвратяване на изместването на счупени кости (Zarei et al., 2022). Медицинските сестри, които се грижат за стари хора, би трябвало да притежават 81 специфични ком-

петенции по данни от изследване на професионалисти в здравеопазването на клинични и ръководни позиции, които компетенции могат да се групират като *компетенции, отнасящи се до нагласи и етично поведение* (от типа способност за проявяване на уважение към възрастните хора, защита на правото им на личен живот, способност за разпознаване на етични дилеми и др.); *компетенции в междуличностните взаимоотношения* (например, способност за емпатия, способност за изслушване, способност за обсъждане на сензитивни теми като смъртта и др.); *компетенции, свързани с грижа, базирана на доказателства* (например, способност за планиране и осъществяване на центрирана върху индивида грижа, способност за оценяване на здравословното състояние на възрастния човек и промените в него, способност за предпазване на възрастния човек да не попада в опасни ситуации и др.); *педагогически компетенции* (например, способност за индивидуални указания и групови указания за възрастните хора за правене на упражнения, музикални сесии; способност да обучава студенти - бъдещи медицински сестри, в грижи за стари хора и др.); *компетенции, свързани с лидерство и развитие* (например, способност за координиране на грижата за стари хора между всички, участващи в лечението, способност за оценка на своята компетентност за грижа за стари хора и др.) (Kiljunen et al., 2018).

В научната литература са определени също така трансрегионални общи компетенции на професионалисти от различни научни области (*trans-regional generic competences*), като с високо равнище на трансрегионалност (включени в образователни програми в много държави в различни региони по света) се характеризират компетенции

като оценяване и уважение на разнообразието и мултикултуралността; способност за учене; комуникативни умения – устни и писмени; умения за работа в екип; поемане на социална отговорност и гражданска осъзнатост; креативност; отдаденост на опазването на средата; критичност и самокритичност; способност за решаване на проблеми; способност за абстрактно мислене, анализ и синтез; способност за прилагане на знанията на практика (Bacheva, 2020b; Beneitone & Yarosh, 2022). С умерено равнище на трансрегионалност (включени в образователни програми в някои държави в някои региони по света) се характеризират компетенции като загриженост за качеството; способност за вземане на решение; способност за автономна работа; спазване на етични правила; лидерски умения; способност за управляване на информация (Beneitone & Yarosh, 2022). С ниско равнище на трансрегионалност (включени в образователни програми в малко държави в малко региони по света) се характеризират компетенции като изследователски умения; способност за общуване на втори език; способност за адаптиране и действие в нови ситуации; способност за работа в международен контекст; междуличностни умения; умения за управление на времето; разработване и управление на проекти; компютърни умения; познания относно изучаваната област и свързани професии (Bacheva & Doinovska, 2019; Beneitone & Yarosh, 2022). С много ниско равнище на трансрегионалност (включени в образователни програми в съвсем малко държави в отделен регион по света) се характеризират компетенции като инициативност и предприемчивост; отдаденост на сигурността; способност за общуване с хора, които не са експерти в научната област; способност за

разрешаване на конфликти и водене на преговори; уважение към другите; мотивираност за постигане на успех (Beneitone & Yarosh, 2022).

Измерването на компетенция би трябвало да се осъществява чрез операционализиране на мисли и действия, свързани с постигане на успех при изпълнението на служебна роля, да са включени критерии относно професия, здравословно състояние, семеен и социален живот, образование, да са отразени важни житейски промени и възможности за подобряване на компетенциите (McClelland, 1998, p.331). Описвайки приноса на Д. Макклиланд, Ричард Бояцис популяризира постиженията му в измерване на компетенциите като начин за свързване на човешките способности и представянето, което е от значение за ефективността на организациите (Boyatzis, 2020).

В научната литература съществуват различни тълкувания на понятието компетентност, което често се смесва с понятието компетенция, като двете понятия понякога се използват като синоними (Lazarus & Lee, 2006), въпреки семантичните им различия. Повечето автори извеждат компетентността като по-общо понятие, което се отнася до потенциала на индивида да си върши работата, включващ в себе си определени компетенции, като броят необходими компетенции зависи от естеството на работата, а компетенцията бива дефинирана като съвкупност от мотиви, нагласи, ценности, знания, умения, способности, личностни черти, „Аз“-образ и поведение, които човек притежава и проявява, за да изпълнява професионалните задачи правилно и умело (Whelan, 2006, pp.198-199). Компетентността като способност е предпоставка за развитие на компетенции, които са поведенчески характеристики (Fukada, 2018). Компетентността е способността на човек да отговаря на изискванията на професия като създава

качествени резултати на база на своите знания, умения и способността си да ги прилага в професионалната практика, да ги надгражда и актуализира според съвременното научно познание (Jormsri et al., 2005). Компетентността включва знания, умения, нагласи, ценности (Kiljunen et al., 2018). Компетентността представлява прилагане на знания и умения (междупличностни, за вземане на решение, психомоторни умения), очаквани за практикуването на роля в социален и научен контекст (Adib -Hajbaghery et al., 2017; Bacheva, 2020b).

Компетентността на медицинските сестри включва знания, умения, личностни качества (Митева, К., 2011; Митева, К. и Атанасова, З., 2018; Bing-Jonsson et al., 2016), отношения, нагласи, поведение (Митева, К., 2011; Митева, К. и Атанасова, З., 2018). Компетентността включва съзнателно предварително планиране, поставяне на приоритети, оказване на грижа в рутинни ситуации и отговаряне на очаквания (Olsson, 1999). Компетентността означава добро представяне, способност за изпълняване на задачите на медицинските сестри, но компетентността също така е способност за интегриране на когнитивни, афективни и психомоторни умения при предоставяне на сестринска грижа (Olsson, 1999). Компетентността включва личностни компетенции (себепознание, личностно развитие, професионална идентичност, емпатия, уважение и др.), функционални компетенции (организационни способности, способност за сътрудничество, комуникативни способности и др.), стратегически компетенции (поставяне на цели и др.) и професионални технически компетенции (знания и умения, желание за развитие на своята професионална компетентност) (Olsson, 1999).

Професионалната компетентност в медицинската практика бива определяна като обичайното и разумно използване на комуникация (в здравната система, при взаимоотношенията с пациента, за управление на информация, при екипна работа), знания, технически умения, клинични разсъждения, емоции, ценности и размисли в ежедневната практика, интегрирането им в контекст на упражняване на здравни грижи (при нов проблем, хронично заболяване, спешен случай, превенция, остра фаза на развитие на заболяване, болнично лечение), в полза на индивида и общността, които се обслужват (Epstein & Hubert, 2002, p.226, p.229). М. Фукада (Fukada, 2018, pp. 1-2) разглежда компетентността на медицинските сестри като включваща *способности*, необходими за ефективно изпълнение на ролята на медицинската сестра и сестринските отговорности (способност за разбиране на хора и ситуации - способност за прилагане на знания за клинично оценяване, комуникативна способност за изграждане на подкрепящи междуличностни взаимоотношения, способност да се разбират потребности; способност да се предоставя центрирана към хората сестринска грижа - способност да се сътрудничи с други професионалисти, способност за етично практикуване на професията, способност да се подкрепя вземането на решение, планирано прилагане на сестрински грижи, оценяване на сестринските грижи, поощряване на здравословно поведение; способност за подобряване качеството на медицинската работа – способност за професионално усъвършенстване и развитие, продължаващо учене, способност за осигуряване и предоставяне на висококачествени сестрински грижи, управление на риска,



подобряване на качеството, изпълняване на отговорностите и задълженията), както и *мотивацията* да покажеш своята полезност, използвайки своите способности.

Сестринската компетентност е описана като холистична и сложна интегрирана концепция, която е изградена от сложни дейности: знания, способност за мислене, включително професионална преценка, умения, техники, ценности и отношения, които се изискват в специфичен контекст (Fukada, 2018). Тези елементи са разделени в няколко категории: *лични качества*, необходими за извършване на сестринските грижи, *професионални нагласи и поведение*, и *способност* за предоставяне на грижи, базирани на професионални *знания и умения* (Fukada, 2018). Компетентността на медицинските сестри е способността на медицинската сестра ефективно да демонстрира набор от личностни характеристики (например, съчувствие, рефлексивно мислене), професионално отношение, ценности, знания и умения и да изпълнява професионалните си отговорности чрез своята практика като осигурява сигурна, ефективна и етична сестринска грижа за своите пациенти (Bacheva, 2020a; Takase & Teraoka, 2011). Сестринската компетентност е практически набор от умения, който интегрира или съчетава различни фактори и проблеми по сложни начини, специфични за конкретна клинична ситуация. Професионалната компетентност на медицинските сестри е способността им да действат като интегрират знания, умения, нагласи и ценности в дадена ситуация и в определен контекст (Numminen et al., 2015).

При извършен концептуален анализ Л. Аксли (Axley, 2008, p.216, p.218, p.221) дефинира компетентността за професионалната

сестринска практика като многоизмерна – включваща подходящи нагласи, мотиви (например за професионално усъвършенстване), личностни характеристики (например, промицателност), както и достатъчна квалификация, знания, умения (включително за междуличностна комуникация, за екипна работа, лидерски умения, рефлексивни умения, умения за саморегулация), способност и средства за вземане на решение, разумно действие и справяне, така че да се изпълнява успешно, правилно и умело работа, и да се отговаря на определени очаквания и професионални стандарти относно представянето в работата.

Компетентността включва физически и умствени способности, умения, власт и авторитет; поведения, базирани на вярвания, нагласи и знание, съотнесени към контекст и очаквани резултати, определени от практиката, политиката, кодекс на здравните работници, стандарти и указания за сигурно и успешно представяне в професионалната дейност; необходимост от актуализиране и обогатяване на знанията през целия живот, за да се постигне и поддържа ниво на експертиза, отговорност и успешно практикуване; прилагане на знания и на умения (в междуличностното общуване, за вземане на решения и психомоторни умения), очаквани за практикуващата професионалната роля на медицинска сестра в контекста на общественото здраве, благосъстоянието и сигурността (Lazarus & Lee, 2006, pp. 196-197). Проблемът при установяване на стандарти за компетентност и регулиране на компетентностите не се отнася толкова до дефиниране на компетенции, а до изпълняване/ осъществяване от практикуващите медицински сестри в реалността на очакванията, породени от дефинициите и правните рамки (Lazarus & Lee, 2006).

# **Компетентностни модели за успешно справяне – политическа рамка и образователни програми за обучение в компетентности**

Ясната дефиниция на сестринската компетентност създава основа за учебните сестрински програми и подобряване качеството на сестринските грижи (Fukada, 2018). Образователната програма дава възможност на обучаваните медицински специалисти да интегрират знания, умения, компетенции, да практикуват своите умения, да осъществяват комуникация, да прилагат професионално поведение и етично отношение. Компетенциите са част от непрекъснат образователен процес, гарантиращ, че образователната институция се ангажира с осигуряването на компетентни бъдещи кадри в системата на здравеопазването, които са в състояние да предоставят висококачествена грижа за своите пациенти. През последните години се наблюдава процес на масово приложение на компетентностния подход за ефективно управление на организационния потенциал чрез конструиране на компетентностни модели и прилагане на програми за развитие на компетентности – например компетентностна програма за клинична супервизия на медицински сестри (Jølstad et al., 2019); използване на повтаряща се симулация като педагогически метод за развитие на компетентността на медицински сестри (Al Gharibi & Arulappan, 2020), включително симулация със стандартизирани пациенти – ин-

дивиди, които са обучени да се преструват на пациенти със здравословни проблеми и участват като пациенти в клинични симулации за обучение и практикуване на медицинския персонал (San, 2019); измерване на компетентност на обучителите на медицински сестри (Kaarlela et al., 2022); участие в образователни програми за учене през целия живот за усъвършенстване на специфични компетенции (Bullock et al., 2002) с подкрепата на ръководителите (Богданова, К., 2019; Rahmah et al., 2022), включително онлайн тренинги (Fadaeinia et al., 2022) и обучение в кризи (Giannouli et al., 2021). От образователните институции се изисква да оценяват, поддържат, демонстрират, проследяват и подобряват компетентността на своите студенти. Препоръчително е разработване и използване на специфични методи за обучение на студентите в клинична компетентност (клинични симулации, ролеви игри, обективно структурирано клинично изпитване (ОСКИ), проблемно базирано обучение и др.), както и разработване и използване на подходящи методи за оценка на компетентността (Vacheva, 2022; Fukada, 2018). Придобиването на сестринската компетентност е процес на непрекъснато развитие и изследванията ѝ идентифицират фактори, влияещи върху компетентността на медицинските сестри, което ще подпомогне придобиването на представа за успешните методи на обучение и преподаване на сестринска компетентност (Fukada, 2018).

В компетентностните модели е включена рамката на компетенциите, определяща поведението, водещо до най-успешното представяне в определена работна среда. Този подход, базиран на компетентността, получава мощен тласък след приемането на Лисабонската

стратегия 2000 г. за обучение, продължаващо през целия живот и налагането на международни стандарти в управлението (European Parliament, 2000; European Parliament, Directorate General for Internal Policies, Policy Department A: Economic and Scientific Policy Employment and Social Affairs et al., 2010; Ivan-Ungureanu & Marcu, 2006). Н. Ангелова в опит да обобщи ключовите компетентности и формирането на медицински професионализъм при обучението на студентите в специалности от регулирани професии, акцентира на редица регламентирани европейски документи на Европейския съюз, като Люблянската харта (1996), Европейската референтна рамка за ключови компетентности- Европейска квалификационна рамка за учене през целия живот, Система от Европейски директиви (Ангелова, Н., 2012).

В контекста на Европейската квалификационна рамка компетентността се интерпретира като доказана способност за прилагане на усвоени знания, умения и качества в работни или учебни ситуации, както и в професионалното и личностно развитие; готовност на индивида ефективно да организира вътрешните си и външни ресурси за постигане на целите и способността му да решава различни професионални задачи; съвкупна интегрална личностна характеристика, отражение на постиженията на индивида в областта на определени компетенции, формираща се на базата на когнитивни свойства и на ценен практически опит, което позволява на личността ефективно да решава проблемите и да се характеризира с компетентност в определена степен (Европейска комисия, 2019). Компетентността на медицинските специалисти се разглежда като съвкупност от компетенции (знания, умения, отношение, опит), необходими за извършването на ефективна

действие в областта на общественото здравеопазване (Европейска комисия, 2019). Компетенциите се разглеждат като комплексно владение на специфични знания, умения и гъвкави поведенчески модели (Европейска комисия, 2019).

В контекста на Европейската квалификационна рамка (Европейска комисия, 2019) знанията в областта на сестринството биха могли да се опишат като резултат от усвояване на информацията в процеса на учене. Те включват знания на различни нива, в по-тесен и по-широк контекст, като съвкупност от основни фактологични знания, принципи, теории и практики до високо специализирани знания, някои от които представляват най-новите познания в сферата на здравеопазването. Уменията са описани в различните нива от основни познавателни и практически умения до усъвършенствани и специализирани в най-висока степен умения и техники и използване на „ноу-хау“ при изпълнението на практическите задачи и решаване на проблемите, свързани с пациентите. Тук Европейската квалификационна рамка (Европейска комисия, 2019) позволява уменията да се опишат като познавателни (включващи критично мислене и прилагане на интуитивно и творческо мислене в грижата за пациентите) и практически (вкл. технически умения, манипулативност и употреба на методи, материали, уреди и инструменти). В този смисъл структурата на компетентността включва три елемента: познавателен (знания и умения); рефлексивен (вътрешното отражение на условията в дадена ситуация, представата за себе си и своите възможности и отношението между тях) и стимулативен (свързан с особеностите на осъществяваното действие, решение или поведение в конкретна ситуация). Раз-

личните нива на компетентност предлагат възможност за разграничение от работа/обучение под пряко наблюдение до развиване на пълно самоуправление и поемане на отговорност, както и принос към професионалните познания и практики чрез научни изследвания (Европейска комисия, 2019), и отразяват способностите на учащия да прилага знанията и уменията самостоятелно и отговорно.

А. Андонова (2022) прави обстоен преглед на европейските политики и политиките на СЗО в подкрепа на медицинските сестри и акушерки, както и политиките и нормативната уредба в здравеопазването на Р. България. Професията на медицинската сестра и акушерката са включени в списъка на регулираните професии и се регулират от Наредба за Единни държавни изисквания (ЕДИ) (Министерски съвет, 2016). Оценката на компетентността е непрекъснат процес на поддържане на знанията и уменията, консултиране и стимулиране, чрез процеса на непрекъснато учене и развитие. Компетенциите, които се придобиват в курса на обучение са посочени в Чл.8а на ЕДИ (Министерски съвет, 2016). Съгласно чл.8а от Наредбата за единните държавни изисквания (ЕДИ) за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“, „Акушерка“, завършващите специалисти получават задълбочени познания по дисциплините, които са в основата на сестринските грижи, включително достатъчно високо ниво на познание за организма, психологическото функциониране и поведение на здравните и болни хора, както и за социалната среда на човека (Министерски съвет, 2016). Те получават знания за същността и етиката на професията и общите принципи, засягащи здравето и сестринските грижи, подходящ практически клиничен

опит, умения за съвместна работа със здравния персонал и други медицински специалисти (Министерски съвет, 2016). Раздел II от Наредба 1/ 8.02.2011 г описва професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват самостоятелно в областите на промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите, медицински и здравни грижи и дейности, ресоциализация, реадaptация и рехабилитация, извършване на манипулации (Министерство на здравеопазването, 2011). Наредбата регламентира и професионалните дейности, които медицинската сестра извършва по лекарско назначение (Андонова, А., 2022; Тончева, С., 2018).

Приемането и изпълнението на стандарти по здравни грижи ще гарантира в голяма степен качеството и безопасността на пациентите (Георгиева, Д. и кол., 2018). Стандартът за клинична грижа е национално договорено становище, касаещо прилагането на грижите, които пациентите трябва да получават, като се гарантира тяхната безопасност (Георгиева, Д. и кол., 2018).

Част от стандартите при програмна акредитация включват оценка на добрите практики за подобряване обучението на студентите (Национална агенция за оценяване и акредитация, 2016). Програмите по здравни грижи трябва да гарантират, че техните възпитаници отговарят в шест области на клинична компетентност (медицински знания, грижа за пациента, практическо обучение и усъвършенстване, междуличностни и комуникативни умения, професионализъм и базирана на доказателства практика) (Национална агенция за оценяване и акредитация, 2016). В стандартите на Националната агенция за оценяване и акредитация (НАОА) се посочва, че учебните заведения, се



очаква да гарантират и/ или да докажат, че техните учебни програми, са успешни и завършилите медицинско образование могат да предоставят качествени грижи за пациентите (Национална агенция за оценяване и акредитация, 2016). В тях се включва и оценката при дипломирането на бъдещите професионалисти, доколкото са професионално компетентни да предоставят грижи за пациентите (Национална агенция за оценяване и акредитация, 2016). Освен заложеното в стандартите за акредитация, преподавателите също са силно загрижени за осигуряването на дипломирани и професионално компетентни специалисти, готови да предоставят на пациентите високо качество на грижи. Сред академичното сестринство с особена острота стои въпросът за оценяването и преценката дали обучаващите се в предоставяне на здравни грижи, са постигнали необходимото ниво на професионална компетентност.

Компетентността на медицински сестри е разграничавана в 5 нива от различни автори (Benner, 1982, 2004; Bondy, 1983; Unsworth et al., 2021). Патриша Бенер определя пет нива на развитие на клиничната компетентност и сестринския опит „От начинаещ до експерт“: а. начинаещ; б. напреднал начинаещ; в. компетентен; г. опитен; и д. експерт (Benner, 1982, 2004). Теорията на П. Бенер е фокусирана върху това как медицинските сестри придобиват своите сестрински познания, вярвайки, че ученето е базирано на преживяване (учене чрез опит) и попадане в различни ситуации (Benner, 1982, 2004). Според П. Бенер компетентността е динамично понятие, повлияно от опита и образованието и изучаването на практиката, при което от позицията на начинаещ студентът (начинаещата медицинска сестра) преминава

през пет етапа на клинична компетентност, за да достигне експертно ниво (Benner, 1982, 2004).

Начинаещ (novice) е стадията на развитие на компетентността на медицинските сестри през първата година от обучението, когато студентът няма опит, не разбира клиничната ситуация и започва да формира клинични умения като му бъдат предоставени ясни указания за сигурни начини на процедиране в конкретен случай и конкретна ситуация, а също така сравнява примери в учебници с реални клинични случаи, обучава се като практикува на манекени (Benner, 2004).

Напреднал начинаещ (advanced beginner) са завършващите образованието си медицински сестри в последната година на своето обучение, които имат практически опит като медицински сестри, но не са изпълнявали административни, нито ръководни функции, и които вече не могат да разчитат други медицински сестри да свършат нещо вместо тях, нито да поемат отговорност вместо тях, а сами се ангажират с клинични проблеми и с проблемите на пациентите, и отделят голямо внимание на практиката на колегите си, за да вършат всичко както трябва (Benner, 2004).

Компетентни (competent) са медицинските сестри с 1-2 години (Benner, 2004) или 2-3 години (Benner, 1982) трудов стаж, които могат да поемат пълна отговорност за грижата за определена категория пациенти и преценяват по-критично предоставената им информация (Benner, 2004).

Опитната медицинска сестра (proficient) има няколко години трудов стаж (3-5 години според Alber et al., 2009) и с повечето практика се усъвършенстват нейните умения и компетентност, по-добре се

ориентира в особености на ситуацията и настъпили промени с пациентите, за техните причини и последствия (Benner, 2004). Компетенции, които се усъвършенстват с повече трудов стаж на медицинските сестри, по данни от изследване са свързани с диагностично оценяване, диференциране на диагнози, планиране на лечение, прилагане на различни терапии, даване на лекарства, справяне с множество задачи и интуитивно вземане на решение (Alber et al., 2009).

Медицинската сестра, придобила компетентност на ниво експерт (expert), проявява етично поведение и използва добра клинична преценка, която е едновременно научно обоснована и практична, базирана е на процедурно и научно познание, съществуващи научни доказателства и технологичното развитие, а също така е базирана на учене чрез преживяване (Benner, 2004). Включеността, ангажираността с хора и проблеми, и моралът на медицинските сестри са свързани с достигането от тях на експертиза (Benner, 2004). Медицинските сестри, които имат трудности с разбирането на целта на практиката, на възможностите, които предоставя практиката и които трудно формират умения за междуличностно ангажиране и ангажиране с проблем, не достигат до ниво на експертиза (Benner, 2004).

Според друг автор петте нива на компетентност на медицинските сестри са: независимост (independent), т.е. ефективен и уверен професионалист, който не се нуждае от подкрепа, рядко изразходва прекомерно енергията си; способност за работа под супервизия (supervised) – ефективен и уверен професионалист, който понякога изразходва прекомерно енергията си, от време на време се нуждае от подкрепа; подпомогнатост (assisted) – умел в част от поведението си,

изразходва прекомерно много енергията си, често се нуждае от вербални и понякога от физически указания в работата си; гранична компетентност (*marginal*) – неумел, неефективен, изразходва прекалено много енергията си, нуждае се от непрекъснати вербални и чести физически указания; зависимост (*dependent*) – неспособен да осъществи процедура, нито да демонстрира необходимото поведение, неуверен, неефективен, нуждае се от непрекъснати вербални и физически указания (Bondy, 1983).

Компетентността на медицински сестри е разграничавана от други автори в 5 подобни нива – завършена квалифицираност (*accomplished*), т.е. последователно демонстриране на способности за самостоятелна практика и съответствие на очакванията или надхвърляне на очакванията; опитност (*skilled*) – демонстрира способност за самостоятелна практика; подкрепяне (*supported*) – от време на време се нуждае от супервизия или директна подкрепа; подпомогнатост (*assisted*) – нуждае се от редовна супервизия и директна подкрепа; зависимост (*dependent*) – изисква постоянна супервизия и директна подкрепа (Unsworth et al., 2021).

Установено е, че независимо от трудовия стаж на медицинските сестри, те са склонни да възприемат изискваната от тях компетентност като по-висока от реалната им компетентност, а намеренията за напускане на работа като медицинска сестра са свързани с ниска оценка на собствената клинична компетентност, но не са свързани с това как медицинските сестри възприемат изискваната от тях компетентност, така че да се изисква компетентност от медицинските сестри не е заплаха за тяхното задържане на работа (Takase et al., 2017) и

е необходимо да се насърчава развитието на компетентността на медицинските сестри.

Политиките за формиране и поддържане на високо равнище на компетентността на медицинските сестри включват искане на одобрение на национално ниво от акредитационни агенции за промени на съдържанието и структурата в учебните програми, за да съответстват на изискванията за теоретична и клинична компетентност на завършващите здравни специалисти; промени в съотношението преподаватели към студенти, така че повече обучители да обучават по-малко студенти, включително за придобиване на комплексен образователен опит в клинична среда (Lazarus & Lee, 2006), създаване на национални стандарти за компетентност и професионализъм за регистрирани медицински сестри (Nursing and Midwifery Council, 2018).

Компетентността на медицинските сестри е оценявана не само на държавно регулаторно ниво, от здравни организации, обучители, ръководители и други специалисти в областта на здравеопазването, както и от самите медицински сестри, но и от потребителите на медицинските услуги, като по данни от изследване в САЩ потребители, медицински сестри, обучители и ръководители на здравни организации оценяват като много важни следните аспекти на компетентността на медицинските сестри, свързани с познание как правилно да се използва оборудване и апаратура, способност за справяне в кризисна ситуация, умение за общуване с пациенти, бързо отговаряне на нуждите на пациент, увереност в начина, по който медицинската сестра си върши работата, грижовна нагласа, добро отношение, любезност, вършени на работата по професионален начин, достатъчни знания, за да

предостави на пациент достоверна здравна информация, еднакво отношение към всички пациенти, добро сработване с останалите здравни професионалисти, спретнат, чист външен вид, умения за изслушване, внимание към подробностите и демонстриране на емпатия, уважение към личния живот на пациентите, познаване на потребностите на семействата на пациентите (Lazarus & Lee, 2006; Stoyanova et al., 2022). Потребителите на медицински услуги оценяват като по-важни тези компетенции на медицинската сестра в сравнение със самите медицински сестри, учителите и ръководителите на здравни организации (Lazarus & Lee, 2006).

Професионалистите имат отговорност да оценяват и подобряват своята компетентност за практикуване на професията, не само ръководителите оценяват компетентността и представянето на своите служители (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Самонаблюдението и рефлексията върху своето поведение чрез отговори на самооценъчни скали може да помогне на хората да развият мета-когнитивни умения, да учат самостоятелно, да бъдат по-уверени в себе си, да си поставят по-високи професионални цели и да опитват с повече усилия за реализират тези цели (Adib-Hajbaghery et al., 2017).

Съществуват различни механизми за осигуряване на компетентността на медицинските сестри, като например изпити, включително практически изпити, продължаващо образование, проверка на сестринско досие, проверка за прием на медикаменти, оценка от работодател, самооценка, оценка от равнопоставени здравни професионалисти, получаване на допълнителна образователна степен, портфолио, сертифициране (Lazarus & Lee, 2006). В тази връзка самооце-

няването от медицински сестри на тяхната компетентност при изпълването на самооценъчни въпросници разкрива слабости в тяхната подготовка, за които съобщават самите медицински сестри и които трябва да бъдат наваксани чрез допълнително професионално усъвършенстване.

## Видове компетентности на медицински сестри

В научната литература са дефинирани и проучени различни видове компетентности на медицинските сестри, които взаимно се допълват за успешното изпълнение на професионалната роля.

Компетентността на медицинските сестри означава притежаване на основни умения, свързани с *клинична компетентност* (умения за оценяване и интервенция, клинична преценка и технически умения), *обща компетентност* (умения за общуване, критично мислене и решаване на проблеми) и *морална компетентност* (способността на индивид да живее по начин, който съответства на неговия личен морално-етичен кодекс и отговорностите, свързани с изпълнение на професионална роля) (Jormsri et al., 2005). Компетентността на медицинските сестри осигурява пациентите да получават грижата, която отговаря на професионалния стандарт и етичната компетентност е важен аспект на компетентността на медицинските сестри (Suvarnakich & Ayudhaya, 2022).

## **Морална и етична компетентност на медицинските сестри**

Моралната компетентност включва етични познания, умения (умението за рефлексия е изискване за развитие на морална компетентност), нагласи, мотивация, поведения и способност за преценяване (Solum et al., 2016).

Моралната компетентност на медицинските сестри има три измерения – морални възприятия, преценки и поведения (повлияни от осъзнавани ценности и разпознавани чувства, които повлияват това, което медицинските сестри приемат за добро или зло в дадена ситуация), такива, че да защитават интересите на техните пациенти, да вземат решение и да действат по начин, който е най-благоприятен за пациентите, да може да им се има доверие, да поемат отговорност за своята практика пред себе си, пациента, екипа от здравни професионалисти и обществото (Bacheva, 2020b; Jormsri et al., 2005).

Моралната компетентност на медицинските сестри се базира на ценностната им система, т.е. на техните лични, социални и професионални ценности (стандарти за действие и оценяване на поведението на медицинските сестри), такива като любезност; състрадание, готовност за помагане и правене на другите щастливи радост от щастието на другите и от оказваната от своя страна помощ; спокойствие да приемат нещата такива, каквито са, с ограниченията, които съществуват за пациентите; отговорност; дисциплина да са насочени към професионално усъвършенстване и да се държат по подходящ начин в социалното обкръжение чрез извършване на помагачи, а не експлоатиращи действия; честност; зачитане на човешките ценности, достойнство и права (например, правото на личен живот и конфиденциалност),



и др. (Jormsri et al., 2005). Ценностите на медицинските сестри оформят техните възгледи за проблем и ситуация, повлияват начина на разсъждаване и избора на алтернативи за решаване на проблем, повлияват избора на цели, стратегии и действия, изразяват какво означава за медицинската сестра да бъдеш добър професионалист (Jormsri et al., 2005). Етиката на медицинските сестри набляга на грижата за пациентите, базирана на ценности при задоволяване на очакванията на пациентите за възстановяване от заболяването им (Suvarnakich & Ayudhaya, 2022).

Етичната компетентност представлява етично действие, изискващо етични познания относно законодателство, познаване на ценности, на принципи от етични кодекси, етична чувствителност (способност на медицинската сестра да разпознава етични проблеми и етични аспекти, свързани със своите морални ценности), способност да се осъществява преднамерено етично вземане на решение, разсъждаване върху етични проблеми и тяхното разрешаване (Poikkeus et al., 2018). Етичната компетентност включва силна воля, умения за етично разсъждаване и за правене на етична преценка, умения за разпознаване на несъответствие на намерението, сензитивност към етични проблеми, способност за разпознаване и решаване на етични дилеми, етични познания (на етични принципи, теории, етичен кодекс на професията), грижовност, конфиденциалност/поверителност, спазване на кода за обличане на медицинските сестри, поемане на отговорност за своите действия (Maluwa et al., 2022). Етичната компетентност на медицинските сестри е свързана и с изпитвана гордост от професията, обученост за работа с информационни технологии, запазване на пове-

рителност на информацията, сигурност на тяхната практика, достатъчен брой назначени медицински сестри, за да се изпълняват успешно задълженията без претоварване в работата (Keighley, 2012).

