СЪВРЕМЕННИ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В БЪЛГАРИЯ. ЩО Е ТО АКУШЕРСКИ МОДЕЛ И ИМА ЛИ ТОЙ ПОЧВА У НАС?

Радослава Радева[1], Теодора Момчилова[2], Елена Михайлова[3]

[1]студент, Катедра „Управление на здравните грижи", Факултет по обществено здраве, Медицински университет – Пловдив
[2,3]Катедра „Акушерски грижи", Факултет по обществено здраве, Медицински университет – Пловдив

MODERN OBSTETRIC CARE IN BULGARIA. WHAT IS A MIDWIVES MODEL OF CARE AND DOES IT HAVE GROUND IN OUR COUNTRY?

Radoslava Radeva[1], Teodora Momchilova[2], Elena Mihaylova[2]

[1] Student, Department of Healthcare, Faculty of Public Health, Medical University of Plovdiv,
[2] Department of Midwifery Cares, Faculty of Public Health, Medical University of Plovdiv,

РЕЗЮМЕ

СЗО обяви 2020-а за Година на медицинската сестра и акушерката. През същата година в България се приеха поправки в закона, даващи право на акушерките да откриват собствени практики и да проследяват неусложнени бременности. В последните години сме свидетели на непрекъснато повишаващия се процент на оперативните раждания, но и на все по-големия интерес и информираност на бременните жени към нормалното раждане. В много страни в Европа се прилага акушерският модел за грижа към бременната и раждащата жена. Всичко това ни провокира да се запознаем по-детайлно с него, както и да проверим прилага ли се той в страната ни и какви биха били ползите от него. В акушерския модел грижите за бременната и раждащата жена, както и новороденото се поставят в центъра. Естествените процеси като раждане и кърмене са водещи. Изгражда се връзка на доверие, близост и спокойствие. Процентът на раждане чрез секцио по желание, без да има реални индикации за него, ясно показва, че информираността на бременната относно нормалното раждане като процес е непълна, като това поражда чувство на страх. Женската консултация обикновено се води от акушер-гинеколози, но те нямат възможност да отговорят детайлно на всички въпроси, които вълнуват една бременна жена. Голям процент от жените не задават въпросите си на лекаря пора-

ABSTRACT

WHO has declared 2020 the year of the nurse and the midwife. In the same year, amendments to the law were adopted in Bulgaria, giving midwives the right to establish their own practices and to monitor uncomplicated pregnancies. In recent years, we have witnessed the ever-increasing rate of operative births, but also the growing interest and awareness of pregnant women in normal childbirth. In many countries in Europe the Midwives Model of Care for pregnant women and childbirth is applied. All this provokes us to get acquainted with it in more detail, to check whether it is applied in our country and what its benefits would be. In the obstetric care model the pregnant woman, the woman giving birth, and the newborn are placed in the center. Natural processes such as childbirth and breastfeeding are leading. A relationship of trust, closeness and peace is built. The percentage of births by cesarean section at will - without real indications for it - clearly shows that the pregnant woman's awareness of normal birth as a process is incomplete. This creates a feeling of fear. A large percentage of women's consultations are conducted by obstetricians and gynecologists, but they do not have the opportunity to answer in detail all the questions that concern a pregnant woman. A significant percentage of women are embarrassed to ask the doctor most of their questions due to anxiety. Many studies show that women concider midwives closer and feel more comfortable sharing with or seeking information from them. Of course, pregnant wom-

ди притеснение. Много проучвания показват, че жената приема по-близко акушерката и се чувства по-спокойна да сподели или да потърси информация от нея. Разбира се, тя трябва да бъде предразположена към това. Не по-малко притеснителен е и моментът, че много жени се отказват да кърмят своето дете, без да имат реални противопоказания. В миналото грижата за бременната, родилката и новороденото в първите дни се е оказвала от патронажни акушерки. Това показва, че ние сме прилагали акушерския модел. Но какво се промени и защо?

Ключови думи: *акушерка, акушерски модел на грижа, бременни*

en must be predisposed to this. Equally important is the fact that many women refuse to breastfeed their children without real contraindications. In the past, the care of pregnant women, mothers and newborns in the first days was provided by community midwives. This shows that we have applied the Midwives Model of Care. What has changed and why?!

