# Сборник - доклади



## XVI Национален Форум по здравни грижи

## „Здравните специалисти – ключ

## към по-добро обществено здраве“

*Под патронажа на г-н Любомир Христов – Кмет на гр. Шумен*

*и*

*проф. д-р Соня Тончева, д. оз. н - Директор на Филиал Шумен,*

*Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов‘‘ - Варна*

**21.X.22г. – 22.X.22г.**

**Шумен**

**XVI Национален Форум по здравни грижи**

**„Здравните специалисти – ключ**

**към по-добро обществено здраве“**

# Сборник - доклади

**Под редакцията на проф. д-р Соня Тончева, д. оз. н**

ISBN 978-619-221-430-2

**21.X.22г. – 22.X.22г.**

**Шумен**

## Организационен комитет

***Председател:***

*Милка Василева*

***Зам. Председател:***

*Веска Райчева*

***Членове:***

*доц. Теодора Евтимова д. оз*

*Мария Симеонова*

## Научен комитет

***Председател:***

*проф. д-р Соня Тончева д.оз.н*

*директор на Филиал Шумен на МУ Варна*

*главен координатор на ЕС по ,,Здравни грижи‘‘*

## Членове:

***Филиал Шумен на МУ Варна***

*доц.Теодора Евтимова, д. оз*

*доц. Тамара Цветкова, д. оз*

*гл ас. Радостина Жечева*

*гл. ас. Милена Тодорова*

*гл. ас. Христина Генчева*

*гл. ас. Мария Добрева*

***“МБАЛ Шумен” АД***

*ст.м.с. Тодорка Валентинова*

*ст.м.с. Шенай Салиева*

***ДПБ с. Царев брод***

*гл.м.с. Марияна Матева*

***Детски ясли***

*директор Жанета Василева*

***КОЦ***

*гл.м.с. Анелия Зюмрютян*

**Рецензенти:**

**Проф. д-р Станка Маркова, д.м.**

**Проф.д-р Соня Тончева, д.оз.н.**

**Доц. Теодора Евтимова, д.оз.**

**СЪДЪРЖАНИЕ**

**ПЛЕНАРЕН ДОКЛАД** ..... **8**

**АВТОНОМНИТЕ ПРАКТИКИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ – ОТГОВОР НА ОЧАКВАНИЯТА НА ПАЦИЕНТИТЕ** ..... **8**

*Автори: проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н. и доц. Теодора Евтимова, д.оз.* ..... *8*

**КАК ДА РАЗПОЗНАЕМ НАСИЛИЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ?** ..... **24**

*Даниела Тасева* ..... *24*

**ПРОФЕСИОНАЛНА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ПЪРВИ ВИПУСК АКУШЕРКИ И МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ, ЗАВЪРШИЛИ ВЪВ ФИЛИАЛ ВЕЛИКО ТЪРНОВО НА МУ – ВАРНА** ..... **30**

*Жана Павловска, Янка Маркова – Димитрова* ..... *30*

**ВЛИЯНИЕ НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО И ОНКОЛОГИЧНОТО ЗАБОЛЯВАНЕ ВЪРХУ СОЦИАЛНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ** ..... **39**

*Калина Катранджиева, Катя Егурузе* ..... *39*

**БЕЗОПАСНАТА БОЛНИЧНА СРЕДА В ПРАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И ПРОМЕНИТЕ, ПРЕДИЗВИКАНИ ОТ ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19: МНЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ** ..... **44**

*Ж. Стоянова, Н. Петрова* ..... *44*

**ВЛИЯНИЕ НА СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ ПРИ КОМОРБИДНИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНО - СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** ..... **49**

*Иванка Стоянова, Силвия Борисова Димитрова, Мария Негринова Негрева* ..... *49*

**ИНФОРМИРАНОСТ НА БРЕМЕННИТЕ ЖЕНИ ОТНОСНО УПОТРЕБАТА НА ПРЕДПАЗЕН КОЛАН** ..... **63**

*Инна Ненова* ..... *63*

**РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПРОФИЛАКТИКАТА И ОБУЧЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИ С ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛНА РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ** ..... **69**

*Г. Ангелова, Д.Кръстева, Хр.Павлова* ..... *69*

**ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ** ..... **74**

*Силвия Борисова Димитрова* ..... *74*

**НАГЛАСИ И МОТИВИ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ЗАВЪРШВАЩИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ** ..... **82**

*Анна Георгиева, Селин Реджеб* ..... *82*

**ПОДБОРЪТ НА МЕТОДИ – ВАЖНО УСЛОВИЕ ЗА ФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВОСЛОВНИ НАВИЦИ В ДЕТСКАТА ЯСЛА** ..... **90**

*Диана Гроздева, Катя Егурузе* ..... *90*

**ВЪВЕЖДАНЕ В ПРАКТИКАТА НА ЕДИНЕН МОДЕЛ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКО КОНСУЛТИРАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ТЕРМИЧНИ ТРАВМИ** ..... **99**

*Кичка Димитрова* ..... *99*

**ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ НА СКРИНИНГОВИ ПРОГРАМИ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ОБСТРУКТИВНА СЪННА АПНЕЯ И МЯСТОТОТО ИМ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА ..... 104**
*Стоянка Янчева, Мариана Николова ..... 104*
**ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСТВОТО ..... 112**
*Силвия Борисова Димитрова ..... 112*
**ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО COVID 19 И РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ДОБИВАНЕТО НА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТНА ПЛАЗМА ОТ ПРЕБОЛЕДУВАЛИ ДОНОРИ ..... 120**
*Петя Христова Гърчанова, Звезделина Апостолова Стоянова, Даниела Петрова Христова ..... 120*
**СЪЗАВИСИМОСТ ПРИ ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВА ЗАСЕГНАТИ ОТ РАЗСТРОЙСТВА С УПОТРЕБА НА ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА ..... 128**
*Т. Радева[1], проф. Хр. Кожухаров[2] ..... 128*
**ТЕЛЕМОНИТОРИНГ - НЕОБХОДИМОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ..... 135**
*Мария Георгиева[1,2], Милена Нанкова, Силвия Борисова[2] ,Йото Йотов[1] ..... 135*
**СКАЛИТЕ ЗА ОЦЕНКА КАТО СРЕДСТВО ЗА СЪБИРАНЕ НА ОБЕКТИВНИ ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА ..... 145**
*Макрета Драганова, Милена Сълева ..... 145*
**ЗДРАВНИ ЗНАНИЯ НА МАЙКИТЕ ЗА ОТГЛЕЖДАНЕ НА ДЕЦАТА В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ ..... 151**
*Галина Петрова ..... 151*
**ДИСФАЗИЯ НА РАЗВИТИЕТО - ХАРАКТЕРИСТИКА И СПЕЦИФИКА ..... 159**
*Петя Христанова, Станислава Павлова, Живко Жеков ..... 159*
**ЗДРАВОСЛОВНО ЛИ Е ХРАНЕНЕТО ПРИ ДЕЦА В УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ? ..... 164**
*Росица Дойновска ..... 164*
**УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ПОЛАГАНИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В СЛЕДОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД НА ОРТОПЕДИЧНО-ТРАВМАТОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ В МБАЛ-ШУМЕН ..... 170**
*Елица Емилова Мутафова, Мелин Сезгин Мехмед ..... 170*
**ИНФОРМИРАНОСТТА НА БРЕМЕННИТЕ И РОДИЛКИТЕ ОТ МБАЛ-ШУМЕН, ОТНОСНО СУЕВЕРИЯ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО ..... 177**
*Мергюл Ридван Хасан ..... 177*
**МОТИВИ ЗА ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯТА „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“ ..... 184**
*Анна Георгиева, Селин Реджеб ..... 184*
**ПРЕДОПЕРАТИВНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ В УРОЛОГИЯ ..... 193**
*Полина Донева, Зюлейха Ахмед, ..... 193*
**ИНФОРМИРАНОСТТА НА УЧЕНИЦИТЕ ОТ 11-12 КЛАС, ОТНОСНО КОНТРАЦЕПЦИЯТА ..... 199**
*Дария Мартинова Червенкова, Михаела Лазарова Вълчева ..... 199*
**ВЛИЯНИЕ НА ХРАНЕНЕТО ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ..... 208**

*Г. Иванова, В. Велев, студенти втори курс, специалност „Акушерка“,* ..... *208*
**УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛКАТА ПО ВРЕМЕ НА НОРМАЛНО РАЖДАНЕ – РОЛЯ НА АКУШЕРКАТА** ..... **211**
*Даниела Цветкова - студент* ..... *211*
**ХАРАКТЕРИСТИКА И ПСИХОЛОГИЧНИ ОСОБЕНОСТИ** ..... **217**
*Станислава Павлова, Петя Христанова, Живко Жеков* ..... *217*
**ПОДХОДИ И МОДЕЛИ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ** ..... **223**
*Юлияна Георгиева* ..... *223*
**УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА СЕЛЕКТИВНА КОРОНАРНА АНГИОГРАФИЯ (СКАГ)** ..... **229**
*Ели Хаджидончева* ..... *229*
**ОЦЕНКА НА НИВОТО НА ДИСТРЕС ПРИ БЛИЗКИ НА ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** ..... **234**
*Мартина Иванова, Станислава Павлова* ..... *234*
**НЕКЛИНИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ УПРАВЛЯВАНИ ОТ АКУШЕРКА ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЕСТЕСТВЕНО РАЖДАНЕ** ..... **242**
*Веселка Георгиева Михайлова,* ..... *242*
**ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРИ ХРАНЕНЕТО НА КЪРМАЧЕТО В УСЛОВИЯ НА БЕДСТВИЕ** ..... **248**
*Даниела Лютакова* ..... *248*
**ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ ЗА ПСИХИЧНО БОЛНИ В ДОМАШНА ОБСТАНОВКА** ..... **255**
*Стела Маркова-Бонева,* ..... *255*
**ЛЕЧЕНИЕ НА ТРУДНО ЗАРАСТВАЩИ РАНИ С ТРАДИЦИОННИ И СЪВРЕМЕННИ ПРЕВРЪЗКИ** ..... **261**
*Дарина Баркова* ..... *261*
**ПОЗНАНИЯ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА СЛУЧАИ (CASE MANAGEMENT) И ГОТОВНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА ПРИЛАГАНЕ В ПРАКТИКАТА** ..... **271**
*Мария Добрева* ..... *271*
**СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ В ПРОФИЛАКТИКАТА НА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА** ..... **277**
*Христина Генчева* ..... *277*
**ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА ТРУДНОСТИ И СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ В ДЕЙНОСТТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА – ПЛАНИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА С ПСИХИЧНИ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ 10 ДО 14 ГОДИНИ** ..... **283**
*Радостина Жечева* ..... *283*
**КЛИНИЧНИ И СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ -ПРИЧИНИ ЗА КЪСНО РОДИТЕЛСТВО** ..... **293**
*Теодора Йорданова* ..... *293*
**РАННА И НЕПРЕКЪСНАТА СЪРДЕЧНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНО СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ** ..... **299**

*Теодора Димитрова* ..... *299*
**ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И ДИГИТАЛНИТЕ ТЕХНОЛОГИИ - ПЪТЯТ КЪМ СОЦИАЛНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ** ..... **306**
*[1]Емилия Георгиева, [1]Йорданка Михайлова, [2]Ненко Цветков* ..... *306*
**ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА УМСТВЕНО УВРЕДЕНИ ЛИЦА –ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД** ..... **310**
*Янка Маркова, Жана Павловска* ..... *310*

**ПЛЕНАРЕН ДОКЛАД**

# АВТОНОМНИТЕ ПРАКТИКИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ – ОТГОВОР НА ОЧАКВАНИЯТА НА ПАЦИЕНТИТЕ

**Автори: проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н. и доц. Теодора Евтимова, д.оз.**

***Институция: Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“- Варна, Филиал Шумен***

**Резюме:**

**Цел:** Да се представят модели на иновативни сестрински и акушерски автономни практики, проучени и доказани в дисертационни трудове и дипломни работи, защитени в МУ – Варна.

На съвременния етап все по-голяма популярност придобиват въпросите, свързани с професионалната роля на здравните професионалисти и произтичащите от нея задачи, които могат да се решават чрез предоставяне на самостоятелни сестрински и акушерски грижи. Пред здравните професионалисти стоят за решаване важни задачи, отнасящи се до здравите и болните хора и произтичащи от това проблеми на здравните професионалисти.

Направен е правен анализ на съществуващата законодателна рамка в България, който подпомага разработването на модели за автономна практика в сестринството и акушерството. С последните изменения на **Закона за лечебните заведения** (изм. ДВ. бр.110 от 29 декември 2020г.) особена важност за здравните професионалисти придобиват формулировки, регламентиращи индивидуална и групова практика за оказване на самостоятелни грижи от Медицинската сестра и Акушерката. Създават се възможности здравните професионалисти да бъдат търсени и да полагат грижи в рамките на придобити компетенции, като за това носят отговорност.

Представени са автономни практики от 7 дисертационни труда и 2 дипломни работи, разработвани през периода от 2003 до 2019г.

**Ключови думи:** ***медицинска сестра, акушерка, автономна практика, сестринска служба, акушерски център***

**Теоретична рамка на проблема**

**Държавите членки на ЕС, в т.ч. и България, са изправени пред тежки проблеми:**

- намаляващ брой на населението в активна възраст,
- повишена заболеваемост на хората в областта на хроничните незаразни заболявания,
- нарастване на потребностите на населението към предоставяните здравни услуги и повишено търсене на висококачествени медицински и здравни грижи

**Сестринската професия се променя…**

- Икономическите ограничения и политически промени поставят медицинските сестри пред нови възможности и предизвикателства.

- Ролята на съвременната медицинска сестра е насочена както към отделната личност, така и към семейството и общността.

- Фокусът са здравите хора, но в не по – малка степен и болните.

**Въпреки някои различия, отразяващи спецификата на всяка страна** медицинската сестра се разглежда като централна фигура във всички модерни здравни системи. Голяма част от страните в Европа са променили своето здравно законодателство, така че по-добре да съответства на потребностите и нуждите на населението и определят сестринството като важен ресурс за всяка здравна система – дадени са възможности сестрите да управляват своите практики в рамките на придобитите компетенции и да носят отговорност за качеството на здравните грижи.

Медицинските сестри в съвременния свят споделят нова философия на грижите и ги предлагат на пациентите през различни организационни модели, стремейки се да подобрят своята ефективност, да направят цената равно достъпна.

**България е страна с най-рязък спад в съотношението между застаряващо и население в трудоспособна възраст.** До 2050 година трудовите ресурси в страната ще намалеят с 40%, а трудовите резерви ще бъдат на 60+ години. За да постигнем активно стареене, са ни необходими промоция, профилактика и превенция на здравето, по-добра диагностика, по-добър контрол и лечение на заболяванията, предоставяне на качествени здравни грижи.

Здравето не е статично състояние, а *динамично равновесие* ...За да се постигне и поддържа, се изискват нашите постоянни осъзнати усилия, а не „магически хапчета". Здравето не се измерва само с липсата на видима болест но и чрез начина на мислене и *съдържанието на живота*, който водим. За да е ефикасен лечебният процес, той трябва да обхваща всички измерения на съществуване на болния. Както отбелязва носителят на Нобелова награда, бактериологът **Рене Дюбо:** *„Да разрешиш проблемите свързани с болестта не е еднозначно с това да направиш някого здрав и щастлив. Последното изисква мъдрост и проникновение, които са отвъд медикаментите и терапията."* Медицинските сестри и акушерките могат да върнат усмивката на пациентите и да допринесат за тяхното щастие!

На съвременния етап все по-голяма популярност придобиват въпросите, свързани с професионалната роля на здравните професионалисти и произтичащите от нея задачи, които могат да се решават чрез предоставяне на самостоятелни сестрински и акушерски грижи. Пред здравните професионалисти стоят за решаване основни задачи:

- Осигуряване на професионална самостоятелност чрез придобиване на разширени компетенции в непрекъснатото обучение (СДО– специализации и курсове и др.) за работа в различни сектори на здравната система;

- Повишаване на качеството на здравното обслужване чрез прилагане на непрекъснати здравни грижи;

- Активно сътрудничество с индивида, семейството и общността и превръщането им в партньори за постигане на здравно благополучие;

- Прилагане на холистичен подход в работата на здравните професиналисти, насочен към здравето на здравия;

- Защита на интересите на здравните професионалисти от съюзи, асоциации, съсловни организации и други.

Изкуството в медицината е не само да лекуваш вече проявили се болести, но на първо място да се предпазваш от тях, затова основно място заемат *профилактиката и промоцията*.

Медицинските специалисти – лекарят, медицинската сестра, акушерката имат важна *(ключова*) роля в различните нива на профилактиката и в лечението, които в България са законово регламентирани.

Съществуващата законодателна рамка за обучението и дейността на медицинската сестра и акушерката в България включва редица закони и наредби, регламентиращи обучението и професионалната реализация. Направен е правен анализ на съществуващаща законодателна рамка в България, който подпомага разработването на модели за автономна практика в сестринството:

- **Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните специалисти**
- **Наредба № 1 от 08.02.2011 г.**
- **Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването**
- **Закона за лечебните заведения** (изм. ДВ. бр.110 от 29 декември 2020г.)
- **Закон за здравето**
- **Методично указание № 3 от 29.03.2000 г. за устройството и дейността на лечебното заведение ХОСПИС**

- С последните изменения на **Закона за лечебните заведения** (изм. ДВ. бр.110 от 29 декември 2020г.) особена важност за съсловието придобиват следните формулировки:

  Чл. 8. (1) Лечебни заведения за извънболнична помощ са:

  5. (нова - ДВ, бр. 54 от 2020 г., в сила от 16.06.2020 г.) амбулатории за здравни грижи, които могат да бъдат:

  а) индивидуална практика за здравни грижи;

  б) групова практика за здравни грижи.

  Чл. 18а. (Нов - ДВ, бр. 54 от 2020 г., в сила от 16.06.2020 г.)

  (1) Индивидуална практика за здравни грижи се организира и осъществява от лекарски асистент, медицинска сестра, акушерка или рехабилитатор, които имат минимум три години стаж в съответната професионална област, и които се регистрират по реда на чл. 40.

  (2) Групова практика за здравни грижи се осъществява от търговско дружество или кооперация, учредени от лекарски асистенти и/или медицински сестри, и/или акушерки, и/или рехабилитатори, които имат минимум три години стаж в съответната професионална област, и които се регистрират по реда на чл. 40.

(3) Видовете дейности, които се извършват в практиките по ал. 1 и 2, се определят в съответствие с наредбата по чл. 7, ал. 1 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите.

(4) Лицата по ал. 1 и 2 може да наемат и други лица съобразно нуждите и обема на дейност на практиката.

(5) Практиките за здравни грижи по ал. 1 и 2 може да извършват дейностите по ал. 3 в дома на пациента, когато състоянието на пациента налага това.

(6) Устройството, дейността и вътрешният ред на груповите практики за здравни грижи се уреждат с правилник, утвърден от ръководителя на лечебното заведение.

Съществуващата законодателна рамка, въпреки своята непълнота е добра възможност за развитие на модерно сестринство в България, част от които са автономните практики на медицинската сестра и акушерката! Затова в световен, европейски и национален план усилията се обединяват около подобряването на здравето чрез промоция, профилактика и превенция, ефективност на здравните системи и ангажиране на двете страни – и на предоставящите здравни грижи, и на получаващите такива**.**

**Тревожна статистика….**

- В Националната здравна стратегия 2030 се отбелязва, че населението на нашата страна няма достатъчно мотивация, знания и умения за предотвратяване и контролиране на рисковите фактори, които водят до социалнозначими заболявания
- България е на шесто място в ЕС по застаряващо население, сочат данните от последния анализ на ООН, посветен на глобалните демографски промени. През 2021 г. броят на българите на възраст 65 и повече години е бил 1,5 милиона души или около 21,7 на сто от ЕС. Сред възрастните хора у нас най-голям е делът на тези от 75 години нагоре – 620 522 души, по данни на НСИ. Следва възрастовата група между 65 и 69 години – 448 244, а хората на възраст между 70 и 74 години са 413 411. Очаква се през 2025 г. 1 от всеки 5 българи да бъде на възраст над 65г. През 1990 г. над 65 г. е бил само един от всеки 13 души. Очаква се към 2060 г. възрастното население в България на 65 и повече години като процент от общото население да се увеличи с 12,3 процентни пункта (п.п.) и да достигне 32%, за сметка на намалението на относителния дял на населението в работоспособна възраст.

**Днес специално значение придобиват новаторските организационни подходи в условията на глобална икономическа криза. Има много примери, показващи че медицинските сестри по света се занимават с иновационни практики и се стремят към подобряване на здравните грижи и намаляване разходите в здравните системи.** Международният съвет на сестрите оценява необходимостта от популяризиране на иновационната дейност на сестринския персонал и взема решение да разработи в сайта си база данни, предназначени да улеснят разпространението на сестрински иновации в световен мащаб.

**Но какво са иновациите…**

**Процес на разработване на нови подходи, нови технологии и методи на работа.**

- понятието е еднакво приложимо както към работните средства и технологии, така и към поведението на самата организация и отделните нейни членове;

Три са най-важните характеристики на иновациите:

- новост;
- заявка за промяна;
- предназначена полза;

В съответствие с това определение, иновациите в здравните организации обикновено са нови услуги, нови начини на работа и/или нови технологии. Според Роджърс, процесът на иновациите обикновенно се осъществява на няколко етапа и включва (Грънчарова)**:**

- **запознаване на заинтересованите страни с новаторската технология**, които формират мнение за необходимостта от въвеждането и,
- **предприемане на подходящи действия** по прилагането на новаторската технология.
- **В крайна сметка - иновацията става неразделна част от ежедневната практика, която напълно измества старите методи на работа.**

Бариерите…, които смятаме, че задържат въвеждане на иновациите в практиката:

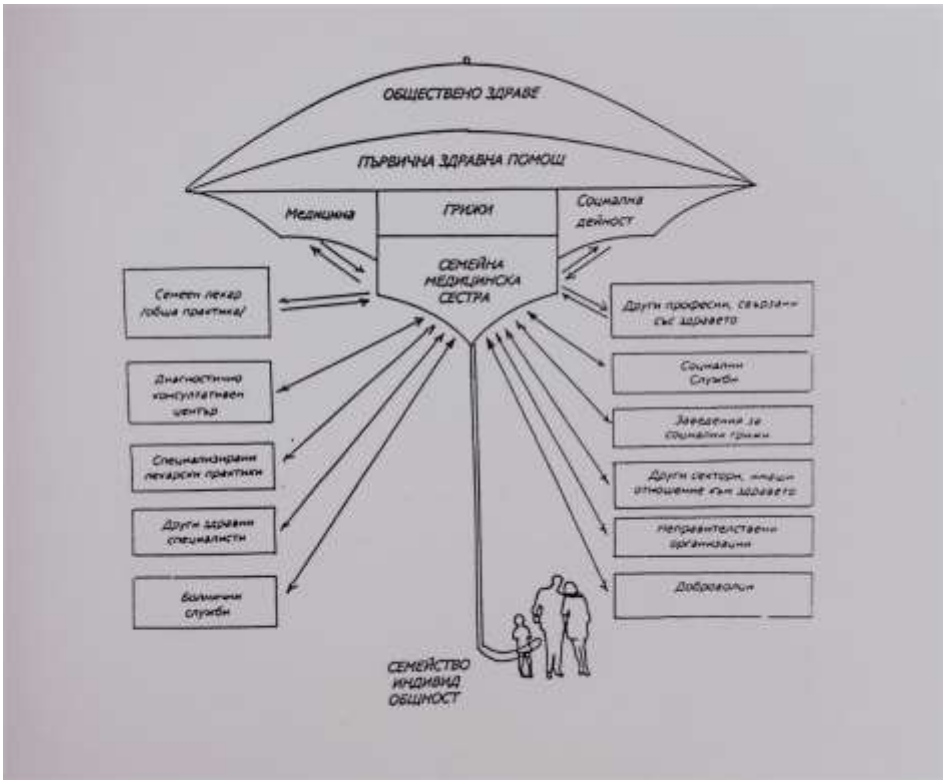
- **Липса на финансиране…**
- **Невъзможност за сключване на договори с НЗОК**
- **Недостатъчно проучвания относно доверието на пациентите в автономната практика на медицинските сестри и акушерките**
- **Липса на Стандарт по здравни грижи**
- **Липса на кураж…**

Медицинските сестри в съвременния свят споделят нова философия на грижите и ги предлагат на пациентите през различни организационни модели, стремейки се да подобрят своята ефективност, да направят цената равно достъпна.

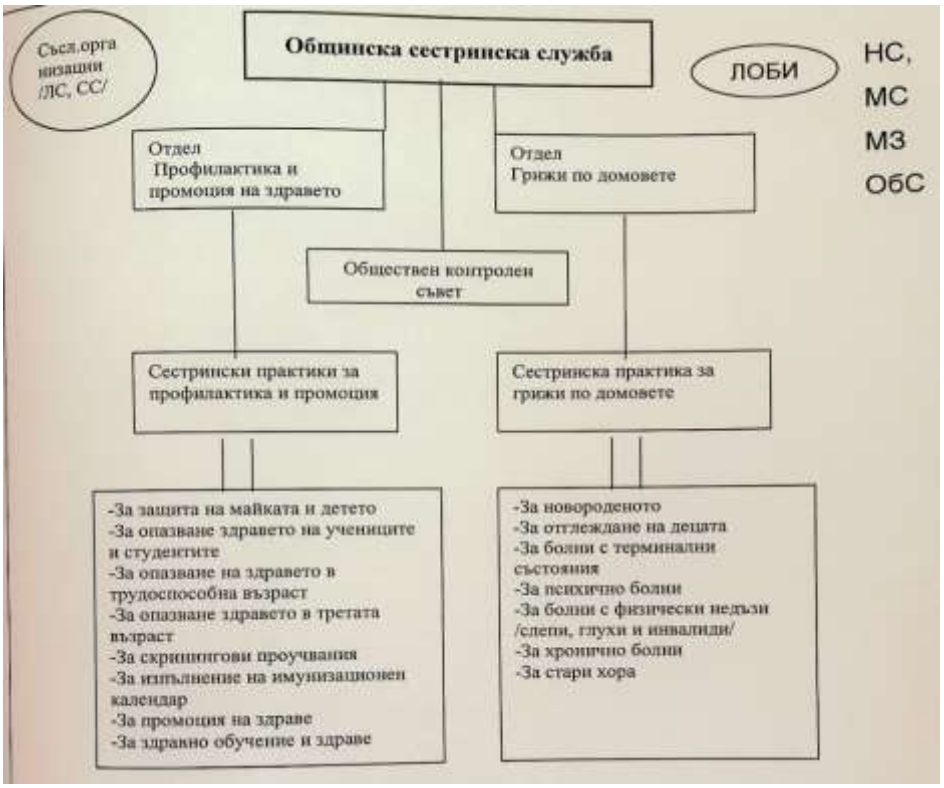
Иновация за условията в България бихме могли да разгледаме изграждането на Сестринска служба (с различен профил). Осъществяването на дейността следва да се извършва като се отчитат индивидуалните потребности, нивото на обща и здравна култура на пациентите.

**Мечтите ми през 2003година…(7), (фиг.1), (фиг.2).**

**Фиг.1. Семейна медицинска сестра под чадъра на общественото здраве**

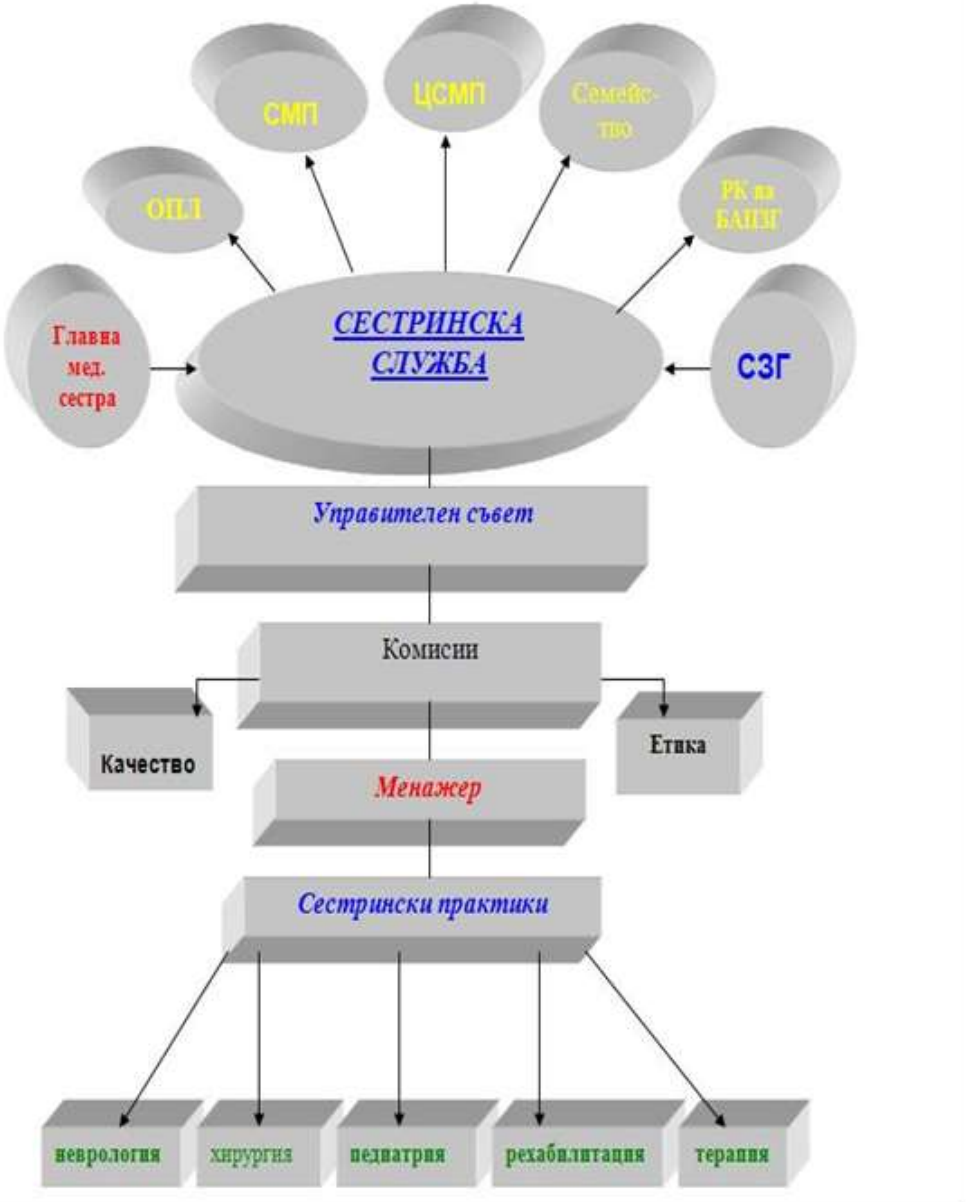



**Фиг.2 Структура на Общинска сестринска служба**



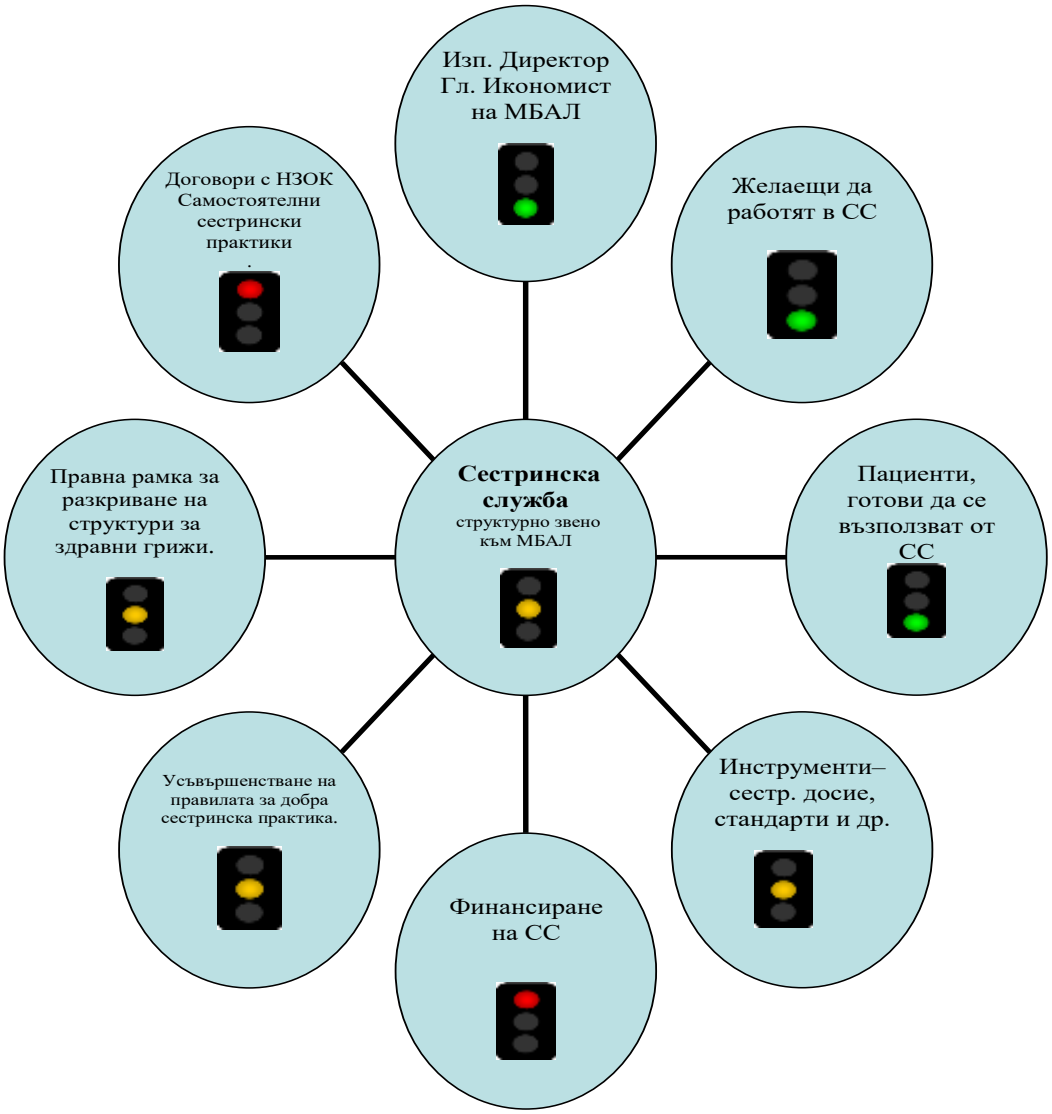
Представяме като модел Сестринска служба - една структура организационно подчинена на МБАЛ.

Същата да е насочена към обслужване на пациенти с тежка патология, които са преминали на лечение в стационара и поради лимитирането на клиничната пътека имат необходимост от специализирани сестрински грижи в периода на долекуването си в домашни условия.Моделът е предложен от Мария Симеонова в дипломна работа за придобиване на ОКС „Магистър“ по „Управление на здравните грижи“ в МУ Варна **(фиг.3).**




**фиг.3. Сестринска служба - структура организационно подчинена на МБАЛ.**

Вариант на Сестринска служба, подчинена на МБАЛ с готовност за стартиране, предложена от Виолета Благоева в дипломна работа за придобиване на ОКС „Магистър“ по „Управление на здравните грижи“ в МУ Варна **(фиг.4).**

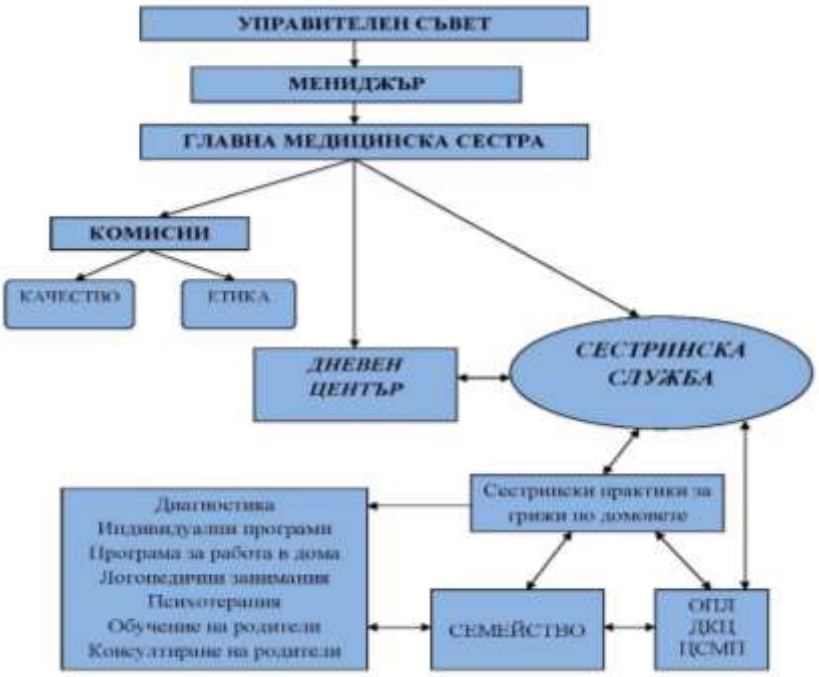



**фиг.4.Сестринска служба, подчинена на МБАЛ с готовност за стартиране**

Дипломните работи са разработени под научното ръководство на професор Соня Тончева.

**Други полезни модели на автономна сестринска практика…**

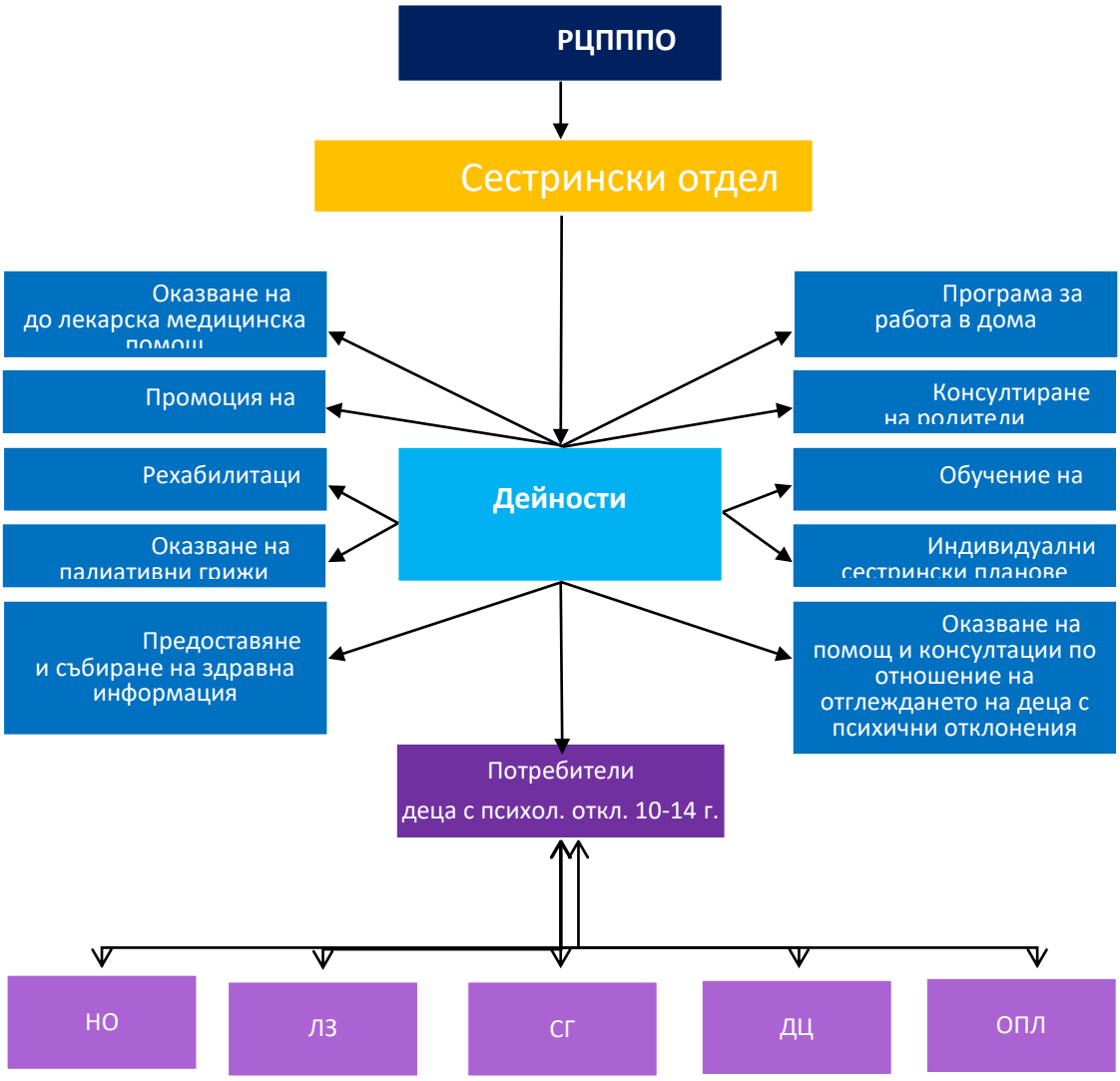
Моделите **на автономна сестринска практика** са разработени от мои докторанти под научното ми ръководство. Проучено е мнение на експерти – главни, старши медицински сестри, преподаватели по здравни грижи. За някои от моделите е проучено мнение на пациенти, относно доверие към самостоятелна сестринска практика **(8), ( фиг.5), (5),(фиг.6), (2), (фиг.7).**




**фиг.5. Сестринска служба за грижи по домовете на деца със специални нужди от 0-6г.**




**фиг.6 Модел на Център за обучение на медицински сестри, работещи с пациенти с Множествена склероза**




**Фиг. 7. Сестрински отдел към Регионален център за подкрепа на процеса на преобщаващото образование**

**Обсъждайки представените модели следва да си зададем основни въпроси….**

1. Какви са функциите на медицинските сестри, които ще работят в автономни практики (Сестринска служба, център, училище…)?

2. Какви професионални компетенции имат медицинските сестри у нас, за да могат те да се превърнат в наистина ключов ресурс на съвременното здравеопазване?

**Нужни са компетенции и умения в няколко основни насоки…**

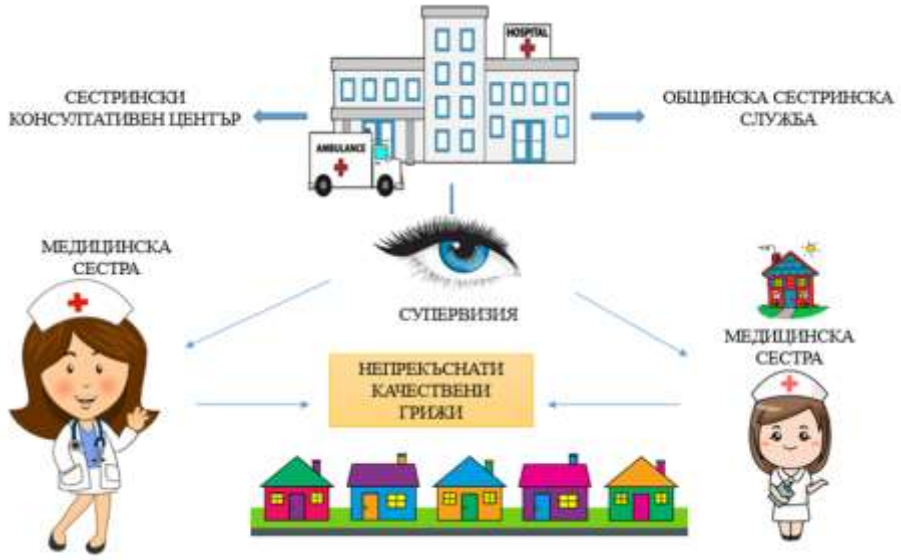
- Умения за определяне на здравните потребности с участието на лицата, семействата или отделните групи;
- Знания за идентифициране на потенциални и реални здравни проблеми и изясняване на причините за тях;
- Планиране и участие в дейности, свързани с промотивни, превантивни, лечебни, обучителни и реадаптивни грижи;

- Прилагане на мениджмънт в областта на сестринските грижи;
- Оказване на сестрински грижи във всички аспекти на здравето: физическо, психическо и социално.
- Прилагане на аналитични и иновативни подходи в сестринските дейности.

**Но….в България….**

- Медицинските сестри имат различно ниво на компетентност,
- Различни образователни степени,
- Различен стаж в професията (опит),
- Различно следдипломно обучение (краткосрочно, специализации и др.),
- Различен брой Сертификати (професионални карти)издадени от БАПЗГ, гарантиращи качество на полаганите грижи.

Следователно могат да носят различна отговорност, съответстваща на придобитите компетенции. Необходим е професионален „поглед отгоре“, който може да бъде възложен на подготвената, специално обучена за това медицинска сестра и акушерка - супервайзор! **Супервайзорът ще има поглед отгоре…(6).**




**фиг.8. Непрекъснати качествени грижи с участие на супервайзор**

Ако медицинските сестри и акушерките в България искат да защитят автономната си практика следва да обосноват потребност от усъвършенстване на знанията и уменията си за провеждане на супервизия.

Съвременното сестринство има мисия да гарантира високо качество на оказване на здравни грижи на населението.

Проучвания на Европейския форум на националните сестрински и акушерски асоциации и СЗО сочат, че от броя и квалификацията на сестрите и акушерките в болниците зависи броят на усложненията, продължителността на лечението и смъртността в болниците.

Качеството на здравните грижи се изразява в предоставянето на всеки пациент на дейности, подобряващи здравето му и осигуряващи удовлетвореността му.

**Ролята на медицинската сестра се определя като ключова от СЗО.** Дали ще работи самостоятелно или в екип, сестрата заема основно място в системата на здравеопазването. В този смисъл е необходимо медицинската сестра да преосмисли отговорностите си, да разглежда себе си не само като специалист осъществяващ здравни грижи, а в по–широк аспект да вижда социално отговорните си дейности. Необходимо е да фокусира усилията си не само към индивидуалното, но и в по–широк смисъл към опазване здравето на семейството и обществото. За да издигне на ново, качествено ниво отношението към здравето, сестрата трябва да търси съмишленици и да утвърждава отношение на партньорство с институциите, имащи отношение към здравното благополучие. Осъзнавайки ключовата роля, тя трябва да поеме своите отговорности и да предостави дейности с високо качество в рамките на своите компетенции.

**Автономната акушерска практика** е насочена към удовлетворяване на специфичните физически и психологически потребности на всяка жена, на всеки бъдещ родител. Специфичното професионално обучение на акушерката й дават компетентност за извършване на самостоятелни професионални дейности (Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. на Министерството на здравеопазването), медицински и здравни грижи, включващи:

- диагностициране на бременност;
- проследяване на нормална бременност;
- извършване на наблюдение и манипулации на родилката в периода на разширение на маточната шийка;
- водене на нормално раждане при главично предлежание на плода, включително и извършване на епизиотомия в присъствието на лекар;
- грижи за майката и за новородени деца до 45-ия ден след раждането;
- полагане на грижи и наблюдение в пуерпериума, включително преглед за инволуцията;
- наблюдение на майката и детето непосредствено след раждането и диагностициране на проблеми, изискващи лекарска намеса;

Достъпът на жените до качествени акушерски грижи се превръща в част от глобалното усилие за постигане на правото на всяка жена да получи възможно най-добрата здравна помощ по време на бременност и раждане.

Благополучието и потребностите на майката и детето са от първостепенно значение и трябва да бъдат основният фокус в дейността на акушерките.

За акушерките бременността е нормален етап от живота на жената и признак на здраве. Добрите практики на акушерска грижа, които са разнообразни по своята същност поставят важен акцент - пакетът от грижи през целия цикъл на пренаталния, антенаталния и постнаталния период за жени с нисък риск се осъществява от квалифицирана акушерка и включва предоставяне на индивидуално образование, консултиране и участие в процеса на физиологичното раждане.

Автономната акушерска практика включва клинична грижа, позволява прилагане на концепция за промоция на здравето чрез създаване на емоционална връзка, атмосфера на доверие и сътрудничество с жената и нейните близки.

През 2018 година Световната здравна организация публикува глобални стандарти за грижа по време на раждането при здрави бременни жени. Документът съдържа 56 препоръки с акцент не само клиничните изисквания за безопасно раждане, но също така психологическите и емоционалните нужди на жените. Тези стандарти имат за цел да гарантират, че жените раждат в среда, която освен че е безопасна от медицинска гледна

точка, им позволява и да имат чувство за контрол, чрез участие в процеса на вземане на решения. В основата на всички препоръки се застъпват няколко елемента:

• грижа с уважение към раждащата жена,
• ефективна комуникация,
• придружител по време на раждане.

Акушерски модел на грижа, при който позната акушерка подкрепя жената по време на бременността, раждането и периода след това.

Акушерката е професионалист, който притежава знания, умения и има изградено специфично поведение за оказване на самостоятелни грижи, насочени към бременни, родилки, гинекологично болни и здрави жени, признато като автономна акушерска дейност в България с Наредба № 1 от 08.02.2011 г. на Министерство на здравеопазването

- В националната здравна политика на България, в услугите насочени към майчинство, ролята на акушерката за предоставянето на висококачествена и безопасна грижа е пренебрегвана или неефективно използвана.
- Неяснотата в регулативните механизми по отношение на разкриване, функциониране и финансиране на самостоятелните акушерски практики води до препятствие за реализиране на акушерска грижа.
- От август 2020г. с промени в Закона за лечебните заведения е дадена възможност на професионалистите по здравни грижи да разкриват самостоятелни практики.
- За разлика от редица добри практики в света, акушерката в България има правово регламентирана автономна дейност, но тази дейност не е финансирана.
- Налице е разминаване между повишените компетенции на акушерката и законовите регламентации на дейността й.

- Самостоятелната акушерска практика поставя нови изисквания към акушерките:

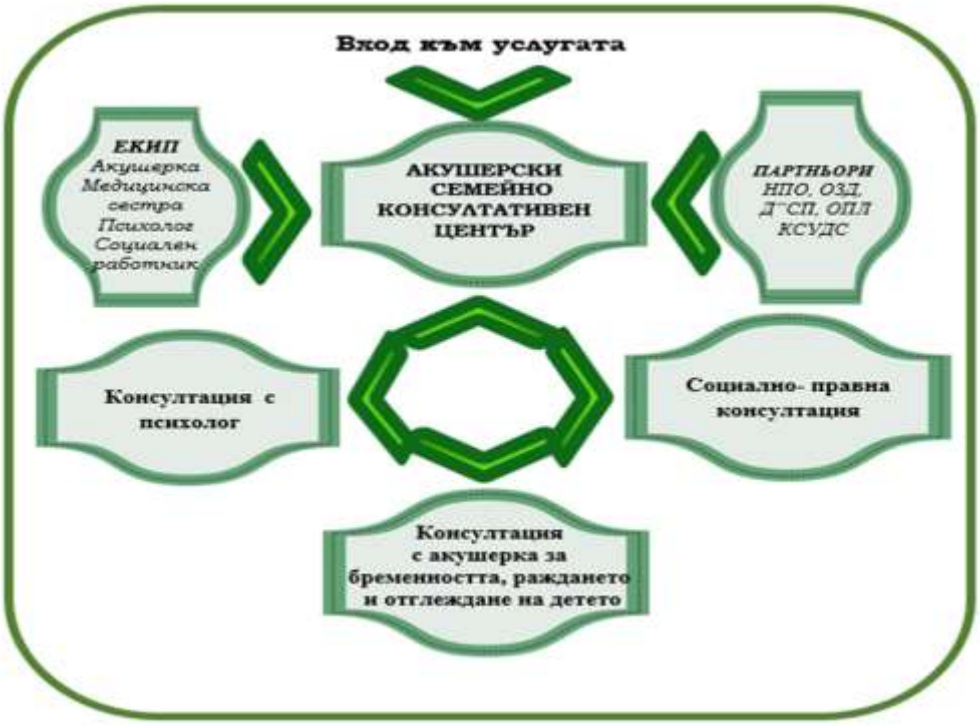
✓ да бъдат подготвени и да разбират нуждата от надграждане и обогатяване на теоретичните знания и практически умения в отговор на променящите се нужди на жените и техните семейства;
✓ акушерските компетенции да имат капацитет към промените;
✓ да умеят да идентифицират нуждата за промяна и да я инициират;
✓ да се адаптират към технологиите и новите подходи за осигуряване на грижи;
✓ да имат добри комуникативни умения, чрез които да осигурят ефективна грижа в мултикултурална среда;
✓ да бъдат подготвени за работа в партньорство с други членове на екипа от здравни специалисти.

- Нарастването на обема знания и умения за овладяването на акушерската професия в съвременния свят изисква разработването, апробирането и прилагането не само на традиционни, но и иновативни методи и похвати.

Анализът на ситуацията по отношение на потребностите от семейно консултиране в областта на бременността, раждането и отглеждането на новороденото, повишените компетенции на акушерката с нов тип образование и възможности за автономна роля, законовите ограничения за функционирането на акушерката като самостоятелен специалист ни насочиха към създаване на иновативна форма на семейно консултиране на бременни, родилки и майки с деца – Акушерски център за семейно консултиране.

Създаването на Акушерски център за семейно консултиране е свързано с развитието на консултативната дейност като промотивно-профилактичен метод по въпросите на бременността и безопасното майчинство, подкрепа при решаването на медико-социални и психологически проблеми при семейства с намалена социална адаптация.

Консултативната дейност ще бъде свързана с предоставяне на здравна информация, усвояване на знания и изграждане на умения, свързани с нормалното протичане на бременността, раждането и грижите за новороденото, психологическа и социално-правна консултация **(1), (фиг. 9).**




**фиг. 9. Модел на Акушерски център за семейно консултиране**

Акушерката може да има водеща роля в осъществяването на семейно-консултативна дейност в извънболнични условия.

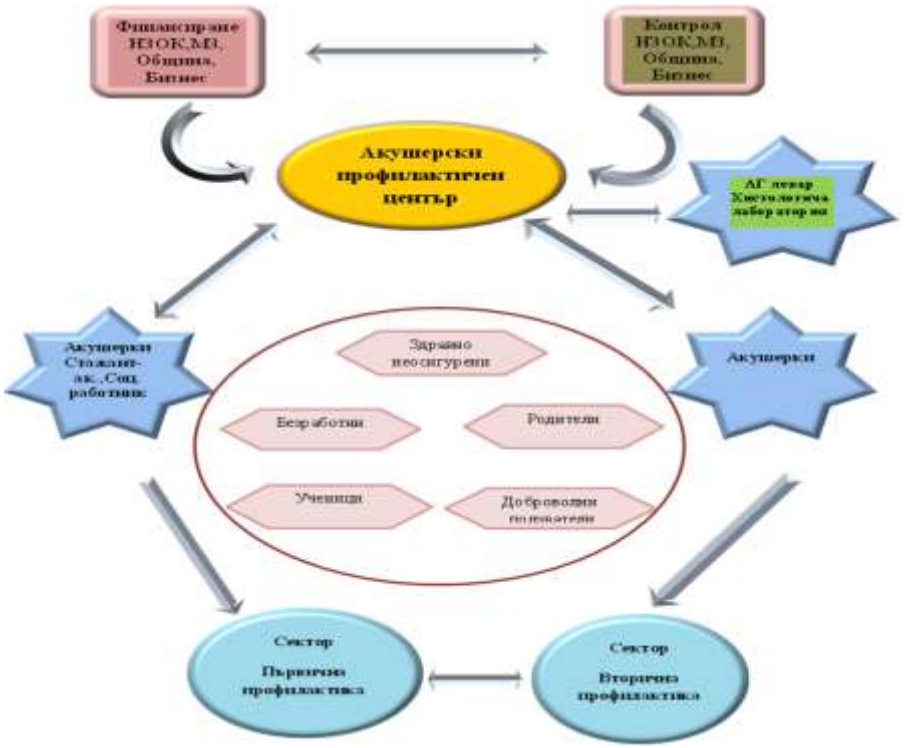
Изследвания показват, че този тип грижа е икономически изгодна, по-достъпна повишава нивото на удовлетвореност у майките, намалява процента на оперативните раждания, благоприятства по-бързото възстановяване, намалява майчината и детска смъртност.

Дейността на акушерката е важен фактор в майчиното здравеопазване, тъй като тя е най-близо до жената по пътя към майчинството, до техните потребности и със специфичната си работа спомага за опазване и възстановяване на физическото и психическото им здраве. Акушерката притежава нужната подготовка и компетентност, за да направи оценка на потенциален и/или съществуващ риск.

Включването на акушерката в автономна практика на ниво първична и вторична профилактика има за цел да предпази жените от ефекта на факторите, свързани с болестта, както и раното откриване и диагностика.

В своя дисертационен труд на тема „Акушерска здравна грижа при профилактика на рак на маточната шийка“ с научен ръководител проф. д-р Соня Тончева, гл.ас.Христина Генчева определя ролята на акушерката в различните етапи на профилактиката за намаляване броя на ежегодно диагностицираните случаи на РМШ и да спомогне за откриването му в по-ранен стадий.

- Акушерският профилактичен център е възможност слабо застъпеното участие на акушерката в здравно-промотивната дейност да бъде компенсирано. Ангажирането на по-широк кръг от подготвени професионалисти по здравни грижи ще спомогне за овластяването им и успешно осъществяване на здравно-възпитателна дейност **(3), (фиг.10).**




**фиг.10. Модел на Акушерски профилактичен център за профилактика на рак на маточната шийка**

Акушерката е здравния професионалист със собствен периметър на действие във връзка с опазване, укрепване и възстановяване на женското репродуктивно здраве неонатологични грижи, обучение и подпомагане на пациенти.

Акушерската професия се променя, стимулирана от технологичния напредък в здравната помощ. Автономните акушерски практики предлагат готово решение за предизвикателствата, свързани с грижите за майчинство и подпомагат ефективността на здравната политика.

В заключение може да бъдат направени следните **изводи:**

1.Придобитите компетенции, предопределят нова територия на дейност и са предизвикателство пред здравните професионалисти да се включат активно в промоцията, профилактиката и превенцията на здраве, въвличайки цялото общество.

2

.

Автономните практики на медицинските сестри и акушерките имат ключова роля и

важен принос за увеличаване на собствения ресурс на пациента за поддържане и възстановяване на здравето.

3

.

Дейностите по промоция, превенция и профилактика са в основата на всяка съвременна здравеопазна система, която акцентира върху контрола на рисковете за здравето, както и

4. Организирането на заболяванията и преминаването от медицинския модел към модела, който е насочен към превенцията на обществено-икономическите предпоставки за подобряване на здравния статус на населението се осъществява посредством преминаване **от медицинския модел към изграждане на автономни практики и широко междуинституционално сътрудничество**.

5. Неизбежно става приемане на Стандарт за здравни грижи, допълване на законодателството, създаване на възможност за финансиране на дейностите на автономните практики на медицинските сестри и акушерките.

Здравето е основата за устойчиви, равни и справедливи общества…Следователно е време да се действа и да се подобрят здравните системи, така че да бъдат по-ефективни, да се справят с неравенствата и да напреднат.

Повишената заболеваемост и застаряването на населението остават основните предизвикателства към здравната система (в т. ч. към медицинските сестри и акушерките) и обществото у нас.

**Младите колеги могат и трябва да са стратегически партньори в дейностите и програмите, които се занимават със здравните проблеми. Има известни международни организации и мрежи, които работят в сътрудничество по различни въпроси, свързани със здравето, включително Международната федерация на червения кръст и червения полумесец, Европейската мрежа от училища, съдействащи за укрепване на здравето, Младежката мрежа за равностойно обучение, Международната федерация на асоциациите на студентите по медицина, медицинските сестри и акушерките и др.**

**Използвана литература:**


1. Евтимова, Теодора, „Акушерката в семейно-консултативната дейност с приоритет женското здраве сред маргиналните групи“, дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор“, 2019г.
2. Жечева, Радостина, „Медицинската сестра в подкрепа на родители на деца с психични отклонения от 10 до 14 години“, дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор“, 2019г.
3. Иванова, Христина, „Акушерска здравна грижа при профилактика на рака на маточната шийка“, дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор“, 2019г.
4. НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2030, Министерство на здравеопазването, 2022 г.
5. Станева, Виолета, „Сестрински грижи при пациенти с множествена склероза - комплексен подход и медико социални аспекти“, дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор“, 2019г.
6. Тончева, Соня, „Супервизия и наставничество в сестринството“, дисертационен труд за придобиване на научна степен „Доктор на науките“, 2018г.

7. Тончева, Соня, „Организационни, образователни и социални аспекти на дейността на медицинската сестра в Първичната здравна помощ“**,** дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор“, 2003г.
8. Цветкова, Тамара, „Значението на семейната среда при отглеждане на деца със специални нужди от 0 до 6 години“, дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор“, 2015г.

## КАК ДА РАЗПОЗНАЕМ НАСИЛИЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ?

**Даниела Тасева**
*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна,*
*Филиал Велико Търново*

## HOW TO IDENTIFY CHILDHOOD VIOLENCE?

**Daniela Taseva**
*Prof Dr Paraskev Stoyanov, Varna Medical University, Veliko Tarnovo Subsidiary*

*Дете, което е заобиколено от любов и което обича*
*родителите си, се учи как да се отнася с любов*
*към цялото си обкръжение и запазва това*
*отношение през целия си живот.*
***Астрид Линдгрен***

**Резюме** Насилието над деца е сложен и многоизмерим социален феномен, който се проявява много често в съвременното общество. То е неделима част от историята и датира от древни времена. В условията на съвременното общество, на драстичната промяна на ценностната система, насилието придобива характер на все по-широко разпространено явление. „Превенция на насилието” е само термин, но истинският начин да защитим децата, означава да се грижим за тях, да зачитаме тяхната личност, да ги възпитаваме и да ги обичаме.

Конвенцията за правата на детето (КПД), определя детето като всяко човешко същество на възраст под 18 години и разглежда насилието над децата в чл. 19. България е подписала КПД на 31 май 1990 г. и я е ратифицирала на 3 юни 1991 г. Независимо от този ясен ангажимент за превенция и работа за справяне с насилието над деца, който се споделя в целия свят от 196 държави — страни по Конвенцията, децата по света продължават да стават жертви на насилие в средата, където живеят, учат и се социализират. Училището е арена на взаимоотношенията между учениците. Ако не намерят надежден възрастен, който да е насреща, то ще бъдат принудени да потърсят съвет от връстниците си, които имат същия социален стаж и не могат да им дадат гледната точна на опита.

Специалистите по здравни грижи, могат да са значимия друг, на който да се доверят при попадане в проблемна ситуация. Чрез изготвянето на задълбочена оценка с активното участие на медицинската сестра и включваща специалисти, работещи с детето от образователната институция (учители, психолози, педагогически съветници) може да се идентифицират деца които са станали жертва, както и тези с голям риск от насилие.

**Ключови думи**: *дете, насилие, здравни специалисти, процедури, оценка на риска*

**Abstract.** Violence against children is a complex and multilayered social phenomenon that often manifests itself in modern society. It is an indelible part of history and dates back to times immemorial. In a modern society of drastic changes in the value system, violence becomes an increasingly prevalent phenomenon. „Violence Prevention" is just a term but a genuine way of protecting children means taking care of them, respecting their personalities, upbringing them and loving them.

The convention on the Rights of the Child (CRC) defines the child as any human being aged under 18 and looks at violence against children in article 19. Bulgaria signed CRC on May 31, 1990, and ratified it on June 3, 1991. Regardless of this explicit commitment, and work on handling violence against children, which is shared worldwide by 196 countries, and parties to the Convention, children across the world still fall victim to the environment in which they live, get an education and socialise. School is a realm of interrelations between pupils. If they do not find a reliable adult to count on, they are forced to seek advice from their peers who have the same social experience and cannot give them the point of view experience can provide.

Health professionals can be the other important ones they can trust, provided they face a difficult situation. By drawing up an in-depth evaluation with the nurse's active involvement, as well as specialists from the educational institution (teachers, psychologists, pedagogical advisors) who work with the child, children who have fallen victim, as well as those at a major risk of violence, can be identified.

**Keywords:** *child, violence, health professionals, procedures, risk evaluation*

**Въведение**

Децата в България на възраст от 0 до 17 години представляват 17,5% от населението (1 215 800). Подобно на други страни в Югоизточна Европа този спад в броя населението се обуславя от високите нива на външна миграция, съчетана с нисък коефициент на раждаемост. Делът на младите хора, които не работят, не учат и не се обучават (т.н. „NEET") е един от най-високите в ЕС: 15% в сравнение с 10,6% средно за ЕС. Насилието и нестабилността в семейната среда също се свързват в много голяма степен с попадането в категорията NEET.

Училищното образование в България е задължително от 6/7-годишна до 16-годишна възраст. През 2019/2020 г. 78,7% от децата на възраст от 3 до 6 години са били записани в детска градина.

**Глобален контекст на явлението „насилие над деца"**

Конвенцията за правата на детето (КПД), която определя детето като всяко човешко същество на възраст под 18 години, разглежда насилието над децата в чл. 19." *Държавите – страни по Конвенцията, предприемат всички необходими законодателни, административни, социални и образователни мерки за закрила на детето от всички форми на физическо или умствено насилие, посегателство или злоупотреба, липса на грижи или небрежно отношение, малтретиране или експлоатация, включително сексуални престъпления, докато то е под грижите на родителите си или на единия от тях, на законния си настойник или на всяко друго лице, на което то е поверено.*"[7] Независимо от този ясен ангажимент за превенция и работа за справяне с насилието над деца, който се споделя в целия свят от 196 държави — страни по Конвенцията, децата по света продължават да стават жертви на насилие във всички видове среда, където живеят, учат и се социализират.

Според най-новият доклад на УНИЦЕФ по темата за насилието в живота на децата и подрастващите, близо 300 милиона (3 от всеки 4) деца на възраст от две до четири години по целия свят редовно са подложени на възпитание с насилие от тези, които се грижат за тях, а спрямо 250 милиона (близо 6 от всеки 10) се прилага физическо наказание. В световен мащаб повече от половината от децата на възраст 2—17 години, или над 1 милиард деца, са преживели насилие през последната година. Равнището на

разпространението му варира от 12% в Европа до 64% в Азия. Приблизителната оценка за глобалното разпространение на сексуалното насилие над деца е 11,8%.[13]

Към 2020 г. в 59 държави е забранено напълно телесното наказание, като в още 29 е поет ангажимент за реформиране на нормативната си уредба с цел постигане на пълна законова забрана. В резултат на приетите промени 88% от децата по света остават без правна защита от насилствено наказание. Половината от децата в училищна възраст (от 6 до 17 години) живеят в държави, където телесното наказание в училище не е изцяло забранено.

**Насилието над деца в България**

В България липсват изчерпателни данни за всички форми на насилие над деца. По данни на Агенцията за социално подпомагане се наблюдава тенденция към намаляване както на сигналите, така и на случаите в сравнение с 2015 г., когато са били регистрирани 2 741 сигнала и са открити 957 случая. През 2016 г. сигналите са нараснали на 3 158, последва рязък спад на същия показател през 2017 г., който след това се е задържал на същото равнище до 2019 г. Броят на откритите случаи от 2015 до 2019 г. обаче постоянно намалява, което означава, че коефициентът на превръщане на сигнала в случай през 2016 г. е много нисък, като причините за тази тенденция не са ясни.

Насилието над деца освен, че е пагубно както на индивидуално равнище, така и за цялото семейство, има и икономически последици за общностите и държавите. Преките разходи включват разходите на здравната система за справяне с проблемите на физическото и психичното здраве, причинени от насилието, и разходите на системата за социална закрила и системата на наказателното правосъдие за защитата на децата и мерките за реакция на случаите на насилие. Непреките разходи произтичат от отражението на насилието върху здравето и образованието на лицето, а оттук и върху неговата производителност. Разходите, свързани с физическото, психическото и сексуалното насилие в глобален мащаб, се изчисляват на между 3 и 8% от глобалния БВП.

**Основни понятия и определения в българското законодателство**

Според съдържащото се в българското законодателство определение дете е „*всяко физическо лице до навършването на 18 години*“, както е посочено в член 2 от Закона за закрила на детето от 2000 г., изм. и доп. 2020 г.[4]

В България Правилникът за прилагане на Закона за закрила на детето определя насилието над деца като „*всеки акт на физическо, психическо или сексуално насилие, пренебрегване, търговска или друга експлоатация, водеща до действителна или вероятна вреда върху здравето, живота, развитието или достойнството на детето, което може да се осъществява в семейна, училищна и социална среда“.* [12]

Важно е да се отбележи, че в чл. 2, ал. 2 от ЗЗДН определението за домашно насилие е разширено с цел осигуряване на защита от други, по-прикрити и често по-малко отчитани форми на домашно насилие: „*За психическо и емоционално насилие върху дете се смята и всяко домашно насилие, извършено в негово присъствие*.“[5] Тази концепция е включена и в Национална програма за превенция на насилието и злоупотребата с деца.

**Дейности по превенция на насилието в национален план**

От 2010 година функционира **Координационен механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие, и за взаимодействие при кризисна интервенция (КМ),** чрез който се обединяват ресурси и усилияна професионалистите за осигуряване на ефективна система за взаимодействие.

През 2017 година МОН представя **Междуинституционален план за действие за превенция на агресията и за засилване на сигурността в образователните институции**.

Съгласно Закона за здравето (ЗЗ) и Наредбата за здравните кабинети в детските заведения и училищата, ролята на медицинските специалисти от детското и училищно здравеопазване е свързана с организиране и провеждане на здравно възпитание и образование, организиране и участие в програми, насочени към профилактиката и промоцията на здравето на децата и учениците [6,9].

В рамките на своите правомощия Министерството на здравеопазването (МЗ) отговаря за осигуряването на грижа и закрила за децата, включително медицинска грижа и закрила. По силата на Мултидисциплинарния координационен МЗ осигурява участие на здравни специалисти в местните мултидисциплинарни екипи и осигурява безплатни прегледи на пострадалите деца в „Съдебна медицина“, което включва и издаване на съдебномедицински свидетелства.

Въпреки, че оценката за сериозността на насилието, диагностиката и подкрепящата работа с детето жертва и неговото семейство предполагат професионална подготовка и практически умения, като общество всички сме отговорни за сигурността на децата си, което предполага да бъдем чувствителни и осведомени за някои от симптомите и начините за разпознаване на насилието над деца.

Това изисква специфична подготовка на здравните специалисти от детско и училищно здравеопазване. В помощ на специалистите, предлагаме скала за оценка на риска.

**Идентифициране на признаци и прояви:**

| | |
|---|---|
| **Физическо насилие** | ➢ Натъртени места с формата на пръсти върху тялото, ръцете и краката, които могат да бъдат индикация за това, че детето е било силно стискано,удряно;<br>➢ Натъртвания по бузите, особено при бебетата, понякога, което може да е индикация, че детето е било стискано за лицето докато е било хранено насила или в опити да бъде спрян плачът му;<br>➢ Натъртвания, причинени по различно време, напр. с различен цвят;<br>➢ Малки кръгли изгаряния, които може да са причинени от цигара;<br>➢ Следи от ухапване;<br>➢ Счупванията на кости могат да доведат до неправилно седене или стоене на детето, до неспособност да се придвижва лесно, държане на крайниците в необичайно положение ;<br>➢ Травмите по главата могат да предизвикат сънливост, вялост, припадъци, повръщане, изпадане в безсъзна-ние и кома. |
| **Психическо насилие** | ➢ Детето е затворено и изолирано, не желае да контактува с връстниците си и е резервирано към възрастнит;<br>➢ Агресивно поведение .;<br>➢ Нарушаване на модела на хранене и сън;<br>➢ Бягане или криене;<br>➢ Неучастие в заниманията в детската градина или в училище, загуба на доверие и ниска самооценка; |

| | |
|---|---|
| | ➢ Самозанемаряване;<br>➢ Психосоматични болести;<br>➢ Забавено физическо развитие-тегло и ръст под нормата;<br>➢ Злоупотреба с алкохол и медикаменти;<br>➢ Бягане от училище;<br>➢ Самонараняване. |
| **Сексуално насилие** | ➢ Възпаления, зачервявания, охлузвания и порязвания около гениталиите или ануса;<br>➢ Болка или дразнене около гениталиите, или ануса;<br>➢ Неудобство или трудност при вървене или седене;<br>➢ Течение или кървене от гениталната област;<br>➢ Болка по време на уриниране;<br>➢ Нежелание за преобличане (в часовете по физкултура или ходи с едни и същи дрехи дълго време);<br>➢ Сексуални игри с други деца, които показват прекалено задълбочени познания;<br>➢ Инфантилно поведение, например смучене на пръсти, подмокряне на леглото, страх от тъмнината;<br>➢ Изричане на лъжи;<br>➢ Честа мастурбация;<br>➢ Промискуитет (многобройни безразборни полови контакти), бременност, предавани по полов път болести. |
| **Пренебрегване** | ➢ До 2 год. възраст се наблюдава апатичност ;<br>➢ Лесно се фрустрират;.<br>➢ Във възрастта към 3-4 год. се очертава ниска самооценка и ниско самочувствие;<br>➢ При тръгване в детска градина и на училище липсва желание и постоянство;<br>➢ Неглижираните деца са социално изолирани, имат слаби социални умения;<br>➢ Избягват емоционални контакти;<br>➢ Постоянно закъснява или често отсъства от училище. |
| **Семейната среда**<br><br>**Здравно състояние:** | ➢ Злоупотреба с алкохол, нисък социален статус, честа намеса от органите на реда в конфликтни ситуации, социално подпомагане, заболявания на родителите, социална изолираност;<br>➢ Родителските очаквания за детето;<br>➢ Възможност за грижа за детето и подкрепа от разширеното семейство.<br><br>➢ физическо и психическо здраве и развитие;<br>➢ общи вид, хигиена;<br>➢ заболявания, свързвани като последствие на упражнявано насилие;<br>➢ чести белези, натъртвания и травми, нелекувани инфекции. |

| | |
|---|---|
| **Взаимоотношения дете-родител, дете – други деца.** | ➢ сътрудничество на родителя с образователната система. |

Представените индикатори за различните видове насилие могат да подпомогнат професионалистите по здравни грижи да идентифицират децата, които са станали жертва на насилие, с цел да предотвратят неговото повтаряне, а също и да дадат възможност за оказване на своевременна помощ с цел намаляване на вредните ефекти от преживяната травма.

Всеки рисков фактор се оценява по скала от 4 до 0 точки (като с 9 точки се означава недостатъчната налична информация). Използват се описанията на рисковите фактори, които най-точно отразяват наличието на риск. Някои рискови фактори включват по няколко елемента; не всеки елемент е нужно да е налице, за да се определи рейтингът на рисковия фактор, който се разглежда.

**Скала за оценка на риска:**

**0-9 точки (няма достатъчна информация, не може да си оцени риска)**
**10-20 точки – риск от насилие**
**20-30 точки – висок риск от насилие**

Чрез изготвянето на задълбочена оценка с активното участие на медицинската сестра и включваща специалисти, работещи с детето от образователната институция (учители, психолози, педагогически съветници) може да се идентифицират деца които са станали жертва, както и тези с голям риск от насилие.

**Заключение**

Широко разпространените убеждения и нагласи в страната ни, че насилието и безнаказаността при неспазване на законите, са трудно преодолими, дори толерирани, на този етап от развитието ни, спъват формирането и активността на гражданското общество. Това налага всеобхватни мерки и усилия от страна на институции, политици, семейства, възпитатели и обществото като цяло за превенция на насилието още в детска възраст.

**Използвана литература**


1. Борисова, В. Специфичната връзка между агресия и насилие/ Обществено възпитание, 2008г. бр.3, с. 39

2. Василева, В. Насилието и агресията сред подрастващите /сп. Педагогически новости, 2013, налична на: http://pedagogicnews.uni-ruse.bg/%D0...

3. Врабчева, П., А. Андонова. Обективен статус и аналитичен коментар на здравното обслужване на учениците в училищните здравни кабинети/ Medicine, 2015, Volume V, Number 1,

4. Закон за закрила на детето (обн. ДВ бр. 48 от 13 Юни 2000 г., последни изм. и доп. ДВ. бр. 99 от 20 Ноември 2020г.)

5. Закон за защита от домашното насилие (обн., ДВ, бр. 27 от 29.03.2005 г., изм.,ДВ бр. 99 от 17.12.2010 г., в сила от 1.01.2011 г.)

6. Закон за здравето (обн. ДВ, бр. 70 от 10 август.2004 г., в сила от 1 януари 2005 г, последни доп. ДВ. бр.21 от 12 Март 2021г., изм. ДВ. бр.8 от 28 Януари 2022г.)

7. Конвенция за правата на детето. Приета от ОС на ООН на 20.11.1989 г.( Ратифицирана с решение на ВНС от 11.04.1991 г. - ДВ, бр. 32 от 23.04.1991 г. В сила от 3.07.1991 г.)

8.Междуинституцинален план за действие за превенция на агресията и за засилване на сигурността в образователните институции, наличен на: http://pgsi.bg/images/documents/Plan_za_deistvie_Agresia_10_04_17.pdf

9. Наредба №3 за здравните кабинети в детските заведения и училищата,( обн. ДВ. бр.38 от 9 Май 2000г., изм. ДВ. бр.83 от 10 Октомври 2000г.)
10. Национална програма за превенция на насилието и злоупотребата с деца 2017-2020, налична на:http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1223
11. Младенова, М. Роля и отговорности на медицинските специалисти в детското и училищно здравеопазване, налична на: http://nursing-bg.com/4_Uchilishta.pdf13.
12. Правилник за прилагане на Закона за закрила на детето (обн., ДВ, бр. 66 от 25.07.2003 г., изм.ДВ, бр. 2 от 8.01.2021 г., в сила от 8.01.2021 г.)
13. УНИЦЕФ Изследване на насилието над деца в България , наличен на https://www.unicef.org/bulgaria/documents

**Адрес за кореспонденция:**
Даниела Тасева
e-mail: daniela_taseva@abv.bg
гр. Велико Търново, ул. Михаил Кефалов №2

# ПРОФЕСИОНАЛНА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ПЪРВИ ВИПУСК АКУШЕРКИ И МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ, ЗАВЪРШИЛИ ВЪВ ФИЛИАЛ ВЕЛИКО ТЪРНОВО НА МУ – ВАРНА

**Жана Павловска, Янка Маркова – Димитрова**
*Катедра „Здравни грижи, Филиал Велико Търново, МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна*

# PROFESSIONAL IMPLEMENTATION OF THE FIRST GRADUATION OF MIDWIVES AND NURSES GRADUATED IN THE VELIKO TARNOVO AFFILIATE OF MEDICAL UNIVERSITY OF VARNA

**Zhana Pavlovska, Yanka Markova – Dimitrova**
*Department of Health Care, Veliko Tarnovo Affiliate,*
*Medical University of Varna*

**Резюме**

Разкриването на филиали към медицинските университети е положителна стъпка за преодоляване на дефицита от специалисти по здравни грижи.

**Целта** на настоящото проучване е да се изследва и анализира началния период на професионална реализация на завършилите медицински сестри и акушерки от първи випуск на Филиал Велико Търново към МУ – Варна.

**Материал и методи:** чрез самостоятелно разработена анкетна карта е проучено е мнението на 17 акушерки и 12 медицински сестри, дипломирали се през 2019 г. Използвани са документален, социологически (анкетен), статистически метод и графично представяне на резултатите.

**Резултати:** Всички анкетирани медицински сестри и акушерки работят по специалността си, предимно в лечебни заведения за болнична помощ. Изборът на работно място при повечето е свързан с процеса на обучение. Периодът на адаптация за половината от тях е продължил около месец, при една трета е преминал по време на обучението, а за останалите е продължил по-дълго. Добрата теоретична и практическа

подготовка, както и доброто отношение на медицински сестри и акушерките по места, подпомага по-бързата адаптация. Старшите медицински сестри и лекарите (при акушерките) също са подкрепили започващите работа. Една четвърт от медицинските сестри и една трета от акушерките надграждат обучението си чрез придобиване на магистратура, останалите разчитат на курсове и самообучение. Едва половината от анкетираните са доволни от заплащането си, но повечето споделят, че работата ги удовлетворява.

**Заключение:** Завършилите медицински сестри и акушерки от първи випуск на Филиал Велико Търново успешно упражняват професиите си, бързо се адаптират и продължават да надграждат образованието си.

***Ключови думи:*** *професионална реализация, медицински сестри, акушерки, адаптация, продължаващо обучение*

**Abstract**

The opening of affiliations to medical universities is a positive step to address the shortage of healthcare professionals.

**The purpose** of the present study is to investigate and analyze the initial period of professional realization of the graduates of nurses and midwives from the first graduation of the Veliko Tarnovo Affiliate of the Medical University – Varna.

**Material and methods:** through a self-developed questionnaire, the opinion of 17 midwives and 12 nurses who graduated in 2019 has been studied. Documentary, sociological (survey), statistical method and graphical presentation of the results have been used.

**Results:** all surveyed nurses and midwives work in their specialty, mostly in hospital care facilities. The choice of workplace for most is related to the training process. The adaptation period for half lasted about a month, for a third it passed during education, and for the rest it lasted longer. Good theoretical and practical preparation, as well as the good attitude of nurses and midwives in places, supports faster adaptation. Senior nurses and doctors (with midwives) have also supported those starting work. A quarter of nurses and a third of midwives upgrade their education by obtaining a master's degree, the rest rely on courses and self-study. Only half of those surveyed are satisfied with their pay, but most declare that their work satisfies them.

**Conclusion:** graduated nurses and midwives from the first graduating class of the Veliko Tarnovo Affiliate successfully practice their professions, quickly adapt and continue to upgrade their education.

***Key words:*** *professional realization, nurses, midwives, adaptation, continuing education*

## ВЪВЕДЕНИЕ

Наличието на достатъчен брой компетентни медицински специалисти по здравни грижи е важно условие за постигане на по-добро здраве за хората от цялото общество. За съжаление през последните години броят на медицинските сестри, акушерките и професионалистите по здравни грижи непрекъснато намалява. Тази тенденция продължава да се задълбочава. По данни от Националния регистър на БАПЗГ за 10 годишен период (2012 – 2021г.) медицинските сестри са намалели от 25 597 през 2012 г. до 22 320 през 2021 г., а средната им възраст продължава да нараства от 48,27 на 52,59 години. Почти 30% от медицинските сестри са на възраст над 60 години. Броят на акушерките след 2016 г. се е увеличил с 66 и през 2021 г. те съставляват 3799, но тенденцията на застаряване при тях също се задълбочава и средната им възраст за разгледания период 2012 – 2021 г. се е повишила от 47, 06 на 49, 09 години (1). Недостиг на медицински специалисти от всички специалности има във всички области на

здравеопазването, включително и в големи и утвърдени с годините лечебни заведения, които са с национално значение за общественото здраве.

Положителна стъпка в процеса за удовлетворяване на нарастващите потребности на населението от акушерски и здравни грижи е предприетата дейност на МУ – Варна по проекти за разкриване на филиали. С решение на Народното събрание, обнародвано в Държавен вестник бр. 53 от 14 юли 2015 г. филиал се разкри и във Велико Търново. Обучението по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ с ОКС „бакалавър“ започна от учебната 2015/2016 година. През 2019 г. се дипломираха първите акушерки и медицински сестри. Средният успех на първия випуск дипломанти от специалност „Акушерка“ е 5,19, а от специалност „Медицинска сестра“ – 5,23.

**ЦЕЛ** на проведеното проучване е да се изследва и анализира началния период на професионална реализация на завършилите медицински сестри и акушерки от първи випуск на Филиал Велико Търново.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

Проучено е мнението на 17 акушерки и 12 медицински сестри, дипломирали се през 2019 година във Филиал Велико Търново. Проучването е анонимно, чрез самостоятелно разработена анкетна карта, след взето информирано съгласие от страна на анкетираните. Използвани методи: документален, социологически (анкетен), статистически метод и графично представяне на резултатите.

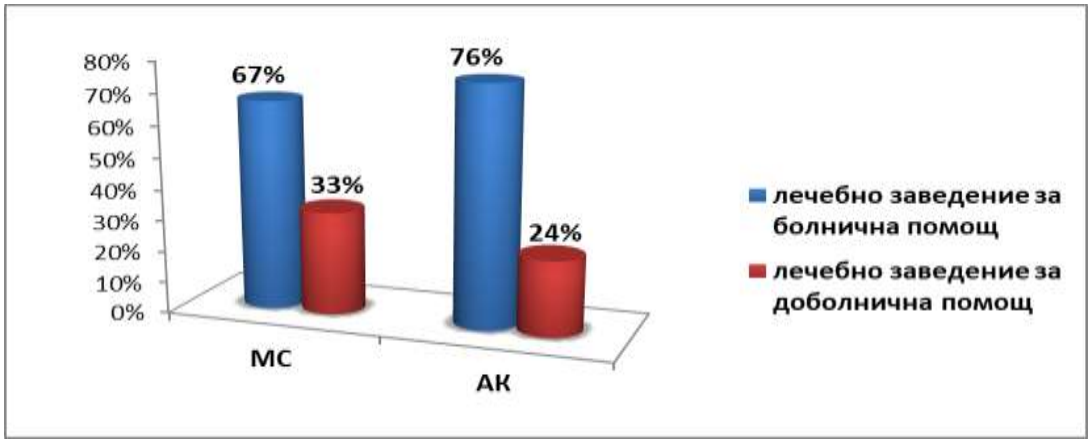
**РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

Изключително удовлетворяващо е, че всички завършили медицински сестри и акушерки работят по специалността си. ***Табл. 1.*** показва населените места където те се реализират професионално след дипломирането си. С изключение на една медицинска сестра, всички работят в България.

***Табл. 1. Месторабота по населено място***

| Населено място | Акушерки | Медицински сестри |
|---|---|---|
| Велико Търново | 11 | 7 |
| София | | 1 |
| Варна | 1 | |
| Стара Загора | 1 | |
| Добрич | 1 | |
| Габрово | 1 | |
| Търговище | 1 | |
| Омуртаг | 1 | |
| Бяла | | 2 |
| Дебелец | | 1 |
| Лондон (Великобритания) | | 1 |

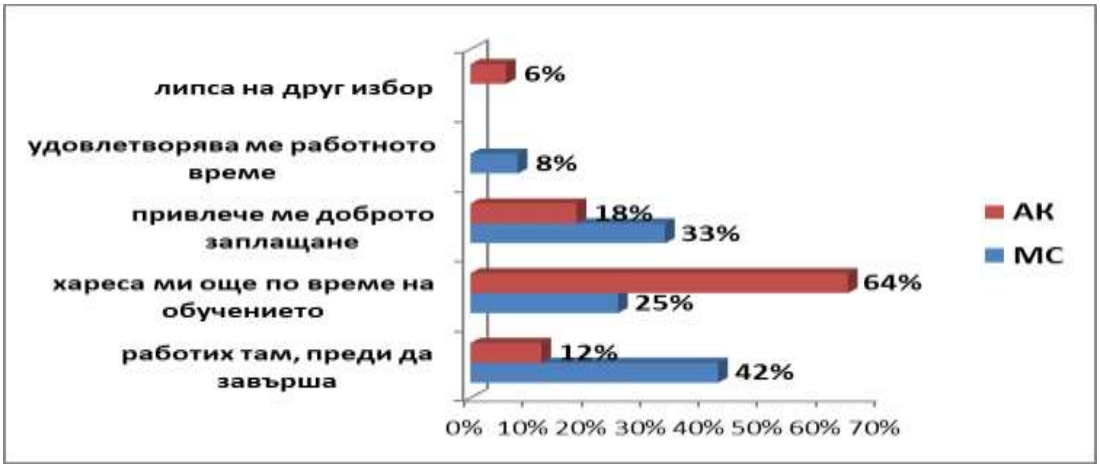
По отношение на структурата, в която упражняват професията си, повечето млади специалисти са се насочили към лечебни заведения за болнична помощ – 76% (n=13) от акушерките и 67% (n=8) от медицинските сестри, (Фиг.1).




***Фиг. 1. Месторабота на акушерките и медицинските сестри***

Проведените реформи в България след 2000 г. доведоха до закриване на структури като Женска и Детска консултация, преобразуваха се бившите поликлиники, а работещите в тях медицински сестри и акушерки бяха принудени да напуснат или да се преориентират професионално, поради изключително ниско заплащане и унизителни условия на труд. Тази тенденция продължава и след 20 години и това е причина много малко медицински сестри и акушерки работят в доболничната помощ.

Изборът на конкретно работно място при повечето анкетирани респонденти е свързан много тясно с процеса на обучение, (Фиг. 2.)

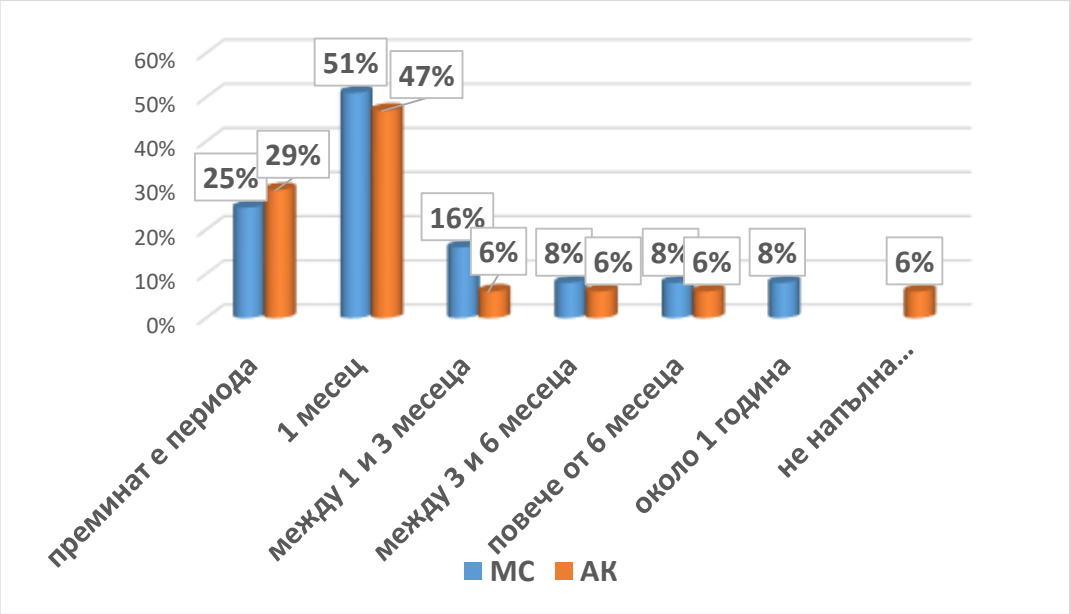



***Фиг. 2. Избор на работно място***

За голяма част от медицинските сестри (42 %) първото работно място е избрано още по време на следването, тъй като те са работили като болногледачи или технически секретари в конкретната структура. Позната им е организацията на работа, спецификата на дейностите, участвали са до някаква степен при обгрижването на пациентите. Това се отнася и за голяма част от акушерките (64%), въпреки, че техният избор е направен по време на обучението по Клинична практика или по време на Преддипломния стаж. Доброто заплащането също е от значение за голяма част от новозавършилите медицинските сестри (33%), както и за част от акушерките (18%).

Встъпването в длъжност, в реална работна среда, като пълноправни медицински сестри и акушерки почти винаги е свързано с известен период на приспособяване и адаптация от страна на новопостъпилите. Обучението по време на Клиничната практика и особено по време на Преддипломния стаж цели постепенно навлизане на обучаващите

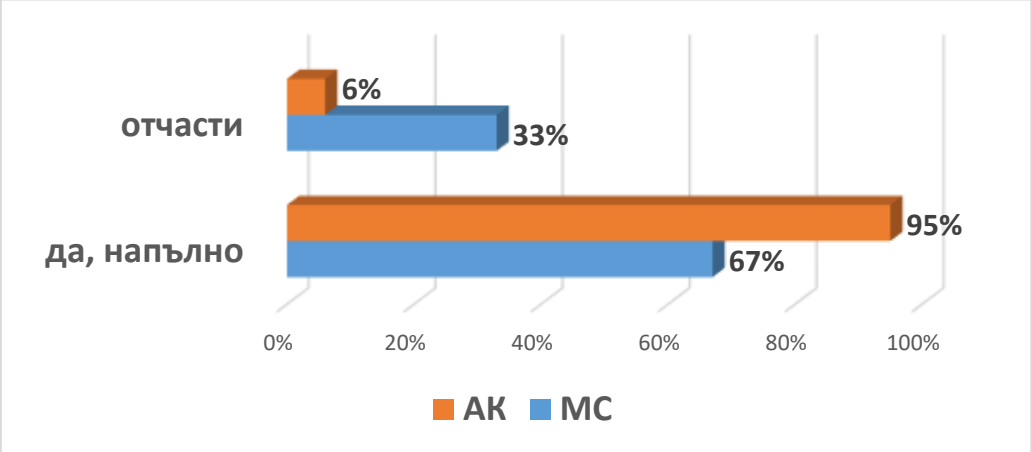
се студенти в новите роли на медицински сестри и акушерки. С придобиването на знания и опит този преход става по-плавно и без напрежение. За 25% от медицинските сестри и 29% от акушерките адаптацията е осъществена още по време на обучението (Фиг. 3.).




***Фиг. 3. Продължителност на периода на адаптация***

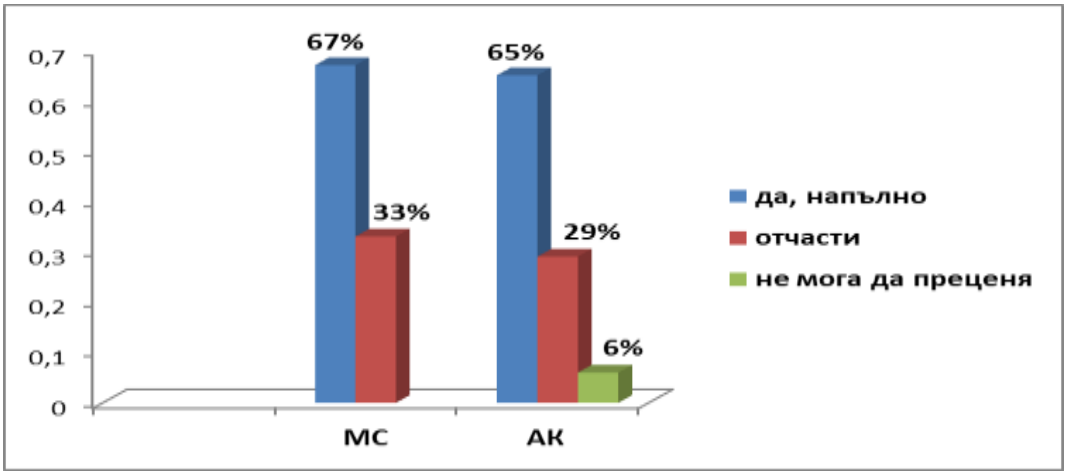
За около половината от анкетираните периодът на адаптация е продължил сравнително малко, около един месец. Това може да се свърже с добрата им теоретична и практическа подготовка, която са придобили по време на обучението. За останалите този период е бил по-дълъг – три, шест месеца, година и повече.

Акушерките (94%) се чувстват по-подготвени теоретически при постъпване на работа от медицинските сестри, при които малко над 2/3 (67%) декларират добра теоретична подготовка, (Фиг. 4.).



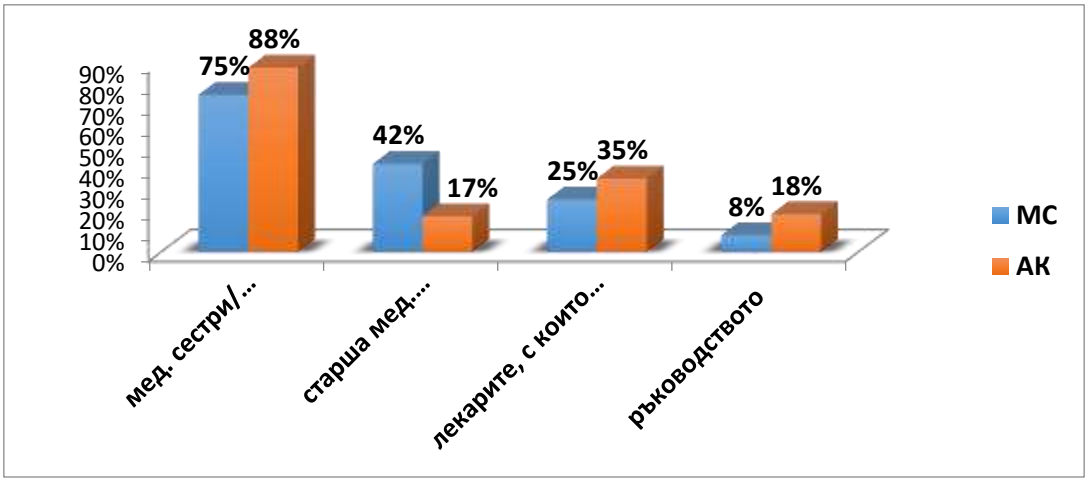

***Фиг. 4. Достатъчност на теоретични знания***

По отношение на практическата подготовка резултатите при двете групи респонденти са почти еднакви. Над две трети от медицинските сестри (67%) и акушерките (65%) се чувстват напълно подготвени, но и при двете групи (33% от медицинските сестри и 29% от акушерките) споделят, че са неуверени при изпълнение на практическите задължения, в периода когато са започнали да работят самостоятелно без наставник и преподавател.




***Фиг. 5. Достатъчност на практически умения***

Добрата теоретична и практическа подготовка на студентите подпомага добрата адаптация, но не трябва да изключваме и човешкия фактор, (Фиг. 6). Голяма част от анкетираните респонденти – 75% от медицински сестри и 88% от акушерки споделят, че процеса на адаптация при тях е протекъл много леко, благодарение на акушерките и медицинските сестри и акушерките, с които работят.

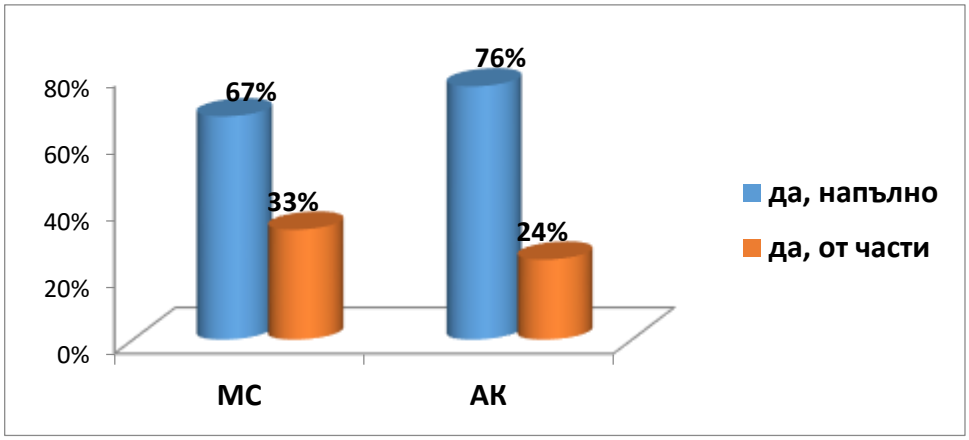



***Фиг. 6. Подпомагане на адаптацията*** *(*Резултатите от оценката надвишават 100%, тъй като анкетираните са посочили повече от един отговор)*

Доброто отношение и подкрепата способстват за по-голяма увереност от страна на новопостъпилите при осъществяване на професионалните им дейности. За голяма част от новопостъпилите медицински сестри, старшата медицинска сестра е тази, която е подпомогнала в голяма степен периода на адаптация, а при 35 % акушерките лекарите са допринесли значително за добро интегриране в екипа.

За изминалия период от 3 години, на две акушерки и три медицинските се е наложило да променят работното си място. Причините за това са: ниско заплащане, неудовлетвореност от работата и професионален конфликт. По отношение на заплащането на труда едва около половината медицинските сестри – 58% и 47% от акушерките се чувстват напълно удовлетворени от заплащането на труда, който полагат.

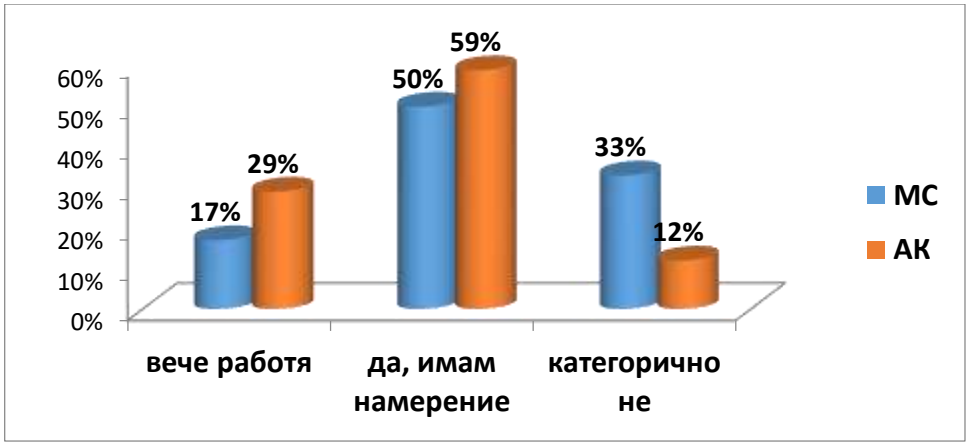
Много по-голям е делът на удовлетвореност от работата: 67% при медицинските сестри и 76% при акушерките, (Фиг.7).




*Фиг. 7. Удовлетвореност от работата*

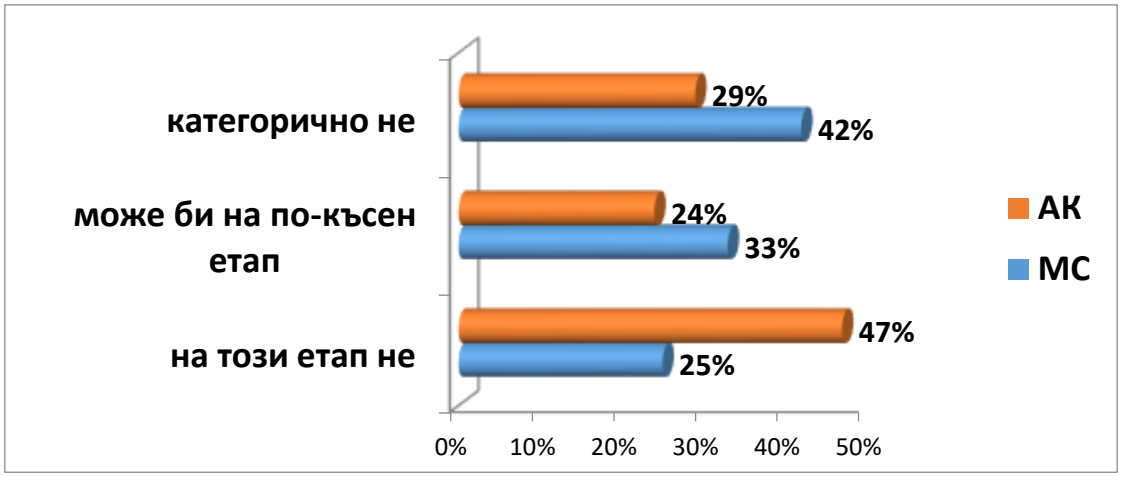
Началото на професионалния път на завършилите от първия випуск съвпадна с Ковид епидемията. Изключително труден и критичен период за цялата здравеопазна система. С малки изключения, почти всички от първия випуск се включиха да работят в Ковид отделенията, а някои дори по няколко пъти. Много от тях се разболяха, но не напуснаха и изпълниха задълженията, който са поели към пациентите.

Независимо, че имат само около 3 години трудов стаж, 29% от акушерките и 17% от анкетираните медицинските сестри вече работят на второ работно място. Голяма част (59% от акушерките и 50% от медицинските сестри) имат такива намерения за в бъдеще време. Причина за това е най-вече ниското заплащане, което повечето искат да компенсират с второто работно място. Има и такива, които на този етап са категорични, че не желаят да започнат втора работа – 33% от медицинските сестри и 12% от акушерките (Фиг. 8.), вероятно поради натрупалата се умора след пандемията или поради това, че и там ще са също така ниско заплатени.




*Фиг. 8. Работа на второ работно място*

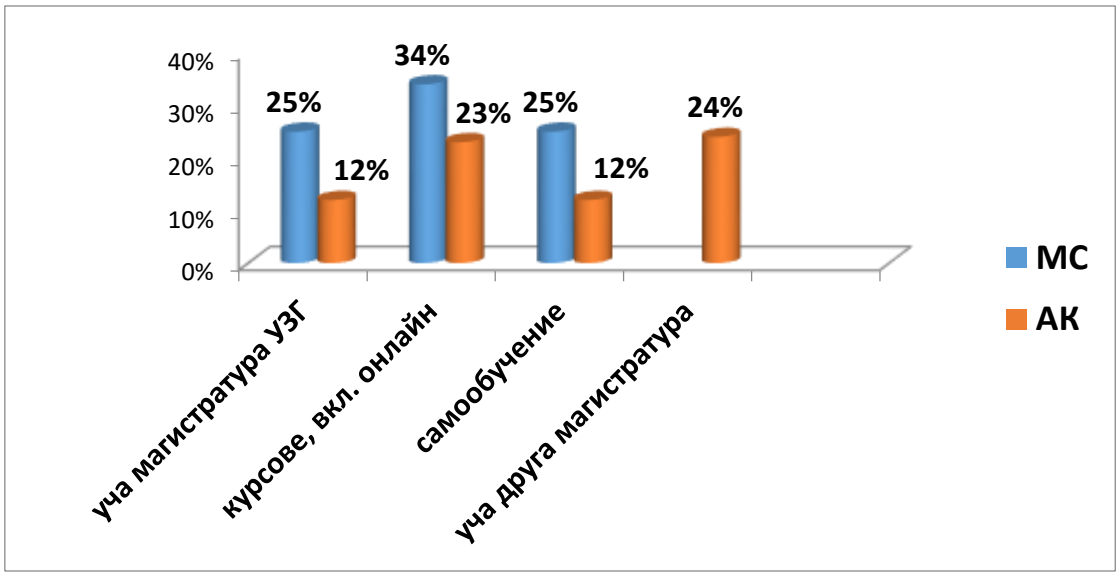
Попитахме новозавършилите акушерки и медицински сестри какви са намеренията им по отношение на реализацията им чужбина, (Фиг. 9.).




***Фиг. 9. Намерения за работа в чужбина***

До този момент само една медицинска сестра работи в чужбина, в Лондон, Великобритания. Преобладаващите отговори са „категорично не“ – 42% при медицинските сестри и „на този етап не“ – 47% при акушерките, но една трета от медицинските сестри и една четвърт от акушерките отговарят, че „може би на по-късен етап“ ще се опитат да се реализират в чужбина.

Професионалното развитие е тясно свързано с продължаващото обучение, което се осъществява през целия професионален път на медицинския специалист. Независимо, че са завършили само преди три години повечето от медицинските сестри и акушерките продължават да надграждат своите знания и умения, (*Фиг. 10.).*

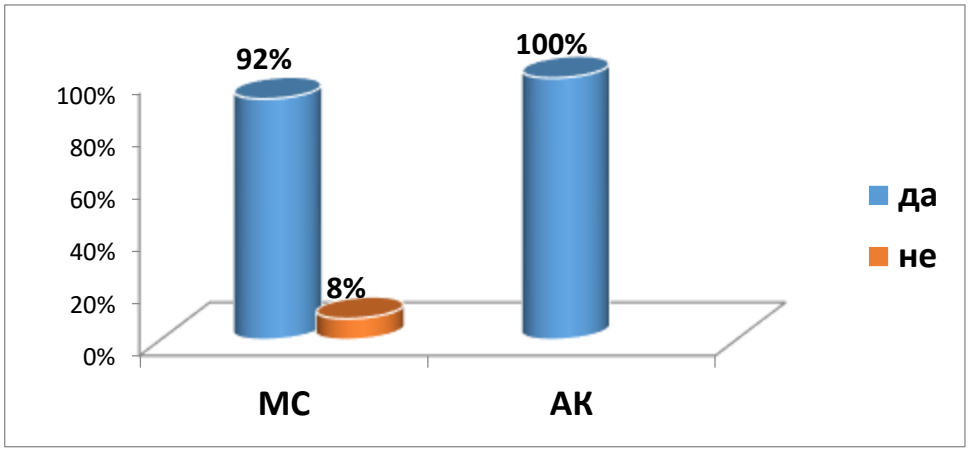



***Фиг. 10. Надграждане на образованието*** *(*Резултатите надвишават 100%, тъй като анкетираните са посочили повече от един отговор)*

Една четвърт от анкетираните медицински сестри – 25% (n=4) учат магистратура „Управление на здравните грижи“, при акушерките са по-малко – 12% (n=2), но при тях 24% (n=4) са се насочили към изучаване на друга магистратура. Голям е делът на участващите в курсове, включително онлайн професионални обучения, които по време на Ковид епидемията се оказаха много полезни за повишаване на квалификацията – 34% от медицинските сестри и 23% от акушерките. Самообучението също е засегнато при

част от анкетираните респонденти. Една четвърт от медицинските сестри и 12% от акушерките разчитат предимно на него.

В края на проучването попитахме нашите бивши студенти дали биха препоръчали Филиал Велико Търново за обучение по тяхната специалност, (Фиг.11).




***Фиг.11. Мнение на анкетираните за обучението във Филиал Велико Търново***

Резултатите показват, че 92 % от медицинските сестри и 100% от акушерките биха препоръчали Филиал Велико Търново където са получили образованието си.

**ИЗВОДИ**

1. Всички медицински сестри и акушерки от първи випуск на Филиал Велико Търново работят по специалността си, предимно в лечебни заведения за болнична помощ, в България (с изключение на една медицинска сестра).
2. Изборът на конкретно работно място при повечето анкетирани респонденти е свързан тясно с процеса на обучение.
3. Повечето акушерки и две трети от медицинските сестри споделят, че са били подготвени теоретически, но една трета и при двете групи респонденти са се чувствали неуверени, по отношение на практическите си умения в началото на професионалната си реализация.
4. За една трета от медицинските сестри и акушерките периодът на адаптация е преминал още по време на обучението, за половината е бил достатъчен един месец, а за останалите по-дълго време.
5. Най-голяма подкрепа при постъпване на работа начинаещите медицински специалисти получават от колегите си по месторабота – сестри и акушерки. На следващо място са старшите медицински сестри и лекарите при акушерките.
6. Причините за промяна на работното си място са: ниско заплащане на труда, неудовлетвореност от работата и професионален конфликт.
7. Една четвърт от медицинските сестри и една трета от акушерките надграждат обучението си чрез придобиване на магистратура, останалите разчитат на курсове и самообучение.
8. Почти всички от първия випуск медицински сестри и акушерки биха препоръчали Филиал Велико Търново за обучение.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Завършилите медицински сестри и акушерки от първи випуск на Филиал Велико Търново успешно упражняват професиите си, бързо се адаптират и продължават да надграждат образованието си.

**ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА**

1. Василева, М. Здравните грижи и предизвикателствата на 21 век, мисия и отговорност на БАПЗГ. Eleventh International Medical Kongress “Public Health-National, Regional & European Prioritiestmber”, 8-11 September 2022., pp 43.

*Адрес за кореспонденция:*
*Гл. ас. Жана Павловска, д.оз.*
*Филиал В. Търново, МУ – Варна,*
*ул. „Михаил Кефалов“ 2*
*гр. В. Търново, 5000*
*e-mail: Zhana.Pavlovska@mu-varna.bg*

## ВЛИЯНИЕ НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО И ОНКОЛОГИЧНОТО ЗАБОЛЯВАНЕ ВЪРХУ СОЦИАЛНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ

**Калина Катранджиева, Катя Егурузе**
*Медицински университет – Варна, Катедра по здравни грижи*

## IMPACT OF RADIATION THERAPY AND ONCOLOGY ON PATIENTS' SOCIAL WELL-BEING

**Kalina Katrandzhieva, Katya Eguruze**
**Medical University** - *Varna, Department of Health Care*

**Резюме:** Диагнозата „карцином“ винаги оказва негативно влияние върху благосъстоянието на пациентите. В тази връзка през последните години сме свидетели на нарастващ интерес към разширяване на критериите за оценка, използвани в клиничните проучвания, извън традиционните маркери за оценка на терапевтичния резултат и това е въздействието на болестта и нейното лечение върху социалното функциониране на пациента. Целта на настоящото проучване е да се изследва влиянието на лъчелечението и онкологичното заболяване върху социалното благополучие на пациентите. Материал и методи: Изследвани и проследени са 63 пациенти с карцином на глава и шия и карцином на гърдата на средна възраст 57.2 г. (32-88 г.), които попълват специфичен въпросник за оценка на качеството в началото на лъчелечението и след неговото приключване. Резултатите са обработени с SPSS v. 20.0, като са използвани вариационен, сравнителен, дисперсионен и корелационен анализи. Резултати: Средната оценка на социалното благосъстояние на пациентите преди началото на лъчелечението е 21.9 (5-28), а след проведената терапия е 22.1 (4-28), като се установява силна зависимост между проведеното лечение и социалното благополучие ($r=0.914$; $p<0.001$). Установена е съществена разлика между оценката за социалното благосъстояние между двете изследвани групи ($p<0.05$), като пациентите с карцином на глава и шия имат по-ниска оценка. Заключение: Психологическата подкрепа в този период оказва съществено значение в преодоляване на психо-емоционалното сътресение, през което преминават пациентите и техните близки.

**Ключови думи: социално благополучие, медицинска сестра, психологическа подкрепа**

**Abstract:** A diagnosis of "cancer" always has a negative impact on the well-being of patients. In this regard, in recent years we have witnessed a growing interest in expanding the

evaluation criteria used in clinical trials beyond the traditional markers for evaluating therapeutic outcome and that is the impact of the disease and its treatment on the patient's social functioning. The aim of the current study was to investigate the impact of radiotherapy and oncology on patients' social well-being. Material and methods: 63 patients with head and neck cancer and breast cancer with a mean age of 57.2 years (range 32-88 years) who completed a specific quality assessment questionnaire at the beginning of radiotherapy and after its completion were studied and followed. The results were processed with SPSS v. 20.0, using variance, comparative, variance and correlation analyses. Results: The average score of patients' social well-being before the start of radiotherapy was 21.9 (5-28), and after the therapy was 22.1 (4-28), establishing a strong relationship between the treatment and social well-being ($r=0.914$; $p <0.001$). A significant difference was found between the social welfare score between the two studied groups ($p<0.05$), with patients with head and neck cancer having a lower score. Conclusion: Psychological support during this period is essential in overcoming the psycho-emotional turmoil that patients and their relatives go through.