Етичната компетентност включва няколко етични компетенции – демонстриране на познание и разбиране на морални принципи (автономия, благотворен ефект, ненанасяне на вреда, справедливост, достоверност или казване на истината, прецизност, отчетност, застъпничество, сътрудничество, грижовност, алтруизъм, уважение към другите, кураж), етични теории, културни особености, човешки права, права на пациенти, законови актове и нормативни документи, свързани с професията; способност за вземане на етични решения в практиката и административната дейност на медицинската сестра чрез събиране на информация, определяне на етични дилеми, анализ на възможности за вземане на решение, вземане на самото решение и внедряването му, оценка на процеса на вземане на решение и резултатите от решението; подпомагане на пациентите при информирането им за техните права, да разберат техните права, действане като представител и защитник на пациентите като ръководят пациентите как да защитават своите права, подпомагане за намиране на решение, което удовлетворява пациента и семейството му, улесняване на вземането на решение от пациент, интерпретиране на резултати и научни открития, за да ги разберат пациентите, предоставяне на информация, която да вземат предвид пациентите; признаване на важността на мисията на организацията, организационната култура за изграждане на екипна работа и оказването на грижи; действане като ролеви модел чрез демонстриране на етично поведение в работата и в личния живот, разп-

ределение на задачите според представянето на подчинените, осигуряване на безопасна среда за работа, изслушване на другите (Бачева, М., Величкова-Хаджиева, Д. и Дойновска, Р., 2016; Bacheva, 2020b; Suvarnakich & Ayudhaya, 2022).

Медицинските сестри имат моралната и етична отговорност да бъдат сензитивни към и да отговарят подходящо на потребностите на пациентите от грижа (Singleton, 2017). Етичната компетентност в практиката на медицинските сестри ги подпомага по отношение на това да мислят критично, да анализират проблеми, да вземат етични решения, да решават етични проблеми, да осъществяват качествена грижа, да постъпват етично, да защитават пациентите, да се отнасят към пациентите с уважение и да пазят тяхното достойнство, да се намалява напрежението и стреса в работата на медицинските сестри (Бачева, М., Дойновска, Р. и Андонова, А. и кол., 2022a; Maluwa et al., 2022).

Социално-демографски показатели на медицински сестри не са свързани с равнището им на етична компетентност (Maluwa et al., 2022). Медицинските сестри оценяват своята етична компетентност най-често на средно равнище (Poikkeus et al., 2018; Sadeghi et al., 2022), докато медицинските сестри на ръководна позиция оценяват най-често високо своята етична компетентност (Poikkeus et al., 2018). Главните медицински сестри имат двойна роля като медицински сестри – клинични експерти, спазващи етични правила и етичен кодекс за медицински сестри; и като ръководители, спазващи етични правила за ръководители докато внедряват организационните политики, управляват етичното поведение на своите подчинени и оказват подкрепа на медицински сестри да решават етични проблеми, и по този начин

да предоставят по-добра грижа за пациентите (Suvarnakich & Ayudhaya, 2022). Главните медицински сестри осъществяват етична супервизия на медицинските сестри в отделението (Suvarnakich & Ayudhaya, 2022). Медицинските сестри на ръководна позиция трябва да подкрепят етичните действия на медицински сестри в трудни клинични ситуации и да им помагат да се справят с етични проблеми (Poikkeus et al., 2018). Главни медицински сестри в Тайланд споделят, че спазват етични правила, но се нуждаят от повече примери на ситуации, свързани с вземане на етични решения, повече информация за правата на персонала и указания за етично използване на социални медии (Suvarnakich & Ayudhaya, 2022).

Около половината медицински сестри, независимо от тяхната позиция в йерархията, считат, че не получават достатъчно подкрепа от организацията, в която работят, свързана с тяхната етична компетентност (Poikkeus et al., 2018). Медицинските сестри с висока професионална компетентност, без намерения за напускане и удовлетворени от работата, оценяват като по-етични взаимоотношенията на работното място, проявяваното етично поведение в работата, както и организационните политики, процедури и практики по отношение на морални проблеми, и как те повлияват върху етичните вярвания и етичното поведение на служителите (Numminen et al., 2015).

Медицинските сестри оценяват като по-етични поведението и взаимоотношенията на работното място, свързани с други равнопоставени на тях здравни работници, пациенти и лекари, но възприемат като не толкова етични поведението и взаимоотношенията, свързани с ръководството (Numminen et al., 2015). Студентите, обучаващи се за медицински сестри, докладват за етични проблеми при авторитарен

климат за учене (характеризиращ се със страх от правене на критични коментари за клиничната практика, страх от разкриване на грешки и липса на знания, отсъствие на дискусии и разсъждения относно моралната компетентност) и при разминаване между очакванията за резултат от обучението за медицинска сестра и възможностите за практическо обучение (характеризиращо се с несъответствие между преподаваните теоретични знания и възможностите за практическо клинично обучение, липса на добри ролеви модели и липса на ресурси), а възприетите етични проблеми намаляват, когато се показва уважение при оценяването на практическата работа на студентите, обучаващи се за медицински сестри (Doynovska et al, 2019; Solum et al., 2016).

Етичната компетентност може да се повиши чрез продължаващо обучение, свързано с етични проблеми; чрез установяване на етични комисии; чрез предоставяне на подкрепяща супервизия; чрез етичен кодекс на професията; чрез етичен климат на работното място, характеризиращ се с интердисциплинарно сътрудничество между професионалисти, уважително общуване, организационна подкрепа, налични ресурси (включително модерна инфраструктура), ясни длъжностни характеристики (Bacheva & Doynovska, 2022; Maluwa et al., 2022). Необходимо е в по-голяма степен информиране за етични процедури и практики, насърчаване на интердисциплинарни етични дискусии и сътрудничество, насърчаване за участие в етично обучение (Poikkeus et al., 2018). В българската практика се провеждат клинични етични консултации (например, при оказване на палиативни грижи), в които участват пациенти и членове на техните семейства (съпруг, дете, брат/сестра и други роднини), лекари, завеждащи отделение, психолози, медицински сестри (Aleksandrova-Yankulovska, 2020;

Velichkova - Hadjieva et al., 2019). Нарасналата морална компетентност на медицинските сестри осигурява опазването на правата на пациентите и тяхната сигурност (Solum et al., 2016).

## **Компетентност на медицинските сестри за сигурност на пациентите**

Компетентността на медицинските сестри за сигурност на пациентите представлява увереност на медицинската сестра, че притежава няколко компетенции, свързани със сигурността на пациентите, а именно – умения за работа в екип с други здравни професионалисти, умения за ефективно общуване, умения за управление на рискове за сигурността, разбиране на човешки фактори и фактори на средата, които повлияват сигурността на пациентите, разпознаване и реагиране на нежелани събития, култура на сигурност (в която отсъстват проблематична екипна работа, проблемна комуникация, негативни поведения към медицинските сестри, неадекватно обучение по отношение на сигурността за пациентите, недостатъчен клиничен опит, липса на критично мислене) (Alshehry, 2022). Сигурността на пациентите означава отсъствие на вреда за пациент, която е можела да се предотврати, по време на оказване на здравна помощ и намаляване на риска от неужна вреда, свързана със здравна помощ, до приемлив минимум (Alshehry, 2022; Vacheva, 2020a).

Ниската компетентност на медицинските сестри за сигурност на пациентите (patient safety competence) е свързана с по-чести конфликти с пациентите и техните близки, не добри умения за работа в

екип с други здравни професионалисти (Alshehry, 2022; Bacheva, 2020b).

Оптимално ниво на компетентност на медицинската сестра е необходимо за сигурността на пациентите и качествена грижа за тях (Kalsoom et al., 2022). При подобряване на компетенциите на медицинските сестри (например, критично мислене, изследователски способности, педагогически умения, професионално развитие, познаване и спазване на законови и етични практики, умения за поддържане на добри междуличностни взаимоотношения, лидерски умения, умения за оказване на клинични/медицински грижи) се повишава сигурността на пациентите (Bacheva, 2022b; Kalsoom et al., 2022). Практическият опит на медицинските сестри и професионалното им образование са свързани позитивно с компетенциите на медицинските сестри и сигурността на пациентите (Kalsoom et al., 2022). Клиничните компетенции на медицинските сестри са от основно значение за осигуряване на сигурността на пациентите, но сигурността на пациентите също така се повлиява от броя работни часове, интереса на медицинската сестра към работата, броя назначени на работа медицински сестри, работната среда и др. (Kalsoom et al., 2022). Сигурността на пациентите е свързана с определяне на идентичността на пациента; липса на грешки при даване на медикаменти; безопасни хирургически операции; добра хигиена на ръцете; риск от падане; комуникиране на информация; липса на инфекции, разпространявани в болницата; навременно оказване на медицински грижи, без закъснения и без липса на грижи; надграждане на познанията и практиката на медицинската сестра (Kalsoom et al., 2022). Компетентността на медицинската сестра за сигурност на пациентите се отнася до знания и умения за определяне на потенциални

рискове, заплахи, опасности, преди те да доведат до неблагоприятни нежелани събития; отговорност за определяне на реални и потенциални проблеми, за отстраняване на причините за тези проблеми, за планиране на стратегии за подобрене (Kalsoom et al., 2022).

## **Компетентност за медикаментозна сигурност**

Компетентността на медицинските сестри за медикаментозна сигурност или безопасност на лекарствата (medication safety competence) означава дейности за избягване, предотвратяване на инциденти, злополуки, наранявания по време на курса на лечение с медикамент (например, чрез следване на коректна процедура за даване на планирана доза от медикамент), коригиране на възможни нежелани странични ефекти от прием на лекарство (например, чрез търсене на свързана с медикамент информация от различни източници в процеса на лечение; задаване на въпроси относно ситуации, които биха могли да бъдат опасни в процеса на лечение), действия за предпазване от сгрешаване на медикаменти (Park & Seomun, 2021).

## **Компетентност за респираторна протекция**

По данни от изследване повечето медицински сестри възприемат себе си като компетентни за респираторна протекция (имат знания и умения за работа с индивидуална защитна технология, използвана, когато инженерното контролиране не е напълно ефективно; оборудването за респираторна протекция намалява негативни последици



за здравето сред работещи, изложени на опасни вещества, например инфекциозни капчици или аерозоли, частици прах, дим, изпарения, частици при производство и др.) (Burgel et al., 2013). Компетентността за респираторна протекция (competence in respiratory protection) включва способност за даване на указания за респираторна протекция и трениране на други служители; способност за идентифициране и оценка на потенциални респираторни опасности, които могат да се срещнат на работното място; разбиране как инженерни контроли и работни практики осигуряват ограничаване на излагане на служителите на вредни вещества; знания как да се избере подходящо оборудване за респираторна протекция; умения за инспектиране, почистване и поправяне на оборудване за респираторна протекция; оценяване на мнението на служители относно ефективността на програма и оборудване; оценка на здравето на служителите по отношение на респираторни заболявания; извършване на тест за годност на оборудване; умения за провеждане на спирометрично изследване (функционално изследване на дишането); умения за действия в спешна ситуация за респираторна протекция (Burgel et al., 2013).

## **Компетентност на медицинските сестри за грижа в общността**

Компетентността за грижа в общността включва грижа за сигурността на пациентите; осигуряване на качество; самоуправление и овластяване на пациентите; сътрудничество и работа в екип от интердисциплинарни професионалисти; превенция на заболяване; промотиране на здравословно поведение; лечение, грижа и рехабилитация; езикова компетентност, културна компетентност; умения за работа с

технологии, свързани със здравето; компетентност да следва предписанията на медикамент като наблюдава за странични ефекти и оценява и докладва промените в състоянието на пациента, които могат да са свързани с лечението; обучение за развиване на компетентност; делегиране на специфични задачи в работата на друг персонал, ако това е оправдано от типа на задачата, квалификацията на персонала и провежданата супервизия; умения за ранна интервенция; улесняване на провеждане на изследвания и приложение на практика, базирана на доказателства; познаване на местни здравословни проблеми и предизвикателства; опит в работата като медицинска сестра; увереност да вземаш собствени решения; умения за адекватни оценявания; технически умения; способност за разрешаване на проблемни ситуации; способност за оказване на соматична, психиатрична и палиативна грижа; знания за спецификите на грижата в общността (например, услуги и ползи, достъпни за пациентите); педагогическа компетентност да обучава, ръководи (ръководство на други медицински сестри) и действа като ролеви модел за останалия персонал; умения в подпомагане за дейности от ежедневието, за да задоволяват пациентите физическите си потребности; сътрудничество с пациенти и близки роднини на пациентите; умения за поддържане на документация, за работа с компютър и за използване на информационни и комуникационни технологии; теоретични медицински познания; сътрудничество с образователни институции за развитие на компетентността на персонала; умения за лечение на рани (Bing-Jonsson et al., 2016).

Медицинските сестри, които полагат грижи за общности, се нуждаят от ясни описания на длъжността, възможности да развиват своята компетентност и баланс между изискванията на работата и

контрола на работната ситуация, да бъдат избегнати претоварването в работата, ролеви конфликти, негативни представи за работата, заплахи и насилие (Bing-Jonsson et al., 2016). Компетентността за грижа в общността (competence in community care) се променя непрекъснато поради променящите се нужди на пациентите и състава на персонала, а също под влияние на технически, политически и структурни фактори (Bing-Jonsson et al., 2016).

## **Политическа компетентност**

Политическата компетентност представлява умения, перспективи и ценности, необходими за ефективно политическо включване, което също е част от професионалната роля на медицинските сестри, за да се намесват по отношение на социално-икономически и екологични детерминанти на здравето в културно разнообразно общество, за да партнират в развитието на системата на човешкото здравеопазване и да подлагат ценностите на медицинската професия на обществено дискутиране (Warner, 2003). Политическата компетентност на медицинските сестри включва техния опит с последици от политически решения; възможности за свързване на идеи и хора, създадени чрез социални мрежи, чрез установени и поддържани взаимоотношения; умения за убеждаване; колективни действия на професионални организации, интердисциплинарни работни групи, представители на една и съща политическа партия на работното място като ангажираност на колективна сила; стратегическа перспектива за промяна на условия чрез анализ на участници, действия, дневен ред и множество

фактори в ситуативен контекст; нагласа за постоянство въпреки загуби, нарушени взаимоотношения с индивиди и медии, прояви на расизъм и дискриминация, проблеми с финансиране и законодателство (Warner, 2003).

## **Управленска компетентност на медицинските сестри**

Приложение на компетентностния подход за ефективно управление на организационния потенциал се осъществява и чрез дефиниране и изследване на управленската компетентност на медицинските сестри. Управленската компетентност на медицинските сестри представлява прилагане на знания, умения, нагласи за изпълняване на специфични управленски задачи, функции или професионални отговорности (Gunawan et al., 2019). Медицинските сестри на всички равнища се нуждаят от лидерски и ръководни умения, които са от значение за сигурността на пациентите и качеството на предоставяната грижа (Unsworth et al., 2021). Най-добра управленска компетентност имат медицински сестри, които са по-възрастни, работят в по-големи държавни болници на тяхната длъжност от минимум 7 години (Gunawan et al., 2020b). По-възрастните медицински сестри се различават по своята управленска компетентност от по-младите медицински сестри най-вече по димензиите ѝ, отнасящи се до прилагане на подобряване на качеството на грижата и управление на финанси (Gunawan et al., 2020a). Успешно се прилагат и образователни програми за подобряване на качеството на сестринските лидерски и управленски умения (Aqtash et al., 2022).

Управленската компетентност на медицинските сестри включва лидерски умения (лидерство), умения за управление, вземане на решение, управление на промени, организиране на времето, решаване на проблеми, делегиране, мотивация, общуване, управление на хора, овладяване на гнева и творчески умения (Aqtash et al., 2022; Bacheva & Doinovska, 2019). Управленската компетентност на медицинските сестри включва определяне на приоритети (какво е важно за хората и техните семейства при предоставяне на медицинска грижа), делегиране (разпределение на отговорности на другите, включени в предоставяне на здравна грижа), управление на ресурси (като се демонстрира разбиране на ролите и отговорностите на всички членове на екипа и как най-добре да се използва приноса на другите, включени в предоставянето на здравна грижа), общуване (способност да насочваш, подкрепяш и мотивираш хората, да взаимодействаш уверено с другите членове на екипа, предоставящ здравна грижа) и управление на риска (разпознаване на рискове за обществената защита, сигурността на пациенти, последствията за здравето и за компрометиране на оказването на качествена помощ, оценяване на риска в различен контекст и при различни инциденти, приемане и управление на несигурността, стимулиране на психичната устойчивост на себе си и другите хора) (Unsworth et al., 2021). Управленската компетентност на медицинските сестри включва компонентите – лидерство (например, улесняване на медицинските сестри при тяхното сътрудничество с други здравни професионалисти, ефективно разпределяне на отговорни задачи сред подчинени и др.), самоуправление (например, включване в професионални организации и програми за професионално развитие, участие в продължаващо обучение, консултиране със

супервизори и висшестоящи, и др.), улесняване на оказването на духовна помощ (например, обясняване и демонстриране на практики за духовна грижа на персонала и пациенти, облекчаване на преживяван дистрес от персонала и др.), прилагане на подобряване на качеството на грижата (например, оценяване на качеството на грижата като структура, процес и резултат; анализиране и определяне на грешки в работата на медицинските сестри, причините за тях и влиянието им върху работата на медицинските сестри, и др.), професионално развитие на персонала (например, определяне на потребности на персонала, създаване на възможности за обучение на персонала и др.), управление на финанси (например, анализиране на разходите на отделението, участие в разпределянето на бюджета за отделението по отношение на доставки, оборудване и др.) и използване на информационни технологии (например, използване на технологии за водене на документация и за подпомагане на грижата за пациенти и др.) (Gunawan et al., 2019; Gunawan et al., 2020b).

## **Компетентност за работа с документи и с информационни технологии**

Работата на медицинските сестри изисква употреба на информационни системи и електронни документи, не само документи на хартия, но са възможни грешки, свързани с документацията, които са риск за качеството и сигурността на грижата за пациента (Kaihlanen et al., 2021). Компетентността на медицински сестри за работа с документи (documentation competence) включва умения за документиране на планирани интервенции, документиране на целите на планирана

грижа, документиране на грижа за пациент чрез използване на класифициране на грижата (Kaihlanen et al., 2021). Компетентността на здравните специалисти за работа с документи предполага и умения за работа с информационни технологии, за да се осигури прилагането на информационни и комуникационни технологии в здравните услуги (Li et al., 2019). Високата компетентност на медицинските сестри за работа с документи е свързана с по-малко откривани грешки в документацията, като най-често откриваните грешки, свързани с документацията, се отнасят до липсващи документи, а най-рядко откривана грешка, свързана с документацията, се отнася до размяна на документи за пациенти (Kaihlanen et al., 2021). По-често медицински сестри, които работят в болници, откриват грешки в документацията в сравнение с медицински сестри, работещи в други сектори на здравеопазването, например в сферата на социалните дейности и др. (Kaihlanen et al., 2021; ). Вземането на решения от медицинските сестри зависи не само от техническите им познания и умения, а и от техните ценности, вярвания и етичност (Jormsri et al., 2005).

## **Клинична компетентност на медицинските сестри**

Клиничната компетентност на медицинските сестри още се нарича професионална компетентност (Bing-Jonsson et al., 2016).

Клиничната компетентност на медицинските сестри има две дименсии – онтологична клинична компетентност, която се отнася до значението, което се придава на сестринството и не зависи от клиничната практика, а контекстуалната клинична компетентност зависи от

контекста, от опита, придобит в клинична практика, така че придобиването на клинична компетентност се развива с течение на времето (Kiljunen et al., 2018). Компетентността на медицинските сестри се подобрява с трудовия стаж, като при започване на работа са необходими поне 3 месеца практика за подобряване на тяхната компетентност (Lejonqvist & Kajander-Unkuri, 2022). Онтологичната клинична компетентност включва независимата работа на медицинските сестри, изразявана в помагачката им роля (как да посрещат пациентите, етично поведение, отговорност, желание да помогнат) и управляване на ситуации, а не работата им, основана на указания и медицински нареждания (Lejonqvist & Kajander-Unkuri, 2022). Контекстуалната клинична компетентност е свързана с това, че терапевтичните интервенции се развиват в специализиран контекст – операционна, реанимация, педиатрия, онкологична грижа, съдебна медицина и др. (Lejonqvist & Kajander-Unkuri, 2022).

Медицински сестри са интервюирани по отношение на тяхната професионална компетентност и е установено, че усъвършенстването на тяхната професионална компетентност зависи от достъпа до знания и информация, както и от подкрепящи взаимоотношения с колегите, като опитните медицински сестри са важен ресурс – източник на информация и подкрепа (Glad et al., 2018).

Основните клинични компетенции на здравните работници се отнасят до центрирана върху пациента грижа, партниране, подобряване на качеството, умения за работа с информационни и комуникационни технологии, познания за общественото здраве, оценяване и управляване на условия, педагогически и консултативни умения за



намаляване на рискови фактори, управляване на болестта и мотивиране на пациентите да се ангажират със здравословен начин на живот (The Working Group of the Education Committee of the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, 2014). Компетенциите за професионално представяне се отнасят до умения за изследване и оценка, за работа в екип, етична практика, лидерски умения, умения за настройка и стартиране на лечебна апаратура (The Working Group of the Education Committee of the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, 2014).

Така наречените „hard skills“ или професионални компетенции, използвани при грижата за пациенти, са специфични за практиката и се основават на научни постижения на медицината, и са необходими за подобряване на здравето и физическото състояние на пациентите, но не са достатъчни за подобряване на качеството на живота и удовлетвореността на пациента и неговите близки (Бачева, М., 2018; Dimitrov & Vazova, 2020). Лошото качество на услугите в медицинския сектор не се дължи толкова много на липсата на „твърдите умения“/професионалните компетенции, но по-често се дължи на дефицит във формирането на „меки умения“ или социални умения – „soft skills“ (Dimitrov & Vazova, 2020). Социалните умения (как управлявате взаимоотношенията си) са от значение при взаимодействието с пациента и неговите близки, и са необходими за психо-социалното възстановяване на пациента – умения за даване на информация за здравословен статус, за обясняване на медицинска процедура, проявяване на търпение, умения за управляване и разрешаване на конфликти, за демонстриране на емпатия, емоционална интелигентност,

умения за сътрудничество и работа в екип, способност за междуличностно разбиране, умения за събиране на информация, за самоконтрол, отговорност, критично мислене, умения за справяне със стрес, умения за убеждаваща комуникация, умения за изграждане и поддържане на взаимоотношения, умения за оказване на подкрепа и др. (Донкина, В. и Дойновска, Р., 2012; Стоянова, С. и Митева, С., 2015; Dimitrov & Vazova, 2020). Пациенти в България оценяват като най-важни „меки умения“ на медицинския персонал способността за управление и разрешаване на конфликти, както и способността за прояви на емпатия и съчувствие (Dimitrov & Vazova, 2020; Stoyanova et al., 2022).

## **Комуникативна компетентност**

Комуникативната компетентност включва способност за емпатия, умения за описателност при даване на обратна връзка, самоконтрол, способност за себеразкриване, поведенческа гъвкавост, екстраверсия, афилиация, баланс между доминантност и подчиняемост, баланс между спокойствие и социална тревожност, умения за награждаване, сензитивност на възприемането, способност за поемане на роли, умения за успешно взаимодействие и управление на взаимодействието (способност за установяване и поддържане на плавен и лесен модел на взаимодействие, способност за контролиране на взаимодействието без доминиране, умение за задаване на подходящи въпроси, за прекъсване на разговор, умение за поддържане на нищо незначещ разговор), центрираност върху събеседника (подходящо невербално поведение чрез кимане, наклон на тялото и усмихване), изразителност (чрез вариране на интонацията при говорене, подходящо използване

на хумор, подходящи лицеви изрази, поза, която не е ригидна) (Rickheit et al., 2008).

## **Компетентност за палиативни грижи**

Компетентността за палиативни грижи (palliative care competence) за пациенти с хронични заболявания или заплашващи живота заболявания включва познания за психична симптоматика; знания, ценности и нагласи, свързани с екзистенциални въпроси (например, страха от смъртта); умения за мултикултурно взаимодействие; знания и умения за фармакологично и нефармакологично управление на болката; умения за емоционален самоконтрол (Донкина, В. и Дойновска, Р., 2012; Hökkä et al., 2022; Velichkova- Hadjieva et. al., 2019). Компетентността на медицинските сестри за палиативни грижи още е наричана компетентност за клинични грижи в края на живота (clinical end-of-life care competence) и се изразява в оказване на такава грижа за пациент, че пациентът, семейството му и оказващите грижите за пациента изпитват възможно най-малко стрес и страдания в края на живота на пациента, взаимоотношенията са добри и уважителни, като семейството и медицинския персонал следват желанията и предпочитанията на пациента, пациентът и семейството му преживяват комфорт, благополучие, пациентът запазва надежда и способността си за разсъждение до последния момент, и смъртта му е безболезнена (Zarei et al., 2022; Velichkova- Hadjieva et. al., 2019).

## Компетентност за духовна грижа

Компетентността и медицинската грижа са холистични и включват културни, религиозни и морални аспекти, набор от знания, нагласи, умения и ценности, за да се задоволяват клиничните нужди на пациентите (Zarei et al., 2022). Холистичният подход разглежда хората като био-психо-социално-духовни същества, като духовната дименсия най-често е игнорирана от здравеопазването (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Всички аспекти на грижата – физическа, психологична, социална и духовна, се повлияват един – друг (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Цялостната грижа изисква внимание и към духовните потребности, защото задоволяването им е свързано с по-добро качество на живот и по-голяма удовлетвореност на пациента от грижата (Green et al., 2020; Бачева, М. и Дойновска, Р., 2018). Холистичната сестринска грижа включва всички грижи, които имат лечебен ефект за цялата личност, които подпомагат индивиди и групи да намерят хармонията между тяло, разум, дух и среда; грижата за пациента е базирана върху разбиране и съгласуваност на физически, психологически, емоционални и духовни измерения на благополучието на цялостната му личност (Green et al., 2020). За да предоставят цялостна, холистична грижа за здравето, медицинските сестри адресират физическите, психологическите, социалните, и духовните потребности на индивида (Sunga et al., 2022).

Духовността е личностното търсене да бъдат разбрани отговорите на екзистенциални въпроси относно живота, смисъла и взаимоотношенията със свещеното или отвъдното, развитието на религиозни ритуали и формирането на общност (Sunga et al., 2022; Velichkova-Nadjieva et al., 2019). Духовността е връзката, която хората правят с

нещо отвъд самите тях като начин за постигане на самоактуализация, да се чувстват в хармония с Вселената, да са заинтересувани от и да се стремят да отговорят на трансцедентни въпроси за смисъла на живота, целта в живота, ценността и взаимоотношенията; качество, което не е просто религиозна принадлежност, а е стремеж за вдъхновение, благоговение, смисъл и цел (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Трансцедентността е определяна като добродетел и набор от способности - емоционална способност за чувстване на близост с някого/нещо; намиране на смисъл и цел в живота; емоционален отклик на ценностите; възприемане на екзистенциалната значимост на това, което се случва; стремеж за подобряване на благополучието на другите хора и състоянието на природата, търсене на мир и спокойствие (Михайлова, Ц., 2020). Духовността става по-важна за човек по време на криза и болест, затова е важно медицинските сестри да предоставят духовна грижа за пациентите (Adib-Hajbaghery et al., 2017).

Компетентността на медицинската сестра за оказване на духовна грижа включва умения за оценяване и осъществяване на духовната грижа, стремеж за подобряване на качеството на духовната грижа, личностна подкрепа и консултиране на пациента, позоваване на професионалисти, нагласа към духовността на пациента, нагласа към важността на духовната грижа, умения за общуване (Sunga et al., 2022). Компетентността на медицинската сестра за духовна грижа (spiritual care competence) е способността на медицинската сестра да оценява духовните потребности на пациент и да се погрижи за удовлетворяването им като използва своите знания и умения, за да консултира и подкрепя духовно пациент, което изисква взаимно доверие,

продължаващ диалог със споделяне и изслушване, готовност да бъдеш на разположение за дълъг период от време, и стремеж за подобряване на качеството на предоставяната духовна грижа (Green et al., 2020).

Духовната грижа се изразява в даване на смисъл и цел на човешкия живот, вярване в по-висша сила, която може да вдъхне надежда, да намери решение, да надмине физически и съзнателни ограничения (Sunga et al., 2022). Духовната грижа е тази грижа, която разпознава и отговаря на духовни нужди (потребност от смисъл, от собствено достойнство, изразяване на себе си, подкрепа на вярата, обреди, молитви, причастие, или просто внимателен слушател) на хора, които са травмирани, болни или тъжни (Adib-Hajbageri et al., 2017). Духовна грижа се осъществява на три стадия – подготовка (повишаване на осведомеността, преодоляване на личностни бариери), свързване с пациента (чрез смелост да разпознаеш знаци, че пациентът се нуждае от духовна грижа и да действаш, да подкрепиш пациента духовно) и рефлексия – индивидуална и групов рефлексия върху преживяванията при оказване на духовна грижа, базирана на отвореност, равенство и взаимност (Sunga et al., 2022).

Духовната грижа се изразява интуитивно, междуличностно, алтруистично и интегративно, и зависи от осведомеността на медицинската сестра за трансцендентното измерение на живота, но отразява реалността на пациента (Adib-Hajbageri et al., 2017). Духовната грижа включва дейности, които се стремят да подобрят духовното благополучие и производителност на хората чрез установяване на баланс между физическите, психо-социалните и духовните аспекти на живота, подобряване на чувството за интегритет и превъзходство, и

подобряване на междуличностните отношения (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Дейностите за духовна грижа включват подпомагане, насочване на хората да направят добри екзистенциални избори в тяхната настояща ситуация, подпомагане на хората да понесат и да превъзмогнат трудна ситуация, помиряване на човек с други хора, възстановяване на връзката между човек и Господ, изцеление – възстановяване на човек до състояние на духовна цялост (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Медицинските сестри имат отговорността и възможността да оценят духовните проблеми на пациентите. Предоставянето на духовна грижа има позитивен ефект върху отговора на индивида на стрес, утешава го и го прави по-уверен, улеснява вземане на решени, свързано с терапия, подобрява съдействието от страна на пациента за целите на терапията и подобрява качеството му на живот (Adib-Hajbaghery et al., 2017; Mihaylova et al., 2021). Предоставянето на духовна грижа за пациентите и техните семейства може да подобри тяхното психично благополучие, да облекчи преживяваните от тях физически болки и тревожност, да намали риска от развитие на депресия, да ускори възстановяването на пациентите, да подхрани тяхната надежда, да подобри взаимоотношенията между медицинската сестра и пациента, да даде смисъл и цел в живота (Adib-Hajbaghery et al., 2017).

По-голямата част от медицинските сестри не се чувстват достатъчно подготвени да предоставят духовна грижа (Adib-Hajbaghery et al., 2017; Green et al., 2020). Сред причините медицинските сестри да не предоставят духовна грижа е вярването, че духовността на пациента си е негова лична работа; също така медицинските сестри не разполагат с достатъчно време, за да предоставят духовна грижа; трудно им е да удовлетворяват различаващи се от техните собствени

потребности на пациента от духовна грижа; поради страх от прозелитизъм; поради липса на образование и тренинг как медицинските сестри да предоставят духовна грижа (Green et al., 2020). Повечето медицински сестри не са запознати с концепцията за духовна грижа и я приемат като подпомагане на пациентите при извършване на религиозни практики, но има разлика между духовност и религиозност (Adib-Hajbagheri et al., 2017). Предоставянето на духовна грижа е пренебрегвано от медицинските сестри поради ролева неяснота, липса на достатъчно познания и умения за духовна грижа, липса на осъзнаване на важността на духовната грижа, негативни нагласи към духовната грижа (Adib-Hajbagheri et al., 2017). Медицинските сестри не оказват духовна грижа поради недостатъчно образование в тази насока и липса на умения, незапознатост с концепцията за холистична грижа и разглеждане на духовната грижа като объркраща или нерелевантна, объркване между духовност (обзор на живота и придаване на смисъл, практикуване на майндфулнес, медитация, молитва и др.) и религия, липса на достъп до духовни ресурси, прехвърляне на отговорността за полагане на духовна грижа (Sunga et al., 2022). Духовната грижа рядко е оказвана от медицинска сестра, по-често е оказвана от интердисциплинарен екип. Оказването на духовна грижа е свързано с подобряване на качеството на живота на пациента, на устойчивостта срещу психични заболявания (Sunga et al., 2022; Velichkova-Hadjieva et al., 2019).

