СЪСТОЯНИЕ НА ХИГИЕННИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В УМБАЛ „КАНЕВ“ – РУСЕ, МБАЛ – ШУМЕН И МБАЛ – БЛАГОЕВГРАД АД

Д. Георгиева, С. Тончева, Р. Дойновска, Г. Колева, И. Христова, М. Бачева

STATE OF THE HYGIENIC HEALTH CARE IN “KANEV” UNIVERSITY HOSPITAL, SHUMEN HOSPITAL AND BLAGOEVGRAD HOSPITAL

D. Georgieva, S. Toncheva, R. Doinovska, G. Koleva, I. Hristova, M. Bacheva

Резюме. Професионалните дейности на клиничната медицинска сестра са важен рисков фактор за възникването на инфекции, свързани с медицинското обслужване (ИСМО), тъй като голяма част от тях се дължат на пряк контакт с пациентите. Основните хигиенни грижи са част от рисковите дейности за възникване на инфекции, ако не съответстват на стандартите за качество и безопасност. Настоящото изследване показва негативна тенденция до отказ от извършване на хигиенни грижи, което налага сериозно предизвикателство за тяхната оптимизация. Внедрените алтернативни методи за хигиена на тежко болните в европейските болници, „къпане без вода“ или „сухо къпане“ значително намаляват риска от инфекции, спестяват време, правят дейността по-привлекателна и повишават безопасността, комфорта и удовлетворението на пациентите.

Summary. The professional activities of the clinical nurse are an important risk factor for the rise of infections due to medical service (IDMS), since a great part of them are due to direct contact with the patients. The basic hygienic care is part of the risky activities for the rise of infections, if it does not correspond to the standards of quality and safety. This study has shown a negative tendency to refuse to perform hygiene care, which poses a serious challenge to their optimization. The introduced alternative methods of hygiene for the severely ill in European hospitals, waterless bathing or dry bathing, significantly reduce the risk of infections, saves time, make the activity more attractive and increase the patients' safety, comfort and satisfaction.

Key words: IDMS, hygiene care, waterless bathing, nurse, patient

Въведение

През последните години в световен мащаб се провеждат дискусии за безопасността на пациентите и стремеж към качеството на здравните грижи. През 2009 г. СЗО определя безопасността на пациентите като намаляване на риска от ненужна вреда, свързана със здравните грижи до приемлив минимум [17]. По данни на СЗО инфекциите, свързани с медицинското обслужване (ИСМО), засягат между 5% и 30% от пациентите [19]. Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) показва, че ИСМО продължават да бъдат проблем в Европа. Инфекциите, свързани със здравните грижи, са най-често срещаните неблагоприятни събития. Доказано е, че 10% от хората са засегнати от вътреболнична инфекция (ВБИ). В страните от ЕС годишно се наблюдават около 3 милиона ВБИ, 50 хиляди смъртни случаи и допълнителни разходи на стойност 6,3 милиона евро [5].

Болниците осигуряват лечение, но също така са и потенциален източник на разпространение на инфекция, ако не се спазват стандартите за качествени и безопасни грижи. В *Наръчник за безопасност и качество на пациента, базиран на доказателства* се изследват широк спектър от въпроси, свързани с осигуряването на висококачествена и безопасна грижа в лечебните заведения, където съществува голямо разпространение на агенти за инфекциозни заболявания. Пациентите, персоналът и полагащите грижи са изправени пред множество рискове, ако не се спазват утвърдените мерки за превенция. Като част от стратегията за контрол на инфекциите, всички служители, след като са достатъчно обучени и осигурени с необходимото оборудване, следва да бъдат санкционирани при неспазване на процедурите. Не трябва да се очаква от персонала, пациентите и лицата, полагащи грижи, да приемат и извършват хигиенните процедури, ако не са осигурени нужните съоръжения за осъществяването им [8].

Приемането и изпълнението на стандарти по здравни грижи гарантират до голяма степен качеството и безопасността на пациентите. Стандартът за клинична грижа е национално договорено становище относно грижите, които

пациентите трябва да получат, като гарантират тяхната безопасност. В редица страни са приети стандарти за клинична грижа, които осигуряват подходяща безопасна грижа и намаляване на различията, независимо от това къде се осъществява.

От 11 май 2013 г. в България е в сила Наредба № 3/2013 за утвърждаването на Медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции [7]. По данни на Европейската комисия за безопасност на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи, обучението трябва да е насочено към придобиване на познания, подходи и умения за осъществяване на поведенчески промени с цел предоставяне на по-безопасни грижи [2].