**Key words: social welfare, nurse, psychological support**

**Въведение:** Качеството на живот е субективно понятие и няма общоприето определение за него. Концепцията е по-широка от тази за здравния статус и включва разглеждане поне на физическото, психологическото и социалното въздействие на заболяването [6]. Cella и Cherin [2] определят качеството на живот (КЖ) като „оценка на пациента и удовлетворение от текущото им ниво на функциониране в сравнение с това, което те възприемат като възможно или идеално. Световната здравна организация го определя като „условие на живот, произтичащо от комбинация от ефектите на пълен набор от фактори като тези, определящи здравето, щастието, включително комфорт във физическата среда и удовлетворяваща професия, образование, социални и интелектуални постижения, свобода на действие, правосъдие и свобода на изразяване.” [5].

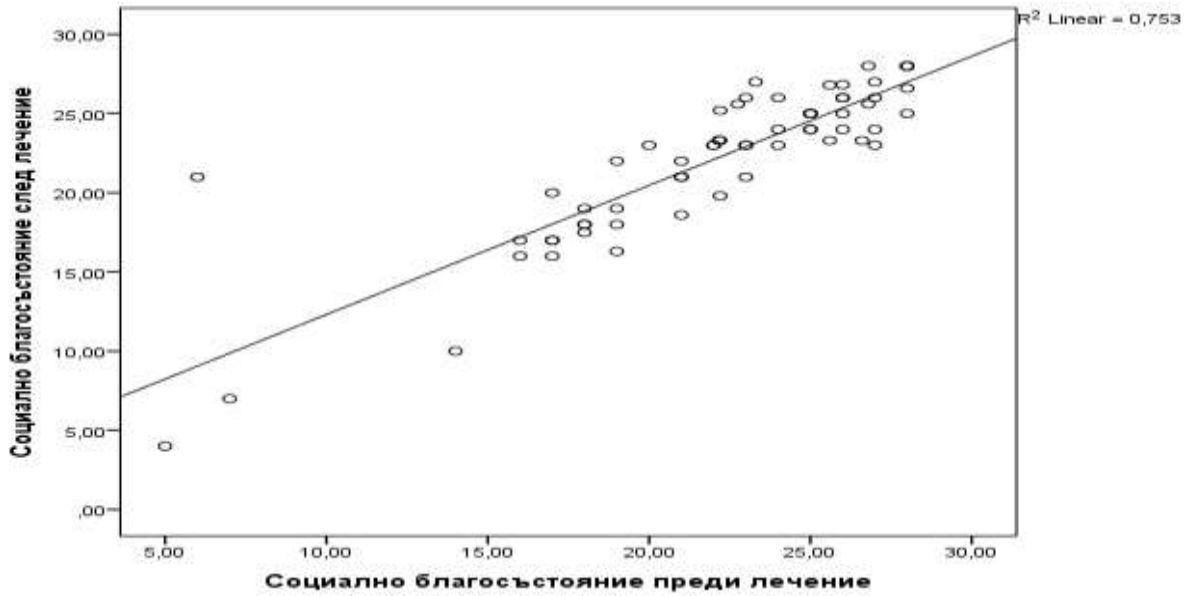
Диагнозата „карцином“ може да повлияе негативно на благосъстоянието на пациента. Съобщава се за психологически дистрес, сексуална дисфункция и променен образ на тялото при пациенти, подложени на оперативни лечение и лъчелечение [4]. Стойността на измерването на КЖ при пациенти с карцином на млечната жлеза се признава все повече. Измерването на КЖ трябва да идентифицира и опише увреждащите ефекти на заболяването или неговото лечение. Това трябва да помогне на лекаря и пациента да избират по-лесно между алтернативни възможности за лечение. Когато няма разлика в преживяемостта, ще бъде възможно да се препоръча лечение, което води до най-добро качество на живот.

От друга страна, социалната подкрепа се определя като всякакъв вид комуникация, под формата на физическа или психологическа помощ, за да може някой да почувства повече самоконтрол в трудни моменти [1, 7]. Проучванията показват, че социалната подкрепа, усетена или възприемана от индивида, произвежда положително въздействие [10]. Възприеманата социална подкрепа е отрицателно свързана с психологическия дистрес и мислите за самоубийство при пациенти с карцином [3].

Цел: Целта на настоящото проучване е да се изследва влиянието на лъчелечението и онкологичното заболяване върху социалното благополучие на пациентите.

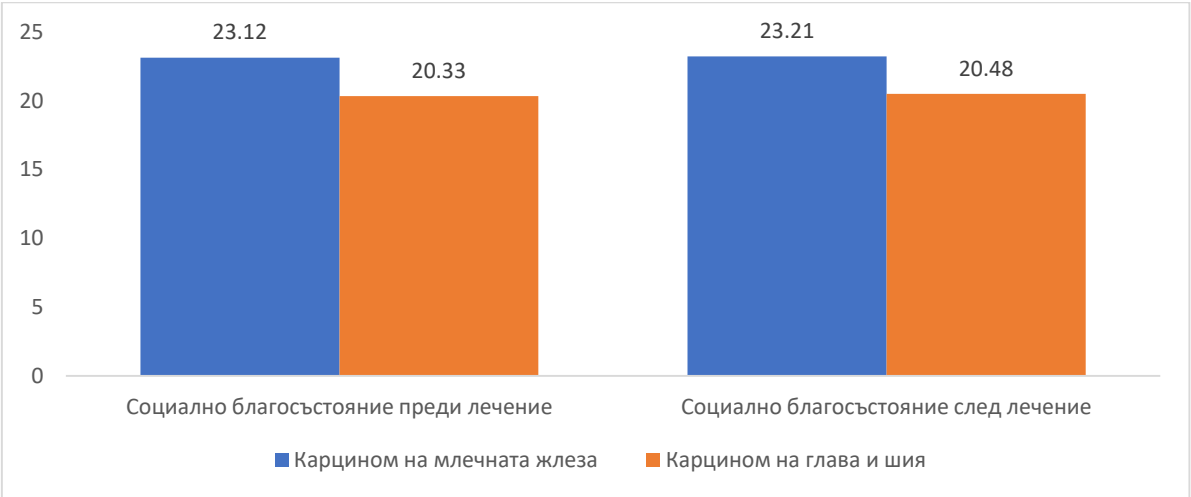
Материал и методи: Изследвани и проследени са 63 пациенти с карцином на глава и шия и карцином на гърдата на средна възраст 57.2 г. (32-88 г.), които попълват специфичен въпросник за оценка на качеството в началото на лъчелечението и след неговото приключване. Всички пациенти са попълнили декларация за информирано съгласие. Резултатите са обработени с SPSS v. 20.0, като са използвани вариационен, сравнителен, дисперсионен и корелационен анализи.

Резултати: Изследвани са 63 пациенти на средна възраст 57.2 г. (32-88 г.), от които 37 (58.7 %) са с карцином на млечна жлеза и 26 (41.3 %) са с карцином на глава и шия. Средната оценка на социалното благосъстояние на пациентите преди началото на лъчелечението е 21.9 (5-28), а след проведената терапия е 22.1 (4-28), като се установява силна зависимост между проведеното лечение и социалното благополучие (r=0.914; p<0.001) (Фиг. 1).




**Фиг. 1. Влияние на лечението върху социалното благосъстояние**

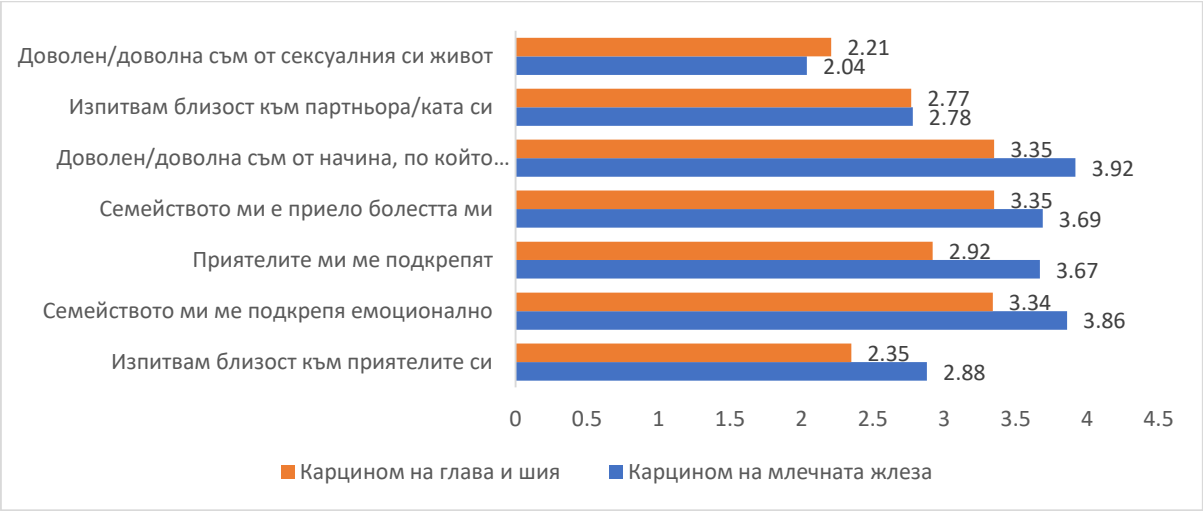
Изследването на средната оценка на социалното благосъстояние преди лечение показа наличието на съществена разлика между двете изследвани групи (p=0.035), като пациентите с карцином на глава и шия имат по ниска оценка (Фиг. 2). Тази разлика се запазва и при изследването на показателя след проведената терапия (p=0.028).




**Фиг. 2. Средна оценка на социалното благосъстояние преди и след лечение при двете изследвани групи пациенти**

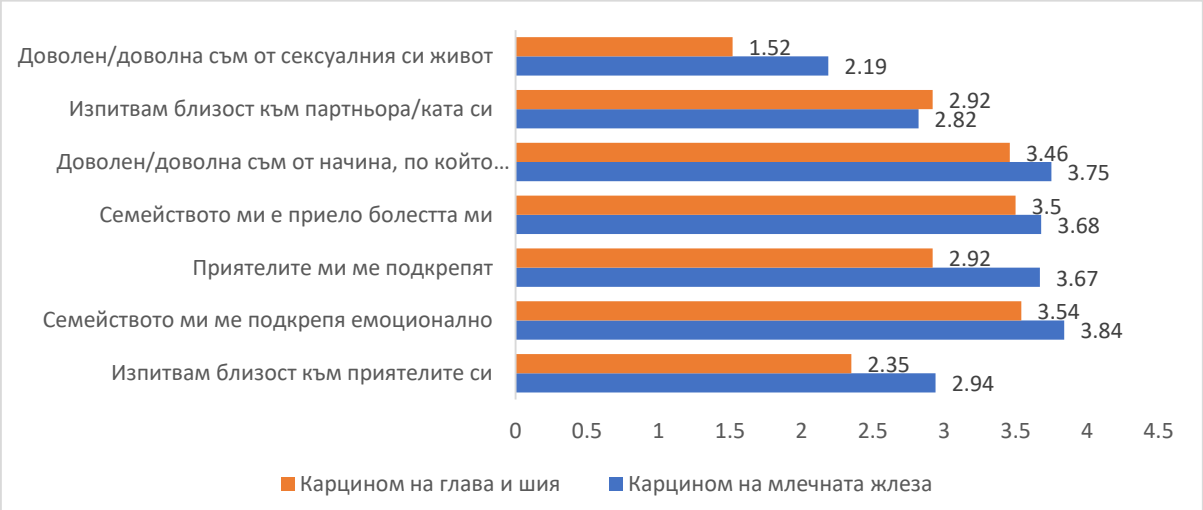
Изследването на отделните показатели на социалното благополучие преди лечението показва наличието на съществена разлика между двете групи при всички показатели (p<0.05) с изключение на въпросите свързани с личните взаимоотношения

(Фиг. 3). Резултатите показват, че всички въпроси свързани с оценка на някаква близост са с най-ниски резултати.




**Фиг. 3. Средна оценка на отделните показатели на социалното благополучие преди лечение**

Проследяването на същите показатели за социално благополучие след проведеното лечение отново показва разлика, като съществена остава само по отношение на семейната подкрепа ($p<0.001$) и удовлетвореността от начина, по който семейството се отнася към болестта ($p=0.022$) (Фиг. 4). Показателите свързани с оценка на близостта отново остават с най-ниска оценка, като това ясно се вижда по отношение на сексуалната активност на пациентите.




**Фиг. 4. Средна оценка на отделните показатели на социалното благополучие след лечение**

Обсъждане: Ограниченията на резултатите от това изследване са свързани с дизайна на напречното сечение, който не позволява установяване на причинно-следствени връзки. Пациентите с карцином на млечната жлеза и карцином на глава и шия, получаващи лъчелечение, показват значителни промени в КЖ и неговите различни измерения. Пациентите в това проучване, считат своето здравословно състояние и КЖ за задоволителни, което се доказва от резултата на социалното благосъстояние.

По отношение на показателите на социалното благополучие, резултатът показа най-лош резултат за сексуално функциониране и близостта. Може да се каже, странични ефекти от лъчелечението са един от факторите за тези резултати.
Резултатът за сексуалната активност и близостта с партньора, което показва, че е имало изключително неудовлетворение от качеството на връзката. Различни изследвания предполагат, че проблемите със сексуалното функциониране са често срещани при пациенти с карцином, подложени на лъчелечение [9].

Предишни проучвания [8] предполагат, че най-важният източник на подкрепа за пациентите с карцином е семейството. Въпреки това, грижата за член на семейството с карцином поставя значителни предизвикателства, със значителни потенциални психосоциални последици за обгрижващия, особено при карцином в напреднал стадий. От една страна, това може да обясни по-ниските резултати, получени от пациенти с карцином при мярката, използвана за оценка на социалната подкрепа. От друга страна, бъдещите проучвания трябва да насочат вниманието си към различни източници на подкрепа, за да изяснят допълнително връзката между възприятието на пациентите за социална подкрепа и депресивните симптоми.

**Изводи:** Резултатите от настоящото изследване показват, че има съществена разлика в социалното благополучие на пациентите с карцином на млечната жлеза и на глава и шия като най-засегната област е сферата на взаимоотношенията и близостта със семейството и партньора.

**Заключение:** Основното предизвикателство след лечението е да се възстанови самочувствието на пациентите. Семействата се съветват съвместно, така че семейната връзка да стане отново силна, особено между съпруг и съпруга. Пациентите са мотивирани да се върнат на работа и да започнат да участват в социалните дейности по начина, по който са го правили преди диагностицирането.

**Използвана литература:**


1. Albrecht TL, Adelman MB Communicating social support: A theoretical perspective. In: Albrecht TL, Adelman MB, editors. Communicating social support. Newbury Park, CA: Sage, 1987, pp. 18-39
2. Cella DF, Cherin EA. Quality of life during and after cancer treatment. Compr Ther. 1988;14:69–75
3. Ceyhan M, Sengül B, Kaya V, Ahmet Sen C, Kaya K. Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. Med Sci Monit, 2014, 20: 329-336
4. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Sullivan M. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. Belgium: EORTC Quality of Life Study Group; 1999
5. Pal H, Singhal A, Aruna T, Jena R. Quality of life in breast cancer patients. Hosp Today. 2002;7:35–7
6. Selby P. Measurement of quality of life in cancer patients. J Pharm Pharmacol. 1993;45(Suppl 1):384–6
7. Shrestha JS. Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. Cancer Rep Rev 1: 2017. DOI: 10.15761/CRR.1000107
8. Slevin ML, Nichols SE, Downer SM, Wilson P, Lister TA, Arnott S, Cody M. Emotional support for cancer patients: what do patients really want? Brit jou of canc. 1996;74(8):1275–1279
9. Spagnola S, Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Hooker C, Cohen G, Baker F. The satisfaction with life domains scale for breast cancer (SLDS-BC) Breast J. 2003;9:463–71

10. Trevino KM, Fasciano K, Block S, Prigerson HG. Correlates of social support in young adults with advanced cancer. Support Care Cancer, 2013, 21: 421-429

# БЕЗОПАСНАТА БОЛНИЧНА СРЕДА В ПРАКТИКАТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И ПРОМЕНИТЕ, ПРЕДИЗВИКАНИ ОТ ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19: МНЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

**Ж. Стоянова, Н. Петрова**

*МБАЛ – Варна към ВМА*

**Резюме:** Глобалната пандемия от COVID-19 изправи медицинските сестри пред безпрецедентни професионални, социални и психологически предизвикателства и затвърди ролята и приноса на медицинските сестри в здравеопазването.

Това проучване се фокусира върху средата на сестринската практика, която е важен акцент по време на пандемията COVID-19, и има ограничени изследвания относно тази тема. За оценка на възприятията и мненията на медицинските сестри бяха използвани силните страни на количествения и качествения подход. Количественият и качественият анализ бяха интегрирани, за да се направят по-нюансирани интерпретации на промените в безопасната болнична среда.

След провеждането на анкетно проучване сред медицински сестри в многопрофилни болници в системата на Военномедицинска академия беше потвърдено, че медицинските сестри имат положителни възприятия и категорично осъзнават ключовата си роля в процеса на осигуряване на безопасна болнична среда в практиката си по време на пандемията.

Полуструктурираните интервюта, проведени сред ръководители на здравни грижи разкриха три предизвикателства в практиката по време на пандемията : прилагане на нови модели за осигуряване на безопасна болнична среда за персонала и пациентите ; недостиг на сестрински персонал и психологически проблеми.

Резултатите подкрепят заключението, че пандемията COVID-19 е била свързана с подобряване на средата за сестринска практика.

Медицинските сестри винаги са играли решаваща роля в лечението на пациентите и в борбата с обществените здравни събития. Прилагане на гъвкави модели от ръководителите на медицински сестри е от съществено значение за безопасната болнична среда по време на пандемията и гарантиране на устойчивост на добрите практики след нея.

**Ключови думи : безопасна болнична среда, медицински сестри, пандемия**

## Въведение

Глобалната пандемия от COVID-19 изправи медицинските сестри пред безпрецедентни професионални, социални и психологически предизвикателства и затвърди ролята и приноса на медицинските сестри в здравеопазването.

Според доклад на СЗО „Медицинските сестри играят много важна роля в подготовката на здравните системи за управление и ограничаване на въздействието на

инфекциозни заболявания като COVID-19, които се считат за третата водеща причина за смъртност в световен мащаб (СЗО, 2020).” [4].

Пандемията COVID-19 продължи повече от 2 години и засегна практиката и образованието на медицинските сестри [2], което значително повлия и безопасната болнична среда.

Тъй като пандемията продължи да се повтаря отново и отново болниците бяха изправени пред двойния натиск на превенцията и контрола на пандемията и възобновяване на нормалната си дейност.

Мерките за превенция и контрол на пандемията и управлението на безопасната болнична среда бяха възложени на медицинските специалисти. Тези промени увеличиха тежестта върху работата на медицинските сестри и повишиха изискванията към тяхната практика [1].

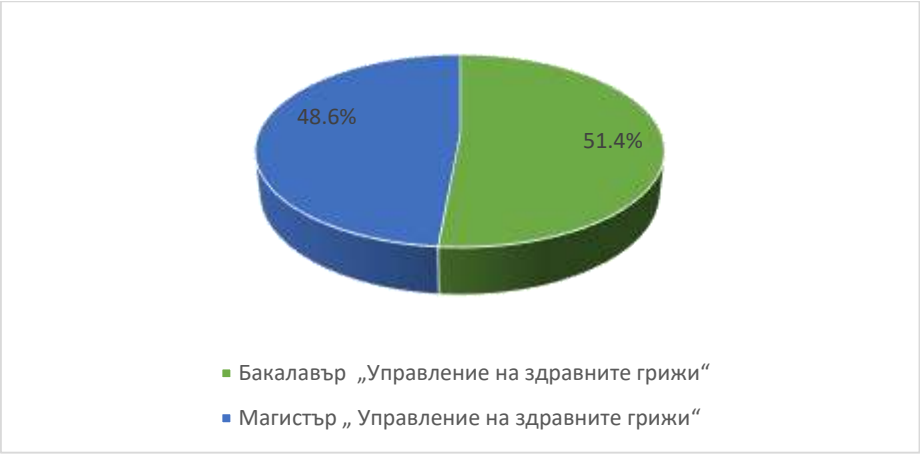
**Цел на проучването**

Настоящото проучване има за цел да (1) оцени мнението на медицинските сестри за приноса им в осигуряване на безопасната болнична среда в практиката им във връзка с пандемията от COVID-19 и (2) да проучи мнението на ръководителите на здравни грижи – главни и старши медицинските сестри за промените в безопасната болнична среда, предизвикани от пандемията COVID-19.

**Материали и методи**

Проведена е количествено емпирично проучване - пряка индивидуална анкета сред 145 практикуващи медицински сестри, разпределени в клиники/отделения с интензивен и хирургичен профил в Многопрофилните болници в гр.Варна, гр.Пловдив, гр.Плевен и гр. Сливен в системата на Военномедицинска академия (около 52 % от медицинските сестри, работещи в проучените болници към момента на формиране на извадката ).

На втори етап беше проведено и качествено емпирично проучване - полуструктурирано интервю сред 38 ръководители на медицински сетри - 4 главни медицински сестри и 31 старши медицински сестри. От всички 35 участници 18 са с ОКС „магистър“, а 17 са с ОКС „бакалавър“ в областта на управлението на здравни грижи ( фиг.1).




***Фиг.1. Образователно квалификационна степен на респондентите***

Това проучване се фокусира върху средата на сестринската практика, която е важен акцент по време на пандемията COVID-19, и има ограничени изследвания относно тази тема. За оценка на възприятията и мненията на медицинските сестри бяха използвани силните страни на количествения и качествения подход. Количественият и качественият анализ бяха интегрирани, за да се направят по-нюансирани интерпретации на промените в болничната среда в практиките на медицинските сестри по време и след пандемията COVID-19.

**Резултати и обсъждане**

След проведеното проучване сред 145 медицински сестри се анализира мнението им за приноса им в осигуряване на безопасна болнична среда за пациенти и персонал.




***Фиг.2. Мнение на медицинските сестри за приноса им за осигуряване ан безопасна болнична среда за пациенти и персонал***

95,9 % от анкетираните медицински сестри считат , че имат принос в осигуряването на безопасна болнична среда за пациенти и персонал.Липсват отрицателни отговори, а 4,1% не могат да преценят ( фиг. 2).

След обобщаване на резултатите от анкетата направихме следните изводи:

- Ролята на медицинските сестри в процеса на осигуряване на безопасната болнична среда е осъзната от тях.
- Медицинските сестри заявиха мнението си, че пандемията от COVID-19 е оказала значително влияние в подобряване на процеса на осигуряване на безопасна болнична среда е практиката им.
- В отворените въпроси имаше мнения на медицинските сестри,че пандемията от COVID-19 е оказала значителни положителни промени на процеса на осигуряване на безопасна болнична среда.

Това привлече вниманието ни и ние надградихме проучването като проведохме полуструктурирано интервю сред ръководители по здравни грижи с цел проучване на мнението на ръководителите по здравни грижи за предизвикателствата и промените в промените в болничната среда по време на пандемията от COVID-19 .

Изборът на извадката се основаваше на техниката на целенасочената извадка, за да се получи задълбочено разбиране на ситуацията по време на пандемията и също така беше използвана за подбор на различни участници от четирите болници. Това гарантира, че участниците с разнообразен опит изясниха различни аспекти, свързани с целта на проучването.

Изследователите използваха и отворени въпроси, за да насърчат дискусията с интервюираните и да получат повече по-задълбочена информация. Интервюто включваше въпроси за предизвикателствата и практиките при управлението на безопасната болнична среда по време и след пандемията COVID-19.

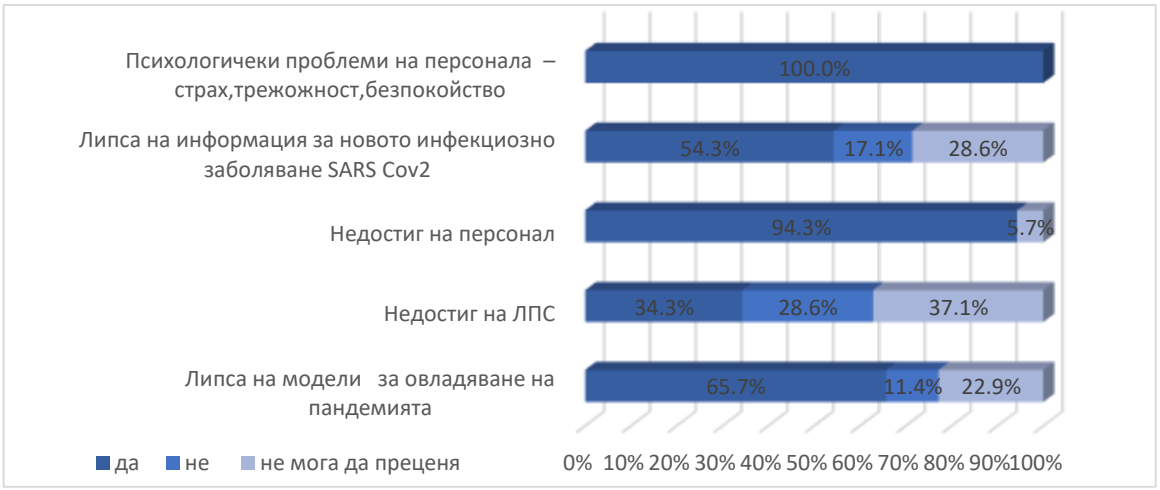
Беше потвърдено, че медицинските сестри имат положителни възприятия и категорично осъзнават ключовата си роля в процеса на осигуряване на безопасна болнична среда в практиката си по време на пандемията. За допълнителна информация сравнихме резултатите, касаещи безопасната болнична среда с мнение на ръководители на медицински сестри. чиито резултати подкрепят заключението, че пандемията COVID-19 е била свързана с подобряване на средата за сестринска практика. ( фиг. 3 ).




***Фиг.3. Мнение на респондентите относно подобряване на безопасната болнична среда по време на пандемията***

Болшинството от изследваните лица считат, че процесът за осигуряване на безопасна болнична среда е бил оптимизиран по време на пандемията (77,1%) (n=27). Тази категоричност в отговорите показва ясна визия за промените, които са настъпили по време на пандемията в безопасната болнична среда за пациенти и персонал.

Полуструктурираните интервюта разкриха три предизвикателства в практиката по време на пандемията : прилагане на нови модели за осигуряване на безопасна болнична среда за персонала и пациентите ; недостиг на сестрински персонал и психологически проблеми. ( фиг. 4 ).




***Фиг.4. Предизвикателства пред ръководителите на медицински сестри по време на пандемията***

Всички ръководители на медицински сестри се съгласиха, че психологическите проблеми – страх и тревожност, са били водещото предизвикателство пред тях (100%) (n=35) .Недостигът на персонал е второто най-голямо предизвикателство, пред което са били изправени всички болници (94,3%) (n=33).

Третото предизвикателство, пред което са изправени мениджърите на медицински сестри по време на пандемията беше липсата на готов план и устойчиви модели за прилагане в процеса на осигуряване на безопасна болнична среда (65,7%) (n=23).

**Заключение**

Медицинските сестри винаги са играли решаваща роля в лечението на пациентите и в борбата с обществените здравни събития .Прилагане на гъвкави модели от ръководителите на медицински сестри е от съществено значение за безопасната болнична среда по време на пандемията и гарантиране на устойчивост на добрите практики след нея. Сега е моментът ръководителите на медицинските сестри и активните участници заедно с други ключови лица, вземащи решения, да бъдат все видими и да предлагат своята креативност [ 3 ]. При тази ситуация на недостиг на кадри и голямо работно натоварване, базираната на човешкия фактор концепция за управление на човешките ресурси е очаквана и подкрепяща.

Ако искаме да запазим тази положителна промяна, от съществено значение е медицинските сестри да подобрят своята професионална компетентност и социален статус.

Пандемията COVID-19 се оказа,че не е само време на криза, но и възможност за подобряване на сестринската практика. Настъпиха някои добри промени в сестринската практика, включително подобряване на професионализма и уменията на медицинските сестри, по-голямо внимание и признание на професионалистите по здравни грижи.

Един от елементите, които участниците в настоящото споменават като важен мотивационен фактор са силното присъствие и ангажираността на ръководството в отделенията и подкрепа на персонала.

Нашият свят и практиката на медицинските сестри се промениха завинаги.

Пандемията от COVID-19 трябва да се разглежда като предизвикателство и като възможност за устойчиво подобряване на безопасната болнична среда в практиката на медицинските сестри.

**Литература:**


1. Kniffin KM, Narayanan J, Anseel F, Antonakis J, Ashford SP, Bakker AB, et al.COVID-19 and the workplace: implications, issues, and insights for future research and action. Am Psychol. 2021;76(1):63–77.
2. National Council of state boards of N: NCSBN's environmental scan COVID-19 and its impact on nursing and regulation. J Nurs Regul 2021, 11(4):S1-S36.
3. Rosser E, Westcott L, Ali PA, Bosanquet J, Castro-Sanchez E, Dewing J,et al. The need for visible nursing leadership during COVID-19. J NursScholarsh. 2020;52(5):459–61.
4. World Health Organization, 2020b. Coronavirus Disease ( COVID-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health: Interim Guidance. World Health Organization. March 19 2020 (No. WHO/2019-nCov/HCW_advice/2020.2).



**Адрес за кореспонденция:**
Жанета Василева Стоянова
МБАЛ – Варна към ВМА
бул. „ Христо Смирненски“ 3
9010 Варна
e-mail : janeta_st@abv.bg


## ВЛИЯНИЕ НА СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ ПРИ КОМОРБИДНИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНО - СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ


**Иванка Стоянова, Силвия Борисова Димитрова, Мария Негринова Негрева**
*Медицински университет – Варна,*


## INFLUENCE OF NURSING CARE IN COMORBID PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE


**Ivanka Stoyanova, Silviya Borisova Dimitrova, Mariya Negrinova Negreva**
*Medical university – Varna*



**Резюме**

С подобряването на жизнения стандарт хората имат все повече физически здравословни проблеми. Сред тях най-изявени са високорисковите сърдечно-съдови заболявания ССЗ. Броят на кардиологичните пациенти се увеличава от година на година. Ефективното подобряване на лечението и ускоряването на възстановяването при кардиологичните пациенти се превърна в социален проблем. Редица изследвания през последните години доказват, че настъпилите съществени промени от социален и

икономически характер в обществото ни се отразяват на личното здраве на всеки един човек и водят до развитие на различни съпътстващи хронични заболявания. Основните рискови фактори, които могат да доведат до ССЗ са: артериална хипертония, отклонения в мастната обмяна, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, захарен диабет, затлъстяване, ниска физическа активност, психоемоционален стрес, нездравословно хранене, наследствена предразположеност и други. Намаляването или елиминирането на въздействието на някои рискови фактори може да доведе до съществено понижаване на риска от появата на Исхемична болест на сърцето (ИБС) и миокарден инфаркт (МИ). Нужни са координирани усилия в рамките на болничната и извънболничната помощ за обучение и стимулиране на пациента за промяна към по-здравословен начин на живот. Да се работи превантивно в дългосрочен план е важна задача на медицинските сестри, работещи в областта на кардиологията. Кардиологичните медицински сестри се нуждаят от знания, умения и ресурси, които да им позволят да действат като водещи в здравното обучение на пациентите. В допълнение към специфичните знания в областта на сърдечно-съдовите здравни грижи, кардиологичните медицински сестри трябва да прилагат основана на доказателства практика и ефективна персонализирана грижа. Компетенциите за ефективна комуникация, предоставянето на информация и обучението на пациентите са в основата на практическата превантивна кардиология.

***Ключови думи:*** сестринска грижа, коморбидни пациенти, влияние, медицинска сестра, сърдечно-съдови заболявания (ССЗ).

**Abstract**

With the improvement of living standards, people have more and more physical health problems. Among them, high-risk cardiovascular diseases (CVD) are the most prominent. The number of cardiology patients is increasing year by year. Effectively improving the treatment and speeding up the recovery of cardiology patients have become a social problem. A number of studies in recent years have shown that the significant changes in social and economic nature in our society affect the personal health of each person and lead to various comorbid chronic diseases. The main risk factors that can lead to cardiovascular disease (CVD) are: hypertension, abnormalities in fat metabolism, smoking, alcohol abuse, diabetes, obesity, low physical activity, emotional stress, unhealthy eating, hereditary predisposition and others. Reducing or eliminating the impact of certain risk factors can lead to a significant reduction in the risk of coronary heart disease (CHD) and myocardial infarction (MI). Coordinated efforts are needed within inpatient and outpatient care to educate and encourage the patient to change to a healthier lifestyle. To act preventively within a long term is an important task of nurses working in the field of cardiology. Cardiology nurses require the knowledge, skills, and resources that will enable them to function as leaders in the health education of patients. In addition to specific knowledge in cardiovascular care, cardiovascular nurses need to implement evidence-based practice and effective personalized care. Competencies about effective communication, information provision and education of patients form the cornerstone of preventive cardiology in practice.

***Keywords:*** nursing care, comorbid patients, impact, nurse, cardiovascular disease (CVD).

## ВЪВЕДЕНИЕ

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) остават най-голямата причина за смъртност в световен мащаб, въпреки грандиозния спад на специфичната за възрастта сърдечносъдова смъртност в западните общества през последните няколко десетилетия [1]. Подобрената първична превенция и фармакологично лечение на сърдечно-съдовите рискови фактори са довели до по-нисък риск от сърдечно-съдови събития и намаляване на смъртните случаи [1,2]. В резултат на това възрастовата граница, при която хората страдат от първото си сърдечно-съдово събитие, се е изместила към по-напреднала възраст и пациентите живеят по-дълго след началото на ССЗ [3]. Следователно, повече пациенти със ССЗ имат по-висока продължителност на живота и все по-често се сблъскват с коморбидни състояния — това прави тази популация от особен интерес при изучаване на коморбидност. Наличието на едно или повече съпътстващи хронични заболявания до индексно заболяване се дефинира като коморбидност [4]. Коморбидността може потенциално да доведе до по-лошо функционално състояние, по-ниско качество на живот и дори повишена смъртност [5,6]. Наред с ефектите върху пациентите, наличието на множество хронични заболявания също е предизвикателство за здравните системи като например първична помощ, тъй като традиционно те са конфигурирани около отделни заболявания. Тази фрагментирана гледна точка може потенциално да доведе до противоречиви медицински съвети и взаимодействащи лекарства [7]. В днешно време коморбидността има тенденция да се счита за правило, а не за изключение, така че повишаването на осведомеността и подобряването на насоките за пациенти с коморбидни състояния са от решаващо значение за предотвратяване на неблагоприятни здравни резултати, повишаване на ефективността и намаляване на разходите. Една от първите стъпки в този процес е да се оцени разпространението на коморбидността при ССЗ и да се осигури контекст за бъдещи изследвания. Въпреки големия брой хора със сложни нужди и признатия ефект, който имат върху здравеопазването, липсват настоящи доказателства за това дали разпространението на различни комбинации от коморбидни състояния се различава между половете и как разпространението на коморбидните състояния се променя през целия живот. В допълнение, повечето проучвания са изследвали по две заболявания [5,8], докато пациентите със ССЗ често имат повече от две съпътстващи състояния [9,10].

Проучвания в областта доказват, че дискомфортът на пациентите по време на хоспитализация преди и след инвазивни сърдечни процедури е намален, тъй като те получават подробна информация и насоки, предоставени от медицинската сестра. Медицинските сестри могат да оценят нуждите на пациентите по време на хоспитализация, да оценят знанията на пациентите и да предоставят образователна информация, така че пациентите да имат правомощия, да имат намалени чувства на дискомфорт по време на хоспитализация и да имат по-добро качество на живот след това [11].

ССЗ представляват основен дял от заболяванията на възрастното население във всички страни в света и са основна причина за смъртността през последните десетилетия. Най-честите форми на сърдечно-съдовите болести са исхемична болест на сърцето (ИБС), мозъчно-съдова болест и високо кръвно налягане. Миокарден инфаркт е една от най-тежките клинични форми на ИБС. Той е главната причина за смърт и инвалидизация

по целия свят. Инфарктът на миокарда представлява исхемична некроза, т.е. - загиване на част от тъканта на сърдечния мускул поради недостатъчното му снабдяване с кръв и кислород. Миокардният инфаркт е една от най-тежките форми на исхемичната болест на сърцето (ИБС). Той има голямо социално значение поради високата инвалидност и смъртност, които причинява.

Инфарктът (известен още като миокарден инфаркт) е смъртта на сърдечния мускул от внезапно запушване на коронарната артерия от кръвен съсирек. Коронарните артерии са кръвоносните съдове, които предоставят на сърдечния мускул кръв и кислород. Запушването на коронарна артерия лишава сърдечния мускул от кръв и кислород, причинявайки исхемия на сърдечния мускул. При исхемията на сърдечния мускул пострадалият усеща болка в гърдите и чувство за натиск. Ако притокът на кръв към сърдечния мускул не се възстанови в рамките на 20 до 40 минути, необратимостта на смъртта на сърдечния мускул става факт. Сърдечната тъкан продължава да загива в продължение на 6 до 8 часа, при което сърдечната некроза обикновено е пълна. Миокардният инфаркт е една от важните причини за смърт и инвалидизация по целия свят. Коронарната атеросклероза е хронично заболяване със стабилни и нестабилни периоди. През нестабилните периоди, в резултат на активиран възпалителен процес в стената на кръвоносния съд, пациентите могат да получат МИ.

Обикновено инфарктът се наблюдава в активната зряла възраст (40-65 г.), но през последното десетилетие вследствие на нарастване на честотата му се установява и зачестява в по-млада възраст. По отношение на болестността и засягането в зависимост от пола до около 55-60-годишна възраст превес има мъжкия пол.

Миокардният инфаркт може да е вследствие от продължаващо цял живот хронично заболяване, в някой случаи е възможно да протече дори безсимптомно, но в други може да е катастрофално събитие, водещо до внезапна смърт или тежък хемодинамичен срив.

Честотата на това заболяване се увеличава през последните години и е голям социален проблем. България заема първо място по брой на инфарктно болни. Засяга предимно хора около 45 до 65 годишна възраст, но може да засегне и значително по млади хора. Води до ранна инвалидизация и висока смъртност (12,13).

**ИЗСЛЕДВАНИЯ В ОБЛАСТТА**

Благодарение на дейността на Световната здравна организация (СЗО) и международните научни дружества е придобит значителен опит в профилактиката и подходите за справяне със ССЗ. В Европа са реализирани няколко големи проекти, свързани с рисковите фактори и кардиологичната профилактика: EUROASPIRE I, II, III, IV и V; EUROACTION; INTERHEART; MONICA и др. [14,15,16,17].

Медицинските сестри, както и други здравни специалисти: рехабилитатори, кинезитерапевти, диетолози, психолози, могат да осъществяват дейности, допринасящи за успешната профилактика на сърдечно-съдовите заболявания. Те могат да предоставят здравна информация, да обучават пациентите и техните семейства относно принципите на здравословен начин на живот и да ги мотивират към активно сътрудничество, с цел подобряване на здравето и качеството на живот [18, 19].

Резултати от международна европейска програма EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) за превенция на кардио-васкуларния риск показват, че независимо от големия брой медикаменти за първична и вторична профилактика на сърдечно-съдовите заболявания, пациенти с или без анамнеза за ИБС не достигат прицелните стойности по факторите на риска. Проучването е осъществено 4 пъти в периода 1997-2013 г., с участието на 24 европейски държави, вкл. България. Натрупан е доказателствен материал за начина на живот, рисковите фактори и терапевтични резултати на пациенти със ССЗ и лица с висок риск, на които е прилаган стандартизиран подход в лечението. Резултатите са притеснителни, не са установени тенденции за редуциране на рисковите фактори. Над половината от изследваните пациенти (56%) в трите етапа на проучването EUROASPIRE, с доказана ИБС имат стойности на артериално налягане над желаните и едва 55% от лекуваните за дислипидемия поддържат нива на липидите под прицелните стойности. Повече от 1/3 от болните с ИБС имат и захарен диабет, като само 10% от тях успяват да контролират кръвната захар под 6,1 mmol/L. Направен е много важен извод: предписват се все повече лекарства за лечение на хипертония и дислипидемия, но не се прилагат ефективни мерки за овладяване на проблемите свързани с рисковите фактори и нездравословния начин на живот на хората [14, 15].

Същевременно, данни от други проучвания дават основание да се направи заключението, че превенцията на ССЗ превъзхожда икономически, социално и хуманно, дори най-добрата терапия. Изследователи са извършили специфично моделиране за сравняване на сърдечно-съдовата профилактика, с лечението на хора на възраст от 30 до 84 г., които имат различни нива на риск, честота на кардиологичните събития, модели на поведение, лечение и смъртност. Установено е, че 44% от всички смъртни случаи се дължат на сърдечно заболяване. Управлението на рисковите фактори преди остър инцидент би предотвратило или отложило 33% от смъртните случаи. За сравнение, само с 8% би се намалила смъртността, при оптимално медицинско лечение по време на остър коронарен инцидент [20, 21]. Пациенти получаващи традиционно лечение показват по-лоши резултати, в сравнение с пациенти, използващи обучителни програми за промяна в начина на живот (OR 1.48 [95% CI, 1.17-1.88]). Превантивни програми, включващи определяне на цели, самонаблюдение, планиране на действия и обратна връзка, показват подобрено здравословно хранене и физическа активност на участниците. Тези резултати са подкрепени и от други изследвания, доказващи ползите от обучение за промяна в стила на живот, водещи до по-добри клинични резултати, както и по-добро качество на живот [22, 23].

Dendale P, Frederix I и Schmid JP през 2017 г. препоръчват използването на изчерпателен информативен подход за превенция на ССЗ, включващ множество компоненти: оценка на риска; консултиране за физическа активност и изработване на тренинг-програма; консултиране за диетично хранене; контрол на рисковите състояния; психо-социална подкрепа и мениджмънт; придържане към терапията; здравно обучение на пациента. Предизвикателството е мотивиране на хората към дългосрочно придържане към позитивни промени в начина на живот. Много пациенти съобщават, че не получават силно насърчаване от лекари и други медицински специалисти по отношение на профилактиката. Управлението на рисковите фактори биха имали ефективни резултати

при добра мотивация и подходящо здравно обучение Добрите практики трябва да се мултиплицират в здравни политики за всички общности, при пълноценното участие на медицински сестри и други специалисти в мултидисциплинарни екипи [24].

## КОМОРБИДНОСТ – ВАЖЕН ФАКТОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ССЗ

В днешно време коморбидността се счита за правило, а не за изключение. Освен ефектите върху отделните пациенти, коморбидността представлява допълнителни предизвикателства за системите на здравеопазване. Въпреки големия брой пациенти, например със ССЗ и коморбидност, и признаването на ефекта им върху здравеопазването, липсват настоящи доказателства за това дали разпространението на различни комбинации от съпътстващи заболявания варира между мъжете и жените и как разпространението на коморбидните състояния се променя с течение на времето. Резултатите от проучвания в тази насока могат да помогнат на изследователи в областта да идентифицират съответните подгрупи, да ги информират кои съпътстващи състояния са най-разпространени и може да изискват приоритизиране и могат да се насочат към ресурси за здравеопазване за пациенти с множество заболявания.

В проучването на Josefien Buddeke, Michiel L Bots и други през 2019 г. се разглеждат два типа коморбидност несърдечно-съдова и сърдечно-съдова.

Слабо зрение, диабет, проблеми с гърба/шията, остеоартрит, Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) и рак са най-честите несърдечносъдови състояния и са сред първите пет несърдечносъдови коморбидни състояния при всички групи пациенти със ССЗ в изследването. От тях, при анализи с корекция на възрастта и пола, диабетът, слабото зрение и ХОББ са статистически значително по-разпространени при пациенти с някое от ССЗ индекс в сравнение с пациенти без. В допълнение, астмата също е статистически по-често срещана при пациенти със ССЗ. При пациенти с инсулт, разпространението на повечето коморбидни състояния изглежда са малко по-ниски, отколкото при пациенти с други заболявания. Епилепсията обаче е по-разпространена при пациенти с инсулт. Остеоартритът е много разпространено коморбидно състояние, с разпространение от 32% сред пациентите със сърдечна недостатъчност; когато всички мускулно-скелетни заболявания (гръб/проблеми с шията, остеоартрит, остеопороза и ревматоиден артрит) са групирани, този процент се е увеличил до 52%. Разпространението на редица несърдечно-съдови коморбидни състояния изглежда е най-високо при пациенти със сърдечна недостатъчност в сравнение с други сърдечно-съдови състояния.

ИБС е най-честото сърдечно-съдово коморбидно състояние при пациенти със сърдечна недостатъчност – 38%, периферна артериална болест (ПАБ) заема 25% и инсулт 19%. При пациенти с ИБС сърдечната недостатъчност е най-честата сърдечно-съдова коморбидна болест. При анализи, адаптирани към възрастта и пола, всички сърдечно-съдови коморбидни състояния са по-разпространени при пациентите със ССЗ в сравнение с пациентите без. Пациентите със сърдечна недостатъчност са имали най-голямо разпространение на сърдечно-съдови коморбидни състояния, следвани от тези с ПАБ. Общо 27% от пациентите със сърдечна недостатъчност са имали както сърдечно-съдово съпътстващо състояние, така и мускулно-скелетно заболяване, в сравнение с 18%, 16% и 12% съответно при пациенти с ПАБ, инсулт и ИБС [25].

Предишни проучвания потвърждават констатацията, че коморбидните състояния са особено разпространени при пациенти със сърдечна недостатъчност [10, 26–28]. Друго проучване сред общото холандско население наблюдава, че пациентите със сърдечна недостатъчност имат най-високо разпространение на коморбидност (92%) в сравнение с тези с други ССЗ като инсулт (81%) и ИБС (80%) [26]. В допълнение, пациентите със сърдечна недостатъчност по-често имат едновременно сърдечно-съдово коморбидно състояние и несърдечно-съдово коморбидно състояние. В предходното проучване има висока честота на сърдечна недостатъчност, комбинирана както със сърдечно-съдово съпътстващо състояние, така и с мускулно-скелетно разстройство, и сърдечна недостатъчност, комбинирана както със сърдечносъдово коморбидно състояние, така и с астма, и/или ХОББ.

Проучванията, изследващи болести с тринуклеотидни повторения, са по-оскъдни от проучванията, изследващи двойни заболявания. Въпреки това, проучване на Sinnige et al показва резултати в същата посока, с високо разпространение на сърдечна недостатъчност – коронарна артериална болест – ХОББ и сърдечна недостатъчност – коронарна артериална болест – остеоартрит [27].

Потвърждава се констатацията от предишни проучвания, че слабо зрение, диабет, проблеми с гърба/шията, остеоартрит, ХОББ и ракът са много чести несърдечно-съдови състояния сред пациентите със сърдечна недостатъчност, ССЗ и инсулт [26, 27]. Тези заболявания са и най-често срещани състояния при пациенти с ПАБ. Освен това се появиха и заболявания, които са най-често срещаните несърдечно-съдови коморбидни състояния в различни възрастови групи и засегнати мъже и жени по подобен начин. Мускулно-скелетните заболявания обаче са по-разпространени при жените в сравнение с мъже — това се подкрепя и от предишна литература [28–30].

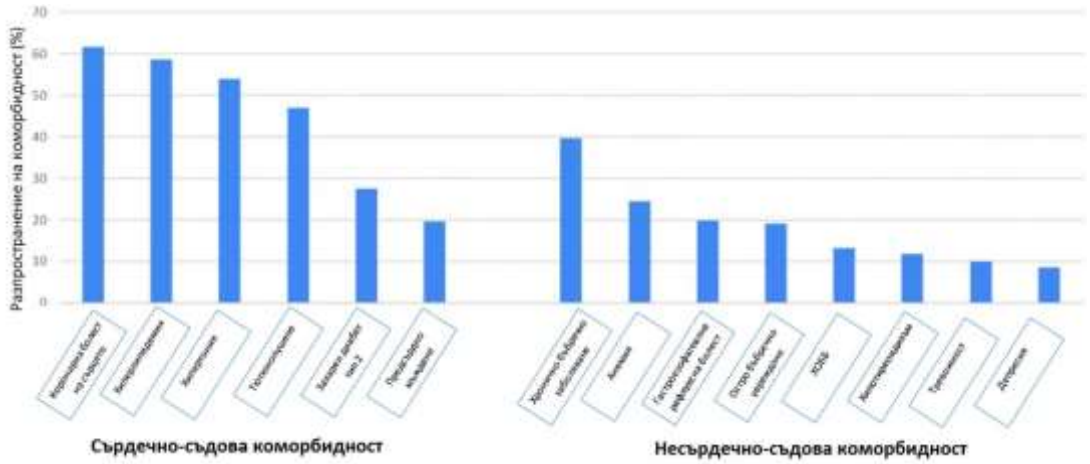
Слабо зрение, диабет, ХОББ и астма са статистически значимо по-разпространени при всички сърдечно-съдови състояния в сравнение с пациенти без това съответно сърдечно-съдово заболяване при анализи, коригирани по възраст и пол. Това може да се обясни с факта, че всички тези заболявания споделят рискови фактори, подобни на тези за ССЗ. Пациентите с диабет тип 2 имат по-високо разпространение на „традиционните“ рискови фактори за ССЗ, като дислипидемия, абдоминално затлъстяване, тютюнопушене и физическа неактивност – наред с тях, диабетът вероятно е допълнително свързан с ССЗ чрез механизъм, който включва дългосрочен хипертония, хронична хипергликемия, микроваскуларно заболяване, гликозилиране на миокардни протеини, диабетна нефропатия и автономна невропатия [31].

По същия начин, ХОББ и ССЗ също споделят рискови фактори като тютюнопушенето. Предполага се, че ХОББ също е свързана със сърдечна недостатъчност поради нискостепенно системно възпаление [32], което може да обясни високото разпространение на ХОББ при пациенти със сърдечна недостатъчност. Констатацията, че слабото зрение е статистически значимо свързано със ССЗ, е в съответствие с предишни проучвания [33, 34]. Отново, предложената хипотеза за тази връзка е, че условията споделят рискови фактори, като тютюнопушенето [33]. От друга страна, предишно проучване показва силна връзка между зрителното увреждане и 10-годишния риск от първо събитие на атеросклеротично заболяване, дори след корекции за традиционните рискови фактори [34]. Възможно е да съществува все още неизвестен

патологичен път между зрителното увреждане и ССЗ. Също се наблюдава силна връзка между инсулт и епилепсия. Това откритие е в съответствие с предишната литература, която показва, че пациентите с интрацеребрален кръвоизлив по-специално имат висок риск от развитие на епилепсия [35].

По-голям брой съпътстващи заболявания се свързва с по-високи нива на болнична смъртност. Познанията за пълния спектър от съпътстващи заболявания на миокарден инфаркт в Съединените щати остават ограничени, особено за несърдечно-съдови коморбидности според проучване на Catherine Teng, Pengyang Li, Lingling Wu през 2020 г. Използвана е най-новата национална база данни за болнични проби, и са идентифицирани 127 730 пациенти, приети в болница с диагноза миокарден инфаркт – МИ. Съпътстващи заболявания са идентифицирани чрез използване на МКБ-10 при всички вторични диагнози.

В резултат на проучването най-честите съпътстващи заболявания са конвенционални ССЗ, включително коронарна болест на сърцето (61,61%), следвани от хиперлипидемия (58,62%), хипертония (53,97%), тютюнопушене (46,9%), захарен диабет тип 2 (27,45%) и предсърдно мъждене (19,7%). Делът на несърдечно-съдовите съпътстващи заболявания е значително висок (Фигура 1). Най-честите съпътстващи заболявания са: хронично бъбречно заболяване (39,68%), анемия (24,53%), гастроезофагеална рефлуксна болест (19,78%), остро бъбречно увреждане (19,12%), ХОББ (13,2%), хипотиреоидизъм (11,79%), тревожност (9,94%) и депресия (8,59%) [36].




***Фигура 1. Разпространение на избрани сърдечно-съдови и несърдечно-съдови съпътстващи заболявания сред хоспитализирани пациенти с остър миокарден инфаркт*** **[36]**

Като извод от последно разгледаното изследване можем да заключим, че днес миокардният инфаркт е свързан както с конвенционалните сърдечно-съдови съпътстващи заболявания, така и с голямо натоварване на несърдечно-съдови съпътстващи заболявания, които не са били систематично изследвани преди. Има нужда от по-нататъшни изследвания на несърдечно-съдови съпътстващи заболявания с цел оптимизиране на изхода от остър миокарден инфаркт.

## НАМЕСАТА НА СЕСТРИНСКАТА ГРИЖА ПРИ ССЗ

Отчитайки оставащата празнина между научните стандарти и реалното състояние на здравните грижи, научен екип от Imperial College, UK разработва иновативна, мултидисциплинарна превантивна програма EUROACTION, координирана от медицински сестри, насочена към семействата и приложима в доболничната и болничната помощ. Екипите се състоят от координираща медицинска сестра, диетолог, физиотерапевт, кардиолог, общопрактикуващ лекар, психолог, фармацевт и др. Основната цел е постигане на здравословен начин на живот в семействата. Участници са 9062 пациенти и техните семейства (2003-2006). Моделът е приложен в 8 европейски държави: Англия, Франция, Италия, Испания, Дания, Швейцария, Холандия, Полша. Резултатите след една година показват положителна промяна в начина на живот и по-ефективно управление на рисковите фактори на участващите пациенти и техните семейства. Групата, подложена на обучение и мониторинг от медицински сестри, показва по-добри резултати относно факторите на риска: тютюнопушене, здравословно хранене, липиден профил, контрол на кръвно налягане [14, 15].

Опитът от EUROACTION се интегрира в националната здравна система на Англия, като модел за първична и вторична профилактика на ССЗ. Същевременно е проведено обучение на лекари, медицински сестри и други специалисти, членове на мултидисциплинарните екипи, чрез създаване на магистърска програма по превантивна кардиология. EUROACTION се предлага, чрез Съвместните препоръки на Европейското кардиологично дружество за превенция на ССЗ, като модел базиран на доказателства и препоръчителен подход за здравеопазването в цяла Европа [14].

През 2008 г. е разработен и внедрен нов модел MYACTION (Imperial College, UK) за профилактика в общността. Той е в подкрепа на общопрактикуващите лекари, за насочване на високорискови пациенти в подходящи профилактични програми. Такива пилотни програми са реализирани на няколко места в Обединеното кралство. Голяма част от участниците в проекта постигат очакваните прицелни резултати относно модифицируемите рискови фактори. Екипите отчитат повишаване на качеството на превантивните интервенции в първичната здравна помощ [14, 19].

Според F. Astin и C. Jennings през 2017г. ефективна превенция на ССЗ може да се осъществи чрез консолидирани усилия от страна на лекари, медицински сестри, фармацевти, психолози, диетолози и други здравни специалисти. Най-подходящите модели за превантивни грижи са тези, които възприемат общ подход за управление на риска (т.е. обхващат всички рискови фактори, които оказват влияние върху сърдечно-съдовата система), използвайки поведенческо консултиране с активни действия; подходи за определяне на цели; доказани терапевтични интервенции с последващи срещи „лице в лице“ или телефонна подкрепа [18].

Сестрите имат квалификация да извършват автономни дейности за: предоставяне на здравна информация и насоки за подобряване начина на живот; превантивна медикация; непрекъснат мониторинг и обучение на пациентите; скрининг за рискови фактори и др. Мотивирането на пациенти за придържане към терапията е основа за позитивни резултати в лечението. Практиката показва, че не е установен достатъчно ефективен подход за ефективно насърчаване за придържането към лечението. Постигнати са добри резултати чрез изпращане на информативни телефонни съобщения

до пациенти. Използването на автоматизирана система за напомняне, базирана на услуги от мобилни оператори, е обещаващ подход за подобряването на медикаментозния контрол при лица с висок риск за ИБС и инфаркт [16, 37, 38]. Методите за обучение на пациенти включват: обучение чрез писмени материали, дискове, приложения за мобилни телефони, телемониторинг. Изследванията показват повишение на знанията, но не се отчитат категорични резултати за по-добри умения за самоуправление на състоянието. Систематичен преглед на 33 интервенции при социално-значими заболявания показва, че знанията са необходим компонент за лечението на пациента, но не достатъчен за ефективни здравни резултати. Адекватното самоуправление изисква умения за рутинни превантивни действия и умения за вземане на решения при влошаване на състоянието. Пациентите съобщават, че се нуждаят от практически умения за контролиране на симптомите [39, 40].

Резултатите представени от Peterson C, Martin C и Robinson R през 2009 г. отчитат значителни ползи от обучение на пациенти за self-management. Използван е тренинг за справяне със страха и тревожността; изграждане на доверие към медицинските специалисти, повишаване знанията за заболяването, формиране на умения за управление на хроничната болест и справяне със съпътстващите ментални и емоционални проблеми. Според медицинските специалисти, придобиването на контрол върху състоянието е важна цел за повишаване качеството на живот [41].

Обучението на пациентите има важна роля за тяхното активното включване в лечебния процес. Опитът от приложение на обучителни програми показва как повишените познания за заболяването влияят върху начина на живот, а промяната в стила на живот се отразява върху здравните резултати. Тези нови знания са ефективни, както за хора с недостатъчна здравна култура, така и при здравно образовани лица. Обучителните интервенции сериозно повлияват здравното поведение и личната отговорност на пациентите [42].

Обобщени са следните ефективни интервенции за обучение на пациенти. Повечето от описаните методи са под формата на поведенчески фокусирани тренинги; структурирано обучение; телемониторинг за подпомагане на здравното поведение на пациентите (контрол на терапията, кръвното налягане и др.). Сестринските интервенции са интегрирани и адаптирани за нуждите на пациентите. Осъществяват се под формата на телефонно събеседване, мултимедийни презентации за групово обучение, фокус-групи за обсъждане на случаи и вземане на решение, индивидуални срещи. Повечето обучителни програми са инициирани и провеждани в клинична обстановка, последвани от домашни посещения. Обучението е базирано на основните теоретични подходи в сестринството: Орем, Роджърс, Ригел и др. [43].

В България рутинното извършване на профилактични интервенции от медицински сестри е трудно приложимо. Причините са комплексни: монопол на здравната каса, обуславящ стандартите за качество на грижите, организацията на работа и заплащане на специалистите по здравни грижи, недостиг на медицински сестри и други специалисти, ниско ниво на автономност в работата на медицинските сестри, липсата на мултидисциплинарни екипи и др. [44].

Г.Чанева и Д. Иванова през 2016г. разглеждат ролята на квалифицираната медицинската сестра за обучение на пациента, копиране на рисковите фактори и

подобряване на качеството на живота. Значителна част от анкетираните пациенти (48%) споделят, че нямат необходимата информация и умения за справяне с възможни усложнения. Установена е необходимост от знания за хигиенен режим, двигателна активност, диетично хранене и др. [45]. Анализирани са потребностите от обучение на пациенти с хронични заболявания, с цел предотвратяване на усложненията и прогресиране на заболяването. Обсъдени са потенциалните възможности на медицинските сестри за обучение на пациенти в здравословен начин на живот и грижа за себе си. 43.5% от интервюираните споделят, че не са обучени за справяне с предизвикателствата на ежедневието в условията на хронична болест [46]. Обикновено кардиолозите предлагат съвети за диетично хранене, физически упражнения и др. като елемент от лечението и профилактиката, без да предоставят дългосрочна подкрепа на пациентите и техните семейства. Не се работи за изграждане на партньорства между пациентите и медицинските специалисти в тази сфера. Пациентите очакват лекарите да носят отговорност за тяхното здраве. Все повече се говори за здравна система, в която пациентите и техните семейства да бъдат повече информирани, овластени и ангажирани за собственото си здраве [47, 48].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Високорисковите кардиологични заболявания носят голяма вреда за здравето и живота на хората, а през последните години този вид заболяване има тенденция да засяга по-младите хора. С цел опазване здравето на хората и подобряване качеството на живот на пациентите, изследванията в областта на лечението на кардиологичните заболявания са много спешни и важни. В процеса на лечение на кардиологичните заболявания със сигурност е много важна общата диагноза и лечението, но през този период е от съществено значение и за грижата за пациента. Ефективните грижи могат да помогнат на пациентите да подобрят състоянието си и да облекчат болката до голяма степен. За да се подготвят кардиологичните сестри като лидери в сърдечно-съдовата профилактика, трябва да се идентифицират специфичните образователни и клинични компетенции, от които те се нуждаят. В България за сега няма регламентирано обучение за придобиване на специалност от кардиологични медицински сестри или магистърска програма за превенция на ССЗ. Сестрите могат да имат водеща роля за формирането на здравна култура и осигуряване на мултидисциплинарни профилактични грижи. За да бъдат максимално ефективни подходите за профилактика те трябва да станат част от културата на обществото. Необходими са допълнителни проучвания за да се идентифицират факторите, които мотивират хората за отговорно поведение към личното здраве.

## ЛИТЕРАТУРА:

[1]. Capewell S, O'Flaherty M. Rapid mortality falls after risk-factor changes in populations. Lancet 2011; 378(9793): 752–753.

[2]. O'Flaherty M, Buchan I, Capewell S. Contributions of treatment and lifestyle to declining CVD mortality: why have CVD mortality rates declined so much since the 1960s? Heart 2013; 99(3): 159–162.

[3]. Koopman C, Bots ML, van Dis I, Vaartjes I. Shifts in the age distribution and from acute to chronic coronary heart disease hospitalizations. Eur J Prev Cardiol 2014; 23(2): 170–177.

[4]. Feinstein AG. Clinical judgement. New York, NY: Williams & Wilkins, 1967.
[5]. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a crosssectional study. Lancet 2012; 380(9836): 37–43.
[6]. Vos R, van den Akker M, Boesten J, et al. Trajectories of multimorbidity: exploring patterns of multimorbidity in patients with more than ten chronic health problems in life course. BMC Fam Pract 2015; 16: 2.
[7]. Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients. JAMA 2005; 294(6): 716–724.
[8]. Wong A, Boshuizen HC, Schellevis FG, et al. Longitudinal administrative data can be used to examine multimorbidity, provided false discoveries are controlled for. J Clin Epidemiol 2011; 64(10): 1109–1117.
[9]. McManus DD, Nguyen HL, Saczynski JS, et al. Multiple cardiovascular comorbidities and acute myocardial infarction: temporal trends (1990–2007) and impact on death rates at 30 days and 1 year. Clin Epidemiol 2012; 4(1): 115–123.
[10]. Chamberlain AM, St Sauver JL, Gerber Y, et al. Multimorbidity in heart failure: a community perspective. Am J Med 2015; 128(1): 38–45.
[11]. Kleisiari A, Kotanidou A, Toutouzas K, S.Manolis A. Nursing intervention and quality of life in patients undergoing invasive cardiac procedures. Hellenic Journal of Cardiology 62 (2021) 256-259.
[12]. Томов, И., Инфаркт на миокарда, Българска национална академия по медицина, Издателство Знание 1999г, с.70-75
[13]. Томов, И., Кардиология, Том II, Издателство „Знание” ЕООД, 2003, с. 56-60
[14]. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, Pyorala K, Kril U, EUROASPIRE Study group, Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III survey in eight European countries, Lancet, vol.272 (9667), pp. 929-40, 2009.
[15]. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, Determinants of participation and risk factor control to attendance in cardiac rehabilitation programmes in coronary patients in Europe: EUROASPIRE IV survey, European J of Preventive Cardiology, 25, vol.12, pp. 1242-1251, 2018.
[16]. McGorrian C, Yusuf S, Islam S, et al., Estimating modifiable coronary heart disease risk in multiple regions of the world: the INTERHEART Modifiable Risk Score, Eur Heart J, 32, vol.5, pp. 581-589, 2011.
[17]. D.A. Wood, K. Kotseva, C. Jennings, A. Mead, J. Jones, A. Holden, S. Connolly, D. De Bacquer, G. De Backer, on behalf of the EuroAction Study Group, EUROACTION: A European Society of Cardiology demonstration project in preventive cardiology A cluster randomised controlled trial of a multi-disciplinary preventive cardiology programme for coronary patients, asymptomatic high risk individuals and their families. Summary of design, methodology and outcomes, European Heart Journal Supplements (2004) 6 (Supplement J), J3–J15.
[18]. Jennings C, Astin F, A multidisciplinary approach to prevention, European Journal of Preventive Cardiology, vol.24(3S), pp. 77-87, 2017.

[19]. Michalkova H, Sedova L, Tothova V., Olosarova V, The role of nurses in the prevention of cardiovascular diseases. Journal of Nursing, Social Studies, Public health and Rehabilitation, vol.3-4, pp. 134-140, 2016.
[20]. Castellano JM, Copeland-Halperin R, Fuster V, Aiming at strategies for a complex problem of medical nonadherence, Global Heart, vol.8, pp. 263-71, 2013.
[21]. Nikolich Zugich J, Goldman DP, Cohen PR, Cortese D, Fintana L, et. al., Preparing for an aging world: engaging bio-gerontologists, geriatricians, and the society, J Gerontol A Biol Sci, vol.71, pp. 435-444, 2016.
[22]. Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, Maes S, Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, Eur J Prev Cardiol, vol. 20, pp. 620–640, 2013.
[23]. Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S, Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev, vol.6, pp. CD007131, 2014.
[24]. Frederix I, Dendale P, Schmid JP, Who needs secondary prevention? Preventive Cardiology, 2017; vol.24(3S), pp. 8-13, 2017.
[25]. Buddeke J, Bots M L, van Dis I, Visseren F LI, Comorbidity in patients with cardiovascular disease in primary care: a cohort study with routine healthcare data, British Journal of General Practice, June 2019.
[26]. van Oostrom SH, Picavet HSJ, van Gelder BM, et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population — data from general practices. BMC Public Health 2012; 12: 715.
[27]. Sinnige J, Korevaar JC, Westert GP, et al. Multimorbidity patterns in a primary care population aged 55 years and over. Fam Pract 2015; 32(5): 505–513.
[28]. Buddeke J, Bots ML, van Dis I, et al. Trends in comorbidity in patients hospitalised for cardiovascular disease. Int J Cardiol 2017; 248: 382–388.
[29]. Marzolini S, Candelaria H, Oh P. Prevalence and impact of musculoskeletal comorbidities in cardiac rehabilitation. J Cardiopulm Rehabil Prev 2010; 30(6): 391–400.
[30]. Foguet-Boreu Q, Violán C, Rodriguez-Blanco T, et al. Multimorbidity patterns in elderly primary health care patients in a south Mediterranean European region: a cluster analysis. PLoS One 2015; 10(11): 1–14.
[31]. Shah AD, Langenberg C, Rapsomaniki E, et al. Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people. Lancet Diabetes Endocrinol 2015; 3(2): 105–113.
[32]. Hawkins NM, Virani S, Ceconi C. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: the challenges facing physicians and health services. Eur Heart J 2013; 34(36): 2795–2803.
[33]. Christ SL, Lee DJ, Lam BL, et al. Assessment of the effect of visual impairment on mortality through multiple health pathways: structural equation modeling. Invest Ophthalmol Vis Sci 2008; 49(8): 3318–3323.
[34]. Loprinzi PD. Association of objectively-determined visual impairment and 10-year risk for first atherosclerotic cardiovascular disease event. Int J Cardiol 2015; 201: 604–605.
[35]. Beghi E, D'Alessandro R, Beretta S, et al. Incidence and predictors of acute symptomatic seizures after stroke. Neurology 2011; 77(20): 1785–1793.

[36]. Teng C, Li P, Wu L, Howes C, Haven Health Y N, AN UPDATED EXAMINATION OF COMORBIDITIES AMONG PATIENTS PRESENTING WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION, JACC March 24, 2020 Volume 75, Issue 11
[37]. Kolandaivelu K, Leiden BB, O'Gara PT, Bhatt DL, Non-adherence to cardiovascular medications, Eur Heart J, vol.35, pp. 3267–3276, 2014.
[38]. Riegel B, Knafl GJ, Electronically monitored medication adherence predicts hospitalization in heart failure patients, Patient Prefer Adherence, vol.8, pp. 1–13, 2013.
[39]. Beatty L, lambert S, A systematic review of internet-based self-help therapeutic intervention to improve distress and disease-control among adults with chronic health conditions, Clinical Psychology Review, vol.3, pp. 609-22, 2013.
[40]. Walters B , Adams S, Nieboer A, Bal R, Disease management project and Chronic Care Model in action: baseline qualitative research, BMC Health Services Research, vol.12, pp. 114, 2012.
[41]. Martin C, Peterson C, Robinson R, Sturmberg J, Care for chronic illness in Australian general practice – focus groups of chronic disease self-help groups over 10 years: implications for chronic care systems reforms, Asia Pacific Family Medicine, vol.8, pp. 1, 2009.
[42]. Peterson JC, Link AR, Jobe JB, Winston GJ, et al., Developing self-management education in coronary artery disease, Heart and lung, vol.43, pp. 133-39, 2014.
[43]. Dickson V, Lee CS, Yehle KS, Mola A, Faulkner KM, Riegel B, Psychometric testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI), Res Nurs Health, vol.40, pp. 15–22, 2017.
[44]. Димитрова С, Проданова М, Пеева К, Приложимост на пациент-центрираната грижа в съвременните български условия, Европейските етични стандарти и българската медицина, Сборник статии, pp. 87-90, 2013.
[45]. Иванова Д, Чанева Г, Адаптация и потребности от грижи за пациенти след сърдечна операция, Управление и образование, 12, vol.5, pp. 38-41, 2016.
[46]. Добрилова П, Чанева Г, Информираност на пациентите с хронични заболявания относно рехабилитационните грижи, Европейските етични стандарти и българската медицина. Сборник статии, pp. 414-19, 2013.
[47]. Кирева Л, Форева Г, Асенова Р, Пациент-центрирани грижи в общата практика, Обща медицина, 16, vol.1, pp. 32-34, 2014.
[48]. Bender BG, Can health care organizations improve health behavior and treatment adherence?, Popul Health Manag, 2014; vol.17, pp. 71–78, 2014.

**За контакти:**
**e-mail**: vani.stoqnova@gmail.com
**e-mail**: silviya.borisova@mu-varna.bg

# ИНФОРМИРАНОСТ НА БРЕМЕННИТЕ ЖЕНИ ОТНОСНО УПОТРЕБАТА НА ПРЕДПАЗЕН КОЛАН

**Инна Ненова**

*СБАГАЛ „Д. Стаматов“, Варна*

**Въведение:** Употребата на автомобили като основно средство за превоз, както и ежегодно повишаващия се брой на пътно-транспортни произшествия неминуемо повдига въпроса за безопасността на жени по време на бременност. Според Закон за движението по пътищата и Европейските директиви, жените в напредна бременност имат право да не поставят безопасен колан (1,2,3). Същевременно редица проучвания доказват, че правилното използване на колана, предпазва както бременната жена, така и плода (4,5,6). Майчиното благосъстояние е водещ здравен приоритет и акцентът в усилията на СЗО пада върху профилактика и здравната промоция. В различните части на света са предприети разнообразни стратегии за повишаване знанията на бъдещите майки по отношение на безопасността им. В САЩ основен източник на информация са специализираните печатни издания на родители, докато в Обединеното кралство тази информация се предоставя от акушер - гинеколози и акушерки по време на женската консултация, а в Япония основната практика е раздаване на флаери и брошури със съвети (7,8,9).

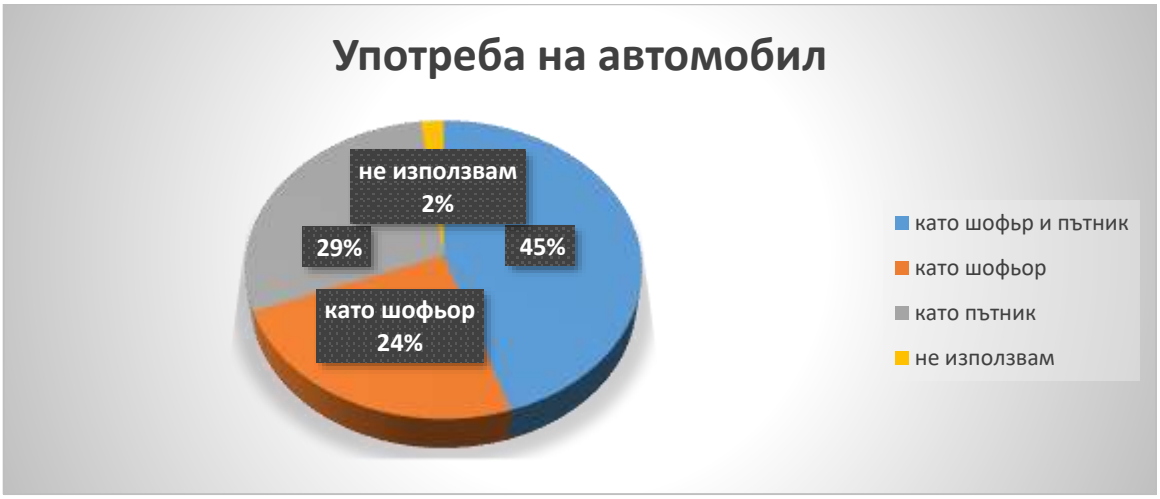
**Цел:** Целта на настоящото проучване е да се установи степента на информираност на бременни жени относно използването на предпазен колан.

**Методика:** Проучено е мнението на 86 бременни жени от град Варна в периода август – септември 2022 година. Използвани са документален метод - проучен е световния опит и нормативни документи от българското и европейско законодателство. Взети са под внимание гайдлайнове и препоръки на Американската асоциация по автомобилна медицина. Използван е и социологическки метод – анонимна анкета. Получените първични данни за обобщени и анализирани посредством статистически метод и са представени графично.

**Резултати и обсъждане:**

Анализът на социално-демографската характеристика на анкетираните показа най-голям относителен дял на изследваните във възрастовата група 26-35 години. Процентното разпределение по поредност на бременността е следната: 76% с втора бременност, 17% първа бременност, 7% - трета и поредна бременност. Водещ е делът на респондентите, бременни в трети триместър на бременността – 42% Приблизително 30% е делът на участничките, намиращи се в първи триместър на бременноста. Само 28% от дамите се намират във втори триместър. Всички участници са българки и 98% от тях са омъжени или съжителстват с бащата на детето на семейни начала. По отношение на образователния ценз – 50% от жените са с висше образование, 29% са с магистърска или по-висока степен и една 21% са със средно образование.

За повечето хора днес пътуването с автомобил е неделима част от ежедневието. Този начин на придвижване е особено предпочитан в контекста на някои здравословни състояния на човек, които затрудняват ходенето. Бременността се свърза с повишаване на телесното тегло, чувство за умора и промени в нивата на хемоглобина, което често е предпоставка за сърцебиене и задух при обичайни физически усилия. По тази причина не бе изненада, че 98%  от нашите респонденти посочиха, че използват автомобили ежедневно. От тях 45% го правят в качеството си и на шофьор и на пътник. Други 29% са винаги в ролята на шофьор, а останалите 24% от жените се возят. (Фигура 1)




***Фигура. 1. Употреба на автомобил***

Българското законодателство позволява на жена в напреднала бременност да не използва предпазен колан. Интересна подробност е че няма изрично посочен срок на бременността. За авторите представляваше особен интерес да проучат нагласите на бременните жени относно употребата на предпазен колан.

Резултатите сочат, че по-голямата част от  респонденти използват предпазен колан. Анализът показа, че употребата му зависи от редица фактори – роля на бременната /водач или пътник/ и местоположението й в автомобила /предна или задна седалка/. Това показва, че жените възприемат ключовата ролята на предпазния колан по отношение на сигурността. От друга страна анкетираните интерпретиран собствената си безопасност си по различен начин, когато са седнали на задните седалки. Важно е да отбележим, че на този етап няма убедителни доказателства, че определени части на купето са по-безопасни от други. За съжаление ¼ от всички анкетирани не използват предпазен колан, без това да кореспондира със срока на бременността им или местоположението им в колата. (Фигура 2)




***Фигура 2. Употреба на предпазен колан***

Задълбочихме анализа, като се опитахме да установим, кой тип поведение бременните считат за по-рисково. Половината от всички респонденти, посочват, че има по-голям риск от травма или летален изход при пътно-транспортно произшествие, ако не са поставили предпазен колан. За съжаление 24% от анкетираните считат, че пътуването в автомобил без колан е по-безопасния вариант. Останалите 26% от дамите не могат да преценят. Тези данни ни дават основание, да считаме, че е редно и в нашата държава да се предприемат мерки за повишаване информираността на бременните жени по отношение употребата на предпазен колан. (фигура 3.)




***Фигура 3. Оценка на рисково поведение***

Използването на безопасен колан при движение в автомобил е задължително с изключение на описаните категории в чл. 137а от Закон за движението по пътища. В различни световни гайдлайнове и информационни брошури е описано как трябва да се постави колана, за да бъде той максимално ефективен при защитата на хората от уязвими категории. За нас представляващи особен интерес да проучим, знаят ли бременните жени начинът, по който е редно да носят колан. В анонимната анкета, която беше основен

инструмент на настоящото проучване поместихме две картинки, изобразяващи съответно правилен и грешен начин за използване на колан.

По-голямата част от респондентите /63%/ са посочили правилния начин за поставяне на предпазен колан – а именно: раменният дял трябва да минава през рамото, след което да бъде насочен между гърдите и отстрани на корема. Надбедрената част трябва да лежи равно над меките части на таза и възможно най-ниско под корема. Минимален е делът на жените, които не могат да преценят – само 10%. За съжаление 27% от анкетираните посочват, че между показаните картинки няма правилна. Тези резултати могат да се възприемат като показателни за недостига на знания и информация по отношение на безопасността. (фигура 4.)




***Фигура 4. Правилен начин за поставяне на безопасен колан***

В България всички автомобили, които са в движение трябва да бъдат оборудвани с триточков предпазен колан. За разлика от обикновените, коланът за бременни има за цел да отклони натиска при ПТП от коремната област надолу към таза. Също така има модели, които се закопчават между краката. Съществуват и специални удължители, за дами с тежка степен на обезитас. Повече модели се препоръчват за употреба след 2 лунарен месец.

Попитахме нашите респонденти дали са запознати с различните видове колани за бременни. Делът на запознатите бе най-малък – едва 13%. Най-голям е броят на анкетираните, които няма информация за типовете колани – 70% Останалите 17% посочват, че са запознати само отчасти. Тези резултати бяха изненадващи, предвид фактът, че всички по-горе изброени модели се предлагат на българския пазар и са лесно достъпни през онлайн-платформи за пазаруване и физически магазини.




***Фигура 5. Видове предпазни колани за бременни***

Като следствие от предходния въпрос, попитахме респондентите, дали биха използвали колани за бременни, ако имат тази възможност. Най-голям е жените, които биха го направили – 70%. Една пета от дамите не могат да преценят, а останалите 10% не биха се възползвали от тази възможност. Тези данни ни дават основание да считаме, че жените оценяват предимствата на коланите за бременни и употребявайки ги, няма да имат притесненията свързани с поставянето на обикновените триточкови. (фигура 6)




***Фигура 6. Употреба на специализиран колан за бременни***

Поставянето на предпазен колан още с качването в автомобил до голяма степен е нещо обичайно. Все повече коли са оборудвани и с допълнителна функция – издаването на звуков сигнал при движение на автомобила, ако някое от лицата в него не е закопчало колана си. Разглеждайки въпросът в контекста на бременност, неминуемо бе да попитаме нашите респонденти дали считат, че имат нужда от допълнителна информация. Цели 74% от дамите посочват, че имат тази потребност. Само 16% не могат да преценят, а останалите 20% няма нужда. Това показва, че бременните жени, участвали в проучването са силно мотивирани да се погрижат качествено за бъдещите си деца. Те осъзнават, че

най-лесният начин да предпазят плода, който носят е като защитят самите себе си. (фигура 7)




***Фигура 7. Потребност от допълнителна информация***

Взимайки предвид нужда на бременните от допълнителна информация, за авторите бе от особен интерес, към кого биха се обърнали дамите за достоверни сведения. Малко повече от половината участници биха се доверили на специализирани сайтове. Приблизително 1/5 биха се допитали до медицински лица /акушер-гинеколог 18%, семеен лекар – 3%, акушерка – 0%/. За съжаление тези отговори показват силното подценяване на промотивните знания и функции на професионалистите по здравни грижи. Притеснително голям е и делът на анкетираните, които ще търсят информация от алтернативни източници – 19%. Основните ни опасения са, че тези източници /сайтове за родители, фирми производители, форуми и гугъл/ не могат да гарантират истинност на твърденията си и да представят доказателствата, на които базират становищата си. (фигура 8)




***Фигура 8. Източници на информация за безопасни колани***

**Изводи:** Получените резултати ни дават основание да направим следните изводи:

1. Голяма част от бременните жени използват предпазен колан, докато се предвиждат с автомобил. За съжаление не всички са убедени в предимствата при употребата му.
2. Макар да декларират, че използват безопасен колан, бременните жени не знаят, как точно да го поставят, за да повишат ефективността му.
3. На българския пазар се предлагат специализирани модели колани за бременни. Жените не са запознати с тях, но ако имат възможност биха ги използвали.
4. Бременните биха положили усилия, за да защитят себе си и плода, който носят, но нямат достатъчно информация по темата. Те биха повишили своите знания, но посредством алтеранативни източници. Жените силно подценяват промотивните знания иу мения на акушерките и на медицинските лица като цяло.

**Използвана литература:**


**1.** Закон за движение по пътищата
**2.** Директива (ЕС) 91/671/ЕИО
**3.** Директива (ЕС) 2015/413/ЕС
**4.** Грифитс М. Бременните жени трябва да носят предпазни колани. *Brit Med J.* 1995; **311** :1501. doi: 10.1136/bmj.311.7018.1501
**5.** Klinich KD, et al. Фетален резултат при катастрофи с моторни превозни средства: ефекти от характеристиките на катастрофата и сдържаност на майката. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 г.; **198** (450): e451–459. doi: 10.1016/j.ajog.2008.02.009.
**6.** Motozawa Y, Hitosugi M, Abe T, Tokudome S. Ефекти от предпазните колани, носени от бременни шофьори по време на сблъсъци с нисък удар. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 г.; **203** (62): e61–68. doi: 10.1016/j.ajog.2010.02.047
7. Nakahara S., M.Ichikawa, S.Wakai Информация от списание за използване на предпазен колан за бременни жени и малки деца
8. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33077889/
9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16234138/


## РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПРОФИЛАКТИКАТА И ОБУЧЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИ С ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛНА РЕФЛУКСНА БОЛЕСТ


**Г. Ангелова, Д.Кръстева, Хр.Павлова**
*МБАЛ – Варна към ВМА*


**Въведение:** Гастроезофагеалната рефлуксна болест (ГЕРБ) е едно от заболяванията на горния гастроинтестинален тракт (ГИТ), с което специалистите по здравни грижи в отделенията по гастроентерология се срещат ежедневно. Огромно е неговото социално значение, тъй като симптомите оказват влияние върху всички човешки дейности. Възможността за ендоскопски контрол на заболяването, както и терапията значително допринесоха за подобряване качеството на живот на болните.

**Целта** на настоящата разработка е да очертае ролята на медицинската сестра при профилактиката и обучението на пациентите с гастроезофагеална рефлуксна болест.

**Приложени са:** а) наблюдение; б) описан е личен опит; в) документален метод г) социологически метод – проведени са анонимни анкети.

Анкетирани са 83 пациента с диагноза ГЕРБ, лекувани в Отделението по гастроентерология на I КВБ – МБАЛ – Варна към ВМА през периода 2020-2021 год.,от които 41 мъже и 42 жени.

Определени са демографските данни, придружаващите заболявания и рисковите фактори за развитие на ГЕРБ. Резултатите са описани чрез числови величини и диаграми.

**Резултати:** Социално- демографските показатели са представени в табл.1. Възрастта на болните варира от 18 до 91 години. Резултатите не показват статистически значима разлика при заболелите по пол.

Разпределението на болните по местоживеене отразява по-голям относителен дял на заболелите от градски произход.

***Табл.1 Социално- демографските показатели***

| Показател | Бр. пациенти | Отн.дял% |
|---|---|---|
| **Пол** | | |
| Мъже | 41 | 49,4 |
| Жени | 42 | 50,6 |
| **Местоживеене** | | |
| Град | 47 | 56,63 |
| Село | 36 | 43,37 |
| **Професия** | | |
| Учащ | 4 | 4,82 |
| Работещ | 12 | 14,46 |
| Пенсионер | 7 | 80,72 |
| **Кратност на заболяването** | | |
| Първична | 78 | 93,98 |
| Повторна | 2 | 2,41 |
| Рецидивираща | 3 | 3,62 |

ГЕРБ е често заболяване, като различните проучвания отчитат болестност от 18,1 до 27,8 % в Северна Америка, 8,8 до 25,9%, в Европа; 2,5 до 7,8% в Източна Азия; 8,7 до 33% в Средна Азия; малко над 11% в Австралия и 33 % в Южна Африка.

1. Основните симптоми са парене зад гръдната кост и регургитация. ГЕРБ може да се представи с многообразие от симптоми, като болки в гърдите или дискомфорт, от оригване, хълцане, болка в епигаструма, гадене, повръщане. Пациентите могат да изявяват и кашлица, болки в гърлото, проблеми със зъбите, чести възпаления на ушите,

нарушения на съня, нарушения на работоспособността. Повечето възрастни пациенти са по-често с по-тежки увреждания на лигавицата на хранопровода.

2. Диагноза ГЕРБ може да бъде поставена по типичните симптоми, след изключване на оплаквания от кардиологичен произход.

3. При съмнения за ГЕРБ не е уместно да се използва контрастно рентгеново изследване за доказване на диагнозата.

4. Препоръчва се провеждане на ендоскопско изследване при пациенти с алармиращи симптоми ( анемия, хематемеза, мелена).

5. Не се препоръчва рутинно биопсиране на езофага. Не се препоръчва рутинно тестване за инфекция с Хеликобактер Пилори.

6. Доказано е обаче, че затлъстяването е важен рисков фактор за развитието или влошаването на ГЕРБ. Дори малка промяна в телесното тегло може да допринесе за обостряне на симптомите, докато намаляването на теглото категорично е свързано с намаляване честотата на оплакванията ( проучване от САЩ, обхванало повече от 10 000 жени).

Промените в навиците за сън водят до подобрение в симптомите и дори до лигавично заздравяване при лек ГЕРБ. Освен, че пациентите трябва да спят с повдигната горна част на леглото, не трябва да приемат храна 3 часа преди сън и да са в дясно странично положение. Пациентите трябва да спазват хигиенни правила за постигане на добър сън.

Пациентите, при които е постигнат незадоволителен успех от промяната в начина на живот (навици на хранене, сън) са показани за консервативна терапия.

Важен проблем на терапията е заедно и предписаните медикаменти да се спазват и необходимите правила на хранене, сън, поддържане на оптимално телесно тегло. Тревожността, хипер реактивността и депресията играят важна роля при пациенти с рефрактерна пареща болка.

От значение са и други т.н.рискови фактори като: намалена физическа активност и затлъстяване.

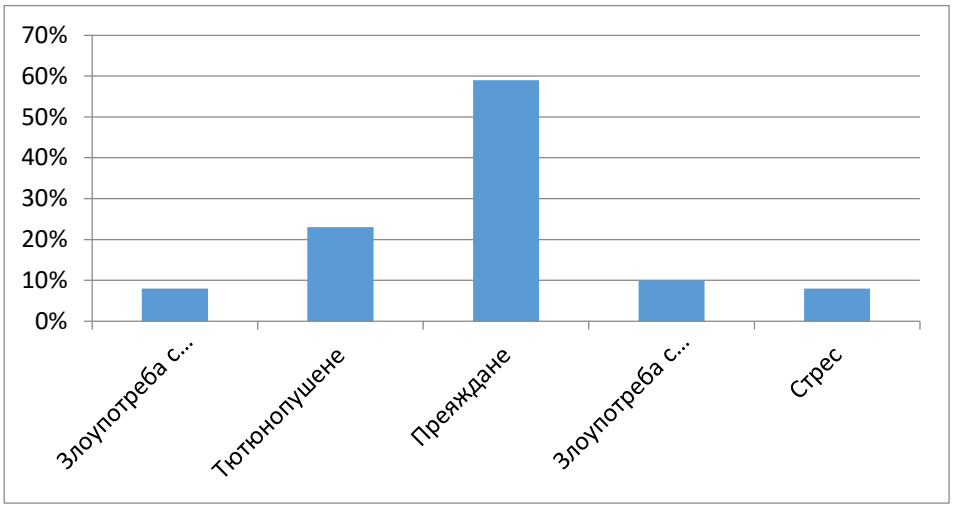
За профилактика на ГЕРБ и намаляване честотата и тежестта на нейните усложнения, трябва да се коригират рисковите фактори – борба с физическото обездвижване, затлъстяването и честите нервно- психични напрежения.

Гастроезофагиалната рефлуксна болест е заболяване на горния гастроинтестинален тракт, свързано особено силно с начина на живот. Познаването на причините, механизмите на развитие, хода на ГЕРБ, възможностите за появяване на оплакванията дори без медикаментозно лечение, оптимизирането на консервативната терапия, ендоскопския контрол на заболяването са свързани с постигане на успешно излекувани в голям брой случаи и избягване на хирургични намеси.

7. Ролята на медицинската сестра по време на хоспитализацията на пациента с ГЕРБ е голяма.

Проведена беше анонимна анкета на пациентите с ГЕРБ,преминали през Отделението по гастроентерология през периода 2020-2021 г.,относно вредните навици и рисковите фактори, довели ги до това заболяване (фиг.1).

**Фиг. 1.Рискови фактори, довели до заболяван ГЕРБ**




Резултатите показват,че хранителните навици,оттам и наднорменото тегло играят най-съществена роля за появата и усложненията на това заболяване.

Тревожността е почти неизбежна и при пациента и при неговите близки, затова от голямо значение са успокоението и обяснението на същността на заболяването.

По време на хоспитализацията с пациента и близките му трябва да се обсъдят възможните причини за ГЕРБ при него и се прави специална консултация за здравословна диета, контрол на теглото, отказване от тютюнопушене, съвети за физически натоварвания, като се има предвид възрастта и физическото състояние на пациента.

*А) Диета* – медицинската сестра трябва съветва активно пациентите за диетата ,която трябва да спазват. Диетата трябва да бъде богата на белтъчини и по-бедна на мазнини. Храненето трябва да става често, на малки порции, като не се препоръчва извършване на физическа активност или лягане веднага след хранене. Препоръчва се силно ограничаване на лютиви и пикантни храни, алкохол и газирани напитки, съдържащи кофеин храни и напитки, цитруси, ананас, доматен сок, чесън и други.

*Б) Лайфстайл лечение* – лайфстайл лечението включва мерки за цялостно подобрение на здравословното състояние , като при ГЕРБ се препоръчва поддържане на оптимално тегло, отказ от тютюнопушене, избягване на тесни дрехи, контрол и терапия на придружаващи заболявания, повишено внимание при прием на медикаменти (избягване на самоволна употреба на достъпните без рецепта обезболяващи, много от които са улцерогенни) и др.

Прогнозата при гастроезофагеалната рефлуксна болест при ранно откриване и целенасочена комплексна терапия и профилактика, особено при липса на други придружаващи заболявания е благоприятна.

*В) Затлъстяване* – по време на хоспитализацията на пациента, здравните специалисти трябва да обсъдят с него и близките му възможните причини за затлъстяването, ако има такова.

Наднорменото тегло е бързо развиваща се заплаха за здравето на населението. Дължи се на намалената физическа активност, свръх консумация на високо мастни и богати на енергия храни.

Минималните промени в начина на живот могат да имат благоприятен ефект в посока на намаляване на оплакванията от ГЕРБ.

Пациентите с ГЕРБ трябва да бъдат насърчавани от здравните специалисти да спрат тютюнопушенето, да се хранят здравословно и да станат физически активни.

Намаляването на наднорменото тегло или на съществуващото затлъстяване са важни стъпки за първична профилактика . Подобни промени в начина на живот могат да предотвратят системния прием на медикаменти, лекуващи ГЕРБ.

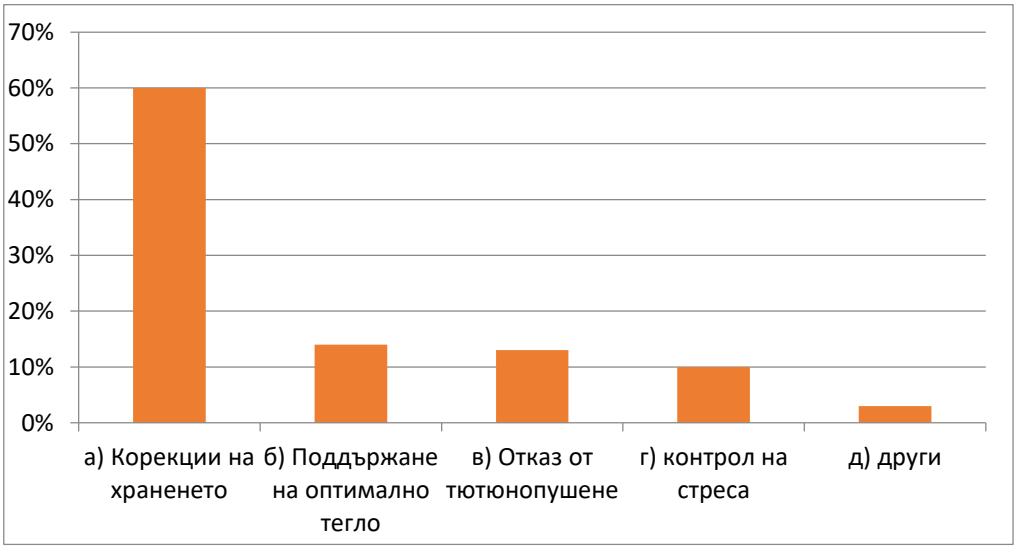
*Г) Стрес* – по време на хоспитализацията на пациента с ГЕРБ, здравните специалисти трябва да обсъдят с него и близките му, възможностите за избягване на стрес на болния. Стресът чувствително вреди на здравето, влияе неблагоприятно на психиката и на храносмилателната система. По косвени причини, заради психичен стрес, хората консумират нездравословни храни, употребяват повече никотин и алкохол и намаляват рязко, а понякога въобще не са в състояние да извършват каквато и да е физическа активност. Трябва да научим пациентите да избягват стреса, а когато е невъзможно да се отърсват бързо от него и да релаксират.

*Д) Сътрудничество* на здравните специалисти с пациента страдащ от ГЕРБ е задължително.

За подобряване на това сътрудничество при лечение и профилактика на това заболяване е възможно медицинската сестра да дава подробни инструкции и обяснителни материали (брошури за пациента), както и да се обсъди хранителния режим на пациента.

Липсата на сътрудничество е близка до липсата на лечение и профилактика. Оценката на сътрудничеството е трудна и за съжаление днес на нея не се обръща достатъчно внимание.

Проведена беше втора анонимна анкета при пачиенти, идващи на контролен преглед в отделението след един месец, на които при изписването беше направено обучение от медицинските сестри относно промяна в начина на живот (навици за хранене, сън), поддържане на оптимално телесно тегло, борба с физическото обездвижване, избягване на нервно- психичното напрежение и им бяха раздадени разяснителни брошури по тези теми.




***Фиг.2. Пациенти, идващи на контролен преглед в Отделението по гастроентерология 1 месец след изписването им и спазили тези инструкции***

От резултатите се виждат подобренията в симптомите и отзвучаване на оплакванията от промяната в начина на живот и отстраняване на рисковите фактори,като в най-голяма степен са оказали влияние корекциите в храненето.

**В заключение**: Само профилактиката и своевременното и правилно лечение могат да предотвратят влошаване на състоянието на пациентите с ГЕРБ и да осигурят необходимото им качество на живот. Непрекъснатото повишаване професионалната компетентност на специалистите по здравни грижи в Отделенията по гастроентерология е от съществено значение за това влошаващо качество на живот за пациентите заболяване. Необходимо е по-добро сътрудничество между здравните специалисти и пациентите – за по-добро лечение и здраве.

## ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

**Силвия Борисова Димитрова**

*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна, Факултет по обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи"*

## BEST PRACTICES IN NURSING

**Silviya Borisova Dimitrova**

*Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" - Varna, Faculty of Public Health, Department of Health Care*

**Резюме:** Търсенето на добри практики е централно и многоизмерно предизвикателство за всички медицински специалисти. В професионалната дейност все по-често се доказва необходимостта от професионална автономност, изразяваща се в прилагане на нови подходи и техники за повишаване на качеството на грижи и гарантиране безопасността на пациента. Добрата практика е процес или методология, който представлява най-ефективния начин за постигане на поставените цели.

**Целта на проучването** е да се изясни концепцията за добрата практика в здравните грижи, характеристики, приложимост и значение.

**Материали и методи:** Настоящото проучване се основава на описателен преглед, насочен към идентифициране на концепцията за добрата практика в здравните грижи, характеристики, приложимост и значение. Използван е осем стъпков модел на Walker и Avant за анализ на концепции. Моделът е приложен като организационна рамка, чрез която се разкрива дефинирането на концепцията в проучената литература. За събиране на информация, относно добри практики, бяха използвани четири различни източника: бази данни (комулативен индекс за медицинска сестра и сестринска практика), речници, статии в списания и уеб страници на професионални организации, здравни и образователни институции.

**Резултати и обсъждане:** Анализа на достъпната литературата изведе пет основни характеристики на добрата практика: наличие на клиничен проблем; използване на най-добрите текущи научни доказателства; професионален опит; оценка на проблема и прилагане на научните доказателства. Добрата практика осигурява правила, указания, препоръки и насоки за организиране на грижите. Практиката в здравните грижи, основана на доказателства, е подход към грижите за пациентите, който включва най-добрите изследвания, клиничен опит и уважение - да се осигури най-доброто в грижите за пациентите. Прилагането на различни професионални подходи осигурява по-добра грижа за пациентите, повишен професионален статус за професионалистите по здравни грижи, по-добра комуникация между медицинските специалисти и насоки за научни изследвания и обучение.

**Заключение:** Теоретично ръководената практика, основана на доказателства, е отличителна черта на всяка професионална дейност. Добрата практика в здравните грижи използва научните познания и определя най-добрите модели за грижа. Потребностите на пациентите стават все по-сложни, което води до необходимостта от професионално поведение, основано на доказани практики.

**Ключови думи:** грижа, качество, безопасност, наука.

**Abstract:** The search for best practice is a central and multidimensional challenge for all medical professionals. In professional activity, the need for professional autonomy is increasingly proven, expressed in the application of new approaches and techniques to increase the quality of care and ensure patient safety. A best practice is a process or methodology that represents the most effective way to achieve the set goals.
**Purpose:** To clarify the concept of good practice in health care, characteristics, applicability and meaning.
**Materials and Methods:** The present study is based on a descriptive review aimed at identifying the concept of best practice in health care, characteristics, applicability and meaning. Walker and Avant's eight-step concept analysis model was used. The model is applied as an organizational framework through which the definition of the concept in the studied literature is revealed. Four different sources were used to collect information on good practice: databases (cumulative index of nursing and nursing practice), dictionaries, journal articles and web pages of professional organisations, health and educational institutions.
**Results and Discussion:** An analysis of the available literature revealed five main characteristics of best practice: presence of a clinical problem; using the best current scientific evidence; experience; problem assessment and application of scientific evidence. Best practice provides rules, guidelines, recommendations and guidelines for organizing care. Evidence-based health care practice is an approach to patient care that incorporates the best research, clinical experience, and respect—to provide the best in patient care. The application of different professional approaches provides better patient care, increased professional status for health care professionals, better communication between medical professionals and guidelines for research and education.
**Conclusion:** Theoretically guided practice is a distinctive feature of any professional activity. Best practice in health care uses scientific knowledge and defines the best models of care. Patient needs are becoming increasingly complex, resulting in the need for professional behavior based on proven practices.
**Key words:** care, quality, safety, science.

**Въведение**

Здравето винаги е било първостепенна жизнена потребност на човека. Все по-мащабно се възприема значението на здравеопазването и полаганите здравни грижи, ролята им като един от главните критерии за жизненото равнище на дадена страна, мярка за качеството на живота (26). Според Глосариума, здравните грижи са определени като дейност, свързана със здравето и болестта, извършвана от медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, осигуряване на човешките потребности, когато лицето не може (поради болест, възраст, инвалидност и други причини), няма познания или не трябва да я извършва сам. Стратегията за развитие на здравните грижи в Република България определя двадесет и първи век за „век на здравните грижи“. Този факт се обуславя от бързото развитие на диагностичните, терапевтичните и фармацевтичните медицински технологии, които, от една страна допринасят за справянето с нелечимите досега заболявания, но от друга страна, ги

„натрупват” като хронични заболявания, водещи често до инвалидизация (11,13,14). В последното десетилетие здравеопазването и здравните грижи все по-отчетливо се причисляват към глобалните проблеми на нашето време. Здравните грижи са вид услуга, която включва медицинските грижи за пациентите, като здравните грижи са общ медицински подход към пациентите от страна на лекаря и медицинските специалисти (8).

Съвременното сестринство се развива като наука и изкуство (7, 25). Според някои автори, практически аспекти на грижите за болните все още остават интуитивни, но теоретичната база за това вече е създадена и научната основа в тази област ще продължава да се развива (2,4,15,27). Днес сестринство е потребност, възникнала да се промени основата на текущата практика.

Професията на медицинската сестра в европейските страни има ясно изразена научна теория и методология, с утвърдени правила за работа по стандарти и внедряване на научните постижения в практиката (22).

Една от концепциите на сестринството е свързана с развитието и прилагането на добри практики. Според СЗО „...качеството на медицинската помощ е предоставяне на всеки пациент на достатъчно диагностични и терапевтични дейности, които могат да осигурят най-добър резултат за здравето, адекватен на актуалното състояние на медицинската наука..“. Добрата практика в сестринството е процес на събиране, обработка и прилагане на резултати от изследвания за подобряване на професионалната дейност, работната среда или резултатите за пациентите.

Търсенето на добри практики е централно и многоизмерно предизвикателство за всички медицински специалисти. В професионалната дейност все по-често се доказва необходимостта от професионална автономност, изразяваща се в прилагане на нови подходи и техники за повишаване на качеството на грижи и гарантиране безопасността на пациента. (16,18,19).

„Добра практика” е термин от стратегическия мениджмънт, който се отнася за определяне на собствени методики и дейности, за подбор и популяризиране на "добри" практики за развитие на здравните грижи (6).

Един проект се определя за „добра практика”, ако съществува пряка връзка между извършените дейности и очаквания краен резултат. Добрата практика е процес или методология, който представлява най-ефективния начин за постигане на поставените цели.

Добрата практика осигурява правила, указания, препоръки и насоки за организиране на грижите.

**Материали и методи**

Настоящото проучване се основава на описателен преглед, насочен към идентифициране и изясняване на концепцията за добрата практика в здравните грижи, характеристики, приложимост и значение. Използван е осем стъпков модел на Walker и Avant за анализ на концепции. Моделът е приложен като организационна рамка, чрез която се разкрива дефинирането на концепцията в проучената литература. За събиране на информация, относно добри практики, бяха използвани четири различни източника: бази данни (комулативен индекс за медицинска сестра и сестринска практика), речници, статии в списания и уеб страници на професионални организации, здравни и образователни институции.

**Резултати и обсъждане**

Дейността на медицинските специалисти се основава на правила и норми за добра практика основани на цялостна концепция в прилагането на стандарти по здравни грижи.

„Добрата практика“ обикновено се определя като дейност или методология, която чрез опит и изследвания, е доказано, че надеждно води до желания резултат (23).

Терминът често се използва в здравеопазването, държавнато администрация, образователнато система, при разработване на проекти и др. В контекста на здравните грижи дефиницията на „добра практика“ се прилага за клинична практика, която се развива в отговор на научните познания и новите технологии. Добрата практика съчетава професионален опит, научни доказателства и взаимоотношение пациент-медицински специалист, за да изгради добре очертани стратегии за професионална дейност, които могат да оптимизират предоставянето на грижи.

Проучванията в областта на здравните грижи са от решаващо значение за практиката. Предоставянето на теоретични и практически подходи, доказали своя принос, са необходимост за подобряване на качеството и безопасността на грижите, както и за разработване на нови, по-ефективни практики (17).

Оказването на здравни грижи изисква висок професионален опит, вземане на сложни решения и чувство за служене и полезност (5).

Ролята, функциите и организационните форми на дейността на медицинските специалисти се променя в отговор на здравето в съответствие с новите предизвикателства в здравните грижи – превенция на болестите и промоция на здравето; прилагане на дейности, насочени към намаляване на болниячния престой; разширяване на обема на домашни грижи; увеличение на рехабилитацията; формиране на центлове и служби с различна интензивност лечение и грижи; изпълнение и предоставяне на домашни грижи. Качеството на здравните грижи се определя от въвеждането на нови организационни форми на грижи, технологии и стандарти за практикуване на медицинските специалисти (3).

Управлението на здравните грижи се базира на мобилизиране на човешките ресурси и ресурсите на средата. Ефективното им използване определя до голяма степен качеството на грижите, които са основен фактор за устойчивото развитие на здравното заведение при свободен избор на пациентите в условията на пазарна икономика и конкуренция между болниците (1).

Организацията на медицинския труд е процес на непрекъснато проучване, управление и контролиране на трудовите дейности в здравните заведения. На медицинската сестра и акушерките, като членове на голямото медицинско семейство, се възлагат отговорни задачи, насочени към опазване и възстановяване на здравето чрез полагане на здравни грижи (9).

Развитието на медицинската наука и технологии поставя високи изисквания към квалификацията на медицинските специалисти, което налага непрекъснатото ѝ поддържане и повишаване. Сигурността и безопасността на пациентите е в пряка зависимост от квалификацията на всички медицински специалисти. Качеството на здравните грижи е от ключово значение за гарантиране на високо ниво на защита на здравето и безопасността на хората и за доверието в системата (10).

„Добрата практика” е термин, който се отнася за определяне на собствени методики и дейности, за подбор и популяризиране на "добри" практики за развитие на здравните грижи. Една дейност се определя за „добра практика”, ако съществува пряка връзка между извършените интервенции и очаквания краен резултат.

Добрата практика може да бъде навременна, актуална и полезна професионална практика, методи, интервенции, процедури или техники, основани на научни доказателства (28).

Съществуващите концептуални модели и теории за сестринство осигуряват основа на практиката и помагат тя да се организира в предоставяне на дейности базирани на подходящи решения, свързани със сестринските интервенции (Фиг. 1).




***Фигура 1. Концепция за добра практика***

Интегрирането на теориите за сестринство е израз на еволюция по пътя на развитие на съвременната сестринска практика. Добрата практика, базирана на доказателства, създава възможност за приложение на съвременни подходи, адаптирани към конкретните условия за оказване на сестрински грижи:

- принципи, задачи и състояние на здравната система;
- демографски показатели;
- социално-икономически условия на обществото;
- доминиращи морално-етични принципи и култура.

Съвременните сестрински грижи е необходимо да бъдат ориентирани към запазване на здравето на човека, повишаване на качеството на живот и независимост към заболяването. Базираната на доказателства клиничната практика се прилага, когато медицинския специалист вземе клинично решение въз основа на:

- научни доказателства;
- професионален опит;
- индивидуалност на пациента.

Анализа на достъпната литературата изведе пет основни характеристики на добрата практика: наличие на клиничен проблем; използване на най-добрите текущи научни доказателства; професионален опит; оценка на проблема и прилагане на научните доказателства. Практиката в здравните грижи, основана на доказателства, е подход към грижите за пациентите, който включва най-добрите изследвания, клиничен опит и уважение - да се осигури най-доброто в грижите за пациентите. Ролята на медицинските специалисти, при изпълнение на професионалните дейности, които извършват самостоятелно или по назначение на лекар, може да представим схематично в следния модел на ефективност (Фиг. 2).




***Фигура 2. Ефективен модел за професионална дейност***

Добрата практика създава възможност за приложение на съвременни подходи, адаптирани към конкретните условия за оказване на здравни грижи. Усилията на професионалните организации в цял свят са насочени към издигане на авторитета и очертаване на автономността на професиите.

Професионалната практика включва базови и специализирани умения, за изпълнението на които медицинския специалист има значима професионална роля в предоставянето на здравни грижи.

Като цяло, същността на определянето и споделянето на „добрите практики" е да се учим от опита на другите и да използваме натрупаните знания в нашите собствени дейности. Добрите практики могат да служат като източник за вдъхновение и пример и да подскажат нови подходи за разрешаването на съществуващи проблеми.

Безспорно е, че усилията за подобряване здравето на нацията трябва да са насочени към постигане на интегрирана здравна профилактика, ефективна здравна система, високо доверие на населението към нея и към ангажиране на всички участващи в предоставянето и получаването на здравни грижи и услуги (Фиг. 3)




***Фигура 3. Ефективен модел за добра практики***

Доказано е, че доброто здраве е резултат от взаимодействието между редица фактори, като индивидуални особености, наследственост, начин на живот и поведение, влияние на социално-икономически и културни фактори, околна среда, здравна система и т.н. Всички тези фактори или детерминанти на здравето са в динамично взаимодействие помежду си, като степента на влияние на всеки един от тях е различна в зависимост от спецификите на отделната страна, но като цяло икономическият статус, личното поведение и околната среда имат преобладаваща роля във формирането на здравето на една нация (12).

Глобално базирани на доказателства продукти, като насоки за добра практика или стандарти, са разработени и предоставени от изследователи в областта на здравните грижи, но остава предизвикателството те да бъдат внедрени и въведени в клиничната практика и прилагане при вземането на клинични решения (29,30).

Добрите практики са препоръки, които могат да се развият въз основа на експертен опит, преценка, перспектива и продължителни проучвания и трябва да отговарят на следните условия: обхват, ефективност, приемане, внедряване, устойчивост (21).

В достъпната литература те са представени и като систематично разработени насоки за клинична практика в конкретна област на здравните грижи. Основават се на

най-добрите доказателства и предоставят насока в практиката при вземане на клинични и управленски решения (24).

Дейността на медицинските специалисти се основава на правила и норми за добра практика базирани на цялостна концепция в стандартизирането на здравните грижи. Работни групи разработват документи, насоки, препоръки, и под ръководството на експерти от Българската асоциацията на професионалистите по здравни грижи, се разработват и привеждат най-добрите доказателства в практиката (31).

Проучванията в областта на сестринската практика е необходимо да продължат да идентифицират и разработват основани на доказателства практики. Въвеждането на добри практики преминава през два последователни етапа, които са основните стъпки в протичането на процеса от научни познания към практически действия. Първият етап включва набиране на информация и теоретични познания, който е насочен към идентифицирането на основни доказателства и води до научни заключения. Вторият е цикълът на практически действия, който се фокусира върху прилагането на знанията в практическа среда. За успешното прилагане на добри практики оказват влияние няколко фактора:

- съответствие на човешки ресурси с обем дейност и натовареност;
- мотивация за качествени здравни грижи;
- подкрепа за прилагане на практики, основани на доказателства;
- клинично наблюдение;
- компетентност за професионална дейност.

Да бъдеш пълноправен партньор в предоставянето на грижа за пациентите изисква лидерски умения и компетентности които трябва да се прилагат както в процеса на извършване на професионалните действия, така и в сътрудничество с медицинския екип. Прилагането на добри практики се повлиява от редица личностни и организационни фактори, които оказват влияние върху избора, действията и вземането на самостоятелни решения. Значението на последователността при прилагането на политики и процедури за извършване на професионалните дейности поддържат ефективни и пълноценни здравните грижи.

Моделът на предоставяне на здравни грижи е фокусиран не само върху физическите и емоционални потребности на пациента, но и към откриване и анализиране на външни влияния върху здравето. Приложението на добри практики се основаватна компетентното ниво на поведение в професионалната роля на медицинските специалисти, вкл. дейности, свързани с качеството на грижа, поставяне на оценка, ниво на компетентност, колегиалност, етиката, сътрудничество, прилагане на достиженията на научните изследвания и отчитане на ресурса за тяхното въведение. Професионалните комтентности гарантират, че сме отговорни за нашите клинични решения и действия, за поддържане на качество по време на своята практика. Клиничните практики са насочени към пациента, насърчават възможно най-добрия постижим резултат и минимизират излагането на риск от неблагоприятни въздействия.

**Заключение**

Потребностите на пациентите стават все по-сложни, което води до необходимостта от професионално поведение, основано на доказани практики. Теоретично ръководената практика, основана на доказателства, е отличителна черта на всяка професионална дейност. Добрата практика в здравните грижи използва научните познания и определя най-добрите модели за грижа. Добрата практика позволява избора на философия, създава възможности за индивидуален подход към пациента, задължава медицинските специалисти да бъдат отговорни, както и да вземат решения в областта на здравните грижи. Прилагането на различни професионални подходи осигурява по-добра

грижа за пациентите, повишен професионален статус за професионалистите по здравни грижи, по-добра комуникация между медицинските специалисти и насоки за научни изследвания и обучение.

**Литература:**


1. Богданова, К. (2019). Основни аспекти в управлението на здравните грижи. Централна медицинска библиотека Медицински университет, София.
2. Борисова Б. (2020). Стратегии за осъществяване организационна промяна в здравеопазването. Медицински меридиани,1, 19 -24.
3. Борисова С. (2017). Стандарти по здравни грижи – приоритет на съвременното сестринство. Сборник доклади Първа национална конференция по обществено здраве, Варна.
4. Борисова С., Тончева, С. (2007). Научните изследвания в сестринските грижи – теория, очертана в базовото обучение. Здравни грижи, 2, 21-25.
5. Грънчарова Г., Драганова, М. (2022). Основи на управлението на здравните грижи с модул „Здравни проекти“. Издателска къща СТЕНО, Варна.
6. Иванов, И.(2012). Добри практики в образованието. Годишник на ШУ „Еп. Константин Преславски“, том XVI Д, Педагогически факултет, 209-215.
7. Тарновская И. (2003). Сестринское дело в неврологии. Сестринское дело, 32-34.
8. Тодорова Т. (2014). Основни насоки за повишаване качеството на здравните грижи. Научни трудове на русенския университет, 53, 8.3 54.
9. Тончева, С. (2018). Акценти в здравните грижи, Социална медицина, 3-4, 4-6.
10. Тончева, С. (2018). Приложимост на супервизия в сестринството в България. Социална медицина, XXVI, 3-4, 8-13.
11. Европейска политическа рамка и стратегия за 21 век. 2020, СЗО.
12. Национална здравна стратегия 2021 – 2030 (проект).
13. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р. България 2013 – 2020.
14. Стратегия на СЗО “ЗДРАВЕ 21”.
15. Bateson P. (2004). Developmental plasticity and human health. Nature, volume 430, 419-421.
16. Basford L., Slevin, O. (2003). Theory on practice of nursing, An integrated approach to caring practice, Study skills in health care, Nelson Thornes, 203-210.
17. Chien L. Y. (2019). Evidence-based practice and nursing research. The Journal of Nursing Research, 27(4), 29.
18. Chinn, P.,L., Kramer, M.,K. (2004). Integrated knowledge development in nursing. 6th ed.,.Sv.Louis: Mosby, 36.
19. Chinn, P., Kramer, M. (2009). Theory and nursing: integrated knowledge development. 5th Ed. St. Louis: Mosby.
20. Dang, D., Dearholt, S., Bissett, K., Ascenzi, J., & Whalen, M. (2022). Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines. 4th ed. Sigma Theta Tau International.
21. Estabrooks P. et all. (2021). Editorial: Use of the RE-AIM Framework: Translating Research to Practice With Novel Applications and Emerging Directions. Frontiers in Public Health. Volume 9.
22. Georgieva D. (2022). Evidence-based nursing practice in the context of healthcare quality and patient safety. Proceedings of University of Ruse - 2022, volume 61, book 8.3, 11-15
23. Guide for Documenting and Sharing “Best Practices” in Health Programmes (2008).World Health Organization.