При предоставянето на духовна грижа медицинските сестри стават по – отворени към различни религии и култури, способни са да разпознаят кога не могат да удовлетворят духовните потребности на пациентите (Green et al., 2020).



## Културна компетентност на медицинските сестри

Културната компетентност на медицинските сестри представлява способност за предоставяне на ефективна здравна грижа, вземайки предвид културните вярвания на хората, техните поведения и потребности (Repo et al., 2017). Културната компетентност е набор от подходящи знания, нагласи и поведения, които позволяват на медицинската сестра да действа ефективно при различни културни условия (Sadeghi et al., 2022). Културната компетентност на здравните професионалисти се изразява в действия, предприети в клиничната практика в отговор на културното разнообразие, културната осведоменост и културната сензитивност (Zarei et al., 2019). Културната компетентност е набор от съгласувани поведения, нагласи, вярвания и политики, ценности и морални добродетели (любов, загриженост, смирение, любознателност, податливост на обучение, честност, мъдрост, проникателност, справедлива преценка, благоразумие, внимателност, ученолюбивост, практическа мъдрост, разбиране, умереност, търпение, състрадание), знания за културното разнообразие и здравето, и умения, които позволяват на професионалистите да работят ефективно в кроскултурни ситуации (Shen, 2015).

Културната компетентност на медицинските сестри включва осведоменост за човешкото разнообразие, способност за полагане на грижи за индивиди, неосъждаща откритост към всички индивиди (Repo et al., 2017). Културната компетентност включва осведоменост за своята култура, ценности, вярвания, атрибути и поведения; умения

за оценяване и общуване с хора от други култури; оценяване на културни различия (Noble et al., 2014). Културната компетентност включва знания, демонстриращи културна осведоменост за културното разнообразие; нагласи, демонстриращи културна сензитивност; поведения, демонстриращи културна компетентност – например, приспособяване на оказваните услуги към индивидуални и групови предпочитания на хора от други култури (Zarei et al., 2019). Културната компетентност включва взаимосвързани компоненти като културна осведоменост за своята култура и признаване на съществуващи предразсъдъци, културно познание за различни категории от населението, умения за събиране на данни, отнасящи се до определена култура и за използване на информацията, за да се осъществяват културно-базирани оценявания; взаимодействия лице-в-лице с пациенти от различен произход с избягване на стереотипизиране; грижовност и ангажиране за повишаване на културната компетентност (Eche & Aronowitz, 2017). Културната компетентност на медицински сестри включва разбиране на вярванията на различни културни групи; умения за комуникиране с пациенти от различни култури; способност за обучаване на колеги относно сходства и различия между отделни култури, относно планиране на интервенции за пациенти от различни култури, относно начини на комуникиране с пациенти от различни култури, относно вярвания за здраве и болест, разпространени в различни култури; способност за обясняване на влиянията на културни фактори върху вярванията и поведенията, свързани със здраве и болести, при пациенти от различни етнически групи; умения за лесно събиране на информация за здраве, болест, култура, както и за вярва-

нията и поведенията на всеки пациент относно здраве и болест; подходящо поведение при прилагането на здравни грижи за пациенти от различни култури, съобразено с културните норми и удовлетворяващо потребностите на пациентите; способност за сравняване на вярвания на пациенти от различни култури относно здраве и болест; поставяне на цели за оказване на здравна грижа, съобразно културните особености на всеки пациент, обсъждане с всеки пациент на различията между вярванията и поведенията на пациента, свързани със здравето, и познанията относно това, което изисква ефективната практика на медицинската сестра (Gözüm et al., 2016).

Когато се грижим за пациент с различна култура, трябва да осъзнаем свои културни особености, да бъдем отворени към хора от различни култури, да бъдем честни към себе си относно нашите вярвания към човек от различна култура, за да избегнем расизъм и предразсъдъци, както и ако нямаме достатъчно познания за друга култура честно да го споделим и да попитаме пациента какъв е най-подходящият начин за оказване на грижи в неговата култура в дадена ситуация, искрено да уважаваме културно различните пациенти, за да бъдем по-готови да се грижим за някого по подходящ за неговата култура начин и пациентът да ни повярва, че сме загрижени за неговото здраве и благополучие (Zoucha, 2002).

Културната грижа означава да бъдат взети предвид културните ценности, вярвания, възгледи и начин на живот на пациента, когато се вземат решения за неговото здраве и благополучие (Fadaeinia et al., 2022). Културната грижа представлява ценности, вярвания и начини на живот, които подпомагат, улесняват и позволяват на друг индивид или група да поддържа своето здраве и благополучие, да подобрява

своите условия на живот, да се справя с болест, увреждане или смърт, като индивид в контекста на своята култура взема автономно здравни решения (Zoucha, 2002).

Културната компетентност е процес на предоставяне на културно съгласувана грижа, която комбинира културно съгласувани практики, научно обосновани нагласи и политики, така че медицинските сестри да могат да използват гъвкави комуникационни умения и поведения, за да практикуват ефективно в мултикултурен контекст (Fadaeina et al., 2022). Културната компетентност на медицинските сестри още е наричана културно съгласувана грижа (*culturally congruent care*) и представлява продължителен процес на културна осведоменост за своята и други култури; желание за разбиране, взаимодействие, разбиране, приемане и уважение на представители на други култури; натрупване и използване на знания и умения по улесняващ пациента, сензитивен, творчески, сигурен, уверен, смислен и ефикасен начин, за да подхожда оказваната грижа на контекста, културните вярвания, нужди и начин на живот на пациента, и да бъде ефективна, така че да бъдат подпомогнати здравето и благополучието на индивиди и групи с различен културен произход (Shen, 2015).

Културната компетентност е продължаващ процес, при който здравният професионалист непрекъснато и съзнателно се стреми да работи ефективно с пациенти с различна култура, като уважава ценностите, вярванията и възгледите за живота на различни групи от населението и оказва подходяща за културата на пациента грижа (Eche & Aronowitz, 2017). Културната компетентност е непрекъснат процес, в който предоставящият здравна грижа се стреми да развие своята способност да работи ефективно в културния контекст на пациента,

неговото семейство и общност (Almutairi et al., 2015). Усилията за постигане на културна компетентност продължават през целия живот (Almutairi et al., 2015).

Културната компетентност е постепенен продължаващ процес на натрупване на знания за своята култура, знания за други култури (културна осведоменост – знания за културна принадлежност, за ценности ориентации, за начин на общуване, за вярвания и практики, свързани със здравето, за начин на хранене, за социално-икономически статус, за организации, предоставящи културна подкрепа, за образование, религия, за разпространеност на определени заболявания и др.), взаимодействия с представители на други култури и разбиране на представители на други култури, културна сензитивност и толерантност към представители на други култури, културна включеност, умения за преценка на представители на други култури, приемане на представители на други култури, отвореност, гъвкавост, докато се стигне до културна компетентност като подходящо поведение проявявано в определен културен контекст, състрадателна защита на социалната справедливост и човешките права, защита на правото за културно съгласувана здравна грижа за уязвими групи от населението, оказване на културно компетентна здравна грижа чрез опазване на културата (етничност, религия, културно наследство, ценности, традиции, духовни вярвания) и приспособяване към културата на пациента, неговите близки и неговата общност (Shen, 2015).

Културната компетентност е процес, който започва с желанието на човек да научи за теми, свързани с културата, повишава се осведомеността за различията между хората, разбират се и се приемат

културните различия, усвояват се умения за полагане на грижа за пациентите, умения за критично мислене, внедрява се значението на културата във всички нива на грижа, като се постига културна сензитивност, гъвкавост и адаптираност на предоставяните услуги, за да се отговори на културно-специфични нужди (Gözüm et al., 2016).

Културната компетентност се развива непрекъснато на следните етапи – културна осъзнатост (изследване на собствените ценности и вярвания, за да се повиши осъзнаването на своите културна идентичност и етноцентризъм<sup>1</sup>), културно познание (натрупване на интердисциплинарно знание за здравословни вярвания и поведения, за неравенствата в здравната грижа и в обществото), културна сензитивност (развитие на подходящи комуникативни умения, изграждане на партньорско взаимоотношение с пациента, с прояви на емпатия, доверие, уважение и приемане) и културна компетентност (практически умения за оценяване на потребности и клинични диагностични умения, способност за разпознаване и предотвратяване или прекратяване на прояви на расизъм и дискриминация) (Repo et al., 2017).

Културната компетентност бива разделяна на обща и специфична културна компетентност, както и културна компетентност на

---

<sup>1</sup> Етноцентризъм е форма на позитивна етническа идентичност (Стефаненко, Т., 1999), която представлява самоутвърждаване на своята етническа общност, преувеличаване и усилване в етническите обичаи на всичко специфично и отличително за общността (Adorno et al. 1950), човек проявява благоприятно отношение към собствената етническа група, отколкото към чужда (Московичи, С., 1998; Castex, 1993; Krueger, 1996), дори проявява негативно отношение към други групи (Стефаненко, Т., 1999; Castex, 1993), приема тези, които са му подобни по култура и отхвърля различните (Adorno et al., 1950), има предразсъдъци против всички, които са чужденци или се различават (Московичи, С., 1998), оценява нормите, обичаите и ценностите на своята култура и етническа група като естествени и правилни, а елементите на други култури като неправилни (Стефаненко, Т., 1999).

индивид и институционална културна компетентност (Shen, 2015). Културната компетентност включва общокултурни компетенции (culture-generic competencies) – компетенции, приложими към всички етнически групи, които са необходими за получаване на специфична културна информация за работа с разнообразни пациенти; и специфични културни компетенции (culture-specific competencies) (Repo et al., 2017).

Пример за общокултурна компетенция е т.нар. културна „Аз“-ефективност или още се нарича транскултурна „Аз“-ефективност. Културната „Аз“-ефективност е способността на предоставящите медицински грижи да проектират, прилагат и оценяват културни грижи за пациенти с разнообразни културни принадлежности (Fadaeinia et al., 2022). Транскултурната „Аз“-ефективност е вярване в своята способност да се обучиш и да осъществяваш транскултурна грижа, увереност, че можеш да усвоиш и да реализираш транскултурни умения на медицинска сестра, необходими за културно компетентна и културно съгласувана грижа (Singleton, 2017). Възприетата увереност за научаване и прилагане на транскултурални умения на медицинските сестри е компонент на културната компетентност (San, 2019). Придобиването на културна компетентност е продължителен и многоизмерен (когнитивен, емоционален, поведенческо-практически) процес на придобиване на умения, увереност и възприета „Аз“-ефективност за оказване на културно съгласувана грижа (San, 2019; Singleton, 2017).

Съществуват няколко степени на културна компетентност, подредени от най-силно развитата до най-слабо развитата форма на културна компетентност – културна опитност (culturally proficient),

културна компетентност (culturally competent), културна осведоменост (culturally awareness) и културна некомпетентност (culturally incompetent) (Eche & Aronowitz, 2017).

Културната компетентност на повечето медицински сестри е на средно равнище (Sadeghi et al., 2022). Медицинските сестри са мотивирани да развият своята културна компетентност, стремят се към непрекъснато развитие на своята културна компетентност (Eche & Aronowitz, 2017; Noble et al., 2014). Културната компетентност се развива чрез културна осведоменост, познания, умения, срещи и желание (Almutairi et al., 2015). Културната компетентност се развива поради чувство за отговорност и тренинг (Gözüm et al., 2016).

Културната компетентност е свързана с това доколко си приличат предоставящите здравни грижи и пациентите по отношение на расови, етнически и културни индикатори, най-вече по отношение на говорим език (McGinnis et al., 2010). Културното сходство между медицински сестри и пациенти по отношение на държава, в която са родени, майчин език, етнически произход спомага за по-голяма културна компетентност на медицинските сестри (McGinnis et al., 2010). Медицински сестри, които произхождат от малцинства, често взаимодействат с представители на различни култури, говорят няколко езика, учили са по програми за обмен на студенти, имат повече години трудов стаж, имат добри умения за общуване, са с по-висока културна компетентност (Repo et al., 2017).

Медицински сестри, които са участвали в пет или повече тренинги в културна компетентност докладват за нараснала увереност в своята осведоменост; подобрена способност за оценяване на културни вярвания, практики и нужди; подобрена способност за използване на



културно адаптирани интервенции за подобряване на здравето и превенция на заболявания; по-добро използване на подходящи езикови ресурси, свързани със здравни грижи; подобрена способност за интервенции в случаи на липса на културна сензитивност и прояви на предразсъдъци (Matza et al., 2015). По-висока културна компетентност на медицинските сестри се съпровожда с повече прощаване на другите/пациентите, по-голяма емпатия с по-силно изразени нейни компоненти вземане предвид на чуждата перспектива и състрадателна грижа (Zarei et al., 2019).

По данни от изследване на медицински сестри, работещи в училища, те са добре запознати с демографски характеристики, говорени езици, религия на групите от населението, които обслужват, могат да опишат здравословни различия между специфични групи, могат да опишат и различни социални фактори (дискриминация, образователни достижения, доход, жилищни условия, пътуване до училището, достъп до здравни услуги, качество на здравните услуги, здравно-осигурителен статус), които повлияват здравето на училищната общност, добре познават възгледи за болестите сред различни културни групи, добре познават традиции и обичаи, свързани с храненето, при различни културни групи; но не са запознати с прибягването до традиционни лечители от различни културни общности, не използват интервенции, свързани с лечения с билки и традиционни лечения (Matza et al., 2015).

Медицинските сестри, работещи в училище, посочват следните трудности при предоставянето на необходимата здравна грижа, поради недостатъчна културна компетентност – различни говорими езици и неспособност за общуване на езика, говорен от родителите на

учениците; липса на ресурси (материали, специфични за работата на училищната сестра, свързани с културна компетентност – например, липса на здравословни информационни материали на различни езици; липса на документи, написани на езика, говорен от родителите на учениците; липса на транспорт, липса на финансиране); свързани с работата ограничения, като например липса на административна подкрепа, несподеляне на информация между колеги и училищен персонал, ограничения във времето за предоставяне на културно компетентна грижа; липса на тренинги в културна компетентност; липса на лесен достъп до уеб-базирани културни ресурси, например образователни форуми (Matza et al., 2015).

Медицинските сестри прилагат знания за социални и културни фактори, които повлияват медицинската грижа в различен контекст, използват различни източници на данни и доказателства при предоставяне на културно компетентна грижа, стараят се да бъдат постигнати сигурни и качествени резултати при различни групи от населението, стремят се към социална справедливост, включително елиминирание на неравен достъп до здравни грижи за различни категории от населението (Noble et al., 2014). Културната компетентност цели да подобри качеството на здравната грижа чрез намаляване на културните неравенства при среща на различни култури в контекста на здравеопазването (Almutairi et al., 2015). Културната компетентност на медицинските сестри е необходима за предоставяне на релевантни, ефективни и отговорни здравни услуги на повече групи от населението, за намаляване на расовите и етнически неравенства в здравната грижа, за подобряване на качеството на здравната грижа, удовлетво-

реността на пациентите и здравните резултати (Shen, 2015). Културната компетентност е необходима на здравните професионалисти, за да предоставят надеждни и ефикасни здравни услуги за хора от различни култури (Gözüm et al., 2016). Културната компетентност на медицинските сестри допринася за предоставяне на ефективни и отговорни здравни грижи, намаляване на неравенствата и дискриминацията при предоставяне на здравни грижи, повишаване на удовлетвореността на пациентите и подобряване на тяхното здраве (Repo et al., 2017; Бачева, М. и Дойновска, Р., 2018). Културната компетентност на медицинските сестри е необходимо условие за етично взаимоотношение между медицинска сестра и пациент (Repo et al., 2017). Културната компетентност на медицинските сестри им позволява да предоставят качествена медицинска грижа за пациенти от различни култури, което е свързано и със съблюдаване на етични правила, например за избягване на неравенства и дискриминация в здравеопазването, за спазване на правата на пациентите (Sadeghi et al., 2022). По-високата културна компетентност на медицинските сестри е свързана и с по-висока етична компетентност на медицинските сестри (Sadeghi et al., 2022). Различните видове компетентности на медицинските сестри са взаимосвързани.

# Инструменти за изследване на сестринската клинична компетентност

Процесът на оценяване е един от начините за измерване на успеха. Оценката на компетентността е непрекъснат процес на поддържане на знанията и уменията, консултиране и стимулиране, чрез процеса на непрекъснато учене и развитие (Андонова, А., 2022). Оценяването на професионална компетентност в медицинската практика предполага оценяване на знания (припомняне на факти, теории) и основни умения за справяне с клинични задачи (способност за решаване на проблеми, за описване на процедури, практикуване на умения), клинично разсъждаване, експертно преценяване, умения за управление на неопределеност/ неяснота, умения за организиране/управление на времето, стратегии за учене, умения за екипна работа, наличие на институционална подкрепа и менторство (Bacheva & Doinovska, 2019; Epstein & Hubert, 2002, p.226, p.229). Съвременна тенденция е предоставянето на здравни грижи, основани на доказателства, което стимулира провеждането на научни изследвания в клиничната практика (Стоянова, С. и Пенева, И., 2013; Сълева, М., Александрова - Янкуловска, С. и Драганова, М., 2022).

При някои изследвания са използвани обективни измерители като анализ на движенията на ръцете за оценка на технически компетентности на медицински сестри, свързани с процедури за прилагане на ултразвук (Good et al., 2019). Стратегиите за оценка, базирани на прякото наблюдение, са израз на субективни ценностни преценки, които

могат да са пристрастни, а поведението може да не е еднообразно, да е ограничено и твърде контролирано (Redfern et al., 2002; Watson et al., 2002), освен това успешното изпълнение в един случай не гарантира успешността в друг. Оценката на професионалните компетенции създава предизвикателства, а наличието на ефективни инструменти, може да предостави уникални възможности. Тъй като различните методи измерват различни способности, е необходимо да се прилага мултиметодична стратегия за оценка на комплекса от постигнати знания, умения и нагласи, необходими за осъществяване на компетентна практика (Norman et al., 2002).

Оценяването на компетенциите в българското сестринско образование включва предимно методи за изпитване, изискващи демонстрация на компетентност, чрез проиграване на различни постановки и цялостна преценка за професионално поведение и отношение (Тончева, С., 2018). Това подлага на съмнение обективността на метода и не осигурява представа за компетенциите, които трябва да бъдат оценени (Тончева, С., 2018). Независимо от това коя форма на оценка на компетенциите се използва, съществува опасност от проява на субективизъм при оценяването им (Драганова, М., 2022). От извършения преглед на литературата по темата не открихме адаптирани методики, измерващи клиничната компетентност на завършващите в България студенти - медицински сестри и акушерки, като обучението и професионалната реализация на студентите от двете медицински специальности у нас е регламентирано предимно с нормативни документи (законы и наредби) (Терзиева, А., Дойновска, Р. и Василева, Н. 2013; Тончева, С., 2018).

Някои автори свързват постигнатото ниво на компетентност със степента на студентска удовлетвореност от качеството на обучение, което би могло да разкрие нови възможности за повишаване на тяхната мотивация за обучение и успеваемост (Бачева, М., Дойновска, Р. и Андонова, А., 2022b; Рашева, А. и Иванова, Д., 2019). Оценяването в областта на здравните грижи, трябва да се разшири, като обхваща не само удовлетвореността на студентите и инструментите за оценка на ефикасността на знанията, но да обхване и цялостното клинично представяне и професионално клинично мислене. От първостепенно значение за това е разработване на надеждни, валидни инструменти и техники за оценяване/самооценяване ефективността на ученето (Bacheva & Doinovska, 2022; Bray et al., 2011). Използването на валидни и надеждни инструменти е основа за стабилност в оценката на професионалната компетентност.

Все повече сред академичното сестринство се повдига въпроса за оценяването и самооценяването в процеса на обучение. За студентите значимостта на оценката се изразява в стимулиране на познавателната дейност, възможност за усъвършенстване, активизиране, формиране на умения за преодоляване на трудности (Драганова, М., 2022). Компетенциите дават информация за степента на реализация на учебно - възпитателните цели и резултата от дейността, което може да изведе необходимостта от промени с цел усъвършенстване на собствената си дейност и възможност за адаптиране на преподавателите към характера на усвояването на знания, умения и поведение (Драганова, М., 2022). Това може да се осъществи чрез превеждането и валидирането на редица световно признати инструменти в сферата на здравните грижи, и тяхното адаптиране за български условия. Редица

изследвания в областта на сестринството доказват ползата от използването на инструменти за самооценка на клинична компетентност, както и връзката между прякото въздействие върху нуждите на пациентите и способността на медицинските сестри да ги посрещнат. Модерните и насочени към бъдещето образователни програми, подпомагащи студентите да развият своята професионална компетентност, изискват полезни инструменти за оценка и рефлексия, които да бъдат комбинирани в теоретичното и клинично обучение. Настоящата работа съдържа описание на няколко скали, измерващи компетентността при завършващи и при практикуващи медицински сестри, които се използват като инструмент за самооценка на представянето или възприета адекватност на подготовката по време на тяхното обучение.

## **Скала за цялостна/холистична компетентност на медицинските сестри (Holistic Nursing Competence Scale)**

Създадена е скала за цялостна/холистична компетентност на медицинските сестри (Holistic Nursing Competence Scale), която има пет-факторна структура (обща способност на медицинските сестри – например, определяне на причини и решения на проблеми, обективност към случващото се, насърчаване на другите, когато са в трудна ситуация; способности за обучение и управление на персонала; етична практика; предоставяне на сестринска грижа в екип; професионално развитие) и се състои от 36 айтема, на които се отговаря по седемстепенна скала (Takase & Teraoka, 2011).

Скалата за цялостна/холистична компетентност на медицинските сестри (Holistic Nursing Competence Scale) има и кратка версия, която измерва себепреценката на медицинските сестри относно действителното им равнище на компетентност и изискваното от тях ниво на компетентност, като се състои от 12 айтема относно етична практика, предоставяне на сестринска грижа в екип, управление на своето професионално развитие, обучение и управление на персонала, на които се отговаря по седемстепенна скала (Takase et al., 2017).

Установено е, че цялостната/холистичната компетентност на медицинските сестри се подобрява с придобиването на клиничен опит (Takase & Teraoka, 2011) и корелира позитивно с ангажираността им в работата, и с тяхната рефлексивност (Aydin et al., 2022).

## **Скала за сестринска компетентност (Nurse Competence Scale)**

По подобен начин друг инструмент, широко използван в световен мащаб за измерване на компетентността на медицинските сестри на различни фази от тяхната кариера, е Скалата за сестринска компетентност (Nurse Competence Scale - NCS), която оценява основните умения и компетентности в сестринската практика в различна болнична работна среда (Meretoja et al., 2004). Скалата за компетентност на медицинските сестри може да се използва за оценка компетентността на студенти медицински сестри, новозавършили медицински сестри и болнични мениджъри (Flinkman et al., 2016). Категориите на скалата са извлечени теорията на П. Бенър за компетентността “От начинаещ до експерт” (Benner, 1982). Психометричното тестване на скалата е проведено с 498 медицински сестри (Meretoja et al., 2004).



Скалата се състои от 73 айтема, разпределени в 7 категории – помагача роля, преподаване-наставничество, диагностични функции, управление на ситуации, терапевтични интервенции, осигуряване на качество и трудова роля (Meretoja et al., 2004). Индикаторите на сестринска компетентност са оценени от експерти (Meretoja et al., 2004). Отговорите се дават както по визуална аналогова скала от 0 до 100 за оценка на степента на своята компетентност, така и по четиристепенна скала от „неприложимо в моята работа“ до „много често използвам в моята работа“ (Meretoja et al., 2004). Установява се, че колкото е по висока честотата на използване на компетенциите, толкова е по високо самооцененото ниво на компетентност (Meretoja et al., 2004).

Установена е положителна корелация на сестринската компетентност с продължителността на трудовия стаж, възрастта (Flinkman et al., 2016; Meretoja et al., 2004), образованието, постоянната заетост и участието в образователни програми (Flinkman et al., 2016). Променливи като овластяване, ангажираност, практическа среда, качество на грижите и критично мислене, също са свързани с по-висока компетентност (Flinkman et al., 2016).

В Норвегия при 593 новодипломирани медицински сестри оригиналният седемфакторен модел на скалата от 73 айтѣма не се потвърждава, което довежда до създаване на норвежка скала, състояща се от 46 айтѣма, оценяващи следните категории компетентности: “Планиране и предоставяне на грижи”, “Преподавателски функции”, “Професионално лидерство”, “Използване на научни изследвания и сестрински ценности” и “Професионална информираност” (Wangenstein et al., 2015).

В Италия при 698 студенти - медицински сестри, не се потвърждава оригиналният модел на скалата за компетентност на медицинските сестри, състояща се от 73 твърдения и тя се модифицира в италианската скала за компетентност на медицинските сестри, състояща се от 58 елемента, разпределени в оригиналните седем фактора: „Подпомагача роля“, „Преподаване/ наставничество“, „Диагностични функции“, „Управление на ситуации“, „Терапевтични интервенции“, „Осигуряване на качество“ и „Трудова роля“ (Notarnicola et al., 2018).

В Обединените Арабски Емирства някои айтеми от скалата за компетентност на медицинските сестри не са приложими, например тези, отнасящи се до дейности, свързани със супервизия на студенти (Aqtash et al., 2017).

Други автори използват скалата за измерване на сестринската компетентност (Nurse Competence Scale) сред 318 студенти медицински сестри в Турция в трети и четвърти курс с педиатричен профил на обучение, като оценяват психометричните ѝ свойства и скалата остава с 39 айтъма, разпределени в 8 субскали – съдържание (например, способност за планиране на обученията за превенция и подобряване на здравето на деца и семейства, способност за вземане на решения, липса на страх при полагане на грижи за деца), физически преглед (например, оценка на пулса на дете), хранене (например, даване на съвети на майката относно кърменето), даване на лекарства и течности, комплексна грижа (например, способност за планиране на грижа за деца с множество здравни проблеми), взаимодействия със семейства и деца, растеж и развитие (например, способност да осведомиш семейството за характеристиките на растежа и развитието, свойствени за възрастта

на детето), управление на болка и температура (например, способност за полагане на грижа за дете с висока температура) (Bektaş et al., 2020).

По скалата за компетентност на медицинските сестри се изчислява и общ бал (Aqtash et al., 2017). Скалата за компетентност на медицинските сестри е нормирана с медиана, която разделя медицинските сестри на такива с ниска компетентност и такива с висока компетентност (Numminen et al., 2015). Резултатите по скалата се разделят на четири групи – балове от 0 до 24 са ниска компетентност, от 25 до 49 са донякъде добра компетентност, от 50 до 74 са добра компетентност и от 75 до 100 са много добра компетентност (Aqtash et al., 2017).

## **Скала за професионална сестринска компетентност (Nurse Professional Competence Scale)**

Скалата за професионална компетентност на медицинските сестри или още наречена скала за сестринска професионална компетентност (Nurse Professional Competence - NPC) измерва професионалната компетентност, оценена от самите медицински сестри, както сред студентите - медицински сестри преди дипломирането, така и сред практикуващите медицинските сестри, като се базира на официалните изисквания за професионална компетентност на медицинските сестри от Шведския съвет по здравеопазване и социални грижи, основаващи се на насоките на Световната Здравна Организация (Nilsson et al., 2014). Психометричните ѝ свойства са установени на базата на данни от 1086 новозавършили студенти медицински сестри от 11 университета (Nilsson et al., 2014).

Скалата за професионална компетентност на медицинските сестри (Nurse Professional Competence Scale) се състои от 88 айтема, разпределени в 8 фактора – „сестринска грижа“ (за здравните проблеми на пациенти); „базирана на ценности сестринска грижа“ (например, учтиво и емпатично общуване с пациенти, роднините им и персонала); „медицинска и техническа грижа“ (например, прилагане на познания по фармакология); „преподаване / обучение и подкрепа“; „документация и информационни технологии“; „законодателство за сестринството и планиране на сигурността“; „лидерство в сестринската грижа и развитие на сестринската грижа“; „обучение и супервизия на персонал и студенти“ – групирани в два фактора от по-висок порядък (или две теми) – Сестрински грижи, свързани с пациента (включва субскалите сестринска грижа; базирана на ценности сестринска грижа; медицинска и техническа грижа; преподаване / обучение и подкрепа; документация и информационни технологии; законодателство за сестринството и планиране на сигурността); организация и развитие на сестринската грижа (включва темите законодателство за сестринството и планиране на сигурността; лидерство в сестринската грижа и развитие на сестринската грижа; обучение и супервизия на персонал и студенти) (Gardulf et al., 2019; Nilsson et al., 2014; Nilsson et al., 2019). Отговорите се дават по 4-степенна скала плюс вариант на отговор „не мога да отговоря/не мога да взема становище“ (Nilsson et al., 2014; Nilsson et al., 2019).

По-късно е създадена и кратка версия на NPC скалата (NPC Scale-SF) по данни от 1810 студенти медицински сестри в момента на завършване от 12 университета в Швеция (Nilsson et al., 2018). Крат-

ката версия на скалата за професионална компетентност на медицинските сестри се състои от 35 айтема, които измерват 6 области на компетентност – сестринска грижа (за потребности на пациентите), базирана на ценности сестринска грижа (общуване с пациенти, роднини и персонал, прояви на емпатия), медицинска и техническа грижа (справяне с медицински продукти на базата на съществуващи правила и процедури за сигурност), педагогика на грижата (информират пациенти и роднини индивидуално, в подходящо време, под подходяща форма), документация и администриране на сестринската грижа; развитие, лидерство и организация на сестринската грижа (планират, консултират, сътрудничат си с други здравни специалисти) (Halabi et al., 2021a; Halabi et al., 2021b; Ivanišević et al., 2022; Nilsson et al., 2018). На айтемите се отговаря по 4 степенна скала (Halabi et al., 2021a; Halabi et al., 2021b).

Най-високи резултати при изследвания в няколко европейски държави са по компетентности, свързани с базирана на ценности сестринска грижа и медицинска и техническа грижа, а най-ниски резултати са по компетентности, свързани със законодателство за сестринството и планиране на сигурността, както и обучение и супервизия на персонал и студенти (Nilsson et al., 2019).

## **Други скали за сестринска компетентност**

Швириан представя шестизмерна скала (Six-D Scale), състояща се от 52 айтема, групирани в шест подскали и оценени четиристепенно: лидерство, интензивни грижи, преподаване/ сътрудничество, планиране / оценка, междуличностни отношения / комуникации и професионално развитие (Schwirian, 1978).

Съществува форма за себеописание на медицинските сестри (Nurse Self-Description Form), която се състои от 19 айтема за описание на себе си (по отношение на професионализъм, етика в работата, емпатия, лидерство) в сравнение с другите медицински сестри по седемстепенна скала (Olsson, 1999). Професионалната форма за себеописание (Professional Self-Description Form) включва два допълнителни айтема, добавени към 19-те айтема от формата за себеописание на медицинските сестри (Olsson, 1999).