Полагането на хигиенните грижи е част от базовите – фундаментални знания, умения и компетенции на медицинските сестри. Според СЗО „хигиената се отнася до условия и практики, които спомагат за поддържане на здравето и предотвратяване на разпространението на болести“ [19]. Медицинските сестри са в центъра на грижата за пациентите и за това са основни двигатели за подобряване на качеството. Предвид разнообразния обхват на дейности в сестринската професия, всеки ден пациентите са засегнати от грешки и последствия от нежелани събития. През последните 20 г. в много страни се установява, че безопасността на пациентите е сложен и комплексен въпрос. Броят на рисковете от грешки може да бъде намален чрез дейности, насочени към търсене и анализ на причините за допускането им (Hughes RG, 2008). Неизпълнението на утвърдени стандарти и правила е една от грешките при осъществяване на хигиенните сестрински грижи за зависими от грижи пациенти, водещи до възникване на ИСМО. За осъществяване на почти всички дейности медицинската сестра упражнява пряк контакт с пациента, това води до риск за предаване на микроорганизми (МО) от кожата на едно заразено лице към друг пациент или член на персонала. Доказано е разпространението на метицилин-резистентни *Staphylococcus aureus* (MRSA) и други резистентни щамове МО в болниците. MRSA колонизират върху кожата и могат да бъдат открити чрез кожна култура при 8% от пациентите. В исторически

план, повечето мерки за контрол на инфекциите са фокусирани върху асептиката на оказващите грижи и на околната среда [15].

Хоспитализираните пациенти обикновено са в лошо здравословно състояние, с отслабени защитни сили срещу бактерии и други инфекциозни агенти. Напредналата възраст и имунната недостатъчност представляват общ риск за ИСМО. Другата група фактори са свързани с околната среда. Към тях са медицинския персонал, други пациенти в същото звено, посетителите, медицинските инструменти и оборудване, чистота на помещениата, температурата и различните манипулации. Най-често проникващите ИСМО се проявяват при инвазивните процедури. Механизмът за предаване на микроорганизми чрез контакт е най-важният и чест начин на предаване на ИСМО. Той може да бъде чрез директен, индиректен контакт и въздушно-капково предаване. Предаването чрез директен контакт включва физически допир на една телесна повърхност до друга телесна повърхност, пренасяне на МО между инфектирания или колонизиран човек и възприемчивия индивид. Директен контакт се осъществява, когато една медицинска сестра обслужва пациент в леглото. Всяка медицинска грижа, свързана с пряк личен контакт – частични и пълни тоалети, къпане, превръзки, инжекции или други манипулации носят риск за ИСМО. Предаването чрез индиректен контакт включва контакт на пациента с контаминирани инструменти, игли, превръзки или ръкавици, които не са сменени между отделните пациенти [16]. Непрекият контакт възниква при допир до повърхности, заразени с МО от неизмити ръце или замърсени ръкавици. Съгласно *Ръководство за превенция и добри практики* на Европейския съюз от 2013 г. за извършване на дейностите по поддържане на личната хигиена на пациентите, които не могат да се обслужват сами, се препоръчва при ненаранена кожа да се използват антисептични препарати за измиване на цялото тяло и косата, като доказан метод за справяне с колонизиране на кожата с MRSA. За избягване на повторно колонизиране ежедневно да се сменят спалното бельо, облеклото, личното бельо и кърпи, особено след измиване на тялото с антисептични препарати. Всички мерки намаляват също риска от колонизиране или инфектиране на медицинския персонал (Ръководство за превенция и добри практики, 2013).

Поддържането на личната хигиена допринася за комфорта, безопасността, благосъстоянието и достойнството на индивида. Докато предоставят тази грижа на медицинските специалисти осъществяват оценка на клиничното състояние, промени в състоянието на кожата и устната кухина, проходимост на дихателните пътища, степента на независимост/зависимост, мобилност, самоподдържане, хранителен статус, сън и психо-социално състояние. Къпането на пациентите е един от случаите за поява на нежелани усложнения. Когато хигиенните грижи се делигират на помощен персонал, медицинската сестра, отговаряща за пациента, може да не получи адекватна информация [10].