24. Field M., Lohr K. (1090). Clinical Practice Guidelines. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service. Washington: National Academies Press.
25. Peterson, S.,J., Bredow, T.,S. (2011). Middle Range Theories: Application to Nursing Research. Philadelphia, Lippincott Willams & Wilkin,Pesut.
26. Todorova T. (2017). Quality of life in patients for hemodialysis proceedings of University of Ruse. 56, 8.3.74.
27. Watson, J. (2005).Caring Science as Sacred Science. Philadelphia,FA Davis.
28. Wilma ten Ham-Baloyi, Karin Minnie, Christa van der Walt. (2020). Improving healthcare: a guide to roll-out best practices. Afr Health Sci. 20(3): 1487–1495.
29. https://www.mu-varna.bg/BG/Research/Pages/priklu4ilidoktor.aspx
30. https://repository.mu-varna.bg/handle/nls/422
31. https://nursing-bg.com/docs/nb/pnds/Methodology_Nursing_Practices_Ver3.2.pdf

**Адрес за кореспонденция:**
проф. Силвия Борисова Димитрова, д.оз.н.
МУ- Варна, ФОЗ, Катедра „Здравни грижи“
silvia.borisova@mu-varna.bg

## НАГЛАСИ И МОТИВИ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ЗАВЪРШВАЩИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

**Анна Георгиева, Селин Реджеб**
*Медицински университет ”Проф. д-р Параскев Стоянов”- Варна,*
*Факултет по обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи“*

## ATTITUDES AND MOTIVATION ON PROFESSIONAL FULFILLMENT OF GRADUATING NURSES

**Anna Georgieva, Selin Redjeb**
*Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" - Varna,*
*Faculty of Public Health, Department of Health Care*

**РЕЗЮМЕ**

**Въведение.** Непрекъснатите реформи в здравеопазните системи, тревожните демографски тенденции, нестабилните социално-икономически параметри обуславят нарастващата потребност от качествени и високоефективни здравни грижи.

**Целта на настоящото проучване** Целта на настоящото проучване е да се изследват нагласите и мотивите на завършващите студенти медицински сестри за професионална реализация.

**Материал и методи.** Приложени са анализ на литературни източници, документален и анкетен метод. Изследвано е мнението на 65 студенти завършващи своето обучение по специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Варна, през септември 2022г. За онагледяване на наблюдаваните процеси и явления е приложен е графичен анализ, посредством софтуерен пакет Microsoft Office Excel. Данните са обработени с помощта на статистически пакет IBM SPSS Statistics 19.

**Резултати и обсъждане.** Значителна част от анкетираните са категорични в решението си за работа в България. Повечето от респондентите изразяват желание за работа в хирургична, терапевтична и детска клиника/отделение, както и в КАИЛ. Преобладаваща част от респондентите мотивират желанието си за професионална реализация с възможността да помагат на хората, да бъдат полезни на обществото, да се развиват професионално и определят избора си, като съответстващ на собствените им знания и умения.

**Заключение.** Медицинските сестри играят важна и все по-нарастваща роля в решаването на настоящите проблеми на общественото здравеопазване, а също така в оказването на висококачествена, ефективна, достъпна за всички и непрекъсната здравна помощ, насочена към удовлетворяване на изменящите се потребности на обществото. Проучванията на нагласите на студентите медицински сестри за бъдеща професионална реализация трябва да се провеждат непрекъснато, с оглед предприемане на своевременни и ефективни мерки, насочени към мотивиране на бъдещите медицински сестри за професионална кариера в страната.

**Ключови думи:** медицински сестри, нагласи, професионална реализация

**SUMMARY**

**Introduction.** Continuous reforms in health care systems, alarming demographic trends, unstable socio-economic parameters determine the growing need for quality and highly effective health care.

**The purpose of the present study** was to examine the attitudes and motivation of graduating nursing students toward professional fulfillment.

**Material and methods.** Analysis of literary sources, documentary and survey method are applied. The opinion of 65 students completing their studies in the "Nursing" specialty at the Medical University - Varna, in September 2022, was studied. In order to visualize the observed processes and phenomena, a graphic analysis was applied using the Microsoft Office Excel software package. Data were processed using the IBM SPSS Statistics 19 statistical package.

**Results and discussion.** A significant part of the respondents are definite in their decision to work in Bulgaria. Most of the respondents expressed a desire to work in a surgical, therapeutic and children's clinic/department, as well as in KAIL. The majority of respondents motivate their desire for professional realization with the opportunity to help people, be useful to society, develop professionally and define their choice as corresponding to their own knowledge and skills.

**Conclusion.** Nurses play an important and growing role in solving current public health problems, as well as in providing high-quality, effective, accessible and continuous health care aimed at meeting the changing needs of society. Surveys of the attitudes of nursing students for future professional realization should be conducted continuously, with a view to taking timely and effective measures aimed at motivating future nurses for a professional career in the country.

**Key words:** nurses, motivation, attitudes, professional realization

## ВЪВЕДЕНИЕ

Медицинските сестри съставляват най-голямата група медицински специалисти[11,12,15]. СЗО разглежда медицинските сестри като важни участници в интердисциплинарните екипи в сферата на здравеопазването, като набляга на все по-отчетливо се очертаващата се необходимост от добре подготвени медицински сестри, които бързо да се адаптират, да поемат отговорност за работата си, да могат да работят в многопрофилен и многосекторен контекст в болниците и общностите, да могат

да управляват промените по въпросите относно здравето и благополучието на хората [1,10,13,17].

Същевременно редица проучвания цитират тревожни данни, свързани с недостиг на медицински сестри, обусловен от застаряване на медицинския персонал в страната, недостатъчен прием студенти в специалност «Медицинска сестра» и непрекъснато изтичане на кадри в чужбина [1,3,4,6, 15, 17].

Тази тревожна тенденция налага предприемането на спешни стратегически мерки, част от които е и провеждането на изследвания, проучващи нагласите и мотивите на студентите медицински сестри за бъдещата им професионална реализация[1, 2, 5, 14, 16].

Във връзка с това, изследването на нагласите и мотивите за бъдеща професионална реализация на студентите медицински сестри придобива все по-голяма актуалност и значимост.

**Целта на настоящото проучване** Целта на настоящото проучване е да се изследват нагласите и мотивите на завършващите студенти медицински сестри за професионална реализация.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

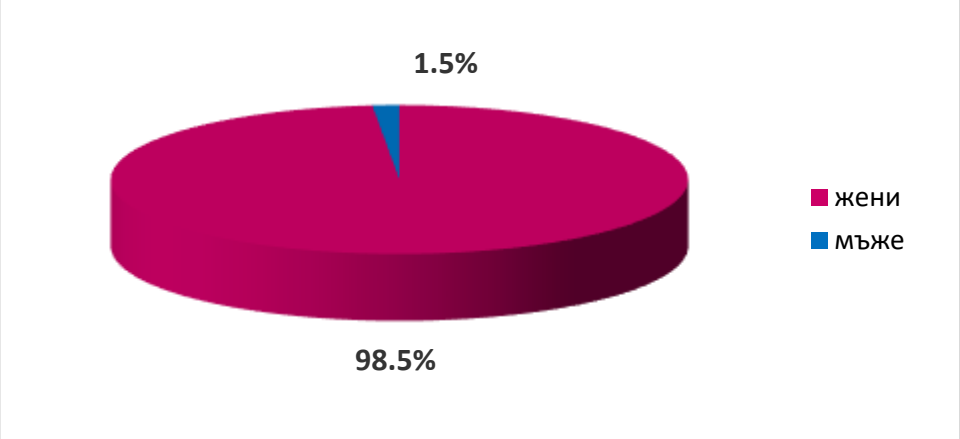
Приложени са анализ на литературни източници, документален и анкетен метод. Изследвано е мнението на 65 студенти завършващи своето обучение по специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Варна, през септември 2022г. За онагледяване на наблюдаваните процеси и явления е приложен е графичен анализ, посредством софтуерен пакет Microsoft Office Excel. Данните са обработени с помощта на статистически пакет IBM SPSS Statistics 19.

**РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

Резултатите отразяват социо-демографската характеристика, нагласите и мотивите на медицинските сестри за професионална реализация.

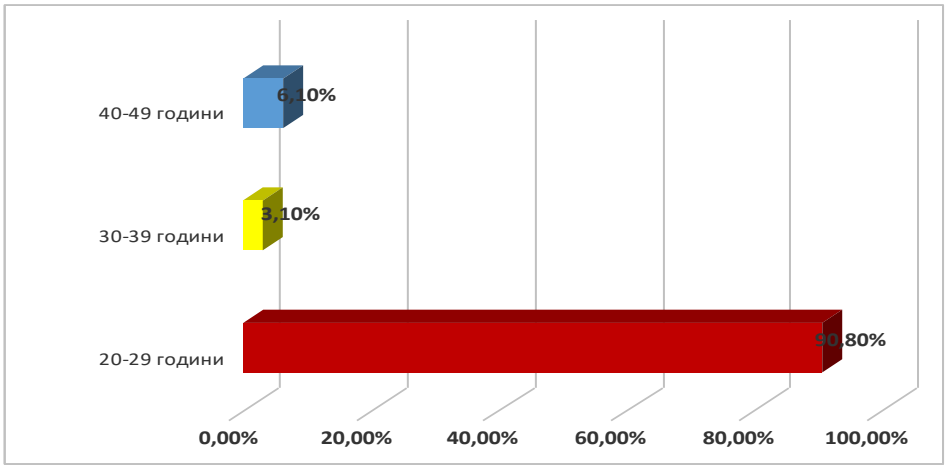
В проучването са обхванати всички студенти от четвърти курс , сп. «Медицинска сестра» (100 %)

Мнозинството от участниците в проучването, са жени (98,5%) (Фиг.1).



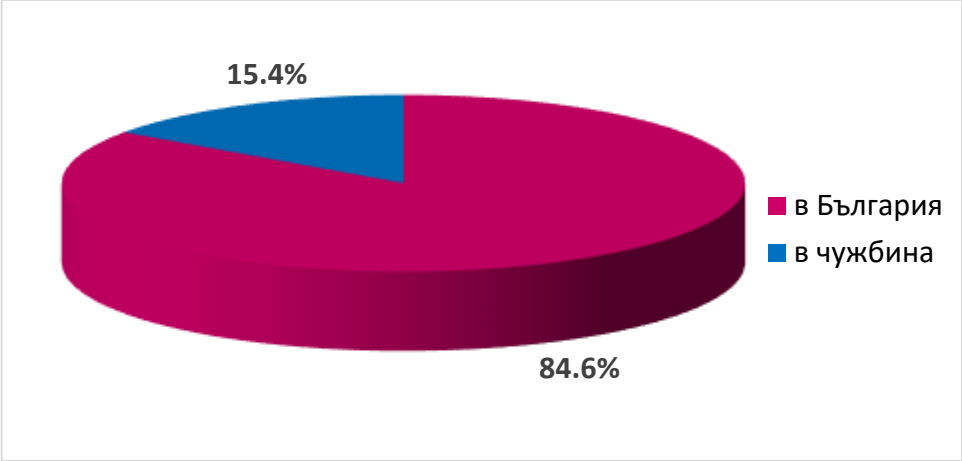

**Фиг.1. Разпределение на студентите медицински сестри по пол**

Преобладават студентите медицински сестри във възрастовата група 20 – 29 години (90,8%), следвани от тези на възраст 40 – 49 г. и 30 – 39 г. Средната възраст на анкетираните медицински сестри е 24 г. (± 5 г.). (Фиг.2).



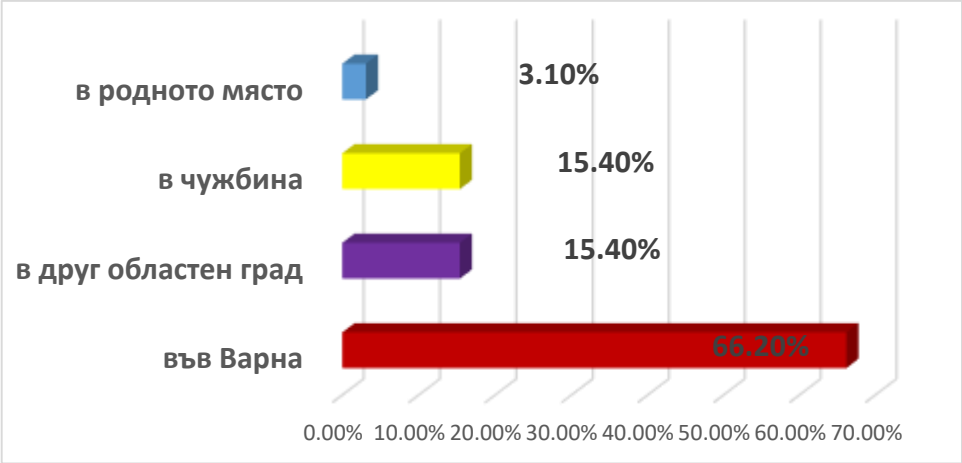

**Фиг.2. Разпределение на студентите медицински сестри по възраст**

Значителна част от анкетираните(84,6 %) въпреки предизвикателствата, пред които са изправени професионалистите по здравни грижи у нас, са категорични в решението си за работа в България и едва 15, 4 % са избрали да се реализират в чужбина. Получените данни са доста обнадеждаващи на фона на тревожните данни за непрекъсната миграция на медицински специалисти [3,4,6,9] (Фиг.3).




**Фиг.3. Нагласи на студентите медицински сестри за професионална реализация (България или чужбина)**

Повечето медицински сестри, завършващи Медицински университет – Варна изразяват нагласи да останат и започнат своята кариера в гр. Варна (66,2 %). Еднакъв е делът на възнамеряващите да се реализират професионално в друг областен град (15,4 %) и в чужбина (15,4 %). Съвсем малка част планират да се завърнат и работят в родното си място (3,1 %), Причините за това, както сочат редица публикации и нормативни документи, са липсата на възможности за реализация в малките населени места, ниското заплащане и несигурност във функционирането на здравните институции [7, 8, 11]. Анализът на резултатите потвърждава тенденцията, при която все повече младите хора предпочитат големия град, даващ повече възможности за избор и професионални изяви. Нашите данни кореспондират с тревожните тенденции, свързани с миграция от малките населени места към големите градове и засилващ се недостиг на здравнни кадри в първите (Фиг.4).




**Фиг.4. Нагласи на студентите медицински сестри за професионална реализация по местоживеене**

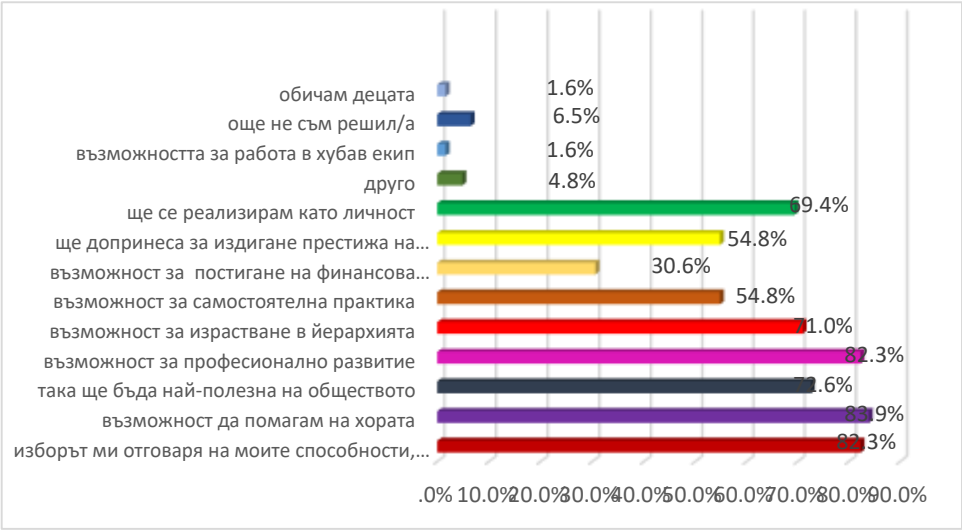
В условията на не особено стабилни социално-икономически параметри (доходи, потребление, жизнено равнище, заетост) и лошата здравна и демографска характеристика на населението, се очаква нуждите от здравни грижи непрекъснато да нарастват, което предполага да има и все повече специалисти по здравни грижи в системата, като ключова роля се отрежда на специалистите от първичната здравна помощ [5, 7,8, 11,12]. Във връзка с това, за нас беше важнао да изследваме дали завършващите медицински сестри имат ориентация за професионална реализация и ако имат такава, къде виждат своето място като здравни професионалисти

Резултатите от собствено проведеното проучване доказват, че студентите имат ясна представа за бъдещата си реализация. Повечето от тях изразяват желание за работа в хирургична клиника/отделение (21,5%), в клиника/отделение по вътрешни болести(21,5%), следвани от желаещите да работят в детска клиника/отделение(9,2%) и в КАИЛ/ОАИЛ(7,7%). Всеки десети от респондентите изразява колебание. Еднакъв е делът на тези, които предвиждат да започнат работа в операционна зала (6,2%) и в клиника/отделение по нервни болести(6,2%). Предпочитания за работа в детска ясла имат 4, 2%, а в дентална клиника/кабинет 3,1%. Единици от завършващите студенти са изразили намерение да се реализират професионално в онкологична клиника/отделение, очна клиника/отделение, клиника по нуклеарна медицина, в ЦСМП и при ОПЛ. Прави впечатление, че предпочитани са сектори свързани с голямо психическо и физическо натоварване, изискващи висок професионализъм и морално-волеви качества. Но, бъдещите медицински сестри явно осъзнават това. Доказателство за това са мотивите им за направения професионален избор. От друга страна, тревожно нисък е делът на избралите да се реализират като медицински сестри в първичната здравна помощ (1,5%), предвид ключовата роля, която имат медицинските специалисти, работещи в тази сфера за укрепване, поддържане и възстановявне на общественото здраве. В голяма степен отдаваме този резултат, от една страна на желанието на бъдещите медицински сестри да затвърдят и усъвършенстват знанията и уменията си в сектори, даващи възможност за постигане на специфични професионални компетенции. От друга страна, проблемът с липсата на реално остойностяване на сестринския труд от Националната здравноосигурителна каса, ниското заплащане, а също и акцентът върху дейности, свързани предимно с медицинска документация, вероятно са причина за липсата на желание у повечето от респондентите за професионална реализация при ОПЛ (Фиг.5).




**Фиг.5. Нагласи на студентите медицински сестри за професионална реализация в различни сектори на здравеопазването и здравно-социалните услуги**

За нас представляваха интерес водещите мотиви на студентите при избора на тяхната бъдеща професионална реализация. Преобладаваща част от студентите медицински сестри мотивират желанието си за професионална реализация с възможността да помагат на хората (83,9%) и възможност да бъдат полезни на обществото(72,6%). Мнозинството от анкетираните обосновават решението си, мотивирани от възможността за професионално развитие (82,3 %) Значителна част от респондентите определят избора си, като съответстващ на собствените им знания и умения (82,3 %). По време на обучението си студентите непрекъснато са развивали и усъвършенствали умения за самооценяване. Повече от половината от участниците в изследването са мотивирани от възможността за личностна реализация (69,4 %), за самостоятелна практика(54,8 %), както и от възможността да допринесат за издигане престижа на сестринството у нас(54,8 %)(Фиг.6).




**Фиг.6. Основни мотиви за нагласите на студентите медицински сестри за професионална реализация в различни сектори на здравеопазването и здравно-социалните услуги**

Получените резултати, представени на фиг. 6, са свидетелство за съзнателно и отговорно взето решение за професионална реализация на студентите медицински

сестри, основано на реална представа за собствените възможности и стремежи, както на хуманни мотиви, изразяващи се в желание за оказване на помощ на хората, нуждаещи се от здравни грижи и за дейност в полза за обществото като цяло.

В резултат на статистическия анализ се доказа правопропорционална голяма корелационна зависимост между възрастта на завършващите медицински сестри и секторите, в които те имат нагласи за професионална реализация (Contingency Coefficient=0,761; p<0,001). Избралите професионална реализация в ЦСМП и Клиника по нуклеарна медицина са само представители на възрастовата група 30-39г, изразаващите желание за работа в Онкологична клиника са във възрастовия диапазон 40-49г. От друга страна във всички останали структури са избрали реализация единствено респонденти на възраст 20-29г.

Установи се и пряка голяма корелационна зависимост между между пола на респондентите и секторите, в които те имат нагласи за професионална реализация (Contingency Coefficient=0,707; p<0,001). Единственият представител на мъжкия пол е посочил нагласа за професионална реализация в Клиника по нуклеарна медицина. Същевременно нито една от жените не е изявила желание за работа в посочената структура.

Доказана бе и статистически значима връзка между желанията за професионална реализация в България и чужбина и структурите, в които участниците биха искали да започнат кариера (Contingency Coefficient=0,555; p<0,05). Прави впечатление, че мнозинството от респондентите, желаещи да се реализират в чужбина, все още не са решили в какъв сектор да започнат своя професионален път. Получените данни биха могли да бъдат обяснени с липсата на сигурност и яснота относно възможностите за бъдещата професионална реализация в чужбина.

Резултатите от собствено проведеното проучване ни дават основание да направим следните **изводи:**

1. Значителна част от анкетираните(84,6 %), въпреки предизвикателствата, пред които са изправени професионалистите по здравни грижи у нас, са категорични в решението си за работа в България.
2. Преобладаващата част от студентите медицински сестри изразяват нагласи да останат и започнат своята кариера в гр. Варна (66,2 %).
3. Повечето от респондентите изразяват желание за работа в хирургична клиника/отделение (21,5%), в клиника/отделение по вътрешни болести(21,5%), следвани от желаещите да работят в детска клиника/отделение(9,2%) и в КАИЛ/ОАИЛ(7,7%).
4. Мнозинството от респондентите мотивират желанието си за професионална реализация с възможността да помагат на хората (83,9%), да бъдат полезни на обществото(72,6%), да се развиват професионално (82,3 %) и определят избора си, като съответстващ на собствените им знания и умения (82,3 %).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Медицинските сестри играят важна и все по-нарастваща роля в решаването на настоящите проблеми на общественото здравеопазване, а също така в оказването на висококачествена, ефективна, достъпна за всички и непрекъсната здравна помощ, насочена към удовлетворяване на изменящите се потребности на обществото. Проучванията на нагласите на студентите медицински сестри за бъдеща професионална реализация трябва да се провеждат непрекъснато, с оглед предприемане на своевременни и ефективни мерки, насочени към мотивиране на бъдещите медицински сестри за професионална кариера в страната.

**БИБЛИОГРАФИЯ**


1. Василева М. Отлично подготвени медицински специалисти ще продължат да напускат България. Новини за здравеопазването (28.02.2017) http://nursing-bg.com/old/na1127.html
2. Василева Н. Мотивация за избор, работа и кариерно развитие в сестринската професия, Дисертационен труд, София, 2014.
3. Велева Н., Г. Грънчарова и М. Драганова Общ пазар на труда на медицинските сестри- изтичане на кадри или свободно движение на работна сила, Здравен мениджмънт, 2008; 3: 21-25.
4. Велева Н., Грънчарова Г., Драганова М. Единния европейски пазар и българските медицински сестри. - Trakia Journal of Sciences, 2008; 6(2-4): 68-71.
5. Грънчарова Г, Александрова- Янкуловска С. Основи на социалната медицина. Варна: ИК Стено; 2021.
6. Костадинова Т., и кол. Ефекти на миграцията на медицинските професионалисти върху посрещането на здравните потребности на възрастните хора. В: Стареене и здраве, София: БАН, 2009; 1; 243-251.
7. Народно събрание. Решение за приемане на Национална здравна стратегия 2020 13/11/2015. http://www.parliament.bg/bg/desision/ID/15676
8. Национална здравна стратегия 2021 - 2030 г., https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/12/29/proekt_na_natsionalna_zdravna_strategiia_2021-_2030.pdf
9. Рохова М., Т. Костадинова, Е. Мутафова, Икономическата криза и миграцията на здравните професионалисти, Сборник доклади от юбилейна научна конференция Световната криза и икономическото развитие, 2010; 3: 167-179.
10. Стамова Кр. Мотивация за избор на професията медицинска сестра Scripta Scientifica Medica, Med ical University, Varna, 2011; 43 (7), 313-317.
11. Стратегия за развитие на здравните грижи в България http://www.nursing-bg.com/nzs.html
12. Тончева, С. Акценти в здравните грижи, Социална медицина, 2018; 3(4): 4-6.
13. Тончева С., Борисова С. Образователни възможности за повишаване на компетенциите на медицинската сестра, Здравни грижи, 2006;4(4):12-17.
14. Al-Absi, M. Motivation and Its Effect on Nursing Job Performance in Gaza strip Governmental Hospitals – Palestine. Book. 2015/08/07 .DO - 10.13140/RG.2.1.1904.6241 https://www.researchgate.net/publication/280736580/download
15. International Council of Nurses. NURSES TOGETHER: A FORCE FOR GLOBAL HEALTH. https://icncongress2023.org › sites › 2022/07
16. Newton JM et al. The motivations to nurse: An exploration of factors amongst undergraduate students, registered nurses and nurse managers. Format: Abstract J Nurs Manag. 2009 Apr;17(3):392-400.
17. WHO. Year of the Nurse and the Midwife 2020. https://www.who.int › Campaigns › Annual theme
18.



**Адрес за кореспонденция:**
Анна Георгиева, Email: anngebg@gmail.com,
Медицински университет ”Проф. д-р Параскев Стоянов”- Варна,
Факултет по обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи“

# ПОДБОРЪТ НА МЕТОДИ – ВАЖНО УСЛОВИЕ ЗА ФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВОСЛОВНИ НАВИЦИ В ДЕТСКАТА ЯСЛА

**Диана Гроздева, Катя Егурузе**

*Медицински университет - Варна, Факултет „Обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи“*

**Резюме:** Медицинската сестра в детската ясла подпомага семейството в отглеждането и възпитанието на децата. В нейните компетенции влиза прилагането на различни възпитателни методи, за да подготви детето за здравословен начин на живот.

**Целта** на настоящото изследване е да се направи оценка на методите, които се използват в детската ясла за формиране на здравословни навици на децата и да се очертае ролята на медицинската сестра.

**Материал и методи:** Проведена е пряка анонимна анкета сред 35 медицински сестри, работещи в 3 детски ясли в гр. Варна за методите, които те прилагат за формиране на здравословни навици на децата. Изследването обхваща периода май – юни 2022 г.

**Резултати и обсъждане:** Медицинските сестри, работещи в детските ясли, имат висока професионална квалификация, въпреки че значителна част са в предпенсионна и пенсионна възраст. При прилагането на методи за формиране на здравословни навици на децата, около 1/3 от тях прилагат творчески подход. Методите, които медицинските сестри използват са съобразени с възрастта и индивидуалните особености на децата, и се прилагат през цялото време на техния престой в детската ясла. Най-често използваните методи, даващи най-добри резултати при формирането на здравословни навици са тези, които се възприемат най-добре от децата.

***Ключови думи:*** *медицинска сестра, метод, деца, здравословни навици, детска ясла*

# THE SELECTION OF METHODS: AN IMPORTANT CONDITION FOR THE FORMATION OF HEALTHY HABITS IN THE NURSERY

**Diana Grozdeva, Katya Eguruze**

Medical university - Varna**,** Faculty of Public Health, Department “Nursing care”

**Summary:** The nurse in the nursery supports families in raising and educating their children. Her competencies include the application of various educational methods to prepare the child for a healthy lifestyle.

The **purpose** of this study is to evaluate the methods used in nurseries for the formation of healthy habits in children and to outline the role of the nurse.

**Material and methods**: A direct anonymous survey was conducted among 35 nurses working across 3 nurseries in the city of Varna regarding the methods they apply when forming healthy habits in children. The survey covers the period May – June 2022.

**Results and discussion**: Nurses in nurseries have a high level of professional qualification, although a significant proportion of them is in pre-retirement or retirement age. When applying the methods used for the formation of healthy habits in children, around 1/3 of the nurses apply a creative approach. The methods used by the nurses are tailored to the age and the individual characteristics of the children and are applied throughout the children’s time at the nursery. The

most commonly used methods yielding the best results in the formation of healthy habits in children are those which are best received by the children themselves.
***Key words**: nurse, method, children, healthy habits, nursery*

**Въведение:** Медицинската сестра в детската ясла е в най-тесен контакт с децата и техните родители. На практика тя осъществява специализираните дейности в детската ясла. На нея са поверени грижите за здравето и живота на децата. Тя е тази, която формира здравословното им поведение, съвместно с родителите. Явява се консултант и съветник на семействата по много въпроси, свързани с възпитанието, в това число и за здравословните навици [2].

В своята работа медицинската сестра трябва да умее да наблюдава, да изследва поведението на децата, за да може да ги подпомага в извършването на дейностите, свързани със здравословните навици. В такива моменти тя се проявява, като изследовател, който използва различни методи, внимателно подбрани и целенасочени [10]. Нейното изграждане и усъвършенстване изисква солиден запас от теоретични знания и продължително наблюдение [1; 10] над децата, за да реагира адекватно на техните потребности.

Изхождайки от основната функция на медицинската сестра в детската ясла да подпомага семейството в отглеждането и възпитанието на децата, в нейните компетенции влиза прилагането на различни възпитателни методи [8]. Възпитателният метод е пътя, начина, средството за постигане на определена възпитателна цел [3; 4]. Една от главните цели на детската ясла е подготовката на детето за здравословен начин на живот. Тази цел може да се постигне, като се започне с формиране на здравословни навици още в периода на ранното детство.

В научната литература са описани множество възпитателни методи и методи на обучение. Но не всеки е приложим при децата до 3 годишна възраст.

Според една от класификациите, възпитателните методи се обособяват в две големи групи:

- Методи за възприемане на информация и трансформирането и в съзнанието на индивида;
- Методи за овладяване на разнообразие от форми на поведение [7].

За формиране на здравословните навици, по-подходящи са методите от втората група, които са свързани с конкретното овладяване на една или друга форма на поведение.

Подборът на възпитателни методи се обуславя от различни детерминанти, като: желаната цел, индивидуалните и възрастовите особености на децата, моментната ситуация, значимостта на метода, медицинската сестра, като водещ фактор в процеса [5; 9].

При подбора на методи за формиране на здравословни навици, медицинската сестра трябва да направи прецизна оценка на редица фактори, като: възраст, интелект, характер, индивидуални особености, моментно състояние на детето и др. Успехът в създаването на всеки конкретен навик до голяма степен зависи от методите, които се използват за тази цел. Много често е необходимо прилагането на няколко метода, които взаимно се допълват и следват логиката на изграждане и утвърждаване на навика. Когато

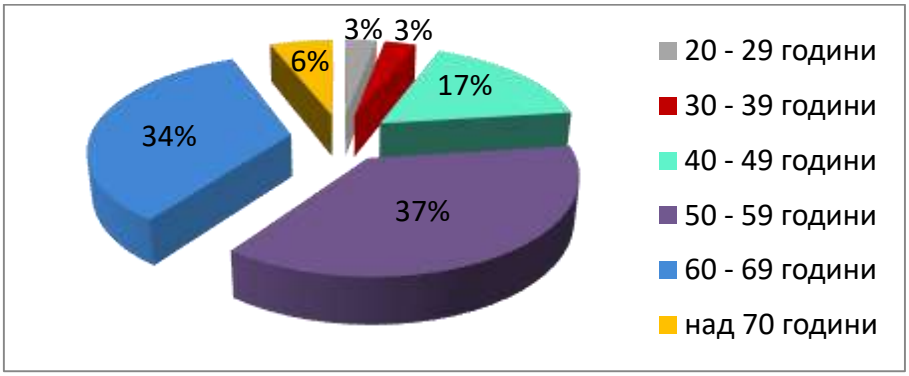
тази компилация от методи се обсъжда между медицинската сестра в детската ясла и родителите, и се прилага, в повечето случаи положителният резултат е гарантиран. В този процес медицинската сестра в детската ясла има ключова роля [5; 6].

Това ни провокира да насочим своето внимание към процесите на взаимодействие, които протичат между медицинската сестра и детето в детската ясла.

**Целта** на настоящото изследване е да се направи оценка на методите, които се използват в детската ясла за формиране на здравословни навици на децата и да се очертае ролята на медицинската сестра.

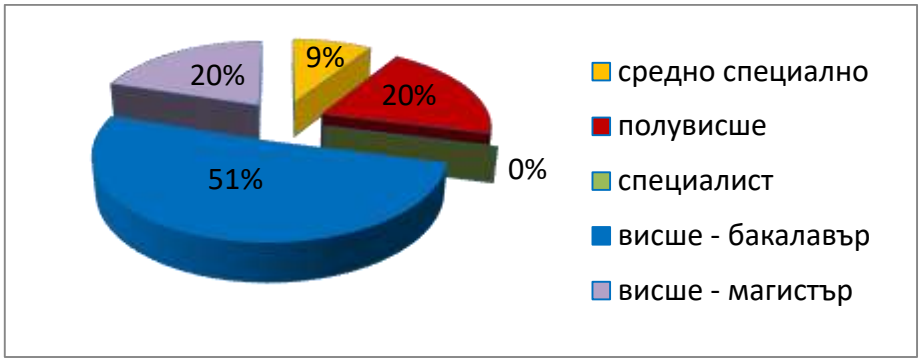
**Материал и методи:** Направихме изследване сред медицинските сестри в 3 детски ясли в гр. Варна за методите, които прилагат за формиране на здравословни навици на децата. Проведена е пряка анонимна анкета сред 35 медицински сестри в периода май – юни 2022 г. Детските ясли са определени чрез типологичен подбор по местоположение. Намират се в три квартала в различни части на града. Данните са обработени статистически, като са използвани вариационен, сравнителен и корелационен анализи.

**Резултати и обсъждане:** След анкетирането установихме, че средната възраст на изследваните медицински сестри е 55.1 години, като минималната е 24 години, а максималната е 75 години. Най-голям е делът на медицинските сестри във възрастовия диапазон от 50 до 59 години (37%) и от 60 до 69 години (34%), което очертава една тревожна тенденция на застаряване на професионалистите по здравни грижи в детските ясли. 2/3 от медицинските сестри са в предпенсионна и пенсионна възраст. Медицинските сестри в най-младата възраст от 20 до 29 години са два пъти по-малко (3%) от тези над 70 години (6%) (Фиг. 1).



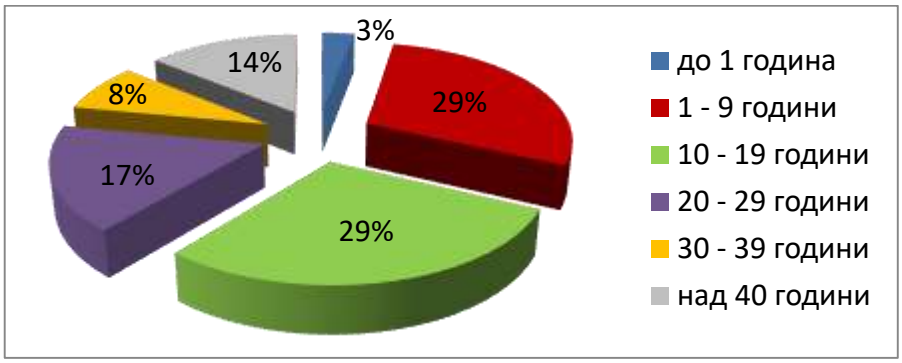

**Фиг. 1. Възраст на медицинските сестри**

От анкетираните медицински сестри преобладават тези с висше образование, ОКС „бакалавър“ (51%), следвани от ОКС „магистър“ (20%) и полувисше образование (20%). Само 9 % от медицинските сестри са със средно специално образование (Фиг. 2).



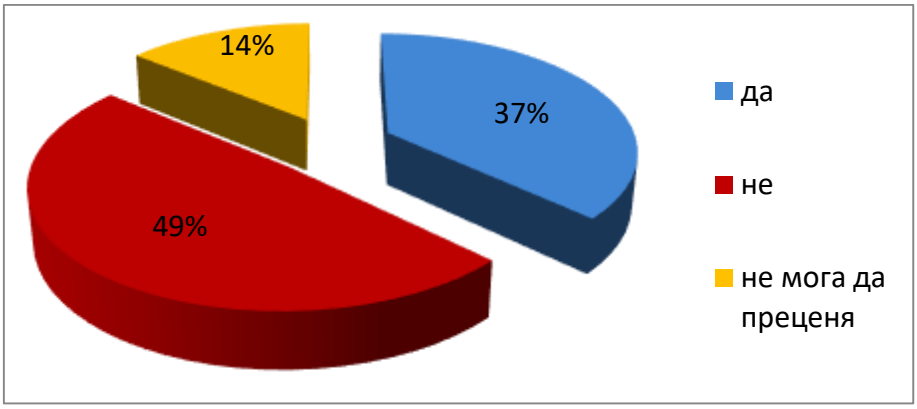

**Фиг. 2. Образование на медицинските сестри в детската ясла**

Средният стаж на медицинската сестра в детската ясла е 17.4 г., като минималния е 7 месеца, а максималния е 47 г. (Фиг. 3).




**Фиг. 3. Професионален стаж в детска ясла на медицинските сестри**

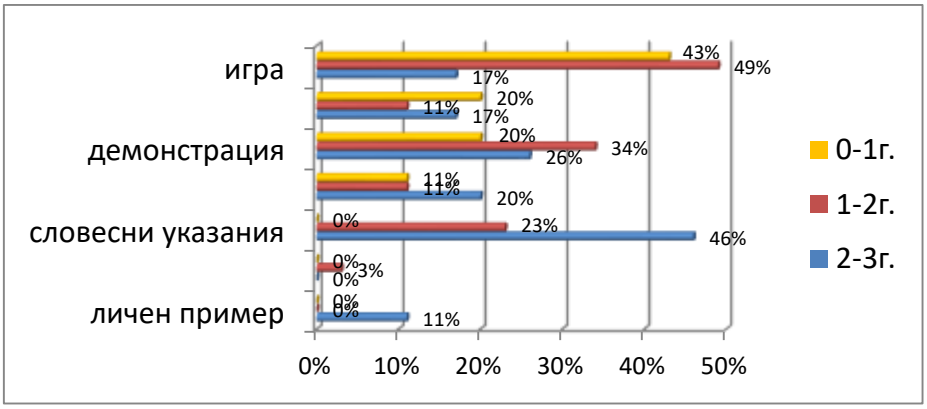
В детската ясла медицинските сестри работят по определени правила под методическото ръководство на педагога. Това са посочили около 2/3 от анкетираните, като твърдят, че методите, които се прилагат в детската ясла за създаване на здравословни навици на децата, се определят от педагога. Според малко под половината (43%) методите се определят от директора на детската ясла. За нас беше интересно да установим дали медицинските сестри използват методи за създаване на здравословни навици на децата, извън тази педагогическа рамка. Оказа се, че почти половината от тях (49%) не излизат от предначертаните методи, но все пак малко над 1/3 не се придържат изцяло към общоприетата педагогическа рамка. 23% от анкетираните сами определят методите, които използват, като проявяват творчество и собствен стил в работата си с децата в тази насока. Също толкова медицински сестри (23%) използват научна литература и ръководства, за да подберат правилните методи (Фиг. 4).




**Фиг. 4. Използване на методи за формиране на навици, извън общоприетата педагогическа рамка**

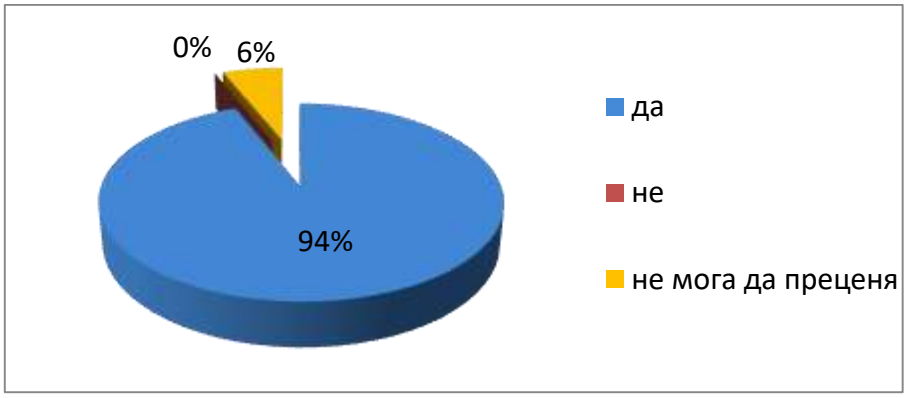
Тъй като в детската ясла се отглеждат деца от 3 месечна до 3 годишна възраст, възможностите на децата са различни в отделните възрастови групи.

Потърсихме мнението на медицинските сестри за най-подходящите методи за създаване на здравословни навици, според възрастта на децата. Условно разделихме децата в три възрастови групи – от 0 до 1 година; от 1 до 2 години; от 2 до 3 години. От отговорите на медицинските сестри стана ясно, че с нарастване на възрастта на децата е възможно да се прилагат повече и по-разнообразни методи. Някои методи, като „игра“, „наблюдение“, „демонстрация“ и „упражнени“ са подходящ за всички възрасти, като едни или други имат превес в отделните възрастови периоди. При по-големите деца логично добър ефект имат „личен пример“ и „словесни указания“, тъй като 2-3 годишните имат вече развит говор, разбират добре и са с известен социален опит (Фиг. 5).

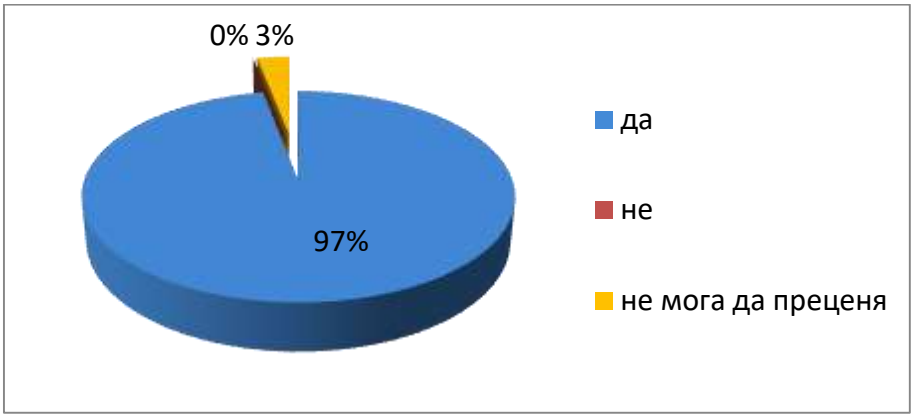



**Фиг. 5. Най-подходящи методи според възрастта на децата**

От представените резултати на фиг. 6 и фиг. 7 става ясно, че методите, които анкетираните медицински сестри използват при формиране на здравословните навици на децата са добре обмислени и съобразени с тяхната възраст и с индивидуалните им особености.

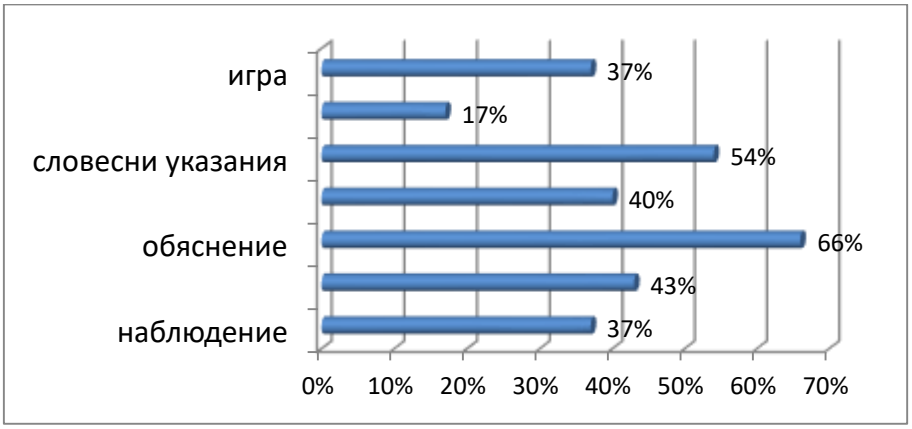



**Фиг. 6. Методи за формиране на здравословни навици съобразно възрастта на децата**

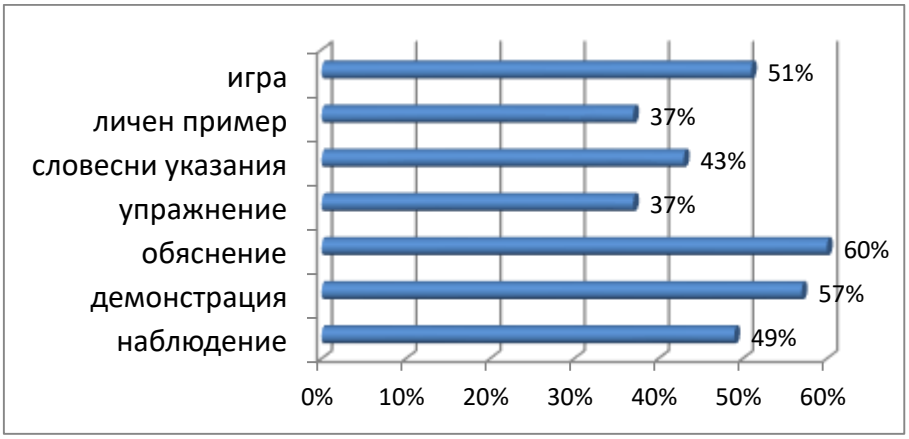



**Фиг. 7. Методи за формиране на здравословни навици съобразно индивидуалните особености на децата**

При различните видове здравословни навици прави впечатление, че методът „обяснение“ дава най-добри резултати при тяхното формиране. Съществено е значението на „словесните указани“ при навиците, свързани с храненето (Фиг. 8), докато при хигиенните навици „демонстрацията“ има значително добър ефект (Фиг. 9).

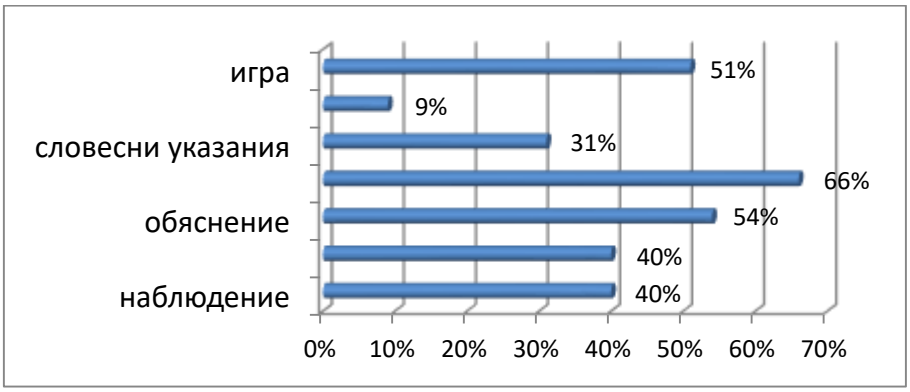



**Фиг. 8. Методи с най-добри резултати при формирането на навици, свързани с храненето**



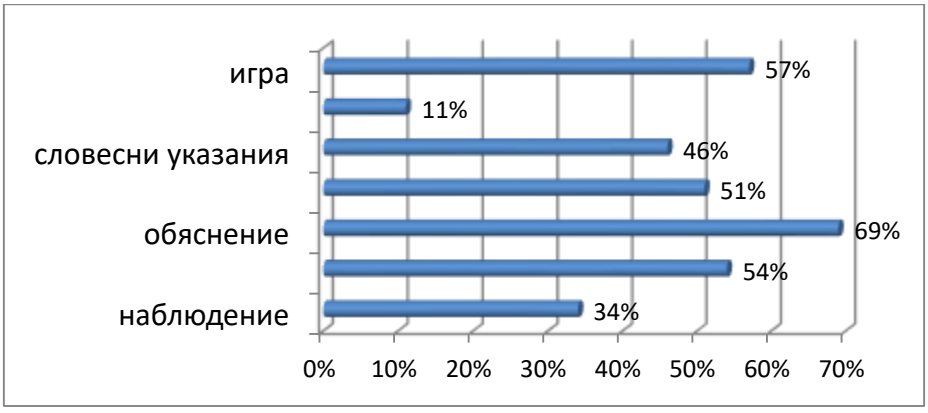

**Фиг. 9. Методи с най-добри резултати при формирането на хигиенни навици**

При навиците за самообслужване методът „упражнение“ е посочен на първо място от респондентите, следвано от методите „обяснение“ и „игра“ (Фиг. 10).



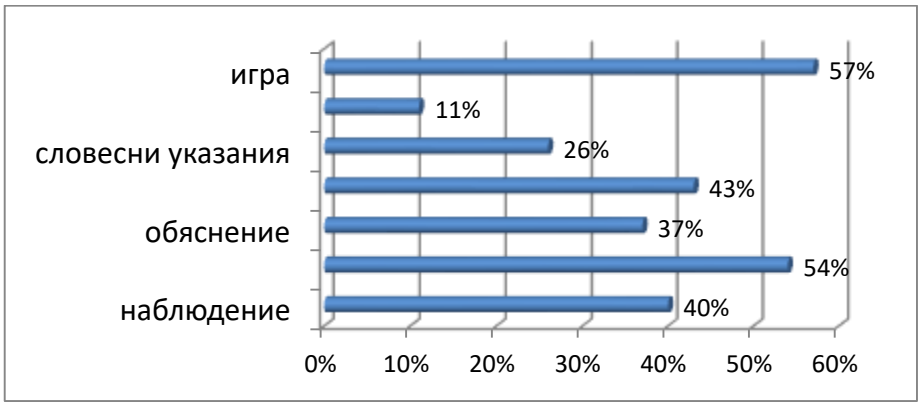

**Фиг. 10. Методи с най-добри резултати при формирането на навици за самообслужване**

След като установихме кои методи дават най-добри резултати, според медицинските сестри, поискахме да разберем кои методи най-често използват те и кои методи се възприемат най-добре от децата. Според резултатите „играта“, като метод за формиране на здравословни навици, се прилага много често и се възприема най-добре от децата. Медицинските сестри най-много използват „обяснение“ – 69%, „демонстрация“ – 54% и „упражнение“ – 51% при възпитаване на навици в децата (Фиг. 11).



**Фиг. 11. Най-често използвани методи за създаване на здравословни навици при децата**

За децата най-важни са „демонстрация“ – 54%, „упражнение“ – 43%, „наблюдение“ – 40% и „обяснение“ – 37% (Фиг.12).




**Фиг. 12. Методи за създаване на здравословни навици, които се възприемат най-добре от децата**

Създаването на навици е един непрекъснат процес. Затова за нас беше важно да установим как той се осъществява в детската ясла. 77% от медицинските сестри прилагат методите за формиране на здравословни навици през цялото време на престой на децата в детската ясла. Почти половината от анкетираните ги прилагат в определените режимни моменти, а малко над 1/3 – по време на организираните занимания и свободните игри на децата (фиг. 13). На практика работата по формиране на здравословни навици на децата се осъществява непрекъснато в детската ясла, което е гаранция за успех.




**Фиг. 13. Време за прилагане на методите за формиране на здравословни навици**

Резултатите от проведеното проучване ни дават основание да изведем следните **изводи:**

1. Въпреки, че медицинските сестри в детската ясла са предимно в предпенсионна и пенсионна възраст, те имат висока професионална квалификация.
2. Около 1/3 от тях проявяват творчество при прилагането на методи за формиране на здравословни навици на децата.

3. Методите, които медицинските сестри използват за създаване на здравословни навици са съобразени с възрастта и индивидуалните особености на децата, и се прилагат през цялото време на техния престой в детската ясла.
4. Методите, които се възприемат най-добре от децата, са най-често използвани от медицинските сестри и дават най-добри резултати при формирането на здравословни навици.

**Заключение:** Днес у нас в детските ясли се предлагат професионални грижи от квалифицирани медицински сестри, които имат необходимата теоретична подготовка и владеят педагогическото майсторство за прилагане на различните методи за формиране на здравословни навици в децата. Познаването на методите, правилното им прилагане и обективната преценка на потребностите на детето в ежедневната дейност на медицинската сестра я прави незаменим партньор на родителите в изграждането на основите на здравословния начин на живот на детето.

**Използвана литература:**


1. Георгиева, Д., Оценка на практическите умения на студенти от специалност „Медицинска сестра“, Сборник протоколи за педагогическо наблюдение, Университетски издателски център при РУ, МЕДИАТЕХ – Плевен, 2015
2. Гроздева, Д. Детските ясли в подкрепа на родителите за формиране на здравословни навици на детето. Дисертационен труд, МУ-Варна, 2022
3. Грудева, М. Основни проблеми на педагогиката и андрагогията. Изд. „МООРЕА“, Варна, 2010
4. Грудева, М. Процесът на обучение във висшето медицинско училище. Изд. „МООРЕА“, Варна, 2011
5. Грудева, М., А. Георгиева, Педагогическа подготовка на здравните специалисти за работа в детска ясла. Изд. „МООРЕА“, Варна, 2013
6. Грудева, М., А. Георгиева, Адаптационният процес в условията на самостоятелната детска ясла. МУ-Варна, 2021
7. Димитрова, М. Методи на възпитание, Опознай.bg, 2020, https://download.pomagalo.com/1364142/metodi+na+vyzpitanie/
8. Длъжностна характеристика на длъжността медицинска сестра в детска ясла. https://primorsko.bg/
9. Игнатовска, Св., Родителство – принципи, методи, фактори. Международно научно онлайн списание SocioBrains, 2015, с. 42-55, http://sociobrains.com/
10. Стамболова, И., А. Димитрова, Научното сестринско изследване – страхове и Предизвикателства. Сп. Здравни грижи, бр. 3/2010, с. 6-10



**Адрес за кореспонденция:**
Диана Нейчева Гроздева-Фотева
Катедра „Здравни грижи“
Медицински университет – Варна
e-mail: dgrozdeva69@abv.bg

# ВЪВЕЖДАНЕ В ПРАКТИКАТА НА ЕДИНЕН МОДЕЛ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКО КОНСУЛТИРАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ТЕРМИЧНИ ТРАВМИ

**Кичка Димитрова**
*Факултет по Обществено здравеопазване*
*Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов" – Варна*

# IMPLEMENTATION IN PRACTICE OF A UNIFORM MODEL FOR PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF PATIENTS WITH THERMAL INJURIES

**Kichka Dimitrova**
*Faculty of Public Health*
*Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" – Varna*

**РЕЗЮМЕ:**

Термичната травма или както е по-известно изгаряне се характеризира най-общо с загуба или нарушаване функциите на покривната тъкан. Това е специфичен вид тежко нараняване, при което най-често пациента изпада в травматичен и психичен шок. Психологическите проблеми произтичащи от изгаряниятa най-често варират от понижено настроение, загуба на активност, загуба на самочувствие и самоуважение, до тежки депресивни състояния суицидни мисли и суицидни действия.

Настоящата разработка е свързана с очертаване и систематизация на практическата дейност на психолога, начините за интервенция и участието му в целия оздравителен процес.

ЦЕЛ: Да се предложи модел на психологическото консултиране, свързано с изгаряниятa и тежките термични травми в специфичните условия на болничната среда за подпомагане на психоемоционалната рехабилитация и социална адаптация на пациентите.

Оздравителния процес включва хирургични операции, превръзки, физиотерапевтични процедури и такива по раздвижване и възстановяване. Често психологичните проблеми, съпротиви и задръжки по време на престоя и лечението в клиниката, са големи. Тук ще се обърне внимание на основните моменти на работата на психолога, като се вземат под внимание спецификата на болничната среда, характера на травмата и медицинските процедури.

Предложения модел за организация на психологическата работа, позволява добър контрол над проблемните ситуации произтичащи от травмата и възникващи в процеса на лечение. Той очертава рамките на психологическата дейност, но практическото му приложение би било невъзможно без съдействието и участието на целия персонал на клиниката.

**КЛЮЧОВИ ДУМИ:** Термична травма, пациент, модел, психологически проблем, персонал, рехабилитация, социална адаптация.

**SUMMARY:**

Thermal injury, or as it is more commonly known, a burn, is generally characterized by a loss or disruption of the functions of the covering tissue. This is a specific type of severe injury, in which most often the patient falls into a traumatic and mental shock. Psychological

problems resulting from burns most often range from low mood, loss of activity, loss of self-confidence and self-respect, to severe depressive states, suicidal thoughts and suicidal actions.

The current development is related to the outline and systematization of the practical activity of the psychologist, the ways of intervention and his participation in the whole healing process.

OBJECTIVE: To propose a model of psychological counseling related to burns and severe thermal injuries in the specific conditions of the hospital environment to support the psychoemotional rehabilitation and social adaptation of patients.

The healing process includes surgery, bandages, physical therapy, and movement and recovery procedures. Often the psychological problems, resistances and inhibitions during the stay and treatment in the clinic are great. Here, attention will be paid to the main moments of the psychologist's work, taking into account the specifics of the hospital environment, the nature of the trauma and the medical procedures.

The proposed model for the organization of psychological work allows good control over the problem situations resulting from the trauma and arising in the treatment process. It outlines the framework of psychological activity, but its practical application would be impossible without the cooperation and participation of the entire staff of the clinic.

**KEYWORDS:** Thermal injury, patient, model, psychological problem, staff, rehabilitation, social adaptation.

**ВЪВЕДЕНИЕ:**

Термичната травма или както е по-известно изгаряне се характеризира най-общо с загуба или нарушаване функциите на покривната тъкан. Това е специфичен вид тежко нараняване, при което най-често пациента изпада в травматичен и психичен шок. Трябва да се има в предвид, че болката от изгаряне е най-силната болка, която може да възприеме и понесе човешкия организъм. Освен това, тя носи след себе си и доста проблеми, свързани с оздравителния процес, трудна подвижност, понякога тежки белези, нежелание за връщане към нормален начин на живот и дейност. Психологическите проблеми произтичащи от изгаряният най-често варират от понижено настроение, загуба на активност, загуба на самочувствие и самоуважение, до тежки депресивни състояния суицидни мисли и суицидни действия.

Имайки предвид изложените факти, при лечението на пациенти претърпели термична травма би следвало да се включи и психолог, подпомагащ психоемоционалната рехабилитация и социална адаптация на пациентите.

Настоящата разработка е свързана с очертаване и систематизация на практическата дейност на психолога, начините за интервенция и участието му в целия оздравителен процес.

Предложения модел може да намери приложение и в други ситуации, налагащи продължителителен престой в болнични заведения.

**ЦЕЛ:** Да се предложи модел на психологическото консултиране, свързано с изгаряният и тежките термични травми в специфичните условия на болничната среда за подпомагане на психоемоционалната рехабилитация и социална адаптация на пациентите.

**СПЕЦИФИЧНИ ЦЕЛИ:**

1. Подкрепа в процеса на възстановяване след претърпяна термична травма за подпомагане на психоемоционалната реахабилитация и социалната адаптация на пациентите.
2. Формиране на индивидуални умения според тежестта и ефекта на травмата.

3. Реализиране на комплексна подкрепа и за семействата на пациенти с термична травма.
4. Предложения модел е изведен на основа на личен опит и за цел висока степен на ефективност.

**МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:**

Проведено е анкетно проучване на пациенти с термична травма, преминали през Клиника по термична травма, пластично-възстановителна и естетична хирургия на МБАЛ – Варна към ВМА, за период от една календарна година, в различни възрастови групи: 0 до 7 год. (проучването е на база родител или настойник на детето); 8 до 17 год. (проучването е на база дете, в присъствието на родител или настойник); 18 – 65 год., над 65 год. (При невъзможност лицето да отговори, са анкетиране близки по първа съребрена линия). Проведено е дълбочинно интервю с 5 експерти в областта на термичната травма. Получените данни са обработени чрез статистически метод и анализ документи.

**РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:**

Психоемоционалната рехабилитация и социалната адаптация на пациентите с термична травма трябва да започне от приемането на пациента в здравното заведение и продължава до пълното му възстановяване, като преминава през няколко етапа, разпределени във времето на лечение и възстановяване.

Етапи на психологическа работа.

1. Установяване на контакт.

В зависимост от случая, желателно е още в деня на постъпване, ако състоянието на пациента позволява.

Започва с кратко представяне и запознаване. Дава се разяснение за естеството на работа. Получава се информация за самата случка и ситуацията, предшестваща инцидента. Важно за този първи контакт е изграждането на доверие.

2. Емоционална рехабилитация.Основните цели са:

- намаляване на тревожността
- насочване на мислите в положителна посока
- ориентация към основната цел-оздравяването

Имайки впредвид специфичното положение и понижената критичност, най-добрата форма на въздействие през този период е внушението.

Емоционалната рехабилитация обхваща цял ред дейности свързани с оздравителния процес и медицинските манипулации, произтичащи от него.

Много важно е психолога да участва като елемент на целия процес, а не като самостоятелно лице извън медицинските процедури.

Оздравителния процес включва хирургични операции, превръзки, физиотерапевтични процедури и такива по раздвижване и възстановяване. Често психологичните проблеми, съпротиви и задръжки по време на престоя и лечението в клиниката, са големи. Предизвикват се най-вече с продължителното и принудително залежаване, монотонността, скуката, почти постоянната болка, липса на информация от външната среда. Не трябва да се забравят и съмненията насочени към метода на лечение, квалификацията на персонала и собствените възможности. В много случаи те могат да възпрепятстват целия процес.

Тук ще се обърне внимание на основните моменти на работата на психолога, като се вземат под внимание спецификата на болничната среда, характера на травмата и медицинските процедури.

Има няколко основни момента в лечебния процес, при които психологическата дейност е от особено важно значение. Проблемните моменти, при които трябва основно да се наблегне при психологическото консултиране са периодите преди и след операция.

Предложения модел не претендира за изчерпателност, изведен е на основа на личния опит и засега има най-висока степен на ефективност.

Психологически дейности преди операция:

- Засилване съпротивителните сили на организма и психиката.
- Даване на подробни сведения за оперативната намеса, доколкото е необходимо. Това се прави с цел преодоляване на неизвестността (един от основните елементи на тревожността).
- Задължително условие е вдъхване на увереност в собствените сили и професионализма на персонала.
- Обясняване и доуточняване значението на операциите и манипулациите. Независимо от това, че лекуващият лекар дава разяснения много пациенти имат нужда да споделят и с някой друг, да получат още няколко мнения. Често се случва да задават въпроси и на обслужващия персонал.
- Добре е да се представи ситуацията така, че пациента да има чувството, че контролира ситуацията.
- Намаляване на тревожността.
- Преодоляване на съпротивите (нежелание за оперативна намеса).
- Анализ на евентуалните страхове.

Страхът идва от неизвестността и при различните хора приема различни форми. Най-силен страх изпитват пациенти постъпили в клиниката със съпътстващи заболявания (диабетици, хипертоници). Общ за всички пациенти е страхът от усложнения след операцията. Имайки впредвид, че страховете намаляват с намаляване на неизвестността, трябва да се работи в тази насока.

След излизането от анестезия тревожността отново се покачва. Тя е свързана с неизвестността за ефекта от оперативната намеса. Първата оценка на състоянието си пациента получава от персонала на отделението. След излизане от шока пациентите започват активно да наблюдават поведението и реакциите на персонала спрямо тях. През този период те са изключително уязвими, и най-малката отрицателна реакция спрямо техния външен вид би довела до тежки последици.

Психологически дейности след операцията:

- Изясняване на постигнатото.
- Снемане на тревожността.
- Отговори на всички поставени въпроси.
- Ориентация към процеса на възстановяване.

Възстановителен процес.

При него съществуват проблеми от субективно за пациентите естество. Свързани са предимно с продължителността на лечението, дискомфорт, монотонност на ежедневието, продължителност на залежаването. Проявяват се като състояния на подтиснатост, липса на желание за активност, понижено самочувствие и настроение.

По време на възстановителния период, проблем на който сериозно трябва да се обърне внимание са срещите с близки и познати. При свиждане пациентът очаква да види реакцията на близките си за своето състояние. Нелицеприятната гледка на пациент с изгаряне води често до спонтанна гримаса на отвращение. Това задължително трябва да се избегне. За тази цел е необходимо предварително да се обясни на близкия състоянието на болния и желаната реакция.

Социална адаптация.

Периода на престоя на пациентите е кратък за провеждане на цялостна адаптация. Ролята на психолога е по-скоро да очертае пътищата на развитие, стратегиите за справяне, и ако има нужда да пренасочи пациента към извън болнични специалисти.

За подпомагане на адаптивните процеси най-голямо значение имат близките на пациента. Проблемите идват, когато липсва контакта и подкрепата от близки и приятели. Адаптацията е труден за контролиране процес, тя зависи преди всичко от индивидуално психичните особености на човек. При възрастни този процес е по-бърз. При младите съществуват проблеми още при приемане на новото състояние. Затова при тях адаптирането протича по-трудно.

При социалната адаптация трябва да се обърне внимание на три елемента, самочувствие, активност и настроение.

Психологична работа при провеждане на социална адаптация:

1. Осъзнаване на проблема.

Много пациенти си мислят, че травмите са необратими, а всъщност това са редки случаи. Повечето белези могат да изчезнат чрез оперативни и козметични корекции. Често се налага дълго обяснение, понякога и използването на снимков материал. По време на този етап много важно значение има доверието към лекуващия и консултанта.

2. Стимулиране на активността.

Продължителното залежаване и силните болки при раздвижване често водят до пълна липса на желание за каквито и да било действия. Ролята на психолога тук е в изграждането на мотивация за бързо излизане от ситуацията. По-голям е ефекта когато се работи съвместно с рехабилитаторите.

3. Помощ от близки.

Знаем, че семейството е най-малката социална единица. Добре е първо адаптацията да се насочи натам. Себеутвърждаването, доброто приемане, възвръщането доколкото е възможно към предишния начин на живот повишава самочувствието.

4. Настроение.

Зависи от самочувствието и от постигнатото. Обикновено е и индикатор, по който се съди за оздравяването.

Освен с лежащо болни, основен момент от работата са консултаците с придружителите (пациента има нужда от придружител когато е неспособен да извършва основни дейности като хранене, обслужване и др). Особено наложително е присъствието на придружител при приемането на малки деца. Обикновено, като такъв с детето в клиниката остава майката. Повечето хора не са подготвени за това което виждат вътре. Често се случва майката да изпитва чувство на вина за травмата, пристъпи на плач, да действа неадекватно, това допълнително травмира детето.

За децата попаднали в нова среда майката е единствения близък, от нея те търсят успокоение и подкрепа. За да е максимално ефективна емоционалната рехабилитация и адаптацията, тя трябва да се провежда чрез придружителя. За тази цел е необходима следната организация на психологическо консултиране:

- снемане на напрежението
- стабилизиране на емоциите
- мобилизиране на личността
- консултации за естеството на извършваните дейности
- очертаване на основните моменти на подкрепа

При психологическата работа трябва да се вземат предвид и редица други фактори, като пол, възраст, социално положение, нивото на интелектуално развитие.

**ИЗВОДИ:**

Важно е психотерапевтичните дейности да са ориентирани към разрешаването на належащите проблеми (травмата, престоя в болницата, възстановяването). Отдалечаването от тях, връщането към минали събития, обикновено има отрицателен ефект.

От голямо значение е и отношението на психолога към пациента. В никакъв случай не трябва да се показва пред болния песимизъм, угриженост и съжаление.

Предложения модел за организация на психологическата работа, позволява добър контрол над проблемните ситуации произтичащи от травмата и възникващи в процеса на лечение. Той очертава рамките на психологическата дейност, но практическото му приложение би било невъзможно без съдействието и участието на целия персонал на клиниката.

**За контакт:**
Кичка Димитрова
e-mail: kichka_d@abv.bg

## ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ НА СКРИНИНГОВИ ПРОГРАМИ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ОБСТРУКТИВНА СЪННА АПНЕЯ И МЯСТОТОТО ИМ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

**Стоянка Янчева, Мариана Николова**

*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна Факултет „Обществено здравеопазване”, Катедра „Здравни грижи”*

## PROFESSIONAL POSSIBILITIES AND COMPETENCES OF THE NURSE FOR IDENTIFICATION OF SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP SLEEP

**Stoyanka Yancheva, Mariana Nikolova**

*Medical university of Varna, Faculty of public health, Department of „Health care“*

**Резюме:** Обструктивната сънна апнея е значим медико-социален и икономически проблем с актуалност в световен мащаб. Епидемиологичните студия определят обструктивната сънна апнея (OSA), като най-честото дихателно нарушение по време на сън. Скринингът като основен инструмент в профилактиката цели откриването на лицата в риск. Използвайки различни въпросници за оценка на дневната сънливост и произтичащите от това промени в качеството на живот, са от съществено значение за ранната диагностика. Познаването и провеждането на скринингово изследване е модел на интегрирана, специализирана грижа, която здравеопазните системи на развитите страни предприемат за ефективен контрол на болестта. Скрининговата оценка на съня е лесен и информативен подход, който компетентните медицински сестри успешно биха могли да прилагат в своята практика. Насочването на потенциално застрашените лица към лабораториите за сън е ефективен метод за ранна диагностика и превенция на сериозните увреждащи здравето последици от нелекуваната сънна апнея. Целта на направеното изследване е да се анализират ползите от практическото приложение на скринингови програми за Обструктивна сънна апнея в сестринската практика.

***Ключови думи:*** *обструктивна сънна апнея, скрининг, берлински въпросник, скала за оценка на сънливостта, медицинска сестра.*

**Summary**: Obstructive sleep apnea is a significant medico-social and economic problem with worldwide relevance. Epidemiological studies identify obstructive sleep apnea (OSA) as the most common breathing disorder during sleep. Screening, as a main tool in prevention, aims to detect persons at risk. Using different questionnaires to assess daytime sleepiness and the resulting changes in quality of life are essential for early diagnosis. Knowing about and conducting a screening test is a model of integrated, specialized care that the health systems of developed countries are undertaking to effectively control the disease. Sleep screening assessment is a simple and informative approach that competent nurses could successfully implement in their practice. Referral of potentially at-risk individuals to sleep laboratories is an effective method for early diagnosis and prevention of the serious health-damaging consequences of untreated sleep apnea. The purpose of the research is to analyze the benefits of the practical application of screening programs for Obstructive Sleep Apnea in nursing practice.

***Keywords***: *obstructive sleep apnea, screening, Berlin Questionnaire, sleepiness rating scale, nurse.*

**Увод:** Техническият прогрес и динамиката на ежедневието значително промени моделите на съня. Приблизително един на всеки трима възрастни посочва, че лишаването от сън е сериозен проблем. Епидемиологичните студия определят обструктивната сънна апнея (OSA), като най-честото дихателно нарушение по време на сън. Синдромът се среща при 5-7% от общото население над 30 годишна възраст, а при лица над 60 години при около 30% от мъжете и около 20% от жените (3, 8, 12,). При значителен брой пациенти, болестта не е подозирана, което е предпоставка за късна диагностика. Медицинските сестри, като член на сомнологичният екип имат съществена роля в профилактиката и превенцията на болестта обструктивна сънна апнея. Познаването и провеждането на скринингово изследване е модел на интегрирана, специализирана грижа указвана в сестринската практика за по-добро качество на живот на лицата с дихателни нарушения по време на сън (4). Берлинския въпросник (Berlin Questionnaire, BQ) и скалата на Epworth за оценка на сънливостта (Epworth Sleepiness Scale, ESS) са най-често използваните инструменти за определяне на риска от развитие на обструктивна сънна апнея и на свързаната с нея дневна сънливост (2, 5). Берлинския въпросник се състои от 10 въпроса разпределени в три секции:

- Въпроси свързани с хъркането;
- Въпроси свързани с необичайната дневна сънливост;
- Въпроси свързани с кръвното налягане и теглото, определяне на ИТМ.

Оценката на патологичната сънливост включва осем въпроса представящи различни ситуации в които има вероятност пациента да заспи. Необходимост от насочване към лабораториите по медицина на съня имат лицата отговорили положително на три и повече въпроса от Берлинския въпросник и получили сбор точки при скалата за оценка на сънливостта >10.

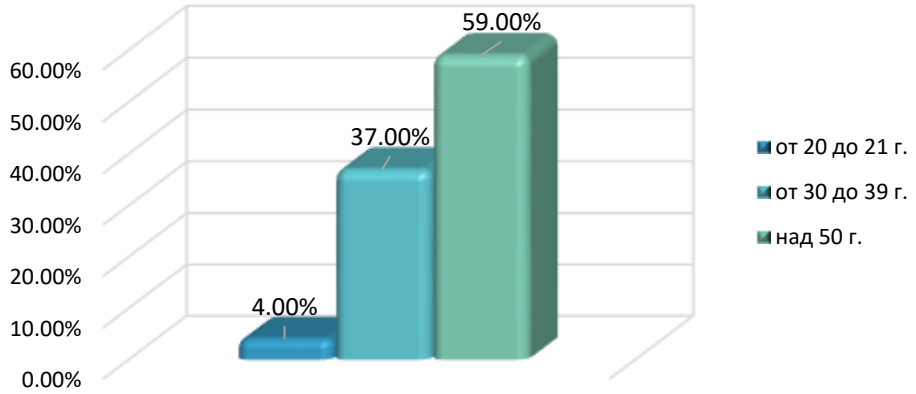
Според Лучана Рабело де Оливейра, клиничен директор на ResMed, „Колкото повече можем да образоваме хората за важността на съня, да им помогнем да разпознават признаците на лошия сън и да ги насърчим да се обръщат за насоки, скрининг и тестове, според случая, толкова по-често хората могат да осъзнаят, че те имат това разпространено и лесно лечимо заболяване” (12).

**Цел:** Да се анализират ползите от практическото приложение на скринингови програми за Обструктивна сънна апнея в сестринската практика.

**Материал и методи**: Анализ на литературни източници, документален метод, анкетен метод. За оценка на популацията в риск е използван Берлинският въпросник (Berlin Questionnaire, BQ) и скала на за оценка на сънливостта (Epworth Sleepiness Scale, ESS). Проучено е мнението на 51 респондента от УМБАЛ "Св. Марина" и МБАЛ "Света Анна" град Варна. За да може да бъде обхванат целия спектър от патологични промени свързани с болестта въпросникът е попълнен от пациенти хоспитализирани в кардиологични, пулмологични, неврологични и психиатрични клиники. Изследването е проведено в периода август – септември 2022 г.

**Резултати и обсъждане:** Проведено е проучване сред 51 пациенти във възрастовата граница от 25 до 60 години. Участниците отговарят на заложените по Берлинския въпросник критериите за включване в научното проучване.

Данните от изследването сочат, че най-голям е делът на лицата с отклонения в дишането по време на сън във възрастта над 50 години (59,00%), следвани от пациентите между 30-49 години (37,00%), като най-нисък е относителният дял във възрастовата група 20-29 години (4,00%) (фиг. 1).




***Фиг. 1. Разпределение на пациентите по възраст***

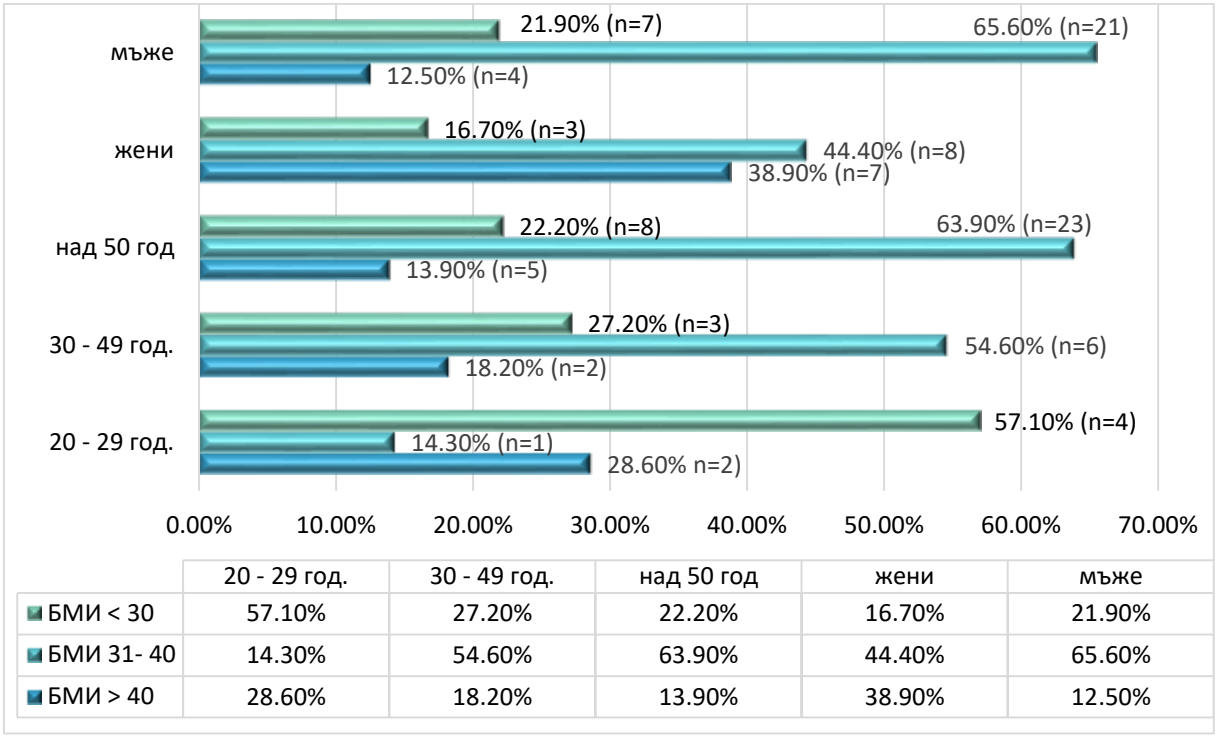
Разпределението на пациентите по пол сочи, че по висок е относителния дял на лицата от мъжки пол (66,00%), жени (34,00%), като съотношението мъже жени е приблизително 2:1. Тези резултати кореспондират със световната тенденция, че лицата от мъжки пол по често съобщават за проблеми със съня и дишането (фиг. 2).




***Фиг. 2. Разпределение на пациентите по пол***

Важен показател в Берлинския въпросник, който има прогностична стойност и е един от факторите свързани с болестта ОСА е Индексът на телесна маса (ИТМ). Според средната стойност на ИТМ, две трети от изследваните лица са с ИТМ > 30,1.

Резултатите от изследването показват, че възрастта е в пряка зависимост с БМИ. Относителния дял на анкетираните с нормално тегло във възрасовата група 20-29 години е най-висок 57,10%. С нарастване на възрастта (30 – 49) в проценнтно отношение броят на лицата с нормално тегло намалява (27,20%). Наднормено тегло е констатирано при лица над 50 год. 63,90% (n = 23), като с тежка форма на затлъстяване са 13,90% (n = 5) и само 22,20% (n = 11) са с нормално телесно тегло. Анализа на ИТМ според пола се установи, че относителният дял на лицата с наднормено тегло при мъжете е много висок 65,60% (n = 21), с нормално тегло са 21,90% (n = 7), с тежка степен на затлъстяване са 12,50%. Резултатите при жените участвали в изследването, демонстрират висок относителен дял на лицата с наднормено тегло (44,40%, n = 8), приблизително една трета са с тежка форма на затлъстяване (38,89%, n = 7). Минимален е делът на жените с нормално тегло (16.70%, n = 3) (фиг. 3).




| | 20 - 29 год. | 30 - 49 год. | над 50 год | жени | мъже |
|---|---|---|---|---|---|
| БМИ < 30 | 57.10% | 27.20% | 22.20% | 16.70% | 21.90% |
| БМИ 31- 40 | 14.30% | 54.60% | 63.90% | 44.40% | 65.60% |
| БМИ > 40 | 28.60% | 18.20% | 13.90% | 38.90% | 12.50% |

***Фиг. 3. Индекс на телесна маса (ИТМ) на изследваните лица, по пол и възраст.***

Фокусът върху контрола на теглото е особено важен предвид разширяващата се епидемия от наднормено тегло и затлъстяване.

Изследователите Пепард, Йънг и Палта (2000г.) доказват, че увеличението с една единица на ИТМ увеличава риска от развитие на ОСА с 4 пъти (11). Young et al. изчисляват, че 58% от умерените до тежки случаи на ОСА се дължат на ИТМ ≥25 kg/m$^2$ (3). Изнесените данни от други проучвания констатират, че приблизително 40% от хората със затлъстяване имат ОСА, като при 26% от тях индексът АХИ (Апнея/хипопнея индекс) е над 15, а при останалите 60% индекса АХИ е повече от 5 (3, 12,). Проведеното 11 годишно проучване (1989-2000) сред жителите на Уисконсин е констатирало, че наддаване на тегло с 5%, 10% или 20% може да доведе до приблизително увеличение с 15%,32% или 70% на АХИ (10). Намаляването на теглото при пациенти с риск от ОСА е

един от факторите свързан с превенцията и предотвратяване последиците от късната диагностика на синдрома (3, 10, 12).

Обструктивна сънна апнея се среща не само при болни със висок ИТМ. Проведеното научно изследване установи, че при 57,14% (n = 4) от жените с нормално тегло на възраст над 50 години е налице висок риск от ОСА. С намалшване на възрастовите граници относителният дял на жените в риск постепенно намалява (табл. 1.).

***Таблица 1. Жени с нормално телесно тегло , разпределени по възраст с риск от ОСА.***

| **жени БМИ<30,1** | **20-29 години** | **30-39 години** | **над 50 години** |
|---|---|---|---|
| **100% (n – 7)** | 14,30% (n = 1) | 28,60% (n = 2) | 57,10% (n = 4) |

Пациентките над 50 години също така са посочили повече от три положителни отговора на Берлинският въпросник и събират повече от 10 точки по скалата за оценка на сънливостта (Epworth Sleepiness Scale, ESS)

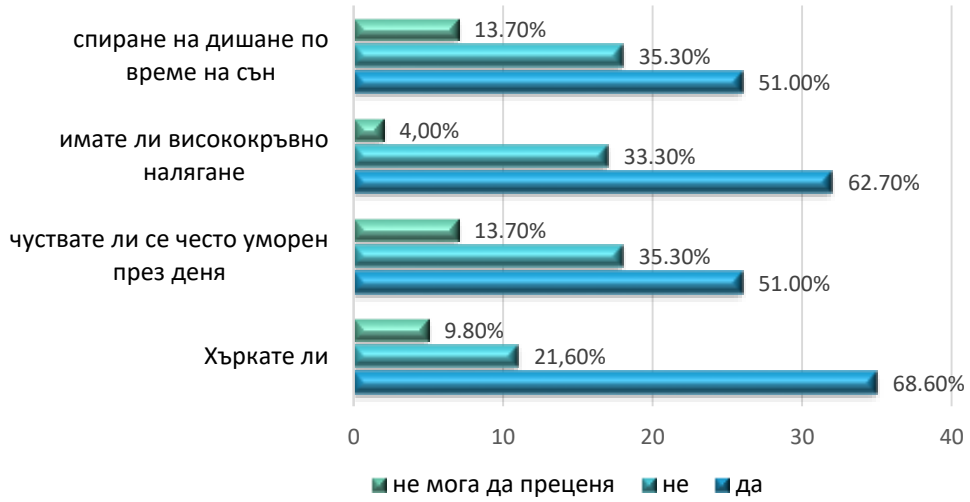
Получените данни кореспондират и с публикациите на учените от проведеното в Швейцария кохортно проучване сред 253 жени и 338 мъже, 157 от които (26,6%) са имали тежка REM-OSA (Обструктивната сънна апнея с бързо движение на очите). Изследователите са установли, че REM-OSA е свързана с ранни признаци на атеросклероза, която е по-честа при жените.В менопауза рискът се засилва поради изчерпване на естрогена (8, 11, 12).

Една от секциите с въпроси на BQ е свързана с хъркането. Хъркането е силен маркер за наличието на ОСА. То може да предхожда появата на апнеите с 15-20 години.

На въпроса „Хъркате ли?“ положителен отговор са дали 68,60% (n = 35), не хъркат 21,60% (n = 11) от респондентите. Нисък е процента на лицата посочили „не мога да преценя“ 9,80% (n = 5) като за уточняване на ситуацията, медицинските сестри е необходимо да потърсят информация и от близките на анкетираните пациенти (фиг. 4).

Оценката на дневната сънливост е следващата стъпка в определянето на потенциално застрашните лица от синдрома на ОСА. Тук отговорите варират от лека умора до тежка сънливост и отпадналост. На въпроса “Чуствате ли се често уморен през деня“, една четвърт от пациентите посочват, че това се случва почти всеки ден 51,00% (n = 26), никога или почти никога не се чуствят уморени след сън 35,30% (n = 18) и 3-4 пъти седмично не се чуствят във „форма“ 13,70% (n = 7) от изследваните (фиг. 4).

Третият показател обект на проучването е „Спиране на дишането по време на сън“. Преустановяват дишане по време на сън 51,00%, не могат да преценят 13,70%, без патологични отклонения са приблизително около една четвърт 35,30% от анкетираните. Случаи на патологична дневна сънливост и запиване по време на шофиране се констатират при 9,80% (n = 5) от изследваните лица (фиг. 4).




***Фиг. 4. Основни признаци на ОСА***

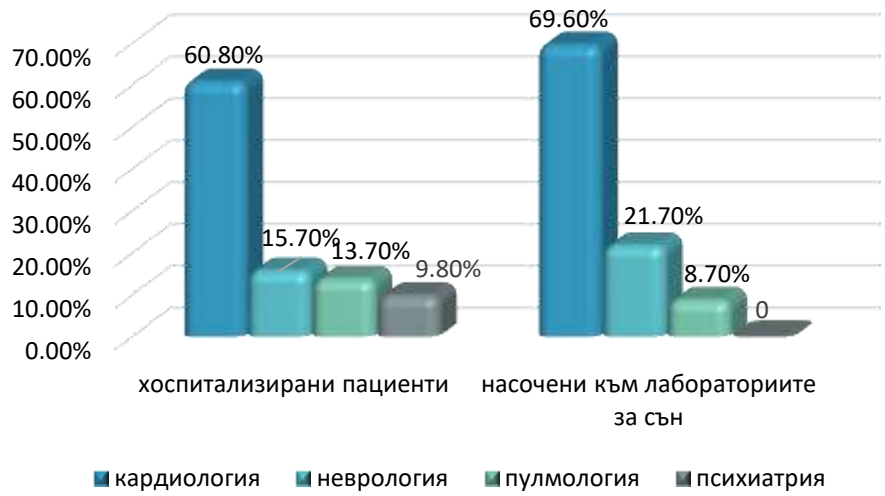
Спирането на дишането по време на сън е основен клиничен белег за ОСА. Всяко спиране на дишането е свързано с частично или пълно пробуждане на мозъка, което влошава качеството на съня и е предпоставка за сериозни здравословни и психични нарушения. Фрагментираният и неотморяващ сън при болните с ОСА ги прави особено опасни при управление на превозни средства и засилва риска от инциденти на работното място. Според данни от проучване на Findley et al. всеки пациент с тежка форма на OSA заспива за кратко време най-малко веднъж седмично по време на шофиране (секунден сън) (1, 2, 8, 6).

През последните години се натрупват все повече доказателства за причинно-следствената връзка между ОСА и развитието на хипертония. От проведеното изследване установихме, че за наличие на високо кръвно налягане съобщават 62,70% (n = 32) от респондентите, като нормално определят кръвното си налягане 33,30% (n = 17) и незнаят да са имали високи стойности на кръвно налягане само 4,00% (n = 2) от анкетираните (фиг. 4).

Понастоящем е доказано, че ОСА е независим рисков фактор за артериална хипертония. На различни форуми по кардиология е докладвано, че пациентите с тежка ОСА имат хипертония, която реагира слабо или не реагира на фармакотерапия (3, 8, 9). Публикуваният 7-ми доклад на Обединения национален комитет на САЩ за превенция, диагностика, оценка и лечение на високо кръвно налягане (JNC 7) определя сънната апнея на първо място сред всички причини за вторична артериална хипертония (1, 6).

Ранната и навременна диагностика на болестта е предизвикателство пред медицинската общност. Анализът на резултатите от проведеното проучване определят, като най-рискова група за ОСА, пациентите лекувани в кардиологичните клиники 60,78% (n = 31), относително равен е процента на хоспитализираните в структурите по неврология 15,70% (n = 8) и пулмология 13,70% (n = 7). Най-нисък риск е отчетен при болните от психиатричните клиники 9, 82% (n = 5) (фиг. 5).

Посъветвани да потърсят компетентна помощ са 45,00% (n = 23) от всички изследвани лица. Най-голям е делът на хоспитализираните пациенти, насочени към лабораториите за сън от кардиологичните клиники 69,60% (n = 16), следвани от неврологичните 21,70% (n = 5) и клиниката по пневмология 8,70% (n = 2) (фиг. 5).




***Фиг. 5. Пациенти в болничните структури, насочени към лабораториите за сън***

Обструктивната сънна апнея се свързва със състояния, които представляват водещи причини за смъртност при възрастни хора с хипертония, депресивни състояния, сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания. Синдромът е асоциран и с висок процент на злополуки при шофиране и инцидени на работното място (фиг.6).




***Фиг. 6. Последици от Обструктивната сънна апнея***

Ранното разпознаване симптомите на болестта, определянето на лицата в риск за обструктивна сънна апнея са мерки, които здравеопазните системи на развитите страни предприемат за ефективен контрол на болестта.

**Изводи:**

- Наднормено тегло е констатирано при респондентите над 50 години, 63.90% (n = 23), като с тежка форма на затлъстяване са 13,90% (n = 5).
- Хъркането е основен маркер за ОСА, симптомът е констатиран при 68,60% (n = 35).
- Една четвърт от анкетираните изпитват чувство на умора почти всеки ден 51,00% (n = 26).

- Стойности на високо кръвно налягане се съобщават от 62,70% (n = 32).
- Преустановяват дишане по време на сън 51,00% от изследваните лица.
- Посъветвани да потърсят компетентна помощ са 45,00% (n = 23) от всички изследвани лица.
- Най-голям е делът на хоспитализираните пациенти, насочени към лабораториите за сън от кардиологичните клиники 69,60% (n = 16).

Компетентните медицински сестри, ще консултират, ще задават правилните въпроси, ще информират, ще насочва, ще съдействат за предотвратяване на на късните усложнения на болестта.

**Заключение:**

Берлинският въпросник и скалата за оценка на сънливостта имат ключово значение в медицинската практика за определяне популацията в риск от синдрома обструктивна сънна апнея. Скрининговата оценка на нарушенията на дишането по време на сън е лесен и информативен подход, който компетентните медицински сестри успешно биха могли да прилагат в своята работа. Насочването на потенциално застрашените лица към лабораториите за сън е ефективен метод за ранна диагностика и превенция на сериозните увреждащи здравето последици от нелекуваната сънна апнея.

**Библиография:**


1. Бенчев Р., Василева С. За проблема „обструктивна сънна апнея“ и неговото мултидисциплинарно решение, Мединфо, 3, 2014
2. Милков М. Превенция на обструктивната сънна апнея и хъркане при професионални шофори, Монография, Варна, 2021
3. Петкова Д. Дихателни нарушения по време на сън: оценка на риска и клиничната ефективност от приложението на неинвазивна вентилация- nCPAP, BIPAP, VPAP в домашни условия, Автореферат, Варна, 2009
4. Райнов А., Андреева Т. Разработване на въпросник за скринингово изследване на нарушенията на дишането, свързани със съня по време на бременност, GP News, Брой 2
5. Тончева С. Медико-социални аспекти на здравните грижи за хронично болни. Здравни грижи. 2014; 1:5-
6. Brooks, D. R., L. Horner, L. Kimoff, L. F. Kozar, C. L. RenderTeixeira, and E. A. Phillipson. 1997. Effect of obstructive sleep apnea versus sleep fragmentation on responses to airway occlusion.// Am. J. Respir. Crit. Care Med.-1997.-155.- P.1609- 1617
7. Chung F, Yang Y, Brown R, et al. Alternative scoring models of STOP-Bang questionnaire improve specific city to detect undiagnosed obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med*, 2014; 10(9): 951-958.
8. European Respiratory Journal септември 2011 г., 38 (3) 635-642; **DOI:**10.1183/09031936.00046710
9. Hoffstein V, Mateika S. Cardiac arrhythmias, snoring, and sleep apnea.//Chest. – 1994.-106.- P. 466–471.
10. Peppard PE, Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. JAMA. 2000;284(23):3015-3021. doi:10.1001/jama.284.23.3015

11. Weaver TE, Sawyer AM. Adherence to continuous positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnoea: implications for future interventions. Indian J Med Res. 2010 Feb;131:245-58. PMID: 20308750; PMCID: PMC2972705.
12. Young T, Finn L, Peppard PE, et al. Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. Sleep. 2008;31(8):1071
13. Young, T. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults / T. Young, M. Palta, J. Dempsey [et al.] // N. Engl. J. Med. — 1993. — Vol. 328. — P. 1230—1235.

## ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСТВОТО

**Силвия Борисова Димитрова**

*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна, Факултет по обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи"*

## LEADERSHIP IN NURSING

**Silviya Borisova Dimitrova**

*Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" - Varna, Faculty of Public Health, Department of Health Care*

**Резюме:** Лидерството в сестринството има решаваща роля за гарантиране на добри практики в грижата за пациента. В голяма част от литературата по проблема лидерството се определя като интерактивен процес, при който участниците са мотивирани и овластени за постигане на конкретни цели.

**Целта на проучването** е да се представи лидерството в грижата за пациента, което е нова област в сестринското изследване.

**Материали и методи:** Извършен е наративен преглед на литературата за периода 2012-2022 година с кумулативен индекс за здравеопазване, медицинска сестра, лидер, компетенции, в специализирани медицински бази данни Medline, PubMed, Google-Scholar. Идентифицирани са области на лидерски компетенции и модели за оценка на лидерските компетенции в здравните грижи.

**Резултати и обсъждане:** Проучването очерта лидерството, разработено и приложено в клиничната сестринска практика. Изведените лидерски умения се фокусират върху пациентите и медицинските екипи, а не върху йерархичната лидерска позиция. Уставени са трудностите при дефинирането на „клинично лидерство", „сестринско лидерство" и „сестрински мениджмънт", както и са идентифицирани проблемите, които трябва да бъдат решени, за да бъдат ефективни лидерите в клиничното сестринство. Представени са специфичните лидерски умения при оказване на директни грижи за пациента. Клиничното лидерство е свързано с професионалните дейности на медицинските сестри, които осигуряват директна грижа до леглото на пациента и се различава от традиционното понятие за лидерство в сестринството.

**Заключение:** В прилагането на грижи, по правилата на добрата практика, е изключително важно развитието на ефективни лидери за предоставяне на висококачествени грижи и осигуряване на безопасност на пациентите при изпълнение на различните ежедневни лидерски роли. Тези проучвания, позволяват насочване и подкрепа на пациенти и здравни екипи при предоставяне на грижи.

**Ключови думи:** сестринство, грижа, безопасност, пациент, клинично лидерство.

**Abstract:** Nursing leadership has a critical role in ensuring good practice in patient care. In much of the literature on the issue, leadership is defined as an interactive process in which participants are motivated and empowered to achieve specific goals.
**Purpose:** The purpose of the study is to introduce leadership in patient care, which is an emerging area in nursing research.
**Materials and Methods:** A narrative review of the literature was performed for the period 2012-2022 with a cumulative index of healthcare, nursing, leadership, competencies, in specialized medical databases Medline, PubMed, Google-Scholar. Domains of leadership competencies and models for assessing leadership competencies in health care have been identified.
**Results and Discussion:** The study outlined leadership developed and implemented in clinical nursing practice. Derived leadership skills focus on patients and medical teams rather than a hierarchical leadership position. The difficulties in defining 'clinical leadership', 'nursing leadership' and 'nursing management' are identified, and the issues that must be addressed in order for clinical nursing leaders to be effective are identified. Specific leadership skills in providing direct patient care are presented. Clinical leadership is related to the professional activities of nurses who provide direct care at the patient's bedside and differs from the traditional notion of leadership in nursing.
**Conclusion:** In the implementation of good practice care, it is critical to develop effective leaders to deliver high quality care and ensure patient safety while fulfilling the various day-to-day leadership roles. These studies enable guidance and support for patients and healthcare teams in providing care.
**Key words:** nursing, care, safety, patient, clinical leadership.

**Въведение**

Сестринството е отговорна и значима професия, изискваща специфични организационни модели и лидери. Здравните системи в световен мащаб са изправени пред редица сложни и многостранни предизвикателства при осигуряването на висококачествени, безопасни и икономически ефективни грижи в бъдеще (23).

В медицинската практика идентифицирането и утвърждаването на лидери са предизвикателства, пред които е изправена сестринската професия. Концепцията за лидерство е важен, но същевременно и сложен, многоизмерен феномен.

Днес, както медицината, базирана на доказателства, така и сестринството, са широко признати като инструменти за създаване на ефективни практики с високо качество на грижите. От съществено значение е лидерите да са добре обучени, да притежават опит и да вземат правилните решения в правилния момент.

В научната литература съдържанието на лидерството в сестринството е фокусирано върху процесите за развитие на ефективна лидерска роля, за предоставяне на висококачествени грижи и гарантиране на безопасността на пациентите. Въпреки, че феноменът на лидерството е изследван от различни автори, той продължава да бъде актуален и от решаващо значение. Настоящите изследвания в областта на лидерството възприемат холистичния подход в здравните грижи, изследвайки възникването на процеса и гарантирането му по различни начини.

Лидерството е важен фактор в осигуряването на безопасност за пациента, развитие на сестринската практика и създаване на успешни екипи (13).

Грижата е сърцето на сестринството. Тя оказва влияние върху начина, по който хората мислят, чувстват и действат. Основните сестрински грижи са универсално едни и същи, защото всички хора имат общи нужди, но те са и безкрайно различни, защото няма две еднакви личности. Всеки човек интерпретира своите нужди по специфичен начин и създава свой неповторим модел за сестринска грижа. Изкуството на

сестринството е „...да предоставиш специализирана помощ от такъв характер, че за задоволиш индивидуалните нужди на пациента и активно да участваш в процеса на грижи предоставяни от медицинския екип...". Лидерството в клиничната сестринска практика се разглежда като успешен подход за подобряване на здравето на пациента във времена на реорганизация и ограничени финансови ресурси (21).

Здравните организациите непрекъснато се сблъскват с промени, които изискват все по-адаптивно и гъвкаво лидерство. Голяма част от литературата, която разглежда клиничните аспекти на сестринската дейност е насочена към преминаването от ориентирано към задачи сестринство към трансформационно лидерство на медицинска сестра (1,7,26).

Концепцията за качеството на медицинската помощ се базира на мониторинга и показатели, свързани със здравето и резултатите от дейността на зравните служби (6).

Независимо от това, че все още обществените нагласи не свързват ролята на медицинските сестри с тази на лидер и не всички медицински сестри започват своята практика с мисълта да станат лидери, всички медицински сестри трябва да бъдат лидери в планирането, изпълнението и оценката на грижите, както и в подкрепата на текущите реформи в системата, която е необходима. Според Грънчарова, сестрите на 21 век трябва не само да използват властта, която имат, но и да я разширяват непрекъснато. Като мениджъри на грижите за пациентите, те трябва да бъдат отговорни не само за качеството на грижите, но и да предоставят ефективни грижи, а това означава значително разширяване на властта и отговорностите на сестрите (2). Медицинските сестри ще се нуждаят от лидерски умения и компетентности, за да действат като пълноправни партньори с лекари и други медицински специалисти в цялостния лечебен процес.

Съвместната дейност, споделяне на опит на най-добрите, подобряване на имиджа, развитие на лидерство и автономни практики са предизвикателствата в съвременната практика (27). Проучванията в областта на сестринската практика е необходимо да продължат да идентифицират и разработват основани на доказателства практики. Ръководителите по здравни грижи трябва да внедрят иновативните подходи на научните изследвания в практиката, в обучението на медицинските сестри и здравните политики. Медицинските специалисти и лидери в практиката, имат потенциала да въздействат на клиничните аспекти в сестринството. Те ръководят, предоставят и управляват осигуряването на безопасни грижи за пациентите. Като основни участници в здравните грижи, медицинските сестри имат възможността да бъдат пример за добра практика, да поддържат и подобряват качеството на грижи, да променят организационните моделите в тяхното предоставяне.

**Материали и методи**

Настоящият описателен преглед се основава на общата рамка на наративен преглед, насочен към идентифициране и обобщаване на публикуваното и търсене на нови области на изследване, които все още не са проучени. Водени от целта да проследим концепциите и организационните модели на лидерството в сестринството, както и да установим възможностите за прилагането му при оказване на непрекъснати здравни грижи, предприехме търсене на литературни източници в следните аспекти: лидерството като интерактивен процес, лидерство извън йерархичната структура, лидерството развито и приложено при директни грижи за пациента. Извършено е търсене на съществуващата литература в базите данни на Medline, PubMed, Google-Scholar. За нуждите на настоящия преглед използвахме комбинация от термини и ключови думи: медицинска сестра, ръководител по здравни грижи, лидер, лидерство, миниджмънт, стил на управление, ефективност на лидерството, качество на здравните грижи.

Допълнително са прегледани литературните източници на откритите статии в електронните бази данни.

Определихме следните критерии за подбор на публикации: да разглеждат връзката между стиловете на лидерство в здравните грижи; да представят същността и критериите за определяне на качество на грижите; публикувани от 2012 до 2022 г.; да използват количествена методология, отчитаща стила на лидерство и мерките за качество на здравеопазването. Проучванията, които не отговарят на горните критерии, бяха изключени, докато тези, които отговаряха на критериите за включване, бяха изброени и допълнително прегледани.

**Резултати и обсъждане**

Приоритет на всяка здравна система е да се поддържа и подобрява качеството и интеграцията на здравната грижа. Да бъдеш лидер е от решаващо значение в ерата на непрекъснатите грижи. Лидерите са изправени пред ежедневни предизвикателства, решаването на които може да имат последствия върху безопасността на пациентите, разходите до качествени здравни услуги и достъп. От съществено значение е лидерите да са добре обучени, да притежават опит и да вземат правилните решения в правилния момент (12,15,20,30).

Определящи са уменията на лидера да разпознава успешно потенциала и потребностите на другите, да създава атмосфера на добри екипни взаимодействия, да стимулира стремежа към успехи и постижения, да изпитва удовлетворение от професионалната си дейност (16).

Лидерството е много по-широко понятие от управлението. Въпреки че ръководителите по здравни грижи трябва да бъдат и лидери, управлението е фокусирано върху постигането на организационни цели. Лидерството в грижата за пациента ангажира всеки аспект на сестринска дейност и координация, което се осъществява от обучени специалисти, фокусирани върху предоставянето на директни и индиректни грижи на пациентите. Необходимост е не само подготовката за изпълнение на професионалните дейности, но и готовност за постигане на потенциалните бъдещи възможности.

В документа се посочва, че медицинските сестри имат изключителна роля в осигуряването на ефективна комуникация между различните здравни специалисти и осигуряването на непрекъснатост на грижите за пациентите, като призовава за интердисциплинарно сътрудничество. Предизвикателството пред лидерството в сестринските грижи е структурирането на необходимите знания, умения и способности. Пет характеристики определят клиничните лидерски умения - клинична оценка, ефективна комуникация, сътрудничество, координация и междуличностно разбиране (Фиг.1).




***Фигура 1. Лидерски умения в практика***

За да се прилага лидерството в сестринските грижи е необходимо не само теоретични познания и практически умения за изпълнение на професионалните дейности, но и умения за ефективно общуване, прилагане на основана на доказателства практика, креативност, иновативност и работа в екип. Сестринската практика обхваща широк континуум от промоция на здравето, до превенция на заболявания, от координиране на грижите, до лечение, когато е възможно и до палиативни грижи, когато лечението е невъзможно. Клиничните лидери са експерти в своята област, вземащи решения, клинично осведомени и компетентни, подкрепят другите, предоставят насоки на пациентите и техните семейства, стимулират промяната чрез предоставяне на висококачествени грижи (19).

По този начин концепцията за лидерство в сестринската практика е свързана с професионалните дейности, които осигуряват директна грижа до леглото, която се различава от традиционното понятие за сестринско лидерство (Фиг.2).




***Фигура 2. Фактори, влияещи върху лидерството***

Клиничното лидерство се изявява до леглото на болния, чрез професионална сестринска практика, основана на клинични умения и терапевтична връзка с пациента и практикуващите здравни специалисти. Медицинските сестри са отговорни за своите пациенти, поради което е изключително важно да осигуряват постоянно наблюдение и оценка, да определят приоритети, да работят ефективно и ефикасно, да разпознават критични ситуации.

Медицинските сестри, трябва да вземат клинични решения, относно необходимата интервенция, взаимодействие с други членове на здравния екип и подкрепа. Поради това, от съществено значение е медицинските сестри да придобият лидерски умения, за да подобрят резултатите и безопасността на пациентите, чрез предоставяните грижи.

Лидерството в сестринството включва критично мислене, вземане на решения, действия/интервенции и подкрепа. Сестринската практика изисква умения за прилагане на основана на доказателства практика при решаване на проблеми и управление на резултатите. Взаимодействието медицинска сестра-пациент е съществена и ключова динамика в практиката. В направеният наративен преглед се открива връзка между сестринските лидерски практики и резултатите от пациентите. Като цяло 22 от изследваните 36 източника доказват, че добрата връзка между медицинска сестра и пациент намалява болничния престой и повлиява удовлетвореността на пациента. Наличните доказателства утвърждават, че участието на медицинските сестри е

отговорно и пряко ръководят и управляват предоставянето на безопасни грижи за пациента (17).

Въпреки това някои популярни типове лидерство, като например трансформационно лидерство, етично лидерство, автентично лидерство, в момента се изучават от изследователи в областта на сестринството (9,10,14). Някои изследователи посочват, че лидерството в преките дейностите на медицинската сестра е взаимодействие между хора, въведено в сложни микро- и макросистеми, които трябва да бъдат оценени и развити, за да се развива теоричното и практическо сестринство (18, 29).

В нашата страна проучванията за лидерството в сестринството са насочени към осигуряване на качествени здравни грижи, чрез спазване на принципите за непрекъснатост, системност и комплексност, чрез партньорство и сътрудничество (8).

Съществен компонент на успешната сестринска практика са уменията сътрудничество и лидерство (5).

Лидерството е съществена част от ефективния мениджмънт. Може да се най-младият или даже най-неопитният член на колектива и въпреки това да притежаваш възможности на лидер (3).

За да направим сравнение на международния опит в лидерството при оказване на грижи, с практиката в България, ние разгледахме наличните данни за сестрински дейности, за да се доближат моделите на лидерство, според предварително зададените критерии - връзка между стиловете на лидерство и критерии за определяне на качество на грижите (Фиг. 3).




***Фигура 3. Обект на професионална дейност на медицинската сестра***

С намаляването на ресурсите, нарастването на сестринските дейности, ефективното лидерство е от съществено значение и предизвикателство в здравните грижи. Медицинските сестри, които притежават клинични лидерски умения, влияят върху сестринската практика и подобряват безопасността на пациентите (28). Прилагането на клиничното лидерство постига безопасни грижи и оптимални резултати за пациентите, което подчертава неговото значение (22,24).

Успешното лидерство влияе положително върху условията за практическа дейност, като оптимизират сестринската практика и утвърждават висококачествени грижи за пациентите (Фиг. 4).




***Фигура 4. Влияние на лидерството върху практиката***

Връзката медицинска сестра-пациент винаги е била важна динамика в здравеопазването. Качеството на грижите, предоставяни от медицинските сестри, спомага за насърчаването на грижата, ориентирана към пациента. Откриваме достатъчно доказателства, които показват, че добрата връзка между медицинска сестра и пациент намалява болничния престой и оказва влияние върху удовлетвореността на пациента. Добрата сестринска практика е от решаващо значение за висококачествените грижи, а ефективността на грижата се постига чрез успешно лидерство в сестринството.

Лидерството насърчава споделената отговорност и нейния принос като основа за устойчивостта на здравето и свързаните с него здравни системи. Организации и екипи, които не поставят пациента в центъра на своите усилия и грижи, е малко вероятно да постигнат успех (4).

Клинично лидерство е необходимост, поради множеството и разнообразни проблеми, които възникват при прилагането на грижи. Световната здравна организация изработва и утвърждава програми, в които са посочени ключови въпроси и основните стратегии в здравеопазването. Лидерството гарантира добре координирана, ръководена сестринска практика, където всеки има своя позиция и обем възложена дейност, подкрепа за разумни инициативи, основани на доверие и разбиране в грижата за пациента.

**Заключение:**

Принципите на лидера, основани на основните ценности на сестринската професия, гарантират сестринските ценности и качества, ориентирани към човека. Доказателствата от изследванията показват, че има различни фактори, които допринасят за утвърждаване на клинични лидерски умения, като личностна характеристика, образование и опит. Не всяка медицинска сестра, може да бъде лидер в своята практика. Необходим е опит, време, да се открият силните и слабите страни, възможностите и заплахите на собствените професионални достижения. Това би могло да се случи, чрез оценяване на потребността и необходимостта от непрекъснато обучение, обучение в наставничество и програми за професионално развитие. Тези подходи, могат да гарантират опит на медицинските сестри, който ще им позволи да включат основни лидерски умения в ролята си на експерти в оказването на грижа. Притежаването на клинични лидерски умения ще бъде предиктор за успеха на сестринската практика в непрекъснато променящите се здравни системи.

**Литература:**


1. Бакова, Д., Бандова, М., & Семерджиева, М. (2020). Приложение на трансформационното лидерство в управлението на здравните грижи. Management & Education/Upravlenie i Obrazovanie, 16(5).
2. Грънчарова, Г., Велкова, А., Александрова, С.(2009 ). Социална медицина. Издателски център на Му-Плевен.
3. Грънчарова Г., Драганова, М. (2022). Основи на управлението на здравните грижи с модул „Здравни проекти“. Издателска къща СТЕНО, Варна.
4. Димитрова, К. И. (2021). Мултидисциплинарна екипна грижа при профилактика на детското очно здраве–професионален фокус на медицинската сестра. Дисертационен труд за придобиване на ОНС „Доктор“, Медицински университет – Варна.

5. Нанкова, М. П. (2021). Роля и функция на медицинската сестра, като част от екип за лапароскопска и роботизирана хирургия. Дисертационен труд за придобиване на ОНС „Доктор“, Медицински университет – Варна.
6. Радев, Е., Славчев, С. (2020). Мениджмънт, дефиниращ качеството на здравни услуги. ТЕМТО, 2020, 127.
7. Спасова, М., & Стамболова, И. (2016). Сестринството в европа-политики по отношение на медицинските сестри. Управление и образование, Университет „Проф. д-р Асен Златаров”, 12.
8. Чанева, Г. Водещата роля на лидерството и властта за ръководителите по здравни грижи. Здравни грижи, 25.
9. Alilyyani, B. , Wong, C. A. , & Cummings, G. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 83, 34–64.
10. Barkhordari-Sharifabad, M. , Ashktorab, T. , & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2018). Ethical leadership outcomes in nursing: A qualitative study. Nursing Ethics, 25(8), 1051–1063.
11. Bohmer R. M. J. (2021) MANAGING CARE: Leading Clinical Change and Transforming Healthcare. Berrett-Koehler Publishers, 212.
12. Dórdio Dimas I, Lourenço PR, Rebelo T. (2108). Escala de satisfação com o grupo de trabalho (esagt): construção e estudos de validação. Avances en Psicología Latinoamericana. 36(1), 197-210.
13. Jonathan Harris 1, Paula Mayo (2018). Taking a case study approach to assessing alternative leadership models in health care. Br J Nurs, 27(11), 608-613.
14. Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 72(11), 2644–2653.
15. Hoboubi N, Choobineh A, Ghanavati FK, Keshavarzi S, Hosseini AA. (2017). The impact of job stress and job satisfaction on workforce productivity in an Iranian petrochemical industry. Safety and Health at Work, 8(1), 67-71.
16. Koleva, G., & Ilieva, P. Toxic leaders-characteristics and effect on subordinates in healthcare organizations in: Proceedings of University of Ruse. Volume 60, book 8.2, 67-72.
17. Larsson, I. E., & Sahlsten, M. J. (2016). The staff nurse clinical leader at the bedside: Swedish registered nurses' perceptions. Nursing research and practice=
18. Leclerc, L. , Kennedy, K. , & Campis, S. (2021). Human-centred leadership in health care: A contemporary nursing leadership theory generated via constructivist grounded theory. Journal of Nursing Management, 29(2), 294–306.
19. Lett M. (2020). The concept of clinical leadership. Contemporary Nurse. 2002; 12: 16-21.
20. Lu H, Zhao Y, While A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. International Journal of Nursing Studies. 1;94:21-31.
21. Maud Heinen 1, Catharina van Oostveen 2 3, Jeroen Peters 4, Hester Vermeulen 1 5, Anita Huis 1 (2019). An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. Jurnal of Advanced Nursing, Volume 75, Issue 11, 2378–2392.
22. Mannix, L., Daly J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review Contemporary Nursea. Volume 45, Issue 1.