Друг въпросник (ЕЕСР - Experience, Expectations and Competence in nurses' Professional practice), състоящ се от 12 айтъма, се използва за изучаване на опита на медицинските сестри, техните очаквания и компетентност в професионалната им практика (Olsson, 1999).

Въпросник за сестрински компетенции на Bartlett et al. (2000) включва 78 айтема с отговаряне по 4-степенна скала, организирани в 8 субскали – лидерство, професионално развитие, оценяване, планиране, интервенция, когнитивна способност, социално участие, сила на „Аз“-а.

Инструмент за оценка на ключови области (Key Areas Assessment Instrument – КААИ), с версия и за преподаватели, включва само два въпроса – относно ранжиране на студентите – медицински сестри по ключови области на знания, умения, ценности и отношения като се сравняват студенти с компетентна медицинска сестра или акушерка и се оценява на всеки студент по петстепенна скала относно неговата компетентност; по-общ въпрос относно представянето на студентите и дали преподавател би искал да работи отново със студент (Norman et al., 2002).

След преглед на литература относно сестринска компетентност е създаден въпросник от 108 айтема за самооценка на сестринската компетентност в Европейски държави, който включва субскали „оценяване“, „предоставяне на грижа“, „общуване“, „промоция на здраве“, „личностно и професионално развитие“, „професионална и етична практика“, „изследване и развитие“ и „работа в екип“ (Cowan et al., 2008).

Lee и кол. (2017) разработват скала за оценяване на основни компетенции при корейските медицински сестри (Korean Nurses' Core Competency Scale - KNCCS). Представява въпросник за самооценка, състоящ се от 70 айтема относно общи основни компетенции на медицинските сестри (Lee et al., 2017). Те са изведени въз основа на проведен SWOT- анализ, литературен преглед върху скали за основна и клинична компетентност, разработени в други страни и критериите в стандартите за акредитация (Lee et al., 2017). Оценена е валидността на съдържанието от експертна група, състояща се от професори и преподаватели в областта на здравните грижи, както и надеждността на KNCCS с участието на 528 новодипломирани медицински сестри (Lee et al., 2017). Експлораторният факторен анализ идентифицира пет поддомейна (подскали): човешко разбиране; комуникационни умения; професионализъм и етика; критично мислене и клинично представяне (Lee et al., 2017). Всеки елемент от скалата е оценен с помощта на 5-точкова скала със следния оценъчен континуум (1- категорично несъгласен; 2- несъгласен; 3- неутрален; 4- съгласен и 5- напълно съгласен) (Lee et al., 2017).

Едно проучване на тайванска група учени върху базовите компетенции, включени във фундаменталната скала за оценка на сестринска практика (Core Competence in Fundamental Nursing Practicum Scale) доказва нейната валидност и надеждност (Chang et al., 2022). В окончателния си вариант скалата се състои от 25 айтема, разпределени в 5 области, а именно: комуникация, приложение на сестрински процес, основни биомедицински знания, сестрински умения и способности за извършване на грижа, и професионално отношение (Chang et al., 2022). Скалата може да се използва от академичното сестринство за идентифициране на слабите базови компетенции на студентите и за прецизиране на учебните програми (Chang et al., 2022).

В световен мащаб се използват редица инструменти, с фокус върху компетентността на студенти, обучаващи се в двете медицински специалности (медицински сестри и акушерки), но въпросникът за клинична компетентност (Clinical Competence Questionnaire- CCQ), конструиран в Тайван през 2013 г., най-тъсно свързва самооценката на студентите с тяхната клинична компетентност, според неговите автори Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014). Въпросникът измерва възприетията на студентите медицински сестри за нивото на тяхната клинична компетентност, придобита в процеса на обучение (Liou & Cheng, 2014). Авторите базират своята концепция върху модела на Патриша Бенер за етапите на развитие на клиничната компетентност „От начинаещ до експерт“ (Benner, 1982).

Целта на настоящото изследване е да представи българска адаптация на въпросника за клинична компетентност на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014), измерващ самооценката, която студентите медицински сестри дават за нивото на своята клинична компетентност.



# Изследователски дизайн

## Процедура на изследването

Изследването е проведено в периода юли 2021- ноември 2022 г. Приложен е въпросник за клинична компетентност (Clinical Competence Questionnaire - CCQ), който измерва възприетата компетентност на студенти, обучаващи се за медицински сестри, непосредствено преди завършване на бакалавърската им степен (Liou & Cheng, 2014). В проучването целенасочено бяха поканени да участват студенти – медицински сестри и акушерки, от няколко университети в България, на последен и предпоследен етап от своето обучение. След делова кореспонденция беше получено подходящо регулаторно одобрение преди събирането на данни от университетите - партньори. Ръководители и преподаватели на двете специалности бяха помолени да разпространят електронния вариант на въпросника в съответните си първични звена. Въпросникът беше достъпен до всички студенти – медицински сестри и акушерки, на последен и предпоследен етап от обучението (трети и четвърти курс) в съответните университети. Изследването се проведе както с попълване на хартиена бланка от въпросника, така и онлайн чрез Гугъл формуляри (<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfquW3FONmKxxaXokIu55uavf-DJc5BapMFjSMmqAVLPicYkA/viewform?fbclid=IwAR3qqSTzFfnkC77imeRfuhEAITuiaI5GxhiWjR0gMucYB-b5Z1DCXc1-i9I>). Изследването се проведе на три етапа – през 2021 г. до август 2022 г. студентите – медицински сестри и акушерки (N = 305; 56,2%), попълваха само въпросника за клинична компетентност на Лиу и Ченг (Liou & Cheng,

2014), през септември – октомври 2022 г. студентите ( $N = 238$ ; 43,8%) попълваха освен този въпросник, също така въпросник за защитни механизми на М. Бонд (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996) във връзка с проверката на валидността, а през ноември 2022 г. беше извършено повторно изследване на част от студентите ( $N = 62$ ; 11,4%) за проверка на надеждността по метода тест-ретест. Участието на изследваните е доброволно и анонимно.

## Изследвани лица

Общият брой отзовали се с коректно попълнен въпросник са 543 изследвани студенти, участващи доброволно, от които 410 медицински сестри (75,5%) и 133 акушерки (24,5%). Оригиналният въпросник е попълнен в Тайван от 340 студенти в последен курс на обучение (Liou & Cheng, 2014). В Бразилия въпросникът е адаптиран сред 340 студенти – медицински сестри (Kwiatkoski et al., 2017). По данни от Националния Статистически Институт броят на медицинските специалисти по здравни грижи е 44 451 (Република България Национален Статистически Институт, 2022), което означава, че минималният размер на извадката би трябвало да бъде 381 участника в изследването (Krejcie & Morgan, 1970; Sample Size Calculator, n.d.) или 396 изследвани според формулата на Yamane (1967). Спазена е препоръката, когато се осъществява факторен анализ, да се спазва пропорция 10:1 между изследваните лица и броя айтъми, т.е. поне десет изследвани лица за един айтъм от въпросник (Costello & Osborne, 2005; Yong & Pearce, 2013), в случая при 47 айтъми са необходими 470 изследвани лица. Спазена е и препоръката да се изследват минимум 150 души за извлечани чрез факторен анализ компоненти с по-големи тегла и минимум 300 души за компоненти с по-малки тегла (Guadagnoli &

Velicer, 1988). Броят на изследваните медицински сестри и акушерки в настоящето изследване е достатъчен за адаптиране в България на въпросника за клинична компетентност на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014).

Изследваните лица са от 18 до 52 години, с медиана за възрастта 24 години, мода 22 години, на средна възраст 29,5 години, стандартно отклонение 9,5 години. . Възрастта на изследваните здравни специалисти не е нормално разпределена (Shapiro-Wilk = 0,842, df = 543,  $p < 0,001$ ) като около половината (52,3%) изследвани лица са от 18 до 24 години, около една четвърт (24,9%) са от 25 до 38 години и останалите 22,8% са от 39 до 52 години.

Изследвани са 522 жени (96,1%) и 21 мъже (3,9%). Заслужава да се отбележи, че двама от изследваните мъже се обучават за акушери, а 19 от изследваните мъже се обучават за професията на медицинската сестра. Преобладават изследваните медицински сестри (N=410; 75,5%) в сравнение с акушерките (N=133; 24,5%).

На поканата се отзоваха изследвани лица от 8 български университета, като почти половината изследвани се обучават в ЮЗУ „Неофит Рилски“, следвани по брой от тези, които се обучават в Тракийския университет – виж Таблица 1

Таблица 1. Честотно разпределение на изследваните студенти от различни университети

	Брой	Процент
ЮЗУ "Неофит Рилски", Благоевград	257	47,3
Тракийски университет, Медицински факултет, Стара Загора	89	16,4

Русенски университет "Ангел Кънчев", Русе	79	14,5
Медицински университет - Плевен	37	6,8
Софийски университет, Медицински фа- култет, София	28	5,2
Медицински университет - Пловдив	27	5,0
Университет "Проф. д-р Асен Златаров", Бургас	25	4,6
Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов" – Варна	1	0,2

Малко повече са изследваните студенти от 3 курс (N = 313; 57,6%) в сравнение с тези, които се обучават в 4 курс (N = 230; 42,4%).

### Методи за обработка на данните

Резултатите са обработени със статистическите софтуери SPSS 23 (IBM Corp., 2015) и JASP 0.17.0 (JASP Team, 2022) като е приложена дескриптивна статистика за описание на отговорите на изследваните, направена е проверка за нормалност на разпределение на променливи на интервално или пропорционално равнище на измерване с критерия на Шапиро-Уилк, приложен е факторен анализ за проверка на структурата на въпросник. Установена е вътрешната консистентност на въпросника чрез алфа на Кронбах и омега на МакДоналд, проверена е надеждността чрез разделяне на теста на две половини. Приложен е корелационен анализ за установяване на взаимовръзки между променливи чрез коефициент на корелация на Спирмън, тъй като разпределението на някои променливи не е нормално. Приложени са не-

параметрични методи (непараметричния метод на Ман-Уитни) за установяване на междугрупови различия, както и Байезиева статистическа процедура за преценяване на вероятността за потвърждаване на нулевата и алтернативната хипотеза.

## **Методически Инструментариум**

### **Въпросник за клинична компетентност (Clinical Competence Questionnaire- CCQ) на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014)**

Въпросникът се състои от 47 айтема, включващи необходимите за бакалавърско ниво на обучение компетенции, разделени в няколко домейна, включващи: професионално поведение, основни умения, общо представяне и напреднали умения (Liou & Cheng, 2014). Айтемите от въпросника оценяват клиничната компетентност на медицинските сестри по отношение на безопасни грижи, професионална етика, умения за оценяване, критично мислене, сътрудничество и комуникация, основни сестрински рутинни процедури и технически умения (Liou & Cheng, 2014). Този въпросник е приложен към 340 студенти, обучаващи се в бакалавърски програми за медицински сестри (Liou & Cheng, 2014). Съдържанието на инструмента е валидирано от експертна група и е разработен чрез факторен анализ, с две подскали - сестринско професионално поведение (първите 16 айтема) и клинични умения (31 айтема, това са айтеми с номера от 17 до 47), включващи основни умения, общо представяне и напреднали умения (Liou & Cheng, 2014).

Въпросникът за клинична компетентност е преведен и транскултурно адаптиран към бразилски студенти медицински сестри (Kwiatkoski et al., 2017). Измерени са неговите психометрични характеристики с помощта на алфа на Кронбах (на стойност 0,90) и индекс на валидност на съдържанието 98% като шест айтема са модифицирани съобразно културни специфики (Kwiatkoski et al., 2017). В окончателната си бразилска версия инструментът се състои от 48 айтема, като един от оригиналните айтеми е разделен на два отделни айтема (Kwiatkoski et al., 2017).

### **Превод на въпросника**

Българският превод и адаптация на оригиналният въпросник на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014) за самооценка на клинична компетентност (CCQ) се ръководи от принципите за добра межкултурна практика и следва необходимият комплекс от процедури, обезпечаващи адекватността на въпросника в новите условия на неговото приложение (Wild et al., 2005). Последователно бяха преминати няколко стъпки. Анализирани са изходните теоретични положения на автора. Извършен беше български превод, от един лингвист (*П.М.*) и двама независими двуезични преводача (*С.Г.*, *Е.Б.*) с медицинско образование. Бяха преведени указанията за работа, тестовите айтеми, инструкциите и наименованието на въпросника и беше постигнат консенсус относно превода, както и беше извършен обратен превод от трима преводачи, като единият е лингвист без медицинско образование, а другите двама са с медицинско образование англоговорящи. Беше преценено като задоволително съответствието между оригиналния въпросник и обратния превод.

### **Репрезентационна валидност на въпросника за клинична компетентност (валидност на превода)**

Следващата фаза от процеса включва анализ от Експертна комисиия, състояща се от четирима експерти с опит по темата и владеещи английски език (един професор, един доцент и двама главни асистенти с докторска степен в областта на здравните науки и сестринството с повече от 15 години опит в сестринското образование). Експертите оцениха яснотата, формулировката, разбирането и уместността на твърденията, както и инструкцията за попълване. Всеки работи първо самостоятелно, след това обсъдиха групово всеки айтем. Експертите препоръчват формулировка на айтемите от Въпросника за клинична компетентност да бъде в 1 л. ед. ч., което ще подпомогне студента в процеса на собствена преценка доколко твърдението се отнася към самия него.

Друго уточнение, което беше направено в българския въпросник, е равнопоставеното и взаимозаменяемо използване на понятията „пациент“ и „болен“, като и двете понятия са приети за използване в България и включват в себе си ориентация към личността, без те да са негативно натоварени. Счита се, че използването им не компрометира твърдението, че полагането на грижа е много повече от непосредствена физическа задача.

Петстепенна скала за отговаряне е използвана, за да оцени нивото на клинична компетентност, като скалата варира от 1 (нямам представа) до 5 (знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия), като 1 означава липса на компетентност, а 5 – пълна компетентност, както е и в оригиналния въпросник на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014).

Експертите предложиха някои модификации на формулировката на отделни айтъми от въпросника, за да съответстват на компетентността, заложена, като дейности в националните насоки за професионалистите по здравни грижи, регламентирани в Наредба №1/8.02.2011 г. (Министерство на здравеопазването, 2011). Тази наредба регламентира професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти могат да извършват самостоятелно или по лекарско назначение. За валидиране на компетентностите в български контекст експертите препоръчват придържане в семантично отношение на формулировката в отделни твърдения към формулировките в Наредба №1/8.02.2011 г. В чл.3 (1) се включват различни дейности, обобщени в 7 пункта, които професионалистите по здравни грижи могат да извършват самостоятелно (Министерство на здравеопазването, 2011). Тук се включват: дейности, свързани с предоставяне и събиране на здравна информация; промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите; медицински и здравни грижи и дейности; ресоциализация, реадaptация и рехабилитация; манипулации; оказване на спешни, хуманитарни и други дейности; провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи (Министерство на здравеопазването, 2011). В ал.(2) се уточнява, че тези дейности могат да се извършат както самостоятелно, така и по лекарско назначение (Министерство на здравеопазването, 2011). В чл.4 са определени професионалните дейности, които медицинската сестра извършва по лекарско назначение, като са регламентирани 16 дейности, касаещи специфични манипулации и интервенции, изискващи присъствие на лекар или неговото назначение



(Министерство на здравеопазването, 2011). В заключителни разпоредби се уточнява, че Наредбата се издава на основание чл. 7 от Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и е съгласувана с Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) (Министерство на здравеопазването, 2011).

Анализът на айтеми с номера от 1-16 по скалата *Професионално поведение* от въпросника за клинична компетентност (Liou & Cheng, 2014) показва важна връзка с дейностите заложи в Наредба №1/8.02. 2022 г. (Министерство на здравеопазването, 2011), които включват следване на здравните норми и изисквания за безопасност, етични и правни стандарти в практиката, компетентности за подпомагане на пациента при решаване на възникнали проблеми и оказване на безопасна грижа, прилагане на критично мислене и подходяща комуникация, работа в екип и постигане на груповите цели. Тези компетентности от въпросника корелират с регламентирани дейности за българските професионалисти по здравни грижи от наредбата в частта: предоставяне и събиране на здравна информация (1), провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи (7), като в ал.(2) се уточнява, че тези дейности могат да се извършат както самостоятелно, така и по лекарско назначение (Министерство на здравеопазването, 2011).

Компетентностите заложи в айтеми с номера от 17-47 по скалата *Клинични компетентности* от оригиналния въпросник (Liou & Cheng, 2014), се отнасят до промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите (2), медицински и здравни грижи и дейности

(3), манипулации (5), оказване на спешни, хуманитарни и други дейности (6), както и по чл.4 Професионални дейности, които медицинската сестра извършва по лекарско назначение (Наредба №1/ 8.02. 2011 г.- Министерство на здравеопазването, 2011).

Експертите предлагат да останат непроменени и точно съответстващи на айтемите от оригиналния въпросник на Liou & Cheng (2014) айтеми с номера 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 35, 36, 39, 41, 43, 45, 46, 47 (виж Приложението).

По предложение на експерт айтем 17 „Снемам информация от новопостъпили пациенти“ е допълнен и преформулиран: „Получавам информация от новопостъпили пациенти, придружители и близки“, което корелира с дейностите от наредбата, заложен в частта: предоставяне и събиране на здравна информация (1) (Министерство на здравеопазването, 2011).

Айтем 18 „Извършвам и документирам здравната оценка на пациента“ според експертите е добре да включва уточнение, което ограничава тази здравна оценка в рамките на сестринската професионална компетентност. Според концептуалните теории фокусът при сестринската оценка е върху потребностите на пациента и потенциалните рискови фактори. Това разбиране стои в основата на дейността заложена и в наредбата, а именно: „Осъществявам оценка на здравните потребности и рискови фактори за здравето на пациента и я документирам“ (2 г) (Министерство на здравеопазването, 2011).

Експертите считат, че айтем 19 „Отговарям на въпроси на пациентите и техните семейства“ е важно да бъде уточнен и поставен в рамките на професионалната компетентност на сестрата, а именно

„Предоставям подходяща информация и консултирам пациентите по здравни въпроси“.

Експертите предлагат разширение на оригиналния айтем 21 „Регистрирам и документирам данни“ да включва измерване, оценяване и регистриране/ документиране на данни.

Айтеми 30, 31, 32 и 33 касаят венозни манипулации, които семантично трябва да бъдат разграничени в българската версия, за да съответстват на конкретните сестрински компетенции, с уточнението, че това са дейности, които медицинската сестра извършва след лекарско назначение.

Айтем 37 трябва да включва важното условие, че кръвопреливането е сестринска дейност, която се осъществява съвместно с лекар и уточнението трябва да включва подготовката и извършването на кръвопреливане с лекар. В наредбата това твърдение корелира с Чл. 4. (1) и (2). Професионалните дейности, които медицинската сестра извършва по лекарско назначение, са: 1. асистирание на лекар при извършване на манипулации и интервенции; 2. подготвяне и извършване на преливане на кръв или на други продукти с биологичен произход (Министерство на здравеопазването, 2011).

Необходимост от уточняване се налага и в айтем 38. В компетенциите на българската медицинска сестра освен осъществяване на грижи за болен с катетър е заложено поставянето на катетър само при жена. В наредбата този айтем корелира с твърдението „въвеждане, поддържане проходимостта и смяна на уретрален катетър при жена“ (5 з) (Министерство на здравеопазването, 2011).

При айтем с номер 40 предлагат модификация в съдържанието, за да съответства на единните български държавни изисквания за медицински сестри и акушерки (Министерски съвет, 2016). В португалската версия на въпросника (Kwiatkoski et al., 2017) броят на айтемите стават 48, за сметка на айтем 40, който се разделя на два отделни въпроса, обособяващи уменията и способностите за извършване на „постурален дренаж и перкусия“ от тези за прилагане на „кислородотерапия“. Тази промяна в айтемите налага промяна и на резултата в максималния възможен общ бал от 235 към 240. След извършен съдържателен анализ броят на айтемите в българската версия не е променен. Аргументите на експертната комисия бяха, че според българската образователна система и Наредба №1/ 8.02. 2011г „перкусия и постурален дренаж“ не са вписани като самостоятелна дейност на сестрата, но би могло да се отнесат към дейности, подпомагащи дишането (3) или към осигуряване и поддържане проходимост на горни дихателни пътища (6) (Министерство на здравеопазването, 2011). Налице е съгласие между експертите да не се пропуска въпросния елемент от скалата, защото го смятат за нерезделна част от добрата сестринска практика. Тяхната препоръка е да бъде заменено съдържанието на същият айтем от оригиналния въпросник с формулировката: „Осигурявам и поддържам проходимостта на горни дихателни пътища и прилагам кислородотерапия“. Това не налага промяна в общия брой въпроси и съответно максималният възможен общ бал остава 235.

В 42 айтем експертната комисия счита, че е важно да се уточнят видовете клизми, които съответстват на професионалната компетентност на сестрата, а именно очистителна и лечебна клизма. Това

важно уточнение е направено и в наредбата, в част (5ж) (Министерство на здравеопазването, 2011).

Айтем 44 с формулировка „Извършвам грижи за болен с трахеостомия“ от оригиналния въпросник съответства на дейностите от наредбата в частта: Чл. 4. Професионалните дейности, които медицинската сестра извършва по лекарско назначение. 15. Осъществявам грижи и наблюдение на трахеостомиран пациент като първата смяна на канюлата на трахеостомата се извършва от лекар (Министерство на здравеопазването, 2011), така че е добавено във формулировката на айтема, че се осъществяват не само грижи, но и наблюдение на такъв пациент.

Окончателният вариант на айтемите в българската версия на въпросника е публикуван в Приложението.

### **Съдържателна валидност на въпросника за клинична компетентност**

С цел проверка на съдържателната валидност на въпросника, за всеки айтем всеки експерт независимо отговори (по 4-степенна скала от 1-напълно несъгласен/а, 2- по-скоро несъгласен/а, 3- по-скоро съгласен/а и 4 – напълно съгласен/а) на въпроса „Айтемът подходящ ли е, за да измерва компетенции и наистина ли са нужни конкретните компетенции в работата на медицинската сестра?“.

Анализът на валидността на съдържанието на скалата разкри 34 айтема (айтеми с номера 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47), чието съдържание беше оценено единодушно от четиримата експерти като уместно– средно аритметична оценка 4 по четиристепенна скала.

Останалите айтеми са оценени като по-скоро уместни от четиримата експерти със средна оценка от мнението на експертите над 3 за всеки айтем – оценка 3,75 за айтеми с номера 10, 16, 17, 18, 19, 21, 30, 32, 38; оценка 3,50 за айтеми с номера 6 и 12; оценка 3,25 за айтеми с номера 37 и 40.

Един от експертите оценява 6-ти айтем „Демонстрирам културна компетентност“ по-скоро като ненужен при измерване уместността на конкретната компетенция в клиничната работа на медицинската сестра. Тази компетентност от въпросника за клинична компетентност обаче останалите експерти намират за съществена, а също така тя корелира с дейностите заложи в Наредба №1/ 8.02. 2011г. и би могло да се отнесе в частта: предпазвам, възстановявам, поддържам и подобрявам здравето на лицата при съобразяване с психологическите, физическите, социалните, икономическите, културните и етническите особености на пациента (3 п) (Министерство на здравеопазването, 2011).

Средно аритметичната оценка от мненията на експертите за уместността на всички айтеми от въпросника, т.е. целия въпросник, е 3,9 от максимална възможна 4, което означава много добра съдържателна валидност на въпросника за клинична компетентност. Процентът съвпадение между мненията на експертите е 85,11%, което надвишава препоръчаната стойност от 80% (Lombard et al., 2010).

Индексът за съдържателна валидност (CVI) включва индекси за съдържателната валидност на айтемите (I-CVI) и индекс за съдържателна валидност на скала (S-CVI) (Liou & Cheng, 2014). Индексът за съдържателна валидност на айтемите се изчислява за всеки айтем от въпросника за клинична компетентност като брой експерти, дали

оценка 3- по-скоро съгласен/а и 4 – напълно съгласен/а с това, че айтемът измерва съществени компетенции, изисквани за практикуване на професията, разделен на общия брой експерти (Liou & Cheng, 2014). Индексът за съдържателна валидност на скала е процентът от всички айтеми, оценени от експертите с оценки 3- по-скоро съгласен/а и 4 – напълно съгласен/а с това, че айтемът измерва съществени компетенции, изисквани за практикуване на професията (Liou & Cheng, 2014). Индекс за съдържателна валидност равен на или по-голям от 0,80 е приемлив (Liou & Cheng, 2014). При оригиналния въпросник всички айтеми са оценени с 3 или 4 от трима експерти, така че индексът за съдържателна валидност на всеки айтем е 1, а индексът за съдържателна валидност на скалата е също 1 (Liou & Cheng, 2014). Съдържателната валидност на оригиналния въпросник за клинична компетентност е потвърдена (Liou & Cheng, 2014).

Индексът за съдържателна валидност на айтемите при българския превод се изчислява за всеки айтем от въпросника за клинична компетентност като брой експерти, дали оценка 3- по-скоро съгласен/а и 4 – напълно съгласен/а в отговор на въпроса „Айтемът подходящ ли е, за да измерва компетенции и наистина ли са нужни конкретните компетенции в работата на медицинската сестра?“, разделен на общия брой експерти. В българската версия на въпросника за клинична компетентност индекси за съдържателна валидност на стойност 1 имат 45 айтема (айтеми с номера 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47), което е добра съдържателна валидност, а два айтема (айтеми с номера 6 и 40) имат индекс за

съдържателна валидност 0,75, което е под минимума за приемлива съдържателна валидност от 0,80 (Liou & Cheng, 2014), но е взето решение за запазване на тези два айтъма, тъй като индексът на всеки от тях за съдържателна валидност според формулата на Lawshe<sup>2</sup> (1975) е 0,5, това е положителен индекс, а не отрицателен, което означава добра съдържателна валидност (Lawshe, 1975).

Индексът за съдържателна валидност на скалата е процентът от всички айтеми, оценени от експертите с оценки 3- по-скоро съгласен/а и 4 – напълно съгласен/а в отговор на въпроса „Айтемът подходящ ли е, за да измерва компетенции и наистина ли са нужни конкретните компетенции в работата на медицинската сестра?“. В българската версия на въпросника за клинична компетентност индексът за съдържателна валидност на скалата е 0,96, което е приемлива съдържателна валидност, над минимума за този индекс от 0,80 (Liou & Cheng, 2014) или от 0,90 според други автори (Kwiatkoski et al., 2017). Установена е добрата съдържателна валидност на българската версия на въпросника за сестринска клинична компетентност на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014).

### **Конструктна валидност на въпросника за клинична компетентност**

Конструктната валидност на въпросника за сестринска клинична компетентност е установена чрез факторен анализ (Bacheva &

---

<sup>2</sup> Брой експерти, определили айтемът като подходящ за целта на измерването (в случая, оценили го с 3 или 4) минус половината от общия брой експерти, като разликата се разделя на половината от общия брой експерти (Lawshe, 1975). Крайният резултат варира от – 1 до +1, като добра съдържателна валидност имат айтеми с индекс за съдържателна валидност над 0 (Lawshe, 1975).



Stoyanova, 2023; Stoyanova et al., 2019) за проверка на структурата на въпросника и чрез проверка за междугрупови различия съгласно теоретичен модел, според който завършващите медицински сестри и акушерки в 4 курс би трябвало да са с по-високо ниво на клинични компетенции в сравнение с третокурсниците. Проверена е и конвергентната валидност като вид конструктивна валидност (Стоянова, С., 2007; Bacheva & Stoyanova, 2023) чрез установяване на корелации със защитни механизми и социална желателност.

### **Факторен анализ**

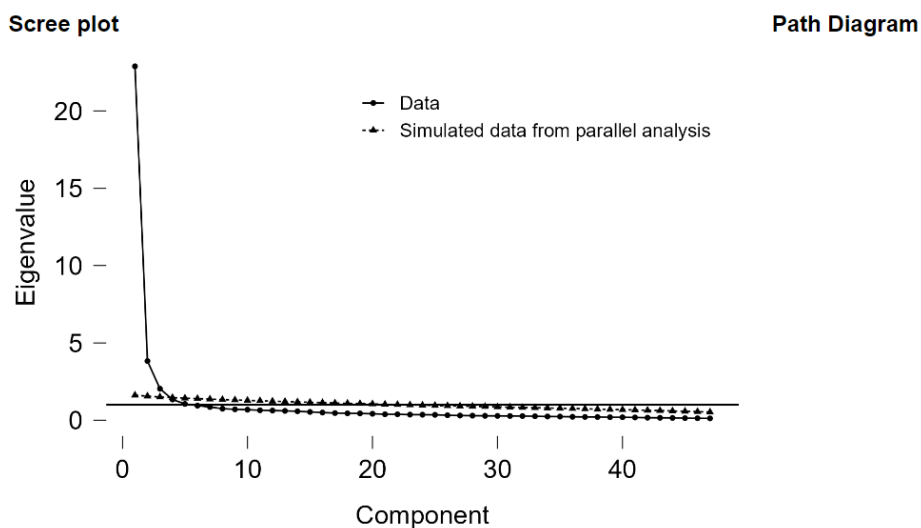
Както процедират авторите на оригиналната методика (Liou & Cheng, 2014), приложен е паралелен факторен анализ, базиран на метода на главните компоненти с косоъгълна ротация на факторните оси, за да се групират променливите по въпросника.

Уникалността на променливите, необяснена от факторния анализ, варира от 0,231 до 0,613, което съответства на индекси на комуналност вариращи от 0,387 до 0,769 и те са над препоръчаната минимална прагова стойност за обща част на променливата, обяснена от факторния анализ, от 0,20 (Yong & Pearce, 2013).

Извлечени са три фактора на база на стойността *eigenvalue* (т.е. количеството от дисперсията на оригиналните променливи от въпросника, обяснена от всеки фактор, според Михайлова, Ц., 2020), която е по – висока при събраните данни (при реалните данни за първия компонент стойността *eigenvalue* е 22,887, за втория компонент тази стойност е 3,829, а за третия компонент стойността е 2,038), отколкото при случаен набор от данни (при симулирани данни за първия компонент

стойността *eigenvalue* е 1,620, за втория компонент тази стойност е 1,553, а за третия компонент стойността е 1,500).

Факторното решение се обосновава и на теста „сипей“ (*scree*) на Кетъл (Cattell, 1966), като си заслужава да се тълкува броя фактори, изобразени по стръмния наклон на графиката, преди тя да стане полегата, почти хоризонтална (Cattell, 1966; Costello & Osborne, 2005). Тестът „сипей“ на Кетъл показва, че при въпросника за самооценка на клинична компетентност си заслужават да се тълкуват три фактора – виж Фигура 1.