За традиционно извършване на компенсиращи хигиенни грижи, включващи частични тоалети, къпане, измиване на глава в леглото и специални тоалети, са необходими голям обем от принадлежности и средства (Маркова Ст., 2008; Стойков Д., 2012; Белоев. Й., 2000), които в болнична обстановка е трудно да се поддържат в състояние, отговарящо на съвременните изисквания за превенция на ВБИ. Съгласно Наредба 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции в България „За всеки пациент се осигуряват индивидуални предмети и пособия за обслужване и след всяка употреба се обеззаразяват. След дезинфекция от тях не трябва да се изолират и откриват патогенни и условно патогенни микроорганизми от семейство *Enterobacter*, *Pseu-*

domonas aeruginosa, *Acinetobacter baumannii*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis*”. С въвеждането на Наредба № 3 се регламентират изискванията за безопасна медицинска дейност [7].

Когато пациентът може да осъществи сам процедурите по поддържане на лична хигиена, ролята на медицинската сестра е подпомагаща и консултираща. Важен момент е организирането и осъществяването на ефективна и безопасна лична хигиенна грижа за пациентите, които не са в състояние да я извършат сами. Медицинските сестри имат две основни възможности за къпане на пациенти – традиционният метод чрез използване на сапун и вода и множество други принадлежности или предварително импрегнирани кърпи, ръкавици и гъби, съдържащи почистващ агент или хлорхексидин глюконат (CHG) за еднократна употреба. Прегледа на литературата по темата показва подкрепа в използването на принадлежности за еднократна употреба за хигиени тоалети в леглото на болния в сравнение с традиционните средства и методи. Проучванията показват, че медицинските сестри са изразили ясно предпочитание към изделията за еднократна употреба [9].

Хигиените процедури по метода „къпане без вода” или „сухо къпане” имат много предимства в сравнение с традиционното извършване на хигиенни тоалети в леглото на болния. Обобщено се изразяват в подобрена хигиена и състояние на кожата, намаляване на изсушаването на кожата, намаляване на ИСМО, значително скъсяване на времето за извършване на дейността, подобряване комфорта на пациента, доказана е и финансовата ефективност на метода. В процеса на търсене на възможности за оптимизиране на хигиенните грижи през 1990 г. е разработена първата концепция за хигиена на кожата с използване на множество кърпи за еднократна употреба и течност към тях. Измиването без вода еволюира и започват да се използват еднократни средства, предварително импрегнирани с миеш агент. Медицинските сестри предпочитат къпането „без вода” в сравнение с традиционния начин и този метод се прилага успешно като алтернатива на традиционната практика. Предимствата на алтернативното къпане се изразяват още в повишено качество, намаляване на микробното число на МО върху кожата, повишаване удовлетвореността на пациентите и медицинските сестри [13]. Изследванията доказват ефективността на биоциди с хлорхексидин, с който най-често са импрегнирани хигиенните гъби, ръкавици или кърпи. Хлорхексидин диглюконат се прилага от 50-те години на миналия век. Той е безопасен и ефективен и притежава широка антисептична активност в различни концентрации (0.5% – 4%). Прилага се за цялостно почистване и деколонизация на кожата, измиване на тялото, предоперативно къпане, подготовка на мястото на проникване на съдовия катетър, орално обеззаразяване, вагинална антисептична промивка. Безопасността на хлорхексидина го прави подходящ за употреба и при деца [11, 12, 14, 15]. Центровете за контрол и превенция на заболяванията (CDC) в САЩ препоръчват на пациентите да се къпят с антисептични средства в нощта преди операцията, също така препоръчват внимателно измиване и почистване около мястото на разрязване. Инфекциите на хирургичното място (ИХМ) (SSI) са втората най-честа инфекция, свързана със здравето [14]. Предоперативното миене на тялото е рутинна практика в Обединеното кралство, Швеция и Холандия [18].

При избора на безопасно оборудване трябва да бъдат отчетени различни критерии, като подходящо за целта, лесно за употреба и управление и дали персоналът го смята за приемливо. Отговорност на ръководството на лечебните заведения е да осигури необходимата информация и обучение за правилно му използване (ЕК, 2013).

Изложение

Общоприето мнение на пациенти и близки е, че масово хигиенните грижи не се извършват или често се осъществяват от близките на пациента или от санитарни срещу нерегламентирано заплащане. Съответно те или изобщо не се извършват или не отговарят на изискванията за безопасност, качество на грижите и комфорт на пациента. Тази порочна практика създава усещане в пациентите и техните близки за липса на грижи и нехуманно отношение.

В България студентите по здравни грижи все още се обучават в използването на традиционните средства и методи за хигиенни грижи. Необходима е промяна в учебното съдържание и въвеждането на алтернативните методи в практиката. По този начин ще се осъществи синхронизиране на теоретичното знание и реалната клинична практика. За осъществяване на промяната е важно мнението на практикуващите клинични медицински сестри и тяхната нагласа и мотивация за промяна.