23. Porter-O'Grady T., Malloch K. (2011). Leadership: Advancing Innovation, Transforming Healthcare. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones & artlett.
24. Rodrigues G. et al. (2018). Use of instruments to evaluate leadership in nursing and health services. Rev Gaucha Enferm. Rev Gaucha Enferm. 12,38(3).
25. Shalala, D. et al. (2011). The future of nursing: Leading change, advancing health. Washington DC: The National Academy Press. doi, 10.
26. Stancheva, L.,Valkov, A. (2020). Competencies of the senior nursing professionals for building a successful hospital team. Knowledge-International Journal, 42(4), 733-742.
27. Toncheva, S., & Evtimova, T. (2021). Challenges and Solutions for Nurses and Midwives in the Context of Digitalization. In Conference Proceedings. pp. 154-159.
28. Clinical leadership competencies in advanced nursing practice : Scoping review Med Klin Intensivmed Notfmed. 2020,115(6):466-476.
29. Watson, J. , et al. (2018). Quantum caring leadership: Integrating quantum leadership with caring science. Nursing Science Quarterly, 31(3), 253–258.
30. Wei H, et al.(2020). The impact of nurse leadership styles on nurse burnout:: A systematic literature review. Nurse Leader. 1, 18(5):439-450.

**Адрес за кореспонденция:**
проф. Силвия Борисова Димитрова, д.оз.н.
МУ- Варна, ФОЗ, Катедра „Здравни грижи"
silvia.borisova@mu-varna.bg

## ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО COVID 19 И РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ДОБИВАНЕТО НА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТНА ПЛАЗМА ОТ ПРЕБОЛЕДУВАЛИ ДОНОРИ

**Петя Христова Гърчанова, Звезделина Апостолова Стоянова, Даниела Петрова Христова**
*Районен център по трансфузионна хематология-Варна*

## THE CHALLENGE OF COVID 19 AND THE ROLE OF MEDICAL HEALTH CARE PROFESSIONALS IN THE PROCUREMENT OF RECOVERY PLASMA FROM RECOVERED DONORS

**Petya Hristova Gerchanova, Zvezdelina ApostolovaStoyanova, Daniela Petrova Hristova**
*RCTH-Varna*

**Резюме:** Пандемията от COVID19 се оказа глобално предизвикателство за здравните специалисти. С увеличаване броя на пациентите, започна да се търси и подходящо лечение. Едно от тях е прилагането на рековалесцентна плазма. От месец Ноември 2020г. в РЦТХ-Варна стартира получаването на ковид плазма, чрез афереза и от цяла кръв от преболедували инфекцията донори. Това стана възможно след обособяване на отделни помещения, обучение на лекари и специалисти по здравни грижи, създаване на нови алгоритми за работа, набавяне на апарати и консумативи и разрешение от Изпълнителна агенция по лекарствата.

**Цел:** Дефиниране новите задачи и проблеми, стоящи пред специалистите по здравни грижи в РЦТХ –Варна, касаещи добиването на рековалесцентна плазма.
**Използвани методи**: социологически, статистически, наблюдение, практическо обучение, анализ на лабораторни резултати.
**Резултати:** Бързо променящата се обстановка наложи провеждането на редица обучения, през които премина екипа на центъра.Изготвиха се стандартни оперативни протоколи (СОП) за подбор на донори на реконвалесцентна плазма, СОП за производство и СОП за експедиция на реконвалесцентна плазма.
В края на този тежък пандемичен период специалистите по здравни грижи от РЦТХ-Варна имат нови умения и професионални компетенции придобити по време на обученията, имат опит и знания за изготвянето на СОП и използват успешно в практиката критериите за допустимост на дарители на реконвалесцентна плазма COVID-19

**Заключение:**
След двугодишна работа по добиване на ковид плазма, можем да кажем, че процедурата е рутинна за РЦТХ-Варна. Отлично координирана е работата на целия екип на РЦТХ-Варна от посрещането на донора до експедирането на вече готовата ковид плазма. Към настоящият момент придобитите умения и апаратура се използват за добиване на аферезна плазма и тромбоцитен концентрат, процедура щадяща донора, а едновременно с това и много по добра за нуждаещите се пациенти.
Изключителната организация, мотивация и проведените обучения на специалистите по здравни грижи (СЗГ) в РЦТХ по време на Covid 19 постави Варна на едно от първите места в страната по брой дарители на рековалесцентна плазма и то в постоянно променящите се условия на пандемия.
**Ключови думи:** пандемия, рековалисцентна плазма, донори, специалисти по здравни грижи.

**Introduction:**
The COVID19 pandemic has proven to be a global challenge for healthcare professionals. As the number of patients increased, the search for appropriate treatment began. One of them is the application of convalescent plasma. From November 2020 in RTCH-Varna, the collection of covid plasma, through apheresis and from whole blood from donors who have suffered from the infection, has started. It became possible after the establishment of separate premises, training of doctors and health care specialists, creation of new work algorithms, procurement of apparatus and consumables and authorization from the Medicines Executive Agency.
**Objective:** To define the new tasks and problems faced by health care specialists in the Medical Center - Varna, regarding the recovery of convalescent plasma.
**Methods used** : sociological, statistical, observation, practical training, analysis of laboratory results.
**Results:**The rapidly changing situation made it necessary to conduct a number of trainings, which the center's team went through. Standard operating protocols (SOPs) were prepared for the selection of donors of convalescent plasma, SOPs for production and SOPs for dispatch of convalescent plasma.

At the end of this severe pandemic period, the health care specialists of the RTCH-Varna have new skills and professional competences acquired during the trainings, have experience and knowledge for the preparation of SOPs and successfully use in practice the criteria for admissibility of donors of convalescent plasma COVID- 19

**Conclusion;**After two years of work on the extraction of covid plasma, we can say that the procedure is routine for RCTX-Varna. The work of the entire team of the RCTH-Varna, from the reception of the donor to the dispatch of the already ready covid plasma, was excellently coordinated. Currently, the acquired skills and equipment are used to obtain apheresis plasma and platelet concentrate, a procedure that is gentler on the donor and, at the same time, much better for the patients in need.

The exceptional organization, motivation and training of the health care specialists (HCS) in the RCTH during Covid 19 put Varna in one of the first places in the country in terms of the number of donors of convalescent plasma, and in the constantly changing conditions of a pandemic.

**Key words: pandemic, convalescent plasma, donors, healthcare professionals.**

**Въведение:**

В края на 2019 г. в град Ухан, Централен Китай, е идентифициран коронавирус, наречен SARS-CoV-2. Свободното трансконтинентално предвижване на хора довежда до избухването на пандемия. COVID 19 се оказа глобално предизвикателство, както за здравните специалисти, така и за всеки един аспект от съвременния живот. С увеличаване броя на пациентите, започна да се търси и подходящо лечение. В първите месеци на пандемия се предложи прилагането на рековалесцентна плазма. Рековалисцентна плазма се нарича плазмата, взета от хора, прекарали определена болест и изградили антитела срещу нея. Антителата са протеини, които се произвеждат от имунната система при среща с инфекциозен агент, предимство е, че те остават в плазмата и след нейното замразяване(1). Реконвалесцентна плазмена терапия е прилагането на пасивни поликлонални антитела (Ab) за осигуряване на незабавен имунитет. Преливането на реконвалесцентна плазма COVID-19 (CCP) е в състояние да неутрализира патогена. Това е класическа адаптивна имунотерапия, която се прилага за профилактика и лечение на много инфекциозни заболявания повече от век. Напоследък използването на реконвалесцентна плазма е проучено при огнища на други респираторни инфекции, включително пандемията на грипния вирус H1N1 през 2009-2010 г., епидемията от SARS-CoV-1 през 2003 г. и епидемията от MERS-CoV през 2012 г. Правилното и навременно вливане на плазма от преболедувал COVID-19 може да доведе до подобряване състоянието на пациент още в първите 24 часа.

Процесът на добиване, производство и експедиция на реконвалесцентна плазма се извършва съгласно регламентиращите документи, действащи в страната - Наредба №9/25.04.2006г.за утвърждаване на Медицински стандарт „Трансфузионна хематология“, обн.изм.и доп.ДВ бр.35 от 24.04.2018г.(4) и в съответствие на програмата на ЕС за осигуряване на ССР - рековалесцентна плазма (5,7).

Медицинските специалисти по здравни грижи са изправени пред различни предизвикателства свързани с производството на реконвалесцентна плазма.

Предизвикателства свързани с:

- осигуряването на материална база
- необходима апаратура
- допълнителни обучения на специалистите
- самите донорите – страх от непознатата предстояща манипулация, липса на време, лоши вени
- допълнителни критерии за допускане до даряване
- увеличаване риска от заразяване на персонала
- увеличен обем на работата водещ до умора, напрежение, стрес.

**Цел:**

Дефениране новите задачи и проблеми стоящи пред специалистите по здравни грижи в РЦТХ –Варна, касаещи добиването на рековалесцентна плазма.

**Задачи** :

1. Провеждане на обучение на специалистите по здравни грижи, касаещо организацията на работа, съобразено с новата апаратура, обособяване на отделен коридор за обслужване на донорите преболедували COVID-19.
2. Изготвяне на стандартен оперативен протокол(СОП) за работа с донорите на ковид плазма
3. Изготвяне на СОП за производство на прясно замразена рековалесцентна плазма COVID-19 от сак с единичен филтър, аферезна плазма и експедиция на ССР.

**Използвани методи**: социологически, статистически, наблюдение, практическо обучение, анализ на лабораторни резултати.

**Резултати:**

Работата на медицинските специалисти в условията на пандемията COVID-19 е свързана с увеличаване обема на работа, емоционално и физическо изтощение, повече напрежение и стрес, страх от заразяване.

Бързо променящата се обстановка наложи провеждането на редица обучения в РЦТХ-Варна, през които трябваше да се премине в кратки срокове.

Проведоха се редица обучения, както на специалистите по здравни грижи, така и на лекарите от РЦТХ-Варна, касаещи работата с новите аферезни апарати за плазмофереза. Обучението включваше зареждане на сет, подготовка на апарата, разпознаване на различните сигнали, които се подават по време на процедурата, а на медицинските сестри се разясниха и условията спрямо подходящите венозни пътища на донорите, както и проследяване на състоянието на дарителите по време на процедурата.

За по-прецизен подбор на донорите на реконвалесцентна плазма, здравните специалисти (лекари, мед.сестри, лаборанти) преминаха обучение, при което се запознаха с допълнителните критерии за донор на ССР и се състави стандартен оперативен протокол (СОП) за подбор на донори на реконвалесцентна плазма.

Реконвалесцентна плазма се взема **само от преболедували** в перид на възстановяване от COVID - 19 кандидати, отговарящи на следните изисквания:

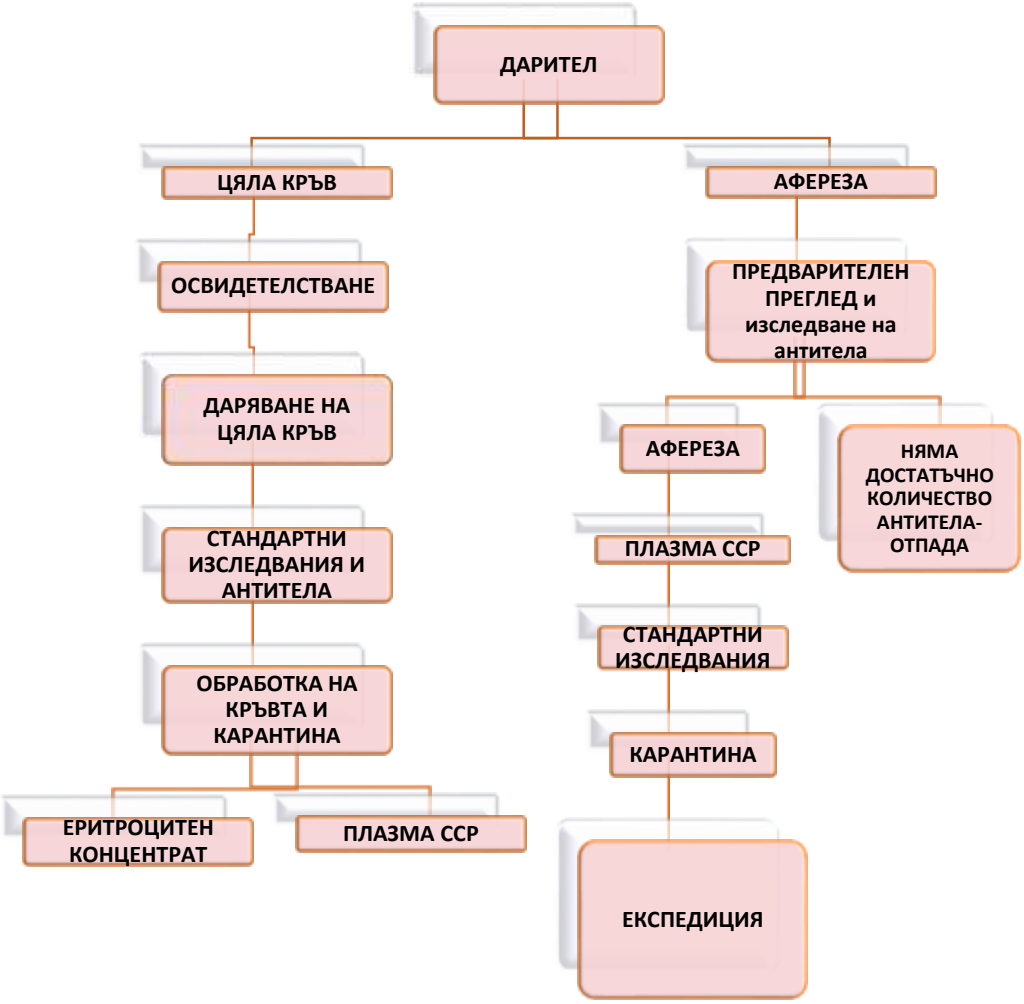
- Да са на възраст 18 - 65 години;
- Да са с телесно тегло над 50 кг.;
- В момента се чувстват здрави и състоянието им не налага прием на медикаменти.

- Да представят **положителен резултат от PCR или антигенен тест** или **положителен резултат за антитела срещу SARS-CoV2** от сертифицирани лаборатории;
- Да са изминали не по-малко от 40 дни след положителния PCR или пложителения антигенен тест;
- По преценка на лекаря, отговорен за даряването, се допускат кандидати, представили медицинска епикриза, описваща симптомите и протичането на инфекция от COVID – 19, заедно с направените изследвания.

Желаещите да дарят реконвалесцентна плазма COVID – 19 следва да отговарят и на общите изисквания за кръводарител. Времето за даряване чрез плазмафереза , включващо снемане на анамнеза, диагностика и даряване не отнема повече от час.https://ncth.bg/

В отделение „Преработка на кръвта“ медицинските сестри се запознаха с изискванията за замразяване, етикетиране, съхранение на реконвалесцентна плазма и бе изработен СОП за производство на ССР от цяла кръв и аферезна плазма (Приложение №1 и 2).

СОП за експедиция на рековалисцентна плазма бе съставен и в отделение „Експедиция“ след проведено обучение за условията, при които се експедира реконвалесцентна плазма ( фиг.1).

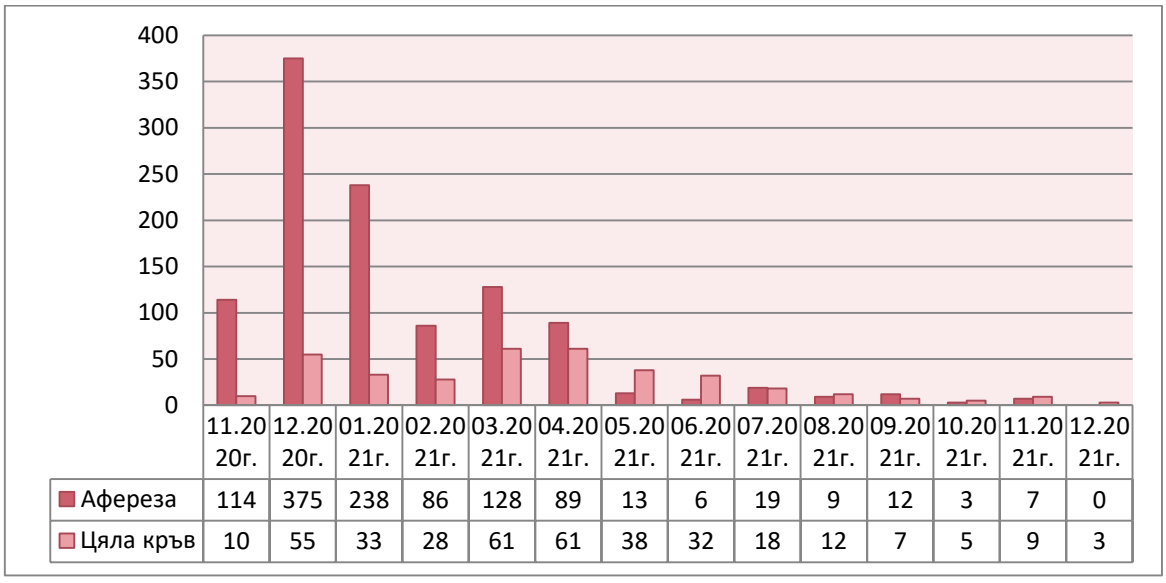



**Фиг. 1. Цикъл на добиване на рековалесцентна плазма**

От месец Ноември 2020г. в РЦТХ-Варна стартира получаването на ковид плазма, чрез двата метода, от преболедували инфекцията донори, след отделяне и ремонта на необходимите помещения. Обособиха се отделен вход за донорите на ССР, чакалня, лаборатория и зала за самото даряване оборудвано със специална климатична инсталация. Осигуриха се средства за обзавеждането на помещенията и за закупуване на кръводарителски столове и сетове за плазмофереза. Набави се необходимата апаратура - апарати за афереза, шоков фризер за замразяване на плазма, фризер за съхранение на плазма. Всичко това стана възможно благодарение на отличната логистика в РЦТХ-Варна, на дарения от заинтересовани граждани, Министерство на здравеопазването, областна и общинска администрации и спонсори. Последва и разрешение от Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ).

В края на този тежък пандемичен период специалистите по здравни грижи от РЦТХ-Варна имат нови умения и професионални компетенции придобити по време на обученията, имат опит и знания за изготвянето на СОП и използват успешно в практиката критериите за допустимост на дарители на реконвалесцентна плазма COVID-19.

След двугодишна работа по добиване на рековалесцентна плазма, можем да кажем, че процедурата е рутинна за РЦТХ-Варна. Направени са около 1100 плазмоферези и са обслужени над 500 дарителя на цяла кръв (фиг. 2), от която е получена ковид плазма.




| | 11.2020г. | 12.2020г. | 01.2021г. | 02.2021г. | 03.2021г. | 04.2021г. | 05.2021г. | 06.2021г. | 07.2021г. | 08.2021г. | 09.2021г. | 10.2021г. | 11.2021г. | 12.2021г. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Афереза | 114 | 375 | 238 | 86 | 128 | 89 | 13 | 6 | 19 | 9 | 12 | 3 | 7 | 0 |
| Цяла кръв | 10 | 55 | 33 | 28 | 61 | 61 | 38 | 32 | 18 | 12 | 7 | 5 | 9 | 3 |

**Фиг. 2. Брой процедури /аферези и цяла кръв/ за периода 11.2020г.- 12.2021г.(3)**

Създаден е солиден резерв от рековалесцентна плазма. Беше обособена и се поддържа електронна картотека с потенциални донори преболедували COVID 19.
Изключителната организация, мотивация и проведените обучения на специалистите по здравни грижи (СЗГ) в РЦТХ по време на Covid 19 постави Варна на едно от първите места в страната по брой дарители на рековалесцентна плазма и то в постоянно променящите се условия на пандемия.

**Заключение:** В резултат на проведените обучения е отлично координирана работата на целия екип на РЦТХ-Варна, от посрещането на донора до експедирането на вече готовата рековалесцентна плазма.

Към настоящия момент придобитите умения и използването на апаратура са приложими за добиване на аферезна плазма и тромбоцитен концентрат, процедура щадяща донора, а едновременно с това и много по добра за нуждаещите се пациенти, като за дарители се използват вече дарявалите ковид плазма. По този начин продължава да се използва закупената апаратура и да се надграждат знанията и уменията на специалистите по здравни грижи и да се задоволяват нуждите на здравните заведения от териториалния обхват на РЦТХ-Варна за плазма и тромбоцитен концентрат.

**Използвана литература:**


1. Добрева,А и др. "Трансхузионна хематология", Медицина и физкултура, София,1988
2. Кръводарителски карти на донори дарили реконвалесцентна плазма
3. Месечни отчети на РЦТХ гр.Варна
4. Тодорова, М., „Прилагане на реконвалесцентна плазма при лечение на пациенти с Covid 19 и роля на медицинската сестра" – сборник доклади и резюмета „Covid 19 – мултидисциплинарен научен обзор", Тракийски университет Ст.Загора – 2021г., ISBN 978-954-338-180-7
5. Тодорова, М., „Експертно мнение за прилагане на реконвалесцентна плазма при болни с Covid 19"- Здравни грижи 3 бр./21г., ISSN 1312-2592
6. Тодорова, М., „Управление на процеса за осигуряване на реконвалесцентна плазма", Български медицински журнал – Български медицински журнал XVI, 2022, № 1
7. Тодорова, М. „Осигуряване на реконвалесцентна плазма за лечението на пациенти с Covid-19", Здравни грижи 2 бр./22г. ISSN 1312-2592
8. Наредба №9 от 25.04.2006г. за утвърждаване на мед.стандарт Трансфузионна хематология, издадена от министъра на здравеопазването, обн.изм. и доп. ДВ бр.35 от 24.04.2018г.
9. https://europeanbloodalliance.eu/activities/convalescent-plasma-cpp/
10. https://ncth.bg/
11. https://covid19plasma.eu/
12. www.infoz.bg.


## Приложение № 1

**ПРОИЗВОДСТВО НА ПРЯСНО ЗАМРАЗЕНА РЕКОВАЛЕСЦЕНТНА ПЛАЗМА COVID-19 ( CCP ) ОТ САК С ЕДИНИЧЕН ФИЛТЪР**

1.Приемане на единицата цяла кръв от екип кръвовземане с приемно-предавателен протокол.

2.Престой на сака върху специално плато с определена температура за 2 часа

3.Окачване на статив на сака с цяла кръв (след добро размесване) и последващо обезлевкоцияване.

4.Поставяне на сака в адапторите на центрофугата и тариране.

5.Поставяне на адапторите с кръв в гилзите на центрофуга и последващо центрофугиране на определен режим. (3100 оборота , 20 мин. при t +2$^{o}$C до +8$^{o}$C)
6.Отливане на надстоящата плазма:
-внимателно изваждане на сака от адаптора и поставяне на плазмаекстрактор
-пречупване на щутцера и бавно отпускане на пресата на плазмаекстрактора
-отливане на плазмата в сателитния сак ,обезвъздушаване на плазмата и измерване на теглото и чрез ел.везна( количеството плазма се изчислява като се взема в предвид и теглото на самия сак)
- защипване с инструмент на тръбичките към сака с еритроцитен концентрат и плазма
-отделяне на сака с плазма чрез силиране
-проверка и окачествяване на сака с плазма
- последваща обработка на сака с обезлевкоцитенеритроцитен концентрат
7.Регистриране на получените кръвни продукти в работен протокол и информационна система.
8.Замразяване на рековалесцентната ПЗП в шоков фризер при прит -55$^{o}$C за 45 мин.
9.Карантиниране на кръвните съставки до излизане на резултатите от лабораторните изследвания (кр.групи, имунохематология, трансмисивни инфекции ,наличие на антитела) във фризер с температура на съхранение по –ниска от -25$^{o}$C
10.Етикетиране на кръвни продукти в кръводарителски карти и информационна система
11.Предаване на готовите кръвни продукти на отд.Експедиция

## Приложение № 2

**ПРОИЗВОДСТВО НА РЕКОНВАЛЕСЦЕНТНА ПРЯСНО ЗАМРАЗЕНА ПЛАЗМА COVID-19, ЧРЕЗ АПАРАТНА ПЛАЗМАФЕРЕЗА**

1. Определяне дали донора е подходящ (проверява се дали отговаря на изискванията за кръводаряване)
2. Вземане на венозна кръв за изследване на количество антитела, ПКК,ОБ,CRP, кр.група
3. След получаване на резултатите , и установяване на наличие на АТ се насрочва час за плазмафереза
4. В деня на плазмаферезата се извършва преглед на донора от лекар
5. Подготовка на апарата за афереза от лекар извършващ процедурата
6. По време на плазмадаряването, непосредствено след убождането се взема венозна кръв за изследване на трансмисивни инфекции
7. Плазмата се предава на отд. „Преработка на кръвта“ за последваща преработка
8. Проверка на данните от приемно-предаателния протокол и данните на сака за наличие на всички данни( дата, час на добиването, идентификационен номер, кр.група, количество)
9. Регистрация на плазмата в информационната система
10. Замарзяване ( извършва се до 1 час от отделянето на плазмата от дарителя, в шоков замразител при t под - 60 $^{o}$C)

11. Карантиниране на рековалесцентната плазма (до получаване на резултатите от кръвногруповата диагностика и диагностиката за трансмисивни инфекции) в специално означен за това фризер
12. Етикетиране нарековалесцентната плазма в кръводарителски карти и информационна система ( на етикета задължително трябва да има обозначение Рековалесцетна плазма covid-19 (ccp))
13. Предаване на готовите кръвни продукти на отд.Експедиция
14. Съхраняване на готовата плазма в специално обозначен фризер

## СЪЗАВИСИМОСТ ПРИ ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВА ЗАСЕГНАТИ ОТ РАЗСТРОЙСТВА С УПОТРЕБА НА ПСИХОАКТИВНИ ВЕЩЕСТВА

**Т. Радева[1], проф. Хр. Кожухаров[2]**

*Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов”- Варна[1,2]*

*Филиал Сливен[1]*

*УМБАЛ „Света Марина „ЕАД гр.Варна*

*Втора психиатрична клиника[1,2]*

**Резюме:** Разстройствата свързани с употреба на психоактивни вещества оказват влияние върху всеки член от семейството на употребяващия. Съзависимостта е често срещано явление, което подобно на зависимостта към ПАВ, се развива и задълбочава при близки на зависимите пациенти. Зависимостта не е проблем само на зависимия, тя е семейна болест, и поради това е необходимо да се работи в една посока с близките и семейството на зависимия. Съзависимостта е проблем, който засяга и медицинките сестри, работещи с близки на зависими пациенти.

**Целта:** на изследването е да се дефинира и анализира съзависимост при употребяващ ПАВ член от семейството, и участието на медицинската сестра в процеса.

**Методика:** прилагане на тест за съзависимост на близки и съжителстващи със зависими пациенти и пряка анонимна анкета на медицински сестри работещи в психиатрични клиники на УМБАЛ „Света Марина” ЕАД.

**Обект на проучването**: близки на зависими преминали за лечение през Втора психиатрична клиника на УМБАЛ „Света Марина” ЕАД в периода м. януари 2022г. - м. август 2022г. В проучването участват n= 69 близки на зависими пациенти и n=44 медицински сестри, работещи в клиниката.

**Заключение:** Получените резултати показват високи стойности на съзависимост на приложения тест за съзависимост при близки и съжителстващи със зависими пациенти. В семействата на изследваните n= 69 пациенти, n= 39 от близките според скалата за съзависимост са със резултат на „силно изразена съзависимост”, n=29 от близките са със „умерена изразена съзависимост” и резултатът на само един от респондентите е в границите на „норма”. Високото ниво на съзависимост влияе върху физическото и емоционално състояние на близките, което води до лошо здраве, реактивност, самопренебрегване и допълнителни отговорности. Обучението и формиране на добри комуникационни умения на медицински сестри работещи в Психиатрични клиники ще

подобри взаимоотношенията между пациенти, професионалисти по здравни грижи и семействата им. Това е съществен фактор за опазване на психичното им здраве на пациентите и техните близки.

**Ключови думи:** зависимост, съзависимост, ПАВ, семейство, медицинска сестра

**Въведение**

В литературата най-близко определение за „съзависимост" се намира в описанията за зависима личност[4]. Kraepelin подчертава „нерешителност на волята" на зависимите и лекотата, с която те могат да бъдат съблазнени от други[3]. Abraham отбелязва типично за зависимите пациенти, че винаги има някой, който да се грижи за тях и очаква[1]**.** Терминът се използва за хора, чийто начин на живот е повлиян от взаимоотношенията с човек зависим от психоактивни вещества. За съзависимост започва да се говори в края на седемсесетте години на XX век[5]. Това е процес,който се наблюдава при близки на пациенти, които са във взаимоотношения със злоупотребяващи с психоактивни вещества. Cermak`s (1986) предлага съзависимостта за бъде добавена към Диагностичния и статическия наръчник за психични разстройства –резивиран (DSM – III-R: Американска психиатрична асоциация, 1987), като разстройство на личността по ос II[2].

Злоупотребата с ПАВ обикновено засяга както употребяващите, така и семейството. Много често тя остава неразпозната за семейството.

**Цел на проучването:**

Да се дефинира и анализира съзависимост при употребяващи ПАВ член от семейството, и участието на медицинската сестра в него.

**Материали и методи**

Приложени са документални, статистически методи и научна литература. Приложен е тест за съзависимост (В.В. Ткачева) на близки и съжителстващи със зависими пациенти преминали за лечение през Втора психиатрична клиника на УМБАЛ „Света Марина" след подписване на информирано съгласие. Проведено е и анкетно проучване на медицински сестри, работещи в Психиатрични клиники на УМБАЛ „Света Марина" ЕАД гр. Варна, също след подписване на информирано съгласие за участие в проучването.

**Резултати и обсъждане**

Изследвани са резултатите от теста за съзависимост (В.В. Ткачева), попълнен от 69 близки членове на семейството, както и съжителстващи със зависими пациенти. Получените резултати показват средна стойност на получения резултат няколко пъти над нормата – средната стойност е 62,61 при стандартно отклонение 11,701. Минималната регистрирана стойност на получен резултат е 28, а максималната – 87. Наблюдават се стойности в целия диапазон – от по-ниски до по-високи, но в извадката от близки на зависими от ПАВ преобладават тези с по-висок резултат при изследване с теста за съзависимост. Описаните резултати са показани на табл.1:

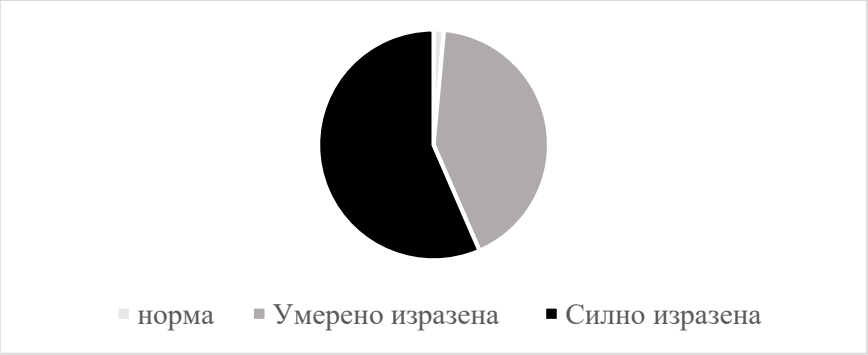
**Таблица 1**
**Описателна статистика – резултат от теста за съзависимост**

| | |
|---|---|
| Брой (N) | 69 |
| Средно | 62,61 |
| Стандартно отклонение | 11,701 |
| Минимум | 28 |
| Максимум | 87 |

При сравняване на получените резултати със стойностите, съответни на нормата (16-32 бала) е видно, че само едно лице от изследваните близки попада в тези граници, а всички останали са с по-висок от нормата резултат (над 33 бала). Високите резултати са умерено изразена съзависимост при резултат от теста 33-60 бала и силно изразена съзависимост – при резултат от 61-96 бала. Разпределението на лицата според получените резултати е показано на следните табл.2 и фиг. 1:

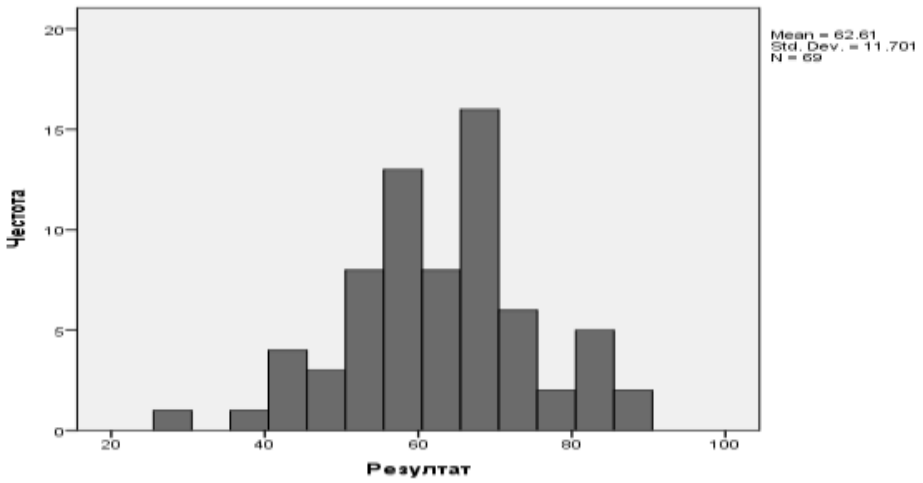
**Таблица 2**
**Разпределение според резултат от теста за съзависимост при близки на зависими**

| Степен на съзависимост | Получен резултат | Брой лица (N) |
|---|---|---|
| Норма | 16-32 | 1 |
| Умерено изразена | 33-60 | 29 |
| Силно изразена | 61-96 | 39 |



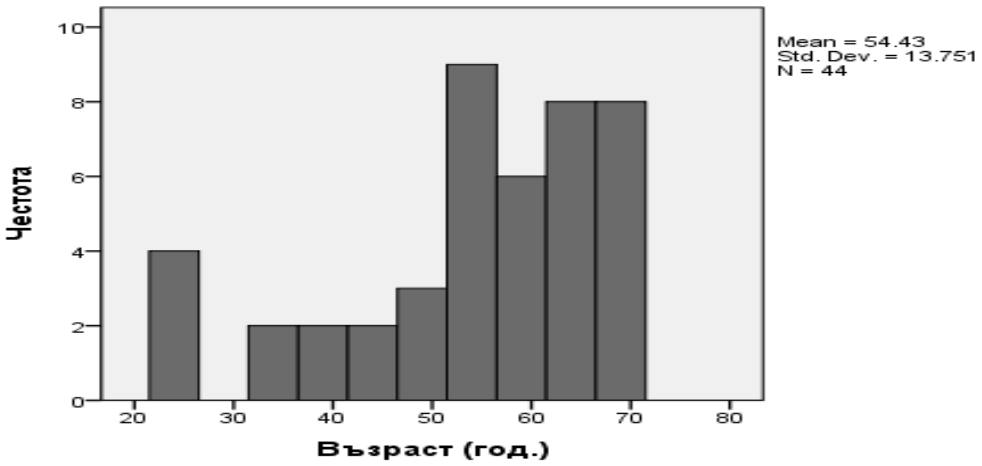

***Фиг. 1. Кръгова диаграма на разпределението според резултат от теста за съзависимост при близки на зависими от ПАВ***

При изобразяване на получените резултати чрез хистограма е видно, че разпределението е изместено надясно – към по-високите стойности на резултат от теста. Преобладават лица с по-висок резултат от теста – над 50 бала. Почти всички от изследваните лица показват съзависимост, като се регистрират повече лица със силно изразена съзависимост. Хистограмата на разпределението според получения резултат от теста за съзависимост е показана на фиг. 2:




***Фиг.2. Хистограма на разпределението според получения резултат от теста за съзависимост при близки на зависими от ПАВ***

Изследвани са също така отговорите на анонимна анкета, попълнена от медицинските сестри, работещи към втора психиатрична клиника на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД. Анкетата е попълнена от 44 медицински сестри след попълване на бланка – формуляр за информирано съгласие за участие в проучването, от които 6 – мъже и 38 – жени. Процентното съотношение е съответно 13,6% и 86,4% - съответно за мъже и жени. Средната възраст в групата на медицинските сестри е 54,43 години, при стандартно отклонение 13,75 години. Минималната регистрирана възраст на участник в тази група е 24 години, а максималната – 71 години. При изобразяване на разпределението по показател възраст чрез хистограма в групата на медицинските сестри е видно, че преобладават по-възрастни лица – с възраст над 50 години. Разпределението в хистограмата е изместено надясно – към по- високите стойности по показател възраст. Разпределението е показано на фиг. 2:




***Фиг. 2. Хистограма на разпределението по възраст в групата на медицинските сестри***

На въпроса „Имате ли затруднения при комуникацията с близки  на зависими пациенти с психическа коморбидност?“ част от изследваните медицински сестри са отговорили положително. Разпределението според отговора на въпроса е отразено на таблица 3:

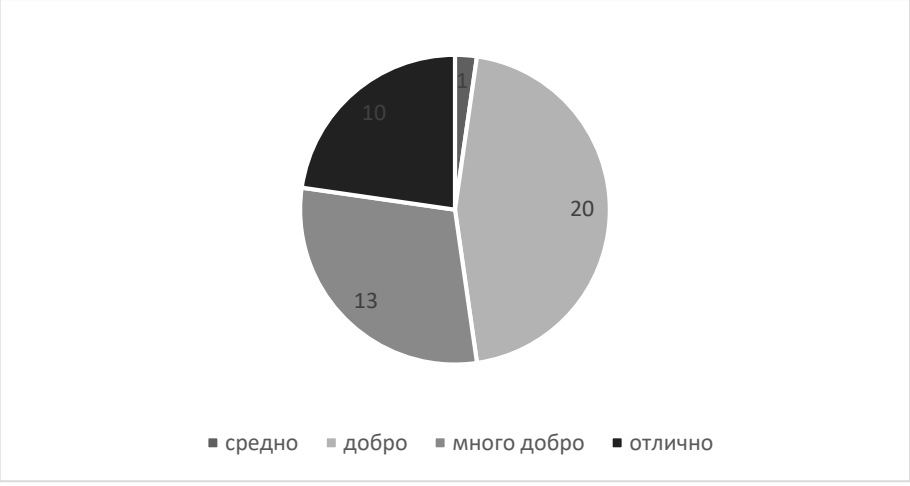
**Таблица 3**

**Разпределение според отговор на въпроса въпроса „Имате ли затруднения при комуникацията с близки  на зависими пациенти с психическа коморбидност?“**

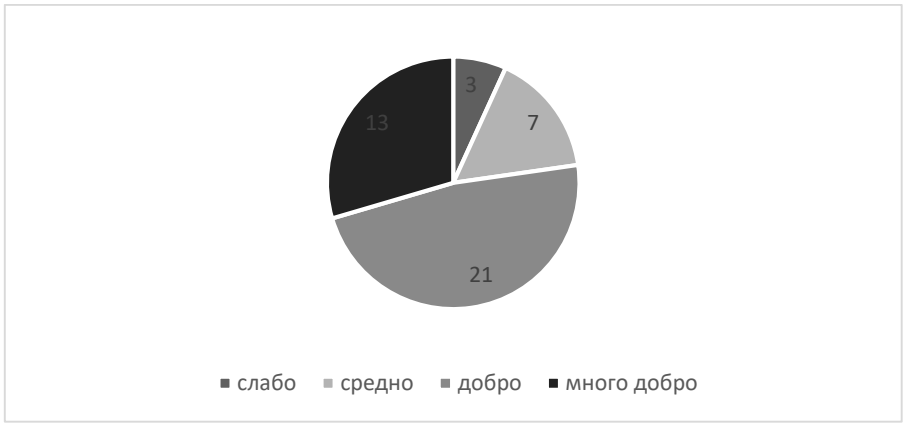
| Отговор | Честота | Процент | Валиден процент | Кумулативен процент |
|---|---|---|---|---|
| по-скоро „да” | 8 | 18,2 | 18,2 | 18,2 |
| не мога да определя | 5 | 11,4 | 11,4 | 29,5 |
| по-скоро” не” | 24 | 54,5 | 54,5 | 84,1 |
| категорично „не” | 7 | 15,9 | 15,9 | 100,0 |
| Общо | 44 | 100,0 | 100,0 | |

От изследваните 44 лица в групата на медицинските сестри 8 са отговорили с „по-скоро Да“ на зададения въпрос, което съответства на 18,2% от изследваните лица в групата. Друга част от изследваните лица – 5 лица – не са могли да определят дали имат затруднения в комуникацията. Без такива затруднения са 31 лица, от които 7 лица са категорични, че нямат затруднения в комуникацията с близки на зависими пациенти с психична коморбидност.

Секция информираност на използваната анкета в групата на медицинските сестри включва също така въпроси относно видове зависимости, новости при лечението на зависимости, рискове и въздействие върху организма на ПАВ, наличие на зависимости придружаващо психично заболяване, усложнения при употреба на ПАВ, както и относно рехабилитационни центрове и организации за лечение на зависими пациенти. Разпределението според отговорите на въпросите от секция информираност е показано на фиг. 3,4,5,6,7 и 8.

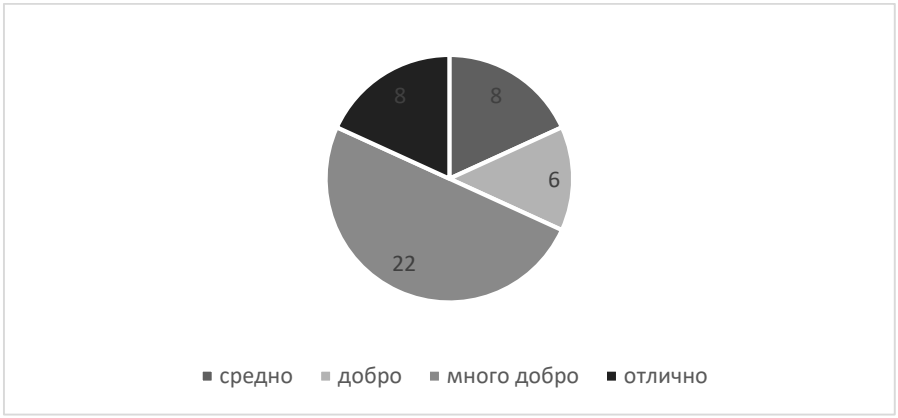



***Фиг. 3. Степен на информираност относно видове зависимости в групата на медицинските сестри***

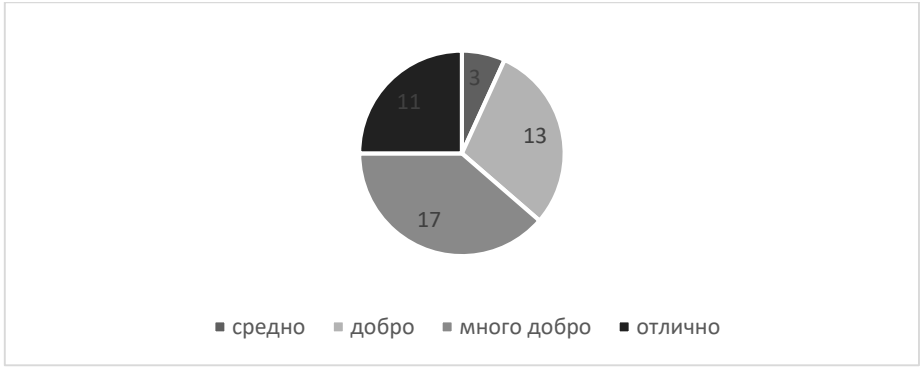



***Фиг. 4. Степен на информираност относно новости при лечението на зависимости в групата на медицинските сестри***

Нивото на информираност на медицинските сестри по отношение на видове зависимости и новости при лечението им се регистрира като добро, като по-високи нива на информираност се регистрират по отношение на видове зависимости, отколкото по отношение на новости при лечението.

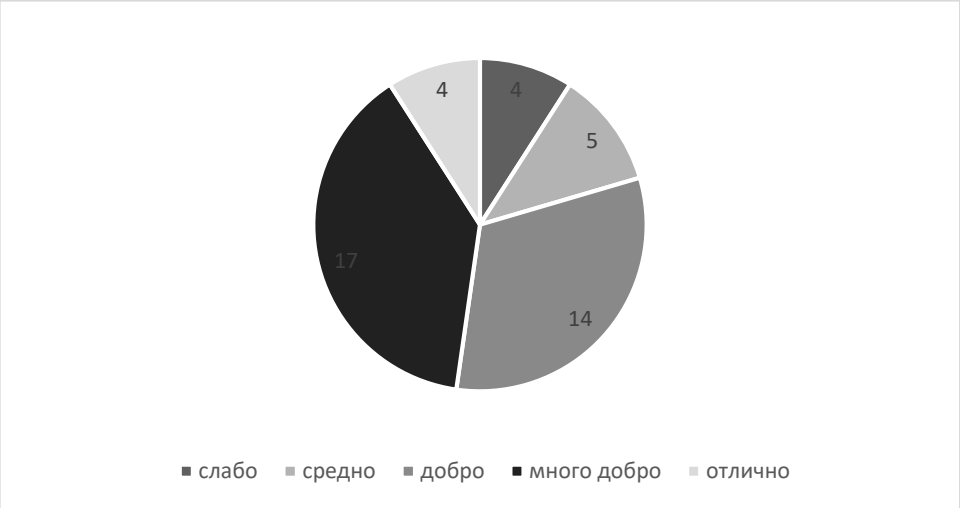



***Фиг. 5. Степен на информираност относно рискове при въздействие на ПАВ в групата на медицинските сестри***

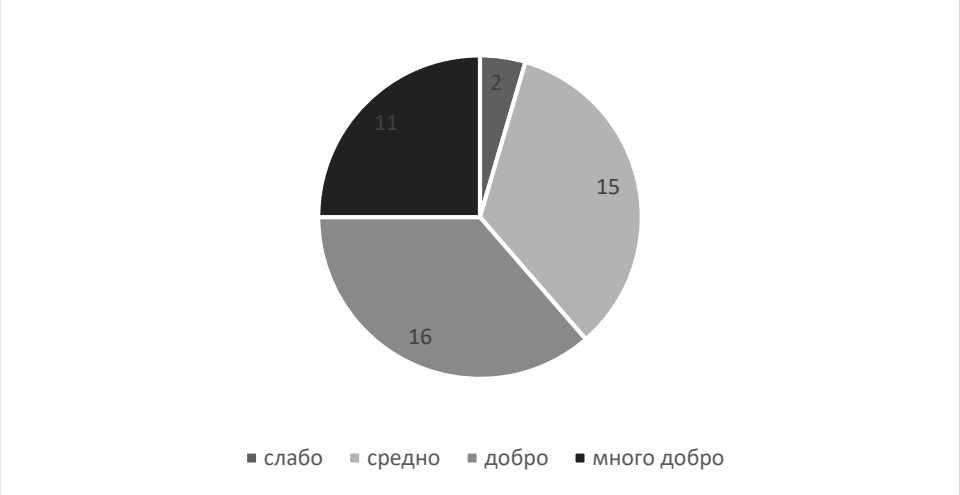



***Фиг. 6. Степен на информираност относно наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване в групата на медицинските сестри***

Преобладаващо добро и много добро ниво също така се регистрират и по отношение на рискове и въздействие върху организма на ПАВ и наличие на зависимост и придружаващо психично заболяване. Добро определят нивото на информираност медицинските сестри и по отношение на усложнения при употреба на ПАВ, като по ниски са стойностите по отношение на рехабилитационни центрове и организации за лечение за зависими.




***Фиг. 7. Степен на информираност относно усложнения при употреба на ПАВ в групата на медицинските сестри***




**Фиг. 8. Степен на информираност относно рехабилитационни центрове и организации в групата на медицинските сестри**

**Заключение**

На базата на получените резултати е видно, че въпреки добрата самооценка за информираност на медицинските специалисти по отношение на зависимостите от ПАВ, 18,2% от изследваните лица в групата изпитват затруднения при комуникация с близките на пациенти със зависимости. Подобряването на комуникацията на специалистите по здравни грижи и в частност – на медицинските сестри, с близките на зависими пациенти е съществен фактор за добри сестрински практики  и повишаване на качеството на

медицинксите грижи. Грижата за зависими семейства, може да действа ефективно, когато професионалистите по здравни грижи са обучени за работа в условия на налична съзависимост. Изграждането на добри взаимоотношения между пациенти, професионалисти по здравни грижи и семейство на зависими пациенти е неделима част от лечението и запазването на психичното им здраве.

**Използвана литература:**


1. Abraham, K. (1924). The influence of oraleroticism on character formation. Selected papers on psychoanalysis. London: Hogarth.
2. Germak, T.L. (1986). Dignosting and treating co-dependency. Mineapoli, MN: Jonston Institute Books.
3. Kraepelin, E( 1913). Psychiatrie (8th ed.). Leipzig: J. Barth
4. Mellody, P.(1989). Facting codependence. San Francisco: Harper &Row.
5. Haaken, J. (1990). A critical analysis of the co-dependence construct. Psychiatry, 53(4), 396-406.



**Адрес за кореспонденция:**

Теодора Радева[1]
УМБАЛ „Света Марина" ЕАД гр. Варна
Втора психиатрична клиника
Катедра „Здравни грижи" филиал Сливен
e-mail: tedynurse77@abv.bg
проф.Христо Кожухаров[2]
УМБАЛ „Света Марина" ЕАД гр. Варна
Втора психиатрична клиника
МУ "Проф. Д-р Параскев Стоянов"-гр. Варна


## ТЕЛЕМОНИТОРИНГ - НЕОБХОДИМОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ


**Мария Георгиева[1,2], Милена Нанкова, Силвия Борисова[2] ,Йото Йотов[1]**

*1. УМБАЛ „ Св. Марина" ЕАД гр. Варна II Кардиологична клиника- неинвазивна*
*2. Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна*
*ФОЗ, Катедра „Здравни грижи",УС „Медицинска сестра"*



**Резюме:** Сърдечната недостатъчност (СН) е последен етап от развитието на предшестващо сърдечно заболяване.

Терминът телесестринство се дефинира, като „технология за предоставяне на сестрински грижи и провеждане на сестрински практики". Чрез нея се предоставят на здравни грижи, диагностика, консултация, лечение, трансфер на медицински данни и

образование, използвайки интерактивни аудио, визуални и информационни комуникации

По-голямо приложение и ефективност на телесестринството би намерило при проследяването на пациенти с хронични заболявания имащи нужда от постоянно наблюдение и грижа, като сърдечна недостатъчност, захарен диабет, хронична обструктивна белодробна болест и др..

**Цел:** Да се анализира ползата от предоставяне на здравни грижи и проследяване на пациенти със сърдечна недостатъчност чрез телемониторинг.

**Материал и методи:** Съблюдавана е работата на специалисти по здравни грижи, които проследяват пациенти по програма за сърдечна недостатъчност за периода м. Февруари 2019г.- м. Август 2022г., включващ периода на пандемията от Ковид-19 и невъзможността пациентите лично да посетят кабинета по сърдечна недостатъчност.

**Резултати и изводи:** Към момента в България няма развита и работеща платформа за телемедицинско сестриство. От анализа на Наредба № 1 ОТ 8 Февруари 2011 г. и изясняване на терминологията за телемедицинско сестриство можем да изведем следните изводи, че развитието на телемедицина и включване на медицинските сестри, като активни членове в обучение и проследяване на пациенти в определени здравни направления ще благоприятства за подобряване на здравното, социалното и икономическо благополучие на пациентите със сърдечна недостатъчност. Иновативната здравна услуга би довела до доверително общуване между пациента и медицинската сестра. Развитието на телемедицинското сестриство ще допринесе за профилактика на хронични заболявания и по- осъзнат здравен избор от страна на пациента. Ще се преодолеят липсата на здравни грижи в определени отдалечени райони.

**Ключови думи:** ***телемониторинг, сърдечна недостаъчност, медицинска сестра***

**Abstract:** Heart failure (HF) is the final stage of the development of the preceding cardiac performance.

The term telenursing is defined as "technology for delivering nursing care and conducting nursing practices." It provides health care, diagnosis, consultation, treatment, transfer of medical data and education, use of interactive audio, visual and informational communications. Greater application and effectiveness of telenursing would be found in the follow-up of patients with a chronic disease in need of constant monitoring and care, such as heart failure, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, etc.

**Aim:** To analyze the benefit of health care delivery and follow-up of patients with heart failure by telemonitoring.

**Material and methods:** The work of health care specialists who follow up patients under a heart failure program for the period February 2019 - August 2022, including the period of the Covid-19 pandemic and the inability of patients to visit in person, was observed heart failure clinic.

**Results and conclusions:** Currently, there is no developed and working platform for telemedicine nursing in Bulgaria. From the analysis of Ordinance No. 1 FROM February 8, 2011 and clarification of the terminology for telemedicine nursing, we can draw the following conclusions that the development of telemedicine and the inclusion of nurses as active members in training and follow-up of patients in certain health areas will favor to improve the health,

social and economic well-being of heart failure patients. The innovative health service would lead to a trusting communication between the patient and the nurse. The development of telemedicine nursing will contribute to the prevention of chronic diseases and a more informed health choice on the part of the patient. The lack of healthcare in certain remote areas will be overcome.
**Key words:** telemonitoring, heart failure, nurse

**Въведение:**

Сърдечно-съдовите заболявания са основна причина за заболеваемост, инвалидизация и смъртност в световен мащаб. Данните сочат, че в България на всеки 3 човека 2 умират от сърдечно-съдови заболявания - миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, сърдечна недостатъчност.

Сърдечната недостатъчност (СН) е последен етап от развитието на предшестващо сърдечно заболяване, характеризиращо се със структурни и функционални нарушения на сърцето. Около 1-2% от възрастното население в развитите страни е с прояви на СН, като при възрастни над 70 год. болестността надхвърля 10%. Сърдечната недостатъчност е социално значимо заболяване с високо ниво на смъртност и заболеваемост сред популацията и очертаваща се неблагоприятна динамика, засяга голяма част от лицата в активна възраст. Характеризира се с висок процент причина за смъртност сред населението, има висок дял в структурата на разходите за лечение и рехабилитация. Патологията изисква намесата на висококвалифицирана и специализирана медицинска помощ, налага комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти и използване на високотехнологични процеси, нанася значителни социални, икономически и психологически щети на пациентите. Прогнозата при болни със СН е неблагоприятна, едва 30-40% от диагностицираните преживяват 5 години след първите симптоми на заболяването. При пациентите често се наблюдат съпътстващи заболявания(захарен диабет, анемия, тревожност и депресия), което усложнява терапевтичното повлияване и води до лоша прогноза (1).

Съществуват начини за справяне с тежкият прогресивен ход на заболяването, като се използват съвременни начини за проследяване на основните фактори, които влошават и обострят симптомите на СН. Чрез наблюдение на болните и оптимизиране мениджмънта на заболяването, би могло да повлиае благоприятно прогнозата, продължителността и качеството на живот на пациентите със СН (17).

Прогресивното развитие и усъвършенстването на комуникацията и технологиите, съчетано с мултидисциплинарен подход на грижите, дава възможност на медицинските специалисти, за непрекъснато проследяване и наблюдение на пациентите със СН, както и навременна реакция при необходимост. Много често пациентите са изправени пред бариери за достъп до здравни грижи, което значително повлиява негативно и влошава общото състояние, води до не желани хоспитализации и необходимост от спешна медицинска помощ (10,14).

**Цел:** Да се анализира ползата от предоставяне на здравни грижи и проследяване на пациенти със сърдечна недостатъчност чрез телемониторинг.

**Материал и методи:** Съблюдавана е работата на специалисти по здравни грижи, които проследяват пациенти по програма за сърдечна недостатъчност за периода м. Февруари 2019г.- м. Август 2022г., включващ периода на пандемията от Ковид-19 и невъзможността пациентите лично да посетят кабинета по СН.

Всеки пациент се проследява за период от шест месеца, като всяка визита за периода е обвързана с проследяване на хемодинамични, функционални и лабораторни показатели артериално кръвно налягане, сърдечна честота, електрокардиограма, - телесно тегло, физическа активност, както и ниво на физическо натоварване , подходяща диета, режим и редовен прием на медикаменти. Всеки един от пациентите е попълнил въпросници за оценка на качество на живот (Kanzas City Cardiomyopathy Questonnaire) и аналогова визуална скала на първи и щести месец, което дава възможност за сравнителен анализ както на пациентите, така и за оценка на работата на специалистите по здравни грижи.

Анализирани за литературни източници за периода м. ноември 2021 г. - м. февруари 2022 г. Използвани са документален метод и анализ за оценка на необходимостта и ефективността на телемедицината.

Телемедицината (ТМ) термин, който означава „лекуване от разстояние“, все повече се разглежда, като механизъм за предоставяне на по-ефективни и насочени към пациента здравни услуги (6).

Значение на внедряване на телездравна технология:

- ✓ ефективно средство за управление и подобряване на общото състояние на пациентите;
- ✓ обективно средство за подаване на навременна информация;
- ✓ добър начин пациентите да се чувстват по – сигурни, спокойни и защитени знаейки, че са под постоянна здравна грижа и наблюдение (20).

Телесестринството се появява през 1974 г., когато Мери Куин,, предоставя дистанционно здравни грижи за пациенти, които са били на летище Логан. Куин е била служител в центъра за телемедицина на болница в Бостън. Мнозина смятат, че това е датата, на която се е родила индустрията на телесестринство.

Терминът телесестринство се дефинира, като „технология за предоставяне на сестрински грижи и провеждане на сестрински практики“ (5,7). Чрез нея се предоставят на здравни грижи, диагностика, консултация, лечение, трансфер на медицински данни и образование, използвайки интерактивни аудио, визуални и информационни комуникации (8). Предоставянето на телездравни грижи не се ограничава само до лекари и медицински сестри, включват се и други здравни специалисти, което значително би подобрило здравната грижа, като по-добър начин за приложение на мултидисциплинарно наблюдение и грижа (20).

По-голямо приложение и ефективност на телесестринството би намерило при проследяването на пациенти с хронични заболявание имащи нужда от постоянно наблюдение и грижа, като СН, захарен диабет, хронична обструктивна белодробна болест и др.(2,6,8,13).

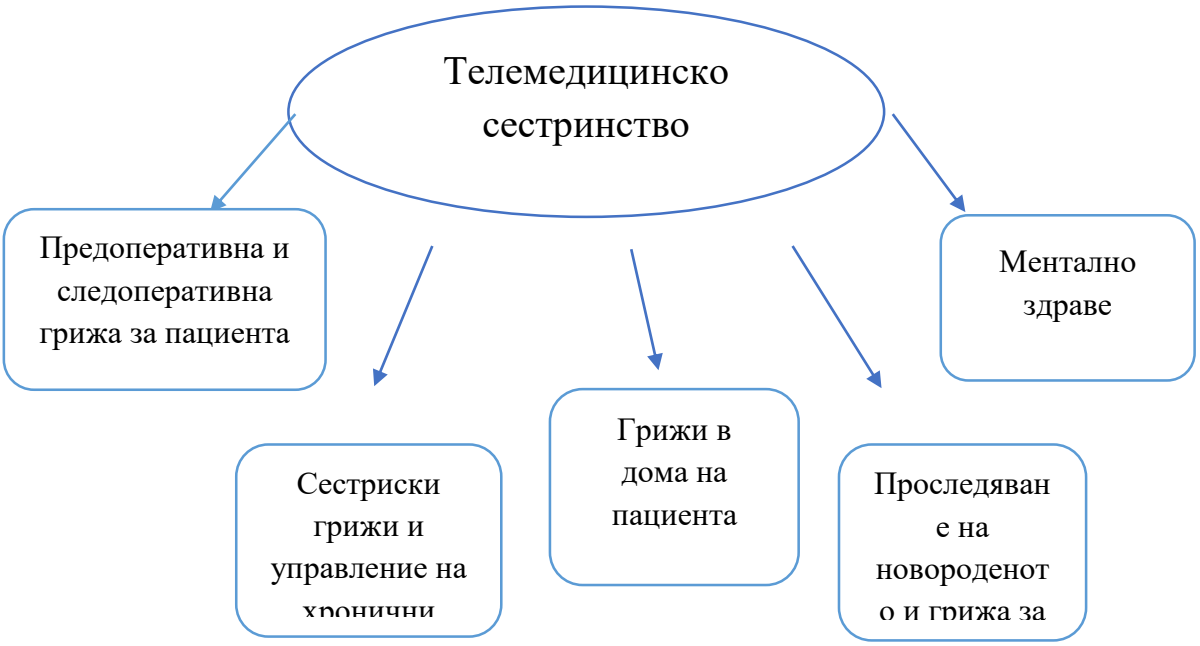
В Наредба № 1 от 8 Февруари 2011 г. (2), въз основа на която работят медицинските сестри в частта общи разпоредби са упоменати следните дейности:

Чл. 2. (1) Медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти могат да извършват самостоятелно и по назначение от лекар дейности по: 1. предоставяне и събиране на здравна информация; 2. промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите; 3. предоставяне на медицински и здравни грижи; 4. рехабилитация; 5. осъществяване на манипулации; 6. оказване на спешна медицинска

помощ; 7. разработване на проекти, провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи (2).

С изключение на дейностите, които трябва да се извършват задължително присъствено от медицинската сестра- рехабилитация и осъществяване на манипулации, при спазване на етичните моменти, и със съгласие от страна на пациента, останалите, могат да се извършват и от разстояние. Ползите за пациентите, които имат затруднения с достъпа до здравни грижи, ще бъдат възможност за профилактика, проследяване и обучение при определени здравни потребности. За здравеопазването полза ще има събраната, анализирана и предоставена информация за пациента към личния лекар, лекар специалист и допълнение на здравното му досие (9,20).

Всяко обучение на пациента- индивидуално или групово, би допринесло за преодоляване на бариерата между пациент и медицинска сестра, чрез създаване на доверително общуване, и възможност за обогатяване на здравните знания, и по-осъзнат здравен избор (11). На фиг.1, най-общо са разделени основни направления, които могат да обхващат сестринските грижи от разстояние (8).



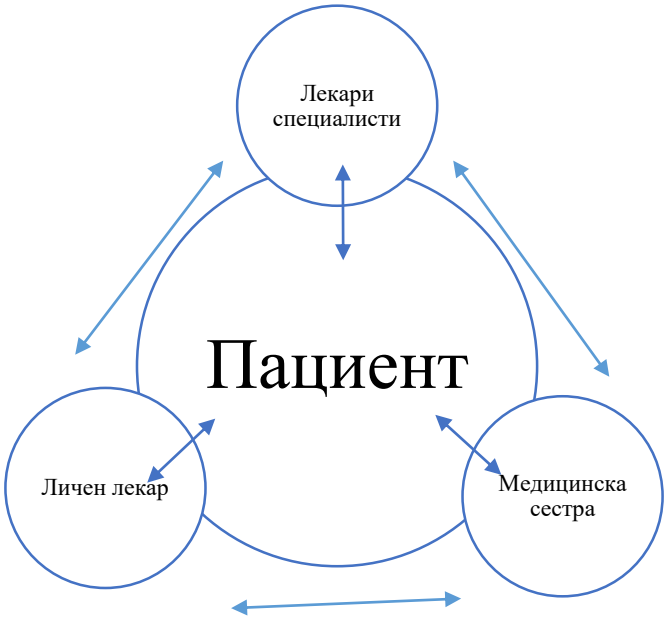

**фиг. 1 Основни направления на телемедицинско сестринство.**

В процеса на организация и планиране преди стартиране на работа в телемедицинското сестринство, трябва да бъдат налични:

- ✓ Телефонна технология;
- ✓ Телездравни приложения използва двупосочно аудио и видео или телеконферентно оборудване;
- ✓ Сестринска научна база данни- в различни направления;
- ✓ Алгоритми на поведение и проследяване за всяка област на сестринските грижи;
- ✓ Чек листи, за отчет и проследяване на работата на медицинските сестри;
- ✓ Организирано обучение на медицинските сестри;

При работа в телемедицинското сестринство е заложен центриран и холистичен подход към пациента от екип специалисти с обратна връзка между всички участници.

Модела дава възможност за обмен на медицинска информация и комуникация в полза на пациента (фиг.2).




**фиг. 2. Центриран модел на комуникация и обмен на информация в телемедицинско сестринство**

**Резултати и обсъждане:** От анализа на Наредба № 1 ОТ 8 Февруари 2011 г. (2) и изясняване на терминологията за телемедицинско сестринство можем да изведем следните изводи:

- ✓ Към момента в България няма развита и работеща платформа за телемедицинско сестринство.
- ✓ От законова гледна точка е напълно възможно развитието на телемедицина и включване на медицинските сестри, като активни членове в обучение и проследяване на пациенти в определени здравни направления;
- ✓ Иновативната здравна услуга би довела до доверително общуване между пациента и медицинската сестра;
- ✓ Развитието на телемедицинското сестринство ше допринесе за профилактика на хронични заболявания и по- осъзнат здравен избор от страна на пациента;
- ✓ Ще се преодолеят липсата на здравни грижи в определени отдалечени райони.

В България към момента няма развита услуга за дистанционно полагане на сестрински грижи за пациенти. Основите на сестринския процес- събиране на данни, анализ, планиране, интервенция и оценка на резултатите могат да бъдат прилагани с единствената разлика, че грижата би се предоставила дистанционно, а не лично. Методите и програмите на управлението на болестта, телесестринството, самоконтролът, дисциплината и социалната подкрепа са важна част от терапевтичното повлияване при пациенти със СН.

Прогресивното развитие и усъвършенстването на комуникацията и технологиите, съчетано с търсенето на нови подходи към грижите, позиционира медицинските сестри

да си сътрудничат и да се справят с здравните различия в общности, чрез внедряване на телездравна технология. Телемедицината все повече се разглежда като механизъм за предоставяне на по-ефективни и насочени към пациента здравни услуги на лица, които са изправени пред бариери за достъп до здравни грижи (11,20).

Специалистите по здравни грижи проследяващи пациенти със СН споделят затрудненние в проследяването на пациенти в условията на невъзможност пациентът да посети кабинета по СН, независимо дали причината за това е пандемия или отдалеченост по местоживеене. Това влошава общото им състояние и води до социални ограничение, невъзможност да се самообслужват, нежелани хоспитализации и по-лоши резултати. В други случаи се пациентите отказват от наблюдение поради отдалеченост по местоживеене или споделят, колко трудно биха осъществили контакт с лекар или здравен специалист. Част от тях са осъществявали телефонни визити, което не е влошило качеството на здравната услуга. Пациентите осъществявали телефонен контакт при необходимост извън визитата или в рамките на визитата, споделят, че се чувстват по сигурни за здравето си, знаейки, че могат да разчитат на бърз и своевременна реакция, без да губят време в търсене на начин да посетят здравно заведение. Факт е, че телефонната визита не винаги може да замени физическия преглед, но дава възможност за справяне с проблема по –най добрия начин, докато пациентът осъществи контакт със здравно заведение или кабинет. Това показва необходимостта от телемониторирането , като добър и ефективен начин за проследяване на пациенти с хронични заболявания. Осъществяването на сестринския процес- събиране на данни, анализ, планиране, интервенция и оценка на резултатите могат да бъдат прилагани в оптимален обем с единствената разлика, че грижата би се предоставила дистанционно, а не лично (5,17).

Други данни описват, че дистанционното телемониторинг е утвърдено средство за наблюдение на пациенти със хронични заболявания. В проучване на над 3000 пациенти в Обединеното кралство, изследователите демонстрираха, че пациентите със захарен диабет, сърдечна недостатъчност или хронична обструктивна белодроб болест имат почти 50% намаление на смъртността за една година и 18% по-малко хоспитализации, когато използват просто устройство за наблюдение в дома, в сравнение с тези, които не са (16,18). Пример за телемониторинг е записването на жизнените показатели, непрекъснатото проследяване на електрокардиограмата и хемодинамичните стойности и предаването на тази клинична информация. След това данните се интерпретират в реално време и подпомагат вземането на клинични решения. Този тип мониторинг се използва в здравните системи за насърчаване на ефективността и качеството (напр. предоставяне на доказателства и установяване на стандарти за грижа) и намаляване на разхода, скъсяване на дистанция между лечебно заведение и пациент. В друго проучване в 15 щата, включващо 100 000 пациенти, изследователите са установили, че пациентите в групата на teleICU са имали 16% и 26% по-нисък риск от болнична и интензивна смъртност (9,16).

Синхронните модели за телездраве подобряват удобството, достъпа и ефективността на грижите, като предлагат телездравни услуги. Проучване на Neufeld и Case сравнява едни и същи услуги в клиники за телездраве и планирани лични

посещения за лечение на психично здраве (с персонал от практикуващи медицински сестри и лекари). Клиниките за наблюдение са отбелязали значителни нива на неявяване и са направили разходи за пътуване на дълги разстояния от персонала. Това проучване показа, че клиниките за телездраве при влизане осигуряват значително по-кратко време за изчакване и по-отворен достъп за първоначални и рутинни последващи психиатрични посещения, с по-надеждно използване на времето в клиниката.

Друга област на успех е непрекъснатостта на грижите при прехода на хронично болни пациенти от болница към дома по време на острата фаза на заболяването, включително синхронни посещения с медицински сестри при изписване.

В проучване със смесени методи, пациентите са получили различни устройства за самонаблюдение и видеоконферентна връзка. Този подход наблюдава използването на телездравно оборудване от медицински сестри за наблюдение на самообслужване, обучение и проследяване на пациенти по време на остро обостряне на хронично заболяване. В телездравните взаимодействия с медицинските сестри и дистанционното наблюдение пациентите са станали по-ангажирани в самообслужването си, разбират точно времето за съобщаване на симптоми или промяна в здравето си и съобщават за подобряване възможностите за самообслужването си ( 8,3,22).

**Заключение:**

Стойността на здравеопазването се определя според нивото постигнати здравни резултати и разделени на разходите за лечение. В настоящата ера на грижи, базирани на ценности, умишленото проектиране на висококачествени модели за предоставяне на клинични грижи са с насоченост към постигане на по-добри резултати за пациентите (11,13). Идентифицирана е необходимостта и полезността на технологията за постигане на по-добри резултати, доказвайки, че информационните технологии имат важна роля в препроектирането на системата за здравеопазване, когато трябва да се постигне значително подобрение на качеството на здравна грижа (11,15).

Съществува безкрайна нужда здравните специалисти, включително медицинските сестри, да инициират подходящо и навременно използване на телездравни услуги, за да гарантират, че пациентите ще получават грижите, от които се нуждаят (4). Те трябва да си сътрудничат за подобряване на клиничната практика, делегиране на задачи за разширяване на спектъра от обгрижващи лица и разработване на пътища и модели за предоставяне на грижи в телездравеопазването, за да се отговори на изискванията за качество и намаляване на разходите. Съвместната практика е ключова за изграждането на ефективни здравни екипи, които да подобряват доставката и качеството на живот на пациентите чрез телездравни технологични услуги, чрез оптимизиране на ефективността на здравеопазването (15,17).

Медицинските сестри често са единствените последователни доставчици на здравни грижи на първа линия, при проследяването на хронични заболявания, както и профилактика и превенция и с най-голямо въздействие в днешни дни върху грижите за пациентите. Като клиницисти, преподаватели, изследователи, като лидери или част от мултидисциплинарен екип, медицинските сестри трябва да практикуват и прилагат в пълен обем своето образование и обучение, за да покажат професионалните си възможности по най-добрия начин. Сестринската практика, в пълния си обхват, трябва да включва непрекъсната реформа за разработване, подобряване, развитие и предоставяне на здравни и телездравни услуги (8,12,19).

Реформата в здравеопазването е непрекъснат процес. Тъй като пазарът продължава да се разширява, медицинските сестри имат потенциал за предодставяне на здравни грижи в областта на телемедицината. По този начин те ще допълнят пропуските в предоставянето на здравни грижи и ще намалят несъответствията в здравеопазването, като пристъпят напред и използват широк спектър на своите умения, за да адаптират, възприемат и прилагат телездравни ресурси и услуги, като общоприети, основни методи за предоставяне на грижи(11,20). Медицинските сестри са образователно и професионално подготвени да предоставят широк набор от умения и услуги в във всички области на здравеопазването (8).

Към момента в България няма развита и работеща платформа за телемедицинско сестриство. От анализа на Наредба № 1 ОТ 8 Февруари 2011 г. и изясняване на терминологията за телемедицинско сестриство можем да изведем следните довод, че развитието на телемедицина и включване на медицинските сестри, като активни членове в обучение и проследяване на пациенти в определени здравни направления ще благоприятства за подобряване на здравното, социалното и икономическо благополучие на пациентите със СН. Иновативната здравна услуга би довела до доверително общуване между пациента и медицинската сестра. Развитието на телемедицинското сестриство ще допринесе за профилактика на хронични заболявания и по- осъзнат здравен избор от страна на пациента. Ще се преодолеят липсата на здравни грижи в определени отдалечени райони.

**Литература:**

1.Мирчева Л, Конгестия и сърдечна недостатъчност,МУ-Варна,2020

2. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно

3. Adkins JW, Storch EA, Lewin AB, et al. Home-based behavioral health intervention: use of a telehealth model to address poor adherence to type-1 diabetes medical regimens. Telemed J E Health. 2006;12(3):370–2.

4. Bakken S, Hripcsak G. An informatics infrastructure for patient safety and evidence-based practice. J Healthc Qual. 2004;26(3):24–30. [PubMed]

5. Bashi N, Karunanithi M, Fatehi F, Ding H, Walters D. Remote Monitoring of Patients With Heart Failure: An Overview of Systematic Reviews. J Med Internet Res. 2017 Jan 20;19(1):e18. doi: 10.2196/jmir.6571. PMID: 28108430; PMCID: PMC5291866.

6.Chalakova T, Yotov Y, Tzotchev K, Galcheva S, Balev B, Bocheva Y, Usheva N, Iotova V. Type 1 Diabetes Mellitus - Risk Factor for Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality. Curr Diabetes Rev. 2021;17(1):37-54. doi: 10.2174/1573399816666200511004205. PMID: 32389113.

7. Chlachta L, Sparks S. Definitions of telenursing, telemedicine. In: Fitzpatrick J, editor. Encyclopedia of Nursing Research . New York: Springer Publishing Inc; 1998. pp. 558–59.

8. Fathi, J.T., Modin, H.E., Scott, J.D., (May 31, 2017) "Nurses Advancing Telehealth Services in the Era of Healthcare Reform" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 22, No. 2, Manuscript 2.

9. Fuhrman SA, Lilly CM. ICU Telemedicine Solutions. Clin Chest Med. 2015 Sep;36(3):401-7. doi: 10.1016/j.ccm.2015.05.004. Epub 2015 Jun 27. PMID: 26304277.

10. Gokalp H, de Folter J, Verma V, Fursse J, Jones R, Clarke M. Integrated Telehealth and Telecare for Monitoring Frail Elderly with Chronic Disease. Telemed J E Health. 2018 Dec;24(12):940-957. doi: 10.1089/tmj.2017.0322. Epub 2018 Aug 21. PMID: 30129884; PMCID: PMC6299847.0

11. Gordon K, Seto E, Dainty KN, Steele Gray C, DeLacy J. Normalizing Telemonitoring in Nurse-Led Care Models for Complex Chronic Patient Populations: Case Study. JMIR Nurs. 2022 Apr 28;5(1):e36346. doi: 10.2196/36346. PMID: 35482375; PMCID: PMC9100369.

12. Guinemer C, Boeker M, Fürstenau D, Poncette AS, Weiss B, Mörgeli R, Balzer F. Telemedicine in Intensive Care Units: Scoping Review. J Med Internet Res.2021 Nov 3;23(11):e32264.doi: 10.2196/32264. PMID: 34730547; PMCID: PMC8600441

13.Hanlon P, Daines L, Campbell C, McKinstry B, Weller D, Pinnock H. Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. J Med Internet Res. 2017 May 17;19(5):e172. doi: 10.2196/jmir.6688. PMID: 28526671; PMCID: PMC5451641.

14. Kansas Telemedicine Policy Group. Telemedicine: assessing the Kansas environment (Vols 14) Topeka. Kansas: Kansas Department of Health and Environment; 1993.

15. Kitsiou S, Paré G, Jaana M. Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: an overview of systematic reviews. J Med Internet Res. 2015 Mar 12;17(3):e63. doi: 10.2196/jmir.4174. PMID: 25768664; PMCID: PMC4376138.

16. Martich, D., Telehealth Nursing, December 2016, SPC, 3- 9, DOI: 10.1891 /9780826132338. 0001

17. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Barnsley J, Masino C, Ross HJ. Mobile phone-based telemonitoring for heart failure management: a randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2012 Feb 16;14(1):e31. doi: 10.2196/jmir.1909. PMID: 22356799; PMCID: PMC3374537.

18. Pierce M, Gudowski SW, Roberts KJ, Jackominic A, Zumstein KK, Shuttleworth A, Ho J, Susser P, Parikh A, Chandler JM, Huffenberger AM, Scott MJ, Hanson CW 3rd, Laudanski K. The Rapid Implementation of Ad Hoc Tele-Critical Care Respiratory Therapy (eRT) Service in the Wake of the COVID-19 Surge. J Clin Med. 2022 Jan 29;11(3):718. doi: 10.3390/jcm11030718. PMID: 35160170; PMCID: PMC8837076.

19.Porter, Michael E. "What is value in health care." N Engl J Med 363.26 (2010): 2477-2481.

20. Schlachta-Fairchild L, Elfrink V, Deickman A. Patient Safety, Telenursing, and Telehealth. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 48. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2687/

21. Strehle, E. M., & Shabde, N. (2006). One hundred years of telemedicine: Does this new technology have a place in paediatrics? *Archives of Disease in Childhood*, *91*(12), 956-959. doi:10.1136/adc.2006.099622

22. Suzuki R, Otake S, Izutsu T, et al. Monitoring daily living activities of elderly people in a nursing home using an infrared motion-detection system. Telemed J E Health. 2006;12:146–55.

# СКАЛИТЕ ЗА ОЦЕНКА КАТО СРЕДСТВО ЗА СЪБИРАНЕ НА ОБЕКТИВНИ ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

**Макрета Драганова, Милена Сълева**

*МУ Плевен, ФОЗ, катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“*

# ASSESSMENT SCALES AS A TOOL FOR COLLECTING OBJECTIVE PATIENT DATA IN NURSING PRACTICE

**Makreta Draganova, Milena Saleva**

*Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, Department of "Health care management, Medical ethics and Information technologies”*

**Въведение:** Приложението на Сестринския метод в ежедневната практика на медицинските сестри е с ключово значение за осъществяване на пациент центрирани грижи. Първият етап от сестринския метод е събиране на субективни данни (от документация, пациент и неговите близки) и обективни данни (данни, на база на Здравна оценка, от гледна точка на сестринските грижи, Health assessment in Nursing) за пациента. Като средства за обективна оценка на състоянието на пациента в съвременните здравни грижи се използват различни скали за оценка.

**Цел:** Целта на настоящето съобщение е да се представят възможности за приложението на скали за оценка в сестринската практика за събиране на обективни данни за пациента.

**Материали и методи**: Проучена е специализирана литература, анализирани са научни публикации и рецензирани научни сборници и списания относно използването и приложението на сестринския процес. Представени са резултати от собствени наблюдения.

**Резултати и обсъждане**: Ефективните сестрински грижи, определящи до голяма степен протичането на заболяването, развитието на усложнения и възстановяването след заболяване са в пряка зависимост от точната преценка на функционалното състояние на пациента. В световната практика в процеса на предоставяне на здравни грижи се прилагат редица скали за оценка:, Скала за оценка зависимостта от грижи (Care Dependency Scale), Скала за оценка на риска от падане, Скала за оценка на болката, Скала за функционална независимост, Скала за оценка на риска за поява на декубитус, Скала Глазгоу-Лиеж и др.

**Заключение**: Прилагането на скали за оценка състоянието на пациента са реална, иновативна възможност за съвременната сестринска практика у нас.

*Ключови думи: скала за оценка, обективни данни за пациента, сестринска практика*

**Introduction:** The application of the Nursing Method in the daily practice of nurses is key to providing patient-centered care. The first stage of the nursing method is the collection of subjective data (from documentation, the patient and his relatives) and objective data (data based on the Health Assessment/Health Assessment in Nursing) for the patient. Different assessment scales are used as a tool of objective assessment of the patient's condition in modern health care.

**Aim:** The aim of this review is to present opportunities for the application of assessment scales in nursing practice to collect objective patient data.

**Material and methods:** Specialized literature was studied, scientific publications and peer-reviewed scientific collections and journals were analyzed concerning the use and application of the nursing process. Results of own observations are presented**.**

**Results and discussion:** Effective nursing care, which largely determines the course of the disease, the development of complications and the recovery after the disease, is directly dependent on the accurate assessment of the patient's functional status. In global practice, a number of assessment scales are used in the process of providing health care: Care Dependency Scale, Fall Risk Assessment Scale, Pain Assessment Scale, Functional Independence Scale, Scale to assess the risk of pressure ulcers, the Glasgow-Liège Scale, etc.

**Conclusion:** The application of scales for assessing patient requirements is a real innovative opportunity for modern nursing practice in our country.

**Key words: assessment scale, objective patient data, nursing practice**

**Въведение:**

Здравните грижи включват дейности, свързани със здравето и болестта, извършвани от медицински сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти, осигуряване на човешките потребности, когато лицето не може (поради болест, възраст, инвалидност и други причини), няма познания или не трябва да извършва сам [9]. Те са в основата на качеството на доболничната и болнична помощ.

Реализирането на здравни грижи, в т.ч. сестрински грижи е сложен и динамичен процес, променящ се под въздействието на редица фактори, свързани основно с потребностите на обществеността и условията на живот.

По своята същност сестринският процес е мениджърски, тъй като включва планиране, организиране, координиране, реализиране, контрол и оценка да реализираните здравни грижи, които всъщност са основните мениджърски функции [6].

От гледна точка на мениджмънта, ***планирането*** е първа основна функция на управлението на здравните грижи. Хенри Файол определя планирането като първи елемент на мениджмънта, по време на който се съставя план за действие, предвиждащ обозримото бъдеще. Концепцията на Файол се опира на разбирането, че планирането:

- 1. Улеснява разумното използване на ресурсите.
- 2. Улеснява избора на най-добрите подходи за постигане на целите.
- 3. Улеснява изкуството за работа с хората.
- 4. Осигурява последователност на действията и защитава бизнеса и организациите от нежелани промени [6].

Постигането на ефективно планиране, като етап на сестринския процес се предшества от събиране и анализ на оптимално количество и качество на данни (обективни и субективни) за състоянието на пациента.

**Целта** на настоящето съобщение е да се представят възможности за приложението на скали за оценка в сестринската практика за събиране на обективни данни за пациента.

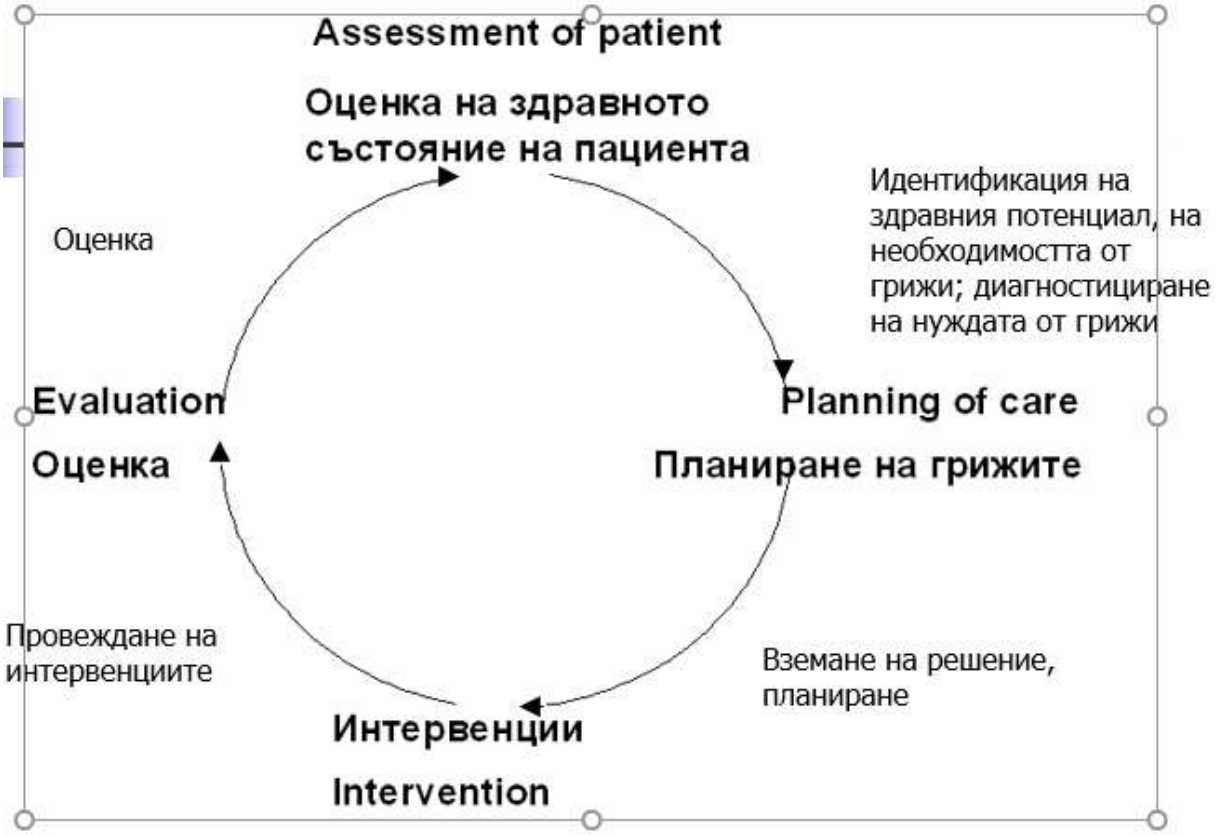
**Материал и методи**: Изследването се основава върху систематичен анализ на научни публикации и рецензирани научни сборници и списания по темата.

**Резултати и обсъждане:**

***Сестринският метод*** е научнообоснован подход и представлява ***процес на предоставяне на здравни грижи, при който медицинската сестра/акушерката определя, извършва и оценява действията, свързани със собствената й роля***[4, 14]**.**

От гледна точка на съвременната сестринска практика, ***планирането*** е вторият етап на сестринския процес (фиг. 1).

Ханнеке ван Маанен (2004) определя сестринския процес като процес на логичен анализ, благодарение на който информацията за пациента се подрежда по систематичен начин [4].




**Фиг. 1. Етапи на сестринския процес**

*Източник: Ван Маанен, Х. Сестринска диагноза, тезиси на лекции, изнесени пред студентите от специалност „Здравни грижи“, Плевен, 2004, 19 с.*

Планирането на здравните грижи (ПСГ) е формален процес, който включва правилно идентифициране на съществуващите нужди, както и разпознаване на потенциални нужди или рискове. Плановете за грижи са средство за комуникация между медицинските сестри, техните пациенти и други доставчици на здравни услуги за постигане на резултати в здравеопазването. Именно ефективното планиране на грижите е базата за реализиране на следващите етапи на сестринския процес, а очаквания ефект е предоставяне на качествени пациент-центрирани грижи, базирани на доказателствата [1, 7].

Плановете за грижи могат да бъдат неформални или формални (официални):

- Неформалният план за сестрински грижи е стратегия за действие, която съществува в съзнанието на медицинската сестра.
- Официалният план за сестрински грижи е писмено или компютъризирано ръководство, което организира информация, необходима за грижите на клиента. Официалните планове за грижи допълнително се подразделят на стандартизиран план за грижи и индивидуален план за грижи [16,17].

Стандартизираните планове за грижи определят медицинските грижи за групи клиенти със сходни ежедневни нужди.

Индивидуалните планове за грижи са съобразени, за да отговорят на уникалните нужди на конкретен клиент или нужди, които не са разгледани от стандартизирания план за грижи [15].

Изготвяне на планове за грижи на база на основните човешки нужди и конкретните индивидуални потребности предполага събирането на обективни данни за пациента/клиента. В учебния процес на специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ планирането на грижите е профилираща компетенция. Й. Белоев (1992) подчертава, че човешките нужди са повсеместни, едни и същи при всички хора, но те постоянно се променят под въздействие на редица фактори [2]. Следователно и грижите следва да се променят и прилагат, съобразявайки се с условията и индивидуалните особености на човека. Това налага търсенето на възможности за събирането не само на субективна, но и на обективна информация за нуждаещия се от грижи.

Методите за събиране на обективни данни за пациента/клиента са палпация, аускултация, перкусия и наблюдение, приложението на които изисква определени професионални компетенции. Като алтернативна възможност за събиране на обективна информация са скалите за оценка на състоянието на пациента/клиента. У нас използването им в ежедневната практика на медицинските сестри е все още само в някои лечебни заведения, но за масово, регламентирано прилагане на скали за здравна оценка на пациента от медицинските сестри и акушерките все още не може да се говори.

В световната практика в процеса на предоставяне на здравни грижи се прилагат редица стандартизирани скали за оценка: Скала за оценка зависимостта от грижи (Care Dependency Scale), Скала за оценка на риска от падане, Скала за оценка на болката, Скала за функционална независимост, Скала за оценка на риска за поява на декубитус, Скала Глазгоу-Лиеж и др.

***Скалата на зависимост от грижи (СЗГ)*** е една от широко приложимите комплексни скали, която дава възможност за ежедневна, бърза и обективна индивидуална преценка относно необходимостта от грижи за всеки пациент. В отговор на обективните потребности на сестринската практика, през 1994 г. в Нидерландия е разработен инструмент за оценка, наречен ***Care Dependency Scale (CDS)***, като инструмент за преценка на потребностите и планиране на грижите за институционализирани пациенти (Dijkstra, 1998). Тъй като зависимостта от грижа може да се разглежда като променлива по интензитет, е разработена скала за оценка и за измерване на всеки от 15-те измерения на зависимостта от грижи (на база на концептуалния модел на Вирджиния Хендерсон), по петстепенна скала на Ликерт, вариращи от 1 (напълно зависими от грижите) до 5 (почти независими) [10, 13].

***Скалата за функционална независимост (Functional Independence Measure - FIM)*** - използва се за тестване размера на независимост на лице с увреждане, което я прави подходяща за използване при пациенти с неврологични заболявания, в т.ч. при ППМИИ [1, 3, 5]. Та дава възможност за по-точно планиране на интервенциите за пациента, осъществявани от мултидисциплинарен екип.

***Скала за оценка на риска от поява на декубитус (СРД) по Д. Уотърлоу*** – чрез нея се прави оценка на риска от поява на декубитус и се извършва на база обективни и

субективни данни и документация. Резултатите се сумират и се определя степента на риска от поява на декубитус [7].

***Скалата за оценка на риска от падане (СРП) - (Johns Hopkins fall risk Assessment tool)*** се използва с цел предпазване на пациента/клиента от допълнителни усложнения вследствие на непредвидена травма. Оценката се извършва чрез поставяне на отметка на посочените в скалата състояния на пациента, които крият риск от падане[1,7] .

***Скала Глазгоу-Лиеж –*** универсален инструмент за определяне на степента на засягане на съзнанието. В световната практика скалата се прилага както от лекари, така и от професионалисти по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, парамедици и др.). Намира приложение в неврологията, неврохирургията, спешната медицина и др. [11]. Напр. в Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания е включена Скалата Глазгоу-Лиеж (Glasgow-Liege – скала за оценка на комата), както и други стандартизирани скали:

- Алгоритъм за оценка на субарахноидните кръвоизливи - скала на Hunt&Hess;
- Модифицирана скала на Rankin;
- Barthel индекс;
- National Institute of Health Care Stroke;
- Алгоритъм за поведение при рехабилитация на езикови и речево-говорни нарушения;
- Рехабилитационен алгоритъм за поведение при мозъчни инсулти – исхемични/хеморагични [8].

***Скала за оценка на болката*** – съществуват разнообразни скали за оценка на болката, използвани в процеса на предоставяне на грижи. Една от най-често използваните е свързана със самооценка (оценка) на болката от 0 до 10 (Фиг. 2.) Точната оценка на болката е от решаващо значение за преценката относно прогреса на пациента, точността в диагностиката и адекватна терапия.




**Фиг. 2. Скала за оценка на болката**
Източник: https://www.google.com/search

Използваните към настоящия момент скали за оценка в областта на здравните грижи са най-често в областта на грижите при някои от мозъчно-съдовите и сърдечно-съдовите заболявания [12]. Съществуват и лечебни заведения, в които при оценката на състоянието на пациента за обективизиране на данните се използват стандартизирани скали.

**Изводи:**

1. Стандартизираните скали и алгоритми са инструменти, доказали своята значимост в лечебно - оздравителния процес.
2. Прилагането на скали за оценка в практиката на медицинските сестри и акушерки е възможност и необходимо условие за събиране на обективни данни за пациента с цел ефективното реализиране на сестринския процес.
3. Световната сестринска практика, както и резултати от научни изследвания в областта на здравните грижи у нас, доказват възможността за приложението на адекватни скали за обективна здравна оценка на състоянието на пациента/клиента (Health assessment in nursing) [1, 18].
4. Скалата за зависимост от грижи е ключов инструмент в сестринската практика както за обективна и бърза преценка на степента на зависимост на пациента, така и за ефективно управление на персонала в условията на задълбочаващ се недостиг на човешки ресурс.
5. Използването на унифициран начин за събиране на данни за пациента е значителна стъпка напред в придобиването на представа за качеството на основните грижи в здравните заведения на различни страни и може да доведе до разработване на повече програми за информираност и подобряване на грижите [15].

**Заключение**: Изучаването и приложението в практиката на скалите за оценка на състоянието на пациента е една от стъпките към реализирането на сестринския процес в практиката и развитието на здравните в България. По този начин ще се създаде възможност за адаптирането на световната сестринска наука и практика към нашите условия, а това от своя страна ни поставя в една адекватна на европейското сестринство позиция.

**Библиографска справка:**


1. Балабурова, М. Управление на здравните грижи при пациенти, преживели исхемичен мозъчен инсулт в България, Дисертация, МУ – Плевен, 2021, 255 с.
2. Белоев, Й., Грижи за болния и сестринска техника, София, 2000, 546 с.
3. Братанов, Д., Я. Камбуров, Проблеми свързани със самообслужването при левостранна спастична хемипареза съчетана с болест на Алцхаймер. Научни Трудове на Русенския Университет - 2011, том 50, серия 8.1., 101-105
4. Ван Маанен, Х. Сестринска диагноза, тезиси на лекции, изнесени пред студентите от специалност „Здравни грижи“, Плевен, 2004, 19 с.
5. Вачева, Д., Възстановяване на самообслужването при пациенти със слединсултна хемипареза. Клиника по физикална и рехабилитационна медицина, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ - Плевен., Неврология и психиатрия, 46, 2015, №1, 12-27
6. Грънчарова, Г., М. Драганова. Управление на здравните грижи, ИЦ – МУ – Плевен, 2016 г.
7. Мухина, С., И. Тарновская, Теоретични основи но сестринските грижи . Издателски център на МУ – Плевен, 2006, 1-234
8. Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания, 2018, налично на http://www.nevrologiabg.com/wp-content/uploads/2018/03/Consensus-Stroke-2020_BG.pdf
9. Петрова, Зл., Стр. Генов, Н. Енчев, А. Воденичарова. Глосариум на най-често използваните термини в организацията и управлението на здравеопазването, Еко ринг, София, 2014, с. 408.

10. Хендерсон, В., Основни принципи на сестринските грижи. Международен съвет н сестрите. Издателски център на ВМИ – Плевен, 2003, 3-64
11. Чиликова-Димитрова, П. Сестрински дейности при пациенти с мозъчен инсулт – оценка на функционалното състояние и подготовка за живот след дехоспитализация, Автореферат, МУ – Варна, 2019, 141 с.
12. Bisset A., M. Hondrodimou, P. Mincheva. Application of functional assessment of ADL in neurorehabilitation. Proceedings Of University Of Ruse - 2018, Volume 57, Book 8.4., 23-26
13. Dijkstra, Ate., J. Smith, M. White, Manual Care Dependency Scale. Measuring care dependency with the Care Dependency Scale (CDS). A manual. 2006, 1-35, Достъпно на 19.10.2020 г. www.eurecare.nl.
14. Hunt, Jennifer M., D. J Marks – Maran, Nursing Care Plans. The Nursing Process at Work, H M + M PUBLISHERS, Aylesbury. Buckinghamshire. England, 1980, 1-130 Int Disability Study.1988; 10:61-63
15. Van Nie-Visser, N., Schols, J., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J., & Halfens, R. (2013). An International prevalence measurement of care problems: study protocol. Journal of Advanced Nursing, 69(9), e18-e29
16. Vera, Matt, 8+ Cerebrovascular Accident (Stroke) Nursing Care Plans. August 1, 2013. Accessible in Internet at: https://nurseslabs.com/8-cerebrovascular-accident-stroke-nursing-care-p (08.06.2018)
17. Vera, Matt, Nursing Care Plans (NCP): Ultimate Guide and Database, updated on september 9, 2022, Accessible in Internet at: https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/
18. Weber, j., J.Kelley. Health Assessment in Nursing, 2003, pp. 800.

**Контакти:**
Макрета Драганова
makreta_99@yahoo.com

## ЗДРАВНИ ЗНАНИЯ НА МАЙКИТЕ ЗА ОТГЛЕЖДАНЕ НА ДЕЦАТА В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ .

**Галина Петрова**

*Катедра Здравни грижи, ФОЗ, Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“*

**Резюме**

**Въведение:** Ранното детство е основен период в развитието на детето. Правилното отглеждане на малкото дете изисква специални грижи, предполагащи определена подготовка.

**Цел:** Да се проучат здравните знания и умения на родителите на деца до три години и ролята на детска консултация за повишаването им.

**Материал и методи:** Проведена е пряка индивидуална анкета с подбрани на гнездови признак 202 майки на деца в ранна детска възраст от три области на Южна България:

Стара Загора, Бургас и Кърджали(ноември 2019 – юни 2021 г.). Приложена е авторска анкета от включваща 35 въпроса. За статистическа обработка и анализ на данните е използван програмен продукт SPSS v. 25.0.

**Резултати:** За достатъчно информирани относно правилното отглеждане на детето се считат 32% от изследваните. Останалите изразяват готовност да повишат своите знания и умения в тази насока. Значимите източници на здравна информация за отглеждане на дете са: ОПЛ -52,3% следвани „от немедицински лица (роднини, приятели, съседи и др.)" - 48,7% и „от мед. сестра/ акушерка" - 41,2%.ОПЛ е предпочитан източник на информация от по-високо образованите и от българките, докато - „немедицински лица" са по-желан източник за по-ниско образованите и с майчин език ромски. **Заключение:** По-високо образованите майки имат по-голяма нагласа за обогатяване и и разширяване на знания и умения за отглеждане на малките деца. ОПЛ се утвърждава като най-важен източник на здравна информация и знания. Майките с ниско образование и от ромски етнос имат изявени дефицити на тези знания, но и доста слаба нагласа да се включат във форми за повишаването им. Фактът, че „немедицински лица" са втори важен източник очертава значимосттта на семейната среда и приятелския кръг в комплексната грижа при отглеждането на детето. Това пред поставя фокус на политики и организационни форми, насочени към майките и техните семейства – фамилно базиран подход за повишаване на здравната грамотност.

**Ключови думи:** здравни знания, ранна детска възраст, детска консултация

**Въведение:**

Динамичното съвремие поставя редица предизвикателства пред младите родители. Ранното детско развитие е научно доказан най-значим, неповторим по своята същност период на детството.[1, 2] Той е период на специална чувствителност към рисковите фактори, в който отрицателните ефекти могат да бъдат намалени, чрез развитие на родителска грижа. Правилното отглеждане и възпитание на децата през първите години от живота им е важна грижа на семейството, за която са необходими знания, които да се трансформират в умения. Все по-често се поставя въпросът за родителската компетентност. За изменение на развитието на детето в благоприятна посока „родителят трябва да се променя, пробва, търси, като цяло – да се учи" [4, 5] Паралелно с това ДК традиционно е имала важна роля в обучението на родителите/ майките за отглеждането и възпитанието на децата, като надгражда техните базови знания, чрез компетентни указания съобразени с индивидуалните особености на децата.[3] Необходимо е насърчаване на родителите в съзнателното им включване в един съвместен процес на отглеждане на дете с медицинския екип с оглед значително повишаване на неговата ефективност. Наши изследвания върху компетентността на майките за отглеждане деца в ранна възраст показаха тяхната твърде голяма нехомогенност дължаща се на различия по образование, етнос, местоживеене.[6, 7]

**Цел:** Да се проучат здравните знания и умения на родителите на деца до три години и ролята на детска консултация за повишаването им.

**Материал и методи:** Проведено е анкетно проучване сред майки на деца в ранна детска възраст от определени гнезда в Ст. Загора, Бургас и Кърджали с цел да се

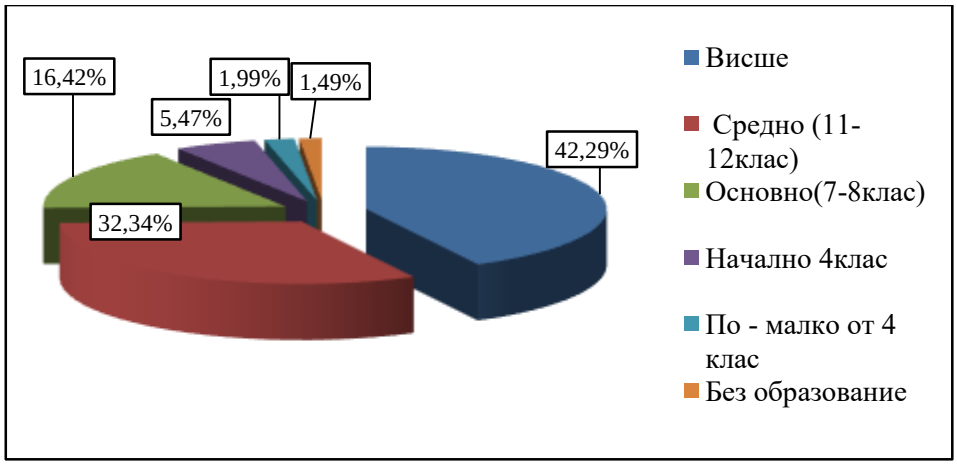
изследват три етноса: български, турски и ромски. От общо 250 майки поканени за участие, 202 са попълнили анкети - 81%. Проучването е проведено в периода ноември 2019 – юни 2021 г. За набиране на първичната социологическа информация е приложена пряка индивидуална анкета с 35 въпроса, разработена за целите на това проучване. За обозначаване на етническата принадлежност на респондентките е използвано тяхното разбиране за майчиния език. За статистическа обработка и анализ на данните е използван програмен продукт SPSS v. 25.0.

**Резултати и дискусия:**

Мнението на общо 202 майки е изследвано относно самооценка на знанията, предпочитани източници на информация нагласите им за повишаване на знания и умения за правилно отглеждане на децата.

**Социално-демографска характеристика на майките**. Средната възраст на участничките е 30г. Най-голям е делът на майките от възрастова група 17 - 28 години– 37,3%, следвани с 32,8% от тези на възраст 29 – 34години; възрастовата група над 34години е с относителен дял 29,%. По местожителство изследваните се разпределят съответно 77,7% в градовете и 22,3% в селата.

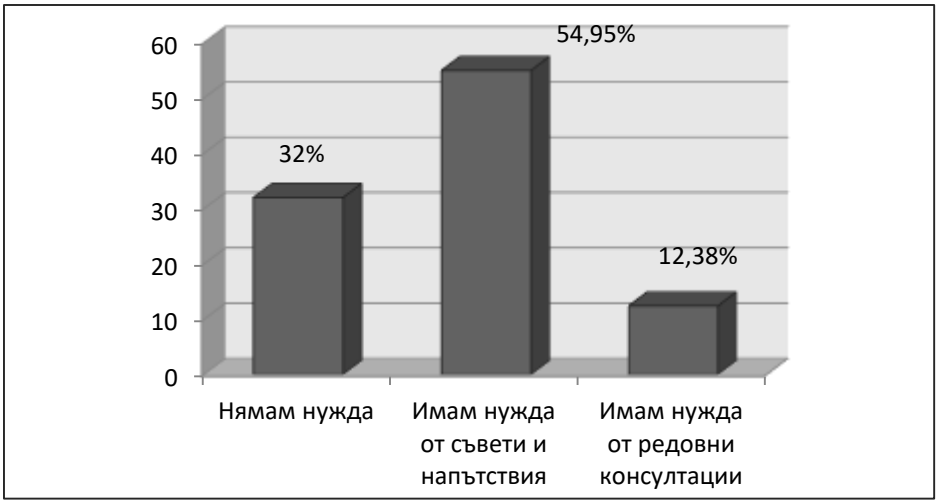
На фиг. 1 е представена структурата на майките по образование, която показва, че малко над 42% са с висше образование, почти 50% са със средно и основно образование, а същевременно при 10% от респондентите е налице сериозен дефицит на образование (начално и без образование).




*Фиг.1 Разпределение на майките по образование*

Изследваната съвкупност се разпределя по етнически състав както следва: български език 65,67% турски -8,46% , ромски -25,87%

С цел разкриване на **самооценката на майките** поставихме въпроса „Смятате ли, че имате нужда да разширявате знанията и уменията си за отглеждане на детето?”.
За достатъчно информирани относно правилното отглеждане на детето се считат 32% от изследваните. Останалите изразяват готовност да повишат своите знания и умения в тази насока: 54,95% се нуждаят от допълнителни знания и 12,38% имат необходимост от редовни консултации.




***Фиг.2 Самооценка на майките относно знания за отглеждане на деца.***

Самооценката на майките според степента на *образование* е предствена на (Табл.1)

Една четврт от майките с висше образование смятат, че нямат нужда от разширяване на знанията и уменията си. При всички останали образователни степени този процент е по-висок като при тези с основно образание той е 48,5%, т.е. това е мнение почти на половината от тзи група майки.Установените статистически различия са значими ( p= 0.023)

**Табл. 1 Самооценка на знанията по степен на образование.**

| **Смятате ли, че имате нужда да разширявате знанията и уменията си за отглеждане на детето?** | **Образование** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Висше | Средно 11-12 кл. | Основно 7-8 кл. | Начално 4 кл | По-малко от 4кл. | Не съм ходил на у-ще |
| Нямам нужда | 25,9% | 29,2% | 48,5% | 27,3% | 75,0% | 100,0% |
| Имам нужда понякога от съвети и напътствия | 56,5% | 56,9% | 51,5% | 63,6% | 25,0% | ,0% |
| Имам нужда от редовни консултации | 17,6% | 13,8% | ,0% | 9,1% | ,0% | ,0% |

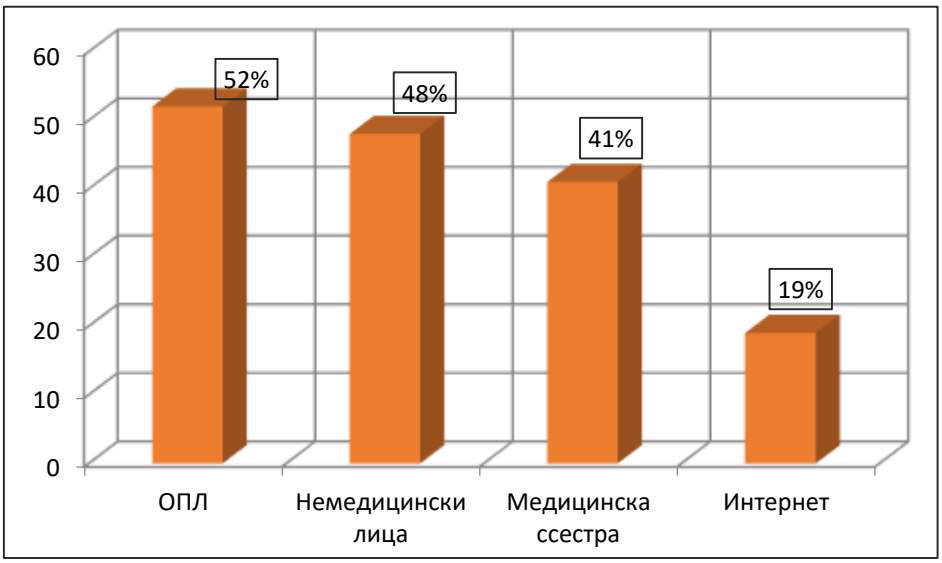
Самооценката на майките според *етническа принадлежност*: по отношение на твърдението „Нямам нужда”, потвърждават по-високата убеденост туркини -52,9% ромки – 44,2% и значително намалява при българките – 25,8%

Съществува статистически значима зависимост между майчин език и въпроса „Смятате ли , че имате нужда да разширявате знанията и уменията си за отглеждане на детето?”(p=0,022).

**Табл. 2 Самооценка на знанията по етническа принадлежност.**

| **Смятате ли, че имате нужда да разширявате знанията и уменията си за отглеждане на детето?** | **Етнос** | | |
|---|---|---|---|
| | Български език | Турски език | Ромски език |
| Нямам нужда | 25,8% | 52,9% | 44,2% |
| Имам нужда понякога от съвети и напътствия | 58,3% | 47,1% | 48,1% |
| Имам нужда от редовни консултации | 15,9% | ,0% | 7,7% |

Като най- важни **източници на информация** три позиции са събрали най-много положителни отговори: ОПЛ – 52,3%, „от немедицински лица (роднини, приятели, съседи и др.)” - 48,7%, и „медицинска сестра /акушерка”- 41,2%. Научно популярната литература за родители и интернет имат сходни, значително по-малки относителни дялове – 16,6% и 19,1%




***Фиг.3 Източници на знания за отглеждане на деца.***

Източниците на знания според степентана образование е предствена на (Табл № 3)

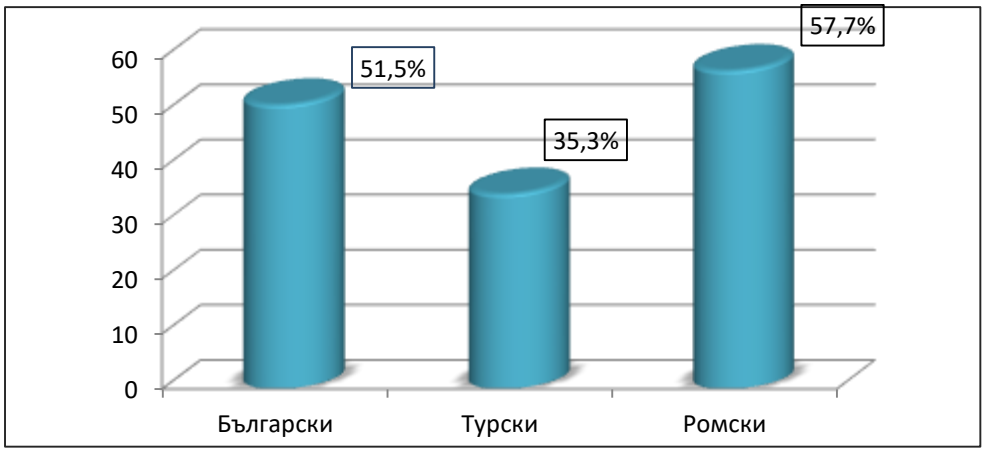
Честотите на отговорите разгледани по образователен статус на участничките в изследването се установява статистическа зависимост (p = 0,020 ) за ОПЛ като източник на знания спрямо останалите посочени твърдения.

Майките от ниските степени на образование с най-голям относителен дял подкрепят „немедицинските лица на информация” - 50% при по-малко от 4 клас и 36,4% с начално образование.

**Табл. 3 Източниците на знания според степента на образование**

| От кого получавахте главно знания за правилното отглеждане на Вашето дете? | Образование | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Висше** | **Средно 11-12 кл.** | **Основно 7-8 кл.** | **Начално 4 кл** | **По-малко от 4кл.** | **Не съм ходил на у-ще** |
| ОПЛ | 54,8% | 46,2% | 60,6% | 54,5% | 50,0% | ,0% |
| Мед.сестра/акушерка | 26,2% | 21,5% | 6,1% | 9,1% | ,0% | ,0% |
| От немедицински лица | 13,1% | 21,5% | 33,3% | 36,4% | 50,0% | 33,3% |
| Научно-популярна литература за родители | 2,4% | 4,6% | ,0% | ,0% | ,0% | 33,3% |
| Медии | ,0% | 1,5% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% |
| Интернет | 3,6% | 4,6% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% |
| Други | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% | 33,3% |

Мнението на майките разгледани по майчин език показват статистически разлики: Най-голямо е значението за ОПЛ: български - 51,5%турски - 35,3%и ромски – 57,7%%. Отговорите за това твърдение се различават статистчески значимо спрямо останалите p<0,0001




***Фиг. 4. ОПЛ като източник на знания – разпределение по майчин език***

ОПЛ се утвърждава като най - важен източник на информация включително при ромите, където той е на първо място за разлика от предишни наши проучвания в същите

области, когато ромите определяха „немедицинските лица” като най-важен източник на знания.

Не се устновява статистическа зависимост между този въпрос и местоживеене на респондентите.

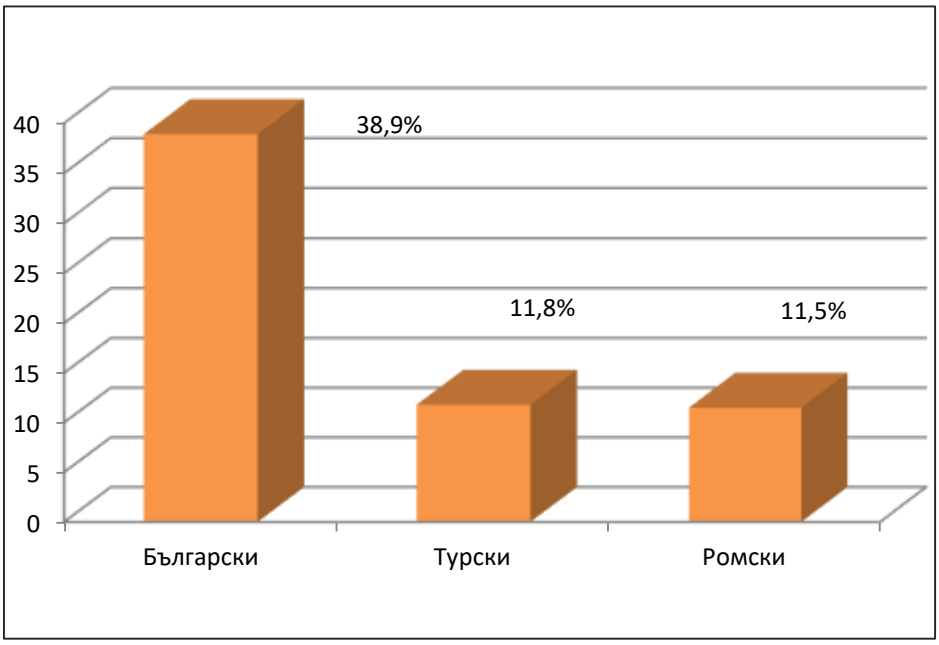
Сред възможните **форми за повишаване знанията и уменията** по отношение на отглеждане на здраво дете, майките дават предпочитания на „участие в курсове още по време на бременността” - 33,2% от отговорите (n=67). На второ място е „участие в училище за родители - 29,7%. Подобни са отговорите утвърждаващи използването на печатни материали - 24,75%. Най-малък процент от отговорите са за участие във „виртуален курс в интернет” - 19,8%. Най- голям брой отговори събира твърдението „не бих искала да участвам” 35,15%.