Фигура 1. Тест „сипей“ на Кетъл относно броя фактори, които си заслужава да се тълкуват по въпросника за самооценка на клинична компетентност (с айтем 8 включително)

Адекватността на факторния модел се оценява с индекса хи-квадрат (Schwarzer, 1998; Hu & Bentler, 1999; Barrett, 2007; Vittersø et al., 2002), като се препоръчва стойността на Хи-квадрат да бъде кол-

кото е възможно по-малка (Gefen et al., 2000), за да няма статистически значими различия с изходните данни (Bentler & Bonett, 1980; Salama-Younes, 2011), т. е.  $p > 0,05$  за годност на факторния модел (Barrett, 2007; Gefen et al., 2000). Този критерий рядко бива удовлетворен, защото хи-квадрат е чувствителен към големи по размер извадки и вероятността индексът хи-квадрат да отхвърли факторния модел нараства с увеличаване на размера на извадката (Barrett, 2007; Bentler & Bonett, 1980; Gefen et al., 2000; Hopwood & Donnellan, 2010; Schermelleh-Engel et al., 2003; Vittersø et al., 2002). Често при размер на извадката над 200 изследвани лица, се установява, че факторният модел не подхожда на изходните данни, когато се прилага индексът хи-квадрат (Barrett, 2007; Li, 2016), както се случи и при настоящите данни.

Хи-квадрат, разделен на степените на свобода е по-малко предубеден оценител на годността на факторния модел ( $\chi^2/df$ ), отколкото само хи-квадрат (Schwarzer, 1998). При настоящите данни равнището на значимост на индекса хи-квадрат  $p < 0,001$ , а стойността на хи-квадрат 3809,583, разделена на степените на свобода 943, е 4,04, което е на стойност между 5 и 2, както трябва да бъде при адекватен факторен модел, както препоръчват Hooper et al. (2008).

Индексът за адекватност на факторния модел КМО = 0,971 и равнището на значимост на Бартлет тест е по-малко от 0,001, което означава, че заслужава да се тълкуват резултатите от факторния анализ (Bacheva & Stoyanova, 2023).

Индексът за адекватност на факторния модел корен квадратен на средната грешка на приближението (root mean square error of ap-

proximation), докладван с 90%-тов доверителен интервал, който уточнява прецизността на точковата оценка с индекса RMSEA (Brown, 2014), е 0,073 [0,071-0,076] и горната граница на доверителния интервал на индекса RMSEA е под 0,08, което означава приемлив факторен модел (Vittersø et al., 2002; Bentler & Bonett, 1980; Hooper et al., 2008), относителна адекватност (Hu & Bentler, 1999).

Първият извлечен фактор обяснява 26,1% от дисперсията на променливите в него. Вторият извлечен фактор обяснява 18,5% от дисперсията на променливите в него. Третият извлечен фактор обяснява 16,5% от дисперсията на променливите в него. Общо трите извлечени фактора обясняват 61,2% от дисперсията на отговорите на изследваните лица по айтемите (Bacheva & Stoyanova, 2023).

Таблица 2. Тегла на айтемите (с айтем 8 включително) от въпросника за сестринска клинична компетентност по извлечените фактори след ротацията на факторните оси

Номера на айтемите	Първи фактор	Втори фактор	Трети фактор
QCC10	<b>0,861</b>	0,005	-0,190
QCC7	<b>0,829</b>	-0,217	0,085
QCC11	<b>0,810</b>	0,218	-0,224
QCC6	<b>0,800</b>	-0,083	0,004
QCC12	<b>0,799</b>	0,037	-0,190
QCC14	<b>0,776</b>	0,095	-0,052
QCC16	<b>0,770</b>	-0,173	0,127
QCC15	<b>0,761</b>	0,148	-0,080
QCC5	<b>0,757</b>	-0,228	0,128
QCC2	<b>0,725</b>	-0,162	0,151
QCC9	<b>0,722</b>	-0,372	0,323
QCC4	<b>0,710</b>	0,208	-0,143
QCC3	<b>0,676</b>	0,062	0,044
QCC19	<b>0,617</b>	0,212	-0,012
QCC20	<b>0,599</b>	0,308	-0,021
QCC13	<b>0,592</b>	0,223	-0,180

Номера на айтемите	Първи фактор	Втори фактор	Трети фактор
QCC18	<b>0,581</b>	0,251	0,045
QCC22	<b>0,534</b>	0,295	-0,011
QCC17	<b>0,528</b>	0,073	0,213
QCC29	<b>0,508</b>	-0,052	0,379
QCC1	<b>0,493</b>	0,006	0,231
QCC8	0,486	-0,511	<b>0,511</b>
QCC21	<b>0,459</b>	0,094	0,239
QCC27	0,440	<b>0,521</b>	-0,106
QCC28	0,377	0,019	<b>0,450</b>
QCC26	<b>0,366</b>	0,334	0,196
QCC25	0,298	-0,118	<b>0,634</b>
QCC24	0,187	0,032	<b>0,627</b>
QCC33	-0,134	0,158	<b>0,835</b>
QCC31	-0,134	0,417	<b>0,624</b>
QCC34	-0,121	0,177	<b>0,808</b>
QCC23	0,113	0,259	<b>0,428</b>
QCC39	0,113	0,322	<b>0,444</b>
QCC41	0,109	<b>0,551</b>	0,267
QCC37	-0,109	<b>0,691</b>	0,300
QCC36	0,095	-0,139	<b>0,809</b>
QCC38	-0,087	<b>0,689</b>	0,285
QCC45	-0,069	<b>0,890</b>	0,007
QCC30	0,061	<b>0,447</b>	0,370
QCC43	-0,057	<b>0,917</b>	-0,023
QCC40	0,056	<b>0,764</b>	0,040
QCC32	-0,036	-0,013	<b>0,813</b>
QCC47	0,032	0,411	<b>0,424</b>
QCC35	-0,031	0,110	<b>0,778</b>
QCC46	-0,019	<b>0,914</b>	-0,131
QCC44	-0,017	<b>0,966</b>	-0,152
QCC42	0,007	<b>0,739</b>	0,088

Забележка: Удебелени са факторните тегла на айтемите по фактора, по който се разпределят.

Айтемите се разпределят по фактор при тегло минимум 0,30, но когато един айтем има високи факторни тегла по няколко фактора,

се изисква минималното му тегло по фактор да е 0,32, а ако факторните му тегла по два или повече фактора са минимум 0,50, то айтемът е премахван от оригиналния въпросник (Liou & Cheng, 2014). При данните от България само айтем 8 има факторни тегла над 0,5 по повече от един фактор, но ако се премахне от въпросника, разпределението на останалите айтеми по трите фактора остава същото (трите извлечени фактора тогава обясняват общо 61,5% от дисперсията на отговорите на изследваните лица по айтемите, вместо 61,2%), а и вътрешната консистентност на целия въпросник в България със или без айтем 8 е еднаква, затова беше взето решение айтем 8 да остане в българския вариант на въпросника при изчисляване на общ бал по въпросника, за да наподобява той в максимална степен оригиналния въпросник. В оригиналния въпросник авторите също са взели решение да запазят при изчисляване на общия бал по въпросника айтем 25, който е с факторни тегла над 0,5 по повече от един фактор, тъй като без него разпределението на останалите айтеми по факторите е същото, а и вътрешната консистентност без него почти не се променя – намалява с една хилядна, само че не включват айтем 25 при изчисляване на балове по субскалите на въпросника (Liou & Cheng, 2014). В България айтем 8 не е включен при изчисляване на балове по субскалите на въпросника (Vacheva & Stoyanova, 2023).

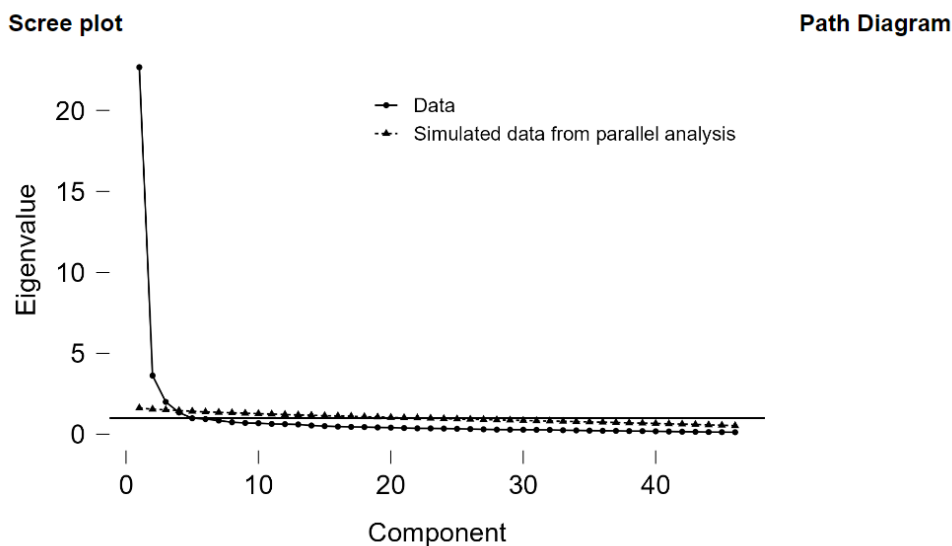
Приложен е отново паралелен факторен анализ, базиран на метода на главните компоненти с косоъгълна ротация на факторните оси, за да се групират променливите по въпросника, без айтем 8.

Уникалността на променливите, необяснена от факторния анализ, варира от 0,218 до 0,616, което съответства на индекси на кому-

налност вариращи от 0,384 до 0,782 и те са над препоръчаната минимална прагова стойност за обща част на променливата, обяснена от факторния анализ, от 0,20 (Yong & Pearce, 2013).

Извлечени са три фактора на база на стойността *eigenvalue* (т.е. количеството от дисперсията на оригиналните променливи от въпросника, обяснена от всеки фактор, според Михайлова, Ц., 2020), която е по – висока при събраните данни (при реалните данни за първия компонент стойността *eigenvalue* е 22,667, за втория компонент тази стойност е 3,625, а за третия компонент стойността е 1,997), отколкото при случаен набор от данни (при симулирани данни за първия компонент стойността *eigenvalue* е 1,615, за втория компонент тази стойност е 1,553, а за третия компонент стойността е 1,500) (Bacheva & Stoyanova, 2023).

Факторното решение се обосновава и на теста „сипей“ (scree) на Кетъл (Cattell, 1966), като си заслужава да се тълкува броя фактори, изобразени по стръмния наклон на графиката, преди тя да стане полегата, почти хоризонтална (Cattell, 1966; Costello & Osborne, 2005). Тестът „сипей“ на Кетъл показва, че при въпросника за самооценка на клинична компетентност си заслужават да се тълкуват три фактора (Bacheva & Stoyanova, 2023) – виж Фигура 2.



*Фигура 2.* Тест „сипей“ на Кетъл относно броя фактори, които си заслужава да се тълкуват по въпросника за самооценка на клинична компетентност (без айтем 8)

При настоящите данни без айтем 8 равнището на значимост на индекса хи-квадрат  $p < 0,001$ , а стойността на хи-квадрат 3640,435, разделена на степените на свобода 900, е 4,04, което е на стойност между 5 и 2, както трябва да бъде при адекватен факторен модел, както препоръчват Hooper et al. (2008).

Индексът за адекватност на факторния модел без айтем 8 е КМО (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0,972 и равнището на значимост на Бартлет тест е по-малко от 0,001, което означава, че заслужава да се тълкуват/интерпретират резултатите от факторния анализ, тъй като данните са подходящи за прилагане на експлораторен факторен анализ, променливите са свързани помежду си и взаимоотношенията между променливите следват определен модел (Yong & Pearce, 2013; Vacheva & Stoyanova, 2023).



Индексът за адекватност на факторния модел корен квадратен на средната грешка на приближението (root mean square error of approximation), докладван с 90%-тов доверителен интервал, който уточнява прецизността на точковата оценка с индекса RMSEA (Brown, 2014), е 0,073 [0,071-0,076] и горната граница на доверителния интервал на индекса RMSEA е под 0,08, което означава приемлив факторен модел (Vittersø et al., 2002; Bentler & Bonett, 1980; Hooper et al., 2008), относителна адекватност (Hu & Bentler, 1999).

Индексът за адекватност на факторния модел стандартизиран среден корен квадратен на остатъците/необяснените грешки (Standardised Root Mean Square Residual - SRMR) при българските данни е на стойност 0,036 и тъй като е по-малък от 0,10, това означава приемлив факторен модел (Lages et al., 2018), а според други автори тъй като е под 0,05, това означава добре подходящ факторен модел (Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999).

Първият извлечен фактор обяснява 26,7% от дисперсията на променливите в него. Вторият извлечен фактор обяснява 17,9% от дисперсията на променливите в него. Третият извлечен фактор обяснява 16,9% от дисперсията на променливите в него. Общо трите извлечени фактора обясняват 61,5% от дисперсията на отговорите на изследваните лица по айтемите (без айтем 8 от въпросника за клинична компетентност) (Bacheva & Stoyanova, 2023).

Таблица 3. Тегла на айтемите (без айтем 8) от въпросника за сестринска клинична компетентност по извлечените фактори след ротацията на факторните оси

## Самооценка на клинична компетентност

Номера на айтемите	Първи фактор Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Втори фактор Професионално-технически умения на медицинската сестра	Трети фактор Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи
QCC10	<b>0,870</b>	0,006	-0,204
QCC7	<b>0,849</b>	-0,224	0,063
QCC6	<b>0,815</b>	-0,100	-0,003
QCC11	<b>0,814</b>	0,201	-0,214
QCC12	<b>0,806</b>	0,026	-0,190
QCC16	<b>0,789</b>	-0,214	0,139
QCC14	<b>0,785</b>	0,079	-0,052
QCC5	<b>0,779</b>	-0,247	0,115
QCC15	<b>0,768</b>	0,128	-0,075
QCC9	<b>0,748</b>	-0,380	0,292
QCC2	<b>0,745</b>	-0,191	0,150
QCC4	<b>0,714</b>	0,192	-0,135
QCC3	<b>0,687</b>	0,045	0,042
QCC19	<b>0,621</b>	0,200	-0,013
QCC20	<b>0,602</b>	0,287	-0,011
QCC13	<b>0,592</b>	0,212	-0,171
QCC18	<b>0,586</b>	0,234	0,049
QCC17	<b>0,541</b>	0,040	0,222
QCC22	<b>0,536</b>	0,276	-0,001
QCC29	<b>0,527</b>	-0,091	0,384
QCC1	<b>0,507</b>	-0,024	0,236
QCC21	<b>0,471</b>	0,050	0,261
QCC27	0,436	<b>0,509</b>	-0,095
QCC28	0,397	-0,024	<b>0,458</b>
QCC26	<b>0,372</b>	0,304	0,210
QCC25	0,322	-0,176	<b>0,651</b>
QCC24	0,207	-0,031	<b>0,652</b>
QCC31	-0,126	0,359	<b>0,658</b>
QCC39	0,122	0,286	<b>0,457</b>
QCC36	0,122	-0,208	<b>0,832</b>
QCC23	0,120	0,222	<b>0,445</b>
QCC33	-0,116	0,083	<b>0,874</b>

Номера на айтемите	Първи фактор Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Втори фактор Професионално-технически умения на медицинската сестра	Трети фактор Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи
QCC37	-0,113	<b>0,672</b>	0,314
QCC41	0,110	<b>0,540</b>	0,268
QCC34	-0,104	0,112	<b>0,837</b>
QCC38	-0,092	<b>0,673</b>	0,297
QCC45	-0,084	<b>0,917</b>	-0,009
QCC43	-0,074	<b>0,947</b>	-0,040
QCC30	0,065	<b>0,410</b>	0,392
QCC40	0,046	<b>0,777</b>	0,031
QCC47	0,038	0,385	<b>0,431</b>
QCC46	-0,038	<b>0,953</b>	-0,154
QCC44	-0,037	<b>1,001</b>	-0,170
QCC32	-0,014	-0,090	<b>0,850</b>
QCC35	-0,011	0,043	<b>0,806</b>
QCC42	-0,003	<b>0,747</b>	0,084

Забележка: Удебелени са факторните тегла на айтемите по фактора, по който се разпределят.

За разлика от извадката в Тайван, в България са извлечени не четири, а три фактора (виж Таблица 3). В оригиналния въпросник в първия извлечен фактор – Професионални поведения на медицинската сестра, се включват айтеми с номера от 1 до 16; във втория извлечен фактор - Основни умения на медицинската сестра, се включват 12 айтеми с номера от 32 до 36, 38, 39, от 42 до 45, 47; в третия извлечен фактор – Общо представяне, се включват 12 айтеми с номера от 17 до 24 и от 26 до 29; в четвъртия извлечен фактор – Напреднали умения на медицинската сестра, се включват 6 айтеми с номера 30, 31, 37, 40, 41, 46 (Liou & Cheng, 2014).

В България първият извлечен фактор включва почти всички айтеми от фактора Професионални поведения на медицинската сестра, извлечен в Тайван (т.е., айтеми от 1 до 7 и от 9 до 16, без осмия айтем), като към първия извлечен фактор в България се включват и почти всички айтеми от фактора Общо представяне (т.е., айтеми от 17 до 22, както и айтеми 26 и 29, без айтеми 23, 24, 27, 28), така че първият извлечен фактор в България може да бъде наречен „Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра“, като съдържанието на айтемите се отнася до безопасност и етично отношение, професионално поведение - оценка на потребностите от грижи, планиране и документиране на грижата (Vacheva & Stoyanova, 2023).

В България вторият извлечен фактор включва почти всички айтеми от фактора Напреднали умения на медицинската сестра, извлечен в Тайван (т.е. айтеми 30, 37, 40, 41, 46, без айтем 31), както и доста айтеми от фактора Основни умения на медицинската сестра, извлечен в Тайван (т.е., айтеми 38, от 42 до 45, без айтеми от 32 до 36, 39 и 47). Поради съдържанието на айтемите в него този фактор може да бъде наречен „Професионално-технически умения на медицинската сестра“ (Vacheva & Stoyanova, 2023).

В България третият извлечен фактор включва останалите айтеми от фактора Основни умения на медицинската сестра, извлечен в Тайван (т.е., айтеми от 32 до 36, 39, 47), един айтем от фактора Напреднали умения на медицинската сестра, извлечен в Тайван (айтем 31), три айтема от фактора Общо представяне, извлечен в Тайван (т.е., айтеми 23, 24, 28), както и 25-тия айтем, който е изключен от субскалите в Тайван. Поради съдържанието на айтемите в него този фактор

може да бъде наречен „Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи“ (Bacheva & Stoyanova, 2023).

Осъществен е конфирматорен факторен анализ чрез софтуера JASP за потвърждаване на факторната структура на въпросника за клинична компетентност, като е приложен метода на диагоналните претеглени най-малки квадрати (DWLS), подходящ за построяване на факторен модел при данни на ординално равнище на измерване (Li, 2016). Потвърждава се трифакторното решение на въпросника за клинична компетентност (виж *Таблица 4*).

Таблица 4. Индекси за адекватност на факторния модел на клиничната компетентност при конфирматорния факторен анализ

Вид индекси за адекватност на факторния модел	Стойности на индексите	Интерпретация на индексите
Comparative Fit Index (CFI)	0,988	Добре подходящ на данните, много добър факторен модел (Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999; Lages et al., 2018; Vittersø et al., 2002)
Tucker-Lewis Index (TLI)	0,988	Много добър/адекватен факторен модел (Bentler, & Bonett, 1980; Hu & Bentler, 1999)
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0,988	Добра годност на факторния модел (Bollen, 1987; Hooper et al., 2008)
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0,986	Адекватен факторен модел (Hooper et al., 2008)
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0,939	Добър факторен модел (Hooper et al., 2008)

Вид индекси за адекватност на факторния модел	Стойности на индексите	Интерпретация на индексите
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0,985	Адекватен факторен модел (Kulkarni, 2017)
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0,988	Много добра адекватност на факторния модел (Kulkarni, 2017)
Relative Noncentrality Index (RNI)	0,988	Подходящ факторен модел (Hu & Bentler, 1999)
Standardized root mean square residual (SRMR)	0,073	Относително адекватен факторен модел (Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999)
Hoelter's critical N ( $\alpha = .05$ )	92,368	Размерът на извадката е приемлив за факторния модел (Kula, 2011)
Hoelter's critical N ( $\alpha = .01$ )	95,132	Размерът на извадката е приемлив за факторния модел (Kula, 2011)
Goodness of fit index (GFI)	0,987	Годност на факторния модел (Hooper et al., 2008; Lages et al., 2018; Schwarzer, 1998)

Факторният модел при конфирматорния факторен анализ на въпросника за клинична компетентност добре описва изходните данни – КМО = 0,947, равнището на значимост на Бартлет тест е под 0,001, а също така това показват индексите за адекватност на факторния модел в *Таблица 4*.

Факторният модел на клиничната компетентност е представен на *Фигура 3* и се потвърждава факторната структура от експлораторния факторен анализ с три извлечени фактора и разпределението на айтъмите по тях (Bacheva & Stoyanova, 2023).



2014). Средната корелация на айтемите от субскалата Клинични умения с бала по тази субскала е 0,72 и варира от 0,55 до 0,82 (Liou & Cheng, 2014). Корелациите между айтемите от субскалата Сестринско професионално поведение варират от 0,34 до 0,84, а корелациите между айтемите от субскалата Клинични умения варират от 0,23 до 0,83 (Liou & Cheng, 2014).

В България вътрешната консистентност на целия въпросник за клинична компетентност (CCQ), състоящ се от 47 айтема, е алфа на Кронбах = 0,976, а и коефициентът омега на Макдоналд, измерител на вътрешна консистентност е 0,976. Няма айтем, който, ако се премахне, да се подобри вътрешната консистентност. Средната корелация между айтемите е 0,472, а средната корелация на айтемите с общия бал по въпросника варира от 0,438 до 0,762 (Бачева, М. и Стоянова, С., 2023а).

В България вътрешната консистентност на първия фактор от въпросника за клинична компетентност (CCQ) е алфа на Кронбах = 0,960, а и коефициентът омега на Макдоналд, измерител на вътрешна консистентност е 0,960. Няма айтем, който, ако се премахне, да се подобри вътрешната консистентност. Средната корелация между айтемите е 0,516, а средната корелация на айтемите с общия бал по въпросника варира от 0,565 до 0,765 (Бачева, М. и Стоянова, С., 2023а).

В България вътрешната консистентност на втория фактор от въпросника за клинична компетентност (CCQ) е алфа на Кронбах = 0,950, а коефициентът омега на Макдоналд, измерител на вътрешна консистентност е 0,951. Няма айтем, който, ако се премахне, да се по-



добри вътрешната консистентност. Средната корелация между айтемите е 0,633, а средната корелация на айтемите с общия бал по въпросника варира от 0,672 до 0,831 (Бачева, М. и Стоянова, С., 2023а).

В България вътрешната консистентност на третия фактор от въпросника за клинична компетентност (CCQ) е алфа на Кронбах = 0,940, а коефициентът омега на Макдоналд, измерител на вътрешна консистентност е 0,941. Няма айтем, който, ако се премахне, да се подобри вътрешната консистентност. Средната корелация между айтемите е 0,574, а средната корелация на айтемите с общия бал по въпросника варира от 0,647 до 0,793 (Бачева, М. и Стоянова, С., 2023а).

Надеждността на въпросника при разделянето му на две половини (четна и нечетна) е Guttman split – half coefficient = 0,878, което е над приемливата стойност от 0,7 за надеждност при разделянето на теста на две половини (Furr, 2010).

За проверка на надеждността по метода тест- ретест изследването е проведено втори път при 62 изследвани студенти – медицински сестри и акушерки, около три седмици след първото тестване и коефициентът на корелация на Спирмън (тъй като разпределението на баловете не е нормално – виж

Таблица 8) между баловете за целия въпросник по двете тествания е 0,577 с равнище на значимост  $p < 0,001$ , което означава наличието на статистически значима връзка между баловете по двете тествания и доказана надеждност на въпросника като стабилност на резултатите по него, доколкото все пак клиничната компетентност се развива с придобиването на повече практика, повече знания и умения от обучение, затова периодът между двете тествания не беше твърде дълъг, за да не се промени значително измерваната характеристика

във времето. Коефициентът на надеждност по метода тест-ретест за първия извлечен фактор е 0,506 с равнище на значимост  $p < 0,001$ , за втория извлечен фактор е 0,522 с равнище на значимост  $p < 0,001$ , за третия извлечен фактор е 0,544 с равнище на значимост  $p < 0,001$ . Тези коефициенти на надеждност доказват стабилността на резултатите по трите извлечени фактора на въпросника за клинична компетентност за период от около три седмици между двете тестирания (Бачева, М. и Стоянова, С., 2023а).

## Норми

При оценяването на компетентности не е подходящо да се определят ниски, средни и високи стойности на база на типични отговори на изследвани и тяхната вариабилност, тъй като е възможно всички изследвани да се самооценят като високо компетентни или като ниско компетентни. При определянето на ниски, средни и високи равнище на компетентност е подходящо да се отчете възможният диапазон от стойности, които да се разделят в три равни групи от балове по степен на нарастването им.

Възможният бал по въпросника за клинична компетентност варира от 47 до 235, като средноаритметичният бал по целия въпросник е 191,387, медиана 197, мода 235, а стандартното отклонение е 31,753, което означава, че мнозинството изследвани оценяват своята клинична компетентност по-скоро като висока. Възможният диапазон от стойности е разделен на три равни дяла, така че ниска клинична компетентност имат медицински сестри и акушерки с балове от 47 до 109,7; със средна степен на изразеност на клиничната компетентност са имат медицински сестри и акушерки с балове от 109,8 до 172,4, а с

висока клинична компетентност в България са медицинските сестри и акушерките с балове от 172,5 до 235.

Възможният бал по първия фактор от въпросника за клинична компетентност (Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра) варира от 23 до 115, като средноаритметичният бал по първия фактор от въпросника за клинична компетентност е 95,983, медиана 99, мода 115, а стандартното отклонение е 15,384, което означава, че мнозинството изследвани оценяват високо своите компетенции, свързани с Професионално поведение и общо представяне. Възможният диапазон от стойности е разделен на три равни дяла, така че ниски компетенции по отношение на Професионално поведение и общо представяне имат медицински сестри и акушерки с балове от 23 до 53,7; със средна степен на изразеност на компетенции по отношение на Професионално поведение и общо представяне са медицински сестри и акушерки с балове от 53,8 до 84,3, а с висока степен на изразеност на компетенции по отношение на Професионално поведение и общо представяне в България са медицинските сестри и акушерките с балове от 84,4 до 115.

Възможният бал по втория фактор от въпросника за клинична компетентност (Професионално – технически умения на медицинската сестра) варира от 11 до 55, като средноаритметичният бал по втория фактор от въпросника за клинична компетентност е 38,729, медиана 40, мода 55, а стандартното отклонение е 10,773, което означава, че мнозинството изследвани оценяват високо своите компетенции, свързани с Професионално – технически умения. Възможният диапазон от стойности е разделен на три равни дяла, така че ниски компетенции по отношение на Професионално – технически умения имат

медицински сестри и акушерки с балове от 11 до 25,7; със средна степен на изразеност на компетенции по отношение на Професионално – технически умения са медицински сестри и акушерки с балове от 25,8 до 40,3, а с висока степен на изразеност на компетенции по отношение на Професионално – технически умения в България са медицинските сестри и акушерките с балове от 40,4 до 55.

Възможният бал по третия фактор от въпросника за клинична компетентност (Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи) варира от 12 до 60, като средноаритметичният бал по третия фактор от въпросника за клинична компетентност е 51,904, медиана 55, мода 60, а стандартното отклонение е 8,397, което означава, че мнозинството изследвани оценяват високо своите компетенции, свързани с Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи. Възможният диапазон от стойности е разделен на три равни дяла, така че ниски компетенции по отношение на Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи имат медицински сестри и акушерки с балове от 12 до 28; със средна степен на изразеност на компетенции по отношение на Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи са медицински сестри и акушерки с балове от 28,01 до 44, а с висока степен на изразеност на компетенции по отношение на Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи в България са медицинските сестри и акушерките с балове от 44,01 до 60.

Таблица 5. Честотно разпределение на равнищата на клинична компетентност на изследваните студенти - медицински сестри и акушерки в България

Променливи	Равнища на компетентност
------------	--------------------------

	ниска		средна		висока	
	брой	процент	брой	процент	брой	процент
Клинична компетентност	7	1,3	129	23,8	407	75
Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	7	1,3	101	18,6	435	80,1
Професионално-технически умения	77	14,2	204	37,6	262	48,3
Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	4	0,7	106	19,5	433	79,7

Мнозинството изследвани студенти – медицински сестри и акушерки, оценяват на високо равнище своята клинична компетентност, като в най-малка степен са развити професионално – техническите им компетенции (виж Таблица 5), свързани с извършване на венепункция, кръвопреливане, кислородотерапия, аспирация на горните дихателни пътища, клизма, предоперативни и следоперативни грижи, хранене и грижи за болен с назогастрална сонда, оказване на грижи за интубиран болен, поставяне на уринарен катетър и осъществяване на грижи за болен с катетър, оказване на грижи за болен с трахеостомия.

**Айтем анализ**

Трудността на някои айтеми (виж Таблица б) не е оптимална, тъй като техните коефициенти на асиметрия и ексцес са извън диапазона от -2 до +2, което означава, че разпределението на тези айтеми не съответства на нормалното (Джонев, С., 2004, стр.86; Стоянова, С., 2007), но авторите на методиката (Liou & Ching-Yu, 2014) не са премахвали айтеми, заради отклонение на разпределението им от нормалното, установено чрез коефициенти на асиметрия или ексцес, така че задържахме всички айтеми на този етап от работата по въпросника. Всички айтеми, чиито коефициенти на асиметрия са извън диапазона от -2 до +2, имат отрицателни коефициенти на асиметрия (виж Таблица б), което означава, че преобладават отговори, свидетелстващи за докладвана своя компетентност и това е очаквано от студенти в края на обучението им и може да се разглежда като доказателство за валидността на методиката.

Таблица 6. Коефициенти на асиметрия и ексцес на айтеми извън диапазона от -2 до +2

Статистически коефициенти	Айтеми с номера:									
	v5	v7	v8	v9	v10	v16	v25	v29	v32	v36
<b>Асиметрия</b>	-1,706	-1,561	-3,127	-1,762	-1,461	-1,530	-1,659	-1,558	-1,665	-2,014
<b>Ексцес</b>	2,522	2,404	11,368	3,002	2,795	2,507	2,368	2,376	2,130	4,169

*Забележка:* Стандартна грешка при изчисляване на асиметрията = 0,120; Стандартна грешка при изчисляване на ексцеса = 0,240

Налице са и варианти на отговор, които са избрани от по-малко от 5% от изследваните лица (виж Таблица 7), но те са запазени във въпросника, за да прилича максимално на оригиналната методика, както и защото изследваните студенти от 3 и 4 курс на обучение имат вече компетенции да практикуват професията и е естествено, че отговори от типа „не мога да преценя“ и „знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика“ ще са редки. Това е доказателство за валидността на въпросника, че наистина измерва придобити компетенции на медицински сестри и акушерки, които в края на тяхното обучение вече би трябвало да са формирани.