Методика на проучването

За целите на настоящото научно съобщение е проведено анкетно проучване сред клинични медицински сестри, работещи в интензивни (ИО), хирургични (ХО), терапевтични (ТО) и неврологични отделения (НО) в 3 регионално отделени болнични заведения в България – УМБАЛ „Канев“ – Русе, МБАЛ – Шумен и МБАЛ – Благоевград АД. Данните от проучването са получени чрез пряко допитване на 144 медицински сестри чрез анкетна карта за периода м. юли – септември 2018 г. Предоставените анкетни карти са 145, от тях 144 попълнени, като в няколко имаше липсващи или непълни данни.

Статистическата обработка на данните от изследването е осъществена посредством програмната система SPSS-19.0, като конкретно са приложени статистическите процедури: дескриптивна статистика и корелационен анализ. Pearson корелационните коефициенти са използвани за определяне на връзката между клинично направление, възраст и различните фактори. Данните от статистическите изчисления са представени таблично или са изведени в текста, където условно са използвани следните означения:

M – стойност на средната аритметична величина;

SD – стойност на средно квадратичното отклонение;

R – стойност на корелационния коефициент на Пийърсън;

P – равнище на значимост на корелационния коефициент.

Резултати и анализ

Демографските фактори включват променливи като: град, възраст и клинично направление. Резултатите от честотното разпределение показват, че най-голям е процентът на изследваните лица в Русе – 70 (49.3%), следвани от медицинските сестри в Благоевград – 44 (31%) и Шумен, съответно 28 (19.7%).

Другата група променливи включва честотното разпределение на медицинските сестри по клинично направление, оказващо влияние върху отговорите на професионалистите по здравни грижи. Най-голяма е честотата на сестрите с хирургично клинично направление – 51 (35.9%), следвани от сестри с направление за работа интензивни грижи – 33 (23.2%), терапевтично направление – 31 (21.8%), неврологично направление – 24 (16.9%).

Относителният дял на изследваните лица по години стаж в специалността показва, че най-голям е процентът на сестрите с над 20 години стаж по специалността – 70 (49.3%). Равен е броят на лицата със стаж по специалността от 11-15 г. и 16-20 г. – 19 (13.4%), съответно 17 (12%) са със стаж от 6-10 г., а 13 (9.2%) са тези със стаж по специалността от 1-6 години.

В Таблица 1 са изнесени обобщените резултати за средните стойности и стандартното отклонение по отделните въпроси от анкетата за мнението на медицинските сестри и приложимостта на хигиенните грижи в тяхната практика, където се откроява нагласата на изследваните лица към този вид грижа за пациентите. Графично тези резултати са представени на Фигура 1.

Таблица 1. Резултати от дескриптивната статистика

Показател	Брой	Средна стойност	Стандартно отклонение
Осъществяване на частични сестрински грижи	141	2.21	2.021
Къпане на болен в леглото	142	3.92	2.335
Миене на глава в леглото на болния	141	3.00	1.967
Тоалет на устна кухина	141	2.37	1.365
Качествени хигиенни грижи от санитар/здравен асистент	73	2.09	0.556
Коментар на Наредба №3	141	1.58	0.493
Осигуреност с необходимите принадлежности и материали в отделение-то/клиниката	141	1.96	0.857
Необходимост от промяна в предоставянето на хигиенни здравни грижи	141	1.88	0.895
Приемане на стандарт за здравни грижи	141	1.67	0.815
Въвеждане в болницата	139	1.76	0.872

Фигура 1. Средни стойности и стандартно отклонение по отделните показатели

Резултатите от осъществяването на частични сестрински грижи от медицинските сестри са отразени в Таблица 2.

Таблица 2. Резултати по показател „осъществяване на частични сестрински грижи“

	честота	%	валиден %	кумулятивен %
Валидни				
Ежедневно	91	64.1	64.5	64.5
Веднъж седмично	12	8.5	8.5	73.0
Веднъж месечно	6	4.2	4.3	77.3
Смятам, че това е работа на санитар	12	8.5	8.5	85.8
Това е задължение на близките	3	2.1	2.1	87.9
Липсват необходимите принадлежности	2	1.4	1.4	89.4
Друго	15	10.6	10.6	100.0
Общо	141	99.3	100.0	
Липсващи	1	0.7		
Общо	142	100.0		

Данните показват, че общата нагласа за приложимост на хигиенните грижи при пациентите е умерена. Основен фактор, свързан с оценка за нагласа към хигиенни грижи, е тяхната осъществимост. Резултатите, които явно се открояват са 91 (64.1%) от анкетиранията лица, които заявяват, че ежедневно осъществяват частични хигиенни грижи, 12 (8.5%) – веднъж седмично и 12 (8.5%) смятат, че това е работа на санитарите, при средни стойности ($M=2.21$; $SD=2.021$) (Таблица 2).