Установена е статистически значима зависимост между желанието за „участие в училище за родители” и по – високото образование (p<0.0001) Табл. 4

**Табл. 4 Рапределение форми за повишаване знанията и уменията по образование**

| **Бихте ли искали да повишите знанията и уменията си за отглеждане на здраво дете и в каква форма?** | **Образование** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Висше | Средно 11-12 кл. | Основно 7-8 кл. | Начално 4 кл | По-малко от 4кл. | Не съм ходил на у-ще |
| Да, бих искала чрез участие в училище за родители | 55,9% | 37,3% | 1,7% | 1,7% | 1,7% | 1,7% |
| Да, бих искала чрез участие в курсове още по време на бременността | 76,5% | 23,5% | ,0% | ,0% | ,0% | ,0% |
| Да като използвам печатни материали | 31,6% | 18,4% | 39,5% | 10,5% | ,0% | ,0% |
| Да като участвам във виртуален курс в интернет | 53,3% | 40,0% | ,0% | 6,7% | ,0% | ,0% |
| Не бих искала да участвам | 25,4% | 36,6% | 23,9% | 7,0% | 4,2% | 2,8% |

Предпочитаната форма за повишаване знанията за отглеждане на здраво дете „училище за родители” е с най-висок дял при групата с майчин език български - 38,9% майките с турски и ромски език не показват голямо желание да участват-11.8%, респ. 11,5%. Разликата е статистически значима p<0,001.




***Фиг 5 Училище за родители като форма за повишаване на знанията и уменията – разпределение по етнос***

Предпочитащите „училище за родители" са майките от градовете 35,3% отнесено към майките от селата 11,1% ($p<0,001$). При останалите твърдения не се установява значима статистическа зависимост.

Сравнението на това изследване с предишно таково осъществено в периода (септември – октомври) 2014г. показва,че е настъпила промяна в:

- предпочитаните форми за повишаване компетентностите на майките при отглеждането на здраво дете. Като най- предпочитана форма се посочва „участие в курсове още по време на бременността" за разлика от предходното изследване където е преобладавала формата „училище за родители" .
- ОПЛ се утвърждава като най- важен източник на знания в сравнение с твърдението „немедицински лица", което е било водещо за проучването от 2014г.
- Отново се забелязва по – високо желание за „учатие във виртуален курс в интернет", относителният дял нараства твърде много от 10,4% на 21,5%.
- Значително нарастване на хората с висше образование от 34,3% на 51,1%.

**Заключение:** По- високо образованите майки имат по-голяма нагласа за обогатяване и разширяване на знания и умения за отглеждане на малките деца. ОПЛ се утвърждава като най-важен източник на здравна информация и знания. Майките с ниско образование и от ромски етнос имат изявени дефицити на тези знания, но и доста слаба нагласа да се включат във форми за повишаването им. Фактът, че „немедицински лица" са втори важен източник очертава значимосттта на семейната среда и приятелския кръг в комплексната грижа при отглеждането на детето. Това предпоставя фокус на политики и организационни форми, насочени към майките и техните семейства – фамилно базиран подход за повишаване на здравната грамотност.

**Библиография:**

1. Вълчева Е .И. (2019) Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество. Социална медицина, 2019/2, ISSN 1310-1757
2. Вълчева Е .И. (2022) Ранно детско равитие:особеното и превенция на нарушенията. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”https://www.mu-varna.bg/BG/Research/Documents/2022%20-%20proceduri/doktor/Ekaterina-Vulcheva.pdf
3. Кръстев Б., Детска консултация – задачи и методи на работа, Изд. Медицина и физкултура, София 1983г.
4. Овчарова Р.Б. (2003) Психологическое сопровождение родительства. М.: Изд-во Института Психотерапии. ISBN 5-89939-101-4
5. Овчарова Р.Б. (2006) Родительство как психологический феномен: учебное пособие. М.: Московский психолого- социальный институт.
6. Петрова Г. И. (2015), Развитие на профилактичните здравни грижи за деца - ролята на медицинската сестра., Дисертация за получаване на ОНС “доктор”, Ст. загора, 2015г.
7. Петрова Г., Б. Парашкевова, В. Славова, Ю. Маринова (2018), Резултати от анкетно проучване дейността на детска консултация в три области в България. Педиатрия 2018/1, ISSN 0479-7876

## ДИСФАЗИЯ НА РАЗВИТИЕТО - ХАРАКТЕРИСТИКА И СПЕЦИФИКА

**Петя Христанова, Станислава Павлова, Живко Жеков**

*Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Медицински университет – Варна*

## DEVELOPMENTAL DYSPHASIA - CHARACTERISTICS AND SPECIFICITY

**Petya Hristanova, Stanislava Pavlova, Zhivko Zhekov**

*Department of Speech Therapy and Medical Pedagogics, Medical University of Varna*

**Резюме:** *При децата с дисфазия на развитието се проследява тясна взаимовръзка между речевите нарушения и развитието на психическите процеси. Трудно овладяват мисловните операции - анализ, синтез, сравнение. Характерна е ригидност на мисленето, установява се намален обем на информация за обкръжението, за свойствата на предметите, възникват трудности при установяване на причинно-следствени връзки, ниско ниво на сформираност на логическите операции. Зрителното възприятие е недостатъчно сформирано. Вниманието се характеризира с недостатъчна устойчивост, обем, разпределяне. Наблюдават се отделни черти на обща емоционално-волева незрялост, слаба регулация на произволната дейност. Ограничеността в речевото общуване на децата, поради беден речников запас, трудностите в самостоятелното изказване, води до развитие на качества на характера, като срамежливост, негативизъм, понижена самооценка, агресивност. Като резултат от това се затруднява не само процеса на междуличностно*

*взаимодействие между децата, но и създава сериозни проблеми, които засягат развитието и обучението.*
**Ключови думи:**
*деца, речево нарушение, психични процеси, общуване, обучение*

***ABSTRACT**: In children with developmental dysphasia, there is a close relationship between speech disorders and the development of mental processes. Difficulty mastering mental operation-analysis, synthesis, comparison. Rigidity of thinking is characteristic, a reduced amount of information about the environment, about the properties of objects is found, difficulties arise in establishing cause-and-effect relationships, a low level of formation of logical operations. Visual perception is insufficiently formed. Attention is characterized by insufficient resistance, volume, distribution. Separate features of general emotional-volitional immaturity, weak regulation of voluntary activity are observed. The limitation in children's verbal communication, due to a poor vocabulary, difficulties in independent speech, leads to the development of character qualities, such as shyness, negativity, low self-esteem, aggressiveness. As a result, not only the process of interpersonal interaction between children becomes difficult, but also creates serious problems that affect development and learning.*
***Keywords:** children, speech disorder, mental processes, communication, learning*

**Въведение**

Нарушенията на развитието на говоримия език, са динамично развиваща се област в логопедията. Тези комуникативни нарушения дълго време не са били отделени в отделна категория (7,8). В МКБ-10 с термина специфични разстройства в развитието на речта и езика, се означават разстройства, при които нормалните закономерности на усвояването на езика са нарушени още от ранните стадии на онтогенетичното развитие на детето При това тези нарушения не се предшестват от период на нормално развитие на речта. Петков пише, че „децата със специфични езикови нарушения са около 7% от общата популация, като преобладава броят на момчетата“ (4). През 80-те години на миналия век се въвежда употребата на термина „дисфазия на развитието“ (Chiat and Hirson, 1987, Clasen, 1989, Wyke, 1978) (4). Дисфазия на развитието се явява най-честото нарушение в развитието на речта на етап, когато речта вече е налице, но е нарушена способността да се говори, докато разбирането на речта може да варира (2).

Дисфазия на развитието е системно недоразвитие в резултат на поражения в коровите речеви зони през доречевия период (2). Етиологичните фактори, водещи до нарушението се свързват с различни ендогенни или екзогенни причини, като интоксикация на плода по време на бременност поради употребата на алкохол, наркотици, тютюнопушене и др.; инфекциозни заболявания по време на бременността; непълноценно хранене на бременната жена; родови травми; травматични мозъчни наранявания при дете в предречевия период; наследствено предразположение и др. (7, 13).

***Дисфазия на развитието по МКБ 10***

В МКБ-10 са отбелязани две форми на дисфазия на развитието: F80.1. Разстройство на експресивната реч (дисфазия на развитието, експресивен тип) и F80.2. Разстройство на рецептивната реч (дисфазия на развитието, рецептивен тип) (12).

- ***Експресивен тип дисфазия на развитието***

При дете с експресивен тип дисфазия на развитието, се наблюдават трудности в устното изразяване. Затрудненията се изразяват в избора на правилната дума. Такива деца разбират адресираната до тях реч, но създават впечатлението, че не искат да

говорят. Децата с дисфазия на развитието, експресивен тип имат оскъден активенречник (понякога само 50-100 думи), не могат да изградят пълноценна фраза, използват кратки изречния и често прибягват до помощта на мимики и жестове. Поради практически отсъстващата реч до 4 – годишна възраст при деца с дисфазия на развитието, експресивен тип без подходяща корекция може да се появи съпътстващо нарушение-интелектуален дефицит (9).

- ***Рецептивен тип дисфазия на развитието***

Дисфазия на развитието, рецептивен тип е резултат от увреждане на речеслуховия анализатор. При това нарушение се запазва физиологичният слух, детето чува, но не разбира адресираната реч, не я разпознава като система от знаци, не възприема значението на казаното (речевата слухова агнозия). В някои случаи децата не отговарят на името си, не разбират добре какво се иска от тях. Разбирането е по отношение на отделни думи, но се губи значението им, когато се използват като част от разширена граматическа конструкция. По време на разговор децата гледат внимателно в лицето на събеседника, опитвайки се да четат по устните или се опитват да уловят значението на казаното чрез интонация. В тиха спокойна среда е възможно да им бъде предадена информация, като се използват кратки изречения (от 2-3 думи). Често дете със дисфазия на развитието, рецептивен тип, разбира един човек (например само майката или възпитателят). Децата, страдащи от това разстройство, се характеризират с повишена речева активност, нервност, често непоследователно повтарят всички думи, които знаят. Децата не са критични към собствената си реч, правят грешки в ударенията, променят или заменят звуковете. При дисфазия на развитието, рецептивен тип рискът от забавяне на развитието е особено висок. Интелектуалният дефицит е по-изразен и се среща много по-често, отколкото при дисфазия на развитието, експресивен тип (9).

***Взаимовръзка между речевите нарушения и развитието на психичните процеси.***

При децата от предучилищна възраст с дисфазия на развитието се проследява тясна взаимовръзка между речевите нарушения и развитието на психичните процеси (3).

*Мисленето* е най-сложният познавателен психичен процес на генерализиране и непряко отражение на реалността в хода на своя анализ и синтез със задължителното участие на езика (речта). В края на предучилищна възраст у децата вече са сформирани нагледно-образното, нагледно-действеното мислене, а на по-късни етапи от развитието и словесно-логическото мислене. Според някои автори (А.Фотекова,1993), несформирането на нагледно-образното мислене при недоразвитие на речта в повечето случаи по степен на изразеност е свързано с тежестта на речевия дефект. Трудно се овладяват мисловните операции: анализ, синтез, сравнение. За много деца с недоразвитие на речта е характерна ригидност на мисленето, установява се намален обем на информация за обкръжението, за свойствата на предметите, възникват трудности при установяване на причинно-следствени връзки (10). Данните от някои изследвания сочат, че по ниво на сформираност на логическите операции, децата с дисфазия на развитието значително изостават от своите връстници в норма. Изследванията показват и изоставане по ниво на продуктивна дейност на въображението. За децата са характерни прояви, като бързо изтощение; използване на матрици в работата, монотонност; необходимост от повече време за включване в дейността, като се регистрираг много паузи за почивка по време на изпълнението й. Бедният речник, несформираността на фразовата реч, множество аграматизми и др. в съчетание с изоставане в развитието на творческото въображение се явява сериозно препятствие за словотворчесвото на децата (10). При децата с дисфазия на развитието вниманието се характеризира с недостатъчна

устойчивост, обем, ограничени възможности за неговото разпределяне (11). Нарушенията се изразяват в бързо настъпване на умора в процеса на дейност и спад на продуктивността и темпа; трудности при планиране на действия, в търсенето на начини и средства, в решението на различни задачи; грешки в процес на дейност (характера на грешките и тяхното разпределение във времето качествено се отличава от нормата); разпределението на вниманието между речта и практическата задача се оказва, понякога непосилна задача (10).

*Слуховата памет* и продуктивността на запомняне при децата с дисфазия на развитието са значително занижени, при относително съхранена смислова, логическа памет. Децата често забравят сложните инструкции (три-, четиристепенни), изпускат някои от техните елементи и сменят последователността на предлаганите задачи, запомнянето на вербалните стимули е значително по-лошо, в сравнение с децата без речева патология (6).

У децата с дисфазия на развитието *зрителното възприятие* е недостатъчно сформирано. Нарушен е цялостния образ на предмета: децата не могат да подредят разрязани картинки, не изпълняват конструиране по образец; характерни се явяват неточно разположение на детайлите в рисунката, или фигури в пространството. Нарушено е формирането на пространствените представи. Формирането на представа за водещата ръка, за частите на лицето, тялото става по-късно, за разлика от нормалноразвиващите се им връстници. Много от пространствените понятия (пред, зад, горе, долу), децата усвояват само в хода на специално обучение. Те се затрудняват в разбирането на предлози и наречия, отразяващи пространствени отношения (под, над, около) (6).

За децата с езиково нарушение е характерно известно изоставане в развитието на *двигателната сфера*. Движенията са с лоша координация, понижена е скоростта и честотата на изпълнение. Децата изпитват затруднения при изпълнение на движения по словесна инструкция. В сравнение със своите връстници изостават във възпроизвеждането на двигателни упражнения и в изпълнението на задачи за пространсвено-времева ориентация. Недостатъчната координация в движенията се отразява на всички видове моторика: обща, фина, мимическа и артикулационна. Характерни се оказват особеностите в мимическата моторика. Страда точността и пълнотата на изпълнение на движенията. Наблюдават се съпровождащи движения при изпълнение на произволно движение (участие на мускулите на челото, бузите, или устните при мигане с очите) (9).

В *психическият облик* на децата с дисфазия на развитието се наблюдават отделни черти на обща емоционално-волева незрялост, слаба регулация на произволната дейност (1). Отбелязват се афективни реакции - децата осъзнават своя дефект, в следствие на което се появява негативно отношение към *речевото общуване*, обикновено в общуването такива деца не проявяват инициативност, поради което не разбират словесните инструкции или не могат да изразят своето желание (9). Взаимната зависимост на вербални и комуникативни умения на тази група деца води до това, че особеностите на речевото им развитие, като бедност и недиференцираност на речниковия запас, явна недостатъчност на глаголи, трудно последователно оформено изказване, затруднява осъществяването на пълноценно общуване. Следствие на тези трудности се появяват понижаване на потребността от общуване, не се формира диалогична и монологична реч, незаинтересованост в контакта, неумение за ориентиране в ситуация на общуване, негативизъм. Ограничеността в речевото общуване на децата води до развитието на качества на характера, като срамежливост, негативизъм, затвореност, понижена самооценка, агресивност и др. Като резултат от това се затруднява не само процеса на

междуличностно взаимодействие между децата, но и създава сериозни проблеми, които засягат развитието и обучението (9).

В **заключение** може да се обобщи, че всички изведени фактори влияят върху цялостното личностно и психическо развитие на децата. Навременната диагностика и провеждането на ранна логопедична терапия, могат да доведат до овладяване на дефицитите в езиковото и речево развитие при децата.

**ЛИТЕРАТУРА:**


1. Жукова Н.С., Мастюкова Е. М., Филичева Т.Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. – М.: Просвещение, 1990
2. Козлова Е. В., Дисфазия развития: неврологическое исследование, возрастная динамика и возможности лекарственной терапии, автореферат, 2013.
3. Мастюкова, Е.М., Ребенок с отклонениями в развитии, 1992.
4. Петков, П Специфични езикови нарушения, 2017.
5. Терентьева В.И. Дефектология с основами специальной психологии. Курс лекций /учебно-методическое пособие. – Красноярск: РИО КрасГУ, 2000.
6. Филичева Т.Б. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Программно-методические рекомендации/ Т.Б. Филичева, Т.В. Туманова, Г.В. Чиркина. – М.: Дрофа, 2009.
7. Ценова, Ц. Говорна терапия. София. 2013.
8. Ценова, Ц. Логопедия – Описание, диагностика и терапия на комуникативните нарушения, София. 2009.
9. https://emberint.ru/articles/disfaziya/
10. http://www.maam.ru/detskijsad/osobenosti-razvitija-psihicheskih-funkcii-i-yemocionalno-volevoi-sfery-u-detei-s-onr.html
11. https://infourok.ru/psihologopedagogicheskaya-harakteristika-mladshih-shkolnikov-s-i-obschim-nedorazvitiem-rechi-1464436.html
12. https://nsportal.ru/detskiy-sad/logopediya/2021/05/13/psihologicheskie-osobennosti-doshkolnikov-s-tyazhyolymi?ysclid=l8myza8riv218733158
13. https://srzi.bg/uploads/pages/Lechebni_zavedeniq/3.MKB_10/1_mkb_v1_part1.pdf



**Адрес за кореспонденция:**
гл. ас. Петя Христанова, д.п.
Медицински университет – Варна
ул. Марин Дринов 55, Варна 9000
e-mail: *petqhristanova@yahoo.com*

# ЗДРАВОСЛОВНО ЛИ Е ХРАНЕНЕТО ПРИ ДЕЦА В УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ?

**Росица Дойновска**
*ЮЗУ „Неофит Рилски“, катедра „Здравни грижи“,*

# IS FOOD HEALTHY FOR SCHOOL-AGE CHILDREN

**Rositsa Doynovska**
Department of Health Care, South-West University "Neofit Rilski"

**Резюме:** Грижата за здравето на децата е приоритет от национален мащаб свързана с опазване на общественото здраве. Здравословното и балансирано хранене помага на децата и за добра успеваемост в училище и ги предпазва от наднормено тегло и затлъстяване. Целта на настоящото проучване е да се определи хранителния и двигателния статус при ученици на възраст 8-10 г. от училища в Благоевград. Проведено е анкетно проучване сред 69 ученици от втори, трети и четвърти клас. Резултатите показват разнообразно хранене, познаване на полезни хранителни продукти при по-голямата част от учениците и предпочитание към домашно приготвената храна. Установяват се вредни навици като предпочитание към подсладени напитки и висококалорични храни, при малка част от тях е налице ниска физическа активност. Повечето деца са отговорили, че обичат да спортуват, да се разхождат и играят на открито. Във всяка от възрастовата група има деца с наднормено тегло. Получените резултати показват необходимост от по-голяма ангажираност на родителите, на личните лекари за контрол на телесното тегло и употребяваните храни. Да се намали времето, в което децата се занимават в различни видеоигри за сметка на по-високата физическа активност.

**Ключови думи:** *деца, здравословно хранене, физическа активност, контрол на телесната маса, възпитание*

**Abstract:** Children's health care is a national priority related to the protection of public health. A healthy and balanced diet helps children to do well in school and prevents them from being overweight and obese. The purpose of the present study is to determine the nutritional and motor status of students aged 8-10 years from schools in the Blagoevgrad region. A survey was conducted among 69 second, third and fourth grade students. The results show healthy eating, knowledge of useful food products in the majority of students and preference for home-cooked food. Harmful habits are established, such as a preference for sweetened drinks and high-calorie foods, in a small part of them there is low physical activity. Most children answered that they like to do sports, go for walks and play outdoors. There are overweight children in every age group. The obtained results show the need for greater involvement of parents and personal physicians to control body weight and food intake. To reduce the time in which children are engaged in various video games at the expense of higher physical activity.

**Key words:** *children, healthy eating, physical activity, body mass control, upbringing*

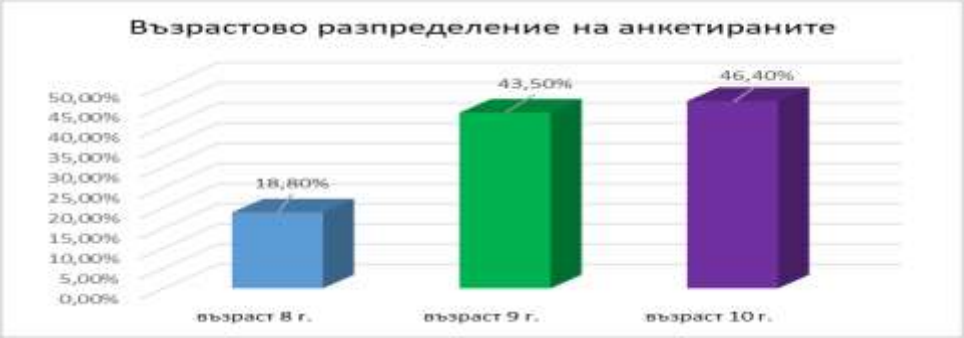
## Въведение

Грижата за здравето на децата е приоритет от национален мащаб свързана с опазване на общественото здраве. Правото на живот, здраве и развитие са основни права на децата според Конвенцията за правата на детето. Тяхното реализиране е свързано с постигане на комплексно физическо, емоционално, интелектуално и социално благополучие на детето, което дава възможност за разгръщане в най-пълна степен на неговия човешки потенциал (9). Храненето е един от съществените фактори в превантивната стратегия за намаляване на риска от хронични неинфекциозни заболявания. Здравословното и балансирано хранене помага на децата и за добра успеваемост в училище и ги предпазва от наднормено тегло и затлъстяване (1). При съчетанието на здравословно хранене и двигателна активност се подобрява нивото на здравето, създава се благоприятна емоционална и психическа основа за правилно формиране на подрастващото дете (4,5). Физическото натоварване и двигателна активност спомагат за правилното развитие и функциониране на тялото. Физическата активност, здравето и качеството на живот са тясно свързани. Човешкото тяло е създадено да се движи и поради това се нуждае от редовна физическа дейност, за да функционира оптимално и за са се избегнат заболявания (10,11). Физическата активност е един от основните фактори за първичната здравна профилактика и противодействие на хиподинамията (3). Редица проучвания установяват ниска физическа активност сред подрастващите в последните години. Едва 1/3 от момчетата и около 23% от момичетата изпълняват препоръчителните международни стандарти за двигателна активност в ученическа възраст – минимум 60 или повече минути дневно (8). Съществува връзка между детското затлъстяване и това при възрастното население. Около 50% от хората със затлъстяване в детска възраст, остават такива в следващите десетилетия, когато започват да се появяват неблагоприятните му последици. Затлъстяването и наднорменото тегло се отразяват и върху развитието на общата двигателната функция и координацията на децата и подрастващите (2). Осигуряването на здравословен начин на живот и насърчаването на благосъстоянието на всички хора, във всяка възраст, са важни компоненти на устойчивото развитие. Доказано е, че доброто здраве е резултат от взаимодействието между редица фактори, като индивидуални особености, наследственост, начин на живот и поведение, влияние на социално-икономически и културни фактори, околна среда, здравна система и др. (6,7).

**Цел** на настоящото проучване е да се установи хранителния и двигателния статус при ученици на възраст 8-10 г. от училища в Благоевград.

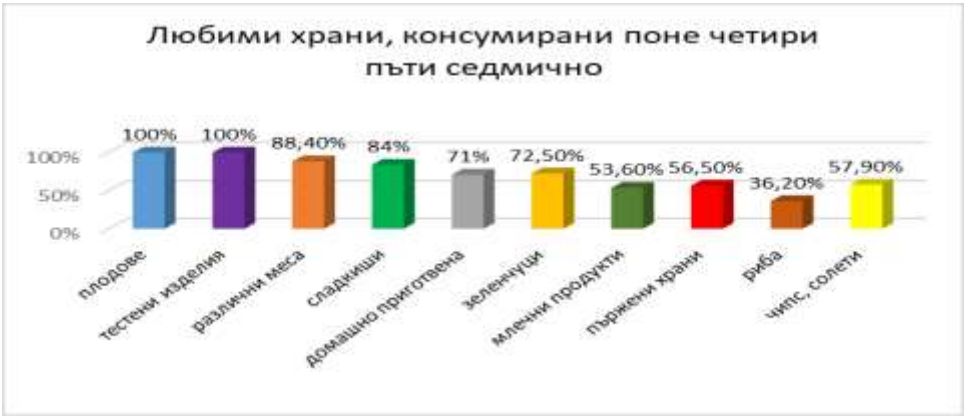
**Методи**: Проведено е анкетно проучване сред 69 ученици от втори, трети и четвърти клас на територията на гр. Благоевград (2019-2021 г.). Анкетната карта е разработена специално за проучването и съдържа 25 открити и закрити въпроси. Апробирана е след разрешение на родителите и училищните управи. Използвани са документален, статистически (относителен дял, процент на честота) и графичен методи. Данните са попълнени с помощта на децата и анкетиращите в присъствие на училищни психолози и преподаватели.

**Р**
**е**
**з**
**у**
**л**
**т**
**а**




***Фиг. 1.*** *Разпределение на анкетираните по възраст*

Всички деца са отговорили положително на въпроса дали имат любима храна. Разпределението на отговорите за любима и предпочитана храна на децата е представена на фиг. 2, като честотата на употреба е повече от четири дни седмично. Резултатите надхвърлят сто процента, тъй като децата са посочили повече от един отговор и са приблизително еднакви според пола и възрастта.




***Фиг. 2.*** *Разпределение на анкетираните по предпочитание на храните*

На отговора на въпроса дали докато гледат телевизия или играят на таблетите, телефоните си се хранят, 44,9% (n=31) са отговорили положително (консумират чипс, солети, напитки, плодове, сандвичи).

На въпроса „Ако имаш компютър или таблет колко време отделяш за игри и разговори на ден?“ всички деца са отговорили, че разполагат с такива устройства и времето, което

Според препоръките на Food and Nutrition Board за адекватен прием на вода в различните възрастови групи и спрямо пола: момчета на възраст между 8 и 13 г. следва да приемат

На

училището). Повече от четири пъти на ден се хранят 26% (n=18) във всички изследвани възрастови групи. Всички анкетирани деца са отговорили, че закусват.
В отговорите прави впечатление различният час, в който децата вечерят, като не се отчита съществена разлика спрямо възрастта и пола. Разпределението на отговорите е показано на фиг. 3.




***Фиг. 3.*** *Разпределение на анкетираните според времето за вечеря в семейството*

На въпроса

Данните за ръст и тегло са посочени от децата и по тази причина не могат да се приемат изцяло за достоверни и не е изчисляван ИТМ. Телесното тегло и ръстът на децата варира от 27 до 38 кг., съответно ръст - 1,29-1,35 см. (втори клас), от 31 до 43 кг. при ръст 1,28-1,45 см. (трети клас), от 33 до 41 кг., при ръст 1,39 до 1,60 см. (четвърти клас). Все пак дори и тези данни посочват, че има деца с наднормено тегло във всяка възрастова група. За да се поддържа здравословно телесно тегло е необходимо да има баланс между приетата храна и изразходваната енергия чрез физическа активност. При децата с по-високо телесно тегло би могло да се предположи, че се дължи на прекомерно хранене или на ниска физическа активност. И двете състояния могат да се приемат като риск за здравето. Част от въпросите в анкетната карта засяга физическата активност. Прието е, че децата са доста активни по отношение на игри, разходки, упражняване на даден вид спорт, състезания, придвижване пеша, часове по физическо възпитание в училище,

различни монитори и устройства най-често водят до умора на очите, по-високи нива на стрес, желание да „довършиш играта или разговора“ за сметка на физическа активност.

Анализът на получените резултати позволява да се направят следните изводи:

- децата имат три до четири хранения в деня;
- приемат разнообразни хранителни продукти;
- повечето от децата приемат нужното количество вода за деня;
- познават полезните хранителни продукти;
- почти половината приемат газирани и подсладени напитки;
- всички приемат тестени продукти;
- две трети от децата предпочитат домашно приготвената храна;
- във всички възрастови групи има деца с наднормено тегло;
- почти всички деца имат добра физическа активност.

**Заключение**:

От получените резултати се вижда, че по-голямата част от децата имат изградени хранителни навици и консумират разнообразни хранителни продукти. Може да се предположи, че те се дължат на семейната и училищната среда, на желанието на децата за физическа активност. Също така обаче е притеснителна употребата на подсладени напитки, пържени и висококалорични храни. Прехранването и обездвижването, при част от анкетираните, може да има неблагоприятни късни последици за тяхното здраве. Получените резултати ни дават възможност да направим оценка само за децата в изследвания район, тъй като не сме провеждали сравнително изследване в други населени места. Получените резултати показват необходимост от по-голяма ангажираност на част от родителите, на личните лекари за контрол на телесното тегло, употребяваните храни и превенция на хронични неинфекциозни заболявания. Да се намали времето, в което децата се занимават с различни видеоигри за сметка на по-високата физическа активност. Само общите усилия биха допринесли за по-здраво и физическо активно поколение.

***Източници***


1. Попова, Г., (2011) Наднормено тегло и затлъстяване – основен рисков фактор за артериална хипертония в детска възраст, ;MEDINFO, бр.8
2. Константинова, М., Тенденции в разпространението на поднормено, наднормено тегло и затлъстявяне сред детското население в България през последните 40 години, дисертационен труд за придобиване на научната степен „доктор на медицинските науки“, МУ – София, 2015,
3. Филкова, С., В. Тодорова, В. Ковачева, Необходимост от осъзнаване на физическата активност
   като модел на здравно поведение, Варненски медицински форум, т. 2, 2013, бр. 2, стр. 35-40
4. A. M. G. Cali, Sonia Caprio. Obesity in Children and Adolescents. Clinical Endocrinology and Metabolism. Vol. 93, No 11. Suppl 1, 31-36, 2005

5. L. Rangelova, S. Petrova, M. Konstantinova, V. Duleva, P. Dimitrov, Overweight and obesity prevalence in Bulgarian schoolchildren: A comparison between two international standards, International Journal of Biomedical and Advance Research 5(9):454, https://doi.org/10.7439/ijbar.v5i9.868.
6. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. - Препоръки за
7. здравословно хранене на ученици от 7 до 19 години, МЗ, https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861
8. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025, https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenciq-hnb-2021-2025_htc24ZU.pdf
9. Поведение и здраве при деца в училищна възраст (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC), Институт за изследване на населението и човека на БАН, HBSC, 2014 г.
10. Ситуационен анализ за децата и жените в България, Анализ на данни и ключови проблеми, които засягат живота на децата в България, https://www.unicef.org/bulgaria/media/2846/file/BGR-Petty_children-women-bg.pdf.pdf
11. Ръководство за добра практика на медицинските специалисти за повишаване на физическата
активност на населението, МЗ, НЦОЗА, 2015

**Адрес за кореспонденция:**
доц. д-р Росица Дойновска
ЮЗУ „Н. Рилски“ катедра „Здравни грижи“
doynovska@swu.bg

# УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ ПОЛАГАНИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В СЛЕДОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД НА ОРТОПЕДИЧНО-ТРАВМАТОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ В МБАЛ-ШУМЕН

**Елица Емилова Мутафова, Мелин Сезгин Мехмед**
**Методичен ръководител: гл. ас. Мария Добрева, д.оз.**
*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, Филиал Шумен*

# PATIENTS' SATISFACTION WITH THE HEALTH CARE PROVIDED IN THE POSTOPERATIVE PERIOD AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY OF MHAT-SHUMEN

**Elitsa Emilova Mutafova, Melin Sezgin Mehmed**
**Supervisor: Chief Asst. Prof. Maria Dobreva, PhD**
*Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" Varna, Shumen Branch,*

**Резюме:**Качествените здравни грижи при пациенти след оперативна намеса, са ключов момент за оздравителния процес. Правилно приложените грижи за пациента, биха допринесли за по-бързото му оздравяване и неговата удовлетвореност. Пациентите имат нужда от пълноценни, професионални грижи и от лично отношение и внимание към тях. Внимателното следене състоянието на оперирания от страна на медицинската сестра е от голямо значение за изхода от лечението. Тя е в постоянен контакт с болния и има възможност да маркира ранните признаци на започващи следоперативни усложнения.
**Цел:** Да се проучат удовлетвореността на пациентите от полаганите здравни грижи в следоперативен период и компетентността на медицинските сестри с оглед подобряване качеството на медицинското обслужване.
**Материали и методи:** Проучено е мнението на пациенти и медицински сестри в ортопедично отделение на „МБАЛ Шумен“ АД относно удовлетвореността на пациентите от полаганите грижи в следоперативен период.
За провеждане на проучването бе използван социологически метод – пряка анонимна анкета и статистически метод.
**Резултати и обсъждане:** Половината от пациентите са посочили отлични оценки относно компетенциите и комуникативните умения на медицинските сестри (50%). Болшинството от анкетираните пациенти считат, че качествените здравни грижи и професионалното поведение на медицинските сестри, допринасят до по-бързото им оздравяване (80%). Отлична самооценка са дали медицинските сестри за качеството здравни грижи, които полагат при пациенти в следоперативния период (55%). Според медицинските сестри пациентите са удовлетворени от полаганите грижи в следоперативен период (91%).
**Заключение:** Полаганите здравни грижи за пациенти в следоперативния период са на отлично ниво и водят до голяма удовлетвореност сред тях. Високото ниво на квалификация е ключът към тази висока оценка.
**Ключови думи:** удовлетвореност, здравни грижи, пациенти, медицински сестри, следоперативен период

**Abstract:** Quality health care for patients after surgery are key in the recovery process. The right care for the patient could contribute to faster recovery and better satisfaction. The patients need comprehensive professional care and personal attitude and attention to them. The careful monitoring of the patient's condition is of great importance for the outcome of the treatment.

The nurse is in constant contact with the patient, which enables him/her to notice the first signs of postoperative complications.

**Aim:** The present study aimed at investigating the level of patients' satisfaction with the care in the postoperative period and the nurses' competence in terms of enhancing the quality of medical services.

**Materials and methods:** The opinion of patients and nurses at the Department of Orthopedics and Traumatology of MHAT-Shumen AD regarding patient satisfaction with the care provided in the postoperative period was studied. A sociological method was used to conduct the study – a direct anonymous survey and a statistical method.

**Results and discussion:** Half of the patients highly appreciated the nurses' competencies and communication skills (50%). The majority of the respondents believed that quality health care and the professional behavior of the nurses contribute to faster recovery (80%). Excellent self-assessment was given by the nurses for the quality of health care they provide to patients in the postoperative period (55%). According to the nurses, the patients are satisfied with the care provided to them in the postoperative period (91%).

**Conclusion:** The health care provided to patients in the postoperative period is at an excellent level and leads to great satisfaction among them. The high levels of qualification is the key to this high rating.

**Keywords:** satisfaction, health care, patients, nurses, postoperative period

## ВЪВЕДЕНИЕ

Качествените здравни грижи при пациенти в след оперативната намеса, са ключов момент за оздравителния процес. Правилно приложените грижи за пациента, биха допринесли за по-бързото му оздравяване и неговата удовлетвореност. Професионализмът и добрите познания на медицинската сестра, водят до една висока оценка, която може да постави пациента по време на престоя си в болничното заведение. Личното отношение и внимание към пациента са съществена част от ежедневието на медицинската сестра. В следоперативният период, пациентите имат нужда от информация както за състоянието им, така и за изхода от заболяването.

Медицинската сестра е ключов компонент в следоперативният период на болния, защото именно тя е фигурата, от която пациентът е зависим.

**Цел:** Да се проучат удовлетвореността на пациентите от полаганите здравни грижи в следоперативен период и компетентността на медицинските сестри с оглед подобряване качеството на медицинското обслужване.

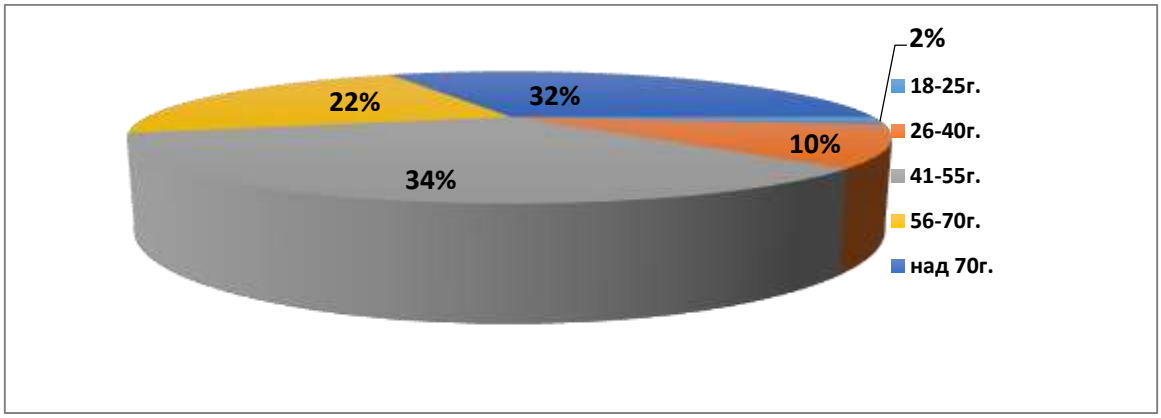
**Материали и методи:** Проучването е осъществено през периода 09.08.2022 - 09.09.2022 г. чрез собствен разработен инструментариум-анкетна карта за изследваните групи:

- Пациенти на "Отделение по ортопедия и травматология" - „МБАЛ-Шумен" АД - 40
- Медицински сестри работещи в „МБАЛ-Шумен" АД - 11

За обработване на данните и изработване на графиките е използван софтуерен продукт Microsoft Office Word 2019;Exel 2019

**Резултати и обсъждане:**

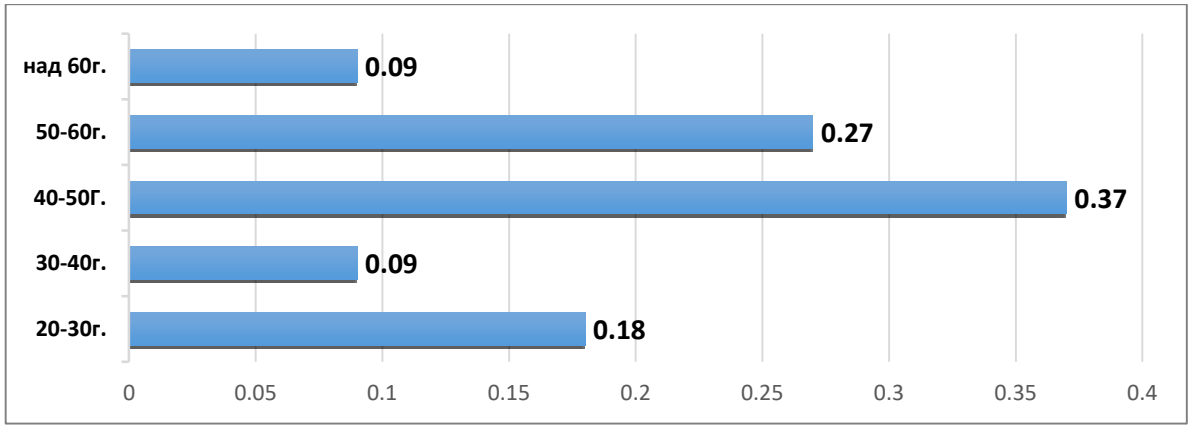
Анкетираните пациенти са разпределени по възраст. Възрастовата граница на анкетираните се вмества от 18 години и над 70 години (Фиг.1).




**Фиг. 1. Разпределение на пациентите по възрастова граница**

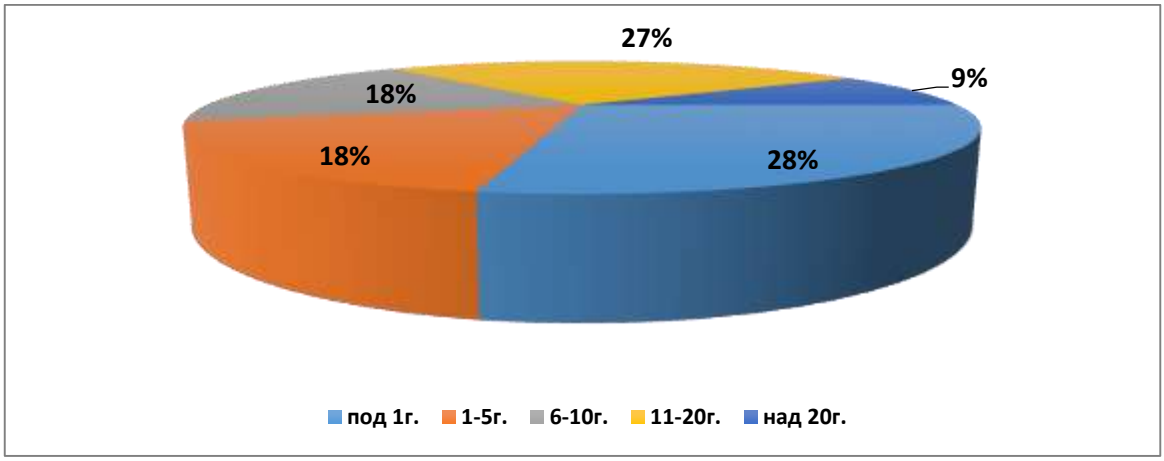
Разпределението по възрастова граница показва най-голям дял на анкетираните от 41 до 55 години (34%), следвани от възрастовата група над 70 години (32%), 56-70 години (22%), най-малък е делът на пациентите до 40 годишна възраст.

Възрастовата граница на анкетираните професионалисти по здравни грижи се вмества в интервала от 20 до и над 60 години. Мнението на професионалистите може да бъде отчетено с висока степен на достоверност и да бъдат направени изводи за дейността на медицинската сестра в отделението (Фиг. 2).




**Фиг. 2. Разпределение на анкетираните медицински сестри по възраст**

Разпределението по възрастови периоди показва най-голям дял на анкетираните между 40-50 години (37%), следвани от тези на възраст между 50 и 60 години (27%). Това възрастово представителство, гарантира значението на мнението по въпроси, отнасящи се до сестринските дейности при пациенти в следоперативния период. Равен е делът на възрастовия период между 30-40 години и над 60 години (9%) (Фиг. 3).

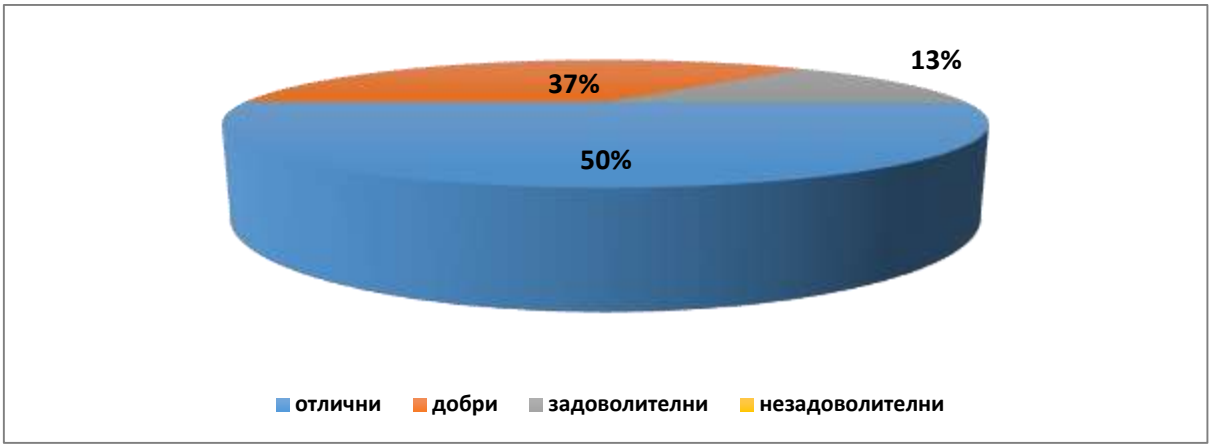



**Фиг. 3. Професионален стаж на медицинските сестри в ортопедично отделение**

Прави впечатление, че резултатът на специалистите с най-малко професионален стаж е с най-висок процент (28%), което е ясен показател за завишеното желание на младото поколение за надграждане в болничното отделение.

Базирайки се на данните от изследването, установяваме, че високият процент в отделението са с богат практически опит (27%), натрупан по време на продължителния им трудов стаж, което ни дава основание два считаме, че мнението изказано то тази група респонденти е от значение за проведеното изследване.

От съществено значение за нас беше да проучим анкетираните пациенти относно тяхната оценка за компетенциите и комуникативните умения на медицинската сестра (Фиг. 4).




**Фиг. 4. Оценка на пациентите относно компетенциите и комуникативните умения на медицинските сестри**

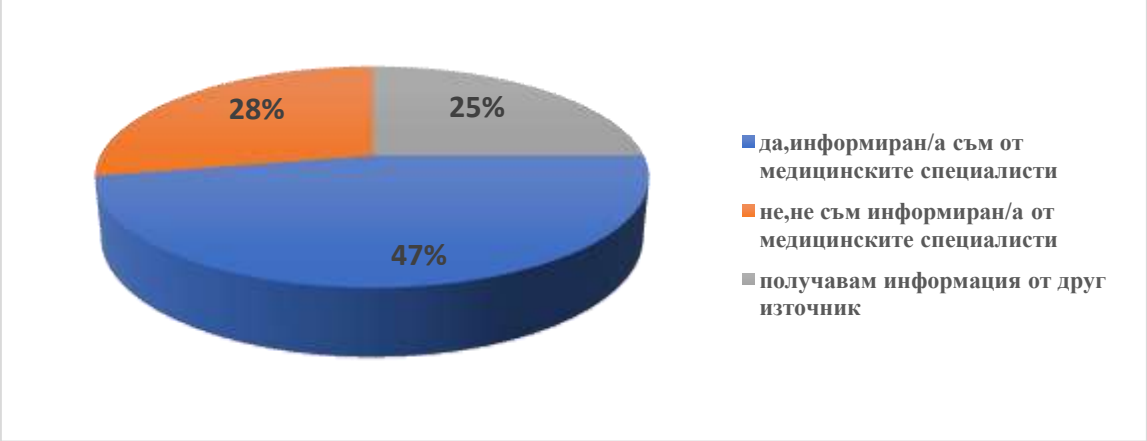
Половината от анкетираните пациенти считат, че компетенциите и комуникативните умения на медицинските сестри са отлични (50%). Това показва високото ниво на медицинските сестри и качествената работа, която извършват. Повече от една трета съобщават, че нивото им е добро (37%), малка част са посочили задоволителна оценка (13%). Прилагането на комуникативни техники и умения са насочени към предотвратяване, контрол и управление на междуличностни и организационни конфликти, формиране на доверие чрез емпатийно отношение във всяка от дейностите, извършени от медицинската сестра.

За нас представлява интерес да проучим мнението на анкетираните пациенти за полагане на качествени здравни грижи, с оглед бързо възстановяване в следоперативния период (Фиг. 5).




**Фиг. 5. Качествени здравни грижи, като принос за бързо възстановяване в следоперативения период (според пациенти)**

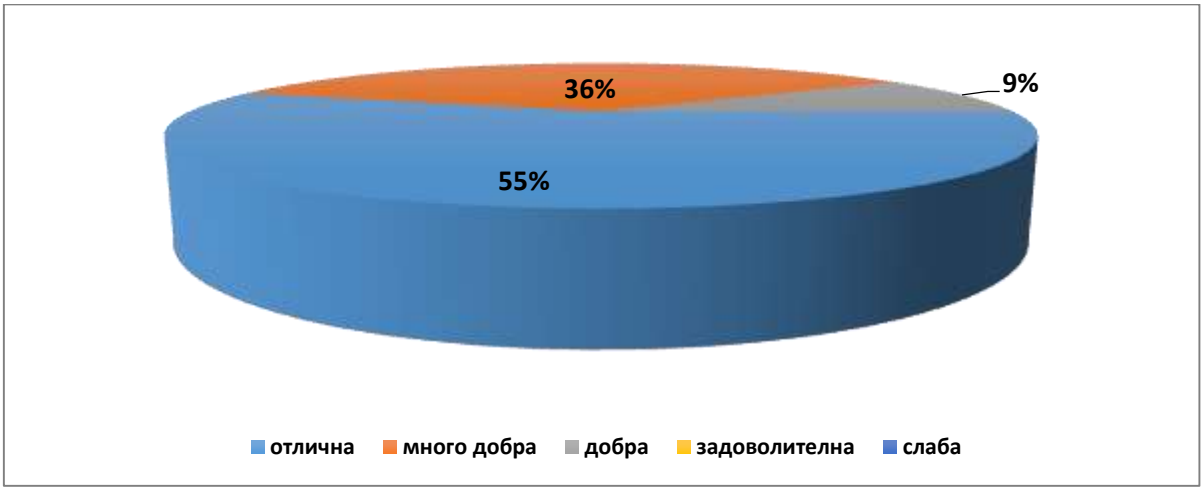
Болшинството от анкетираните пациенти считат, че качествените здравни грижи и професионалното поведение на медицинските сестри, допринасят до по-бързото им оздравяване (80%). Равен е делът посочили отрицателен отговор (10 %) и на пациентите, които не могат да преценят (10%). Според нас високият процент се дължи на непрекъснатото повишаване на компетентността на специалистите по здравни грижи в отделението и тяхното полагане. Дейността на медицинската сестра е изключително важна и влияе върху качеството на прилаганата медицинска помощ.




**Фиг. 6. Информираност на пациентите за предпазване от усложнения след оперативна намеса**

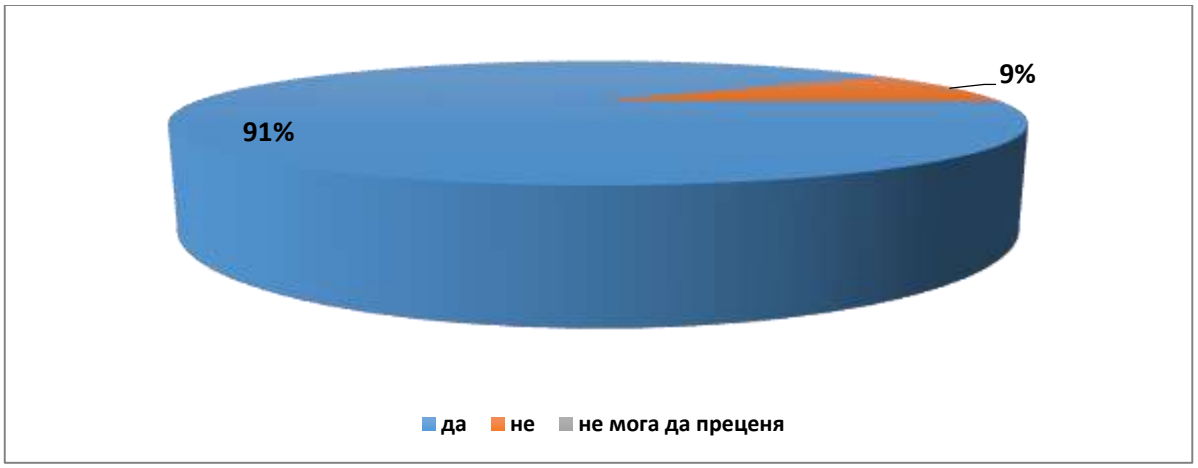
Най-голям брой от анкетираните пациенти са информирани от медицинските специалисти по здравни грижи по време на престоя им в болничното заведение (47%). По-малко от една трета не са получили информация от медицинските специалисти (28%). Сходен е и броят пациенти, които получават информация от друг източник, най-често от интернет (25%). Този процент вероятно ще продължи да нараства в бъдеще с улесняване на достъпа до съвременни технологии и увеличаване броя на лицата, които се ползват от тях. Важен факт е, че в интернет и в останалите медии информацията касае медицински въпроси по принцип, но не и конкретния пациент с неговите индивидуални особености. Професионалистът по здравни грижи е лицето, което познава състоянието на болните и може да положи грижи в рамките на своите компетенции.

За целта на изследването беше необходимо да установим каква е самооценката на медицинските сестри за качеството на здравни грижи, които полагат при пациенти в следоперативната намеса (Фиг. 7).




**Фиг. 7. Самооценка на медицинските сестри за качеството здравни грижи, които полагат при пациенти в следоперативен период**

Значителна част от анкетираните посочват отлична самооценка (55%), последвани от тези, които са с много добра (36%) и най-нисък процент посочват добра (9%). Считаме че, увереността на медицинските специалисти по здравни грижи в отделението потвърждава високият професионализъм и добрата подготовка на всеки един от тях. Контролът и оценяването на специалистите по здравни грижи води до повишаване качеството на полаганите от тях грижи за пациента.




**Фиг. 8. Удовлетвореност от полаганите грижи на пациентите в следоперативен период, според медицинските сестри**

Почти всички анкетирани медицински сестри изразяват мнение, че пациентите са изцяло удовлетворени от полаганите грижи след операция (91%) и само малка част са на мнение, че не са удовлетворени (9%). За медицинската сестра е важна удовлетвореността на пациента и тя дава всичко от себе си, за да постигне най-добри резултати.

**Изводи:** В резултат на проведеното проучване, можем да направим следните изводи:

1. Половината от анкетираните пациенти оценяват компетенциите и комуникативните умения на медицинските сестри в болничното заведение като отлични (50%) .
2. Значителна част от анкетираните пациенти са на мнение, че качествените здравни грижи и професионално поведение на медицинските сестри допринасят за по бързото им оздравяване (80%).
3. Високата самооценка, която дават медицинските сестри в анкетата води до извода, че познават сестринската професия във всички нейни аспекти.
4. Изразеният процент на продължителен професионален стаж в отделението, е ясен показател за професионализмът, качеството и компетенциите на специалистите по здравни грижи.
5. Високият процент на удовлетвореност от полаганите грижи в следоперативния период на пациентите показва, успешно постигнати резултати на медицинските сестри (91%).

**В заключение считаме**, че пациентите в следоперативния период, трябва да получават качествени здравни грижи, за преодоляване на болката и дискомфорта в болнична среда.

За да изпълни професионалните си функции и да отговори адекватно на динамично променящите се здравни потребности на населението, от медицинската сестра се изисква професионална базова подготовка, допълнителна квалификация, непрекъснато обучение и специализации, които да гарантират добра професионална адаптация и качествена работа.

**Литературни източници:**


1. Александрова М., И. Стамболова, Г. Чанева, 2015, Грижи за болния и сестринска техника, София
2. Енчев Я., Пл. Недев, Б. Илиев, Т. Кондев, Пл. Трендафилов, Ст. Тодорова, 2014, Роля на медицинските сестри в превенция на хирургията на грешно място – препоръки, МУ-Варна,
3. Карамишев Ив., Б. Господинов., Б. Иванов, Н. Ангелов, Хирургия за медицински сестри-Медицина и физкултура, София
4. Стамболова И., 2012, Сестрински грижи при соматични заболявания, МУ-София,
5. Тончева С., В. Крумова, 2012, Повишаване социалната роля на мед. сестра и утвърждаване на сестринската професия като автономна чрез изграждане на сестринска служба, сп. „Здравни грижи“, бр. 2, БАПЗГ

6.https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/cardiovascular-clinical-archive/care-of-the-postoperative-patient (01.09.2022)

7.https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/critical-care/postoperative-care-1-principles-of-monitoring-postoperative-patients (01.09.2022)



**Адрес за кореспонденция:**
Елица Емилова Мутафова
Мелин Сезгин Мехмед
МУ-Варна, Филиал Шумен
**e-mail: edis_eli@abv.bg**
**meliseli@abv.bg**

# ИНФОРМИРАНОСТТА НА БРЕМЕННИТЕ И РОДИЛКИТЕ ОТ МБАЛ-ШУМЕН, ОТНОСНО СУЕВЕРИЯ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО

**Мергюл Ридван Хасан**
**Научен ръководител: гл. ас. Христина Генчева**
*Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“-Варна, Филиал Шумен, специалност „Акушерка“ III курс*

# THE AWARENESS OF PREGNANTS AND LABORATORIES FROM MBAL-SHUMEN, CONCERNING SUPERSTITIONS DURING PREGNANCY AND BIRTH

**Mergul Ridwan Hasan**

**Academic supervisor: Ch. assistant Hristina Gencheva**
*Medical University, Prof. Dr. P. Stoyanov"-Varna, Shumen Branch, specialty "Midwifery" III year*

**Резюме**

Въведение: От древни времена бременността на жената е свързана с много митове, мистерии и суеверия, които към днешна дата звучат забавно, а медицината отдавна е опровергала. Суеверието е вяра в недействителни закономерности. То може да се срещне във всяка област на човешкия живот - в науката, в религията и в политиката. По своята същност суеверието е предразсъдък, заблуда. Проявява се в извършването или избягването на определени действия, с което се цели постигането на добър резултат или избягването на опасност.

**Цел:** Да се проучи информираността на бременни и родилки от МБАЛ- Шумен, Родилно отделение и Патологична бременност относно суеверия по време на бременността и раждането.

**Материали и методи:** Проведено е анонимно анкетно проучване на бременни и родилки от МБАЛ -Шумен Родилно отделение и Патологична бременност периода септември-октомври 2022 г.

**Изводи:** Най-широко разпространеното суеверие сред бременните е свързано със схващането, че косата символизира жизнената сила на човек и неговата мъдрост и опит. Анкетираните бременни споделят това суеверие до голяма степен (83%).

**Ключови думи:** информираност, суеверия, родилки, бременни

**Summary**

Introduction: Since ancient times, a woman's pregnancy has been associated with many myths, mysteries and superstitions, which today sound funny, and medicine has long disproved. Superstition is a belief in false patterns. It can be found in every area of human life - in science, in religion and in politics. In its essence, superstition is a prejudice, a delusion. It manifests itself in the performance or avoidance of certain actions aimed at achieving a good result or avoiding danger.

Objective: To study the awareness of pregnant women and women in labor from the Medical Center of Medical Center-Shoumen, Maternity Department and Pathological Pregnancy regarding superstitions during pregnancy and childbirth.

**Materials and methods:** An anonymous questionnaire survey of pregnant women and women in labor was conducted from the Medical Center - Shumen Maternity Ward and Pathological Pregnancy in the period September - October 2022.

**Conclusions:** The most widespread superstition among pregnant women is related to the notion that hair symbolizes a person's life force and their wisdom and experience. Surveyed pregnant women share this superstition to a large extent (83%).

**Key words: awareness, superstitions, women in labor, pregnant**

**Въведение:**

*Хората вярват още от зората на човечеството, че свръхестествени сили управляват живота ни или, най-малкото, оказват определено влияние върху съществуването ни. Появата на суеверия се дължи най-вече на страха от неизвестното, както и на неувереността ни, че сме способни да бъдем единствени господари на собствената ни съдба.(1).*

От древни времена бременността на жената е свързана с много митове, мистерии и суеверия, които към днешна дата звучат забавно, а медицината отдавна е опровергала. Суеверието е вяра в недействителни закономерности. То може да се срещне във всяка област на човешкия живот - в науката, в религията и в политиката. По своята същност суеверието е предразсъдък, заблуда. Проявява се в извършването или избягването на определени действия, с което се цели постигането на добър резултат или избягването на опасност. Има обаче такива, които все още се смятат за достоверни, и немалко бременни вярват истински в тях. Най-често такива суеверия са свързани с пола на бъдещото бебе, защото медицината не била толкова развита. Неслучайно един от най-разпространените сватбарски ритуали е свързан с разгадаване на пола на първото бебе в семейството с ритане на менче.

Въпреки, че живеем в ера, в която науката и медицината много са напреднали, страховете на бъдещите майки няма никога да изчезнат. Напълно нормално е, особено за жени, които за първи път са бременни и им предстои да раждат, да се притесняват и за най-малките неща по време на бременността (2).

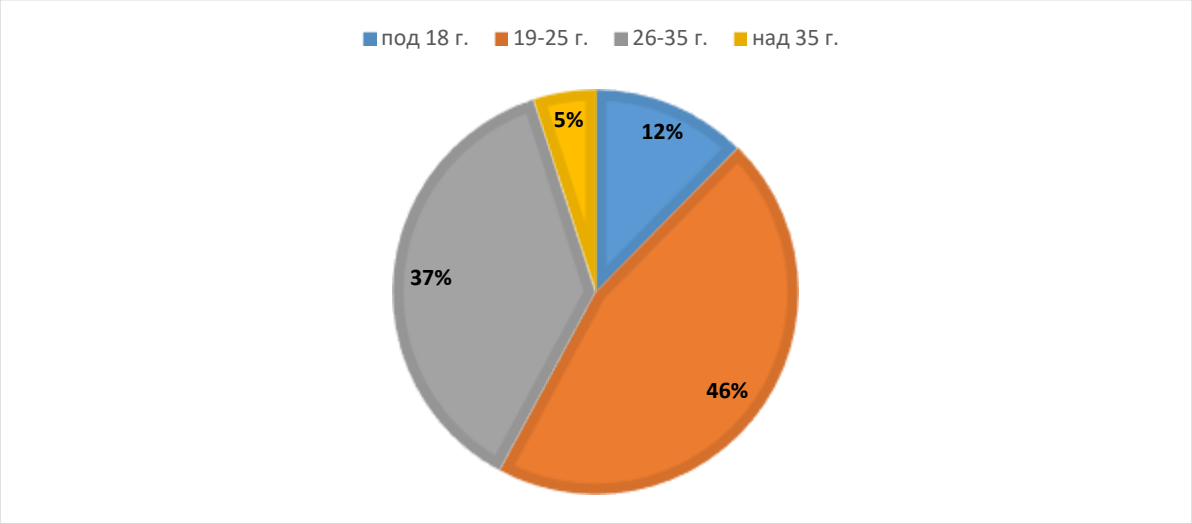
Ако до този момент жената не е била суеверна, то когато вече знае, че в нея се развива едно малко човече, за което мама е целият му свят, неминуемо бременната жена става подвластна на суеверия (3,4).

**Цел:** Да се проучи информираността на бременни и родилки от МБАЛ- Шумен, Родилно отделение и Патологична бременност относно суеверия по време на бременността и раждането.

**Материали и методи:** Проведено е анонимно анкетно проучване на бременни и родилки от МБАЛ-Шумен АД- Родилно отделение и Патологична бременност в периода септември - октомври 2022 г.

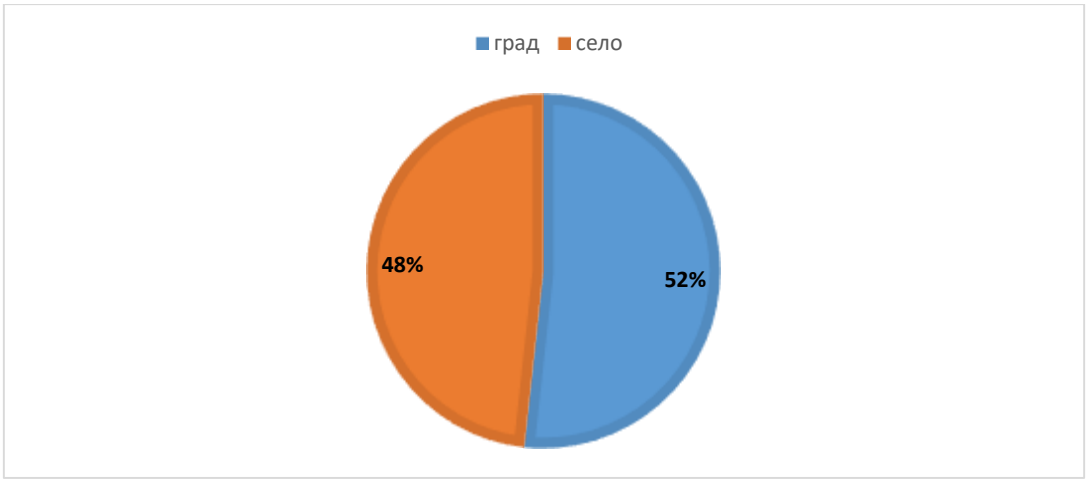
**Резултати и обсъждане:**

Проучено е мнението на пациентки от Родилно отделение и Патологична бременност в периода септември – октомври 2022 г. На фиг.1 е представена възрастовата характеристика на анкетираните респонденти.




***Фиг. 1. Възрастова характеристика на анкетираните***

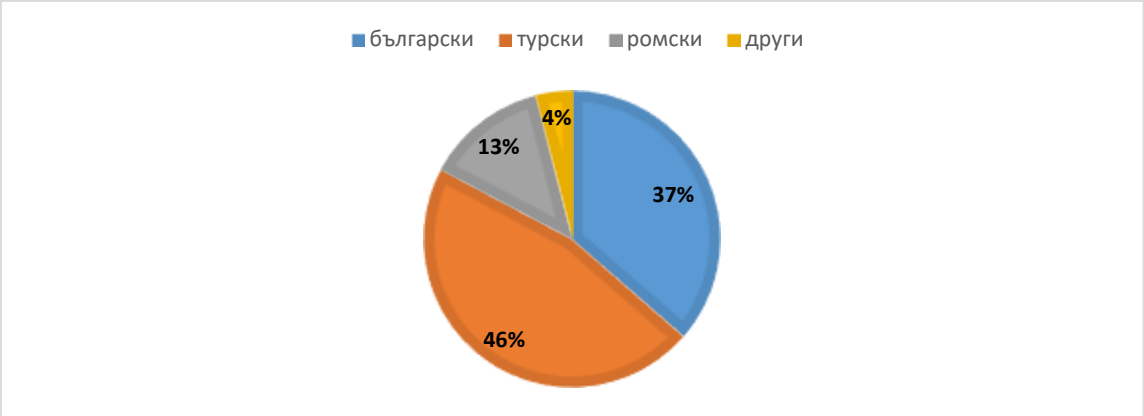
Най - голям е относителният дял на анкетираните на възраст от 19-25 г. (46%), следвани от тези на възраст от 26-35 г. (37%). Най-малък е относителният дял на възраст над 35 г.




***Фиг.2. Местоживеене на респондентите***

За нас бе важно да анализираме респондентите според тяхното местоживеене. В процентно отношение преобладава делът на живеещите в града (52%), следвани от тези, посочили „село“ (48%).

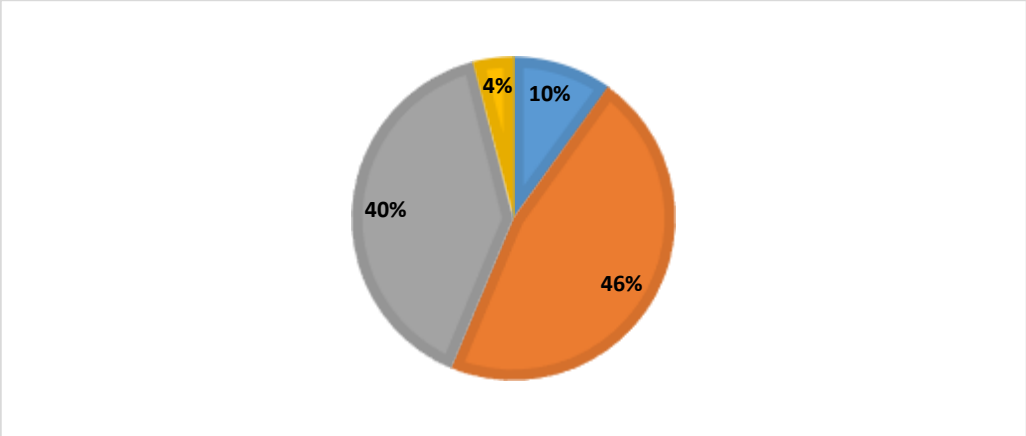
Етническата принадлежност на анкетираните е представена на фиг. 3.




***Фиг. 3. Етнически произход***

Най-голяма част от респондентите са с турски произход (46%),следвани от български (37%). Най-малък е относителният дял на анкетираните от ромски произход (13%).

Образователният статус на участниците в анкетното проучване е представен на фиг. 4.




***Фиг. 4. Образователен статус***

Най-голяма част от респондентите са със средно образование (46%), следвани от тези с висше образование (40%). Най-малък е относителният дял на тези с основно образование (4%).

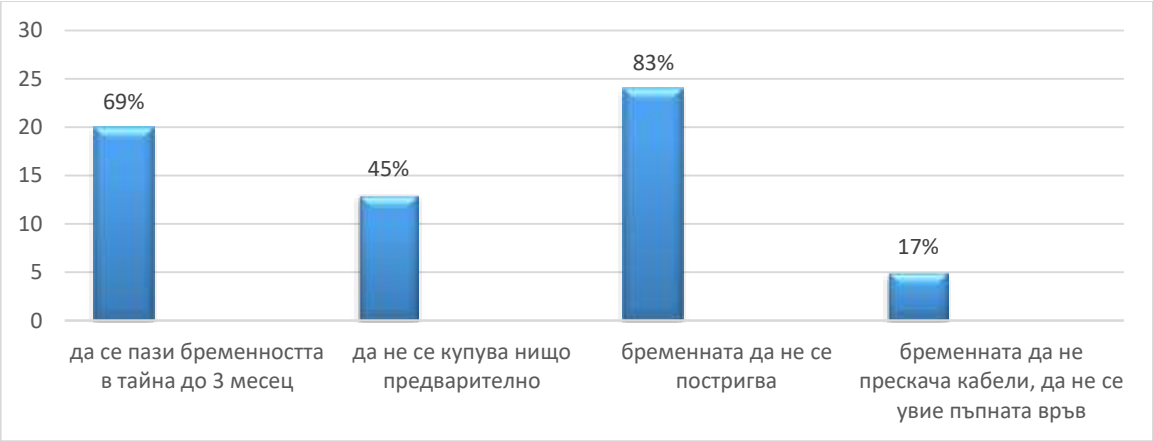
Фиг. 5 представя относителния дял на вярващите в суеверия.




***Фиг.5. Относителен дял на вярващите в суеверия респонденти***

Повече от половината анкетирани вярват в суеверия (52%), по-малък е делът на тези, които не вярват в суеверия и съвпада с дела на посочилите „не мога да преценя“ (24%).

На фиг. 6 са представени най-широко разпространените суеверия сред бременни и родилки.




***Фиг. 6. Най-широко разпространените суеверия по време на бременност***

Най-широко разпространеното суеверие сред бременните е свързано със схващането, че косата символизира жизнената сила на човек и неговата мъдрост и опит. Анкетираните бременни споделят това суеверие до голяма степен (83%). Няма научни доказателства за вредата от подстригване при бременност. Висок е делът на бъдещите майки, които са се сблъсквали с твърдението, че бременността трябва да се пази в тайна през първите три месеца (69%).

Раждането е най-прекрасният момент в живота на всяка жена, но и той е белязан от различни суеверия, представени на фиг. 7.




***Фиг.7. Най-широко разпространените суеверия по време на раждане***

Преобладава схващането, че раждането трябва да остане в тайна (72%), следвано от вярването, че преди раждане се дава сапун на комшиите, за да е леко и безпроблемно (52%). Тези суеверия са свързани с далечното минало, когато медицинската наука не е била развита и смъртността сред родилките е била висока. Логично, хората са се

доверявали сляпо на всяко вярване с надежда за оцеляване. В наши дни суеверията отстъпват пред силата на медицината.

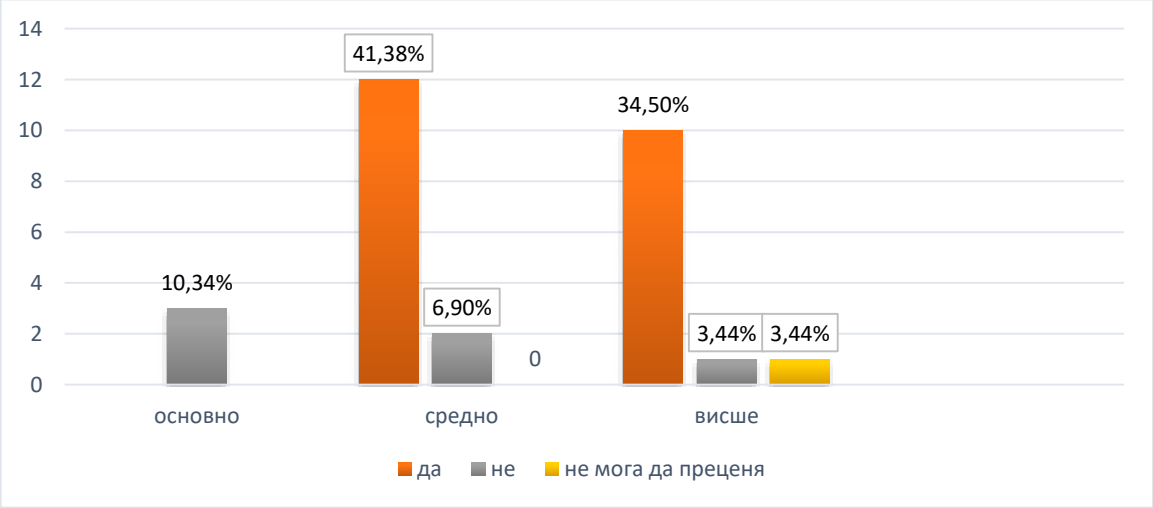
Преди години новородените са се отглеждали по различен начин, друго е било времето и други са били нравите на хората. На фиг.8 са представени най-широко разпространените суеверия при отглеждането на новороденото.




***Фиг.8. Най-широко разпространените суеверия при отглеждането на новороденото***

Най-широко разпространеното суеверие при отглеждането на новороденото е бебешките дрешки да се прибират преди залез слънце (55%), може би защото в миналото хората са прибирали домашните животни привечер и са се вдигали прашни облаци. Така разумно са предпочитали да съберат прането преди то да се е замърсило повторно. По-малък е делът на тези които посочват за подарък на бебето се подарява желязна пара за да е здраво (35%).

На фиг. 9 е представен образователния статус на респондентите и вярата им в суеверия.




***Фиг.9. Сравнителен анализ образователен статус и суеверия***

Най-голям е относителния дял на анкетираните със средно образование посочили че вярват в суеверия (41,38 %). По-малък е делът на тези с висше образование (34,50 %).

Колкото и да е напреднала науката, страховете на бъдещите майки няма никога да изчезнат. И въпреки, че бременността и раждането са най-естествените неща за

женския организъм, всички бременни, най-вече тези, които ще раждат за първи път, се притесняват за всичко което предстой.

**Изводи:**

1**.** Най-широко разпространеното суеверие сред бременните е свързано със схващането, че косата символизира жизнената сила на човек и неговата мъдрост и опит. Анкетираните бременни споделят това суеверие до голяма степен (83%).

2. Висок е делът на бъдещите майки, които са се сблъсквали с твърдението, че бременността трябва да се пази в тайна през първите три месеца (69%).

3. Преобладава схващането, че раждането трябва да остане в тайна (72%), следвано от вярването, че преди раждане се дава сапун на комшиите, за да е леко и безпроблемно (52%). Тези суеверия са свързани с далечното минало, когато медицинската наука не е била развита и смъртността сред родилките е била висока.

4. Най-широко разпространеното суеверие при отглеждането на новороденото е бебешките дрешки да се прибират преди залез слънце (55%), може би защото в миналото хората са прибирали домашните животни привечер и са се вдигали прашни облаци.

**Литературни източници:**

1.Нейкова А. „Силата на суеверията, или за слабостта да виждаме знаци във всичко“ 13 октомври 2012 / брой: 238, „Дума“,
2. https://dama.bg/article/8-sueveriia-za-bremennostta-koito-vsushtnost-sa-istina/17771/ © Dama.bg.
3. http://www.moetodete.bg/bremennost/sueveriyata-prez-bremennostta.html.
4. https://www.bebe.bg/Obichai_i_tradicii/vera_sueveria.htm

**Адрес за кореспонденция:**
Мергюл Хасан, e-mail: mergyl_avon@abv.bg
Гл.ас.Христина Генчева, e-mail: tina_gabi@abv.bg



# МОТИВИ ЗА ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯТА „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“

**Анна Георгиева, Селин Реджеб**

*Медицински университет ”Проф. д-р Параскев Стоянов”- Варна,*
*Факултет по обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи“*

# REASONS FOR CHOOSING THE PROFESSION OF "NURSE"

**Anna Georgieva, Selin Redzeb**

*Medical University Prof. Dr. Paraskev Stoyanov- Varna,*
*Faculty of Public Health, Department of Nursing Care*

## РЕЗЮМЕ

**Въведение.** Недостигът на медицински сестри в здравните системи е световен проблем и поставя редица предизвикателства пред здравните и образователните системи.

**Целта на настоящото проучване** е да се изследват мотивите на студентите за избор на професията „медицинска сестра“.

**Материал и методи.** Приложени са анализ на литературни източници, документален и анкетен метод. Изследвано е мнението на 64 студенти от първи курс, специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Варна, през септември 2022г. За онагледяване на наблюдаваните процеси и явления е приложен е графичен анализ, посредством софтуерен пакет Microsoft Office Excel. Данните са обработени с помощта на статистически пакет IBM SPSS Statistics 19.

**Резултати и обсъждане** Значителна част от респондентите са напълно информирани за професията „Медицинска сестра“. Основни мотиви при избора на сестринската професия за преобладаващата част от студентите са оказване помощ на хората, успешна професионална реализация в България и чужбина, обучение в престижен университет, положителни примери на медицински сестри, проявили висок професионализъм. Мнозинството от студентите демонстрират познаване и потвърждават наличието на необходимите добродетели, които трябва да притежава всеки, упражняващ професията „Медицинска сестра“.

**Заключение.** Резултатите от настоящото проучване са свидетелство за целенасочен, обмислен и напълно осъзнат избор за професията „медицинска сестра” у болшинството от студентите, основан на достатъчна информация и себепознание. Избирайки своята професия, водени от дълбоко хуманни вътрешни мотиви, като желание за оказване на помощ и личностна реализация, медицинските сестри могат да дадат своя съществен принос в общите усилия за опазване, поддържане и възстановяване на здравето на отделните личности, семейства и групи.

**Ключови думи:** избор, мотиви, медицинска сестра, професия, студенти

## SUMMARY

**Introduction.** The shortage of nurses in health systems is a worldwide problem and poses a number of challenges to health and education systems.

The purpose of the present study is to investigate students' motivations for choosing the profession of "nursing".

**Material and methods.** Analysis of literary sources, documentary and survey method are applied. The opinion of 64 students from the first year, majoring in "Nursing" at the Medical University - Varna, in September 2022, was studied. In order to visualize the observed

processes and phenomena, a graphic analysis was applied using the Microsoft Office Excel software package. Data were processed using the IBM SPSS Statistics 19 statistical package.
**Results and discussion.** A significant part of the respondents are fully informed about the profession "Nurse". The main motives for choosing the nursing profession for the majority of students are helping people, successful professional realization in Bulgaria and abroad, studying at a prestigious university, positive examples of nurses who have shown high professionalism. The majority of students demonstrate awareness and confirm the presence of the necessary virtues that should be possessed by anyone practicing the profession of "Nursing".
**Conclusion.** The results of the present study are evidence of a purposeful, considered and fully conscious choice for the profession of "Nurse" by the majority of students, based on sufficient information and self-knowledge. By choosing their profession, guided by deeply humane inner motives, such as the desire to provide help and personal fulfillment, nurses can make a significant contribution to the common efforts to protect, maintain and restore the health of individuals, families and groups.
**Keywords:** choice, motives, nurse, profession, students

## ВЪВЕДЕНИЕ

Сестринството е доказано обществено значима професия. Медицинските сестри играят важна роля в поддържане на здравето, превенцията на заболяванията и грижите за болните [2, 9, 12]. Недостигът на медицински сестри в здравните системи е световен проблем и също така поставя редица предизвикателства пред здравеопазните и образователните системи на повечето страни[2, 4, 12]. Световната здравна организация (СЗО) обяви 2020 г. за Международна година на медицинската сестра и акушерката, които практикуват подценени от обществото, но ключови професии, залегнали в Глобалния план за постигане на устойчивите цели за развитие на здравеопазването до 2030 г.[2,14]. Този приоритет е залегнал и в мотото на Международния съвет на медицинските сестри (ICN) за 2023 г.: "Медицинските сестри - сила за глобално здраве"[12]. Както подчертава М. Василева (2022), високата оценка в глобален план на благородните, трудни и отговорни професии на медицинската сестра и акушерката вероятно ще повиши обществения им престиж и ще привлече млади хора, които да продължат започнатото от основателката на модерното сестринство Флорънс Найтингейл [2].

Причините студентите да изберат да се обучават по специалността „Медицинска сестра" и сестринството като кариера са изследвани в множество научни проучвания [1,3, 5,6,8,10,11,13]. Данните от повечето проучвания показват, че този избор е резултат от комбинация от различни мотиви[6,8,10,11,13]. Редица изследователи се обединяват около идеята, че проучванията на мотивите за избор на професия "медицинска сестра" биха способствали за създаване и прилагане на стратегии, целящи привличането и задържането на студентите медицински сестри, стимулиране на техните академични постижения и последващо кариерно развитие, основани на по-задълбочено разбиране на техните мотиви [10,11,13].

**Целта на настоящото проучване** е да се изследват мотивите на студентите за избор на професията „Медицинска сестра".

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Приложени са анализ на литературни източници, документален и анкетен метод. Изследвано е мнението на 64 студенти от първи курс, специалност „Медицинска сестра" в Медицински университет – Варна, чрез пряка групова анонимна анкета, през септември 2022г. За онагледяване на наблюдаваните процеси и явления е приложен графичен

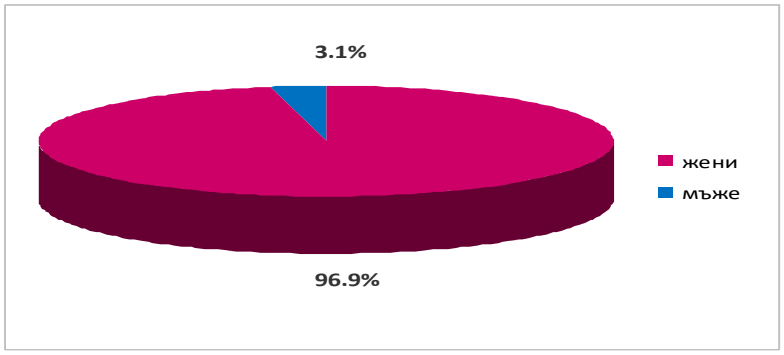
анализ, посредством софтуерен пакет Microsoft Office Excel. Данните са обработени с помощта на статистически пакет IBM SPSS Statistics 19.

**РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

Резултатите отразяват социо-демографската характеристика и мотивите на студентите първокурсници за избор на професията „медицинска сестра".

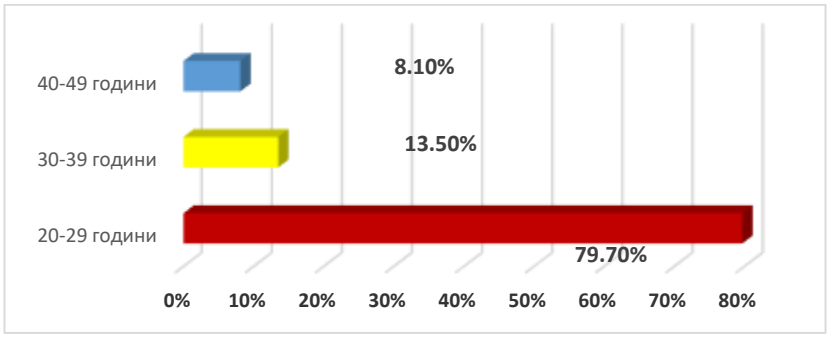
В проучването са обхванати 92,8 % от всички студенти, постъпили в първи курс, в МУ- Варна, през учебната 2022-2023 година.

Мнозинството от участниците в проучването, са жени (96,9%). Въпреки малкия дял, радващ е фактът, че професията „медицинска сестра" е избрана и от двама мъже (3,1%) (Фиг.1).



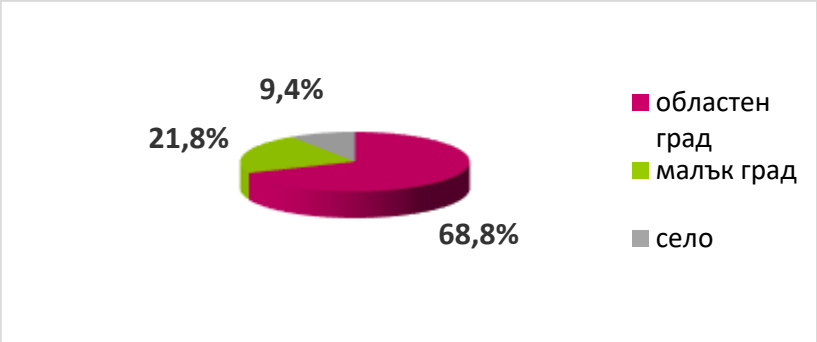

**Фиг. 1. Пол на анкетираните студенти**

Преобладават студентите медицински сестри във възрастовата група 18 – 29 години, следвани от тези на възраст 30 – 39 г. и 40 – 49 г. Средната възраст на анкетираните студенти е 23г. (±8г.) (Фиг.2).



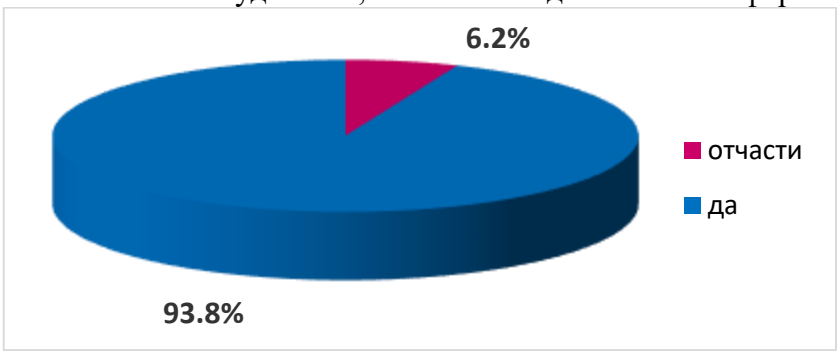

**Фиг. 2. Възраст на анкетираните студенти**

Изследвахме местожителството на студентите, за да проучим дали то оказва влияние върху избора им да кандидатстват по специалността „Медицинска сестра" в МУ-Варна. Мнозинството от тях, са от областен град (84,8%), една пета са от малък град, а една десета от село(Фиг.3).



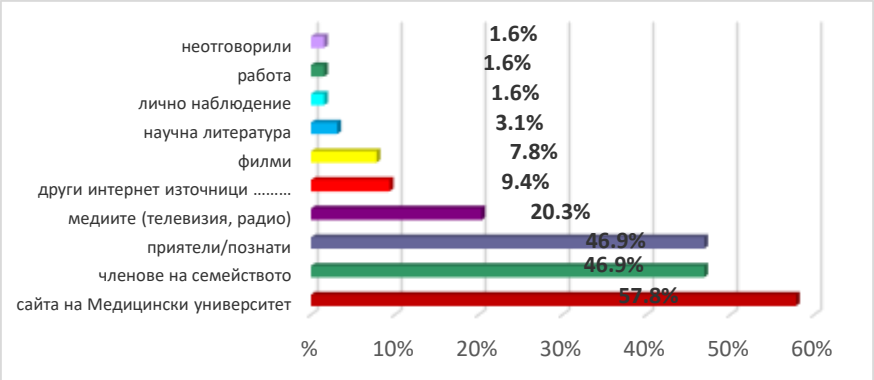

**Фиг. 3. Населено място, откъдето са анкетираните студенти**

Информираността е важна предпоставка за вземане на всяко решение. Особено значение тя придобива при избора на бъдеща професия. С оглед на това, решихме да проучим дали анкетираните студенти са информирани за сестринската професия. Мнозинството от респондентите потвърждават, че са информирани за професията „Медицинска сестра“(93,8%), а съвсем малка част (6,2%) са информирани „отчасти”. Получените резултати са свидетелство за целенасочено, обмислено и съвсем осъзнато решение у болшинството от студентите, основано на достатъчна информация(Фиг.4).



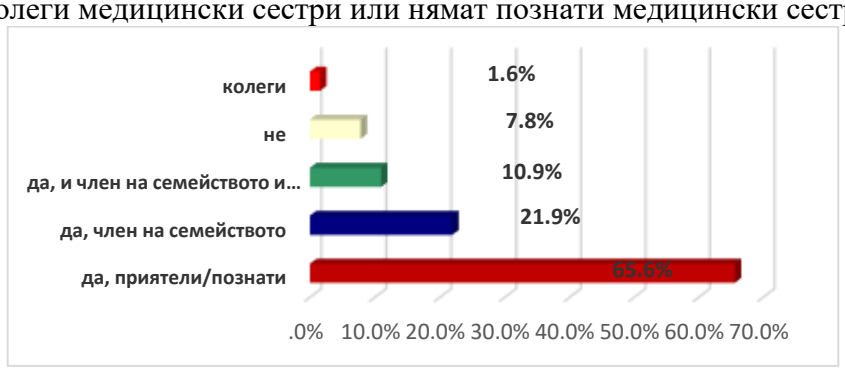

**Фиг. 4. Информираност на студентите за професията „Медицинска сестра“**

За нас представляваше интерес и от къде участниците в нашето проучване са получили информация за професията „Медицинска сестра“. Повече от половината от респондентите са се информирали за избраната от тях професия от сайта на Медицински университет- Варна (57,8%). Приблизително половината от проучваните лица са получили информация от неформални източници, като членове на семейството (46,9%) и също толкова от приятели или познати(46,9%). Едва една пета от студентите са придобили данни от медиите (20,3%), една десета от други интернет източници (9,4%). Сравнително малък е делът на тези, които са получили представа за избраната от тях професия от филми (7,8%), научна литература (3,1%). Единици от участниците в проучването са информирани чрез лично наблюдение, работа или не са отгпосочили източника си на информация (1,6%). Получените резултати доказват, че преобладаващата част от студентите са се информирали за професията „Медицинска сестра” от достоверни източници, което е важна предпоставка за придобиване на вярна представа и точен информиран избор(Фиг.5).



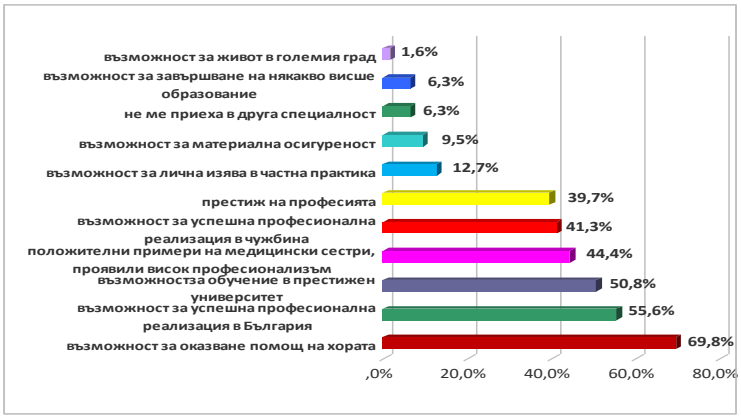

**Фиг. 5. Информационни източници на студентите за професията „Медицинска сестра“**

Наред с достоверните източници на информация, според данни от научната литература, наличието на медицински сестри сред членове на семейството, приятелите и познатите също в голяма степен оказва въздействие и се разглежда като външен мотивиращ фактор при избора на сестринската професия. В тази връзка запитахме студентите „Познавате ли хора, упражняващи професията „Медицинска сестра“?
Повече от половината от анкетираните потвърждават, че имат приятели или познати медицински сестри, при една пета членове на семейството упражняват сестринската професия, а една десета от респондентите имат както приятели/познати, така и членове на семейството, които са здравни професионалисти. Сравнително малък е делът на тези, които имат колеги медицински сестри или нямат познати медицински сестри(Фиг.6).



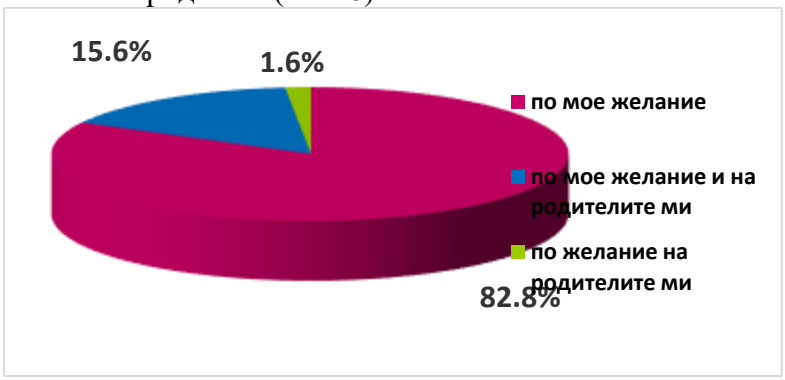

**Фиг. 5. Наличие на познати или близки на студентите, упражняващи професията „Медицинска сестра“**

При избора на професията „Медицинска сестра” мнозинството от студентите са водени от алтруистични мотиви, като възможността за оказване помощ на хората (69,8%). Следващи по значимост мотиви са възможността за успешна професионална реализация в България (55,6%), възможността за обучение в престижен университет (50,8%), положителни примери на медицински сестри, проявили висок професионализъм (44,4%) и възможност за успешна професионална реализация в чужбина(41,3%). Престижът на професията също е важен за 39,7% от анкетираните, както и възможността за лична изява в частна практика (12,7%). Възможност за материална осигуреност е посочена от по-малко от една десета от респондентите (9,5%). Според нашите данни, сравнително малка част от участниците в проучването разглеждат обучението си по специалност „Медицинска сестра” като възможност за завършване на някакво висше образование (6,3%), също толкова са избрали това, защото не са приети в друга специалност (6,3%), а за незначителна част то е примамлива възможност за живот в големия град (1,6%)(Фиг.7).




**Фиг. 7. Мотиви за избора на студентите да се обучават в специалност „Медицинска сестра“**

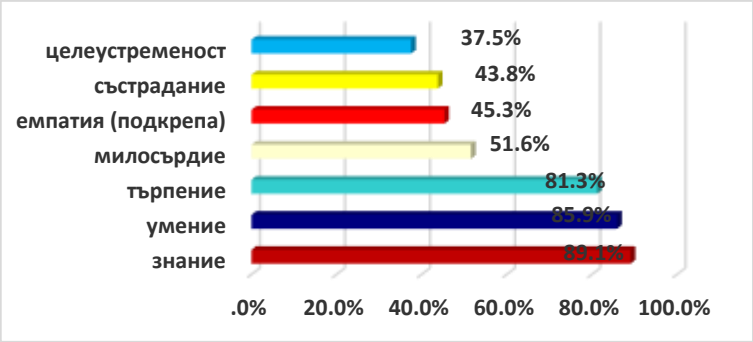
Мнозинството от студентите за направили самостоятелно избора си да се обучават по специалност „ Медицинска сестра” (82,8%), а останалите споделят, че решението им е съгласувано и с техните родители(Фиг.8).




**Фиг. 8. Избор за обучение по специалност „Медицинска сестра“**

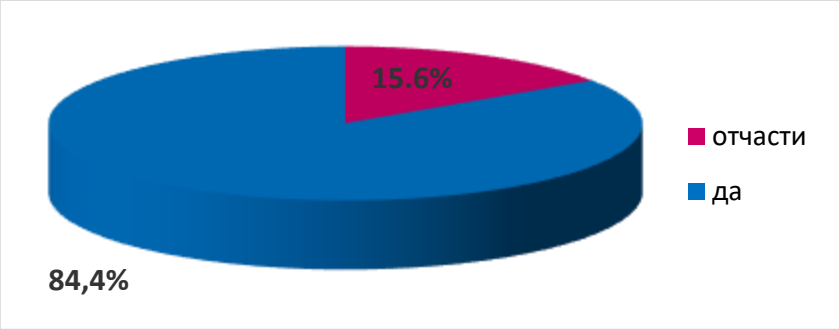
Всеки, избрал професията „Медицинска сестра”, поема върху себе си морален дълг да се придържа към задълженията, ценностите и добродетелите, на които се основава философията на сестринството [7,8,12]. Добродетелите определят личните качества, които трябва да притежава добрата сестра [7,12]. Редица автори, работещи по проблемите на сестринството привеждат доказателства относно необходимостта от професионалните и личностните качества на медицинските сестри за оказване на качествени здравни грижи [6,7,8,9].

В тази връзка за нас беше важно да изследваме доколко студентите първокурсници познават добродетелите, които трябва да притежава медицинската сестра. Голяма част от студентите потвърждават с отговорите си отлична информираност за необходимите добродетели, (черти от характера), които, трябва да притежава всеки, упражняващ професията „Медицинска сестра“, като посочват знание (89,1%), умение (85,9%), търпение (81,3%) и милосърдие (51,6%). Приблизително половината от участниците в нашето проучване считат, че медицинската сестра трябва да проявява емпатия (подкрепа) (45,3%) и състрадание (43,8%), а повече от една трета - целеустременост (37,5%) (Фиг.9).




**Фиг.9. Добродетели (черти от характера) необходими, според студентите, за упражняване на професията „Медицинска сестра“**

На въпроса „Считате ли, е притежавате гореизброените добродетели, (черти от характера), необходими за упражняване на професията „Медицинскасестра?“, мнозинството от студентите отговарят положително (84,4%). Посоченото твърдение индиректно потвърждава ясната преценка на първокърсниците от една страна за своите качества, а от друга за отговорен избор, почиващ на реална представа за професията(Фиг.10).




**Фиг. 10. Наличие на добродетели (черти от характера) у студентите, необходими за упражняване на професията „Медицинска сестра“**

Обект на нашето проучване бе и подготовката, която са придобили анкетираните по време на обучението им в средното образование и дали тя способства за придобиване на знания, свързани с бъдещата професия. Повече от една трета от респондентите са завършили непрофилирано учебно заведение, а по-малко от една трета имат профилирана подготовка по биология. Една пета от анкетираните са завършили Природо-математическата гимназия, което потвърждава факта за високо ниво на подготовка, което дава учебното заведение (Фиг. 11.).




**Фиг. 10. Наличие у студентите на профилирана подготовка, свързана с кандидатстване в МУ-Варна**

Резултатите от статистическия анализ доказват липса на статистически значима връзка между наличие на профилирана подготовка и избора на професията «Медицинска сестра от страна на студентите (p>0,05). Същевременно се установи пряка умерена корелационна зависимост между местоживеенето преди постъпване в МУ –Варна на студентите медицинските сестри и твърденията им за притежаваните от тях добродетели (Contingency Coefficient=0,430; p<0,001). Делът на потвърждаващите наличието на добродетели при жвеещите в областен и малък град е три пъти по-висок в сравнение с живеещите в малко населено място (село), което би могло да се дължи от една страна на по-висикаото самочувствие на първите, а от друга страна на по-високата самокритичност на респондентите от малките насесели места. Доказана се и права значителна корелационна зависимост между между пола на студентите медицински сестри и твърденията им за притежаваните от тях добродетели (Contingency Coefficient=0,575; p<0,001). Делът на жените, които декларират пълно притежание на добродетелите е два пъти повече, в сравнение с този при мъжете. Тези резултати биха могли да се обяснят с това, че добродетели като милосърдие, състрадание и емпатия са по-характерни за женската природа и именно поради това дълги годин професията «Медицинска сестра» е била феминизирана. Налице е и правопропорционална голяма корелационна зависимост между между възрастта на студентите и източниците на информация за професията «медицинска сестра» (Contingency Coefficient=0,794; p<0,001). Докато при получилите познания за сестринската професия от сайта на МУ – Варна делът е приблизително идентичен и при триите групи респонденти, то при получилите информация от семейството преобладават респондентите на възраст 20-29 г., а при информираните от приятели и познати превалират тези от възрастовия диапазон 40-49 години. Тези данни могат да дадат ценни насоки относно планирането нинформационните източници при провеждане на информационн икампании насочени ъм кандидат студенти.

**Резултатите от собствено проведеното проучване ни дават основание да направим следните изводи:**

1. Значителна част от респондентите са напълно информирани за професията „Медицинска сестра“(93,8%), като повечето от тях са получили информация от сайта на Медицински университет- Варна (57,8%), а приблизително половината от членове на семейството, приятели или познати (46,9%).
2. Основни мотиви при избора на професията „Медицинска сестра” за преобладаващата част от студентите са оказване помощ на хората (69,8%), успешна професионална реализация в България (55,6%), обучение в престижен университет (50,8%), положителни примери на медицински сестри, проявили висок професионализъм (44,4%) и успешна професионална реализация в чужбина(41,3%).
3. Изборът за обучение по специалност „ Медицинска сестра” е самостоятелен при голяма част от участниците в проучването (82,8%).
4. Мнозинството от студентите демонстрират отлична информираност за необходимите добродетели, (черти от характера), които, трябва да притежава всеки, упражняващ професията „Медицинска сестра“ и потвърждават, че ги притежават(84,4%).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Резултатите от настоящото проучване са свидетелство за целенасочен, обмислен и напълно осъзнат избор за професията „медицинска сестра” у болшинството от студентите, основан на достатъчна информация и себепознание. Избирайки своята професия, водени от дълбоко хуманни вътрешни мотиви, като желание за оказване на помощ и личностна реализация, медицинските сестри могат да дадат своя съществен

принос в общите усилия за опазване, поддържане и възстановяване на здравето на отделните личности, семейства и групи. Данните от настоящото проучване могат да послужат за разработване на стратегии за мотивиране, привличане и задържане на студентите медицински сестри и да бъдат начало на нови по-мащабни проучвания по въпроса, с оглед преодоляване на непрекъснато задълбочаващия се недостиг на медицински сестри.

**БИБЛИОГРАФИЯ**


1. Аспарухова П., Янкова Г., Владимирова Е. Мотивация за избор на професията „медицинска сестра“ при студенти във филиал „Проф.д-р.И.Митев“– гр. Враца, В., Science & Technologies , 2016; 1(6): 182-186.
2. БАПЗГ. Актуално от БАПЗГ. https://nursing-bg.com
3. Василева Н. Мотивация за избор, работа и кариерно развитие в сестринската професия, Дисертационен труд, София, 2014.
4. Велева Н., Грънчарова Г., Драганова М. Единния европейски пазар и българските медицински сестри. - Trakia Journal of Sciences, 2008; 6(2-4): 68-71.
5. Дойновска Р., Величкова Д., Тодорова Т. Мотивационни фактори за избор на професия „медициннска сестра“ и „акушерка““, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ, 2017; 56 (8.3): 55-59.
6. Йорданова Й., Грудева М. Мотивация за избор на професията медицинска сестра. Е-списание „Педагогически форум“, 2020; 2:69-75. DOI: 10.15547/PF.2020.016
7. Стамболова Ив. Философия на сестринството и добродетели на медицинската сестра. Сестринско дело, 2008; 40(1):13-16.
8. Стамова Кр. Мотивация за избор на професията медицинска сестра Scripta Scientifica Medica, Med ical University, Varna, 2011; 43 (7), 313-317.
9. Тончева, С., Борисова С. Образователни възможности за повишаване на компетенциите на медицинската сестра, Здравни грижи, 2006;4(4):12-17.
10. Чернецкая Н., Комолкина О. Мотивы выбора профессии медицинской сестры, Педагогический имидж, 2017; 4(37): 142-148. УДК 371.048.4
11. Cilar L., et al, What motivates students to enter nursing? Findings from a cross-sectional study, Nurse Education Today, Volume 90, 2020, 104463, ISSN 0260-6917, https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104463
12. International Council of Nurses. NURSES TOGETHER: A FORCE FOR GLOBAL HEALTH. https://icncongress2023.org › sites › 2022/07
13. Messineo, L., Allegra, M. & Seta, L. Self-reported motivation for choosing nursing studies: a self-determination theory perspective. BMC Med Educ, 2019; 19, 192. https://doi.org/10.1186/s12909-019-1568-0
14. WHO. Year of the Nurse and the Midwife 2020. https://www.who.int › Campaigns › Annual theme



**Адрес за кореспонденция:**
**Анна Георгиева,** Email: anngebg@gmail.com,
**Селин Реджеб,** Email: selinredjeb@abv.bg
гр. Варна, 9000 бул. „Цар Освободител” № 84 (сградата на Медицински колеж)
Медицински университет ”Проф. д-р Параскев Стоянов”- Варна,
Факултет по обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи“

# ПРЕДОПЕРАТИВНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ В УРОЛОГИЯ

**Полина Донева, Зюлейха Ахмед,**
**Методичен ръководител:гл. ас. Милена Нанкова**

*Медицински университет - Варна, Факултет Обществено здравеопазване, Катедра „Здравни грижи“ , УС „Медицинска сестра”*

**Резюме** : Много пациенти са в състояние да овладеят своята предоперативна тревожност, ако имат яснота не само замоментното им състояние, но и на това, което ще се случи по време на операцията и очакваните резултати. Медицинските сестри трябва да предоставят информация и отговори на въпросите, спрямо своите компетенции и позиция в хирургичното звено

**Целта** на проучването е чрез анонимната анкета е да се проучи мнението на пациенти относно предоперативни психологическите аспекти в урологията

**Материал и методи:** Използвани са анкетен метод на пациенти след оперативна интервенция в клиника по урология през периода м. юли- м. август 2022 година и документален анализ на литературни източници.

**Резултати и обсъждане:**

1. Най-голям дял от анкетираните пациенти са на възраст на 65 години. Преобладаващата част от пациентите са лица от мъжки пол, наблюдава се тенденция, че пацинетите над 65 годишна възраст, страдат повече от злокачествени заболявания на пикочоотделителната система, отколкото от инфекциозни болести.
2. Най-честите оплаквания, които предизвикват дискомфорт при пациентите предоперативно са кръв в урината (n=15), често нощно уриниране ( n=14), слаба уринна струя (n=14), парене или болка при уриниране (n=9).
3. По-голямата част от анкетираните са посочили,че психолпгическия им стрес е намалял,след като са получили нужната информация.
4. Повечето от пациентите са се успокоили, след като са получили информация относно метода на предстоящото им лечение.

**Заключение:**

В обобщение, участващите в анкетата са пациенти от мъжки пол, най-многобройни са над 65-годишна възраст. Те не са срещнали значителни проблеми свързани с получаване на достатъчно информация относно тяхнята диагноза и предстояща операция, което ги е накарало да са по-спокойни. По-голямата част от респондентите не са изпитвали чувство на притеснение след избора на метод на лечение.

***Ключови думи : урология, предоперативно, психологически аспекти***

**Въведение:**

Много пациенти са в състояние да овладеят своята предоперативна тревожност, ако имат яснота не само замоментното им състояние, но и на това, което ще се случи по време на операцията и очакваните резултати. Медицинските сестри трябва да предоставят информация и отговори на въпросите, спрямо своите компетенции и позиция в хирургичното звено (3)**.**

Препоръчително е да има достъпни информационни източници за пациентите и те да си набавят нужната информация - информационии брошури за подготовка на пациента в предоперативния период, за различните хирургични операции, за видовете анестезии, за ранния и късен след оперативен период.

Медицинската сестра трябва внимателно да наблюдава пациента и да разговаря с него, за да разграничи, личностните и поведенчески особености от задълбочаваща се

тревожност или депресия. И двете състояния са застрашаващи психиката и влияят негативно и на физическото състояние преди операция. Ако след разговор и наблюдение медицинска сестра забележи обезпокоително задълбочаване на безпокойството, е необходимо да уведоми лекуващия / дежурен лекар.

Пациентите често желаят да изразяват безпокойството си, за да се справят ефективно с него. Изследвания показват, че 70% от времето на човек на средна възраст преминава под някаква форма на общуване: писане - 9%, четене - 16%, говорене - 30% и слушане - 45% (1).

Според проучване на Рухаием и съавт. Свързано с предоперативни страхове на пациента (n=400) осемдесет и осем процента от тях са потвърдили, че са имали страх преди операцията. Първите три причини за техните страхове са страх от постоперативна болка (77,3%), страх от интраоперативно усложнение свързано с анестезията (73,7%) и страх от сънливост след операция (69,5%). Пациентите се страхуват по-малко от дренажи и манипулации свързани с игли (48%), от разкриване на лични проблеми под обща анестезия (55,2%) и от това да не се събудят след операция (56,4%) ()5).

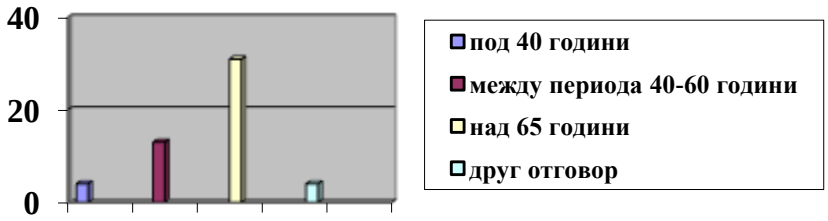
В зависимост от пола, възрастта, предстоящата операция и много други индивидуални особености на всеки пациент, не може да се определи точна формула, която когато се приложи с гаранция за успокоение предоперативно. Индивидуалния и холистичен подход към болните предоперативно трябва да бъде приложен от целия мултидисциплинарен екип във времето преди операция. Добрата комуникация е от съществено значение, особено ако тя е овладяна вербално и невербално. Въпреки това, в доклади има универсални препоръки за това как да се помогне на пациент със висока тревожност преди оперативна намеса:

- ✓ Информиране възможно най-добре относно заболяването на , предписаните терапии и хирургичното лечение. Пълното разбиране на процедурата, защо има необходимост от нея и как се прилага;
- ✓ Разбиране на предстоящата анестезия и потенциалните рискове от от нея;
- ✓ Тревожност породена от предишни оперативни интервенции и минал опит, може да бъдат преодоляни, чрез разговор с оператора, относно очакванията и ползата при извършване на операцията.
- ✓ Притеснения свързани с финанси- предварителна инфорнация за периода на заболяване и възстановяване;(6)

Целта на научното изследване е чрез анонимна анкета е да се проучи мнение на пациенти относно предоперативните психологическите аспекти в урологията. Участие са взели 48 пациента, в раннен следоперативния период при преглед в амбулаторни условия за периода м. юли- м. август 2022 година.

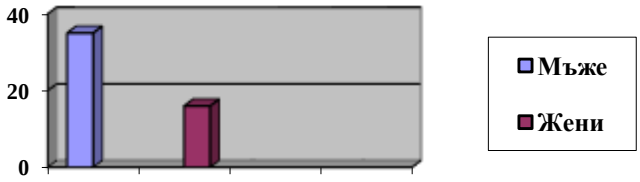
**Резултати и обсъждане:**

На фиг.1 е представен възрастовият диапазон на пациенти страдащи от урологични заболявания. Отговорите са разпределени в четири категории. Най-голям дял заемат респондентите над 65 години ( n=31), след тях са тези между периода 40-60 годишна вързраст (n=13), а останалите са под 40-годишна възраст или са посочили друг отговор ( n=4).



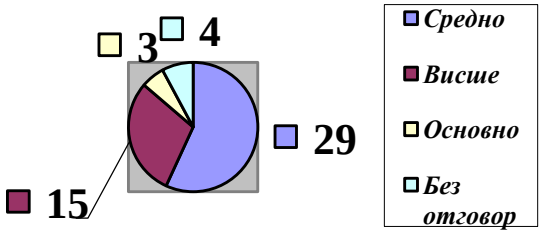

**Фиг 1. Възраст на пациентите**

Преобладаващата част от пациентите над 2/3 са лица от мъжки пол, със значима връзка между двата изследвани въпроса, че респондентите над 65 годишна възраст страдат повече от злокачествени заболявания на пикочоотделителната система, отколкото от инфекциозни. (фиг.2)




**Фиг 2. Разпределение по пол**

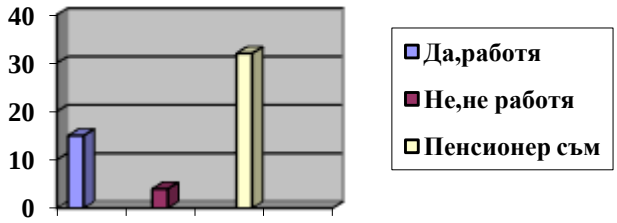
Един от факторите свързан с психологическите настрока на пациента в преди оперативна намеса е неговото образование. Най-голям дял заемат хората със средно образование (n=29), последващи са тези с висше (n=15) и едва 3-ма от пациентите са с основно образование (фиг.3).




***Фиг 3. Образование на пациентите***

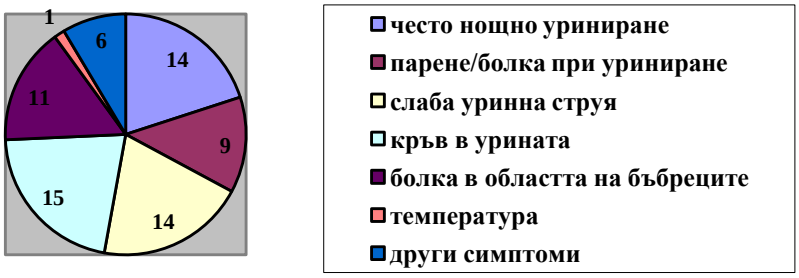
След операция възстановяването на пациентите отнема различно време. Множество са факторите, които влияят- урологично заболяване и стадия на развитие, възраст, придружаващи заболявания, соматични особеноости, психични, социоални и др.. Тревожността нараства съобразно това, дали човек работи и до колко е зависим от месечните си доходи. От изследваните пациенти преобладават хората са в пенсионна

възраст, а от тези в работоспособна възраст, по- голямата част са на работа. Следователно предоперативно предстоящата операция при повечето пациенти не е пряко свързана с намаляване или липса на доход. (фиг.4)




***Фиг 4. Заетост на анкетираните***

Един от най- честите симптоми при пациенти, за да потърсят консултация с уролог е проблеми свързани с уринирането. Изследвахме проблемите на респондентите, свързани с уринирането преди операция, които съответно им носят дискомфорт. Голяма част от тях са посочили, че страдат от наличие на кръв в урината (n=15), често нощно уриниране ( n=14), болка в областта на бъбреците ( n=11), слаба уринна струя (n=14), парене или болка при уриниране (n=9) (фиг.5).




***Фиг 5. Проблеми свързани с уринирането***

Комуникативните умения винаги са играли важна роля в лечебния процес. Към настоящия момент те придобиват все по-голямо значение при диагностиката, лечението и профилактиката както на физическото и психическото здраве, така и на личното и социалното благополучие.