Таблица 7. Честотно разпределение на отговорите на изследваните по отделните айтеми

айтеми	<i>Нямам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от натъкване, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаем от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаем от контрол и натъкване</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Следвам всички здравни норми и изисквания за безопасност.	3	0,6	14	2,6	132	24,3	177	32,6	217	40
Предприемам своевременни	7	1,3	10	1,8	88	16,2	162	29,8	276	50,8

Самооценка на клинична компетентност

айтеми	<i>Нямам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от натъпствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаю от контрол и натъпствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
действия за предпазване или минимизиране на риска от самонараняване.										
Предприемам необходимите мерки за предотвратяване или минимизиране на риска от нараняване на пациента.	3	0,6	9	1,7	102	18,8	206	37,9	223	41,1
Подпомагам пациента да се справя с възникнали проблеми.	6	1,1	19	3,5	106	19,5	243	44,8	169	31,1
Спазвам нормите за поверителност спрямо пациентите и	5	0,9	13	2,4	59	10,9	103	19	363	66,9



айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
техните роднини.										
Демонстрирам културна компетентност (Предпазвам, възстановявам, поддържам и подобрявам здравето при съобразяване с психологическите, физическите, социалните, икономическите, културните и етническите особености на пациента).	8	1,5	8	1,5	79	14,5	142	26,2	306	56,4
Придържам се към етичните и	7	1,3	9	1,7	63	11,6	138	25,4	326	60

Самооценка на клинична компетентност

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
правни стандарти в практиката.										
Поддържам подходящ външен вид, облекло и поведение.	3	0,6	2	0,4	25	4,6	57	10,5	456	84
Зачитам правата на пациента.	2	0,4	3	0,6	48	8,8	110	20,3	380	70
Разпознавам и увеличавам възможностите си за учене.	14	2,6	4	0,7	65	12	215	39,6	245	45,1
Прилагам подходящи мерки и ресурси за решаване на проблеми.	15	2,8	13	2,4	109	20,1	236	43,5	170	31,3

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Критикувам, но и приемам конструктивна критика.	33	6,1	1	0,2	87	16	181	33,3	241	44,4
Прилагам професионално-критично мислене в грижата за пациента.	40	7,4	13	2,4	96	17,7	188	34,6	206	37,9
Своевременно комуникирам чрез точна и подходяща терминология с пациентите и техните семейства.	9	1,7	13	2,4	100	18,4	183	33,7	238	43,8
Своевременно комуникирам чрез точна и подходяща терминология със	13	2,4	16	2,9	118	21,7	196	36,1	200	36,8

Самооценка на клинична компетентност

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждая от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
здравните професионалисти.										
Разбирам и подкрепям целите на екипа/ груповите цели.	8	1,5	6	1,1	65	12	151	27,8	313	57,6
Получавам информация от новопостъпили пациенти, придружители, близки.	13	2,4	10	1,8	87	16	169	31,1	264	48,6
Осъществявам оценка на здравните потребности и рискови фактори за здравето на пациента и я документирам.	13	2,4	23	4,2	110	20,3	206	37,9	191	35,2

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Предоставям подходяща информация и консултирам пациентите по здравни въпроси.	7	1,3	28	5,2	125	23	204	37,6	179	33
Извършвам здравно обучение на пациентите или техните семейства в правилна грижа за съответното заболяване.	13	2,4	35	6,4	115	21,2	201	37	179	33
Измервам, оценявам и регистрирам/ документирам данни.	6	1,1	19	3,5	82	15,1	193	35,5	243	44,8

Самооценка на клинична компетентност

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждая от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Съставям план за сестрински грижи.	7	1,3	23	4,2	120	22,1	208	38,3	185	34,1
Изготвям рапорт за дежурството си.	15	2,8	31	5,7	95	17,5	160	29,5	242	44,6
Извършвам рутинни хигиенни и ежедневни грижи.	3	0,6	14	2,6	77	14,2	117	21,5	332	61,1
Грижа се за почивката и комфорта на пациента.	3	0,6	6	1,1	62	11,4	101	18,6	371	68,3
Извършвам оценка на хранителния и воден баланс.	12	2,2	21	3,9	98	18	186	34,3	226	41,6

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Извършвам оценка на функцията на червения тракт.	46	8,5	30	5,5	110	20,3	178	32,8	179	33
Подпомагам подвижността и промяната в позицията на болния в леглото.	3	0,6	9	1,7	81	14,9	150	27,6	300	55,2
Предлагам емоционална и психосоциална подкрепа.	7	1,3	7	1,3	67	12,3	131	24,1	331	61
Извършвам венозна пункция и вземане на кръв.	16	2,9	52	9,6	94	17,3	151	27,8	230	42,4
Извършвам венозна инжекция или осигуряване	3	0,6	45	8,3	95	17,5	145	26,7	255	47

Самооценка на клинична компетентност

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждая от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
на продължителен венозен достъп.										
Извършвам смяна на инфузионна банка.	4	0,7	15	2,8	64	11,8	88	16,2	372	68,5
Извършвам венозна инфузия или парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори.	3	0,6	20	3,7	84	15,5	132	24,3	304	56
Прилагам лекарствено средство чрез мускулна инжекция.	2	0,4	23	4,2	74	13,6	120	22,1	324	59,7



айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Извършвам подкожни и вътрекожни инжекции.	3	0,6	18	3,3	67	12,3	125	23	330	60,8
Прилагам перорално лекарствени средства.	6	1,1	7	1,3	49	9	98	18	383	70,5
Подготвям и извършвам преливане на кръв или кръвни продукти (с лекар).	27	5	86	15,8	129	23,8	150	27,6	151	27,8
Поставям уринарен катетър на жена и осъществявам грижи за болен с катетър.	31	5,7	94	17,3	114	21	139	25,6	165	30,4
Изпълнявам стерилни техники.	4	0,7	30	5,5	108	19,9	142	26,2	259	47,7

Самооценка на клинична компетентност

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждая от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Осигурявам и поддържам проходимостта на горни дихателни пътища и прилагам кислородотерапия.	34	6,3	89	16,4	150	27,6	143	26,3	127	23,4
Извършвам предоперативни и следоперативни грижи.	12	2,2	45	8,3	123	22,7	170	31,3	193	35,5
Извършвам очистителна и лечебна клизма.	22	4,1	90	16,6	107	19,7	142	26,2	182	33,5
Извършвам аспирация на горните дихателни пътища.	32	5,9	124	22,8	141	26	122	22,5	124	22,8

айтеми	<i>Намам представа</i>		<i>Знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика</i>		<i>Знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно</i>		<i>Знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаем от допълнителна консултация, обучение, съвет</i>		<i>Знам на теория, компетентен на практика, не се нуждаем от контрол и напътствия</i>	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Осъществявам грижи и наблюдение на трахеостомиран пациент.	64	11,8	135	24,9	146	26,9	113	20,8	85	15,7
Извършвам хранене и грижи за болен с назогастрална сонда.	36	6,6	116	21,4	135	24,9	117	21,5	139	25,6
Осъществявам грижи и наблюдение на интубиран пациент.	54	9,9	149	27,4	141	26	104	19,2	95	17,5
Извършвам превръзка на асептична и септична рана.	4	0,7	24	4,4	103	19	162	29,8	250	46

**Междугрупови различия по клинична компетентност**

За проверка на конструктната валидност на въпросника за клинична компетентност бяха потърсени различия между третокурсници и четвъртокурсници по тяхната клинична компетентност и нейните компоненти, като се предполага, че четвъртокурсниците са по-компетентни от третокурсниците, тъй като четвъртокурсниците имат по-голям клиничен опит. Тъй като общият бал по въпросника за клинична компетентност и баловете по неговите субскали не са нормално разпределени (виж Таблица 8), е приложен непараметричният метод на Ман-Уитни за сравняване между двете групи участници в изследването.

Таблица 8. Проверка на нормалността на разпределението на баловете по въпросника за клинична компетентност и неговите субскали

Променливи	Shapiro-Wilk		
	Статистически коефициент	Степени на свобода	Равнище на значимост
Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	0,915	543	< 0,001
Професионално-технически умения на медицинската сестра	0,966	543	< 0,001
Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	0,863	543	< 0,001
Общ бал по въпросника за клинична компетентност	0,943	543	< 0,001

Таблица 9. Сравнение между третокурсници и четвъртокурсници по техните клинични компетентности

Променливи	Средни стойности и стандартни отклонения на третокурсници (n = 313)	Средни стойности и стандартни отклонения на четвъртокурсници (n = 230)	Mann-Whitney U	p	Размер на ефекта Rank-Biserial Correlation	Размер на ефекта $\eta^2$ (ета на квадрат)
Общ бал по въпросника	180,837 ± 31,316	205,743 ± 26,288	18415,500	< 0,001	-0,488	0,174 (голям)
Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	91,773 ± 15,674	101,713 ± 12,970	21535,000	< 0,001	-0,402	0,118 (среден)
Професионално-технически умения на медицинската сестра	34,843 ± 10,519	44,017 ± 8,673	18129,500	< 0,001	-0,496	0,180 (голям)
Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	49,476 ± 8,542	55,209 ± 6,961	19967,500	< 0,001	-0,445	0,145 (голям)

*Забележка:* Интерпретацията на размера на ефекта е според Lenhard & Lenhard (2016).

Четвъртокурсниците в България – медицински сестри и акушерки, са със статистически значимо по-голяма клинична компетентност, отколкото третокурсниците (виж Таблица 9), което доказва конструктната валидност на въпросника за клинична компетентност.

Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на алтернативната хипотеза и отхвърляне на нулевата е равен на  $BF_{10} = 20250000$  за общия бал по въпросника за клинична компетентност,  $BF_{10} = 3563000$  за бала по първия фактор от въпросника за клинична компетентност,  $BF_{10} = 27700000$  за бала по втория фактор от въпросника за клинична компетентност,  $BF_{10} = 153550,676$  за бала по третия фактор от въпросника за клинична компетентност, т. е., многократно по-вероятно е да се потвърди алтернативната хипотеза в сравнение с нулевата хипотеза, което е много силно доказателство (Rouder, Speckman, Sun, Morey, & Iverson, 2009) в подкрепа на алтернативната хипотеза за наличие на ефект и статистически значими различия между третокурсници и четвъртокурсници по клинична компетентност.

Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на нулевата хипотеза и отхвърляне на алтернативната е равен на  $BF_{01} = 0,0000494$  за общия бал по въпросника за клинична компетентност,  $BF_{01} = 0,000281$  за бала по първия фактор от въпросника за клинична компетентност,  $BF_{01} = 0,0000361$  за бала по втория фактор от въпросника за клинична компетентност,  $BF_{01} = 0,00651$  за бала по третия фактор от въпросника за клинична компетентност, т. е. нулевата хипотеза за липса на ефект и статистически значими различия между третокурсници и четвъртокурсници по клинична компетентност не е по-вероятна от алтернативната.

Също така е осъществено сравнение между изследваните медицински сестри и акушерки по тяхната клинична компетентност (виж Таблица 10).

Таблица 10. Сравнение между медицински сестри и акушерки по техните клинични компетентности

Променливи	Средни стойности и стандартни отклонения на медицински сестри (n = 410)	Средни стойности и стандартни отклонения на акушерки (n = 133)	Mann-Whitney U	p	Размер на ефекта Rank-Biserial Correlation	Размер на ефекта $\eta^2$ (ета на квадрат)
Общ бал по въпросника	190,376 ± 31,881	194,504 ± 31,268	25153,000	0,179	-0,077	0,003 (липса на ефект)
Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	95,378 ± 15,517	97,850 ± 14,867	24501,500	0,079	-0,101	0,006 (липса на ефект)
Професионално-технически умения на медицинската сестра	38,707 ± 10,851	38,797 ± 10,570	27079,000	0,906	-0,007	0 (липса на ефект)
Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	51,549 ± 8,386	53,000 ± 8,368	24188,500	0,051	-0,113	0,007 (липса на ефект)

*Забележка:* Интерпретацията на размера на ефекта е според Lenhard & Lenhard (2016).

Не са установени статистически значими различия между изследваните медицински сестри и акушерки по отношение на тяхната клинична компетентност (виж Таблица 10), което означава, че въпросникът еднакво успешно може да се прилага за диагностициране на клинична компетентност както при медицински сестри, така и при акушерки.

Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на алтернативната хипотеза и отхвърляне на нулевата е равен на  $BF_{10} = 0,179$  за общия бал по въпросника за клинична компетентност, а Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на нулевата хипотеза и отхвърляне на алтернативната е равен на  $BF_{01} = 5,578$  за общия бал по въпросника за клинична компетентност, което означава, че нулевата хипотеза за липса на статистически значими различия между акушерки и медицински сестри по тяхната клинична компетентност е около пет пъти по-вероятна от алтернативната хипотеза за наличие на такива различия.

Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на алтернативната хипотеза и отхвърляне на нулевата е равен на  $BF_{10} = 0,273$  за бала по първия фактор от въпросника за клинична компетентност (Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра), а Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на нулевата хипотеза и отхвърляне на алтернативната е равен на  $BF_{01} = 3,661$  за бала по първия фактор от въпросника за клинична компетентност, което означава, че нулевата хипотеза за липса на статистически значими различия между акушерки и медицински сестри по тяхното Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра е около три пъти по-вероятна от алтернативната хипотеза за наличие на такива различия.

Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на алтернативната хипотеза и отхвърляне на нулевата е равен на  $BF_{10} = 0,112$  за бала по втория фактор от въпросника за клинична компетентност (Професионално-технически умения), а Байезиевият фактор в полза



на потвърждаване на нулевата хипотеза и отхвърляне на алтернативната е равен на  $BF_{01} = 8,94$  за бала по втория фактор от въпросника за клинична компетентност, което означава, че нулевата хипотеза за липса на статистически значими различия между акушерки и медицински сестри по техните Професионално-технически умения е около осем пъти по-вероятна от алтернативната хипотеза за наличие на такива различия.

Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на алтернативната хипотеза и отхвърляне на нулевата е равен на  $BF_{10} = 0,313$  за бала по третия фактор от въпросника за клинична компетентност (Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи), а Байезиевият фактор в полза на потвърждаване на нулевата хипотеза и отхвърляне на алтернативната е равен на  $BF_{01} = 3,197$  за бала по третия фактор от въпросника за клинична компетентност, което означава, че нулевата хипотеза за липса на статистически значими различия между акушерки и медицински сестри по техните Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи е около три пъти по-вероятна от алтернативната хипотеза за наличие на такива различия.

## **Въпросник за защитни стилове (Defense Style Questionnaire – DSQ 88) на М. Бонд**

Конструктната валидност на въпросника за клинична компетентност е проверена и чрез търсене на взаимовръзка между отговорите по него и по скали, изследващи социална желателност и защитни механизми от въпросника за защитни стилове DSQ 88 на М. Бонд

(Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996) – виж втория въпросник в Приложението.

### **Коефициенти на корелация между клиничната компетентност на медицинските сестри и социалната желателност**

Социалната желателност е изследвана чрез скала Лъжа от въпросника за защитни стилове DSQ 88 на М. Бонд (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996), която скала е адаптирана за България от Stoyanova et al. (2013) с вътрешна консистентност алфа на Кронбах 0,684. В скала Лъжа се включват айтеми с номера 6, 14, 15, 20, 26, 31, 38, 44 и 48 от втория въпросник в Приложението.

Приложен е корелационен анализ за установяване на взаимовръзки между клиничната компетентност, нейните компоненти и социалната желателност чрез коефициент на корелация на Спирмън, тъй като разпределението на някои променливи не е нормално. Общият бал по клинична компетентност корелира статистически значимо и позитивно с баловете по субскалите на методиката за клинична компетентност, но не е установена статистически значима взаимовръзка между клиничната компетентност, измерена със самооценъчен въпросник и социалната желателност, нито между компонентите на клиничната компетентност (отделни компетенции) и социалната желателност (виж *Таблица 11*), което свидетелства за искреността на отговорилите.

Таблица 11. Коефициенти на корелация на Спирмън между клиничната компетентност, нейните компоненти и социалната желателност

<b>Променливи</b>	<b>Статистически коефициенти</b>	<b>Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра</b>	<b>Професионално-технически умения на медицинската сестра</b>	<b>Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи</b>	<b>Общ бал по клинична компетентност</b>
Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Spearman's rho	1,000	0,674	0,787	0,917
	Равнище на значимост		< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Брой изследвани	543	543	543	543
Професионално-технически умения на медицинската сестра	Spearman's rho	,674	1,000	0,785	0,888
	Равнище на значимост	< 0,001		< 0,001	< 0,001
	Брой изследвани	543	543	543	543
Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Spearman's rho	0,787	0,785	1,000	0,916
	Равнище на значимост	< 0,001	< 0,001		< 0,001
	Брой изследвани	543	543	543	543
Общ бал по клинична компетентност	Spearman's rho	0,917	0,888	0,916	1,000
	Равнище на значимост	< 0,001	< 0,001	< 0,001	
	Брой изследвани	543	543	543	543
Социална желателност	Spearman's rho	0,059	-0,001	0,015	0,028
	Равнище на значимост	0,369	0,988	0,815	0,668
	Брой изследвани	238	238	238	238

**Коефициенти на корелация между клиничната компетентност и защитни механизми при медицински сестри**

Приложен е корелационен анализ за установяване на взаимовръзки между клиничната компетентност, нейните компоненти и защитни механизми чрез коефициент на корелация на Спирмън, тъй като разпределението на някои променливи не е нормално (виж

Таблица 8).

Проблем, конфликт, стрес, криза, несъгласуваност на подбуди, амбивалентност на чувства, нежелана информация, заплахата от определени събития, заплахата за благополучието и за своята цялостност провокират използването на защитни механизми (автоматизирано безсъзнателно преработване на информация без отчитане на цялостната ситуация и дълговременната перспектива, когнитивно изкривяване на реалността, самозаблуждение) за предпазване от неблагоприятни ситуации, за намаляване на психичния дискомфорт, напрежението, тревожността, стреса, за редуциране на конфликти, за поддържане на добри междуличностни взаимоотношения, за постигане на благополучие и приспособяване (Василюк, Ф., 1984; Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000; Стаматов, Р. и Минчев, Б., 2003; Araujo et al., 1999; Clark, 1991; Clark, 1999), предпазване от неприемливи мисли, импулси или желания (Cramer, 2000).

Въпросникът за защитни стилове DSQ 88 на М. Бонд (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996) изследва множество защитни механизми, разпределени в четири защитни стила. Защитните стилове са комбинация от няколко защитни механизма (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996), обичайна употреба на свързани защитни механизми (Zeigler-Hill & Pratt, 2007), относително стабилно (Nasserbakht et al., 1996)

функциониране при справяне с конфликт и стрес (Bond & Wesley, 1996).

Адаптивният или зрял защитен стил е свързан с добра адаптираност (Shaw et al., 1996), не вреди на междуличностните взаимоотношения, нито изопачава в голяма степен реалността (Sammallahti et al., 2003). Адаптивният или зрял защитен стил включва защитните механизми сублимация, потискане, антиципация, хумор, афилиация (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Вътрешната консистентност на айтемите – част от Адаптивния защитен стил за България е алфа на Кронбах 0,696 (Митева, С., 2013).

Потискането е премахване, блокиране на нежелана информация и неприятни спомени, провокиращи тревожност, от нашето съзнание (Cherry, 2022), опит да се игнорира ситуацията, да се избягва мислене и говорене за нея, опит за забравяне на неприятните преживявания (Митева, С., 2013). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 3 и 59 от втория въпросник в Приложението.

Сублимацията представлява трансформиране на неприемливи потребности и импулси в социално приемливи амбиции и действия, в творческа дейност (Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000; Фрейд, А., 1993). Към този защитен механизъм се отнася айтем 5 от втория въпросник в Приложението.

Хуморът е позитивно преоценяване на ситуации (Balcar et al., 2011; Holubova et al., 2018), иронично отношение към проблема, приемане на нещата от смешната страна (Heim et al., 1991), израз на санкциониране на социално неприемливо поведение и начин за забавление и отслабване на напрежението в различни ситуации (Велева, А.,

2005). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 8 и 34 от втория въпросник в Приложението.

Антиципация е предугаждане на бъдещи събития и действия (Николов, П., 2010), прогнозиране в бъдеще на предстоящ стрес и фрустриращи ситуации (Налчаджян, А., 2009), превантивни и изпреварващи събитията усилия за избягване на стресиращи преживявания (Зарбова, Б., 2019), за предотвратяване на стресови ситуации в бъдеще (Balcar et al., 2011). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 68 и 81 от втория въпросник в Приложението.

Афилиацията е потребност от обединяване с други хора, от принадлежност, свързаност, включване в група, общуване и поддържане на контакти, на близки и удовлетворяващи взаимоотношения (Вирмозелова, Н., 2011; Kasser & Ryan, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 80 и 86 от втория въпросник в Приложението.

Таблица 12. Коефициенти на корелация на Спирмън между клиничната компетентност и защитните механизми от адаптивния/зрелия защитен стил

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
Потискане	Spearman's rho	<b>0,259</b>	<b>0,191</b>	<b>0,204</b>	<b>0,238</b>
	Равнище на значимост	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,003</b>	<b>0,002</b>	<b>&lt; 0,001</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
Чувство за хумор	Spearman's rho	-0,041	-0,019	-0,070	-0,047
	Равнище на значимост	0,529	0,766	0,283	0,473
	Брой изследвани	238	238	238	238
Антиципация	Spearman's rho	0,026	0,040	< 0,001	0,017
	Равнище на значимост	0,688	0,538	0,996	0,789
	Брой изследвани	238	238	238	238
Афилиация	Spearman's rho	0,017	0,016	-0,039	-0,010
	Равнище на значимост	0,797	0,811	0,546	0,874
	Брой изследвани	238	238	238	238
Сублимация	Spearman's rho	<b>0,201</b>	<b>0,237</b>	<b>0,258</b>	<b>0,247</b>
	Равнище на значимост	<b>0,002</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238

*Забележка:* Удебелени са статистически значими корелационни коефициенти.

Налице са някои статистически значими, но слаби взаимовръзки между клиничната компетентност и нейните компоненти от една страна, и някои защитни механизми, част от адаптивния защитен

стил, от друга страна (виж Таблица 12). С нарастване на общата клинична компетентност и нейните компоненти нараства честотата на прилагане на защитните механизми потискане и сублимация, което означава, че при отговаряне на въпросите относно своята клинична компетентност изследваните медицински сестри и акушерки несъзнателно потискат спомени за свои неуспехи и трансформират неприемливи импулси в социално приемливи действия, но тази тенденция е слабо изразена.

Неадаптивният или незрял защитен стил доста изопачава реалността, ограничава изразяването на емоции (Araujo et al., 1999), изопачава моралност или законови положения, дразни другите хора (Boote, 2003). Неадаптивният или незрял защитен стил включва защитните механизми пасивна агресивност, проекция, регресия, задържане, отреагиране, соматизация, проективна идентификация, отдръпване, мечтаене, отхвърлящо помощ оплакване, консумиране, отменяне.

Защитният механизъм Пасивна агресивност се изразява в бавене при изпълняване на ангажменти и допускане на неточности в работа при неудовлетворяващи междуличностни взаимоотношения (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 2, 22, 39, 45 и 54 от втория въпросник в Приложението.

Защитният механизъм Проекция представлява прехвърляне на своите отговорности, вина, неприемливи мисли, чувства, желания, качества, представи, поведение, недостатъци на други хора, както и на причините за тях на други хора (Бренър, Ч., 1993; Иванов, П., 2007;



Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000; Стоянова, С. и Методиева, М., 2012; Clark, 1991). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 4, 12, 25, 36, 55, 60, 66, 72 и 87 от втория въпросник в Приложението.

Защитният механизъм Регресия представлява връщане към начини на действие или преживяване, характерни за по-ранна възраст (Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 10, 17, 29, 41 и 50 от втория въпросник в Приложението.

Защитният механизъм Задържане (инхибиция) означава, че човек е срамежлив и затова не си отстоява правата, не се чувства комфортно при общуване с други хора и при сексуални взаимоотношения, нито показва всичките си възможности при съревнования (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 9 и 67 от втория въпросник в Приложението.

Защитният механизъм Отреагиране означава, че човек действа импулсивно и нарушава поставени граници във взаимоотношенията (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 7, 21, 27, 33 и 46 от втория въпросник в Приложението.

Защитният механизъм Соматизация означава, че човек проявява симптоми на физически заболявания, когато нещата не вървят добре и нещо не му харесва (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 28 и 62 от втория въпросник в Приложението.

Защитният механизъм Проективна идентификация означава, че човек обвинява някой друг, че преживява емоционално изтощение,

емоционална празнота, емоционална опустошеност (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнася айтем 19 от втория въпросник в Приложението.

Защитният механизъм Отдръпване означава, че човек предпочита да е сам, далеч от другите, когато преживява неприятни емоционални състояния (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 32, 35 и 49 от втория въпросник в Приложението.

Мечтаенето/фантазирането като защитен механизъм представлява използване на мисловна активност за отвличане на вниманието от проблем към приятни неща или за преодоляване на скука (Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000; Франкъл, В., 1994). Към този защитен механизъм се отнася айтем 40 от втория въпросник в Приложението.

Отхвърлящото помощ оплакване като защитен механизъм представлява убеденост, че другите не разбират какво се случва на човек и не успяват да помогнат (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 69 и 75 от втория въпросник в Приложението.

Консумирането като защитен механизъм представлява употреба на храна или цигари при неприятни емоционални преживявания (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 73, 79 и 85 от втория въпросник в Приложението.

Отменянето като защитен механизъм представлява извършване на действие с идеята, че нещо негативно или нередно, което човек е помислил, казал, направил, ще бъде компенсирано, отменено и няма да се случи (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен

механизъм се отнасят айтеми 71, 78 и 88 от втория въпросник в Приложението.

Таблица 13. Коефициенти на корелация на Спирмън между клиничната компетентност и защитните механизми от неадаптивния/незрял защитен стил

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
Пасивна агресивност	Spearman's rho	-0,034	0,012	-0,093	-0,053
	Равнище на значимост	0,602	0,851	0,152	0,414
	Брой изследвани	238	238	238	238
Проекция	Spearman's rho	<b>-0,188</b>	-0,096	<b>-0,215</b>	<b>-0,190</b>
	Равнище на значимост	<b>0,004</b>	0,140	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238
Проективна идентификация	Spearman's rho	<b>-0,142</b>	-0,054	<b>-0,161</b>	<b>-0,143</b>
	Равнище на значимост	<b>0,028</b>	0,409	<b>0,013</b>	<b>0,027</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238
Отреагиране (Acting-out)	Spearman's rho	-0,105	-0,079	<b>-0,138</b>	-0,125
	Равнище на значимост	0,108	0,227	<b>0,033</b>	0,055
	Брой изследвани	238	238	238	238
Регресия	Spearman's rho	<b>-0,134</b>	-0,068	<b>-0,185</b>	<b>-0,143</b>
	Равнище на значимост	<b>0,039</b>	0,294	<b>0,004</b>	<b>0,028</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
Задържане (Inhibition)	Spearman's rho	<b>-0,192</b>	<b>-0,150</b>	<b>-0,207</b>	<b>-0,203</b>
	Равнище на значимост	<b>0,003</b>	<b>0,021</b>	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238
Отдръпване (Withdrawal)	Spearman's rho	0,076	-0,021	0,048	0,037
	Равнище на значимост	0,245	0,744	0,465	0,571
	Брой изследвани	238	238	238	238
Соматизация	Spearman's rho	0,004	-0,047	-0,025	-0,032
	Равнище на значимост	0,949	0,475	0,702	0,627
	Брой изследвани	238	238	238	238
Оплаквания, свързани с отхвърляне на помощ	Spearman's rho	<b>-0,172</b>	-0,047	<b>-0,174</b>	<b>-0,154</b>
	Равнище на значимост	<b>0,008</b>	0,467	<b>0,007</b>	<b>0,018</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238
Отменяне (Undoing)	Spearman's rho	0,006	0,033	-0,013	-0,001
	Равнище на значимост	0,924	0,610	0,836	0,988
	Брой изследвани	238	238	238	238
Консумиране (на храна, употреба на цигари)	Spearman's rho	0,081	0,072	0,018	0,071
	Равнище на значимост	0,213	0,271	0,782	0,276
	Брой изследвани	238	238	238	238
Мечтаене	Spearman's rho	<b>-0,176</b>	-0,110	<b>-0,219</b>	<b>-0,187</b>

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
	Равнище на значимост	<b>0,006</b>	0,090	<b>0,001</b>	<b>0,004</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238

*Забележка:* Удебелени са статистически значими корелационни коефициенти.

Налице са някои статистически значими, но слаби взаимовръзки между клиничната компетентност и нейните компоненти от една страна, и някои защитни механизми, част от неадаптивния защитен стил, от друга страна (виж Таблица 13). С нарастване на общата клинична компетентност и/или нейните компоненти намалява честотата на прилагане на защитните механизми проекция, проективна идентификация, отреагиране, регресия, задържане, отхвърлящите помощ оплаквания и мечтаенето, което означава, че с нарастване на клиничната компетентност изследваните студенти - медицински сестри и акушерки, не приписват причини за свои недостатъци и негативни преживявания на другите, не се връщат към начини на действие, характерни за много ранна възраст, не се подценяват поради срамежливост, не отговарят импулсивно, не си отвличат вниманието към други неща, не считат, че другите не ги разбират и не могат да им помогнат, което свидетелства за достоверността на отговорите, въпреки че тези тенденции са слабо изразени.

Изопачаващият/ разрушаващият имиджа защитен стил включва защитните механизми компенсация, раздвоение, примитивна идеализация и изолация (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996).

Компенсация е защитен механизъм, който включва омаловажаване, прикриване на свои недостатъци в една област с полагане на допълнителни усилия и изтъкване на положителните си качества, постъпки, успех и превъзходство в друга област (Иванов, П., 2007; Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 11, 23 и 37 от втория въпросник в Приложението.

Раздвоение (Splitting) е защитен механизъм, при който човек се колебае между две противоположности (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 53 и 64 от втория въпросник в Приложението.

Примитивна идеализация е защитен механизъм, при който човек не намира недостатъци на свой познат (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 51 и 58 от втория въпросник в Приложението.

Изолация е защитен механизъм, при който човек не проявява чувства, когато останалите очакват да го направи (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 70, 76 и 77 от втория въпросник в Приложението.

Таблица 14. Коефициенти на корелация на Спирмън между клиничната компетентност и защитните механизми, част от изопачаващия имиджа защитен стил

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
Компенсация	Spearman's rho	0,101	<b>0,193</b>	0,095	0,127
	Равнище на значимост	0,120	<b>0,003</b>	0,144	0,051
	Брой изследвани	238	238	238	238
Раздвоение (Splitting)	Spearman's rho	0,044	-0,008	0,029	0,012
	Равнище на значимост	0,501	0,903	0,653	0,854
	Брой изследвани	238	238	238	238
Идеализация	Spearman's rho	<b>0,151</b>	0,017	0,085	0,090
	Равнище на значимост	<b>0,019</b>	0,789	0,192	0,167
	Брой изследвани	238	238	238	238
Изоляция	Spearman's rho	-0,032	-0,048	-0,062	-0,048
	Равнище на значимост	0,618	0,457	0,338	0,465
	Брой изследвани	238	238	238	238

*Забележка:* Удебелени са статистически значими корелационни коефициенти.

Налице са някои статистически значими, но слаби взаимовръзки между някои видове клинични компетенции и някои защитни механизми, част от изопачаващия имиджа защитен стил (виж Таблица 14). С нарастване на професионално техническите умения нараства и честотата на употреба на защитния механизъм компенсация, което

може да означава, че постигането на успех в развитието на професионално-техническите умения може да компенсира неудовлетвореност от друга житейска област, въпреки че тази тенденция е слабо изразена. С подобряване на професионалното поведение и общото представяне на медицинската сестра нараства честотата на употреба на защитния механизъм идеализация, което означава, че възхищението от и следването на ролеви модели е свързано с нарастване на конкретни клинични компетенции, въпреки че тази тенденция е слабо изразена.

Себепожертвувателният защитен стил е израз на потребността от възприемане на себе си като любезен и подпомагащ другите (Azibo, 2007). Себепожертвувателният защитен стил включва защитните механизми отрицание, формиране на реакция и псевдоалтруизъм (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Вътрешната консистентност на айтемите – част от Себепожертвувателния защитен стил е алфа на Кронбах 0,722 (Иванчев, Н., 2013).