В Таблица 3 са представени отговорите на респондентите относно извършването на къпане на болен в леглото.

Таблица 3. Резултати по показател „къпане на болен в леглото“

	честота	%	валиден %	кумулятивен %
Валидни				
Не извършвам	31	21.8	21.8	21.8
Ежедневно	21	14.8	14.8	36.6
Ежеседмично	20	14.1	14.1	50.7
Ежемесечно	6	4.2	4.2	54.9
Не извършвам поради липса на средства	13	9.2	9.2	64.1
Не извършвам поради дефицит на време	31	21.8	21.8	85.9
Не извършвам, това е приоритет на помощния персонал	10	7.0	7.0	93.0
Друго	10	7.0	7.0	100.0
Общо	142	100.0	100.0	

Не осъществяват къпане на болен в леглото 85 (59.8%) от респондентите, като 31 (21.8%) не посочват конкретна причина, 13 (9.2%) от тях посочват липса на необходими средства, 31 (21.8%) не извършват къпане поради дефицит на време и само 10 (7.0%) смятат, че това е приоритет на помощния персонал. Една друга група медицински сестри извършват тази хигиенна процедура, като 21 (14.1%) от тях го правят ежедневно, 20 (14.1%) – ежеседмично и 6 (4.2%) – ежемесечно ($M=3.92$; $SD=2.335$) (Таблица 3).

На трето място в анкетното проучване се оценява активността на сестрите в миенето на глава на тежко болен в леглото.

Таблица 4. Резултати по показател „миене на глава в леглото на болния“

	честота	%	валиден %	кумулятивен %
Валидни				
Не	48	33.8	34.0	34.0
Ежеседмично	30	21.1	21.3	55.3
Ежемесечно	8	5.6	5.7	61.0
Не е необходимо	10	7.0	7.1	68.1
Не е задължение на сестрата	19	13.4	13.5	81.6
Друго	26	18.3	18.4	100.0
Общо	141	99.3	100.0	
Липсващи	1	0.7		
Общо	142	100.0		

Малко над една трета от професионалистите по здравни грижи категорично не осъществяват миене на глава в леглото на болния – 48 (33.8%), 19 (13.4%) отказват да приемат това като задължение на сестрата, а 10 (7%) не намират това

за необходимо. Само 30 (21.1%) извършват миенето на глава на пациента, като това им се случва приблизително един път седмично, а 8 (5.6%) – един път на месец, при средни стойности ($M=3.00$; $SD=1.967$) (Таблица 4).

Следващият показател отразява нагласата на професионалистите по здравни грижи за извършване на тоалет на устната кухина на болния (Таблица 5).

Таблица 5. Резултати по показател „тоалет на устна кухина“

	честота	%	валиден %	кумулятивен %
Валидни				
Ежедневно	62	43.7	44.0	44.0
Не се е налагало	12	8.5	8.5	52.5
Не е необходимо	23	16.2	16.3	68.8
Не, поради дефицит на време	40	28.2	28.4	97.2
Друго	4	2.8	2.8	100.0
Общо	141	99.3	100.0	
Липсващи	1	0.7		
Общо	142	100.0		

Ежедневно извършват този тоалет 62 (43.7%) от анкетиранията, 40 (28.2%) посочват отново дефицита на време като основно препятствие за извършване, 23 (16.2%) от медицинските сестри заявяват, че това не е необходимо и на 12 (8.5%) не се е налагало в тяхната практика да провеждат такъв вид тоалет ($M=2.37$; $SD=1.365$).

Попитани дали може качествен хигиенни грижи да се извършват от санитар/здравен асистент 50 (35.2%) от професионалистите по здравни грижи отговарят, че е необходим контрол от сестрата, 15 (10.6%) заявяват, че това е сестринска дейност, при ($M=2.09$; $SD=0.556$).

На анкетиранията е предоставена възможност да коментират цитирания по-горе текст от Наредба №3 от 8.05.2013, в която се акцентира върху осигуряването на индивидуални предмети и пособия за обслужване, които след употреба се обеззаразяват. По-голямата част от анкетиранията 83 (58.5%) не са коментирали Наредбата, а 58 (40.8%) са направили коментар, при средни стойности и стандартно отклонение ($M=1.58$; $SD=0.493$). Част от коментарите на професионалистите по здравни грижи във връзка с тази наредба включва такива изказвания като: „това е възможност за РЗИ да налагат глоби“, „при добро желание на болници с добър бюджет може да се спазва“, „всички пособия да бъдат еднократни, а не да се подлагат на обеззаразяване“.