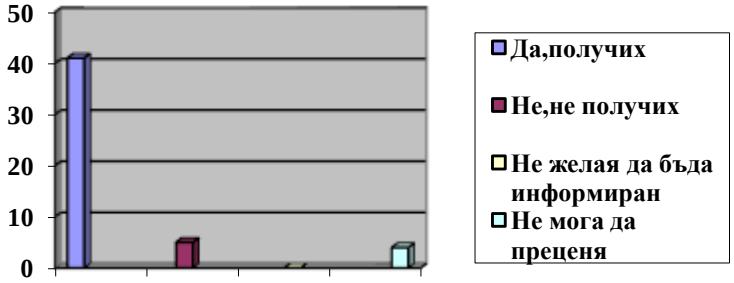
Комуникативният акт в здравеопазването започва с предоставяне на информация – професионална (между медицински специалисти) и информация, насочена към пациента и близките му (представена на достъпен език), която преминава през различни канали за информация (чрез възприятията и реакциите на пациента) (2).

Изследвахме според респондентите, получили ли са необходимата им информация относно диагнозата и предстоящата операция. Положително са отговорили почти всички пациенти n=41, от което можем да съдим, че екипа предоперативно притежава добри комуникативни умения (фиг.6).

Медицинската помощ включва не само добре изпълнена манипулация, провеждане на подготовка за изследвания, раздаване на медикаменти, провеждане на

хигиенни и специализирани грижи, но и личната грижа към човека, изразена в загриженост, съчувствие , внимание, емоционална топлота, зачитане и подкрепа.

Съществен елемент в работата на медицинския специалист е умението да общува: с пациентите и техните близки, с колегите, с членовете на мултидисциплинарния екип. Всъщност без ефективно общуване и доверие усилията на здравния професионалист няма да имат необходимия ефект, защото в комуникативния процес се обменя важна информация, изграждат се отношения на взаимно разбиране и партньорство (2).

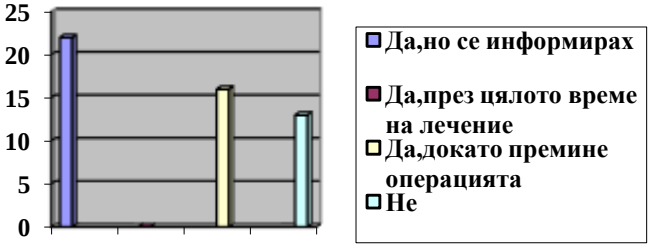



***Фиг 6. Получаване на необходимата информация преди операция***

Проучванията показват, че повечето хора не смятат, че разполагат с достатъчно информация преди операцията. В резултат на това мнозина не се чувстват уверени в решението, което са взели и може да имат съмнения. Количеството и вида информация, която пациентите искат, варира много според личността: някои хора искат да знаят какво точно ще се случи по време и след операция, други биха предпочели да им се каже какво ще видят и почувстват.

Наличието на достатъчно информация може да помогне да накара пациентитите да се почувстват по-сигурни. Знаейки какви други лечения са съществуват и как те се сравняват с планираната процедура. Не на последно място, всеки пациент има право да получи второ мнение от друг лекар – с други думи да го потърси за съвет и евентуално да бъде прегледан отново (4).

На фиг.7 е представена информация относно чувството за притеснение след избора на методи на лечение. По-голямата част от анкетираните са посочили, че притесненията им е спаднало,след като са получили нужната информация ( n=22), 16 респоденти са отговорили, че са изпитвали чувство на притеснение докато премине операцията, почти толкова са отговорили, че не са изпитвали никакво притеснение (n=13) и положително може да се отбележи,че нито един пациент не е изпитвал чувство на притеснение през цялото време на лечението.




***Фиг 7. Притеснение на пациентите предоперативно***

**Изводи:**

1. Най-голям дял от анкетираните пациенти са на възраст на 65 години. Преобладаващата част от пациентите са лица от мъжки пол, наблюдава се тенденция, че пацинетите над 65 годишна възраст, страдат повече от злокачествени заболявания на пикочоотделителната система, отколкото от инфекциозни болести.
2. Най-честите оплаквания, които предизвикват дискомфорт при пациентите предоперативно са кръв в урината (n=15), често нощно уриниране ( n=14), слаба уринна струя (n=14), парене или болка при уриниране (n=9).
3. По-голямата част от анкетираните са посочили,че психолпгическия им стрес е намалял,след като са получили нужната информация.
4. Повечето от пациентите са се успокоили, след като са получили информация относно метода на предстоящото им лечение.

**Заключение:**

В заключение можем да обобщим, че участващите в анкетата са пациенти от мъжки пол, най- многобройни са над 65-годишна възраст. Те не са срещнали значителни проблеми свързани с получаване на достатъчно информация относно тяхнята диагноза и предстояща операция, което ги е накарало да са по-спокойни. По-голямата част от респондентите не са изпитвали чувство на притеснение след избора на метод на лечение.

**Библиография**


1. Мирчева К. Комуникативни умения ефективно общуване, Стара Загора, 2012, 20-24rgery-anxiety-important-strategies/
2. Радева Св., Аспекти в развитието на клиничната комуникация в медицинската практика,Здравна икономика и мениджмънт, година 20, 2020 г., брой 1 (75), 18-26
Helping patients manage pre-surgery anxiety: Important strategies достъпно на https://onlinedegrees.bradley.edu/blog/helping-patients-manage-pre-surgery-anxiety-important-strategies/
4.InformedHealth.org [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. Before surgery: Getting information and making a decision. 2006 Feb 14 [Updated 2018 Feb 8]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279558/
5.Ruhaiyem ME, Alshehri AA, Saade M, Shoabi TA, Zahoor H, Tawfeeq NA. Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study. Saudi J Anaesth. 2016 Jul-Sep;10(3):317-21. doi: 10.4103/1658-354X.179094. PMID: 27375388; PMCID: PMC4916817.
6.Whitlock J. Understanding and Dealing With a Fear of Surgery, достъпно на https://www.verywellhealth.com/understanding-and-dealing-with-a-fear-of-surgery-3157204



Контакти :
гл.ас. Милена Нанкова, д.оз.,
Катедра “ Здравни грижи”
Факултет Обществено здравеопазване,
Медицински университет “ Проф. Д-р П. Стоянов”
E-mail: Milena.Nankova@mu-varna.bg

# ИНФОРМИРАНОСТТА НА УЧЕНИЦИТЕ ОТ 11-12 КЛАС, ОТНОСНО КОНТРАЦЕПЦИЯТА

**Дария Мартинова Червенкова, Михаела Лазарова Вълчева**
**Методичен ръководител: гл. ас. Радостина Жечева, д. оз.,**
*Медицински университет – Варна, Филиал Шумен*

**Резюме:** Контрацепцията, наричана още противозачатие и контрол на раждаемостта, представлява методи и средства, използвани с цел предотвратяване на бременност. Планирането, осигуряването и използването на средства за предпазване от забременяване се нарича семейно планиране. Безопасният полов живот, като използването на мъжки или женски презервативи, помага и за предотвратяване на инфекции, предавани по полов път. Методите за предпазване от забременяване се използват още от древността, но ефективните и безопасни методи стават достъпни едва през XX век. Методите за контрацепция включват бариерни методи, хормонална контрацепция, вътрематочни спирали, стерилизация и поведенчески методи. Те се използват преди или по време на полов акт, докато спешната контрацепция е ефективна до няколко дни след секс.

Някои култури умишлено ограничават достъпа до средствата за предпазване от забременяване, защото считат, че това не е желателно от морална и политическа гледна точка.

**Цел:** Да се проучи информираността на учениците от 11 и 12 клас – ППМГ "Нанчо Попович"-гр. Шумен и СУ "Васил Левски"- гр. Дулово, относно контрацепцията.

**Материали и методи:** Проведено е онлайн анонимно анкетно проучване на учениците от 11 и 12 клас- ППМГ “Нанчо Попович” – гр. Шумен и СУ ”Васил Левски” – гр. Дулово

**Изводи:** Не е достатъчна информираността относно контрацепцията сред младото поколение. Рискови фактори са: ранното започване на полов живот, неинформираност относно полово предаваните болести и последиците от тях.

**Ключови думи:** *контрацепция, информираност, ученици*

# THE AWARENESS OF THE STUDENTS FROM 11TH AND 12TH GRADE - ABOUT CONTRACEPTION

**Dariya Martinova Chervenkova, Mihaela Lazarova Valcheva**

**Scientific adviser: Ch. Assistant Radostina Zhecheva, D.**

*Medical University “Prof. Dr. P. Stoyanov ”- Varna, Shumen Branch,*

**Summary:**Contraception, also called contraception and birth control, fertility control, are methods and means used to prevent pregnancy. Planning, providing and using contraception is called family planning. Safe sex, such as the use of male or female condoms, also helps prevent

sexually transmitted infections. Methods of contraception have been used since ancient times, but effective and safe methods became available only in the twentieth century. Some cultures deliberately restrict access to contraception because they believe it is not morally and politically desirable.

**Aim:** To study the awareness of the students from 11th and 12th grade - PPMG "Nancho Popovich" - Shumen, Sofia University "Vasil Levski" - Dulovo

**Materials and methods:** An anonymous survey of 11th and 12th grade students - PPMG "Nancho Popovich" - Shumen, Sofia University "Vasil Levski" - Dulovo

**Conclusions:** Awareness of contraception among the younger generation is insufficient. Risk factors are: early onset of sexual activity, lack of information about sexually transmitted diseases and their consequences.

**Key words:** contraception, awareness, students

**Въведение:**

Контрацепцията, наричана още противозачатие и контрол на раждаемостта представлява методи и средства, използвани с цел предотвратяване на бременност. Планирането, осигуряването и използването на средства за предпазване от забременяване се нарича семейно планиране. Безопасният полов живот, като използването на мъжки или женски презервативи, помага и за предотвратяване на инфекции, предавани по полов път.

При юношите съществува по-голям риск от неблагоприятни последици от бременността. Цялостното сексуално образование и достъпът до контрацептиви намалява честотата на нежелана бременност в тази възрастова група. Макар и младите хора да могат да използват всички форми на предпазване от бременност, дълготрайните и обратими средства за предпазване от бременност като импланти, вътрематочни спирали и вагинални пръстени имат най-голяма полза в намаляването на честотата на нежелана бременност в юношеска възраст. След раждане на дете, жена, която не практикува изключително кърмене, може да забременее отново още след четири до шест седмици. Някои методи за контрацепция могат да се прилагат непосредствено след раждането, докато при други се изисква изчакване до шест месеца. При жените в менопауза се препоръчва предпазването от нежелана бременност да продължи една година след последната менструация.

Около 222 милиона жени в развиващите се страни, които желаят да избегнат бременност, не използват модерни методи за контрацепция. Използването на контрацептиви в развиващите се страни е намалило броя на смъртните случаи при майките с 40% (през 2008 г. са предотвратени около 270 000 смъртни случая) и би могло да предотврати 70%, ако се посрещне напълно нуждата от контрацептиви. Чрез удължаване на периода между отделните бременности, предпазването от бременност може да подобри изхода при

раждането и оцеляването на децата. В развиващите се страни, доходите на жените, техните активи, телесно тегло и образованието и здравето на децата им се подобряват при по-добър достъп до контрацептиви. Предпазването от нежелана бременност увеличава икономическия растеж, поради по-малкия брой деца, които трябва да се издържат, по-големия брой жени, които участват в работната сила и по-ниското потребление на дефицитни ресурси.

Методите за контрацепция включват бариерни методи, хормонална контрацепция, вътрематочни спирали, стерилизация и поведенчески методи. Те се използват преди или по време на полов акт, докато спешната контрацепция е ефективна до няколко дни след секс.

Най-ефективните методи са тези, които са с дълготраен ефект и не налагат постоянни посещения при лекаря. Хирургическата стерилизация, имплантируемите хормони и вътрематочните спирали са с процент неуспех през първата година. Другите методи като метода на отчитане на фертилните дни, презервативите, диафрагмите и спермицидите са с по-висок процент неуспех през първата година, дори и при идеална употреба.

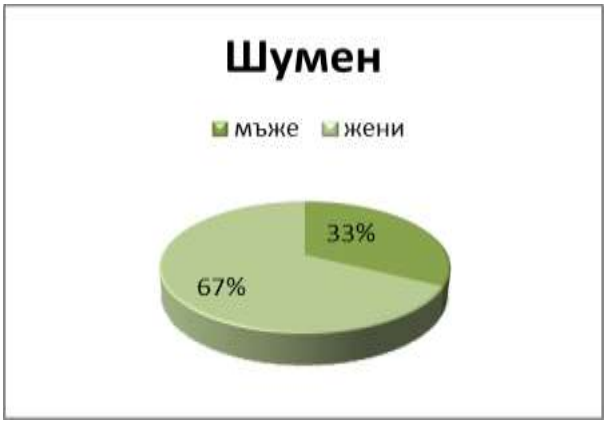
Макар и всички методи за предпазване от забременяване да имат някои неблагоприятни ефекти, рискът от това е по-нисък от риска от бременност. След спиране или премахване на доста методи за предпазване от забременяване, включително оралните контрацептиви, вътрематочните спирали и инжекциите. Смята се, че използването на контрацептиви в развиващите се страни е довело до намаляване на броя на случаите на смърт на майката с 40% (през 2008 г. са предотвратени около 270 000 смъртни случая) и е могло да предотврати 70% от смъртните случаи, ако са били посрещнати всички нужди за контрацепция. Тези резултати са постигнати чрез намаляване броя на непланираните бременности, които като последствие водят до опасни за здравето аборти и чрез предотвратяването на бременност сред жените с висок риск.

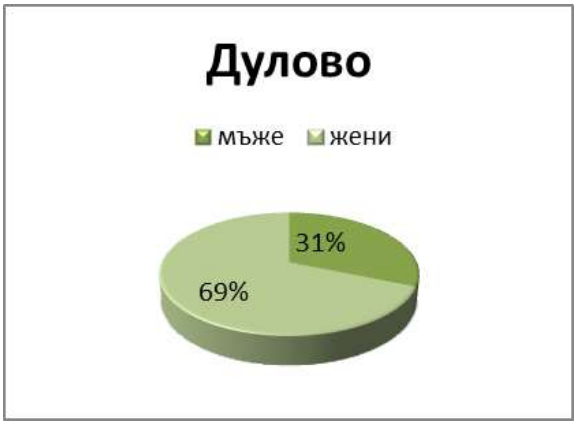
Бременността в ранна юношеска възраст и по-специално бременността сред по-младите тийнейджъри, крие по-висок риск от неблагоприятни последици, включително преждевременно раждане, ниско тегло на новороденото и детска смъртност. В Съединените щати 82% от бременностите при жените на възраст между 15 и 19 години са непланирани. Подробното сексуално образование и достъпът до контрацептиви са ефективни по отношение намаляване броя на случаите на забременяване сред тази възрастова група.

**Цел:** Да се проучи информираността на учениците от 11 и 12 клас – ППМГ "Нанчо Попович"-гр.Шумен, СУ "Васил Левски"- гр. Дулово относно контрацепцията

**Материали и методи:** Проведено е анонимно анкетно проучване сред 75 ученици от 11 и 12 клас- ППМГ “Нанчо Попович” – гр.Шумен, СУ ”Васил Левски” – гр. Дулово

**Резултати и обсъждане:** С оглед, информираността за контрацепцията на учениците бяха анкетирани общо 75 ученика, 43 ученика (57,3%) от ППМГ „Нанчо Попович “ - гр.Шумен и 32 ученика (43,7%) от СУ „Васил Левски “ - гр. Дулово. Проучването беше проведено през месец май 2022г.




**Фиг.1 Полова характеристика на анкетираните.**

Значителна част от анкетираните са жени и от двете населени места.

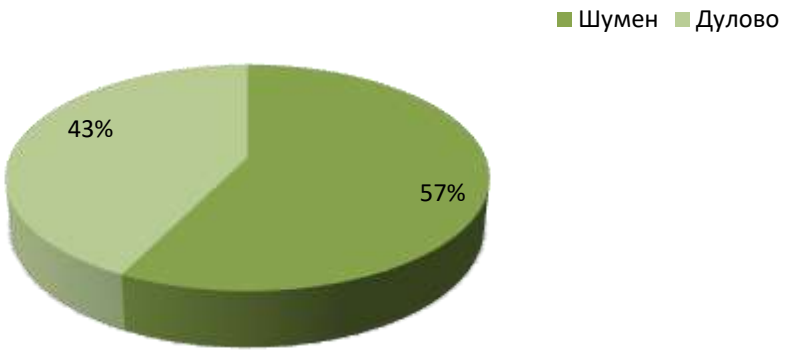






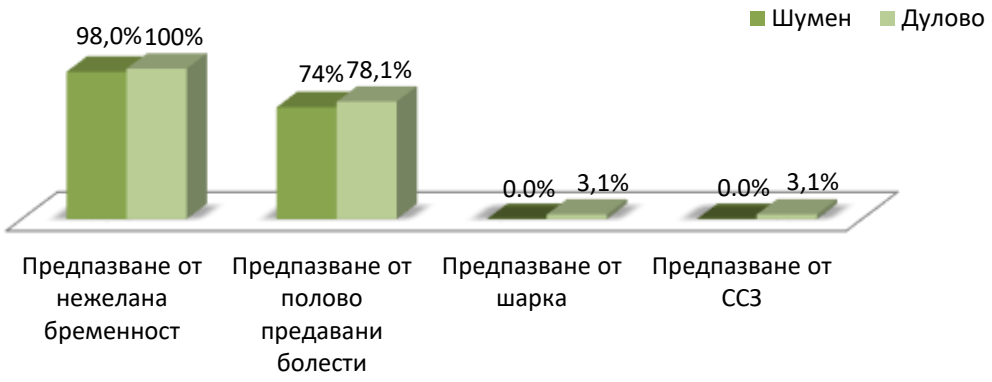
**Фиг.2 Възрастова характеристика на анкетираните**

При проведеното проучване сред анкетираните се установи, по-голяма активност има от 12 клас и от двете населени места.



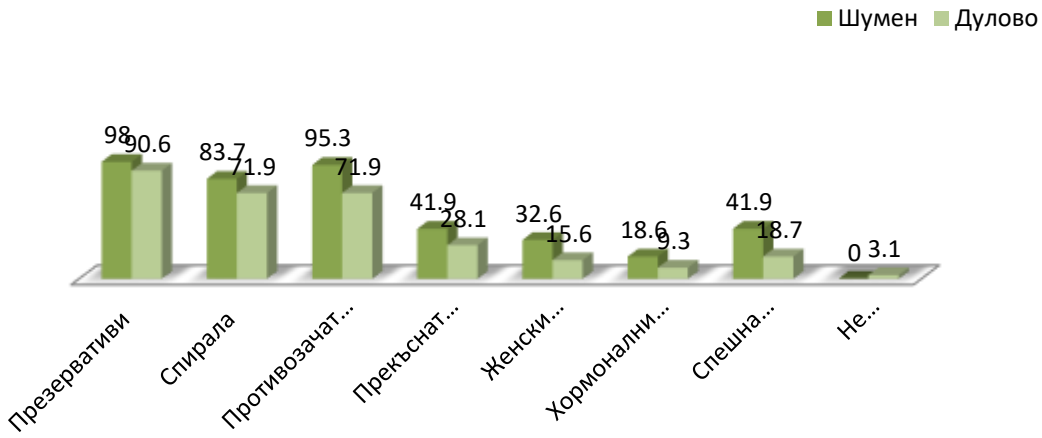

**Фиг.3 Населено място на анкетираните.**

Анкетираните ученици от гр.Дулово и от гр.Шумен са от 11 и 12 клас. Като 11 клас са 6 от гр.Шумен и 11 от гр.Дулово,а 12 клас са 35 от гр.Шумен и 23 от гр.Дулово.




**Фиг.4 Разбирания относно контрацепция на анкетираните**

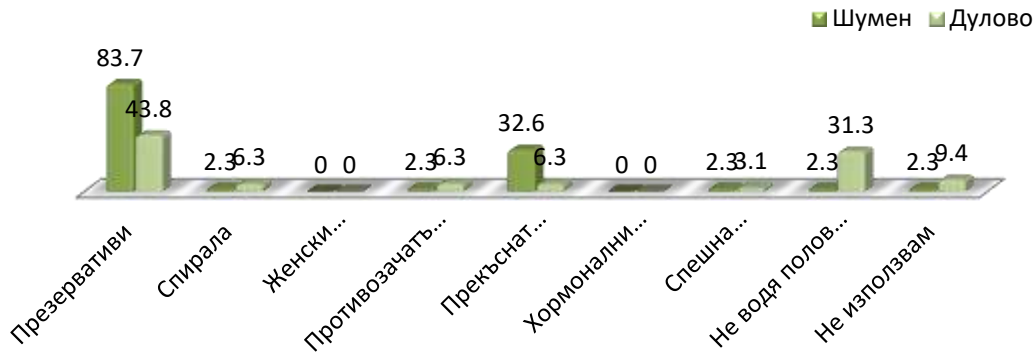
От проучването става ясно, че най-голяма част от учениците разбират предпазване от нежелана бременност, под думата "контрацепция". Друга част от учениците (74,4; 78,1%) разбират и предпазване от полово предавани болести чрез контрацепция.




**Фиг.5 Информираността относно видовете контрацепция на анкетираните.**

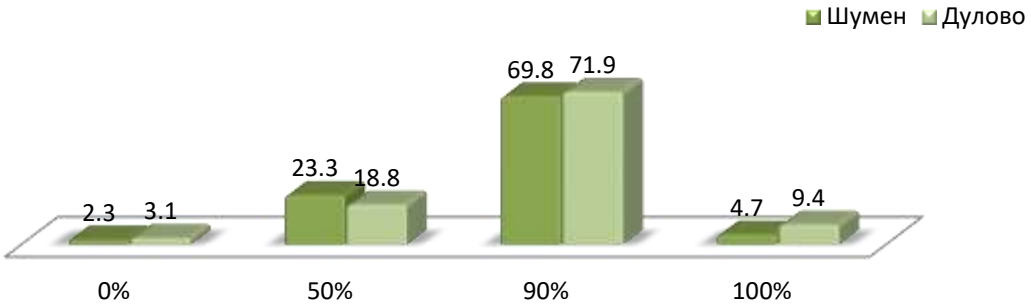
Презервативите са най-добре познатото средство за безопасен полов контакт, което учениците и от двете населени места познават (98%; 90.6%), следвани от противозачатъчни (95,3%; 71.9%) и спирала (83,7%; 71,9%).

.



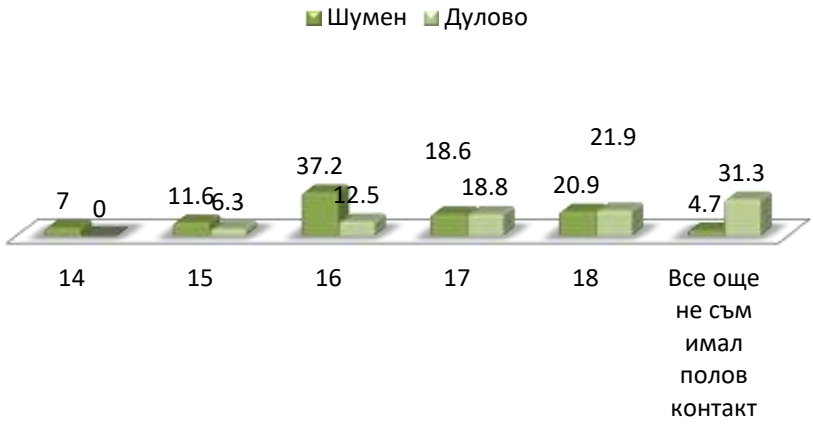

**Фиг.6 Използваните видове контрацептиви от анкетираните**

Не малка част от учениците и от двете училища се доверяват на контрацепцията чрез презервативи(83,7%; 43,8%), но има и такива, които не използват нищо.



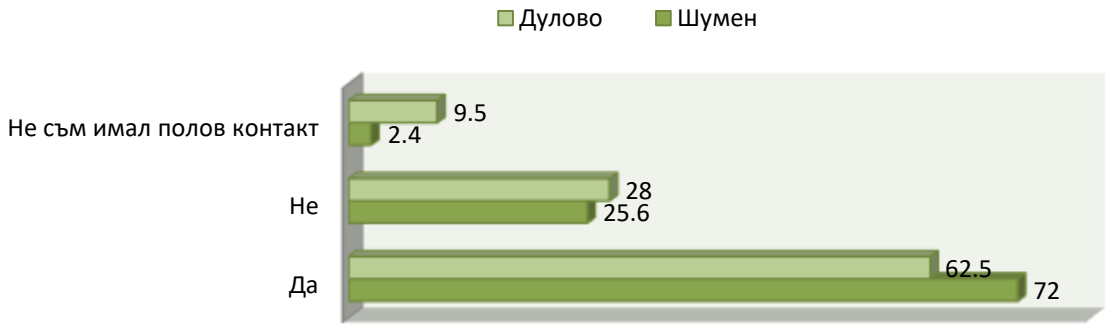

**Фиг.7 Мнението за сигурността при използването на контрацептиви сред анкетираните.**

Голяма част от анкетираните ученици и от двете училища не се доверяват напълно на контрацепцията, и са посочили, че предпазните мерки са 90% надеждни.



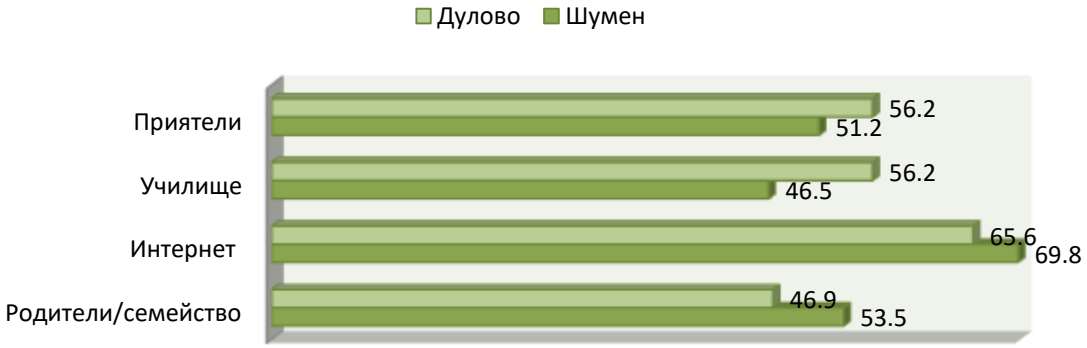

**Фиг.8 Възраст при първи полов контакт сред анкетираните.**

Най-голям процент от учениците от гр. Шумен са започнали да водят полов живот на 16-годишна възраст (37,2%), а в гр.Дулово най-голям процент не са имали полов контакт до тази възраст (31.2%)



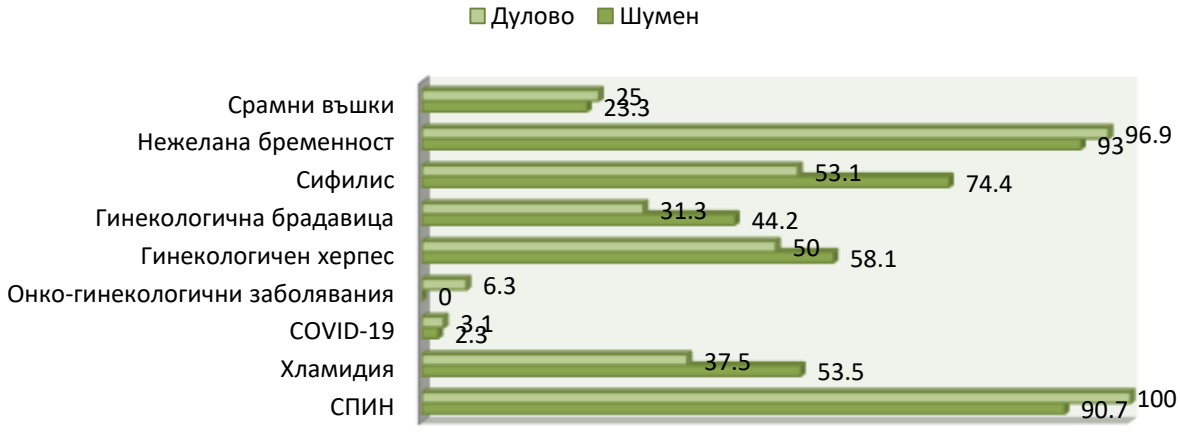

**Фиг.9 Използването на контрацептиви при първи полов акт сред анкетираните.**

И във двете населени места учениците от 11 и 12 клас са използвали предпазни средства при първият си полов контакт (72%; 62,5%).



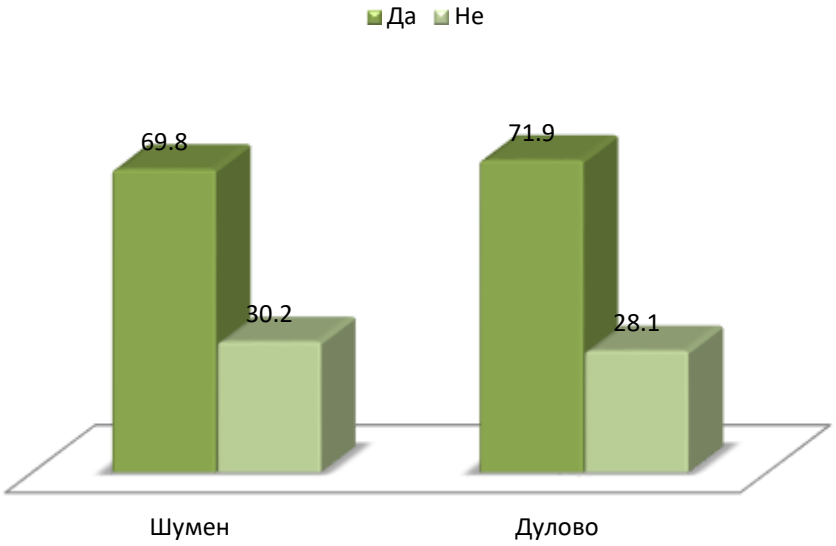

**Фиг.10 Източниците за информация относно контрацепцията сред анкетираните.**

Голяма част от учениците и от двата града са посочили за най-чест източник – интернет (69,8%; 65,6%), следван от информация от приятели (51,2% ; 56,2%) и родители (53,5%; 46,9%). Най-малък процент получават информация от училище (46,5% ;56,2%).



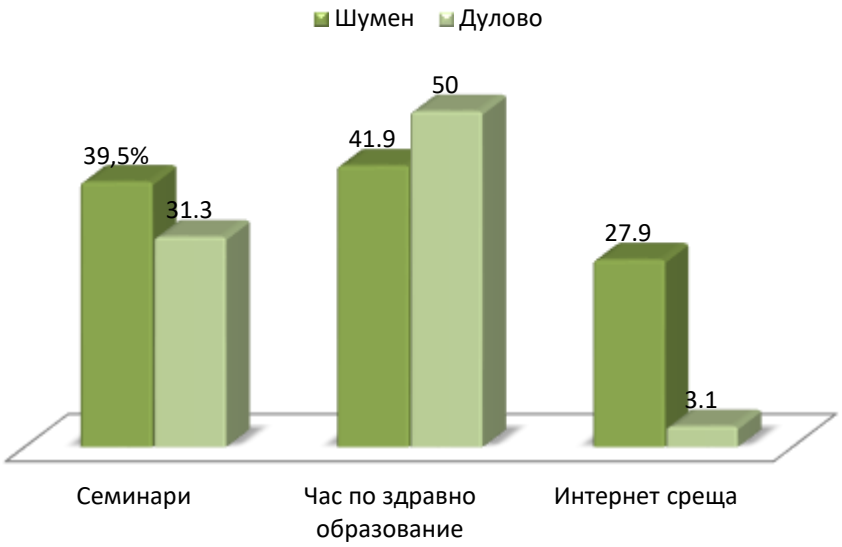

**Фиг.11 От какво предпазва контрацепцията според анкетираните**

Според участниците в анкетирането от двете населени места контрацепцията предпазва най-много от СПИН (90,7%; 100%) и нежелана бременност (93%; 96,9%), следвани от Сифилис (74,4%; 53,1%) и генитален херпес (58,1%; 50%).




**Фиг.12 Желание за допълнителна информация относно контрацепция сред анкетираните.**

По данните от проучването се вижда, че учениците и от двете населени места имат нужда и желаят повече информация (69,8%; 71,9%).




**Фиг.13 Желан източник за допълнителна информация за кантрацепцията сред анкетираните.**

Учениците желаят да получат повече информация чрез час по здравно образование (41,9%; 50%), следван от семинари (39,5%; 31,3%).

**Изводи:**

1. От проучването става ясно, че най-голяма част от учениците разбират предпазване от нежелана бременност, под думата “контрацепция”. Друг голям процент от учениците (74,4%; 78,1%) знаят, че контрацепцията е и предпазване от полово предавани болести.

2. Презервативите са най-добре познатото средство за безопасен полов контакт, което учениците и от двете населени места познават (98%; 90.6%), следвани от противозачатъчни (95,3%; 71.9%) и спирала (83,7%; 71,9%)

3. Не малка част от учениците и от двете училища се доверяват на контрацепцията чрез презервативи (83,7%; 43,8%), но има и такива, които не се пазят.

4. Голяма част от анкетираните ученици и от двете училища не се доверяват изцяло на контрацепцията, а са посочили, че предпазните мерки са 90% надеждни.

5. Най-голяма разлика има във възрастта в която е бил първият полов контакт на анкетираните. Учениците от гр. Шумен са започнали да водят полов живот още на 16-годишна възраст (37,2%), а в гр.Дулово най-голям процент все още не са имали полов контакт до тази възраст (31.2%)

6. Учениците желаят да получат повече информация чрез час по здравно образование (41,9%; 50%), следван от семинари (39,5%; 31,3%).

**Източници:**

1. Василев. Н., „Семейно планиране-наръчник за здравни специалисти“/ изд. Спектър 1999г.
2. Тошков К., „Методи на контрацепция“/ изд. Пулс 2003г.
3. https:// eskapelle.bg
4. https:// puls.bg

# ВЛИЯНИЕ НА ХРАНЕНЕТО ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ

**Г. Иванова, В. Велев, студенти втори курс, специалност „Акушерка“,**
**доц. д-р Р. Дойновска** - методичен ръководител

*Катедра „Здравни грижи“, ЮЗУ „Н. Рилски“ – Благоевград*

***Резюме:*** Здравословното хранене се свързва с подобряване на здравето през целия човешки живот и превенция на редица социално-значими заболявания. Физическата активност, здравето и качеството на живот са тясно свързани. Освен обективни критерии (ниво на здраве, благосъстояние, социален и професионален статус, битови условия и др.) са налице и субективни оценки на хората за това какво е качеството им на живот. Целта на изследването е да се анализира ролята на храненето като фактор за качество на живот. Проведено е анкетно проучване на самоопределели се като здрави лица, участници в рамките на Проект RP-A1/21 проведен в Катедра Здравни грижи, ЮЗУ „Н. Рилски“- Благоевград. Приложени са документален, статистически метод за обработка на въпросниците на участниците в проекта и графичен метод за представяне на резултатите. В проучването на случаен принцип са анализирани анкетните карти на 60 лица. Като рационален и здравословен определят стила си на хранене една трета от всички участници. По-малко от половината респонденти са определили като висока физическата си активност. Независимо от начина на хранене и физическата си активност над половината от анкетираните, във всички възрастови групи, определят като добро качеството си на живот, което за тях може да включва и други измерители за качество на живот. В някои от възрастовите групи получените резултати показват дефицит в знанията им за прилагане на физиологичните норми на хранене в съответната възрастова група.

***Ключови думи:*** *хранене, здрави лица, физическа активност, качество на живот*

P
South-West University "Neofit Rilski" Blagoevgrad
S
p
a
h
o
W
e
s
t
U
n
i
v
e
r
s
i
t
y
o
f
.
y

***Въведение:***

Здравословното хранене се свързва с подобряване на здравето през целия човешки живот и превенция на редица социално-значими заболявания. Балансираният и пълноценен начин на хранене осигурява на организма всички необходими хранителни вещества в правилни количества, целящ да допринесе за правилното развитие на организма и поддържане на неговите жизнени функции (1,6). При дисбалансирано хранене, прекалена консумация на високоенергийни храни, ниска двигателна активност се създават условия за увеличаване относителния дял на лицата със свръхтегло и затлъстяване, диабет, сърдечно-съдови и др. заболявания. От друга страна недоимъчното хранене, неадекватния хранителен прием водят до намаляване на имунитета и увеличават риска от инфекциозни заболявания особено при децата и по-възрастните хора (4,5). Физическата активност, здравето и качеството на живот са тясно свързани.

Заседналият начин на живот е рисков фактор за развитието на много хронични заболявания, включително сърдечносъдови заболявания, една от основните причини за смъртност. През последните години физическата активност сред децата и младите хора е заменена от дейности, които в по-голяма степен са свързани със заседяване (телевизия, интернет, социални мрежи). С напредването на възрастта е налице тенденция за намаляване възможностите за физическа активност (2). Начинът на живот на отделния човек се свързва и с качеството на живот. Качеството на живот е многомерно и широкообхватно понятие, използвано за оценяване благополучието на хората (3). Освен обективни критерии (ниво на здраве, благосъстояние, социален и професионален статус, битови условия и др.) са налице и субективни оценки на хората за това какво е качеството им на живот.

***Цел на изследването.*** Да се анализира ролята на храненето като фактор за качество на живот.
***Методи.*** Проведено е анкетно проучване на самоопределели се като здрави лица, участници в рамките на Проект RP-A1/21 проведен в Катедра Здравни грижи, ЮЗУ „Н. Рилски“- Благоевград. Приложени са документален, статистически метод за обработка на въпросниците на участниците в проекта и графичен метод за представяне на резултатите.

***Анализ на резултатите***

В проучването на случаен принцип са анализирани анкетните карти на 60 лица на възраст от 20 г. до 55 г. От тях 51,6% (n=31) са жени и 48,3% (n=29) са мъже. Най-голяма е възрастовата група на изследваните лица от 20 г до 35 г. - 53,3% (n=32), следвани от възрастовата група 46г. - 55г. - 21% (n=21) и най-малко са изследваните лица на възраст г. - 45г. -11,6% (n=7).
Като рационален и здравословен определят стила си на хранене 33,2% от участниците. Разпределението по възраст е следното: в най-младата възрастова група 31,3% (n=10), във възрастовата група 36-45 г. –28,6% (n=2) и във възрастовата група 46-55 г. - 38% n=8). Общо от изследваните лица 46,6% са се самоопределили, че се хранят нерационално, а 20% не могат да преценят какъв е стилът им на хранене.
На отговора на въпроса каква е тяхната физическа активност в трите възрастови групи част от респондентите са я определили като висока – 45% (n=27). Като средна я определят 25% (n=15) и като ниска – 30% (n=18).
Запитани как могат да определят телесната си маса спрямо изчислен ИТМ 45% (n=27, от тях 14 са жени и 13 са мъже) от анкетираните са с нормално тегло; 41,6% (n=25, от тях 14 са жени и 11 мъже) са с наднормено тегло и 13,3% (n=8, от тях 3 са жени и 5 са мъже) са с поднормено тегло. Почти половината от анкетираните 46,6% (n=28) споделят, че се движат недостатъчно. Независимо от начина на хранене и физическата си активност над половината от анкетираните (56,6%), във всички възрастови групи, определят като добро качеството си на живот, което за тях може да включва и други измерители за качество на живот.

***Изводи***

От анализа на получените резултати могат да се направят следните изводи:

- Една трета от анкетираните са определили начина си на хранене като здравословен;

- Почти половината от анкетираните са отбелязали, че се хранят нездравословно;
- По-малко от половината са с нормално телесно тегло;
- Една трета от анкетираните са определили физическата си активност като висока;
- Според получените резултати над половината от анкетираните определят като добро качеството си на живот, което за тях може да включва и други измерители и разбирания за качество на живот.

***Заключение***

Храненето е част от нашия живот. Разнообразното рационално хранене в голяма степен определя и нашия здравословен статус, нашето самочувствие, физическа и психическа активност. Редовната физическа активност спомага за намаляване на стреса и за поддържане на здравословно тегло. За придобиване на навици за здравословно хранене роля имат семейството, медицинските специалисти, за да се познават и спазват физиологичните норми за хранене и осигуряване на адекватен хранителен прием. Нездравословният модел на хранене значително допринася за рязкото увеличаване на честотата и тежестта на хроничните заболявания. Като цяло заседналият начин на живот се отразява на личното и социалното ни поведение. Резултатите показват отношението на анкетираните към собственото им здраве и най-вероятно дефицит в знанията им за прилагане на физиологичните норми на хранене в съответната възрастова група. Тема за размисъл представлява и субективната оценка за добро качество на живот при по-голямата част от анкетираните. Получените резултати в изследването не се различават от резултатите от национални проучвания върху хранителния статус на цялото население, които анализират връзката между здравословното рационално хранене, физическата активност и качеството на живот.

***Използвани източници:***


1. Насоки на ЕС за физическа активност, 2008, https://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_bg.pdf
2. Дичева, Я., И. Иванова, П. Каснакова, М. Бечева, М. Божкова, Здравословно хранене – модерният начин на живот, Сборник доклади, Научна сесия 75 години Медицински колеж, МУ – Пловдив, 2017
3. Цанова, Ц., Теоретико-методологични основи на понятието “Качество на живот” и развитието му като икономическа и социална категория, Списание „Диалог“, 2, 52-62, 2021
4. https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/zdravosloven-nachin-na-zhivot/hranene-i-metabolizm/preporki-za-zdravoslovno-hranene/
5. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/zdravoslovno-hranene-vazrastni.pdf
6. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/02/13/naredba1-22-01-2018-fiziologicni-normi-hranene-naselenie.pdf



**Адрес за кореспонденция:**

Гергана Иванова, студент втори курс, специалност „Акушерка“

Катедра „Здравни грижи“

ЮЗУ „Н. Рилски“ Благоевград

gery_ivanova84@abv.bg

# УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛКАТА ПО ВРЕМЕ НА НОРМАЛНО РАЖДАНЕ – РОЛЯ НА АКУШЕРКАТА

**Даниела Цветкова - студент**
Методичен ръководител **доц. Цвета Христова, дп**
*Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра Здравни грижи*

# PAIN MANAGEMENT DURING LABOR - ROLE OF THE MIDWIFE

**Daniela Tsvetkova** – student,
**Assoc. Prof. Tsveta Hristova, PhD**,
*University of Ruse “Angel Kanchev”, Department of Health Care*

***Резюме:*** *Всяка раждаща жена има право на информация за стратегиите и методите на обезболяване на нормалното раждане за да направи избор. Включването на майката във вземането на решения относно грижите, които получават ще постигне положително изживяване и удовлетвореност. Акушерката, като специалист по здравни грижи, който е най-близо да раждащата, има възможност да участва в прилагане на нефармакологичните методи за управление на болката. Представят се най-често използваните начини за обезболяване на нормално раждане с фокус ролята на акушерката. Предлага се алгоритъм за акушерка при подготовка и участие в провеждане на епидурална анестезия. Направен е изводът, че е необходимо продължаващо и надграждащо обучение за постигане на възможно най-добрите физически, емоционални и психологически резултати за жената и бебето.*

***Keywords:*** *акушерка, нефармакологични методи, родилна болка, епидурална анестезия, нормално раждане*

***Abstract:*** Every woman in labour has the right to information about the strategies and methods of analgesia for normal birth to make choices. Involving the mother in decisions about the care they receive will achieve a positive experience and satisfaction. The midwife, as the health care professional closest to the laboring woman, has the opportunity to participate in the implementation of nonpharmacologic pain management methods. The most commonly used ways to analyse normal labour are presented with a focus on the role of the midwife. An algorithm for the midwife in preparing for and participating in the administration of epidural anesthesia is proposed. It is concluded that ongoing and upgrading training is necessary to achieve the best possible physical, emotional and psychological outcomes for the woman and baby.

***Keywords***: midwife, non-pharmacological methods, labour pain, epidural anaesthesia, normal birth

## ВЪВЕДЕНИЕ

Болката, която жените изпитват по време на раждане е специфична, субективна, влияеща се от различни фактори - физиологични, психоемоционални и психосоциални фактори. Поради многофакторното определяне на родилната болка, съществуват различни стратегии и методи за справяне с нея. Условно те се разделят на

фармакологични (медикаментозни) и нефармакологични (немедикаментозни) техники. В практически план се използват комбинация на два или повече начини, в съчетание от двете групи. Методите са с различна успеваемост и отражение върху състоянието на майката и плода, както и с различен рисков потенциал. Всяка една манипулация в медицината и в частност в акушерството, носят определен риск и необходима полза. Точната преценка на медицинските специалисти, знанията, уменията и опита на екипа, в който има място акушерката, управляват успешно болката по време на нормално раждане.

Направен е теоретичен анализ на често използваните нефармакологични методи за управление на болката при нормално раждане и възможностите на акушерката да участва в тях.

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Всяка раждаща жена има право на информация за стратегиите и методите на обезболяване на нормалното раждане за да направи избор.

Факторите, оказващи влияние са:

- Психологично и физиологично състояние на родилката;
- Състояние на плода;
- Акушерски статус, период на родовия процес, продължителност;
- Налично оборудване и опит на екипа.

Решението за обезболяване на раждането взима водещият раждането.

В настоящия доклад се разглеждат методите на обезболяване, където има място акушерката.

*Нефармакологичните методи:*

- Психопрофилактика – състои се в обучение и подготовка на бременната за предстоящото раждане. Акушерката има нужните знания за провеждане на беседи, консултации, индивидуални разговори запознаващи жената с процеса на раждане, управление на родилната болка. С необходимата комуникация и в подходяща обстановка тя оказва емоционална подкрепа, фигура 1. (WHO, 2018).



**Фиг. 1. Психологична подкрепа от акушерка**

В препоръките на СЗО е отредено значимо място на грижата за майките. Активната информация към тях трябва да се предоставя с уважение, конфиденциалност, с използване на достъпна терминология съобразена с индивидуалните характеристики на жената. Раждащата трябва да има възможност за информиран избор и непрекъсната подкрепа от акушерска грижа (WHO, 2018).

- Обучение на бъдещите татковци да въздействат подкрепящо на раждащата.

СЗО поставя бащите като необходими участници в процеса на раждане, подкрепящи жената в родилната зала. „Партньорското раждане” става все по-популярно в развитите страни и САЩ. Проучванията показват, че подкрепата на бащата, партньора, по време на раждането има важно за бъдещата майка. Постига се намаляване нивата на

безпокойство при раждащата, по-малко болка, повече удовлетворение от преживяването, по-ниски нива на след родилна депресия (Dellman, 2004).

Партньорите могат да участват при подбора на подходящи пози за масаж, дихателните техники, с емоционална подкрепа (Simkin, 2010, 108).



**Фиг. 2. „Партньорско раждане“ за управление на болката**

- Дихателни техники – известни от древността, ефективни и безопасни

Специалистите в тази област съобщават, че е полезно да се практикува ежедневно дишане през носа и издишване през устата. Издишването трябва да бъде придружено с релаксацията на мускулите и заемане на удобна позиция. Подходящото дишане е ритмично и равномерно, за да се поддържа правилното съотношение на кислород и въглероден диоксид. Темпото на дишане влияе на състоянието по различни начини. Бавното темпо успокоява и отпуска, ускореното помага за мобилизиране на силите, събиране и получаване на допълнителна енергия ( Lothian, DeVries, 2010).

Методът Lamaze е известен със своите ритмични дихателни упражнения, които намаляват сърдечната честота, тревожността и усещането за болка по време на раждане. Според Lamaze International, основите на метода се основават на принципи, базирани на изследвания, наречени „Практиките за здравословно раждане на Lamaze“ (Lothian, DeVries, 2010).

- Използване на топка, фиг. 3. Чрез движенията върху топка се облекчава напрежението в таза и се стимулира раждането (Delgado, 2019)



**Фиг. 3. Използване на топка в родилна зала**

- Масаж и рефлексология.

Различни методи на рефлексологията могат да окажат обезболяващ ефект при нормално раждане. С нежни, масажни движения на ходилата и ръцете се стимулират енергийни полета в тялото. При въздействие на определени точки на тялото се оказва влияние на нерви със специфична възбудимост. Специалистите съобщават, че с обезболяващ масаж се управлява болката при раждане. На следващата фигура са изобразени подходящите места, гръб и външни тазови кости:



**Фиг. 4. Масаж на гръб и външни тазови кости (WHO, 2018)**

Подходящ е масаж в кръстната област, външните тазови кости, вътрешната повърхност на бедрата. С кръгови движения се масажира опашната кост, с палците на ръката - ямките на ромба на Михаелис (Vargens, 2013).



**Фиг. 5. Масаж на ромб на Михаелис (WHO, 2018)**

В подходящи ситуации се прилага масаж за предизвикване на друг вид болезненост за отвличане на вниманието от родовата болка.

Масажът върху перинеума по време на втори период на раждане може да окаже профилактично влияние за травма, епизиотомия и болката, особено на първораждащи жени. Чрез перинеалния масаж се постига еластичност на перинеума и меките тъкани в тази област, намаляване на напрежението около вътрешната страна на бедрата и корема, и подготовка на тазовото дъно за предстоящото раждане. Препоръчителното време за започване на масажа е 34-35 г.с. до термина. Използват се масла (кокосово, пшеничен зародиш и др.) ( Ugwu, 2018,



**Фиг. 6. Перинеален масаж**

Специалистите съветват за отпускане на перинеума и околните тъкани да се комбинира с диафрагмено дишане и упражнения за релаксация на цялото тяло.

Противопоказания:

- преди 34 седмици от бременността;
- със скъсяване на маточната шийка;
- с плацента превия или вагинално кървене през втората половина на бременността;
- проблеми с артериалното налягане по време на бременност
- с вагинална инфекция.

- Музикална терапия

В научната литература се срещат проучвания за влиянието на разнообразна музика и намаляване на болката по време на раждане. С класическа и любима музика се постигат приятни усещания и положителен ефект върху състоянието на жената (Христова, 2021). Доказани са доброто въздействие през първи и втори период на раждане от симфоничната музика, мелодия свързана с щастливи моменти и събития (Gucht, 2002).

- Хидротерапия – вана, воден душ, локално напръскване с вода.

Потапянето на тялото на раждащата във вана с топла вода притежава отпускащ ефект, физически и емоционално. Установено е, че стимулирането на терморецепторите потиска предаването на болковите импулси (Михайлова, 2021). Топлата вода намалява напрежението в раменете и гърба.



**Фиг. 7. Потапяне във вана на раждаща за намаляване на болката**

Възможно е прилагане на топли или студени компреси в определени части на тялото, гръб, корем, вътрешната повърхност на бедрата. На челото е подходящо поставяне на студен компрес.

Използването на нефармакологична аналгезия зависи главно от предпочитанията на жената, но също и от социално-икономически фактори, качество на пренаталните грижи и организация на грижите (Merrer, Chantry, 2020). Те са основа, върху която се изграждат техниките на медикаментозната аналгезия за постигане на адекватно и максимално безвредно обезболяване с цел повлияване на болковия праг. Приложението на фармакологичните методи зависи от механизма на самото раждане – по естествен път, чрез оперативно родоразрешение (секцио цезарея), дали е по спешност, или е планово. В акушерското обезболяване на раждащата жена се прилагат основно пудендален блок, епидурална и спинална анестезия. Златният стандарт при раждане – епидурална упойка за нормално и спинална за секцио (Смилов, 2002, Станчев, 2021).

При епидуралната анетезия анестетиците се въвеждат извън твърдата мозъчна обвивка (dura mater) в епидурално пространство. Те блокират един или повече сегменти на гръбначния мозък, над и под пункционното място. Облекчението на болката настъпва след минути до половин час. Благодарение на катетъра обезболяването може да е през цялото раждане, а дори и след това, като на определен интервал се подава нова доза. При тази упойка болката изчезва, но контракциите и напъните се усещат (Георгиев, 2015).

Предлага се алгоритъм при провеждане на епидурална анестезия с участие на акушерка. Той е подходящ за работещи акушерки и за студенти от специалност Акушерка.

***Примерен алгоритъм за акушерка при подготовка и участие в провеждане на епидурална анестезия***

1. Разяснява манипулацията и взема писмено информирано съгласие според компетенциите си. На пациентката е необходимо да се даде възможност да вземе информирано решение за обезболяване на раждането чрез епидурална анестезия.
2. Измерва артериално налягане и пулсова честота, регистриране в документацията.
3. Подпомага пациентката да заеме подходящо положение: ляво странично положение на тялото; коленете максимално свити към корема; привежда главата към гърдите; под главата се поставя висока възглавница.
4. Хигиенна дезинфекция на ръце, поставя ръкавици и стерилна маска.
5. Поставя венозен източник (при необходимост два източника);
6. Изпълнява назначените венозни вливания;
7. Подготвя стерилни ръкавици /подходящ размер/ за анестезиолога;
8. Подготвя необходимите принадлежности и сета.

9. Подготвя нужните медикаменти;
10. Асистира при подготовка и дезинфекция на пункционното място;
11. Фиксира покривния компрес;
12. Придържа пациентката в необходимата позиция;
13. Следи апаратните стойности на RR, сърдечна честота, дишане;
14. Извършва стерилна превръзка на пункционното място;
15. Фиксира катетъра по дължина върху гърба;
16. Отбелязва дата и час на поставяне на анестезията.

**Основни задължения на акушерката:**

- наблюдение на раждащата жена;
- осигуряване на проходим периферен венозен източник и подготовка на необходимите принадлежности и медикаменти;
- придаване на необходимото положение за вида обезболяване;
- асистиране на лекаря;
- спазване на правилата на асептика и антисептика;
- непрекъсната кардиотокография.

От акушерката в родилна зала се изисква познаване на този вид обезболяване. Техните задължения се свеждат до подготовка на необходимите принадлежности, инструменти и медикаменти, подготовка на родилката и придаване на необходимото положение, извършване на манипулации по лекарско назначение. адекватно асистиране, наблюдение на виталните показатели, следене на кардиотокографията (Сербезова, Колева, 2013). Акушерката трябва да следи маточната активност, състоянието на жената. Случва се, след подаване на упойката, раждащата да не може да даде адекватна информация за нивата на болката, понижава се артериалното налягане.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Включването на жената във вземане на решения за грижите, които получава по време на нормално раждане ще постигне положително изживяване и удовлетвореност от майчинството. Акушерката е специалистът по здравни грижи, който е най-близо да бременната и раждаща жена. Процесът на оказване на грижа придобива нови измерения, необходимост от нови познания. Управлението на болката по време на нормално раждане с прилагане на нефармакологичните методи изисква продължаващо обучение за акушерката, като член на медицинския екип.

**ЛИТЕРАТУРА**


1. Георгиев, С. (2015) *Теоритико-практическо ръководство по анестезиология и интензивно лечение,* АРСО
2. Михайлова, В. (2021) Водно раждане, модерно течение или новост в акушерството, през погледа на студенти от Русенски университет Ангел Кънчев, Научна конференция на Русенски университет, 6, (2), стр. 84 – 89
3. Сербезова, И., Г. Колева (2013) Задължения на акушерка/медицинска сестра при подготовка и участие на раждаща жена за епидурална анестезия, Научна конференция на Русенски университет, том 52 (8.3), стр. 62 - 67
4. Смилов, И. (2002) *Обезболяване в акушерството*, АРСО
5. Станчев, С. (2021) *Кратко ръководство по анестезиология и интензивно лечение,* Булгест Стандарт
6. Христова, Ц., (2021) *Специални акушерски грижи при нармална бременност,* наръчник за студенти акушерки, МЕДИАТЕХ-Плевен

7. Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S., & Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in clinical practice*, *35*, 92-101.
8. N. Van der Gucht et al. (2015). Women′s experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research, ELSEVIER, Midwifery, Vol. 31, Issue 3, Pages 349-358
9. Octavio M. C.Vargens, Alexandra C.V. Silva, Jane M. Progianti, Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view, ELSEVIER, Midwifery, Vol. 29, pp 99-106
10. Merrer, Jade, Chantry, Anne A., Khoshnood, Babak all. (2020) Determinants of the use of nonpharmacological analgesia for labor pain management: a national population-based study, PAIN, Midwifery School of Baudelocque, AP-HP, Université de Paris, Paris, FranceVol. 161, Issue 11, p 2571-2580 https://journals.lww.com/pain/Abstract/2020/11000/Determinants_of_the_use_of_nonpharmacological.14.aspx (Accessed on: 30. 09.2022)
11. Lothian J. A., DeVries C. (2010). The official Lamaze guide: Giving birth with confidence. 2nd ed. Minnetonka, MN: Meadowbrook Press [Google Scholar] (Accessed on: 30. 09.2022)
12. WHO (2018) Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=E1D08461735DAFD0F31C9CF13A336D33?sequence=1 (Accessed on: 30. 09.2022)
13. Simkin, P. (2010). *The Birth Partner*, Read How You Want, http://bitly.ws/vcx9 (Accessed on: 12.09.2022)
14. Ugwu, E. O., Iferikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., & Ozumba, B. C. (2018). *Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities*: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *44*(7), 1252-1258.

**Контакт:**
Даниела Цветкова, malechkova_4651@abv.bg
Доц. Цвета Христова, дп.: tshristova@uni-ruse.bg

## ХАРАКТЕРИСТИКА И ПСИХОЛОГИЧНИ ОСОБЕНОСТИ НА ДЕЦА СЪС СИНДРОМ НА ХИПЕРАКТИВНОСТ С ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕТО

**Станислава Павлова, Петя Христанова, Живко Жеков**
*Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Медицински университет - Варна*

## CHARACTERISTICS AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY SYNDROME

**Stanislava Pavlova, Petya Hristanova, Zhivko Zhekov**
*Department of Speech Therapy and Medical Pedagogics, Medical University of Varna*

**Резюме:** Синдромът на хиперактивност с дефицит на вниманието (СДВХ) е поведенческо нарушение, повлияващо когнитивните процеси и емоционално-волевата сфера при детето. Оказва влияние на междуличностните отношения с близките и връстниците. Наблюдава се тенденция към увеличаване броя на децата със СДВХ. Честотата варира, поради многофакторната етиология на нарушението. СДВХ се проявява със симптоми на невнимателност, хиперактивност и импулсивност. СДВХ се разглежда като свързано с възрастта разстройство, тъй като се открива в ранна детска възраст и се характеризира с промени в хода на живота. При децата с диагноза хиперактивност не се установяват дефицити в интелектуалното развитие. Установяват се предразположеност към повишена двигателна активност и нарушения в емоционалната сфера, като тревожност, внезапни промени в настроението, ниска самооценка, повишена чувствителност и т.н. Поставянето на диагноза СДВХ е продължителен процес, изискващ мултидисциплинарен подход. Ефективността на корекционния процес се определя от сътрудничеството и координацията между родител, дете и професионалист.

**Ключови думи: когнитивни процеси, емоционално-волевата сфера, поведение, междуличностни взаимоотношния, общуване**

**ABSTRACT**: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a behavioral disorder affecting the child's cognitive processes and emotional-volitional sphere. It affects interpersonal relationships with relatives and peers. There is a tendency to increase the number of children with ADHD. The frequency varies due to the multifactorial etiology of the disorder. ADHD presents with symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity. ADHD is considered an age-related disorder because it is diagnosed in early childhood and is characterized by changes over the course of life. No deficits in intellectual development were found in children diagnosed with hyperactivity. A predisposition to increased motor activity and disturbances in the emotional sphere, such as anxiety, sudden changes in mood, low self-esteem, increased sensitivity, etc., are established. Making a diagnosis of ADHD is a lengthy process requiring a multidisciplinary approach. The effectiveness of the correctional process is determined by the cooperation and coordination between parent, child and professional.

**Keywords: cognitive processes, the emotional-volitional sphere, behavior, interpersonal relationships, communication**

## ВЪВЕДЕНИЕ

Синдромът хиперактивност и дефицит на внимание (СДВХ) е житейски проблем за детето и неговото семейство. Често тези деца са възприемани като лошо възпитани. Поведението на децата, произтичащо от синдрома, води до нарушения в ежедневното функциониране и нормално социализиране (3). Основните прояви на синдрома са свързани с проблеми в концентрацията и устойчивостта на вниманието. Наблюдава се свръхактивност и импулсивност. Посочените проблеми трябва да се оценяват в съответствие с възрастта на детето и социалната среда (7). Родителите на деца с СДВХ срещат многобройни трудности, поради неправилното разбиране на проявите на детето. Възможно е някои родители да изключват възможността за емоционално-волево и поведенческо разстройство. Те приемат поведението на детето като проява на мързел, отправят непрекъснати забележки, с което засилват негативните реакции (3).

Синдромът на хиперактивност с дефицит на вниманието (СДВХ) е сложно мозъчно базирано разстройство, което включва както неврокогнитивни, така и

поведенчески затруднения като невнимание, хиперактивност, импулсивност, извън нормите за развитие, отразяващи се на личното, семейното и социалното функциониране (5,9).

### *Синдромът на хиперактивност с дефицит на вниманието - специфични поведенчески и психологически особености при деца*

През последните години се налюдава тенденция към увеличаване броя на децата с хиперактивно разстройство с дефицит на вниманието (4). Нивата на разпространение сред децата, юношите и възрастните могат да варират. В световен мащаб при деца и юноши честотата на СДВХ е между 5,29% и 7,1%, предвид многофакторната етиология на нарушението (5).

С дефинирането на проявите при СДВХ се занимават редица учени от началото на XXI век (3). Причините и рисковите фактори за СДВХ са неизвестни, но настоящите изследвания показват, че водеща роля имат генетичните фактори. Някои автори изучават и други възможни причини, явяващи се рискови фактори, като мозъчна травма, излагане на рискове от околната среда (напр. олово) по време на бременност или в ранна детска възраст, употреба на алкохол и тютюнопушене по време на бременност, преждевременно раждане, ниско тегло при раждане. Няма ясни доказателствата, че консумацията на твърде много захарни храни, гледане на телевизия, грешки във възпитанието са фактори за развитие на синдрома (20).

### *Прояви при Синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието*

СДВХ се проявява със симптоми на невнимателност, хиперактивност и импулсивност.

*I. Към симптоми на нарушено внимание при деца се отнасят прояви като (18):*

- ✓ Липса на внимание към детайли, наличие на грешки поради разсеяност в училищни или други дейности;
- ✓ Затруднение при концентрация на вниманието върху конкретна задача;
- ✓ Незаинтересованост в процеса на общуване;
- ✓ Неспазване на инструкции и недовършване на училищни или други задачи;
- ✓ Неорганизираност;
- ✓ Често избягване от включване в дейности, като задачи в училище или домашни зачи, изискващи продължителна концентрация и умствено усилие;
- ✓ Честа загуба на предмети, необходими за конкретни дейности (напр. играчки, моливи, книги и др.);
- ✓ Лесна разсеяност при наличие на странични стимули.

*II. Към симптомите на хиперактивност/импулсивност се отнасят прояви като (18):*

- ✓ Невъзможност за стоене в спокойно състояние, наличие на движения с тялото, ставане от стола;
- ✓ Извършване на действия като тичане, скачане, катерене на места, където не е прието да се извършват;
- ✓ Невъзможност за включване в игра;
- ✓ Продължителен период на движения без спиране;
- ✓ Логорея;
- ✓ Даване на отговор преди да е завършило задаването на въпроса;
- ✓ Не изчакване на ред;
- ✓ Прекъсване на другите (напр. по време на разговор или игра).

По МКБ-10 Хиперкинетичните разстройства са група разстройства, характеризращи се с ранно начало (обикновено първите 5 години от живота), липса на постоянство при дейностите, които изискват когнитивно участие, склонност към

прехвърляне от една дейност към друга, без да се завършва изцяло нито една от тях, съчетано с дезорганизирана, зле регулирана, прекомерна активност. Обичайни са нарушенията на когнитивните способности, а специфичното закъснение в двигателното развитие и речта е непропорционално често (14).

СДВХ се разглежда като свързано с възрастта разстройство, тъй като се открива в ранна детска възраст и се характеризира с промени в хода на живота, от ранна детска възраст до зрялост. Ако симптомите на хиперактивност, като правило, намаляват сами по себе си, когато детето порасне, тогава импулсивността и дефицитът на внимание продължават и служат за поява на неврози и социална дезадаптация. Анализът на възрастовата динамика на СДВХ показа два скока в проявата на синдрома. Първият се отбелязва на 5-10 години и е в периода на подготовка за училище и началото на обучението, вторият — на 12-15 години. Това се дължи на динамиката на развитието на висшата нервна дейност. Възраст 5,5 — 7 и 9-10 години са критични периоди за формирането на мозъчните системи, отговорни за умствената дейност, вниманието, паметта. Активирането на СДВХ на възраст 12-15 години съвпада с пубертета. Хормоналният скок се отразява в поведението и отношението към ученето. СДВХ често включва неврозоподобни, интелектуални и мнестични разстройства, както и такива психопатични прояви като повишена двигателна активност, импулсивност, дефицит на внимание, агресивност. Изследванията на емоционално-личностните характеристики на децата с СДВХ показват, че те се характеризират със слаба психоемоционална стабилност в случай на неуспехи, неувереност в себе си, ниско самочувствие. Често имат социални фобии, кокетност, опозиционно, агресивно поведение, склонност към престъпно и пристрастяващо поведение (4).

Според „Диагностичен и статистически наръчник за Психични разстройства“ на Амерканската психиатрична асоциация (DSM-V, 2013), диагностицирането се основава на наличието на поне шест от девет дългосрочни (с продължителност поне шест месеца) симптоми на невнимание, хиперактивност-импулсивност или и двете. За да бъдат взети под внимание, симптомите трябва да са се появили на възраст от шест до дванадесет години и да се проявяват в повече от една среда (например в дома, училище, работа). Симптомите трябва да са с продължителна изява и нетипични за съответната възраст и да има ясни доказателства, че те причиняват социални, училищни или работни проблеми (15).

Според DSM-V се разглеждат три прояви, които могат да се изменят във времето.

1. СДВХ предимно невнимателен тип се проявява със симптоми на лесно разсейване, забравяне, дезорганизация, лоша концентрация и затруднено изпълнение на задачите.
2. СДВХ, предимно хиперактивно-импулсивен тип се проявява с прекомерна тревожност и безпокойство, хиперактивност, трудности при изчакване и оставане в седнало положение, незряло поведение; може да има и деструктивно поведение.
3. СДВХ, комбиниран тип е комбинация от първите два подтипа (15).

При децата с СДВХ не се установяват дефицити в интелектуалното развитие, като някои от тях са с коефициент на интелигентност по-висок от средния. Хиперактивните деца са предразположени към завишена двигателна активност. Въпреки подвижността тези деца имат нарушена координация. Мускулите им не могат дълго да изпълняват статични опорни функции, поради което децата заемат различни нови положения и позиции. Те постоянно са устремени нанякъде и тласкани от нещо; имат излишна, трудно контролируема енергия. Непрестанно извършват ненужни движения с ръце и крака. Движенията са непохватни. В повечето случаи страда общата и фината моторика, лицевата експресия. Нблюдава се забавяне на психомоторното и речевото развитие, а в

училищна възраст - дисграфия, дислексия, дискалкулия. По данни на детски психолози 60-70% от децата със СДВХ са скрити левичари или амбидекстри (19).

При хиперактивните деца страда и емоционалната сфера. Те са тревожни, настроението им се променя внезапно, неспособни да изпитват удоволствие от каквото и да било. Също така имат по-ниска самооценка и повишена чувствителност. На фона на описаните негативни прояви, децата със СДВХ притежават множество положителни качества - мили, искрени, контактни, разговорливи, съобразителни, интуитивни, а понякога - щедри и великодушни. Добрите им страни проличават за кратко, защото прекомерната двигателна активност взема превес.

При проведено проучване сред ученици в начален етап, с въпросник („скала за оценка на нарушения на вниманието и прояви на хиперактивност и импулсивност" на Д. Микелсън), насочен към идентифициране на интензивността на тежестта на СДВХ при деца, и техниката "Шулте маса" за проучване стабилността на вниманието при децата, са установени значителни нарушения на вниманието, високо ниво на хиперактивност и импулсивно поведение, съпроводено с повишено психическо изтощение, в резултат на които ефективността на работата е намалена. Високото ниво на проявление на хиперактивност и импулсивно поведение се проявява в повишена раздразнителност, импулсивност, инконтиненция. Децата трудно се адаптират към новите изисквания на социалната среда, постоянно правят грешки поради невнимание, не завършват изпълняваните задачи, не могат самостоятелно да организират дейностите си. В емоционално-волевата сфера се установява повишена тревожност, неувереност, намален самоконтрол. Отчита се нестабилност в настроението, лошо контролиране на емоциите и трудности при адаптирането към новите условия. Характерни реакции са нетърпеливост, лесна възбудимост, свръхактивност, двигателно безпокойство, разсеяност. В междуличностната комуникация ученици от начален етап със СДВХ проявяват недоверие, безразличие, негодувание, негативизъм, егоцентризъм, умерена небрежност, безотговорност, не спазват установените социални норми. Преобладава самоутвърждаване, желание за лидерство и ниска устойчивостта на конфликти. Социометричният статус на децата с хиперактивност е намален, като 30% от децата са "предпочитани", 20% от децата са "игнорирани", 50% от децата са "изолирани" (4).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Поставянето на диагноза СДВХ е продължителен процес. Липсата на унифициран тест за диагностициране на синдрома може да затрудни оценката на състоянието. Прояви, като тревожност, депресия, проблеми със съня и някои видове обучителни затруднения, се наблюдават и при други състояния (7,20). Мултидисцплинарният подход включва различни дейности свързани с оценка на лична и фамилна анамнеза, медицински преглед, провеждане на медицински и психологически тестове и др. (20). Съществуват различни методи за психокорекционна работа със СДВХ свързани с музико-терапия, арт терапия, приказко-терапия, дихателни упражнения, автогенно обучение, дълбока мускулна релаксация, медитация-визуализация и др. Терапевтичното въздействие е съобразено с индивидуалните особености на детето, с тежестта и вида на нарушението, с възрастта, с нивото на интелектуалното развитие, с придружаващата симптоматика и др. Ефективността на корекционния процес е обусловена от сътрудничеството и координацията между родител, дете и професионалист (6).

**ЛИТЕРАТУРА:**


1. Альтхерр М., Берг Р., Вельфль А. и др., Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития, 2004.
2. Боянова, В., М. Станкова, Хиперактивност и дефицит на вниманието или какво да правим с неудържимото дете, С., 2005.

3. Дичева, Е. Детето с ХАДВ ( хиперактивност и дефицит на внимание) и неговото семейство. Управление и образование, ТОМ IV (3) 2008. 143-147.
4. Кузнецова, Л. Е. Психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, условия их психокоррекции. — 2016. — № 7 (111). С. 327-331. - 0: https://moluch.ru/archive/111/27644 / (получено: 28.09.2022).
5. Манова, М. Клинични и житейски промени при юношите и възрастните със СДВХ. Научна конференция с международно участие „интердисциплинарни логопедични практики“,04 – 06 Ноември 2016 г., НБУ, София, стр 113-117.
6. Манова, М. Терапевтично поведение при деца със СДВХ. Научна конференция с международно участие „интердисциплинарни логопедични практики“,04 – 06 Ноември 2016 г., НБУ, София, стр 118-122.
7. Станкова, М., Е. Тодорова, М. Димитрова, В. Василева, М. Мирчева. Методологии за работа с деца със СОП. Наръчник за учители и педагогически съветници. София. 2012.
8. Reddy, L. A. (2016). Child ADHD multimodal program: Use of cognitive-behavioral group play interventions. In L. A. Reddy, T. M. Files-Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), Empirically based play interventions for children (pp. 181–201). American Psychological Association.
9. Shalev L., Tsal Y., Mevorach C., (2007): Computerized Progressive Attentional Training (CPAT) Program: Effective Direct Intervention for Children with ADHD, Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence, 13:4, 382-388.
10. Tan T., Cheung W., (2008): Effects of computer collaborative group work on peer acceptance of a junior pupil with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Computers & Education Vol.50, 725–741.
11. U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs, Teaching Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Instructional Strategies and Practices. Washington, D.C., 2008.
12. https://cmrt.ru/zabolevaniya/golovnogo-mozga/giperaktivnost/#:~:text=Гиперактивность%20—%20это%20патологически%20повышенная,дефицита%20внимания%20и%20гиперактивности%20(СДВГ).
13. https://moluch.ru/archive/111/27644/?ysclid=l8lel2799z538488042.
14. https://srzi.bg/uploads/pages/Lechebni_zavedeniq/3.MKB_10/1_mkb_v1_part1.pdf.
15. https://wikibgbg.top/wiki/Attention_Deficit_Hyperactivity_Disorder#Diagnostic_and_Statistical_Manual
16. https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html
17. https://www.defectologiya.pro/zhurnal/psixologicheskie_osobennosti_detej_s_sindromom_deficzita_vnimaniya_i_giperaktivnosti,_usloviya_ix_psixokorrekczii/ /1/
18. https://www.dsm5.org
19. https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/ADHD
20. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd
21. https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315666860-41/children-attention-deficit-hyperactivity-disorder-linda-reddy-alexander-alperin

**Адрес за кореспонденция:**
гл. ас. Петя Христанова, д.п.
Медицински университет – Варна
ул. Марин Дринов 55 Варна 9000

*e-mail:*petqhristanova@yahoo.com

# ПОДХОДИ И МОДЕЛИ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

**Юлияна Георгиева**

*Катедра "Здравни грижи", РУ "Ангел Кънчев",*

# APPROACHES AND MODELS FOR THE DELIVERY OF MEDICAL CARE IN DIABETES

**Yuliyana Georgieva**

*Department of Health Care, RU "Angel Kanchev",*

**Резюме:** В последните години разпространението на захарния диабет придобива епидемични размери. Поради бързото си разпространение, ранната инвалидност и преждевременната смъртност, които причинява, той оказва сериозно въздействие върху икономическите и социални системи на всички страни.

**Цел:** Проучване на национални програми и стратегии за управление на Захарен диабет в държавите с изграден опит и утвърдени резултати.

**Методи:**

- Документален – за проучване на нормативни документи: стратегии, програми, закони, наредби, методически указания, свързани с обучението на пациенти със захарен диабет, за постигане на ефективно самоуправление на заболяването.
- Исторически – проучване на валидизирани инструменти за изследване на изучавания проблем.

**Изводи:** Въвеждането на интегриран модел на медицинска грижа с мултидисциплинарен подход и периодичното прилагане на структурирани обучителни програми постига ефективно самоуправление на ЗД, профилактира късните усложнения и повишава качеството на живот на пациентите.

Ключови думи: диабет, стратегии, медицински грижи, интервенционални програми, самоуправление

**Abstract:** In recent years, the prevalence of diabetes mellitus has reached epidemic proportions. Because of its rapid spread, the early disability and premature mortality it causes, it has a serious impact on economic and social systems in all countries.

**Objective:** To examine national programs and strategies for the management of Diabetes Mellitus currently with established experience and established results.

**Methods:**

- Documentary – to study normative documents: strategies, programs, laws, regulations, methodological guidelines related to the training of patients with diabetes mellitus to achieve effective self-control of the disease.
- Historical – survey of validated tools for researching the problem under study

**Conclusions:** The introduction of an integrated model of medical care and the application of a multidisciplinary approach achieves effective self-control of DM, prevents late complications and increases the quality of life of patients..

**Key words: diabetes, strategies, medical care, intervention programs, self-management.**

**Въведение**

Според СЗО, Захарният диабет представлява група метаболитни заболявания, характеризиращи се с хипергликемия, която е резултат от нарушение в инсулиновата секреция, инсулиновото действие и/или от двете заедно (World Health Organization**,** 1999).

Първите опити за описание на диабетно състояние датират от преди 3000 години в папируса на Еберс (1500-1300 г. пр. н. е.), където е записано състояние на "прекалено голямо изпразване на урина", сходно със захарния диабет (Encyclopedia Britannica, 2019).

Истинското разбиране за причината за ЗД идва през XIX век с откриване ролята на панкреаса. Развиват се и възможностите за успешно лечение.

За обучение на пациенти в САЩ говори още през 1922 година Елиът Джослин. През 1925 г. Р. Д. Лорънс обучава пациенти с диабет в Англия.

Първата програма за обучение на пациенти със захарен диабет е създадена от Ернесто Рома през 1926 година в Португалия. Той създава и първата пациентска диабетна асоциация в света (Василева, 2020)**.**

През 1979 г. е създадена първата Група за обучение при захарен диабет към Европейската асоциация за изучаване на диабета (ЕАИД). В нея се включват специалисти, които активно участват и обучават пациенти с диабет, в над 85 държави по света. Основната ѝ цел е разработването на подходи, средства и системи за обучение на пациенти и на медицински и здравни специалисти, полагащи грижи за хора с диабет (Standards of Medical Care in Diabetes, 2021).

**Цел на проучването**

Проучване на национални програми и стратегии за управление на ЗД в държавите с изграден опит и утвърдени резултати.

**Методи**

- **Документален метод** – за проучване на нормативни документи: стратегии, програми, закони, наредби, правилници за прилагане на нормативните документи, методически указания свързани с обучението на пациенти със захарен диабет за постигане на ефективно самоуправление на заболяването; мерки за постигане на амбулаторен нормогликемичен контрол; методи и форми за обучение на пациенти със захарен диабет в извънболничната медицинска помощ;
- **Исторически метод** – проучване на валидизирани инструменти за изследване на изучавания проблем.

**Резултати**

- Прилагане на интегриран подход с мултидисциплинарен модел за медицински грижи
- Опитът на Израел

В средата на 90-те години в Израел се установява, че за ЗД се генерират големи разходи, поради което най-големият здравноосигурителен фонд в страната приема 10-годишна Национална програма (НП) за превенция на диабета**.** Целта е постигане на промяна в нагласите на обществото за диабета, а при страдащите от диабет – за тяхното заболяване и състояние

До 2020 година в Израел се изграждат интегрирани центрове за лечение на ЗД на географски принцип. Те са свързващото звено между болниците, ендокринните и диабетните клиники и здравните фондове. В обхвата от дейности на тези центрове са включени:

- ✓ медицинска помощ за пациента в общността;
- ✓ интегриране на знания и обсъждане на случаи със специализираните клиники в общността;
- ✓ професионални съвети към семейните лекари;

- ✓ обучение и професионално ръководство за парамедици;
- ✓ участие в проекти за превенция на заболяванията в общността;
- ✓ обучение на студенти по медицина, лекари специалисти по вътрешни болести и ендокринология в областта на лечението на диабета;
- ✓ обучение на специалисти по здравни грижи.

Изгражда се бюджетна рамка за управление и финансиране на тези центрове, в която се включва и провеждането на научно-изследователска дейност, запазване на интелектуалната собственост, сътрудничество с академичните среди и други медицински области.

За определяне качеството на работа на интегрираните центрове, е въведена 10-точкова стандартизация.

- ➢ *Фаза А е фаза за превенция* (продължителност от 6 до 12 месеца). Обхваща всички лица на възраст над 40 години, които в два последователни лабораторни теста имат ниво на кръвна захар, на гладно, над референтните стойности.

Предоставя им се информационен лист с подробно обяснение за състоянието „преддиабет“ и последиците от него. Разработен софтуер изготвя автоматично предложение за промяна в установените навици на живот и координати на центровете за промяна в начина на живот, които фондът поддържа.

За целта НП предвижда в усилията си *за промяната в начина на живот лицата от рисковата група да се подпомагат от* предварително обучен *мултидисциплинарен екип* (треньори, преподаватели по физическо възпитание, диетолози).

В периода на тази фаза се прилагат интервенционални програми за обучение. След изтичане на периода се оценяват постигнатите резултати. При установен неуспех (повишена кръвна захар), лицето се включва в следващата фаза за установяване вида и типа на диабета и прилагане на лечение.

НП отделя специално внимание на арабската общност на територията на Израел чрез конкретно разписани правила. Взема се предвид организацията на живот според ислямските традиции и се включват излъчените общностни лидери, които разпространяват и агитират населението да се включи в действията по програмата. За целта се създава и Център за борба с диабета в арабското общество**.**

- ➢ *Фаза Б включва всички пациенти с диагностициран захарен диабет.*

В началото на лечението всеки пациент с диагноза ЗД преминава през алгоритмична програма за прегледи, със следните задължителни елементи:

- Преглед на пациента
- Изследване на HbA1c
- Изследване на кръвна захар

Прилага се алгоритъм за комплексно лечение от мултидисциплинарен екип – ендокринолог, диетолог, физиотерапевт, хирург, диабетна сестра, психолог и други медицински специалисти. Програмата за контрол на кръвната захар, промяна в хранителния режим и физически упражнения на всеки пациент е индивидуализирана. Вземат предвид конкретни параметри – общо състояние, хронични заболявания, възраст. Пациенти над 35 години със степен на затлъстяване, се насочват към коригираща хирургична интервенция за редукция на теглото (Национална програма за профилактика и лечение на захарния диабет).

По данни на Националния диабетен регистър, към 2019 година 6.5 % от населението на страната е с диагностициран ЗД. НП за превенция на диабета на Израел дава положителни икономически резултати за ранно диагностициране на диабета и навременната профилактика на хроничните усложнения (Национален диабетен регистър на Израел).

- Прилагане на мултидисциплинарен модел за медицински грижи

❖ Опитът на Съединени американски щати (САЩ)

От 1988 година насам Американската диабетна асоциация (АДА) изготвя Стандарти за медицински грижи при диабет, които се актуализират и публикуват ежегодно, в допълнение към януарския брой на Diabetes Care. Включват актуални препоръки, основани на доказателства за диагностициране и лечение на възрастни и деца с всички форми на диабет (American Diabetes Association).

➢ Стратегии на АДА за подобряване на системно ниво**:**

- Екипи за грижи – за осигуряване на медицински грижи за хората със захарен диабет, най-подходящи са мултидисциплинарните екипи, което улеснява и самоуправлението на заболяването.
- Телемедицина – дава по-широк достъп до грижи на пациентите с диабет.
- Поведение и благополучие – системен подход, включващ обучение и подкрепа в усилията за промяна в поведението и постигане на самоуправлението на диабета.

Според АДА, в медицинските грижи за пациентите с хронични болести, какъвто е и диабетът, трябва да се прилага мултидисциплинарният подход.

➢ Основните елементи в мултидисциплинарния подход в грижата за лицата със захарен диабет, според АДА, включват:

1. Пълна медицинска оценка с потвърждаване на диагнозата и класифициране на диабета.
2. Оценка на вече настъпили усложнения.
3. Преглед на предходното лечение и контрол на рисковите фактори при пациенти с установена диагноза.
4. Ангажиране на пациента при изготвянето на план за управление на настоящите грижи.
5. Изготвяне на план за продължителни грижи (American Diabetes Association).

В САЩ най-разпространените програми за медицинска грижа са „Medicare“ и „Medicaid“. За да ползват услуги по тези програми, пациентите трябва да имат медицинска застраховка.

Медицинското застраховане в страната е доброволно. Липсва стандартизиран основен пакет медицински и здравни услуги. Достъпността до медицински и здравни грижи в реалния им обем за голяма част от населението на страната намалява поради факта, че част от разходите за медицински дейности се заплащат от застрахованото лице (Петкова-Георгиева, 2019).

Според АДА, към 2019 година регистрираните лица със ЗД са 10.5 % от населението на САЩ. Всичко това се отразява върху профилактиката на хроничните усложнения на ЗД и постигането на ефективно самоуправление.

- Подходи и модели за медицински грижи, прилагани в Дания и някои европейски държави

В Дания и някои държави от ЕС на пациентите със ЗД се прилагат групови или индивидуални интервенционални програми за промяна в начина на живот. В Дания през 2017 година се създават пет диабетни центъра на географски принцип, с цел подобряване качеството на медицинските грижи и профилактика на усложненията (Йорегенсен, Амадид и Карстенсен, 2020:1).

В Национално клинично ръководство за ЗД са разгледани доказателствата за ефекта на програмите върху нивата на кръвната захар и липидния профил. Прилагат се и специфични интервенционални програми за обучение, насочени към особено уязвими групи, включително и етнически малцинства.

Интервенционалните обучителни програми са вменени на Общините, които ги изпълняват, чрез организиране на курсове за:

- Мотивация;

- Рехабилитация;
- Консултиране и даване на насоки за храненето и/или изготвяне на индивидуален диетичен режим;
- Консултиране за физическата активност и/или изготвяне на индивидуален план за двигателна активност с физическо натоварване.

Отчетените към 2019 г. данни показват, че 4.6% от датското население е диагностицирано със ЗД, от които 80% (241 425) са диагностицирани със ЗД тип 2.

- Подход и медицинските грижи за пациенти със ЗД в България

В нашата страна обемът на предлаганите медицински услуги и дейности се регулира от НЗОК. По данни от Регистъра на болните със ЗД, към 2019 г. в България са регистрирани 503 753 човека с диабет.

Медицински дейности на ОПЛ и лекарите-ендокринолози са вменени като задължения чрез договори между лечебните заведения и НЗОК и конкретно са разписани в приложенията към НРД, регламентирани от Наредба № 8 от 3.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. В наредбата не се предвиждат обучителни и/или интервенционални програми за постигане на ефективен самоконтрол и самоуправление на заболяването. Медицинските дейности са разписани според възрастта, типа на диабета, вида на прегледа (НАРЕДБА № 8 от 3.11.2016 г.).

От няколко години НЗОК въведе и провежда в извънболничната медицинска помощ специализирани програми по Управление на здравни приоритети, в които е включен и ЗД. В тези програми са разписани конкретните медицински дейности и консултации със специалисти на пациентите със ЗД.

Обучението на пациентите със ЗД е разписано в приложението за провеждане на диспансерно наблюдение от специалист-ендокринолог. Конкретно е указано, че в рамките на диспансерния преглед ендокринологът "Обучава пациента в самоконтрол, в спазването на необходимия хранително-диетичен и двигателен режим, обучава пациента за превенция на улцерации и инфекции на стъпалото". Не са разписани други медицински дейности за обучение с цел самоконтрол на заболяването (НРД за медицински дейности 2020-2022 г., Приложение 13).

**Изводи:**

1. Прилагането на интегриран модел на медицински и здравни грижи води до ефективно самоуправление на ЗД.
2. Мултидисциплинарният подход в медицинските грижи за лица със ЗД повишава самоконтрола на кръвната захар и профилактира хроничните усложнения.
3. Прилагането на структурирани интервенционални обучителни програми при пациенти със ЗД повишава нивото на самоконтрол на заболяването, профилактира късните усложнения.

**Библиографска справка**


1. Jøregensen, M. E., Amadid, H., and Carstensen, B. (2020), Diabetes demography, cardiometabolic risk factors, and acute-and chronic diabetes complications in a nationwide diabetes registry in Denmark, Steno Diabetes Center Copenhagen
2. Национален рамков договор № РД-НС-01-4 от 23 декември 2019 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г., Обн. ДВ. бр.7 от 24 Януари 2020г., изм. и доп. ДВ. бр.72 от 9 Септември 2022г.
3. Наредба № 8 от 3.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, Обн. ДВ. бр.92 от 22 Ноември 2016г., изм. и доп. ДВ. бр.48 от 28 Юни 2022г.
4. American Diabetes Association; 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: „*Standards of Medical Care in Diabetes—2021". Diabetes Care* 1

January 2021; 44 (Supplement_1): S7–S14. <https://doi.org/10.2337/dc21-S001 19.092022> (19.09.2022).
5. American Diabetes Association; „Standards of Medical Care in Diabetes—2021 Abridged for Primary Care Providers“. Clin Diabetes 1 January 2021; 39 (1): 14–43. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/cd21-as017> (21.09.2022)
6. Britannica, T. Editors of Encyclopaedia. "Ebers papyrus." Encyclopedia Britannica, August 7, 2019. <https://www.britannica.com/topic/Ebers-papyrus> (03.08.2022)
7. World Health Organization. (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (17.09.2022)
8. World Health Organization. (2019). Classification of diabetes mellitus. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182> (05.09.2022)
9. Василева, Биляна Димитрова, 2020, Морфологични и лабораторни особености при пациенти със захарен диабет и хронично бъбречно заболяване, <http://cml.mu-sofia.bg:8080/jspui/handle/10861/1763> (21.07.2022)
10. Петкова-Георгиева, С., (2019/11/11) „Сравнителен анализ на организацията и управлението на системите за обществено здравеопазване в България и САЩ“ Comparative analysis of the organization and management of the public health care systems in Bulgaria and the USA, <https://www.researchgate.net/publication/337167901_SRAVNITELEN_ANALIZ_NA_ORGANIZACIATA_I_UPRAVLENIETO_NA_SISTEMITE_ZA_OBSESTVENO_ZDRAVEOPAZVANE_V_BLGARIA_I_SAS_COMPARING_ANALYSIS_OF_THE_ORGANIZATION_AND_MANAGEMENT_IN_THE_HEALTH_CARE_INSURANCE_SYSTEMS_>(16.09.2022г)
11. Национален диабетен регистър, <https://usbale.org/wp-content/uploads/2020/04/Doklad_Diabetes_Reg_2019.pdf> (16.09.2022г.)
12. Национален диабетен регистър на Израел <https://www.health.gov.il/UnitsOffice/ICDC/disease_Registries/Pages/diabetes_reg.aspx,> (23.08.2022)
13. Национална програма за профилактика и лечение на захарния диабет <https://www.gov.il/he/Departments/publications/reports/diabetesnationalpla> (12.08.2022)
14. Национален рамков договор за медицински дейности за 2020 – 2022 г., Приложение № 13 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист" < https://www.nhif.bg/page/2055> (27.01.2022)

**За контакт:**
Юлияна Георгиева
E-mail: ygeorgieva@uni-ruse.bg

# УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА СЕЛЕКТИВНА КОРОНАРНА АНГИОГРАФИЯ (СКАГ)

**Ели Хаджидончева**
*СБАЛК „Медика Кор" ЕАД*

# COMPLICATIONS DURING SELECTIVE CORONARY ANGIOGRAFY

**Eli Hadzhidoncheva**
*SBALK "Medica Kor" EAD*
e.hadjidoncheva@abv.bg

Резюме: Златният стандарт за диагностиката на ОКС е селективната коронарна ангиография(СКАГ)

Предимството и пред неинвазивните методи е, че първо дава най-точна оценка за коронарната анатомия на пациента и второ, при наличние на сигнификантна стеноза на голям коронарен съд, причинена от нестабилна плака, диагностичната процедура може да премине в терапевтична и съответно животоспасяваща.

Когато сме наясно с всички усложнения, които могат да възникнат при СКАГ можем да реагираме своевременно, дори да ги избегнем.

Summary: Selective coronary angiography is the gold diagnostic standard for patients with acute coronary syndrome. The advantages over noninvasive cardiac imaging are, defining very accurately cardiac anatomy and provides the most accurate quantitative assessment of cardiac structure and hemodynamics, and also when there is a detection of hemodynamically significant coronary artery stenosis caused by plaque the procedure can be easily converted from diagnostic to therapeutic lifesaving procedure.

Considering all complications from this procedure they can be easily treated or even avoided.

**Проблеми с пункционното място:**

1. Кръвоизлив от пункционното място
2. Хематом
3. Образуване на псевдоаневризма
4. Кървене около феморалния интродюсер

**Алергична реакция от контрастното вещество**

Характеризира се със сърбеж, зачервяване, обрив по кожата, зачервяване и сълзене на очите, кихане, кашлица.



**Фиг. 1 Алергична реакция**

При предходни алергични реакции се провежда предварителна подготовка на пациента. Включва биологична венозна проба с 1 ml контрастно вещество с готовност за лечение на анафилоктоидна, токсична и алергична реакция.

Включва още подготовка с антихистаминови и кортикостероидни медикаменти.

**Контраст – индуцирана нефропатия (КИН)**

Остро настъпило бъбречно усложнение при СКАГ или друго изобразително изследване, при което се наблюдава сравнително бързо покачване на серумния креатинин с над 25% спрямо изходните стойности. Развива се до 48 часа след приложението на контрастно вещество и няма друга причина за остра бъбречна недостатъчност.

При високорискови пациенти КИН става все по-голям източник на заболяемост и смъртност.

**Аритмии:**

1. Камерни екстрасистоли
2. Брадикардия
3. Предсърдно мъждене/трептене
4. Камерна тахикардия
5. Камерно мъждене

**Камерни екстрасистоли**

Честа странична рекция при въвеждане на катетъра в лява или дясна камера. Обичайно не изискват лечение. Фиг. 2



**Фиг. 2 Камерни екстрасистоли**

**Брадикардия**

Възможна реакция при впръскване на контраст в дясна коронарна артерия. Фиг. 3

Възможно е преминаване спонтанно, след стимулиране на кашлица от страна на пациента или венозно приложение на атропин.




**Фиг. 3 Брадикардия**

**Предсърдни аритмии**

Предсърдното мъждене и/или трептене обичайно не изискват спешно мероприятия в катетеризационната лаборатория, освен ако не са свързани с хемодинамична нестабилност.



**Фиг. 4**

**Вазо-Вагална Реакция**

Включва хипотония, брадикардия, изпотяване.Често се получава по време на осигуряването на съдов достъп. Предразполагащи моменти са наличието на тревожност и болков стимул.

Овладяващите мероприятия вкрючват вливане на течности, приложение на атропин и обезболяване.




При регистрация на камерна тахикардия е необходимо незабавно разместване на катетъра, който е възможна причина за аритмията.

**Камерно мъждене**

Бърза и неправилна електрическа активност в камерния миокард с честота до 500 уд/мин, която води до моментално спиране на сърдечния дебит. Фиг. 5

Изисква се незабавна ресусцитация  и дефибрилация чрез електрошок.



**Фиг. 5 Камерно мъждене**

**Причини за настъпване на камерно мъждене:**

- Миокардна исхемия/инфаркт

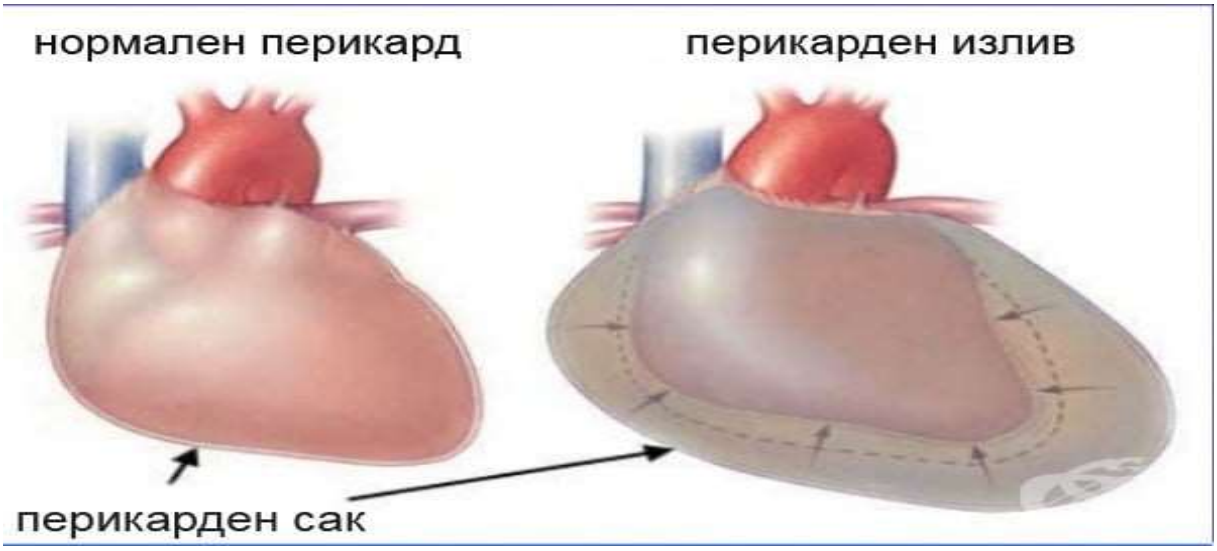
- Електролитни нарушения
- Кардиомиопатия (дилатативна, хипертрофична, рестриктивна)
- Гръдна травма (commotio cordis)
- При СКАГ - дълбоко интубиране на артерията с катетър
- Белодробна тромбемболия
- Синдром на удължения QT интервал
- Странични действия на медикаменти

**Перикардна тампонада**

Сърдечна тампонада представлява събиране на голямо количество течност или кръв в перикардния сак, което води до компресия на сърцето.

**Причини за перикардна тампонада:**

- тумори – на белия дроб, на гърдата, лимфоми
- перикардит – идиопатичен или вирусен перикардит
- уремия
- остър миокарден инфаркт
- нараняване на сърцето при травма
- инвазивни диагностични процедури на сърцето
- дисекираща аневризма на аортата
- бактериални инфекции на перикарда
- туберкулозен перикардит
- радиация
- хипотиреоидизъм




**Фиг. 6 Перикарден излив**

**Остро настъпилата тампонада се характеризира със следната класическа триада:**

1. Артериална хипотония – рязко понижаване на артериалното кръвно налягане до шок със студени, влажни крайници, намалено количество на отделяната урина до анурия
2. Повишено системно венозно налягане – изявява се с подути шийни вени, увеличен черен дроб, отоци, асцит
3. Глухи сърдечни тонове - прекордиални сърдечни пулсации не се палпират.



**Фиг. 8 Сет за перикардиоцентеза**

**Перкутанна перикардиоцентеза**

През кожата чрез специална игла дълга 20 cm се прониква в перикардния сак и се аспирира течността. След перикардиоцентеза пациентите трябва да се наблюдават за около 24 часа в интензивно отделение, тъй като често настъпват рецидиви на сърдечната тампонада.

**Литература:**

Проф. Д-р Младен Григоров, дмн, 2010г. Кардиология, Български кардиологичен институт

Проф. Иво Петров, доц. Ч. Шалганов, 2018г. Наръчник по електрокардиография, Дружество на кардиолозите в България.

## ОЦЕНКА НА НИВОТО НА ДИСТРЕС ПРИ БЛИЗКИ НА ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

**Мартина Иванова, Станислава Павлова**

*Клиника по медицинска онкология, УМБАЛ „Света Марина“, Варна*
*Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Медицински университет - Варна*

## DISTRESS LEVEL ASSESSMENT IN ONCOLOGICAL DISEASE PATIENTS'RELATIVES

**Martina Ivanova, Stanislava Pavlova**

*Medical Oncology Clinic, University Hospital Sveta Marina, Varna,*
*Department of Speech Therapy and Medical Pedagogics, Medical University of Varna*

**Резюме:** Според определението на National Comprehensive Cancer Network (NCCN) дистресът е многофакторно, негативно емоционално преживяване от психологически, социален и/или духовен характер. Може да повлияе негативно върху способността за ефективно справяне с онкологичното заболяване. Грижите за член на семейството, приятел или близък с онгокологично заболяване са свързани с подпомагане в ежедневните дейности и емоционална подкрепа. Оценката на дистрес при пациентите и техните близки е свързана с емоционална стабилност и подкрепа на поддържащото лечение.

**Ключови думи:** близки на пациент, онкологично заболяване, дистрес, здравни грижи, медицинска сестра.

**Abstract:** According to the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) definition, distress is a multifactorial negative emotional experience of psychological, social and/or spiritual charachter. It may negatively affect cancer survival. The cares for a family member, friend or relative with cancer are comprised of daily routine assistance and emotional support. Evaluation of distress in cancer patients and their relatives relates to their emotional stability and support levels diring threatment.

**Key words: relatives of a patient, oncological diseases, distress, health care, nurse.**

**Въведение:** Според определението на National Comprehensive Cancer Network (NCCN) дистресът е многофакторно, негативно емоционално преживяване от психологически (когнитивен, поведенчески, емоционален), социален и/или духовен характер, което може да повлияе негативно върху способността за ефективно справяне с онкологичното заболяване, произлизащите от него физически симптоми и лечение (12). Всеки пациент, който е диагностициран с онкологично заболяване, независимо от стадия и вида му, който провежда лечение или има симптоми, преживява определено ниво на дистрес (1, 2, 3). На този етап съществува проблем с идентификацията на пациентите с дистрес, както и с осигуряването на адекватна психосоциална помощ поради недостатъчната подготовка на екипите, които обслужват онкологично болните, липсата на информация, както и страха от контакта със специалисти, които се занимават с психологични или психиатрични проблеми (4). Дистреса, депресията и психиатричните разстройства варират в зависимост от редица фактори: локализация, стадий, пол, етническа принадлежност и възраст на пациента (5,6). Високите нива на дистрес са свързани с повишено страдание, по-ниско качество на живот, трудности при вземане на решения, непридържане към лечението, неудовлетвореност от медицинските грижи, допълнителни посещения в спешното отделение и лекарските кабинети, както и извънредни хоспитализации (7,8). Бариерите пред онкологичните медицински сестри при идентифициране на дистрес при пациенти с рак или сред техните близки са свързани с липса на време и ресурси, знания и липса на уединение, за да се разговаря с пациента или неговите близки за потенциалния им дистрес (9,10,11).

**Цел:** Да се проучи и оцени нивото на дистрес на близки на пациенти с онкологични заболявания

**Материал и метод:** Използвани са теоретичен анализи, Дистрес Термометър според препоръките на NCCN, статистически методи за обработка на получените резултати. В проучване са включени 200 близки и роднини на пациенти с онкологични заболявания, хоспитализирани в Клиника по медицинска онкология към УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна.

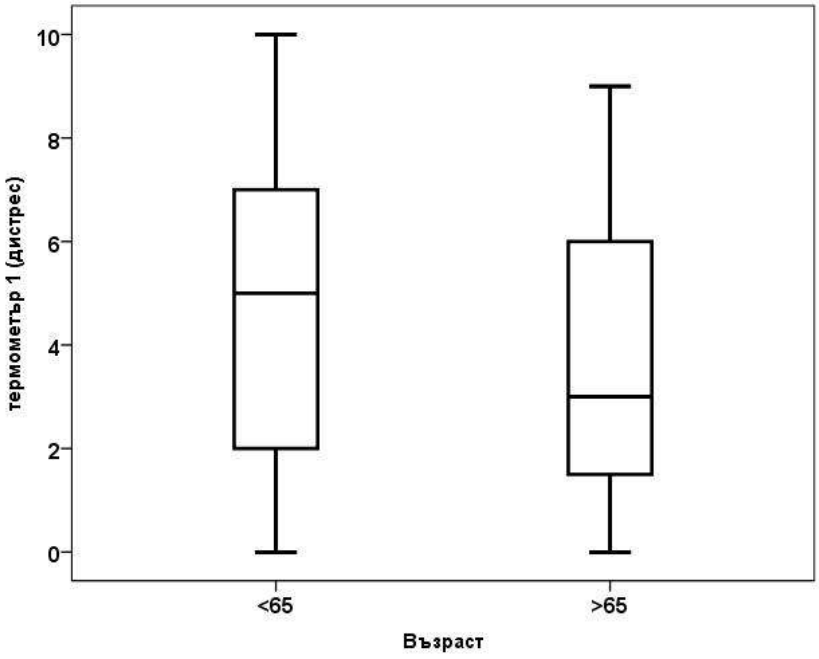
Анализ и обсъждане: Подкрепата на пациента от неговите близките е важна част от лечебния процес. Поставянето на онкологична диагноза може да звучи безнадеждно

както за пациента, така и за близкото му обкръжение. Близките на пациента в повечето случаи изживяват тежко мисълта за безнадеждно протичащото заболяване на техния близък. Близките, също както пациента търсят съвети и подкрепа от срана на медицинския екип. В някои случаи медицинската сестра, в процеса на разговора, съветва близките на пациента, в рамките на своите компетенции, за помощта и подкрепата които могат да окажат. Така близките на пациенти с онкологични заболявания стават важна част от лечебния процес. Разбирането от медицинските сестри за съпътстващите емоции у близките на пациента, би подпомогнало професионалната им дейност. Емпатийното общуване осъществявано от медицинската сестра е значимо, тъй като характерът на заболяването предизвиква значителни нарушения в психиката, отрицателни емоции, чувство за безнадеждност, безсилие, объркване не само на при болния, но и при неговите близки.

За оценка на степента на дистрес сред близките на пациенти с онкологични заболявания е използван Дистрес Термометър според препоръките на NCCN. Сравнителният анализът на нивото на дистрес бе направен на базата на няколко показатели, като възраст, семейно положение, населено място на живеене и др.

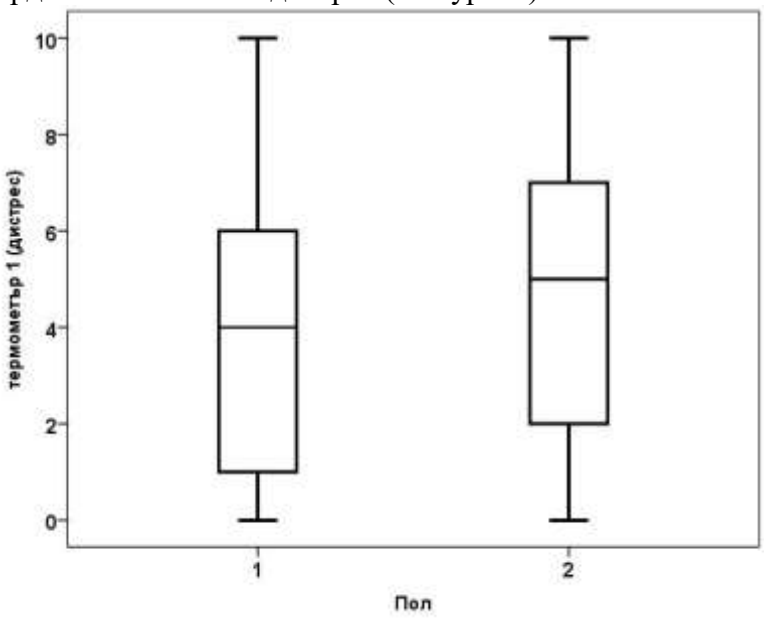
Думата „рак“ предизвиква силни емоционални чувства не само за пациента, но и за неговите близки. Оценката на нивото на дистрес покаказва, че анкетираните близки на пациенти с онкологични заболявания са с високо ниво на дистрес (n=116, 58%). С ниско нивото на дистрес са 42 %, n=84 от анкетираните.

По-голямата част от близките на пациента, попадащи в нашето проучване са на възраст под 65 години (82.5%, n=165) следвани от лицата над 65 годишна възраст (17.5%, n=35). По-задълбочен анализ на резултатите показва, че това в коя възрастова група попадат близките няма връзка с нивата им на дистрес**.** Според Mann-Whitney анализа на данните няма значима разлика в нивото на дистрес при близките под 65г. в сравнение с анкетираните над 65г. (p=0.31). Box plot графиката, показва нивата на дистрес при близки на пациенти под 65г. и над 65г. На абсцисата е показана възрастта, а на ордината нивото на дистрес на близките (Фигура 1).




***Фигура 1. Сравнителен анализ на нивото на дистреса, според възрастовата група на близките на пациенти с онкологични заболявания.***

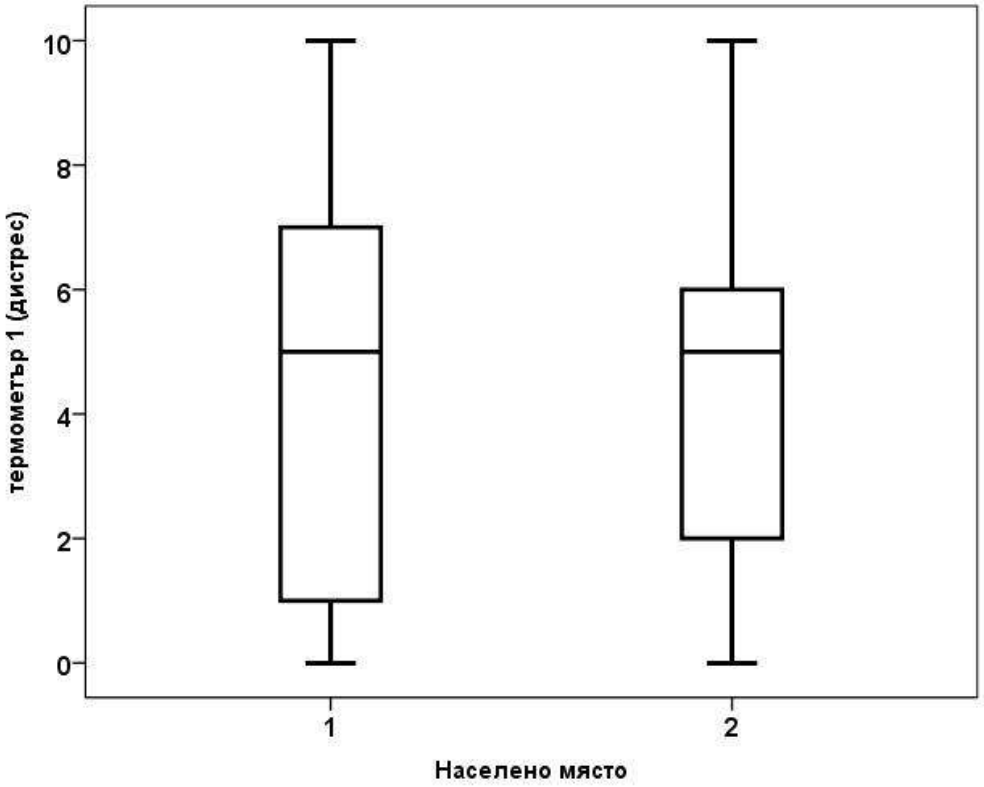
Разпределението по пол сред близките на пациента, участвали в нашето проучване, показва, че жените преобладават (55.5%, n=111), в сравнение с мъжете (n=89, 44.5%). Данните показват, че няма разлика в нивата на дистрес при родините от женски пол и мъжки пол (p=0.17). Box plot графика, представя нивата на дистрес при близки от женски и мъжки пол, като на абсцисата е илюстриран мъжки пол (1) и женски пол (2) на родините, а на ордината нивото на дистрес (Фигура 2 ).




*Фигура 2. Сравнителен анализ на нивото на дистреса, според пола на близките на пациенти с онкологични заболявания.*

Грижите за член на семейството, приятел или близък с онгокологично заболяване, може да означава не само подпомагане в ежедневните дейности, но и периодичното посещение при лекуващия лекар и в онкологичния център. Значима част от професионалната дейност на медицинската сестра е да подпомага близките в координирате на различни услуги и да им предлага емоционална подкрепа. Необходимо е насърчаване и на близките на пациента да полагат грижи за себе си, за да могат активно да подпомагат лечебния процес.

Нивото на дистрес на близките на пациентите бе оценено и според местоживеенето им. По-малък дял от общата група респонденти живеят в гр. Варна (48.5%, n=97). Живеещите в населени места извън гр. Варна (села, общински и областни градове) са повечето от анкетираните роднини (51.5%, n=103). Нивото на дистрес при близките живеещи в други населени места е сигнификантно по-високо в сравнение с живеещите във гр. Варна (p=0.03). Фигура 3, показва разпределението на близките на пациенти с онкологични заболявания, според по местоживеене им. На абсцисата е изобразено местожителството, а на ордината нивото на дистрес на родините. Mann-Whitney анализ показва сигнификантна разлика в нивото на дистрес при пациентите живеещи във Варна (1) и тези извън Варна (2) (p=0.03).

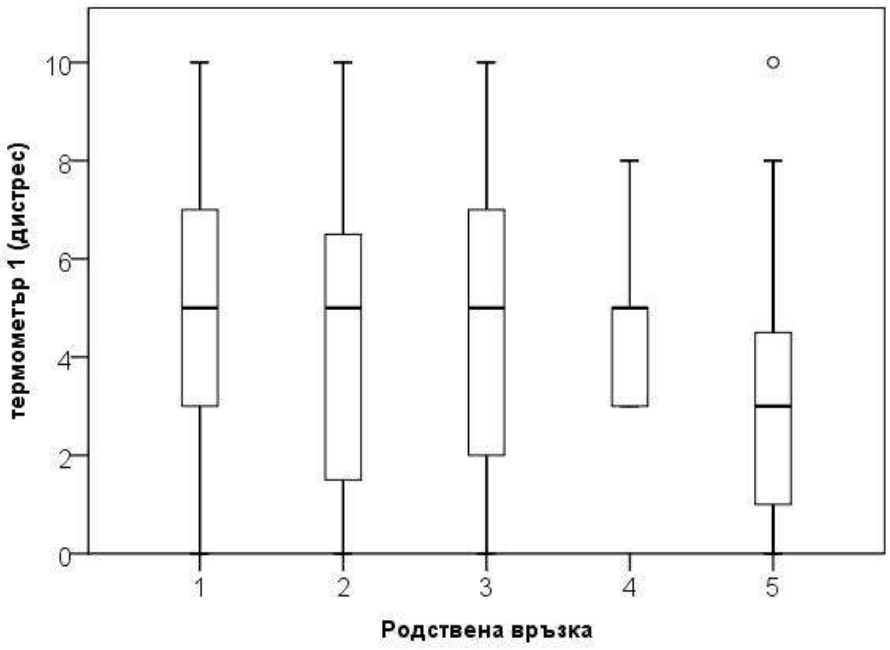



*Фигура 3. Сравнителен анализ на нивото на дистрес, според местоживеенето на близките на пациенти с онкологични заболявания.*

Отдалечеността от лекуващият лекар или онкологичната клиника, възможността за бърза и адекватна помощ при необходимост, умение на семейството да се справи само са възможности причини за повишени нива на дистрес.

Диагностицирането с онкологично заболяване води до промяна в начина на живот както на пациента, така и на най-близките му хора. Болестта води до промяна в някои навици, приоритети и планове за бъдещето. Затова е добре пациента и близките му, да продължат с обичайното си ежедневие, колкото е възможно, за да не вредят на психичното си здраве като се обременяват с мисли за болестта.

Медицинската сестра би могла да подпомогне семейството чрез повишаване на знания на близките за значимостта на запазване и продължаване на ежедневните дейности. Подкрепата от страна на близките е важна част от борбата с болестта и ефективността на лечението. Анализирането на данните показа, че онкологично болните са придружавани най-често от своите съпруг/а (43.5%, n=87) или от децата си (42.5%, n=85). По-рядко са съпроводени от брат/сестра (4.5%, n=9), майка/баща (3.5%, n=7) или друг далечен роднина (n=12, 6%). При анализът на получените данни не бе установена зависимост между родствената връзка и нивото на дистрес сред близките на пациентите (p=0.57). На фигура 4. е представено разпределението на близките на пациенти с онкологични заболявания, според родствената връзка с пациентите. На абсцисата е илюстрирана родствената връзка в пет групи /1 майка/баща, 2 съпруг/а, 3 дете, 4 брат/сестра, 5 друг далечен роднина/, а на ордината нивото на дистрес на близките.