Отричането или отрицанието като защитен механизъм представлява отказ да се приеме станалото, отказ да се приеме заплашваща, негативна, неприятна, травмираща ситуация и информация, било във фантазията, било на думи и на дело, преоценка и промяна на интерпретацията на ситуация да е по-малко заплашителна или все едно нищо лошо не се е случило (Бренър, Ч., 1993; Жилина, Е., 2007; Игов, И., Алексиева, Е. и Янева, Р., 2001; Мадолев, В., 2006; Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000; Стоянова, С. и Методиева, М., 2012; Фройд, А., 2000). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 16, 42, 52 и 57 от втория въпросник в Приложението.



Защитният механизъм **Формиране на реакция** представлява трансформиране на неприемливи за морално – нравствените принципи чувства, нагласи, желаня, стремежи, поведение, импулси в противоположните им, демонстриране на морал и нравственост, несъответстващи на първоначалните мисли и чувства (Иванов, П., 2007; Жилина, Е., 2007; Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000; Стаматов, Р., 2000; Стоянова, С. и Методиева, М., 2012; Clark, 1991). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 13, 47, 56, 63 и 65 от втория въпросник в Приложението.

Алтруизъм (Фройд, А., 2000) или Псевдо-алтруизъм е защитен механизъм, който се изразява в получаване на удовлетворение от помагане на другите (Bond, 2004), загриженост за благополучието и добруването на другите (Димитров, П., 2007; Wong, 2012), стремеж за доставяне на удоволствие на другите и намаляване на тяхната болка (Димитров, П., 2007; Карагяурова, Д., 2010; Крейгхед, Е. и Немероф, Ч., 2008), като правейки нещо за другите, човек забравя за своите проблеми (Мадолев, В., 2012; Митева, С., 2013; Neim et al., 1991). Към този защитен механизъм се отнася айтем 1 от втория въпросник в Приложението.

Таблица 15. Коефициенти на корелация на Спирмън между клиничната компетентност и защитните механизми

## Самооценка на клинична компетентност

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
Формиране на реакция	Spearman's rho	-0,050	-0,064	-0,025	-0,055
	Равнище на значимост	0,445	0,327	0,702	0,395
	Брой изследвани	238	238	238	238
Отрицание	Spearman's rho	-0,006	<b>-0,128</b>	-0,058	-0,078
	Равнище на значимост	0,929	<b>0,048</b>	0,377	0,229
	Брой изследвани	238	238	238	238
Псевдо-алтруизъм	Spearman's rho	<b>0,204</b>	<b>0,162</b>	<b>0,210</b>	<b>0,214</b>
	Равнище на значимост	<b>0,002</b>	<b>0,013</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238

*Забележка:* Удебелени са статистически значими корелационни коефициенти.

Налице са някои статистически значими, но слаби взаимовръзки между клиничната компетентност и/или нейните компоненти от една страна, и защитните механизми псевдо-алтруизъм и отрицание от друга (виж Таблица 15 Таблица 15). С нарастване на клиничната компетентност нараства честотата на прилагане на защитния механизъм псевдо-алтруизъм, което означава, че по-високата клинична компетентност се съпровожда с полагане на повече грижи за подобряване на състоянието на другите, което подкрепя валидността на въпрос-

ника за клинична компетентност, макар тази тенденция да е слабо изразена. С подобряване на професионално-техническите умения на медицинската сестра намалява честотата на използване на защитния механизъм отрицание, което означава, че в по-малка степен критични ситуации се омаловажават и подценяват, като това също подкрепя валидността на въпросника за клинична компетентност, макар тази тенденция да е слабо изразена.

Въпросникът за защитни стилове DSQ 88 на М. Бонд (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996) изследва и защитните механизми рационализация/интелектуализация, както и насоченост към задачи, които не са разпределени към никой от защитните стилове от авторите на въпросника.

Интелектуализация/ рационализация (Мадолев, В., 2012; Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000) или Компенсаторно обезценяване (Omnipotence devaluation) според Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996) като защитен механизъм представлява търсене и намиране на извинения за свои грешки и недостатъци, за да се избегнат себеобвинения, разочарования и критики (Мадолев, В., 2012; Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г., 2000). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 18, 24 и 30 от втория въпросник в Приложението.

Насоченост към задачи означава въвлеченост в дейност, работа, задача, за да се чувства добре човек и да се предпазва от негативни мисли и преживявания (Bond, 1984; Bond & Wesley, 1996). Към този защитен механизъм се отнасят айтеми 74 и 84 от втория въпросник в Приложението.

Таблица 16. Коефициенти на корелация на Спирмън между клиничната компетентност и защитните механизми рационализация и насоченост към задачи

Защитни механизми	Статистически коефициенти	Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра	Професионално-технически умения на медицинската сестра	Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи	Общ бал по клинична компетентност
Компенсаторно обезценяване/ Рационализация/ Идеализация (Omnipotence devaluation)	Spearman's rho	0,047	0,047	-0,016	0,024
	Равнище на значимост	0,467	0,474	0,812	0,708
	Брой изследвани	238	238	238	238
Насоченост към задачи	Spearman's rho	<b>0,148</b>	0,094	<b>0,138</b>	<b>0,132</b>
	Равнище на значимост	<b>0,023</b>	0,150	<b>0,034</b>	<b>0,042</b>
	Брой изследвани	238	238	238	238

*Забележка:* Удебелени са статистически значими корелационни коефициенти.

Налице са някои статистически значими, но слаби взаиморъзки между клиничната компетентност и нейните компоненти от една страна, и защитния механизъм Насоченост към задачи от друга (виж

Таблица 16). С нарастване на общата клинична компетентност нараства честотата на прилагане на защитния механизъм насоченост към задачи, което означава по-голяма въвличеност в извършваните дейности, което подкрепя валидността на въпросника за клинична компетентност, макар тази тенденция да е слабо изразена.

## Обсъждане

Въпросникът за клинична компетентност (Liou & Cheng, 2014) е надежден и валиден инструмент за изследване на клиничната компетентност на студенти – медицински сестри и акушерки в България. Резултатите подкрепят предишни научни потвърждения за използването на инструмента (Kwiatkowski et al., 2017) и показват, че той може да бъде полезен при оценка на клиничната компетентност на българските студенти, обучаващи се за медицински сестри/ акушерки (Бачева, М. и Стоянова, С., 2023b).

Резултатите по този въпросник дават насоки за необходимост от подобряване на обучението на медицински сестри и акушерки в трети и четвърти курс по посока на повишаване на компетенциите най-вече относно подпомагане на пациента да се справя със свои проблеми (айтем 4), прилагане на подходящи мерки и ресурси за решаване на проблеми (айтем 11), предоставяне на подходяща здравна информация и консултиране на пациенти по здравни въпроси (айтем 19), извършване на здравно обучение на пациенти и техни семейства в правилна грижа за конкретно заболяване (айтем 20), съставяне на план за сестрински грижи (айтем 22), извършване на оценка на функцията на чревния тракт (айтем 27), подготвяне и извършване на преливане на кръв или кръвни продукти под надзора на лекар (айтем 37), поставяне на катетър на жена и осъществяване на грижи за болен с катетър (айтем 38), прилагане на кислородотерапия (айтем 40), извършване на клизма (айтем 42), извършване на аспирация на горните дихателни пътища (айтем 43), грижи и наблюдение на трахеостомиран

пациент (айтем 44), хранене и грижи за болен с назогастрална сонда (айтем 45), грижи и наблюдение за интубиран пациент (айтем 46) - това са компетенциите, за които в Таблица 7 по-малко от 35% от изследваните са посочили, че са компетентни и могат да извършват на практика без контрол и напътствия. Тук се включват компетенции, отнасящи се както до Професионално поведение и общо представяне на медицинската сестра, така и до Професионално-технически умения на медицинската сестра. В най-голяма степен студентите – медицински сестри и акушерки в България, притежават компетенции, отнасящи се до Основни (манипулативни) сестрински умения и осъществяване на грижи (Бачева, М. и Стоянова, С., 2023b). Това е от значение за качеството на предоставяните здравни грижи и медицинската помощ в болниците, както е описано от Ц. Димитров и кол., 2013.

Изследването има ограничения, свързани с неравния брой изследвани медицински сестри и акушерки от различни български образователни институции (виж Таблица 1), неприлагането на множество методи за изследване на клинична компетентност като например липсата на обективен измерител на клиничната компетентност на медицинските сестри и акушерки, както и не са потърсени корелации с резултати по друг въпросник за изследване на клинична компетентност, но това е единствената до момента методика, изследваща клинична компетентност, адаптирана за български условия.

## Заклучение

В бъдещи изследвания може да се провери съвпадащата валидност на въпросника за клинична компетентност на Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014) като се потърси корелация между резултатите по него и друг въпросник за клинична компетентност, който също да бъде направен опит да бъде адаптиран за български условия. Въпросникът за клинична компетентност, създаден от Лиу и Ченг (Liou & Cheng, 2014), надежден и валиден измерител на клиничната компетентност и може да бъде прилаган в България за изследване на равнището на клинична компетентност на студенти – медицински сестри и акушерки, и установяване на компетенции, които би трябвало да бъдат усъвършенствани с допълнително обучение и практикуване. Методиката е лесно приложима и дава възможност за рефлексия и самопреценка на собствената клинична компетентност и области, в които тя трябва още да се развива.

Части от този монографичен труд са публикувани и в източниците Бачева и Стоянова (2023a; 2023b), Bacheva & Stoyanova (2023).

## Литература

Ангелова, Н. (2012). Ключови компетентности и формиране на медицински професионализъм при обучение на студенти от специалност Медицинска сестра. Научни трудове на Русенския университет-2012, том 51, серия 8.3, стр.46-50.

Андонова, А. (2022). Здравните грижи. Законодателство, наука и практика. Стара Загора: Алфа Стар.

Бачева, М. (2018). Оценка на стрес- индуцирана реактивност при студенти медицински сестри и акушерки. Сестринско дело, 50 (2), 3-11.

Бачева, М., Величкова-Хаджиева, Д. и Дойновска, Р. (2016). Ролята на симулаторите за развиване на безопасна сестринска и акушерска практика в клиничната работа с пациенти. Сестринско дело, 48(3), 38-42.

Бачева, М. и Дойновска, Р. (2018). Оценка на пациентите за удовлетвореност от здравни грижи. Управление и образование, 14(1), 74-78.

Бачева, М., Дойновска, Р. и Андонова, А. (2022a). Влияние на клиничните симулации върху възприетия стрес и клинична тревожност в сестринското и акушерско обучение. Управление и образование, 18(4), 73-83.

Бачева, М., Дойновска, Р. и Андонова, А. (2022b). Оценка удовлетвореността на студентите от симулативни клинични преживявания. Управление и образование, 18(4), 84-90.



Бачева, М. и Стоянова, С. (2023а) Надеждност на адаптиран въпросник за самооценка на клинична компетентност: вътрешна консистентност и стабилност на резултатите. ЮЗУ „Неофит Рилски“, Годишник по психология, 14 (1), (под печат).

Бачева, М. и Стоянова, С. (2023b). Приложимост и ефективност на адаптирания въпросник за самооценка на клинична компетентност (ССQ-BG): експериментално изследване със студенти медицински сестри. Сборник доклади от Студентска научна сесия, ЮЗУ „Неофит Рилски“ - Благоевград. (под печат).

Богданова, К. (2019). Основни аспекти в управлението на здравните грижи. Медицински университет – София.

Бренър, Ч. (1993). Увод в психоанализата. София: Планета 3.

Българска Стопанска Камара. (2010). Правила за оценка на компетенциите. [https://www.bia-bg.com/uploads/files/analysis/ISOK/613\\_pravila\\_za\\_ocenka\\_na\\_comp\\_signed.pdf](https://www.bia-bg.com/uploads/files/analysis/ISOK/613_pravila_za_ocenka_na_comp_signed.pdf)

Василюк, Ф. Е. (1984). Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). Москва: Издательство Московского университета.

Велева, А. (2005). Значение на хумора за социалното развитие на детето. В сб.: Приложна психология и социална практика. (Под ред.) Д. Железарова и Ж. Кръстева. Варна: УИ „Черноризец Храбър“, 365-372.

Вирмозелова, Н. (2011). Социални потребности и когнитивни диспозиции – детерминанти на копинг-стратегии. Автореферат на дисертация за присъждане на научно-образователна степен „Доктор“. Благоевград: УИ „Неофит Рилски“.

Георгиева, Д., Тончева, С., Дойновска, Р., Колева, Г., Христова, И. и Бачева, М. (2018). Състояние на хигиенните здравни грижи в УМБАЛ "Канев"- Русе, МБАЛ- Шумен и МБАЛ - Благоевград АД. Социална медицина, 3/4, 55-60.

Джонев, С. (2004). Социална психология: Изследователски дизайн; Статистическа обработка – SPSS. София: УИ „Св. Климент Охридски“.

Димитров, П. (2007). Екологичен локус на контрол, алтруизъм и отговорно екологично поведение. В сб.: Личност, социална среда, активност. Сборник от научни доклади и съобщения от третата научна конференция по психология, ноември 2006 г., Благоевград. (Съст.) П. Николов. Благоевград: УИ "Неофит Рилски", 116- 123.

Димитров, Ц., Петкова, Д., Апостолов, А., Александрова, М. и Василева, В. (2013). За качеството на медицинската помощ в болничните заведения. Асклепий, 7(1), 73-76.

Дойновска, Р. (2016) Подбор, атестиране и адаптация на професионалистите по здравни грижи в многопрофилните болници на военномедицинска академия. Медицински Университет - София.

Донкина, В. и Дойновска, Р. (2012). Емоционална интелигентност и психологична грамотност в медицинските грижи. Сестринско дело, 44(3), 24-28.

Драганова, М. (2022). Актуални аспекти на връзката образование – обучение - практика в здравните грижи. Плевен: Издателски център МУ-Плевен.

Европейска комисия. (2019). Европейска квалификационна рамка: подкрепа за учене, работа и трансгранична мобилност. Люксембург: Служба за публикации на Европейския Съюз.

<https://europa.eu/europass/system/files/2020-05/EQF%20Brochure-BG.pdf>

Жилина, Е. (2007). Методика диагностика защитных стилей. [http://conf.msu.ru/archive/Lomonosov\\_2007/16/Jilina\\_EY.pdf](http://conf.msu.ru/archive/Lomonosov_2007/16/Jilina_EY.pdf)

Зарбова, Б. П. (2019). Стрес и благополучие във високорискова среда. Дисертация за присъждане на образователна и научна степен „доктор“. София: СУ „Св. Климент Охридски“.

Иванов, П. (2007). Приложна социална психология, Русе: Ахат.

Иванчев, Н. (2013). Конформизъм и приемане на другите в младежка възраст : дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен "доктор", област на висше образование 3. Социални, стопански и правни науки, професионално направление 3.2. Психология, научна специалност "Педагогическа и възрастова психология". Благоевград: ЮЗУ «Неофит Рилски».

Игов, И., Алексиева, Е. и Янева, Р. (2001). Психология и логика. Част I Психология. София: Нова звезда.

Карагяурова, Д. (2010). Просоциалното поведение като междуличностно отношение. София: ИК „Стено“.

Крейгхед, У. и Немероф, Ч. (2008). Енциклопедия по психология и поведенческа наука. София: Наука и изкуство.

Мадолев, В. (2006). Защитни механизми и когнитивни процеси. Благоевград: УИ „Неофит Рилски“.

Мадолев, В. (2012). Защитни механизми, копинг-стратегии, саморегулация. Благоевград: УИ „Неофит Рилски“.

Милчева, Х. (2019). Креативен стил в обучението на здравните специалисти. Път към европейска интеграция. Стара Загора: Лакс бук.

Министерски съвет. (2016). Наредба за Единните Държавни Изисквания за придобиване на висше образование за специалностите „Медицинска сестра”, „Акушерка” и „Лекарски асистент“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър” (загл. изм. и доп. - ДВ, бр. 32 от 2016 г.). <https://lex.bg/laws/ldoc/2135513453>

Министерство на здравеопазването. (2011). Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011 г., изм. ДВ. бр.50 от 1 Юли 2011г., загл. доп., ДВ, бр. 61 от 2022 г. <https://ekspertis.bg/document/view/law/132543/57594#1165860>

Митева, К. (2011). Процесът на обучение за изграждане на професионалните компетенции на медицинските специалисти. Сестринско дело, 1-2, 47-51.

Митева, К. и Атанасова, З. (2018). Възможности за оптимизация процеса на усвояване на базови акушерски компетенции. Управление и образование, 14(5), 52-57.

Митева, С. С. (2013). Адаптивни стратегии и самореализация на студенти. Дисертация за придобиване на образователната и научна степен „доктор“ по психология. Благоевград: ЮЗУ „Неофит Рилски.

Михайлова, Ц. С. (2020). Благополучие в трудни житейски ситуации. Дисертация за придобиване на научната степен „доктор на науките“. Благоевград: ЮЗУ „Неофит Рилски“.

Московичи, С. (1998). Социална психология. Том 2. София: ИК "Женифер-Хикс".

Налчаджян, А. А. (2009). Психологическая адаптация: Механизмы и стратегии. Москва: Эксмо.

Национална агенция за оценяване и акредитация. (2016). Критериална система за програмна акредитация на професионални направления и специалности от регулираните професии. <https://www.neaa.government.bg/ocenjavane-i-akreditacija/programna-akreditacija/profesionalni-napravlenija>

Николов, П. (2010). Психология на саморазвитието. Благоевград: УИ „Неофит Рилски”.

Рашева, А. и Иванова, Д. (2019). Степен на удовлетвореност на студентите от специалност „Медицинска сестра“ от качеството на обучение по учебната дисциплина „Сестрински грижи при инфекциозно болни“. Сестринско дело, 51(3), 29-34.

Република България Национален Статистически Институт. (2022). Медицински персонал на 31.12.2021 г. по статистически райони и области. <https://www.nsi.bg/bg/content/3318/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB-%D0%BD%D0%B0-3112-%D0%BF%D0%BE-%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D1%80%D0%B0%D0%B9%D0%BE%D0%BD%D0%B8-%D0%B8-%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8>

Русинова-Христова, А. и Карастоянов, Г. (2000). Психологичните типове по Карл Юнг и стресът. София: Пропелер.

Стаматов, Р. (2000). Детска психология. Пловдив: Хермес.

Стаматов, Р. и Минчев, Б. (2003). Психология на човека. Пловдив: „Хермес“.

Стефаненко, Т. (1999). Этнопсихология. Москва: Институт психологии РАН "Академический проект".

Стоянова, С. (2007). Основи на психологическите измервания – Адаптация на тест. Благоевград, УИ “Неофит Рилски”.

Стоянова, С. и Методиева, М. (2012). Защитни механизми и приемане на другите – адаптиране на въпросник за четири защитни механизма. Годишник по психология, 3(3), 114-142.

Стоянова, С. и Митева, С. (2015). Потребности на хора с влошено психично здраве. Годишник по психология, 6(1), 18-39.

Стоянова, С. и Пенева, И. (2013). Методическо ръководство за провеждане на емпирични психологически изследвания. Благоевград: Смилков.

Сълева, М., Александрова - Янкуловска, С. и Драганова, М. (2022). Научните интереси в дисертациите на медицинските сестри и акушерки в България. Здравни грижи, 1. [https://nursing-bg.com/docs/szg/1\\_2022.pdf](https://nursing-bg.com/docs/szg/1_2022.pdf)

Терзиева, А., Дойновска, Р. и Василева, Н. (2013). Готовност на стажант-медицинските сестри за професионална реализация. Здравни грижи, 4, 19-22.

Тончева, С. (2018). Приложимост на супервизия в сестринството в България. Социална медицина, 3-4, 8-13.

Франкъл, В. (1994). Смисълът в живота: Увод в логотерапията. София: Фондация „Отворено общество“.

Фрейд, А. (1993). Психология Я и защитни механизми. Москва: Педагогика.

Фройд, А. (2000). Егото и защитните механизми. София: ЛИК.

Ханджийска, И., Дойновска, Р. и Бачева, М. (2022). Проучване нагласите на студенти за участие в научноизследователски проекти. *Здравни грижи*, 3, 35 - 39.

Adib-Hajbaghery, M., Zehtabchi, S., & Fini, I. A. (2017). Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. *Nursing Ethics*, 24(4), 462–473. <https://doi.org/10.1177/0969733015600910>

Adorno, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. & R. Sanford. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper.

Al Gharibi, K. A., & Arulappan, J. (2020). Repeated simulation experience on self-confidence, critical thinking, and competence of nurses and nursing students—an integrative review. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2377960820927377>

Alber, L., Augustus, L., Hahn, S., Penkert, J., Sauer, R., & DeSocio, J. (2009). Applying Benner's model to psychiatric mental health nurse practitioner self-ratings of role competence. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(2), 126-137.

Aleksandrova-Yankulovska, S. S. (2020). Application of METAP methodology for clinical ethics consultation in end-of-life care in Bulgaria. *Clinical Ethics*, 15(4), 204–212. <https://doi.org/10.1177/1477750920930372>

Almutairi, A. F., McCarthy, A., & Gardner, G. E. (2015). Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: Registered nurses' experience in Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), 16–23. <https://doi.org/10.1177/1043659614523992>

Alshehry, A. S. (2022). Nurse–patient/relatives conflict and patient safety competence among nurses. *Inquiry: The Journal of Health Care*

*Organization, Provision, and Financing*, 59, 1–11.  
<https://doi.org/10.1177/00469580221093186>

Aqtash, S., Alnusair, H., Brownie, S., Alnjadat, R., Fonbuena, M., & Perinchery, S. (2022). Evaluation of the impact of an education program on self-reported leadership and management competence among nurse managers. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-10.  
<https://doi.org/10.1177/23779608221106450>

Aqtash, S., Robb, W. F., Hunter, L. H., Almuhtasib, M., Hamad, A., & Brownie, S. M. (2017). Self-assessed competence of experienced expatriate nurses in a rural and remote setting. *SAGE Open Nursing*, 3, 1–17. <https://doi.org/10.1177/2377960817702382>

Araujo, K., Ryst, E. & Steiner, H. (1999) Adolescent defense style and life stressors. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(1), 19-28.

Axley, L. (2008). Competency: A concept analysis. *Nurs Forum*, 43(4), 214-222. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00115.x>

Aydin, A., Kaya, Y., & Erbaş, A. (2022). The effect of holistic nursing competence on work engagement, self-reflection and insight in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 20(10), 1-8.  
<https://doi.org/10.1177/08980101221129716>

Azibo, D. A. (2007). Mechanisms of defense: Nepenthe theory and psychiatric symptomatology. *Negro Educational Review*, 58(1/2), 49-67.

Bacheva, M. (2020a). Perception of working environment among healthcare professionals. *Management and education*, 16, 94-100.  
[conference-burgas.com/maevolumes/vol16/b5\\_v16.pdf](https://conference-burgas.com/maevolumes/vol16/b5_v16.pdf)

Bacheva, M. (2020b). Personal profile and social orientations in the interpersonal relationships among students in the field of health care.



*Trakia Journal of Sciences*, 18(Suppl. 1), 222-229.  
<https://doi.org/10.15547/tjs.2020.01.001>

Bacheva, M. (2022). The clinical simulations in medical education as a valuable learning experience. *Knowledge - International Journal*, 52(4), 581–587. <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/5228>

Bacheva, M., & Doynovska, R. (2022). Educational efficacy and self-efficacy using clinical simulations in medical education. *Knowledge - International Journal*, 55(4), 837–844. <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/5838>

Bacheva, M., & Doynovska, R. (2019). Time management of students from regulated professions. *Management and education*, 15(5), 163-167.

Bacheva, M., & Stoyanova, S. (2023). Adaptation and validation of a clinical competence questionnaire: results from an empirical study. *Knowledge International Journal*, 58.

Balcar, K., Trnca, R., & Kuška, M. (2011). How many ways to deal with stress? Stress coping factors in the SVF78. *Activitas Nervosa Superior*, 53(1–2), 27–34. <https://doi.org/10.1007/BF03379931>

Barrett, P. (2007). Structural equation modeling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 815-824. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.018>

Bartlett, H. P., Simonite, V., Westcott, E., & Taylor, H. R. (2000). A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 369–379. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00331.x>

Bektaş, İ., Bektaş, M., Ayar, D. (2020). Developing and evaluating the psychometric properties of the Pediatric Nursing Competency Scale for nursing students. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(2), 133-142.

Beneitone, P., & Yarosh, M. (2022). Trans-regional generic competences: The core of an internationalized curriculum. *Research in Comparative & International Education*, 17(3), 486–510. <https://doi.org/10.1177/17454999221097026>

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.

Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology and Society, Special Issue: Human Expertise in the Age of the Computer*, 24(3) 188-199.

Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.

Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>

Bollen, K. (1987). Sample size and Bentler and Bonett's Nonnormed Fit Index. *Psychometrika*, 52(1), 161-161. <https://doi.org/10.1007/BF02294061>

Bond, M. (1984). *Defense Style Questionnaire (DSQ)*. Montreal: Department of Psychiatry at Sir Mortimer B. Davis - Jewish General Hospital.

Bond, M., & Wesley, S. (1996). *Manual for the Defense Style Questionnaire (DSQ)*. Montreal: Department of Psychiatry at Sir Mortimer B. Davis - Jewish General Hospital.

Bondy K. N. (1983). Criterion-referenced definitions for rating scales in clinical evaluation. *Journal of Nursing Education*, 22(9), 376–382. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19831101-04>

Boote, D. N. (2003). Teacher educators as belief-and-attitude therapists: Exploring psychodynamic implications of an emerging role. *Teachers and Teaching*, 9(3), 257-277.

Boyatzis, R. E. (2020). McClelland, David C. In B. J. Carducci, C. S. Nave, J. S. Mio & R. E. Riggio (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of personality and individual differences: Clinical, applied and cross – cultural research* (Vol. IV, pp. 631–635). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119547181.ch370>

Bray, B. S., Schwartz, C. R., Odegard, P. S., Hammer, D. P., & Seybert, A. L. (2011). Assessment of human patient simulation-based learning. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 75(10), 208. <https://doi.org/10.5688/ajpe7510208>

Bullock, L. F. C., Libbus, M. K., Lewis, S., & Gayer, D. (2002). Continuing education: Improving perceived competence in school nurses. *Journal of School Nursing December*, 18(6), 360-363.

Burgel, B. J., Novak, D., Burns, C. M., Byrd, A., Carpenter, H., Gruden, M., Lachat, A., & Taormina, D. (2013). Perceived competence and comfort in respiratory protection: Results of a nationwide survey of occupational health nurses. *Workplace Health & Safety*, 61(3), 103-115.

Castex, J. M. (1993). Frames of reference: The effects of ethnocentric map projections on professional practice. *Social Work*, 38(6), 685-693.

Cattell, R. B. (1966). The Scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102\\_10](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10)

Chang, Y.-H., Huang, S.-H., Shun, S.-C., & Lin, P. - C. (2022). Core Competence in Fundamental Nursing Practicum Scale: A validity and reliability analysis. *Nurse Education in Practice*, 62, 103352. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103352>

Cherry, K. (2022). 20 common defense mechanisms and how they work: How defense mechanisms help you cope with anxiety. <https://www.verywellmind.com/defense-mechanisms-2795960>

Clark, A. J. (1991). the identification and modification of defense mechanisms in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69(3), 231-236.

Clark, A. J. (1999). Safeguarding tendencies: A clarifying perspective. *Journal of Individual Psychology*, 55(1), 72-81.

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.

Cowan, D. T., Wilson-Barnett, D. J., Norman, I. J., & Murrells, T. (2008). Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 902-913. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.004>

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637–646.

Dimitrov, Y., & Vazova, T. (2020). Developing capabilities from the scope of emotional intelligence as part of the soft skills needed in the long-term care sector: Presentation of pilot study and training methodology. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1–6. <https://doi.org/10.1177/2150132720906275>

Doynovska, R., Bacheva, M., & Velichkova- Hadjieva, D. (2019). Expectations of students from professional area 7.5. health care to the basic mentors in clinical practice. *Management and education*, 15(5), 225-229.

Eche, I. J., & Aronowitz, T. (2017). Evaluating cultural competence of pediatric oncology nurses at a teaching hospital: A pilot study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(6), 422–426. <https://doi.org/10.1177/1043454217713452>

Epstein, R. M., & Hubert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287(2), 226–235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>

European Parliament, Directorate General for Internal Policies, Policy Department A: Economic and Scientific Policy Employment and Social Affairs, Rodriguez, R., Warmerdam, J., & Triomphe, C. E. (2010). *The Lisbon Strategy 2000 – 2010: An analysis and evaluation of the methods used and results achieved. Final report.* <https://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201107/20110718ATT24270/20110718ATT24270EN.pdf>

European Parliament. (2000). *Lisbon European Council 23 and 24 March 2000 presidency conclusions.* [https://www.europarl.europa.eu/summits/lis1\\_en.htm#5](https://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm#5)

Fadaeinia, M. M., Miri, S., Forouzi, M. A., Roy, C., & Farokhzadian, J. (2022). Improving cultural competence and self-efficacy among postgraduate nursing students: Results of an online cultural care training program. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(5), 642–651. <https://doi.org/10.1177/10436596221101925>

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., & Meretoja, R. (2016). Nurse Competence Scale: A systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035–1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>

Fukada M. (2018). Nursing competency: Definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>

Furr, R. M. (2010). Split-half reliability. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of research design* (Vol. 3, pp. 1411-1413). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412961288.n431

Gardulf, A., Florin, J., Carlsson, M., Leksell, J., Lepp, M., Lindholm, C., Nordström, G., Theander, K., Wilde-Larsson, B., & Nilsson, J. (2019). The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: A tool that can be used in national and international assessments of nursing education programmes. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(3), 137–142. <https://doi.org/10.1177/2057158518824530>

Gefen, D., Straub, D. W., & Boudreau, M. C. (2000). Structural equation modeling and regression: Guideline for research practice. *Communications of the Association for Information Systems*, 4(1), 1-77.

Giannouli, V., Stoyanova, S., Drugas, M., & Ivanova, D. (2021). Attitudes towards e-Health during the COVID-19 Pandemic: Untangling

the Gordian Knot in Greece, Bulgaria and Romania in Healthcare Professionals and Students?. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 13), 415–419.

Glad, T., Olsen, T. H., & Clancy, A. (2018). Promoting nursing competence in municipal healthcare services: An interview study of experienced nurses' perceptions. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(3), 135–142. <https://doi.org/10.1177/2057158517721833>

Good, R. J., Rothman, K. K., Ackil, D. J., Kim, J. S., Orsborn, J., & Kendall, J. L. (2019). Hand motion analysis for assessment of nursing competence in ultrasound-guided peripheral intravenous catheter placement. *Journal of Vascular Access*, 20(3), 301–306. <https://doi.org/10.1177/1129729818804997>

Gözüm, S., Tuzcu, A., & Kirca, N. (2016). Validity and reliability of the Turkish version of the Nurse Cultural Competence Scale. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(5), 487–495. <https://doi.org/10.1177/1043659615582089>

Green, A., Kim-Godwin, Y. S., & Jones, C. W. (2020). Perceptions of spiritual care education, competence, and barriers in providing spiritual care among registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 41–51. <https://doi.org/10.1177/0898010119885266>

Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265–275. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>

Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M. L., & McDaniel, A. M. (2019). Development and psychometric properties of managerial competence scale for first-line nurse managers in Indonesia. *SAGE Open Nursing*, 5, 1–12. <https://doi.org/10.1177/2377960819831468>

Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M. L., & McDaniel, A. M. (2020a). Comparison of managerial competence of Indonesian first-line nurse managers: A two-generational analysis. *Journal of Research in Nursing*, 25(1), 5-19. <https://doi.org/10.1177/1744987119880237>

Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M. L., McDaniel, A. M., & Marzilli, C. (2020b). Perceived managerial competence of first-line nurse managers: A comparative analysis among public hospitals. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 21(3), 151-163. <https://doi.org/10.1177/1527154420926616>

Halabi, J. O., Lepp, M., & Nilsson, J. (2021a). Assessing self-reported competence among registered nurses working as a culturally diverse work force in public hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(1), 69–76. <https://doi.org/10.1177/1043659620921222>

Halabi, J. O., Nilsson, J., Lepp, M. (2021b). Professional competence among registered nurses working in hospitals in Saudi Arabia and their experiences of quality of nursing care and patient safety. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4), 425–433. <https://doi.org/10.1177/1043659621992845>

Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A. & Schaffner, L. (1991). *Berner Newältigungs-formen BEFO. Handbuch* [Bern's new form of BEFO. Manual]. Göttingen: Verlag Hans Huber.