Keywords: *midwife, Midwives Model of Care, pregnant*

УВОД

Бременните жени в по-големия си процент са здрави жени. Дейността на акушерката е важен фактор в майчиното здравеопазване, тъй като тя е най-близо до тях и родилките, до техните потребности и със специфичната си работа спомага за опазване и възстановяване на физическото и психическото им здраве. В развитите страни, които имат най-ниски показатели за майчина и детска смъртност, именно акушерките са основните медицински специалисти, оказващи грижа по време на бременността, раждането и пуерперіума, включително и за оценка на риска и установяване на отклонения от физиологичния им ход. Акушерката притежава нужната подготовка и компетентност, за да направи оценка на риска въз основа на данните от анамнезата, общото акушерско и лабораторно изследване. Снемането на анамнезата е важен момент, носещ спокойствие и увереност както на акушерката, водеща пренаталната консултация, така и на самата бременна. Щателното й снемане още при първото посещение на бъдещето майка в консултацията е от изключителна важност за идентифициране на рисковите фактори - медицински и епидемиологични. По този начин могат да бъдат предотвратени нежелани последици за жената и плода. Вземат се предвид данните не само от акушерската, но и от общата и фамилната анамнеза. Обръща се особено внимание на вида и работата на жената, на семейната й среда, на вредните навици, за които съобщава. Въз основа на събраната информация се прави оценка - рискова ли е тази бременност, следва ли да бъдат направени допълнителни изследвания и консултации.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Стъпвайки на тезата, че процентът на неусложнено протичащите бременности е по-висок, в последните години се оформи така наречения акушерски модел на грижа за бременната и раждащата жена. В акушерския модел на грижи бременната, раждащата, родилката и новороденото се поставят в центъра на вниманието. Естествените процеси – раждане и кърмене, са водещи. Между акушерката и жената се изгражда връзка, основана на доверие, близост и спокойствие.

Акушерският модел на грижи е модел на грижа за жената, воден от акушерката. В центъра на модела стоят два много важни фактора - акушерката като специалист, от една страна, и връзката, която се създава между акушерката и жената, от друга страна. Фактори, които за съжаление у нас са неглижирани.

Акушерският модел включва:

1. Проследяване на нискорискова неусложнена бременност.
2. Изграждане на връзка между акушерката и бременната жена, основана на доверие и спокойствие. Бременните трябва да се чувстват спокойни да задават всички интересуващи ги въпроси, без страх и притеснение, че те ще бъдат подценени, защото „няма глупави въпроси".
3. Осигуряване на плавен преход от бременността към раждането, пуерпералния период и грижите за новороденото.
4. Психопрофилактика на предстоящото раждане.
5. По-продължителни визити по време на пренаталната и постнаталната консултация.

В акушерския модел на грижи, който се прилага успешно в Англия, а и в много от сканди-

навските страни се набляга на чести и по-продължителни визити на жената. При всяка среща с бременната акушерката извършва измерване на телесното тегло, пелвиметрия, височина на матката, стойности на кръвното налягане, извършване на рутинни лабораторни изследвания. Осигурява се достатъчно време и за дискусия с жената, за да бъде отговорено на всички въпроси, които я интересуват. Провежда се психопрофилактика на предстоящото раждане, като целта е бременната да бъде спокойна и да се изгради връзка на доверие между двете страни. В различни проучвания се посочва, че бременните жени се притесняват да задават въпросите си на наблюдаващия ги акушер-гинеколог и понякога не срещат емпатийно отношение. Жените много по-лесно и уверено общуват с акушерка, защото я чувстват по-близка. Ако бъдат правилно предразположени, те биха споделили всички притеснения и страхове с акушерката. Непознаването на процеса на раждане и протичането на следродилния период пораждат страх и несигурност у бременната, раждащата и родилката. Жената попада в една изцяло нова за нея среда. Ако тя бъде подготвена за тези моменти, за срещата с новороденото, това ще намали нивата на стрес както за нея, така и за близките й.

Често срещани елементи от акушерския модел на грижа са продължителните визити, по време на които се обсъждат някои от следните основни теми:

1. Процесът на раждане - етапи, усещания. Отговаря се на въпросите:
   - Кое е нормално?
   - Какви са признаците на започващото раждане?
   - Кога трябва да се отиде в родилния дом?
   - Какви документи, изследвания и принадлежности трябва да носи жената със себе си, постъпвайки в родилното заведение?
2. Подготовка на гърдите за кърмене.
3. Съвети за кърмене и поддържане на лактацията.
4. Съвети по отношение първите грижи за новороденото.
5. Хигиена и режим на родилката.