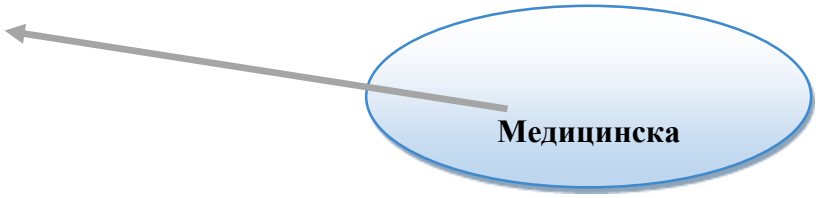

*Фигура 4. Сравнителен анализ на нивото на дистрес, според родствената връзка с пациентите (1 майка/баща, 2 съпруг/а, 3 дете, 4 брат/сестра, 5 друг далечен роднина) с онкологични заболявания.*

Причините, поради които близките изпитват стрес или дистрес са разнообразни. Те могат да бъдат свързани с диагнозата, хода на заболяването, недостатъчната информация за заболяването, реакция на пациента към болестта, притеснение за болния, неизвестност за хода на болестта, страха от загубата на близък, любим човек и други. Нашата цел не е свързана с оценка на специфични, индивидуални причини водещи до дистрес при близките на пациента. Ние сме обединени около разбирането, че близките на пациента са съпричастни към страданието му, а определянето на основните фактори, свързани с нивата на дистрес при близките на пациента, би подпомогнало дейността на медицинската сестра и бързото й ориентиране за възможни високи нива на дистрес при близките, от които се очаква грижа и съдействие.

Схематично, взаимодействието на медицинската сестра с близките на пациента е представено на фигура 5.

Грижите за пациента и неговите близки са част от сестринската дейност, основана на широк спектър от професионални знания и умения и взаимодействие в зависимост от оценката на потребностите. Тези грижи са основани на взаимовръзките „медицинската сестра – пациент“ и „медицинска сестра-пациент-близки на пациената“.






***Фигура 5. Оценка на необходимостта от специфични грижи и взаимодействие между медицинската сестра и пациента, основани на взаимовръзката „медицинска сестра-пациент-близки на пациента“***

Медицинските сестри, работещи в онкологичните отделения е необходимо притежават знания не само в областта на сестринските грижи за пациенти с онкологични заболявания, и но други, свързани със здравно обучение и възпитание, психология, етика и др. Всички тези знания ще подпомогнат цялостните сестрински грижи, съпроводени с емпатийно чувство, готовност за лична ангажираност, разбиране, приемане.

Здравните грижите, окозвани от онкологичната медицинска сестра не се свеждат само до безупречните манипулативни умения, знания в медикаментозната терапия, хранене и др., а са по-широко обхватни, включващи общуване и взаимодействие не само с болния, но и с неговите близки. Подпомагайки близките на пациента в грижите за болния и оценявайки наличието на дистрес при близките, медицинските сестри биха могли да оказват грижи, да дават препоръки, да обучават, да консултират или своите онкологични пациенти, чрез техните близки.

В заключение, можем да изведем следните изводи:

1. Оценката на нивото на дистрес покаказва, че анкетираните близки на пациенти с онкологични заболявания са с високо ниво на дистрес (58%, n=116). С ниско нивото на дистрес са 42 %, n=84 от анкетираните.
2. Нивата на дистрес при близките на пациентите, участващи в проучването не се влияят от полът им и родствените връзки.
3. Нивото на дистрес при близките на пациенти с онкологични забалявания, живеещи в други населени места е сигнификантно по-високо в сравнение с живеещите във гр. Варна (p=0.03).

**Литература:**

.

**Адрес за кореспонденция:**
Мартина Иванова
*Клиника по медицинска онкология,*
*УМБАЛ „Света Марина“, Варна*
martinaiv

# НЕКЛИНИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ УПРАВЛЯВАНИ ОТ АКУШЕРКА ЗА ПОСТИГАНЕ НА ЕСТЕСТВЕНО РАЖДАНЕ

**Веселка Георгиева Михайлова,**
*Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи,*

# NON-CLINICAL INTERVENTIONS MANAGED BY A MIDWIFE TO ACHIEVE A NATURAL BIRTH

**Veselka Georgieva Mihaylova,**
*Rousse University "Angel Kanchev", Department of Health Care,*

**Резюме**: Общите елементи на непрекъснатата подкрепа по време на раждане включват редица неклинични интервенции: емоционална подкрепа (постоянно присъствие, увереност и похвала), информация за хода на раждането и съвети за техники за справяне, мерки за комфорт, утешителни докосвания, масаж, топли вани/душове, насърчаване на мобилността, насърчаване на приема на течности) и застъпничество. На теория родилните грижи имат за цел, да поставят жените в центъра на процеса на вземане на решения относно грижите за тях. В реалната клинична практика обаче изглежда очевидно, че термините "грижи, ориентирани към жената" и "информиран избор" често са само реторика. В някои контексти и условия се наблюдава нарастваща тенденция на унизително, неуважително или обидно поведение, на което липсва внимание от страна на здравните специалисти, но което засяга жените. Цел на доклада: да се проучи влиянието на неклиничните интервенции по време на бременност за постигане на естествено раждане. Постигане на целта: проведено е пренатално обучение в пет модула за подготовка на естествено раждане; проследено е въздействието на неклиничните интервенции, сред бременните участнички и е оценено акушерското консултиране, като метод за постигане на естествено раждане.

**Ключови думи**: неклинични интервенции, естествено раждане, пренатално обучение.

**Abstract**: Common elements of continuous support during labour include a range of non-clinical interventions: emotional support (continuous presence, reassurance and praise), information about labour progress and advice on coping techniques, comfort measures comforting touch, massage, warm baths/showers, encouraging mobility, encouraging fluid intake) and advocacy. In theory, maternity care aims to put women at the centre of decision-making about their care. However, in actual clinical practice it seems evident that the terms 'woman-centred care' and 'informed choice' are often just rhetoric. There is a growing trend of derogatory, disrespectful or abusive behaviour in some contexts and settings that lacks attention from health professionals, but which has affected women. Aim the report: to investigate, the impact of non-clinical interventions during pregnancy to achieve a natural birth. To meet the objective: antenatal education was conducted in five modules to prepare for childbirth: the effect of non-clinical interventions was monitored among the pregnant participants and obstetric counselling was evaluated as a method to achieve natural birth.

**Key words:** non-clinical interventions, natural childbirth, prenatal education.

## ВЪВЕДЕНИЕ

Преживяването по време на раждане се описва, като дълбока забележителност и е жизнеутвърждаващо събитие за много жени (Larsson, B., 2017). Исторически и междукултурно, жените са посещавани и подкрепяни от други жени по време на

бременност и раждане. От средата на XX век в много страни повечето жени раждат в болница, а не у дома, и непрекъснатата подкрепа по време на раждането се превъща по-скоро в изключение, отколкото в рутина. Притесненията относно дехуманизирането на преживяванията на жените по време на раждане водят до призиви за връщане към непрекъсната индивидуална подкрепа насочена към бременни, раждащи, посредством употребата на неклинични интервенции, ръководени от акушерка (Klaus, M., Kennell, J., Klaus, P., 2002).

На теория, грижата за майчинството има за цел да постави жените в центъра на вземането на решения относно грижите за тях. Въпреки това, в реалната клинична практика изглежда очевидно, че термините „грижа, насочена към жената "и „информиран избор "често са просто реторика (O'Connell, M., Khashan, A., Leahy-Warren, P., it all. 2021). Среща се нарастваща тенденция на пренебрежително, неуважително или обидно поведение, от страна на здравните професионалисти, към жените (Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C.,it all. 2017).

**ИЗЛОЖЕНИЕ**

Световната здравна организация (СЗО) публикува препоръки за извънклинични мерки за намаляване на ненужните цезарови сечения. След проведени изследвания, едно от нещата, които организацията препоръчва, е обстойна предварителна подготовка на жената и партньора за раждането. Документът на СЗО съдържа три категории препоръки: насочени към бременните жени, към медицинските работници или към здравните организации и заведения. Препоръките към бременните жени са неклинични интервенции в пренаталният период:

- ✓ Обучителни семинари за раждане;
- ✓ Обучителна програма за техники на релаксация;
- ✓ Психо-социална програма за превенция;
- ✓ Психологическа подготовка (WHO, 2018).

Европейските политики насърчават вагиналните раждания, чрез пренатално обучение. Поради това са използвани различни подходи за насърчаване на жените да раждат вагинално (Cosans, C., 2004). Grantly Dick-Read препоръчва образование и емоционална подкрепа за жените по време на бременност и раждане, за да се намали страхът им и да се прекъсне цикълът страх-напрежение-болка (Dick-Read, G., 2013 ). Философията на Lamaz, подчертава значението на вагиналното раждане и обучението на жените за активно раждане без ненужни интервенции (Lamaze International, 2002).

Общите елементи на непрекъсната подкрепа по време на раждане, включват редица неклинични интервенции: емоционална подкрепа (напр. непрекъснато присъствие, увереност и похвала), информация за напредъка на раждането и съвети относно техники за справяне, мерки за комфорт (напр. утешително докосване, масаж, топли вани/душове, насърчаване на мобилността, насърчаване на прием на течности) и застъпничество (Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., et all. 2017).

В изследване на „Danish National Birth Cohort" (Датската национална кохорта за раждане) от над 25 000 нераждали жени показва, че страхът от раждане по време на бременност, особено в късна бременност (около 31 седмица), е свързан с по-висок риск от спешно цезарово сечение, или множество интервенции. Тези констатации предполагат потенциалната полза от намесата от акушерка при бременни за първи път през 3-тия триместър, за намаляване на страха и болката при раждане и подобряване на перинаталните резултати (Duncan, L., Cohn, M., Chao, M., et all. 2017).

**Цел на доклада:** да се проучи влиянието на неклиничните интервенции по време на бременност за постигане на естествено раждане.

За изпълнението на целта се поставиха, следните **задачи**:

1. Да се проведе пренатално обучение в рамките на пет модула.
2. Да се проследи ефекта от неклиничните интервенции, сред бременните участнички.
3. Да се оцени акушерското консултиране, като метод за постигане на естествено раждане.

**Време и място на провеждане**: за период от 15. 07. - 15. 09. 2022г. се проведе, пренатално обучение от акушерка с употреба на неклинични интервенции за постигане на естествено раждане. Обучението се осъществи, по проект на ФНИ №2022-ФОЗЗГ-02 към Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра Здравни грижи, с тема “Създаване на научно изследователска лабораторна среда за водене на физиологично раждане“.

**Метод на изследването**: използва се сожиологически метод, чрез анкета със затворени въпроси. Анкетата се разпространни, онлайн на имейл адрес на всички бременни жени взели участие в пренаталното обучение. Тези, които се съгласиха да участват попълниха публикуван линк към Google Form. В анкетното проучване взеха участие 40 бременни жени, първескини в трети триместър от бременността, желаещи да постигнат естествено раждане.

**Дизайн на изследването**: провеждане на пренатално обучение в специализирана лаборатория, управлявано от акушерка. В основата на акушерското консултиране е застъпен индивидуалният подход – в центъра е поставена бъдещата майка с нейните личностни характеристики и специфични нужди. Фокусът на акушерската грижа е съобразен с индивидуалните нужди на жената. Програмата включва следните елементи:

- ✓ Техники за преодоляване и справяне с родилната болка.
- ✓ Етапи на родилният процес, подходящ момент за хоспитализация, условие и задачи при участие на партньора в родилният процес.
- ✓ Нефармакологично обезболяване на раждането - музико и аудио терапия, упражнения, акупресура и йогийско дишане.
- ✓ Психологическа и емоционална подкрепа от акушерка.
- ✓ Изработени са персонализирани планове за раждане.
- ✓ Посещение в медицинското заведение (родилно отделение) и запознаване с обстановката и екипа за раждане.
- ✓ Бременните се обучават в първи грижи за новороденото.
- ✓ Акушерката, която обучава бъдещите майки е на разположение, чрез всички технически средства за връзка.
- ✓ Подпомагане процесите на кърмене и осъществява психо-профилактика.
- ✓ Проследяване на ефекта от обучение и удовлетворение на родилите, вече жени.

**Етапи на изследването**: пренаталното обучение се състои от пет модула, като всеки модул е с продължителност два астрономични часа, Основните етапи на модулното обучение са:




**Фиг. 1.** Етапи на пренатално обучение.

**Анализ и резултати:**

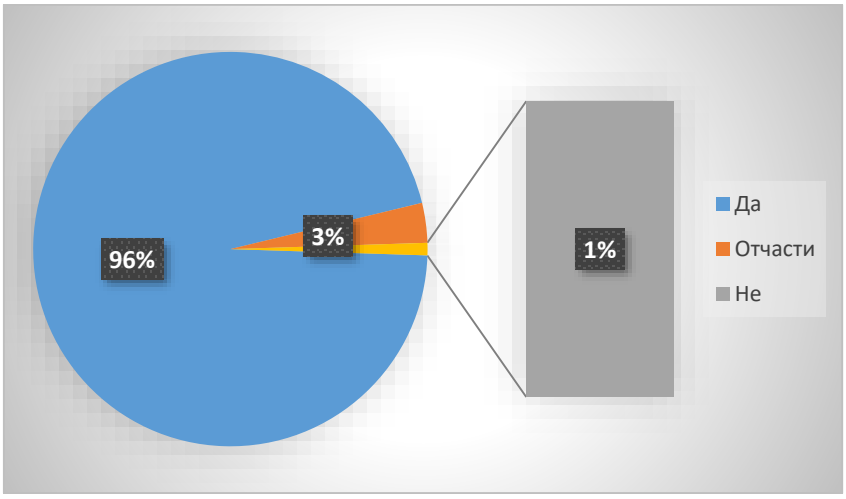
На зададен въпрос: „Пренаталното обучение, помогна ли за преодоляване на страховете от предстоящото раждане?“. Почти всички отговарят, че акушерското обучение е минимизирало страха от предстоящото раждане (Фиг. 2).




**Фиг. 2.** Ефективност на пренаталното обучение.

Пренаталната подготовка за раждане е оценена от анкетираните, като положителен процес в подготовката им за раждане. Доказано се подчертава от 98% от респондентите, че правилната интерпретация на родилният процес и подкрепата от акушерка, ясно преодоляват страховете от раждане удовлетворяват раждащите.

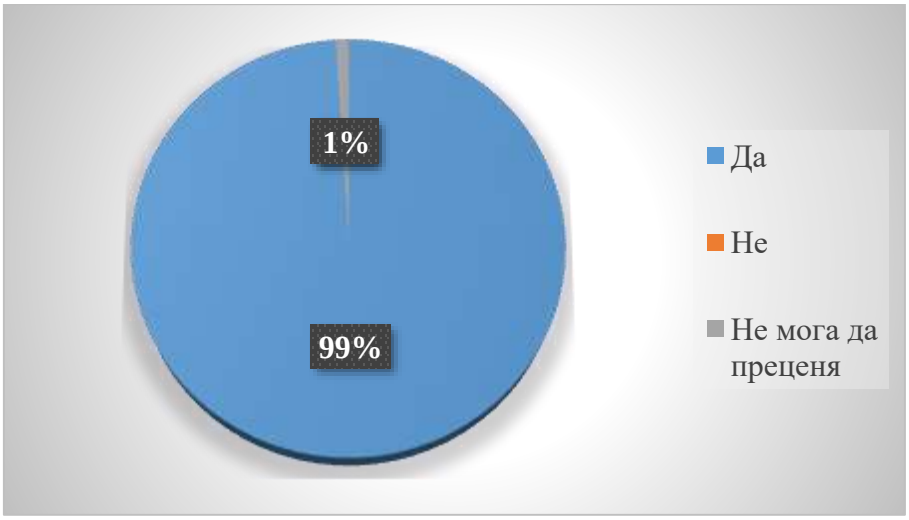
На зададен въпрос: „По време на вашето раждане чувствахте ли се информирани и успешно ли прилагахте научените нефармакологичните средства за борба с болката по време на раждане?“.




**Фиг. 3.** Информиран избор по време на раждане.

Повишаването на знанията на бременните жени за раждането и стратегиите за справяне с болката, могат да повишат самоефективността на жените и преодоляването на родилната болка. От анкетираните 96% посочват, че са били напълно информирани с етапите на родилният процес и ефективно са използвали неклинични средства за борба с болката.

На зададен въпрос: „Смятате ли, че въвеждането на акушерско консултиране с индивидуален подход по време на бременността ще намали риска от цезарово сечение?“.




**Фиг. 4.** Обучение от акушерка за намаляване на нежните цезарови сечения.

На зададен въпрос: „От проведените неклинични интервенции, кои определяте за най-ефективни за постигане на естествено раждане?“.




**Фиг. 5.** Оценка на неклиничните интервенции за успешното постигане на естествено раждане.

Повече от половината жени съобщават, че комплексната грижа осъществена от акушерка, е значим фактор за намаляване на оперативните вмешателства по време на раждане. Дискусията, индивидуалната подкрепа и осъзнаването на предимствата от естествено раждане са водещ предиктор. Условие за успешното постигане на естествено раждане, е непрекъснатото надграждане на знания, умения и опит от акушерката предоставяща грижи по време на пренатален, интрапартален и следродилен период.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проведеното проучване, доказват че акушерката има важна роля за естествено раждане, чрез обучение и индивидуален подход към раждащата, посредством употреба на неклинични интервенции. Реално може да бъде постигнато, намаляване на оперативните родоразрешения. Предоставяйки този вид здравни услуги акушерките подобрят познанията за бременността и раждането, използват техники за преодоляване на страховете, като научат жените, как успешно да се преборят със страховете си, да разпознават физическите промени по време на раждане, предупредителните знаци и успешно да прилагат нефармакологичните методи за облекчаване на болката, Бъдещите майки разполагат със здравна информация, която ще им даде право на информиран избор за начинът на раждане и правото на избор по време на родилният процес. Чрез неклиничните интервенции, управлявани от акушерка, страхът и безпокойството на бременните могат да бъдат намалени и да се повиши тяхното самочувствие и лесното преодоляване на родилните болки. Индивидуалният подход към раждащата е ключов момент, за постигане на физиологично раждане. Поради това се препоръчва, бременните да преминат пренатална подготовка за раждане, ръководена от акушерка и приложените неклинични интервенции да се интегрират в родилните домове, което от своя страна ще подобри качеството на акушерски грижи и ще премахне лошите рутинни практики. Пренаталното обучение ръководено от акушерка и запознаването с неклиничните интервенции доказва удовлетвореността от естественото раждане.

## ЦИТИРАНИ ИЗТОЧНИЦИ

1. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 6;7(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. PMID: 28681500; PMCID: PMC6483123.

2. Cosans, C. (2004). The meaning of natural childbirth. Perspectives in Biology and Medicine, 47(2), 266–272. 10.1353/pbm.2004.0022 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Dick-Read, G. (2013). Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth. Pinter & Martin Ltd. [Google Scholar]
4. Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 May 12;17(1):140. doi: 10.1186/s12884-017-1319-3. PMID: 28499376; PMCID: PMC5427564.
5. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. The doula book: how a trained labor companion can help you have a shorter, easier and healthier birth. 2nd Edition. Cambridge, MA: Perseus Books, 2002. [Google Scholar]
6. Lamaze International (2002). Position paper-lamaze for the 21st century. The Journal of Perinatal Education, 11(1), x–xii. 10.1624/105812402X88542 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Larsson B. Treatment for Childbirth Fear with a Focus on Midwife-led Counselling: A National Overview, Women's Birth Preferences and Experiences of Counselling [Doctoral dissertation]. Uppsala, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis, 2017. [Google Scholar]
8. O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jul 7;7(7):CD013321. doi: 10.1002/14651858.CD013321.pub2. PMID: 34231203; PMCID: PMC8261458.
9. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275378/WHO-RHR-18.20-eng.pdf?ua=1

**Адрес за контакт:**
Веселка Михайлова
Русенски Университет „Ангел Кънчев“, гр. Русе, ул. „Студентска“ №8.
E-mail: vmihaylova@uni-ruse.bg

## ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРИ ХРАНЕНЕТО НА КЪРМАЧЕТО В УСЛОВИЯ НА БЕДСТВИЕ

**Даниела Лютакова**
*Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра Здравни грижи,*

## CHALLENGES IN INFANT FEEDING DURING DISASTERS.

**Daniela Lyutakova,**
*Ruse University "Angel Kanchev", Faculty of Public Health and Healthcare, Department of Healthcare,*

**Резюме**: **Храненето на кърмачето в условията на бедствие** е ключов елемент от семейното аварийно планиране и е от особена важност във все по-предизвикателната ситуация. Целта на представения доклад е да се разгледат някои новости по отношение безопасността и необходимото планиране за хранене на кърмачето в условия на бедствие, както и да се дискутират предизвикателствата пред тази безопасност, установени към момента. Използваната методология включва литературен анализ на най-новите сведения, официални препоръки и научна литература за храненето на

кърмачето в бедствени ситуации. Направен е кратък преглед на международни проучвания и стратегии, доказали качество и ефективност в осигуряването на безопасни протоколи за действие при бедствия. Изведени са някои изводи, които насочват към необходимостта от по-ефективни национални програми и стратегии, както за защита и промоция на кърменето, така и за информиране на родителите по отношение безопасното хранене на кърмачетата и семейното аварийно планиране.

**Ключови думи: хранене на кърмачето, кърмене по време на бедствия, семейно аварийно планиране, акушерка**

**Abstract: Infant feeding during disasters** is a key element of family emergency planning and is of particular importance in an increasingly challenging situation. The presented report aims to review some of the novelties regarding safety and family emergency planning for infant feeding during a disaster, as well as to discuss the identified challenges to such safety. The methodology includes a literature review of the latest information, official recommendations and scientific literature on infant feeding in disaster situations. Also, a brief overview of international research and published strategies that have proven quality and effectiveness in providing safe disaster response protocols is provided. Some conclusions are drawn that point to the necessity of more effective national programs and strategies, both to protect and promote breastfeeding and to inform parents about safe infant feeding practices during disasters and family emergency planning.

**Keywords**: **infant feeding, infant feeding during disasters, family disaster planning, midwife**

**Въведение**

Безопасността на храненето на кърмачетата и малките деца е от ключово значение при възникнали кризисни ситуации, а те се случват все по-често в съвремието. Тя не би била възможна без постигане на високи нива на изключително и продължително кърмене. Съществуващите международни и национални инструменти за защита, промоция и подкрепа на кърменето не са приложени широко в глобален план (Hargest-Slade, Gribble, 2015). Тези инструменти имат нужда от преглед и осъвременяване, за да се вземе предвид и оцени новата търговска среда на пазара на заместителите на майчино мляко, която вече включва използването на интернет, социалните мрежи, глобалните вериги за търговия с млека за кърмачета (Hargest-Slade, Gribble, 2015) и има отношение към различни социо-икономически фактори.

**Изложение**

Официалните препоръки на СЗО относно храненето на децата са те да бъдат закърмени оптимално рано след раждането, в рамките на първия час, и да бъдат изключително кърмени през първите 6 месеца от живота си, тоест да не приемат друго освен майчина кърма (с изключение на медикаменти и витамини, назначени от лекар), след което кърменето да продължи паралелно със захранването с адекватно допълваща твърда храна, оптимално до 2 години, а и след това (Flacking, G., et al., 2012; WHO, 2003; WHO, 2018; Gribble, K.D., Berry, N.J., 2011; Moore ER, et al.). Установено е, че майчиното мляко е от съществено значение по време на бедствия, защото осигурява така необходимите хидратация, хранителна стойност, имунни фактори, както и ефективно понижава физиологичния отговор на стреса, характерен при такива екстремни ситуации (WHO, 2003, 451–455; Gribble, K.D., Berry, N.J., 2011). Високите нива на инициация на кърменето и всеобщата убеденост, че кърмата е генерално най-добрата опция за хранене на малките деца, предполага и, че имаме причини да сме оптимистични относно нивата на продължаване на кърменето при земетресения и след тях (Dörnemann, J., Kelly, A. H., 2013, 74-89). Кърмата се явява най-безопасната и оптимално хранителна, богата на

микроелементи храна за малки деца, особено във възрастта под 6 месеца. Кърменето е биологичната норма и следва да се разглежда като безценен ресурс в нормални условия, но и особено при бедствени ситуации. Майчиното мляко и кърменето се отличават с някои конкретни характеристики, които са от огромно значение за разглежданата тема:

- ✓ Кърмата е винаги в наличност, не се налага семействата с малки деца да се снабдяват с нея, тя е естествен възобновяем източник и не се нуждае от контрол на качеството, производствена мощ, опаковане, транспортиране;
- ✓ Кърмата е винаги с правилната температура и състав;
- ✓ Тя е „готова за употреба“, не изисква допълнителни ресурси като използване на чиста вода, електричество или термична обработка, за които по време на бедствия може напълно да липсват възможност и условия;
- ✓ Кърмата осигурява защита от инфекциозен риск – майката предава на детето си антитела и други имунни фактори, което е от съществено значение при предизвикателствата пред хигиената в случай на бедствия. Това осигурява превенция на някои от често срещаните заразни заболявания, възникващи след бедствия като респираторни инфекции и диарии; (Dörnemann, J., Kelly, A. H., 2013, 74-89; WHO, 2003, 451–455)
- ✓ Кърменето осигурява ефективен начин за успокоение и справяне със стреса за децата, както и за повечето майки, поради хормоналния механизъм и взаимозависимостите при лактацията и сукането.

Тези принципи залягат и в препоръките за действие при бедствени ситуации на повечето международни организации, ангажирани с майчиното и детско здраве – Световната Здравна Организация, UNICEF, CDC, Ла Лече Лига, др.

Същевременно, съвсем основателно, се изтъкват рисковете на храненето с мляко за кърмачета (познато сред родителите като адаптирано мляко – АМ) в бедствени ситуации:

- липса на хигиенни условия за приготвянето му;
- липса на ресурси – вода, електричество;
- рискове при нуждата от термична обработка.

Въпреки това, проучвания на международно и национално ниво от последните години насочват за сериозни пропуски при спазването правилата за маркетинга на млеката за кърмачета, включително и при кризи. Отново и отново се установява, че в ранния период след възникването на стихийно бедствие (и не само) се правят доставки на големи количества формули за изкуствено хранене на кърмачетата. Тези дарения причиняват логистични затруднения и често се разпределят неправилно (напр. раздават се на кърмачки или на родители, които хранят с формула децата си, но не са обезпечени с необходимите пособия за това (Gribble, K.D., Berry, N.J., 2011). Паричните дарения, ще позволят на съответните агенции и организации да се снабдят с подходящата помощ за децата, като този подход би увеличил вероятността разпределението да бъде по-целенасочено менажирано, в полза на всички деца (Gribble, K.D., Berry, N.J., 2011).

**Предизвикателства пред спазването на Кодекса и храненето с мляко за кърмачета в международен план и в условията на бедствие.**

Някои скорошни изследвания в международен план ни насочват, че фирмите в обхвата на Кодекса зачестяват нарушенията му по време на пандемията с COVID-19, която може да бъде основателно възприета като бедствена ситуация (Ching, C. et al. 2021; Tulleken, C., Wright, C, et al, 2020). Проучването на Tulleken et al. от края на 2020 изтъква, че е притеснително как индустрията за производство на мляко за кърмаче активно

експлоатира тревожността около новия коронавирус, за да увеличи продажбите си (Tulleken, C., Wright, C, et al, 2020). Авторите припомнят, че в глобален план, кърмачетата, които не се кърмят изключително са с 14 пъти повишен риск от смърт, в сравнение с изключително кърмените деца. Цитирани са данни, които демонстрират, че приходите на семействата търпят поражение и това извежда още повече на преден план необходимостта от промоция и защита на кърменето в условията на бедствие от този мащаб. Предизвикателствата пред това се увеличават, както изглежда от анализа на авторите – пояснява се, че големите фирми производители са позиционирали неподходящо като източник на експертиза относно общественото здраве и са предлагали различни ненужни хигиенни мерки за борба с вируса. Такива препоръки подкопават кърменето и повишават рисковете за майките и кърмачетата. Авторите споделят, че при запитване на 1360 майки във Великобритания – 80% са докладвали, че с тях са установили контакт компаниите за производство на адаптирани млека. Обичайно това се е случвало през социалните мрежи, в нарушение на Кодекса, който забранява директен контакт с родители. Резултати, които са в унисон и с проучване сред български родители (Serbezova, Lyutakova, 2021, 144-151).

Проучването на Tulleken et al. цитира и информация от World Food Programme, която сочи, че по време на пандемията с COVID-19, много фирми производителки са дарили формула за кърмачета (под формата на прах за разтваряне) и друга храна на общности в Канада, Индия, Италия, Пакистан, Филипините и Обединеното кралство – в пряко нарушение на местните закони и на Кодекса (Tulleken, C., Wright, C, et al, 2020). Това наблюдение на авторите съвпада с вече направени изводи и приведени сведения от проучвания на други автори относно случаите на бедствия, причинени от земетресения в предходни години. Би могло да се заключи, че голяма част от фирмите в обсега на Кодекса прибягват към груби нарушения на мерките по време на бедствени ситуации, използвайки дефицитите или липсата на мониторинг и ефективен механизъм за налагане на санкции от държавите. Наслагвайки това в контекста на общата тревожност и повишени нива на стрес, които са характерни за хората при бедствени ситуации от който и да е характер, родителите и кърмачетата попадат в изключително уязвима позиция, точно когато имат най-голяма нужда от протекция и помощ.

Друго изследване ни насочва към това, че тези тактики съвсем не са нови, по-скоро компаниите съзират нови възможности в създалата се криза. Ching, Constance et al. споменават за рязък ръст на докладваните нарушения на Кодекса на територията на Филипините от започването на пандемията – 291 по време на първите месеци от началото на кризата, в сравнение със 70 през цялата 2019 (Ching, C. et al. 2021).

Вече разполагаме и със сведения за предизвикателствата пред храненето на кърмачетата, засегнати от военните действия в Украйна през изминалата година, като данните са отново тревожни. Международният Кодекс не е спазен. Това се случва на фона на незадоволителни нива на кърмене, установени още при проучване, проведено през 2012 (UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys, 2014). Въпреки извлечените през 2015 заключения в полза необходимостта от ясен план за действие по отношение храненето на кърмачетата при военен конфликт, и в настоящата ситуация в Украйна предизвикателствата са големи. Според UNICEF, през април 2022, 1.4 милиона души не са имали достъп до чиста питейна вода (UNICEF, 2022). Същевременно множество организации сигнализират за извършени дарения с големи количества адаптирани млека, в разрез с вече споменатите мерки за безопасност.

**Предизвикателства пред храненето с мляко за кърмачета в бедствени ситуации.**

В контекста на разкритията относно даренията на големите фирми производителки, особено при кризисни ситуации и бедствия, добре е да вземем предвид

и предизвикателствата пред приготвянето на формули за кърмачета, съответно и известните рискове при употребата на формата им като прах за разтваряне с вода. Проучване на Losio, Marina Nadia et al. от 2018 насочва вниманието ни към взрив на зараза със *Salmonella Agona*, свързан с консумация на мляко за кърмачета (под формата на прах), който извежда отново на преден план необходимостта от коректни процедури за употреба на такива продукти (Losio et al., 2018, 543-546). FAO/WHO предлага да се приготвя формулата с вода, която е загрята на не по-малко от 70°C. Поради тази причина, авторите на изследването предприемат заразяване на прахообразна формула с ниски нива на *Salmonella spp* и *C sakazakii*, за да оценят степента на инактивация на патогените при приготвяне с вода с температура 70°C (Losio et al., 2018, 543-546). Резултатите сочат, че при тези условия, се наблюдава оцеляване и на двата патогена, което означава, че предложените препоръки за приготвяне може да не са достатъчни, за да се гарантира безопасността на продукта. По-високи температури са необходими, за да се намали биологичният риск, дори и това да не може да бъде лесно постигнато в домашни условия. Авторите споменават, че е необходимо да се направи и оценка на влиянието върху хранителната стойност на приготвеното мляко. Заключението на Losio, Marina Nadia et al. е, че прахообразната формула за кърмачета няма как да е стерилна. Те насочват вниманието към това, че индустрията и регулаторите играят основната и критична роля при минимизирането на риска от болест, в следствие на консумация на прахообразна формула за кърмачета, приготвена с вода и при осигуряването безопасността на продукта. Проучването на Losio, Marina Nadia et al. цитира и значим коментар на ESPGHAN Committee on Nutrition (Комитет на Европейското дружество по детска гастроентерология), който очертава проблемите пред прахообразния вид формула за кърмачета (Agostoni, Axelsson, Goulet, et al., 2004). В документа се очертава, че течната предварително пакетирана формула за кърмачета, която се използва в отделенията, обгрижващи недоносени, и е готова за директна употреба, изглежда е подходяща алтернатива на прахообразната формула и успява да снижи риска от инфекции, пренасяни чрез самото мляко (Losio et al., 2018, 543-546).

***Табл. 1. Сравнение между видовете млека за кърмачета на пазара, (*Losio et al., 2018, 543-546; Agostoni C, Axelsson I, Goulet O, et al., 2004)**

| Вид мляко за кърмачета | Какво представлява | Положителни аспекти | Негативни аспекти |
|---|---|---|---|
| Прахообразна формула | Прахообразната формула се приготвя с вода, според насоките на опаковката и инструкциите на мед. специалист | ➢ Най-евтиният вариант<br>➢ Може да се дозира концентрацията от специалист, при нужда | Не е стерилна, случаи на изтегляне на партиди, риск от грешки в приготвянето и съхранението, изисква чиста вода |
| Течен концентрат | Течна формула, обикновено в консервена опаковка, приготвя се с вода спрямо указанията на производителя и насоките на мед. Специалист | ➢ По-лесно се смесва от прахообразната формула<br>➢ Пакетира се стерилно | По-скъпа е от прахообразната, и при този вариант има риск от неправилно приготвяне, както и необходимост от чиста вода |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Готово за употреба мляко за кърмачета | Готова за консумиране течна формула в подходяща опаковка | ➢ Не се изисква приготвяне и смесване с вода<br>➢ Стерилна опаковка | Най-скъпият вариант |

**Здравната криза и влиянието ѝ върху нивата на кърмене.**

Другата страна в наблюдаваните процеси по време на текущата пандемия е здравната криза, свързана с дефицита на медицински и немедицински специалисти, ангажирани в опазването на общественото здраве. Подкрепата за кърмене е организирана по различни начини в различните страни по света, като най-често с нея се занимават акушерки и консултанти по кърмене (доброволни и специалисти – IBCLC). Независимо от конкретната организация на национално ниво, обаче, глобално – сведенията сочат, че в условията на пандемията се усеща недостига на системите. От друга страна, дефицитът на кадрите в сферата на здравните грижи е още една криза, която поставя сериозни предизвикателства пред промоцията на здравето, в която медицинските сестри и акушерките имат ключова роля. Проучването на Ching, Constance et al. насочва вниманието ни към данни, че пренаталната и постпартална грижа за кърменето търпи ефектите на кризата – противоречивите насоки към майките, намаленият капацитет на здравните системи и несигурността на ситуацията възпрепятстват добрите практики в подкрепа на кърменето (Ching et al. 2021).

**Изводи**

1.СЗО и останалите организации, ангажирани с опазване на общественото здраве, и в частност – промоция на кърменето, настояват за изготвянето на регулярно актуализирани протоколи за действие и обосновани препоръки за безопасно хранене.

2.Видимо – маркетингът и даренията на млека за кърмачета, както и дефицитите на здравните системи са проблем дори и при нормални условия. А при внезапно настъпило бедствие – интензитетът е значително по-сериозен.

3. Доказана е необходимостта от инвестиране на повече ресурс по отношение на кърменето – в негова защита и в изготвянето на адекватни политики, които да позволят и поощрят по-високи проценти кърмени деца.

4. Повишавайки делът на кърмени и изключително кърмени деца – респективно (и логично) се повишава и делът на деца, които биха могли да разполагат с ефективната защита на кърменето и при бедствие.

5. От съществено, национално значение е да се изготви ефективна стратегия за предоставянето на достъпен семеен авариен план за българските семейства, както и да се работи системно върху подобряване грижата и подкрепата за кърмене в страната.

**Библиография**


1. Hargest-Slade AC, Gribble KD. „Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake.“ *Breastfeed Rev*. 2015 Nov; <23(3):7-13. PMID: 27183769. - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183769/> (accessed 10 September 2022)
2. Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. “Closeness and separation in neonatal intensive care.”, *Acta Paediatr.* 2012 Oct; 101(10): 1032–1037., <doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>, (accessed 12 September 2022)
3. WHO, UNICEF: “Global Strategy for Infant and Young Child Feeding”. Geneva: WHO; 2003 (accessed 12 September 2022)
4. Gribble, K.D., Berry, N.J. “Emergency preparedness for those who care for infants in developed country contexts.” *Int Breastfeed J* 6, 16 (2011). https://doi.org/10.1186/1746-4358-6-16 (accessed 12 Spetember 2022)

5. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. “Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.” *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. <DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4> (accessed 12 September 2022)
6. WHO, “WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.”, 2018, ISBN 978-92-4-155021-5. <URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43633/9241591544_eng.pdf?sequence=1> (accessed 12 September 2022)
7. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. “Effect on breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis.”, 2000, *Lancet* 355, 451–455. (accessed 12 September 2022)
8. Dörnemann, J., Kelly, A. H. - ‘It is me who eats, to nourish him’: a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti, *Maternal and Child Nutrition*, Open Access, Volume9, Issue1, January 2013, Pages 74-89 <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00428.x>, (accessed 12 September 2022)
9. Ching, Constance et al. “Old Tricks, New Opportunities: How Companies Violate the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes and Undermine Maternal and Child Health during the COVID-19 Pandemic.” *International journal of environmental research and public health* vol. 18,5 2381. 1 Mar. 2021, doi:<10.3390/ijerph18052381> (accessed 16 Spetember 2022)
10. Tulleken, C., Wright, C, et al, “Marketing of breastmilk substitutes during the COVID-19 pandemic”, © 2020 *Elsevier*, DOI: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32119-X> (accessed 16 September 2022)
11. Serbezova, I. ., Lyutakova, D., “Is Anybody Keeping The Code In Bulgaria? A Study To Explore Local Parents’ Awareness Regarding The International Code For The Marketing Of Breast-Milk Substitutes.”, 2021, *Proceedings of CBU in Medicine and Pharmacy*, *2*, 144-151. https://doi.org/10.12955/pmp.v2.188 (accessed 16 September 2022)
12. Losio, Marina Nadia et al. “Preparation of Powdered Infant Formula: Could Product's Safety Be Improved?.” *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* vol. 67,4 (2018): 543-546. doi:10.1097/MPG.0000000000002100 (accessed 18 September 2022)
13. Agostoni C, Axelsson I, Goulet O, et al.; ESPGHAN Committee on Nutrition. Preparation and handling of powdered infant formula: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004 Oct;39(4):320-2. doi: 10.1097/00005176-200410000-00002. PMID: 15448416. (accessed 18 September 2022)
14. UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys, “Ukraine.
15. MICS. 2012. Key Findings”, 2014, <https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Europe%20and%20Central%20Asia/Ukraine/2012/Key%20findings/Ukraine%202012%20MICS%20KFR_English.pdf> (accessed 24 September 2022)
16. UNICEF Press Release, 2022 <https://www.unicef.org/press-releases/14-million-people-without-running-water-across-war-affected-eastern-ukraine>(accessed 24 September 2022)

**За контакт:**
Даниела Лютакова,
dlyutakova@uni-ruse.bg

# ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ ЗА ПСИХИЧНО БОЛНИ В ДОМАШНА ОБСТАНОВКА

**Стела Маркова-Бонева,**
*Русенски Университет „Ангел Кънчев“,*
*ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи*

# LONG TERM CARE FOR THE MENTALLY ILL IN THE HOME

**Stella Markova-Boneva,**
*Angel Kanchev University of Rousse,*
*Department of Health Care*

**Резюме**: Днес светът се движи към базирани в общността, а не към болнични услуги за психично здраве. Физическото отделяне от общностите и семействата силно ограничава капацитета и възможностите на болниците да участват пълноценно в обществото като цяло. Домашните грижи осигуряват необходимата физическа, социална и емоционална подкрепа, превантивна, лечебна, поддържаща, рехабилитационна подкрепа, както и здравни и палиативни грижи. Дългосрочната домашна грижа се практикува от векове. Първият въпрос, който възниква при поставяне на психиатрична диагноза на близките в болницата, е дали да бъдат хоспитализирани или да останат в домашна среда. Преходът от дом в болница, както и от болница в дом, е от съществено значение за пациентите, хода на тяхното заболяване и по-добрия им живот. В напредналите и добре развити икономически страни акцентът в психиатричната помощ се поставя върху амбулаторното лечение и лечението в домашни условия. В миналото лечението на психично болните се е извършвало предимно в болници на принципа на продължителна изолация от семейството и обществото поради опасността, която представляват за околните.

Цел: Целта на доклада е да се проучи дългосрочните грижи, насочена към психичното здраве в САЩ, някои европейски държави и България.

Материал и методи: В настоящия доклад са проучени научни публикации, отразяващи дългосрочната психиатрична грижа. Използвани са документален и аналитичен метод.

Изводи: Сравнявайки грижите за болните с психични заболявания в САЩ, някои от развитите европейски страни и България се установи, че у нас психиатричното обслужване на болните е фрагментарно, несистемно и не отчитащо индивидуалните нужди на пациентите особено на тези с тежки психични разстройства.

**Ключови думи - домашни грижи, дългосрочни грижи, психично болни, медицинска сестра, мултидисциплинарен екип.**

**Abstract:** Today, the world is moving towards community-based rather than hospital-based mental health services. Physical separation from communities and families severely limits the capacity and opportunities of hospitals to participate fully in society at large. Home care provides the necessary physical, social and emotional support, preventive, curative, supportive, rehabilitative support, as well as health and palliative care. Long-term home care has been practiced for centuries. The first question that arises when a psychiatric diagnosis is made to loved ones in the hospital is whether they should be hospitalized or remain in a home environment. The transition from home to hospital, as well as from hospital to home, is essential for patients, their disease course and their better lives. In advanced and well-developed economic countries, the emphasis in psychiatric care is on outpatient treatment and home treatment. In the past, the treatment of the mentally ill was mainly carried out in hospitals on

the principle of long-term isolation from family and society due to the danger they posed to others.

Purpose: The purpose of the report is to examine long-term care focused on mental health in the United States, some European countries, and Bulgaria.

Material and methods: This report reviewed scientific publications covering long-term psychiatric care. Documentary and analytical method were used.

Conclusions: Comparing the care for patients with mental illnesses in the USA, some of the developed European countries and Bulgaria, it was found that in our country psychiatric care for patients is fragmented, unsystematic and does not take into account the individual needs of patients, especially those with severe mental disorders.

**Key words - home care, long-term care, mentally ill, nurse, multidisciplinary team.**

## ВЪВЕДЕНИЕ

Значителен брой публикации, отразяват значимостта и предимствата на професионалната домашна грижа, сравнена с институционалната за хората с хронични психични заболявания, изискващи продължително лечение, контрол на заболяването и сестрински грижи.

Дългосрочни домашни грижи се практикуват от векове. Членовете на семейството винаги ще останат ценен ресурс в домашната психиатрична грижа. Днес е време здравните системи да поемат отговорността за осигуряване на добра социализация и адекватна адаптация в семействата и общностите за подкрепа (WHO Study Group 2000). Първият въпрос който възниква при поставяне на психиатрична диагноза пред близките на болния е дали той трябва да бъде настанен в болница или трябва да остане в домашна обстановка (Stacey D., Légaré F., Lewis K., et al. 2017).

Ако болният бъде приет в лечебно заведение връзката между него и семейството му не бива да се прекъсва. Преходът от дома към болницата, както и от болницата към дома е от съществено значение. Проявена нетактичност и неглижиране на индивидуалните особености при връщането на болния в домашна обстановка може да доведе до влошаване на състоянието му независимо от приложеното лечение (Rennke, S., &Ranji, S. R. 2015).

Днес целият свят, се насочва към предоставяне на услуги за психичното здраве в общността, а не в болнични условия. В **САЩ, Канада** и някои **европейски страни** нормативните разпоредби свързани с домашните грижи за психиатрични пациенти, трябва да бъдат правно установени и разширени (SchoenMarkers B., Buntinx F., De Lepeleire J. 2010).

Във всички напреднали и добре развити страни при осъществяване психиатрична помощ акцентът се поставя върху извънболничното лечение, т.е. на лечението в домашна обстановка. В миналото лечението на психично болните се е провеждало предимно в стационарите на принципа на продължителната изолация от семейството и обществото поради опасността, която те са представлявали за околните. Така болните са били принудени да живеят откъснати от близките си и света за много дълъг период от време, понякога с години. Като се има в предвид, че по онова време и възможностите за лечение са били твърде ограничени става ясно защо голяма част от болните се лекуват в психиатрични болници за продължителен период от време. Въпреки, че е имало възможност за провеждане на трудотерапия, културотерапия, физическа култура и други занимания, които са поддържали тонуса и връзката на болните с извън болничната среда, все пак тези пациенти се чувстват най-добре сред близките си (Bahar A., Parlar S. 2007).

## ИЗЛОЖЕНИЕ

**Цел:** Да се проучат дългосрочните грижи, насочени към психичното здраве в САЩ, някои европейски страни и България.

**Материали и методи:** Проучени и анализирани са научни публикации, отразяващи дългосрочната психиатрична грижа. Използвани са документален и аналитичен метод.

Психичните заболявания се срещат във всички общества и обикновено се развиват с еднакви темпове, като начинът, по който се разбират и обясняват, варира значително в различните култури. Често, поради промени в поведението и мисленето, се смята, че има духовна причина. Традиционните или религиозните лечители остават първите и понякога единствени възможности за помощ на психично болните в **Африка, Азия и Латинска Америка**.

Много от психичните заболявания са дългосрочни (хронични) състояния, които имат тенденция да варират по тежест с течение на времето. В тези случаи непрекъснатостта на грижите е особено важна. Това се гарантира най-добре, чрез осигуряване на преглед, дългосрочно проследяване на състоянието и достъп до лекарства, възможно най-близо до дома на пациента.

Службите, оказващи подкрепа за адаптация и домашна помощ трябва да поддържат контакт с пациентите и с техните семейства, за да формират умения за решаване на проблеми, и да повишат нивото на толерантност (Maldonado GJ. 2007).

Първото задължение на болният и семейството му е да изберат кой лекар и коя институцията ще подсигурят лечението на нуждаещият извън болницата. Нужно и особено важно е осигуряване на непрекъснатост на наблюдението и лечението, за да се проследи развитието на оздравителният процес, като в зависимост от нуждите се направи своевременна корекция на лечението, за да се избегне ранната рехоспитализация (Rennke, S., &Ranji, S. R. 2015).

При лечението на болните в домашна обстановка между медицинският професионалист и близките на болния е необходимо да се изгради разбирателство, доверие и постоянен стремеж за взаимно подпомагане при изпълнението на лечебната и рехабилитационната програма (Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, et al. 2018).

Съвременният свят е насочен към предоставяне на услуги за психично здраве в общността, а не в болнични условия. Това повдига множество въпроси относно въздействието на грижите, както върху пациента, така и върху членовете на семействата на хората с психични заболявания. Важно е как медицинските специалисти поддържат психичното здраве на болния, и как работят останалите членове на семейството в тази посока (Jeon Y. H. 2003).

Известно е, че услугите насочени към психичното здраве се организират и финансират по много различни начини. Най-съвременната тенденция е намаляването на психиатричните легла, особено в големите психиатрични болници, но това от своя страна поражда и проблема с предоставянето на алтернативни услуги. В **Европа** се наблюдава стремеж за предлагане на множество нови услуги, които са ориентирани към общността, целящи да осигурят необходимите нива на клинична помощ с известна приемственост и координация, както и да гарантират, че обслужваните лица имат подходяща подкрепа и подходящи ангажиращи дейности през деня (Rowland, L. A., Zeelan, J., &Waismann, L. C. 1992).

**В САЩ** агенциите за предоставяне на извънболнични грижи при психично болни са с мултидисциплинарна насоченост и включват социални работници, логопеди, специалисти за физикална терапия, трудова терапия, домашни помощници и др. Психиатричният медицински специалист има основна роля в грижите и съгласува комплексно и адекватно домашните извънболнични интервенции. Част от дейностите им включват наблюдение за лекарствени реакции при лечението на пациентите. Целта на

комплексните грижи е да се избегнат последващи излишни рехоспитализации. Необходимо условие е да се придобие опит и умения за комуникация при всички обслужващи членове на екипа, за да се постигне координираност на мулдидисциплинарния екип.

При анализа на проучване, проведено **в САЩ** за ефективността на обучението и уменията на лица с тежки психични заболявания се установява, че психиатричната рехабилитация значително намалява повторните рехоспитализации, положително повлиява заетостта, развитието на умения, удовлетвореността на пациента и времето, прекарвано сред обществото (Bond, G. R., Dincin, J.,Setze, P.,etal. 1984).

**В Швеция** дългосрочните грижи за хора с психични проблеми са насочени от институциите към общността и дома. През 2002г. е проведено е проучване с цел да се изследва и опише опита на медицинските сестри в областта на психичното здраве и как структурните промени в областта на психичното здраве влияят на взаимодействието при осигуряване на домашни грижи за пациенти с дългосрочни проблеми. Установена е значима промяна във философията на грижата, а именно контролирана от медицинска сестра и ориентирана към пациента грижа. Това от своя страна води до промени в моралните ценности, оценката на потребностите на пациентите и начините за контакт с психично болните. Важен момент в дейността на медицинската сестра е процеса на установяване на професионални взаимоотношения в извънболнична среда (Nyström, M., &Lützén, K. 2002).

В проучване на Magnusson и Lützén, през 2003г са описани проблемите и трудностите, възникващи при предоставяне на домашни грижи за пациенти с психични заболявания. Увеличените възможности за взаимодействие с хора с психични проблеми в извън болнична среда водят до по-широка перспектива за ежедневието на тези хора, но и до осъзнаване, че домашните грижи са свързани с по-големи трудности за медицинската сестра в сравнение с дейността при оказване институционални грижи. Като значим проблем се очертава необходимостта от вземане на самостоятелни решения за пациентите, тази дейност е оценена като обременяваща, трудна и свързана с риск за собственото здраве и безопасност (Magnusson, A., Severinsson, E., &Lützén, K. 2003).

Основната промяна в политиката за психично здраве в **Босна и Херцеговина (БиХ)** е решението да се прехвърлят психиатричните услуги от традиционните заведения в общността. Основни елементи на политиката за психично здраве в БиХ са:

1) Достъпност до услуги за психично здраве в цялата страна;

2) Непрекъснатост на услугите и грижите, заедно с активното участие на общността.

✓ Специализирана психиатрична помощ в общността се извършва от професионални екипи, специализирани по психично здраве в центровете за психично здраве в съответните сектори;

✓ Отдава се голямо значение на развитието на доверие и използването на връзките между екипите за първична здравна помощ и специализираните екипи в центровете за психично здраве;

✓ Психиатричните отделения в общите болници, приемат пациенти с остър и хроничен ход на заболяването. Лечението в тези заведения е кратко, а пациентите се изписват, за да се върнат в домовете си за по-продължително лечение, насочено към техния семеен лекар или определен център за психично здраве;

✓ Хроничните психични пациенти с тежки остатъчни увреждания в социалното, психологическото и соматичното функциониране трябва да живеят в общността със семействата си или самостоятелно;

✓ Хроничните пациенти без семейства и икономически и други ресурси за самостоятелен живот се настаняват в контролирани домове в общностите, в които

живеят.

Тази стратегическа програма за грижа към психичното здраве в БиХ има няколко основни и специфични цели, сред които най-важни са:

✓ Намаляване на честотата и разпространението на някои психични разстройства;

✓ Намаляване на нивото на функционална инвалидност, причинена от психични разстройства чрез подобряване на лечението и грижите на лицата с психични проблеми (Cerić, I., Loga, S., Sinanović, O., et al. 2001).

Извънболничната психиатрична помощ в **България** е структурирана предимно в психиатрични кабинети и групови практики, които работят самостоятелно или към друго лечебно заведение. От данните прави впечатление крайно неравномерното разпределение на кабинетите в съответните градове. На практика извънболничната система от психиатрични кабинети поема огромна част от дейностите по амбулаторното обслужване на хората с психични разстройства, без да има връзка както със стационарите, така и помежду си (НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030г.).

Българските услуги за психично здраве са изправени пред много сериозни предизвикателства, включително наследство от историческо недофинансиране, вътрешни конфликти, лошо планиране и емиграция на много голям брой по-млади квалифицирани служители. Въпреки опитите за разработване на стратегически програми, насочени към стимулиране прилагането на най-добрите практики в българските служби за психично здраве, започващи още през 70-те години на миналия век, добрите практики все още произтичат или от индивидуални усилия, или от програмни документи, които са били прилагани в ограничен мащаб (Beezhold, J., Stoyanov, D., Nakov, et al. 2020).

В България един от основните проблеми е, че службите работещи с психично болни пациенти пасивно очакват да бъдат потърсени от нуждаещите се от грижи.

## ИЗВОДИ

Изхождайки от литературния обзор, който се позовава на серия от източници и различни авторски съждения, следва да бъдат направени следните заключения.

1. В напредналите и добре развити икономически страни акцентът при психиатричната помощ се поставя върху извънболничното лечение и лечението в домашна обстановка. В миналото лечението на психично болните се е провеждало предимно в стационарите на принципа на продължителната изолация от семейството и обществото поради опасността, която те са представлявали за околните.
2. Преобладава медицинският модел за психичната помощ. Решението на проблемите се търси по линията на справяне основно с медицинския проблем, липсва проследяване в периода на след активното лечение. Сериозната психична болест остава спътник за цял живот и изисква решения по линия на подобряване качеството на живота на болния и възвръщане на смисъла от него. Настоящата здравна система, организацията на труда, липсата на изградени структури и достатъчно обучен персонал за работа с болни с психични заболявания в дългосрочен план затвърждава модела за работа в психиатричната помощ.
3. Според национална стратегия 2021-2030г. за психичното здраве в България очертаните реформи ще позволят голяма част от обема на психиатричните грижи да се концентрират в общността.
4. Сравнявайки грижите за болните с психични заболявания в САЩ, някои от развитите европейски страни и България се установи, че у нас психиатричното обслужване на болните е фрагментарно, несистемно и не отчитащо индивидуалните

нужди на пациентите, особено на тези с тежки психични разстройства.

**REFERENCES**


1. Министерство на здравеопазването. (2022). НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2021-2030г. Retrieved from https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/proekt-na-nacionalna-zdravna-strategiya-2030/
2. Bahar, A., Parlar, S. (2007). Elderly services and home care. J Firat Health Service; 2:4, Retrieved from https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/application-of-the-omaha-system-in-the-determination-of-healthcare-needs-of-individuals-receiving-home-healthcare-2167-7182-1000379.pdf
3. Beezhold, J., Stoyanov, D., Nakov, V., Killaspy, H., Gaebel, W., Zarkov, Z., et al. (2020). Transitions in Mental Health Care: the European Psychiatric Association contribution to reform in Bulgaria. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *63*(1), 1–13. Advance online publication. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.43
4. Bombard, Y., Baker, G.R., Orlando, E. *et al.* Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Sci* **13**, 98 (2018). https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z
5. Bond G, Dincin J, Setze P, Witheridge T. (1984). The effectiveness of psychiatric rehabilitation: A summary of research at thresholds .Psychosoc Rehabil J.; 7:6–22
6. Cerić, I., Loga, S., Sinanović, O., Cardaklija, Z., Cerkez, G., Jacobson, L., et al. (2001). Rekonstrukcija sluzbe za zastitu mentalnog zdravlja u Federaciji Bosne i Hercegovine [Reconstruction of mental health services in Bosnia and Herzegovina]. Medicinski arhiv, 55(1 Suppl 1), 5–23.
7. Gutiérrez-Maldonado, J., & Caqueo-Urízar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 16(5), 739–747. https://doi.org/10.1007/s11136-007-9173-9
8. Jeon Y. H. (2003). Mental health nurses' work with family caregivers of older people with depression: review of the literature. Issues in mental health nursing, 24(8), 813–828.
9. Magnusson, A., Severinsson, E., & Lützén, K. (2003). Reconstructing mental health nursing in home care. Journal of advanced nursing, 43(4), 351–359. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02723.x
10. Nyström, M., & Lützén, K. (2002). Psychiatric care and home care service - an exploration of the professional world encountered by persons with long-term mental illness. Scandinavian journal of caring sciences, 16(2), 171–178. https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00074.x
11. Rennke, S., & Ranji, S. R. (2015). Transitional care strategies from hospital to home: a review for the neurohospitalist. The Neurohospitalist, 5(1), 35–42. https://doi.org/10.1177/1941874414540683
12. Rowland, L. A., Zeelan, J., &Waismann, L. C. (1992). Patterns of service for the long-term mentally ill in Europe. *The British journal of clinical psychology*, *31*(4), 405–417. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb01015.x
13. Schoenmakers, B., Buntinx, F., & DeLepeleire, J. (2010). Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being. Aging & mental health, 14(1), 44–56. https://doi.org/10.1080/13607860902845533

14. Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane database of systematic reviews, 4(4), CD001431. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5
15. WHO Study Group (2000). Home-based long-term care. World Health Organization technical report series, 898, i–43.

**Адрес за кореспонденция:**
Стела Маркова-Бонева**,** Русенски Университет „Ангел Кънчев“,
гр. Русе, ул. „Студентска“ №8.
E-mail: sboneva@uni-ruse.bg

## ЛЕЧЕНИЕ НА ТРУДНО ЗАРАСТВАЩИ РАНИ С ТРАДИЦИОННИ И СЪВРЕМЕННИ ПРЕВРЪЗКИ

**Дарина Баркова**

*Отделение по съдова хирургия, УМБАЛ „Медика“ – Русе*

## TREATMENT OF DIFFICULT TO HEAL WOUNDS WITH TRADITIONAL AND CONTEMPORARY DRESSINGS

**Darina Barkova**

*V*

**darina_barkova@abv.bg**

*s*

***Резюме:*** *Съвременните превръзки за рани, които навлязоха в клиничната практика през последните години са с голяма полза както на медицинските специалисти, тъй като се намаляват броя на превръзките и се щади техния труд, а така също са и в полза на пациентите, заради постигането на оптимално лечение в зоната на раната и атравматична смяна на превръзките.*

*В условията на непрекъснатата тенденция на намаляващ сестрински персонал и увеличаващия се обем от дейности и изисквания за качество и безопасност на здравните грижи, е необходима оптимизация на сестринския труд и именно въвеждането в работата на съвременните превръзки може да постави едно добро начало.*

*c*

*u*

*l*

*a*

*r*

*S*

*u*

*r*

*g*

*e*

*r*

*y*

***Summary****:Modern wound dressings, which have entered clinical practice in the last year, are of great benefit both to medical professionals, as the number of dressings is reduced and their labor is saved, and also to patients as a whole, due to the achievement of optimal treatment in wound area and atraumatic dressing change.*

*In the conditions of a continuous trend to reduce the nursing staff and the increase in the volume of activities and the requirements for the quality and safety of health care, the optimization of nursing work is necessary, and it is the introduction of world bandages into the work that can make a good start.*

*W*

*a*

*r*

*d*

**<u>Основните разновидности на трудно зарастващи рани са:</u>** диабетно стъпало, варикозни язви, атонични рани. *Medica Hospital – Ruse*

Образуването им най-често е в резултат на:

- протичащ инфекциозно-възпалителен процес;

- лошо кръвоснабдяване в областта на раната;
- съпътстващи тежки заболявания – захарен диабет, хронична артериална или венозна недостатъчност на крайниците, злокачествени заболявания, имунодефицит и др.;
- неправилна хирургична обработка на раната;

**Критерии за определяне тежестта на раната:**

- Ако в продължение на 4-8 седмици въпреки приложената адекватна терапия раната не проявява тенденция към зарастване, то тя се смята за хронична или трудно зарастваща.
- Това създава дългосрочни здравословни, лични и финансови проблеми на пациента, тъй като той се нуждае не просто от поредната превръзка, а от сериозно внимание и специализирана грижа.

**Разпространение на хроничните или трудно зарастващи рани нараства с възрастта.**

Изчислено е, че хроничните рани засягат 120 на 100 000 души на възраст между 45 и 65 години и нараства до 800 на 100 000 души на възраст над 75 години.

**Лечение на трудно зарастващите рани**

Лечението на трудно зарастващите рани е трудно и бавно, като не е еднопосочно – насочено само към самите рани, а има комплексен характер и първоначално трябва да се установи каква е причината за появата на подобна трудно зарастваща рана.

Локалното лечение с превръзки е важен елемент в оздравителния процес на раните. Изборът на подходяща превръзка може да повлияе благоприятно и да ускори заздравяването на раната.

Съществуват различни видове превръзки, като всяка една има своите предимства/недостатъци. За съжаление няма един вид превръзка, която да се използва във всички ситуации. Видът на използваните превръзки трябва да бъде индивидуализиран въз основа на характеристиките на раната и етапа от оздравителния процес.

**Фази на оздравителния процес**

Независимо от вида на раната и степента на тъканна загуба, заздравяването на всяка рана се извършва във фази, които се припокриват във времето и не могат да бъдат разделени една от друга:

1 Фаза на почистване – ексудативна – протича биологичен процес от типа на възпалението и раната видимо секретира (3 дни);

2 Фаза на епителизация (9 дни);

Фаза на грануларация – пролиферативна – образуват се нови кръвоносни съдове и се формира грануларна тъкан;

3 Фаза на епителизация – пролиферативна – (след 10-тия ден) повишено образуване на колагенови влакна, съзряване на тъканите и образуване на фин ръбец, белег.



**Традиционните превръзки** с нерезорбиращи се марли и гъби се използват за покриване на раневата повърхност след локално прилагане на различни препарати. Изработени са от тъкана или нетъкана памучна мрежа целулоза и се произвеждат в разнообразни форми, като тампони, компреси, ленти и други. Това са основните продукти, с които се постигат класическите очаквания от една превръзка, които са:

- Защита на раната от външна инфекция и ограничаване възможността от контаминиране на околните тъкани от бактериите, намиращи се в раната;
- Предпазване на раната и околните тъкани от механична травма;
- Абсорбиране на секрецията от раната, ако има такава;
- Подобряване комфорта на пациента;

**Традиционни превръзки при хронични / трудно зарастващи рани:**

- третираме раната като септична, тъй като са налице 5-те характеристики на възпалителния процес (зачервяване, подуване, затопляне, болка и нарушена функция);
- принципът на обработка на раната е отвън навътре /от периферията към центъра/ с три хода:

I-ви ход – почистване извън и около раната;
II-ри ход – отново извън и около раната;
III-ти ход – почистване вътре в самата рана;

- антисептичните разтвори, които използваме са разтвори на основата на повидон йод; кислородна вода 3%; промивка с калиев перманганат;

**Съвременни превръзки**

- Използването на съвременни превръзки далеч надхвърля традиционните методи за покриване на рана и/или абсорбирането на ексудат от нея.
- Със съвременните продукти могат да се постигнат терапевтични ефекти благодарение на различните им начини на действие, особено при лечението на трудно зарастващи рани, като те участват активно в оздравяването и подпомагат естествения физиологичен процес.

**Предимства на съвременните пред традиционните превръзки:**

- осигуряват 100% стерилност (гарантирана от производителя);
- създават физиологична среда в раната;
- атравматични при смяна на превръзката;
- хипоалергични са, лесни и удобни за употреба;
- могат да се моделират по контурите на различните части на тялото;

**Хидротерапия в две стъпки**

Хидроклийн е с уникален почистващ и абсорбиращ механизъм на действие, напоена с разтвор на Рингер, размеква некрозата и мъртвата тъкан, поддържа влажна среда 72 часа. Хидротак е хидрополомерна пенеста превръзка, абсорбира раневия ексудат, осигурява влажна среда и ускорява епителизацията.

**Сребърни превръзки**

Превръзката е изработена от полиамиден текстилен материал, отблъскващ водата. Носещият материал е покрит с химически свързано метално сребро, което е здраво фиксирано за него, и е импрегниран с хидрофилна маз, съдържаща предимно триглицериди. Превръзката притежава висока пропускливост за ексудат, въздух и водни пари. Осигурява по-бързо и по-добро оздравяване на раните; Контролирано освобождава

сребърни йони (в количество, което не уврежда здрави клетки); Може да се реже и моделира.

**Влажни превръзки**

Алгинати – прилагат се при силно секретиращи инфектирани рани. Механизмът на действие е свързване на секрета и кръвта и образуване на хидрофилен гел. Съдържащите се в препарата хидратиращи агенти действат овлажняващо на раната, подпомагайки отделянето на сухите тъкани, включително некроза и струпеи. Със силно абсорбиращите си свойства, гелът поема и задържа вече отделените раневи тъкани и секрети.

**Хидрогелови превръзки**

Предназначени са за сухи рани, комбинира се с автолитичен дебридман – HydroSorb gel – вискозен аморфем гел на базата на Рингер и глицерин.

**Имрегнирани марли**

Импрегнирани с мехлем или силикон за покриване на повърхностни рани или изгаряния; Бактиграс – стерилна антисептична тюлена превръзка, намаляваща риска от инфекция, мека и незалепваща за раната, напоена с хлорхексидин.

**Хидроколоидни превръзки**

- С лепяща се вътрешна повърхност и външна фолиева поърхност. Поглъщат ексудата и предпазват от бактериална контаминация
- Hydrocoll – абсорбираща самофиклираща се превръзка за лечение на рани във влажна среда, покрита с полупрозрачен водоотблъскващ слой;
- Granuflex – хидроколоида се трансформира в гел при поемане на ексудата и стимулира автолитичното изчистване на раната и раневото заздравяване.

**Полиуретанови пенести**

- Поглъщат необратимо ексудата, като се свързват с него (алевин видове)

**Лечение на рани с негативна терапия**

- Терапията за лечение на рани с негативно налягане, още позната като вакуумна терапия, е иновативен метод за лечение на рани чрез създаване на контролирано локализирано негативно налягане върху раневата повърхност.
- Вакуум апаратът стои денонощно върху раната на пациента, като на около 7 дни се сменят превръзките с нови. Консумативите са еднократни и стерилни. Лечението е напълно безболезнено.
- Този метод спомага за свиването на раната, ускорява хода на почистващата фаза от оздравителния процес, подпомага автолитичния дебридман на раната, подобрява кръвоснабдяването, а освен всичко друго, е бариера срещу навлизането на вторична инфекция.

**В заключение:** Мястото на медицинската сестра в организацията на работния процес е изключително отговорно – тя трябва да притежава необходимите познания и технически умения, за да осигури качествена и адекватна сестринска грижа за хирургичните пациенти.

В условията на непрекъснатата тенденция на намаляващ сестрински персонал и увеличаващия се обем от дейности и изисквания за качество и безопасност на здравните грижи, е необходима оптимизация на сестринския труд и именно въвеждането в работата на съвременните превръзки може да постави едно добро начало.

**Използвана литература**
1. Данов, Владимир, (2015). Хирургия I част за медицински сестри, София
2. https://www.medinfo.bg/spisanie/2016/6/statii/lechenie-na-ranite-obshta-harakteristika-na-syvremennite-prevryzki-2343

YPERLINK "http://www.medinfo.bg/spisanie/2016/6/statii/lechenie-na-ranite-obshta-harakteristika-na-syvremennite-prevryzki-2343"

## ИНОВАТИВНИ ПОДХОДИ ПРИ ОСИГУРЯВАНЕ НА ДОНОРИ

**Милена Тодорова**
*МУ – Варна, Филиал Шумен,*

## INNOVATIVE APPROACHES TO RECRUIT BLOOD DONORS

**Milena Milkova**
*MU-Varna, Shumen Affiliate,*

**Резюме:** *Приложението на хемотрансфузията, като терапевтичен метод в съвременното здравеопазване е обусловено от многообразното действие на кръвните продукти. Цялостната кръв и получените от нея кръвни продукти са уникални препарати. Употребата им, като лечебни средства е обусловена от факта, че източник на кръв може да бъде само човек, защото получаване на пълноценна кръв по синтетичен път все още не е постигнато.* ***Цел:*** *Да се очертаят и анализират дейностите за осигуряване на реконвалесцентна плазма, като се предложат иновативни подходи за подбор на донори.* ***Материали и методи:*** *Проучването е осъществено чрез изработен собствен инструментариум - анкетната карта за преболедувал COVID-19* ***(n=175)****, анкетна карта за медицински сестри (****n=106)****. Проучена е медицинската документация на пациенти, при които е прилагана реконвалесцентна плазма през първото тримесечие на 2021 г.* ***(n=276).*** *Проведено е дълбочинно интервю с 9 експерти. Проучването е направено в периода 10.06.2021 г. - 02.08.2021 г. Получените данни са обработени чрез статистически пакет SPSS for Windows версия 19.0.0. За изработване на графиките е използван Microsoft Office Excel 2010.* ***Резултати и обсъждане:*** *Нуждата от кръвни продукти и трудното им осигуряване, обуславя необходимостта да се търсят нови подходи за осигуряването им. Въвеждането на иновативни подходи в работния процес може да допринесе за увеличаване броя на кръводарителите. Голяма част от анкетираните медицински сестри потвърждават необходимост от прилагането на предложения Индивидуален план на донора (64,2%).*

**Ключови думи: хемотрансфузия, Индивидуален план на донор**

**Abstract:** *The application of hemotransfusion as a therapeutic method in contemporary healthcare is conditioned by the multifaceted action of blood products. Blood itself and blood products are unique. Their use as means of therapy is determined by the fact that the source of blood can only be a person and obtaining complete blood synthetically has not yet been achieved.* ***Aim:*** *The study aimed at outlining and analyzing the activities regarding convalescent plasma provision activities by proposing innovative approaches to recruit donors.* ***Materials and methods:*** *The study was conducted by self-developed instruments – a survey for*

*recovered COVID-19 patients (**n=175)**, a survey for nurses (**n=106)**. The medical records of patients with convalescent plasma treatment in the first trimester of 2021 were studied **(n=276).** An in-depth interview was conducted with 9 experts. The study was carried out in the period 10.06.2021 - 02.08.2021. The data obtained were processed by SPSS for Windows, version 19.0.0. 3 Microsoft Office Excel 2010 was used for the graphical representation of data. **Results and discussion:** The demand for blood products and their difficult provision outlines the necessity to search for new approaches. The introduction of innovative approaches in the working process can contribute to enhancing the number of blood donors. The majority of the surveyed nurses pointed out the need for applying the suggested Individual donor plan (64,2%).*

**Keywords: hemotransfusion, Individual donor plan**

## Въведение

Преливането на кръв и кръвни компоненти е в основата на интензивното лечение, което спасява милиони хора всяка година, особено в медицински специалности като кардиохирургия, трансплантология, хематология и онкология, спешна медицина и др. Освен в рутинното лечение, приложението на кръвни продукти има при възникнали бедствени ситуации, крупни производствени аварии, катастрофи и др. Данните за броя на кръводарителите според статистиката на Националния кръвен център очертават негативната тенденция в България за намаляване на броя на кръводарителите [3].

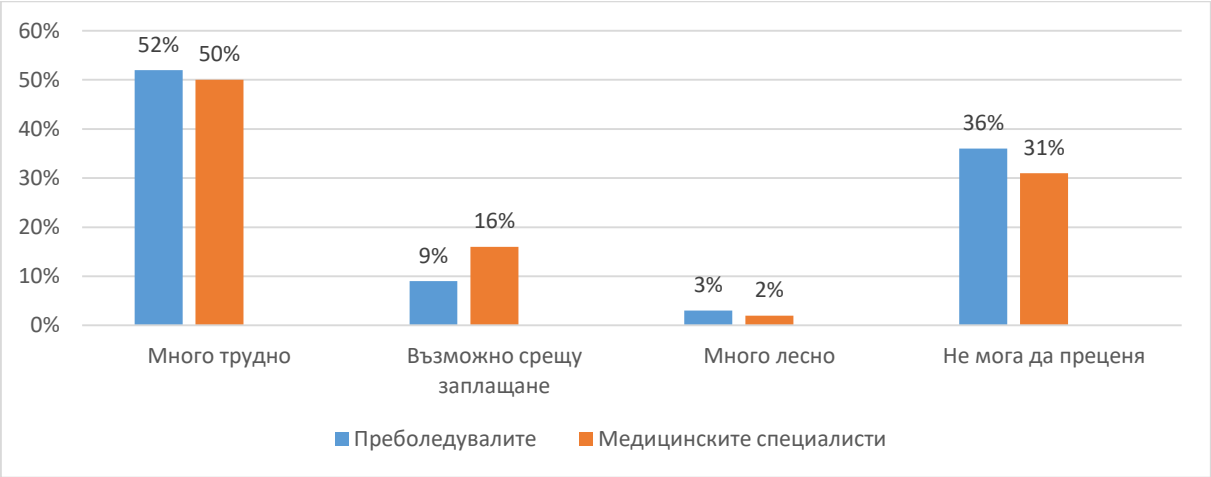
В нашата страна, както и в много други страни, където запасите от кръв са оскъдни е практика родственици или приятели на пациента, нуждаещ се от кръвопреливане, да даряват кръв. Те са по - безопасни от платените кръводарители, но имат по - голям процент на пренасяне на инфекции отколкото доброволните безвъзмездни кръводарители. Причина за това може да е емоционалното напрежение върху кръводаряващите, което ги кара да не бъдат прями за тяхното здравословно състояние. Към ситуацията с родствените кръводарители трябва да бъде подходено внимателно, като е необходимо привличането на здравните донори и превръщането им в доброволни и безвъзмездни такива, както и откриването на неподходящите при които има риск да дадат заразена кръв. Обслужени с уважение и подложени на подходящо образование, тези донори могат да послужат като основа на една нова система от доброволни, безвъзмездни кръводарители, подбудени от хуманитарни мотиви [1].

При недостиг на кръв и кръвни продукти се организира набавянето им от платени кръводарители. Допуска се вземане на кръв срещу заплащане при спешни случаи и при липса на налични количества от необходимата кръвна група в съответната структура от трансфузионната мрежа [2].

В края на 2020г. във връзка с пандемията от COVID-19 г. и в търсене на нови терапевтични подходи за лечение кръвни центрове в страната започнаха да произвеждат реконвалесцентна плазма от дарители, преболедували COVID-19. Процесът по производство и експедиране за клинично приложение на реконвалесцентна плазма се извършва съгласно регламентиращи документи, действащи в страната ни в съответствие на Програмата на ЕС за осигуряване с COVID-19 реконвалесцентна плазма[4]. ***Цел:*** Да се очертаят и анализират дейностите за осигуряване на реконвалесцентна плазма, като се предложат иновативни подходи за подбор на донори.

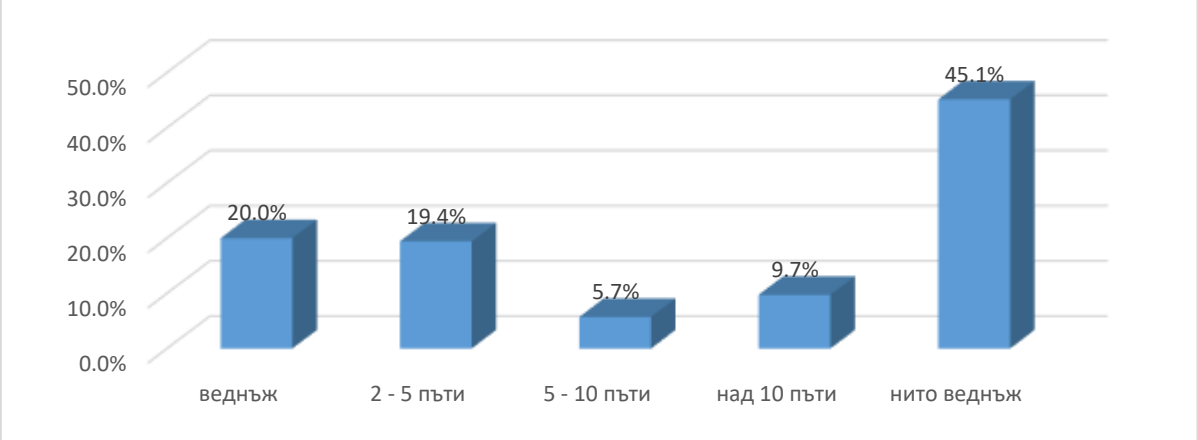
***Материали и методи:*** Проучването е осъществено чрез изработен собствен инструментариум - анкетната карта за преболедувал COVID-19 (**n=175**), анкетна карта за медицински сестри (**n=106)**. Проучена е медицинската документация на пациенти, при които е прилагана реконвалесцентна плазма през първото тримесечие на 2021 г. **(n=276).** Проведено е дълбочинно интервю с 9 експерти. Проучването е направено в периода 10.06.2021 г. - 02.08.2021 г.

***Анализ на резултатите:*** Участващите в проучването експерти и половината от респондентите споделят, че осигуряването на донор на реконвалесцентна плазма е много трудно (експерти 100%, преболедували 52%, медицински сестри 50%), (Фиг.1).




**Фиг.1 Осигуряване на донор, според медицински специалисти и преболедували**

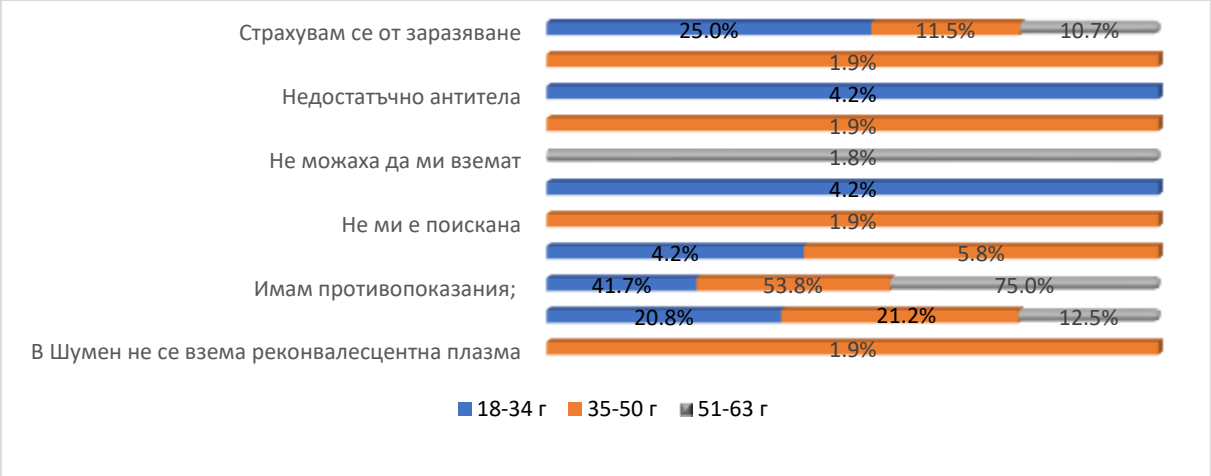
Важно за нас беше да проучим мнението на респондентите, които са преболедували и имат осъществено даряване на кръв и кръвни съставки. Според честотата на кръводаряване най-много са дарилите веднъж (20%) и тези с 2-5 дарявания (19,4%). Следват донорите с над 10 дарявания (9,7%) и дарилите 5-10 пъти (60 %), (Фиг.2).




**Фиг.2 Брой осъществени кръводарявания**

Повече от преболедувалите респонденти вече са осъществили акта на кръводаряване (54,9%). От тях, след като са преболедували Covid 19, дарилите реконвалесцентна плазма са 15,4%. Най-голям е делът на дарилите веднъж, а с равен дял са дарилите два пъти и тези с над 3 дарявания (14,8%).

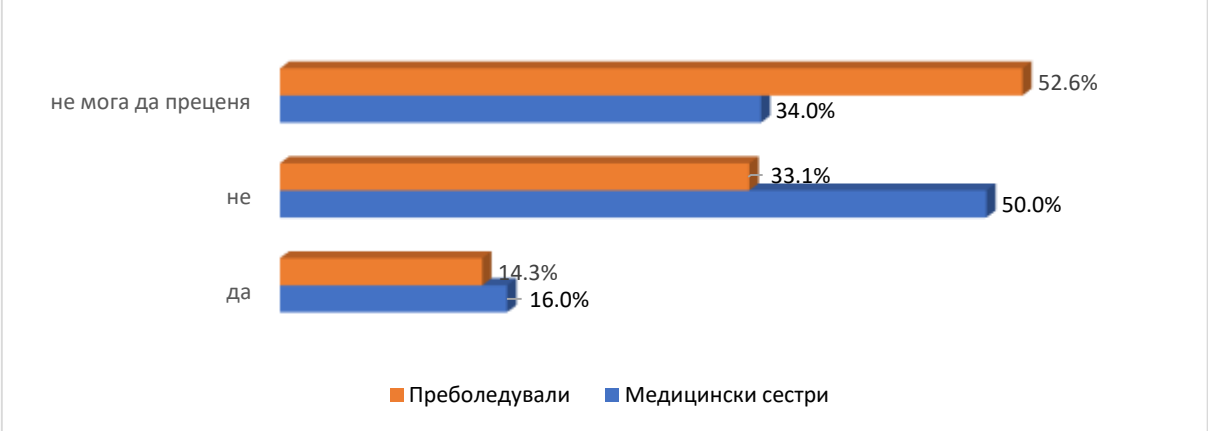
Голяма част от респондентите, които са преболедували Covid 19, не са дарявали реконвалесцентна плазма, като посочват различни причини за това. Значителна част от младите хора до 34 г. са с противопоказания за кръводаряване (41,7%) и нямат желание да помагат на непознати и чужди хора (42%), (Фиг.3).




**Фиг.3 Причини за недаряване на плазма**

Други причините, обуславящи нежелание за кръводаряване, които посочват респондентите са страх от манипулации (35-50г. 21,2%; 18-34г. 20,8%; 51-63г.12,5%), страх от заразяване (18-34г. 25%; 35-50г. 11,5 %) и нежелание да помагат на чужди и непознати хора (18-34г. 42%; 35-50г. 58%).

Проучихме мнението на респондентите по отношение на лечението с реконвалесцентна плазма. Половината от анкетираните медицински сестри и 1/3 от преболедувалите COVID 19 не възприемат лечението с реконвалесцентна плазма като „панацея“, (Фиг.4 ).




**Фиг. 4 „Панацея ли е лечението с реконвалесцентна плазма?“**

Голям дял от анкетираните не могат да преценят ефективността от прилагане на реконвалесцентна плазма за лечение на пациенти с COVID-19 (преболедували 52,6%, медицински сестри - 34%).

В някои болнични структури широко се прилага реконвалесцентна плама за лечение на болните от COVID-19. Осигуряване на необходимите количества реконвалесцентна плазма е трудно и дейностите трябва да са насочени към преодоляване на негативните тенденции към кръводаряване и премахване на предпоставките, които го възпрепятстват. Медицинската сестра може да извършва самостоятелни дейности и дейности по назначение на лекар в рамките на придобити квалификации и нормативно определени компетенции. На базата на законово-нормативна уредба и собствен опит предлагаме Индивидуален план на донора, който ще улесни процеса по осигуряване на реконвалесцентна плазма, като се увеличат количествата на дарената плазма (Фиг.5).

**Модел на индивидуален план на донора**

**Паспортна част** – трите имена, ЕГН, професия, координати за контакт- адрес, телефон, електронна поща и др.

**Медицинска история**

- Брой осъществени кръводарявания и период на осъществяване
- PCR- тест или друга медицинска документация, удостоверяваща наличие на антитела
- Епикризи от провеждано лечение

**Необходими превантивни мерки**

- Кръводаряването не се извършва на гладно - прием на лека закуска и тонизираща напитка.
- Кръвоспиращата превръзка се премахва най-малко след 2 часа.
- След кръводаряване – да се приемат повече течности /вода,сок, кафе, чай и др./

**Оценка на общото здравословно състояние** – оглед на кожа и видими лигавици.

**Уточняване на провеждана лекарствотерапия**

**Информация за протичането на предходните дарявания**

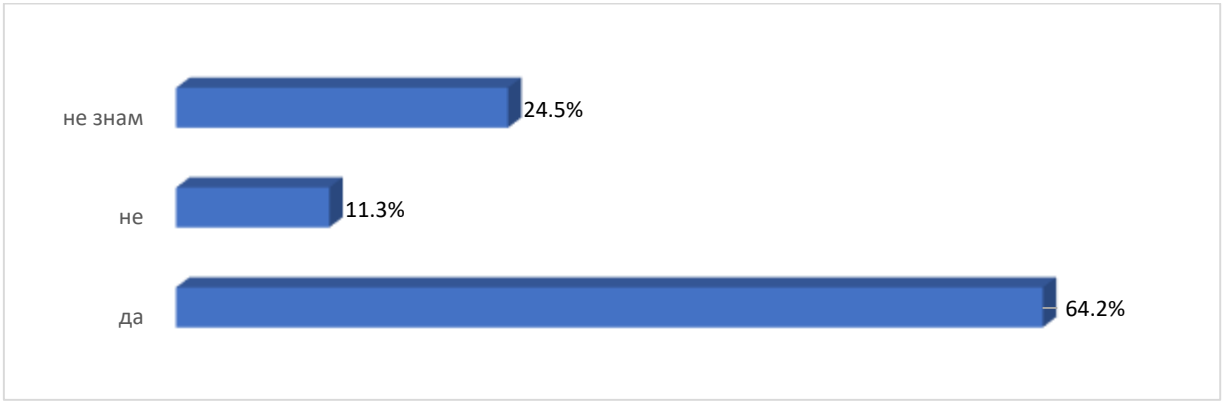
**При установяване на патологични промени – насочване за консултативен преглед при специалист**

**Последващо даряване**

- Уточняване на времевия интервал, след който може да се осъществи – 14 дни
- Разясняване на съществуваща възможност за осъществяване на кръводаряване в друго териториално звено от Трансфузионната хематология – при пътуване и др.

**Фиг.5 Индивидуален план на донор**

Помолихме анкетираните експерти и медицински сестри да споделят мнение относно необходимост от въвеждането на предложения Индивидуален план на донор, (Фиг.6).




**Фиг.6 Необходимост от въвеждане на Индивидуален план на донор, според медицинските специалисти**

Голяма част от анкетираните медицински сестри потвърждават необходимост от прилагането на предложения Индивидуален план на донора (64,2%).

**Изводи:**

1. Хемотрансфузия се прилага при различни заболявания и редица състояния, застрашаващи човешкия живот, като източник на кръвни продукти е единствено човек.

2. Половината от респондентите споделят, че осигуряването на донор на реконвалесцентна плазма е много трудно (преболедували - 52%, медицински сестри - 50%).
3. Ролята на медицинската сестра трябва да се насочи към увеличаване броя на безвъзмездните и доброволни кръводарители.
4. На базата на получени резултати и собствен опит, смятаме, че предложеният **Индивидуален план на донора**, може да улесни осигуряването на донори.
5. Голяма част от анкетираните медицински сестри потвърждават необходимостта от прилагането на предложения Индивидуален план на донора (64,2%), описващ сестринската дейност в унисон с правилата за добра здравна грижа.

**Литературни източници:**


1. Василева, В., 2003г., Да направим промяната, София,).
2. Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането,чл.6, ал.1.
3. https://ncth.bg/
4. https://www.bda.bg/images/stories/documents/annual_reports/Annual%20Report%202020%20BG.pdf



**Адрес за кореспонденция:**
Милена Милкова Тодорова
Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна,
Филиал Шумен
9700 гр. Шумен
ул. "Васил Априлов" №63
e-mail: M.Todorova@mu-varna.bg

# ПОЗНАНИЯ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА СЛУЧАИ (CASE MANAGEMENT) И ГОТОВНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА ПРИЛАГАНЕ В ПРАКТИКАТА

**Мария Добрева**

*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, Филиал Шумен,*

# KNOWLEDGE OF CASE MANAGEMENT (CASE MANAGEMENT) AND READINESS OF NURSES FOR APPLICATION IN PRACTICE

**Maria Dobreva,**

*Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" Varna, Shumen Branch,*

**Резюме**

**Въведение:** Управлението на случаи се превърна в основен процес през последните няколко десетилетия в много страни по света. Терминът управление на случай се използва често, но често се разбира погрешно. Част от причината за това е, че самият термин е труден за дефиниране. Основните цели, които се стреми да постигне моделът на управлението на случай, е: поддържане на оптимално здраве, достъп до грижи и подходящо използване на ресурсите, балансирано с правото на пациента за участие в грижите.

**Цел:** Да се проучат нивото на знания и готовността на медицинските сестри за прилагане в практиката, свързани с управление на случаи.

**Материали и методи:** Проучено е мнението на 55 медицински сестри, работещи в „МБАЛ Шумен“ АД, „КОЦ Шумен“ ЕООД и СБАЛК „Мадара“ гр. Шумен. За провеждане на проучването бе използван социологически метод чрез пряка анонимна индивидуална анкета и статистически - за изобразяване на графики.

**Резултати и обсъждане:** В резултатите от анкетираните 55 медицински сестри се забелязва, че половината (53%) са информирани за дейностите на сестрата-мениджър. Водещите дейности са разработването на планове в сътрудничество с пациента и семейството (76,36%), провеждане на цялостна оценка на здравните и психо-социални нужди на пациента (67,27%) и насърчаване на правилното използване на здравни услуги и стремеж за подобряване на качеството на грижите (58,18%). Почти всички респонденти са на мнение, че сестрата-мениджър трябва да притежава клиничен опит (93%).

Заключение: В съвременният свят медицинските сестри споделят нова философия на грижите и предлагат нови модели, като се стремят да подобрят своята ефективност, да разрешат проблемите и нуждите на пациента.

Ключови думи: познания, готовност, медицински сестри, управление на случаи (case management)

**Summary**

**Introduction:** Case management has become a major process over the past few decades in many countries around the world. The term case management is often used but often misunderstood. Part of the reason for this is that the term itself is difficult to define. The primary goals that the case management model seeks to achieve are: maintenance of optimal health, **access to care,** and appropriate use of resources, balanced with the patient's right to participate in care.

**Objective:** To investigate the level of knowledge and readiness of nurses to apply in practice related to case management.

**Materials and methods:** The opinion of 55 nurses working in "MBAL Shumen" JSC, "KOTC Shumen" EOOD and SBALK "Madara" in the city of Shumen was studied. To conduct the survey, a sociological method was used through a direct anonymous individual survey and statistically - to display graphs.

**Results and discussion:** In the results of the 55 nurses surveyed, it was observed that half (53%) were informed about the activities of the nurse manager. The leading activities are developing plans in collaboration with the patient and family (76.36%), conducting a comprehensive assessment of the patient's health and psycho-social needs (67.27%) and promoting the correct use of health services and striving for improvement of the quality of care (58.18%). Almost all respondents were of the opinion that the nurse manager should have clinical experience (93%).

**Conclusion:** In the modern world, nurses share a new philosophy of care and offer new models, striving to improve their efficiency, to solve the problems and needs of the patient.

**Key words: knowledge, preparedness, nurses, case management**

**Въведение**

Управлението на здравните грижи е сложен комплексен процес и включва лидерски и мениджърски позиции на различни нива (Грънчарова Г., 2011, с.5-6). Базира се на мобилизиране на човешките ресурси и ресурсите на средата. Ефективното им използване определя до голяма степен качеството на грижите, които са основен фактор за устойчивото развитие на здравното заведение при свободен избор на пациентите в условията на пазарна икономика и конкуренция между болниците (Богданова К., 2019).

Управлението на случаи се превърна в основен процес през последните няколко десетилетия в много страни по света. Терминът се използва често, но често се разбира погрешно, като част от причината за това е, че самият термин е труден за дефиниране (5).

Американската асоциация по управление на случаите (American Case Management Association) определя управлението на случай като „процес на сътрудничество и комуникация, който улеснява последователността на грижите чрез ефективна координация на ресурсите“ (Петрова Г., 2021, с. 7).

Управлението на случаи е съвместен процес на оценка, планиране, улесняване, координиране на грижите, оценка и застъпничество за възможности и услуги за посрещане на всеобхватните здравни нужди на индивида и семейството чрез комуникация и налични ресурси за насърчаване на безопасността на пациентите, качеството на грижите и икономически ефективни резултати (4).

Основните цели, които се стреми да постигне моделът на управлението на случай, е: поддържане на оптимално здраве, достъп до грижи и подходящо използване на ресурсите, балансирано с правото на пациента за участие в грижите (Петрова Г., 2021, с. 7).

**Цел:** Да се проучат нивото на знания и готовността на медицинските сестри за прилагане в практиката, свързани с управление на случаи.

**Материали и методи:** Проучването е осъществено през периода 19.09.2022 – 09.10.2022 г. като са обхванати общо 55 медицински сестри, работещи в „МБАЛ Шумен“ АД, „КОЦ Шумен“ ЕООД и СБАЛК „Мадара“ гр. Шумен. При извършване на научното изследване са използвани социологически чрез собствен разработен инструментариум – анкетна карта и статистически методи.

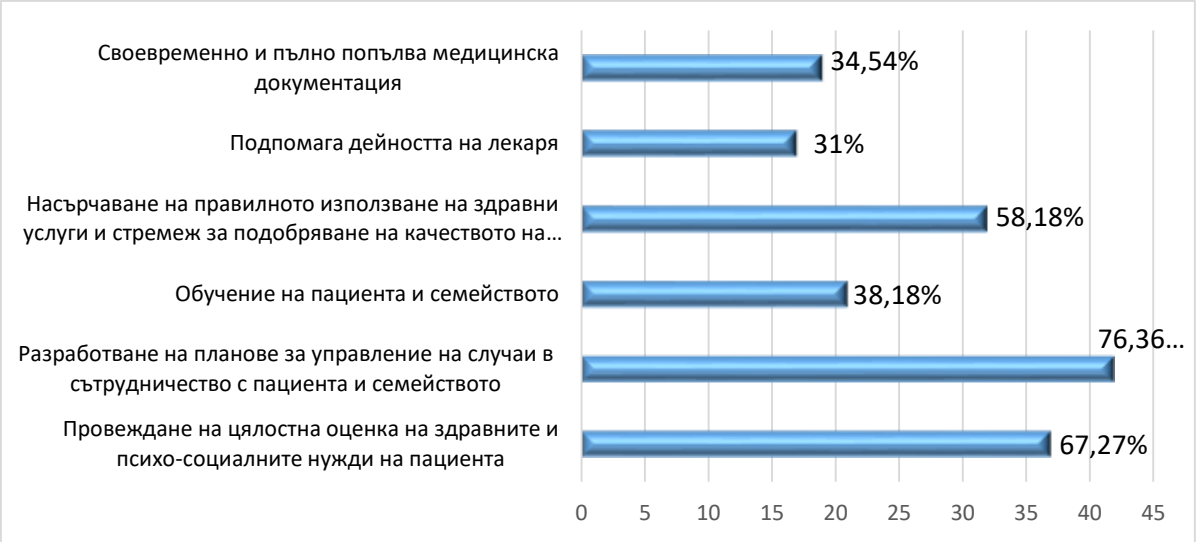
**Резултати и обсъждане:** Проверихме с каква образователна квалификационна степен са анкетираните респонденти, тъй като се предполага, че медицинските сестри с по-висок образователен ценз имат по-широка представа за новостите в сестринската професия и опита на други страни (Фиг.1).




**Фиг. 1. Разпределение на медицинските сестри по ОКС**

Разпределението по образователно-квалификационна степен показва най-голям дял на анкетираните професионалисти по здравни грижи със базово медицинско образование бакалавър (46%), следвани от магистри по УЗГ (27%), не малка част са бакалаврите по УЗГ (16%) и базово медицинско образование с ОКС специалист (11%). В проучването са включени главни, старши и редови медицински сестри от трите лечебни заведения.

За нас, беше важно да установим мнението на медицинските сестри по отношение на основните дейности на сестрата-мениджър (Фиг. 2).




*Заб.* % надхвърля 100, т.к. анкетираните са посочили повече от един отговор*

**Фиг. 2. Основни дейности на сестрата-мениджър при управление на случаи**

Болшинството от изследваните лица считат за основни дейности при управление на случаи разработването на планове в сътрудничество с пациента и семейството (76,36%), с незначителна разлика следва провеждането на цялостна оценка на здравните и психо-социални нужди на пациента (67,27%) и насърчаване на правилното използване на здравни услуги и стремеж за подобряване на качеството на грижите (58,18%).

Основните дейности на медицинската сестра, отговаряща за случая са да гарантира оптимално използване на ресурсите за насърчаване ефективността на разходите.

Според модела от Световната здравна организация, управленските квалификации са създаване на мотивация у служителите, за да се реализират целите и да се гарантират ефективното използване на ресурси (Фиг.3).




*Заб.* % надхвърля 100, т.к. анкетираните са посочили повече от един отговор*

**Фиг. 3. Слаби организационни умения на сестрата-мениджър при управление на случаи**

Въз основа на резултатите, получени от проучването най-слабите организационни умения на сестрата-мениджър според медицинските сестри са способност да изпълняват няколко задачи едновременно и да ги приоритизират (41,82%), повече от половината е осигуряването на ресурси (34,55%) и справянето на проблемите с човешките ресурси (29,1%). Допускаме, че слабите организационни умения могат да повлияят негативно върху дейността на сестрата-мениджър.

При управление на случаи сестрата-мениджър трябва да използва своето умение за критично мислене, за да определи приоритетите на пациента, да формулира правилно целта на своята дейност, да организира процесите за вземане на решения и да определи правилно сестринските интервенции (Фиг.4).

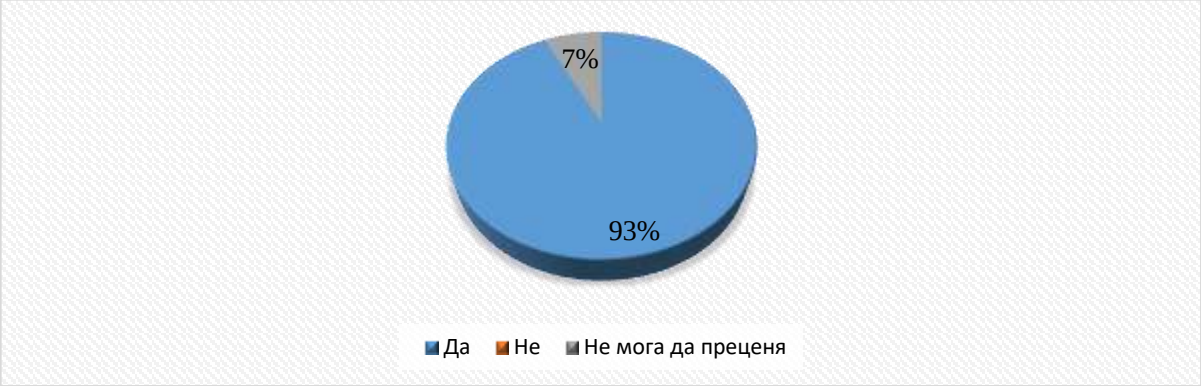



*Заб.* % надхвърля 100, т.к. анкетираните са посочили повече от един отговор*

**Фиг. 4. Степенуване на умения по значимост, които трябва да притежава сестрата-мениджър**

Според голяма част от професионалистите по здравни грижи най-висока степен и водещи умения, които трябва да притежава сестрата-мениджър е вземането на решения и разрешаване на проблемите (76,36%), с незначителна разлика следват умения отнасящи се до комуникация (56,31%) и екипност (54,55%). Трудно е да се даде приоритет на тези умения и всички те могат да влязат в действие по различно време за ефективните мениджъри на случаи. Сестрата-мениджър на случаи трябва да имат предвид, че във всеки един ден може да се наложи да използва много от тези умения, за да изпълни ефективно своите дейности.

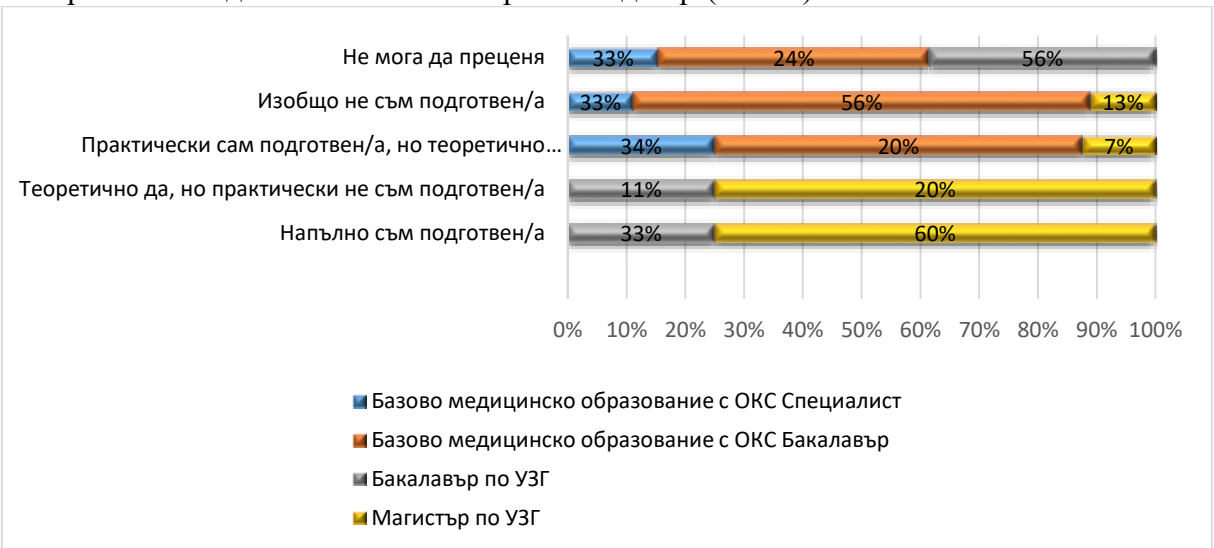
След като определихме значимостта на уменията в дейността на сестрата-мениджър, проучихме мнението на медицинските сестри за необходимостта от наличие на клиничен опит (Фиг.5).




**Фиг. 5. Необходимост от клиничен опит на сестрата-мениджър за прилагане в практиката**

Независимо от лечебното заведение в което осъществяват своята практика отговорът на медицинските специалисти е еднозначен и категоричен, че сестрата-мениджър трябва да притежава клиничен опит (93%), незначителна част от анкетираните не могат да преценят (7%).

Не трябва да остава без внимание изказаното мнение на медицинските сестри по образователно-квалификационна степен относно готовността за извършване на дейности като сестра-мениджър (Фиг.6).




**Фиг. 6. Готовност за извършване на дейности като сестра-мениджър *(сравнителен анализ)***

Без оглед на здравното заведение, в което работят медицинските специалисти от получените резултати се установи, че значителна част от магистрите по УЗГ считат, че теоретично (20%) са напълно подготвени за извършване на дейности като сестра-мениджър (60%). Половината от Бакалаврите по УЗГ не могат да преценят (56%), но една трета са на мнение, че напълно са подготвени (33%). Голяма част от медицинските сестри с базово медицинско образование бакалавър (56%) и една трета със степен специалист (33%) изобщо не са подготвени. Според нас това се дължи на факта, че при анкетираните от тази група липсва надграждащо обучение.

Анализирайки данните от собственото изследване, проучената литература по проблема, бихме могли да изведем следните **изводи:**

1. Проведеното проучване доказва познанията на медицинските професионалисти по здравни грижи свързани с основните дейности на сестрата-мениджър при управление на случаи.
2. С най-висока степен на уменията по значимост, които трябва да притежава сестрата-мениджър е вземането на решения и разрешаване на проблемите (76,36%).
3. Категорични са медицинските сестри, че при управление на случаи сестрата-мениджър трябва да притежава клиничен опит (93%).
4. Повече от половината магистри по управление на здравните грижи са напълно готови да извършват дейности свързани с управлението на случаи (60%).

**Литературни източници:**


1. Богданова К., 2019, Основни аспекти в управлението на здравните грижи, Монографичен труд, София, ISBN 978-619-7491-08-1
2. Грънчарова Г., 2011, Управление на здравните грижи с модул „здравни проекти“, Издателски център МУ-Плевен, с.5-6
3. Петрова Г., 2021, Ключови компоненти на моделите за интегрирани грижи на индивидуално и популационно ниво, Журнал на Медицински колеж - Варна, брой 1, т. IV, МУ-Варна
4. <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/> (24.09.2022)
5. <https://www.planstreetinc.com/what-is-case-management/> (05.10.2022)



**Адрес за кореспонденция:**
Мария Добрева,
Филиал Шумен към МУ-Варна,
Ул. „Васил Априлов“ 63
e-mail: Maria.Dobreva@mu-varna

# СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ В ПРОФИЛАКТИКАТА НА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

**Христина Генчева**
*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“– Варна,*
*Филиал Шумен, катедра „Здравни грижи“*

# MODERN APPROACHES TO CERVICAL CANCER PREVENTION

**Hristina Gencheva,**

*Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” – Varna,*
*Shumen Affiliate, Department of Health Care*

**Резюме:** Ракът на шийката на матката (РМШ) е вторият по честота сред жените между 15 и 44 години в Европа. Ежегодно близо 325.3 милиона жени, навършили 15 годишна възраст са в риск от развитие на рак на шийката на матката. Всяка година приблизително 61 072 жени се диагностицират с цервикален карцином и 25 829 умират от това заболяване. Превенцията на РМШ е многообразен процес, който включва също здравно образование, осведоменост, информираност, проследяване на жените с предракови поражения. Приемането на всеобхватно виждане означава да се обмислят социалните, културните, образователните и институционалните измерения, които могат да създадат условия профилактиката да стане ефективна. Чрез стратегическо и умело прилагане на научните постижения на практика може да се постигне локално, а в последствие и глобално елиминиране на рака на маточната шийка.

***Ключови думи:*** *профилактика, съвременни подходи, рак, маточна шийка*

**Abstract:** Cervical cancer (CC) is the second most common cancer among women aged 15 to 44 in Europe. Every year, nearly 325,3 million women over the age of 15 are at risk of developing cervical cancer. Each year, approximately 61,072 women are diagnosed with cervical cancer and 25,829 die from the disease. The prevention of CC is a multifaceted process that also includes health education, awareness, informedness, follow-up of women with precancerous lesions. Taking a comprehensive view means considering the social, cultural, educational and institutional dimensions that can create conditions for prevention to become effective. Local and eventually global elimination of cervical cancer can be achieved through strategic and skillful application of scientific advances in practice.

***Keywords:*** *prophylaxis, modern approaches, cancer, cervix*

## Въведение

Ракът на маточната шийка (РМШ) продължава да е значим здравен проблем, който засяга жените в средна възраст, предимно в по-слабо икономически развити страни**.** Той е четвъртият най-често срещан рак сред жените в света, с приблизително 604 000 нови случая и 342 000 смъртни случая през 2020 г., а близо 90% от новите случаи и смъртни случаи в света през 2020 г. са настъпили в страни с нисък и среден доход (Sung et al., 2021, p. 231). Ракът на шийката на матката е вторият по честота сред жените между 15 и 44 години в Европа. Ежегодно близо 325.3 милиона жени, навършили 15 годишна възраст са в риск от развитие на рак на шийката на матката.

Всяка година приблизително 61 072 жени се диагностицират с цервикален карцином и 25 829 умират от това заболяване. В рамките на 28-те страни членки на Европейския съюз се наблюдава тенденция към намаляване на смъртността в държавите от Западна и Централна Европа и нарастване на смъртността в държавите от Източна Европа. В България през 2017 г. с рак на шийката на матката са диагностицирани 15 691 (431.1/100 000), от които 908 (24.9/100 000) са новооткрити случаи. През 2018 г. числата са съответно 15 759 (435.8/100 000), от които 850 новооткрити (23.5/100 000). Близо 27% от новооткритите случаи са диагностицирани със стадии III или IV. Смъртността от РМШ в България е близо два пъти по-висока от средната за ЕС (9/100 000 спрямо 5/100 000) и докато средната стойност за ЕС е с тенденция към намаляване на смъртността от РМШ, в България тенденцията е към нарастване. Петгодишната преживяемост в България също е под средните нива за Европа, 55% при 63% за ЕС. В рамките на Европа, България е на трето място по смъртност след Румъния и Молдова. Прогнозите показват, че имунизационна програма, насочена само към момичетата в страните с нисък и среден доход, където е и България, ще доведе до намаляване на случаите от РМШ от средно 19.8/100 000 до 2.1/100 000 или намаляване с 89.4% в рамките на следващото столетие. Включването на двукратен скрининг ще доведе до заболяемост от 0.7/100 000 или намаляване с 96.7% [2]. През 60-те и 70-те години на миналия век България е била една от страните с много ниска заболяемост от РМШ, благодарение на съществуващата програма за масов цитологичен скрининг на женското население, въведена през 1971 година. През последните 20 години се отбелязва тенденция за постоянно нарастване на заболяемостта и това е резултат от разрушаване на съществувалата организирана система за профилактика и липсата на нова такава [2]. Пандемията от COVID-19 през предходните две години парализира здравните системи по цял свят и предизвика лавина от проблеми за рисковите групи пациенти. От друга страна, обединяването на научните общности доведе до разработването на иновативни средства за профилактика на РМШ. Съществуват повече технологии за изследване наличието на HPV като основен причинител на РМШ и най-чувствителният метод е чрез PCR (Polimerase Chain Reaction).

Превенцията на РМШ е многообразен процес, който включва също образование, осведоменост, информираност, проследяване на жените с предракови поражения. Приемането на всеобхватното виждане означава да се обмислят социалните, културните, образователните и институционалните измерения, които могат да създадат условия за възможност профилактиката да стане ефективна. За тази цел се насърчава интердисциплинарното и междусекторното участие на акушерката като добре подготвен специалист. Профилактиката е процес, който се прилага в и извън здравната система и интегрира различни медицински и немедицински практики (Фиг.1).




***Фиг. 1. Акушерски профилактични дейности***

Съвкупността от медицински и немедицински дейности е насочена директно към осъществяване на профилактика и има конкретни практически измерения. Медийните кампании целят повишаване осведомеността сред обществото и формиране на здравно поведение и здравословни навици сред всички възрастови групи. В рамките на акушерската промотивна дейност е здравното образование и възпитание, което би било възможно чрез засилване на междуинституционалните връзки с образователни институции. Практическата реализация е чрез разработване на здравни програми в тясно сътрудничество с различни учебни заведения. Дигитализацията бележи всички области на съвременното общество и здравеопазването не прави изключение. Създаването на инструмент за устойчива профилактика включва разработването на електронен регистър с електронни досиета за областта. Регистърът ще служи на акушерката за осъществяване на регулярни профилактични дейности и грижи. Различните нива на профилактика изискват въвеждането на съвременни дистанционни методи за профилактика. Последните две години в условията на пандемия очертаха нуждата от телемедицина като ефективно средство за профилактика. Прилагането ѝ в рамките на акушерските компетенции ще спомогне за намаляване нивата на ежегодно диагностицираните случаи на РМШ. Необходими са законодателни промени, които да регламентират автономната дейност на акушерката, така че да позволят извършването на задължителен масов скрининг по месторабота или местоживеене.

Тези дейности изискват адекватна връзка между различните нива на медицинска помощ, както и между здравната система и другите сектори на обществото. Акушерките в своята ежедневна работа опознават своите пациенти, техните здравни проблеми, запознават се с потребностите им. Вследствие на всичко това резултатите биха могли да бъдат променени в положителна посока, ако се утвърди ролята и участието на акушерката в промоцията и превенцията на РМШ. Към момента, професионалистите по здравни грижи извършват промотивна дейност в по-голяма част от звената, в които практикуват, но би могло да се работи още по-интензивно в тази насока. В двадесет и

първи век развитите държави отдавна са осъзнали изключителната важност на профилактиката и влагат огромни средства за нейната масовост и всеобхватност. Средствата, които са вложени в превенцията на правилното място и в правилното време, впоследствие спестяват в пъти по-големи разходи за лечение и най-важното-спасяват човешки живот. Обединяването на методите на първичната и вторичната профилактика може да намали броя на ежегодно диагностицираните случаи на РМШ и да спомогне за откриването му в един по-ранен стадий.

Що се отнася до предотвратяването на РМШ, разглеждаме следните нива на профилактика (Фиг.2).




***Фиг. 2. Нива на профилактика на РМШ***

Профилактичните мероприятия са в компетенциите на съвременната акушерка, която е обучена да се информира и да прилага иновативни средства и подходи в превенцията на РМШ. До настоящия момент в България няма създадена алтернативна форма, свързана с профилактика на рак на маточната шийка, осъществявана чрез автономна акушерска практика.

**Цел:** Настоящото проучване цели да изследва съвременните подходи в профилактиката на рак на маточната шийка чрез медицински и немедицински акушерски практики.

**Материали и методи:** Проучването е многоцентрово, кохортно и е осъществено чрез пряка анонимна анкета сред пациенти в Гинекологични отделения в градовете Варна, Русе и Шумен, редови акушерки в същите отделения и преподаватели и студенти в МУ-Варна и филиалите. Използвани са статистически методи за анализ и интерпретация на данни с оглед разкриване на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им. Данните са обработени чрез статистически пакет SPSS for

Windows версия 19.0.0. За изработване на графиките е използван Microsoft Office Excel 2010.

**Резултати и обсъждане:**

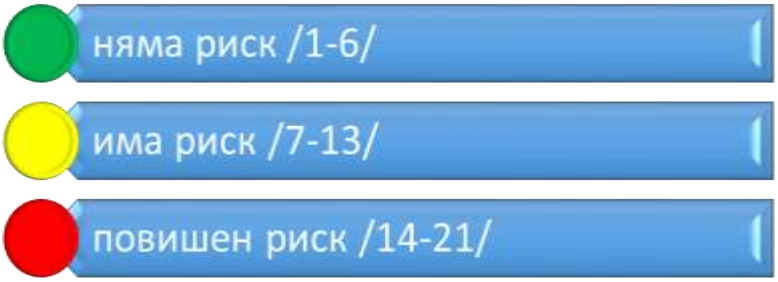
Иновативните подходи в областта на превенцията ни провокираха да проверим необходимостта от **Електронно досие за профилактика на рак на маточната шийка** сред респондентите (Фиг.3).




***Фиг.3. Ползи от Електронното досие за профилактика на РМШ (сравнителен анализ)***

**Електронното досие** цели информиране и напомняне за планираните профилактични процедури, съобразно възрастта и здравния статус на жената. По този начин ще се гарантира информираност за времето, мястото и вида на прегледа, което ще формира навици у жената за редовна профилактика през целия живот. Всички анкетирани са дали еднозначен положителен отговор в подкрепа на **Електронното досие за профилактика** на рак на маточната шийка. Важно е мнението на експертите, които са категорични за въвеждането на този метод за превенция (100%). Анкетираните студенти също осъзнават ползите от въвеждането на Електронно досие за профилактика на рак на маточната шийка (86,7%). В подкрепа на инструмента за осъществяване на профилактика са и акушерките (75,3%). Пациентите също убедено приемат изграждането на здравни навици по този начин (50,9%).