Hökkä, M., Pölkki, T., & Lehto, J. T. (2022). Nursing students' views of the content of palliative care in undergraduate education and their self-assessed palliative care competence—A nationwide cross-sectional study. *Journal of Palliative Care*, 37(3), 434-442. <https://doi.org/10.1177/08258597221084445>



Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Grambal, A., Slepecky, M., Marackova, M., Kamaradova, D., & Zatkova, M. (2018). Quality of life and coping strategies of outpatients with a depressive disorder in maintenance therapy – A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 73–82. <https://doi.org/10.2147/NDT.S153115>

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.

Hopwood, C. J., & Donnellan, M. B. (2010). How should the internal structure of personality inventories be evaluated?. *Personality and Social Psychology Review*, 14(3), 332–346. <https://doi.org/10.1177/1088868310361240>

Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

IBM Corp. (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp. <https://www.ibm.com/support/pages/how-cite-ibm-spss-statistics-or-earlier-versions-spss>

Ivanišević, K., Kosić, R., Bošković, S., & Bukvić, M. (2022). Implementation of the Nurse Professional Competence Scale in the Republic of Croatia. *SAGE Open*, July-September, 1–8. <https://doi.org/10.1177/21582440221118544>

Ivan-Ungureanu, C., & Marcu, M. (2006). The Lisbon Strategy. *Romanian Journal of Economic Forecasting*, 1, 74-83.

JASP Team. (2023). *JASP (Version 0.17.0)*[Computer software]. <https://jasp-stats.org/download/>

Jølstad, A. L., Røsnaes, E. R., Severinsson, E., & Lyberg, A. (2019). A paradigm shift in nurse specialist clinical supervision—implementation of a competence program. *SAGE Open Nursing*, 5, 1-10. <https://doi.org/10.1177/2377960819844366>

Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S., & Chaowalit, A. (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*, 12(6), 582-594. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne828oa>

Kaarlela, V., Mikkonen, K., Pohjamies, N., Ruuskanen, S., Kääriäinen, M., Kuivila, H.-M., & Haapa, T. (2022). Competence of clinical nurse educators in university hospitals: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(4), 195-202. <https://doi.org/10.1177/20571585211066018>

Kaihlanen, A.-M., Gluschkoff, K., Saranto, K., Kinnunen, U.-M., & Heponiemi, T. (2021). The associations of information system's support and nurses' documentation competence with the detection of documentation-related errors: Results from a nationwide survey. *Health Informatics Journal*, 27(4), 1-12. <https://doi.org/10.1177/14604582211054026>

Kalsoom, Z., Victor, G., Virtanen, H., & Sultana, N. (2022). What really matters for patient safety: Correlation of nurse competence with international patient safety goals. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 1–8. <https://doi.org/10.1177/25160435221133955>

Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280–287. <https://doi.org/10.1177/0146167296223006>

Keighley, T. (2012). Accession to the European Union 2001–2010: A reflection on some of the ethical issues for nursing. *Nursing Ethics, 19*(1) 160–166. <https://doi.org/10.1177/0969733011404587>

Kiljunen, O., Välimäki, T., Partanen, P., & Kankkunen, P. (2018). Multifaceted competence requirements in care homes: Ethical and interactional competence emphasized. *Nordic Journal of Nursing Research, 38*(1), 48-58. <https://doi.org/10.1177/2057158517712084>

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.

Krueger, J. (1996). Probabilistic national stereotypes. *European Journal of Social Psychology, 26*, 961-980.

Kula, S. (2011). *Statistical analysis criterias for structural equation modeling (SEM)*. [https://www.researchgate.net/publication/269808882\\_STATISTICAL\\_ANALYSIS\\_CRITERIAS\\_FOR\\_STRUCTURAL\\_EQUATION\\_MODELING\\_SEM](https://www.researchgate.net/publication/269808882_STATISTICAL_ANALYSIS_CRITERIAS_FOR_STRUCTURAL_EQUATION_MODELING_SEM)

Kulkarni, P. (2017). *AMOS model fit measures*. <https://prasadkulkarnimarketing.blogspot.com/2017/07/amos-model-fit-measures.html>

Kwiatkowski, D. R., Mantovani, M. de F., Pereira, E. M., Bortolato-Major, C., Mattei, A. T., & Peres, A. M. (2017). Translation and cross-cultural adaptation of the Clinical Competence Questionnaire for use in Brazil. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 25*, e2898. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1757.2898>

Lages, A., Magalhães, E., Antunes, C., & Ferreira, C. (2018). Social well-being scales: Validity and reliability evidence in the Portuguese

context. *Psicologia*, 32(2), 15–26.

<https://doi.org/10.17575/rpsicol.v32i2.1334>

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.

Lazarus, J. B., & Lee, N. G. (2006). Factoring consumers' perspectives into policy decisions for nursing competence. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(3), 195-207.  
<https://doi.org/10.1177/1527154406291938>

Lee, W.-H., Kim, S., & An, J. (2017). Development and evaluation of Korean Nurses' Core Competency Scale (KNCCS). *Open Journal of Nursing*, 7, 599-613. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.75045>

Lejonqvist, G.-B., & Kajander-Unkuri, S. (2022). Evaluating nursing competence with the Nurse Competence Scale from an ontological and contextual point of view: An integrative literature review. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(1), 7–17.  
<https://doi.org/10.1177/20571585211000972>

Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Computation of effect sizes. *Psychometrica*. [https://www.psychometrica.de/effect\\_size.html](https://www.psychometrica.de/effect_size.html).

Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936-949.  
<https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>

Li, S., Bamidis, P. D., Konstantinidis, S. T., Traver, V., Car, J., & Zary, N. (2019). Setting priorities for EU healthcare workforce IT skills competence improvement. *Health Informatics Journal*, 25(1), 174-185.  
<https://doi.org/10.1177/1460458217704257>

Liou, S.-R., & Cheng, C.-Y. (2014). Developing and validating the Clinical Competence Questionnaire: A self-assessment instrument for upcoming baccalaureate nursing graduates. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 56-66. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n2p56>

Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Bracken, C. C. (2010). *Practical resources for assessing and reporting intercoder reliability in content analysis research projects*. <http://matthewlombard.com/reliability/>

Maluwa, V. M., Maluwa, A. O., Mwalabu, G., & Msiska, G. (2022). Assessment of ethical competence among clinical nurses in health facilities. *Nursing Ethics*, 29(1) 181–193. <https://doi.org/10.1177/09697330211010259>

Matza, M., Maughan, E., & Barrows, B. M. (2015). School nurse cultural competence needs assessment: Results and response. *NASN School Nurse*, 30(6), 344–349. <https://doi.org/10.1177/1942602X15608188>

McClelland, D. C. (1998). Identifying competencies with Behavioral-Event Interviews. *Psychological Science*, 9(5), 331-339. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00065>

McGinnis, S. L., Brush, B. L., & Moore, J. (2010). Cultural similarity, cultural competence, and nurse workforce diversity. *Western Journal of Nursing Research*, 32(7), 894–909. <https://doi.org/10.1177/0193945910361727>

Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124–133. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x>

Mihaylova, T., Koychev, A., Stoyanova, S., Dimitrov, T., Todorova, D., & Ivantchev, N. (2021) Generalized anxiety in healthcare workers

during the coronavirus pandemic. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 35(1), 828-838.

<https://doi.org/10.1080/13102818.2021.1932596>

Nasserbakht, A., Araujo, K. & Steiner, H. (1996). A comparison of adolescent and adult defense styles. *Child Psychiatry & Human Development*, 27(1), 3-14.

Nilsson, J., Engström, M., Florin, J., Gardulf, A., & Carlsson, M. (2018). A short version of the nurse professional competence scale for measuring nurses' self-reported competence. *Nurse Education Today*, 71(December), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.028>

Nilsson, J., Johansson, E., Egmar, A.-C., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., Lindholm, C., Nordström, G., Theandera, K., Wilde-Larssonah, B., Carlsson, M., & Gardulf, A. (2014). Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence: The Nurse Professional Competence (NPC) Scale. *Nurse Education Today*, 34(4), 574-580. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.016>

Nilsson, J., Mischo-Kelling, M., Thiekoetter, A., Deufert, D., Mendes, A. C., Fernandes, A., Kirchoff, J. W., & Lepp, M. (2019). Nurse professional competence (NPC) assessed among newly graduated nurses in higher educational institutions in Europe. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(3), 159–167. <https://doi.org/10.1177/2057158519845321>

Noble, A., Nuszen, E., Rom, M., & Noble, L. M. (2014). The effect of a cultural competence educational intervention for first-year nursing students in Israel. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), 87–94. <https://doi.org/10.1177/1043659613503881>

Norman, I. J., Watson, R., Murrells, T., Calman, L., & Redfern, S. (2002). The validity and reliability of methods to assess the competence to

practise of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*, 39(2), 133–145. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(01\)00028-1](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(01)00028-1)

Notarnicola, I., Stievano, A., Pulimeno, A., Iacorossi, L., Petrizzo, A., Gambalunga, F., Rocco, G., Petrucci, C., & Lancia, L. (2018). Evaluation of the perception of clinical competencies by nursing students in the different clinical settings: An observational study. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunita*, 30(3), 200–210. <https://doi.org/10.7416/ai.2018.2211>

Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2015). Ethical climate and nurse competence - newly graduated nurses' perceptions. *Nursing ethics*, 22(8), 845–859. <https://doi.org/10.1177/0969733014557137>

Nursing and Midwifery Council. (2018). *Future nurse: Standards of proficiency for registered nurses*. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/education-standards/future-nurse-proficiencies.pdf>

Olsson, H. (1999). Quality of competence in the role of nursing – as result of education, professional practice and research. *Vård I Norden*, 19(1), 5-10.

Park, J., & Seomun, G. (2021). Development and validation of the Medication Safety Competence Scale for nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 43(7), 686-697. <https://doi.org/10.1177/0193945920969929>

Poikkeus, T., Suhonen, R., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2018). Organisational and individual support for nurses' ethical competence: A

cross-sectional survey. *Nursing Ethics*, 25(3), 376–392.  
<https://doi.org/10.1177/0969733016642627>

Rahmah, N. M., Hariyati, T. S., & Sahar, J. (2022). Nurses' efforts to maintain competence: A qualitative study. *Journal of Public Health Research*, 11(2), 2736. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2736>

Redfern, S., Norman, I., Calman, L., Watson, R., & Murrells, T. (2002). Assessing competence to practice in nursing: A review of the literature. *Research Papers in Education*, 17(1), 51-77.

Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papadopoulos, I., & Leino-Kilpi, H. (2017). The cultural competence of graduating nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 98–107.  
<https://doi.org/10.1177/1043659616632046>

Rickheit, G., Strohner, H., & Vorwerg, C. (2008). The concept of communicative competence. In Rickheit, G., & Strohner, H. (Eds.), *Handbook of communication competence* (pp. 15-62). The Hague: Mouton de Gruyter.

Sadeghi, N., Azizi, A., Tapak, L., & Oshvand, K. (2022). Relationship between nurses' cultural competence and observance of ethical codes. *Nursing Ethics*, 29(4), 962–972.  
<https://doi.org/10.1177/09697330211072365>

Sammallahti, P. R., Holi, M. J., Komulainen, E. J. & Aalberg, V. A. (2003). Comparing two self-report measures of coping— The Sense of Coherence Scale and the Defense Style Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1325–1333.

*Sample Size Calculator*. (n.d.). <https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html?type=1&cl=95&ci=5&pp=50&ps=44451&x=62&y=21>



San, E. O. (2019). Effect of the diverse standardized patient simulation (dsps) cultural competence education strategy on nursing students' transcultural self-efficacy perceptions. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(3), 291–302. <https://doi.org/10.1177/1043659618817599>

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of Structural Equation Models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.

Schwarzer, R. (1998). *General perceived self-efficacy in 14 cultures*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>

Schwirian, P. M. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27(6), 347-351.

Shaw, R. J., Ryst, E. & Steiner, H. (1996). Temperament as a correlate of adolescent defense mechanisms. *Child Psychiatry and Human Development*, 27(2), 105-114.

Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: A literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(3), 308–321. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>

Singleton, J. K. (2017). An enhanced cultural competence curriculum and changes in transcultural self-efficacy in doctor of nursing practice students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(5), 516–522. <https://doi.org/10.1177/1043659617703162>

Solum, E. M., Maluwa, V. M., Tveit, B., & Severinsson, E. (2016). Enhancing students' moral competence in practice: Challenges experienced by Malawian nurse teachers. *Nursing Ethics*, 23(6), 685–697. <https://doi.org/10.1177/0969733015580811>

Stoyanova, S., Mihaylova, T., Dimitrov, T., & Koychev, A. (2022). Empathy in healthcare professionals during the coronavirus pandemic. *Psychiatria Danubina*, 34(3), 547-556. <https://doi.org/10.24869/psyd.2022.547>

Stoyanova, S., Papazova, E., & Garvanova, M. (2019). Bulgarian Adaptation of the Coopersmith Self-Esteem Inventory for Adults (Form C). *Psychological Thought*, 12(1), 93-110. <http://dx.doi.org/10.5964/psyc.v12i1.318>

Stoyanova, S., Savova, S., & Ivantchev, N. (2013). Psychometric properties in Bulgarian adaptation of Lie Scale from M. Bond's Defense Styles Questionnaire. *Psychological Thought*, 6(1), 140-152. <http://dx.doi.org/10.5964/psyc.v6i1.36>

Sunga, P., Knighten, M. L., Tarver, C., & Brant, J. M. (2022). Implementation of an Educational Toolkit to increase nurse competence in spirituality and spiritual care of oncology patients. *Journal of Holistic Nursing*, 40(4), 1-9. <https://doi.org/10.1177/08980101221137238>

Suvarnakich, P., & Ayudhaya, B. M. N. (2022). Compliance with the ethical competence framework by head nurses. *Nursing Ethics*, 29(5), 1304–1317. <https://doi.org/10.1177/09697330221105634>

Takase, M., & Teraoka, S. (2011). Development of the Holistic Nursing Competence Scale. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 396–403. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00631.x>

Takase, M., Yamamoto, M., Sato, Y., Imai, T., & Kawamoto, M. (2017). Effects of nurses' perceptions of actual and demanded competence on turnover intentions. *Western Journal of Nursing Research*, 39(10), 1330-1347. <https://doi.org/10.1177/0193945916670893>

The Working Group of the Education Committee of the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. (2014). Education for nurses working in cardiovascular care: A European survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(6), 532–540. <https://doi.org/10.1177/1474515113514864>

Unsworth, J., Melling, A., & Porteous, D. (2021). Development and evaluation of the validity and reliability of the Leading and Managing Care Pre-Registration Nursing Student Assessment Tool. *SAGE Open Nursing*, 7, 1-12. <https://doi.org/10.1177/23779608211000259>

Velichkova - Hadjieva, D., & Bacheva, M., & Doinovska, R. (2019). Care in the home of patients with palliative care. *Management and education*, 15(5), 61- 64.

Vittersø, J., Røysamb, E., & Diener, E. (2002). The concept of life satisfaction across cultures: Exploring its diverse meaning and relation to economic wealth. In E. Gullone & R. A. Cummins (Eds.), *The universality of subjective wellbeing indicators. A multi-disciplinary and multi-national perspective* (Volume 16, pp. 81–103). The Netherlands, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Wangensteen, S., Johansson, I. & Nordström, G. (2015). Nurse Competence Scale - Psychometric testing in a Norwegian context. *Nurse Education in Practice*, 15(1), 22–29.

Warner, J. R. (2003). A phenomenological approach to political competence: Stories of nurse activists. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 4(2), 135-143. <https://doi.org/10.1177/1527154403251855>

Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., & Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-431.

Whelan, L. (2006). Competency assessment of nursing staff. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), 198-202. <https://doi.org/10.1097/00006416-200605000-00008>

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in health*, 8(2), 94-104.

Wong, P. T. P. (2012). Toward a Dual-Systems model of what makes life worth living. In P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research and applications* (Chapter 28, pp.3-22). (2nd edition). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*, 2nd Edition. New York: Harper and Row.

Yong, A. G., & Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: Focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 9(2), 79-94.

Zarei, B., Salmabadi, M., Amirabadizadeh, A., & Vagharseyyedin, S. A. (2019). Empathy and cultural competence in clinical nurses: A structural equation modelling approach. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2113–2123. <https://doi.org/10.1177/0969733018824794>

Zarei, F., Dehghan, M., & Shahrababaki, P. M. (2022). The relationship between perception of good death with clinical competence of end-of-life care in critical care nurses. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 86, 1–17. <https://doi.org/10.1177/00302228221134721>

Zeigler-Hill, V. & Pratt, D. W. (2007). Defense styles and the interpersonal circumplex: The interpersonal nature of psychological defense. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 1(2), 1-15.

Zoucha, R. (2002). Understanding the cultural self in promoting culturally competent care in the community. *Home Health Care Management & Practice*, 14(6), 452-456.  
<https://doi.org/10.1177/108482202236775>

## Приложение

# ВЪПРОСНИК КЛИНИЧНА КОМПЕТЕНТНОСТ

Изследването се провежда от Катедра „Здравни грижи”, съвместно с Катедра "Психология" към ЮЗУ „Неофит Рилски“, чиято цел е да проучи нивото на самооценка за клинична компетентност в предпоследен и последен етап от обучението и степента на увереност, която студентите имат за своето успешно справяне в клинична среда (47 айтема). Данните от проучването ще послужат за адаптиране на въпросника за клинична компетентност за български условия и описание на психометричните характеристики на въпросника. Освен клиничната компетентност въпросите извеждат информация и за социалната желателност и защитните механизми (88 айтема). Студентите от медицинските специалности „Медицинска сестра“ и „Акушерка“, са сред най-значимите специалности в здравеопазването и затова Вашето сътрудничество е особено важно, за да се изпълнят целите на изследването. Най-учтиво Ви молим да попълните въпросника, който макар и с голямо съдържание, предизвиква интереса на изследваните, като е необходимо да бъде предвидено между 15-20 минути за попълване.



Вашата възраст

Вашият отговор

Пол

мъж

жена

Университет/ филиал (посочете името на университета и града )

ЮЗУ "Неофит Рилски", Благоевград

Тракийски университет, Медицински факултет, Стара Загора

Русенски университет "Ангел Кънчев", Русе

Университет "Проф. д-р Асен Златаров", Бургас

Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов" – Варна

Филиал към Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов" – Варна  
(Шумен, Сливен, Велико Търново)

Медицински университет- Пловдив

Медицински университет- Плевен

Медицински университет- София

Филиал "Проф. Д-р Иван Митев" - Враца

Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Медицински факултет

Друго

Специалност

медицинска сестра

акушерка

Курс на обучение

трети курс

четвърти курс

Моля отбележете до каква степен се отнасят към Вас следните твърдения, свързани с проявата на професионално поведение:

#### **QCC-47**

1. Следвам всички здравни норми и изисквания за безопасност.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

2. Предприемам своевременни действия за предпазване или минимизиране на риска от самонараняване.

1. нямам представа



2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

### **QCC-47**

3. Предприемам необходимите мерки за предотвратяване или минимизиране на риска от нараняване на пациента.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

### **QCC-47**

4. Подпомагам пациента да се справя с възникнали проблеми.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет

5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

5. Спазвам нормите за поверителност спрямо пациентите и техните роднини.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

6. Демонстрирам културна компетентност (Предпазвам, възстановявам, поддържам и подобрявам здравето при съобразяване с психологическите, физическите, социалните, икономическите, културните и етническите особености на пациента).

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

7. Придържам се към етичните и правни стандарти в практиката.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

8. Поддържам подходящ външен вид, облекло и поведение
  1. нямам представа
  2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
  3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
  4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
  5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

9. Зачитам правата на пациента.
  1. нямам представа
  2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
  3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
  4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет

5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

10. Разпознавам и увеличавам възможностите си за учене.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

11. Прилагам подходящи мерки и ресурси за решаване на проблеми.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

12. Критикувам, но и приемам конструктивна критика.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика

3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

13. Прилагам професионално- критично мислене в грижата за пациента.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

14. Своевременно комуникирам чрез точна и подходяща терминология с пациентите и техните семейства.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

15. Своевременно комуникирам чрез точна и подходяща терминология със здравните професионалисти.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

**QCC-47**

16. Разбирам и подкрепям целите на екипа/ груповите цели

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

**QCC-47**

17. Получавам информация от новопостъпили пациенти, придружители, близки.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика

3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

18. Осъществявам оценка на здравните потребности и рискови фактори за здравето на пациента и я документирам.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

19. Предоставям подходяща информация и консултирам пациентите по здравни въпроси.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет

5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

20. Извършвам здравно обучение на пациентите или техните семейства в правилна грижа за съответното заболяване.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

21. Измервам, оценявам и регистрирам/ документирам данни.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

22. Съставям план за сестрински грижи.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика



3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

23. Изготвям рапорт за дежурството си.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

24. Извършвам рутинни хигиенни и ежедневни грижи.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

25. Грижа се за почивката и комфорта на пациента.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

26. Извършвам оценка на хранителния и воден баланс.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

27. Извършвам оценка на функцията на чревния тракт.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно

4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет

5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

28. Подпомагам подвижността и промяната в позицията на болния в леглото.

1. нямам представа

2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика

3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно

4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет

5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

29. Предоставям емоционална и психосоциална подкрепа.

1. нямам представа

2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика

3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно

4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет

5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

30. Извършвам венозна пункция и вземане на кръв.

1. нямам представа

2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

### **QCC-47**

31. Извършвам венозна инжекция или осигуряване на продължителен венозен достъп.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

### **QCC-47**

32. Извършвам смяна на инфузионна банка.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет

5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

**QCC-47**

33. Извършвам венозна инфузия или парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

**QCC-47**

34. Прилагам лекарствено средство чрез мускулна инжекция.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

**QCC-47**

35. Извършвам подкожни и вътрекожни инжекции.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика

3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

36. Прилагам перорално лекарствени средства.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

37. Подготвям и извършвам преливане на кръв или кръвни продукти (с лекар).

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

### **QCC-47**

38. Поставям уринарен катетър на жена и осъществявам грижи за болен с катетър.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

### **QCC-47**

39. Изпълнявам стерилни техники.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждая от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждая от контрол и напътствия

### **QCC-47**

40. Осигурявам и поддържам проходимостта на горни дихателни пътища и прилагам кислородотерапия.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика

3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

41. Извършвам предоперативни и следоперативни грижи.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

#### **QCC-47**

42. Извършвам очистителна и лечебна клизма.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия



**QCC-47**

43. Извършвам аспирация на горните дихателни пътища.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

44. Осъществявам грижи и наблюдение на трахеостомиран пациент.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

45. Извършвам хранене и грижи за болен с назогастрална сонда.

1. нямам представа
2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно

4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

46. Осъществявам грижи и наблюдение на интубиран пациент.
1. нямам представа
  2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
  3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
  4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
  5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

**QCC-47**

47. Извършвам превръзка на асептична и септична рана.
1. нямам представа
  2. знам на теория, но изобщо не съм уверен на практика
  3. знам на теория, мога да изпълнявам някои практически задания самостоятелно, но имам нужда от напътствия, за да се справя напълно
  4. знам на теория, компетентен съм на практика, но се нуждаю от допълнителна консултация, обучение, съвет
  5. знам на теория, компетентен съм на практика, не се нуждаю от контрол и напътствия

### **DSQ-88**

1. Получавам удовлетворение да помагам на другите и ако тази възможност ми бъде отнета, бих бил много потиснат.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

### **DSQ-88**

2. Хората често ме наричат „сърдит“.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

3. Способен съм да не мисля за даден проблем, докато намеря време да се занимая с него.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

4. Винаги се отнасят несправедливо с мен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

5. Справям се с безпокойството си, като творя нещо.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

6. Рядко отлагам за утре това, което би трябвало да свърша днес.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

7. Продължавам да попадам в едни и същи разочароващи ситуации и не знам защо.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

8. Способен съм да се надсмивам над себе си доста често.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

9. Държа се като дете, когато възникне пречка за постигането на моя цел.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

10. Много съм срамежлив да отстоявам правата си пред хората.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

11. Превъзхождам повечето хора, които познавам.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

12. Хората са склонни да се отнасят зле с мен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен



**DSQ-88**

13. Ако някой ме нападне и ми открадне парите, бих предпочел да му помогнат, вместо да го наказват.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

14. Рядко мислите ми са толкова лоши, че не смея да ги споделя.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

15. От време на време се смея на неприлични шеги.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

16. Хората казват, че съм като щраус с глава, зарита в пясъка. С други думи, склонен съм да не обръщам внимание на неприятните факти, като че ли те не съществуват.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

17. Възпирам се да не загубя всичко по време на състезание.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

18. Често чувствам, че съм нещо повече от хората, с които съм.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

19. Някой ме опустошава емоционално.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

20. Понякога се разгневявам.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

21. Често имам импулсивни подтици.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

22. Предпочитам да гладувам, отколкото да ме карат да ям.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

23. Пренебрегвам опасността, като че ли съм Супермен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

24. Гордея се със способността си да карам хората да осъзнават, че не са толкова важни, колкото са си мислели.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

25. Хората ми казват, че имам мания за преследване.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

26. Понякога, когато не се чувствам добре, съм сърдит.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

27. Често действам импулсивно, когато нещо ме безпокои.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

28. Разболявам се физически, когато нещата не вървят добре при мен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен



**DSQ-88**

29. Аз съм човек с много задръжки.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

30. Много ме бива да скастриям хората.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

31. Не винаги казвам истината.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

32. Отдръпвам се от хората, когато се чувствам наранен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

33. Често реагирам толкова крайно, че другите хора трябва да ме ограничават.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

34. Приятелите ми ме възприемат като клоун, който ги забавлява.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

35. Уединявам се, когато съм ядосан.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

36. Склонен съм да бъда нащрек с хора, които се оказват по-приятелски настроени, отколкото съм подозирал.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

37. Имам специални таланти, които ми позволяват да си живея живота без проблеми.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

38. Понякога на избори гласувам за някого, за когото знам много малко.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

39. Често закъснявам за срещи.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

40. Повече неща ми се получават добре вмечти те, отколкото в реалния живот.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

41. Много съм срамежлив, когато се приближавам към хора.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

42. От нищо не се страхувам.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

43. Понякога си мисля, че съм ангел, а друг път си мисля, че съм дявол.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

44. Бих предпочел да спечеля, отколкото да загубя игра.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен



**DSQ-88**

45. Ставам много саркастичен, подиграващ се, когато съм ядосан.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

46. Ставам открито агресивен, когато се чувствам наранен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

47. Вярвам, че човек трябва да търпи, без да отвръща, когато някой го нарани.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

48. Не чета всяка статия във вестника всеки ден.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

49. Уединявам се, когато съм тъжен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

50. Срамувам се по отношение на секса.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

51. Винаги чувствам, че някой, когото познавам, е като ангел-пазител.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

52. Моята философия е: „Не чувам зло, не правя зло, не виждам зло”.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

53. Що се отнася до мен, хората са или добри, или лоши.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

54. Ако шефът ми създава ядове, бих могъл да допусна грешка в работата си или да работя по-бавно, за да си му го върна.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

55. Всички са против мен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

56. Опитвам се да бъда любезен с хората, които не харесвам.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

57. Бих бил много нервен, ако самолета, в който летя, загуби двигател.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

58. Има някой, когото познавам, който може да направи всичко и който е абсолютно безпристрастен и справедлив.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

59. Мога да контролирам чувствата си, ако те ще попречат на онова, което правя.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

60. Някои хора кроят заговор да ме убият.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен



**DSQ-88**

61. Обикновено мога да видя и смешната страна на неприятна, болезнена ситуация.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

62. Заболява ме глава, когато трябва да направя нещо, което не ми харесва.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

63. Често ми се случва да съм много любезен с хора, на които имам всички основания да съм разгневен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

64. Няма такова нещо като да „намериш“ малко добро във всеки. Ако човек е лош, той е изцяло лош.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

65. Никога не трябва да се гневим на хора, които не харесваме.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

66. Сигурен съм, че животът се отнася несправедливо с мен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

67. Не мога да се справя при стрес.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

68. Когато зная, че трябва да се изправя пред трудна ситуация като изпит или интервю за работа, се опитвам да си представя как ще се проведе и планирам начините да се справя.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

69. Лекарите никога не разбират какво не е наред с мен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

70. Когато някой мой близък умре, не се чувствам разстроен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

71. След като се боря за правата си, съм склонен да се извиня за напористостта си.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

72. Повечето от това, което ми се случва, не е моя отговорност.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

73. Когато съм депресиран или тревожен, храненето ме кара да се  
чувствам по-добре

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

74. Усилената работа ме кара да се чувствам по-добре

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

75. Моите лекари не са способни да ми помогнат наистина да преодоля проблемите си.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

76. Често ми казват, че не показвам чувствата си.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен



**DSQ-88**

77. Вярвам, че хората обикновено виждат повече смисъл във филми, пиеси или книги, отколкото има всъщност там.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

78. Имам навици или ритуали, които се чувствам принуден да направя, иначе ще се случи нещо ужасно.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

79. Вземам наркотици, лекарства или алкохол, когато съм напрегнат.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

80. Когато се чувствам зле, се опитвам да бъда с някого.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

81. Ако мога да предвидя, че след време ще бъда тъжен, мога да се справя по- добре.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

82. Колкото и да се оплаквам, никога не получавам задоволителен отговор.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

83. Често откривам, че не чувствам нищо, когато изглежда, че ситуацията предполага силни емоции.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

84. Придържането към поставената задача ме предпазва от депресия или тревожност.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

85. Пуша, когато съм нервен.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

86. Ако съм в криза, бих потърсил друг човек, който има същия проблем.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

87. Не мога да бъда обвиняван за това, което върша погрешно.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**DSQ-88**

88. Ако имам агресивна мисъл, чувствам нужда да направя нещо, за да я компенсирам.

напълно несъгласен

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

напълно съгласен

**БЛАГОДАРЯ ЗА УЧАСТИЕТО!**



Израцане

Мариана Бачева

Станислава Стоянова

**ВЪПРОСНИК ЗА САМООЦЕНКА НА КЛИНИЧНА КОМПЕТЕНТНОСТ (ССQ)**

**(Психометрични характеристики и адаптиране за български условия на инструмент за самооценка на клинична компетентност при студенти от направление здравни грижи)**

**Рецензенти:**

Албена Андонова

Росица Дойновска

Формат 60/84/16

**ISBN 978-954-00-0340-5**

Университетско издателство „Неофит Рилски”  
2700 Благоевград, ул. „Иван Михайлов“ 66