Акушерките вникват в същността на диагностичните тестове и значението им при взимане на решения за бременността и изхода от нея. Насърчава се изборът на нормалното раждане пред оперативното. При необходимост се извършва консултация с акушер-гинеколог. Акушерките предоставят постнатални грижи, подкрепа за кърмене, превенция на емоционалното здраве на жената.

Каква е ситуацията у нас?

В България до 2000 година грижата за бременната, родилката и новороденото в първите му дни се е извършвала от патронажни акушерки. Днес тази грижа е оставена в ръцете на акушер-гинеколози, дори когато грижата касае нискорисковите и неусложнени бременности. Акушерките у нас не могат да взимат самостоятелни решения, свързани с назначаването на рутинни изследвания на кръв и урина, да интерпретират записите на детските сърдечни тонове и т.н.

Липсва и персонализирана грижа от позната акушерка.

Какви биха били ползите от въвеждането на акушерския модел на грижи?

1. Икономически - специализираната акушерска грижа, предоставена от акушер-гинеколог, е много по-скъпа.
2. Намаляване на честотата на оперативните родоразрешения - ниската информираност на бременните по отношение протичане процеса на раждане поражда чувство на страх у жените и води до избор на оперативно раждане – секцио, по желание на пациента.

Според СЗО оперативните раждания не трябва да надвишават 10-15% от броя на всички раждания. По данни на НЗОК и изготвения от „Галъп интернешънъл" Индекс на болниците в областта на акушерството и гинекологията в България оперативните раждания през 2019 година са били 47,35% от всички раждания.

Оперативните раждания са по-скъпа медицинска процедура, изискваща висококвалифицирана медицинска дейност. Съществува по-голям риск от развитие на усложнения в ранния послеродов период за майката. Възстановяването след оперативно раждане е по-продължително и изисква прилагането на различни медикаменти, лактокинезата настъпва по-бавно отколкото след нормално раждане.

3. Повишаване на удовлетвореността на бременната.

По данни от проучване относно удовлетвореността на бъдещите майки от предоставената им акушерска грижа и предпочитанията им да ползват услугите на дула (4) големият процент -76,25 от тях, споделят, че никой от наблюдаващия ги екип не се е позаинтересувал от страховете, притесненията и очакванията им. 62% биха ползвали услугата на дула (немедицински специалист, който подкрепя жената и партньора й по време на раждането, като осигурява емоционална и фи-

зическа помощ), ако имат финансовата възможност за това (4). Тези данни ни показват, че емоционалният комфорт на бременната и раждащата, позитивното усещане на майката и по-високата професионална удовлетвореност на акушерката не са приоритет на прилагания у нас модел на акушерска грижа, обяснен с „народопсихологията" на българката през 2019 година в писмо на Министерство на здравеопазването до Националната мрежа за децата, която предпочита проследяването на бременността да се извършва от лекар. В същото време обаче акушерският модел на грижа е определен като най-добрата практика, която може да се предложи на жените с неусложнено раждане и нерискова бременност.

ЦЕЛ

С цел повишаване удовлетвореността на бременните жени от акушерските грижи и осигуряването на качествени такива, проучихме мнението на 46 бременни доколко достатъчна е информацията, която получават от пренаталната консултация по отношение на бременността, раждането, отглеждането на новороденото и желанието им да имат лична акушерка.

МЕТОДИ

Проучването беше извършено чрез пряка анонимна анкета с открити, закрити и дихотомични въпроси. Резултатите са обработени със социологичен и емпиричен метод.

РЕЗУЛТАТИ

Приблизително 37% от анкетираните бременни споделят, че основно получават информация по вълнуващите ги въпроси относно бременността и раждането в женската консултация, 32,61% от „Училището за бременни", което посещават, и останалите се информират и от женската консултация, и от „Училището за бременни". Голяма част от жените -76,09%, се чувстват спокойни да задават въпроси, касаещи бременността и раждането на медицинския екип, проследяващ бременността им, но само 6,5% смятат, че информацията, която получават, им е достатъчна. Според нас този нисък процент се дължи и на недостатъчния брой работещи акушерки (около 3200 по данни на Алианс на българските акушерки), на краткото време, отделено за срещи с бременните, и липсата на продължаваща (патронажна) грижа. Не малка част от бременните не познават акушерките си, 26,08% изобщо не знаят дали в наблюдаващия ги екип има акушерка, а 23,92% споделят, че бременността им се наблюдава само от лекар. Очевидно е, че изграждането на връзка между акушерката и бременната, заложена в акушерския модел на грижи, е трудно осъществима.