Относителният дял по отношение на променливата, свързана с осигуреността с необходимите принадлежности в отделението/клиниката показва, че 67 (47.2%) от анкетиранията посочват недостатъчно осигурени материали като причина, възпрепятстваща осъществяването на частичните хигиенни грижи; 22 (15.5%) посочват липсата на осигурени средства за хигиенни грижи; 44 (31.0%) – потвърждават, че разполагат с всичко необходимо, за извършване на качествени хигиенни грижи, 7 (4.9%) избират „друго“, без да изказват мнението си, при средни стойности ($M=1.96$; $SD=0.857$).

Резултатите показват, че 65 (45.8%) от изпълнителите на медицинска грижа намират за необходима промяната в предоставянето на хигиенните здравни грижи, като препоръчват да се прилагат утвърдени добри европейски практики, 27 (19%) и повече от една трета от всички анкетирани професионалисти по здравни грижи 49 (35.9%) твърдо отричат нуждата от промени или нямат коментари и намират за недостойно и под нивото на своето образование (висше) извършването им, при средни стойности по скалата ($M=1.88$;

SD=0.895).

По показателя „приемане на стандарти за здравни грижи“ мнението и нагласите на професионалистите по здравни грижи са разнопосочни, като 77 (54.2%) от изпълнителите на здравни грижи намират за необходимо приемането на стандарти, 33 (23.2%) и 31 (21.8%) съответно твърдо заявяват, че: „това не оправя нещата“, „прилагането на каквито и да е стандарти няма да осигури по-добро качество на хигиенните здравни грижи, ако не се осигури достатъчно работна ръка“, „повече помощен персонал“, „ако се осигурят достатъчно индивидуални пособия и принадлежности“. Средните стойности и стандартно отклонение за този показател са $M=1.67$; $SD=0.815$.

По показателя „въвеждане на метода „къпане без вода“ в лечебните заведения“, по който професионалистите по здравни грижи оценяват необходимостта от инвестиране в качеството на извършване на хигиенните грижи и подобряване на цялостното отношение на сестрите към хигиенните грижи, голяма част от анкетиранияте професионалисти по здравни грижи 56 (39.4%) вярват, че по отношение на хигиенните грижи може да настъпи промяна. Негативно отношение към хигиенните грижи изказват 63 (44.4%) от медицинските сестри, 10 (7.0%) твърдят, че болниците, в които работят няма да инвестират в подобряване на хигиенните грижи при средни стойности $M=1.76$ и $SD=0.872$.

След прилагане на корелационен анализ се установяват множество корелации между различните показатели. Наличие на умерена правопрпорционална връзка между града на изследваните лица и необходимостта от промяна в предоставянето на хигиенните здравни грижи. Връзките на клиничното направление на медицинските сестри с показатели като „къпане на болен в леглото“ ($r=0.195^*$), „стаж по специалността“ ($r=0.199^*$) и показател „качествени хигиенни грижи от санитар/здравен асистент“ ($r=0.494^*$), са слабо и умерено правопрпорционални т.е. според направлението за работа на професионалистите по здравни грижи слабо нараства значимостта на съответните показатели. Индикират се слаби правопрпорционални връзки между стажа по специалността на професионалистите по здравни грижи и показатели като „осъществяването на частични хигиенни грижи“ ($r=0.179^*$), както и „къпане на болен в леглото“ ($r=0.266^*$), клинично направление ($r=0.199^*$), което демонстрира незначителната роля за увеличаване на силата на тези показатели според стажа на професионалистите по здравни грижи.

Заклучение

От прегледа на над 40 статии, засягащи хигиенните грижи в световни научни бази данни не се коментира въпроса, свързан с необходимостта от прилагането им при пациенти, зависещи от компенсиращи грижи. Обсъждат се качество на изпълнението им, удовлетвореността и безопасността на пациента, както и негативното влияние на липсата на документация за планиране и отчитане на сестринската дейност.