**Фишът за оценка на риска** е друг инструмент, който всяка жена следва да попълни в рамките на профилактичните мероприятия. Фишът съдържа въпроси относно рисковите фактори за РМШ. Целта е да се оцени степента на риска според скала, определяща хода на дейностите на акушерката, свързани с профилактиката. Всеки положителен отговор се оценява с 1 точка, а отрицателните отговори - с 0 точки. Полученият резултат определя степента на риска (Фиг.4).




***Фиг. 4. Степени на риска***

Познаването на рисковите фактори е ключово по отношение на превенцията, а тяхното елиминиране е социално-икономически ефективно и от своя страна ще предотврати последваща терапия на заболяването и ще намали смъртността. Трябва да се отчете и спецификата на различните възрастови групи, да се определят индивидуалните нужди от профилактика и да се разработи индивидуален план за действие. Това би било възможно единствено чрез създаване на електронен регистър, обхващащ всички девойки и жени, подлежащи на профилактика. Тази практика не е нова за България, но в резултат на реформите в здравната система и политика, профилактиката се неглижира. В условията на дигитализация и съвременните технологии, изпитаните профилактични дейности лесно могат да се трансформират, за да се повиши тяхната ефективност. Подобна електронна база данни ще очертае практическата рамка за елиминиране на РМШ.

Науката, технологиите и прилагането на превенция и лечение на рак на маточната шийка се променят бързо, с ефективни стратегии на хоризонта. СЗО одобрява самостоятелно взети проби за HPV тестове като допълнителен подход към скрининг за рак на маточната шийка за лица на възраст 30-60 години [3]. Самостоятелното вземане на проби, като алтернативен метод за скрининг, може да преодолее бариерите като достъп до здравното заведение и страх, свързан с гинекологичния преглед, отваряйки нови възможности за достигане до жени с ограничения по отношение на скрининга. Самостоятелното вземане на проби е включено в националните насоки за скрининг в страни с високи доходи като Нидерландия, Австралия и Финландия (Gupta et al., 2018, p. 7). Чуждият опит на държави, където заболяемостта от РМШ е сведена до минимум в резултат на профилактични мероприятия, не е за пренебрегване и може да служи за пример.

**Заключение**

Усилията за премахване на рака на маточната шийка трябва да се съсредоточат върху устойчив и непрекъснат достъп до стратегии за превенция. Със силна база от доказателства и установено ефективно прилагане, стратегиите могат да придобият и по-широки измерения. Чрез стратегическо и умело прилагане на научните постижения на практика може да се постигне глобално елиминиране на рака на маточната шийка.

Въз основа на научените уроци, се очертава нуждата от проект, който съчетава препоръчаните по-горе стратегии и осигурява цялостен континуум от грижи за превенция на рак на маточната шийка, за да покаже, че елиминирането на рака на маточната шийка може да бъде постигнато на местно ниво. Глобалното елиминиране на рака на маточната шийка е постижимо с увеличаване на покритието на HPV ваксината, прилагане на стратегии за скрининг и лечение чрез нововъзникващи технологии, но не и без помощта и разработването на иновативни подходи за профилактика.

**Литературни източници**

1. Български национален раков регистър; Заболеваемост от рак в България, 2013; Том XXIV, Volume XXIV, 2015.
2. Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 – 2024 г., стр. 1
3. Световна здравна организация. Консолидирани насоки на СЗО за интервенции за самообслужване за здраве: сексуално и репродуктивно здраве и права. Женева: Световна здравна организация (2019). Предлага се онлайн на адрес: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf?ua=1 > (15.04.2022)
4. Gupta S, Palmer C, Bik EM, et al. Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing: Increased Cervical Cancer Screening Participation and Incorporation in International Screening. *Frontiers in Public Health*. (2018) 6:77. doi: 10.3389/fpubh.2018.00077
5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clinic. 2021:71:209–49. doi:10.3322/caac.21660.

**Адрес за контакти:**
Христина Генчева
**E-mail**: tina_gabi@abv.bg

## ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА ТРУДНОСТИ И СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ В ДЕЙНОСТТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА – ПЛАНИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА С ПСИХИЧНИ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ 10 ДО 14 ГОДИНИ

**Радостина Жечева**
*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, Филиал Шумен,*

## OVERCOMING DIFFICULTIES AND MODERN ASPECTS IN NURSING ACTIVITY - HEALTH CARE PLANNING FOR CHILDREN WITH MENTAL DISABILITIES FROM 10 TO 14 YEARS OLD

**Radostina Zhecheva**
*Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov “Varna, Shumen Branch,*

**Резюме:** С развитието на медицинската наука постоянно нараства ролята на медицинската сестра при подкрепа и оказване на съвременни здравни грижи . Това в голяма степен се отнася за оказването на дългосрочни грижи за лица с психични отклонения, като е необходимо медицинската сестра да е усвоила медицински, научни и технически знания, умения и компетентности. По данни на СЗО психичните проблеми все по-често водят до загуба на трудоспособност, нещо повече психичните разстройства са сочени като пет от всеки десет причини за инвалидизиране[ 6,7 ].
В процеса на предоставяне на дългосрочни грижи за деца с психични отклонения, психиатричната сестра има ключова роля. Реорганизацията на психиатричната помощ изисква специализирани сестрински грижи. Като член на екип, психиатричната сестра

участва в профилактичната, лечебно-диагностичната и рехабилитационна помощ, оказвана при деца с психични отклонения. Тя е тази, която може и трябва да подкрепи детето с психично разстройство в един важен момент от неговия живот – възрастта от 10 до 14 години. Ролята на медицинската сестра е от решаващо значение за осигуряване на подкрепа за безопасна, компетентна, състрадателна и етична грижа при деца с психични отклонения [ 4 ].

Тук е ключовата роля на медицинската сестра с нейните компетенции за преодоляването на трудностите и съвременните аспекти при планирането на здравните грижи при работа с деца с психични отклонения от 10 до 14 години.

**Цел:** Да се проучи мнението на медицинските сестри за преодоляването на трудностите и съвременните аспекти при планирането на здравните грижи при работа с деца с психични отклонения от 10 до 14 години.

**Материали и методи:** За провеждане на проучването бе използван:

- социологически метод – пряка анонимна анкета през месеците март и април 2019г.,
- документален метод – проучване на медицинска документация,
- статистически метод, описателни показатели представени в графичен вид. Данните са обработени статистически чрез SPSS 20.0. За изработване на графиките е използван Microsoft Office Excel 2010.

- Медицински сестри, работещи в психиатрични болници и клиники за деца (общо n=100).
  - ✓ УМБАЛ „Св. Марина“ гр. Варна - Клиника по детско-юношеска психиатрия (n=30)
  - ✓ Университетска болница „Александровска“ гр.София - Детска психиатрия „Св. Никола“ (n=30)
  - ✓ МБАЛ гр. Търговище АД - Отделение по психиатрия (n=10)
  - ✓ Държавна психиатрична болница с. Царев брод (n=30)
- Медицински сестри, работещи в училищен здравен кабинет в Общините Шумен и Варна (общо n=100).
  - ✓ Община Шумен (n=50)
  - ✓ Община Варна (n=50)

**Резултати и обсъждане:**

Медицинските сестри от Психиатрични клиники и от Училищен здравен кабинет, посочват “с*треса на работното място*“ (56%), и *„конфликтните ситуации“* , като най-голяма трудност в работата. Професионалната подготовка на медицинската сестра за подкрепа и сестрински грижи на дете с психично отклонение сочи положителен отговор (87%).„Разработване на медицински стандарти“-. (64%), „Разработване на поднормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи“- (63%) „Промени в законовите уредби, даващи на медицинските сестри право да сключват договори с НЗОК“ също се подчинява на същата тенденция-(56%).

**Заключение:** Психичното здраве се влияе, подобрява, а и застрашава в семейството и в училище, на улицата и на работното място – там, където хората могат да се чувстват сигурни, уважавани и полезни за обществото или съответно да бъдат заплашени, изолирани и отхвърлени. Всеки човек има психични нужди, независимо дали има диагноза за психично заболяване или не. Обучението за болестта на детето е в основата на подкрепата и дългосрочните грижи. Тук е ключовата роля на медицинската сестра с нейните компетенции за преодоляването на трудностите и съвременните аспекти при

планирането на здравните грижи при работа с деца с психични отклонения от 10 до 14 години.

**Ключови думи:** медицински сестри, деца с психични отклонения от 10 до 14 години, преодоляване на трудности, планиране на здравни грижи

**Abstract:** With the development of medical science, the role of the nurse in supporting and providing modern health care is constantly increasing. This largely applies to the provision of long-term care for persons with mental disorders, as it is necessary for the nurse to have mastered medical, scientific and technical knowledge, skills and competences. According to WHO data, mental problems increasingly lead to loss of working capacity, moreover, mental disorders are cited as five out of every ten causes of disability In the process of providing long-term care for children with mental disorders, the psychiatric nurse has a key role. The reorganization of psychiatric care requires specialized nursing care. As a team member, the psychiatric nurse participates in the preventive, curative-diagnostic and rehabilitative care provided to children with mental disorders.

She is the one who can and should support parents in caring for a child with a mental disorder at an important moment in his life - the age from 10 to 14 years. The role of the nurse is critical in providing support for the safe, competent, compassionate, and ethical care of families with children with mental disabilities.

The family as a social structure is not only a place where feelings of love, tenderness, warmth and affection are concentrated. This means that it contains the relationships between the entities that make it up, based on communication, roles and functions. In the family, problems are met regardless of the difficulties of solving them, supported by the competent help of the nurse.

**Aim:** To explore nurses' views on overcoming difficulties and contemporary aspects of health care planning when working with mentally disabled children aged 10 to 14 years.

**Materials and methods:** We used the sociological method to conduct the study through a direct anonymous questionnaire in March and April 2019, the documentary method- to examine medical documentation. Statistical method, descriptive indexes were used, represented in graphs. SPSS 20.0 processed the data. Microsoft Office Excel 2010 was used for the graphs.

- Nurses, employed at psychiatric hospitals and clinics for children (n=100).
    - ✓ UMHAT "St. Marina"- Varna –Child and Adolescent Psychiatry Clinic (n=30)
    - ✓ "Alexandrovska" University Hospital- Children's Psychiatric Unit "St.Nicola" (n=30)
    - ✓ MHAT Targovishte AD – Psychiatric Department (n=10)
    - ✓ State Psychiatric Hospital, the village of Tsarev brod (n=30)
- Nurses, working at school surgeries in the municipalities of Shumen and Varna (n=100).
    - ✓ Shumen district (n=50)
    - ✓ Varna district (n=50)

**Results and discussion:** Mental illness is seen as one of the most stigmatized conditions in our society, although various anti-stigma programs are in place in some countries, it is a well-recognized fact that users of mental health services all too often suffer from discrimination, stigma and negative attitudes from side of society. The stigma and discriminatory behaviors associated with mental illness are as damaging as the illness itself .

**Conclusion:** Mental health is influenced, improved and threatened in the family and at school, on the street and in the workplace – where people can feel safe, respected and useful to society, or threatened, isolated and rejected. Everyone has mental health needs, whether they have a mental illness diagnosis or not. Family education about the child's illness is really the foundation of support and long-term care. Here is the key role of the nurse with her

competencies to overcome the difficulties and modern aspects of health care planning when working with children with mental disorders from 10 to 14 years.
**Keywords:** nurses, children with mental disorders 10 to 14 years, coping, health care planning

**ВЪВЕДЕНИЕ:**

Ролята на медицинската сестра в организацията на лечебния процес и грижата за психично болни деца е трудно да се оцени, тъй като включва в себе си широк кръг въпроси, без които би било невъзможно осъществяването на терапевтичен подход към болното дете и в крайна сметка достигане на състояние на ремисия или оздравяване [1, 2 ].

**Цел:** Да се проучи мнението на медицинските сестри за преодоляването на трудностите и съвременните аспекти при планирането на здравните грижи при работа с деца с психични отклонения от 10 до 14 години.

**Материали и методи:** За провеждане на проучването са използвани:

- социологически метод – пряка анонимна анкета през месеците март и април 2019г.,
- документален метод – проучване на медицинска документация,
- статистически метод, описателни показатели представени в графичен вид. Данните са обработени статистически чрез SPSS 20.0. За изработване на графиките е използван Microsoft Office Excel 2010.

- Медицински сестри, работещи в психиатрични болници и клиники за деца (общо n=100).
    - ✓ УМБАЛ „Св. Марина“ гр. Варна - Клиника по детско-юношеска психиатрия (n=30)
    - ✓ Университетска болница „Александровска“ гр.София - Детска психиатрия „Св. Никола“ (n=30)
    - ✓ МБАЛ гр. Търговище АД - Отделение по психиатрия (n=10)
    - ✓ Държавна психиатрична болница с. Царев брод (n=30)
- Медицински сестри, работещи в училищен здравен кабинет в Общините Шумен и Варна (общо n=100).

**Резултати и обсъждане:**

Промоция, превенция и подобряване на психичното здраве. Обучение на децата за живот с болестта - разпознаване на предвестниците на влошаване като основа за управлението на психичните кризи. Формиране на умения за самостоятелен живот - справяне с управлението на бюджет и разходи, придобиване на хигиенни навици и умения за самообслужване, повишаване автономността на болното дете. Възвръщане на способностите, които психичната болест е променила в някаква степен. Трениране на социални умения за приятелства и срещи. Ролята на медицинската сестра е от решаващо значение за осигуряване на подкрепа за безопасна, компетентна, състрадателна и етична грижа на деца с психични отклонения.

За нас беше важно да проучим мнението на медицинските сестри от психиатричните клиники ( ПК ) и от училищен здравен кабинет (УЗК) за преодоляването на трудностите и съвременните аспекти при планирането на здравните грижи при работа с деца с психични отклонения от 10 до 14 години, дали според анкетираните медицински сестри.

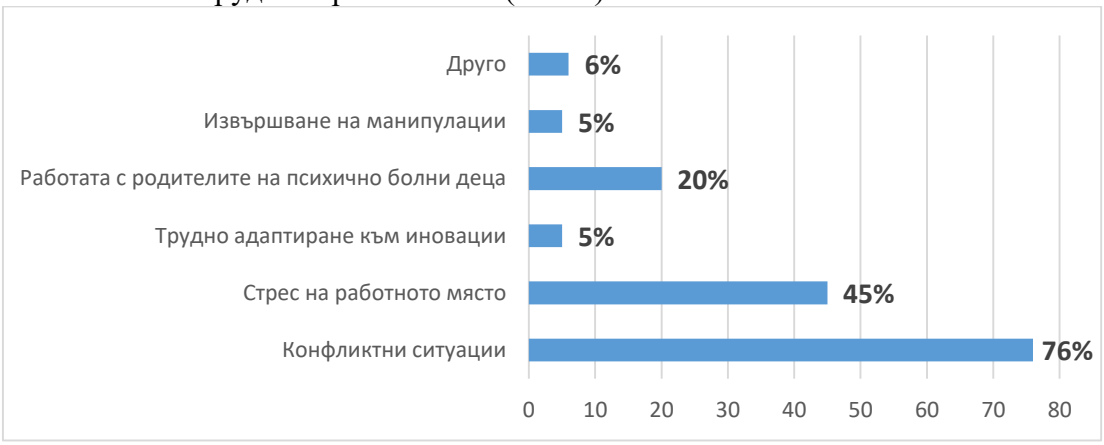
Проучихме мнението на анкетираните Мс от ПК относно това, какво най-често затруднява работата им (фиг.1).




**Фиг. 1 Затруднения в работата на медицинските сестри** (МС от ПК)

Малко повече от половината от изследваните медицински сестри, срещат най-голяма трудност в работата, "*стрес на работното място*" (56%). Малко по-малък е броят, относно мнението по показателя *„конфликтните ситуации"* (46%). На трето място по трудност изследваните медицински сестри са посочили „*работата с родителите на психично болни деца"*, които не е толкова голям (14%). След което са посочили „*Трудно адаптиране към иновации"* (10%). Най-малък процент само са посочили „*Извършване на манипулации*" (1%).

Проучихме мнението и на анкетираните медицински сестри от УЗК, относно това какво най-често затруднява работата им (Фиг.2)



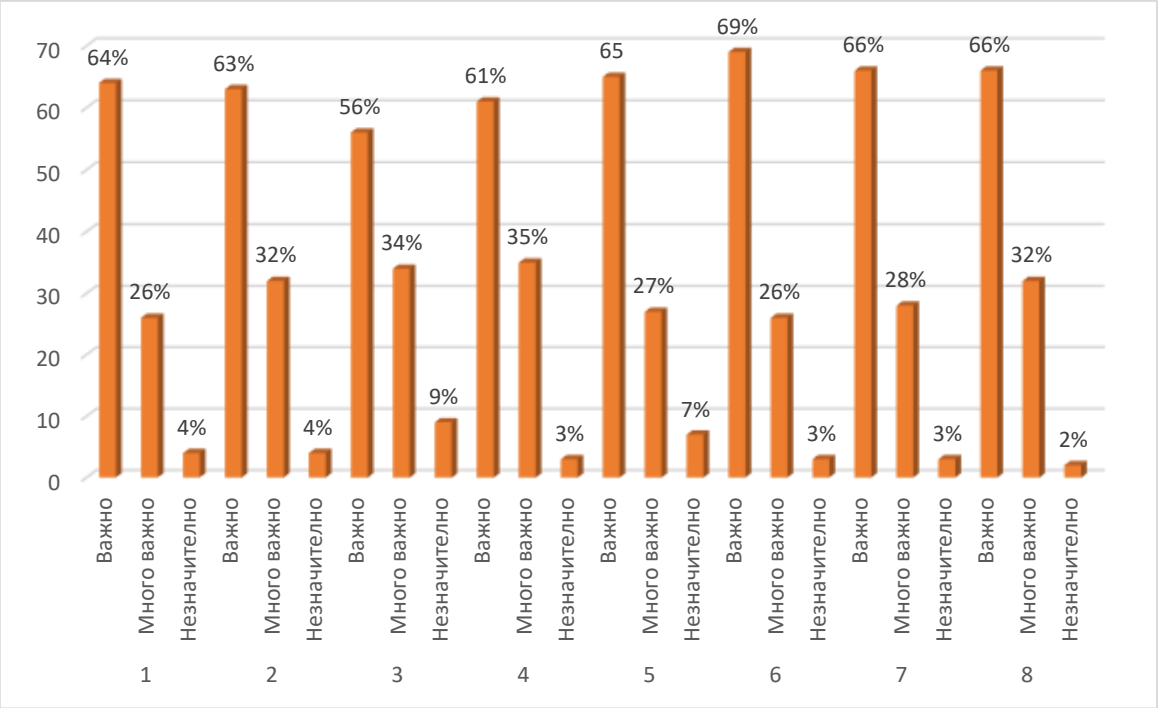

**Фиг. 2 Затруднения в работата** (МС от УЗК)

Най-голяма трудност в работата на анкетираните медицински сестри от УЗК са *„конфликтните ситуации"* (76%).

След това по трудност медицинските сестри са посочили „*стрес на работното място*" (45%) за изследваната група. На трето място по трудност изследваните медицински сестри са посочили „*работата с родителите на психично болни деца"* (20%). Еднакъв е процента (по 5%) по критериите „*Извършване на манипулации*" и „*Трудно адаптиране към иновации".*

Почти всички анкетирани МС от ПК са посочили голямата нужда, от оказване на помощ на близките на деца с психиатрични отклонения за преодоляване на трудностите (96%).

За нас беше важно да проучим какви дейности са необходими за преодоляване на трудностите в работата на медицинската сестра (фиг.3)




**Фиг. 3 Мнение на медицинските сестри от ПК за преодоляване на трудности в работата на медицинската сестра**

**Легенда:**

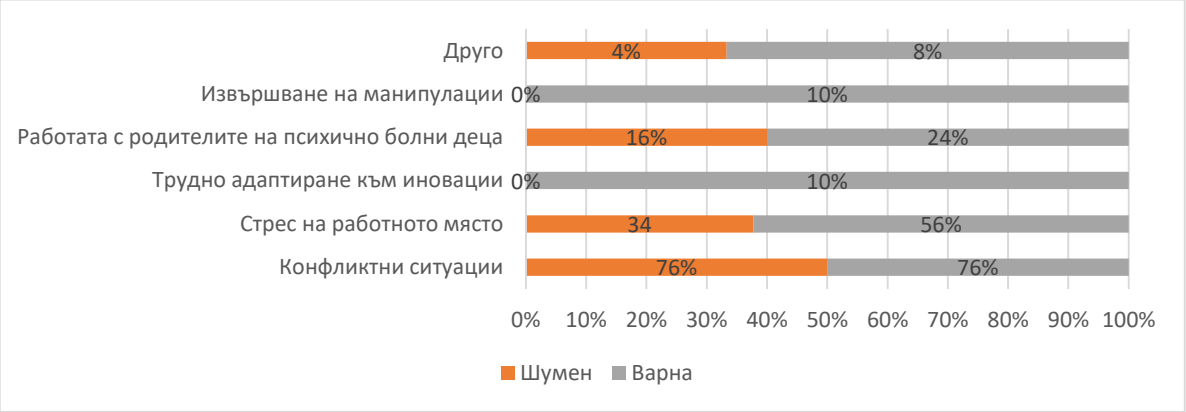
1. *Разработване на медицински стандарти*
2. *Разработване на поднормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи*
3. *Промени в законовите уредби, даващи на медицинските сестри право да сключват договори с НЗОК*
4. *Усъвършенстване на правилата за добра сестринска практика*
5. *Въвеждане на инструменти за добра здравна грижа- сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и др.*
6. *Въвеждане на система за управление на качеството на здравните грижи*
7. *Разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказаната медицинска дейност*
8. *Въвеждане на супервизия и признаване на автономната дейност на медицинската сестра*

- Първият показател е „Разработване на медицински стандарти“. От фигурата е видно, че посочените отговори за „Важно“ са 64% и „Много важно“ – (26%), а „Незначително“ са посочили само (4%).
- По втория показател „Разработване на поднормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи“ се наблюдава същата тенденция. Отговорите за „Важно“ са (63%) и „Много важно“ – (32%), а „Незначително“ са посочили отново 4%.
- Третия показател „Промени в законовите уредби, даващи на медицинските сестри право да сключват договори с НЗОК“ също се подчинява на същата тенденция.

Посочените отговори за „Важно“ са (56%) и „Много важно“ – (34%), а „Незначително“ са посочили само (9%).

- Четвъртия показател „Усъвършенстване на правилата за добра сестринска практика“ отново отразява тенденцията в мнението на изследваните медицински сестри за „Важно“ са (61%) и „Много важно“ – (35%), а „Незначително“ са посочили само (3%).
- Петия показател „Въвеждане на инструменти за добра здравна грижа- сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и др.“ И тук посочените отговори за „Важно“ са (65%) и „Много важно“ – (27%), а „Незначително“ са посочили само (7%).
- Шестия показател „Въвеждане на система за управление на качеството на здравните грижи“ също отразява мнението на изследвани групи медицински сестри групирано около критериите „Важно“ и „Много важно“. Посочените отговори за „Важно“ са (69%) и „Много важно“ – (6%), а „Незначително“ са посочили само (3%).
- Седмия показател „Разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказаната медицинска дейност“ показва същата тенденция за „Важно“ и „Много важно“. Посочените отговори за „Важно“ са (69%) и „Много важно“ – (26%), а „Незначително“ са посочили само (3%).
- Осмия показател „Въвеждане на супервизия и признаване на автономната дейност на медицинската сестра“ също отразява тенденцията за „Важно“ и „Много важно“, около които се групират отговорите. Посочените отговори за „Важно“ са (66%) и „Много важно“ – (32%), а „Незначително“ са посочили само единици (2%).

Проучихме мнението на анкетираните медицински сестри от УЗК, относно това какво най-често затруднява работата им (Фиг.4)

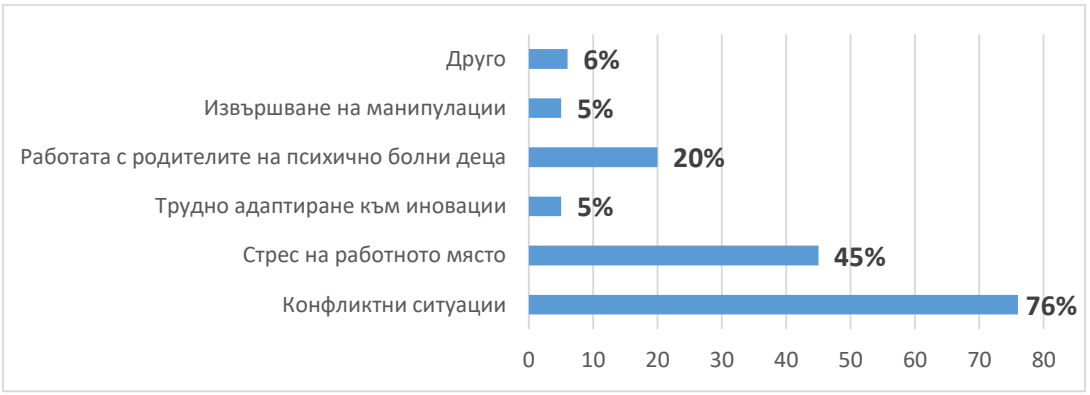



**Фиг. 4 Затруднения в работата** (МС от УЗК по градове)

Най-голяма трудност в работата на изследваните медицински сестри и от двете групи са *„конфликтните ситуации“* (76%).

След това по трудност медицинските сестри са посочили „*стрес на работното място*“ (56%) за изследваната група от Варна и по-малко за изследваната група от Шумен (34%). На трето място по трудност изследваните медицински сестри са посочили „*работата с родителите на психично болни деца“* – съответно за Шумен (24%) и за Варна (16%). Изследваната група от Варна не е посочила критериите „*Извършване на манипулации*“ и „*Трудно адаптиране към иновации“,* докато една част по медицинските сестри от Шумен са посочили тези два критерия (10%).

Обобщените данни за всички медицински специалисти, работещи в УЗК относно най-чести затруднения в работата им са представени на (Фиг.5).

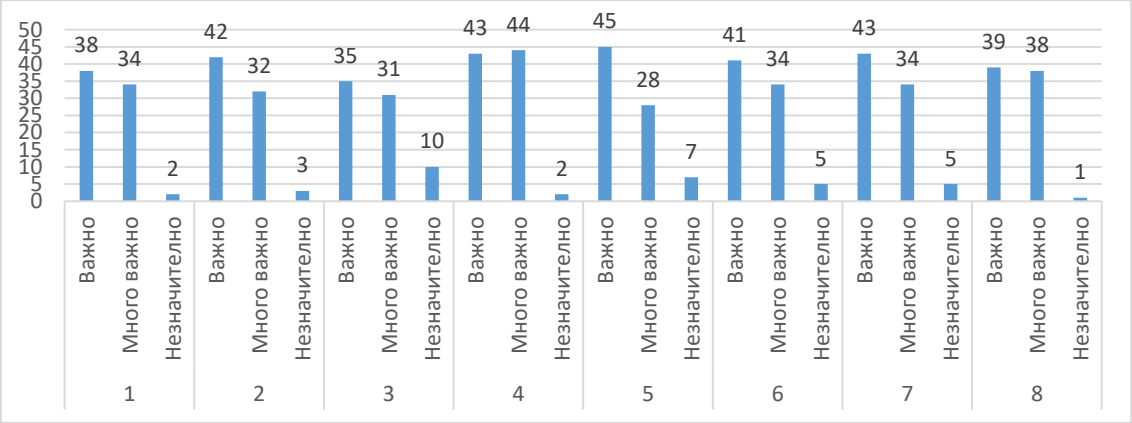



**Фиг. 5 Затруднения в работата** (МС от УЗК)

Най-голяма трудност в работата на изследваните медицински сестри са *„конфликтните ситуации“* (76%).

След това по трудност медицинските сестри са посочили „*стрес на работното място*“ (45%) за изследваната група. На трето място по трудност изследваните медицински сестри са посочили „*работата с родителите на психично болни деца“* (20%). Еднакъв е процента (по 5%) по критериите „*Извършване на манипулации*“ и „*Трудно адаптиране към иновации“*.

Обобщени данни за МС от УЗК, какво трябва да се направи, за преодоляване на трудности в работата на медицинската сестра (Фиг.6).




**Фиг. 6 Преодоляване на трудности в работата на медицинската сестра**

**Легенда:**

*1.Разработване на медицински стандарти*

*2.Разработване на поднормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи*

*3.Промени в законовите уредби, даващи на медицинските сестри право да сключват договори с НЗОК*

*4.Усъвършенстване на правилата за добра сестринска практика*

*5.Въвеждане на инструменти за добра здравна грижа- сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и др.*

*6.Изработване на единни критерии за оценка ефективността на оказаната здравна грижа*

*7.Въвеждане на система за управление на качеството на здравните грижи*

*8.Въвеждане на супервизия и признаване на автономна дейност на медицинската сестра*

- Първият показател е „Разработване на медицински стандарти“. От фигурата е видно, че посочените отговори за „Важно“ и „Много важно“ са почти еднакви – (38%) и (34%).
- По втория показател „Разработване на поднормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи“ се наблюдава същата тенденция с плички проценти за „Важно“ и „Много важно“ - (42%) и (32%).
- Третия показател „Промени в законовите уредби, даващи на медицинските сестри право да сключват договори с НЗОК“ също се подчинява на същата тенденция. Отговорите са разпределение в „Важно“ и „Много важно“ - (45%) и (31%).
- Четвъртия показател „Усъвършенстване на правилата за добра сестринска практика“ отново отразява тенденцията в мнението на изследваните медицински сестри за „Важно“ и „Много важно“ “ с равни резултати - (43%) и (44%).
- Петия показател „Въвеждане на инструменти за добра здравна грижа- сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и др.“ Тук отговорите са разпределение в „Важно“ (45%), а за „Много важно“ (28%).
- Шестия показател „Въвеждане на система за управление на качеството на здравните грижи“ също отразява мнението на изследвани групи медицински сестри групирано около критериите „Важно“ и „Много важно“ - (41%) и (34%).
- Седмия показател „Разработване на единни критерии за оценка ефективността и ефикасността на оказаната медицинска дейност“ показва същата тенденция за „Важно“ и „Много важно“. - (43%) и (34%).
- Осмия показател „Въвеждане на супервизия и признаване на автономната дейност на медицинската сестра“ също отразява тенденцията за „Важно“ и „Много важно“, около които се групират отговорите на изследваната група - (39%) и (38%).

**Изводи:**

1. Малко повече от половината от изследваните медицински сестри в ПК, срещат най-голяма трудност в работата, “с*трес на работното място*“ (56%). Малко по-малък е броят, относно мнението по показателя *„конфликтните ситуации“* (46%).
2. Най-голяма трудност в работата на анкетираните медицински сестри от УЗК са *„конфликтните ситуации“* (76%). Следвани от това по трудност медицинските сестри са посочили „*стрес на работното място*“ (45%) за изследваната група.
3. Професионалната подготовка на медицинската сестра за подкрепа и сестрински грижи на дете с психично отклонение сочи положителен отговор (87%).
4. При фигура №4 показателите: „Разработване на медицински стандарти“-. 64%, „Разработване на поднормативни документи, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи“- 63%

„Промени в законовите уредби, даващи на медицинските сестри право да сключват договори с НЗОК“ също се подчинява на същата тенденция-. 56%.

**Заключение:**

Опазването на психическото здраве на гражданите е национален приоритет и се гарантира от държавата. Лицата с психически разстройства се ползват от особена здравна закрила. Обучението на медицинските специалисти, които осъществяват дейности по опазване на психичното здраве, да е ориентирано към защита на психичното здраве и осигуряване на лицата с психични разстройства на достъпна и качествена медицинска помощ, грижи и подкрепа, необходими за живота им в семейството и в общността. В съвременен аспект е необходимо да се осигури ефективно психиатрично обслужване на

населението, включващо био-психо-социалните аспекти на боледуването и произтичащите от тях потребности на индивида и обществото.

Психичната болест се разглежда като едно от най - сигматизираните състояния в нашето общество, независимо че в някои страни действат различни програми за борба против стигмата, всепризнат факт е, че потребителите на психично-здравни услуги твърде често страдат от дискриминация, стигма и негативни нагласи от страна на обществото. Стигмата и дискриминационното поведение, свързани с психичната болест, са така увреждащи, както и самата болест. [ 3 ].

Психичното здраве се влияе, подобрява, а и застрашава в семейството и в училище, на улицата и на работното място – там, където хората могат да се чувстват сигурни, уважавани и полезни за обществото или съответно да бъдат заплашени, изолирани и отхвърлени. Всеки човек има психични нужди, независимо дали има диагноза за психично заболяване или не. Обучението за болестта на детето наистина е в основата на подкрепата и дългосрочните грижи. Тук е ключовата роля на медицинската сестра с нейните компетенции за преодоляването на трудностите и съвременните аспекти при планирането на здравните грижи при работа с деца с психични отклонения от 10 до 14 години.

**Литература:**


1. Воденичарова, А., Един различен свят - сборник изд. „Хуманитас” Русе 2008
2. Георгиева. Е., Психичното здраве - глобален обществено-здравен проблем“ сп. Психиатрия- София, ноември,2017
3. Йорданов Илко., Захариев, Б., Ранното детско развитие – перспективи, предизвикателства и отговорности, Дискусионен доклад, 2014,UNICEF2001.
4. Методика за условията и начина на предоставяне на социални услуги в център за обществена подкрепа. Агенция за социално подпомагане, 2018
5. Миланова В., Стигма на психично болните има навсякъде по света“, сп. Психиатрия, бр. 3, 2014г
6. Миланова В., „Извънболнична психиатрия“, София, 2003
7. Йорданов,Илко,Захариев,Б., Ранното детско развитие –перспективи, предизвикатилства и отговорности, Дискусионен доклад, 2014,UNICEF



**Адрес за кореспонденция:**

гл.ас. Радостина Жечева, д.оз.

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, Филиал Шумен,

и-мейл: Radostina.Zhecheva@mu-varna.bg

# КЛИНИЧНИ И СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ -ПРИЧИНИ ЗА КЪСНО РОДИТЕЛСТВО

**Теодора Йорданова**

*Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна,*
*Филиал – Шумен, катедра „Здравни грижи“*

# CLINICAL AND SOCIO-ECONOMIC PROBLEMS - CAUSES OF LATE PARENTHOOD

**Teodora Yordanova**

*Institution: Medical University "Prof. Dr. P. Stoyanov" - Varna,*
*Shumen Affiliate, Department of Health Care*

**Резюме**

**Въведение:** През последните десетилетия се наблюдава спад на раждаемостта в световен мащаб. Високите нива на безработица, съчетани с ниски семейни доходи и липсата на социални придобивки, също са фактори, които характеризират много общества с твърде ниска раждаемост и късен момент на майчинство. Хората във фертилна възраст без финансови проблеми се възползват от възможностите, които им предоставят съвременните методи за семейно планиране което също създава предпоставки за отлагане за родителство.

**Цел:** Да се проучат социално-икономическите и клинични проблеми като причини за късно родителство.

**Материали и методи:** Проведено е анонимно анкетно проучване сред 405 респонденти: акушер-гинеколози, ембриолози, старши и редови медицински сестри, акушерки и пациенти. Обхванати са центрове по репродуктивна медицина, родилни отделения и отделения за патологична бременност.

**Резултати и обсъждане:** При анализа на получените резултати установихме, че най-честата причина за стерилитет сред жените е непроходимост на маточни тръби (80%). Изчерпване на яйчниковия резерв и влошаване качеството на яйцеклетките е следваща по честота на случаите причина за стерилитет (60%).

**Изводи:** Необходимо е да бъде извършена реформа по отношение дейността на акушерката, така че да бъде ориентирана не само към клиничната дейност в лечебното заведение, а да се насочи по направление на здравното възпитание и профилактика на репродуктивното здраве сред младите хора. Акушерката със своите компетенции и съвременно образование би могла да допринесе за преодоляване на демографската криза на нашето общество.

***Ключови думи: проблеми, родителство, социално-икономически, клинични***

**Abstract**

**Introduction**: In recent decades, there has been a decline in the birth rate worldwide. High levels of unemployment, combined with low family incomes and a lack of social benefits, are also factors that characterize many societies with very low birth rates and late motherhood. People of fertile age without financial problems take advantage of the opportunities provided by modern methods of family planning, which also creates prerequisites for postponing parenthood.

**Objective:** To investigate socioeconomic and clinical issues as causes of late parenthood.

**Materials and methods:** An anonymous survey was conducted among 405 respondents: obstetricians and gynecologists, embryologists, senior and line nurses, midwives and patients. Reproductive medicine centers, maternity wards and pathological pregnancy wards are covered.

**Results and discussion**: When analyzing the obtained results, we found that the most common cause of infertility among women is tubal obstruction (80%). Depletion of the ovarian reserve and deterioration of egg quality is the next most frequent cause of infertility (60%).

**Conclusions:** It is necessary to carry out a reform regarding the activity of the midwife, so that it is oriented not only to the clinical activity in the medical institution, but to be directed in the direction of health education and prevention of reproductive health among young people. The midwife with her competences and modern education could contribute to overcoming the demographic crisis of our society.

***Keywords: issues, parenting, socioeconomic***

**Въведение:** През последните десетилетия се наблюдава спад на раждаемостта в световен мащаб. Високите нива на безработица, съчетани с ниски семейни доходи и липсата на социални придобивки също са фактори, които характеризират много общества с твърде ниска раждаемост и късен момент на майчинство. Хората във фертилна възраст без финансови проблеми се възползват от възможностите, които им предоставят съвременните методи за семейно планиране, което също създава предпоставки за отлагане за родителство (Jane, L.&McHugh, N., 1997).

Проучване, извършено в Съединените американски щати показва, че 7,4% от жените и техните съпрузи са безплодни, а броят на хората със стерилитет в света може да достигне 15%. В тази връзка темата за безплодието се превърна в основен приоритет за много здравни организации, включително и в програмата на СЗО „Здрави хора 2020“. Към настоящия момент около една десета от родилките в икономически развитите страни с висок БВП на глава от населението са над 35 години, което е трикратно покачване на дела спрямо този преди 30 години. Съществуват много причини за тази демографска промяна, като една от тях е повишаване на образованието и възможностите за кариерно развитие. Хората във фертилна възраст се възползват от възможностите, които им предоставят средствата за семейно планиране да избират и контролират кога да настъпи бременността и раждането, както и възможността да ограничат броя на своите деца (Брустър, К., Р. Ринфус, 2000).

Вземането на решения относно родителството в съвременните общества се формира от две нормативни „очаквания“, свързани с привързаността на жените към труда. Първо, повечето жени очакват да се реализират и да имат стабилни финансови доходи от момента, в който завършат своето образование. Второ, при двете налични възможности – да избират между кариера и родителство, по-голямата част от жените предпочитат да натрупат известен трудов опит преди да създадат семейство (Дейви, Е., К. Нил, 2012).

Все по-често родителството се отлага до възрастта, която може да се определи като граница на биологичното време на жената, даващо възможност за нормално зачеване на дете. Сред младите хора битува схващането, че рожданията могат да се забавят до биологичната граница, като по този начин жената е кариерно ангажирана, има приходи и същевременно не се извършват разходи за отглеждане на дете.

Този ред на разсъждения подчертава мотива за задоволяване на потребности, който предполага, че двойките предпочитат стабилния поток от потребление на жизнения цикъл, постигнат чрез съчетаване на нарастващия доход на човека с времето и отлагането на раждането на дете.

Начинът на живот може да бъде променен, за да се подобри общото благосъстояние. Различни фактори играят ключова роля в определянето на репродуктивното здраве и могат да влияят положително или отрицателно върху плодовитостта. (Blossfeld, H., et al. Kurz pages 1-24, 2005).

**Цел:** Да се проучат социално-икономическите и клинични проблеми като причини за късно родителство.

**Материали и методи:** Проведено е анонимно анкетно проучване сред 405 респонденти: акушер-гинеколози, ембриолози, старши и редови медицински сестри, акушерки и пациенти. Обхванати са центрове по репродуктивна медицина, родилни отделения и отделения за патологична бременност.

**Резултати и обсъждане:**

По отношение на възрастовото разпределение на пациентите ЦРМ, 1/3 от включените в проучването са на възраст от 31-35 години (33%). Значително по-малка част са посочили възраст над 41 години (22%). Незначителна е разликата на респондентите на възраст 36-40 г. и тези на възраст 26-30 г. (19% :18%). Сравнително малко са пациентите на подходяща за раждане на първо дете възраст 20-25 г. (8%), (Табл.1).

***Табл.1. Възрастова характеристика на анкетираните***

| **Пациенти ЦРМ** | |
|---|---|
| **Възраст** | **%** |
| 20-25 г. | 8% |
| 26-30 г. | 18% |
| 31-35 г. | 33% |
| 36-40 г. | 19% |
| над 41 г. | 22% |
| **Пациенти ПБ и РО** | |
| **Възраст** | **%** |
| 26-30 г. | 49,5% |
| 31-35 г. | 25,5% |
| 36-40 г. | 15,5% |
| над 41 г. | 9,5% |
| | |

Установи се значителна разликата при възрастовата характеристика на пациентите от отделение ПБ и РО. Половината от анкетираните са на възраст 26-30 г. (49,5%), следвани от тези, чиято бременност и раждане са настъпили на 31-35 г. (25,5%). Делът на пациентите, които попадат във възрастова група 36-40 г. намалява (15,5%) и сравнително малък брой от анкетираните са над 41г. (9,5%).

Според стандартите по акушерство и гинекология в България подходящата възраст за раждане на първо дете е 20-25 г. Получените резултати сред пациентите от ЦРМ показват, че най-малък е делът на пациентите, чиято възраст се вписва в подходящата времева линия за създаване на първо дете. Значителна част от респондентите са на възраст, която медицината определя като високо рискова – 41г.

Жените, които по време на репродуктивната възраст отлагат родителството и го планират за по-късен етап от своя живот поради социално-икономически проблеми, рискуват да реализират своята бременност във възраст, в която се повишават клиничните проблеми. Резултатите, получени от ЦРМ, потвърждават тази зависимост.

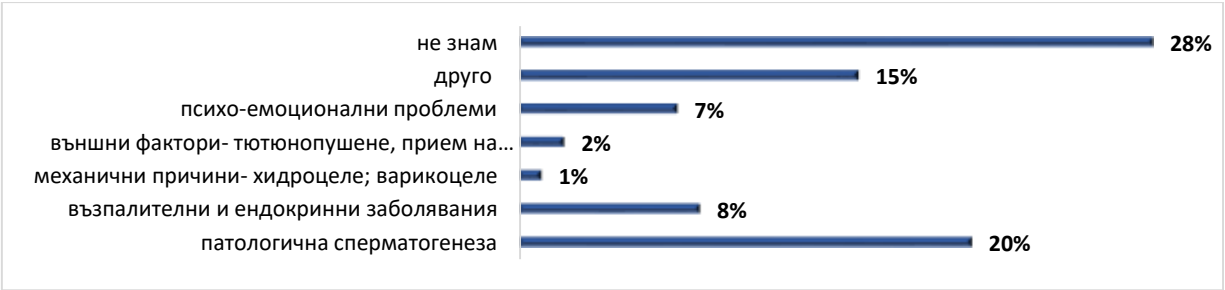
Проучихме клиничните причини за репродуктивни проблеми сред жените от ЦРМ. Част от респондентите са посочили, че установената причина за стерилитет са непроходими маточни тръби (36%), следвани от пациентите, които съобщават за хормонални нарушения (19%) и нарушения в овулацията (16%). Сравнително малък дял са запитаните, които поставят своята причина в графа „друго“ (12%), следвани от тези, при които установената причина за безплодие е ендометриоза (9%). Значително по-малка част от респондентите са дали данни, че причината за безплодие при тях е изчерпване на яйчниковия резерв и влошено качество на яйцеклетките (6%), генетични причини (4%), имунологични фактори (3%) и др. (фиг.1).




***Фиг.1. Информираност на жените от ЦРМ за причините, водещи до репродуктивни проблеми***

Получените резултати подчертават факта, че акушерката със своите компетенции и съвременно образование може да участва в профилактиката и здравното възпитание сред населението, за да бъде повишено репродуктивното здраве сред жените.

От значение беше да установим причината за репродуктивни проблеми и сред мъжете, регистрирани за процедури или изследване в ЦРМ (фиг.2).

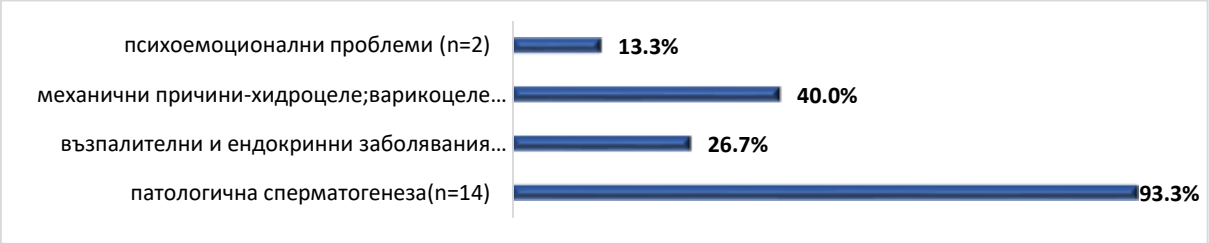



***Фиг.2. Информираност на мъжете от ЦРМ за причините, водещи до репродуктивни проблеми***

Преобладаващата част от мъжете са посочили, че не знаят каква е причината за репродуктивни проблеми от страна на мъжа (28%). Значителна част са посочили, че причината за безплодие е патологична сперматогенеза (20%), следвана от причини, които пациентите са определили като „друго“ (15%). Сравнително малко посочват причините за стерилитет са възпалителни и ендокринни заболявания (8%) и психо-емоционални проблеми (7%).

Фактът, че причината за стерилитет сред жените се конкретизира с много по-голяма точност, отколкото сред мъжете показва, че мъжете от двойките с репродуктивни проблеми заемат пасивна позиция по отношение откриване и отстраняване на причината за безплодие.

За нас беше от особено значение мнението на АГ-специалистите относно водещата причина за стерилитет сред мъжете от ЦРМ.(фиг.3)




***Фиг.3. Водеща причина за стерилитет при мъжете според АГ-специалистите от ЦРМ***

**Респондентите са посочили повече от един отговор*

При определяне на основна причина за репродуктивни проблеми, респондентите са акцентирали на повече от един отговор, като са ги степенували по честота на случаите. За основна причина за стерилитет сред мъжете в най-висока степен е определена патологичната сперматогенеза (93,3%). Следващите по честота случаи са механични причини като хидроцеле, варикоцеле (40%). Сравнително по-малко са възпалителните и ендокринни заболявания (26,7%), с най-малък дял са посочени психо-емоционалните проблеми (13,3%).

Важно беше да установим мнението на АГ-специалистите относно най-честите причини за стерилитет сред жените. (фиг.4)




***Фиг.4. Водеща причина за стерилитет при жените според АГ-специалистите от ЦРМ***

При анализа на получените резултати установихме, че най-честата причина за стерилитет сред жените в ЦРМ е непроходими маточни тръби (80%). Изчерпване на яйчниковия резерв и влошаване качеството на яйцеклетките е следваща по честота на случаите причина за стерилитет (60%). Сравнително по-малко са случаите с нарушения в овулацията (46,7%), хормонални нарушения (40,0) и имунологичните фактори (33,3%). Генетичните фактори, като причина за стерилитет, заемат сравнително малък дял според АГ- специалистите (13,3%).

Установихме какви са най-честите социално-икономически фактори сред пациентите от ЦРМ, които могат да влияят на решението за отлагане на родителството. Преобладаващата част от респондентите са посочили репродуктивни проблеми (37%). По равно разпределени в процентното си съотношение са тези, които са посочили липса на подходящ партньор (19%) и липса на достатъчно финансови средства (19%), следвани

от пациентите, които твърдят, че заемат ръководна позиция на работното място и не са имали възможност да се оттеглят за по-голям период от време (13%). Сравнително малка част от респондентите са посочили продължаващо образование като причина за късна бременност (10%). Еднакъв дял заемат анкетираните, които са посочили, че не са искали да имат дете (9%) и тези, които са работили/учили в чужбина и са изчаквали да се приберат в страната (9%), (фиг.5).




***Фиг.5.Социално-икономически причина за късно родителство сред пациентите от ЦРМ***

Липсата на подходящ партньор и достатъчно финанси са актуален проблем за страната. Този проблем е структуриран от няколко взаимно-свързващи се фактора. Отсъствието на финанси диктува повишено търсене на допълнително работно място или повишаване на трудовата квалификация, това от своя страна води до повишаване на заетостта на младите хора. Повишената заетост често е причина за липса на достатъчно социални контакти и семейно обвързване.

**Изводи:**

1**.** Отлагане на родителството до 35 и повече години при жените очертава преминаване биологичната граница за износване на здрав и доносен плод по време на бременността и повишаване на риска за патологични отклонения по време на раждането.

2. Необходимо е да бъде извършена реформа по отношение дейността на акушерката, така че да бъде ориентирана не само към клиничната дейност в лечебното заведение, а да се насочи по направление на здравното възпитание и профилактика на репродуктивното здраве сред младите хора.

3. Най-честите социално-икономически фактори сред пациентите от ЦРМ са репродуктивни проблеми (37%), липса на подходящ партньор (19%) и липса на достатъчно финансови средства (19%). Акушерката със своите компетенции и съвременно образование би могла да допринесе за преодоляване на демографската криза на нашето общество със своята промотивна и профилактична дейност.

**Литературни източници:**
1. Брустър, К., Р. Ринфус. „Плодовитостта и заетостта на жените в индустриализираните нации“ 2000г.
2. Дейви, Е., К., Нил. „Измерване на плодовитостта по сектори на дейност (публичен сектор; частен сектор; самостоятелно заето лице) и по социална категория“ Работна книга F1203 INSEE 2012г.
3. Blossfeld, H., E. Klijzing, M. Mills, K. Kurz “Globalization, Uncertainty and the Early Life Course: A Theoretical Frameework” plase of Publication- London/ New York, pages 1-24, 2005y.
4. Jane, L., McHugh, N. “Maternal distress and postnatal depression: The Myth of Madonna” MacMillan Press, 1997, 1st edn, ISBN 0333 638344

**Адрес за кореспонденция:**
Теодора Йорданова;
МУ Варна-Филиал Шумен
**e-mail:** teodora_kyleva@abv.bg

## РАННА И НЕПРЕКЪСНАТА СЪРДЕЧНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНО СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

**Теодора Димитрова**
*Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, Филиал Шумен, Катедра „ Здравни грижи“*

## EARLY AND CONTINUOUS CARDIAC REHABILITATION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

**Teodora Dimitrova**
*Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov "Varna, Subsidiary Shumen, Department of Health Care,*

**Резюме:** През последните десетилетия сърдечно-съдовите заболявания причиняват висока смъртност в световен мащаб. Благодарение на съвременните постижения на медицината се извършват адекватни здравни грижи и интервенции, които увеличават продължителността и подобряват качеството на живот.

Бързата глобализация, урбанизация, застаряването на обществото и увеличаването на хроничните заболявания представляват нови предизвикателства пред съвременните здравни системи.

Сърдечната рехабилитация е важна терапевтична интервенция при пациенти със сърдечно- съдови заболявания. Инвазивната и интервенционалната кардиология се развиват с бързи темпове през последните години както в света така и в България. Те са

предпочитани от клиницисти и пациенти, поради минималния риск и намален болничен престой.

Преди въвеждането на сърдечната рехабилитация в България болните са хоспитализирани за по- дълъг период в интензивните кардиологични отделения, често са се развивали усложнения и се е стигало до летален изход.

Сърдечната рехабилитация е неинвазивен метод, който има за цел да подобри физическата функция, качеството на живот, както и да намали повторните хоспитализации и смъртността при пациенти със сърдечно-съдови заболявания. Кардиорехабилитацията включва елементи от кардиологията, физикалната и рехабилитационната медицина.Сърдечната рехабилитация е цялостен модел на грижи, включващ установени основни компоненти, структурни упражнения, обучение на пациентите, психосоциални консултации, намаляване на рисковите факктори на пациента и модификация на поведението, с цел оптимизиране качеството на живот на пациента. Все повече пациенти се насочват към ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация.

***Ключови думи:*** *пациенти, сърдечно - съдови забалявания, кардиорехабилитация, ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация.*

**Abstract:** In recent decades, cardiovascular diseases have caused high mortality worldwide. Thanks to the modern achievements of medicine, adequate health care and interventions are carried out, which increase the duration and improve the quality of life.

Rapid globalization, urbanization, the aging of society and the increase in chronic diseases present new challenges to modern health systems.

Cardiac rehabilitation is an important therapeutic intervention for patients with cardiovascular diseases. Invasive and interventional cardiology have been developing rapidly in recent years both in the world and in Bulgaria. They are preferred by clinicians and patients due to minimal risk and reduced hospital stay.

Before the introduction of cardiac rehabilitation in Bulgaria, patients were hospitalized for a longer period in intensive cardiology units, complications often developed and a fatal outcome was reached.

Cardiac rehabilitation is a non-invasive method that aims to improve physical function, quality of life, and reduce re-hospitalizations and mortality in patients with cardiovascular disease. Cardiac rehabilitation includes elements of cardiology, physical, and rehabilitation medicine. Cardiac rehabilitation is a comprehensive model of care that includes established core components, structured exercise, patient education, psychosocial counseling, reduction of patient risk factors, and behavior modification to optimize quality of life. More and more patients are being referred for early and continuous cardiac rehabilitation.

***Keywords:*** *patients, cardiovascular diseases, cardiac rehabilitation, early and difficult cardiac rehabilitation*

**Въведение**:

През последните десетилетия сърдечно-съдовите заболявания причиняват висока смъртност в световен мащаб. Благодарение на съвременните постижения на медицината се извършват адекватни здравни грижи и интервенции, които увеличават продължителността и подобряват качеството на живот (Златкова, 2021).

Световната здравна организация дефинира сърдечната рехабилитация като дейности и интерванции, необходими за осигуряване на възможно най - добри физически, психически и социални условия, така че пациентите с хронични или пост-

остри сърдечно- съдови заболявания да могат със собствени усилия да запазят или възобновят своето подходящо място в обществото (Георгиева, 2013). Сърдечната рехабилитация е цялостен модел на грижи, включващ установени основни компоненти, включително структурни упражнения, обучение на пациентите, психосоциални консултации, намаляване на рисковите факктори на пациента и модификация на поведението, с цел оптимизиране качеството на живот на пациента, като същевременно помага за намаляване на риска от бъдещи сърдечни проблеми (Ж.Георгиева). Сърдечната рехабилитация се извършва от мултидисциплинарен екип - кардиолог, диетолог, социален работник, психолог и медицински сестри подкрепящи пациентите (6).

**Цел:** Да се проучат нагласите на пациентите със сърдечно - съдови заболявания относно необходимостта от ранната и непрекъсната рехабилитация за подобряване качесвото на живот.

**Материал и методи:** Проучено е мнението на общо 85 пациенти хоспитализирани в СБАЛ по кардиология „Мадара“ Шумен (n=45), МБАЛ-Шумен АД - Второ вътрешно отделение (n=40). Проведено е анонимно електронно анкетно проучване в периода август - септември 2022 г. За обработване на данните са използвани документални, социологически и статистически методи.

**Резултати и обсъждане:** В настоящато проучване са обхванати 45 мъже (53%) и 40 жени (47%) и тяхното разпределение по местоживеене и образование. На табл. 1 са представени социално- демографските характеристики на пациентите.

***Табл.1. Социално-демографски характеристики на пациентите***

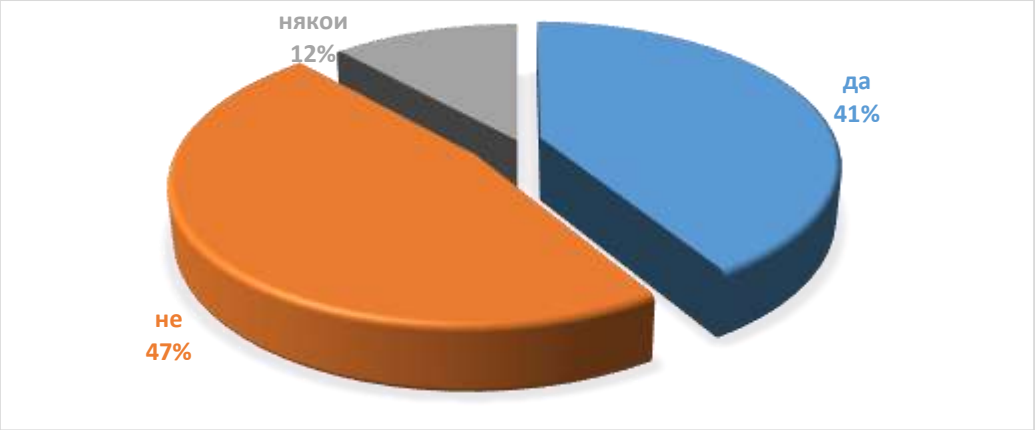
| **Демографски характеристики** | **Брой** | **Проценти** |
|---|---|---|
| **Възраст** | **n** | **%** |
| 30-40г. | 4 | 2 |
| 40-50г. | 7 | 8 |
| 50-60г. | 27 | 32 |
| 60-70г. | 23 | 27 |
| Над 70г | 26 | 31 |
| **Местоживеене** | **n** | **%** |
| Град | 50 | 20 |
| Село | 35 | 15 |
| **Образование** | **n** | **%** |
| Висше | 15 | 6 |
| Средно | 40 | 17 |
| Основно | 25 | 10 |
| Начално | 5 | 2 |

Резултатите показват, че значителна част от пациентите са на възраст от 50-60 години (32%). Това са хора във възраст, все още пълноценни и способни на активна професионална дейност. На второ място с относителен дял (31%) са тези които са на възраст над 70 години. Значително по- малко са тези на възраст 40-50 години (8%) и (2%) са на възраст 30- 40г. Повечето литературни източници изтъкват като закономерност преобладаването на мъжете със сърдечно-съдови заболявания.

По-голяма част от анкетираните са посочили, че живеят в градове (20%), а (15%) живеят в селски райони. Живеещите в градовете имат по-широк достъп до специализирана медицинска помощ.

Друг фактор оказващ влияние върху мнението на анкетираните е тяхното образование. Повече от половината от анкетираните са посочели, че имат средно образование, което е характерно за съществуващата ситуация, относно образоваността на населението като цяло в България (17%) . Голяма част от респондентите са с основно образование (10%). Много е малък делът на лицата с висше образование (6%) и начално образование (2%). Степента на образование е важна, защото може да има пряка връзка с разбирането за сериозността и изхода на заболяването. Добратата осведоменост и знанията, свързани с рисковите фактори, са в правопропорционална зависимост с нивото на образование.

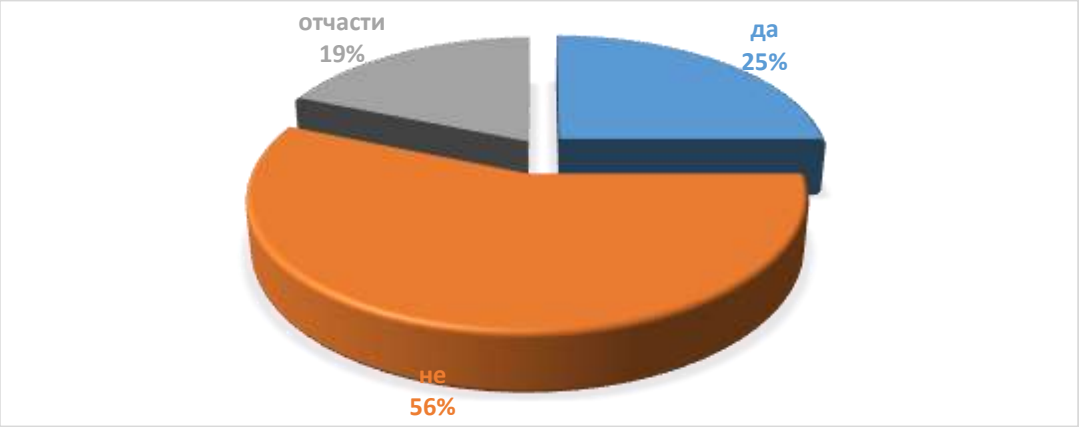
Проучихме информираността на анкетираните относно рисковите фактори, свързани с възникването на сърдечно- съдовите заболявания (Фиг.1)




***Фиг.1. Информираност за рисковите фактори, свързани с възникването на ССЗ***

Притеснителен е фактът, че голям процент от анкетираните не са запознати с рисковите фактори свързани със сърдечно-съдовите заболявания (47%). Дефицитът на знания относно рискорите фактори очертава нуждата от информираност на тези групи респонденти Значителен процент от респондентите са запознати с рисковите фактори водещи тяхното заболяване (41%), други са запознати от части (12%). Те са наясно, че водене на активен и здравословен начин на живот, могат да намалят въздействието на рисковите фактори.

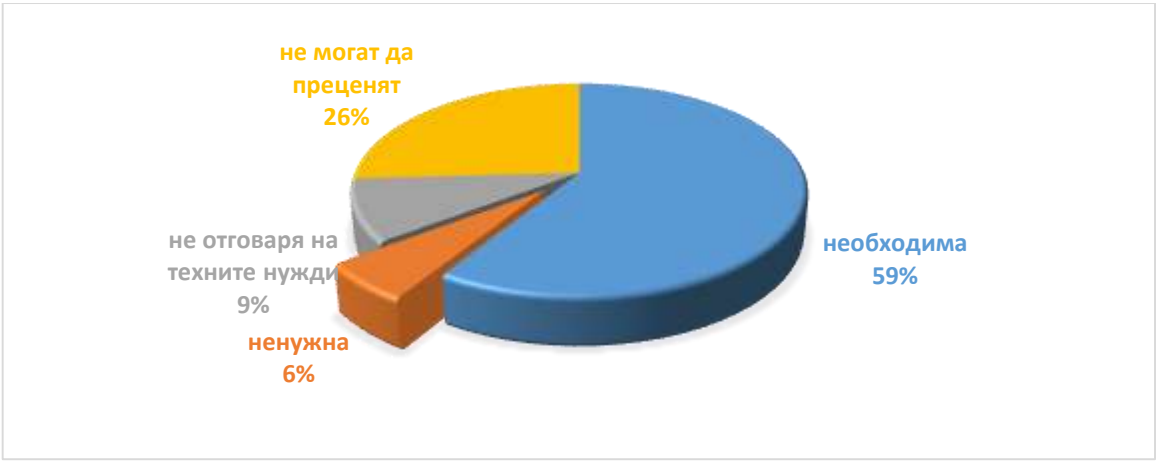
Проучихме информираността на пациентите със сърдечно-съдови заболявания относно подобряване на качеството им на живот чрез ранната и непрекъсната сърдечна рехабилитация. (Фиг.2)




***Фиг. 2. Информираност на респондентите относно подобряване качеството на живот чрез ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация***

Повече от половината анкетирани не са информирани относно подобряването на качеството на живот чрез ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация (56%). Малка част от анкетираните са запознати (25%), че общоукрепващи, дихателните упражнения, дозираното ходене, здравословния режим на хранене и начин за контрол върху стреса значително подобряват качеството на живот и психосоциалното им благосъстояние.

Интересно беше да разберем до каква степен са информирани респондентите относно необходимостта от ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация за подобряване качеството им на живот след сърдечно-съдов инцидент. (Фиг.3)

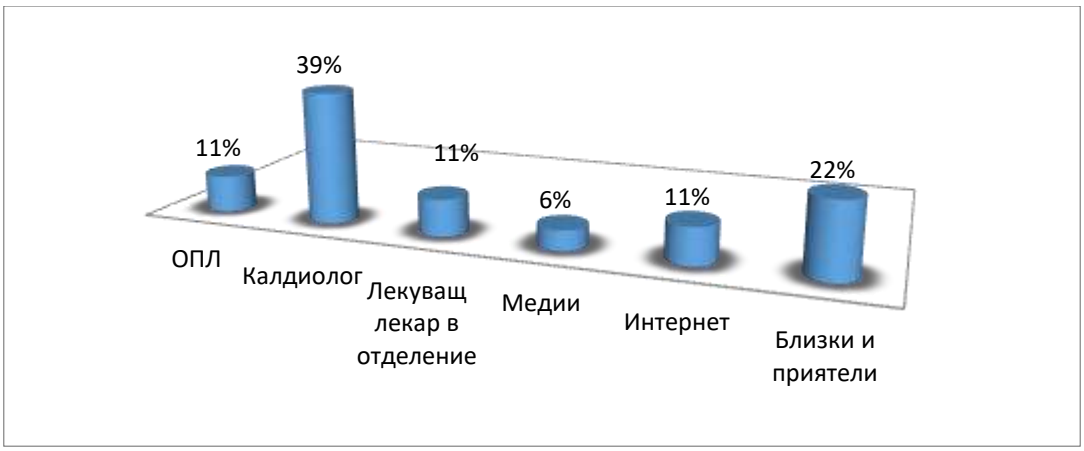



***Фиг. 3. Мнение на пациентите относно необходимостта на ранната сърдечна рехабилитация***

Резултатите показват, че преобладава относителния дял на анкетираните пациенти които смятат за необходима кардиорехабилитация преди и след сърдечен инцидент (59%). По-малък дял са посочили, че немогат да преценят (26%). Нисък е делът на пациенти, при които кардиорехабилитацията не отговаря на техните нужди (9%) и само (6%) отговарят ненужна.

Мнозинството от анкетираните (71%) смятат, за необходимост от допълнително разясняване и обучение относно ранната и непрекъсната сърдечна рехабилитация. На второ място се колебаят с „ отчасти”(23%) и най- малка част посочват „ не” (6%).

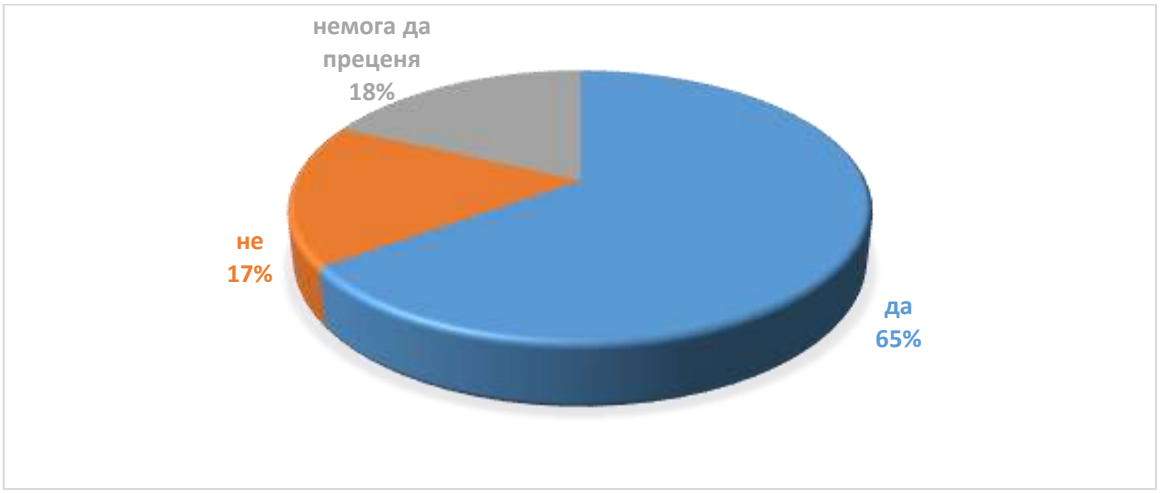
Следващия въпрос проучва източници, от които анкетираните получават информация, свързана с необходимостта от ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация за подобряване и удължаване на качеството им на живот (Фиг.4)




***Фиг. 4. Източник на информация***

Голяма част от анкетираните (39%) получават информация от специалист кардиолог. Това е показател, че тази група респонденти редовно посещават специализираните кардиологични кабинети. Следващата група респонденти се информират от близки и приятели (22%). Живеещите в селските райони, би могло да се окаже, че това затруднява достъпа им до информация и затова разчитат на близки и приятели. Равен процент (11%) са посочели, че информацията, свързана с необходимостта от кардиорехабилитация получават от ОПЛ и интернет. С най - нисък дял е групата посочили, че се информират чрез медиите (6%).

Потърсих ме мнението на анкетираните пациенти, за участието им в програма за сърдечна рехабилитация (фиг.5)




***Фиг. 5. Мнение на анкетираните относно участието им в програма за сърдечна рехабилитация***

Оптимистичен е резултатът, че голяма част от анкетирани биха участвали в програма за ранна и непрекъсната рехабилитация (65%). Скептично са настроени (17%) и (18%) не могат да преценят, което може да се обясни с високия процент на пациентите, които не са информирани относно подобряването на качество на живот чрез ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация.

**Изводи:**

- Дефицитът на знания относно рискорите фактори очертава нуждата от информираност на тези групи респонденти. Активният и здравословен начин на живот, могат да намалят вредното въздействието на рисковите фактори.
- Контролът на рисковите фактори и обучението на пациентите за промяна в стила на живот са важна част от здравните грижи на медицинската сестра. Професионалистите по здравни грижи са основен източник на информация при пациенти със сърдечно-съдови заболявания**.**
- Значителен дял от анкетираните смятат за необходима кардиорехабилитация преди и след сърдечен инцидент, както и готовността за участие в програма за ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация.
- Изграждането на стратегии за по-ефективно консултиране поведението на пациентите и създаване на план за промяна начина им на живот, включването им в идентифицирането на рисковите фактори и проследяване на напредъка на тези промени чрез следващи контакти.

**Литературни източници:**


1. Георгиева Д., Здравословен начин на живот при пациенти със Сърдечно- съдови заболявания, 2013
2. Георгиева Ж., Превенция на сърдечно-съдовите заболявания според европейските препоръки
3. Златкова К., Кардиорехабилитация след инсерция на коронален артериален стент 2021
4. Експертен комитет на СЗО за рехабилитация след сърдечно-съдови заболявания, със специален акцент върху развиващите се страни. Рехабилитация след сърдечно-съдови заболявания, със специална емфиза на развиващите се страни: доклад на експертна комисия на СЗО.
5. Мампуя, Уорнър М. "Сърдечна рехабилитация минало, настояще и бъдеще: общ преглед" 2012
6. https://wikibgbg.top/wiki/cardiac_rehabilitation (26.09)



**Адрес за кореспонденция:**
**Teodora Dimitrova**
**e-mail-tdobreva13@abv.bg**

# ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ И ДИГИТАЛНИТЕ ТЕХНОЛОГИИ - ПЪТЯТ КЪМ СОЦИАЛНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ

**[1]Емилия Георгиева, [1]Йорданка Михайлова, [2]Ненко Цветков**

[1]УС „Медицински лаборант“ към Медицински колеж – Варна

[2]УС „Зъботехника“ към Медицински колеж – Варна

# THE HEALTHCARE AND THE DIGITAL TECHNOLOGIES - THE PATH TO SOCIAL WELL-BEING

[1]Emilia Georgieva, [1]Yordanka Mihailova, [2]Nenko Tsvetkov

[1]Training sector „Medical Laboratory Technician“at the Medical College - Varna

[2]Training sector „Dentistry“ at the Medical College – Varna

**Резюме:** Световно население е все по-мобилно и урбанизирано. Напредъка на технологиите промени начина на предоставяне на здравни грижи и диагностиката промени мястото си на тестване. В момента здравеопазването е в дигитална революция, като технологията си проправя път във всеки процес. Електронно здравеопазване се появи, следствие на увеличеното използване на информационни и комуникационни технологии в сектора на здравеопазването, за да осигури съвременни ресурси, по-ефективно управление и оптимизиране на диагностика и по-добра грижа за пациентите. Това включва иновации в цял набор от области като комуникация между лекар и пациент, лекар с лекар, научни изследвания, здравните грижи и болнично управление. Доклада представя цифровите здравни услуги, предимствата и ползите от използването им в здравеопазването.

***Ключови думи*:** *здравеопазване, здравни грижи, технологии*

**Abstract:** The world's population is increasingly mobile and urbanized. Advances in technology have changed the way healthcare is delivered and diagnostics have changed their place of testing. Healthcare is currently in a digital revolution, with technology making its way into every process. E-health emerged as a consequence of the increased use of information and communication technologies in the health sector to provide modern resources, more efficient management and optimization of diagnostics and better patient care. This includes innovation in a whole range of areas such as doctor-patient, doctor-to-doctor communication, research, health care and hospital management. The report presents digital health services, the advantages and benefits of using them in healthcare.

***Key words:*** *healthcare, health care, technology*

**Въведение**: По време на кризата с корона вируса някои страни използваха предсказващата сила на големите база данни, за да контролират глобалното разпространение на пандемията. Това е само един от многото примери за това как технологията е в помощ на здравеопазването, като е част от електронното здравеопазване. То подпомогна здравните грижите при спасяването на милиони хора по света. Индустрията на електронното здравеопазване е във възход. През 2018 г.

електронното здравеопазване отбеляза глобални инвестиции от 14,6 милиарда долара според портала за данни Statista, което бележи ръст над 100% повече от 2010 г. Интересът към електронното здравеопазване се повиши сред страните, принадлежащи към Световната здравна организация (СЗО), като 58% са приложили специфични стратегии за дигитализиране на здравето (7,9).

**Целта** на статията е да представи цифровите здравни услуги, предимствата и ползите от използването им в здравеопазването**.**

**Материал и методи**: Използван е документален метод, като е осъществена справка в научни публикации от медицински издания свързани с иновациите в здравеопазването.

**Обсъждане:** Цифрови здравни услуги ги прави предпочитани. Големите предимства на новите технологии в сектора на здравеопазването е тяхната гъвкавост. Най-разпространените решения, които предлага са:

- Телездраве. Осигуряването на здравни грижи от разстояние - хората в отдалечени райони с ограничен достъп до здравеопазване могат да получат медицинската помощ, от която се нуждаят. Освен това спестява време, пари и пътуване както на здравен специалист, така и на пациенти.
- Мобилни приложения - посветени на здравето, превръща нашите смартфони в лични асистенти, треньори, монитори за сън, диагностика, приложения както за здравни специалисти, така и за пациенти (9).
- Научни игри. Тези специални видеоигри се използват като учебен ресурс за здравни специалисти и студенти за подобряване на тяхното обучение. Могат да се използват и от хора, които искат да научат повече за конкретни патологии.
- Носима технология. Включва интелигентни устройства и аксесоари като ленти за китки, очила и часовници за наблюдение и събиране на информация за нашето здраве и физическо състояние.
- Добавена реалност. Тя може да помогне здравните специалисти да визуализират органи в 3D или да проверят досието на пациента в реално време. Може дори да се използва при хирургични процедури със специални слушалки.
- eHealth запис. Наличието на цифрово здравно досие означава, че информацията може да се съхранява на едно място, но да е достъпна навсякъде, така че пациентите да могат да я споделят безопасно, а здравният персонал да има достъп до нея по всяко време.

Благодарение на тези услуги дигиталното здраве ни позволява да прилагаме нови методи, средства, инструменти и канали, които водят до поредица от предимства:

- Подобрено наблюдение на пациента. Комуникацията е по-лесна с този нов дигитален канал, който помага за преодоляване на разтоянието между лекари и пациенти. Технологията също така означава, че състоянието на пациента може да се наблюдава и прогресът му може да се записва в реално време.
- По-информирани пациенти. Като те могат да вземат по-добри здравни решения, когато ги разбират и имамат силата да управляват собственото си здраве. ИКТ също

предоставя достъп до ръководства и най-добри практики, което е полезно, например информация по време на пандемия.

- Насърчаване на по-здравословни навици. Новите технологии променят начина, по който се грижим за себе си с приложения и устройства, които следят какво ядем, колко упражнения правим, колко дълго или дълбоко спим и колко бърз е пулсът ни.
- По-лесно вземане на решения за здравния персонал. Електронното здравеопазване също трансформира начина, по който здравнтите специалисти се справят с болестите. ИКТ могат да помогнат, например, за по-лесното идентифициране на оптимални лечения или за откриване на заболявания на ранен етап (4,6).
- По-достъпно и равнопоставено здравеопазване. Достъпът до здравеопазване вече не е ограничен от време и пространство, което означава избягване на ненужно пътуване. Освен това технологията предоставя здравни грижи на повече хора, особено на пациенти, изложени на риск от изключване, което означава повече равни възможности за всички.
- По-ефективни болници и клиники. Свързаните системи означават рационализирана здравна система (свободни легла в конкретна болница и отделение), минимизират вероятността от човешка грешка и намаляват разходите. В допълнение, техники като големи данни, процеси се автоматизират (4,5).

Новите технологии в здравеопазването. Дигитализирането на здравето включва използването на нови технологии. Ето някои от тях и специфичните им приложения:

- Интернет свързаност (IoT). Интернет помага за персонализиране на здравеопазването, спестяване на разходи, съкращаване на времето за чакане. Връзката между физическия и цифровия свят ще бъде от решаващо значение (2,7).
- Голяма база от данни с информация. Използването на големи данни за извършване на анализ на макро данни дава възможност за персонализирани лечения и помага за откриване на рисковите фактори и потенциалните странични ефекти на лекарствата. Прогнози за развитието на епидемии или пандемии  по примера на COVID-19 (2,7).
- Изкуствен интелект. Изкуственият интелект може да помогне на здравните специалисти да вземат по-мъдри решения и да предоставят по-добри лечения. По време на кризата с коронавируса изкуственият интелект беше използван за идентифициране на последователността на антителата и нейната съвместимост с бъдещи лечения.
- Блокчейн (Blockchain) предоставя безопасен достъп до здравното досие на пациента, което прави администрацията по-ефективна. Той също така позволява на фармацевтичните лаборатории да водят по-прецизен запис в процеса на производство на лекарства.
- 3D и 4D печат. Използването на 4D принтиране при ултразвуково сканиране, ни дава по-прецизна представа за структурното и функционално развитие на нервната система на плода. Освен това недостигът на оборудване за безопасност по време на кризата с коронавируса доведе до производството на медицински изделия с помощта на 3D принтери (9,10).

- Чатботове. Чатботовете предоставят инструмент за по-бърза и по-директна комуникация между лекар и пациент. Световната здравна организация създаде един от тези канали по време на пандемията от COVID-19 (3).
- Виртуална реалност. Някои от най-значимите приноси, които VR технологията може да направи, включват подпомагане при рехабилитация на пациенти и лечение на психологически разстройства (1, 8).

В **заключение**, технологията се трансформира в интегрирана част от здравеопазването, като развитие на приложенията за mHealth трансформира бъдещето на медицинските изследвания и рутинните здравни грижи. С нарастващото използване на интелигентните устройства пациентите и доставчиците разчитат на здравни приложения, да улесняват диагностиката, лечението и грижите. Следователно създателите на приложенията трябва да работят заедно с регулаторните органи, здравните специалисти и потребителите, за да създават ефективни приложения за mHealth, тъй като един бутон за изтегляне може да спаси живота и да промени здравните практики по целия свят.

**Литература:**


1. Adkins, Elizabeth C.; O'Loughlin, Kristen; Neary, Martha; Schueller, Stephen M. (2018). "Discovery of and Interest in Health Apps Among Those With Mental Health Needs: Survey and Focus Group Study". Journal of Medical Internet Research. 20 (6): e10141. doi:10.2196/10141
2. Joseph Kizza, Ethical and Secure Computing: A Concise Module, Springer, 2019
3. Joachim Von Braun, Lorenzo Infantino, Margaret Scotford Archer, Robotics, AI, and Humanity: Science, Ethics, and Polics, Springer, 2020
4. NorthWest EHealth". NWEH. January 2019.
5. Rosenmöller, Magdalene; Whitehouse, Diane; Wilson, Petra, eds. (2014). Managing eHealth: From Vision to Reality. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-1-137-37942-9
6. The eHeatlhQ Seal". Internet Medical Society.
7. The Digital Health Care Environment". Saint Joseph's University. 13 February 2017.
8. Wirth, Felix Nikolaus; Johns, Marco; Meurers, Thierry; Prasser, Fabian (2020-11-10). "Citizen-Centered Mobile Health Apps Collecting Individual-Level Spatial Data for Infectious Disease Management: Scoping Review". JMIR mHealth and uHealth. 8 (11): e22594. doi:10.2196/22594
9. https://www-iberdrola-com.translate.goog/innovation/ehealth?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=bg&_x_tr_hl=bg&_x_tr_pto=op,sc
10. https://mhealthfairview.org/



**Адрес за кореспонденция:**
Йорданка Йорданова Михайлова
Адрес: Варна бул. "Цар Освободител" 84
Медицински колеж
тел: 0889015644
E-mail:jordanka.mihaylova@mu-varna.bg

# ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА УМСТВЕНО УВРЕДЕНИ ЛИЦА –ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД

**Янка Маркова, Жана Павловска**

*Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна, Филиал Велико Търново, Катедра „Здравни грижи“*

# HEALTHCARE FOR PERSONS WITH A MENTAL DISABILITY – A HISTORICAL

**Yanka Markova, Zhana Pavlovska,**

*Prof P. Stoyanov Varna Medical University, Veliko Tarnovo Subsidiary, Department of Health Care*

**РЕЗЮМЕ**

В исторически аспект интелектуалните увреждания са документирани под различни наименования. През по-голяма част от човешката история обществото е било немилостиво към хората с някакво увреждане, а тези с интелектуални затруднения са били разглеждани като тежест за техните семейства.

**Цел:** да се открият и проучат литературни и документални исторически източници, даващи информация за възникне на понятието „умствена увреда“. Да се направи исторически преглед на произхода, формирането и развитието на учението за проблема. Да се проследи историческия път на възникване на явлението, през какви основни етапи в развитието си е преминало и в какво се е превърнало днес.

**Материали и методи:** документални, исторически и литературни източници, отразяващи въвеждажето на понятието „умствена увреда“; формирането и развитието на учението за проблема; основните етапи в развитието на проблема и отношението на обществото към тези хора в наши дни, тяхната интеграция и равнопоставеност.

**Използван метод**: документален.

**Резултати и обсъждане:** Изследването на лицата с интелектуално увреждане има дълга история, която може да се раздели на три периода.

**Първи период** – характеризира се с опити за класифициране на интелектуалната недостатъчност.

**Втори период** – разработват се подходи за количествена оценка на степента на умствената увреда.

**Трети период** – период на интензивни изследвания на причините за умствените увреди. Изяснени са много биологични, главно генетични фактори, водещи до умствена изостаналост, което позволява да се постигнат известни успехи в нейната профилактика.

**Заключение:** Въз основа на историческия преглед на различните етапи в изучаването на умствената увреда и различните възгледи по проблема става ясно, че той привлича вниманието на лекари от различните епохи.

**Ключови думи:** умствено увредени лица, здравни грижи, исторически преглед на проблема

**ABSTRACT**

Historically, intellectual disabilities have been recorded under various names. For most of human history, society has been relentless toward people with some kind of disability, and those with intellectual difficulties have been regarded as a burden to their families.

**Aim:** to discover and study literary and documentary historical sources that provide information on the term 'mental disability. To conduct a historical survey of the origin, formation and development of the principles of the problem. To track the history of the emergence of this phenomenon, its major stages it went through and what it has become today.

**Materials and Methods:** documentary, historical and literary sources that have recorded the introduction of the term 'mental disability'; documentary, historical and literary sources covering the term 'mental disability'; formation and development of the principles of the problem; the major stages in the problem's development, as well as society's attitude toward these people nowadays, their integration and equality.

**Method Used:** documentary.

**Results and Discussion:** the study of persons with a mental disability has a long history that can be divided into three periods.

**The First Period** – is characterised by attempts to classify intellectual disability.

**The Second Period** – approaches toward quantitative evaluation of the degree of mental disability are developed.

**The Third Period** – is a period of intensive studies of the causes of mental disability. Many biological, mainly genetic factors, resulting in mental disability have been clarified, which has led to some success in its prevention.

**Conclusion:** building on the historical survey of the various stages of studying mental disability and the various points of view on the problem, it becomes clear that it has drawn doctors' attention back in time.

**Keywords:** persons with mental disability, healthcare, historical survey of the problem.

**Увод**

Понятието „увреждане" няма универсална дефиниция, въпреки че са правени различни опити за това. Световната здравна организация /СЗО/ в своята Международна класификация за функциониране, увреждания и здраве /МКФ/ отчита социалните аспекти на увреждането и не ги разглежда единствено като „медицинска" или „биологична" дисфункция. СЗО разграничава две основни концепции:

- ***недостатъчност*** – загуба или нарушение на психологическата, физиологическата или телесната конструкция или функции, например парализа или слепота;
- ***увреждане*** – ограничение или загуба на способността да се извършва: дадена дейност по начина или до степен, считана за нормална за човека (14).

В научната литература термина „умствена изостаналост" е широко използван. Понятието обединява различни по произход форми на патология на

умствената дейност. Това са форми на умствена изостаналост, свързани с увреждане на мозъка от генетични, органични, интоксикационни и други фактори.

Всяко вредно въздействие върху организъм, който все още не е напълно оформен, води до общо или частично забавяне на неговото развитие. Дългосрочното патологично въздействие върху незрелия мозък може да доведе до отклонения в неговата диференциация и следователно до нарушения в умственото развитие на детето. Тежестта и формите на умствената увреда зависят от времето на въздействие на увреждащите биологични и неблагоприятни социални фактори, локализацията и разпространението на болестния процес, както и неговата интензивност. Основният симптом при умствената увреда е общото недоразвитие на всички сложни форми на умствена дейност. При това патологично състояние – вродено или придобито преди 3-годишна възраст страдат интелектът, мисленето, възприятието, паметта, вниманието, речта, двигателната и емоционално-волевата сфера.

Причините за умствената изостаналост са в неправилното формиране или увреждане на мозъка в ранните етапи на неговото развитие.

При умствена увреда страдат онези психични функции, които осигуряват нормалното развитие на човек. Тя може да бъде причинена от различни фактори, които засягат ембриона и плода по време на вътреутробното развитие, по време на раждането или след това в процеса на развитието на индивида.

**Цел:** да се открият и проучат литературни и документални източници, даващи информация за възникне на понятието „умствена увреда“. Да се направи исторически преглед на произхода, формирането и развитието на учението за проблема. Да се проследи историческия път на възникване на явлението, през какви основни етапи в развитието си е преминало и в какво се е превърнало днес.

**Материали и методи:** Настоящото проучване е проведено в периода юни-септември 2022 г. Проучени са литературни и документални източници от Национална библиотека – Велико Търново, научна литература от фонда на библиотеката при Филиал Велико Търново на МУ Варна, даващи сведения за в въвеждането на понятието „умствена увреда“; формирането и развитието на учението за проблема; основните етапи в развитието на проблема, решението му в наши дни и тенденции за развитие.
Използван е документален метод.

**Резултати и обсъждане**

1. **Начални архаични представи и произтичащото от това отношение към различния „умствено увреден” човек.**

Психическите проблеми датират още с появата на човечеството. Първобитният човек е виждал тяхната причина във вселяването на зли сили и духове. Душевно болните са имали различна съдба – или особена почит към „светец“, или жестоко отношение с цел прогонване на злите духове с мъчителни въздействия. Грижата за тези болни се осъществявала в семейството чрез лова за осигуряване на храна, осигуряване на подслон и топлина.

В Древна Гърция в продължение на много векове е създаден култ към здравото тяло. Психичната болест е била обект на внимание, за което свидетелстват исторически документи и художествена литература. Отношението към умствено увредените лица било сурово – връзвали ги, оковавали ги, замеряли ги с камъни. А тези с изразени физически отклонения и особено децата били унищожавани**.**

Хипократ поставя началото на научната медицина и на грижите за болния. В основата на теорията му за качествени грижи лежат внимателното отношение към болния, прилагане на щадящи лечебни методи и средства, начина на хранене.

През II век от н.е. според гръцкият учен Сорана психично болните не бива да се бият или връзват, а да се „държат за ръка“, за да не се наранят. Той дава указания за подредбата на стаята за лечение на болния, подбор на четивото му, за лечебно въздействаща музика и др. Грижите стават по-хуманни.

В Древен Рим се е извършвало детеубийство на деца-изроди и това се е смятало за нормално. Според римския философ Сенека, убивайки децата, които са родени крехки и грозни, те отделяли негодните от здравите.

Същото е отношение към увредените деца и в Индия до XIX век. Децата-изроди били оставяни в джунглата да се справят сами.

Но обществото намира и ползи от съществуването на слабоумните. В богатите римски дворове се пазели „глупаци” за забавление на гости и домакини. А в манастирите слабоумните били научени да просят, което било от полза за църквата (13).

Обичайни практики за показване на хора с увреждания били „клетките за идиоти“ и „корабите на глупаците“. Първите се използвали за забавление и предпазване от неприятности. „Корабите на глупаците“ пътували от пристанище до пристанище и излагали хора с умствени увреждания в замяна на пари.

За здравеопазването Средновековието е мрачен период. Основна причина на психичното страдание станало грехопадението. В резултат на това около манастирите се създават приюти начело с монаси, полулекари, полузнахари. Хората вярвали, че заболяванията са породени от свръхестествени причини. Разчитали на Бог и светците за изцеление. През този период нямало практикуващи лекари с добро образование, което е причина хората рядко да ги посещават и затова търсели услугите на местните възрастни жени (често наричани вещици), които лекували с помощта на билки и заклинания.

Акушерките също помагали при израждането на бебетата, макар и с променлив успех.

Църквата потискала свободната мисъл и преследвала научното познание, застанала на пътя на развитието на науката и културата. Започва времето на демонологичното тълкуване на психичните разстройства. Съществуват различни религиозни възгледи за слабоумните хора. Някои религии смятат слабоумните за "деца на Бога", а католическата религия - за "деца на дявола". На психичното заболяване се гледа като на обладаване от зъл дух. Започва периодът на репресии срещу вещиците. Много психично болни хора завършват живота си на огъня на инквизицията, след като са класифицирани като "обладани от зли духове“ или наречени „зли духове".

Християнското учение заклеймявала вещиците. С утвърждаването на християнството грижата за болните се превърнала в приоритет на църквата. То проповядвало, че хората трябва да са гостоприемни към онези, които се нуждаят от

подслон, храна и медицински грижи. Трябвало да вярват само в Бог и да разчитат на неговата милост, за да оздравеят.

През XII век възникват по-големите градове, а заедно с тях и лудниците, за да изключат психично болните и други неприятни хора от обществения живот. „Яростните“ психично болни често били оковани във вериги. Други луди хора, които са правели странни движения или действия, били представени в клетка на обществени места за забавление на населението.

Стига се до институционализация на грижите, които претърпяват развитие – осигуряват се първо по домовете, приютите и в първите създадени болници. Създават се манастирски болници, в които работят монаси и сестри-монахини.

Средновековните болници приличали повече на хосписи или на социални домове за възрастни хора с хронични заболявания и в тях били настанявани болни, бедни и слепи пациенти, поклонници, пътешественици, сираци и лица, които нямали къде другаде да отидат.

Нарастващата вълна на инквизицията от XI век налага преследване на всички, които мислят по различен начин, невярващи, също и психично болни. Психично болните са възприемани като притежавани от дявола и Сатаната и трябва да бъдат унищожени. Страхът от злото и адския огън, разпространен от католическата църква довежда до изгарянето на лудите, които не могат да бъдат излекувани.

През XIII век се появяват еретични закони, съгласно които е позволено да се измъчват психично болни хора, за да ги подтикнат да казват, че Сатаната е в тях. След това да бъдат изгорени с чиста съвест.

През XVI век немският духовник и теолог Мартин Лутер свързва странния външен вид и поведение на детето (най-вероятно с умствена изостаналост, но заболяването още не било известно) с обладаването на дявола.

За премахване на Сатаната или злия дух от психично болните се отварял черепа без упойка чрез пробиване, непрекъснато остъргване на черепната кост, а болните били поставени на стол с белезници и трябвало да търпят болката и страха (10).

В славянските държави на слабоумните се е гледало като на „божии хора“. Православната църква оправдавала съществуването на деца-идиоти и сакати по Божията воля, насърчавала хората да правят дарения в името на Бога, уж умствено увредените деца имат нужда от тази милост, но тези дарения не са стигали до анормалните лица.

## 2. Еволюция и първи стъпки към грижи и хуманно отношение към „умствено увредения” човек.

През късното Средновековие се наблюдава възход на науката и интелектуалната активност, подобряване на грижите за умствено увредените хора. Все по-често били настанявани в манастири, където лечението се провеждало чрез почивка, молитва и смирение (7). Съществуващата традиция за създаване на монашески ордени, които да се грижат за болните води до възникване на Орденът на милосърдните братя през 1543 г., а през 1627 г. – Орденът на милосърдните сестри.

По различен начин се отнасят с лудите хора в ислямските страни. Основата е ислямското вярване, че умствено разстроените са пратеници на Аллах. Корана дава

правна защита на психично болните. Нужно е те да бъдат третирани хуманно, да бъдат държани под грижа от настойник или от държавата. За лечение освен лекарства се прилагали вани, музика, трудова терапия.

Според представителя на Средновековната арабска медицина е Абу Али ал-Хусайн ибн Абдалах ибн ал-Хасан ибн Али ибн Сина (980-1037 г.) по известен с името Авицена, психичното заболяване е резултат от физически недъг. Отхвърля божествения произход на психичните заболявания, изваждайки ги от парадигмата за „злите демони, които обладават човешките тела“ (1, 2, 3, 11).

Въпреки всички трудности на онова време, има развитие на тенденциите и възгледите на лекари и учени. Учените започнали да посещават манастири и затвори, където били настанявани психично болните и да ги наблюдават. Лекарите се стремили да разберат духовния свят на душевно болните и слабоумните.

**Лудницата в Белдам – огледалото на Лондон през Средновековието.**

Това е първата психиатрична болница в света, създадена през 1247 година и работеща повече от 750 години. В началото е била психиатрично заведение, в което можело да се видят ужасяващи гледки. Бедните не са имали възможност за лечение на друго място освен в Белдам, където условията не били никак добри.



***Сн. 1.*** **Лудницата в Белдам**
***Източник: интерент***

Заможните лондончани идвали в болницата, за да наблюдават проявите на лудост на настанените в нея, както и да видят отблизо душевноболни, станали известни с престъпленията, които са извършили.

През Средновековието това място се смятало за безмилостно и корумпирано.

Днес болницата е известна като една от най-добрите съвременни психиатрични болници и с високо качеството на здравните грижи за пациентите си.



**Сн. 2. Лудницата в Белдам - днес**
***Източник: интерент***

**Ренесанс**а е нова епоха, отличаваща се с бурните си открития, в това число и в областта на медицината.

Френският лекар **Филип Пинел (1745-1826)** създава Закон за снемане на веригите от душево болните и превръщането на полузатворническите убежища в болници. Този закон внася повече хуманизъм и прокламира правото на всеки умствено увреден болен на правото на медицинска помощ и здравни грижи. Психично разстроените се признават официално за болни (3).



**Сн. 3. Филип Пинел (1745-1826)**
***Източник: интерент***

Пинел реорганизира психиатричната помощ като премахва насилието в нея, коренно променя отношението на медицинския персонал към психично болните хора, дотогава третирани като престъпници и налага към тях да се отнасят като към обикновени пациенти. Сваля веригите, с които били оковавани психично болните и ги заменил с меки колани и усмирителна риза.

С новите идеи, разпространени през XVIII век от Просвещението и с утвърждаването на човешките и граждански права, разпространени след Френската революция, обяснението за лудостта променя своя курс към възприемането й като болестно състояние. Това е стъпка напред в сравнение с предишните практики, тъй като се основава на медицински грижи и научни цели.

## 3. Визия и отношение към проблемите на „умствено увредения човек” в България.

В средата на XIX век се поставя началото на модерното сестринство, което води до усъвършенстване и разцет на здравните грижи.

По българските земи също се срещали лица с умствена увреда.

Тракийските лекари прилагали за лечение средства от растителен и минерален произход. Душевно болните лекували с „добри беседи“.

Славяните вярвали в различни божества. Широко разпространени били поверията за бродници, вълшебници, самодиви, орисници, лихусници, вампири, духове на прадеди и демони на болестите. Според тях психичните разстройства се причинявали от различни бесове, дяволи и духове, овладяващи човека и се пъдят от вещици, гледачки, баячки, магьосници, врачки чрез молитви, заклинания, жертвоприношения и др. Широко приложение намират растителните лечебни средства (3).

Прабългарите почитали различни неодушевени предмети и вярвяли в тяхната магическа сила, в предпазващите сили на водата и камъните. Шаманите използвали такива предмети за лечение на различни заболявания. И единствено жреците са били посветени в медицинското изкуство (вкл. и хирургическо). Особен интерес представляват извършваните от тях трепанации – ритуални (*символични*) за отстраняване на злия дух при някои заболявания (*идиотия, епилепсия и др.*); истински (*пълни*) извършвани с по-съвършена техника при травматизъм.

През Средновековието в България болестите се възприемат като Божие наказание за извършени грехове (6).

През периода на ранното Средновековие в България е имало три различни категории лекари: лекари-духовници; народни лечители; лекари-светски лица (7).

През този период специалисти в областта на лечението били предимно служителите на религията. Освен тях с лечение се занимавали и народните лечители, които използвали богатия си житейски опит и знанията, унаследени от старите култури и предавани от уста на уста.

Част от лечебния процес била молитвата, широко разпространен метод през периода, за отстраняване на болести. Душевно болните били оковавани и оставяни да пренощуват в църквата. Сутринта монасите им четяли молитви, а после ги водили до аязмо, за да ги обливат с лековита вода. Първият ден обливането е продължавало, докато монахът броял до две. На другия ден продължавал до три. Така всеки ден с едно число отгоре. Краят на "терапията" настъпвал, когато монахът стигнел до 2000. Според легендите, този тип психиатрично лечение е давал резултат през XIV век (4). В народната медицина християнските светци са посредниците между хората и отвъдното, но и заповедници на определени болести и защитници от тях. Такъв е Свети Иван Рилски – „лекар на тялото и душата.“ Според житията той лекувал „бесновати“, тежко болни от близки и далечни страни (7, 8, 9).

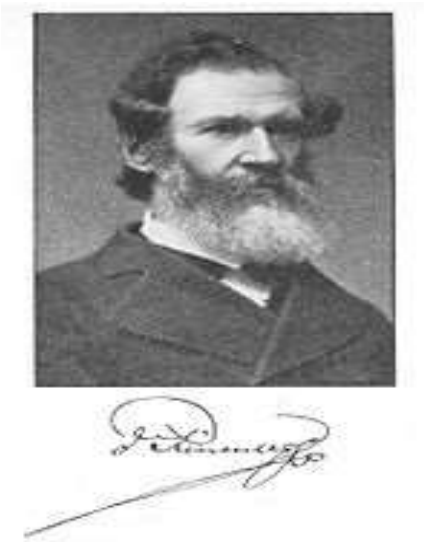
Умствено увредените най-често били подлагани на лечебни процедури като обездвижване, хладни бани, песнопения, молитви и обреди за прогонване на зли духове. При силна възбуда, безпокойство или буйстване се остригвала главата и намазвала с розово масло, лицето се миело с отвара от корени от мандрагора и стръкове от „черен мак”, На болния се давал сироп от сънотворен мак, но при опасност от непробудно

заспиване се препоръчвало болните да се държат будни в условия на силен шум, работа, говор и смях, използвали вендузи, в очите накапвали розово масло.

Огромното значение за възхода на средновековната медицина у нас има Покръстването.

Изключителна заслуга на Източната Православна църква е създаването и развитието на манастирските болници.

В края на XIX век на медицинската сцена излиза **Емил Крепелин** – немски психиатър, има огромен принос за разширяване и подобряване на психиатричната помощ – премахнати са изолаторите, липсва физическо насилие (12).



**Сн. 4. Емил Крепелин (1856-1926)**

***Източник: интерент***

През XX век психичните заболявания са факт, свързан с мозъчните процеси. Човешкото съществуване се разглежда през „био-социо-психо“ модела. Напредва психофармакологията, болните се лекуват с лекарства и психотерапия.

**Заключение**

Въз основа на историческия преглед на различните етапи в изучаването на умствената увреда и различните възгледи по проблема става ясно, че той привлича вниманието на лекари от различните епохи.

Днес пациентите не са измъчвани, значително по-добри са нивата на хигиена и обслужване, за лечение се прилагат медикаменти, психотерапия, а не хирургични интервенции.

На 13 декември 2006 г. е приета Конвенцията от Организацията на обединените нации и влязла в сила на 3 май 2008 г. България я е подписала на 27 септември 2007 г., а от 18 декември 2008 г. Конвенцията има характер на нов правен инструмент, в който за първи път се дава единно определение за човек с увреждане, основаващо се на социалния подход, а не на медицинския, според който хората с увреждания не следва да се възприемат като обекти на дарителство, медицинско въздействие и социална закрила, а като равнопоставени субекти, които заслужават уважение и равноправие. Ратифицирана единодушно от Българския Парламент на 26.01.2012 г.

В Република България нормативния акт, който гарантира правата на хората с увреждания, включително и с умствена увреда, е Законът за хората с увреждания. Той урежда обществените отношения, свързани с упражняване правата на хората с увреждания в страната. Според М. Желязкова (2021) основен акцент в законодателството е жизненият стандарт и качеството на живот на хората с увреждания (5).

Медицинската наука продължава възходящото си развитие. Специалисти предричат прилагането на електронно стимулиране на мозъка за нормализиране на поведението на пациенти с хронични психични заболявания (3).

**Използвана литература**


1. Абу Бакр Мухаммад ибн Зекария ал-Рази, Wikipedia
2. Авицена, Wikipedia
3. Апостолов М., П. Иванова, История на медицината и сестринството, ГорексПрес, 1998, стр. 51, 88-89
4. Георгиев М., Социална медицина – бр. 2/ 2016, стр.46
5. Желязкова М., Актуални проблеми на социалната работа при хора с увреждания в условия на пандемия от COVID-19, Трета конференция с международно участие „Здравните грижи - принос за качеството на живот“, THIRD INTERNATIONAL CONFERENCE Nursing care – a contribution to the quality of life, Варна, 07-08.06.2021 г., стр. 84-90, ISBN 978-619-221-365-7
6. Мичева В., Християнски и архаични представи за болестите и изцелението в Бдинския сборник, БЪЛГАРСКИ ЕЗИК / BULGARIAN LANGUAGE 67 (2020), 1, 26–42 Print ISSN: 0005-4283, Online ISSN: 2603-3372
7. Мутафов Ст., Свети Иван Рилски като средновековен лечител. // Преславска книжовна школа, т. 6, 1999, Шумен, стр. 32-44
8. Николова Б., Монашество, манастири и манастирски живот в Средновековна България, Т. 1-II, София, 2010, стр. 134
9. Тодорова К., Рилският чудотворец и Бистришкият манастир „Св. Иван Пусти“, Враца, 2013, стр. 254
10. https://bgn.koshachek.com/articles/germanija-prez-srednovekovieto-psihiatrija-prez.html
11. https://nauka.offnews.bg/news/Novini_1/Kakva-bila-Srednovekovnata-isliamska-meditcina_167597.html
12. https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%95%D0%BC%D0%B8%D0%BB_%D0%9A%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%BD
13. https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F
14. https://www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y10.htm



**Адрес за кореспонденция:**
Янка Маркова
Велико Търново, ул. „Михаил Кефалов“ 2
e-mail: markova70@abv.bg

# ПРОГРАМА

## 22.10.2022г.
## Секция „Общи и специални сестрински грижи
## „Зала Тича“

**Председател: доц. Тамара Цветкова**
**Членове:** гл. ас. Мария Добрева
гл. ас. Радостина Жечева
гл. м.с. Анелия Зюмюртян

9:00-9:10
1**. Случаи на апаратни псевдотромбоцитопении и методи за доказването им.**
*Автори: Миглена Кирилова Маринова, Марина Тодорова Кисова*
9:10-9:20
2**. Съвременни тенденции в грижите за онкологично болни деца**.
*Автори: П. Дилова, Медицински университет – Плевен*
9:20-9:30
3**. Здравни грижи за умствено увредени лица - исторически преглед.**
*Автори: Янка Маркова - Димитрова, Жана Павловска*
9:30-9:40
4. **Съзависимост при членове на семейства засегнати от разстройства с употреба на Психоактивни вещества.**
*Автори: Т. Радева, проф. Хр. Кожухаров*
9:40-9:50
5. **Как да разпознаем насилието в детската възраст?**
*Автор: Даниела Тасева*
9:50-10:00
6. **Образни методи и техники при диагностициране на сколиоза.**
*Автори: Елка Данчева Костова, Силвия Филкова, Донка Николова*

**Кафе пауза 10:00 – 10:30**

10:30-10:40
7. **Ефекти от COVID пандемията според професионалистите по здравни грижи.**
*Автори: Милена Сълева, Макрета Драганова, Е. Минева-Димитрова*
10:40-10:50
8. **Телемониторинг - необходимост при пациенти със сърдечна недостатъчност**.
*Автори: М. Георгиева, М. Нанкова, Силвия Борисова, Йото Йотов*
10:50-11:00
9. **Скалите за оценка като средство за събиране на обективни данни за пациента в сестринската практика.**
*Автори: Макрета Драганова, Милена Сълева*
11:00-11:10
10. **Физиотерапия при лечение на синдром на субакромиално притискане в раменна става - новости в лечението на пациентите.**
*Автор: Денислав Красимиров Иванов*
11:10-11:20
11. **Ролята на образованието в практиката на кардиологичните сестрински грижи.**
*Автори: И. Стоянова, Силвия Борисова, Мария Негрева*

11:20-11:30
12. **Предизвикателството COVID -19 и ролята на медицинските специалисти по здравни грижи в добиването на реконвалисцентна плазма от преболедували донори.**
*Автори: П. Гърчанова, З. Стоянова, Д. Христова*
11:30-11:40
13. **Влияние на лъчелечението и онкологичното заболяване върху социалното благополучие на пациентите**
*Автори: Калина Катранджиева, Катя Егурузе*
11:40-11:50
14. **Поддържащо лечение на хронично болни пациенти в условия на Пандемия.**
*Автори: Д. Василева, М. Панайотова*
11:50 – 12:00
15. **Здравните грижи и дигиталните технологии – пътят към социалното благополучие**
*Автори: Емилия Георгиева, Йорданка Михайлова, Минко Милев, Ненко Цветков.*
12:00 – 12:10
16. **Иновативни подходи при подбор на донори**
*Автор: Милена Тодорова*
12:10 – 12:20
17. **Познания за управление на случаи (case management) и готовност на медицинските сестри за прилагане в практиката**
*Автор: Мария Добрева*
12:20 – 12:40
18. **Въвеждане в практиката на единен модел за психологическо консултиране на пациенти с термични травми**
*Автор: Кичка Димитрова*
12:40 – 12:50
19. **Лидерство в сестринството**.
*Автор: Силвия Борисова Димитрова*
12:50 – 13:00
20. **Влияние на сестринските грижи при коморбидни пациенти със сърдечно-съдови заболявания**
*Автори:Иванка Стоянова, Силвия Борисова Димитрова, Мария Негринова Негрева,*

**22.10.2022г.**

**Секция „Общи и специални акушерски грижи“**
**Зала „Дискрет“**

**Председател : доц. Теодора Евтимова, д.оз.**
**Членове:** гл. ас. Христина Генчева
ас. Теодора Йорданова
ст. м. с. Тодорка Валентинова

9:00-9:10
**1. Новости и предизвикателства при храненето на кърмачето в условия на бедствие**
*Автор: Даниела Лъчезарова Лютакова*
9:10-9:20

**2. Неклинични интервенции управлявани от акушерка за постигане на естествено раждане**.
*Автор: Веселка Георгиева Михайлова*
9:20-9:30
**3. Управление на болката по време на раждане, ролята на акушерката**
*Автор: Даниела Ангелова Цветкова*
9:30-9:40
**4.Съвременни подходи в профилактиката на рак на маточната шийка**
*Автор: Христина Генчева*
9:40-9:50
**5. Информираност на бременните жени относно употребата на предпазен колан**
*Автор: Инна Ненова*
9:50-10:00
**6. Професионална реализация на първи випуск акушерки и медицински сестри, завършили във Филиал Велико Търново на МУ – Варна**
*Автори: Жана Павловска, Янка Маркова - Димитрова*

**Кафе пауза 10:00 – 10:30**

**Секция „Общи и специални акушерски грижи“**
**Зала „Дискрет“**
**Председател: доц. Теодора Евтимова, д.оз.**
**Членове:** гл. ас. Христина Генчева
ас. Теодора Йорданова
ст. м. с. Тодорка Валентинова

10:30-10:40
**7. Образни изследвания на гърда. Приложения за диагностика и скрининг. Сономамотомография- нов иновативен метод за изследване на гърдите**
*Автори: Т.Костадинова, С.Костадинова, Н.Николова*
10:40-10:50
**8. Клинични и социално - икономически проблеми – причини за късно родителство.**
*Автори: Теодора Йорданова, Теодора Димитрова, Христина Генчева*
10:50-11:00
**9. Неклинични интервенции управлявани от акушерка за постигане на естествено раждане**
*Автори: Веселка Георгиева Михайлова*

**Секция „Общи и специални сестрински грижи“**
**Зала „Дискрет“**

**Председател: проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н.**
**Членове:** гл. ас. Милена Тодорова, д.оз.
ас. Теодора Димитрова
гл.м.с. Марияна Матева

11:00-11:10
**10. Изследване на подготовката на младите специалисти за работа в детска ясла.**
*Автор: Живка Маргосян*

11:10-11:20
**11. Профилактика на детското очно здраве в практиката на медицинската сестра**
*Автор: Красимира Димитрова*
11:20-11:30
**12. Добри практики в здравните грижи.**
*Автор: Силвия Борисова*
11:30-11:40
**13. Подходи и модели за предоставяне на медицински грижи при захарен диабет.**
*Автор: Юлияна Георгиева*
11:40 – 11:50
**14. Ранна и непрекъсната сърдечна рехабилитация при пациенти със сърдечно - съдови заболявания**
*Автори: Теодора Димитрова, Теодора Йорданова*
11:50- 12:00
**15. Преодоляване на трудности и съвременни аспекти в дейността на МС – планиране на здравните грижи за деца с психични отклонения от 10 до 14 години.**
*Автор: Радостина Жечева*
12:00 – 12:10
**16. Лечение на трудно зарастващи рани с традиционни и съвременни превръзки.**
*Автор: Дарина Стефанова Баркова*
12:10 – 12:20
**17. Усложнения при провеждане на селективна коронарна ангиография.**
*Автор: Ели Киркова Хаджидончева*
12:20- 12:30
**18. Социо-икономически аспекти на грижите за потребителите на социални услуги**
*Автор: Мариана Желязкова*
12:30-12:40
**19. Дългосрочни грижи за психично болни в домашна обстановка**
*Автор: Стела Василева Маркова-Бонева*
12:40 – 12:50
**20. Безопасната болнична среда в практиката на медицинските сестри и промените, предизвикани от пандемията от Covid-19: мнение на медицински сестри**
*Автори: Ж. Стоянова, Н. Петрова*
12:50- 13:00
**21. Влияние на прекомерното използване на мобилно устройство от студентите върху учебния процес по здравни грижи.**
*Автори: Димитрова Е., Д. Панчелиева*

**21.10.22г**
**Постерна секция**
**17.00-17.30**

**Председател: проф. д-р Соня Тончева, д.оз.н.**
**Членове:** гл. ас. Милена Тодорова, д.оз.
гл.м.с. Марияна Матева

1. **Роля на специалистите по здравни грижи при създаване и утвърждаване на трайно дентално здравно поведение при децата от 0 до 14 години.**
   *Автори: В.Русева, Н.Димитрова*
2. **Роля на медицинската сестра в профилактиката и обучението на пациенти с гастроезофагеална рефлуксна болест**
   *Автори: Г.Ангелова, Д.Кръстева, Хр.Павлова*
3. **Коронарна артериална болест – профилактика**
   *Автор: Пенка Божилова Иванова*
4. **4. Подборът на методи - важно условие за формиране на здравословни навици в детската ясла**
   *Автори: Диана Гроздева, Катя Егурузе*
5. **Удовлетвореност на пациентите от полаганите здравни грижи в следоперативен период на ортопедично-травматологично отделение в МБАЛ-Шумен**
   *Автори: Елица Емилова Мутафова, Мелин Сезгин Мехмед*
6. **6.Управление на болката по време на раждане, ролята на акушерката.**
   *Автор: Даниела Ангелова Цветкова*
7. **Дисфазия на развитието - характеристика и специфика**
   *Автори: Ст. Павлова, П. Христанова, Ж. Жеков*
8. **Характеристика и психологични особености при деца с хиперактивност и дефицит на вниманието**
   *Автори: Ст. Павлова, Ж. Жеков, П. Христанова*
9. **Информираността на учениците от 11 и 12 клас относно контрацепцията**
   *Автори: Дария Червенкова, Михаела Вълчева*
10. **Практическо приложение на скринингови програми за оценка на риска от обструктивна сънна апнея и мястото им в сестринската практика**
    *Автори: Стоянка Янчева, Мариана Николова, Вержиния Цветкова*
11. **Предоперативни психологически аспекти в урология**
    *Автори: Полина Донева, Зюлейха Ахмедова, Милена Нанкова*
12. **Информираността на бременните и родилките от МБАЛ- Шумен, относно суеверия по време на бременността и раждането**
    *Автор: Мергюл Ридван Хасан, Христина Генчева*
13. **Влияние на храненето върху начина живот**
    *Автори: Гергана Иванова, Владислав Велков, Росица Дойновска*
14. **Влияние на прекомерното използване на мобилно устройство от студентите върху учебния процес по здравни грижи**

*Автори: Е. Димитрова, П. Дилова, Д. Панчелиева*

15. **Нагласи и мотиви за професионална реализация на завършващите медицински сестри**
    *Автори: Анна Георгиева, Селин Реджеб*
16. **Мотиви за избор на професията "Медицинска сестра"**
    *Автор: Анна Георгиева, Селин Реджеб*
17. **Здравни знания на майките за отглеждане на децата в ранна детска възраст**
    *Автор: Г. Петрова*
18. **Полово предавани болести**
    *Автори: Нелин Юзджан Мехмед; Владислав Маноилов Иванчев; Татяна Атанасова*
19. **Рискови фактори за здравето в тийнейджърска възраст**
    *Автори: Славея Стоянова, Емил Славчев, Кристина Захариева*
20. **Здравословно ли е храненето при деца в училищна възраст?**
    *Автор: Росица Дойновска*