Повече от половината анкетирани бременни (58,71%) желаят да имат придружител по време на раждането, от тях 33% посочват за придружител акушерка. Само 26% от всички анкетирани казват, че биха били по-спокойни, ако придружаващата ги акушерка е лична (позната). Този факт вероятно се дължи на непопулярността у нас на предварителните опознавателни срещи с акушерката, която ще присъства на раждането.

Независимо че акушерките в България са отлично подготвени, добре реализирани и в други страни на Европа, у нас на тях се гледа единствено като на пасивен помощник на лекаря акушер-гинеколог (особено в мрежата на женските консултации), а не като на доверена, лична акушерка, стояща най-близо до бременната жена. Компетенциите на акушерката за съжаление се подценяват и това е слаба страна в осъществяването на качествени акушерски грижи.

ИЗВОДИ

Изводите, които можем да направим въз основа на горепосочените резултати, са, че акушерският модел в България би донесъл ползи както на бременните, така и на медицинските специалисти. Прилагането му би допринесло за:

- намаляване честотата на неоправданите по медицински показания оперативни раждания (секцио по желание);
- възстановяването на авторитета на акушерката и заемане на полагащото ѝ се място на доверена, лична акушерка, стояща най-близо до бременната жена;
- повишаване стремежа на акушерките към постоянно самоусъвършенстване, поддържане на висок научен стандарт;
- поддържане на висок морал и съпричастност към бременната и раждащата жена и осигуряване на емоционалния ѝ комфорт;
- персонализиране на акушерската грижа с цел осигуряване на позитивно преживяване на раждащата жена;
- възникване на възможност бременната да избира своята лична акушерка, която да осигури спокойствие и увереност по време на бременността, раждането и послеродовия период.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Можем да кажем, че добрата, качествено оказана акушерска грижа е предпоставка за качествено майчино и детско здравеопазване.

Дефицитите по отношение на акушерски грижи по време на бременността и раждането могат да бъдат компенсирани чрез действителното прилагане на законово регламентираната автономност на акушерката, заложена още в Наредба №1 от 08.02.2011 година на Министерството на здравеопазване, с промените в Закона за лечебните заведения от 2020 година, които дават възможност професионалистите по здравни грижи да разкриват самостоятелни лечебни практики и обещания от Министерството на здравеопазването механизъм тези практики да могат да сключват договор с НЗОК и да получат публично финансиране. Това би мотивирало акушерките да започнат да прилагат различни елементи от акушерския модел на грижи с цялата отговорност на осъзнатата потребност от качествени грижи.

Качествената акушерска грижа е грижа, основаваща се на потребностите на бременната, предоставяне на повече информация, повече внимание и време, емоционална подкрепа, съобразно индивидуалните потребности на жената.

Най-подходящото лице за осъществяване на този тип грижа е акушерката, която трябва да е запозната с новите модели на пренатални грижи и световния опит в прилагането им.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселинова Т., Ил.Соколова, М.Станоева, Нагласи и готовност на акушерките за въвеждане на съвременни методи за пренатални грижи в женската консултация, сп. Сестринско дело, бр. 1, 2018, стр. 9-15
2. Евтимова Т., В. Димитрова, Т. Боева, „Акушерката в подкрепа за изграждане на връзка майка-бебе", Варненски медицински форум том 3, 2014, приложение 2, стр. 197-201
3. Евтимова Т., Актуални подходи при продължителна акушерска грижа, изд.МУ-Варна 2018 г.
4. Момчилова Т., Кутрянска С. , Михайлова Е., Дула или акушерка - в плен на модата или необходимост, сп. Сестринско дело, бр.1, 2012, стр. 22-23
5. http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/bitstream/handle/10861/1449/Tanya_Angelova-ref.pdf
6. https://docs.rferl.org/bg-BG/2020/11/15/
7. https://www.maikomila.bg
8. https://modernmaternitycarenetwork.wordpress.com
9. https://www.transmedia.bg/2016/09/24/

Адрес за кореспонденция:
Радослава Радева
Катедра „Управление на здравните грижи"
бул. „Васил Априлов" №15 А
Пловдив, 4000
e-mail: radoslava.radeva@gmail.com