От проведеното изследване и анализ на въпросите, засягащи хигиенните здравни грижи у нас могат да се направят следните изводи и заключения:

- ▶ голяма част от анкетиранияте медицински сестри не изразяват отношение към дискутираните въпроси, отнасящи се до хигиенните грижи;

- ▶ част от медицинските сестри смятат, че хигиенните грижи са нискоквалифициран и непривлекателен труд и трябва да се извършват от друга категория персонал, въпреки че представляват неизменна част от сестринската

професия и същността на сестринството като цяло;

- ▶ значителен дял от всички медицински сестри не извършват хигиенна баня в леглото на пациента;

- ▶ повечето медицинските сестри от ТО, ХО и НО не смятат хигиенната баня на глава за тяхно задължение;

- ▶ нормативният документ, определящ безопасността на пациентите и качеството на здравните грижи (Наредба №3) остава без коментар при 83 (58,5%) от респондентите;

- ▶ относно въвеждането на метода „къпане без вода/сухо къпане“ половината от медицинските сестри смятат, че няма да бъде въведен в лечебното заведение поради финансови ограничения, а останалата половина са на мнение, че би могло да се осъществи при достатъчно аргументирани искания;

- ▶ от всички проучени отделения редовно в интензивните отделения се извършват ежедневно частични хигиенни грижи;

- ▶ половината от всички анкетирани медицински сестри заявяват необходимостта от промяна на хигиенните грижи.

Смятаме, че с промяна на методите и средствата за осъществяване на хигиенни сестрински грижи се очаква те да станат по-привлекателни и да се намали времето за извършването им. При осигуреност на болничните заведения с необходимите средства и материали, както и осъществяването на системен контрол за изпълнение на нормативните документи ще се повиши качеството на здравните грижи, а от там и безопасността на пациентите.

Библиография

- Белоев Й. 2000 Грижи за болния и сестринска техника. МИ Арсо. София
- Доклад на комисията до съвета 2014. Втори доклад на Комисията до Съвета относно изпълнението на Препоръка 2009/C 151/01 на Съвета относно безопасността на пациентите, включително профилактиката и контрола на инфекциите, свързани със здравни грижи) https://www.google.bg/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKewjg0s7u-O7dAhVD1iWKhDQ7DSkQFjACegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ipex.eu%2FIPEXL-WEB%2Fdocs%2Ffiles%2Fdownload%2F082dbcc54653729e0146b471b02b40f5.do&usg=AOvVaw3341_snf86PL2S17IKGOKz
- Маркова, Ст. 2008, Медицински стандарти по здравни грижи. Наръчник за медицински сестри, акушерки, клинични лаборанти, ренгенови лаборанти. Под редакцията на Проф. д-р Станка Маркова. София
- Рискове за здравословните и безопасни условия на труд в сектора на здравеопазването. Ръководство за превенция и добри практики. Люксембург. Служба за публикации на Европейския съюз. 2013. ISBN 978-92-79-26822-9)
- Програма срещу вътрешноболничните инфекции. София. България. 16 Май 2009). URL: https://www.blitz.bg/obshtestvo/priekha-programa-sreshchu-vtreshnobolnichnite-infektsii_news48881.html
- Стойков, Д. 2012 Справочник за здравни грижи - технически фишове. Учебно помагало за медицински сестри, акушерки и лаборанти, Плевен 2012
- Наредба № 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътрешноболничните инфекции Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 43 от 14.05.2013 г., в сила от 11.05.2013 г.
- Adams J., Bartram J., Chartier Y., Edited. 2008. Essential environmental health standards in health care. World Health Organization. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 154723 9 URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43767/9789241547239_eng.pdf?sequence=1
- Azza H. El-Soussi, Hayam I. Asfour. 2016 Examining bed-bath practices of critically ill patients Department of Critical Care and Emergency Nursing. Faculty of Nursing. Alexandria University. Alexandria. Egypt Received: May 10, 2016. Accepted: June 28, 2016 DOI: 10.5430/jnep.v6n12p1. URL: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v6n12p1>
- Carvajal G., M., Ramirez, J. David. 2015. Hygiene: basic care that promotes comfort in critically ill patients. Enfermeria Global. ISSN 1695-6141. URL: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/en_revision2.pdf
- Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related 2008, Clinical Infectious Diseases, Volume 46, Issue 2, 2008, Pages 274–281, <https://doi.org/10.1086/524736>

12. Coffey PS, Metzler M, Islam Z, Koehlmoo TP 2013, Chlorhexidine for Umbilical Cord Care: Selected Bibliography, BMC Int Health Hum Rights. 2013; 13:44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139384>
13. Groven F M. V, S. M. G. Zwakhalen, Gaby Odekerken-Schröder, E. J. T. Joostenand, J. P. H. Hamers. 2017. How does washing without water perform compared to the traditional bed bath: a systematic review. BMC Geriatr. Published online 2017 Jan 25. doi: 10.1186/s12877-017-0425-4 PMID: 28118815 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5264342/Hughes RG \(ed.\)2008. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. \(Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation\). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Infections, https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm?vm=r](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5264342/Hughes RG (ed.)2008. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Infections, https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm?vm=r)
14. Jordan J. R., Bloom H. L. 2010. Prevention of Bacterial Infections in Patients with CIED: Old Traditions Meet New Technology. The Journal of Innovations in Cardiac Rhythm Management. URL: <http://www.innovationsincrm.com/cardiac-rhythm-management/2010/october/25-prevention-of-bacterial-infections-cied>
15. Milstone A. M., Robert A. Weinstein Catherine L. Passaretti Trish M. Per- IChlorhexidine: Expanding the Armamentarium for Infection Control and Prevention
16. Unahalekhaka A. 2011. Епидемиология на инфекциите свързани с медицинското обслужване. Глава 3 Епидемиология на инфекциите свързани с медицинското обслужване. URL: <http://theific.org/wp-content/uploads/2015/01/Ch-3-Bulgarian.pdf>
17. Vasconcelos J. de Melo Buriti, Caliri M. H. Larcher. 2017. Preventing pressure injury in intensive care. Esc. Anna Nery vol.21 no.1 Rio de Janeiro 2017 Epub Jan 16, 2017. On-line ISSN 2177-9465. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>
18. Webster J, Osborne. 2015. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev. doi: 10.1002/14651858.CD004985.pub5. PubMed PMID: 25927093. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25927093>
19. WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009. World Health Organization. <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>

Автори

Доц. Деспина Георгиева, дп, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“, drgeorgieva@uni-ruse, тел: +359 889789100
Проф. Соня Тончева д.оз.н., МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“, Шумен, Катедра „Здравни грижи“, toncheva2960@abv.bg, тел. +359 884992535

Доц. Росица Дойновска, ФОЗЗГС, Катедра „Здравни грижи“, doynovska@mail.bg, тел. +359 8882221114

Гл. ас. Грета Колева, дузг, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“, gkoleva@uni-ruse, тел: +359 882517173

Гл. ас. Ирина Христова, дузг, РУ „Ангел Кънчев“ ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“, ihristova@uni-ruse, тел: +359 884582733

Гл. ас. д-р Марияна Бачева, ФОЗЗГС, Катедра „Здравни грижи“, bachewa@abv.bg, тел. 359 897 96 33 14

ПРОФЕСИОНАЛНИ И СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ПРОДЪЛЖИТЕЛНАТА АКУШЕРСКА ГРИЖА

Т. Евтимова

PROFESSIONAL AND SOCIAL ASPECTS OF CONTINUITY OF MIDWIFERY CARE

Т. Evtimova

Резюме. Оказването на продължителна акушерска грижа създава възможност за индивидуален подход при прилагане на добри практики, които са разнообразни по своята същност и поставят важен акцент – пакетът от грижи през целия цикъл на пренаталния, антенаталния и постнаталния период за жени с нисък риск да бъде осъществяван от акушерка. Настоящата статия представя част от проучване на здравните потребности на жените и нагласата на акушерките за осъществяване на продължителна акушерска грижа.

Summary. Providing continuity of midwifery care creates an opportunity for an individual approach in the implementation of good practices, which are diverse in nature and put a particular emphasis- the care package throughout the whole cycle of the pre-natal, antenatal and postnatal period for women at low risk to be carried out by a midwife. This article presents part of a study on the health needs of women and the attitudes of midwives to the application of continuity of midwifery care.

Key words: continuity of midwifery care, social aspects

Въведение

В съвременната медицинска практика оказването на здравни грижи все повече утвърждава позитивни модели на живот, позволяващи максимално запазване на физическото, психическото и социалното благополучие на хората.

Акушерският модел на грижи позволява прилагане на концепцията за промоция на здравето чрез създаване на емоционална връзка, атмосфера на доверие и сътрудничество с пациента. 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 Министерството на здравеопазването [3].

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучат здравните потребности на жените и нагласата и готовността на акушерките за осъществяване на продължителна акушерска грижа.

Материали и методи

По отношение на продължителните акушерски грижи основният принцип е, че всяка бременна с неусложнена бременност се нуждае от пренатални, постнатални и патронажни грижи, осъществявани от акушерка. На този принцип са сформирани и двете групи респонденти, основни страни от процеса на продължителна акушерска грижа – акушерки и пациентки.